



AKADEMIA SZTABU GENERALNEGO

IM. GENERAŁA BRONI
KAROLA ŚWIERCZEWSKIEGO

Egz. nr 6

ZESZYTY NAUKOWE

Płk dr Bohdan GEMBICKI

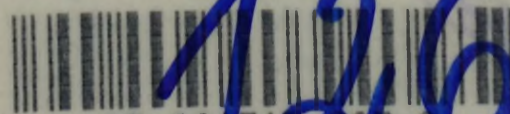
ZABEZPIECZENIE
SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE
W LUDOWYM WOJSKU POLSKIM
w LATACH 1944 – 1945

(Studium historyczno-wojskowe)

Rozprawa habilitacyjna

ZESZYT
Nr 2/86
Dodatek

Biblioteka Główna
Akademii Obrony Narodowej



05-001216-002-0

WARSZAWA 1986





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

Egz. nr.....**6**

ZESZYTY NAUKOWE

Płk dr Bohdan GEMBICKI

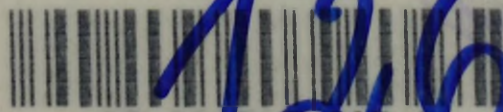
**ZABEZPIECZENIE
SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE
W LUDOWYM WOJSKU POLSKIM
w LATACH 1944 – 1945
(Studium historyczno-wojskowe)**

Rozprawa habilitacyjna

ZESZYT
Nr 2/86
Dodatek

Biblioteka Główna
Akademii Obrony Narodowej

S 742



05-00 2167 02-0

AKADEMIA
SZTABU GENERALNEGO WP

IM. GENERALA BRONI
KAROLA ŚWIERCZEWSKIEGO

Egz. nr 6

ZESZYTY NAUKOWE



Plk dr Bohdan GEMBICKI

ZABEZPIECZENIE
SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE
W LUDOWYM WOJSKU POLSKIM
w LATACH 1944 – 1945

(Studium historyczno-wojskowe)

Rozprawa habilitacyjna

ZESZYT
Nr 2/86
Dodatek



5/42

W XLI rocznicę zwycięstwa nad
niemieckim faszyzmem - żołnierzom
polskiej wojskowej służby zdrowia
- biorącym udział w walkach na
wszystkich frontach drugiej wojny
światowej, pracę tę poświęcam.

Ktokolwiek chce osiągnąć cenne wyniki -
jeśli tylko zamierza działać w dziedzinie z
dawna przez ludzi uprawianej /a gdzieś są inne
dziedziny/ - musi pamiętać, że nie zaczyna od
zera, że winien przejąć zdobycze poprzedników,
nauczyć się ich kunsztu, by pójść o krok dalej.

Tadeusz Kotarbiński

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 drugiej wojny światowej, wzbogacając historyczny skarbiec dziejów oręża polskiego.

Ludowe Wojsko Polskie wyrosło z potrzeby narodu walczącego o swoje wyzwolenie, z inicjatywy polskich komunistów, na gruncie patriotycznej postawy wszystkich Polaków.

Powstanie Gwardii i Armii Ludowej oraz ludowych sił zbrojnych w ZSRR - 1 Dywizji Piechoty imienia Tadeusza Kościuszki, 1 Korpusu Polskich Sił Zbrojnych i 1 Armii Polskiej - wyprzedziło utworzenie ludowego Wojska Polskiego i państwa polskiego. W rezultacie, z chwilą powołania do życia przez Krajową Radę Narodową Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego, władza ludowa uzyskiwała w powstałym z połączenia Armii Ludowej i Armii Polskiej utworzonej w ZSRR, na mocy dekretu KRN z 21 lipca 1944 roku, Wojsku Polskim skuteczny, ideowo jednorodny ze swoim charakterem organ przygotowany do wypełniania podstawowych funkcji w systemie ludowego państwa polskiego. Stworzyło to Polsce Ludowej szansę wniesienia w zwycięstwo nad hitlerowskimi Niemcami, godnego naszych narodowych ambicji i potrzeb, wkładu militarnego i jednocześnie podjęcia wysiłków w dziedzinie przebudowy struktury społeczno-politycznej przez tworzenie ludowego aparatu państwowego oraz przeprowadzenia reform społeczno-politycznych i ekonomicznych.

Wykorzystanie szansy jaka zarysowała się przed narodem polskim w końcowym okresie wojny wymagało budowy silnego wojska.

Wbrew obiegowym opiniom armia hitlerowska wciąż jeszcze była silna. Większa jej część znajdowała się na froncie wschodnim

- przeciw Armii Radzieckiej, gdzie głównie decydowały się losy wojny i III Rzeszy. Działo tu ponad 60 procent całości sił, a mianowicie 181 dywizji i 21 brygad /w tym 31 dywizji pancernych i zmotoryzowanych/. Ponadto niemieckie naczelne dowództwo dysponowało tak zwaną armią rezerwową liczącą ogółem ponad 2 miliony ludzi, której duża część została skierowana na wschód, głównie podczas ofensywy zimowej Armii Radzieckiej ^{1/}.

Utworzone zostało wojsko nowoczesne, odpowiadające wymogom etapu wojny, w którym wchodziło ono do działań na froncie oraz roli i zadaniom, które miało spełniać. W składzie ludowego Wojska Polskiego znajdowały się wszystkie rodzaje sił zbrojnych, wojsk i służb: wojska lądowe /jednostki piechoty, pancerne, artylerii, inżynieryjne, łączności, tyłowe, służby zdrowia itd./, wojska lotnicze i obrony powietrznej kraju /lotnictwo różnych typów i rodzajów, artyleria przeciwlotnicza osłaniająca obiekty wewnątrz kraju/ oraz załazek marynarki wojennej w postaci zapasowego batalionu morskiego. Ludowe Wojsko Polskie posiadało na swoim uzbrojeniu i wyposażeniu najnowsze wzory uzbrojenia i sprzętu produkcji radzieckiej.

Nieustannie zwiększała się liczba jednostek ludowego Wojska Polskiego na froncie, a tym samym wzrastała ich rola w operacjach prowadzonych przez Armię Radziecką. Największy skok ilościowy, dwukrotnie wyższy od składu bojowego jednostek działających na froncie w okresie pierwszych dziesięciu miesięcy istnienia naszego wojska, nastąpił po wyzwoleniu wschodniej części Polski i powołaniu do życia siły zbrojnej ludowego państwa polskiego. Na przykład jeśli pod Lenino walczyła na froncie tylko jedna polska dywizja piechoty, dysponująca 140 działami i moździerzami oraz 40 czołgami to po upływie dziewiętnastu miesięcy, w kwietniu 1945 roku, walczyły na froncie już dwie armie posiadające razem dziesięć dywizji piechoty /10 razy więcej/, 3.000 dział i moździerzy /22 razy wię-

1/E. Jadziak. Ludowe Wojsko Polskie w walce o wyzwolenie Polski, przemianach społeczno-politycznych i odbudowie kraju w latach 1944-1948. ASG WP 1984, s.3.

cej/, 500 czołgów i dział pancernych /ponad 12 razy więcej/ i 330 samolotów ^{2/}. Jeśli pod Lenino 1 DP zabezpieczał batalion medyczno-sanitarny oraz formowały się w tym czasie dwa polowe szpitale chirurgiczne, to w maju 1945 roku pracowały już 32 polowe szpitale /w tym 3 zakaźne/, 20 radzieckich polowych szpitali / w tym 2 zakaźne/ operacyjnie podporządkowanych Wojsku Polskiemu oraz 17 jednostek i urzędzeń sanitarno-przeciwepidemicznych.

Powyższe liczby świadczą dobitnie o stale rosnącej roli naszych ludowych sił zbrojnych w operacjach końcowego okresu wojny.

Od października 1943 roku do maja 1945 roku jednostki naszego wojska uczestniczyły w sześciu operacjach strategicznych Armii Radzieckiej: w jednym z etapów wielkiej "bitwy o Dniepr" na kierunku smoleńsko-orszańskim a następnie w operacji białoruskiej /brzesko-lubelskiej/, wiślańsko-odrzańskiej, pomorskiej, berlińskiej i praskiej.

Udział ludowego Wojska Polskiego - siłami 1 i 2 armii WP, 1 korpusu pancernego, 2 dywizji artylerii, 1 brygady moździerzy i 1 mieszanego korpusu lotniczego - w operacji berlińskiej Armii Radzieckiej i w szturmie Berlina, biało-czerwony sztandar obok sztandaru radzieckiego na gruzach stolicy III Rzeszy były aktem historycznej satysfakcji dla naszego walczącego narodu. Żołnierz Wojska Polskiego kończył wojnę w Czechosłowacji biorąc udział siłami 2 armii WP, 1 korpusu pancernego i 2 dywizji artylerii razem z jednostkami 1 Frontu Ukraińskiego Armii Radzieckiej w wyzwoleniu północno-zachodnich rejonów tego kraju.

Generał armii Wojciech Jaruzelski w przemówieniu na uroczystej akademii poświęconej 40 rocznicy LWP, powiedział: "Nowe, ludowe siły zbrojne pokonały jedyny w polskich dziejach szlak bojowy od środkowej Rosji do śródmieścia Berlina, do brzegów Łaby. I dlatego właśnie z tyłu różnych frontów utrudzony żołnierz mógł wracać do domu z podniesionym czołem - jako zwycięzca, który pomścił tragedię i upokorzenie Września".

2/ Tamże, s.9.

W wojennych dziejach ludowego Wojska Polskiego poczesne miejsce zajmuje służba zdrowia. Należy w tym miejscu stwierdzić, że zagadnienia medycyny wojskowej zajmują w historii medycyny w Polsce ważne miejsce. Być może dlatego, że rozwój tej dyscypliny w naszym kraju zbiega się z okresami walki o niepodległość, że wielu jej pionierów było jednocześnie uczestnikami walki zbrojnej o wyzwolenie narodowe i społeczne, że wreszcie losy medycyny polskiej wiążą się nierozdzielnie z losami narodu, a walczącemu na różnych frontach walk żołnierzowi towarzyszył zawsze polski lekarz, felczer, pielęgniarka i sanitariusz.

Prace z zakresu historii medycyny wojskowej mają znaczenie nie tylko upamiętniające fakty i zdarzenia, lecz także znaczenie praktyczne. Jeśli bowiem medycyna powszechna rozwija się równomiernie w ciągu całych swych dziejów, konfrontując na bieżąco założenia teoretyczne z praktyczną możliwością zastosowania, to medycyna wojskowa możliwość sprawdzenia swych założeń teoretycznych uzyskuje w okresie wojny. Nie sposób więc wysnuć właściwe wnioski w dziedzinie zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk bez znajomości sposobu tegoż zabezpieczenia w minionych wojnach, bez analizy jego zalet i błędów. Właściwie pomyślana futurologia, obok znajomości szeregu innych dyscyplin naukowych, musi opierać się na historycznej analizie minionych zdarzeń. Największe jest jednak praktyczne znaczenie historycznej analizy minionych zdarzeń, zwłaszcza kiedy dotyczy ona czasów stosunkowo najbliższych, najbardziej podobnych do warunków aktualnego, czy też przewidywanego pola walki. Celne są w tym względzie słowa C.K. Norwida "Aby drogę mierzyć przyszłą, trzeba koniecznie pomnieć skąd się przyszło".

Badanie dziejów historii najnowszej, w tym także najnowszych dziejów medycyny nie jest dla historyków sprawą łatwą. Subiektywność sądów wynikająca z zaangażowania emocjonalnego, sugestywny pogląd "naocznych świadków" - znających zazwyczaj wyłącznie fragment dziejów, polityczne znaczenie aktualnej interpretacji faktów, towszy -

stko powoduje, że chętniej sięga się do opracowania dziejów dawnych, w których spory między historykami ograniczają się do sposobu naukowej interpretacji faktów. Z drugiej jednak strony łatwość zrozumienia dziejów najnowszych wynikająca z podobieństwa otaczającej rzeczywistości, możliwości wszechstronnego poznania i zrozumienia motywacji działania ludzi o podobnej psychice, podobieństwa środków działania - zachęca do stosunkowo wczesnego przystępowania do historycznej analizy czasów już minionych a jeszcze nam współczesnych.

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 ponad czterdziestoletni czas pokojowej pracy, czas pozwalający na otwarcie archiwów i przystąpienie do szczegółowej analizy i oceny tych niedawnych dziejów. Pojawiające się w latach powojennych opracowania pamiętnikarskie dotyczące dziejów medycyny polskiej w latach drugiej wojny światowej, ustępować będą powoli opracowaniom historycznym, które w miarę udostępniania archiwów, ze strzępków tego co pozostało odtwarzać będą całokształt działania pionu sanitarno-przeciwepidemicznego wojskowej służby zdrowia w latach 1939-1945. Nie jest to zadanie łatwe, gdyż nie zachowało się zbyt wiele materiałów archiwalnych, część znajduje się poza granicami kraju a materiały które pozostały nie dają pełnego wyobrażenia o całości problemu. Tym szybciej należy więc przystąpić do opracowania tego okresu, aby istniejące luki można było uzupełnić zachowanymi dokumentami osobistymi i żywą pamięcią ludzi, którzy są jeszcze wśród nas.

Pionierski okres tworzenia pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia WP zdumiewa ogromem realizowanych zadań, śmiałością rozwiązań, ich trwałością a także konsekwencją i zdecydowaniem. Analiza problemów sanitarno-przeciwepidemicznego zabez-

pieczenia wojsk pozwala odpowiednio ocenić olbrzymi wysiłek jaki został włożony ze strony wszystkich pracowników służby zdrowia w okresie organizacji a następnie funkcjonowania systemu zabezpieczenia przeciwepidemicznego 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 stawały się obowiązujące w późniejszych latach działalności służby zdrowia Wojska Polskiego. Pion przeciwepidemiczny służby zdrowia zachował ciągłość organizacyjną przez długi okres działań, stając się zalążkiem tej służby, która do chwili obecnej pracuje na rzecz żołnierza polskiego.

Wybierając temat niniejszej pracy autor kierował się motywem praktycznym, jaki dla wojskowej służby zdrowia może mieć znajomość dziejów pionu przeciwepidemicznego w celu podkreślenia ogromnego znaczenia zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego, jako jednej z części składowych systemu zabezpieczenia medycznego wojsk. Praca niniejsza wyrosła z nagromadzonych dotąd przemyśleń o warunkach powstania, rozwoju i działalności pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia WP oraz o grożących niebezpieczeństwach w zakresie chorób epidemicznych w czasie ewentualnej wojny prowadzonej z użyciem broni masowego rażenia. Jest to więc rozprawa obrazująca powstanie i utrwalenie się organizacji pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia współczesnych sił zbrojnych.

Dotychczasowy stan badań poświęconych całościowemu uwzględnieniu problematyki zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk w czasie działań bojowych jest bardzo skromny. 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 całokształtu działalności pionu przeciwepidemicznego

służby zdrowia, bez zachowania ciągłości zdarzeń i wynikającego stąd łańcucha przyczyn i skutków. Szersze badania nad zabezpieczeniem sanitarno-przeciwepidemicznym wojsk podjął autor niniejszej monografii w rozprawie doktorskiej "Zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne 1 armii Wojska Polskiego /lipiec 1944 - maj 1945/". Wstępne wyniki swoich prac autor ogłosił w "Przeglądzie Kwatermistrzowskim", Zeszytach Naukowych Akademii Sztabu Generalnego WP oraz w formie skryptów ^{3/}.

Cenny materiał, oparty na wnikliwych badaniach, stanowią prace naukowe obejmujące wybrane problemy z historii służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego. Do nich przede wszystkim należy zaliczyć opracowania Jerzego Bończaka na temat zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk, studium zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego 1 armii Wojska Polskiego Tadeusza Brzezińskiego, prace Ryszarda Zabłotniaka i Zygmunta Kosztyły omawiające przebieg zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wybranych operacji bojowych, prace Kazimierza Płońskiego i S.Raja dotyczące organizacji i taktyki służby zdrowia 2 armii WP 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 1 armii Wojska Polskiego", wygłoszony na I Konferencji Naukowej WAM.

Dotychczasowe publikacje można podzielić na kilka grup.

Pierwsza - to wspomnienia lekarzy-oficerów zamieszczane w "Lekarzu Wojskowym", druga - to szkice historyczne lub prace popularno-

3/ Problemy zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego w świetle działania 1 AWP. Przegląd Kwatermistrzowski 2/183/1982, s.27. Problemy zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego w świetle działań bojowych oddziałów partyzanckich AL. Przegląd Kwatermistrzowski 3/184/1982, s.19. Zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne 1 AWP. Zeszyt Naukowy ASG WP 1/34/1983. Niektóre problemy ochrony przeciwepidemicznej 1 AWP. Zeszyt Naukowy ASG WP 1/37/1984, s.184. Sposoby i efekty zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego jednostek polskich w ZSRR. ASG WP 1985. Skrypt.

naukowe i popularne ogłaszane na łamach "Lekarza Wojskowego", "Myśli Wojskowej", "Wojskowego Przeglądu Historycznego", "Przeglądu Kwatermistrzowskiego", "Biuletynu WAM", "Zdrowia" i "Służby Zdrowia" oraz wydawnictwa książkowe.

Brak syntetycznego opracowania nie pozwala na wyrobienie sądu o prawidłowości działania pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia Wojska Polskiego, a tym samym na wyciągnięcie ogólniejszych wniosków wynikających zeń dla współczesnych sił zbrojnych. Prezentowana monografia, obszernie oparta na bazie źródłowej, uwzględniająca również dotychczasowe publikacje, jest pierwszą próbą całościowego oświetlenia problemów związanych z zabezpieczeniem sanitarno-przeciwepidemicznym ludowego Wojska Polskiego w latach 1944-1945.

Do napisania tej pracy autor wykorzystał zbiory Centralnego Archiwum Wojskowego ^{4/} oraz fotokopie niektórych materiałów z archiwum Ministerstwa Obrony ZSRR udostępnione w Wojskowym Instytucie Historycznym. Akta te, zgromadzone w 272 teczkach, zawierających od kilkudziesięciu do kilkuset dokumentów każda, obejmują w zasadzie pełny zachowany materiał źródłowy do badanego problemu. Chociaż akta te 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 teczki służby zdrowia, jednak jest ich niewiele. Skromna zawartość teczek dopuszcza wniosek, że na tym szczeblu często wykonywano dokumenty tylko w jednym egzemplarzu, nie pozostawiając odpisu w aktach.

W wielu przypadkach poważną trudność sprawiało ustalenie na podstawie materiałów archiwalnych właściwego stanu rzeczy. Wyni-

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

kało to przede wszystkim z istniejących rozbieżności w ujmowaniu 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 przypadkach, 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 wykorzystał również relacje lekarzy-oficerów, 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 bojowych 1 i 2 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 również z opracowań wykazanych w bibliografii. Opracowania te dotyczyły tak głównego tematu pracy jak i zagadnień pokrewnych pozwalających na przeprowadzenie badań porównawczych.

Problem wartości poznawczej materiałów ściśle wiąże się ze sprawą przyjętego w pracy systemu odsyłaczy. Mają one przy tym różny charakter. Z jednej strony są normalną spłatą długu wobec autora, od którego zaczerpnięta została dana myśl, z drugiej zaś strony mają zadanie ułatwić badaczom dalszą pracę przez odsyłanie 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 dawnym brzmieniu względnie wniesiono nieznaczne poprawki.

Ukazując dzieje zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego autor postawił sobie za cel przedstawić węzłowe problemy organizacji pionu sanitarno-przeciwepidemicznego na tle służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego, dokonać analizy i oceny pracy tego pionu w okresie walk związków taktycznych i operacyjnych oraz uogólnić doświadczenia i wyciągnąć wnioski z jego działalności.

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

Ze 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 metod badań ilościowych, z metody opisowej a także z analizy porównawczej i krytycznej materiałów archiwalnych i piśmiennictwa historyczno-wojskowego oraz relacji uczestników walk.

Naświetlając kolejne zagadnienia tematu stosowano metodę przechodzenia od analizy do uogólnień i wniosków wartościujących. W wyważaniu ocen autor starał się być bardzo ostrożny pozostawiając Czytelnikowi osąd wielu dyskusyjnych problemów.

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 wojsk.

Zasadniczym tematem niniejszej pracy stało się zagadnienie, jak w konkretnych warunkach działań bojowych departament służby zdrowia WP oraz wydziały służby zdrowia 1 i 2 armii WP planowały zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne wojsk, jak ono było realizowane w toku działań bojowych i jakie skutki przyniosła zastosowana koncepcja organizacyjna. Ze względu na takie ujęcie tematu czas obserwacji ograniczono ściśle do przygotowania i działania pionu przeciwepidemicznego służby zdrowia w operacjach bojowych 1 i 2 armii WP. Badania zamknięto więc w przedziale czasowym od lipca 1944 do maja 1945 roku.

Zasięg badań objął powstanie i kształtowanie się pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego, w szczególności działalność wydziału epidemiologii departamentu służby zdrowia WP, referatów przeciwepidemicznych wydziałów służby zdrowia 1 i 2 armii WP oraz podporządkowanych jednostek i urzędzeń.

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

Studium niniejsze dokonuje przeglądu problematyki i ważniejszych wyników badań nad zabezpieczeniem sanitarno-przeciwepidemicznym wojsk w czasie działań bojowych. Nie jest to jednak podsumowanie tego typu badań, lecz próba szeroko ujętego niezmiernie ważnego, a jednocześnie skomplikowanego procesu zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk.

Autor wyraża nadzieję, że praca będzie pomocną w studiowaniu doświadczeń i wniosków z pracy służby zdrowia WP, może ona również służyć do przeprowadzenia porównań i uogólnień w zakresie zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk, a także stanowić przyczynek do głębszego studium zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk w czasie działań bojowych.

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.

Decydując się, mimo trudności, na podjęcie pracy nad niniejszym studium autor był przekonany o życzliwości wielu osób, które w toku całej pracy pomagały w różny sposób, najwięcej zaś w procesie precyzowania myśli.

Autor przede wszystkim pragnie wskazać na bardzo ważną, już od stadium konstruowania pracy, pomoc gen.bryg.prof.dr.hab.med. Jerzego Bończaka - wiceministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Nie tylko Jego prace z zakresu zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk w wielu punktach wykorzystane przez autora, częste bezpośrednie konsultacje, ale również Jego recenzja rozprawy były wielką pomocą.

Wdzięczność winien jest autor płk.prof.dr. Emilowi Jadziakowi, Szefowi Katedry Historii Sztuki Wojennej ASG WP, który w czasie dyskusji o każdym powstającym rozdziale szczególnie wiele pomógł w konstrukcji głównych założeń monografii.

Autor składa wyrazy podziękowania gen.bryg.Zbigniewowi Kamińskiemu, Szefowi Katedry Taktyki Tyłów Wydziału Wojsk Lądowych ASG WP za życzliwość, cenne rady i stworzenie optymalnych warunków wykonania pracy.

Serdeczne podziękowania składa autor przyjaciom z Katedry za pomoc i wyrozumiałość w czasie gdy praca ta powstawała.

Ogólna charakterystyka rozwoju organizacyjnego jednostek polskich w ZSRR oraz ludowego Wojska Polskiego na wyzwolonych terenach kraju

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

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

Na dowódcę dywizji wyznaczony został podpułkownik dyplomowany Zygmunt Berling, a na jego zastępcę do spraw oświatowych Włodzimierz Sokorski /bez stopnia/. Na miejsce formowania i szkolenia dywizji Ludowy Komisariat Obrony ZSRR wyznaczył obóz ćwiczebny Moskiewskiego Okręgu Wojskowego, oddalony 26 km od Riazania i położony w rejonie Sielc nad Oką w odległości około 12 km od stacji kolejowej Diwowo ^{1/}.

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

Pobór rozpoczęty przez radzieckie wojskowe komendy uzupełnień w skupiskach polskich na terenie ZSRR, po ogłoszeniu komunikatu o formowaniu dywizji, już w drugiej połowie maja 1943 roku spowodował masowy napływ ludzi. Na stację kolejową Diwowo zaczęły nadchodzić transporty powołanych do wojska Polaków ze wszystkich stron Związku Radzieckiego. Przybywali nie tylko poborowi. Wielu nie czekało

1/ W. Dawidowicz, B. Dąbrowski, W. Filar, F. Małecki. Kwatermistrzostwo ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945. WIH, Warszawa 1973, s. 30.

na wezwanie, jechało do Sielc na własną odpowiedzialność.

1 września 1943 roku 1 dywizja piechoty w składzie: dowództwo dywizji, 1, 2 i 3 pułk piechoty, 1 pułk artylerii lekkiej, batalion saperów, kompania łączności, kompania fizylierek z batalionu kobiecego, jednostki i urządzenia tyłowe, wyruszyła z ośrodka formowania w Sielcach na Smoleńszczyznę. Tam została podporządkowana operacyjnie Frontowi Zachodniemu i nadal prowadziła szkolenie.

Po wyjściu dywizji z Sielc w ośrodku pozostały: zapasowy pułk piechoty /w trakcie formowania/, batalion kobiecy /bez kompanii fizylierek/, pododdziały szkolne, eskadra lotnictwa myśliwskiego /w Grigoriowskoje/, pułk czołgów /od 22.09.1943 r. w Biełomutach, potem dołączył do 1 DP pod Lenino/ i część tyłów dywizji. Na bazie tych pozostałości i "nadwyżek" ludzi i sprzętu rozpoczęło się tworzenie 1 Korpusu Polskich Sił Zbrojnych /1 KPSZ/ w ZSRR.

Związek Patriotów Polskich wystąpił z prośbą do rządu radzieckiego o zezwolenie na tworzenie dalszych polskich jednostek wojskowych. Prośba związku została rozpatrzona pozytywnie. Dekretem z 10 sierpnia 1943 roku rząd radziecki zezwolił na formowanie nowych polskich oddziałów w ramach 1 Korpusu Polskich Sił Zbrojnych w ZSRR. Miejscem formowania pozostawał nadal ośrodek sielecki, który miał już odpowiednio zorganizowaną bazę materiałową i szkoleniową. 16 sierpnia ukazał się rozkaz dzienny dowódcy 1 KPSZ określający rodzaj i liczbę formowanych jednostek wojskowych ^{2/}

We wrześniu 1943 roku utworzono: 2 Dywizję Piechoty im. H.

2/ Na podstawie osiągniętego porozumienia zdecydowano sformować: dowództwo korpusu, dwie dywizje /w tym 1 DP/, bryg. art., bryg. czołg., pułk lotn. myśliwskiego, zapasowy pułk piechoty, oddziały specjalne i tyłowe korpusu oraz oficerską szkołę korpusu.
CAW III-7-11, k.22.

Dąbrowskiego, 1 Brygadę Artylerii im. J.Bema, 1 Brygadę Pancerną im. Bohaterów Westerplatte, 1 pułk lotnictwa myśliwskiego "Warszawa", batalion rozpoznawczy, 3 batalion saperów, batalion łączności, batalion specjalny /późniejszy batalion powietrzno-desantowy/ i jednostki tyłowe.

Dowództwo korpusu objął gen.bryg. Zygmunt Berling, zatrzymując jednocześnie na pewien czas dowodzenie 1 DP.

Od 1 października sformowane jednostki 1 KPSZ przystąpiły do planowego, trzymiesięcznego szkolenia. Ze względu na trudne warunki zakwaterowania oraz stały wzrost ilościowy jednostek korpusu Sztab Generalny Armii Radzieckiej zdecydował przesunąć część oddziałów korpusu do rejonu Smoleńska /rejon ześrodkowania 1 DP po bitwie pod Lenino/^{3/}. Na terenie ośrodka formowania w Sielcach pozostały: zapasowy pułk piechoty stanowiący źródło dopływu sił do nowych jednostek, 1 pułk lotnictwa myśliwskiego /w Grigoriewskoje/, batalion specjalny, batalion szkolny przy Oficerskiej Szkole Piechoty /w Riazaniu/, szpital oraz formująca się od końca grudnia 3 Dywizja Piechoty im.R.Traugutta. W nowym rejonie pod rozkazy dowódcy 1 KPSZ przeszła 1 dywizja piechoty, która po bitwie pod Lenino do 15 stycznia 1944 roku była w operacyjnym podporządkowaniu dowódcy Frontu Zachodniego. Przebywający razem z 1 DP 1 pułk czołgów został włączony w skład 1 brygady pancernej.^{4/}

Po wyzwoleniu znacznej części Ukrainy wojska radzieckie w marcu 1944 roku wyszły na Wołyń i Podole, zamieszkałe licznie przez

3/ Zarządzenie Sztabu Gen. AR z 28.11.1943 r. Organizacja i działania LWP, t.2, cz.I, s.81.

4/ CAW III-9-2, k.51.

ludność polską^{5/}. Po wyzwoleniu tych obszarów powstały warunki do dalszego powiększania polskich jednostek wojskowych w ZSRR. W tym celu Prezydium Związku Patriotów Polskich zwróciło się do rządu radzieckiego o wyrażenie zgody na formowanie armii. Wniosek Prezydium ZPP został przyjęty przez rząd radziecki przychylnie i rozpatrzony pozytywnie. Rząd ZSRR zezwolił na przekształcenie 1 korpusu w 1 Armię Polską w ZSRR, przy tym zapewnił pomoc w realizacji tego zamierzenia. Zdecydowano, że 1 korpus znajdujący się na Smoleńszczyźnie i 3 dywizja piechoty przebywająca w Sielcach zostaną przegrupowane na Ukrainę do rejonu Żytomierza, natomiast nowe jednostki armijne postanowiono formować w Sumach na terenie Charkowskiego Okręgu Wojskowego gdzie utworzono Ośrodek Formowania i Uzupełniania 1 Armii Polskiej w ZSRR. W takim stanie rzeczy 1 AP w ZSRR była formowana w dwóch ośrodkach odległych od siebie o ponad 500 km^{6/}.

Ośrodek sumski w kwietniu rozpoczął formowanie następujących jednostek wojskowych: 4 Dywizji Piechoty im. J.Kilińskiego, 1 brygady kawalerii, 2 i 3 brygady artylerii haubic, 1 brygady saperów, 14 pułku artylerii przeciwlotniczej, dziewięciu mniejszych samodzielnych jednostek rodzajów broni /łączności i saperów/ oraz 60 oddziałów i urządzeń tyłowych. Nowo sformowane jednostki armijne sukcesywnie kierowano do rejonu Żytomierza, gdzie były przejmowane przez dowódców rodzajów wojsk i szefów służb oraz włączane w skład armii. W rejonie Żytomierza przeformowano istniejące już

5/ Na wyzwolonych obszarach w pierwszej połowie 1944 r. ludność polską szacowano na 300-400 tys. mieszkańców. Mały Rocznik Statystyczny 1939, GUS, Warszawa 1939, s.11 i 24. Zasoby mobilizacyjne mogły stanowić 6-8 procent, tj. 18-32 tys. poborowych.

6/ Rozkaz organizacyjny nr 001/OU z 1.04.1944 r. o formowaniu 1 AP. Organizacja i działania LWP, t.1, s.36.

Jednostki korpuśne na jednostki armijne. Pewna ich część w dotychczasowej strukturze organizacyjnej została włączona w skład 1 AP w ZSRR ^{7/}.

Armię miano sformować do 15 kwietnia 1944 roku. Jednak część jednostek armijnych nie zdołano sformować w tym czasie, wobec czego dowództwo armii wprowadziło dodatkowe terminy w kwietniu.

Oddziały tyłowe w większości formowane były w ośrodku sumskim. Powstało tam 60 oddziałów tyłowych, które skierowano do Żytomierza i rozmieszczono w rejonie Wolicy.

Na podstawie decyzji Naczelnego Dowództwa Armii Radzieckiej z 20 kwietnia 1944 roku 1 Armię Polską w ZSRR włączono w skład wojsk 1 Frontu Białoruskiego ^{8/}. W ślad za tym dowódca 1 Frontu Białoruskiego rozkazał dokonać przegrupowania armii w terminie do 15 maja do rejonu: Chodomnicze /38 km płn.-wsch. od Łucka/, Łuków, Smerdyń, Wiszenki, Plaszewo, Siekirycze /18 km płn.-wsch. od Łucka/, Zofiówka, Sitnica. Po przybyciu do wyznaczonego rejonu armia miała stanowić odwód frontu i w tym czasie prowadzić szkolenie bojowe, zgrywanie sztabów i oddziałów oraz zgromadzić zapasy środków materiałowych. Oddziały armii, początkowo rozmieszczone w rejonach poszczególnych miejscowości, w krótkim czasie zostały rozlokowane w okolicznych lasach. Było to podyktowane niepomyślnym stanem sanitarno-epidemicznym rejonu /ogniska duru plamistego/

7/ Bez przeformowania w skład armii weszły: 1, 2 i 3 DP, brygada artylerii, zapasowy pułk piechoty, pułk lotnictwa myśliwskiego, 5 pułk artylerii ciężkiej, 4 dywizjon artylerii przeciwpancernej, samodzielny dywizjon moździerzy, samodzielny batalion rozpoznawczy, samodzielny batalion kobiecy, samodzielny batalion szturmowy, 1 samodzielny batalion samochodowo-transportowy, kompania techniczna, kompania łączności kablowej, kompania karana, 1 i 2 ChPSZR i inne.

8/ Rozkaz bojowy dowódcy 1 Frontu Białoruskiego nr 00327/Op. z 29.04.1944 r. Organizacja i działania LWP, t.2, cz.I, s.89.

oraz koniecznością zachowania w tajemnicy pobytu 1 AP w tym rejonie.

W połowie maja 1944 roku 1 AP w ZSRR zgodnie z otrzymaną dyrektywą 1 Frontu Białoruskiego przystąpiła do organizacji obrony na wschodnim brzegu rzeki Styr w pasie: z prawa - Chodomice, rz. Stochód i z lewa - wzdłuż szosy Łuck-Włodzimierz Wołyński, w gotowości do odparcia przeciwuderzeń nieprzyjaciela z kierunku: Kowel, Włodzimierz Wołyński. Był to więc nowy etap działania polskich sił zbrojnych zorganizowanych w ZSRR.

Istnienie dwóch ośrodków formowania /sumskiego i żytomierskiego/ wymagało posiadania organu koordynującego ich działalność. W tym też celu w czerwcu 1944 roku utworzony został Główny Sztab Formowania i Uzupełnień ^{9/}. Główny Sztab Formowania i Uzupełnień pracował w oparciu o instrukcję opracowaną przez Radę Wojenną 1 AP w ZSRR. Zgodnie z tą instrukcją szef Głównego Sztabu Formowania i Uzupełnień podlegał bezpośrednio dowódcy 1 AP w ZSRR i miał obowiązek ściśle współpracować z Ludowym Komisarjatem Obrony ZSRR /późniejsze Ministerstwo Obrony ZSRR/, w szczególności w zakresie materiałowo-technicznego zabezpieczenia formowanych oddziałów armii.

Po przegrupowaniu 1 AP w ZSRR z rejonu Żytomierza do Kiwerc dowódca Charkowskiego Okręgu Wojskowego zarządził przeniesienie sumskiego ośrodka formowania do Żytomierza i włączenie go w skład Głównego Sztabu Formowania i Uzupełnień.

W ramach Głównego Sztabu Formowania i Uzupełnień powstała również kwatermistrzowska komórka organizacyjna - Zarząd Zaopatrzenia Materiałowo-Technicznego /ZZMT/ ^{10/}, która była pierwszą

9/ Etat Gł.Szt.Form.i Uzupełnień nr 02/456 przewidywał: 27 oficerów, 17 podoficerów, 27 szeregowców i 9 pracowników cywilnych.

10/ Stan etatowy ZZMT przedstawiał się następująco: oficerów - 50,
c.d.strona 23

instytucją tyłową zajmującą się koordynacją zaopatrywania i obsługi wojsk oraz zapoczątkowała rozwój kierowniczego organu tyłów ludowego Wojska Polskiego.

Powstanie ludowego Wojska Polskiego było nierozzerwalnie związane z wyzwoleniem Polski i utworzeniem na wyzwolonym obszarze pierwszej władzy ludowej - Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego. W przeddzień wyzwolenia Polski Krajowa Rada Narodowa postanowieniem z 20 lipca 1944 roku przejęła zwierzchnictwo nad Związkiem Patriotów Polskich, a tym samym i nad 1 AP w ZSRR.

Połączenie 1 Armii Polskiej w ZSRR z Armią Ludową działającą w kraju w jednolite Wojsko Polskie nastąpiło dekretem KRN z 21 lipca 1944 roku ^{11/}. Tym samym aktem prawnym powołano Naczelne Dowództwo Wojska Polskiego, które zarazem pełniło funkcje resortu obrony narodowej PKWN. Na stanowisko Naczelnego Dowódcy WP powołany został generał broni Michał Rola-Żymierski, dotychczasowy dowódca Armii Ludowej, a na stanowiska zastępców: generał dywizji Zygmunt Berling, dowódca 1 Armii Polskiej w ZSRR i generał brygady Aleksander Zawadzki /zastępca do spraw polityczno-wychowawczych/.

Po utworzeniu Naczelnego Dowództwa WP przystąpiono do organizacji Sztabu Głównego, który powstał na bazie Głównego Sztabu Formowania i Uzupełnień Armii Polskiej w ZSRR. Ostatecznie Sztab Główny wraz z jednostkami dowodzenia i obsługi utworzony został w paź-

podoficerów-3, szeregowców-2, pracowników cywilnych-5. ZZMT nosił również nazwy: "Urząd" i "Wydział Zaopatrzenia Materiałowo-Technicznego".

11/ W skład LWP weszły: oddziały wojskowe 1 AP w ZSRR i Gł.Szt.Form. i Uzupełn. o stanie liczebnym 113.126 żołnierzy oraz oddziały i brygady AL na wyzwolonej części kraju i na tyłach wroga o składzie osobowym około 60 tys. ludzi /łącznie oddziały bojowe i organizacje w garnizonach/ oraz niektóre oddziały Batalionów Chłopskich.
CAW MON, t.618, k.36. CAW Szt.Gł.WP, t.161, k.27.

dzienniku 1944 roku.

Według relacji szefa Sztabu Głównego, generała broni Władysława Korczyca "Sztab Główny powstał jako Sztab Frontu Polskiego, który miał objąć dowodzenie nad całym wojskiem i poprowadzić je do walki"^{12/}.

Oprócz Sztabu Głównego we wrześniu utworzono dowództwa rodzajów wojsk i szefostwa służb, jak: Dowództwo Artylerii, Dowództwo Wojsk Pancernych i Zmechanizowanych, Szefostwo Mobilizacji i Formowania WP, Główny Zarząd Polityczno-Wychowawczy, Szefostwo Zaopatrzenia WP i inne instytucje wojskowe niezbędne do kierowania działalnością nowo utworzonych lub tworzących się jednostek wojskowych.

Potrzeba rozbudowy wojska wynikała z konieczności wzmożenia wysiłku zbrojnego Polski w celu realizacji wojny wyzwoleniczej.

W chwili rozpoczęcia prac organizacyjnych związanych z rozbudową wojska Naczelne Dowództwo WP dysponowało 1 armią Wojska Polskiego, która znajdowała się w składzie 1 Frontu Białoruskiego Armii Radzieckiej i prowadziła działania bojowe nad środkową Wisłą, jednostkami podległymi szefowi Głównego Sztabu Formowania i Uzupełnień a znajdującymi się na terytorium ZSRR, Centrum Wyszko- lenia Oficerów Armii w Riazaniu /ZSRR/ oraz oddziałami i brygadami AL na wyzwolonych obszarach kraju i na tyłach wroga. Z jednos- tek bojowych Naczelne Dowództwo WP posiadało faktycznie tylko 4 dywizję piechoty i 1 brygadę kawalerii ^{13/}.

Zadania dla sił zbrojnych państwa były ogromne i znacznie

12/ Ustna relacja spisana w 1961 roku podczas spotkania gen. broni Wł. Korczyca z kierownictwem WIH.

13/ Obydwa związki taktyczne wchodziły w skład 1 armii WP i czaso- wo były wyłączone do wykonania zadań specjalnych PKWN.

wykraczały poza granice możliwości istniejących wówczas jednostek WP. W związku z tym zaistniała konieczność poważnej rozbudowy Wojska Polskiego.

W myśl przyjętych założeń w Naczelnym Dowództwie WP i po uzgodnieniu ich z dowództwem radzieckim, do końca 1944 roku miano utworzyć Front Polski w składzie trzech armii oraz jednostek dyspozycyjnych, szkolnych, zapasowych i tyłowych, których stan liczebny do 31 grudnia 1944 roku miał wzrosnąć o 248 procent w stosunku do stanu na dzień 1 sierpnia 1944 r.^{14/}

Stosownie do rozbudowy oddziałów bojowych należało także rozwinąć kierownicze organa tyłów, sformować oddziały tyłowe i utworzyć z nich tyły szczebla centralnego.

Plan rozbudowy Wojska Polskiego opierał się na dwóch zasadniczych dokumentach prawnych, tj. dyrektywie Naczelnego Dowództwa Armii Radzieckiej do Naczelnego Dowódcy WP z 13 sierpnia 1944 roku, dotyczącej utworzenia Sztabu Frontu Polskiego i formowania 2 armii WP i jednocześnie regulującej tryb materiałowego zabezpieczenia Wojska Polskiego oraz na rozkazie Kwatery Głównej Naczelnego Dowództwa Armii Radzieckiej z 3 października 1944 roku w sprawie sformowania Frontu Polskiego i dodatkowych jednostek polskich^{15/}. Rozkaz Kwatery Głównej Naczelnego Dowództwa Armii Radzieckiej z 3 października 1944 roku przewidywał dodatkowe formowanie 14 jednostek artylerii, dowództwa wojsk lotniczych^{16/}, mieszanej dywizji

14/ Stan regularnych sił zbrojnych w dniu 1.08.1944 roku wynosił 116.300 żołnierzy. CAW, MON, t.604, k.167.

15/ CAW, MON, t.604, k.113.

16/ Dowództwo WL utworzono na bazie dowództwa 6 AL Armii Radzieckiej, które przybyło do WP 30.10.1944 r. wraz z jednostkami bazowania i obsługi. Jednostki lotnicze przybyły w skład Wojska Polskiego z terytorium ZSRR w lutym i marcu 1945 r. CAW, III-263-30, k.249.

lotnictwa /z istniejących pułków lotniczych/, brygady pontonowo-mostowej oraz czterech szkół oficerskich. Poza tym wprowadzał on kilka zmian do dyrektywy z 13 sierpnia 1944 roku. Między innymi jedna z nich dotyczyła wyłączenia z planu formowania dwóch korpusów pancernych, w zamian za które dowództwo radzieckie miało przekazać do dyspozycji Naczelnego Dowództwa WP dwie brygady pancerne /11 i 41/ ^{17/}. Po uwzględnieniu wspomnianych zmian w planach organizacyjnych stan liczebny Wojska Polskiego pod koniec 1944 roku miał wynosić 302.445 żołnierzy ^{18/}.

Splot czynników natury organizacyjnej i politycznej sprawił, że wyniki pierwszej mobilizacji w kraju zarówno pod względem terminów jak i liczby zmobilizowanych poważnie różniły się od planowanych założeń. Do 10 października 1944 roku na terenie kraju zmobilizowano około 53 tysięcy ludzi a z terenów ZSRR przybyło około 23 tysięcy poborowych, co stanowiło ponad 40 % planu ^{19/}. Powstałe braki w składzie osobowym wojsk zamierzano uzupełnić przez powołanie do służby wojskowej dalszych roczników /1915-1920/, jednak poważne trudności na odcinku kadry oficerskiej zmusiły ND WP do przesunięcia formowania części jednostek wojskowych na dalszy okres. Zrezygnowano przy tym z formowania 3 armii co oznaczało zaniechanie koncepcji tworzenia Frontu Polskiego ^{20/}. Stan osobowy rozformowanych jednostek 3 armii wykorzystano do uzupełnienia 2 armii i ukompletowania oddziałów walczącej 1 armii WP oraz OND.

17/ CAW, MON, t.1602, k.108.

18/ Jurgielewicz W., Rozwój organizacyjny LWP w drugiej połowie 1944 r. Myśl Wojskowa, 11, 1964, s.50.

19/ Organizacja i działania LWP, t.1, s.19.

20/ Tworzenie Frontu Polskiego rozpoczęto na mocy rozkazu NDWP nr 22 z 15.09.1944 r. a zaniechano wraz z rozformowaniem 3 armii WP - rozkaz NDWP nr 59 z 15.11.1944 r. CAW, MON, t.610, k.75-77.

1 lutego 1945 roku na podstawie rozkazu Naczelnego Dowódcy WP powołano do życia sześć okręgów wojskowych, które podlegały Szefostwu Mobilizacji i Uzupełnień ^{21/}.

Po częściowym zrealizowaniu planu rozwoju organizacyjnego Wojsko Polskie w maju 1945 roku liczyło około 400 tysięcy żołnierzy ^{22/}.

Plan utworzenia 2 armii WP stanowił integralną część ogólnego planu rozbudowy Wojska Polskiego w 1944 roku. Prace wstępne związane z formowaniem armii rozpoczęto 8 sierpnia 1944 r., tj. po wejściu w życie rozkazu Naczelnego Dowództwa WP nr 3. Na mocy tego rozkazu 10 sierpnia przystąpiono do tworzenia dowództwa i sztabu armii w Lublinie.

Wspomniane przedsięwzięcia poprzedzały dyrektywę dowództwa radzieckiego do Naczelnego Dowództwa WP z 13 sierpnia 1944 roku, która stanowiła podstawę prawną formowania armii i była wytyczną dla organów zaopatrujących Armii Radzieckiej.

Właściwym dokumentem regulującym formowanie armii był rozkaz Naczelnego Dowództwa WP nr 8 z 20 sierpnia 1944 roku, który ustalał skład armii, rejony oraz terminy formowania poszczególnych jednostek ^{23/}. Ogólny termin utworzenia armii został wyznaczony na 15 września 1944 roku.

21/ Rozkaz NDWP nr 23/org.z 1.02.1945 r. Były to okręgi /w kolejności formowania/: lubelski, krakowski, poznański, pomorski, łódzki i warszawski. CAW, MON, t. 1645, k. 137-138.

22/ Wojna wyzwolenicza narodu polskiego 1939-1945, Warszawa 1963, wyd. 1, s. 596.

23/ 2 armia WP miała składać się z: dowództwa i sztabu armii, jednostek obsługi i ochrony sztabu, czterech dywizji piechoty /5, 6, 7 i 8/, jednostek artylerii, jednostek saperskich i łączności oraz oddziałów tyłowych. Rejony formowania armii wytypowano w następujących garnizonach: Lublin, Lubartów, Łuków, Chełm, Siedlce i Zamość. Formowanie jednostek wojskowych rodzajów wojsk i służb Naczelne Dowództwo WP powierzyło dowódcom rodzajów wojsk i służb WP a formowanie całej armii powierzono gen. dyw. Karolowi Świerczewskiemu. CAW, MON, t. 609, k. 178-182.

Formowanie armii przebiegało w bardzo trudnych warunkach politycznych, gospodarczych i wojskowych. Splot tych trudności sprawił, że pierwotnie ustalony termin sformowania armii nie został dotrzymany. Po rozpoczęciu formowania 3 armii WP w składzie 2 armii WP nastąpiło szereg zmian organizacyjnych^{24/}, a szczególnie wystąpiło wolne tempo kompletowania jej jednostek /brakowało ludzi i sprzętu/. Znaczna poprawa na tym odcinku nastąpiła po reformowaniu 3 armii WP.

Formowanie tak dużego związku operacyjnego jakim była 2 armia WP w niewielkim oddaleniu od linii frontu /60-90 km/ mogło odbywać się dzięki uzyskaniu zdecydowanej przewagi w powietrzu przez lotnictwo Armii Radzieckiej.

Równolegle formowane były: 1 korpus pancerny, 2 dywizja artylerii, 1 samodzielna brygada moździerzy i 1 mieszany korpus lotniczy.

We wrześniu 1944 roku, po wykonaniu głównych zadań związanych z formowaniem jednostek wojskowych pierwszej kolejności, Naczelne Dowództwo WP przystąpiło do organizacji jednostek drugiej kolejności. W ramach zamierzeń organizacyjnych realizowanych w drugiej kolejności było m.in. sformowanie 3 armii Wojska Polskiego.

Podstawą do formowania armii był rozkaz Naczelnego Dowództwa WP nr 41 z 6 października 1944 roku, który ustalał skład armii

24/ 25.09.1944 r. dowództwo nad 2 armią WP objął gen.dyw.S.Popławski, poza tym ze składu armii wyłączono 6 dywizję piechoty, a w jej skład włączono: 9 dywizję piechoty, 9 brygadę art.ppanc., 3 dywizję art.plot., 3 pułk moździerzy, 5 zap.pułk piech.oraz inne jednostki wojskowe. Oprócz tego nominalnie włączono 5 brygadę art.ciężkiej i 16 brygadę pancerną. Ta ostatnia przybyła w skład armii w lutym 1945 r.

oraz określał rejony formowania jej jednostek ^{25/}.

Termin sformowania armii wyznaczony został na 30 października 1944 roku.

Formowanie jednostek bojowych i tyłowych armii przebiegało w niezwykle trudnych warunkach. Ich ukompletowanie ludźmi oraz środkami transportu było niskie.

Do 20 listopada formowaniem objęto zaledwie 23 jednostki tyłowe armii, które stanowiły 49 % jednostek wchodzących w skład tyłów armijnych. Występujące w nich duże braki w ludziach i środkach transportu, niezmiernie utrudniały zaopatrywanie i obsługę formujących się jednostek bojowych. Spowodowało to konieczność rezygnacji z tworzenia 3 armii ^{26/}. W związku z tym Naczelny Dowódca WP w dniu 15 listopada 1944 roku wydał rozkaz nr 59 dotyczący zaniechania formowania 3 armii, która do tego czasu nie osiągnęła nawet 50 % stanu etatowego ^{27/}. Decyzja o rozformowaniu 3 armii oraz rezygnacja z tworzenia Frontu Polskiego poważnie wpłynęły na przyspieszenie organizacji tyłów 2 armii WP i tyłów NDWP. Dzięki temu do końca 1944 roku zdołano w znacznym stopniu skompletować jednostki tyłowe i przygotować je do pracy w warunkach bojowych.

25/ Dowódcą armii mianowany został gen.dyw.Karol Świerczewski. Skład armii był następujący:dowództwo armii,6,10,11 i 12 DP, 5 BSap i inne jednostki zabezpieczające oraz jednostki tyłowe. W październiku w skład armii włączono również jednostki artylerii i broni pancernej /10 BAC,11 BAPpanc,4 DAPlot,4 pułk moździerzy,brygadę pancerną i 6 pczc/.Z zagadnień rozwoju LWP, Warszawa 1964,s.130.

26/ Wojna wyzwolenicza narodu polskiego.Warszawa 1963 r.,s.477.

27/ Rozformowaniu podlegały wszystkie jednostki bojowe i tyłowe z wyjątkiem 6 i 10 DP,4 DAPlot,10 BAC,11 BAPpanc,9 dywizjonu rozp. 5 B.Sap.,kursów podchor. i kursów ofic.pol.-wych.Z jednostek tyłowych rozformowaniu nie podlegały:32 szpital dla lekko rannych,14 polowy ruchomy szpital chirurgiczny oraz 23 szpital za-każny. Wszystkie te szpitale miano przeformować na szpitale ewakuacyjne i włączyć w skład tyłów NDWP. Z zagadnień rozwoju LWP, Warszawa 1964 r., s.137.

W sierpniu 1944 roku na bazie Zarządu Zaopatrzenia Materiałowo-Technicznego powstał kierowniczy organ tyłów - Szefostwo Zaopatrzenia Wojska Polskiego ^{28/}, w skład którego weszły następujące departamenty i wydziały:

- sztab szefostwa;
- departament intendentury;
- departament uzbrojenia;
- departament służby zdrowia;
- departament techniczny;
- wydział weterynaryjny;
- wydział zbierania zdobyczy wojennych;
- wydział personalny ^{29/}.

We wrześniu 1944 roku po częściowej reorganizacji Szefostwo Zaopatrzenia WP przeformowane zostało w Główne Kwatermistrzostwo WP ^{30/}.

Główne Kwatermistrzostwo WP zachowało cechy struktury organizacyjnej właściwe dla centralnego organu kwatermistrzowskiego jak i cechy kwatermistrzostwa frontu.

Spełniając obydwie funkcje Główne Kwatermistrzostwo WP było kierowniczym organem tyłów NDWP.

W lutym 1945 roku przystąpiono do organizowania kwatermistrzostw sześciu okręgów wojskowych.

Sukcesy w tworzeniu siły zbrojnej ludowego państwa polskiego osiągnięte dzięki staraniom i wysiłkom nowej władzy ludowej oraz

28/ Szefostwo Zaopatrzenia WP /nazywane również Sztabem Zaopatrzenia WP/ powołane zostało do życia rozkazem NDWP nr 3 z 8.08.1944 r.

29/ CAW, MON, t.601, k.3.

30/ Rozkaz NDWP nr 22 z 15.09.1944 r.

Do grudnia 1944 r. Główne Kwatermistrzostwo WP nosiło także nazwę Kwatermistrzostwa Frontu Polskiego.

CAW, MON, t.6758, k.102.

CAW, MON, t.1957, k.33.

życzliwej pomocy Związku Radzieckiego, dzięki poparciu mas pracujących, wysiłkom polskich władz wojskowych gwarantowały udział Wojska Polskiego w walkach na froncie, umacniały autorytet władzy ludowej, dowodziły zgodności kierunku jej działania z interesem narodu, przyspieszały wyzwolenie kraju, umacniały pozycję Polski w antyhitlerowskiej koalicji.

Ogólna charakterystyka rozwoju organizacyjnego służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR oraz ludowego Wojska Polskiego

Pobór rozpoczęty przez radzieckie wojskowe komendy uzupełnień w skupiskach polskich, po ogłoszeniu komunikatu o formowaniu dywizji kościuszkowskiej, już w drugiej połowie maja 1943 roku spowodował masowy napływ ludzi. Na stację kolejową Diwowo, w pobliżu Sielc, zaczęły nadchodzić transporty powołanych do wojska Polaków ze wszystkich stron Związku Radzieckiego. Aby szybko i sprawnie wcielić ich w szeregi wojska, należało wcześniej zorganizować komisje lekarskie, służbę zdrowia w oddziałach i pododdziałach, urządzić izby chorych, punkty sanitarne /higieniczne/ oraz rozpocząć działalność sanitarno-przeciwepidemiczną.

W maju i czerwcu 1943 roku przybyli do Sielc pierwsi oficerowie-lekarze, a wśród nich mjr lek. Marian Dębicki i mjr lek. Justin Ławoczkin. Rozpoczęli oni tworzenie załączków służby zdrowia pułków i dywizji. W ślad za nimi przybyli lekarze i felczerzy Polacy i Rosjanie. Tworzenie poszczególnych ogniw służby zdrowia było jednym z głównych zadań jakie stały zarówno przed służbą zdrowia jak i przed dowództwem dywizji. Stan zdrowotny i sanitarno-epidemiczny ludzi napływających do Sielc budził wiele zastrzeżeń. W tej sytuacji personel służby zdrowia już od pierwszych dni miał bardzo dużo pracy: badania nowo wcielonych, szczepienia ochronne, założenie odpowiedniej dokumentacji chorych na zimnicę i inne choroby zakaźne, szkolenie personelu służby zdrowia, szerzenie oświaty sanitarnej itp.

Najmniejszą komórką organizacyjną służby zdrowia była, składająca się z reguły z pięciu 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 wzmocniona była nieetatowymi sanitariuszami wyszkolonymi spośród żołnierzy. W czasie wolnym od walki dowódca drużyny sanitarnej nadzorował przestrzeganie przez żołnierzy kompanii przepisów higieny osobistej oraz organizował nadzór sanitarny nad żywieniem i zakwaterowaniem.

W batalionie piechoty i równorzędnych znajdował się pięcioosobowy pluton medyczno-sanitarny, którym dowodził oficer-felczer, podlegający pod względem fachowym starszemu lekarzowi pułku. W czasie działań bojowych przydzielano mu określoną liczbę sanitariuszy noszowych oraz 1-2 wozy sanitarne przy pomocy których organizował ewakuację rannych ^{31/}.

Służbą zdrowia pułku kierował starszy lekarz, nazywany 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 kompania składała się z 33 ludzi. W jej skład wchodziło między innymi: dwóch lekarzy, dwóch felczerów, podoficerowie - instruktorzy sanitarni oraz sanitariusze. Kompania medyczno-sanitarna posiadała aptekę, w czasie działań bojowych kompania mogła być wzmocniana sanitariuszami noszowymi z batalionu medyczno-sanitarnego dywizji. Do zadań kompanii medyczno-sanitarnej należało rozwijanie pułkowego punktu medycznego w którym ranni i chorzy otrzymywali pierwszą pomoc lekarską. Każdy pułkowy punkt medyczny /PMP/ posiadał izolator w którym umieszczani byli chorzy i podejrzani o chorobę zakaźną.

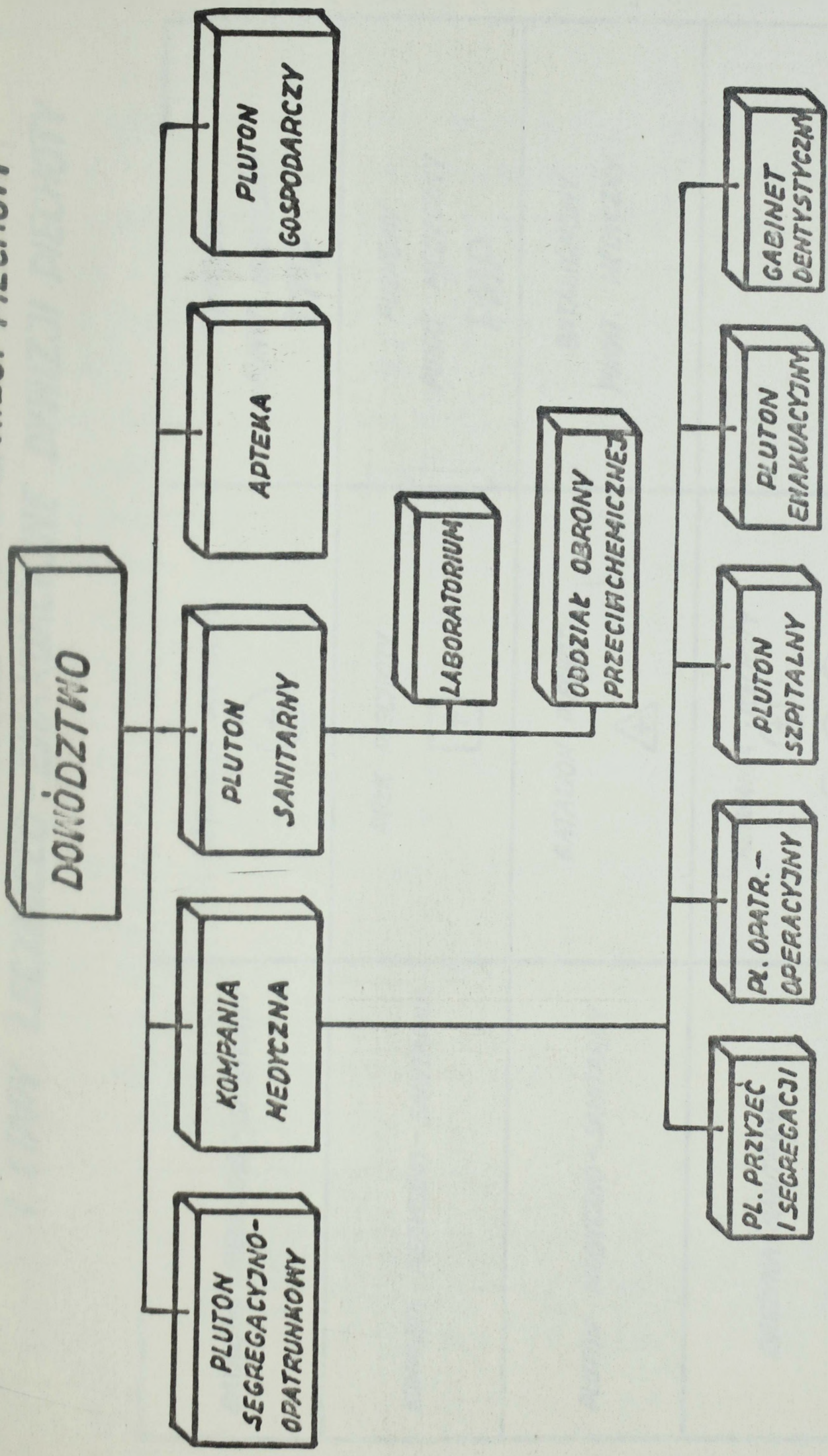
31/ A.Gasperowicz. Nasz batalion sanitarny. Lekarz Wojskowy 1963, 10, s.730-744.

Szef służby zdrowia dywizji pod względem fachowym podlegał szefowi służby zdrowia armii. W skład służby zdrowia dywizji wchodziły elementy organizacyjne służby zdrowia oddziałów oraz jako główne ogniwo, batalion medyczno-sanitarny /MSB/, którego dowódca 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 tworzono nieetatowe stanowiska internisty i epidemiologa, na które wyznaczano oficerów-lekarzy z batalionu medyczno-sanitarnego. Pododdziały służby zdrowia dywizji i etapy leczniczo-ewakuacyjne przedstawia schemat 2. Batalion medyczno-sanitarny 1 DP zorganizowany został w maju 1943 roku. Obowiązki dowódcy batalionu początkowo pełnił kpt. Julian Pinkiewicz, a następnie kpt. Jerzy Sztachelski ^{32/}. Pierwszym szefem służby zdrowia dywizji był mjr Marian Dębicki.

10 sierpnia 1943 roku zapadła decyzja rządu radzieckiego o formowaniu na terytorium Związku Radzieckiego 1 Korpusu Polskich Sił Zbrojnych. Przed służbą zdrowia stanęły nowe zadania. Należało w krótkim czasie utworzyć odpowiednie jednostki i urzędnia służby zdrowia, które miały zabezpieczyć proces formowania, a następnie szkolenia wojsk korpusu. W fazie organizacyjnej, przez krótki czas, szefem służby zdrowia korpusu był kpt. Wiktor Alter, następnie obowiązki te powierzono ppłk. Teofilowi Staniewskiemu, który przekazał je z kolei ppłk. Józefowi Romaszkiwiczowi. W wyniku prac organizacyjnych powstały dwa szpitale o łącznej liczbie 400 łóżek: 1 i 2 polowy ruchomy szpital chirurgiczny. Stanowiły one załączek do tworzenia kolejnych jednostek służby zdrowia 1 Armii Pol-





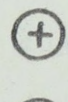

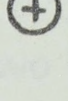
32/ B. Wadlewski. Służba zdrowia 1 Dywizji. Lekarz Wojskowy 1963, 10, s. 917-929.

BATALIONU MEDYCZNO - SANITARNEGO DYWIZJI PIECHOTY



NA PODSTAWIE KSIĄŻKI ETATÓW, C.A.W.

PODODDZIAŁY SŁUŻBY ZDROWIA I ETAPY LECZNICZO - EWAKUACYJNE DYWIZJI PIECHOTY

BATALION MEDYCZNO - SANITARNY	DYWIZJA PIECHOTY 	DYWIZYJNY PUNKT MEDYCZNY DMP
KOMPANIA MEDYCZNO - SANITARNA	PUŁK · PIECHOTY 	PUŁKOWY PUNKT MEDYCZNY PMP
PLUTON MEDYCZNO - SANITARNY	BATALION PIECHOTY 	BATALIONOWY PUNKT MEDYCZNY
DRUŻYNA SANITARNA	KOMPANIA · PIECHOTY    	

skiej w ZSRR. Służba zdrowia korpusu przystąpiła do realizacji programu szkolenia a nowo utworzone szpitale rozpoczęły działalność leczniczą.

Rozkazem organizacyjnym dowódcy 1 Armii Polskiej w ZSRR nr 001/OU z 1 kwietnia 1944 roku przeformowano sztab korpusu na sztab armii. Utworzony został również wydział służby zdrowia /schemat 3/ wchodzący w skład kwatermistrzostwa armii. Służbą zdrowia armii kierował skierowany z Armii Radzieckiej płk Michał Moguczy 33/.

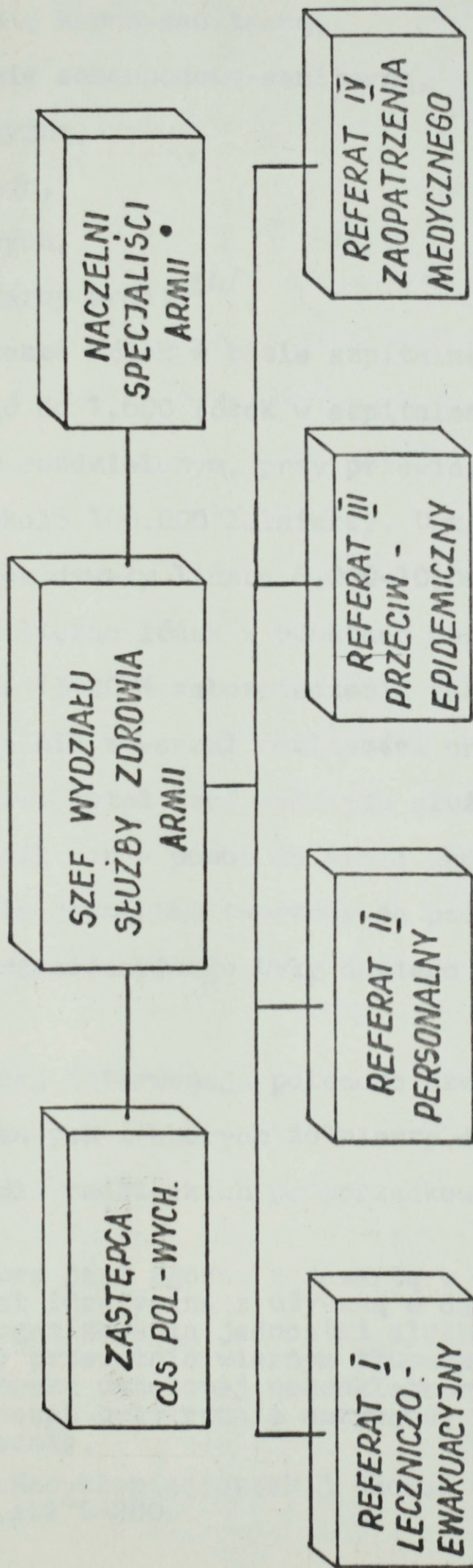
W myśl zasad obowiązujących w Armii Radzieckiej i następnie w Wojsku Polskim na szczeblu armii istniał oddział służby zdrowia. Jednak w czasie tworzenia Armii Polskiej w ZSRR komórkę tę nazwano wydziałem a jej elementy organizacyjne - referatami. Wydziałowi służby zdrowia podlegała służba zdrowia związków taktycznych, baza szpitalna armii oraz inne jednostki i urządzenia służby zdrowia.

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

- sztab /szefostwo/ polowego punktu ewakuacyjnego,
- sztab czołowego polowego punktu ewakuacyjnego /szefostwo wysuniętego oddziału/ z pododdziałami /z ewakuacyjnym punktem rozdzielczym/,
- szpital polowy dla lekko rannych,
- szpital polowy dla zakaźnie chorych,
- polowy ruchomy szpital terapeutyczny,
- grupę sanitarno-epidemiologiczną,
- laboratorium anatomo-patologiczne,

33/ Michał Moguczy ur.1906 r. w Petersburgu w polskiej rodzinie urzędniczej. W 1932 r. ukończył WMA im.Kirowa w Leningradzie. W latach 1941-1944 naczelnny chirurg 67 armii Frontu Leningradzkiego., 6.04.1944 - 4.11.1944 r. szef służby zdrowia 1 armii WP, od 4.11.1944 r. do stycznia 1946 r. szef służby zdrowia WP.

STRUKTURA ORGANIZACYJNA WYDZIAŁU SŁUŻBY ZDROWIA ARMII



- EPIDEMIOLOG ARMII
- CHIRURG ARMII
- INTERNISTA ARMII
- WENEROLOG ARMII
- TOKSYKOLOG ARMII
- GINEKOLOG ARMII
- EKSPERT SĄDOWO - LEKARSKI
- INSPEKTOR ds ŻYWIENIA

SKŁAD OSOBOWY:

OFICERÓW	18
PODOFICERÓW	1
SZEREGOWYCH	4
RAZEM	23

- samodzielną kompanię wzmocnienia służby zdrowia,
- samodzielną kompanię konno-sanitarną,
- samodzielną kompanię samochodowo-sanitarną,
- kompanię dezynfekcyjną,
- grupę łaźni polowych,
- grupę pralni polowych,
- polowy skład sanitarny armii ^{34/}.

W ten sposób liczba łóżek w bazie szpitalnej 1 Armii Polskiej w ZSRR miała wzrosnąć do 1.600 łóżek w szpitalach i 500 łóżek w ewakuacyjnym punkcie rozdzielczym, przy przewidywanym wzroście liczebności armii do około 100.000 żołnierzy. Uwzględniając fakt, że normy radzieckie przewidywały liczbę 8.000-10.000 łóżek w bazie szpitalnej armii nie licząc łóżek w punktach rozdzielczych ^{35/}, stanowiło to zaledwie 15-20 % zabezpieczenia faktycznych potrzeb. Brak rezerw kadrowych nie stwarzał możliwości organizowania kolejnych własnych szpitali. Toteż szef wydziału służby zdrowia 1 Armii Polskiej w ZSRR zwrócił się o pomoc do Armii Radzieckiej. Należy również podkreślić, że jednostki tworzone na podstawie wyżej wymienionego rozkazu organizacyjnego były dopiero w okresie formowania.

W wyniku powyższej interwencji polecono szefowi służby zdrowia armii kierować rannych i chorych żołnierzy do rozwiniętych w rejonie Kiwerc szpitali radzieckich podporządkowanych PEP 15:

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

35/ J. Akodus. Armija, Encykłopediczeskij Słowar Wojennoj Miedicyny. Moskwa 1946, t.I, s.270-280.

136 GOPEP, 159,652,5171 ChPPG, 2085 TPPG i 859 IPPG ^{36/}. Ponadto pismem z dnia 15 maja 1944 roku szef zarządu sanitarnego 1 Frontu Białoruskiego generał Arsenij Barabanow przekazał jedenaście następujących jednostek służby zdrowia w operacyjne podporządkowanie 1 Armii Polskiej w ZSRR:

- ewakuacyjny punkt rozdzielczy na 500 łóżek - 136 EP,
- 200-łóżkowe szpitale chirurgiczne: 159,616,5143,5171,5174 ChPPG,
- 100-łóżkowy szpital chorób wewnętrznych: 2085 TPPG,
- 100-łóżkowy szpital zakaźny: 4244 IPPG,
- 300-łóżkowe szpitale ewakuacyjne: 3555 i 5380 EG ^{37/}.

Faktycznie armii nie został przekazany 5143 ChPPG, a 159 ChPPG był jej podporządkowany tylko przez okres dwóch tygodni. Wycofano również z podporządkowania armii 136 EP.

Wraz z zorganizowanym a nie wymienionym w rozkazie nr 001/OU -4 polowym ruchomym szpitalem chirurgicznym na 200 łóżek ^{38/}, utworzyło to w czerwcu 1944 roku bazę szpitalną 1 Armii Polskiej w ZSRR o etatowej liczbie 3.200 łóżek w szpitalach /z tego 1.800 w polskich szpitalach i 1.400 w radzieckich/ i 1.000 łóżek w ewakuacyjnych punktach rozdzielczych /po 500 łóżek w polskim i radzieckim/. W szpitalach zakaźnych armia posiadała 200 łóżek. Praktycznie ten stan łóżek utrzymywał się niemal do końca działań wojennych. Mimo, że później tworzone nowe szpitale 1 armii WP to jednak do 1 Frontu Białoruskiego odchodziły szpitale radzieckie.

W okresie walk pod Warką 1 armia WP posiadała trzynaście szpitali:

- sześć polowych ruchomych szpitali chirurgicznych po 200 łóżek każdy,

36/ CAW III-4-877, k.1.

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

38/ CAW III-4-912, k.439

- dwa polowe ruchome szpitale wewnętrzne po 100 łóżek każdy,
- dwa polowe ruchome szpitale zakaźne po 100 łóżek każdy,
- polowy ruchomy szpital dla lekko rannych na 1.000 łóżek,
- dwa polowe ruchome szpitale ewakuacyjne po 300 łóżek każdy ^{39/}.

Natomiast w czasie walk o przełamanie Wału Pomorskiego liczba szpitali 1 armii WP wzrosła do 24.

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

- służby zdrowia tzw. armii czynnej /czyli służby zdrowia przyszłej 1 armii WP/,
- służby zdrowia Głównego Sztabu Formowania i Uzupełnień w której między innymi znajdował się wydział sanitarny Zarządu Zaopatrzenia Materiałowo-Technicznego i 7 szpitali garnizonowy /jednostki te stanowiły załączek przyszłej służby zdrowia Wojska Polskiego szczebla centralnego/^{40/}.

10 sierpnia 1944 roku na mocy rozkazu nr 3 Naczelnego Dowódcy WP przystąpiono do tworzenia 2 armii WP. Równolegle z organizacją jednostek bojowych 2 armii WP formowano również jednostki i urzędy służby zdrowia ^{41/}. Zasadniczymi trudnościami w tworzeniu jednostek i urzędów służby zdrowia były braki kadry oficerskiej i środków transportu oraz zbyt częste zmiany rejonów rozmieszczenia. Po czterokrotnym przegrupowaniu kwatermistrzostwa armii, zdecydowano, że jednostki służby zdrowia będą formowane w rejonach następujących miejscowości: Biała Podlaska, Łuków, Międzyrzecz, Milanów, Niemce i Siedlce. Rejony formowania jednostek służby zdrowia znaj-

39/Z. Kosztyła, R. Zabłotniak. Zabezpieczenie medyczne 1 AWP na przyczółku warecko-magnuszewskim. Lekarz Wojskowy 1966, 2, s. 162-168.

40/W. Majewski. Służba zdrowia 1 armii Wojska Polskiego. Warszawa 1976, s. 27.

41/ Por. załącznik 11 - Zestawienie jednostek i urzędów służby zdrowia LWP sformowanych w latach 1943-1945.

dowały się w zasadzie w strefie działań wojennych w odległości 60-90 kilometrów od linii frontu.

Jednostki i urządzenia służby zdrowia 2 armii WP i Frontu Polskiego posiadały jednakowe terminy formowania, przy czym priorytet w ukończeniu ludźmi i sprzętem przyznano jednostkom bojowym. Powyższe ustalenia ujemnie wpłynęły na tok formowania armii ponieważ jednostki bojowe organizowane były bez własnej bazy łóżkowej. Dlatego też w początkach tworzenia armii Główne Kwatermistrzostwo WP część urządzeń dla potrzeb 2 armii WP sformowało kosztem NDWP ^{42/}. Nowo sformowane urządzenia do czasu zorganizowania pozostałych jednostek i urządzeń służby zdrowia musiały przejąć cały ciężar zabezpieczenia w głównych ośrodkach formowania armii.

W początkowej fazie organizacji wydział służby zdrowia 2 armii WP rozporządzał zaledwie trzema szpitalami o łącznej liczbie 300 łóżek, podczas gdy liczba napływających chorych znacznie przekraczała możliwości czynnych zakładów leczniczych. Problem ten rozwiązano w październiku 1944 roku po włączeniu w skład Wojska Polskiego radzieckich szpitali frontowych ^{43/}.

Okres tworzenia jednostek i urządzeń służby zdrowia 2 armii WP trwał ponad trzy miesiące. Do końca 1944 roku sformowano przewidziane planem następujące jednostki i urządzenia służby zdrowia 2 armii WP:

- sztab /szefostwo/ polowego punktu ewakuacyjnego,
- sześć polowych ruchomych szpitali chirurgicznych, po 200 łóżek każdy,

42/Zgodnie z zarządzeniem Głównego Kwatermistrza WP sformowano:
- w garnizonie Lublin: 21 PRSzW i 25 PRSzZ na 100 łóżek każdy,
- w garnizonie Siedlce: 24 PRSzZ na 100 łóżek i pralnię polową nr 16. CAW MON, t.601, k.126.

43/2 przybyłych radzieckich szpitali rozwinięto w Siedlcach: szpital ewakuacyjny nr 4234 na 200 łóżek oraz szpital segregacyjno-ewakuacyjny nr 68 na 1.000 łóżek. CAW MON, t.622, k.199.

- dwa polowe ruchome szpitale wewnętrzne, po 100 łóżek każdy,
- cztery polowe ruchome szpitale dla lekko rannych po 500 łóżek każdy,
- dwa polowe ruchome szpitale zakaźne, po 100 łóżek każdy ^{44/},
- grupę sanitarno-epidemiologiczną,
- laboratorium anatomo-patologiczne,
- samodzielną kompanię wzmocnienia służby zdrowia,
- samodzielną kompanię samochodów sanitarnych,
- samodzielną kompanię konno-sanitarną,
- kompanię dezynfekcyjno-kąpielową,
- trzy pralnie polowe,
- trzy łaźnie polowe,
- połowy skład sanitarny armii ^{45/}.

Szpitalami w bazach kierował: połowy punkt ewakuacyjny /PEP/ składający się z szefostwa, oddziałów /lecniczego, ewakuacyjnego i zaopatrzenia/ i kwatermistrzostwa oraz wysunięty oddział połowego punktu ewakuacyjnego /WOPEP/ składający się z szefostwa, oddziału medycznego, apteki i kwatermistrzostwa. PEP i WOPEP organizowały działalność leczniczo-ewakuacyjną w bazie szpitalnej oraz sprawowały fachowy nadzór nad działalnością poszczególnych szpitali.

Pomimo znacznych braków kadrowych i sprzętu, służba zdrowia 2 armii WP po przebyciu pierwszej próby w okresie formowania armii, była przygotowana do leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciw-

 44/ 24 PRSzZ sformowany w Siedlcach, skąd skierowany został w rejon Wrzosowa a następnie rozwinął się i pracował w bazie szpitalnej armii w Ruszowie, gdzie pozostał po zakończeniu wojny celem dalszego leczenia chorych.

25 PRSzZ sformowany w Lublinie, skąd przegrupował się w rejon Stoku Lackiego a następnie rozwinął się i pracował w Hoyerswerda. Po zakończeniu wojny 24.06.1945 r. skierowany został do Wrocławia.

45/ Część jednostek i urządzeń służby zdrowia posiadała niski procent ukompletowania.
 CAW MON, t.700, k.79, 138, 702.

epidemicznego zabezpieczenia wojsk w czasie działań bojowych. Poważne trudności w działalności służby zdrowia armii spowodowane były niedostatecznym wyposażeniem w transport samochodowy, brakiem paliwa oraz trudnymi warunkami atmosferycznymi.

Podstawą do formowania 3 armii Wojska Polskiego był rozkaz Naczelnego Dowódcy WP nr 41 z 6 października 1944 roku. Tworzenie jednostek i urzędzeń służby zdrowia 3 armii WP ^{46/} przebiegało w niezwykle trudnych warunkach. Procent ukompletowania ludźmi oraz środkami transportowymi był bardzo niski. Do 22 listopada sformowano zaledwie 49 % jednostek i urzędzeń służby zdrowia ^{47/}. Znaczne braki w ludziach i sprzęcie oraz trudności w zakresie zaopatrzenia i zakwaterowania wojsk spowodowały konieczność rezygnacji z tworzenia 3 armii WP.

15 listopada 1944 roku Naczelny Dowódca WP wydał rozkaz nr 59/org. dotyczący zaniechania formowania 3 armii WP ^{48/}. Rozkaz ten przewidywał przeformowanie 32 PRSzLR na 67 szpital segregacyjno-ewakuacyjny na 500 łóżek, 14 ChPSzR na 38 szpital ewakuacyjny na 200 łóżek i 23 PRSzZ na 43 szpital ewakuacyjny na 200 łóżek. Pozostałe jednostki i urzędzenia służby zdrowia rozformowano a ich personel i sprzęt przekazano do dyspozycji szefa wydziału służby zdrowia 2 armii WP oraz szefa departamentu służby zdrowia WP ^{49/}.

Służbą zdrowia korpusu pancernego kierował szef służby zdrowia, któremu podlegał samodzielny batalion medyczno-sanitarny. Brygady pancerne zabezpieczane były przez plutony medyczno-sanitar-

46/ Por.załącznik 11 - Zestawienie jednostek i urzędzeń służby zdrowia LWP sformowanych w latach 1943-1945.

47/ CAW 3 AWP, t.64, k.5-11. CAW 3 AWP, t.90, k.2. CAW MON, t.617, k.8.

48/ Z zagadnień rozwoju LWP. Warszawa 1964, s.137.

49/ CAW MON, t.1602, k.133.

ne. W dywizji artylerii znajdowała się samodzielna kompania medyczno-sanitarna. Brygady artylerii i moździerzy, brygady saperów i łączności zabezpieczane były, podobnie jak pułki piechoty, przez kompanie medyczno-sanitarne.

W rejonach rozmieszczenia jednostek wyznaczano lekarzy garnizonowych, których zadaniem między innymi było sprawowanie nadzoru nad stanem sanitarnohigienicznym i epidemicznym terenu na którym stacjonowały wojska.

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 nazywanego 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 generałowi brygady Michałowi Moguczemu. Pułkownika Jana Wołosiewicza wyznaczono na stanowisko zastępcy szefa służby zdrowia Wojska Polskiego. Departament służby zdrowia WP składał się z oddziałów: leczniczo-ewakuacyjnego, przeciwepidemicznego, zaopatrzenia medycznego i personalnego. Naczelnym chirurgiem WP mianowany został gen. bryg. Aleksander Szacki, naczelnym internistą WP - gen. bryg. Witold Nowodworski, naczelnym epidemiologiem WP - płk Jan Synowiec, naczelnym stomatologiem WP - ppłk Leopold Kerner. Departament służby zdrowia WP początkowo stacjonował w Lublinie a następnie w Otwocku i Tworkach pod Warszawą.

W sierpniu 1944 roku przystąpiono do formowania nowych jednostek i urzędzeń służby zdrowia. Znaczna część nowo formowanych jednostek i urzędzeń miała tworzyć służbę zdrowia Frontu Polskiego. Skład i ilość nowo formowanych jednostek i urzędzeń zostały ustalone bez głębszej analizy potrzeb wojsk. Powstała więc poważna dys-

proporcja w zakresie zabezpieczenia medycznego między stanem faktycznym a rzeczywistymi potrzebami wojsk. Jednostki i urządzenia służby zdrowia objęte rozkazem NDWP nr 8 planowano sformować do 15 września 1944 roku, tj. równolegle z jednostkami bojowymi pierwszej kolejności, co było sprzeczne z ogólnymi zasadami rozwoju wojska. W każdej rozwijającej się od podstaw armii w pierwszej kolejności należy formować jednostki i urządzenia tyłowe, które będą stanowiły podstawową bazę do formowania jednostek bojowych. Odstąpienie od tej zasady w czasie rozbudowy Wojska Polskiego doprowadziło w drugiej połowie 1944 roku do zakłóceń procesu mobilizacji i formowania nowych jednostek wojskowych 50/.

Przyjęta przez departament służby zdrowia WP zasada nieorganizowania w 1944 roku bazy szpitalnej frontu i obszaru kraju uwarunkowana była między innymi następującymi czynnikami:

- brakiem dostatecznej liczby szpitali,
- działania bojowe prowadziła tylko 1 armia WP,
- stosunkowo płytkim obszarem kraju sięgającym zaledwie od 80 do 140 kilometrów,
- niedogodnym układem sieci komunikacyjnej na wyzwolonych obszarach kraju, utrudniającym ewakuację medyczną z 1 armii WP,
- stosunkowo stabilnym charakterem działań bojowych prowadzonych w drugiej połowie 1944 roku przez wojska 1 armii WP.

Znaczne braki kadry oficerskiej i środków transportu samochodowego były przyczyną zmian organizacyjnych jakie zaszły w składzie tyłów Frontu Polskiego w drugiej połowie 1944 roku. Między innymi zrezygnowano z formowania 22 szpitali ewakuacyjnych. Termin formowania części urządzeń leczniczych przesunięto na 1945 rok.

50/ Na skutek niedostatecznej ilości urządzeń sanitarnych szerzyły się choroby zakaźne.
CAW MON, t.2002, k.50.

Zasadnicza poprawa w ukompletowaniu jednostek i urządzeń służby zdrowia Frontu Polskiego nastąpiła dopiero po przeprowadzeniu powtórnej mobilizacji rezerw osobowych w kraju oraz po rozformowaniu jednostek służby zdrowia 3 armii WP ^{51/}.

W pierwszej połowie 1945 roku kiedy do działań bojowych przystąpiła 2 armia WP oraz większa ilość jednostek lotniczych, wówczas system leczenia etapowego poddany został trudnej próbie. Poważnie wzrosły potrzeby w zakresie łóżek szpitalnych na szczeblu centralnym. Nowo formowane zakłady lecznicze ^{52/} w większości były szpitalami stacjonarnymi i nie mogły brać udziału w polowym systemie leczenia etapowego. Wyjątek stanowiły cztery szpitale ewakuacyjne /36,37,38 i 43 PRSZE/. Potrzeby łóżek szpitalnych na szczeblu frontu określono na około 4.000. Wobec niemożności formowania kolejnych szpitali ewakuacyjnych Główny Kwatermistrz WP zdecydował powiększyć etatową liczbę łóżek w już istniejących szpitalach ^{53/}.

W marcu i kwietniu 1945 roku utworzone zostały dwie bazy szpitalne frontu w Bydgoszczy i Poznaniu ^{54/}. Baza szpitalna w Bydgoszczy o pojemności 7.300 łóżek zabezpieczała 1 armię WP a baza w Poznaniu o pojemności 2.900 łóżek - 2 armię WP. W 1945 roku szpitale bazy bydgoskiej przyjęły 7.285 rannych i chorych ^{55/}, natomiast bazy poznańskiej 7.319 rannych i chorych żołnierzy ^{56/}.

51/ CAW III-1-144,k.5,31. CAW MON,t.622,k.73.

52/ Szpitale okręgowe i rejonowe.

53/ Wg nowych etatów przeformowano dziesięć szpitali ewakuacyjnych uzyskując w ten sposób dodatkowo 5.100 łóżek szpitalnych. Pojemność łóżkową szpitali powiększono o 100 %, a w niektórych nawet o 150 %, bez zwiększania liczby personelu.
CAW MON,t.711,k.23; CAW MON,t.724,k.3-72; CAW III-1-48,k.133.

54/ CAW MON,t.645,k.82.

55/ CAW MON,t.591,k.49; CAW III-4-907,k.18.

56/ CAW III-5-274,k.104-106.

W maju 1945 roku liczba łóżek w szpitalach frontowych wynosiła 11.100 ^{57/}, natomiast w szpitalach obszaru kraju 10.000 ^{58/}.

W celu przeprowadzenia analizy porównawczej możliwości i rzeczywistych potrzeb bazy łóżkowej frontu i obszaru kraju należy posłużyć się teorią E.T.Smirnowa ^{59/}. W myśl powyższej teorii do zabezpieczenia 1 i 2 armii WP oraz wojsk lotniczych /144.300 żołnierzy/ należało posiadać 15.100 łóżek. Dla oddziałów i związków taktycznych nie wchodzących w skład armii /255.700 żołnierzy/- 20.000 łóżek szpitalnych. Razem szpitale frontu i obszaru kraju powinny posiadać 35.100 łóżek. Natomiast departament służby zdrowia WP dysponował 21.100 łózkami szpitalnymi. Brakowało 14.000 łóżek. Uwzględniając fakt, że 1 i 2 armia WP posiadały 5.100 łóżek szpitalnych rozwiniętych ponad przewidywane normatywy, to faktyczny brak łóżek wyrażał się liczbą 8.900 ^{60/}. W związku z powyższym niedoborem łóżek departament służby zdrowia WP spowodował wydzielenie dla potrzeb Wojska Polskiego po 100 łóżek w szpitalach powiatowych Polski centralnej ^{61/}.

Niezmiernie skomplikowanym problemem były niedostatki środków transportowych do ewakuacji rannych i chorych. 30 grudnia 1944 roku na etatową liczbę 42 samochodów sanitarnych w szpitalach frontowych i obszaru kraju, faktycznie znajdowało się tylko dziesięć samochodów. Poza tym departament służby zdrowia WP nie dysponował w

57/ CAW MON, t.2008, k.106.

58/ CAW MON, t.702, k.78.

59/ 100 żołnierzy armii powinno być zabezpieczonych 15 łózkami szpitalnymi, z tego: 30% w armii, 45% we froncie i 25% na obszarze kraju. Natomiast w oddziałach i związkach taktycznych nie wchodzących w skład armii, na każdych 100 żołnierzy powinno być 8 łóżek w szpitalach obszaru kraju.
E.T.Smirnow. Problemy wojennej medycyny. Izd. Narkomzdraw. SSSR 1944, s.28.

60/ Stany osobowe przyjęto z maja 1945 roku.

61/ CAW III-1-318, k.144.

tym czasie ani jedną jednostką transportu sanitarnego ^{62/}. Dlatego też niejednokrotnie ewakuacja rannych i chorych z polowych szpitali szczebla armijnego do szpitali frontowych i obszaru kraju odbywała się transportem sanitarnym niższego szczebla.

Szefowie służby zdrowia związków taktycznych, armii oraz szczebla centralnego służbowo podporządkowani byli kwatermistrzom tych szczebli dowodzenia. Szefowie służby zdrowia związków taktycznych i armii mieli podwójną zależność fachową, z jednej strony podlegali bezpośrednim przełożonym, z drugiej zaś strony podporządkowani byli ze względów operacyjnych odpowiednim instancjom służby zdrowia Armii Radzieckiej. Instancje te jednak z zasady nie narzucały swoich decyzji a najczęściej udzielały pomocy w formie dodatkowego zaopatrzenia sanitarnego lub przydziału łóżek w szpitalach ^{63/}.

Departament służby zdrowia WP podobnie jak Główne Kwatermistrzostwo WP wykonywał zadania dwóch szczebli organizacyjnych tj. frontu i obszaru kraju. Do głównych zadań departamentu w zakresie kierowania służbą zdrowia 1 i 2 armii WP oraz wojsk lotniczych należało zaliczyć:

- organizację ewakuacji rannych i chorych ze szpitali armijnych i wojsk lotniczych do zakładów leczniczych frontu /obszaru kraju/,
- organizację specjalistycznej pomocy medycznej rannym i chorym w szpitalach frontowych i obszaru kraju,
- wzmacnianie siłami i środkami służby zdrowia 1 i 2 armii WP oraz wojsk lotniczych,
- organizację rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego i sprawo-

62/ CAW MON, t.675, k.373; CAW MON, t.619, k.189.

63/ W. Majewski. Służba zdrowia 1 armii Wojska Polskiego. Warszawa 1976.

wania nadzoru sanitarnohigienicznego i epidemiologicznego 1 i 2 armii WP, wojsk lotniczych, terenu na obszarze tyłów frontu oraz rejonów zajmowanych przez nieprzyjaciela,

- organizację likwidacji ognisk chorób zakaźnych,
- organizację zaopatrzenia w sprzęt i materiał sanitarny 1 i 2 armii WP, wojsk lotniczych oraz jednostek i urzędzeń leczniczych szczebla frontowego /NDWP/.

Do głównych zadań departamentu służby zdrowia WP w zakresie zabezpieczenia medycznego obszaru kraju należało zaliczyć:

- planowanie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego,
- organizację ewakuacji rannych i chorych ze szpitali frontowych /armijnych/ do zakładów leczniczych obszaru kraju,
- organizację rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego i sprawowania nadzoru sanitarnohigienicznego i epidemiologicznego wojsk oraz obszaru kraju,
- organizację likwidacji ognisk chorób zakaźnych na obszarze kraju,
- formowanie jednostek i urzędzeń służby zdrowia dla potrzeb frontu, 1 i 2 armii WP, wojsk lotniczych i obszaru kraju,
- organizację zabezpieczenia medycznego mobilizacji rezerw osobowych prowadzonej na obszarze kraju,
- organizację zaopatrzenia w sprzęt i materiał sanitarny 1 i 2 armii WP, wojsk lotniczych, okręgów wojskowych oraz zakładów leczniczych frontu.

Suma zadań dla frontu i obszaru kraju stanowiła zakres działania służby zdrowia WP w czasie wojny.

Organizacja zabezpieczenia medycznego 1 armii WP w zakresie przedsięwzięć leczniczo-ewakuacyjnych i sanitarno-przeciwepide-

micznych charakteryzowała się pewną specyfiką, ponieważ w ciągu drugiego półrocza 1944 roku nie zorganizowano bazy szpitalnej frontu ani obszaru kraju. Po sformowaniu kilku szpitali dla potrzeb frontu i obszaru kraju, począwszy od 10 września 1944 roku departament służby zdrowia WP zorganizował ewakuację rannych i chorych żołnierzy z 1 armii WP do zakładów leczniczych w Chełmie, Lublinie i Siedlcach.^{64/} W końcu 1944 roku kiedy wojska radzieckie rozpoczęły intensywne przygotowania do ofensywy zimowej 1945 roku ewakuacja rannych i chorych żołnierzy z 1 armii WP do szpitali obszaru kraju okazała się bardzo utrudniona. Wówczas szef departamentu służby zdrowia WP zdecydował wzmocnić 1 armię WP trzema szpitalami o łącznej pojemności 2.000 łóżek i w ten sposób przybliżyć etapy ewakuacji medycznej frontu i obszaru kraju do bazy szpitalnej armii ^{65/}.

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne oraz sanitarno-przeciwepidemiczne jednostek wojskowych 2 armii WP, wojsk lotniczych ^{66/} i NDWP, które w 1944 roku nie brały udziału w działaniach bojowych a znajdowały się w stadium formowania, organizowane było w warunkach garnizonowych i praktycznie sprowadzało się do przedsięwzięć profilaktyczno-leczniczych.

Leczenie rannych i chorych żołnierzy 2 armii WP odbywało się w zasadzie w ramach armii. Ponadto jednostki i urządzenia służby zdrowia 2 armii WP świadczyły usługi lecznicze na rzecz jednostek NDWP rozmieszczonych w rejonach objętych zasięgiem for-

64/Dwa szpitale sformowane przez wydział służby zdrowia 1 armii WP w lipcu 1944 r. w Chełmie i Lublinie w pierwszych dniach września tego roku wyłączone zostały z 1 armii WP i podporządkowane szefowi departamentu służby zdrowia WP.

65/ CAW MON, t.2007, k.152..

66/Z wyjątkiem personelu latającego i wysokokwalifikowanego personelu technicznego.

formowania armii. Szef służby zdrowia 2 armii WP zdecydował, że już w okresie formowania armii dla osiągnięcia celów szkoleniowych, leczenie rannych i chorych żołnierzy począwszy od szczebla pułku aż do bazy szpitalnej armii należy realizować zgodnie z systemem leczenia etapowego obowiązującym w warunkach prowadzenia działań bojowych ^{67/}.

Od września do 31 grudnia 1944 roku zakłady lecznicze frontu i obszaru kraju przyjęły 8.585 rannych i chorych żołnierzy ^{68/}. Uwzględniając niewystarczającą ilość łóżek szpitalnych, środków transportu sanitarnego oraz bielizny pościelowej i operacyjnej, była to pokaźna liczba rannych i chorych żołnierzy ^{69/}.

W pierwszym półroczu 1945 roku zakłady lecznicze frontu i obszaru kraju przyjęły 17.225 rannych i chorych żołnierzy. Ogółem w 1944 i 1945 roku szpitale te przyjęły 25.810 żołnierzy ^{70/}.

Śmiertelność żołnierzy leczonych w tych zakładach była stosunkowo niska, na przykład w październiku i listopadzie 1944 roku kiedy notowano maksymalne obciążenie w szpitalach podległych FEP 8 wynosiła 0,5 % - 0,8 %.

Średnio w ciągu jednego miesiąca, po zakończeniu leczenia w tych zakładach, do wojsk powracało 15 % - 18 % stanu rannych i chorych żołnierzy.

W czasie zakończenia wojny służba zdrowia Wojska Polskiego szczebla centralnego obejmowała:

67/ Od września do 31 grudnia 1944 r. w szpitalach armii leczono 1.182 żołnierzy ze związków taktycznych 2 armii WP.
CAW 2 AWP, t.7, k.74.

68/ W tej liczbie z: 1 armii WP - 3.840, 2 armii WP i jednostek NDWP-4.174, jednostek lotniczych-571 rannych i chorych żołnierzy.
CAW MON, t.2005, k.94.

69/ W tym czasie w szpitalach obszaru kraju brakowało bielizny pościelowej i operacyjnej na 6.500 łóżek.
CAW MON, t.739, k.24

70/ CAW MON, t.2019, k.126.

- departament służby zdrowia WP,
- referaty służby zdrowia okręgów wojskowych,
- 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 1.000 łóżek każdy/ i inne szpitale specjalistyczne,
- cztery sanatoria,
- dwa wojskowe domy wypoczynkowe.

Działał również w Wojsku Polskim 12 pułk lotnictwa sanitarnego 71/.

Pomimo wielu trudności służba zdrowia Wojska Polskiego zdołała właściwie rozwiązać wszystkie problemy w zakresie leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego zabezpieczenia wojsk. Sytuacja polityczna, gospodarcza i militarna w jakiej znalazł się nasz kraj po wyzwoleniu postawiła kolejne zadania również i przed wojskową służbą zdrowia.

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

Charakterystyka rozwoju organizacyjnego

pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR oraz ludowego Wojska Polskiego

W czasie formowania 1 DP a następnie 1 KPSZ służba zdrowia tych związków nie posiadała własnych jednostek i urządzeń sanitarno-przeciwepidemicznych. Działalność sanitarno-przeciwepidemiczna opierała się w tym czasie wyłącznie na radzieckich jednostkach i urządzeniach. Leczenie zakaźnie chorych żołnierzy 1 DP a następnie 1 KPSZ przeprowadzane było w radzieckim szpitalu ewakuacyjnym /EG 1920/ w Żytomierzu, a od maja 1944 roku w polowym ruchomym szpitalu zakaźnym /IPPG 859/ rozwiniętym we wsi Sitarzówka w rejonie Rososzczy.

W batalionie medyczno-sanitarnym 1 DP dowódca plutonu sanitarnego, w ramach sprawowania nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, wyznaczony został do pełnienia obowiązków nieetatowego epidemiologa dywizji.

Służba zdrowia 1 Korpusu Polskich Sił Zbrojnych nie posiadała w swojej strukturze elementu organizacyjnego pionu sanitarno-przeciwepidemicznego.

W kwietniu 1944 roku utworzony został wydział służby zdrowia 1 Armii Polskiej w ZSRR posiadający w swojej strukturze organizacyjnej referat przeciwepidemiczny oraz stanowisko epidemiologa armii. Rozkazem organizacyjnym dowódcy 1 AP w ZSRR nr 001/OU z 1 kwietnia 1944 roku polecono sformować:

- polowy szpital dla zakaźnie chorych,
- grupę sanitarno-epidemiologiczną,
- kompanię dezynfekcyjno-kąpielową,
- grupę łaźni polowych,

- grupę pralni polowych.

Począwszy od czerwca 1944 roku stopniowo przybywały do rejonu Kiwerc jednostki i urządzenia sanitarno-przeciwepidemiczne sformowane w Sumach oraz jednostki radzieckie, skierowane w operacyjne podporządkowanie 1 AP w ZSRR. W lipcu 1944 roku w rejonie Kiwerc znajdowały się już następujące jednostki i urządzenia sanitarno-przeciwepidemiczne 1 armii WP:

- polowy ruchomy szpital zakaźny na 100 łóżek /PRSZZ 5/,
- radziecki polowy ruchomy szpital zakaźny na 100 łóżek /IPPG 4244/,
- grupa sanitarno-epidemiologiczna /SEG 1/,
- kompania dezynfekcyjno-kąpielowa /4 KDK/,
- trzy łaźnie polowe /7,8 i 10/,
- dwie pralnie polowe /2 i 4/.

Brak odpowiedniej ilości stałych łaźni oraz trudności związane z uzyskaniem urządzeń dezynfekcyjno-kąpielowych zmuszały do budowy polowych łaźni i komór dezynfekcyjnych ^{72/}. Już od początku formowania 1 DP wprowadzono obowiązek budowy we wszystkich jednostkach po jednej łaźni i jednej komorze dezynfekcyjnej, o wydajności 20 kąpiele i 20 dezynsekcji kompletów umundurowania w ciągu godziny, na batalion. Powyższe ustalenia obowiązywały wszystkie jednostki WP do dnia zakończenia działań wojennych. Do 1 lipca 1944 roku w jednostkach 1 AP w ZSRR wybudowano 58 łaźni i 34 komory dezynfekcyjne.

W celu opracowania sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk w czasie przegrupowania, przy drogach marszu oraz na stacjach za-

72/Za budowę oraz organizację pracy łaźni, pralni i komór dezynfekcyjnych odpowiedzialni byli dowódcy związków taktycznych i samodzielnych jednostek zarówno 1 jak i 2 armii WP.

ładowczych i wyładowczych dywizji, organizowano punkty sanitarno-kontrolne wraz z komorami dezynsekcyjnymi i łaźniami 73/.

W pułkowych i dywizyjnych punktach medycznych oraz w polowych szpitalach rozwijane były izolatory dla chorych i podejrzanych o choroby zakaźne. W oddziałach wojskowych organizowano izolatory na 5-6 łóżek, w związkach taktycznych i polowych szpitalach na 10-12 łóżek. Izolatory dywizyjnych punktów medycznych i polowych szpitali składały się z oddzielnych części przewidzianych dla dwóch infekcji. W polowych ruchomych szpitalach wewnętrznych oraz ewakuacyjnych rozwijane były oddziały zakaźne. Na przykład: w kwietniu 1945 roku w polowym ruchomym szpitalu wewnętrznym nr 3 rozwiniętym w Trzcińsku Zdroju zorganizowano oddział chorób zakaźnych na 120 łóżek. W izolatorach obowiązywał ścisły regulamin, którego surowe przestrzeganie uniemożliwiało chorym kontaktowanie się z otoczeniem, a tym samym zapobiegało przedostawaniu się infekcji poza teren izolatora.

We wrześniu 1944 roku utworzony został wydział służby zdrowia 2 armii WP posiadający w swojej strukturze organizacyjnej referat przeciwepidemiczny oraz stanowisko epidemiologa armii. Do 31 grudnia 1944 roku sformowano przewidziane planem następujące jednostki i urządzenia sanitarno-przeciwepidemiczne 2 armii WP:

- dwa polowe ruchome szpitale zakaźne po 100 łóżek każdy /PRSzZ 24 i 25/,
- grupę sanitarno-epidemiologiczną /SEG 14/,
- kompanię dezynfekcyjno-kąpielową /KDK 4/,
- trzy łaźnie polowe /22, 23 i 24/,
- trzy pralnie polowe /16, 17 i 18/.

73/ CAW III-4-874, k.67.

Polowy ruchomy szpital zakaźny posiadał następującą strukturę organizacyjną:

- komenda,
- izba przyjęć,
- pierwszy oddział chorób zakaźnych, który oprócz sal dla chorych posiadał również dwa izolatory i laboratorium; w oddziale tym leczono chorych na dur brzuszny i czerwonkę bakteryjną,
- drugi oddział chorób zakaźnych, który oprócz sal dla chorych posiadał również izolator, łaźnię i komorę dezynsekcyjną; w oddziale tym leczono chorych na dur plamisty,
- oddział ozdowieńców,
- laboratorium kliniczne,
- apteka,
- kwatermistrzostwo.

Stan osobowy szpitala: 12 oficerów, 10 podoficerów i 28 szeregowych. Razem 50 żołnierzy. Polowe ruchome szpitale zakaźne przeznaczone były do leczenia i izolacji zakaźnie chorych żołnierzy 1 i 2 armii WP. Były one końcowym etapem ewakuacji zakaźnie chorych z wojsk operacyjnych. Polowe ruchome szpitale zakaźne były również jednostkami przeciwepidemicznymi wojsk szczebla operacyjnego.

Grupa sanitarno-epidemiologiczna posiadała następującą strukturę organizacyjną:

- dowódca,
- laboratorium bazowe /od października 1944 roku posiadało działy: bakteriologiczny, sanitarnohigieniczny, chemiczno-taksykologiczny i przygotowania pożywek/,
- laboratorium ruchome nr 1,
- laboratorium ruchome nr 2,

- wydział administracyjno-gospodarczy.

Stan osobowy grupy: 15 oficerów, 2 podoficerów i 5 szeregowych.

Razem 22 żołnierzy. Grupy sanitarno-epidemiologiczne przeznaczone były do:

- prowadzenia rozpoznania i sprawowania nadzoru sanitarnohigienicznego i epidemiologicznego jednostek i terenu w strefie tyłów 1 i 2 armii WP,
- przeprowadzania badań laboratoryjnych, dochodzeń epidemiologicznych i innych czynności sanitarno-przeciwepidemicznych w naturalnych ogniskach epidemicznych chorób zakaźnych.

Kompania dezynfekcyjno-kąpielowa w swoim wyposażeniu posiadała osiem agregatów na samochodach, z których każdy zawierał jeden prysznic i dwie komory dezynfekcyjne. Przy pomocy tych urządzeń kompania przeprowadzała zabiegi sanitarne.

Tworzenie pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia 1 AP w ZSRR oraz 1 i 2 armii WP, podobnie jak i wielu innych służb, odbywało się w trudnych warunkach sanitarno-epidemicznych. Wydział służby zdrowia 1 AP w ZSRR, w ramach sprawowanego nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego, spowodował wydanie przez dowódcę armii szeregu rozkazów, na przykład:

- "O środkach zapobiegawczych przeciw tyfusowi plamistemu" - rozkaz nr 011 KG z 14.04.1944 roku ^{74/},
- "O organizowaniu rejonów sanitarnych i назначaniu lekarzy garnizonowych w miejscach rozlokowania wojsk" - rozkaz nr 0013 KG z 16.04.1944 roku ^{75/},
- "O środkach zapobiegawczych zachorowaniom żołądkowo-jelitowym" - rozkaz nr 021 KG z 22.04.1944 roku ^{76/}.

74/ CAW III-4-853, k.23.

75/ Tamże, k.26-27.

76/ Tamże, k.47-48.

Całokształt działalności sanitarno-przeciwepidemicznej stanowił jeden z głównych obowiązków szefa departamentu służby zdrowia WP, któremu podlegał wydział sanitarno-epidemiologiczny i naczelny epidemiolog WP. Organem wykonawczym wydziału było laboratorium sanitarno-epidemiologiczne frontu nr 9 /SEL 9/. W dyspozycji szefa departamentu służby zdrowia WP znajdował się również centralny szpital zakaźny w Otwocku oraz pogotowie instruktorsko-dezynfekcyjne frontu nr 28 /28 PIDE/.

Laboratorium sanitarno-epidemiologiczne frontu nr 9 sformowane zostało według radzieckiego etatu nr 027/286 na podstawie rozkazu organizacyjnego Naczelnego Dowódcy WP nr 1 z 8 stycznia 1945 roku. Kierownictwo powstającego w Lublinie SEL 9 powierzono kapitanowi Edmundowi Mikulaszkowi. Służbowo i fachowo laboratorium podporządkowano wydziałowi sanitarno-epidemiologicznemu departamentu służby zdrowia WP, gospodarczo - frontowemu punktowi ewakuacyjnemu /FEP 8/. W składzie SEL 9 znajdowały się:

- komenda,
- oddział epidemiologiczny ^{77/},
- oddział schorzeń szczególnie niebezpiecznych,
- oddział przeciwmalaryczny,
- oddział sanitarnohigieniczny z pododdziałem indykacji gazów bojowych,
- oddział przygotowania pożywek i odczynników,
- wiwarium ^{78/}.

Formowanie laboratorium sanitarno-epidemiologicznego frontu nr 9 odbywało się na bazie polowego ruchomego szpitala ewakuacyj-

77/ Potocznie zwany bakteriologicznym

78/ Stan osobowy SEL 7: 31 oficerów, 2 podoficerów, 13 szeregowych i 20 pracowników cywilnych.

nego nr 42. Zorganizowanie i wyposażenie SEL 9 napotykało duże trudności. Dodatkowym utrudnieniem było przeniesienie laboratorium, na początku lutego 1945 roku, na teren Państwowego Szpitala dla Psychiczenie Chorych w Tworkach pod Warszawą.

1 października 1945 roku na bazie rozformowanych SEL 9 i 28 PIDE powstało w Pruszkowie Centralne Laboratorium Sanitarno-Higieniczne /CLS-H/, które w 1960 roku przekształcono w Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii im.gen. Karola Kaczkowskiego /WIHE/79/.

Kierownictwo resortu obrony narodowej w porozumieniu z resortem pracy, opieki społecznej i zdrowia PKWN ustaliło, że lekarze powiatowi byli zobowiązani składać do departamentu służby zdrowia WP okresowe sprawozdania o stanie zachorowań na choroby zakaźne w powiecie ^{80/}. W pierwszym półroczu 1945 roku nadzorem sanitarno-przeciwepidemicznym objęto również repatriowaną ludność oraz byłych jeńców wojennych powracających z niewoli niemieckiej.

Po utworzeniu okręgów wojskowych, część obowiązków w zakresie działalności profilaktyczno-leczniczej, departament służby zdrowia WP przekazał referatom służby zdrowia okręgów ^{81/}.

Służba zdrowia Wojska Polskiego pomimo dużych trudności występujących w czasie realizacji przedsięwzięć leczniczo-ewakuacyjnych jak również i sanitarno-przeciwepidemicznych zapewniła żołnierzom zachowanie zdolności do walki, udzielanie we właściwym czasie pomocy medycznej rannym i chorym, ewakuację i wyleczenie, zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się chorób zakaźnych oraz w znacznym stopniu przyczyniła się do poprawienia trudnej sytuacji epidemicznej kraju.

79/ R. Zabłotniak. Sanitarno-Epidemiologiczne Laboratorium Frontu nr 9. Lekarz Wojskowy 5-6/III/, 1980, s. 300-304.

80/ CAW MON, t. 2009, k. 108.

81/ Do etatu kwatermistrzostwa okręgu wprowadzono referat służby zdrowia, w którym przewidziano osiem stanowisk oficerskich a wśród nich epidemiologa okręgu.

Uzupełnianie i fachowość kadr służby zdrowia

Trudności kadrowe w pionie sanitarno-przeciwepidemicznym służby zdrowia występowały niemal do końca działań wojennych, a szczególnie do pierwszej połowy 1944 roku.

Dzięki pomocy radzieckiej Armia Polska w ZSRR posiadała personel służby zdrowia zgodnie z etatami ^{82/}. Jednak poziom fachowy tych pracowników był stosunkowo niski dlatego, że wiele stanowisk obsadzonych było przez felczerów. Według danych z 26 czerwca 1944 roku na 248 oficerów w jednostkach służby zdrowia armii, bez podporządkowanych operacyjnie jednostek radzieckich i bez związków taktycznych, brakowało: 2 okulistów, 2 stomatologów, chirurga, 2 neurologów, 3 bakteriologów i 3 epidemiologów ^{83/}.

Stan liczebny i narodowościowy personelu służby zdrowia armii w dniu 6 lipca 1944 roku przedstawia tabela 1 ^{84/}. Na ogólny stan armii 90.972 żołnierzy personel służby zdrowia liczył 714 osób ^{85/}.

Z tabeli 1 wynika, że wśród 714 osób personelu służby zdrowia 392 osoby były narodowości polskiej, co stanowiło 54,8 %. Jeżeli od tej liczby odjąć 137 oficerów pełniących służbę w szpitalach radzieckich, wśród których nie było Polaków wówczas procent Polaków w polskich szpitalach i w służbie zdrowia jednostek armii wzrośnie do 68, co wskazuje na narodowy charakter naszej kadry lekarskiej.

W okresie organizowania jednostek służby zdrowia zwracano również uwagę, aby na kierownicze stanowiska wyznaczać Polaków.

82/ Obsada personalna kadry lekarskiej. CAW III-4-868, k.144.

83/ Stan kadry lekarskiej. CAW III-4-884, k.77.

84/ Pismo do dowódcy AP w ZSRR gen.dyw.Z.Berlinga. Analiza narodowościowa personelu służby zdrowia. CAW III-4-884, k.144.

85/ Wojna wyzwolenicza narodu polskiego w latach 1939-1945, Warszawa 1966, s.501.

Tabela 1

Stan liczebny i narodowościowy służby zdrowia AP w ZSRR w dniu 6.07.1944 roku

Narodowość	K w a l i f i k a c j e										Razem	Procent
	Lekarze	Felczery	Laboranci	Rentgenolodzy	Dentyści	Farmaceutyci	Razem	Procent				
Polacy	182	166	2	1	16	25	392	54,8				
Rosjanie	60	108	9	1	1	6	185	25,9				
Ukraińcy	25	39	1			2	65	9,1				
Białorusini	7	11	1	1	1	3	24	3,4				
Żydzi	22	8	1	1		2	34	4,9				
Mordwini	3	3					6	0,8				
Czuwasze		2					2	0,3				
Tatarzy		1					1	0,1				
Azerbejdżanie		3					3	0,4				
Udmurtowie		2					2	0,3				
R a z e m	297	343	14	3	19	38	714	100				

W dniu 1 lipca 1944 roku na 30 kierowniczych stanowisk Polacy zajmowali 21^{86/}.

Wysoki odsetek radzieckiego personelu służby zdrowia w armii należy traktować jako konkretną pomoc Armii Radzieckiej dla jednostek polskich. Bez tej pomocy nie byłoby możliwe zaspokojenie w pełni potrzeb polskiej służby zdrowia pod względem obsady personalnej. Zaspokojenie tych potrzeb było również możliwe w znacznej mierze dzięki powołaniu do pełnienia służby wojskowej kobiet. Pracowały one na różnych stanowiskach - od pierwszej linii frontu do kierowniczych stanowisk w szpitalach polowych. Nie zachowały się pełne dane dotyczące udziału kobiet w szeregach służby zdrowia. Ich brak wynika z faktu nieprzestrzegania przez niektóre jednostki o obowiązku wykazywania kobiet w ogólnej liczbie oficerów, podoficerów i szeregowców. Jednak na podstawie cząstkowych materiałów można wyrobić pogląd o udziale kobiet i ich wkładzie w organizację i działalność pionu sanitarno-przeciwepidemicznego jak również całej służby zdrowia. W lipcu 1944 roku w siedmiu polskich jednostkach służby zdrowia kobiety stanowiły 35 % oficerów, 60 % podoficerów, i 25 % szeregowców. Natomiast w podporządkowanych 1 armii WP sześciu szpitalach radzieckich - 55 % oficerów, 70 % podoficerów i 22% szeregowców. Tak duży udział kobiet w regularnych szeregach wojska był dotychczas w Wojsku Polskim zjawiskiem nie spotykanym. Mimo, że w służbie zdrowia zawsze odgrywały one ważną rolę, to nigdy nie pełniły tej służby na równi z mężczyznami, nie zajmowały stanowisk kierowniczych, sprawując przeważnie funkcje pomocnicze^{87/}.

Po wyzwoleniu wschodnich terenów Polski i przejściu do dalszej rozbudowy Wojska Polskiego sytuacja kadrowa w służbie zdrowia

86/ Pismo do dowódcy 1 AP w ZSRR. CAW III-4-884, k.143.

87/ T.Brzeziński. Służba zdrowia 1 Armii Wojska Polskiego. Biuletyn WAM, 1972. Suplement IV, z.15, s.22-23.

uległa znacznemu pogorszeniu. Stan liczebny wojska powiększał się wręcz w rekordowym tempie i wiosną 1945 roku osiągnął liczbę około 400 tysięcy ludzi. Przy tym nowo wcielani żołnierze w większości słabo znali język rosyjski. Z tego powodu Naczelne Dowództwo Wojska Polskiego zaczęło w większym stopniu zwracać uwagę na dobór polskiego personelu do jednostek i urzędzeń służby zdrowia. W listopadzie 1944 roku polecono dokonać zmiany personelu radzieckiego na personel narodowości polskiej, w celu zapewnienia "normalnego kontaktu między personelem służby zdrowia a rannymi i chorymi, brak którego wpływa często na niezrozumienie i niezabezpieczenie potrzeb ...". Zamiany miano dokonać przede wszystkim w tych szpitalach, które otrzymaliśmy wraz z personelem z Armii Radzieckiej.

Teoretycznie słuszne założenia okazały się bardzo trudne do wykonania. Zacołane obszary dawnej Polski "B" nie miały licznych kadr lekarskich. W myśl dekretu PKWN z 15 sierpnia 1944 roku o częściowej mobilizacji do odbycia służby wojskowej powoływano lekarzy i felczerów do 50 roku życia. Mobilizacja przebiegała w warunkach silnego przeciwdziałania reakcyjnego podziemia. Ujawniły się duże trudności w ewidencyjnym ujęciu pracowników służby zdrowia. Wyniki mobilizacji nie zaspokoily potrzeb wojska. 30 października 1944 roku przesunięto górną granicę wieku dla pracowników służby zdrowia do 55 lat oraz dla studentów medycyny do lat 35. Po tym okresie stawienictwo poborowych było już zadawalające. Zgłaszali się również ochotnicy. Ponadto przybyło wielu specjalistów służby zdrowia z ziem zabużańskich ^{88/}. Również szef departamentu służby zdrowia WP wydał zarządzenie rejonowym komendom uzupełnień do których, zgodnie z wytycznymi, wydziały służby zdrowia

88/ S. Wojtkowiak. Szkolnictwo medyczne w Wojsku Polskim w latach 1918-1958, Łódź 1968, s.170-172.

1 i 2 armii WP kierowały swych przedstawicieli w celu właściwego doboru kadr lekarskich ^{89/}.

Mimo odpowiednich zarządzeń oraz napływu nowych ludzi do ludowego Wojska Polskiego z terenów już wyzwolonych, niedobór kadr wojskowej służby zdrowia nie zmniejszył się. Z tego powodu w grudniu 1944 roku nastąpiła zmiana struktury organizacyjnej służby zdrowia pułków piechoty. Polegała ona na zmniejszeniu liczby tak zwanych młodszych lekarzy z dwóch na jednego, a jednocześnie na ich miejsce wprowadzono etat starszego felczera ^{90/}. Z analizy dokumentów wynika, że przyczyną tego było odkomenderowanie wielu osób, które przed wstąpieniem do wojska miały ukończone od 1 do 4 lat studiów lekarskich, w celu dalszego kontynuowania nauki w powstających wyższych uczelniach na wyzwolonych ziemiach polskich ^{91/}. Skierowani na studia zajmowali przede wszystkim stanowiska felczerów w batalionach lub pielęgniarek ^{92/}. Utworzenie w pułku dodatkowego stanowiska starszego felczera jeszcze bardziej pogłębiło trudności z jego obsadzeniem. Wydaje się, że przyczyna zlikwidowania jednego etatu młodszego lekarza leżała gdzie indziej. W związku z rozbudową Wojska Polskiego należało przesunąć wielu lekarzy z nabytym już doświadczeniem wojskowym z jednostek bojowych i batalionów medyczno-sanitarnych do organizujących się wydziałów służby zdrowia w 2 i 3 armii, departamentu służby zdrowia WP i innych. Nie bez znaczenia było i to, że w istniejących szpitalach brakowało personelu, a w niektórych braki kadrowe dochodziły nawet do 50 i więcej procent ^{93/}.

89/ Rozkaz nr 0337. CAW III-4-884, k.416.

90/ Wykaz skierowanych byłych studentów medycyny z 1 dywizji piechoty na studia. CAW III-7-701, k.325.

91/ Tamże, k. 347.

92/ Z 1 DP skierowano na studia 8 byłych studentów, którzy pełnili obowiązki felczerów.

93/ Pismo o obłożeniu szpitali i brakach kadrowych. CAW III-4-857, k.960-963.

W tej sytuacji 15 marca 1945 roku na 1.600 etatów oficerskich w służbie zdrowia jednostek frontowych ludowego Wojska Polskiego obsadzonych było: jedynie 1.402, czyli 88 %. Według narodowości było: 777 Polaków, 298 Rosjan, 109 Ukraińców, 9 Białorusinów, 174 Żydów i 35 innych ^{94/}.

Trudności kadrowe pogłębiał fakt, że personel służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego składał się w większości z ludzi, którzy przedtem w wojsku nie służyli i nie posiadali głębokiej wiedzy z zakresu zagadnień medycyny wojskowej ^{95/}. Z 1.402 pracowników aż 1.067 nie miało żadnego wykształcenia wojskowego ^{96/}.

Dobitnym potwierdzeniem powyższej tezy jest wypowiedź jednego z lekarzy, uczestnika ostatniej wojny, na temat kwalifikacji wojskowych. "Nikt z naszej grupy dotychczas w wojsku nie służył, mieliśmy tylko mgliste pojęcie o organizacji służby zdrowia w wojsku, szczególnie w czasie wojny. Większość z nas od chwili otrzymania dyplomu pracowała w warunkach klinicznych i nie wyobrażała sobie innej pracy. Toteż gdy w wydziale personalnym zadano mi pytanie, jakie stanowisko lekarskie odpowiadałoby mi najbardziej, nie umiałem dać konkretnej odpowiedzi. Decyzje przydziału zapadały szybko. Kierownik wydziału oświadczył krótko: "Pójdziecie kolego do batalionu medyczno-sanitarnego" ^{97/}. Przytoczona wypowiedź potwierdza fakt, że służba zdrowia rozpoczynała działalność w wojsku od podstaw.

Zarówno do polskich jednostek pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia, jak i do podporządkowanych szpitali radziec-

94/ S. Wojtkowiak. Szkolnictwo medyczne w Wojsku Polskim w latach 1918-1958, Łódź 1968, s. 175.

95/ A. Pechner. Bitwa pod Lenino. Lekarz Wojskowy, R. XXIX, 1953, s. 843.

96/ CAW MON, t. 188, k. 18.

97/ R. Market. Rozpoznanie i leczenie chorób wewnętrznych w warunkach polowych. Lekarz Wojskowy, 8, R. XXIX, 1953, s. 729.

kich kierowano z Armii Radzieckiej na stanowiska kierownicze oficerów posiadających nie tylko dobre przygotowanie fachowe ale również doświadczenie z udziału w minionych operacjach. Pozwalało to na właściwe przygotowanie do pracy w warunkach bojowych licznej kadry skierowanej bezpośrednio ze szkół lub mającej za sobą jedynie pracę w cywilnej służbie zdrowia. Skierowanie tych doświadczonych oficerów do przygotowujących się dopiero do działania jednostek i urządzeń pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia odbywało się kosztem uszczuplenia kadr w szpitalach Armii Radzieckiej. Świadczy to o wadze, jaką do zorganizowania służby zdrowia Wojska Polskiego przywiązywał Główny Zarząd Sanitarny Armii Radzieckiej.

Organizacja szkolnictwa służby zdrowia

Zagadnienia szkolenia i doskonalenia kwalifikacji kadr medycznych zawsze znajdowały się w centrum zainteresowania wydziałów służby zdrowia 1 AP w ZSRR, 1 i 2 armia WP oraz departamentu służby zdrowia WP.

Niski poziom wyszkolenia w zakresie medycyny wojskowej zmuszał kierownictwo służby zdrowia do organizowania odpraw szkoleniowych, konferencji i praktyk specjalistycznych mających na celu podwyższanie 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 medyczno-sanitarnych oraz dla szefów służby zdrowia i felczerów samodzielnych jednostek.

Program odpraw obejmował zagadnienia dotyczące taktyki służby zdrowia w polu, chirurghi 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 Kiwerc.

Wraz z rozwojem organów kierowniczych i wykonawczych służby zdrowia Wojska Polskiego wyłoniły się poważne braki kadry oficerskiej.

W okresie intensywnego rozwoju jednostki i urządzenia służby zdrowia wzmocnione zostały pokaźną liczbą oficerów radzieckich. Pomimo tej pomocy ze strony dowództwa radzieckiego należało przygotować własną ludową kadrę oficerską.

Rozwój wyższego szkolnictwa wojskowej służby zdrowia nastąpił po utworzeniu Katedry Medycyny Wojskowej przy Uniwersytecie im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Katedra ta, na 250 etatów stanu zmiennego, powołana została do życia rozkazem NDWP z dnia 24 listopada 1944 roku. Zajęcia rozpoczęto 5 grudnia 1944 roku a cykl nauczania trwał pięć lat.

Wybór kandydatów odbywał się spośród żołnierzy jednostek liniowych i zapasowych oraz byłych studentów medycyny. Studentów trzeciego roku medycyny pozostawiano w oddziałach na stanowiskach starszych felczerów.

Do 10 grudnia 1944 roku przyjęto na studia zaledwie 76 kandydatów^{98/}. W dniu 4 stycznia stan faktyczny studentów katedry stanowił 52 % stanu etatowego^{99/}.

Lekarze wcieleni do wojska w ramach mibilizacji byli szkoleni na kursach chirurgii i epidemiologii wojskowej zorganizowanych przy Katedrze Medycyny Wojskowej.

W oparciu o Katedrę Medycyny Wojskowej powstało Centrum Wyszakolenia Sanitarnego a następnie Wojskowa Akademia Medyczna.

Wielką uwagę przywiązywano również do szkolenia średniego personelu służby zdrowia.

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

Organizacja szkolenia średniego personelu służby zdrowia opierała się na wojskowych i cywilnych ośrodkach szkolenia w kraju.

98/ Organizacja i działania bojowe ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945. MON Warszawa 1958, t.1, s.24.

99/ S.Załoski. Szkolenie specjalistów służb tyłowych w latach 1943-1945. Przegląd Kwatermistrzowski nr 5/1962, s.85.

Średni personel służby zdrowia a w szczególności personel pielęgniarski szkolono w oparciu o szpitale frontowe i obszaru kraju. Przy szpitalach ewakuacyjnych w Chełmie, Lublinie i Siedlcach organizowano kilkutygodniowe kursy pielęgniarskie na 460 miejsc^{100/}.

W trzecim kwartale 1944 roku resort pracy, opieki społecznej i zdrowia PKWN zorganizował na Pradze dla potrzeb wojska dwumiesięczne kursy pielęgniarskie^{101/}.

W sumie w drugiej połowie 1944 roku przeszkolono 127 pielęgniarek^{102/}.

Podoficerów sanitarnych do 1945 roku szkolono na kursach nieetatowych.

Z charakterystyki szkolnictwa wojskowej służby zdrowia należy wysnuć wniosek, że 1944 rok nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. Główną przyczyną tego był brak odpowiednich kandydatów na wyzwolonych obszarach Polski. Poza tym zbyt późno rozpoczęto organizowanie szkolnictwa, tj. w okresie formowania jednostek Wojska Polskiego drugiej kolejności. Równocześnie szkolnictwo wojskowej służby zdrowia odczuwało poważne trudności natury kadrowej i organizacyjnej.

Pomimo tych problemów osiągnięto znaczny dorobek w dziedzinie szkolenia kadr oficerskich i specjalistów oraz zdobyto wiele doświadczeń a jednostki i urządzenia służby zdrowia sukcesywnie otrzymywały coraz więcej fachowych pracowników.

100/ CAW MON, t.604, k.197.

101/ Sprawozdanie kierownika resortu pracy, opieki społecznej i zdrowia PKWN za okres od 1.08 do 30.11.1944 r.
CAW III-1-318, k.144.

102/ CAW MON, t.2000, k.103.

Oświata sanitarna

Równocześnie z powstaniem pierwszych oddziałów 1 DP im. T. Kościuszki rozpoczęto działalność sanitarno-oświatową wśród żołnierzy. Działalność ta stanowiła cenny element kształtowania należytego stanu zdrowotnego i zdolności bojowej wojsk ^{103/}. W tym czasie na ważność problemu szerzenia oświaty sanitarnej specjalną uwagę zwracało Prezydium Związku Patriotów Polskich.

W działalności wychowawczej i sanitarno-oświatowej w wojskach 1 i 2 armii WP korzystano przede wszystkim z doświadczeń Armii Radzieckiej. Doświadczenia zdobyte na bojowym szlaku szczególnie aktywnie wykorzystywał pion sanitarno-przeciwepidemiczny służby zdrowia 1 i 2 armii WP.

Długi okres walk z nieprzyjacielem wymagał od personelu jednostek służby zdrowia ogromnego trudu. Wysiłek ten warunkował również i zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne oddziałów walczących nierzadko w złożonej sytuacji bojowej i często w niepewnej sytuacji epidemicznej.

Działalność sanitarno-oświatowa realizowana w trudnych warunkach frontowych nabierała niezwykle ważnego znaczenia. Prowadzona była na wszystkich szczeblach organizacyjnych 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 haseł ogólnowojskowych znalazły się także hasła o problematyce sanitarnej, na przykład: "Dbaj o czystość na kwaterze", "Dbaj o zdrowie - myj się co dzień", "Brud i wszy - to wróg żołnierza".

^{103/} J. Bończak. Niektóre zagadnienia oświaty zdrowotnej w wojsku. Lekarz Wojskowy 1972, 10. s. 931-932.

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

W działalności sanitarno-oświatowej najbardziej aktualnymi były tematy:

- profilaktyka duru plamistego i chorób zakaźnych przewodu pokarmowego,
- szczepienia ochronne i ich znaczenie,
- profilaktyka odmrożeń,
- zapobieganie chorobom wenerycznym,
- zapobieganie chorobom skóry /świerzbowi/ ^{104/}.

Należy podkreślić, że oficerowie pionu polityczno-wychowawczego przejawiali wiele troski o warunki bytowe i zdrowotne żołnierzy. Dbali o jakość żywienia, nadzorowali sprawne działanie kuchni i starali się o możliwie wygodne urządzenie kwater.

Praca sanitarno-oświatowa przybierała na intensywności zwłaszcza w rejonach zaniedbanych pod względem sanitarnym, gdzie wśród ludności cywilnej występowały choroby zakaźne.

Z licznych dokumentów /rozkazy, zarządzenia, kroniki i inne/ wynika, że nawet podczas prowadzenia działań bojowych uświadamianie sanitarne spełniało znaczną rolę ^{105/}.

Dużego znaczenia nabierały, organizowane w trudnych warunkach działań bojowych, konferencje naukowe dla personelu służby zdrowia zakładów leczniczych, związków taktycznych i oddziałów.

104/ CAW III-4-904, k.10.

105/ J.Bończak, B.Gwóźdź. Oświata sanitarna w ludowym Wojsku Polskim. Lekarz Wojskowy 1969, 5, s.385.

Omawiane tam były tematy z zakresu profilaktyki i diagnostyki chorób zakaźnych przewodu pokarmowego, duru plamistego i zimnicy oraz rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego 106/.

DOŚWIADCZENIA

W ZAKRESIE SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEGO WŁASZCZYWNIE

W ZAKRESIE WŁASZCZYWNIE W ZAKRESIE

WŁASZCZYWNIE

106/ CAW III-4-872, k. bn.
CAW III-4-912, k. 971.

DOKTRYNALNE ZASADY
ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO WOJSK
OBOWIĄZUJĄCE W JEDNOSTKACH POLSKICH W ZSRR ORAZ
LUDOWYM WOJSKU POLSKIM

Zasady organizacji i działania
pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia

Główną zasadą organizacji i pracy pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR oraz ludowego Wojska Polskiego był podział funkcji w zakresie działalności sanitarno-przeciwepidemicznej. Podział ten mieścił się w ramach obowiązków nałożonych na poszczególnych dowódców lub szefów, zależnie od ich kwalifikacji medycznych i zakresu wykonywanych obowiązków oraz wyrażał się w specjalizacji zakładów i personelu.

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

W kompanii czynności sanitarno-przeciwepidemiczne wykonywał podoficer sanitarny.

Działalność sanitarno-przeciwepidemiczną w batalionie prowadził felczer lub podoficer sanitarny pod nadzorem lekarza pułku.

Do obowiązków starszego lekarza pułku należało wykonywanie czynności w zakresie zabiegów profilaktycznych oraz zabiegów przeprowadzanych 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 sanitarno-przeciwepidemicznej należało rozpoznanie i obserwacja sanitarno-epidemiologiczna rejonu.

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

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

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

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

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

Epidemiolog dywizji korzystał z pomocy i kierownictwa epidemiologa armii. Znajdujące się w jego dyspozycji laboratorium pozwalało wykonać najprostsze badania sanitarnohigieniczne ^{1/}.

Żołnierze podejrzani o choroby zakaźne kierowani byli do izolatora pułkowego punktu medycznego, skąd ewakuowano ich do izolatora dywizyjnego punktu medycznego ^{2/} lub bezpośrednio do polowego szpitala zakaźnego.

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

2/ Izolator składał się z oddzielnych części przewidzianych dla dwóch infekcji. W izolatorze obowiązywał ścisły regulamin, którego surowe przestrzeganie uniemożliwiało chorym kontaktowanie się z otoczeniem, a tym samym zapobiegało przedostaniu się infekcji poza teren izolatora.

W przypadku 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 zasada organizacji przedsięwzięć sanitarno-przeciwepidemicznych zapobiegała szerzeniu się chorób zakaźnych w oddziałach i zapewniała zachowanie gotowości bojowej wojsk ^{3/}.

Całokształt działalności sanitarno-przeciwepidemicznej w armii stanowił jeden z podstawowych obowiązków szefa służby zdrowia armii, któremu podlegał referat przeciwepidemiczny i epidemiolog armii ^{4/}.

Do podstawowych obowiązków epidemiologa armii należało:

- badanie sytuacji epidemicznej rejonu rozlokowania i działania wojsk armii;
 - organizacja rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego;
 - planowanie przedsięwzięć sanitarno-przeciwepidemicznych;
 - planowanie działalności sanitarno-przeciwepidemicznej podległych jednostek służby zdrowia;
 - dokonywanie manewru posiadanymi siłami i środkami;
 - kierowanie pracą epidemiologów dywizyjnych;
 - kontrolowanie działalności sanitarnohigienicznej i przeciwepidemicznej w jednostkach służby zdrowia armii;
 - opracowywanie sprawozdań i wytycznych do działalności.
-

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

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

3/ A. Georgiewskij. Higiena wojskowa, epidemiologia i toksykologia. Zagadnienia medycyny wojskowej. Tom II. MON. 1954, s. 386.

4/ P. Zagórski. Stan epidemiczny 1 armii WP. Lekarz Wojskowy 1963 10, s. 755.

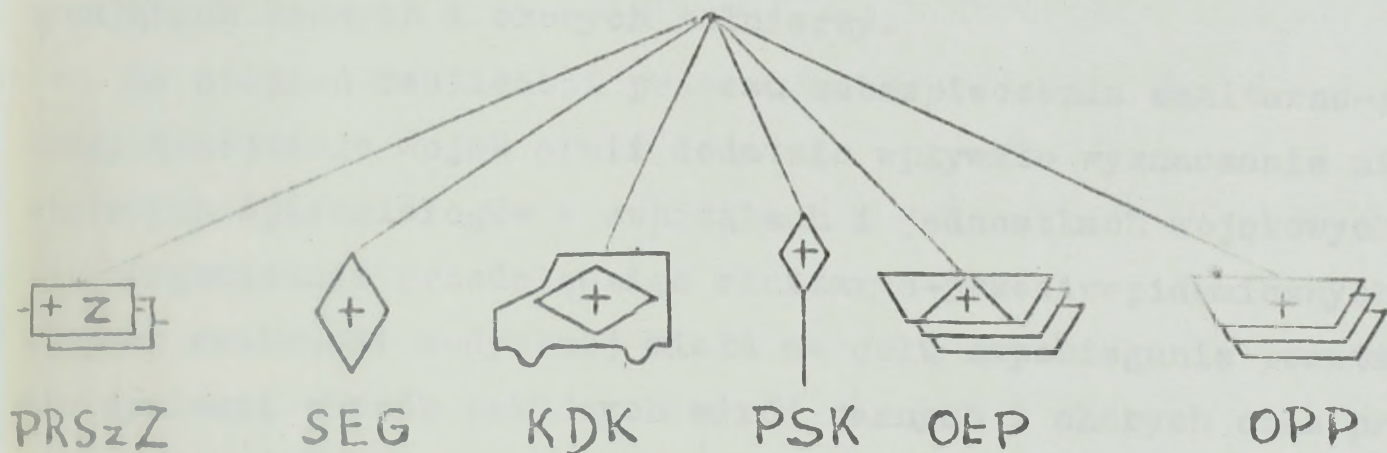
Organem wykonawczym była grupa sanitarno-epidemiologiczna /SEG/.

Zasadniczymi jednostkami i urządzeniami sanitarno-przeciwepidemicznymi armii były:

- polowe ruchome szpitale zakaźne /PRSzZ/;
- grupa sanitarno-epidemiologiczna /SEG/;
- kompania dezynfekcyjno-kąpielowa /KDK/;
- punkty sanitarno-kontrolne /PSK/;
- oddział łaźni polowych /OŁP/;
- oddział pralni polowych /OPP/ /schemat 4/.

SCHEMAT NR 4

JEDNOSTKI I URZĄDZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE ARMII



Służba zdrowia armii dysponowała również transportem do przewozu zakaźnie chorych, komorami dezynfekcyjnymi, preparatami dezynfekcyjnymi, szczepionkami i odpowiednimi lekami ^{5/}.

W toku swojej działalności szef służby zdrowia armii dokonywał manewru posiadanymi siłami i środkami sanitarno-przeciwepidemicznymi. Celem manewru było racjonalne wykorzystanie sił i środków zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego i zapewnienie wojskom armii bezpieczeństwa w sensie epidemicznym.

5/ B.Gwóźdź, J.Włodarczyk. O niektórych problemach ochrony przeciwepidemicznej 1 armii WP. Biuletyn WAM 1967, suplement IV, z.11, s.99.

Manewr 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 zakaźnie 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 sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk armii dodatnio wpływało wyznaczanie nieetatowych epidemiologów w szpitalach i jednostkach wojskowych.

Organizacja przedsięwzięć sanitarno-przeciwepidemicznych na etapach ewakuacji medycznej miała na celu zapobieganie powstawaniu epidemii chorób zakaźnych wśród rannych i chorych oraz przenoszeniu 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, która znacznie przewyższała ich etatową pojemność.

Miejscem rozlokowania polowych ruchomych szpitali zakaźnych była strefa tyłów armii. Brano przy tym pod uwagę konieczność maksymalnego skracania drogi ewakuacji z pułku i dywizji.

W trakcie działań bojowych polowe ruchome szpitale zakaźne rozmieszczane były w odległości 15-25 kilometrów od linii styczności wojsk, przy czym 30 % szpitali znajdowało się w odwodzie w stanie zwiniętym ^{6/}.

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

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 takiej sytuacji 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 wymuszone cofanie się wojsk.

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

- utrzymywał łączność z oddziałami i związkami taktycznymi;
- udzielał im fachowej pomocy w organizacji i przeprowadzaniu zabiegów sanitarno-przeciwepidemicznych;
- odkażał środki transportowe i dokonywał opracowania sanitarnego personelu;

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

- powiadamiał macierzystą jednostkę wojskową i wydział służby zdrowia armii o rozpoznaniu choroby u nowo przyjętego żołnierza;
- sprawdzał możliwość nosicielstwa ozdrowieńców.

W składzie polowego ruchomego szpitala zakaźnego znajdowały się:

- izba przyjęć z łaźnią i komorą dezynfekcyjną;
- dwa oddziały leczenia chorych;
- oddział ozdrowieńców;
- laboratorium kliniczne i bakteriologiczne;
- apteka;
- pododdziały gospodarcze 7/.

Służba zdrowia armii dysponowała również grupą sanitarno-epidemiologiczną /SEG/ składającą się z dwóch ruchomych laboratoriów i laboratorium - bazy.

Ruchome laboratorium /na samochodzie/ 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 stawiane były następujące zasadnicze zadania:

- nadzór nad wykonywaniem czynności sanitarno-przeciwepidemicznych przez jednostki służby zdrowia armii;
- organizacja i przeprowadzanie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego;
- nadzór sanitarno-epidemiologiczny nad stanem osobowym armii i zajmowanym rejonem;

7/ T.Bołdyrew. Zakaźny ruchomy szpital polowy ZPRSz. Lekarz Wojskowy 1951,1,s.19-23.

- nadzór nad zaopatrzeniem w wodę i żywnością 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. Pierwszorzędnego znaczenia nabierały w tym czasie badania sanitarnohigieniczne.

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

Sanitarno-epidemiologiczna grupa kierowała również szkoleniem epidemiologów dywizji i starszych lekarzy pułków oraz działalnością sanitarno-oświatową w jednostkach wojskowych. W SEG szkolono także laborantów polowych ruchomych szpitali zakaźnych i plutonów sanitarnych MSB ^{8/}.

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/, rozwijane 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. Per-

8/ T.Brzeziński. 1 Sanitarno-Epidemiczna Grupa i jej rola w zabezpieczeniu działań bojowych 1 AWP. Biuletyn WAM 1971, XIV, z.3. s.491-500.

sonel punktu stanowili: felczer i podoficerowie sanitarni. Do PSK przydzielany 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 kąpiele żołnierzy oraz dezynfekcji umundurowania i bielizny osobistej w oddziałach i związkach taktycznych na podstawie wskazań epidemicznych.

Przy pomocy KDK przeprowadzano masowe zabiegi sanitarne ^{9/}.

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

- rozwijania urządzeń kąpielowych celem opracowania sanitarnego przybywających uzupełnień stanu osobowego;
- przeprowadzania zabiegów sanitarnych rannym i chorym na etapach ewakuacji medycznej;
- likwidacji ognisk epidemicznych w wojskach i wśród ludności cywilnej.

Personel kompanii kierował przygotowaniem i eksploatacją prowizorycznych łaźni i komór dezynfekcyjnych, budowanych siłami i środkami jednostek wojskowych.

Łaźnie polowe przydzielane związkom taktycznym nabierały szczególnego znaczenia w czasie operacji zaczepnej, gdy budowa stałych urządzeń kąpielowych była niemożliwa.

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

Zasady zabezpieczenia sanitarnohigienicznego wojsk

Celem zabezpieczenia sanitarnohigienicznego wojsk było zachowanie zdrowia i utrzymanie dobrego stanu fizycznego żołnierzy^{10/}.

Zasadniczymi zadaniami wojskowej służby zdrowia w tym zakresie było:

- sprawowanie stałego nadzoru sanitarnego nad przestrzeganiem w oddziałach wojskowych zasad higieny, nad warunkami zakwaterowania żołnierzy, żywienia, jakością wody i zaopatrywaniem w nią wojsk;
- przeprowadzanie analizy przyczyn zachorowań wśród żołnierzy;
- wykonywanie sanitarnohigienicznych badań laboratoryjnych;
- szerzenie oświaty sanitarnej;
- współdziałanie z cywilną służbą zdrowia i stała 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 realizowany był od szczebla kompanii, gdzie dowódca drużyny sanitarnej czuwał nad utrzymaniem czystości w pododdziale i wykonaniem zabiegów zleconych przez dowódcę plutonu medyczno-sanitarnego batalionu.

Dowódca plutonu medyczno-sanitarnego sprawował nadzór sanitarnohigieniczny w batalionie.

Nadzór ten w oddziale organizował starszy lekarz siłami posiadanego personelu służby zdrowia. Kierował on także pracą służby zdrowia w zakresie sanitarnohigienicznego zabezpieczenia oddziału.

Szef służby zdrowia związku taktycznego zobowiązany był kon-

10/ J. Bończak, B. Gwóźdź. Wychowanie higieniczne w armiach w przeszłości. *Lekarz Wojskowy* 1969, 6, s. 567-577.

trolować 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 ^{11/}.

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 usuwanie stwierdzonych niedociągnięć i zaniedbań.

Przed wyznaczeniem rejonu na zakwaterowanie wojsk dowódca oddziału organizował rozpoznanie. Dane z rozpoznania mógł on również otrzymać od szczebla nadrzędnego. 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 nakazywano oczyszczanie zajmowanych zabudowań i pomieszczeń oraz budowanie latryn. Ustalona była codzienna kontrola ich czystości ^{12/}.

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

Zwracano baczność uwagę na to, aby wydany był zakaz korzystania z cywilnych przedmiotów używanych do spania ^{13/}.

W przypadku niepewnego stanu sanitarno-epidemicznego osiedli, stany osobowe kwaterowano poza nimi. Ustalono, że bezpieczna od-

11/ M.Kowalski.Rola i miejsce higieny i epidemiologii w nowoczesnej wojskowej służbie zdrowia. Lekarz Wojskowy 1960,10,s.980-984.

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

13/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 83 z 28.10.1944 roku. CAW-III-4-855, k.21.

ległość 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 odkażania w punktach wodnych;
- wydawania zarządzeń dotyczących sanitarnego zabezpieczenia źródeł wody;
- wyposażania stanu osobowego w środki odkażające do dezynfekcji indywidualnej.

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

- rozpoznanie sanitarne źródła wody;
- ocenę jakości wody na podstawie badania przeprowadzonego za pomocą posiadanego zestawu ^{14/} lub wysłanie prób wody do laboratorium SEG;
- nadzór sanitarny nad punktami wodnymi związku taktycznego.

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

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

W kompanii zaopatrzenie w wodę przeprowadzane było pod nadzorem instruktora sanitarnego, do którego obowiązków należało:

- sprawowanie nadzoru nad czystością manierek;

14/ Skład zestawu umożliwiał badanie wody na zawartość bojowych środków trujących, amoniaku, azotynów i chlorków. W koniecznych przypadkach oznaczać można było zdolność utleniania i twardość wody.

- chlorowanie wody;
- wydawanie żołnierzom tabletek do indywidualnego odkażania wody.

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

Bakteriologiczne badanie wody przeprowadzane było tylko w przypadkach wystąpienia zachorowań o charakterze epidemicznym^{15/}.

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

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

Poważne znaczenie posiadała sanitarna ochrona 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 rozróżniano: 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 ustalano, 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 wymieniany w rozkazie danej jednostki wojskowej z jednoczesnym podaniem granic każdej

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

ze stref wydzielonych do przeprowadzania nadzoru sanitarnego ^{16/}.

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

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

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

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

W czasie natarcia, w myśl zarządzeń szefa służby zdrowia dywizji i starszego lekarza pułku, przeprowadzano rozpoznanie sanitarne źródeł wody na terenie opuszczonym przez nieprzyjaciela ^{17/}.

Przede wszystkim badano zapasy wody znajdujące się na kierunku natarcia, przy czym główne zadania tego rozpoznania polegały na zapobieganiu korzystania przez żołnierzy z wody nie nadającej się do picia i na wyszukiwaniu źródeł wody nadającej się do szyb-

16/ CAW III-4-855, k.24.

17/ Rozkaz kwatermistrza 1 armii WP nr 0027 z 4.03.1945 r. CAW-III-4-897, k.69.

kiego urządzenia punktów wodnych ^{18/}.

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

- przestrzeganiem zasad higieny;
- organizacją i przebiegiem kąpieli;
- organizacją, ze wskazań przeciwepidemicznych, dezynfekcji i dezynsekcji bielizny osobistej i umundurowania w oddziałach wojskowych i szpitalach polowych;
- jakością prania bielizny i systematyczną jej wymianą;
- działalnością sanitarnoświatową ^{19/}.

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

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

Kąpiel żołnierzy połączona ze zmianą bielizny osobistej i stryżeniem włosów odbywała się jeden raz na dziesięć dni ^{20/}. Ustalony był porządek codziennego porannego mycia się żołnierzy oraz mycia rąk przed posiłkami.

W obronie w każdym batalionie i w każdej samodzielnej jednostce budowano prowizoryczne łaźnie polowe oraz komory dezynfekcyjne. Organizowane były również pułkowe i dywizyjne pralnie ^{21/}.

18/ Do odkażania indywidualnych zapasów wody /w manierkach/ stosowano tabletki chlorinowe sporządzane z wapna chlorowanego i chlorku sodu, tabletki "pantocid" - zawierające chloraminę i tabletki "hipochlorid" - składające się z mieszaniny podchlorynu wapnia i dwuwęglanu sodu lub węglanu sodu. CAW-III-4-909, k.152.

19/ Rozkaz kwatermistrza 1 AP w ZSRR nr 0115 z 14.06.1944 r.
CAW III-4-854, k.1.

20/ Rozkaz kwatermistrza 1 armii WP nr 076 z 6.10.1944 r. CAW-III-4-854, k.59.

21/ CAW III-4-856, k.6.

Personel pralni polowych ściśle przestrzegał przepisy dotyczące technologii procesu prania bielizny. Podwyższało to jakość wypranej bielizny ^{22/}.

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

- naprawą obuwia i umundurowania;
- organizacją suszenia onuc, między innymi w komorach dezynfekcyjnych;
- zabezpieczeniem gorącej strawy nie rzadziej niż dwa razy na dobę;
- ocieplaniem ziemianek i namiotów ^{23/}.

W celu stworzenia lepszych warunków bytowych i podniesienia na wyższy poziom higieny osobistej kobiet pełniących służbę w wojsku, zapewniano im oddzielne miejsca zamieszkania, urządzano kąpiki higieniczne oraz co miesiąc przeprowadzano profilaktyczny przegląd sanitarny ^{24/}.

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

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

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

22/ Instrukcja dla pralni polowych z 27.01.1945r. CAW III-4-904, k.103.

23/ CAW III-4-868, k.435.

24/ CAW III-4,861, k.2.

- kontrole przestrzegania zasad higieny żywienia i żywności w oddziałach wojskowych;
- badania strawy i jej zgodności z normami i jadłospisem;
- badania 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 jadłospisu;
- organizował nadzór sanitarny nad dostawą i przechowywaniem produktów żywnościowych, przygotowaniem i wydaniem gotowej strawy;
- organizował określanie 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.

Kontrola lekarska stanu zdrowia pracowników zespołów żywnościowych odbywała się jeden raz w tygodniu ^{25/}.

W miesiącach letnich w zespołach żywnościowych zwracano baczna uwagę na profilaktykę schorzeń zakaźnych przewodu pokarmowego ^{26/}.

Nadzór sanitarnohigieniczny nad produktami żywnościowymi, przyjmowanymi do składów żywnościowych oraz wydawanymi do spożycia wojskom armii, sprawowany był przez wykonywanie badań labo-

25/ CAW III-4-855, k.22.

26/ CAW III-4-909, k.156.

ratoryjnych i wydawanie odpowiednich orzeczeń ^{27/}.

Dla każdej partii zdobyczy wojennej produktów żywnościowych przyjmowanych do składu sporządzano "paszport sanitarny" ^{28/}.

W celu organizacji prawidłowego uboju bydła oraz nadzoru weterynaryjnego nad produktami mięsnymi w oddziałach wojskowych, wydany został rozkaz specjalny ^{29/}.

Żywienie w czasie przegrupowania wojsk transportem kolejowym rozwiązywane było w zależności od konkretnych warunków.

Transporty zaopatrzone w kuchnie polowe gotowały w czasie przejazdu gorącą strawę, wydawaną na z góry przewidzianych postojach transportu.

Transporty bez kuchni polowych korzystały przeważnie z suchych racji żywnościowych lub otrzymywały gorącą strawę z wojskowych stacyjnych punktów żywnościowych na podstawie atestów żywnościowych ^{30/}.

Służba zdrowia armii poświęcała wiele uwagi profilaktyce hipo - i awitaminoz.

Nieuniknione w czasie działań bojowych przerwy w dostarczaniu świeżych jarzyn i owoców stwarzały warunki do rozwoju przede wszystkim hipo - i awitaminozy C.

W wyniku ścisłego przestrzegania systemu zarządzeń profilaktycznych, niebezpieczeństwo rozpowszechnienia się w wojskach szkorbutu zostało całkowicie usunięte.

W celu zapobiegania powstawaniu hipowitaminoz kontrolowano przede wszystkim ilość i jakość otrzymywanych produktów przeznaczonych do żywienia, sposoby przygotowania jarzyn oraz innych produktów, ich przechowywanie i obróbkę cieplną.

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

28/ CAW III-4-872, k. 93.

29/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0157-KG z 15.04.1945 r.
CAW-III-4-894, k. 62.

30/ S. Załuski. Praca kwatermistrzostwa 1 armii WP. Przegląd Kwatermistrzowski 1958, 1/39/, s. 139.

W okresie wiosny, kiedy zawartość witamin w produktach a zwłaszcza w jarzynach zmniejszała się, dopilnowywano wykorzystania dodatkowych źródeł witamin.

Przy braku artykułów żywnościowych bogatych w witaminy, profilaktycznie podawano żołnierzom gotowe preparaty witaminowe lub organizowano przyrządzanie wyciągów witaminowych z innych surowców.

We wszystkich zespołach żywnościowych przyrządzano wówczas wyciągi witaminowe z igliwia sosnowego ^{31/}.

31/ Instrukcja o przyrządzaniu witaminy C z igliwia drzew iglastych, CAW III-4-853, k.287.

Zasady zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk

Podstawowymi celami zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk było:

- zapobieganie powstawaniu chorób zakaźnych w oddziałach wojskowych oraz niedopuszczanie do ich rozprzestrzeniania 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.

W celu właściwej realizacji zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk opracowano jednolite zasady postępowania przeciwepidemicznego ^{32/}.

Zabezpieczenie przeciwepidemiczne wojsk obejmowało:

- prowadzenie stałej obserwacji epidemiologicznej wojsk;
- dokładne rozpoznanie i analizowanie stanu epidemicznego ludności cywilnej i rejonu;
- organizowanie "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 zakaźnie chorych;
- dezynfekcję w ogniskach epidemicznych;
- przeprowadzanie dochodzenia epidemiologicznego;
- przeprowadzanie szczepień osób kontaktujących się z zakaźnie chorymi;

32/ B.Gwóźdź, L.Miałkoś. Ważniejsze osiągnięcia medycyny radzieckiej w dziedzinie likwidacji chorób epidemicznych w okresie pięćdziesięciolecia. Biuletyn WAM 1968, suplement IV, z.12, s.26.

- systematyczne przeprowadzanie profilaktycznych zabiegów przeciwepidemicznych /szczepienia ochronne, profilaktyczna dezynfekcja, wykrywanie nosicieli/^{33/}

Starszy lekarz oddziału w ramach działalności przeciwepidemicznej:

- oceniał sytuację epidemiczną wojsk nieprzyjaciela oraz zajmowanego przez nie rejonu;
- opracowywał i realizował plan zabezpieczenia przeciwepidemicznego oddziału;
- prowadził obserwację epidemiologiczną oddziału oraz otaczającego środowiska;
- izolował zakaźnie chorych;
- organizował niezbędne zabiegi przeciwepidemiczne.

Na szczeblu związku taktycznego szef służby zdrowia:

- kontrolował całokształt działalności przeciwepidemicznej podległych starszych lekarzy oddziałów;
- pomagał w likwidacji ognisk epidemicznych;
- utrzymywał stały kontakt z grupą sanitarno-epidemiologiczną /SEG/ w celu prowadzenia aktualnej obserwacji epidemiologicznej rejonu rozmieszczenia związku taktycznego i ludności cywilnej ^{34/}.

Szef służby zdrowia związku taktycznego wykorzystywał do wykonania zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwepidemicznego posiadane w ZT siły i środki dywizyjnego 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

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

34/ Z.Chombakow. Zagadnienia sanitarno-epidemiologiczne w czasie wojny. Lekarz Wojskowy 1959,5,s.362-378.

przeciwepidemicznego wojsk wykonywały również polowe ruchome szpitale zakaźne.

Zabezpieczenie wojsk przed epidemią duru plamistego srowadzało się głównie do zwalczania wszywicy.

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 urlopów i podróży służbowych;
- prowadzeniu wśród żołnierzy energicznej pracy sanitarnoświatowej w zakresie profilaktyki duru plamistego.

W rejonach, w których pojawiły 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:

- złożenie meldunku o powyższym dowódcy 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 zauszenia wśród żołnierzy;
- zorganizowanie szczepień ochronnych wszystkich żołnierzy przeciw durowi plamistemu;
- przeprowadzenie pełnych zabiegów sanitarnych połączonych z dezynsekcją bielizny osobistej ^{35/} i umundurowania wszystkich żołnierzy oddziału;

35/ W pralniach polowych impregnowano bieliznę preparatami przeciw pasożytniczymi /"SK" i "Lauseto"/.CAW III-4-853, k.236.
Preparat zdobywczy Lauseto produkcji firmy Baeyer był środ-

- zorganizowanie obserwacji lekarskiej wszystkich żołnierzy w ciągu 14 dni /przeгляд sanitarny i mierzenie temperatury/;
- przeprowadzenie dezynfekcji końcowej i dezynsekcji w tych oddziałach, w których wykryto chorych na dur plamisty.

Postępowanie zapobiegawcze durowi plamistemu w szpitalach polowych, w stosunku do rannych i chorych, polegało na:

- wykonaniu pełnych zabiegów sanitarnych przy przyjęciu do szpitala;
- codziennym przeprowadzaniu przeglądu sanitarnego na zawieszanie;
- kąpieli połączonej u dezynfekcją i dezynsekcją bielizny osobistej i umundurowania ozdrowieńców wypisywanych do oddziału wojskowego.

We wszystkich szpitalach polowych 1 i 2 armii WP wyznaczeni zostali lekarze sanitarni ^{36/}.

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

kiem przeciwpasożytniczym służącym do impregnacji bielizny osobistej w celu zapobiegania zawieszaniu. 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 umundurowania w ciągu godziny/ z takim wyliczeniem, aby łaźnie i komory dezynsekcyjne znajdowały się w każdym batalionie /dywizjonie/. Rozkaz dowódcy 1 AP w ZSRR nr 011-KG z 14.04.1944 r. CAW III-4-853, k.5,6.

36/ Szef departamentu 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 przeprowadzanie rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego rejonu przyszłego miejsca rozwinięcia szpitala, okolicznych osiedli i jakości wody. CAW III-4-896, k.18.

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 1 armii WP skierowanym do podległych komendantów szpitali. Jednocześnie ustalono jego nazwę - lekarz sanitarny szpitala. CAW III-4-895, k.33.

- hospitalizacji podejrzanych i chorych w polowym ruchomym szpitalu zakaźnym ^{37/};
- przeprowadzeniu szczegółowego dochodzenia epidemiologicznego ^{38/}
- obserwacji lekarskiej kontaktów w ciągu 7 dni i wykonaniu w tym czasie dwukrotnych badań bakteriologicznych kału;
- przeprowadzeniu dezynfekcji w pomieszczeniach oddziału wojskowego w którym miały miejsce zachorowania;
- obserwacji lekarskiej ozdrowieńców po przebytej czerwonce bakteryjnej;
- wzmożeniu nadzoru nad ogólnym stanem sanitarnohigienicznym oddziału;
- spowodowaniu zakazu lub ograniczenia kontaktów żołnierzy z ludnością cywilną;
- stosowaniu wszelkich form pracy sanitarnoświatowej ^{39/}.

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 ^{40/}.

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

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

-
- 37/ Stosowano bakteriofag przeciwczerwonkowy i sulfidynę.
 - 38/ Kartę dochodzenia epidemiologicznego wysyłało do przełożonego fachowego w dniu stwierdzenia zachorowania. Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 037 z dnia 28.04.1945 r. CAW III-4-895, k. b. n.
 - 39/ Rozkaz dowódcy 1 AP w ZSRR nr 021-KG z 22.04.1944 r. CAW III-4-853, k. 7, 8.
 - 40/ Wytyczne do likwidacji czerwonki. CAW III-4-872, k. 51.

- wykonywaniu planowych szczepień przeciw durowi brzuszemu;
- obserwacji lekarskiej wszystkich ozdowieńców po durze brzusz-
nym;
- badaniu na nosicielstwo pracowników zespołu żywnościowego;
- prowadzeniu pracy sanitarnoświatowej wśród żołnierzy ^{41/}.

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

- wykrywaniu i niezwłocznej hospitalizacji wszystkich chorych oraz podejrzanych o tę chorobę;
- przeprowadzeniu dochodzenia epidemiologicznego w celu wykrycia źródła i przyczyn powstania ogniska;
- aktywnym wykrywaniu żołnierzy z kontaktu i ich obserwacji lekarskiej w ciągu 21 dni;
- obserwacji lekarskiej ozdowieńców;
- wzmożeniu nadzoru nad ogólnym stanem sanitarnohigienicznym oddziału;
- nadzorowaniu przestrzegania zasad higieny osobistej;
- przeprowadzeniu dezynfekcji końcowej pomieszczeń oraz pełnych zabiegów sanitarnych wśród żołnierzy pododdziałów w których pojawiły się zachorowania na dur brzuszny;
- uzupełnieniu lub dodatkowym wykonaniu szczepień ochronnych;
- prowadzeniu pracy sanitarnoświatowej ^{42/}.

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

Komendy polowych ruchomych szpitali zakaźnych sprawę zapobiegania ewentualnym zakażeniom wewnątrzszpitalnym uznawały za jeden z zasadniczych swych obowiązków, skrupulatnie przestrzega-

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

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

jąc podstawowych zasad higieny ^{43/}.

Postępowanie przeciwepidemiczne w przypadku pojawienia się w oddziale wojskowym zachorowań na brucelozę polegało na:

- hospitalizacji chorych i wykonaniu w ich otoczeniu dezynfekcji końcowej;
- przeprowadzeniu dochodzenia epidemiologicznego w celu ujawnienia źródła i dróg szerzenia się zarazka;
- badaniu żołnierzy podejrzanych o tę chorobę;
- stosowaniu wszystkich form pracy zapobiegawczej /zakaz picia surowego mleka/;
- współdziałaniu z cywilną służbą zdrowia i służbą weterynaryjną w likwidacji ognisk choroby wśród zwierząt ^{44/}.

Ogólne zasady postępowania zapobiegawczego zimnicy polegały na:

- przeprowadzaniu rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego rejonu i ludności cywilnej w celu ustalenia obecności komarów widliszków;
- rejestracji żołnierzy, którzy chorowali na zimnicę w ubiegłym roku oraz badaniu ich krwi na obecność pasożytów;

43/ Przegląd sanitarny pracowników mających kontakt z chorymi oraz zespołu żywnościowego odbywał się co pięć dni, pozostałych pracowników raz w miesiącu.

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

Badano własne i okoliczne źródła wody.

Szczepienia ochronne odbywały się w styczniu, kwietniu i czerwcu. Nowo przyjęty chory był kompletnie strzyżony, miejsca owłosione przecierano roztworem mydła "K". Chorego po kąpieli 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.

44/ CAW III-4, 896, k. 71.

- leczeniu wykrytych nosicieli oraz prowadzeniu kuracji^{45/} tych, którzy przebyli chorobę w ubiegłym roku;
- prowadzeniu pracy sanitarno-światowej wśród żołnierzy w zakresie zagadnień dotyczących zapobiegania zimnicy.

W przypadku pojawienia się w oddziale wojskowym zachorowań na zimnicę postępowanie przeciwepidemiczne polegało na wczesnym wykrywaniu i leczeniu chorych, ochronie chorych przed ukłuciami komarów i leczeniu ozdrowieńców^{46/}.

Ogólne postępowanie zapobiegawcze przeciw świerzbowi wśród żołnierzy oddziału polegało na:

- wzmożeniu nadzoru nad ogólnym stanem sanitarnohigienicznym;
- nadzorowaniu przestrzegania zasad higieny osobistej;
- ograniczeniu kontaktów żołnierzy z ludnością cywilną;
- dokonywaniu okresowych i doraźnych przeglądów sanitarnych oraz osób powracających z urlopów i podróży służbowych;
- prowadzeniu pracy sanitarno-światowej^{47/}.

Ogólne postępowanie zapobiegawcze chorobom wenerycznym polegało na:

- wykrywaniu chorych wśród żołnierzy i ludności cywilnej podczas rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego^{48/};
- ograniczaniu kontaktów żołnierzy z ludnością cywilną;
- dokonywaniu okresowych i doraźnych przeglądów sanitarnych oraz powracających z urlopów i podróży służbowych;
- prowadzeniu pracy sanitarno-światowej;

45/ Leczenie przy użyciu akrychiny i chininy przeprowadzano w izolatorach PMP, DMP i w polowym ruchomym szpitalu wewnętrznym.

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

47/ Leczenie żołnierzy chorych na świerzb przeprowadzano w izolatorach oddziałów i związków taktycznych oraz w szpitalu dla lekko rannych /powikłania/ maścią Wilkinsona, 33 % maścią siarkową i 5% roztworem wodnym mydła "K". CAW III-4-872, k.98; CAW III-4-900, k.12.

48/ CAW III-4-864, k.10.

organizowaniu przy FMP, DMP oraz w szpitalach polowych punktów indywidualnej profilaktyki chorób wenerycznych ^{49/}.

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 przeprowadzenia koniecznych czynności i zabiegów profilaktycznych.

Stan sanitarno-epidemiczny wojsk i rejonu ich rozmieszczenia określano następującymi terminami: pomyślny, niepewny, niepomyślny i nadzwyczajny.

Stan sanitarno-epidemiczny związku taktycznego /oddziału/ określano jako pomyślny, 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.

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 zadowalającym stanie sanitarnym wojsk pojawiły się pojedyncze zachorowania na ostre choroby zakaźne, związane z sobą

49/ Leczenie rzeżączki przeprowadzano 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.

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 o stanie 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, cholereę czy ospę naturalną;
- w rejonie rozmieszczenia /działania/ sąsiednich związków taktycznych /oddziałów/ istniały ogniska zakażenia dżumą, cholereę 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, cholereę i ospę naturalną.

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

- liczba zachorowań zakaźnych w związku taktycznym /oddziale/ wzrastała w krótkim czasie, w następstwie czego nie mógł on

brać udziału w walce;

- stwierdzano powtórne zachorowania na dżumę, cholereę, ospę naturalną.

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

- wśród ludności miejscowej wybuchła epidemia ostrych chorób zakaźnych niebezpiecznych dla wojsk;
- występowały grupowe zachorowania na dżumę, cholereę lub ospę naturalną.

Systematyczne rozpoznanie organizowane było przez starszych lekarzy oddziałów, szefów służby zdrowia związków taktycznych oraz przez szefów służby zdrowia armii.

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

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 źródeł 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 ^{50/}.

Należycie przeprowadzone rozpoznanie wojsk i rejonu dawało możliwość:

50/ CAW III-4-872, k.72,75,121.

- prawidłowego planowania czynności przeciwepidemicznych na okres przyszłej operacji bojowej;
- przygotowania niezbędnych środków do realizacji planu zabiegów przeciwepidemicznych;
- przeprowadzeniu zawczasu 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 przypadku podejrzenia żołnierza o chorobę zakaźną izolowany on był w izolatorze ^{51/} pułkowego lub dywizyjnego punktu medycznego, a następnie ewakuowany do polowego szpitala zakaźnego, którego komendant powiadamiał lekarza oddziału o przyjęciu żołnierza do szpitala i ustalonym rozpoznaniu.

Do ewakuacji zakaźnie chorych wykorzystywano transport sanitarny specjalnie przeznaczony do tego celu. Kategorycznie zabraniano przewożenia 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 ^{52/}.

Jednym z najważniejszych czynników profilaktyki chorób za-

51/ CAW III-4-909, k.151.

52/ CAW III-4-872, k.76.

ważnych były szczepienia ochronne przeciw chorobom epidemicznym. Żołnierzy szczepiono przeciwko ospie naturalnej, durowi brzusznemu, paradurom, czerwoncem bakteryjnej i tężcowi ^{53/}.

Ze względów epidemicznych, na podstawie rozkazu naczelnego dowódcy WP ^{54/}, mogły być przeprowadzane w wojskach masowe, doraźne lub okresowe szczepienia przeciw innym chorobom zakaźnym.

Okresowe szczepienia żołnierzy przeprowadzano w czasie, gdy zezwalała na to sytuacja taktyczno-operacyjna ^{55/}.

W ogniskach chorób zakaźnych zabiegi dezynfekcyjne ^{56/} i dezynsekcyjne ^{57/} oprócz personelu służby zdrowia oddziałów wojskowych wykonywały również plutony sanitarne MSB oraz plutony kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej.

Dezynsekcję wojskowa służba zdrowia przeprowadzała ze wskazań epidemicznych.

W ramach czynności zapobiegawczych przeprowadzano:

- okresowe kąpiele;
- zmianę bielizny osobistej i pościelowej;
- czyszczenie umundurowania;

53/ S.Rogoziński, A.Handelzalc. Szczepienia ochronne w wojsku. Lekarz Wojskowy 1954,5,s.460.

54/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 0321-KG z 1.11.1944 r. CAW III-4-853, k.236.

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

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

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

przeeglądy lekarskie i zabiegi sanitarne;
systematyczne przeeglądy sanitarnohigieniczne szeregowców i pod-
oficerów służby zasadniczej;
przeeglądy powracających z urlopów i podróży służbowych.
zdrowieńców po chorobie zakaźnej przed opuszczeniem szpitala za-
kaźnego, równolegle z zabiegami dezynfekcyjnymi, poddawano dokła-
dnej kąpieli i zmieniano im bieliznę osobistą ^{58/}.

Przyjmowanie nowo wcielonych żołnierzy odbywało się w pułku
zapasowym armii.

Przybywający żołnierze poddawani byli pełnemu opracowaniu
sanitarnohigienicznemu i dwutygodniowej kwarantannie. W ciągu
pierwszych dwóch dni od chwili przybycia nowo wcieleni byli ba-
dani przez lekarza pułku celem wykrycia chorób zakaźnych, skór-
nych, wenerycznych i innych chorób dyskwalifikujących do służby
wojskowej ^{59/}.

W tym czasie przeprowadzano również szczepienia ochronne no-
wo wcielonych.

Zakaźnie chorzy kierowani byli do polowego ruchomego szpita-
la zakaźnego.

Jeżeli w czasie przeeglądu sanitarnego lub badań lekarskich
wykryto zawszonych, izolowano ich i poddawano zabiegom sanitar-
nym ^{60/}.

Pododdziały lub grupy żołnierzy, wyjeżdżające z pułku zapa-
sowego celem uzupełnienia stanów osobowych innych jednostek, były
ponownie poddawane pełnemu opracowaniu sanitarnohigienicznemu o-
raz wydawany im był dowód sanitarny /paszport/ sporządzany we-
dług określonego wzoru ^{61/}.

58/ CAW III-4-895, k.31

59/ CAW III-4-876, k.393.

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

61/ W dowodzie sanitarnym /paszporcie/ dla wysyłanych kontyngen-
tów z pułku zapasowego wpisywano: nazwę pułku zapasowego, na-
zwę kontyngentu, stopień i nazwisko dowódcy /starszego/ kon-

Zabezpieczenie przeciwepidemiczne transportu kolejowego organizowano siłami służby zdrowia przewożonych oddziałów.

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

Lekarz zabezpieczający wojskowy transport kolejowy przeprowadzał codziennie przegląd na zawieszenie stanu osobowego pociągu. W razie potrzeby organizował zabiegi dezynfekcyjne. Kontrolował również jakość dostarczanej wody do picia.

Zakaźnie chorych izolował, a następnie ewakuował do szpitala zakaźnego ^{62/}.

Zabezpieczenie przeciwepidemiczne marszu organizowane było siłami służby zdrowia maszerujących 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 niepomyślnym stanie sanitarnym, w których występowały ogniska chorób zakaźnych i gdzie zabraniano urządzania odpoczynków i kontaktowania się z miejscową ludnością oraz zasady udzielania pomocy i ewakuacji medycznej.

Starsi lekarze oddziałów, szefowie służby zdrowia związków taktycznych i szefowie służby zdrowia armii opracowywali co miesiąc sprawozdania sanitarno-epidemiczne ^{63/}.

tyngentu, stan ilościowy kontyngentu, rezultaty przeglądu na wszy, przeprowadzone zabiegi sanitarnohigieniczne, jakie i kiedy przeprowadzono szczepienia ochronne, rezultaty przeglądu lekarskiego przed wyjazdem, dzień zakończenia kwarantanny, ilu 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 wysyłany był do szefa służby zdrowia armii.

62/ CAW III-4-878, k. 68.

63/ W miesięcznym sprawozdaniu sanitarno-epidemicznym opisane były ogniska epidemiczne wśród ludności cywilnej, zachorowania na choroby zakaźne i choroby weneryczne w oddziałach wojskowych, procent zawieszenia wojsk, zabezpieczenie w łaźni i pral-

Komendanci polowych ruchomych szpitali zakaźnych i dowódca rupy sanitarno-epidemiologicznej sporządzali sprawozdania miesięczne z działalności przeciwepidemicznej oraz zachorowalności a choroby zakaźne wojsk armii.

Sprawozdania te przesyłano szefowi służby zdrowia armii w ciągu pierwszych pięciu dni następnego miesiąca ^{64/}.

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 zawszenia w oddziałach ^{65/}.

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

Szefowie służby zdrowia armii opracowywali miesięczne, półroczne i roczne sprawozdania, w których opisywali zabezpieczenie sanitarnohigieniczne i przeciwepidemiczne wojsk armii ^{66/}.

nie, stan zaopatrzenia w wodę, nadzór sanitarny nad zespołami żywnościowymi, warunki zakwaterowania, stan higieny osobistej i umundurowania oraz działalność sanitarnoświatowa.

64/CAW III-4-872, k.3.

65/CAW III-4-895, k.5.

66/W półrocznym i rocznym sprawozdaniu szefowie służby zdrowia armii opisywali: obsadę stanowisk etatowych w pionie przeciwepidemicznym, stan sanitarno-epidemiczny wojsk i ludności cywilnej, zabezpieczenie w łaźnie i pralni, działalność zakładów i urzędzeń sanitarno-epidemiologicznych, współpracę z cywilną służbą zdrowia oraz działalność sanitarnoświatową.

CAW III-4-892, k.b.n.

WARUNKI REALIZACJI

ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ LUDOWEGO WOJSKA POLSKIEGO

Druga wojna światowa stwarzała olbrzymie zagrożenie epidemi-
czne. Składały się na to:

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

Wybitnie manewrowy charakter drugiej wojny światowej, połą-
czony z wielką ruchliwością wojsk, ze zwiększeniem ilości oraz
skomplikowaną jakością przedmiotów wyposażenia polowego żołnie-
rzy, wymagał dokładnego zbadania problemów możliwości wysiłku wo-
jennego.

Zasadniczym czynnikiem, obok warunków geograficzno-klimatycz-
nych, określającym możliwości i zadania w działalności sanitarno-
przeciwepidemicznej był czynnik bojowy, charakter i rozmiary to-
czonych walk.

Przez wprowadzenie na arenę działań bojowych jednostek pan-
cernych i zmechanizowanych zwiększyła się szybkość wojsk.

Wprowadzenie silnie uzbrojonych czołgów, lotnictwa bombowe-
go i szturmowego oraz wojsk desantowych przyniosło przewagę środ-
ków ataku.

W dużym stopniu zanikło pojęcie niebezpiecznego frontu i
bezpiecznych tyłów, a pas wąskiego frontu został przekształcony
w głęboki obszar walki rozgrywającej się w błyskawicznym tempie.
Tyły obszaru operacyjnego mogły być w każdej chwili zbombardowa-
ne lub stać się terenem desantu.

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

Wynikało też z organizacyjnego wejścia 1 i 2 armii WP w

kład frontów Armii Radzieckiej.

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

Niejednokrotnie w czasie działań bojowych jednostki radzieckie 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. aczęsto się od kierowania do radzieckich szpitali polskich żołnierzy, rannych w bitwie pod Lenino. Trafili oni do szpitali w Moskwie, Spass-Demiańsku i Monastyrshynie oraz do pułku ozdowieńców i Kadino. Wszędzie tam byli otaczani serdeczną troską zarówno ze strony radzieckiego kierownictwa szpitali, jak i przedstawicieli Związku Patriotów Polskich oraz dowództwa dywizji.

Forma operacyjnego podporządkowania jednostki armii sojuszniczej przy zachowaniu ewidencyjnego i gospodarczego podporządkowania własnemu dowództwu nie jest często spotykaną formą.

W służbie zdrowia przyjęła kształt trwały, a nawet w odniesieniu do pewnych jednostek, równoległy z okresem istnienia bazy szpitalnej 1 armii WP. Natomiast w innych służbach forma ta stosowana była tylko w niektórych operacjach.

Ta współpraca może stanowić przykład jednego z wariantów współpracy na szczeblu operacyjnym służby zdrowia państw sojusznicznych ^{1/}.

1/ T.Brzeziński. Szpitale radzieckie w operacyjnym podporządkowaniu 1 Armii Wojska Polskiego. Biuletyn WAM 1971, z.1, s.155.

Warunki geograficzno-klimatyczne

Działania bojowe w czasie drugiej wojny światowej obejmowały obszary o różnym ukształtowaniu powierzchni, warunkach glebowych i zalesienia, rejony często kompletnie zniszczone i wyludnione.

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

Również 1 i 2 armie WP wniosły swój największy wkład w tę wojnę walkami w Europie Środkowej. Dlatego wschodnio- i środkowo-europejski teatr działań wojennych zasługuje 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 obszarach /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 przesuwania punktów medycznych i szpitali, zmuszały do stosowania odrębnej organizacji zasad pracy służby zdrowia.

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

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

Dla Europy Wschodniej, począwszy od wschodnich wybrzeży Bał-

roku, do Łuku 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, słabszymi wiatrami /zwłaszcza w lecie/, suchym, bardziej zanieczyszczonym powietrzem, silniejszym nasłonecznieniem.

Obszar Europy Środkowej charakteryzuje klimat przejściowy, zmiennej zimie /na przemian występują śnieg, mróz i odwilż/ i spryśnym lecie /często dżdżystym, niekiedy upalnym/.

W klimacie lądowym sezon letni sprzyjał przegrzaniu organizmu, udarom cieplnym i słonecznym. W tym też czasie występowały odparzenia stóp, czyraczność i choroby skóry w następstwie ukąszeń owadów. Rozwój komara-widliszka, zwłaszcza na podmokłych terenach Białorusi, sprzyjał szerzeniu się zimnicy.

Wysokie nieraz, dobowe wahania temperatury ułatwiały występowanie ropnych schorzeń migdałków podniebiennych /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, pićciem dużej ilości wody, niejednokrotnie nie najlepszej jakości, oraz wylęgiem much, odgrywających rolę przenosicieli chorobotwórczych zarazków 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 przedwiośnia, łatwo dochodziło do przeziębień oraz zwiększała się zapadalność na grypę 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 była na ogół zdrową porą roku, ale wymagała odpowiednio ciepłego umundurowania i obuwia. Łatwo dochodziło do odmrożeń, a nawet zamarznięć.

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 wypuklały ogromny zakres zadań, jakie stanęły 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 części Białorusi około 1 km na 100 km².

Istniały liczne, tak zwane bezdroża kolejowe, skąd 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 zaznaczał się z reguły niedostatek transportu samochodowego i zaprzęgowego.

Czynniki te w istotny sposób utrudniały szybką ewakuację rannych i chorych oraz przegrupowanie jednostek i 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 dogodne możliwości 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 rozmieszczania urządzeń leczniczo-ewakuacyjnych. Zmuszało to często do umieszczania ich w ziemiankach.

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

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

Obszary, na których toczyły działania bojowe 1 i 2 armie WP osiadały dużo lasów, niekiedy były nawet pokryte zwartymi masami leśnymi. Zapewniało to dobre maskowanie jednostek i urządzeń służby zdrowia w czasie przegrupowania, dowozu i ewakuacji^{2/}.

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

Warunki sanitarno-epidemiczne

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

Tereny, na których formowały się i działały 1 i 2 armie WP, o obszary biedne i gospodarczo wyniszczone przez okupanta, często nie posiadające elementarnych urządzeń sanitarnohigienicznych.

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

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

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

Niepomyślną sytuację kraju pogłębiał fakt niedostatecznej liczby lekarzy oraz zakładów leczniczych, które zdewastował 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 1 i 2 armii WP rekrutowali się głównie ze wschodnich rubieży kraju, gdzie notowane były liczne przypadki czerwonej bakteryjnej, duru brzuszego i plamistego.

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

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

Z tego powodu, mimo prawidłowo realizowanego nadzoru sani-

tarno-przeciwepidemicznego, mimo częstych kąpieeli, zmiany bielizny, zabiegów dezynfekcyjnych i dezynsekcyjnych, występowały również przypadki wysokiego odsetka zawszenia wśród stanu osobowego oddziałów.

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

Ciężkie walki, jakie toczono zwłaszcza w zimie 1945 roku, nie sprzyjały właściwemu przeprowadzaniu zabiegów sanitarnohigienicznych i przeciwepidemicznych.

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

Mniejsze jednostki wojskowe w całości lokowano w osiedlach.

Kwatery w zasadzie 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 mezażek gorącą wodą.

Ziemianki mieszkalne posiadały okna i drzwi oraz piecyki żelazne lub z cegły. Żołnierze spali pod kocami na pryczach wysłanych słomą, pokrytych pelerynami.

Stałego oświetlenia ziemianki z reguły nie posiadały.

Problem zakwaterowania w zasadzie 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 umunduro-

ania, 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 oszczególnych okresach i dla określonych norm żywnościowych oscylowała w granicach 3900-4200 kalorii ^{3/}. Przy tym posiłki były mało urozmaicone.

Stosunkowo niski stopień zabezpieczenia wojsk armii w takie produkty, jak kasza, mąka, ziemniaki i mięso, wynikał z tego, że armie w zasadzie nie otrzymywały tych produktów w ramach centralnego zaopatrywania, a jeżeli otrzymywały, to w bardzo małych ilościach i musiały 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 spożywania oraz zawartość składników odżywczych, to widać, że armie większość najniezbędniejszych środków żywnościowych musiały 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 zmniejszyły zasoby.

Wypiek chleba organizowany był w miejscowych piekarniach stałych, w polowych piekarniach ruchomych i polowych piekarniach stałych. Jakość wypiekanego chleba pozostawiała wiele do życzenia ^{4/}.

Warunki w jakich formowały się 1 i 2 armie WP były bardzo trudne.

3/ S. Wojtkowiak, J. Talar, W. Majewski, F. Piotrowski. Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia. MON Warszawa 1974, s. 412.

4/ S. Załuski. Praca kwatermistrzostwa 1 armii WP. Przegląd Kwatermistrzowski 1958, 1/39/, s. 143.

stwarzało to powody do przypuszczeń, że zdolność bojowa tych armii nie będzie zadowalająca.

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

Szlak bojowy 1 i 2 armii WP wiódł między innymi przez obszary zagrożone epidemiami. Trzeba było wysokiej dyscypliny, stosowania wprost drakońskich rygorów, aby w tych warunkach uchronić żołnierzy od masowych zachorowań.

Stan sanitarno-epidemiczny i zachorowalność
na choroby zakaźne ludności cywilnej

Leżące między Bugiem i Wisłą, Pojezierzem Mazurskim i Karpami wyzwolone w 1944 roku obszary Polski, wyniszczone kilkuletnią okupacją oraz działaniami wojennymi, przedstawiały obraz ogromnego zniszczenia. Większość miast i miasteczek zburzona, osiedla i wsie w znacznej części spalone, ludność osłabiona fizycznie zmęczona psychicznie długotrwałą wojną i okupacją, systemy łączności i komunikacji zniszczone. Większość szpitali, przychodni lekarskich, aptek i urzędzeń sanitarnych zburzona. Nieliczne ocalałe szpitale przepełnione rannymi i chorymi, pozbawione niezbędnych leków, materiałów sanitarnych, sprzętu i urzędzeń. Oto tragiczne fragmenty ówczesnej sytuacji sanitarnej Polski. Wyzwolona w lipcu 1944 roku wschodnia część Polski stanowiła pas długości około 600 kilometrów i szerokości zaledwie 100-150 kilometrów /załącznik nr 1/. Tereny te w owym czasie stanowiły bezpośrednio zaplecze frontu. W osiedlach i wsiach stacjonowały oddziały i związki taktyczne. Jeśli doda się do tego przymusową ewakuację ludności cywilnej z 30-50 kilometrowego pasa przyfrontowego do dalej położonych rejonów, spowodowane tym przeludnienie oraz rozpoczynającą się repatriację Polaków z zachodnich republik Związku Radzieckiego, można mieć ogólny obraz sytuacji sanitarnej kraju.

Mimo katastrofalnego wprost stanu sanitarnego kraju sytuacja epidemiczna w owym czasie nie przedstawiała się groźnie. W zburzonych miastach były wprowadzone ogniska epidemiczne duru brzuszego, w całym kraju występowały zachorowania na dur płamisty a w lecie i w czasie wczesnej jesieni 1944 roku przeszła przez cały kraj fala biegunek trapiących zwłaszcza ludność wiejską na zniszczonych obszarach przyfrontowych, jednak epidemii nie było. Jedynie fatalne i wciąż pogarszające się warunki sanitarne bytowania ludności oraz tu i ówdzie występujące ogniska ostrych chorób zakaźnych wskazywały na istniejące niebezpieczeństwo wybuchu

epidemii. Przyjmując za podstawę fakt, że znaczna część ludności terenów położonych na wschód od Wisły przechorowała już dur plamisty, bądź to w czasie epidemii powojennej w 1919 i 1920 roku, bądź też w czasie wielkiej epidemii w Generalnej Guberni w 1941 i 1942 roku, należało przypuszczać, że mimo złych warunków sanitarnych i znacznego zauszenia, niebezpieczeństwo epidemii duru plamistego nie było realne ze względu na brak powszechnej wrażliwości społeczeństwa. Oceniano liczbę ludności cywilnej odpornej na około 50 %. Podobnie niebezpieczeństwo wybuchu epidemii duru brzuszno-rzuszkiego nie wydawało się realne ze względu na nieliczne miasta znajdujące się na wschodnich terenach Polski oraz z powodu poddania szczepieniom ochronnym ludności miejskiej przez niemieckiego okupanta.

Możliwość wybuchu większej epidemii należało przewidywać dopiero po wiosennej ofensywie w 1945 roku w wyniku której po wyzwoleniu rejonów położonych na zachód od Wisły istniało niebezpieczeństwo zawleczenia duru plamistego na tereny których ludność prawie wcale nie stykała się z tą chorobą dotychczas. Obecność dużych miast na tych terenach stwarzała poważne niebezpieczeństwo wybuchu epidemii duru brzuszno-rzuszkiego i czerwonki bakteryjnej wśród ludności miejskiej, zwłaszcza w przypadku zniszczenia miejskich urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych. Spodziewane również masowe ruchy ludnościowe ze wschodu na zachód oraz powojenne ruchy repatriacyjne kryły w sobie wiele trudnych do przewidzenia niebezpieczeństw epidemii. Z powyższych względów, posiadając bardzo ograniczone możliwości, pion sanitarno-przeciwepidemiczny cywilnej służby zdrowia zdecydował, że na terenach położonych na wschód od Wisły przeprowadzona będzie jedynie doraźna akcja przeciwepidemiczna. Natomiast maksimum sił i środków skoncentrowano na przygotowanie przedsięwzięć przeciwepidemicznych na centralnych i zachodnich obszarach Polski z chwilą rozpoczęcia ofensywy wiosennej.

24 listopada 1944 roku w Lublinie z inicjatywy Naczelnego Dowódcy WP powstał Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami.

Na czele Komisariatu stanął Jerzy Morzycki. Nadzwyczajny Komisarjat utworzony został przede wszystkim pod kątem widzenia potrzeb się zbrojnych. Podobnie jak po pierwszej wojnie światowej kiedy ostre choroby zakaźne a w szczególności dur plamisty występowały w charakterze pandemii, w Polsce w lipcu 1919 roku powstał Centralny Komitet do walki z durem plamistym tak zwany CeKaDur. Komitet ten w 1920 roku przekształcił się w Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemiami 5/.

W grudniu 1944 roku na terenach trzech ówczesnych województw zorganizowano przeciwepidemiczną służbę meldunkową, której zadaniem była obserwacja terenu i wykrywanie pojawiających się pojedynczych ognisk epidemicznych.

Między innymi ze względu na trudności w zakresie komunikacji i łączności działalność Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemiami została zdecentralizowana przez utworzenie trzech komisariatów terenowych w Białymstoku, Sandomierzu i Rzeszowie. Komisarz terenowy zgodnie z odpowiednimi instrukcjami obowiązany był organizować likwidację występujących na swoim terenie ognisk epidemicznych. Terenowi komisarze w zakresie działalności przeciwepidemicznej współpracowali z lekarzami powiatowymi i miejskimi dostarczając im jednocześnie odpowiednie środki. Natomiast odmiennie niż w 1920 roku, odstąpiono od zasady tworzenia oddzielnych szpitali zakaźnych i punktów kąpielowych. Dawało to mimo wzmoczonego wysiłku organizacyjnego znaczną oszczędność sił i środków pionu sanitarno-przeciwepidemicznego. Centralna służba inspekcyjna nadzorowała działalność komisariatów terenowych uzgadniając i korygując wszystkie przedsięwzięcia na obszarze kraju oraz bacznie obserwowała ogniska chorób zakaźnych mogące przekształcić się w epidemię.

5/ Według danych statystycznych w 1919 roku zanotowano 219.088 przypadków duru plamistego, z czego śmiertelnych 18.641 czyli 7,5%. W 1920 roku zanotowano 168.098 przypadków duru plamistego, z nich śmiertelnie zakończyło się 22.575 czyli 13,4%.
J. Morzycki, M. Klingberg. Nadzwyczajny komisariat do walki z epidemiami w latach 1944-1945. Warszawa 1946. Ministerstwo Zdrowia, s. 11-12.

Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemiami nawiązał ścisłą współpracę z pionem sanitarno-przeciwepidemicznym wojskowej służby zdrowia oraz z Państwowym Urzędem Repatriacyjnym. Intensywnie szkolono personel, organizując kursy epidemiologiczne dla lekarzy oraz liczne kursy dla dezynfektorów i pielęgniarek. Opracowano i wydano regulaminy oraz instrukcje dla kolumn przeciwepidemicznych, dla komisarzy terenowych i dezynfektorów. Rozprowadzono w terenie liczne materiały propagandowe w ramach oświaty sanitarnej w formie plakatów, ulotek i wydawnictw popularnych.

W grudniu 1944 roku znacznym nakładem sił i środków uruchomiono w Lublinie produkcję szczepionki przeciwko durowi plamistemu metodą Weigla. Początkowo szczepionka ta była podawana tylko personelowi służby zdrowia narażonemu na zakażenie. W pracowniach Państwowego Zakładu Higieny w Lublinie uruchomiono również produkcję szczepionki przeciwko durowi brzuszemu. Rozpoczęto seryjną produkcję kózek szpitalnych, przenośnych komór dezynfekcyjnych, preparatów leczniczych i dezynfekcyjnych oraz bielizny szpitalnej. Powiększono ilość środków transportu samochodowego ^{6/}.

W styczniu 1945 roku podczas walk o wyzwolenie Warszawy Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemiami dysponował już odpowiednimi siłami i środkami umożliwiającymi przeprowadzenie akcji przeciwepidemicznej na wyzwolonych terenach. Grupy operacyjne Naczelnego Komisarjatu przesuwały się za walczącymi wojskami organizując na wyzwolonych terenach pion przeciwepidemiczny służby zdrowia, uruchamiając szpitale, zabezpieczając rezerwy leków i sprzętu sanitarnego oraz preparatów dezynfekcyjnych. Podjęto również próby uruchomienia Państwowego Zakładu Higieny.

W związku z decyzją przeniesienia centralnych organów władzy państwowej z Lublina do Warszawy, pozbawionej w tym czasie wody i energii elektrycznej, posiadającej zniszczony system wodno-kanalizacyjny oraz zalegające na ulicach niepogrzebane zwłó-

6/W styczniu 1945 roku transport samochodowy pionu sanitarno-przeciwepidemicznego cywilnej służby zdrowia składał się z kilkudziesięciu pojazdów różnych typów i marek.

ki ludzi i zwierząt, na Nadzwyczajnym Komisariacie do walki z epidemiami spoczął bardzo trudny obowiązek niedopuszczenia do wybuchu masowych zachorowań. Wbrew pesymistycznym opiniom wielu specjalistów i pomimo ogromnych trudności udało się zapobiec wybuchowi epidemii wśród ludności cywilnej Warszawy. Stopniowe uruchamianie miejskich wodociągów oraz naprawianie kanalizacji zmniejszyło grożące niebezpieczeństwo.

Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemiami stopniowo rozbudowywał się a jego sieć organizacyjna pokryła wszystkie województwa.

W maju 1945 roku powołano do życia Ministerstwo Zdrowia a Nadzwyczajny Komisarjat do walki z epidemiami będąc jego załącznikiem wcielony został w ramy organizacyjne ministerstwa.

Niezależnie od dotychczasowych niewątpliwych osiągnięć, przed pracownikami Nadzwyczajnego Komisarjatu w dalszym ciągu stawały do wykonania poważne zadania zabezpieczenia przeciwepidemicznego rzesz repatriantów oraz likwidacji niebezpieczeństwa wybuchu epidemii na terenach Ziemi Zachodnich i Północnych.

Zachorowania na ostre choroby zakaźne w Polsce w latach 1944-1945 nie wykazywały tendencji epidemicznych. Były to raczej większe, odosobnione ogniska rozsiane na obszarze całego kraju. Na stosunkowo niewielką zachorowalność na choroby epidemiczne, a w szczególności na dur plamisty, złożyły się między innymi następujące przyczyny:

- organizacja pionu sanitarno-przeciwepidemicznej służby zdrowia w formie Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemiami, komisarjatów terenowych w każdym województwie, wojewódzkich i powiatowych kolumn przeciwepidemicznych oraz dezynfektorów przy ośrodkach zdrowia;
- organizacja służby meldunkowej na obszarze całego kraju;
- zastosowanie naukowych metod walki z chorobami epidemicznymi;
- właściwa działalność sieci szpitali i oddziałów zakaźnych;
- przymusowa hospitalizacja chorych na dur plamisty i dur brzuszny;

przeprowadzenie masowych szczepień ludności przeciwko durowi brzuszemu oraz szczepień przeciwko durowi plamistemu;
odporność ludności województw centralnych i wschodnich nabyta po przechorowaniu tych chorób po pierwszej wojnie światowej oraz w czasie drugiej wojny światowej;
posiadanie odpowiednich zasobów środków do zwalczania chorób epidemicznych.

W pierwszym kwartale 1944 roku ze względu na niedoskonałość organizacyjną pionu sanitarno-przeciwepidemicznej służby zdrowia rejestracja przypadków zachorowań na choroby zakaźne była niepełna i chaotyczna. Dane statystyczne z tego okresu nie odzwierciedlały stanu faktycznego. W drugim kwartale, po zorganizowaniu służby meldunkowej, dane statystyczne o zachorowaniach na choroby zakaźne były już bardziej dokładne, aczkolwiek w dalszym ciągu odbiegały od rzeczywistości. Dopiero począwszy od trzeciego kwartału 1944 roku kiedy powstały wojewódzkie komisariaty terenowe oraz wojewódzkie i powiatowe kolumny przeciwepidemiczne, dane statystyczne odtwarzały już faktyczny stan epidemiczny kraju. W 1945 roku dane statystyczne właściwie odwzorowały stan epidemiczny kraju. W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 1945 roku zanotowano ogółem 15.808 przypadków duru plamistego, z tego w pierwszym kwartale 3.879 przypadków. W tym okresie największą liczbę zachorowań na dur plamisty zanotowano w województwach: kieleckim - 938 i lubelskim - 716, na terenie których toczyły się działania wojenne. W województwie gdańskim zanotowano 626 przypadków duru plamistego, prawdopodobnie zawleczonego z niemieckiego obozu koncentracyjnego w Stutthofie ^{7/}. Kulminacyjny punkt osiągnęła liczba zachorowań

7/Aby nie dopuścić do przeniesienia chorób zakaźnych do wojsk przez powracających do kraju byłych jeńców wojennych oraz więźniów z niemieckich obozów koncentracyjnych, dowódca 2 armii WP w rozkazie nr 137 z 4.07.1945 r. polecił zorganizować siłami pionu sanitarno-przeciwepidemicznej służby zdrowia poszczególnych ZT punkty sanitarno-kontrolne. Na przykład personel punktu sanitarno-kontrolnego przy 11 DP kierował zakaźnie chorych do 24 PRSzZ w Ruszowie. CAW III-535-1, k.60.

a dur plamisty w drugim kwartale 1945 roku - 6.649 przypadków, czego na maj przypa~~dko~~ - 2.987 przypadków. Zachorowania te występowały w dalszym ciągu na tych samych terenach i w tych samych ogniskach epidemicznych, które istniały już w pierwszym kwartale, mianowicie w województwie kieleckim - 1.349, w województwie lubelskim - 908 i w województwie gdańskim - 867 przypadków. W trzecim kwartale liczba zachorowań na dur plamisty zmniejszyła się o 0 % w stosunku do drugiego kwartału, zanotowano bowiem 3.128 przypadków. W czwartym kwartale 1945 roku nastąpiło dalsze zmniejszenie liczby zachorowań na dur plamisty, zanotowano bowiem 2.152 przypadki. Były to już wówczas rozsiane po terytorium całego kraju pojedyncze odosobnione ogniska. Najmniejszą liczbę zachorowań zanotowano w listopadzie 1945 roku - 601 przypadków, co w stosunku do maja 1945 roku stanowiło spadek liczby zachorowań o 79 % wykresy nr nr 1,2,3/. Jak wynika z powyższych danych statystycznych, zachorowania na dur plamisty w tym czasie nie posiadały charakteru epidemii. Zwiększona liczba zachorowań występowała głównie na terenie powiatów zniszczonych działaniami wojennymi ^{8/}, wśród repatriantów ^{9/}, wśród więźniów zwolnionych z niemieckich obozów koncentracyjnych ^{10/} oraz w ogniskach endemicznych ^{11/}. Należy podkreślić małą śmiertelność wśród chorych na dur plamisty. Na 15.808 przypadków zachorowań, zmarło 1.285 osób, co stanowiło 8,1 % ^{12/}. Zapadalność na dur plamisty w Polsce w 1945 roku wynosiła 7:10.000 mieszkańców ^{13/}.

Druga wojna światowa w przeciwieństwie do poprzedniej wojny przyniosła naszemu społeczeństwu liczne zachorowania na dur brzuszny ^{8/} na terenie województw: warszawskiego, lubelskiego i kieleckiego.

9/ Na terenie województw: lubelskiego i śląsko-dąbrowskiego.

10/ Na terenie województw : gdańskiego i pomorskiego.

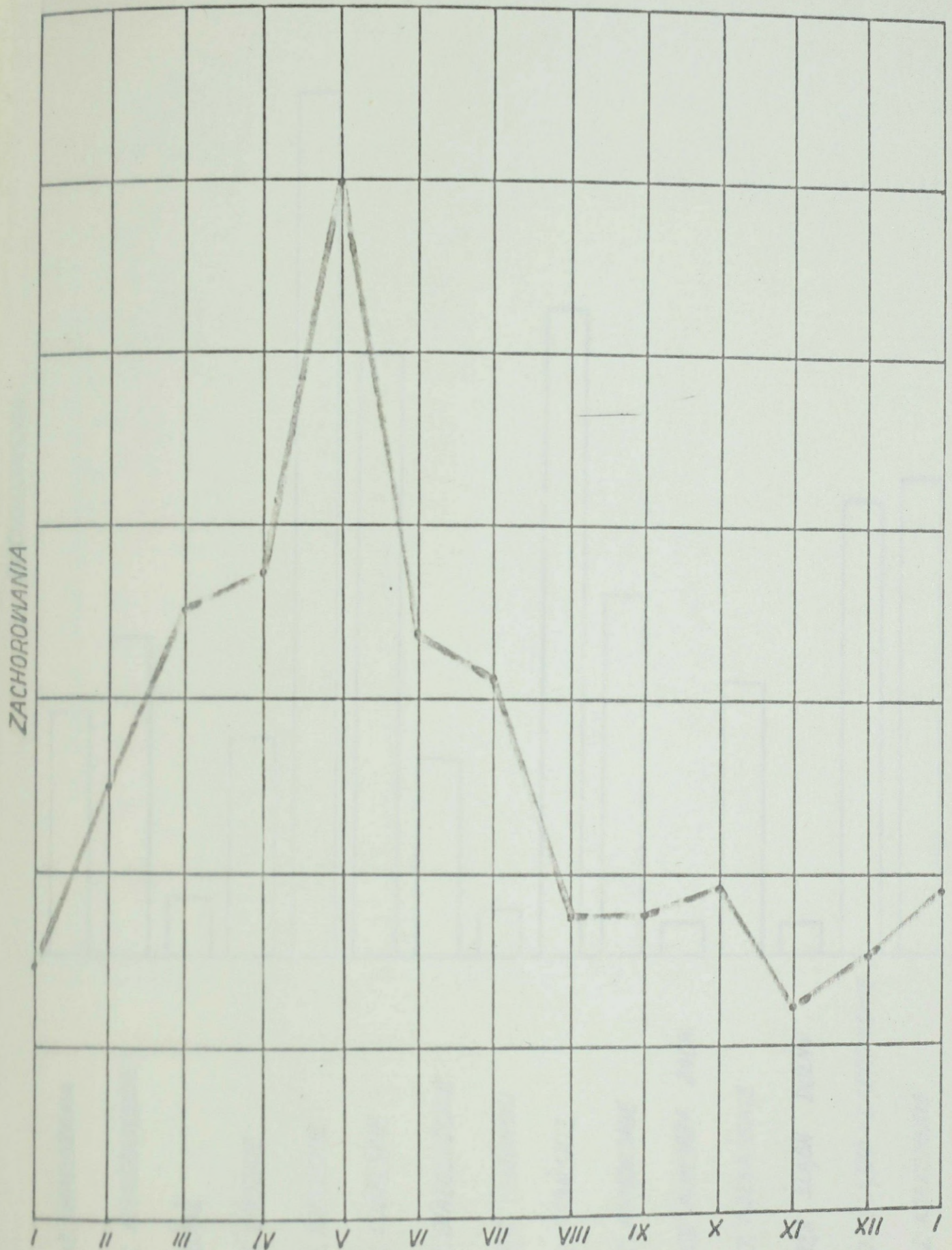
11/ Na terenie województw: krakowskiego - powiat nowotarski i rzeszowski - powiat dębicki.

12/ W 1920 roku śmiertelność wynosiła 13,4 %.

13/ Tamże, s.13-18.

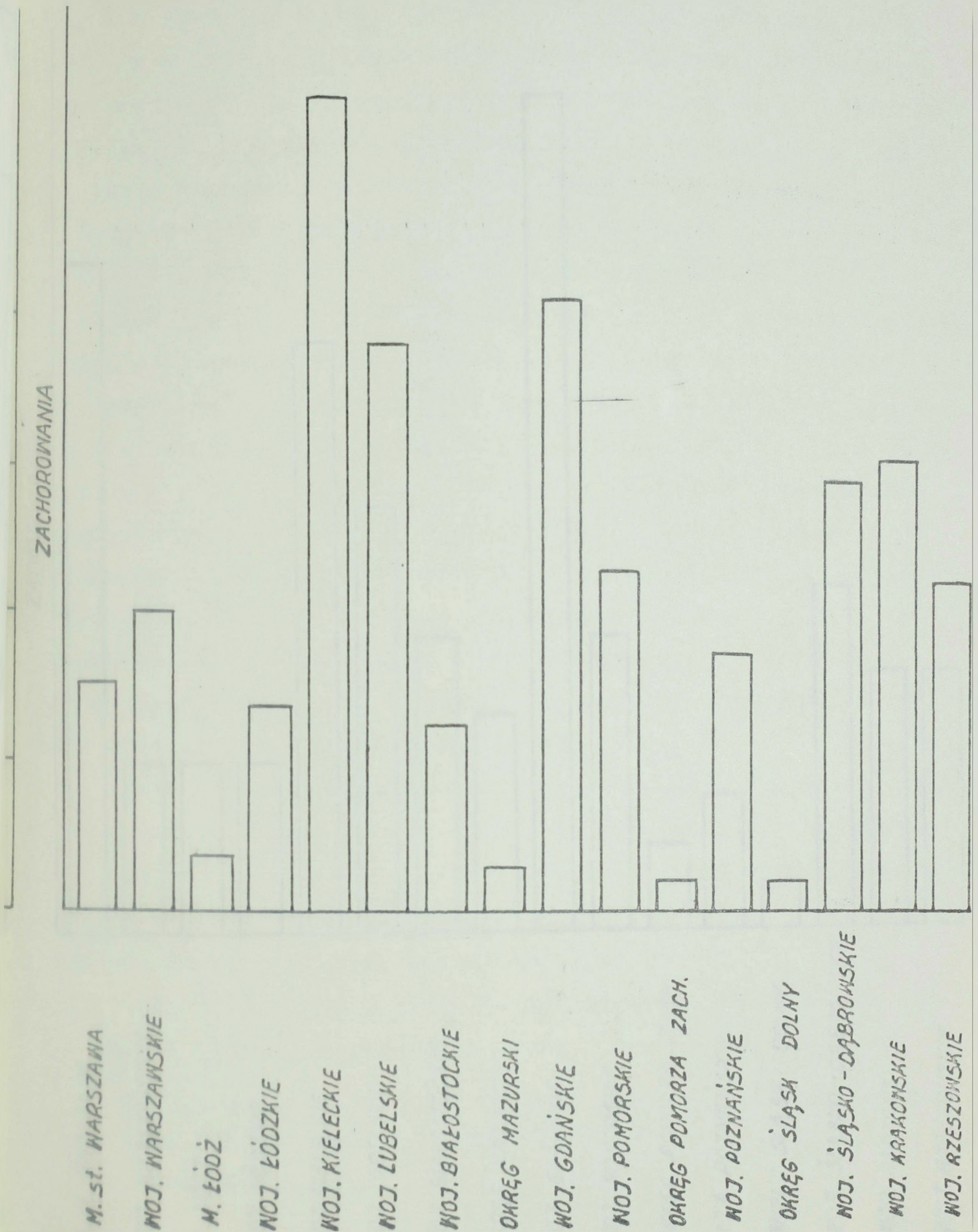
ZACHOROWANIA

na dur plamisty w Polsce w 1945 roku.
[WEDŁUG MIESIĘCY]



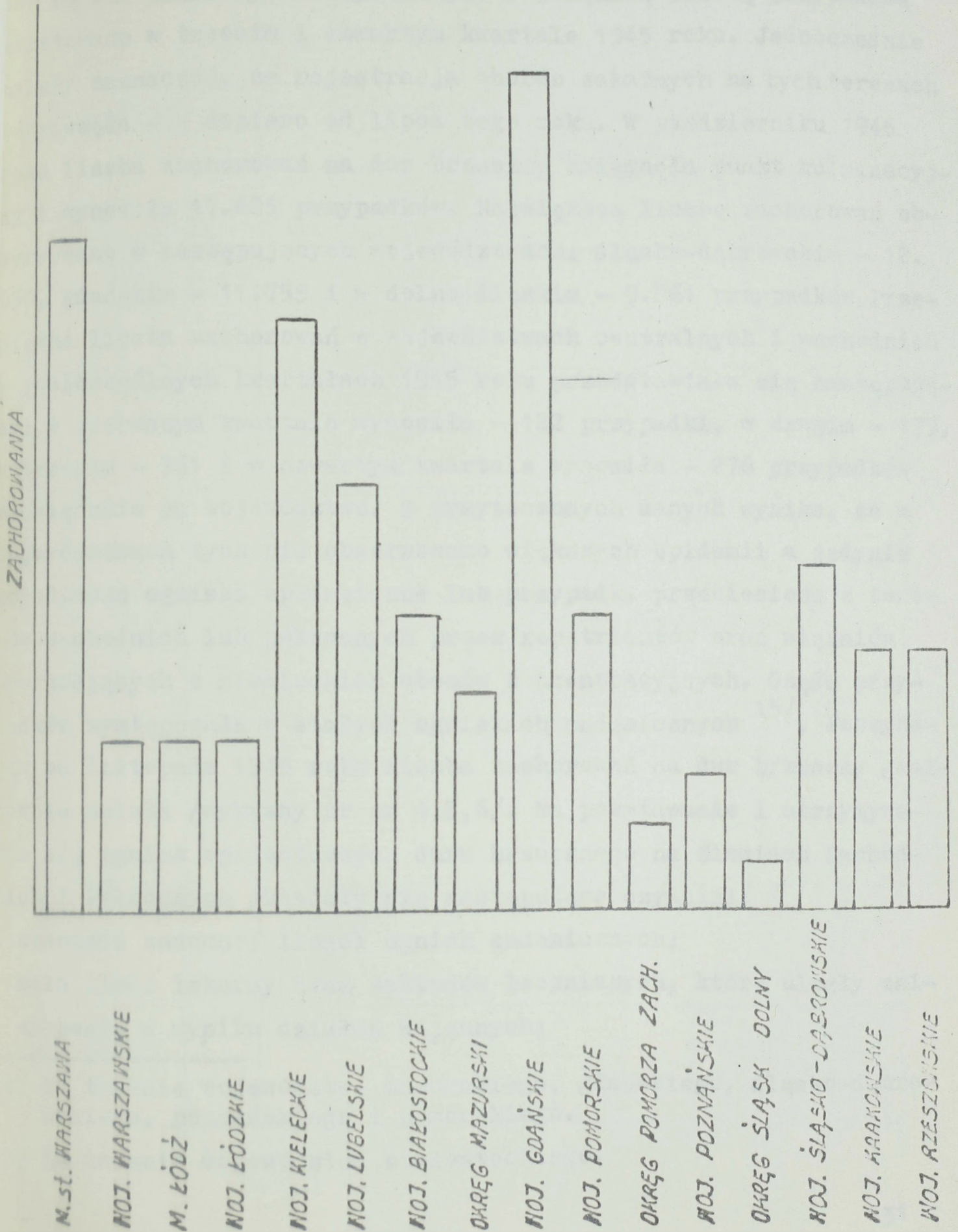
ZACHOROWANIA

na dur plamisty w Polsce w 1945 roku.
(WEDŁUG WOJEWÓDZTW)



ZACHOROWANIA

na dur plamisty w Polsce w 1945 roku.
 /W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH PRZYPADAJĄCE NA
 10 000 MIESZKAŃCÓW/



szny. Ogółem w 1945 roku zanotowano 81.657 przypadków duru brzuszego, czyli w porównaniu z 1919 rokiem kiedy zarejestrowano 11.421 przypadków nastąpił siedmiokrotny wzrost zachorowalności. Największą liczbę zachorowań zanotowano na terenach Ziemi Zachodnich i Północnych ^{14/}, a mianowicie 63 % ogólnej liczby zachorowań na dur brzuszny w całym kraju. Największą liczbę przypadków zanotowano w trzecim i czwartym kwartale 1945 roku. Jednocześnie należy zaznaczyć, że rejestracja chorób zakaźnych na tych terenach rozpoczęła się dopiero od lipca tego roku. W październiku 1945 roku liczba zachorowań na dur brzuszny osiągnęła punkt kulminacyjny i wynosiła 17.625 przypadków. Największą liczbę zachorowań obserwowano w następujących województwach: śląsko-dąbrowskim - 12.050, gdańskim - 11.759 i w dolno-śląskim - 9.861 przypadków. Przeciętna liczba zachorowań w województwach centralnych i wschodnich w poszczególnych kwartałach 1945 roku przedstawiała się następująco: w pierwszym kwartale wynosiła - 122 przypadki, w drugim - 179, w trzecim - 361 i w czwartym kwartale wynosiła - 276 przypadków miesięcznie na województwo. Z przytoczonych danych wynika, że w województwach tych nie obserwowano większych epidemii a jedynie pojedyncze ogniska epidemiczne lub przypadki przeniesione z terenów zachodnich lub północnych przez repatriantów oraz więźniów powracających z niemieckich obozów koncentracyjnych. Część przypadków występowała w starych ogniskach endemicznych ^{15/}. Poczynając od listopada 1945 roku liczba zachorowań na dur brzuszny gwałtownie malała /wykresy nr nr 4,5,6/. Na powstawanie i utrzymywanie się ognisk epidemicznych duru brzuszego na Ziemiach Zachodnich i Północnych składały się następujące czynniki:

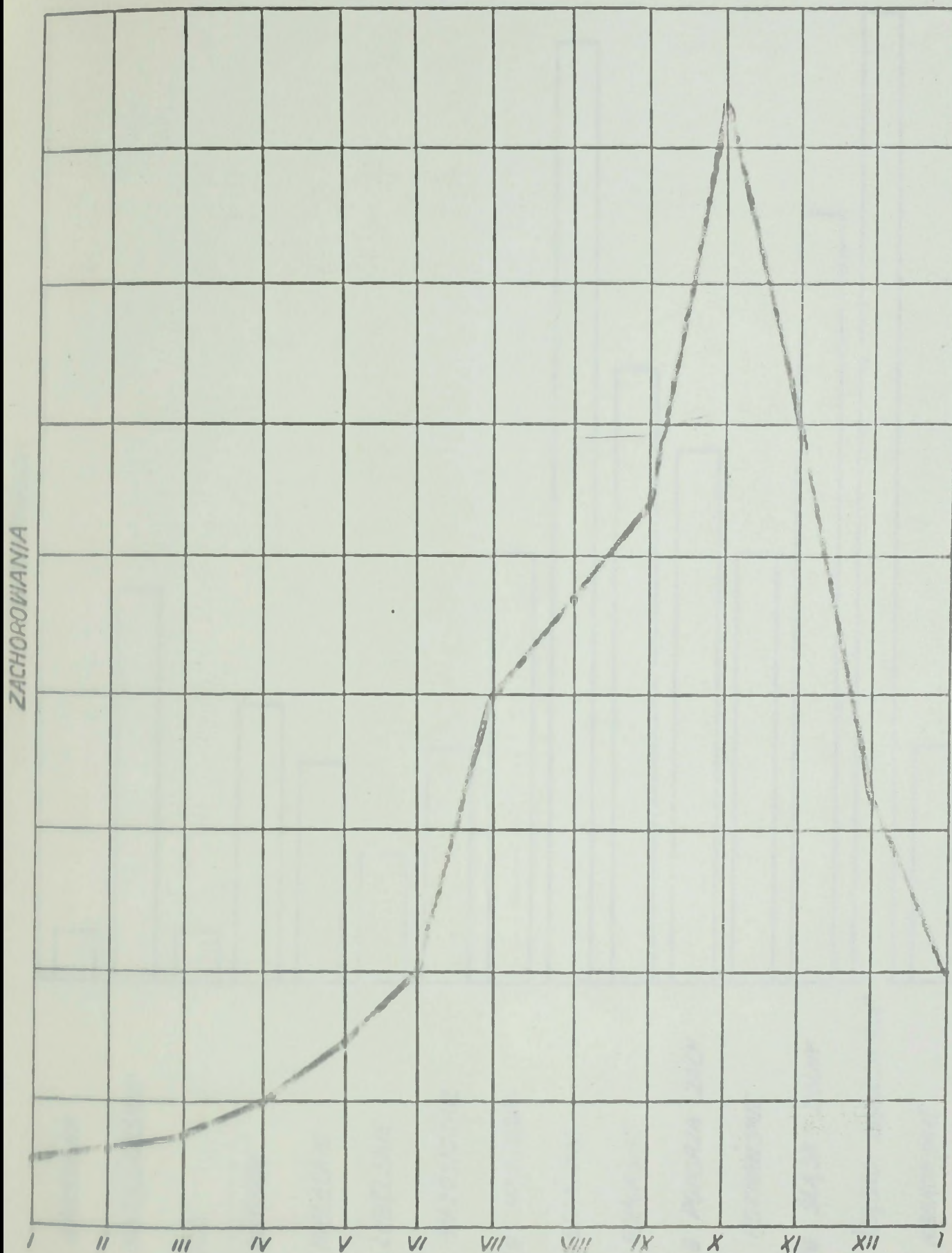
- obecność znacznej ilości ognisk endemicznych;
- mała ilość lekarzy oraz zakładów leczniczych, które uległy zniszczeniu w wyniku działań wojennych;

14/ Na terenie województw: mazurskiego, gdańskiego, śląsko-dąbrowskiego, poznańskiego i pomorskiego.

15/ Na terenie województwa białostockiego.

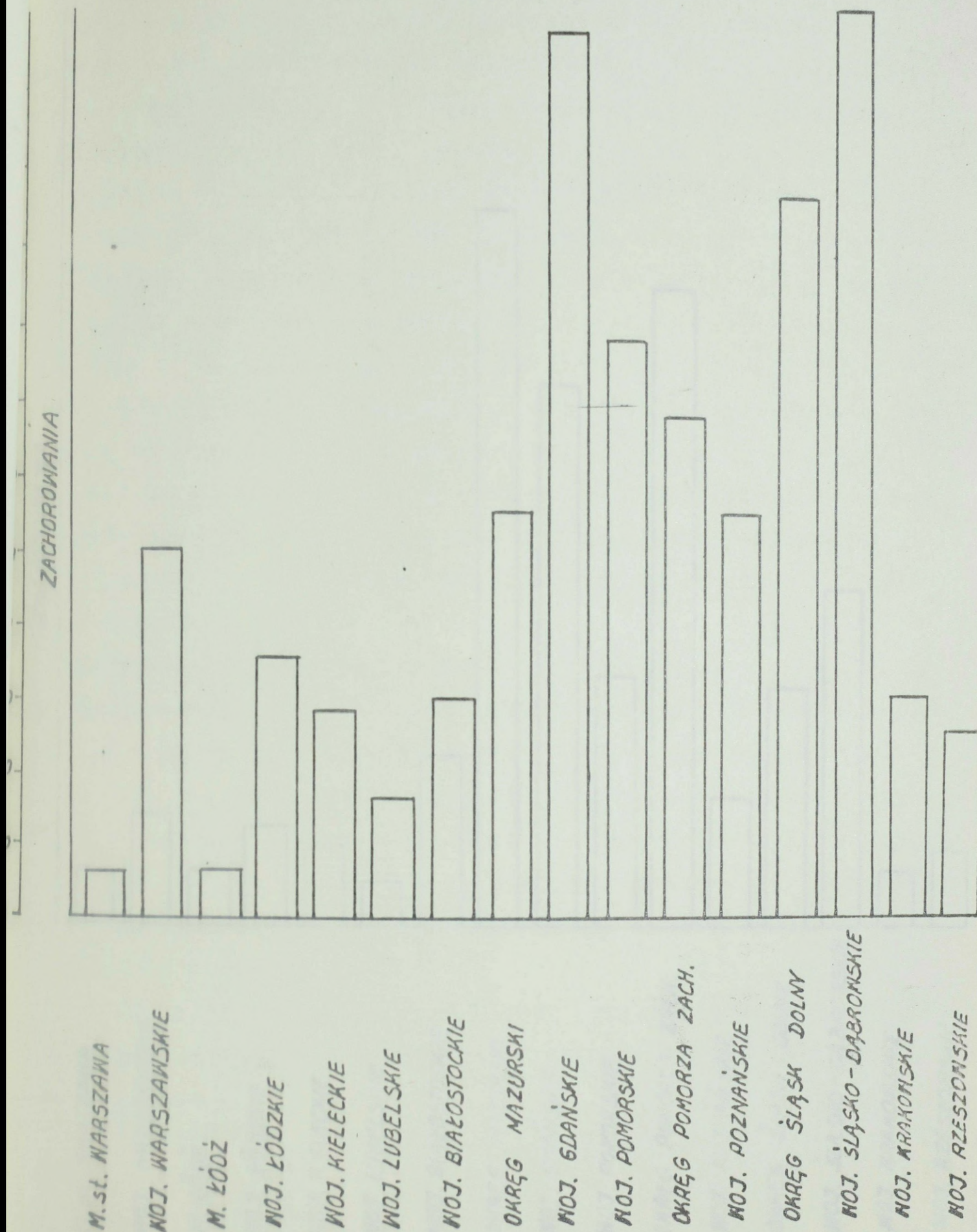
ZACHOROWANIA

na dur brzuszny w Polsce w 1945 roku.
 /NEDŁUG MIESIĘCY/



ZACHOROWANIA

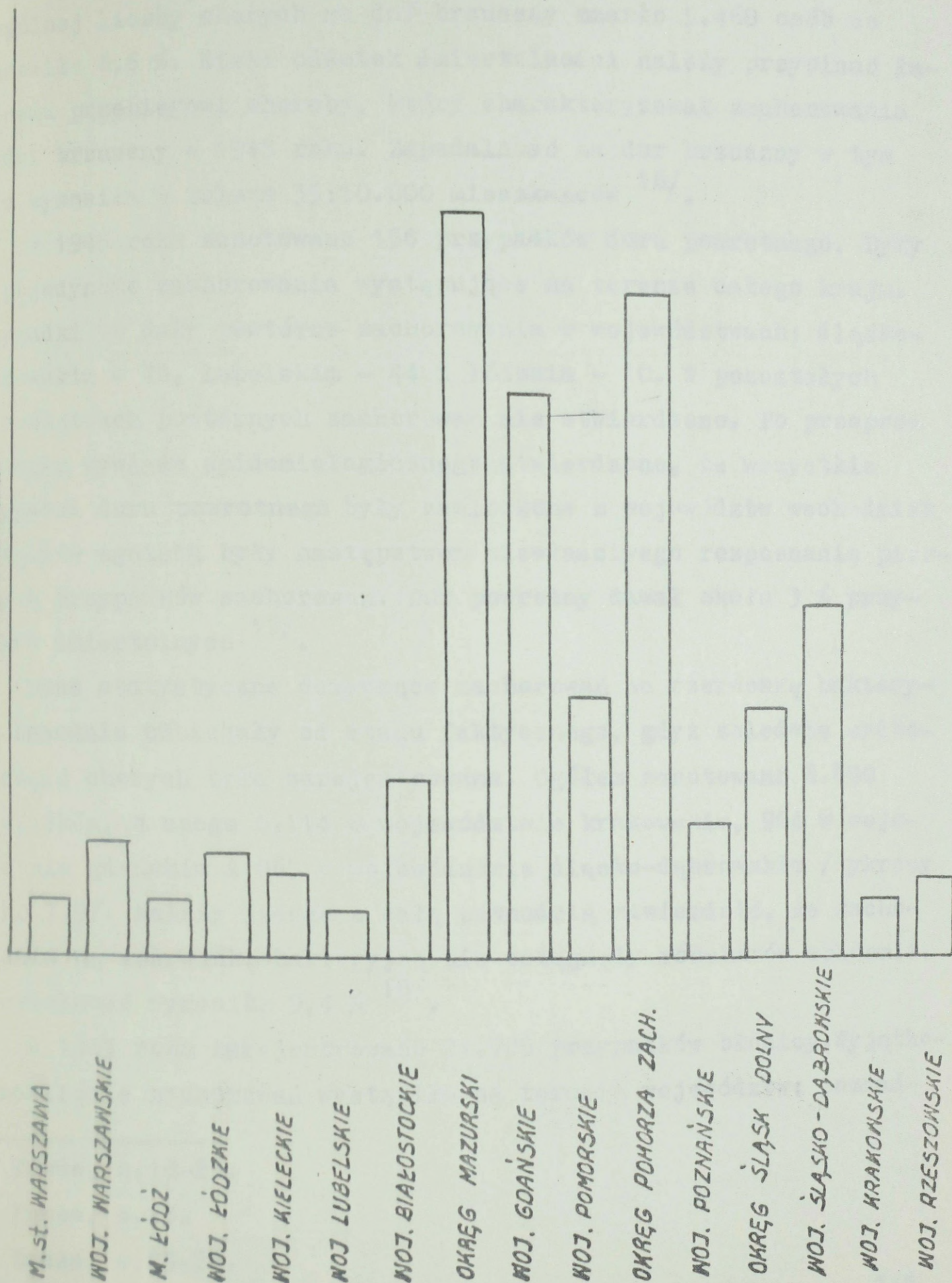
na dur bizuszny w Polsce w 1945 roku.
[WEDŁUG WOJEWÓDZTW]



ZACHOROWANIA

na dur brzuszny w Polsce w 1945 roku.
 /W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH PRZYPADAJĄCE NA
 10000 MIESZKAŃCÓW/

ZACHOROWANIA



- . niepomyślny stan sanitarnohigieniczny ludności oraz zniszczenie urządzeń sanitarnohigienicznych w miastach i osiedlach /wodo-ciągi, studnie, urządzenia kanalizacyjne itp./;
- . wędrowni ludności i przegrupowania wojsk;
- . brak preparatów profilaktyki doraźnej /szczepionki/.

Ogólnej liczby chorych na dur brzuszny zmarło 5.468 osób co stanowiło 6,6 %. Niski odsetek śmiertelności należy przypisać łagodnemu przebiegowi choroby, który charakteryzował zachorowania na dur brzuszny w 1945 roku. Zapadalność na dur brzuszny w tym roku wynosiła w Polsce 35:10.000 mieszkańców ^{16/}.

W 1945 roku zanotowano 156 przypadków duru powrotnego. Były to pojedyncze zachorowania występujące na terenie całego kraju. Przypadki te dały powtórne zachorowania w województwach: śląsko-dąbrowskim - 70, lubelskim - 44 i łódzkim - 10. W pozostałych województwach powtórnych zachorowań nie stwierdzono. Po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego stwierdzono, że wszystkie przypadki duru powrotnego były zawleczone z województw wschodnich a większe ogniska były następstwem niewłaściwego rozpoznania pierwszych przypadków zachorowań. Dur powrotny dawał około 3 % przypadków śmiertelnych ^{17/}.

Dane statystyczne dotyczące zachorowań na czerwonkę bakteryjną znacznie odbiegały od stanu faktycznego, gdyż zaledwie znikoma część chorych była zarejestrowana. Ogółem zanotowano 6.690 przypadków, z czego 1.114 w województwie krakowskim, 964 w województwie gdańskim i 865 w województwie śląsko-dąbrowskim /wykresy nr nr 7,8/. Należy jednak z całą pewnością stwierdzić, że zachorowania na czerwonkę bakteryjną nie osiągnęły rozmiarów epidemii. Śmiertelność wynosiła 9,4 % ^{18/}.

W 1945 roku zarejestrowano 21.705 przypadków błonicy. Wyjątkowe nasilenie zachorowań wystąpiło na terenie województw: poznań-

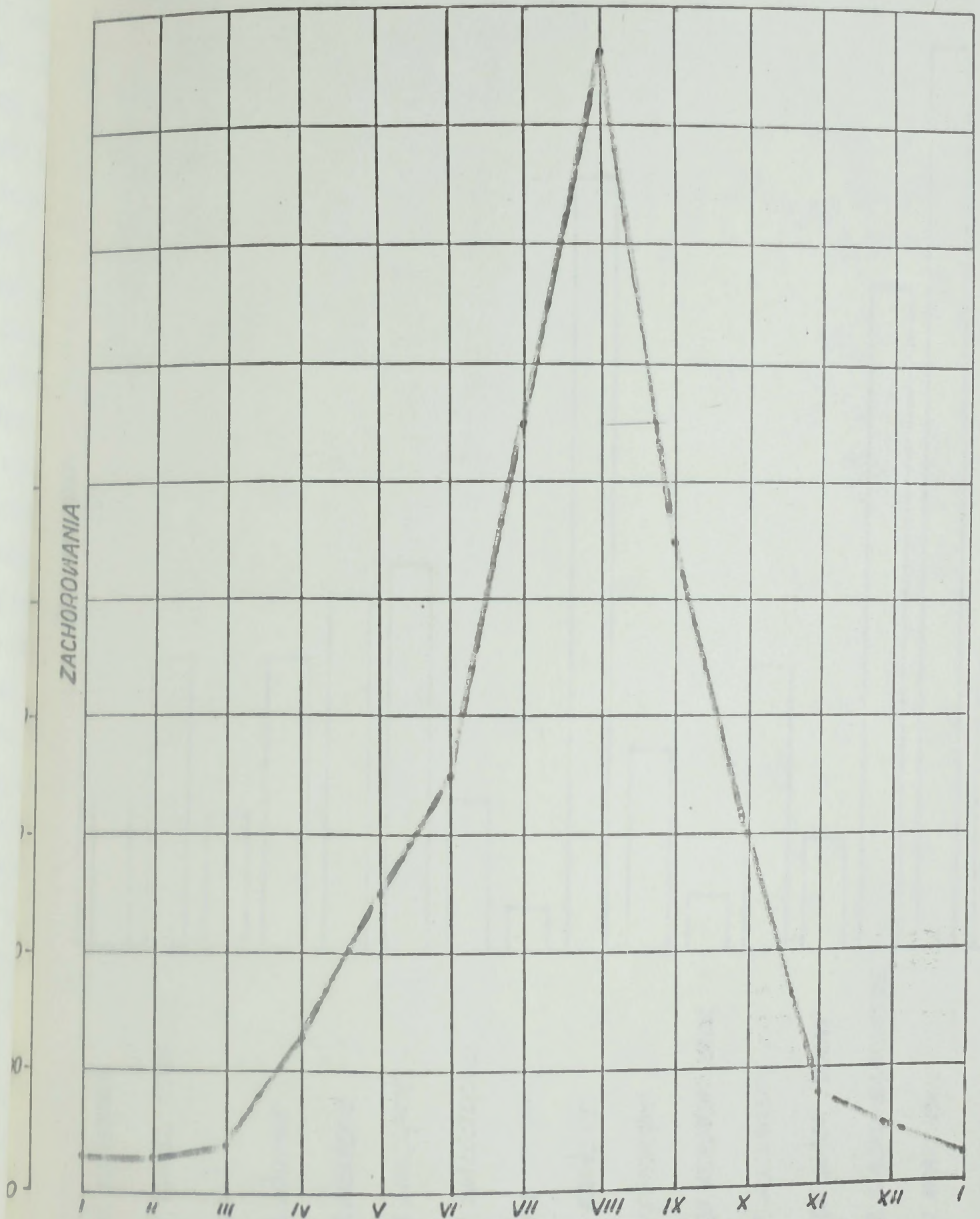
16/ Tamże, s.18-23.

17/ Tamże, s.23.

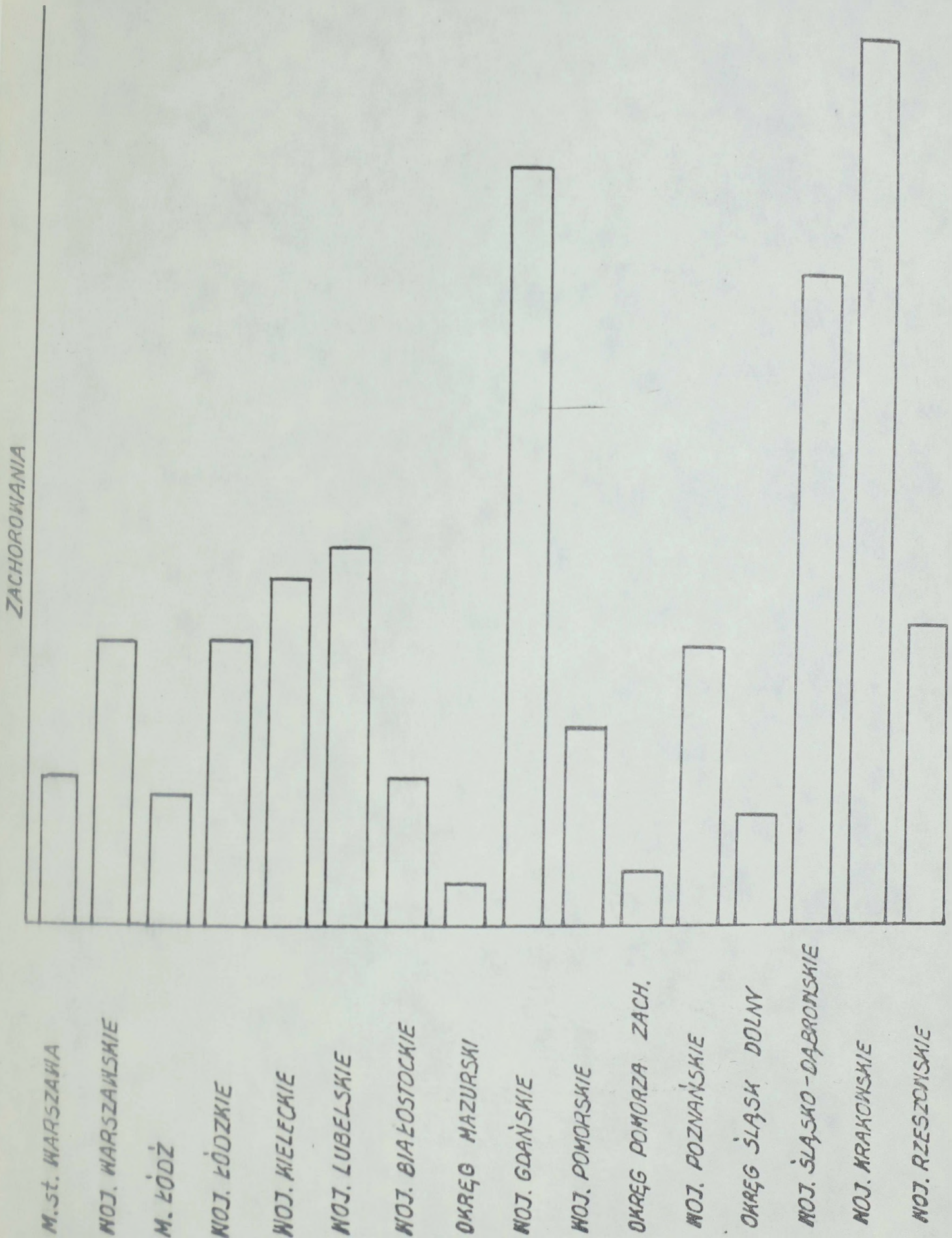
18/ Tamże, s.23-26.

ZACHOROWANIA

na czerwonkę bakteryjną w Polsce w 1945 roku.
[WEDŁUG MIESIĘCY]



ZACHOROWANIA na czerwonkę bakteryjną w Polsce w 1945 roku [WEDŁUG WOJEWÓDZTW]



kiego, pomorskiego, łódzkiego i śląsko-dąbrowskiego /wykresy nr r 9,10/. Przebieg błonicy był bardzo ciężki. Zanotowano 1.464 gony, czyli 6,7 % ogólnej liczby zachorowań.

W 1945 roku zarejestrowano także 12.785 przypadków płonicy wykresy nr nr 11,12/. Śmiertelność była stosunkowo niewielka i wynosiła 1,5 % ^{19/}.

Zimnica występowała na terenie województw: kieleckiego - 511 przypadków, lubelskiego - 323 przypadki, warszawskiego - 138 przypadków i śląsko-dąbrowskiego - 108 przypadków. W innych województwach liczba zachorowań na zimnicę w ciągu całego roku wahała się od jednego przypadku w województwie mazurskim do 67 przypadków w województwie poznańskim. Na podstawie wykresu obrazującego krzywą miesięczną należało stwierdzić powiększanie się liczby zachorowań od lutego - 3 przypadki, przez marzec - 6 przypadków, kwiecień - 15 przypadków, czerwiec - 247 przypadków aż do kulminacyjnego punktu wzrostu zachorowań na zimnicę w sierpniu - 598 przypadków. Od września rozpoczął się spadek zachorowań /wykresy nr nr 13,14/. Ogółem na terenie całego kraju w ciągu 1945 roku zanotowano 1.599 przypadków. Za przyczyny występowania zachorowań na zimnicę w rejonach gdzie do tej pory nie notowano tej choroby należało uznać:

- repatriację ludności z terenów ZSRR gdzie zimnica występowała endemicznie;
- stacjonowanie na tych terenach wojsk niemieckich przybyłych z Afryki;
- więzienie w niemieckich obozach koncentracyjnych na terenie Polski obywateli krajów śródziemnomorskich.

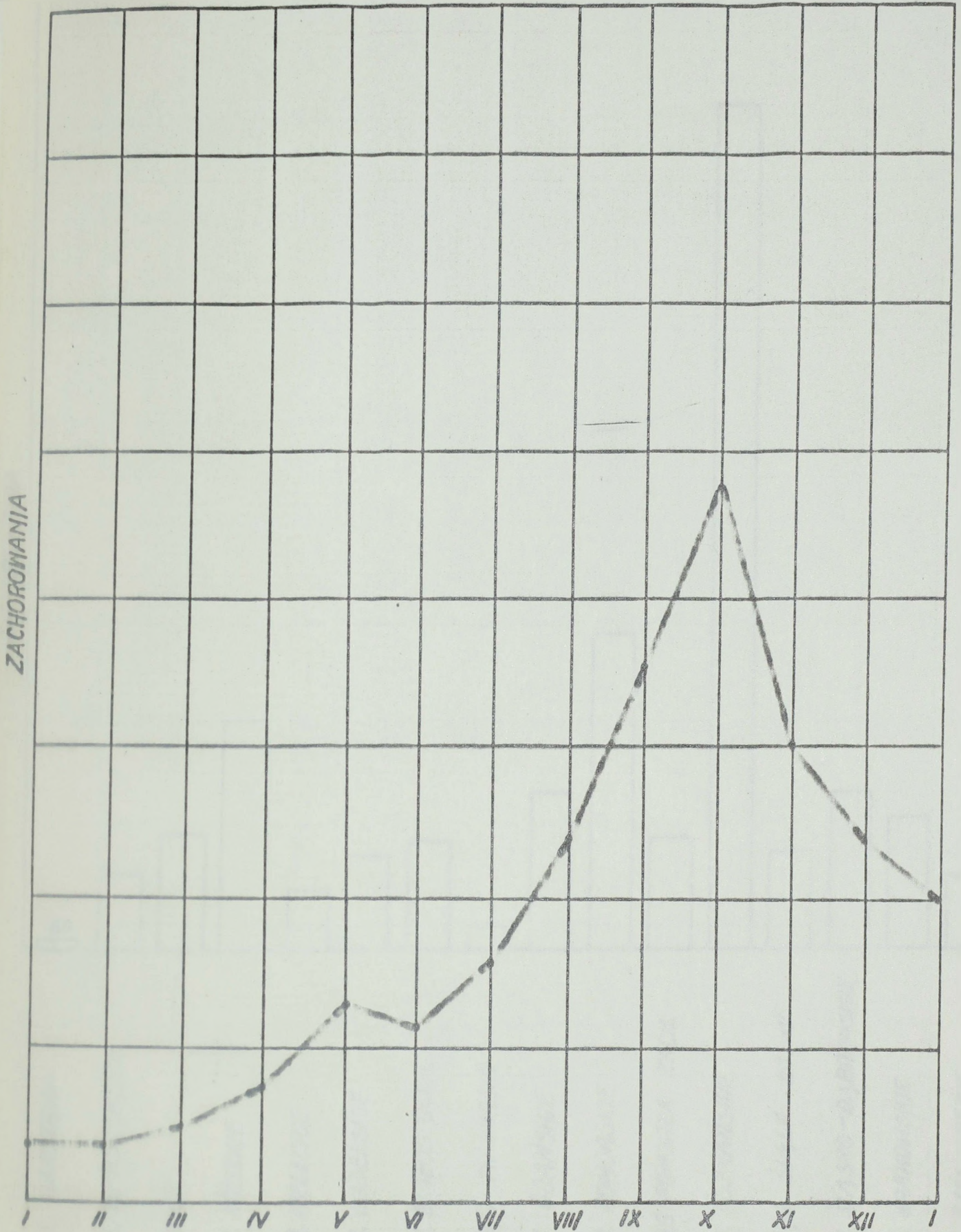
Należy zaznaczyć, że na przedmieściach Warszawy, na terenie województwa warszawskiego oraz w niektórych rejonach województwa lubelskiego zimnica występowała endemicznie ^{20/}.

W celu sprawnego wykrywania oraz likwidacji ognisk ostrych chorób zakaźnych szeroko rozbudowano służbę meldunkową. Pełnili

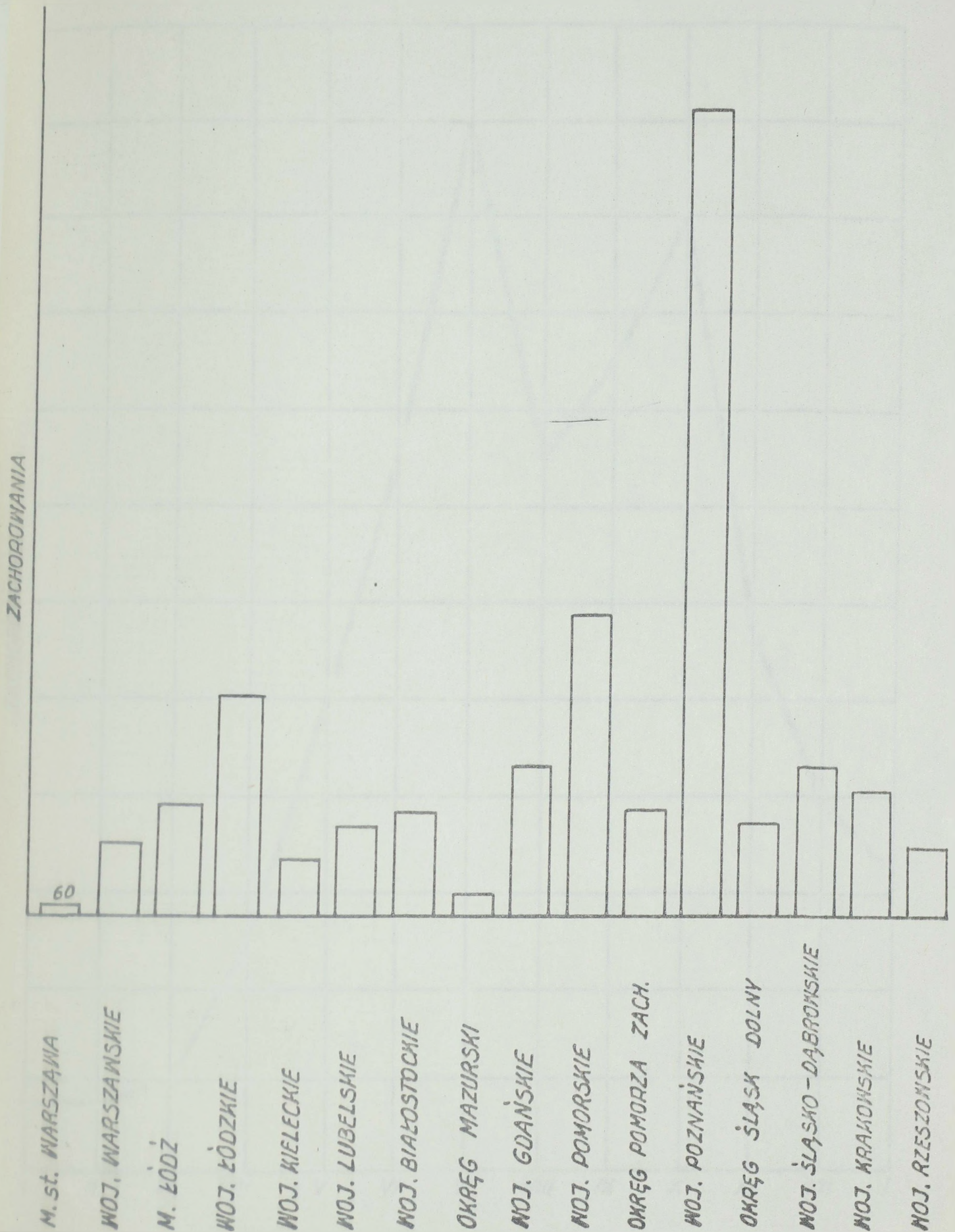
19/ Tamże, s.26-31.

20/ Tamże, s.31-34.

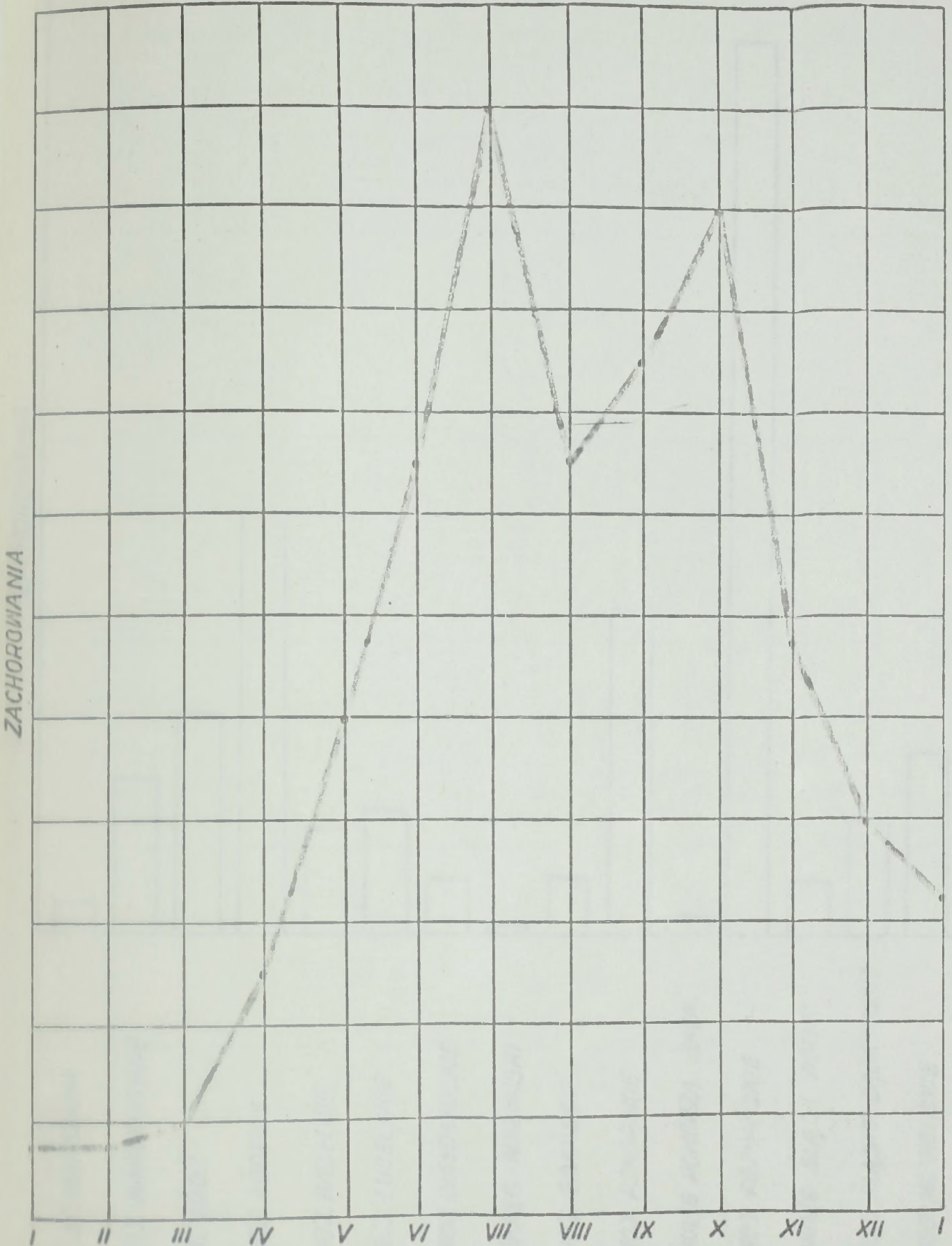
ZACHOROWANIA na błonicę w Polsce w 1945 roku [WEDŁUG MIESIĘCY]



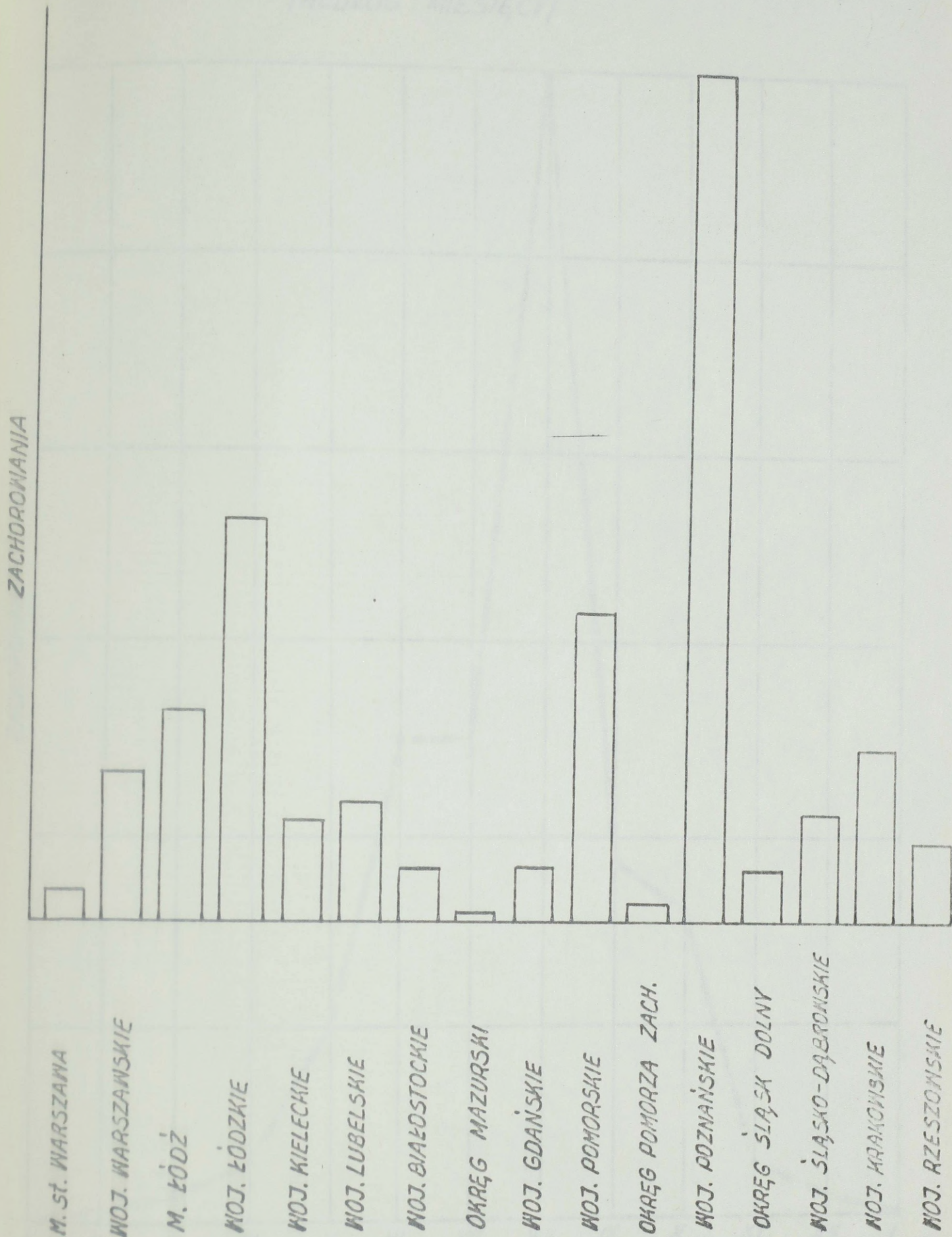
ZACHOROWANIA na błonicę w Polsce w 1945 roku. [WEDŁUG WOJEWÓDZTW]



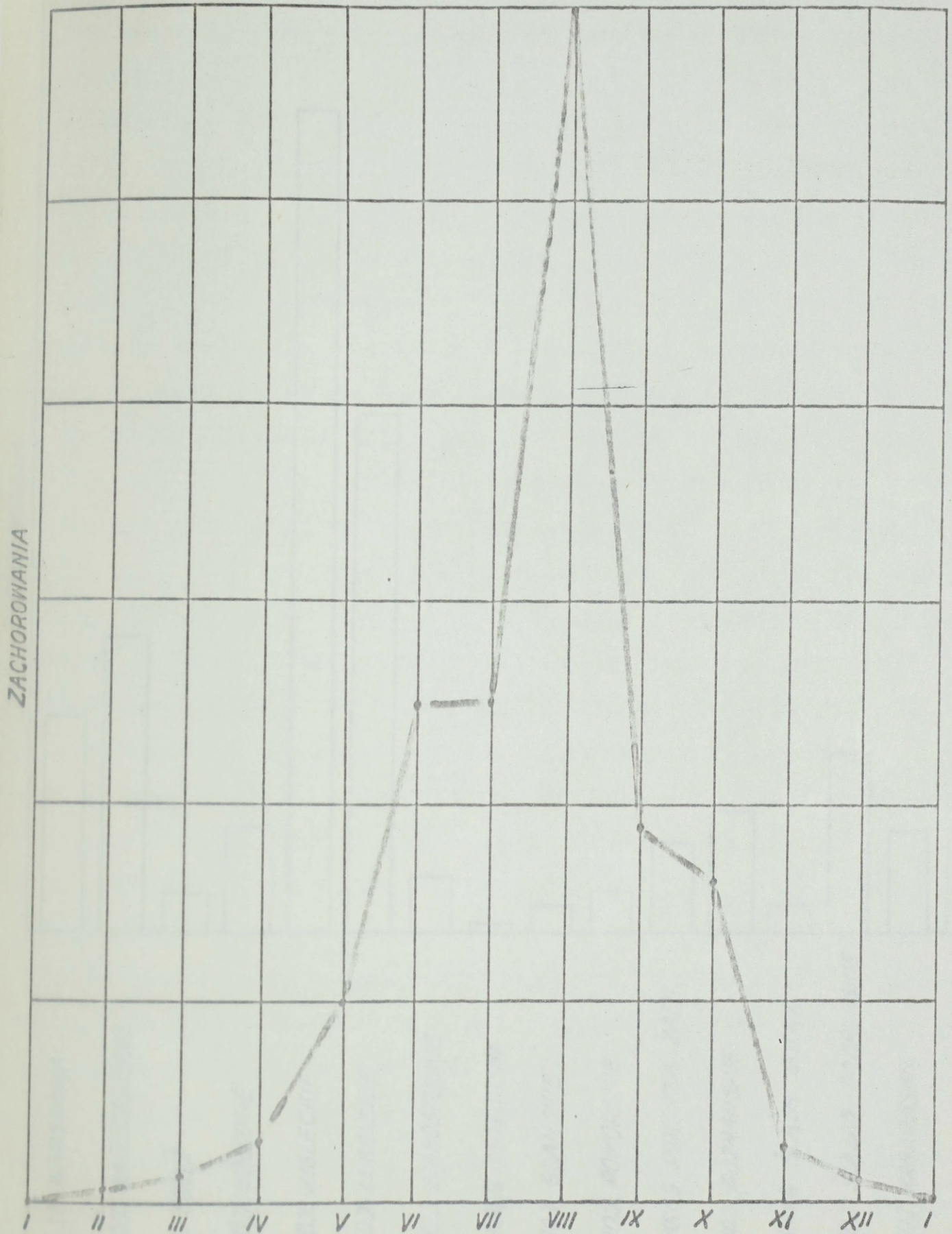
ZACHOROWANIA na pŁonicę w Polsce w 1945 roku. [WEDŁUG MIESIĘCY]



ZACHOROWANIA na ptonicę w Polsce w 1945 roku. / WEDŁUG WOJEWÓDZTW /



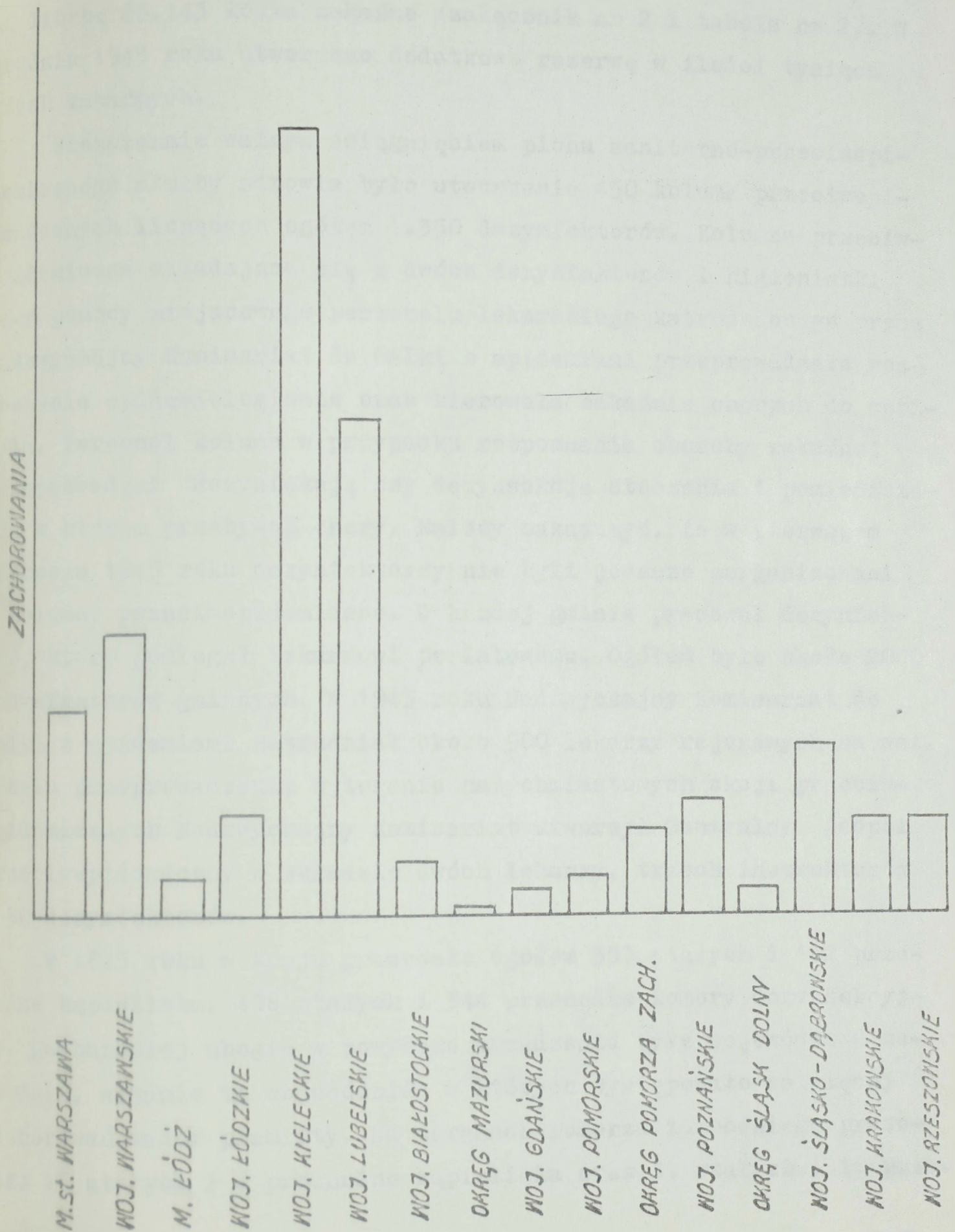
ZACHOROWANIA
na zimnicę w Polsce w 1945 roku.
[WEDŁUG MIESIĘCY]



ZACHOROWANIA

na zimnicę w Polsce w 1945 roku.

(MEDYK WOJEWÓDZTW)



ą meldunkowi i dezynfektorzy, którzy kontrolując osiedla spraw-
zali również mieszkania osób podejrzanych o chorobę zakaźną. Na-
tępstwem wykrycia przypadku choroby zakaźnej była hospitaliza-
ja. Zorganizowanych było w kraju 127 szpitali zakaźnych, 394 od-
ziały zakaźne przy innych szpitalach oraz 8 izolatorów na ogólną
liczbę 28.143 łóżka zakaźne /załącznik nr 2 i tabela nr 2/. W
rudniu 1945 roku utworzono dodatkowo rezerwę w ilości tysiąca
łóżek zakaźnych.

Niezmiernie ważnym osiągnięciem pionu sanitarno-przeciwi-
epidemicznego służby zdrowia było utworzenie 450 kolumn przeciwi-
epidemicznych liczących ogółem 1.350 dezynfektorów. Kolumna przeciw-
epidemiczna składająca się z dwóch dezynfektorów i higienistki
przy pomocy miejscowego personelu lekarskiego zatrudnionego przez
Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami przeprowadzała roz-
poznanie epidemiologiczne oraz kierowała zakaźnie chorych do szpi-
tala. Personel kolumn w przypadku rozpoznania choroby zakaźnej
przeprowadzał dezynfekcję czy dezynsekcję otoczenia i pomieszcze-
nia w którym przebywał chory. Należy zaznaczyć, że w pierwszym
półroczu 1945 roku dezynfektorzy nie byli jeszcze zorganizowani
w kolumny przeciwepidemiczne. W każdej gminie pracował dezynfek-
tor, który podlegał lekarzowi powiatowemu. Ogółem było około 2000
dezynfektorów gminnych. W 1945 roku Nadzwyczajny Komisariat do
walki z epidemiami zatrudniał około 900 lekarzy rejonowych na wsi.
W celu przeprowadzenia w terenie natychmiastowych akcji przeciw-
epidemicznych Nadzwyczajny Komisariat utworzył Centralny Zespół
Przeciwepidemiczny w składzie dwóch lekarzy, trzech instruktorów
i 30 dezynfektorów.

W 1945 roku w kraju pracowało ogółem 397 stałych i 102 prze-
nośne kąpieliska, 456 stałych i 344 przenośne komory dezynsekcyj-
ne. Najbardziej ubogie w powyższe urządzenia były województwa za-
chodnie, właśnie te województwa w których występowało najwięcej
zachorowań na dur plamisty. Na terenach Pomorza Zachodniego pracó-
wało 16 stałych i 2 przenośne kąpieliska oraz 31 stałych i 11 pr^oe-

-EPIDEMICZNE W POLSCE W 1945r.

WOJENÓDZTWA	LUDNOŚĆ W TYSIĄCACH	LICZBA KOLUMN P/EPIDEM.	KĄPIELISKA KĄPIELISKA		KOMORY DEZYNFEK. STALE	KOMORY DEZYNFEK. PRZENOŚNE	ŁÓŻKA SZPITALNE DLA CHORYCH NA CHOROBY ZAKAŻNE		
			STALE	PRZENOŚNE			LICZBA SZP. ZAKAŻNYCH	LICZBA ODDZIAŁÓW	OG. LICZBA ŁÓŻEK
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
M. st. WARSZAWA	479	32	4	1	4	5	2	2	767
WOJ. WARSZAWSKIE	2278	15	53	10	43	46	7	27	1165
M. ŁÓDŹ	534	5	4	-	7	1	-	2	355
WOJ. ŁÓDZKIE	1773	21	56	12	75	40	2	19	406
WOJ. KIELECKIE	1900	14	31	9	21	32	7	16	1200
WOJ. LUBELSKIE	1873	21	31	3	37	44	10	20	1073
WOJ. BIAŁOSTOCKIE	890	15	1	10	9	13	6	13	624
OKRĘG MAZURSKI	358	30	7	-	12	7	22	6	1724
WOJ. GDAŃSKIE	967	70	26	1	12	10	8	42	3278
WOJ. POMORSKIE	1500	27	18	3	26	7	7	21	2264
OKRĘG POMORZA ZACH.	504	3	16	2	31	11	10	33	2791
WOJ. POZNAŃSKIE	2467	59	49	-	53	22	5	50	2291
OKRĘG DOLNY ŚLĄSK	1885	44	24	-	42	6	22	87	4518
WOJ. ŚLĄSKO-DĄBRZYNSKIE	1633	48	21	5	46	35	7	44	2991
WOJ. KRAKOWSKIE	2300	23	38	8	41	17	9	2	1227
WOJ. RZESZOWSKIE	1700	13	18	32	27	45	3	10	473
NACZELNY NADZN. KOMISARIAT	-	10	-	4	-	3	-	-	1000
RAZEM	23038	450	397	102	456	344	127	394	28143

ólnych komór dezynsekcyjnych. Na Dolnym Śląsku nie było ani jednego przenośnego kąpieliska, natomiast stałych komór dezynsekcyjnych było 12 a przenośnych 6.

W walce z ostrymi chorobami zakaźnymi a przede wszystkim z czerwonką brzuszną w znacznej mierze pomagały szczepienia ochronne ludności. Szczepienia przeciw durowi brzuszemu przeprowadzane były w większych skupiskach ludności, w ośrodkach przemysłowych i w środowiskach w których dur brzuszny występował endemicznie. Ogółem w 1945 roku zaszczepiono 3.286,976 osób, z tego w Warszawie - 274.669, w Łodzi - 152.594, w województwie gdańskim - 393.555, w województwie warszawskim - 480.798 i w województwie pomorskim 794.136 osób. Szczepienia przeciw czerwonce bakteryjnej przeprowadzono w Warszawie, gdzie zaszczepiono 23.772 osoby i w kilku innych miejscowościach. Ogółem akcja ta objęła 44.763 osoby. Przeciw durowi plamistemu zaszczepiono około 10.000 pracowników służby zdrowia, Państwowego Urzędu Repetriacyjnego, Polskich Kolei Państwowych i organów służby bezpieczeństwa.

Jednym z ważniejszych zadań Nadzwyczajnego Komisariatu do walki z epidemiami było popularyzowanie oświaty sanitarnej. W ramach tej działalności w 1945 roku rozprowadzono w terenie: trzy broszury o ogólnym nakładzie 35.000 egzemplarzy, dwa podręczniki o nakładzie 6.000 egzemplarzy, instrukcję o nakładzie 3.000 sztuk, cztery ulotki o nakładzie 121.000 sztuk, trzynaście plakatów o nakładzie 86.400 sztuk oraz znaczki propagandowe w ilości 1.000.000 sztuk. W prasie codziennej umieszczano artykuły popularyzujące zagadnienia walki z epidemiami oraz wzmianki informacyjne o działalności komisariatów. Organizowano akcje referatowe. Na przykład komisarz terenowy w województwie białostockim zorganizował 346 odczytów i pogadanek przy udziale około 26.000 słuchaczy.

W swojej działalności Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami napotykał wiele trudności. Między innymi znaczną przeszkodą w należyтым zorganizowaniu akcji przeciwepidemicznych były trudności komunikacyjne wynikające z braku środków transportu. Na

Przykład w dyspozycji znajdowało się zaledwie 60 samochodów, wliczając w to samochody osobowe, ciężarowe i sanitarne. Poważnie okuczały również braki personelu lekarskiego i pomocniczego. Ze względu na obowiązującą zasadę odpłatności za pobyt chorego w szpitalu zakaźnym, zdarzały się przypadki, że chorzy unikali skierowania do szpitala a rodziny, zwłaszcza na wsi, ukrywały chorych doprowadzając do zakażenia otoczenia. Mimo wielu trudności Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami wykonał ogromną pracę w zakresie likwidacji ognisk epidemicznych i zapobiegania ostrym chorobom zakaźnym.

Pomoc wojskowej służby zdrowia ludności cywilnej

Pomoc wojskowej służby zdrowia ludności cywilnej datuje się już od pierwszych dni wyzwolenia kraju.

Względy humanitarne, potrzeba ochrony wojsk przed chorobami zakaźnymi oraz zapobieganie chorobom przyszłych żołnierzy - pobowych, uzasadniały konieczność udzielania pomocy przez wojskową służbę zdrowia ludności cywilnej.

Po wyzwoleniu wschodnich obszarów Polski, Wojsko Polskie było jedyną dobrze zorganizowaną instytucją, która dysponowała odpowiednią kadrą fachowców, znacznymi zasobami środków materiałowych i środkami transportu.

Wojskowa służba zdrowia okazywała znaczną pomoc ludności cywilnej w zakresie przedsięwzięć profilaktyczno-leczniczych i zaopatrzenia w sprzęt i materiały sanitarne^{22/}.

Współpraca służby zdrowia 1 armii WP z cywilną służbą zdrowia nabrała szczególnego znaczenia w rejonie Warszawy.

Jako pierwsze, działania na kierunku Warszawy, rozpoczęły oddziały 1 Dywizji Piechoty im. Tadeusza Kościuszki. Szef służby zdrowia dywizji nawiązał kontakt z przedstawicielami gminy Faleńca, zabezpieczając pomoc cywilnych lekarzy w działalności leczniczej batalionu medyczno-sanitarnego^{23/}.

Z chwilą zajęcia Pragi i objęcia tam służby garnizonowej

22/ W sprawozdaniach kwartalnych, zgodnie z rozkazem szefa sztabu 1 Frontu Białoruskiego nr 01348 z 27 lipca 1944 r., 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.

23/ CAW III-7-700, k. 1.

przez oddziały 1, a potem 2 i w końcu 4 DP, rozpoczęła się współpraca służby zdrowia tych dywizji z ludnością cywilną. Szczególnie owocna była w okresie pełnienia służby garnizonowej przez 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 CK w sprawie wspólnego zorganizowania szpitala na 200 łóżek ^{24/}.

Meldunki szefa służby zdrowia 4 DP o sytuacji cywilnej służby zdrowia na Pradze spowodowały, że wydział służby zdrowia 1 armii WP przyłączył 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 armii WP udzielał pomoc cywilnym szpitalom Pragi.

Kiedy jednak sporadyczne akcje nie wystarczały i kiedy o pomoc zwrócił się Komitet Niesienia Pomocy Warszawie wtedy w piśmie z 27 września 1944 roku szef służby zdrowia 1 armii WP przedstawił dowódcy 1 armii WP gen.dyw.Zygmuntowi Berlingowi projekt zorganizowanej pomocy medycznej dla ludności cywilnej ^{25/}.

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

24/ W meldunku do szefa służby zdrowia 1 armii WP z 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 1.300 łóżek, w tej liczbie 200 łóżek dla zakładnie chorych. Sanitarno-technicznych urządzeń mogących pracować nie ma". CAW III-4-863, k.36.

25/ Projekt ten został przesłany do gen.Z.Berlinga pismem nr 01745 z 27 września 1944 roku. CAW III-4-863, k.48.

W szpitalach tych przebywało w kolejnych miesiącach: w październiku - 821, w listopadzie - 944, w grudniu - 864 i w styczniu - 848 osób 26/.

Niezależnie od powyższego w 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 u cywilnym placówkom służby zdrowia. Pismo w tej sprawie, adresowane do szefa departamentu służby zdrowia WP, przekazano również do wiadomości kierownika resortu pracy, opieki społecznej i zdrowia dr. Bolesława Drobnera 27/.

W 1944 roku wydział służby zdrowia 1 armii WP przyjął na całkowite zaopatrzenie pięć cywilnych zakładów leczniczych do których w drugim półroczu dostarczono 7.150 ton żywności, leków i materiałów opatrunkowych 28/.

Kolejnym, bardzo istotnym zagadnieniem, którym zajęła się służba zdrowia 1 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.

Kontakty żołnierzy z ludnością cywilną niejednokrotnie były 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

26/ T.Brzeziński. Służba zdrowia 1 armii Wojska Polskiego. Studium zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego. Biuletyn WAM 1972, z.15 s.141.

27/ CAW III-4-363, k.53-54.

28/ Cywilne zakłady lecznicze, sanatoria: "Europa", Ostrówek, przeciwgruźlicze "Ligi Szkolnej", szpitale: w Zagórzcu i powiatowy w Otwocku. CAW MON, t.2007, k.1.

zdziesiątce sanitarno-przeciwepidemicznych musiała przejść w ręce władz wojskowych.

Pierwszą czynnością, zarządzoną 30 września 1944 roku było przeprowadzenie rozpoznania epidemiologicznego na obszarze m. Pragi na wschód i południe, aż do Celestynowa. W akcji tej wzięła udział większość jednostek służby zdrowia szczebla armijnego oraz służba zdrowia związków taktycznych^{29/}. W tej sprawie wydany został rozkaz z dnia 30 września 1944 roku^{30/}.

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

PRSz nr 4244, rozwinięty początkowo w Otwocku, a następnie w Zamładzu;

PRSz nr 4182, skierowany do dyspozycji 4 armii WP wyłącznie na okres epidemii i rozwinięty w rejonie Nowego Rembertowa.

Poważna rola w zwalczaniu chorób zakaźnych wśród wędrującej ludności cywilnej przypadła punktowi sanitarno-kontrolnemu (PSK) rozwiniętemu przy skrzyżowaniu dróg w Starej Miłosnej.

W punkcie tym w listopadzie i grudniu 1944 r. poddano przeglądowi sanitarnemu 6.429 osób cywilnych, udzielając im jednocześnie niezbędnej pomocy lekarskiej oraz organizując dla nich kąpiel i dezynsekcję.

29/ CAW III-4-872, k.75-76.

30/ Rozkaz przewidywał: "1. Do 9 października 1944 roku siłami służby zdrowia armii przeprowadzić obchód wszystkich zamieszkałych osiedli, wyjawić wszystkich chorych na dezynterię i izolować ich w szpitalach zakaźnych w Rembertowie i Otwocku. 2. Członków rodzin, u których wykryje się chorych na dezynterię 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".

Dzięki wspólnemu wysiłkowi społeczeństwa służby zdrowia oraz służby zdrowia Wojska Polskiego, nie dopuszczono do szerzenia się w kraju masowych zachorowań na choroby zakaźne.

Kolejną akcją, w której inicjatywa służby zdrowia 1 armii została zrealizowana przez organizującą się cywilną służbę zdrowia, była walka z chorobami wenerycznymi. W tej sprawie szef służby zdrowia 1 armii WP zwrócił się do lekarza wojewódzkiego^{31/}, następnie kontaktował się z kierownikiem wydziału szpitalniczo-chorobowego m.stołecznego Warszawy prof.dr.med.Zdzisławem Michalskim^{32/}.

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

Pomoc służby zdrowia 1 armii WP miała zasadnicze znaczenie dla zorganizowania służby zdrowia Warszawy i województwa warszawskiego. Pomoc lekarzy wojskowych, obok spontanicznej akcji indywidualnych pracowników służby zdrowia i komitetów społecznych, przez długi czas stanowiła podstawowe źródło pomocy medycznej ludności cywilnej Pragi i okolic^{33/}.

Znaczącą rolę odegrała również pomoc służby zdrowia 2 armii WP. Szef służby zdrowia armii właściwie ocenił trudną sytuację sanitarno-epidemiczną ludności cywilnej. Dał temu wyraz w rozkazach w sprawie profilaktyki chorób zakaźnych wśród ludności cywilnej. Szef służby zdrowia 2 armii WP podkreślał między innymi konieczność organizowania izolatorów dla ludności cywilnej, tam gdzie nie ma szpitali zakaźnych. Na podległy personel nałożył obowiązki udzielania pomocy osobom cywilnym zarówno w zakresie przedsięwzięć profilaktyczno-leczniczych jak również zaopatrzenia w sprzęt i materiały sanitarne.

1/ CAW III-4-863, k.86.

2/ CAW III-4-863, k.87-88.

3/ T.Brzeziński, K.Markiewicz. Służba zdrowia 1 armii WP w akcji niesienia pomocy ludności cywilnej w rejonie walk o Warszawę. Lekarz Wojskowy 1973, 10, s.890-895.

Służba zdrowia Wojska Polskiego między innymi kosztem swoich potrzeb uwzględniła reklamacje organów administracji państwowej i zwolniła od obowiązku pełnienia służby wojskowej 214 lekarzy medycyny na 267 planowanych do wcielenia ^{34/}.

Tam gdzie toczyła się walka i tam gdzie ludność cywilna oczekiwała pomocy Wojsko Polskie należycie wywiązywało się z każdego powierzonego mu zadania.

34/ CAW MON, t.2000, k.23.
CAW MON, t.2004, k.34.

SPOSOBY I EFEKTY

ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNEGO JEDNOSTEK
POLSKICH W ZSRR ORAZ LUDOWEGO WOJSKA POLSKIEGO W LATACH
1944 - 1945

Przygotowania 1 DP w celu wprowadzenia jej do walki oraz marsz okolic Wiaźmy na front postawiły służbę zdrowia dywizji w stan pełnej gotowości zarówno w zakresie leczniczo-ewakuacyjnym jak i sanitarno-przeciwepidemicznym. Marsz, zwłaszcza w ciągu kilku pierwszych dób, z powodu dżdżystej pogody i zniszczeń jakie pozostawił i wycofujący się Niemcy, był niezmiernie uciążliwy. Zdarzały się przypadki pozostawiania przy drodze marszu części batalionu medyczno-sanitarnego do udzielania pomocy rannym i chorym. Podczas odroczynek budowano ziemianki, łaźnie, komory dezynfekcyjne oraz izolatory.

10 października 1943 roku szef służby zdrowia 1 DP opracował plan zabezpieczenia medycznego dywizji w natarciu.

12 października o godzinie 9.20 rozpoczęło się artyleryjskie przygotowanie ataku 1 DP. Pierwsi ranni napłynęli do batalionu medyczno-sanitarnego dopiero po kilku godzinach.

Dzięki wysiłkowi służby zdrowia dywizji utrzymano na właściwym poziomie stan zdrowotny wojsk oraz uniknięto zachorowań epidemicznych.

W czasie organizowania służby zdrowia 1 AP w ZSRR 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 Sumach, pozostawiono w Sumach 1 połowy szpital ruchomy, spełniający tam rolę szpitala garnizonowego ^{1/}, a zabezpieczenie jednostek

^{1/} Stan taki trwał do 11 kwietnia 1944 roku, później szpital został przeniesiony w rejon Kiwerc. CAW III-4-912, k.427.

armii oparto na 2 polowym szpitalu ruchomym i szpitalach radzieckich, wchodzących w skład 1 Frontu Ukraińskiego 2/.

Podstawą do działania służby zdrowia związków taktycznych 1 armii były "Wskazówki o lekarsko-ewakuacyjnym zabezpieczeniu wojsk -ej Polskiej Armii" wydane 13 kwietnia 1944 roku w Wolicy 3/.

Organizację zabezpieczenia medycznego określały one w sposób następujący:

pomoc ambulatoryjna winna być udzielana w macierzystych jednostkach wojskowych,

leczenie stacjonarne do 5 dni w macierzystych jednostkach wojskowych, do 15 dni w batalionach medyczno-sanitarnych, a do 45

dni w 2 polowym szpitalu ruchomym, który posiadał oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, skórno-weneryczny i ginekologiczny,

leczenie zakaźnie chorych w radzieckim szpitalu ewakuacyjnym nr 1920 w Żytomierzu 4/.

Część sformowanych jednostek armii stacjonowała we wsiach, w których występowały ogniska duru plamistego /Dmitrówka, Rudnia, Morodliszcze 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-epidemicznemu wojsk i rejonu zakwaterowania.

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

2/S.A.Kurkotkin. Tył Sowieckich Woorużennych Sił w Wielikoj Oteczestwiennoj Wojnie. Moskwa 1977.

3/CAW III-4-854, k. b. n.

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

- podział rejonu między poszczególne jednostki z wyznaczeniem lekarzy garnizonowych i obowiązkiem prowadzenia stałego nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego,
- organizację punktów sanitarno-kontrolnych w celu opracowywania sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk w okresie przegrupowania^{5/},
- organizację punktów sanitarno-kontrolnych na stacjach załadowniczych i wyładowniczych dywizji,
- obowiązek budowy we wszystkich jednostkach wojskowych po jednej łaźni i jednej komorze dezynsekcyjnej na batalion, o wydajności 20 kąpielii i 20 dezynsekcji kompletów umundurowania na godzinę,
- obowiązek dokonywania codziennych przeglądów całego stanu osobowego na zawieszenie i składania meldunków o wynikach w odstępach pięciodniowych,
- obowiązek kąpielii całego stanu osobowego w odstępach dziesięciodniowych,
- obowiązek przeprowadzania co 5 dni przeglądu lekarskiego i zabiegów sanitarnohigienicznych personelu zespołów żywnościowych,
- szczepienia ochronne całego stanu osobowego przeciw durowi brzuszemu, durom rzekomym, czerwonce bakteryjnej i cholercze,
- odpowiedzialność dowódców za stan sanitarnohigieniczny rejonu rozmieszczenia jednostki wojskowej.

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

Wyniki tej akcji były wyraźnie widoczne. Jeśli w kwietniu 1944 roku liczba zachorowań na choroby zakaźne w wojskach armii wynosiła 30 /w tym na dur plamisty 22 i na dur brzuszny 8/ a w

Siłami 1 DP na drodze Żytomierz-Berdyczów, 2 DP na drodze Berdyczów-Czudnów i 3 DP na drodze Żytomierz-Nowa Rudnia.

pułku zapasowym 66 przypadków podejrzanych o dur plamisty, to w okresie od 1 do 23 maja, niekorzystnym ze względu na przegrupowanie do nowego rejonu, już tylko 5 przypadków w armii /2 duru plamistego i 3 przypadki duru brzuszego/ oraz 29 przypadków podejrzanych o dur plamisty w pułku zapasowym. 6/

W ciągu kwietnia 1944 roku spośród schorzeń leczonych w szpitalu nr 2 /bez przypadków chirurgicznych/ pierwsze miejsce zajmowała zimnica - 49 przypadków /26,5 %/, a następnie rzeżączka - 15 /8,1 %/, grypa - 15 /8,1 %/, gruźlica - 9 /4,9 %/ i kiła - 1 /0,6 %/ 7/.

Sprawozdanie z działalności leczniczej obejmujące pierwsze 3 dni maja pozwala wyrobić przekonanie, że sytuacja w pierwszej dekadzie maja, to jest do czasu rozpoczęcia przegrupowania, przedstawiała się analogicznie.

Struktura strat sanitarnych była zbliżona do struktury czasu pokojowego. To sprawiło, że zabezpieczenie medyczne nie nasycało szczególnych trudności i można było maksymalny wysiłek 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 Luck, Klewań, Cumań, co spowodowało konieczność opracowania nowego planu zabezpieczenia medycznego wojsk. W dniu 20 maja 1944 roku plan ukazał się w formie "Wskazówek o lekarsko-ewakuacyjnym zabezpieczeniu wojsk I-ej Polskiej Armii w ZSRR" 8/.

6/ CAW III-4,860,k.2.

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

8/ CAW III-4-868,k.1-2.

Ustalono, że zakaźnie chorych należy ewakuować do szpitala radzieckiego nr 859 we wsi Sitarzówka w rejonie Rosoczycy^{9/}.

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

Specyfika działań obronnych nie znalazła swego odzwierciedlenia w części sanitarno-przeciwepidemicznej planu zabezpieczenia medycznego armii. Wynikało to przypuszczalnie z faktu braku należytie zorganizowanej służby zdrowia, jak i z tego, że zadania dla wojsk były pomyślane jako szkoleniowe i dotyczyły głównie szczebla taktycznego^{10/}.

W czerwcu 1944 roku stopniowo przybywały do rejonu Kiwerc jednostki służby zdrowia formowane w Sumach oraz jednostki radzieckie, 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-ej Polskiej Armii na okres czasu od 1 lipca 1944 roku"^{11/}.

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

- podporządkowane wysuniętemu oddziałowi PEP 1 w rejonie Czołnicy: ChPSzR nr 1 i 2, PRSzW nr 3 i PRSzZ nr 4244,
- podporządkowane szefostwu PEP 1 w rejonie Kiwerc: PRSzLR nr 6, ChPSzR nr 4, ChPSzR nr 5171, ChPSzR nr 2085 i PRSzZ nr 5,

9/ N.N.Antypienko. Tyły 1 Frontu Białoruskiego. Przegląd Kwatermistrzowski 1966, 1/87/ i 2/88/.

10/ J. Błagowieszczanski. Z doświadczeń obrony organizowanej na rzece Styr przez 1 Armię Polską w ZSRR. Myśl Wojskowa 1969, 6, s.84-85.

11/ CAW III-4, 868, k.9-16.

szpitale pozostające w odwodzie w stanie zwiniętym: ChPSZR nr 5174 i 616, PRSZE nr 5380 i 3555 oraz GOPEP nr 136 oraz inne jednostki podporządkowane bezpośrednio wydziałowi służby zdrowia armii: 1 SEG, 1 samodzielna kompania wzmocnienia medycznego, 1 laboratorium anatomo-patologiczne, łaźnie polowe nr 7, 8 i 10, 2 kompania samochodów sanitarnych, 8 polowy skład sanitarny armii i pralnia polowa nr 4.

Rejon rozmieszczenia wojsk armii z punktu widzenia epidemicznego był rejonem niepomysłnym.

Zawszenie wśród miejscowej ludności sięgało niekiedy 100 % mieszkańców. W maju 1944 roku w rejonie Kiwerc zanotowano 209 przypadków duru plamistego ^{12/}.

Powyższy stan sanitarno-epidemiczny był przyczyną wydania przez kwatermistrza armii rozkazu "O sanitarno-profilaktycznych zarządzeniach wśród ludności w rejonach rozlokowania wojsk", nakazującego służbie zdrowia 1 AP w ZSRR dokonywanie lustracji rejonu i doprowadzenie go przy pomocy miejscowych władz cywilnych i kierownictwa kołchozów do należytego stanu sanitarno-epidemicznego jak, również zorganizowanie pomocy lekarskiej dla ludności cywilnej i izolację zakaźnie chorych ^{13/}.

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

W sumie w maju 1944 roku wykryto wśród ludności cywilnej 303 ogniska duru plamistego, w tym 147 nowych przypadków. W szpitalach wojskowych umieszczono 185 osób ^{14/}.

12/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemicznym jednostek 1 Armii Polskiej w ZSRR za lipiec 1944 roku. CAW III-4-872, k.25.

13/ Rozkaz kwatermistrza 1 AP w ZSRR nr 5 z dnia 14.08.1944 roku. CAW III-4-850, k.1.

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

w czerwcu w rejonie Kiwerc zanotowano 197 przypadków duru plamistego, w rejonie Ołyki - 18 przypadków, w rejonie Klewania - 21 i w rejonie Cumania - 92 przypadki ^{15/}. W szpitalach umieszczono 68 osób. W pierwszej dekadzie lipca w rejonie Kiwerc 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 Żytomierza, liczba zachorowań na dur plamisty wynosiła w maju - 18, w czerwcu - 32, w pierwszej dekadzie lipca - 5, natomiast na dur brzuszny odpowiednio - 5, 11 i 7 ^{16/}.

Walka z dudem plamistym realizowana była głównie przez nadzór nad wykonaniem wydanych w tej sprawie rozkazów oraz przez organizowanie zabiegów sanitarnohigienicznych i likwidację zauszenia.

Meldunki na ten temat składane były najwyższemu przełożonemu. Kontrole, przeprowadzane wrywkowo przez pion sanitarno-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 Swierczewskiego. Wykazała ona niepomysłny stan sanitarnohigieniczny w 3 DP, gdzie zauszenie w oddziałach wynosiło od 3 % do 36 %, natomiast w brygadzie czołgów zauszenie sięgało 14 %.

15/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemicznym jednostek 1 AP w ZSRR za lipiec 1944 roku. CAW III-4-872, k.25.

16/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemicznym 1 AP w ZSRR za kwiecień, maj, czerwiec 1944 roku. CAW III-4-874, k.63.

W ślad za kontrolą ukazał się rozkaz dowódcy armii 17/ również przypominający wytyczne zawarte w rozkazie nr 011 z 14 kwietnia 1944 roku, jak również karzący dowódcę 3 DP, szefów służby zdrowia 3 DP i brygady czołgów oraz zwracający uwagę dowódcy brygady na zaniedbania w tej dziedzinie.

Do 1 lipca 1944 roku w jednostkach armii wybudowano 58 łaźni i 34 komory dezynsekcyjne 18/.

Nadal jednak najgorzej przedstawiał się stan sanitarno-epidemiczny 3 DP, w której kwatermistrzostwo nie potrafiło należycie organizować nawet kąpeli żołnierzy i prania bielizny 19/.

W ramach działalności przeciwepidemicznej, niezależnie od walki z zawszeniem, przeprowadzono szczepienia przeciwko durowi szlamistemu w sztabie armii i podległych oddziałach 20/.

Walkę ze schorzeniami zakaźnymi przewodu pokarmowego prowadzono przez realizację przedsięwzięć określonych w poprzednio wydanych zarządzeniach oraz przez kontynuację szczepień ochronnych szczepionką NIISI 21/.

Mimo 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 czerwonki bakteryjnej, aż 12 zaszczepiono uprzednio szczepionką NIISI 22/.

17/ Rozkaz dowódcy 1 AP w ZSRR nr 068 z 31.05.1944 roku. CAW III-4-853, k.b.n.

18/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemicznym jednostek 1 AP w ZSRR za kwiecień, maj i czerwiec 1944 roku. CAW III-4-874, k.65

19/ Pismo płk. M. Moguczego do gen. Stanisława Galickiego. CAW III-4-872, k.12.

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

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

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

Poważny problem epidemiologiczny stanowiła zimnica. Zarządzo-
na w armii rejestracja ujawniła do końca czerwca 1944 roku - 4064
14,5 %/ osób, które przebyły tę chorobę w latach 1942-44, z czego
aż 1917 osób w 1 DP. Stanowiło to 17,4 % stanu osobowego dywi-
zji 23/.

W lipcu 1944 roku pojawiły się 234 nowe zachorowania na zim-
nicę, 508 nawrotów i 124 przypadki podejrzeń o tę chorobę 24/.

Duża zachorowalność sprawiła, że zagadnienie zimnicy stało
się podstawowym problemem leczniczo-profilaktycznym internisty
armii.

Aby położyć kres rozprzestrzenianiu się tej choroby, od
czerwca 1944 roku przeprowadzono leczenie zapobiegawcze akrychi-
ną i chininą 25/.

Ciągłe przegrupowania wojsk stworzyły problem zabezpieczenia
sanitarno-przeciwepidemicznego dróg marszu. W związku z tym, w
oparciu o rozkaz dowódcy armii z dnia 3.06.1944 roku, przy dro-
gach przegrupowania zorganizowano punkty sanitarno-kontrolne wraz
z komorami dezynsekcyjnymi oraz łaźniami 26/.

Działanie służby zdrowia 1 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-
ewakuacyjnego wojsk w czasie działań bojowych miały zagadnienia
zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicznego i leczenia chorób.
Z obydwu tych zadań, mimo organizowania dopiero własnych jednos-
tek, służba zdrowia armii wywiązała się należycie.

23/ CAW III-4-874, k.67.

24/ CAW III-4-872, k.32.

25/ Zarówno zasady stosowania leczenia zapobiegawczego, jak i za-
sady leczenia zimnicy w systemie leczniczo-ewakuacyjnym okreś-
lała "Instrukcja dla walki i leczenia malarii wśród wojsk Bia-
łoruskiego Frontu". CAW III-4-846, k.7-9.

26/ CAW III-4-874, k.67.

W czasie przegrupowania Armii Polskiej w ZSRR na tereny Polski

Armia Radziecka podczas operacji białoruskiej w czasie od 3 czerwca do połowy lipca 1944 roku wyzwoliła tereny Białorusi, następnie rozwinęła natarcie w kierunku republik nadbałtyckich, rus Wschodnich, Narwi i Wisły.

Poważna rola w tych działaniach przypadła wojskom działającym na lewym skrzydle 1 Frontu Białoruskiego, w ramach tak zwanej operacji brzesko-lubelskiej /początkowo nosiła ona nazwę brzesko-iedleckiej/ ^{32/}, które 20 lipca sforsowały Bug, osiągając do końca lipca rubież: Łosic, Mińska Mazowieckiego i Otwocka oraz wschodni brzeg Wisły na odcinku Otwock, Puławy.

Wchodząca w skład 1 Frontu Białoruskiego 1 Armia Polska w ZSRR otrzymała zadanie przegrupowania się na tereny wyzwolonego kraju w gotowości do wejścia do pierwszego rzutu operacyjnego frontu.

W pierwszej dekadzie lipca 1944 roku szef służby zdrowia armii, w związku z otrzymanym zadaniem przygotowania armii do prowadzenia jej do walki, dokonał analizy posiadanych sił i środków. Ocenił je w sposób następujący /schemat 5/:

- sześć polowych szpitali chirurgicznych /w tym trzy polskie i trzy radzieckie/ było w stanie udzielić pomocy 1.200-1.500 rannym w ciągu doby,
- dwa ewakuacyjne punkty rozdzielcze wysuniętych oddziałów PEP /polskiego i radzieckiego/ mogły udzielić pomocy 300 rannym w ciągu doby,
- dwa radzieckie szpitale ewakuacyjne mogły udzielić pomocy 400-500 rannym w ciągu doby,

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

JEDNOSTKI I URZĄDZENIA LEŻYCEJ W ZAKRESIE I SANITARNO-PRZECIWEPIDEMICZNE 1 ANP W lipcu 1944 r.

LECZNICZO - EVAKUACYJNE	RADZIECKIE W OPERACYJNYM PODPORZĄDKOWANIU 1 ANP	SANITARNO - PRZECIWEPIDEMICZNE
SZEFOSTWO PEP 4 		- 5 PRSZZ 5
WYSUNIĘTY ODDZIAŁ PEP 1 	60 PEP 136 	SEG-1
CHPSZR 1 	Ch PPG 616 	4 KOMPANIA DEZYINFEKCYJNO - KĄPIELOWIA
CHPSZR 2 	Ch PPG 517A 	ŁAŹNIA POŁONIA NR 7
PRSZW 3 	Ch PPG 517A 	ŁAŹNIA POŁONIA NRB
CHPSZR 4 	TPPG 2085 	ŁAŹNIA POŁONIA NR 10
PRSZLR 6 	EG 5380 	PRALNIA POŁONIA NR 2
1 SAHODZIELNA MKW 	EG 3555 	PRALNIA POŁONIA NR 4
2 KOMPANIA SAMOCHODÓW SANITARNYCH 	JPPG 4244 	
3 KOMPANIA KONNO - SANITARNA 		
8 PASS 		
1 LABORATORIUM ANATOMO - PATALOGICZNE 		

szpital dla lekko rannych mógł udzielić pomocy 600 rannym w ciągu doby.

Posiadał również: dwa szpitale chorób zakaźnych nr nr 5 i 244 /radziecki/ po 100 łóżek każdy, grupę sanitarno-epidemiologiczną kompanię dezynfekcyjno-kąpielową, pralnie polowe nr nr 2 4 oraz łaźnie polowe nr nr 7,8 i 10.

Możliwości leczenia chorych były mniejsze od potrzeb, wynosiły bowiem 30-40 nowych chorych dziennie w szpitalach wewnętrznych 10-15 w szpitalach zakaźnych. Dawało to więc możliwości leczenia chorych w wymiarze dziennym 0,05 % stanu armii. Nawet przy niskim stanie zachorowań w 1 AP w ZSRR liczba łóżek była niewystarczająca 33/.

Nie lepiej przedstawiało się zabezpieczenie potrzeb transportu sanitarnego. Wprawdzie kompania samochodów sanitarnych posiadała już 48 pojazdów z możliwością jednorazowego przewiezienia 288 rannych i chorych na odległość 80-90 km w ciągu doby, to jednak i te możliwości nie mogły być wykorzystane wobec posiadania kierowców zaledwie na około 50 % pojazdów 34/.

Nic więc dziwnego, że wobec tak niedostatecznego przygotowania do zbliżających się działań, szef służby zdrowia armii starał się o tym powiadomić swoich przełożonych. Naturalnie nie mogło to wpłynąć na zmianę zamiarów operacyjnych.

PRSzZ nr 5 w lipcu 1944 roku sześć razy zmieniał miejsce postoju: kol.Peretoki, Jasinówka, kol.Opołonec, Luboml, Lublin i Żyrzyn.

We wsi Żyrzyn /57 km od Lublina/ szpital rozmieścił się w zabudowaniach folwarcznych.

33/ T.Brzeziński. Służba zdrowia 1 armii Wojska Polskiego. Studium zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego. Biuletyn WAM, 1972, suplement IV, z. 15, s. 44.
34/ Meldunek płk. M. Moguczego do kwatermistrza armii z dnia 8 lipca 1944 roku. CAW III-4-063, k. 20.

Oddział I szpitala składał się z dwóch sal i dwóch izolatorów dla chorych na dur brzuszny i czerwonkę bakteryjną. Znajdowało się tam również laboratorium, w którym wykonywano wyłącznie badania kliniczne. Badań serologicznych i bakteriologicznych nie przeprowadzano w powodu braku laboranta-bakteriologa. Szpital nie miał więc możliwości potwierdzenia rozpoznania badaniem 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 /schemat 6/.

PRSzZ 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, łaźnię i komorę dezynfekcyjną.

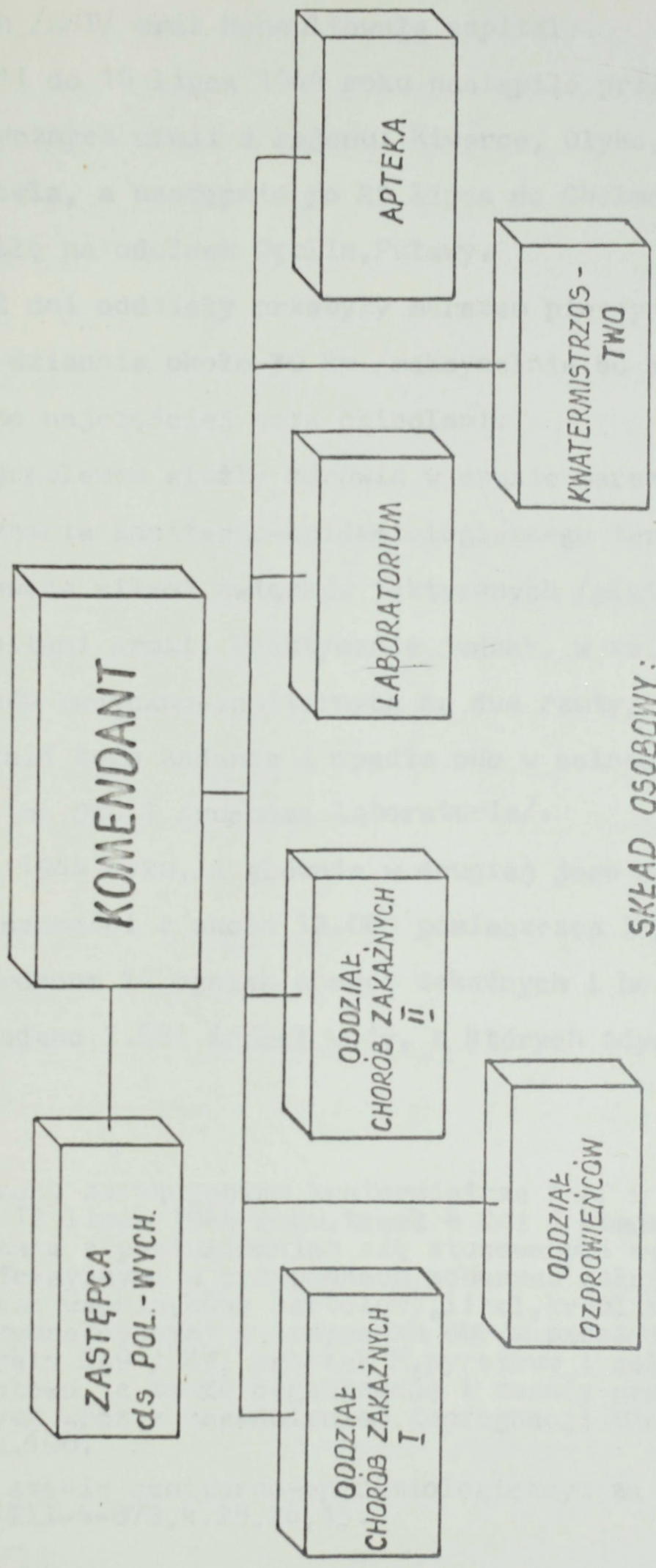
W związku z oddelegowaniem kierownika laboratorium tego szpitala, do służby zdrowia 1 Frontu Białoruskiego, skierowano na to stanowisko lekarza-bakteriologa z ruchomego laboratorium SEG 1.

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

1 grupa sanitarno-epidemiologiczna, pomimo odejścia po krótkim okresie pracy na inne stanowisko kierownika laboratorium bazowego ^{35/}, prowadziła zajęcia szkoleniowe w formie kursu dezyn-

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

STRUKTURA ORGANIZACYJNA POLOWEGO RUCHOMEGO SZPITALA ZAKAŻNEGO



SKŁAD OSOBOWY:

OFICERÓW	12
PODOFICERÓW	10
SZEREGOWYCH	28
RAZEM	50

fektorów ^{36/} i zajęć doksztalcających laborantów batalionów medyczo-sanitarnych /MSB/ oraz konsultowała szpitale.

W dniach od 11 do 16 lipca 1944 roku nastąpiło przegrupowanie związków taktycznych armii z rejonu: Kiwerce, Ołyka, Klewań, Żumań do rejonu Kowla, a następnie po 20 lipca do Chełma i Lublina, a stąd nad Wisłę na odcinek Dęblin, Puławy.

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 medyczo-sanitarnych na dwa rzuty, nie były one w stanie wypełnić tego zadania i spadło ono w całości na siły armijne, a głównie na SEG 1 /ruchome laboratoria/.

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 1.681 źródeł wody, z których zdyskwalifikowano 139 ^{37/}.

6/ 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 żołądkowo-jelitowych /chlerek wapnia, kwas karbolowy, lizol, kreolina i sublimat/ oraz dezynsekcyjnymi w przypadku durów pasożytniczych /mydło K, preparaty SK9 i K9, proszek M, pyretrum i solvent/, pasta albichtiolowa, a także organizację i zasady pracy łaźni i pralni polowych wraz z zagadnieniem impregnacji bielizny. CAW III-4-876, k.190.

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

Teren, przez który przegrupowywały się wojska armii, był z punktu widzenia sanitarno-epidemicznego rejonem niejednorodnym.

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

Odcinek od Kowla do Bugu był terenem niedawno wyzwolonym. Zniszczone wsie i osiedla posiadały małą liczbę mieszkańców. Ludność miejscowa znajdowała się w złych warunkach sanitarnohigienicznych, o dużym stopniu zaważenia, przy stosunkowo małej liczbie chorób zakaźnych. Występowały tu pojedyncze przypadki duru plamistego i czerwonki bakteryjnej /Melanowicze/, liczne natomiast były przypadki świerzbów.

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

Poważnym stawał się też problem zabezpieczenia wody do celów konsumpcyjnych. Zniszczenie miejscowych studni zmuszało do kopalni 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 kąpieli, prania i dezynsekcji spowodowały gwałtowne zwiększenie zaważenia w oddziałach.

Trzeci odcinek marszu od Bugu do Wisły to, z wyjątkiem miast teren mało zniszczony, o pomyślnym stanie sanitarno-epidemicznym. Jednak i tutaj, w dużych miastach i na drogach zalegała znaczna liczba niepogrzebanych zwłok. Poza tym teren nie był wolny od chorób zakaźnych.

Liczbę niektórych schorzeń zakaźnych wśród ludności cywilnej zanotowanych na terenie województwa lubelskiego w pierwszej połowie 1944 roku przedstawia tabela 3.

Tabela 3

Liczba schorzeń zakaźnych wśród ludności cywilnej województwa lubelskiego

jednostka chorobowa	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	razem
dur brzuszny	125	52	53	28	46	55	359
dur tyfusowy	388	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 wyrażają tylko przypadki zgłoszone do szpitali, natomiast faktyczna liczba chorych była większa.

Woda na tym terenie była niezdatna do picia. Zawierała znaczne ilości azotanów i azotynów, świadczących o zanieczyszczeniu domieszkami organicznymi ^{38/}.

Warunki marszu nie pozostawały bez wpływu na stan zdrowotny wojsk. Zanotowano liczne przypadki nieżytu żołądkowo-jelitowego.

Trudności zaopatrywania w żywność z zasobów miejscowych odzwierciedlały się niekorzystnie na żywieniu wojsk.

Sprawozdanie z działalności SEG 1 za lipiec 1944 roku.
CAW III-4-876, k.184-189.

Nie zawsze była realizowana w praktyce zasada przyrządzania rącej 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 /2 DP/ przez krótki okres czasu /trzy dni/ także i chleba /3 DP/.

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 ^{39/}.

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

W miarę zmniejszania się ruchów wojsk pierwszy etap rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego wykonywały plutony sanitarne B, natomiast SEG 1 zajęła się walką ze skutkami warunków marzu. Przystąpiono do kąpieli żołnierzy, prania i dezynsekcji ich odzieży i umundurowania przy pomocy 4 kompanii dezynfekcyjno-odbielowej oraz pralni i łaźni polowych.

Przegrupowanie jednostek służby zdrowia zapoczątkował rozkaz kwatermistrza armii nr 02 z dnia 21 lipca 1944 roku ^{40/}. Przewidywał on podciągnięcie do dnia 24 lipca wszystkich jednostek żyłowych w rejon Lubomla.

Przegrupowanie szpitali miało odbywać się w trzech etapach:

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

40/ CAW III-4-860, k.119.

I etap - termin realizacji do 22 lipca - przegrupowanie szpitali pierwszej linii, tj. ChPSzR nr nr 1 i 2 na rubież Wiszniów, Sztuń, Ziemlica, Mosur,

II etap- termin realizacji do 24 lipca - wysunięty oddział PEP1, PRSzw nr 3, ChPSzR nr 616 i PRSZZ nr 5 do rejonu Lubomla,

III etap-termin realizacji do 30 lipca - szpitale 3555 i 5380 do rejonu Lubomla celem rozwinięcia bazy szpitalnej armii, szpitale 5174, 5171 i 2085 w rejon Maszowa jako odwód szefa służby zdrowia, a szpital nr 6 w rejon Podstawy.

Przegrupowanie jednostek kwatermistrzowskich nie było łatwe. Wpływały na to głównie trudności transportowe. Toteż w rozkazie kwatermistrza armii nr 003 z dnia 25 lipca 1944 roku ^{41/} znajduje się wzmianka o niebezpieczeństwie oderwania się tyłów od wojsk armii.

Szef służby zdrowia armii otrzymał polecenie zorganizowania w Chełmie miejscowej bazy szpitalnej i przerwycenia właściwej bazy szpitalnej armii na zachód od Chełma.

Sytuacja służby zdrowia armii 28 lipca przedstawiała się następująco:

szpitale nr nr 1,3 i 5 przegrupowały się za wojskami armii w rejon Żyrzyna,

wysunięty oddział PEP 1 znajdował się w rejonie Kurowa,

szpital nr 2 rozwinął się w Lublinie jako szpital specjalistyczny,

bedący w odwodzie szpital nr 616 przegrupował się w rejon Żyrzyna ^{42/}.

1/ CAW III-4-860, k.120,121.

2/ Meldunek do szefa służby zdrowia 1 FB.CAW III-4-877, k.167.

Pozostałe szpitale armii znajdowały się jeszcze w rejonie Lwerc^{43/}, gdyż ze względu na trudności transportowe nie były w stanie wykonać rozkazu o przegrupowaniu.

W takiej sytuacji organizacyjnej zastał służbę zdrowia dzień przekształcenia 1 Armii Polskiej w ZSRR w 1 armię Wojska Polskiego.

Rozpoczęcie działań bojowych na terenie kraju wytworzyło nową sytuację. Do tej pory brak szpitali polowych szczebla frontowego zmuszał do ewakuacji rannych i chorych, kwalifikujących się do leczenia na tym etapie, do szpitali 1 Frontu Białoruskiego. Sytuacja taka stała się nie do utrzymania z chwilą wkroczenia armii na obszar kraju.

Zadanie zorganizowania szpitali szczebla frontowego spoczęło na szefie służby zdrowia 1 armii WP.

Organizacja tych szpitali w Chełmie i Lublinie była jedną z zasadniczych współpracy służby zdrowia 1 armii WP ze służbą zdrowia organizacją Czerwonego Krzyża Lublina i Chełma.

3/ Meldunek dzienny z 28 lipca 1944 roku i dni następnych.
CAW III-4-871, k.97.

Podczas walk 1 armii WP w rejonie Deblina i Puław oraz

na przyczółku warecko-magnuszewskim

/29.07.-16.08.1944 r./

28 lipca 1944 roku oddziały 1 i 2 dywizji osiągnęły linię sily i zajęły stanowiska obronne na odcinku od Dębina do Puław.

Pozostałe jednostki znajdowały się w drugim rzucie armii, gładnie były rozciągnięte wzdłuż całej drogi marszu.

Kwatermistrz armii rozkazem z dnia 28 lipca 1944 roku ^{44/}na-
zał rozmieścić szpitale w trzech rzutach:

bazę szpitalną armii w rejonie Lublina /szpitale nr nr 4,2085,
5171 oraz 4244/,

szpitale pierwszej linii w rejonie Żyrzyna /szpitale nr nr 1,3
oraz 616/,

czołowy PEP 1 w Kurowie.

Natomiast opracowana przez szefa służby zdrowia armii na pod-
stawie powyższego rozkazu "Instrukcja o leczniczo-ewakuacyjnym
abezpieczeniu wojsk 1-ej Polskiej Armii na dzień 29 lipca 1944
roku" ^{45/} ustalała inne rozmieszczenie szpitali:

w rejonie Żyrzyna szpitale nr nr 1,3 i 5,

w Lublinie szpital nr 2,

szpital nr 616 miał ewakuować rannych i chorych do Lublina,

w Kurowie czołowy PEP 1.

Treści powyższych dokumentów świadczyły o tym, że przygotowa-
nia armii dotyczyły tylko działań obronnych i nie były ukierunko-
wane na działania zaczepne.

4/ Rozkaz nr 004 z dnia 28.07.1944 r. CAW III-4-860, k.148-149.

5/ CAW III-4-868, k.84.

Przygotowania służby zdrowia armii do działań zaczepnych znalazły swoje odbicie dopiero w dokumencie z 31 lipca 1944 roku^{46/}

Szczegółowy zamiar szefa służby zdrowia armii odnośnie wykorzystania urzędzeń leczniczo-ewakuacyjnych przedstawiał się następująco:

pierwszy rzut miały stanowić szpitale pierwszej linii rozmieszczone w rejonie Żyrzyna: ChPSzR nr 1, PRSZW nr 3 i PRSZZ nr 5 oraz ChPSzR nr nr 616 i 5171,

drugi rzut miały stanowić: PEP 1 i PRSZE nr 3555 rozwinięte w rejonie Kurowa,

trzeci rzut: ChPSzR nr 2 w Lublinie i szpital ewakuacyjny w Chełmie.

Pozostałe szpitale bazy szpitalnej armii miały przegrupować się z Kiwerc w rejon Lublina.

Rodzaj udzielanej pomocy przez szpitale pierwszej linii ustano jak dla DMP. Zakaźnie chorych należało ewakuować do PRSZZ nr 5 zwiniełego w rejonie Żyrzyna.

Plan zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego z 31 lipca nasuwał wątpliwości w kwestii rozmieszczenia szpitali. Wydaje się, że nie uzasadnione było rozmieszczenie jedynego szpitala zakaźnego na prawym skrzydle oddziałów jako szpitala pierwszej linii. Świadczą o tym, że dokument ten był opracowany pośpiesznie i niezbyt dokładnie.

Faktyczny przebieg operacji tak pod względem taktycznym, jak pod względem zabezpieczenia medycznego miał inny przebieg od planowanego.

5/ "Plan zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego operacji 1-ej Armii Polskiej - przerwania linii obrony przeciwnika na odcinku Dęblin-Włastowice i sforsowanie rzeki Wisły".
CAW III-4-868, k. 54-64.

Rozpoczęte w nocy z 1 na 2 sierpnia forsowanie Wisły przez oddziały 1 i 2 dywizji piechoty nie przyniosły przewidywanego powodzenia.

Brak doświadczenia bojowego i przewidywanie znacznie większych strat sanitarnych spowodowało, że na wszystkich szczeblach ewakuacji medycznej, a zwłaszcza w 1 DP widoczne było dążenie do możliwie najszybszego wyewakuowania rannych i chorych na kolejny etap, niejednokrotnie bez uwzględniania ich aktualnego stanu zdrowia. Podstawowym mankamentem było niedokładne prowadzenie dokumentacji leczniczo-ewakuacyjnej. W zestawieniu z tym musi budzić wątpliwości szczegółowość sprawozdania z zabezpieczenia medycznego operacji, opracowanego przez wydział służby zdrowia armii na podstawie sprawozdań dywizyjnych i szpitalnych.

Ogólnie jednak działalność leczniczo-ewakuacyjna była realizowana prawidłowo.

6 sierpnia dowódca 1 armii WP otrzymał od dowódcy 1 Frontu Łańcuskiego rozkaz przekazania obrony dotychczasowego rejonu oddziałom 7 korpusu kawalerii gwardii i przegrupowania wojsk do rejonu koncentracji: Łaskarzew, Wilga, Samogoszcz, z gotowością do przeprawy przez Wisłę i zluzowania oddziałów 8 armii gwardii na odcinku od ujścia Pilicy do miejscowości Stara Warka. Na przygotówek, zgodnie z decyzją gen. Z. Berlinga, przegrupowały się 1 BPanc oraz 2 i 3 DP.

Szef służby zdrowia armii nie opracował planu zabezpieczenia medycznego przegrupowania wojsk. Nie pozwolił mu na to krótki czas, jaki dzielił termin otrzymania rozkazu o przegrupowaniu i terminu jego wykonania.

Niemniej jednak wydział służby zdrowia armii czuwał nad przebiegiem marszu.

Rozpoznanie sanitarno-epidemiologiczne rejonów przemarszu wojsk i rejonów ich rozlokowania zostało przeprowadzone siłami związków taktycznych ^{47/} i SEG 1.

Między innymi zadanie to zostało powierzone 1 ruchomemu laboratorium SEG 1, pod dowództwem oficera bez stopnia Stanisławy 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. Stanisława Leśnikowicz odniosła ciężkie rany, w wyniku których 11 sierpnia zmarła w DMP 3 dywizji ^{48/}.

PRSzZ nr 5 przegrupowany został do folwarku Śliz i zgodnie z planem szefa służby zdrowia 1 armii WP z 9 sierpnia wszedł w skład szpitali drugiej linii, podporządkowany szefowi wysuniętego oddziału PEP 1, z zadaniem leczenia zakaźnie chorych żołnierzy bez względu na czas jego trwania przy uwzględnieniu możliwości leczenia ludności cywilnej ^{49/}.

PRSzZ nr 5 rozwinął się w budynkach oraz w namiotach i szasach. Laboratorium szpitala wykonywało już obok badań klinicznych również i badania bakteriologiczne, ponieważ z SEG 1 skierowany został do pracy w szpitalu lekarz-bakteriolog.

Obłożenie PRSzZ nr 5 zabezpieczającego działania wojsk 1 armii WP w okresie 8-16.08.1944 roku przedstawia tabela 4.

7/ Sprawozdanie SEG 1 za sierpień 1944 r. CAW III-4-876, k.267.

8/ Stanisława Leśnikowicz ur.1920 r.w Leningradzie w rodzinie polskiej.Po ukończeniu studiów medycznych brała udział jako lekarz cywilny w obronie Leningradu.Skierowana do 1 Armii Polskiej w ZSRR,została przydzielona do SEG 1,gdzie pełniła funkcję kierownika ruchomego laboratorium. /T.Brzeziński - 1 Sanitarno-Epidemiczna Grupa i jej rola w zabezpieczeniu działań bojowych 1 AWP.Biuletyn WAM 1971,3,s.499/.

9/ Z.Kosztyla,R.Zabłotniak.Zabezpieczenie medyczne walk 1 AWP pod Dęblinem i Puławami.Lekarz Wojskowy 1967,9,s.810-814.

Obłożenie PRSzZ nr 5 w okresie 8-16.08.1944 r.

8.08	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 PRSzZ nr 4244 znajdował się jeszcze w rejonie Siwerc i przygotowywał się do przegrupowania w rejon Garwolina.

Po długotrwałym marszu i po walkach w rejonie Dęblina i Puław przejście do obrony było okazją do wznowienia walki o poprawę stanu sanitarno-epidemicznego oddziałów.

Toteż wydział służby zdrowia armii znaczną część swojej działalności w zakresie nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego poświęcał temu zagadnieniu.

Najtrudniej było doprowadzić do właściwego poziomu stan sanitarno-epidemiczny wojsk 2 i 3 DP.

Zawszenie w tych dywizjach przekraczało 25 % stanu osobowego. Dowództwa i służba zdrowia tych dywizji nie reagowały na tę sytuację, a nawet należycie nie wykorzystywały pomocy ze strony wydziału służby zdrowia armii.

Niezbyt sprawna organizacja pracy kwatermistrza 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 1 armii WP polecił, aby dowódca dywizji gen. Stanisław Galicki i szef służby zdrowia dywizji mjr Borys Ługowoj, niezwłocznie spowodowali zmianę istniejącego stanu 50/.

50/ CAW III-4-872, k.21-22.

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 osobnych dywizji. Zorganizowano wymianę i impregnację bielizny osobistej preparatem przeciwpasożytniczym "Lauseto". 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 zajmowane pozycje.

W ciągu 10 dni żołnierze obydwu dywizji byli wykąpani i wyposażeni w impregnowaną bieliznę 51/.

Trudną sytuację sanitarno-epidemiczną stwierdzono również w brygadzie kawalerii, która przybyła marszem z Ołyki przez Lublin do zajmowanego rejonu w powiecie garwolińskim.

Tylko część żołnierzy brygady była poddana kąpielom i miała zmienioną bieliznę. Zawszenie żołnierzy dochodziło do 19 %.

W czasie marszu żołnierze brygady dożywiali się u ludności cywilnej i wtedy pojawiły się pierwsze zachorowania na czerwonkę bakteryjną. Chorzy nie byli izolowani, lecz razem z brygadą przybyli w rejon Garwolina.

W celu przeprowadzenia odpowiednich przedsięwzięć sanitarno-epidemiologicznych SEG 1 skierowała w rejon brygady ruchome laboratorium.

1 sanitarno-epidemiologiczna grupa w sierpniu 1944 roku przeprowadziła:

- pięciodniowy kurs lekarzy i laborantów PRSzZ nr 5 z zakresu diagnostyki bakteriologicznej stosowanej w chorobach zakaźnych;

51/ Sprawozdanie SEG 1 za sierpień 1944 roku.
CAW III-4-876, k.287-288.

trzydniowy kurs dla laborantów MSB na temat metod badawczych produktów żywnościowych i wody.

Niewielkie były straty sanitarne 1 armii WP 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 0,08 %.

Wśród zachorowań nadal pierwsze miejsce zajmowała zimnica, chociaż w porównaniu z lipcem, kiedy stwierdzono 234 przypadki nowych zachorowań i 632 nawroty, to w sierpniu liczby te spadły do 96 świeżych przypadków i 253 nawrotów.

Przyczyną tak wielkiej liczby zachorowań na zimnicę byli porowoci, którzy przybyli z okolic malarycznych i zarazili komary w rejonie formowania wojsk.

Prawie wszystkie przypadki zimnicy stanowiła trzeciaczka (tertiana).

W porównaniu z innymi armiami w 1 armii WP obserwowano małą liczbę zachorowań na choroby weneryczne. Łącznie w armii objętych było leczeniem przeciwwenerycznym 50-60 osób, podczas gdy w pozostałych armiach 1 Frontu Białoruskiego liczba leczonych wynosiła około 3.500 osób.

Należy nadmienić, że w 2 Korpusie Polskim działającym w tym czasie we Włoszech, choroby weneryczne zajmowały pierwsze miejsce wśród wszystkich schorzeń i stanowiły 9,2 % strat sanitarnych korpusu 52/.

52/ T.Brzeziński. Służba zdrowia 1 armii Wojska Polskiego /studium zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego/. Biuletyn WAM. Suplement I, z.15, 1972, s.85.

armii WP był pomyślny. W rejonie tym znajdowała się duża ilość źródeł z dobrą wodą. Na 2.299 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 szczepieniom ochronnym przeciwko schorzeniom zakaźnym przewodu pokarmowego.

Liczbę zachorowań na choroby zakaźne w wojskach 1 armii WP w lipcu i sierpniu 1944 roku przedstawia tabela 5.

Tabela 5

Zachorowalność na choroby zakaźne 1 armii WP
/lipiec - sierpień 1944 roku/

Jednostka chorobowa	Lipiec	Sierpień	Uwagi
Czerwonka bakteryjna	22	77	
Dur brzuszny	19	4	
Zatrucie pokarmowe	3	1	
Dur plamisty	10	-	
Zimnica	$\frac{234}{632}$	$\frac{96}{253}$	licznik - świeże przypadki mianownik - nawroty
R a z e m	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 w wojskach. Wynikiem tej działalności było niedopuszczenie do wybuchu epidemii.

W krótkim czasie opanowano sytuację, związaną ze zwiększoną zachorowalnością na czerwonkę bakteryjną.

Nawiązane w tym okresie kontakty wojskowej i cywilnej służ-
zdrowia zapoczątkowały późniejszą stałą współpracę w zakresie
noszenia na wyższy poziom stanu sanitarno-epidemicznego wojsk
udności cywilnej.

Podczas walk 1 armii WP o wyzwolenie Pragi

/10-15.09.1944 r./

1 Dywizja Piechoty im. Tadeusza Kościuszki w dniu 1 września 1944 roku przeszła w operacyjne podporządkowanie dowódcy armii, a w dniu 10 września rozpoczęła działania zaczepne w kierunku Pragi 53/.

Pozostałe siły armii otrzymały zadanie zorganizowania obrony w pasie: prawa granica - Garwolin, Uśniaki, ujście Wilgi, lewa granica - Krzywda, Żelechów, Łaskarzew, Wanaty, Osiemborów, Grabów i lesny.

Ta sytuacja operacyjna spowodowała, że szef służby zdrowia armii opracował plan zabezpieczenia medycznego wojsk armii, obowiązujący od 9 września 1944 roku 54/.

Plan ten ustalał zasady rozmieszczenia dywizyjnych punktów medycznych, szpitali pierwszej i drugiej linii oraz szpitali bazy szpitalnej armii ugrupowanej w dwa rzuty:

pierwszy rzut rozmieszczony w Otwocku,

drugi rzut rozmieszczony w Garwolinie.

W skład drugiego rzutu między innymi wszedł PRSzZ nr 5, rozlokowany w folwarku Śliz i PRSzZ nr 4244 pozostający w odwodzie na stacji Garwolin.

W czasie kiedy 1 DP brała udział w wyzwolaniu Pragi, zmieniła się sytuacja operacyjna pozostałych jednostek armii. Na podstawie rozkazu dowódcy 1 Frontu Białoruskiego 1 armia WP otrzymała zadanie przekazania do rana 12 września 1944 roku zajmowane

3/ S. Załuski. Tyły 1 Dywizji Piechoty w walkach o Pragę. Przegląd Kwatermistrzowski 1960, 6/56/, s. 85-91.

4/ "Plan lecz.-ewak. zabezpieczenia jednostek 1-ej armii WP na okres od 9 września 1944 r.". CAW III-4-868, k. 168-180.

, rejonu obrony oddziałom radzieckim i ześrodkowania się w re-
nie Garwolin, Władysławów, Cyganówka, Kazimierzów, Izdebną,
liksin, Sobienie Górne ^{55/}, skąd marszem ubezpieczonym do dnia
września 1944 roku jednostki miały osiągnąć kolejny rejon ze-
odkowania na południowy wschód od Otwocka.

Na zmienioną sytuację operacyjną armii szef służby zdrowia
reagował rozkazem z dnia 12 września 1944 roku, w którym mię-
y innymi polecił do 20.00 13 września przegrupować:
PRSzZ nr 4244 - do byłego sanatorium wojskowego w Otwocku, z
natychmiastową gotowością do przyjmowania chorych,
pralnię polową nr 2 - w rejon Wólki Mładzkiej.

Jednocześnie rozkazem tym dokonano zmiany w podległości szpi-
li, podporządkowując wysuniętemu oddziałowi PEP 1 - PRSzZ nr 5
chodzący w skład bazy szpitalnej armii.

Powyższa organizacja utrzymała się przez cały okres walk o
przyczółki warszawskie.

13 września 1944 roku dowódca 1 armii WP otrzymał rozkaz
uzowania wojsk 47 armii a od 16 września rozpoczęcia natarcia,
elem oczyszczenia Pragi z wojsk nieprzyjacielskich i zajęcia
brony na odcinku Pelcowizna - Las. W związku z tym, że Praga 15
rześnia została całkowicie wyzwolona przez wojska 47 armii przy
spółdziale 1 DP, 1 armia WP otrzymała rozkaz przygotowania się
o uchwycenia przyczółków na zachodnim brzegu Wisły ^{56/} w lewo-
rzeżnej Warszawie. Działania te trwały do 23 września.

Walki w rejonie Warszawy we wrześniu 1944 roku były jednymi
najbardziej ciężkich w historii 1 armii WP. Świadczył o tym roz-
miar strat ogólnych, poniesionych przez armię. Straty te, powstałe

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

6/ J.Margules. Boje 1 armii WP w obszarze Warszawy. MON, Warszawa
1967, s. 72.

w stosunkowo krótkim czasie walk o wyzwolenie Pragi i na przy-
czółkach warszawskich, wynosiły 12,9 % strat poniesionych przez
armię w ciągu wszystkich działań bojowych.

Na początku września 1944 roku służba zdrowia armii nie by-
ła jeszcze w pełni ukończona w łóżka szpitalne. Nie wpłynęło
jednak w zasadniczy sposób na zabezpieczenie leczniczo-ewakua-
cyjne wojsk armii. Wprawdzie przy 3.200 etatowych łóżkach szpital-
nych obłożenie ich wahało się od 2.103 aż do 4.389 /to jest od
5,7 % do 137,1 %/, co świadczy o tym, że dzięki sprężystej orga-
nizacji szpitali, mogły one rozwijać się ponad etat. W rejonie
otwocka możliwość korzystania ze stałych pomieszczeń sanatoriów
realizowała takie rozwiązanie. Niemniej jednak stanowiło to maksy-
malny wysiłek służby zdrowia.

Na szczególne podkreślenie zasługuje sprawne dokonanie ma-
niewru jednostkami i urządzeniami służby zdrowia w czasie przegru-
powania wojsk armii. Umiejętne przeprowadzenie manewru pozwoliło
na właściwą pracę służby zdrowia na kierunku działania 1 DP, a
jednocześnie na skoncentrowanie znacznej części sił i środków
służby zdrowia w pobliżu Otwocka, w celu zabezpieczenia dalszych
działań armii.

W czasie działań obronnych 1 armii WP na linii Wisły

/wrzesień 1944 r. - styczeń 1945 r./

Dowódca 1 Frontu Białoruskiego w dyrektywie z 22 września 1944 roku postawił nowe zadania przed wojskami 1 armii WP. Wobec nieudanego forsowania Wisły armia otrzymała zadanie przejścia do brony na prawym brzegu rzeki, na odcinku Pelcowizna, 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 29 września wynosiło - 1.432, przy etatowej liczbie łóżek - 3.200.

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.

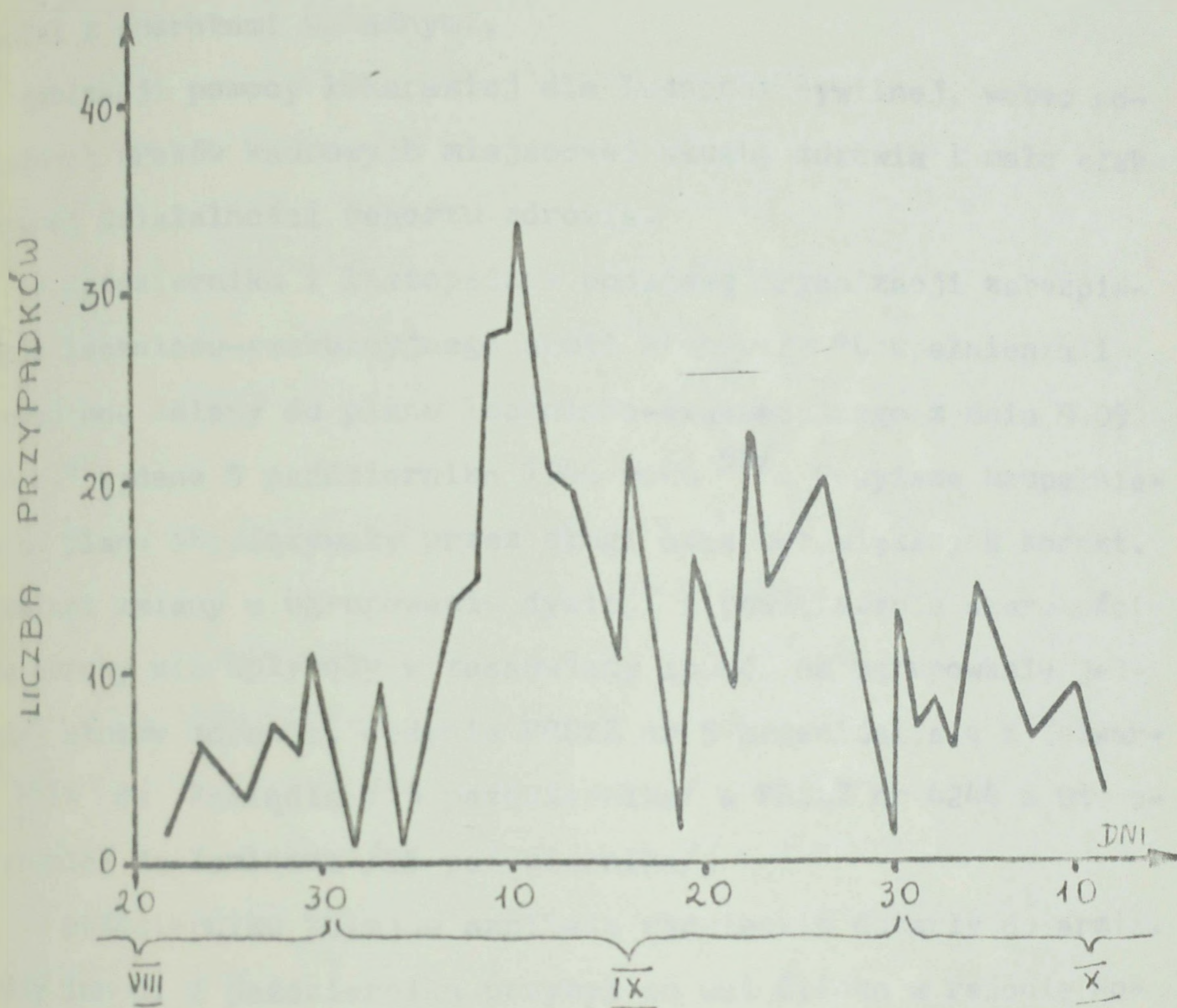
Najpoważniejszy jednak niepokój szefa służby zdrowia budził stan sanitarno-epidemiczny wojsk armii. Zanotowana we wrześniu liczba 412 przypadków czerwonki bakteryjnej u żołnierzy, przy około 1.000 zachorowań wśród ludności cywilnej Pragi i Rembertowa, musiała skierować wysiłek służby zdrowia w kierunku walki z chorobami zakaźnymi. Wprawdzie szczyt zachorowań na czerwonkę bakteryjną w wojskach przypadał na pierwszą dekadę września, a od tej pory liczba ich ulegała systematycznemu zmniejszaniu, to jednak w ocenie epidemiologa armii płk. Jana Synowca sytuacja była nadal poważna 57/.

57/ J. Bończak. Czerwonka w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1965, 10, s. 883-887.

Dynamikę zachorowań na czerwonkę bakteryjną w sierpniu, wrześniu i październiku 1944 roku obrazuje wykres 15.

Wykres 15

Dynamika zachorowań na czerwonkę bakteryjną w 1 armii WP
/sierpień - październik 1944 r./



We wrześniu stwierdzono również 9 przypadków duru brzuszno-
go. Fakty te przyczyniły się do wzmożenia walki ze schorzeniami
zakaźnymi przewodu pokarmowego.

Niepokojący był też stan sanitarnohigieniczny wojsk. W trud-
nych warunkach walki zawszenie wojsk we wrześniu wzrosło z 1,1 %
w pierwszej dekadzie do 1,8 % w drugiej dekadzie. Jednak już trze-

ia dekada września przyniosła w tej dziedzinie poprawę, wyrażającą się w zmniejszeniu zaważenia do 0,5 %.

W tej sytuacji, obok normalnej działalności w zakresie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk, przed szefem służby zdrowia armii stanęły następujące zadania:

rozwinęcia szerokiego działania w kierunku podniesienia na wyższy poziom 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 podstawę organizacji zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego armii stanowiły "Uzupełnienia i prowadzone zmiany do planu leczniczo-ewakuacyjnego z dnia 9.09. 1944 r." wydane 5 października 1944 roku ^{58/}. Powyższe uzupełnienia do planu obowiązywały przez długi czas bez większych korekt. Natomiast zmiany w ugrupowaniu dywizji i powiększenie szerokości pasa obrony nie wpłynęły w zasadniczy sposób na ugrupowanie jednostek służby zdrowia. Jedynie PRSzZ nr 5 przeniósł się z folwarku Śliz do Zamlądza /15 października/ a PRSzZ nr 4244 z Otwocza również do Zamlądza /25 października/.

W październiku kolejne szpitale radzieckie 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,

2 listopada szpital zwinął się i został przekazany służbie zdrowia 1 Frontu Białoruskiego.

Przewidywane przygotowania do natarcia oraz sytuacja organizacyjna służby zdrowia spowodowały zmianę planu zabezpieczenia medycznego armii.

Dokonano tego dokumentem z dnia 10 grudnia 1944 r. 59/ /załącznik nr 3/.

Jak wynikało z planu, zasadniczym kierunkiem działania było stworzenie odpowiedniej rezerwy szpitali, mogących służyć do natychmiastowego użycia w momencie rozpoczęcia operacji zaczepnej.

PRSzZ nr 5 podporządkowany wysuniętemu oddziałowi PEP 1 był zwinęty i od 25 października pozostawał w odwodzie. PRSzZ nr 4244 podporządkowany szefostwu PEP 1 wchodził w skład szpitali drugiej linii.

Długotrwałe pozostawanie w obronie na jednym terenie i związana z tym beczynność były powodem obniżenia dyscypliny w wojskach armii. W działalności leczniczej uwidoczniło się to w zwiększeniu liczby wenerycznie chorych, zatruciu alkoholem i samouszkośnieniami. Celem skutecznego zwalczania chorób wenerycznych wydział służby zdrowia nawiązał kontakt z cywilnymi władzami służby zdrowia Warszawy i województwa warszawskiego, a dowództwo armii wydało specjalny rozkaz 60/.

Rejon, na którym działały wojska 1 armii WP, był pod względem epidemicznym terenem niepomyślnym. Ludność była wyniszczona długotrwałą okupacją, a jednocześnie brakowało należytej zorganizowanej opieki lekarskiej. Rejon Pragi znajdował się pod ostrzałem

Plan leczniczo-ewakuacyjnego zabezpieczenia 1-ej armii WP na okres od 10.12.1944 roku. CAW III-4-868, k.403-410.

Był to rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 00441 KG z 30 grudnia 1944 r. "O walce z chorobami wenerycznymi wśród Wojska Polskiego".

artyleryjskim, co przez długi czas powodowało zamieszkiwanie ludności w piwnicach. W początkowym okresie Praga była znacznie przeudniona, licząc około 170.000 mieszkańców. Później liczba ludności zmniejszyła się do około 100.000 na rzecz zwiększenia zaludnienia w okolicznych miejscowościach. Wędrowki ludności stwarzały zagrożenie przeniesienia chorób zakaźnych na większy rejon.

Na Pradze do 24 września 1944 roku leczyło się z powodu czerwonki bakteryjnej - 47 osób, a z powodu duru brzuszego - 10 osób. ciągu następnego tygodnia - 288 osób z powodu czerwonki bakteryjnej, 20 z powodu duru brzuszego i 23 - z powodu innych chorób zakaźnych. Poza Pragą największą liczbę zachorowań na czerwonkę bakteryjną notowano w Rembertowie, gdzie stwierdzono 150 przypadków tej choroby.^{61/}

Wobec zniszczenia miejskich wodociągów na poważne trudności napotykało zaopatrywanie wojsk w wodę. Korzystano ze studni artezjanskich o dużej zawartości chlorków i niskim mianie coli, bądź ze studzien abisyńskich, o niskiej wydajności i złej jakości wody, nadającej się jednak do picia.

Sytuacja ta, obok stwierdzonego we 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 1 armii WP /wrzesień 1944 - styczeń 1945/ przedstawia tabela 6.

W pierwszych dniach września 1944 roku pojawiły się pogłoski o występujących przypadkach cholery wśród ludności cywilnej lewobrzeżnej Warszawy. Informacje te jednak szybko zdementowano na

61/ Sprawozdanie z pracy Sanitarno-Epidemicznej Grupy za wrzesień 1944 r. CAW III-4-876, k.148-154.

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP /wrzesień 1944 - styczeń 1945 r./

Jednostka chorobowa	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	Styczeń
Czerwonka bakteryjna	412	99	21	19	14
Dur brzuszny	9	24	20	15	20
Dur rzekomy A	-	2	2	1	2
Dur rzekomy B	1	5	-	1	1
Zatrucie pokarmowe	1	21	8	2	3
Dur plamisty	1	1	2	12	20
Zimnica	$\frac{65}{169}$	$\frac{42}{259}$	$\frac{3}{194}$	$\frac{5}{135}$	$\frac{1}{77}$
Płonica	-	1	3	-	1
Nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	-	-	-	-	5
R a z e m	658	454	253	190	144

CAW III-4-909, k.22-27, 54-64.

stawie przeprowadzonej przez SEG 1 analizy danych wywiadowczych.

Jednym z przedsięwzięć szefa służby zdrowia armii w ramach prowadzenia nadzoru sanitarno-epidemiologicznego było podzielenie rejonu rozmieszczenia wojsk między poszczególne jednostki służby zdrowia.

Wśród ludności cywilnej prowadzono pracę sanitarno-światową. Chorych kierowano na leczenie do szpitala, a osoby zakażone w ognisku zachorowania poddawano uodpornieniu przy pomocy bakteriofaga.

Ważnym elementem zachęty do leczenia szpitalnego było podawanie do wiadomości miejscowej ludności faktu, że zarówno leczenie, jak i pobyt w szpitalu zakaźnym są bezpłatne ^{62/}.

Akcję uodporniania przy pomocy bakteriofaga prowadzono także 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 danym miesiącu laboratorium 4 DP nie wykonało ani jednego badania sanitarnohigienicznego. Przyczyny tego zjawiska należało 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 7.

Pismo do szefów służby zdrowia i komendantów szpitali z 30 września 1944 roku. CAW III-4-872, k.75.

liczba przeprowadzonych badań w laboratoriach MSB we wrześniu
1944 roku

Laboratoria	Badania wody	Badania produktów spożywczych	Badania na trucziny	Badania krwi na zimnicę	Badania kliniczne
1,2,3,4,MSB	28	34	30	97	419

CAW III-4-876, k. 148.

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 1 armii WP.

W listopadzie rozpoczęto akcję szczepień ochronnych przy pomocy tri - 1 pentowakcyny z anatoksyną tężcową ^{63/}.

Należy nadmienić, że 80 % żołnierzy chorych na czerwonkę bakteryjną było uprzednio zaszczepionych wieloważną szczepionką IISI. Faktowi temu przypisywano łagodny przebieg choroby. Obok pozytywnego faktu złagodzenia klinicznego przebiegu czerwonki bakteryjnej bezsporne jest, że skuteczność szczepionki pozostawia wiele do życzenia ^{64/}.

W laboratoriach SEG 1 dokonano próby zróżnicowania szczepów bakteryjnych, powodujących czerwonkę bakteryjną. Spośród 38 hodowli, wydzielonych od 111 badanych w październiku, rozpoznano: 2 przypadki typu Shiga, 15 - Flexnera i 1 - Schmitza. Jednak wbrew otrzymanym wynikom, sugerującym działanie najbardziej zjadliwego szczepu, przebieg kliniczny choroby był na ogół łagodny.

3/ Rozkaz naczelnego dowódcy WP nr 114 z 18 listopada 1944 r.

4/ Sprawozdanie z pracy SEG 1 za m-c X.1944 r. CAW III-4-876, k. 218-227.

We wrześniu 1944 r. SEG 1 zorganizowała i przeprowadziła u wszystkich lekarzy 1 armii WP konferencję naukową na temat: "Profilaktyka chorób zakaźnych przewodu pokarmowego". Znaczącej pomocy w przygotowaniu konferencji udzielił personel laboratorium 1 Frontu Białoruskiego, a głównie kierownik oddziału badania szczególnie niebezpiecznych infekcji - mjr sł.med.Akimowicz.

W końcu października w SEG 1 zorganizowane zostały cztery oddziały laboratorium bazowego:

- oddział bakteriologiczny,
- oddział przygotowania pożywek,
- oddział sanitarnohigieniczny,
- oddział chemiczno-toksykologiczny /schemat 7/.

Drugim problemem obok walki z chorobami zakaźnymi przewodu pokarmowego, była profilaktyka zachorowań na dur plamisty, a przede wszystkim prowadzona w jej ramach walka z zawszeniem.

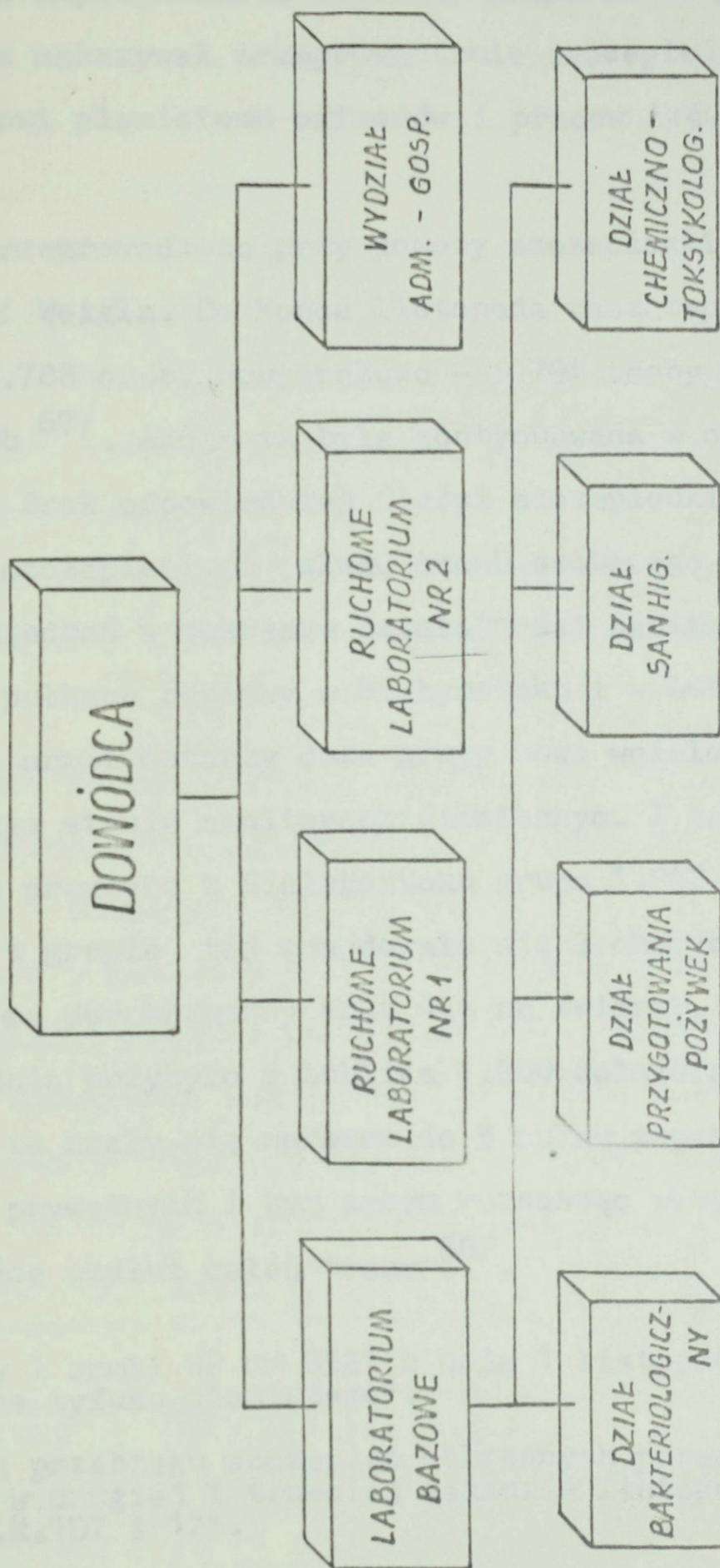
Po początkowych niepowodzeniach w tym zakresie służba zdrowia armii uzyskała poważne sukcesy, zmniejszając liczbę zaważonych do minimum.

Wzrost procentu zawszenia w wojskach armii we wrześniu 1944 roku spowodował energiczną reakcję tak ze strony pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia, jak i dowództw oddziałów i związków taktycznych.

11 października 1944 roku ukazał się rozkaz o obowiązku budowy łaźni i komór dezynsekcyjnych we wszystkich oddziałach i ZT 1 armii WP. Rozkaz ten był właściwie przypomnieniem zarządzeń wydawanych 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 dowództw oddziałów i ZT na to zagadnienie ^{65/}.

65/Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0273 KG z 11.X.1944 r. "O budowie łaźni i dezynsekcyjnych komór w jednostkach i formacjach wojskowych".

STRUKTURA ORGANIZACYJNA GRUPY SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNEJ



SKŁAD OSOBOWY:
 OFICERÓW 15
 PODOFICERÓW 2
 SZEREGOWYCH 5
 RAZEM 22

Wkrótce ukazał się kolejny rozkaz, poświęcony zagadnieniom profilaktyki duru plamistego. Wprowadził on, między innymi w salniach obowiązek impregnowania bielizny preparatami przeciwsożytnicznymi oraz nakazywał przeprowadzenie szczepień ochronnych przeciwko durowi plamistemu oficerów i pracowników służby zdrowia armii ^{66/}.

Szczepienia przeprowadzono przy pomocy szczepionki Krontowej i szczepionki Weigla. Do końca listopada zaszczepiono: pierwszorazowo - 6.788 osób, drugorazowo - 5.794 osoby i trzeciorazowo - 2.848 osób ^{67/}. Akcja ta była kontynuowana w ciągu następnych miesięcy. Brak odpowiedniej ilości szczepionki nie pozwalał na objęcie szczepieniami całego stanu osobowego armii.

Na skutek zaniedbań w zakresie działalności sanitarno-epidemicznej w pułkach rezerwy w Białymstoku i w Lublinie, do pułku zapasowego armii dotarły duże grupy nowo wcielonych żołnierzy w bardzo złym stanie sanitarnohigienicznym. I tak, w początkach listopada przybyła z Białegostoku grupa 1.947 ludzi w 100 % zawszonych. W grupie tej znajdowało się 2 chorych na dur plamisty, 1 chory na dur brzuszny oraz 444 na świerzb. W pierwszej dekadzie grudnia przybyło z Lublina 1.200 żołnierzy w 60 % zawszonych. Grupy te udały się marszem do 3 pułku zapasowego nocując w kwaterach prywatnych i tym samym roznosząc wszy a niekiedy i choroby zakaźne wzdłuż całej trasy ^{68/}.

6/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0321 z dnia 1 listopada 1944 r. "O profilaktyce tyfusu plamistego".

7/ Sprawozdanie z przebiegu szczepień ochronnych przeciwko durowi plamistemu w drugiej i trzeciej dekadzie listopada. CAW III-4-872, k.107 i 125.

8/ Pisał o tym w grudniu szef służby zdrowia 1 armii WP do szefa departamentu służby zdrowia WP. CAW III-4-872, k.128.

Reakcją na te fakty było zarządzenie dowódcy armii ^{69/}, traktujące o sposobach przyjmowania przez jednostki wojskowe nowego uzupełnienia. Niestety stan sanitarnohigieniczny 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 obojrze koncentracji, wykazywała 55 % - 60 % zaszczepienia ^{70/}.

Powyższy problem niekorzystnie zaważył na stanie epidemicznym armii, powodując kolejny wzrost liczby zachorowań na dur plamisty do 12 przypadków w grudniu 1944 roku i 20 przypadków w styczniu 1945 r. ^{71/}.

Gdyby nie błędy popełnione przy uzupełnianiu stanu osobowego armii, nie zawinione przez służbę zdrowia armii, sytuacja na tym odcinku byłaby z łatwością opanowana.

Podstawowa rola w zakresie działalności sanitarno-przeciwepidemicznej przypadała służbie zdrowia związków taktycznych. Dzięki właściwemu nadzorowi, pod koniec 1944 roku, w związkach taktycznych pracowało 91 własnych łaźni i 83 komory dezynsekcyjne. Procent zaszczepienia wojsk systematycznie malał: z 1,6 % we

69/ Zarządzenie dowódcy 1 armii WP nr 0388 KG z 6 grudnia 1944 r. "Przyjmowanie przez jednostki 1-ej armii nowego uzupełnienia".

70/ Meldunek o wynikach kontroli przeprowadzonej w 6 DP w dniach 5-7 stycznia 1945 r. CAW III-4-904, k.9.

71/ O bezpośrednim związku zachorowań na dur plamisty z przybyłym uzupełnieniem stanów osobowych świadczy fakt, że na 12 zachorowań w grudniu, aż 11 przypadków przypadało 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-4-909, k.23 i 57.

żeśniu, 1,2 % w październiku, do 0,7 % w listopadzie i 0,4 %
grudniu 1944 r. 72/

Działalność sanitarno-przeciwepidemiczną służby zdrowia
wiązków taktycznych wzmacniały, okresowo przydzielane do posz-
ególnych oddziałów, cztery łaźnie polowe oraz agregaty kompanii
zynfekcyjno-kąpielowej, zabezpieczając te oddziały według pla-
w pracy, zatwierdzanych przez szefa służby zdrowia armii 73/
łajność tych łaźni i agregatów kompanii 74/ wynosiła średnio
0-500 kąpeli na dobę. Wspólnie z lokalnymi urządzeniami kąpie-
ymi w pełni zabezpieczało to potrzeby armii.

Pralnie polowe, na skutek złej organizacji pracy i braków
ersonalnych 75/, wykorzystywały zaledwie 40 % - 50 % swej mocy
rodukcyjnej.

Z upoważnienia szefa służby zdrowia 1 armii WP funkcje kon-
olne w zakresie nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego w sto-
nku do wojsk armii sprawowała głównie 1 sanitarno-epidemiolo-
czna grupa. W odniesieniu do pododdziałów /oddziałów/ zmienia-
nych miejsce pobytu, funkcje te spełniał punkt sanitarno-kon-
olny pracujący w listopadzie i grudniu 1944 roku przy skrzyżo-
niu dróg w Starej Miłosnej. Wyniki pracy PSK przedstawia tabe-
8.

Oprócz chorób zakaźnych, dodatkowym problemem nad którym
acowała służba zdrowia, były liczne przypadki zachorowań na
ierzb i zakażenia gronkowcowe 76/. Liczba tych zachorowań zmiej-

/ Meldunek o stanie sanitarno-epidemicznym 1 armii WP na dzień
28 grudnia 1944 r. CAW III-4-860, k.356-359.

/ Plany pracy łaźni, pralni i 4 kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej na miesiące październik-grudzień 1944 r.

/ 4 kompania dezynfekcyjno-kąpielowa.

/ Rozkaz szefa służby zdrowia 1 armii WP z 11 stycznia 1945 r.
"O niedostatkach w pralni nr 4" i fragmenty sprawozdania sa-
nitarno-epidemiologicznego armii. CAW III-4-909, k.18,27.

/ J.Bończak, J.Malewicz. Świerzb w armiach na przestrzeni dziejów.
Lekarz Wojskowy 1975, 6, s.398-406.

szła się stopniowo, w miarę poprawiania się stanu sanitarnohigienicznego wojsk armii, a gwałtownie powiększała po przybyciu nowego uzupełnienia stanów osobowych.

Tabela 8

Wyniki pracy PSK w m. Stara Miłosna

Miesiąc	Przeglądy			Zabiegi sanitarne	
	żołnierze	ludność cywilna	razem	kąpiele	dezynsekcja
Listopad	6094	6124	12218	5840	3944
Grudzień	3882	305	4187	2897	brak danych
Razem	9976	6429	16405	8737	brak danych

CAW III-4-876, k.388; III-4-904, k.11.

Kolejnym przedmiotem troski pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia armii i inspektora do spraw żywienia wydziału służby zdrowia 1 armii WP mjr. Beniamina Kotiurgina były zagadnienia żywienia oraz zaopatrzenia w wodę wojsk armii ^{77/}. Regularnie przeprowadzane badania laboratoryjne wody, tak przez laboratoria dywizji, jak również przez laboratoria SEG 1, pozwoliły na wyeliminowanie nieodpowiednich źródeł i zapewnienie wszystkim oddziałom wody zdatnej 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

^{77/} W podstawowych założeniach regulował te sprawy rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0231 KG z 22 września 1944 r. "O zabiegach sanitarnych w związku z zatruciem wody przez wroga". Sprawy nadzoru sanitarnego nad zaopatrzeniem w żywność precyzowało pismo okólne wydziałów służby zdrowia i aprowizacji 1 armii WP z października 1944 r. CAW III-4-872, k.93.

w oddziałach i szpitalach przez SEG 1 wykazały znaczne niezgodności badanej stawy z normami i jadłospisami.

W kontrolowanych oddziałach jadłospisy przewidywały 1240 do 1800 kalorii ^{78/}, podczas gdy faktycznie w badanej stawie stwierdzano 974-1404 kalorii.

Szczególnie dotkliwie zaznaczył się niedobór tłuszczu, którego zawartość w badanym pożywieniu wynosiła 14,5 - 32 g. Stanowiło to pokrycie 30-50 % dobowego zapotrzebowania 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, a w 1 DP brakowało jarzyn, mięsa i tłuszczu.

Napływające meldunki o tej sytuacji były powodem interwencji szefa służby zdrowia u kwatermistrza armii ^{79/}.

W późniejszym czasie nie spotykało się już tak drastycznych niedoborów żywności, ponieważ przegrupowanie na inne tereny zmieniło sytuację zaopatrzeniową wojsk armii.

78/ Sprawozdanie z pracy SEG 1 za grudzień 1944 r.
CAW III-4-904, k.86.

79/ Meldunki z kontroli w 6 DP, jak również meldunki szefa służby zdrowia 1 DP oraz pismo płk.A.Salamonowicza do gen.G.Cukówna. CAW III-4-904, k.9; III-4-909, k.4, 5 i 12.

Podczas walk 1 armii WP o wyzwolenie Warszawy i marszu
z Warszawy do Bydgoszczy /styczeń 1945 r./

Na podstawie dyrektywy operacyjnej 1 Frontu Białoruskiego dnia 4 stycznia 1945 roku przed 1 armią Wojska Polskiego posłano zadanie: po osiągnięciu przez 61 armię rubieży Góra Kalwaria, Tarczyn przeprowadzić się na zachodni brzeg Wisły na odcinku Góra Kalwaria, Królewski Las i nacierać w kierunku Góra Kalwaria, Piaseczno, Piastów, a następnie we współdziałaniu z 47 1 armią opanować Warszawę.

Dotychczasowy kierunek działań bojowych z południowego wschodu na północny zachód Polski spowodował charakterystyczne urzucenie jednostek służby zdrowia. Zgodnie z planem zabezpieczenia sanitarnego z 10 grudnia 1944 roku ciężkie urządzenia bazy szpitalnej armii ugrupowane były w okolicy Otwocka, natomiast pozostałe szpitale pierwszej i drugiej linii na północ od tej miejscowości w miejscowościach Rembertów, Zielonka/.

Opracowany na podstawie dyrektywy frontu plan operacji warszawskiej z dnia 9 stycznia 1945 roku marginesowo ujmował zagadnienia służby zdrowia. W punkcie 13b tego planu napisano: "Zabezpieczenie sanitarne operacji zapewnia się przez rozwinięcie obecnej sieci szpitalnej w rejonie południowym i północnym Otwocka. Natomiast wydziela się trzy szpitale armii w rejonie Jabłonny i Jabłonowa".

Bardziej szczegółowe wytyczne otrzymał szef służby zdrowia armii od szefa służby zdrowia WP w dokumencie "Wskazówki odnoszące się do organizacji leczniczo-ewakuacyjnego zabezpieczenia armii podczas natarcia w warunkach zimowych"^{80/} z dnia 12 stycznia 1945 roku. Dokument ten między innymi ustalał rozmieszczenie szpitali

fontowych i ich przewidywane przegrupowanie. Szpitale te były rozwinięte w Otwocku, Białymstoku, Lublinie, Chełmie, Zamościu i Przemyślu.

Wytyczne szefa służby zdrowia WP zawierały szereg punktów niejasnych, będąc jednak dokumentem o charakterze ogólnym, mimo to spełniły swoją rolę.

W dniach 12-15 stycznia Armia Radziecka rozpoczęła między Białymostkiem a Karpatami wielką operację. 15 stycznia przeszła do ataku 1 armia WP. W dniu 17 stycznia 1945 roku nastąpiło wyzwolenie Warszawy.

Od 19 stycznia 1945 roku wojska 1 armii WP znalazły się w trudnym 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 Kozłowa, Budy Iłowskie, 1 DP - przygotowywała się do defilady w Warszawie, 2 DP - do objęcia tam służby garnizonowej, a 4 DP pozostała w dotychczasowym rejonie koncentracji.

W czasie walk o wyzwolenie Warszawy armijne jednostki służby zdrowia nie wykonywały większych przegrupowań.

W okresie od 1 do 20 stycznia większość strat sanitarnych stanowiły zachorowania. Liczba rannych nie przewyższała wielkości z okresu operacji obronnych.

Szef służby zdrowia armii w celu sanitarno-przeciwepidemicznego zabezpieczenia wojsk w czasie zbliżającej się operacji wydzielił dwa ruchome laboratoria SEG 1 i po jednym agregacie kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej. Jedno laboratorium zabezpieczało północny a drugie południowy kierunek działania armii, przeprowadzając wspólnie ze służbą zdrowia dywizji i brygad rozpoznawanie sanitarno-epidemiologiczne terenu działania wojsk ^{81/}.

81/ T. Brzeziński. 1 Sanitarno-Epidemiczna Grupa i jej rola w zabezpieczeniu działań bojowych 1 AWP. Biuletyn WAM 1971, XIV, z. 3, s. 494.

Po wykonaniu zadania w rejonie Warszawy 1 armia Wojska Polskiego otrzymała rozkaz przegrupowania się w drugim rzucie frontu za 47 armią, w kierunku Bydgoszczy, z zadaniem zabezpieczenia częścią sił styku 1 i 2 Frontu Białoruskiego i zajmowania konnych rubieży obrony nad Wisłą.

Tempo marszu wojsk 1 armii WP było wysokie i wynosiło średnio około 40 kilometrów na dobę. Łącznie, w okresie od 19 do 28 stycznia, wojska te pokonały trasę długości 250-270 kilometrów.

Warunki atmosferyczne, które wobec silnych mrozów nie były nowe od początku zimy, od 25 stycznia znacznie pogorszyły się, a w wyniku śnieżycy i zawiei na drogach tworzyły się zaspasy, 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 Warszawy do Bydgoszczy.

Szybkie przejście armii do działań po wyzwoleniu Warszawy pozwoliło szefowi służby zdrowia armii na opracowanie jednego dokumentu, ustalającego system zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego wojsk. Dlatego też dopiero w toku marszu 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 przegrupować będący w odwodzie PRSzZ nr 5 w rejon Pruszkowa. Szpital w nakazanym terminie przybył do Tworek koło Pruszkowa. PRSzZ nr 4244 w czasie wykonywania marszu przez wojska armii pracował w Zamlądzu.

W tym czasie w dyspozycji służby zdrowia armii pozostawało 20 polowych szpitali o łącznej liczbie 6.600 łóżek oraz

unięty oddział PEP 1 z ewakuacyjnym punktem rozdzielczym na
łóżek.

Do dnia zakończenia marszu - manewru armii, tj. do 28 sty-
cia 1945 roku, PRSzZ nr 5 dotarł do Inowrocławia.

Stan sanitarno-epidemiczny rejonów przemarszu wojsk armii
niepomyślny. Zawszenie ludności cywilnej osiągało 80 %.

Uwaga pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia
armii zwrócona była przede wszystkim na wczesne wykrywanie i
eliminację zakaźnie chorych oraz nadzór nad zespołami żywnościowymi
i źródłami wody.

Rozpoznaniem sanitarno-epidemiologicznym objęto około 500
rodziców z 1.200 budynkami i 39.000 mieszkańców.

Skontrolowano 6.367 źródeł wody z czego 343 zdyskwalifiko-
wano.

W związkach taktycznych armii wykąpanych zostało 44.857 żoł-
nierzy. Impregnacji środkami przeciwpasożytniczymi poddano 37.697
kompletów bielizny. Pralnie w ciągu stycznia wyprały 43.180 kom-
pletów bielizny.

W styczniu 1945 roku działalność służby zdrowia 1 armii WP
miała charakter umiejętnie przeprowadzonego manewru posiadanymi
siłami i środkami.

Pomimo tego, że w wyniku działań bojowych nie powstała duża
liczba strat sanitarnych, to jednak ze względu na manewr oskrzy-
wiający w rejonie Warszawy, a następnie szybkie przesuwanie się
wojsk na północny zachód Polski, organizacja zabezpieczenia lecz-
niczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego armii nie
była sprawą łatwą.

Podsumowując działanie służby zdrowia armii w styczniu 1945
roku nie sposób nie wspomnieć o związkach jakie łączyły ją ze
służbą zdrowia szczebla frontowego. Ten szczebel służby zdro-

zorganizowany w jesieni 1944 roku miał szczególną formę organizacyjną. Mimo frontowej struktury organizacyjnej nie stanowił części służby zdrowia frontu, ponieważ nie było takiego w szeregach Wojska Polskiego.

Trwające ciągle stadium organizacyjne tego szczebla, jak i ograniczone działanie w tym czasie tylko jednej armii spowodowały, że szef służby zdrowia Wojska Polskiego niekiedy przekraczał swoje kompetencje i zbyt szczegółowo usiłował kierować służbą zdrowia 1 armii WP. Przykładem mogą być "Wskazówki odnośnie organizacyjno-leczniczo-ewakuacyjnego zabezpieczenia armii podczas natarcia w warunkach zimowych" z 12 stycznia 1945 roku.

Z drugiej strony niedostatek sił i środków spowodował, że moc jakiej oczekiwała służba zdrowia 1 armii WP od szefostwa służby zdrowia WP realizowana była w sposób niewystarczający.

Podczas walk 1 armii WP o przełamanie Wału Pomorskiego

/31.01 - 12.02.1945 r./

28 stycznia 1945 roku dowódca 1 armii WP otrzymał od dowódcy frontu Białoruskiego zadanie przejścia od 29 stycznia do nocy w kierunku Wielowicz, Zakrzewo, Jastrowie, w pasie: prawna granica - wyłącznie Koronowo, wyłącznie Sępólno, wyłącznie Łęka, Sypniewo, wyłącznie Wierzchowo, lewa granica - Bydgoszcz, Łęka, Więcbork, Złotów, Szwecja, Mirosławiec. Pod koniec dnia 29 stycznia, armia miała osiągnąć rubież - Lutowo, Iłowo, Sypniewo k. Więcborka a pod koniec dnia 30 stycznia, rubież - Sypniewo, leśniczówka Zacisze, Szwecja.

Dowódca armii w swej decyzji podjętej nocą z 28 na 29 stycznia postanowił:

wykonać marsz ubezpieczony dwoma kolumnami armijnymi,

o końca dnia 29 stycznia opanować rubież: Lutowo, Rowo, Sypniewo,

o końca dnia 30 stycznia opanować rubież: Radawnica, Złotów.

Związki taktyczne otrzymały następujące zadania:

1 DP - jako awangarda grupy północnej, od rana 29 stycznia maszerować po osi: Stary Dwór, Sitowiec, Swidwie, Lutowo.

Iłowo i do końca dnia opanować rubież: Lutowo, Iłowo a w ciągu następnej doby rubież: Radawnica, Kamień,

2 DP - maszerować po osi za 1 DP i do końca dnia 29 stycznia osiągnąć rubież: Wiśniewka, Grochowiec a w ciągu następnej doby: Nowa Wiśniewka, Czernice,

3 BK - maszerować po osi za 3 DP osiągając 29 stycznia rubież: Sośno, Rogalin a 30 stycznia rzekę Stołunia,

4 DP - jako awangarda grupy południowej, od rana 29 stycznia maszerować po osi: Wąwelno, Nowy Dwór, Drożyska Wielkie,

Górzna i do końca dnia opanować rubież: Jazdrowo, Sypniewo a w ciągu następnej doby rubież: Dzierżarżno, Złotów, DP - maszerować po osi za 4 DP osiągając w dniu 29 stycznia rubież: Zboże, Witunia a w ciągu następnej doby: Zakrzewo, Drożyska Średnie,

BPanc - maszerować po osi: Wojnowo, Potulice, Radawnica, Borucino, Sypniewo, Nadarzyce osiągając w dniu 29 stycznia rubież Lutowo a w dniu 30 stycznia Nowa Wiśniewka ^{82/}.

Braki paliwa, zniszczenie linii kolejowych, a także niewłaściwy stan techniczny pojazdów mechanicznych sprawiły, że dywizje stawione zadania wykonywały początkowo bez broni pancernej, średniej i ciężkiej artylerii oraz bez odpowiedniego zabezpieczenia tyłowego. Transport samochodowy i tyły związków taktycznych pozostały w rejonie Bydgoszczy. Unieruchomione były również jednostki tyłowe armii.

Surowe warunki klimatyczne obok zatłoczenia dróg, powodującego krzyżowanie się kolumn polskich i radzieckich oddziałów, dodatkowo komplikowały i tak trudne zadania ^{83/}.

Mimo tych trudności, zadania postawione na 29 i 30 stycznia zed oddziałami awangardowymi 1 i 4 DP zostały wykonane.

Do 31 stycznia 4 DP wyzwoliła Złotów, w którym bronili się Niemcy. Pozostałe związki taktyczne swoje zadania wykonały częściowo. Szczególnie brygada pancerna w wyniku braku paliwa nie mogła wykonać swoich zadań i po osiągnięciu rubieży Lutowo utknęła tam na dłuższy czas wykonując jedynie zadania pierwszego dnia marszu ^{84/}.

/ R.Dzipanow. 1 Armia WP w bitwie o Wał Pomorski.Wyd.MON, Warszawa 1965.

/ W.Kuliński. Kwatermistrzowskie zabezpieczenie działań 1 AWP na Pomorzu.Przegląd Kwatermistrzowski 1963/,6/74/.

/ A.Jasiński. Przełamanie Wału Pomorskiego.Warszawa 1958,s.65, 93-102.

Oddziały armii podeszły do rubieży: Podgaje, Jastrowie, Ptusza.
Zadania postawione przed armią stały się podstawą do opracowania planu zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego armii w czasie działań bojowych na okres od 30 stycznia 1945 roku ^{85/}.

Plan ten przewidywał ugrupowanie szpitali zabezpieczających się w trzech rzutach:

w rejonie Złotowa szpitale pierwszej linii w stanie zwiniętym, przewidziane do wykorzystania w dalszym etapie operacji, szpitale drugiej linii, kierowane przez wysunięty oddział PEP 1: ewakuacyjny punkt rozdzielczy wysuniętego oddziału PEP 1, PRSZW nr 3, PRSZ nr 5, PRSZLR nr 6 i ChPSZR nr 5171, szpitale bazy szpitalnej armii, kierowane przez szefostwo PEP 1 rozmieszczone w rejonie Bydgoszczy ^{86/}.

Zakaźnie chorych kierowano na leczenie do szpitala cywilnego w Bydgoszczy.

PRSZ nr 4244 pozostał w miejscu dotychczasowego rozwinięcia.

Do planu zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego dołączone były rozliczenia potrzeb transportu i paliwa na potrzeby ewakuacji rannych i chorych oraz przegrupowania szpitali. Potrzeby te stałowały się w granicach 7 ton paliw dziennie przy obliczeniu czasu wykonania na 10 dni. Dziesięciodniowy plan realizacji tego zamierzenia, słuszny z punktu widzenia możliwości organizacyjnych i transportowych, nie był zadowalający z punktu widzenia potrzeb walczących oddziałów, które wkraczały do walki bez należącego zabezpieczenia w urządzenia leczniczo-ewakuacyjne.

CAW III-4-917, k.80-86.

R. Zabłotniak, Z. Kosztyła. Zabezpieczenie medyczne walk 1 armii Wojska Polskiego o przełamanie Wału Pomorskiego 1945 r. Lekarz Wojskowy 1968, 9, s.800-806.

Powyższy plan nie mógł być zrealizowany wobec faktu, że do tego nie można było dokonywać żadnych manewrów jednostkami i zarządzeniami służby zdrowia ze względu na brak paliw 87/.

1 DP napotkała silny opór nieprzyjaciela w rejonie Podgajów. Walki trwały do 3 lutego. Dywizja poniosła znaczne straty. W wieczór 3 lutego dywizja osiągnęła rejon Ciosańca. W związku z zapaściami 1 DP w rejonie Podgajów, 3 dywizja opóźniła swoje działania i dopiero 3 lutego osiągnęła rejon: Radawnica, Grudna, Jastrowie. Jastrowie zostało zajęte 2 lutego wspólnymi siłami 4 DP kosztem dużych strat.

Począwszy od 29 stycznia, w związku z brakiem materiałów eksploatacyjnych i smarów oraz szybkim tempem marszu dywizji, bataliony sanitarno-sanitarne pozostały w tyle i podzieliły się na kilka grup dla zachowania przynajmniej częściowego kontaktu z wojskami.

Ranni i chorzy w dywizjach nie mieli udzielonej kwalifikowanej pomocy medycznej a brak środków transportu i łączności z tyłem nie pozwalał na wyewakuowanie ich.

Służba zdrowia armii nie tylko nie miała wpływu na istniejącą sytuację, ale nawet nie otrzymywała odpowiednich informacji o liczbie rannych i chorych w dywizjach. Świadczyły o tym rozbieżności jakie istniały pomiędzy meldunkami operacyjnymi dywizji a dobowymi i zbiorczymi meldunkami szefa służby zdrowia armii w okresie od 29 stycznia do 5 lutego 1945 roku.

W tej sytuacji dane służby zdrowia armii dotyczące tego etapu walk nie pozwalają na dokładne ustalenia i oceny dotyczące działalności służby zdrowia związków taktycznych. Można jedynie stwierdzić, że mimo dużej liczby rannych i chorych w oddziałach

/ Pismo płk.A.Salamonowicza do szefa służby zdrowia frontu WP. CAW III-4-911, k.106-107.

armijnych jednostek i urzędzeń służby zdrowia docierali tylko
liczni ranni i chorzy.

W związku z powyższym, pierwszy etap działań 1 armii WP w
onie Wału Pomorskiego odbywał się bez zabezpieczenia medycz-
o szczebla operacyjnego i z całkowicie zdekompletowanymi u-
dzeniami szczebla taktycznego.

W następnym etapie walk /31.01-10.02.1945 r./ zadaniem 1
ii WP było przełamanie ufortyfikowanej rubieży Wału Pomors-
go na linii Nadarzyce, jezioro Dobre, Zdbiczno, Smolne, Łu-
nka. W celu wykonania postawionego zadania dowódca armii po-
nowił kontynuować natarcie w całym pasie armii, aby do końca
a 4 lutego wyjść na rubież szosy Czaplinek-Wałcz. Dowódca
ii biorąc pod uwagę konieczność szybkiego rozpoczęcia natar-
zdecydował nie dokonać przegrupowania i wykonać uderzenie
ałającymi w pierwszym rzucie oddziałami 6 i 4 DP. Z tego
łędu pierwszy rzut armii był zbyt słaby w stosunku do otrzy-
ych zadań. Spowodowało to, że zadania nie mogły być wykonane
terminie a związki taktyczne poniosły znaczne straty sanitarne.
W dniach 4-8 luty główne działania bojowe prowadziły 4 i
P, w dniu 8 lutego do walki włączyła się 3 DP ^{88/}, a następ-
1 i 2 DP.

9 lutego dowódca 1 armii WP utworzył dwa zgrupowania: ude-
niowe w składzie 1 i 2 DP z zadaniem opanowania Mirosławca i
zpieczające w składzie 3,6 DP i 1 BK jako osłona prawego skrzy-
wyłomu oraz 4 DP - lewego skrzydła.

W dniu 10 lutego główne zadanie zostało wykonane a Mirosła-
c zdobyty. W dniach 11 i 12 lutego trwały walki o umocnienie
ętych pozycji i zabezpieczenie wyłomu.

A. Jasiński. Przełamanie Wału Pomorskiego. Warszawa 1958,
s. 151-152, 158, 164, 169-179, 188, 194.

Również i do tych działań służba zdrowia armii nie była przygotowana /załącznik nr 4/.

Zaopatrzenie w materiały pędne i smary 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 armii WP panował już nad sytuacją czynną i dowodził podległymi jednostkami, co w efekcie doprowadziło do przybliżenia batalionów medyczno-sanitarnych i szpitalnych na kierunkach działających dywizji.

W dniu 8 lutego PRSzZ nr 5 dotarł do Złotowa.

Wykonanie zadania stojącego przed armią nie oznaczało zakończenia działań bojowych. Wobec zmiany sytuacji w działaniach frontu Białoruskiego 1 armia WP otrzymała w dniu 11 lutego zadanie przejścia do natarcia w kierunku północno-zachodnim i oparcia do końca dnia 13 lutego rubieży: Czochryń, maj. Motaszejeż. Machliny, Świerczyna, st.kol. Borujsko, Orla, a następnie przejścia do obrony.

Działania zaczepne na tym kierunku rozpoczęły się siłami 1, 2 i 6 DP w dniu 13 lutego, lecz nie przyniosły sukcesów. Po nieudanej próbie natarcia została podjęta w dniu 19 lutego siłami pozostałych dywizji oraz brygady kawalerii, ale również bez efektów. Armia WP otrzymała wówczas rozkaz zajęcia obrony na osiągniętej rubieży: Dudylany, Nadarzyce, na płd. od Jeż. Businowskie Duże, Łaboki, 1 km na płd. od Będlina i Żabina, Łowicz Wałecki. ^{89/}

Jak wynikało z meldunków operacyjnych ogólne straty 1 armii w dniach 1-20 luty 1945 roku wynosiły: poległych - 3.130 żołnierzy, rannych - 5.905, zaginionych - 1.957, chorych ewakuowanych do szpitali - 349 ^{90/}.

/R. Dzipanow. 1 Armia WP w bitwie o Wał Pomorski. MON, Warszawa 1965, s. 128, 130-131.

/J. Błagowieszczkański. Analiza strat osobowych poniesionych c.d.strona 214.

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 20 do końca lutego nastąpiło zmniejszenie natężenia działań bojowych. Czas ten służba zdrowia wykorzystwała na poprawienie stanu sanitarno-epidemicznego oddziałów i jednostek służby zdrowia.

Rozpoznanie sanitarno-epidemiologiczne dróg marszu i rejonów walk, obok służby zdrowia dywizji i brygad, przeprowadzały również ruchome laboratoria SEG 1.

Poddano kontroli 227 osiedli i 1.860 gospodarstw wiejskich z 700 mieszkańcami /ludność ewakuowana przez nieprzyjaciela/. Zadanych zostało 677 źródeł wody, z tego zdyskwalifikowano 27 źródeł. Zaopatrzenie wojsk w wodę było dobre. Jednak część oddziałów, głównie 6 DP, będących w pierwszym rzucie korzystała na celów konsumpcyjnych z odkrytych źródeł wody /jeziora, rzeki/. W konsekwencji w dywizji tej zanotowano największą liczbę schorzeń zakaźnych przewodu pokarmowego.

Pracujące w Złotowie zgrupowanie polowych szpitali znalazło się w bardzo trudnych warunkach sanitarno-epidemicznych. Miasteczko to było w znacznym stopniu zniszczone i miało uniechęcomiony wodociąg miejski.

Niedostatek wody spowodował gwałtowne pogorszenie się stanu sanitarnohigienicznego w szpitalach.

Wśród rannych i chorych przebywających w szpitalach notowano do 50 % zawszenia. Z powodu braku wody nie dokonywano kąpieli żołnierzy i personelu. Dopiero dzięki sprawnej akcji 1 grupy

przez 1 AWP w operacjach lat 1944-45. Myśl Wojskowa 1967, 12, s.83-93.

Sanitarno-epidemiologicznej uruchomiono wodociąg i dokonano niezbędnych badań personelu i wody ^{91/}.

Do udziału w walce o poprawę stanu sanitarno-epidemicznego szpitali w Złotowie włączyła się również 4 kompania infekcyjno-kąpielowa, która od 6 do 21 lutego poddała kąpiele dezynsekcji umundurowania oraz bielizny osobistej 11.500 osób, głównie rannych i chorych ^{92/}.

Pracujące w tak trudnych warunkach szpitale, przepełnione ranymi i chorymi ponad stan etatowy, nie były w stanie zapewnić odpowiednich warunków sanitarnohigienicznych.

Trudności z wodą, mimo uruchomienia wodociągu w Złotowie, nadal utrzymywały się znacznie utrudniały pracę personelu szpitali i żaby zdrowia.

O rozmiarach wysiłku szpitali mogą świadczyć liczby, dotyczące najaktywniej pracującego w czasie walki o Wał Pomorski szpitala nr 6, który w czasie od 30 stycznia do 24 lutego przyjął 158 rannych ^{93/}, a stan obłożenia szpitala w tym czasie wahał się od 1.300 do 2.500 rannych.

Powyższe obiektywne warunki usprawiedliwiały w pewnym stopniu sytuację, jaką opisał w rozkazie szef PEP 1 ppłk Borys Ługowski ^{94/}, określając stan sanitarnohigieniczny szpitali jako nie

/ CAW III-4-919, k.185.

/ CAW III-4-909, k.86.

/ CAW III-4-917, k.327.

/ Fragment rozkazu szefa polowego punktu ewakuacyjnego nr 1: "Stan sanitarny terytoriów i sal chorych w szpitalach nie odpowiada minimalnym wymogom higieny. Terytorium zaśmiecone, pełne kału, ustępy nieodpowiednio utrzymane, korytarze i sale chorych zaśmiecone, chorych nie kąpano, na łóżkach brak przepisowych koców - najrozmaitszego pochodzenia pierzyny, materace i kołdry. Brak kontroli zawieszania, 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.

powiadający minimalnym wymogom higieny.

Personel szpitali, przeciążony pracą, zbyt mało uwagi poświęcał zagadnieniom higieny osobistej, żywienia i umundurowania rannych i chorych.

Zachorowalność na choroby zakaźne wojsk 1 armii WP w lutym 1945 roku przedstawia tabela 9.

Tabela 9

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP w lutym 1945r.

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań
Choroba błonkowa bakteryjna	34
Choroba brzuszna	14
Choroba rzekomy A	1
Choroba rzekomy B	4
Wstrząs pokarmowy	7
Choroba plamisty	10
Choroba błonkowa	7
razem	73
	150

CAW III-4-909, k.125 - 136.

Pogorszenie się stanu sanitarnohigienicznego 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.

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne i sanitarno-przeciwdemiczne armii w czasie walk o Wał pomorski to najtrudniejszy okres działalności służby zdrowia 1 armii WP. Przedstawiona poprzednio bezradność służby zdrowia w pierwszych dniach walki

czywałyby pozornie na nie w pełni dostateczne wywiązywanie służby zdrowia z postawionego przed nią zadania. Jednak w rzeczywistości tak nie było.

Do działań bojowych o Wał Pomorski armia przystąpiła bezpośrednio z marszu, w sytuacji gdy wojska operacyjne były oderwane od tyłów a w wielu wypadkach od tyłów taktycznych. Urządzenia i jednostki służby zdrowia rozproszone były na przestrzeni od Łowicza do Bydgoszczy. Przegrupowanie za wojskami sparaliżowane było brakiem środków transportowych i paliw. Bezradność służby zdrowia wynikała więc nie z braku umiejętności lecz z obiektywnych trudności od tej służby niezależnych.

Oceniając krytycznie działalność służby zdrowia należy stwierdzić, że opracowany przez szefa służby zdrowia armii plan zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego armii od dnia 30 stycznia 1945 roku był planem dobrze przemyślanym i w przypadku możliwości jego realizowania go zapewniłby prawidłowe funkcjonowanie służby zdrowia przez cały czas trwania działań bojowych.

Doświadczenia z okresu walk o Wał Pomorski są dowodem, że organy i jednostki służby zdrowia winny posiadać możliwości szybkiego przegrupowania się a zagadnienie sprawnych środków transportowych i zaopatrzenia w paliwa i smary dla służby zdrowia jest niemniej istotne jak zabezpieczenie w sprzęt i materiały sanitarny.

Zachowane dokumenty wskazują, że pomimo usterek w działalności żołnierzy służby zdrowia pracowali nadzwyczaj ofiarnie. Jednym z dowodów są liczne straty jakie poniosła w tych walkach również i służba zdrowia armii.

Armii WP w czasie operacji pomorskiej Armii Radzieckiej

/1-30.03.1945 r./

W związku z powodzeniem, jakie uzyskały wojska radzieckie w styczniu i lutym 1945 roku, dowództwo niemieckie utworzyło w końcu stycznia grupę armii "Wisła", która miała za zadanie wykonać uderzenie z Pomorza Zachodniego na skrzydło i tyły 1 Frontu Białoruskiego. Do walki z tą grupą skierowane zostały wojska 1 i 2 frontu Białoruskiego.

W celu zniszczenia grupy armii "Wisła" 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 oddziały dwóch dywizji niemieckich broniących rubieży: Nadarzyń, Swierczyna, Będolino, Smolne Góry, Żabin, Borujsko, rej. na płn. Łowicza Wałeckiego.

Zadaniem armii było prowadzenie operacji zaczepnej w pasie szerokości około 30 km, celem wdarcia się w obronę nieprzyjaciela na głębokość 18 km między Będlinem a Łowiczem Wałeckim. W pierwszym dniu operacji armia winna była opanować rubież: Wierzchołki, Lubieszewo, płd. skraj jeziora Lubie i kontynuować natarcie w kierunku na Złocieniec, Białogard.

W celu realizacji tego zadania dowódca armii utworzył dwa zgrupowania uderzeniowe: główne złożone z 1, 2 i pozostałej 3 DP, drugim rzucie 4 DP, jednego pułku 6 DP, 1 BK, 1 BPanc i artylerii działającej na kierunku przełamania oraz zgrupowanie działające na kierunku pomocniczym składające się z 3 DP i pozostałych oddziałów 6 DP.

W dniach 1-3 marca obrona niemiecka została przełamana i woj-

armii przeszły do pościgu. W dniach 6-7 marca związki tak-
żne 1 armii WP, wspólnie z oddziałami radzieckiej armii pan-
nej gwardii i 3 armii uderzeniowej zlikwidowały w rejonie
rdwina rozbite wcześniej oddziały 10 korpusu SS oraz Grupy
pusznej von Tetten i otrzymały zadanie wyjścia na wybrzeże
za Bałtyckiego w rejonie Kołobrzegu ^{95/}.

Jeszcze przed rozpoczęciem operacji, w dniu 23 lutego wpro-
zono zmiany i uzupełnienia do planu zabezpieczenia leczniczo-
kuacyjnego armii opracowanego w dniu 30 stycznia 1945 roku.

Szpitaly pierwszej linii, podporządkowane wydziałowi służ-
zdrowia armii znajdowały się w Wałczu w stanie zwiniętym ^{96/}.

Baza szpitalna armii rozmieszczona była w Złotowie, tam
niez znajdował się PRSzZ nr 5.

Szpitaly polowe miały za zadanie udzielenie rannym i chorym
ocy specjalistycznej a następnie o ile ich stan na to pozwalał
ygotowanie do ewakuacji do szpitali frontowych. Zasada ta nie
yczyła szpitala zakaźnego, który sprawował opiekę nad chorymi
ich zupełnego wyleczenia.

W toku działań, po 1 marca do zgrupowań jednostek służby
owia dotarły kolejne szpitale, znajdujące się dotychczas na
udnie i wschód od aktualnego terenu walk. Był wśród nich rów-
ż PRSzZ nr 4244.

Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne i sanitarno-przeciw-
demiczne na szczeblu taktycznym przedstawiało się następująco:
użkowe punkty medyczne wielokrotnie zmieniały rejony rozwi-
nięcia, rozmieszczając się głównie w lasach w namiotach w od-

Pomorska operacja 1945. Warszawa 1970, t.2, s.748-750.

S.Rochmankowski. Praca tyłów 1 AWP w okresie przygotowania
do operacji pomorskiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1965, 3/83/
s.70-77.

głości 2-3 km od rubieży styczności wojsk; stosunkowo naj-
zierszy zakres pomocy udzielany był w oddziałach 1 DP; wpły-
ęło na to największe doświadczenie bojowe służby zdrowia tej
dywizji;

dywizyjne punkty medyczne również wielokrotnie przegrupowywa-
y się pomimo niewielkiej głębokości działania; DMP-1 rozwijał
się kolejno w Starym Prochnowie i Lubieszewie, DMP-2 w Laskach,
Arbowie i Złocieńcu, DMP-3 w Szwecji, Machlinach i Czaplinku,
DMP-4 w Lubnie, Sośnicy i Drawsku, DMP-6 w Dębołęce i Siemczy-
nie.

Ewakuacja z PMP do DMP odbywała się sprawnie systemem "na
przebie". Natomiast ewakuacją z DMP kierował wysunięty oddział
1, który w tej operacji sprawował właściwą sobie rolę ewa-
kuacyjnego punktu rozdzielczego. Przez punkt ten przeszło 1988
ranionych i chorych, którzy według wskazań kierowani byli do odpo-
wiednich szpitali.

Pomimo tak zorganizowanego działania wystąpiły trudności w
ewakuacji medycznej z kierunku 2 DP, które sprawiły, że w dniu
6 marca w DMP tej dywizji znajdowało się 323 rannych i chorych^{97/}.

Mimo poniesionych przez wojska w trakcie działań bojowych
wielkich strat sanitarnych okres od 1 do 6 marca był jednym z naj-
bardziej zorganizowanych etapów pracy służby zdrowia 1 armii WP^{98/}.

Dzięki właściwemu dowodzeniu służbą zdrowia armii oraz ścis-
łej współpracy ze służbą zdrowia szczebla frontowego możliwe było
nie tylko częściowe wykorzystanie posiadanego potencjału łóżek szpi-
talnych i utrzymanie odpowiedniej rezerwy szpitalnej na dalsze
etapy operacji.

^{97/} Według meldunków dziennych. CAW III-4-908, k.b.n.

^{98/} R. Zabłotniak, Z. Kosztyła. Zabezpieczenie medyczne walk o Kołobrzeg w czasie II wojny światowej. Lekarz Wojskowy 1971, 5, s.483-488.

W związku z nowymi zadaniami otrzymanymi ze sztabu 1 Frontu Białoruskiego dowódca armii 6 marca wydał szereg rozkazów ustalających zadania dla związków taktycznych. W myśl tych zadań 7 marca działania bojowe w kierunku północnym miały kontynuować tylko 3 i 6 DP. Pozostałe dywizje miały pozostać na rubieżach oddalonych 25-30 km od wybrzeża.

7 marca oddziały 3 DP zajęły rejon: Karścino, Pobłocie Małe, Pobłocie Wielkie; natomiast oddziały 6 DP osiągnęły rejon: Lubice, Pławęcino, majątek Gościno kontynuując marsz w kierunku Pobrzegu, od którego dzieliło je około 17-20 km. Jak wynikało z decyzji dowódcy dywizji nie spodziewano się na tym kierunku większego oporu nieprzyjaciela.

W końcu dnia 7 marca dowódca 1 armii WP otrzymał nowe zadania, które przewidywały zluźnienie oddziałów radzieckich na wybrzeżu Morza Bałtyckiego i zajęcie obrony na odcinku od Kołobrzeg na zachód wzdłuż do Zalewu Kamieńskiego a następnie na południe wzdłuż rzeki Dziwnej i Zalewu Szczecińskiego aż do Stępnicy.

Zadania poszczególnych związków taktycznych armii przedstawiały się następująco:

- DP - do końca dnia 11 marca miała wyjść na wybrzeże Bałtyku i przejść do obrony na odcinku Kołobrzeg, Mrzeżyno,
- DP - od 11 marca winna była wyjść na wybrzeże Bałtyku przechodząc do obrony na odcinku Mrzeżyno, Łukęcin,
- 2 DP - od 11 marca miały wyjść na wschodni brzeg Zalewu Szczecińskiego przechodząc do obrony na odcinku Łukęcin, Stępnica,
- DP i 1 BK - winny były ześrodkować się jako odwód dowódcy armii w rejonie Golczewa i Gryfic,
- BPanc - otrzymała zadanie przejścia w podporządkowanie 1 armii

pancernej gwardii w celu wzięcia udziału w działaniach na kierunku Gdyni i Gdańska.

Realizacja zadań nie przebiegała zgodnie z planem. Oddziały napotkały silny opór nieprzyjaciela na południowo-zachodnim brzegu Kołobrzegu. W dniu 8 marca dowódca 3 DP otrzymał zadanie współdziałania z 6 DP w opanowaniu miasta. Rozpoczęły się krwawe walki w murach Kołobrzegu. 12 marca zapadła decyzja o skierowaniu do walki 4 DP oraz oddziałów wzmocnienia. Po zaciętych walkach o każdy dom Kołobrzeg został opanowany w dniu 18 marca 1945 roku.

W czasie walk o miasto 1 armia WP poniosła straty ogólne sięgające 12 % stanu osobowego a poszczególne związki taktyczne średnio od 15 % do 20 %^{99/}.

Wykorzystując przerwę w działaniach bojowych i dostosowując 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 niepomyślnie.

Wojska armii działały na obszarze o powierzchni około 400km², w którym znajdowało się kilkanaście miast o niepomyślnym stanie sanitarno-epidemicznym. Chaotyczna ewakuacja ludności spowodowała późniejsze wędrówki powracających uciekinierów, mieszających się na drogach z kolumnami wojsk i powracającymi z wyzwolonych terenów byłymi więźniami niemieckich obozów koncentracyjnych i niemieckich. Miasta były wyludnione, częściowo zniszczone, z niewyłącznymi urządzeniami wodno-kanalizacyjnymi. Na ulicach tych miast i na drogach zalegały nieuprzątnięte zwłoki ludzkie i zwierzęce.

99/ E.Jadziak. Walki 1 armii WP o Kołobrzeg 7-18.III.1945 r. Wojskowy Przegląd Historyczny 1959,2,s.42-53.

W marcu wśród miejscowej i napływowej ludności stwierdzono przypadków duru plamistego, 5 - duru brzuszego i 3 - czerwono-bakteryjnej ^{100/}. Chorych tych umieszczono w PRSzZ nr 5.

Powyższe okoliczności ukierunkowały działalność służby zdrowia na poprawienie stanu sanitarno-epidemicznego wojsk i rejonu.

23 marca 1945 roku wydany został rozkaz dowódcy armii "O oglądzie i doprowadzeniu do stanu sanitarnego rejonów jednostek wojskowych i urzędzeń armii" ^{101/}. Rozkaz ten nakazywał do-
kom ZT zorganizować przeprowadzenie czynności sanitarnohigienicznych i przeciwepidemicznych, mających na celu zapobieżenie wstępowaniu nowych ognisk chorób zakaźnych.

Niezmiernie istotnym posunięciem było również dokonanie porządku rejonu 1 armii WP między poszczególnymi związkami taktycznymi oddziały oraz polecenie doprowadzenia tych rejonów do należytego stanu sanitarnohigienicznego przy pomocy sił własnych i miejscowej ludności.

Przeprowadzenie kontroli wykonania rozkazu zostało zlecone dowódcy służby zdrowia armii, który w dniu 31 marca złożył w sprawie meldunek dowódcy armii ^{102/}.

W meldunku tym płk Salamonowicz przedstawił ogrom pracy, jaka została włożona w uporządkowanie terenu, ale jednocześnie wskazał, że nadal do wykonania pozostało wiele czynności sanitarnohigienicznych, zwłaszcza w takich miastach, jak Kołobrzeg i Świecie.

Szczególną opieką szef służby zdrowia armii otaczał przed-

10/ Sprawozdanie sanitarno-epidemiczne 1 armii WP za marzec 1945 r. CAW III-4-909, k.126.

11/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 014 z dnia 23.03.1945 r. CAW III-4-891, k.91-92.

12/ Meldunek płk.A.Salamonowicza do dowódcy armii. CAW III-4-912, k.38.

związki mające na celu podniesienie poziomu stanu sanitarno-epidemicznego w podległych szpitalach i jednostkach służby zdrowia 03/.

W przewidywaniu sezonowego nasilenia zachorowań na schorzenia zakaźne przewodu pokarmowego rozkazem dowódcy armii nr 014 z 23 marca nakazano przeprowadzenie szczepień ochronnych wojsk. W celu 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.

Niewywiążujących się należycie z postawionych zadań w zakresie organizacji szczepień i sprawozdawczości dowódca armii został ukarany w rozkazie z dnia 10 kwietnia 1945 r. 104/.

Następnym kierunkiem działalności przeciwepidemicznej służby zdrowia armii była walka z ząbszeniem, które z 0,45 % w styczniu, zwiększyło się do 1,1 % w marcu, a w niektórych oddziałach sięgało nawet 2,5 % do 3,0 % 105/.

W celu realizacji tego zadania do poszczególnych oddziałów skierowano agregaty kompanii dezynfekcyjno-kąpielowej oraz łaźni i pralnie polowe.

Mimo tych przedsięwzięć w marcu 1945 roku liczba przypadków zachorowań na choroby zakaźne w wojskach armii uległa zwiększeniu i przedstawiała się jak w tabeli 10.

Kliniczny przebieg duru brzuszego był bardzo ciężki i zmarło wtedy pięciu żołnierzy.

0/ Pismo płk. A. Salamonowicza do komendantów szpitali i dowódców jednostek służby zdrowia. CAW III-4-912, k. 962-965.

0/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0147-KG z dnia 10.04.1945 r. "O przebiegu kampanii szczepieniowej". CAW III-4-917, k. 551.

0/ CAW III-4-917, k. 252.

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP w marcu
1945 roku

Jednostka chorobowa	Liczba zachorowań
Czerwonka bakteryjna	16
Dur brzuszny	34
Dur rzekomy B	11
Zatrucie pokarmowe	17
Dur plamisty	16
Zimnica	$\frac{11}{43}$
R a z e m	148

CAW III-4-909, k. 127.

Izolacja zakaźnie chorych następowała wcześnie, 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 medyczno-sanitarnych około 200 km/, a w pierwszych dwóch dekadach marca jedynie ten szpital przyjmował zakaźnie chorych armii.

Natomiast PRSzZ nr 4244 rozpoczął pracę w Resku dopiero 20 marca przyjmując do końca miesiąca 58 chorych w tym 40 żołnierzy.

Wydział służby zdrowia dla pogłębienia wiedzy personelu, w dniach 10 i 11 kwietnia zorganizował w szpitalu nr 6 w Resku konferencję służby zdrowia 1 armii WP ^{106/}, poświęconą podsumowaniu doświadczeń z dotychczasowych działań bojowych w dziedzi-

6/ CAW III-4-912, k. 972-976.

organizacji zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk armii.

Z doświadczeń zdobytych w zakresie zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk w czasie operacji pomorskiej służba zdrowia armii i związków taktycznych wyciągnęła właściwe wnioski /załącznik nr 5/.

Pierwszy etap operacji trwający od 1 do 6 marca 1945 roku charakteryzował się planowym przebiegiem zabezpieczenia medycznego.

Drugi etap - walki o Kołobrzeg - charakteryzował się powstaniem znacznych trudności w zakresie ewakuacji medycznej i działalności służby zdrowia oddziałów oraz improwizowaniem nie zaplanowanych a mimo to słusznych decyzji. Szef służby zdrowia armii przemyślał w odwodzie odpowiednią ilość łóżek szpitalnych i umiejętnie nimi manewrował.

Trzeci etap działań związanych z pozostawaniem wojsk armii w obronie to kolejny przykład właściwej pracy organizacyjnej i umiejętnego przewidywania. W tym okresie szef służby zdrowia armii gromadził rezerwę łóżek szpitalnych w celu zabezpieczenia wojsk w czasie kolejnej operacji.

Różnorodność działania oraz dokonywane manewry siłami i środkami służby zdrowia mogą być przykładem właściwego rozwiązywania trudnych problemów zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk armii.

1 armii WP w czasie operacji berlińskiej Armii Radzieckiej

/16.04-6.05.1945 rok/

W pierwszych dniach kwietnia 1945 roku zapadła decyzja o rozpoczęciu operacji zaczepnej, mającej na celu ostateczne rozbienie wojsk niemieckich i zdobycie Berlina, a następnie osiągnięcie przez wojska radzieckie rubieży Łaby.

Poważne zadanie w tej operacji, zwanej operacją berlińską, przypadło wojskom 1 Frontu Białoruskiego, w składzie którego działała 1 armia Wojska Polskiego ^{107/}.

Etapem przygotowawczym operację berlińską było przegrupowanie wojsk. Siły główne 1 armii WP po przekazaniu obrony luzującym oddziałom radzieckim w dniu 13 kwietnia ześrodkowały się w rejonie Morynia.

12 kwietnia dyrektywa 1 Frontu Białoruskiego określiła zadania 1 armii WP w sposób następujący:

- o sforsowaniu Odry w rejonie Christiansaue w końcu pierwszego dnia operacji wyjść siłami głównymi nad Starą Odrę i uchwycić przyczółki na jej zachodnim brzegu,
- o drugim dniu operacji sforsować Starą Odrę i wyjść na rubież: Oberswalde, Gersdorf a następnie nacierać w kierunku: Klosterfelde, Sachsenhausen, Kremmen, Arneburg,
- o trzecim dniu operacji osiągnąć rubież: Marienwerder, Biesental,
- o czwartym dniu operacji osiągnąć rubież: Liebenwalde, Zahlenlopf,
- o jedenastym dniu operacji osiągnąć rubież Łaby na odcinku: Vulkan, Kietz.

7/ Artykuł wstępny: 25 letie wielikoj pobiedy. Wojenno-Miedy-cynskij Żurnał 1970,5.

Zadania te ulegały kolejnym korektom.

Plan operacji opracowany przez sztab armii przewidywał użycie w dwa rzuty. W pierwszym miały działać trzy dywizje (1, 2 i 3 DP), natomiast w drugim rzucie - dwie dywizje (4 i 6 DP) oraz 1 brygada kawalerii.

Po trwającym od 10 do 15 kwietnia okresie przygotowawczym następnych przegrupowaniach ukształtowało się następujące roz-
szczenie polowych ruchomych szpitali zakaźnych:

w rejonie PEP 1 podporządkowano PRSzZ nr 5 w Złotowie i PRSzZ nr 4244 w Resku,

wysuniętemu oddziałowi PEP 1 podporządkowany był wraz z innymi szpitalami PRSzW nr 3 w Trzcieńsku Zdroju, w którym rozwinięto oddział chorób zakaźnych na 120 łóżek /pracował do 30 maja 1945 roku 108/.

Działania bojowe armii rozpoczęły się od rozpoznania walką przeprowadzonego w dniu 14 kwietnia na odcinku działania 1 i 3

Rozpoznanie to powtórzono w dniu 15 kwietnia siłami wydzielonych oddziałów 1, 2 i 3 DP. W godzinach rannych 16 kwietnia oddziały 1 i 2 DP rozpoczęły forsowanie Odry.

W pierwszym etapie działań bojowych, trwającym od 16 do 19 kwietnia, wojska 1 armii WP sforsowały rzekę i przełamały obronę niemiecką w międzyrzeczu Odry i Starej Odry.

Szpitale armii w tym czasie nie dokonywały przegrupowań. Zostały w dotychczasowych rejonach swego rozwinięcia.

W drugim etapie operacji, trwającym od 20 do 24 kwietnia 1945 roku, wojska 1 armii WP przełamały drugi pas niemieckiej obrony nad Starą Odrą i kontynuując natarcie, do wieczora 24 kwiet-

10/ S.Krzemień. Przebieg działań bojowych oraz przegrupowanie tyłów 1 AWP w operacji berlińskiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1967, 2, /94/.

i przeszły do obrony na odcinku wzdłuż południowego brzegu Kanału Hohenzollernów i Kanału Ruppiner oraz od Kremmen przez Tietzen, Börnicke, Kienberg do Nauen.

W trzecim etapie operacji, trwającym od 25 do 30 kwietnia 1945 roku, wojska armii działały na zewnętrznym froncie okrążenia Berlina.

W dniach 25 i 26 kwietnia armia pozostawała w obronie na wyznaczonym odcinku zewnętrznego frontu okrążenia Berlina. W dniach 27-30 kwietnia prowadziła działania obronne i zaczepne, zmuszając się w linię obrony nieprzyjaciela ^{109/}.

Bataliony medyczno-sanitarne oddalające się od głównego skupienia szpitali polowych rozwiniętych na wschodnim brzegu rzeki, nie zawsze mogły liczyć na ich sprawną i skuteczną pomoc.

Niewielkie zgrupowanie szpitali rozwiniętych 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 dokonane zostały kolejne przemieszczenia szpitali, między innymi PRSzZ nr 5 przegrupowano do rejonu Bessenthal.

W ostatnim etapie operacji berlińskiej, trwającym od 1 do 6 maja 1945 roku, siłami działającymi w pierwszym rzucie 4 i 6 sforsowano Havelę, a następnie w pościgu za nieprzyjacielem oddziały tych dywizji dotarły do Łaby. 1 dywizja piechoty, przegrupowana do Berlina wzięła - obok 1 BM, 2 BAH i 6 batalionu pontonowo-mostowego - udział w szturmie stolicy III Rzeszy.

109/ Z. Stąpor. Operacja berlińska Armii Radzieckiej i udział w niej Wojska Polskiego. Wojskowy Przegląd Historyczny 1965, 12, s. 166-221.

Ze względu na niedobory w środkach transportowych i mps odległości między dywizyjnymi punktami medycznymi pierwszorzutowych związków taktycznych a zgrupowaniami szpitali armii znacząco się wydłużyły i niejednokrotnie przekraczały 100 km ^{110/}.

Pułkowe punkty medyczne najczęściej rozwijały się w namiotach, w lasach, w odległości 1,5 - 2 km od rubieży styczności walczących wojsk. Jednak wobec wysokiego tempa natarcia odległość powiększała się i w efekcie doprowadzało to do tego, że niektóre PMP przegrupowywały się kilkanaście razy w ciągu doby.

Pomimo, wynikającej z charakteru działań, dążności do zawężenia zakresu udzielanej pomocy w poszczególnych etapach ewakuacji medycznej, konkretna sytuacja związana z niedoborem środków transportowych i mps zmuszała do rozszerzania tego zakresu.

Podobnie i dywizyjne punkty medyczne na skutek wysokiego tempa natarcia wojsk rozwijały się na zwiększonych odległościach powyżej 15 km/. W efekcie czas dzielący dotarcie rannych do DMP od momentu zranienia wydłużał się i w ponad 50 % przypadków przekraczał ustalone zasadami doktryny wojenno-medycznej - 6 godzin.

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 pomyślnego 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 pomyślnym, miasto było

D/ J.Bończak. Wybrane aspekty zabezpieczenia medycznego operacji berlińskiej. Lekarz Wojskowy 1980,5-6.

mało zniszczone, posiadało czynne wodociągi i kanalizację, wśród ludności cywilnej występowały pojedyncze przypadki chorób zakaźnych,

W najbliższym rejonie, przyległym do zachodniego brzegu Odry, to teren częściowo zniszczonych miastach i osiedlach, wyludniony, z dużą ilością niepogrzebanych zwłok ludzkich i zwierzęcych /wyniszczenie związane z ewakuacją powodowało, że na tym terenie nie występowały choroby zakaźne/,

Czwarta strefa, położona na zachód od szosy Wrietzen - Bad - Reienwalde, mało zniszczona wobec szybkiego tempa natarcia wojsk, jednak ze względu na rozmieszczenie w tym terenie obozów koncentracyjnych występowało tam szereg chorób zakaźnych przewodu pokarmowego, głównie wśród więźniów obozów Oranienburg-Sachsenhausen oraz wśród powracających repatriantów i uchodźców ^{111/}.

Tak scharakteryzowany rejon przedstawiał pewne niebezpieczeństwo rozwoju chorób zakaźnych w wojskach 1 armii WP, zwłaszcza w okresie wiosny i lata, wobec pory roku sprzyjającej występowaniu chorób zakaźnych przewodu pokarmowego.

Wydział służby zdrowia armii podjął szereg przedsięwzięć organizacyjnych do zapobieżenia występowaniu tych chorób.

W efekcie powyższego nastąpiło wzmożenie działalności sanitarno-przeciwepidemicznej SEG 1 ^{112/}, wyrażające się w wykonaniu szeregu badań laboratoryjnych i intensyfikacji rozpoznania tere-

1/ Sprawozdanie sanitarno-epidemiologiczne 1 armii WP za miesiąc kwiecień 1945 r. CAW III-4-909, k.146.

2/ 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-przeciwepidemiczna SEG 1 była mniej intensywna. CAW III-4-909, k.196.

Mimo to, szczególnie w kwietniu, w wojskach armii wystąpiły liczne zachorowania na dur brzuszny.

Zachorowalność na choroby zakaźne wojsk 1 armii WP w kwietniu i maju 1945 roku przedstawia tabela 11.

Tabela 11

Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP w kwietniu i maju 1945 roku

Jednostka chorobowa	Kwiecień	Maj
Czerwonka bakteryjna	14	4
Dur brzuszny	95	39
Dur rzekomy A	1	-
Dur rzekomy B	8	12
Zatrucie pokarmowe	83	5
Dur plamisty	2	2
Zimnica	$\frac{15}{72}$	$\frac{11}{46}$
Płonica	1	-
Błonica	1	-
Bruceloza	-	1
R a z e m	292	120

CAW III-4-909, k.173-184.

Przyczyną tak gwałtownego zwiększenia liczby zachorowań na dur brzuszny było między innymi:

związku z uzupełnianiem stanów osobowych, skierowanie żołnierzy w okresie inkubacji z Białegostoku do 3 pułku zapasowego /11 przypadków chorobowych/,

był późne rozpoznanie choroby oraz niesprawne przeprowadzenie hospitalizacji /14 przypadków w 20 pappanc/,

nie posiadanie skutecznego preparatu uodporniającego ^{113/}.

W związku ze zwiększoną zachorowalnością na choroby zakaźne przewodu pokarmowego, dowódca armii wydał rozkazy: nr 0166 i nr 057 nakazujące wzmożenie nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego ^{114/}.

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 ^{115/}.

Problemem, który obok chorób zakaźnych stanowił przedmiot szczególnej troski szefa służby zdrowia armii, były choroby weneryczne. Wprawdzie w wojskach 1 armii WP sytuacja pod tym względem była dotychczas dobra, to jednak zwiększająca się ostatnio liczba zachorowań spowodowała ponowne zwrócenie uwagi na te schorzenia. Zagadnieniu zwalczania chorób wenerycznych poświęcony został specjalny rozkaz dowódcy armii polecający karać tych wszystkich, którzy dopuścili, zwłaszcza świadomie, do zakażenia ^{116/}.

-
- 13/ Spośród 95 chorych na dur brzuszny 73 było uprzednio poddanych szczepieniu szczepionką NIISI. Spośród 9 zmarłych z powodu tej choroby aż 7 miało wykonane powyższe szczepienie. CAW III-4-909, k.148.
- 14/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0166-KG z 22.04.1945 r. "O spóźnionej izolacji i szpitalizacji chorych w 20 pappanc". CAW III-4-894, k.74. Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0167-KG z 22.04.1945r. "O środkach walki z chorobami zakaźnymi przewodu pokarmowego, na przykładzie 20 pappanc, 2 bsam i 3 bsam." CAW III-4-894, k.75.
- 15/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 00180 z 29.04.1945r. "O przeprowadzeniu zwiadu wszystkich medycznych laboratoriów, instytutów, aptek, składów i zakładów leczniczych". CAW III-4-894, k.80.
- 16/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP 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 karać szeregowych 1-2 miesiącami kompanii karnej, a sprawy oficerów kierować do sądu wojskowego. CAW III-4-894, k.78.

poza tym nakazujący podjęcie czynności profilaktycznych ^{117/}.

W innym rozkazie dowódcy armii, poświęconym zagadnieniu czujności przeciw aktom dywersyjnym nieprzyjaciela ^{118/}, polecono traktować każdy przypadek zarażenia się chorobą weneryczną jako sabotaż i współpracę z nieprzyjacielem.

Mimo słuszných intencji, które podyktowały takie postawienie sprawy, należy wątpić, czy z lekarskiego punktu widzenia było to właściwe. Jeśli odstraszało w jakimś stopniu od lekkomyślnego narażania się na zakażenie, to jeszcze bardziej odstraszało od podjęcia się leczenia w obawie przed sankcjami karnymi, a to z kolei spowodowało powikłania i dalsze rozszerzanie się zakażeń.

W materiałach dostępnych autorowi nie zachowały się ślady dotyczące jakichkolwiek wniosków karnych w tej sprawie ^{119/}.

Problematyka zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk 1 armii WP w czasie operacji berlińskiej jest szczególnie interesująca.

Znaczna różnorodność działań bojowych prowadzonych w stosunkowo krótkim czasie trwania operacji spowodowała konieczność częstego dostosowywania się służby zdrowia do nowych warunków działania wojsk. Z zadania tego wydział służby zdrowia armii wywiązał się należycie. Podejmowane decyzje były przemyślane a ich realizacja odpowiadała aktualnie istniejącym możliwościom. Okresowo była stosowana ewakuacja rannych i chorych drogą powietrzną, jednak

117/ J.Bończak, J.Malewicz. Choroby weneryczne w armiach na przestrzeni wieków. Lekarz Wojskowy 1974, 7, s.591-595.

118/ Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0172-KG z 27.04.1945 r. "O wzmożeniu czujności przeciw dywersyjnym aktom nieprzyjaciela" nakazywał 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.

119/ T.Brzeziński. Służba zdrowia 1 armii Wojska Polskiego. Studium zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego. Biuletyn WAM 1972, z.15, s.252.

miła ona charakter sporadycznych lotów. Głównymi środkami ewakuacji były pociągi sanitarne i transport kołowy wspomagany niekiedy transportem konnym.

Działalność szpitali armii charakteryzowała się właściwą organizacją, która pozwoliła na osiągnięcie dobrych wyników leczenia 120/.

120/ R. Zabłotniak, Z. Kosztyła. Zabezpieczenie medyczne oddziałów Wojska Polskiego w walce o Berlin w 1945 r. Lekarz Wojskowy 1968, 2, s. 144-147.

zasię przegrupowania 2 armii WP w rejon Wzgórz Trzebnickich

W rezultacie rozpoczętej w połowie stycznia 1945 roku ofensywy zimowej Armii Radzieckiej do końca lutego wyzwolone zostały obszary naszego kraju położone na zachód od Wisły. Dzięki temu zaistniały warunki do przegrupowania wojsk 2 armii WP. 28 stycznia całość sił armii rozpoczęła przegrupowanie i do 5 lutego ześrodkowała się w rejonie Łodzi, Piotrkowa i Kutna. W tym samym czasie 1 korpus pancerny przesunięty został do rejonu Żydowa, 2 dywizja artylerii do Radomia a 1 samodzielna brygada moździerzy do miejscowości Piątek pod Łęczycą ^{121/}.

20 lutego 2 armia WP /w skład której włączono: 10 dywizję piechoty, 16 brygadę pancerną i 5 pułk czołgów ciężkich/, 1 korpus pancerny, 2 dywizja artylerii i 1 samodzielna brygada moździerzy zostały podporządkowane operacyjnie dowódcy 1 Frontu Białoruskiego i jako odwód frontu ześrodkowały się na południowych krańcach Pomorza Zachodniego w okolicy Krzyża, Choszczna, Barankowa, a następnie Gorzowa Wielkopolskiego i tam pozostawały do 20 marca. 2 dywizja artylerii i 1 samodzielna brygada moździerzy przegrupowały się do miejscowości Człopa, po czym w końcu lutego zostały przesunięte do rejonu Drawna i podporządkowane Radzieckiej 3 armii uderzeniowej ^{122/}.

19 marca 1945 roku 2 armia WP przeszła pod rozkazy dowódcy Frontu Ukraińskiego i jako jego drugi rzut operacyjny do końca marca przegrupowała się do rejonu Wzgórz Trzebnickich na pół-

1/ Wojna wyzwolenicza narodu polskiego 1939-1945. Warszawa 1963, s. 594.

2/ Tamże, s. 595.

od Wrocławia ^{123/}. W ciągu dwóch miesięcy /28.01-29.03.1945r./
działki taktyczne i oddziały 2 armii WP przebyły marszem 610-825
osiągając średnie tempo 35-40 km/dobę w dzień i 25-39 km/dobę
nocy ^{124/}.

Pomimo dużego wysiłku dowództwa i kwatermistrzostwa armii
nie udało się przygotować wszystkich jednostek i urzędzeń służby
zdrowia, przed wyruszeniem z ośrodków formowania, do pracy w warun-
kach bojowych. Głównymi przyczynami było niedostateczne wyposa-
żenie w środki transportu samochodowego, braki paliwa oraz trud-
ne warunki atmosferyczne.

Część jednostek i urzędzeń służby zdrowia pozostała daleko
za tyłem od zasadniczego rejonu rozmieszczenia tyłów armijnych, od-
ległych nawet około 500 km. W tych warunkach dowodzenie nimi by-
ło bardzo utrudnione a racjonalne wykorzystanie wręcz niemożliwe.

Analizując całokształt przegrupowania jednostek i urzędzeń
służby zdrowia 2 armii WP z lubelszczyzny do rejonu Wzgórz Trzeb-
ekich należy stwierdzić, że zawsze rozmieszczały się one w blis-
szej odległości w stosunku do miejsc ześrodkowania oddziałów i
działek taktycznych armii. Takie rozmieszczenie podyktowane by-
ło sytuacją operacyjną oraz przy niedostatecznej ilości środków
transportowych stwarzało możliwości skracania ramienia ewakuacji
medycznej. Zapewniało to również należyłą obronę przed działaniem
nieprzyjaciela.

Stan ukończenia jednostek i urzędzeń służby zdrowia 2
armii WP w dniu 1 lutego 1945 roku przedstawia tabela 12.

123/ Z. Raźnikiewicz. Gęstości operacyjno-taktyczne i tempo dzia-
łań wojsk w operacji łużycko-praskiej 2 armii WP. Myśl Woj-
skowa, z. 4, 1962, s. 87.

124/ Tamże, s. 87.

Ukończenie jednostek i urzędzeń służby zdrowia 2 armii WP
w dniu 1.02.1945 r. 125/

Wyszczególnienie	Stan		Procent ukończenia
	etatowy	faktyczny	
Oficerowie	644	313	48
Podoficerowie	381	211	55
Podlegacy	1419	1115	79
r a z e m	2444	1639	67
Samochody ciężarowe	117	48	41
Samochody sanitarne	83	10	12
r a z e m	200	58	29
Łóżka szpitalne	5200	1900	37

W czasie wymarszu z rejonu formowania 2 armia WP posiadała następujące szpitale polowe:

zespół polowych ruchomych szpitali chirurgicznych po 200 łóżek każdy,

dwie polowe ruchome szpitale wewnętrzne po 100 łóżek każdy,

polowy ruchomy szpital dla lekko rannych na 500 łóżek,

dwie polowe ruchome szpitale zakaźne po 100 łóżek każdy.

2 armia WP dysponowała więc jedenastoma szpitalami o etatowej liczbie 2.100 łóżek. Faktycznie rozwinięto 1.900 łóżek, z czego 688 łóżek było obłożonych 126/. W szpitalach zakaźnych armia posiadała 200 łóżek.

Poważnym problemem był brak średniego i pomocniczego perso-

5/ Meldunek szefa sztabu 2 armii WP o stanie bojowym.
CAW III-5-147, k.300-302.

5/ Sprawozdanie kwatermistrza 2 armii WP.
CAW III-5-424, k.67.

...służby zdrowia a przede wszystkim pielęgniarek i felczerów
...mały procent ukończenia w transport ogólnego przeznaczenia i samochody sanitarne ^{127/}.

26 stycznia 1945 roku w celu usprawnienia działalności oraz określenia wagi zabezpieczenia medycznego wojsk w obliczu czekających trudnych zadań, służba zdrowia Wojska Polskiego a w tym 2 armii WP podporządkowana została na wszystkich szczeblach organizacyjnych bezpośrednio dowódcom ^{128/}. W myśl tego rozkazu szef wydziału służby zdrowia 2 armii WP powinien utrzymywać ścisły kontakt z kwatermistrzem armii i współdziałać z nim w zakresie przegrupowania i rozmieszczenia jednostek i urzędzeń służby zdrowia w strefie tyłów armii oraz w zakresie zaopatrzenia materialowego i transportu.

Przegrupowanie szpitali armijnych do nowych rejonów odbywało się po uprzednim wyewakuowaniu rannych i chorych do szpitali armii WP, NDWP w Otwocku a później do szpitali radzieckich 1 frontu Ukraińskiego w Oleśnicy ^{129/}.

Pion sanitarno-przeciwepidemiczny służby zdrowia w czasie długich marszów zdobywał doświadczenie w zakresie zwijania i rozbijania swoich jednostek i urzędzeń, co okazało się niezwykle pomocne w przyszłych działaniach bojowych.

Zgodnie z rozkazem Naczelnego Dowódcy WP nr 114 z 16.11.1944 r. oraz dowódcy 2 armii WP nr 085 z 21.03.1945 roku prze-

7/Sprawozdanie szefa służby zdrowia 2 armii WP.CAW III-5-451,k.2.

8/Rozkaz NDWP nr 16/Org.z 26.01.1945 r. Wyłączenie służby zdrowia spod kompetencji kwatermistrza nie trwało długo /styczeń-kwiecień 1945r./ i prawdopodobnie spowodowane było analogicznym posunięciem organizacyjnym w Armii Radzieckiej.
CAW III-5-435,k.23.

9/Sprawozdanie szefa PEP 3.21 PRSZW oraz 8 i 9 ChPSZR wydzielone zostały jako wzmocnienie 1 armii WP.Jednak z uwagi na ich odległe położenie w stosunku do walczących wojsk /250 km/ nie brały one udziału w zabezpieczeniu 1 armii WP w czasie walk o przełamanie Wału Pomorskiego. CAW III-5-450,k.2.

Przewadzano szczepienia przeciw durowi brzuszemu, durom rzekomym B oraz czerwonce bakteryjnej całego stanu osobowego 2 armii WP. Szczepienia jesienne zakończono 15 grudnia 1944 roku a wiosenne 15 maja 1945 roku. Za sprawne i terminowe przeprowadzenie szczepień odpowiedzialni byli dowódcy jednostek wojskowych. Szczepienia te przeprowadzono na podstawie instrukcji opracowanej przez głównego epidemiologa WP majora Winogradowa i szefa wydziału sanitarno-epidemiologicznego departamentu służby zdrowia WP pułkownika Kornela Mikulewicza a zatwierdzonej przez szefa departamentu służby zdrowia WP pułkownika Jana Wołosiewicza. Instrukcja przewidywała również szczepienia przeciw durowi plamistemu, nie przeprowadzono ich jednak ze względu na brak szczepion-

Pion sanitarno-przeciwepidemiczny służby zdrowia armii szczególną uwagę zwracał na problem zwalczania wszawicy wśród wojsk^{130/}. Mimo uruchomienia olbrzymim wysiłkiem polowych łaźni i komór dezynfekcyjnych stopień zawszenia żołnierzy 2 armii WP był niepokojący^{131/}. Znaczącą rolę w walce z wszawicą odegrały również sanitale polowe^{132/}.

1) Sprawozdanie szefa służby zdrowia 2 armii WP za listopad i grudzień 1944 r. CAW III-5-451, k.6.

2) 1 listopada 1944 r. procent zawszenia w 5 DP wynosił 9,2%, w 7 DP - 18%, w 8 DP - 16%. Szczególnie groźna sytuacja była w 9 DP w której stwierdzono aż 65,3% zawszenia. W pułkach tej dywizji było zbyt mało łaźni w związku z czym żołnierze nie byli kąpani przez 3-4 tygodnie. Dzięki energicznej akcji służby zdrowia już 23.11.1944 r. zawszenie w 9 DP spadło do 5,2%. Do walki z wszawicą włączył się również aparat dowódczy i polityczny. CAW Gł.Kwat., t.2016, k.1.

3) Komendant 28 PRSzLR mjr Mikołaj Kolesow dzień pracy rozpoczął odprawa z lekarzami na której przede wszystkim omawiał problem zawszenia rannych. W myśl jego wytycznych ordynatorzy wraz z personelem oddziału obowiązani byli przeprowadzać codzienne przeglądy żołnierzy w poszukiwaniu wszy. Znalezienie chociażby jednej wszy zmuszało do osobistego meldowania się u komendanta szpitala i podania szczegółowych przyczyn tego stanu.

Żołnierzom którzy poprzedniego roku chorowali na zimnicę podano chininę lub akrychinę.

W czasie realizacji przedsięwzięć sanitarno-przeciwepidemicznych nie uniknięto również błędów. Pion sanitarno-przeciwepidemicznej służby zdrowia armii swoją uwagę skoncentrował głównie na zabezpieczeniu sanitarno-przeciwepidemicznym poszczególnych związków taktycznych, nie w pełni uwzględniając potrzeby pozostałych jednostek armii. W celu zmiany zaistniałej sytuacji kwatermistrz armii wydał rozkaz nr 81 w którym polecił podporządkować szefowi służby zdrowia 2 armii WP łaźnie i pralnie polowe pracujące dotychczas na rzecz dywizji. Od tej pory pion sanitarno-przeciwepidemicznej służby zdrowia armii mógł nimi dysponować w miarę ujawniania ognisk zagrożenia epidemicznego.

Kąpiel żołnierzy i pranie bielizny osobistej odbywające się co 10 dni oraz dezynsekcja umundurowania stanowiły jeden z ważnych elementów walki z wszawicą. Pranie bielizny zapewniały obok pralni pułkowych, pralni samodzielnych jednostek również trzy dodatkowe pralnie polowe. Brak odpowiedniej ilości stałych łaźni oraz trudności związane z uzyskaniem urządzeń dezynfekcyjno-kąpielowych zmuszały do budowy polowych łaźni i komór dezynfekcyjnych^{133/}. Sposób realizacji tych przedsięwzięć nakazywał rozkaz dowódcy 2 armii WP nr 81 z 30.12.1944 roku^{134/}.

W ramach profilaktyki ostrych chorób zakaźnych przewodu pokarmowego pierwszoplanową rolę odgrywało zapewnienie żołnierzom dobrej wody do celów konsumpcyjnych.

133/ Zgodnie z rozkazem kwatermistrza 2 armii WP nr 20 z 28.01.1945 r. za organizację pracy łaźni, komór dezynfekcyjnych i pralni odpowiedzialni byli dowódcy związków taktycznych i samodzielnych jednostek. CAW III-5-423, k.52.

134/ CAW III-5-456, k.25.

Rozpoznaniem epidemiologicznym armii objęto 118 miejscowości. Przeprowadzono 158 badań laboratoryjnych wody i 137 badań produktów spożywczych.

Dzięki danym uzyskanym z rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego służby zdrowia 1 Frontu Ukraińskiego na terenach opuszczonych przez Niemców stwierdzono obecność ognisk duru brzusznej i możliwość skażenia chemicznego oraz zakażenia bakteriologicznego źródeł wody. W związku z tym dowódcy związków taktycznych, pułków wojsk i służb zostali zobowiązani, aby do 19.03.1945 roku wyznaczyli oficerów odpowiedzialnych za zaopatrywanie wojsk w wodę 135/. Oficerem odpowiedzialnym za organizację zaopatrzenia wojsk armii w wodę wyznaczony został major inżynier R. Sokołowski sztabu wojsk inżynieryjnych. Rozkaz powyższy w sposób jasny i zdecydowany określał ważność problemu zaopatrywania wojsk w wodę. Naczelnym Dowódcą WP w rozkazie nr 47 136/ wiele uwagi poświęcił sprawie wody do celów konsumpcyjnych 137/.

/Rozkaz dowódcy 2 armii WP nr 50 z 18.03.1945 r. "W sprawie korzystania ze źródeł wody na terenach Niemiec".
CAW III-5-179, k.87.

/Rozkaz NDWP nr 47 z 22.03.1945 r. "W sprawie niewłaściwego stanu sanitarnohigienicznego wojsk".

/Rozkaz ten wyraźnie określał:

1. "Zaopatrywać stan osobowy jednostek w dobrą wodę".
2. "Używać wody do picia tylko ze studni odpowiednio urządzonych i zbadanych pod względem przydatności wody do picia. Nie wolno używać wody ze źródeł odkrytych jak jeziora, stawy itd.

Chlorować wodę w studniach i beczkach lub innych naczyniach potrzebnych dla jednostki.

Postawić wartę przed źródłami zaopatrzenia w wodę.

Wydać całemu stanowi osobowemu jednostek czynnych manierki lub flaszki.

W jednostkach czynnych wydać do indywidualnego zaopatrzenia pantocid - w pierwszej kolejności wywiadowcom, saperom i grupom specjalnego przeznaczenia.

Zabronić na terenach opuszczonych przez nieprzyjaciela używania wody bez zezwolenia służby zdrowia.

Postawić na wysokim poziomie stan sanitarny kuchni, bloków żywnościowych przez zorganizowanie mycia menażek gorącą wodą, likwidowanie much, kontrolę ustępów itd.

Eliminować z pracy w bloku żywnościowym osoby, które w ostatnich dwóch latach chorowały na dur brzuszny, czerwonkę

c.d.strona 243

Szefowie służby inżynieryjnej dywizji współpracowali z pionem sanitarno-przeciwpidemicznym służby zdrowia w zakresie wy-
krywania źródeł wody, nadzoru sanitarnohigienicznego oraz organiza-
cyjnego zaopatrywania wojsk w wodę.

Rozkaz dowódcy 2 armii WP nr 73 ^{138/} stanowił podstawę or-
ganizacyjną do działalności pionu sanitarno-przeciwpidemicznego
służby zdrowia armii. Na tej podstawie opracowana została rów-
nież instrukcja "O zakresie pracy sanitarnej dla instruktorów sa-
nitarnych, felczerów batalionowych, lekarzy samodzielnych jedno-
stek i epidemiologów dywizji".

Największy wysiłek organizacyjny w czasie formowania armii
miał miejsce w porze jesienno-zimowej na przełomie 1944 i 1945
roku. W tym okresie jeden raz w miesiącu przeprowadzano badania
profilaktyczne wszystkich podoficerów i szeregowców. Badania te
dotyczyły się w celu wykrycia chorób zakaźnych, odmrożeń i tak
ieżych chorób z przeziębienia. Zgodnie z rozkazem nr 138 z 14.
1944 roku o stwierdzonych chorobach zakaźnych meldowano do-
wódcy armii jako o wypadkach nadzwyczajnych ^{139/}.

Niedopełnienie obowiązków w zakresie przestrzegania przepi-
sów sanitarno-przeciwpidemicznych pociągało za sobą kary dyscy-
plinarne również w stosunku do oficerów pionu polityczno-wycho-
wawczego jak i dowódczego. Na przykład dowódca armii w rozkazie
nr 32 z 14.03.1945 roku ukarał zastępcę dowódcy 12 DP do spraw
polityczno-wychowawczych i dowódcę 41 pułku piechoty za nieprze-
strzeganie tych przepisów przez personel zespołu żywnościowego
pułku ^{140/}.

i cierpiących na biegunkę /nosicieli chorób zakaźnych/.

Zorganizować we wszystkich jednostkach izolatory składa-
jące się z dwóch oddziałów: dla gorączkujących i cierpiących
na biegunkę".

8/Rozkaz dowódcy 2 armii WP nr 73 z 13.04.1945 r. "W sprawie
profilaktyki schorzeń żołądkowo-jelitowych".

9/CAW III-5-446, k.26.

10/CAW III-5-453, k.88.

W czasie zbliżania się wojsk 2 armii WP do strefy działań wojennych w osiedlach wykryto masowe zachorowania zakaźne wśród zwierząt na nosaciznę, pryszczycę u bydła rogatego oraz pomór i szpicę u trzody chlewnej. Zaistniała konieczność zastosowania środków zapobiegawczych, aby nie dopuścić do przenikania a na - nie rozprzestrzeniania się zwierzęcych chorób zakaźnych w jednostkach wojskowych. 28 marca 1945 roku dowódca armii wydał rozkaz w którym nakazał dowódcom oddziałów i związków taktycznych przedsięwziąć odpowiednie środki zapobiegawcze ^{141/}.

Zachorowalność na choroby zakaźne w wojskach 2 armii WP w czasie przegrupowania przedstawia tabela 13.

Tabela 13

Zachorowalność na choroby zakaźne w 2 armii WP
/styczeń - marzec 1945 r./

Jednostka chorobowa	Styczeń	Luty	Marzec
tyfus szkarlatynowy	1	1	2
tyfus brzusznym	3	3	15
tyfus rzekomy	A		1
	B		1
otrucie pokarmowe	4	4	9
tyfus plamisty	11	9	11
tyfus szkarlatynowy	świeża	7	4
	nawrotowa	8	12
tyfus szkarlatynowy	1		
tyfus szkarlatynowy	1		
tyfus szkarlatynowy zap. opon m.-r.		1	1
Brucelloza			1
Łącznie	30	37	48

CAW III-5-447, k.b.n.

4/Rozkaz dowódcy 2 armii WP nr 62 z 28.03.1945 r. Dane o istnieniu na tych terenach zwierzęcych chorób zakaźnych uzyskano drogą wywiadu agenturalnego oraz na podstawie dokumentów po- c.d.strona 245.

Żywnienie wojsk armii oraz nadzór sanitarny nad żywnieniem organizowane były prawidłowo, aczkolwiek w niektórych oddziałach przygotowywane posiłki były mało urozmaicone i zawierały małe ilości jarzyn oraz owoców.

Wyposażenie żołnierzy w przedmioty mundurowe było niedostateczne. Około 60 % stanu osobowego armii nie posiadało ciepłej odzieży, 25 % obuwia a w niektórych oddziałach nawet 50 % wymagało natychmiastowej naprawy. Około 10 % żołnierzy nie posiadało pełnego umundurowania i nie mogło brać udziału w szkoleniu. Wskutek braku mundurów i obuwia pozostawiała w rejonie powołania 985 ludzi.

Zadania związane z wykonaniem marszu przez armię realizowały się w bardzo trudnych warunkach atmosferycznych. Silny mróz, silny wiatr oraz obfite opady śniegu wymagały od żołnierzy dużego hartu i poświęcenia. Dotrzymanie zaplanowanych głównych celów dowodzi, że ten poważny egzamin gotowości bojowej i tężyzny fizycznej wypadł zadowalająco. Wysiłek ten nie sprzyjał jednemu utrzymaniu na wysokim poziomie stanu sanitarnohigienicznego. Wystąpiły liczne zachorowania, głównie na tak zwane choroby zeszpełnienia /22,7 %/ oraz na choroby skórne /25,3 %/ a wśród nich na świerzb i ropne zapalenia skóry. W okresie tym zanotowano również jedenaście przypadków śmiertelnych ^{142/}.

Stan sanitarno-epidemiczny wojsk armii w czasie marszu był ciężki.

Służba zdrowia 2 armii WP borykała się w tym czasie z wieloma trudnościami natury organizacyjnej, materiałowej jak również

pozostawionych przez wycofujące się wojska nieprzyjaciela.
CAW III-5-168, k.137.

2/ Wśród nich: 3-zapalenia płuc, 1-czynnej gruźlicy płuc, 3-powikłania nerczycy, 1-przypadkowego zranienia i 3 -zatrucia denaturatem. CAW III-5-481, k.51.

skleniowej. Personel lekarski, średni oraz pomocniczy nie posiadał odpowiedniego zasobu wiadomości teoretycznych jak i praktycznych z zakresu medycyny wojskowej^{143/}. Dlatego też drogą załączenia indywidualnego, szkolenia fachowego i konferencji naukowych oraz praktyk w szpitalach 1 armii WP personel lekarski, sanitarny i pomocniczy nabierał doświadczenia i przyswajał najnowozdobyte medycyny wojskowej stosowanej w Armii Radzieckiej.

143/ Chirurgia polowa, interna polowa, higiena i epidemiologia wojskowa oraz inne dziedziny medycyny wojskowej.

armii WP w czasie operacji berlińskiej Armii Radzieckiej

/16.04-6.05.1945 r./

W związku z planowaną operacją berlińską Armią Radzieckiej Armia WP otrzymała zadanie wzięcia udziału w natarciu w składzie 1 Frontu Ukraińskiego. Wymagało to kolejnego przegrupowania wojsk armii do rejonu wyjściowego nad Nysę Łużycką.

Po pięciu dobach marszu, 9 kwietnia 2 armia WP ześrodkowała w rejonie: Łąka, Gozdowice, Parowa. W nocy z 10 na 11 kwietnia 2 armia WP zluzowała jednostki radzieckie 13 armii na odcinku: Botów, folwark Wysokie gdzie przeszła do obrony ^{144/}.

W tym czasie przegrupowały się również jednostki i urzędy służby zdrowia 2 armii WP. Szpitale pierwszej linii do rejonu w pobliżu dywizyjnych punktów medycznych a szpitale drugiej linii na rubież: Żagań, Świętoszów, Stara Wieś. Wydział służby zdrowia 2 armii WP zwracał baczna uwagę na stan sanitarno-epidemiczny wojsk, aby nie dopuścić do występowania i szerzenia się chorób zakaźnych. Niezmiernie rygorystycznie realizowane były przedsięwzięcia związane z rozpoznaniem epidemiologicznym w stosunku do ludności cywilnej i miejscowości na trasach marszu wojsk. Względem na duże zniszczenia wodociągów, zaopatrywanie wojsk w wodę było utrudnione ^{145/}. Wzmógł się również nadzór sanitarny nad żywieniem i zaopatrywaniem wojsk w wodę.

8 kwietnia 1945 roku 2 armia WP otrzymała następujące zadanie bojowe: zgrupowaniem w sile trzech dywizji piechoty, kor-

4/ K.Kaczmarek. W bojach przez Łużyce. Warszawa 1965, s.22-23.

5/ Sprawozdanie z działalności sanitarno-profilaktycznej w 2 armii WP.
CAW III-5-474, k.11.

pancernego ^{146/}, dywizji artylerii i środków wzmocnienia
prować Nysę Łużycką i przełamać obronę nieprzyjaciela na od-
Rothenburg, flw. Wysokie oraz prowadzić natarcie w ogólnym
unku: Rothenburg, Welka, Drezno ^{147/}.

Północna część terenu w pasie działania armii pokryta była
ym masywem leśnym. Natomiast część południowa obfitowała w
e jeziora połączone kanałami. Należało liczyć się z tym, że
rzyjaciel wycofując się zniszczy mosty i przepusty na drogach,
ogło przysporzyć wiele trudności w ewakuacji rannych i cho-

Stan sanitarno-epidemiczny terenu na zachód od Nysy Łużyc-
e był pomyślny.

Dowódca 2 armii WP generał dywizji Karol Świerczewski po
prowadzeniu analizy zadania i ocenie położenia zdecydował
ne uderzenie wykonać siłami 8 i 9 dywizji piechoty w pierw-
rzucie, wspartych większością artylerii i 5 dywizji piecho-
drugim rzucie, sforsować Nysę Łużycką i przełamać obronę nie-
jaciela na południe od Rothenburga na wąskim czterokilome-
ym odcinku. W pozostałej części pasa natarcia 7 i 10 dywizją
choty prowadzić działania wiążące ^{148/}. 1 korpus pancerny, ja-
grupa szybka armii, miał wejść do bitwy na kierunku głównego
rzenia.

1/ 1 KPanc był związkiem taktycznym NDWP. 4 kwietnia 1945 r.
korpus podporządkowany został dowódcy 2 armii WP. Tym sa-
mym w czasie walk na Łużycach i w Czechosłowacji rannych
i chorych korpusu kierowano do szpitali armii.
S. Wojtkowiak. Polska służba zdrowia na frontach II wojny
światowej. Biuletyn WAM 1970, tom XIII, z. 2, s. 200.

2/ K. Kaczmarek. W bojach przez Łużyce. Warszawa 1965, s. 41-42.

3/ A. Karpiński, K. Sobczak. Materiały do studiowania historii
wojska i sztuki wojennej, część III, zeszyt 6c, MON Warszawa
1963, s. 178-179.

Do 15 kwietnia 1945 roku w rejonie bazy szpitalnej 2 armii
zajdowały się: wysunięty oddział PEP 3,8 i 10 ChPSzR, 20
i 24 PRSzZ 149/.

Szef wydziału służby zdrowia 2 armii WP w okresie przygoto-
wym do operacji berlińskiej opracował plan zabezpieczenia lecz-
-ewakuacyjnego i sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk armii.
Nie z tym planem wydział służby zdrowia armii przed rozpoczę-
operacji rozporządzał następującymi jednostkami i urzędze-
ni służby zdrowia:

tabem /szefostwem/ polowego punktu ewakuacyjnego /PEP 3/,

tabem czołowego /szefostwem wysuniętego oddziału/ polowego
punktu ewakuacyjnego z pododdziałami /z ewakuacyjnymi punkta-
rozdzielczymi - PER 4 i 5/,

szesnastoma szpitalami chirurgicznymi /8,9,10,11,12 i 13 ChPSzR/,

szesnastoma szpitalami dla lekko rannych /28,29,30 i 31 PRSzLR/,

szesnastoma szpitalami wewnętrznymi /20 i 21 PRSzW/,

szesnastoma szpitalami zakaźnymi /24 i 25 PRSzZ/,

kompanią samochodów sanitarnych /8 kssan/,

grupą sanitarno-epidemiologiczną /SEG 14/,

kompanią dezynfekcyjno-kąpielową /12 KDK/,

szesnastoma łaźniami polowymi /22,23 i 24/,

szesnastoma pralniami polowymi /16,17 i 18/ 150/.

Ze względu na brak środków transportu nie wszystkie jedno-
i urzędzenia służby zdrowia armii, do czasu rozpoczęcia o-
operacji berlińskiej, zostały przegrupowane z rejonu Trzebnicy.

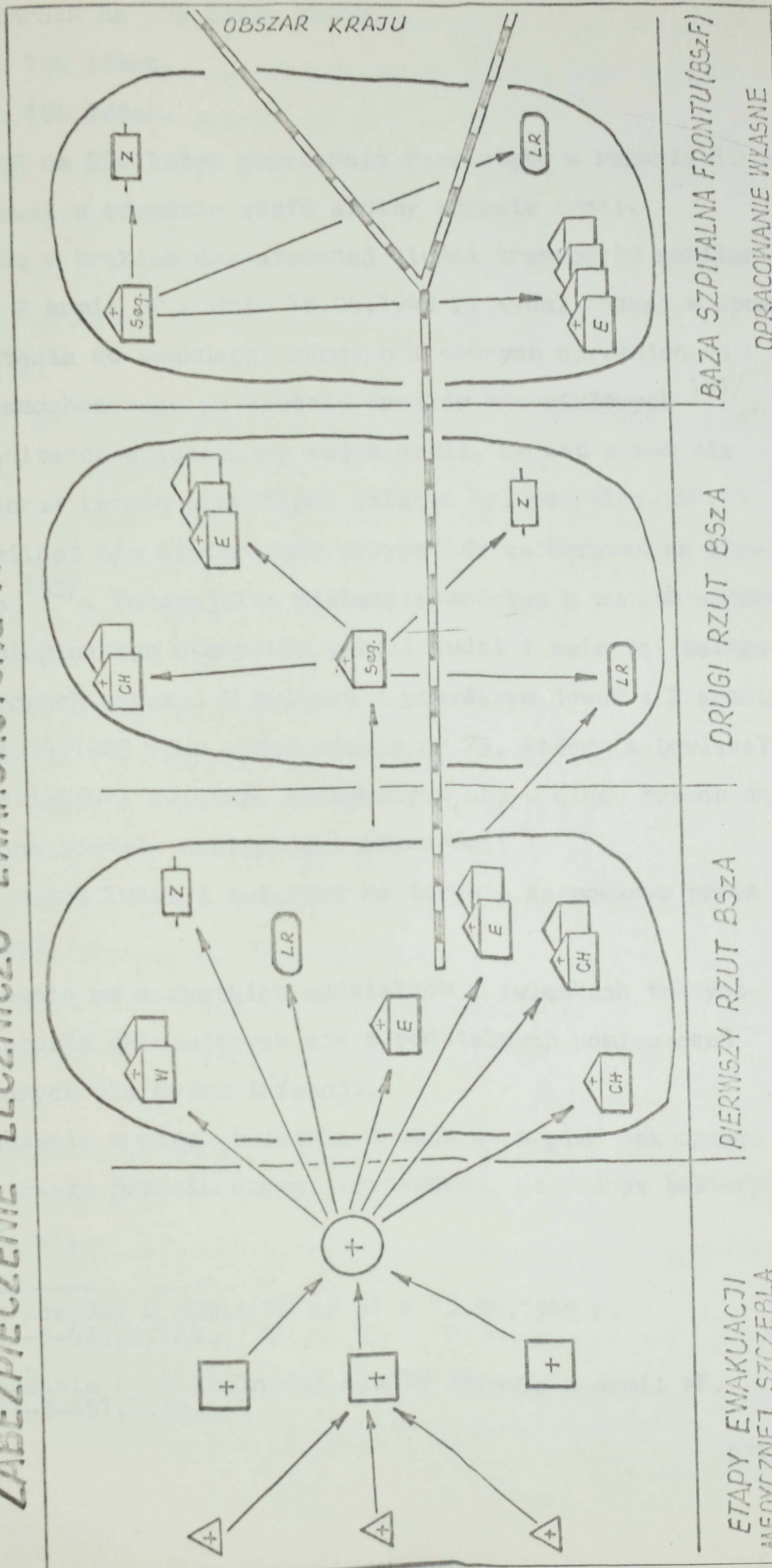
15 kwietnia w rejonie Ruszowa rozwinięto następujące szpitale:

PER na 500 łóżek,

/ Sprawozdanie szefa wydziału służby zdrowia 2 armii WP z
15.04.1945 r. CAW III-5-450,k.3.

/ CAW III-5-451,k.7.

ZABEZPIECZENIE LECZNICZO - EWAKUACYJNE WP W kwietniu 1945r.



ETAPY EWAKUACJI
MEDYCZNEJ SZCZEBLA
TAKTYCZNEGO

PIERWSZY RZUT BSZA

DRUGI RZUT BSZA

BAZA SZPITALNA FRONTU (BSZF)

OPRACOWANIE WŁASNE

10 i 12 ChPSzR na 200 łózek każdy,

10 PRSzW na 100 łózek,

4 PRSzZ na 100 łózek.

13 ChPSzR na 200 łózek poprzednio rozwinięty w rejonie Strawa pozostawał w odwodzie szefa służby zdrowia armii.

W związku z brakiem dostatecznej ilości transportu sanitarno dowódca 2 armii WP w dniu 15.04.1945 r. wydał rozkaz w sprawie wykorzystania do ewakuacji rannych i chorych opróżnionego transportu samochodowego po dowozie środków materiałowych ^{151/}.

Stan sanitarno-epidemiczny wojsk armii, rejonu przez nie zajmowanego oraz terenu przyszłych działań był pomyślny. Wśród ludności cywilnej nie stwierdzono przypadków zachorowań na choroby zakaźne ^{152/}. Potencjalne niebezpieczeństwo z punktu widzenia

epidemiologicznego stanowiły zwłoki ludzi i zwierząt zalegające przy drogach marszu. W związku z powyższym dowódca 2 armii

w dniu 13.04.1945 roku wydał rozkaz nr 73, którym zobowiązał dowódców oddziałów i związków taktycznych, aby w ciągu trzech dni przeprowadzone zostały następujące czynności:

grzebanie zwłok ludzi i zwierząt na terenie zajmowanym przez wojska armii,

zorganizowanie we wszystkich oddziałach i związkach taktycznych izolatorów składających się z oddzielnych pomieszczeń przewidzianych dla dwóch infekcji,

przeprowadzenie w ciągu kwietnia i maja szczepień ochronnych stanu osobowego przeciw durowi brzuszemu, czerwonce bakteryjnej i tężcowi,

51/ Rozkaz dowódcy 2 armii WP nr 51 z 15.04.1945 r.
CAW III-5-423, k.124.

52/ Sprawozdanie z działalności służby zdrowia 2 armii WP.
CAW III-5-451, k.32.

oprowadzenie do należytego stanu technicznego ujęć wody, chłopwanie wody pobieranej do celów konsumpcyjnych oraz zapewnienie sanitarnej ochrony źródeł wody,

opatrzenie stanu osobowego w manierki i środki odkażające do dezynfekcji indywidualnej,

abronienie korzystania ze źródeł wody do celów konsumpcyjnych a terenach wyzwolonych bez uprzedniej oceny laboratoryjnej jakości wody,

prawowanie wzmożonego nadzoru w zakresie sanitarnohigienicznego zabezpieczenia żywienia wojsk ^{153/}.

W związku ze stwierdzeniem występowania chorób zakaźnych ód bydła rogatego na terenach Niemiec dowódca armii zabronił żywać mleko i jego przetwory od krów pochodzących ze zdobyci. ^{154/}.

Pion sanitarno-przeciwepidemiczny służby zdrowia 2 armii WP okresie poprzedzającym operację berlińską wiele uwagi poświęcił między innymi:

podziennym przeglądach żołnierzy na zawieszanie,

prowadzeniu ciągłego rozpoznania sanitarno-epidemiologicznego wojsk i terenów przez nie zajmowanych,

zbieraniu danych o stanie sanitarno-epidemicznym wojsk i terenu nieprzyjaciela w pasie przyszłych działań bojowych armii ^{155/}.

W przypadku stwierdzenia zawieszania natychmiast przeprowadzono odpowiednie zabiegi, kąpiel połączoną ze zmianą bielizny robistej i dezynsekcją umundurowania stanu osobowego pododdzia-

153/ CAW III-5-167, k.130.

154/ Rozkaz dowódcy 2 armii WP nr 74 z 13.04.1945 r. CAW III-5-167, k.131.

155/ Sprawozdanie kwatermistrza 2 armii WP na temat pracy jednostek i urządzeń tyłowych w czasie operacji w dniach 16.04-6.05.1945 r. CAW III-5-23, k.62.

Wydajność trzech łaźni i trzech pralni polowych armii w zupełności zabezpieczała regularną kąpiel i zmianę bielizny raz na 10 dni ^{156/}.

Wydział służby zdrowia 2 armii WP opracował instrukcję "O przedsięwzięciach sanitarno-przeciwepidemicznych" a następnie przeprowadził na ten temat szkolenie podoficerów sanitarnych, lekarzy, starszych lekarzy pułków oraz epidemiologów dywizji. Przeprowadzono również szkolenie personelu batalionów medyczno-sanitarnych na temat metod realizacji przedsięwzięć sanitarno-przeciwepidemicznych wśród wojsk i ludności cywilnej ^{157/}.

Po przegrupowaniu armii z rejonu Wrocławia nad Nysę Łużycką w oddziałach i związkach taktycznych znacznie zmalały zapasy żywności, w konsekwencji pogorszyła się jakość żywienia wojsk. Na przykład w 5 DP okresowo brakowało cukru i nieregularnie wydawano chleb. W 8 DP przez pewien czas brakowało mięsa i tłuszczów ^{158/}. W następstwie samowolnego spożywania przez żołnierzy zdobytej żywności zanotowano pojedyncze przypadki zatrucia pokarmowych. Aby zapobiec masowym zachorowaniom dowódca armii wydał rozkaz zabraniający spożywania zdobytych produktów żywnościowych bez ich uprzedniego specjalistycznego zbadania ^{159/}.

W godzinach rannych 16 kwietnia 1945 roku wojska 1 Frontu Włocławskiego rozpoczęły natarcie a wraz z nimi przeszła do działań zaczepnych 2 armia WP stanowiąca trzon pomocniczego zgrupowania uderzeniowego frontu.

O 4.15 16 kwietnia 1945 roku rozpoczęło się przygotowanie artyleryjskie po czym 8 i 9 DP oraz część sił lewego skrzydła

156/ CAW III-5-23, k.63.

157/ CAW III-5-23, k.72.

158/ CAW III-5-288, k.104, 106, 112, 114.

159/ CAW III-5-423, k.123.

10 DP przystąpiły do forsowania Nysy Łużyckiej. Do końca dnia 16 kwietnia 8 i 9 DP działające na głównym kierunku uderzenia przełamały pierwsze dwie pozycje i nawiązały walkę o przejęcie trzeciej pozycji obrony nieprzyjaciela, przebiegającej wzdłuż zachodniego brzegu Weisser Schöps. 7 DP działająca na pomocniczym kierunku opanowała pierwszą pozycję obrony nieprzyjaciela. Próby sforsowania Nysy Łużyckiej przez 10 DP zakończyły się niepowodzeniem. W dniu 16 kwietnia przeprawiły się na zachodni brzeg Nysy Łużyckiej: 5 DP i 1 korpus pancerny. W dniu następnym weszły one do bitwy.

W ciągu trzech dób operacji wojska 2 armii WP i radzieckiej 2 armii włamały się w obronę nieprzyjaciela na głębokość 25-30 kilometrów i przeszły do pościgu w głębi operacyjnej.

Jednak na skutek niepomysłnej sytuacji jaka wytworzyła się na lewym skrzydle, część sił 2 armii WP została zmuszona do uderzenia w kierunku południowo-zachodnim na Ullersdorf, Ruhethal przeciwko skrzydło nieprzyjaciela grupującego się do przeciwuderzenia. Pozostałe siły armii miały kontynuować natarcie w kierunku zachodnim.

Pod koniec dnia 19 kwietnia wojska 2 armii WP prowadziły działania bojowe na trzech kierunkach: na Drezno, w lasach Musauer Forst oraz na lewym skrzydle, gdzie część sił armii odparła uderzenia nieprzyjaciela.

W tej sytuacji dowódca 1 Frontu Ukraińskiego zdecydował kontynuować działania 2 armii WP w kierunku na Drezno. W godzinach przedpołudniowych 22 kwietnia 8 i 9 DP, siły główne 5 DP oraz 1 korpus pancerny osiągnęły rubież: Kamenz, Lichtenberg. 7 i 10 DP wyszły nad Szprewę i Schwarzer Schöps. W ten sposób między głównym zgrupowaniem nacierającym w kierunku na Drezno a zgrupowaniem pomocniczym, które wyszło nad Szprewę i Schwarzer Schöps

tworzyła się około 50 kilometrowa luka, w którą w dniach 21-22. 1945 roku włamały się niemieckie jednostki pancerne. Walka w czasie włamania była bardzo zacięta i dramatyczna. Część oddziałów armii zostało odciętych i okrążonych. Poległ wówczas dowódca 5 DP generał brygady W. Waszkiewicz.

W zaistniałej sytuacji dowódca 2 armii WP zawrócił 1 korpus pancerny spod Drezna, który 23 kwietnia stoczył ciężkie walki z Szprewą z nieprzyjacielem dążącym do sforsowania jej.

Od 24 kwietnia wojska 2 armii WP, razem z jednostkami rażącymi, odpierały zaciekle uderzenia nieprzyjaciela w rejonie Budziszyna a jednocześnie same prowadziły działania zaczepne. 25 kwietnia wojska armii walczyły na rubieży Uhyst, Klitten, Kreutzna w dniu 30 kwietnia przeszły do obrony na rubieży: Zescha, Roschdubrau, Lüppe Dubrau, Droben. Równocześnie lewe skrzydło armii przedłużało działania zaczepne w celu zlikwidowania wyłomu na północny wschód od Budziszyna i wyrównania linii frontu. 3 maja 10 DP nawiązała bezpośrednią styczność z 8 DP w rejonie Milkel a 7 DP wyszła na rubież: Neudorf, Taner ^{160/}.

2 armia WP wspólnie z 52 armią i częścią sił 5 armii gwarantowała przeciwwuderzenia nieprzyjaciela i nie dopuściła do przedarcia się jego na tyły głównego zgrupowania uderzeniowego frontu Ukraińskiego działającego na kierunku berlińskim.

Służba zdrowia 2 armii WP już od początku operacji napotykała poważne trudności. Warunki w jakich rozwijała się sytuacja bojowa armii sprawiły, że w kilku sytuacjach trudno było zachować ciągłość procesu leczniczo-ewakuacyjnego. W warunkach okrążenia wojsk wynoszenie rannych z pola walki odbywało się z dużym opóźnieniem. W wielu przypadkach zahamowana była również

160/ Wojna wyzwolenicza narodu polskiego 1939-1945. Warszawa 1963, s. 634-639, 641.

ewakuacja rannych i chorych z PMP do DMP oraz do szpitali położonych w tych warunkach zachodziła konieczność dokonywania manewrów w zakresie udzielanej pomocy na poszczególnych etapach ewakuacji medycznej ^{161/} /załącznik nr 6/.

Na skutek niedostatecznej ilości łóżek szpitalnych oraz braku środków transportu sanitarnego ewakuacja rannych i chorych odbywała się żywiołowo.

Część jednostek i urządzeń służby zdrowia wykorzystywana była niezgodnie z przeznaczeniem. Na przykład 4 punkt ewakuacyjno-rozdzielczy /4 PER/ w początkowym okresie operacji przekształcony został na szpital chirurgiczny dla lekko rannych. Brak doświadczenia i nie zawsze właściwie zorganizowana działalność punktów ewakuacyjno-rozdzielczych były główną przyczyną tego, że część rannych trafiła do szpitala chorób wewnętrznych a chorzy jednokrotnie ewakuowani byli do szpitala chirurgicznego. W tym czasie współpraca lekarzy chirurgów i internistów prowadziła do konsekwencji do uzyskiwania dobrych efektów leczniczych ale nie uwzględniona została ustalona planem zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego specjalizacja poszczególnych zakładów.

Rozwijanie szpitali przybywających z rejonu Trzebnicy i uciążliwość organizacyjnych okresu przygotowawczego i pierwszych dni operacji odbywało się w warunkach ciągłego i masowego napływu rannych. Do szpitali o etatowej pojemności 200 łóżek, w planie leczniczo-ewakuacyjnym 2 armii przewidywano przyjęcie 400-500 rannych a faktycznie niektóre szpitale przyjęły nawet 800-900 rannych ^{162/}.

Począwszy od 21 kwietnia ciężko rannych ewakuowano ze szpitali 2 armii WP do zakładów leczniczych obszaru kraju w Poznaniu

1/ Sprawozdanie z działalności służby zdrowia 2 armii WP.
CAW III-5-474, k.5.

2/ CAW III-5-474, k.8.

podległszy samolotami 12 pułku lotnictwa sanitarnego WP, przy-
dzielonego do dyspozycji szefa wydziału służby zdrowia armii.
Ewakuacja drogą powietrzną okazała się bardzo skuteczna bowiem
zostało z niej 1.296 rannych i chorych ^{163/}.

Podczas działań bojowych w operacji berlińskiej 2 armia WP
poniosła następujące straty w ludziach: 3.982 poległych, 11.598
rannych, 650 chorych, 6.010 zaginionych, 19 dostało się do nie-
mieczy, 174 straty niebojowe. Ogółem straty w ludziach wyniosły
23.333 ludzi, tj. 25 % stanu osobowego armii ^{164/}. Największe
straty armia poniosła podczas forsowania Nysy Łużyckiej, w cza-
s odpięrania pierwszych przeciwuderzeń nieprzyjaciela oraz
walk w rejonie Budziszyna. Straty sanitarne stanowiły 55 % strat
całkowitych, natomiast chorzy stanowili 5,6 % strat sanitarnych.

Plan leczniczo-ewakuacyjny opracowany przez wydział służby
zdrowia 2 armii WP zakładał, że w ciągu siedmiu dób walki strata
sanitarne armii mogą wynieść około 12.000 rannych, z tego o-
koło 30 % lekko rannych. Do szpitali obszaru kraju wyewakuowanych
stanie 40-50 % rannych a w ciągu kilku dób do oddziałów macie-
jących powróci około 20 % rannych żołnierzy.

Na efekty lecznicze szpitali polowych w niemałym stopniu
dotyczyły trudności w zakresie ewakuacji rannych i chorych. Na-
czym zjawiskiem było pomijanie przez środki transportu sani-
tarne punktów rozdzielczych i przekazywanie przywiezionych
rannych i chorych przypadkowemu szpitalowi bazy. Zdolność ewaku-
cyjna etatowych środków transportu sanitarnego armii w stosun-
ku do potrzeb była niewystarczająca. Opracowując plan leczniczo-
ewakuacyjny armii w zakresie kalkulacji środków transportu sa-
nitarnego nie uwzględniono:

/ CAW III-5-451, k.32.

/ CAW III-5-58, k.191-192.

- konieczności przewożenia rannych i chorych z jednego zgrupowania szpitali do drugiego,
- konieczności transportowania rannych i chorych wewnątrz poszczególnych zgrupowań szpitali,
- ograniczonej możliwości korzystania z powracającego transportu po dowozie środków materiałowych,
- pory roku, warunków atmosferycznych i stanu nawierzchni dróg.

Ze względu na to, że armia nie posiadała dostatecznej ilości środków ewakuacyjnych, zarówno w okresie przygotowawczym do operacji jak i w czasie prowadzenia działań bojowych zaznaczyła się tendencja do znacznego przybliżania jednostek i urządzeń służby zdrowia do wojsk. Takie rozmieszczenie elementów służby zdrowia zapewniało również należyłą obronę i ochronę przed możliwością oddziaływania nieprzyjaciela.

Baza szpitalna armii rozwinięta w rejonie Ruszowa posiadała zaledwie 1.530 łóżek ^{165/}. Przyczyną tego stanu był brak czasu na właściwe zorganizowanie bazy ze względu na częste zmiany rejonów rozmieszczenia wojsk armii, długie marsze oraz niedostatek środków transportu kołowego. Rannych i chorych żołnierzy skierowano więc do szpitali radzieckich 1 Frontu Ukraińskiego.

W dniach 20-21.04.1945 roku w związku z zaistniałą niepożądaną sytuacją na froncie i bezpośrednim zagrożeniem przez nieprzyjaciela rozcięcia ugrupowania bojowego armii na odcinku Rotenburg-Niesky, 9 i 11 ChPSzR oraz 28 i 29 PRSzLR wraz z rannymi i chorymi przegrupowały się, a następnie rozwinęły w rejonie Goznic.

9 ChPSzR skierowano do odwodu szefa służby zdrowia 2 armii WP. Po wyjaśnieniu sytuacji na froncie w dniach 3-4 maja 1945 r.

165/ W sprawozdaniu kwatermistrza 2 armii WP nr 4 z 15.04.1945r. podano, że na 20.00 15.04 w szpitalach polowych armii rozwinięto 1.530 łóżek.

ChPSzR rozwinął się w rejonie Spremberg a 11 ChPSzR w rejonie Wittichenau 166/.

Liczbę zachorowań na choroby zakaźne w wojskach 2 armii WP w kwietniu i maju 1945 roku przedstawia tabela 14.

Tabela 14

Zachorowalność na choroby zakaźne w 2 armii WP
/kwiecień - maj 1945 r./

Jednostka chorobowa	Kwiecień	Maj
Czerwonka bakteryjna	2	3
Dur brzuszny	31	13
Dury rzekome	A	1
	B	2
Zatrucie pokarmowe	11	4
Dur plamisty	2	1
Zimnica	świeża	1
	nawrotowa	1
Płonica		1
Błonica		1
Nagminne zapalenie opon m.-r.	1	
O g ó ł e m	54	27

CAW III-5-450, k. b. n.

W wyniku przeprowadzonego dochodzenia epidemiologicznego stwierdzono, że zachorowania wystąpiły na skutek przeniesienia z środowiska cywilnego 167/.

25 PRSZZ został rozwinięty w rejonie Hoyerswerda 168/.

12 kompania dezynfekcyjno-kąpielowa /12 KDK/ rozwinęła swoje urządzenia w Gozdnicy i przeprowadziła zabiegi sanitarne 6812 chorym i chorym oraz dezynsekcję 7.573 kompletów umundurowania.

Operacja berlińska pod względem uczestniczących w niej wojsk

66/ K. Płoński. W szeregach służby zdrowia 2 AWP. MON Warszawa 1969 r., s. 110-113.

67/ CAW III-5-274, k. 11.

68/ CAW III-5-450, k. 4.

zjmuje jedno z czołowych miejsc w szeregu największych operacji bojowych drugiej wojny światowej. W operacji tej, zakończonej wspaniałym zwycięstwem wojsk radzieckich, wzięły również udział i 2 armie WP. Dla żołnierzy 2 armii WP walki nad Nysą Łużycką w rejonie Budziszyna i Drezna były chrztem bojowym, początkiem słabego ale zarazem chlubnego szlaku bojowego. Operacja berlińska była również surowym sprawdzianem dojrzałości służby zdrowia armii i jej gotowości do leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-zeciwi epidemicznego zabezpieczenia wojsk.

2 armii WP w czasie operacji praskiej Armii Radzieckiej

/6.05-10.05.1945 r./

W końcowej fazie operacji berlińskiej radzieckie Naczelne Dowództwo podjęło decyzję przeprowadzenia nowej operacji, zwanej "Praska", której celem było rozbicie wojsk grup armii "Austria" i "Środek" oraz wyzwolenie zachodniej części Czechosłowacji. Myślą przewodnią planu operacji praskiej było wykonanie głębokiego manewru oskrzydającego w celu niedopuszczenia do wycofania się wojsk grupy armii "Środek" na zachód oraz możliwie jak najszybciej opanowanie Pragi, aby nie pozwolić okupantowi rozprawić się z powstańcami czeskimi walczącymi o wyzwolenie swojej stolicy.

W operacji tej miały wziąć udział wojska 1, 2 i 4 Frontu Ukraińskiego 169/.

Po odparciu, we współdziałaniu z wojskami radzieckimi, przeprowadzenia nieprzyjaciela w rejonie Budziszyna 2 armia WP prowadząc lokalne działania zaczepne do 30 kwietnia 1945 roku utworzyła jednolity front obrony zwrócony na południe. Przebiegał on na rubieży: Zescha, Holschäubrau, na północ od Lomske i Jetsche i dalej przez Ruhethal i Taner. W tym położeniu 2 armia WP otrzymała nowe zadanie określające jej udział w operacji praskiej oraz miejsce i rolę w całokształcie zamiaru dowódcy 1 Frontu Ukraińskiego.

Od 1 maja 1945 roku 2 armia WP rozpoczęła intensywne przygotowania do operacji praskiej.

W myśl dyrektywy dowódcy 1 Frontu Ukraińskiego z 4 maja, 2 armia WP miała przełamać obronę nieprzyjaciela na odcinku /wyk./ amenz, Neschwitz, rozwinąć działania w kierunku na Pirnę i w pierwszym dniu operacji opanować rubież: Bad Schandau, Ebersbach.

69/Wojna wyzwolenicza narodu polskiego 1939-1945. Warszawa 1963, s. 642-643.

Natarcie wojsk 1 Frontu Ukraińskiego rozpoczęło się o 14.00 6maja 1945 roku. Do końca dnia wojska radzieckie włamały się w obronę nieprzyjaciela na głębokość około 23 kilometrów.

Wojska 2 armii WP przeszły do działań o świcie 7 maja. Wobec tego, że przed frontem natarcia wojsk armii nieprzyjaciel wyco- wał się, gen.K.Swierczewski wydał rozkaz przejścia do pości- 170/. W wyniku całodziennych walk, siły główne armii włamały się w system obrony nieprzyjaciela na głębokość 16-17 kilometrów.

W rezultacie zdecydowanego natarcia, w dniu 8 maja główne grupowanie uderzeniowe 2 armii WP wykonało zadanie przewidziane czwarty dzień operacji.

W godzinach rannych 9 maja 2 armia WP wznowiła działania za- łepne i wieczorem tego dnia dywizja pierwszego rzutu armii oraz korpus pancerny osiągnęły rubież: Labska Stran, Arndtice, C. amenice, Falknow, przebywając w ciągu doby 35-45 kilometrów. korpus pancerny opanował Mielnik, a grupa rozpoznawcza z 16 Panc i 28 papanc wyszły na przedmieścia Pragi.

Na rozkaz dowódcy 1 Frontu Ukraińskiego 10 maja 1945 roku ziałania bojowe wojsk armii zostały przerwane 171/.

W wyniku zdecydowanego i szybkiego natarcia wojsk radziec- ich oraz związków taktycznych 2 armii WP, operacja praska trwała aledwie pięć dni /6-10 maja 1945 r./.

W tym czasie w organizacji jednostek i urzędzeń służby drowia nie zaszły poważniejsze zmiany. Polowe szpitale 2 armii P znajdowały się w następujących rejonach:

. 9 ChPSzR - Gross Särchen, 11 ChPSzR - Wittichenau, jako szpi- tale pierwszej linii,

170/ S.Gać. Udział 2 armii WP w operacji praskiej. MON, Warszawa 1962, s.18,24,70,74.

171/ Tamże, s.119-120.

ChPSzR - Spremberg, przydzielony z 1 armii WP jako szpital drugiej linii,

24 PRSzZ - Ruzów, 25 PRSzZ - Hoyerswerda,

pozostałe szpitale wchodzące w skład specjalistycznego kolektora - Ruzów i Gozdńica /schemat 9, załącznik nr 7/.

W czasie trwania operacji praskiej do etapów ewakuacji medycznej oddziałów i związków taktycznych oraz do szpitali pierwszej linii przybyło 410 rannych i chorych. Ewakuacja medyczna przebiegała sprawnie. W miarę zmniejszania się ilości napływających rannych i chorych rozpoczęto zwijanie niektórych szpitali w celu przegrupowania ich ze strefy działań bojowych w głąb kraju. W pierwszej kolejności zwinięto i skierowano do Wrocławia 21 SzW i 25 PRSzZ ^{172/}.

10 maja 1945 roku w 2 armii WP na etatową liczbę 6.500 łóżek szpitalnych faktycznie było rozwiniętych 7.350 łóżek. W szpitalach armii znajdowało się w tym czasie 4.943 rannych i chorych, z czego 1.349 podlegało ewakuacji do szpitali stacjonarnych w głąb kraju ^{173/}.

W czasie działań bojowych prowadzonych przez wojska 2 armii, ogółem z pola walki z rejonów kompanii i batalionów ewakuowano do pułkowych punktów medycznych 11.359 rannych żołnierzy, z tego samodzielnie wyszło 25,7 % rannych, przy pomocy towarzyszy wroni 18,3 % rannych a 56 % rannych wynieśli sanitariusze. W ciągu pierwszych trzech godzin od zranienia sanitariusze wyewakuowali 4.805 rannych. Obok niedostatecznego jeszcze wyszkolenia i braku rutyny, obiektywne czynniki trudnej sytuacji taktyczno-medycznej usprawiedliwiały pewne niedociągnięcia w pracy sanitariuszy, która w sumie była ogromna i skuteczna. Niewielka liczba

172/ CAW III-5-451, k.85-86.

173/ Sprawozdanie kwatermistrza 2 armii WP nr 9 z 10.05.1945 r. CAW III-5-58, k.202.

I SANITARNO-PRZECIWEPIEDZICZNE

SANITARNO - PRZECIWEPIEDZICZNE

LECZNICZO - EDUKACYJNE

SZEFOSTWO PEP 3



WISUJĄCY ODDZIAŁ PEP 3



ChPSzR 9



ChPSzR 40



ChPSzR 41



ChPSzR 42



ChPSzR 43



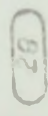
PRSZW 20



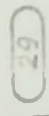
PRSZW 24



PRSZLR 28



PRSZLR 29



PRSZLR 30



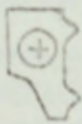
PRSZLR 31



6 SAMODZIELNA KOMPANIA
WZMOCNIENIA MEDYCZNEGO



8 KOMPANIA SAMOCHODÓW SANITARNYCH



10 KOMPANIA KONNO - SANITARNA



49 PASS



6 LABORATORIUM

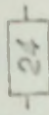


ANATOMO - PATOLOGICZNE / PAL 6/

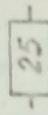
ChPSzR 8



PRSZZ 24



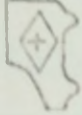
PRSZZ 25



SEG 14



12 KOMPANIA
DEZYNFEKCYJNO - WĄPIELNIA



ŁAŹNIA POŁONIA NR 22



ŁAŹNIA POŁONIA NR 23



ŁAŹNIA POŁONIA NR 24



PRALNIA POŁONIA NR 16



PRALNIA POŁONIA NR 17



PRALNIA POŁONIA NR 19



OPRACOWANIE SURASNE

173/ rannych wyewakuowanych w ciągu pierwszej godziny od zranie-
nia świadczyła o niezmiernie trudnej pracy sanitariuszy 174/ .
Pracy obejmującej w pierwszej kolejności segregację, a następnie
udzielenie pomocy i ewakuację ciężko rannych. Natomiast znaczna
liczba /1.185/ rannych, którzy w ciągu pierwszej godziny od zra-
nienia przybyli samodzielnie do pułkowych punktów medycznych może
świadczyc o braku odporności psychicznej na skutek nieoswojenia
walką. Dla wielu żołnierzy była to przecież pierwsza próba
bojowa. Jest to problem godny uwagi. Czy nie słusznie byłoby
przed walką podawać żołnierzom preparaty uspokajające ?

Zakres działalności pułkowych punktów medycznych 2 armii WP
możemy częściowo scharakteryzować następujące dane liczbowe:
1.020 wykonanych opatrunków, 8.991 unieruchomień złamań i 357
złotoczeń krwi.

Do dywizyjnych punktów medycznych 2 armii WP przybyło ogó-
mnie 9.831 rannych i chorych, z czego bezpośrednio z oddziałów
przybyło 593 rannych.

Porównując powyższe dane z liczbą rannych przybyłych do pułkowych
punktów medycznych okazało się, że liczba przybyłych do dywizyj-

174/ W sprawozdaniu z działalności służby zdrowia 7 DP między
innymi czytamy:

"W bój dywizja wystąpiła wraz ze swoją służbą sanitarną
w rejonie wsi Brand. Po sforsowaniu rzeki Nysy najbardziej
nasilone momenty pracy przypadają w miejscowościach Brement-
hau, Kossel i Klitten. Sanitariuszki w kompaniach strzeleckich
posiadali torby sanitarne i uzbrojenie strzeleckie. W okre-
sie działań bojowych służba zdrowia dywizji straciła pięciu
sanitariuszy i dwóch felczerów. Praca sanitariuszy w okre-
sie bojów wykazała dobre wykształcenie w wynoszeniu rannych
/pełzanie, wyciąganie na miejsce zakryte i udzielanie pierw-
szej pomocy/. Pierwszej pomocy rannym przy wynoszeniu z po-
la walki udzielali sanitariusze, instruktorzy sanitarni i
felczerzy. Z pola walki o własnych siłach wyszło 10 % ran-
nych a sanitariusze wyniesili: na płaszcach - 15 %, na płas-
zczach-namiotach - 25 %, na noszach - 35 %, wywieźli na wo-
zach sanitarnych - 15 %".
CAW III-5-464, k.8.

ych punktów medycznych była o 1.474 rannych mniejsza. Różnicę należało tłumaczyć faktem bezpośredniego kierowania częścią rannych z pułkowych punktów medycznych wprost do polowych szpitali chirurgicznych ze względu na ich ciężki stan ogólny, trudnymi ewakuacyjnymi, warunkami terenowymi i ogólną sytuacją terytorialno-medyczną. Na ogólną liczbę 9.831 rannych przybyłych do dywizyjnych punktów medycznych zmarło 339 co stanowiło 3,4 %.

Polowych szpitali chirurgicznych pierwszej linii nie proficowano lecz traktowano je jako wzmocnienie batalionów medyczno-sanitarnych dywizji ^{175/}. Zadaniem tych szpitali było opracowywanie chirurgiczne rannych w przypadkach przeciążenia batalionów medyczno-sanitarnych. Mała śmiertelność rannych po zabiegach operacyjnych wynosząca 154 /3,1 %/ przypadki świadczyła o wysokim poziomie udzielanej pomocy chirurgicznej. Chirurgi armii choć często wytrawni praktycy i klinicyści byli jednak mało doświadczeni w dziedzinie chirurgii polowej. Doświadczenie to zdobywali w trakcie ciężkiej, niekiedy nadludzkiej pracy. Tym większa ich sługa, że niewielki był odsetek zmarłych po operacji.

Z dywizyjnych punktów medycznych do szpitali polowych ewakuowano 606 chorych. Były to głównie przypadki grypy, zapalenia płuc, zatruc pokarmowych itp.

Ogółem liczba rannych i chorych leczonych w szpitalach polowych armii wynosiła około 9.300 żołnierzy. Trudno ustalić dokładną liczbę między innymi ze względu na fakt kierowania rannych i chorych do szpitali radzieckich oraz odwrotnie rannych żołnierzy radzieckich do szpitali polowych WP. Pomimo trudnych warunków personel szpitali polowych armii pracował bardzo ofiarnie. Świadczył o tym niewielki odsetek 3,25 % /302/ zmarłych żołnierzy z ogólnej liczby leczonych w szpitalach.

75/ Sprawozdanie z działalności służby zdrowia 2 armii WP.
CAW III-5-451, k.15.

Negatywny wpływ na możliwości leczniczo-ewakuacyjne służby zdrowia 2 armii WP miał niezadawalający stan środków transportu sanitarnego. Środki te były prymitywne, przeważnie jedno- lub dwukonne wozy albo samochody ciężarowe ogólnego przeznaczenia. Samochodów sanitarnych było niewiele.

Służba zdrowia armii przez cały czas swojej działalności wykazała się z wieloma trudnościami, między innymi występowały: brak kadrowe personelu fachowego, brak doświadczenia lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny wojskowej, niedostatki organizacyjne szpitali polowych, krótki czas przeznaczony na organizację armii, niedostatki środków transportu sanitarnego.

Podobnie jak w 1 armii WP również i w 2 armii WP w pułkach i dywizyjnych punktach medycznych oraz w szpitalach polowych funkcjonowały izolatory dla rannych żołnierzy przeznaczone na cel infekcyjne.

Z ramienia PEP 3 skuteczny nadzór sanitarno-przeciwepidemiczny w szpitalach polowych armii sprawował porucznik lekarz Stojanowski. W wyniku prawidłowego realizowania nadzoru nie stwierdzono infekcji wewnątrzszpitalnych.

Szef służby zdrowia w codziennym meldunku składanym dowódce armii podawał również informację o nowych zachorowaniach na choroby zakaźne. Konieczne dane opracowywał epidemiolog armii Wsłajkowski.

Działalność pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia 2 armii WP zapoczątkowana już w okresie formowania armii, prawidłowo realizowana w czasie marszów oraz podczas operacji bojowych zapewniła oczekiwane rezultaty w postaci pomyślnego stanu sanitarno-epidemicznego wojsk i rejonów działania oraz małej

liczby zachorowań na choroby zakaźne.

8 maja 1945 roku przedstawiciele hitlerowskiego dowództwa w obecności przedstawicieli Naczelnego Dowództwa Armii Radzieckiej i armii sojuszniczych podpisali akt bezwarunkowej kapitulacji Trzeciej Rzeszy.

2 armia Wojska Polskiego po zakończeniu operacji praskiej skoncentrowana została w rejonie Mielnika, położonego w odległości około 30 kilometrów na północ od Pragi, skąd na mocy dyrektywy Naczelnego Dowództwa Armii Radzieckiej nr 11092 z maja 1945 roku powróciła do Polski.

Ochrona przeciwepidemiczna wojsk we współczesnych armiach stanowi integralną część zabezpieczenia medycznego i ma duży wpływ na gotowość bojową wojsk. Składają się na to doświadczenia z wojen w przeszłości w których straty od chorób zakaźnych wielokrotnie przewyższały straty od oręża. Wojny były zawsze, zwłaszcza od najbardziej zamierzonych czasów aż do współczesności, nierozdzielnie powiązane z epidemiami chorób zakaźnych. Powiązanie zabójczych epidemii z wojnami można wykazać na przykładach historii wojen.

W czasie wojny peloponeskiej /430-425 p.n.e./ epidemia opisana przez Tucydidesa unicestwiła jedną trzecią mieszkańców Aten. Epidemie dziesiątkowały w ciągu 194 lat uczestników wypraw krzyżowych powodując śmierć około trzech milionów ludzi. "Ze wszystkich zdobyczy pochodów krzyżowych pozostało nam jedno - trąd", pisał Voltaire kilka stuleci później.

W okresie rewolucji francuskiej a następnie w czasie kampanii Napoleona, zwłaszcza w ostatnim jej okresie, występowały różne epidemie. Kelsch charakteryzował ten okres słowami " ... gdzie plamisty idzie krok w krok za zwycięzcą i za zwyciężonymi. Armie tryumfujące i armie zmuszone do ucieczki wloką go za sobą i rozsiewają w środowisku ludności osiadłej wzdłuż szlaków, którymi się posuwają ...".

Do XVII wieku współczynnik przyjęty dla strat od chorób epidemicznych wynosił średnio 6, to znaczy, że liczba zmarłych od chorób zakaźnych była sześciokrotnie większa od liczby żołnierzy poległych z rąk wroga. W XVII wieku współczynnik ten był mniejszy i wynosił około 2 przyjmując, że wskutek chorób zakaźnych zmarło w czasie wojen około 2.200.000 żołnierzy a poległo około

10.000. W XVIII i XIX wieku stosunek strat bojowych do strat epidemicznych wyrażany był w przybliżeniu współczynnikiem 2-3.

W czasie wojny prusko-francuskiej /1870-1971 r./ straty bezrotne od oręża przewyższały poniesione przez armię pruską straty od epidemii chorób zakaźnych i miały się one do siebie jak 1,56 /wskutek chorób zakaźnych zmarło 14.904 a poległo 28.268 żołnierzy/. Po raz pierwszy w tej wojnie wystąpiły mniejsze straty od chorób epidemicznych w porównaniu do strat jakie armia pruska poniosła w wyniku działań bojowych. Fakt ten zbiegł się z ośmiu wspaniałych osiągnięć w dziedzinie bakteriologii. Osiągnięcia Pasteura, Kocha, Listera i innych przyczyniły się do wyzyskania zdobyczy nauki w zakresie utrzymania pomyślnego stanu epidemicznego wojsk. Zbiegło się to również z nową techniką prowadzenia wojen co wybitnie wpłynęło na zwiększenie się strat od oręża ^{1/}.

W 1787 roku za panowania Stanisława Augusta w projekcie regulaminu wojskowego, którego tytuł brzmiał "Elementarz służby wojskowej" umieszczone były również przepisy sanitarno-przeciwepidemiczne. Jak okazuje się w ówczesnych koszarach istniał nie tyle jaki komfort - bowiem każdy z żołnierzy posiadał "garnek do wygody", który należało po pobudce w oznaczonym miejscu opróżnić, wypłukać wodą i na miejsce postawić. Walkę z wszawicą polecał regulamin podoficerom, "Głowy robactwem zależone" powinny być gorzałką umyte, a jeśli by ten sposób nie pomógł, należało żołnierza odseparować w oddzielnej izbie, a "Felczerowie powinni skutecznych użyć sposobów, ażeby zupełnie oczyszczony wyszedł". O ile mało, na ogół troszczył się regulamin o sposób żywienia, o tyle dużą wagę przywiązywał do jakości wody dostar-

^{1/} W. Tkaczewski. Choroby zakaźne. Rozważania epidemiologiczno-kliniczne. Biuletyn WAM 1975, 1, s. 19-43.

cznej żołnierzom. "Woda będąc powszechnym napojem żołnierskim, porzeba dać baczenie, ażeby nieladajaką wodę piliali żołnierze, powinna być examinowana przez Doktorów, trzymana w czystych naczyniach, często rewidowana, nieczysta znaleziona wylana, a w razie ten, który był komenderowany do noszenia wody dla izby powinien być karany". Ponieważ w niektórych rejonach odpoczynku nie można było znaleźć wody spełniającej powyższe warunki podane były sposoby jej oczyszczania "Albo wodę mieszać z piaskiem, albo w naczyniach z wodą zanurzać rozpalone żelazo". Te dwa sposoby stanowiły prymitywną dezynfekcję. Utrzymywanie czystości ustępów było przedmiotem oddzielnych przepisów. "Niechaj Ich Mość PP. Officerowie nie sądzą, iżby to miało być przeważnie powadze ich, te nawet miejsca rewidować, wszakże to wszystko, co należy do utrzymania czystości i zachowania człowieka przy zdrowiu, jest powinnością". Regulamin zawierał również przepisy o organizacji szpitala. "Każdy Lazaret powinien mieć izby osobne, 1/dla zwyczajnych chorych, 2/dla zaraźliwych, 3/dla weteranów, 4/salę szpitalną dla ozdrowiałych".

Regulamin z którego wyjątki zostały przytoczone powyżej pierwszy był wtedy, gdy "... pod najszcześliwyszy panującym łaskawym królem Stanisławem Augustem, zaczęliśmy zasługiwać na Imię żołnierzy i wyszliśmy z opłakanego Stanu hańby u Cudzoziemców". Wskazywało się to niedługo przed Targowicą 2/.

Pomimo znacznego postępu w zakresie ochrony przeciwepidemicznej wojsk w czasie drugiej wojny światowej oraz po jej zakończeniu notowano na wszystkich frontach występowanie chorób

Elementarz służby wojskowej. Tłumaczony z Dzieła Graffa Franciszka Kińskiego Generała Leut. : Wojsk Cesar. Dyrektora Szkoły Ryserskiej Korpusu Kadetów w Neustacie z niektórymi odmianami i przydatkami stosownie do służby naszej. W Drukarni XX. Misionarzy R.P. MDCCLXXXVII.

zależnych. Były one jednak szybko likwidowane i z nielicznymi wy-
skami nie miały wpływu na przebieg operacji bojowych.

Już w pierwszych miesiącach wojny radziecko-niemieckiej w
skach hitlerowskich występowały choroby zakaźne. W grupie ar-
"Srodek" 43 % zachorowań na dur plamisty przypadało na 9 armię
tórej od stycznia do kwietnia 1942 roku zanotowano 4.971 przy-
ków z 328 zgonami ^{3/}. Dowódca armii dostrzegł znaczny wpływ
demii na gotowość bojową wojsk. W ramach działalności sani-
no-przeciwepidemicznej rozkazał wykorzystywać urządzenia stac-
arne znajdujące się na terenach okupowanych. Niszczenie prze-
yconych polowych urządzeń dezynfekcyjno-dezynsekcyjnych trak-
wał jako "przestępstwo przeciw zdrowiu żołnierzy" ^{4/}.

Według źródeł niemieckich straty poniesione w tym czasie na
etek epidemii dorównywały liczbie rannych ^{5/}. W 1942 roku dur
amisty w wojskach hitlerowskich stanowił 25,3 % wszystkich cho-
b zakaźnych, a w 1943 roku - 45,9 %.

Znane były przykłady, gdy na kierunkach nacierających wojsk
dzieckich Niemcy specjalnie pozostawiali duże skupiska chorych
dur plamisty licząc, że staną się oni dla zwycięskich oddzia-
w czynnikiem obezwładniającym. W 1944 roku rozpoznanie epide-
ologiczne Armii Radzieckiej ustaliło, że w rejonie miejscowoś-
Ozarycze na Polesiu znajdowały się duże niemieckie obozy kon-
entracyjne, w których zgrupowano około 33.000 zawieszonych więź-
ów i z tego 1.885 chorych na dur plamisty ^{6/}. W pracowniach

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

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

/ J. Bończak. Medycyna spod znaku swastyki. Przegląd Kwatermistrzo-
wski 1978,2/159/,s.48-56.

/ J. Bończak. Dur plamisty w armiach świata. Lekarz Wojskowy
1968,2,s.154.

amerykańskiego instytutu bakteriologicznego hitlerowscy naukowcy
produowali pałeczki dżumy. W ten sposób przygotowywali się do u-
życia broni bakteriologicznej.

Od 1942 roku poważnym problemem dla wojsk niemieckich na
terenach Ukrainy stała się zimnica. W celu ochrony głębokich ty-
tułu służba zdrowia armii niemieckiej organizowała sieć punktów
reprezentacyjnych na granicy strefy operacyjnej.

W 1944 roku w oddziałach amerykańskich w Zachodniej Afryce
tępała epidemia zimnicy, powodując 1.200 zachorowań. W mary-
nce wojennej USA obserwowano w tym czasie epidemie okrętowe.
Zimnica notowana była w postaci ognisk epidemicznych wśród wojsk
amerykańskich na Dalekim Wschodzie. W ciągu 1944 roku zachorowało
na 4.647 żołnierzy ^{7/}.

Dur brzuszny, dury rzekome i czerwonka bakteryjna w posta-
ci ognisk epidemicznych występowały w armii hitlerowskiej na
terenie wschodnim. Poważne straty sanitarne i bezpowrotne ponie-
sła armia niemiecko-włoska w Afryce, gdzie 40 % - 50 % stanów
ogólnych przebyło choroby zakaźne przewodu pokarmowego. Dur
brzuszny wyeliminował z walki tysiące żołnierzy z korpusu Rommla.
Niepomyślny stan epidemiczny pogłębiany był brakiem wody. W 5
armii amerykańskiej dzienną normę wody zmniejszono od pół do
jednego litra na żołnierza. W 8 armii brytyjskiej norma ta wyno-
siła jeden litr. Jedyne szpitale otrzymywały od 7 do 11 litrów
wody na łóżko. Choroby epidemiczne a wśród nich dur brzuszny wy-
stępowały również w 2 Korpusie Polskim rozmieszczonym w połud-
niowo-wschodniej części ZSRR na stepach Uzbekistanu. Podobna sy-
tuacja panowała również w Korpusie Czechosłowackim.

W latach 1945-1954 we francuskim korpusie ekspedycyjnym w

7/ J.Bończak. Zimnica w armiach świata. Lekarz Wojskowy 1969,3,
s.239.

hinach zanotowano 3.842 przypadki zachorowania na dur brzuszny w tym 363 zgony. Podczas wojny koreańskiej w armii amerykańskiej w wojskach lądowych zanotowano jeden przypadek duru brzuszno-tyfusowego /na 100.000 żołnierzy/, w piechocie morskiej dwa przypadki, w lotnictwie zachorowań tych nie stwierdzono. Dur brzuszny stanowił poważny problem epidemiologiczny wśród żołnierzy amerykańskich w Wietnamie. Według opinii Amerykanów każdy żołnierz chorował na biegunkę wywołaną bakteriami znajdującymi się w wodzie. Dlatego też prowadzone były coroczne szczepienia ochronne przeciw tej chorobie. Choroby zakaźne były tam wyjątkowo niebezpieczne, gdyż powodowały, że nowo przybyli żołnierze często eliminowani byli z walki. Problemem społecznym stały się epidemie duru brzuszno-tyfusowego i czerwonki bakteryjnej wśród ludności cywilnej w południowym Wietnamie Południowego 8/.

Szlak bojowy ludowego Wojska Polskiego, rozpoczęty 12 października 1943 roku nad brzegami bagnistej Mierei pod wsią Leśna na Smoleńszczyźnie, wiódł przez ziemie polskie, by zakończyć się na terytorium Niemiec nad Łabą oraz w stolicy hitlerowskich Niemiec - Berlinie. Ludowe Wojsko Polskie może poszczycić się wprawdzie nie tak długim szlakiem walk jak Armia Radziecka, jednakże okres jego chlubnych i trudnych zmagania z nieprzyjacielem, wynoszącym ponad półtora roku, w większości na terenach niebezpiecznym stanie sanitarno-epidemicznym, wymagał niemałego wkładu ze strony służby zdrowia dla zapewnienia wojskom ochronny przeciwepidemicznej /załącznik nr 8/.

Jednostki ludowego Wojska Polskiego w okresie organizacji i w czasie walk o wyzwolenie ziem polskich, a później w czasie walk na terenach nieprzyjaciela, były wielokrotnie zagrożone

J. Bończak. Dur brzuszny w armiach na przestrzeni dziejów.
Lekarz Wojskowy 12, 1968, s. 1095-1096.

epidemicznie. Na występowanie chorób epidemicznych w ludowym
Wojsku Polskim miały wpływ czynniki ściśle związane z działaniami
wojowymi, a mianowicie:

- częste przegrupowania walczących wojsk na znaczne odległości,
- rozmieszczanie 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 za-
resie higieny osobistej i zbiorowej oraz w zakresie zaopa-
rzenia w wodę i żywność,
- nie zawsze właściwa izolacja i leczenie zakaźnie chorych żoł-
nierzy, niewystarczająca liczba łóżek szpitalnych, braki per-
sonelu służby zdrowia oraz sprzętu i materiałów sanitarnych,
- napływ uzupełnień stanów osobowych z terenów o niepomyślnym
stanie sanitarno-epidemicznym,
- w związku z prowadzeniem intensywnej walk, nie zawsze przes-
trzegane były zasady pełnej izolacji nowo wcielonych, co stwa-
rzało niebezpieczeństwo przeniesienia chorób epidemicznych do
oddziałów wojskowych,
- niepomyślny stan sanitarnohigieniczny ludności cywilnej wywo-
łany zniszczeniami wojennymi, zubożeniem i prymitywnymi warun-
kami bytowymi,
- ogniska chorób zakaźnych wśród ludności cywilnej wyzwanych
terenów oraz w niemieckich obozach koncentracyjnych i jeniec-
kich.

Pion sanitarno-przeciwepidemiczny służby zdrowia WP powsta-
wał w warunkach szczególnie trudnych. Podobnie jak całe tworzo-
ne na terenie Związku Radzieckiego wojsko oparł się na pomo-
cy organizacyjnej i materiałowej ZSRR, jednak oprócz trudności
wspólnych dla wojska, szczególnie nasilone były w pionie sani-

arm-przeciwepidemicznym i w całej służbie zdrowia trudności kadrowe. Ze względu na ogólny brak lekarzy, a w szczególności specjalistów, wśród obywateli polskich w ZSRR i brak możliwości wykwalifikowanego ich przygotowania dla potrzeb wojska, trudności te można było rozwiązać tylko przez szersze niż w innych służbach powołanie się na kadrę powołanej spośród obywateli ZSRR. Pomoc z tej strony w tej mierze skorzystał pion sanitarno-przeciwepidemicznej służby zdrowia WP była znacznie większa, niż było to możliwe z punktu widzenia trudności, jakie występowały w zabezpieczeniu szczególnych potrzeb sanitarno-przeciwepidemicznych w Armii Radzieckiej 9/.

Struktura organizacyjna pionu sanitarno-przeciwepidemicznego i całej służby zdrowia opierała się w całości na zasadach obowiązujących w Armii Radzieckiej, wypracowanych na podstawie doświadczeń trwającej wojny. Istniało szereg różnic wynikających z przyczyn zewnętrznych. Najważniejszą z nich było to, że jako Armia działająca w początkowym okresie organizacji na terenie kraju sojuszniczego i będąca jedynym związkiem operacyjnym, Armia Polska w ZSRR nie posiadała własnych szpitali frontowych oraz szpitali obszaru kraju. Stan taki utrzymywał się także w początkowym okresie działania 1 armii WP. Tymczasem według Smirnowa na ogólną liczbę łóżek zabezpieczających wojska radzieckie w czasie działań bojowych według stanu na 1.01.1944 tylko 30,1 % zlokaliz-

Warto dla porównania przytoczyć sytuację w jakiej znajdowały się Polskie Siły Zbrojne na Zachodzie. We fragmencie sprawozdania szefa służby zdrowia MON za okres od 5.04.1944r. do 5.09.1944r. czytamy: "Pomimo usilnych moich starań nie mogę powołać spowrotem do wojska lekarzy oddanych do dyspozycji Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edinburghu, Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Armii Brytyjskiej lub bezpłatnie urlopowanych wobec sprzeciwu zarówno władz polskich jak i brytyjskich"
AIP MON szef służby zdrowia L.Dz.3198/Zdr./44.

ne było w rejonie tyłów armii. Z pozostałych: 35,1 % łóżek szpitalnych rozmieszczone było na obszarze tyłów frontu a 34,8% na obszarze kraju ^{10/}. W początkowym okresie działań bojowych sytuacja ta powodowała konieczność kierowania rannych i chorych polskich żołnierzy, kwalifikujących się do leczenia w szpitalach frontowych, do szpitali Armii Radzieckiej. Z chwilą wkroczenia armii na tereny kraju sytuacja nie uległa poprawie ze względu na to że w dalszym ciągu brak było odpowiedniego zaplecza szpitalnego. Jednocześnie kierowanie w tym okresie rannych i chorych polskich żołnierzy na leczenie do ZSRR byłoby niesłuszne. W tym czasie, wysiłki szefa służby zdrowia 1 armii WP ukierunkowane w celu zorganizowania szpitali frontowych, mimo, że przekraczały jego kompetencje i nie były aprobowane przez Naczelne Dowództwo WP, należy uznać za potrzebne i uzasadnione. Zwłaszcza, że departament służby zdrowia WP znajdował się dopiero w formie organizacji. Od jesieni 1944 roku, wobec utworzenia służby zdrowia szczebla frontowego sytuacja uległa poprawie, jednak dla pionu sanitarno-przeciwepidemicznego i całej służby zdrowia nabrało to praktycznego znaczenia dopiero od kwietnia 1945 roku, kiedy bazy szpitalne frontu w Poznaniu i Bydgoszczy zaczęły przyjmować podobne ilości rannych i chorych żołnierzy ewakuowanych z 1 i 2 armii WP.

Zaopatrzenie w sprzęt i materiały sanitarne oparto w całości na pomocy Związku Radzieckiego, tak w fazie organizacji jak i w pierwszym półroczu działania 1 armii WP na terenie kraju. Poza tym od stycznia 1945 roku główne źródło zaopatrzenia stanowiły materiały zdobyczne, uzyskiwane z zasobów pozostawionych przez armię niemiecką. Mimo działania na terenie kraju, ze

O/ S.S.Girgoław. Ogniestrelnyje rany. W wydawnictwie: Opyt Sowiet-skoj medicyny w Wielikoj Oteieczestwiennoj Wojnie 1941-1945. T.I. Moskwa 1951, s.90.

z powodu na zniszczenie przemysłu i wyeksploatowanie przez okupantów posiadanych zasobów krajowych, nie można było liczyć na własne źródła zaopatrzenia.

Dzięki zorganizowaniu polowych ruchomych szpitali zakaźnych skierowaniu w operacyjne podporządkowanie 1 armii WP radzieckiego polowego szpitala zakaźnego służba zdrowia Wojska Polskiego posiadała własne urządzenia lecznicze dla zakaźnie chorych. Średnią liczbę łóżek w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych w poszczególnych miesiącach przedstawia tabela 15.

Tabela 15

Średnia liczba łóżek w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych /LWP/

1944 rok						1945 rok					Śred- nio
II	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	
100	200	200	200	300	200	400	400	400	400	400	300

Opracowanie własne

Wykorzystanie średniej etatowej liczby łóżek w poszczególnych typach polowych ruchomych szpitali przedstawia tabela 16.

Jak wynika z tabeli 15, jedynie w listopadzie 1944 roku 1 armia WP osiągnęła przewidzianą odpowiednimi normami liczbę łóżek szpitalnych. Nie miało to jednak większego znaczenia wobec wydzielenia 100 łóżek na potrzeby ludności cywilnej. Poza tym okresem, liczba łóżek w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych nie zabezpieczała potrzeb 1 i 2 armii WP i sięgała średnio 80 % należności. Wpłynął na to fakt, że wobec jednoczesnego zorganizowania służby zdrowia 2 armii WP i Frontu Polskiego, zarówno pomoc materiałowa Armii Radzieckiej jak i zasoby kadrowe kraju nie były w stanie nadążyć za zapotrzebowaniem.

Wykorzystanie łóżek szpitalnych /w %/

Typy szpitali polowych	1944 rok												1945 rok					Śred- nio
	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V							
Zakaźne	68,0	56,5	249,0	89,0	30,0	42,0	29,5	30,2	26,2	36,2	32,0						62,6	
Chirurgiczne	34,9	89,4	79,9	68,8	32,1	7,4	12,4	88,1	71,3	60,5	152,6						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	
Ewakuacyjne	2,9	26,0	115,8	93,5	42,1	29,3	31,1	20,6	53,9	40,7	157,3						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	

Opracowanie własne

Niezależnie od niedoboru łóżek, jak wynika z tabeli 16 wystanie etatowej liczby łóżek w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych wynosiło średnio 62,6 %. Jest to jednak statystycznie myląca, wynikająca z wielu przyczyn. Jedną z nich był nierytmiczna praca polowych ruchomych szpitali zakaźnych. Nieciągłość ta związana była z okresami walki, potrzebą utrzymania pewnej liczby łóżek szpitalnych w odwodzie, a także z przerwami w pracy spowodowanymi przegrupowaniem szpitali do nowych rejonów. Były to więc normalne sytuacje w działalności polowych szpitali, zwłaszcza w warunkach przygotowywania i w toku operacyjno-terapeutycznych, kiedy co najmniej około 50 % łóżek przygotowanych do kolejnego przegrupowania powinno pozostawać w odwodzie. Ciągłego dokonywania manewrów urządzeniami leczniczymi, przegrupowań i konieczności utrzymywania pewnej ilości łóżek w odwodzie, musiało się to odbywać kosztem zwiększenia obciążenia szpitali rozwiniętych, często znacznie powyżej normy etatowej.

Niewystarczająca liczba łóżek w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych wpłynęła niekorzystnie na wyniki działalności przeciwepidemicznej. Działające w każdej armii po dwa tego typu szpitale nie w pełni zabezpieczały potrzeby. Natomiast tworzenie oddziałów zakaźnych w polowych szpitalach wewnętrznych i szpitalach ewakuacyjnych sprzyjało jedynie rozprzestrzenianiu chorób epidemicznych.

Charakterystyczną cechą działalności pionu sanitarno-epidemicznego służby zdrowia 1 i 2 armii WP była duża umiejętność manewrowania siłami i środkami znajdującymi się w jego dyspozycji. Śledząc kolejne plany zabezpieczenia leczniczo-ewakuacyjnego i sanitarno-epidemicznego oraz ich realizację można było obserwować, jak w miarę postępu czasu ulegały doskonaleniu a wykonanie ich coraz mniej odbiegało od zaplanowanego.

niające się sytuacje bojowe zmuszały wydziały służby zdrowia 1 i 2 armii WP do elastyczności i korygowania planów w toczonych działaniach bojowych. Wprawdzie w czasie walk o przebiegu Wału Pomorskiego wystąpiły poważne trudności w zabezpieczeniu leczniczo-ewakuacyjnym i sanitarnoprzeciwepidemicznym, jednak tylko w nieznacznym stopniu były one zależne od stanu zdrowia. Główną przyczyną trudności było unieruchomienie środków transportu, które spowodowało oderwanie się szpitali od przynależnych wojsk.

Jak należy wnioskować z powyższych doświadczeń, służba zdrowia powinna być wyposażona w urządzenia lekkie, posiadające odpowiednią ilość sprawnych pojazdów samochodowych do transportu i ewakuacji medycznej. Niedostateczne wypełnienie tych warunków, było jedną z podstawowych przyczyn trudności w pracy służby zdrowia 1 i 2 armii WP. Urządzenia lecznicze jakie posiadała służba zdrowia tych armii odpowiadały potrzebom wojsk działających w czasie walk pozycyjnych oraz w czasie wolnego tempa natarcia. Podczas konieczności dokonywania szybkich manewrów, urządzenia te różniły się zbyt ciężko, wymagające dużej ilości środków transportowych, których stale brakowało. Wprawdzie w toku działań bojowych w Armii Radzieckiej dokonano zmian w tabelach należności batalionów medyczno-sanitarnych i szpitali^{11/}, mających na celu zmniejszenie liczby i ciężaru sprzętu, jednak praktycznego oddziaływania tego nie było w urządzeniach i jednostkach pionu sanitarnoprzeciwepidemicznego służby zdrowia Wojska Polskiego.

11/ W wyniku przeprowadzonej rewizji należności tonaż sprzętu MSB zmniejszono z 4,9 do 2,6 tony, a w ChFPG z 3,0 do 1,6 tony. /K.D. Timiankow. Medicinskoje snabżenie w period wojny. Wojenno-Medicinskij Żurnał. 1970, 5, s. 31/, jednak jak już wspomniano w późniejszym okresie działań bojowych zaopatrywanie opierało się na materiałach zdobywanych co dodatkowo powodowało nadmierne gromadzenie zapasów zbędnego niekiedy sprzętu i materiałów sanitarnych.

Już od pierwszych chwil powstania AP w ZSRR a następnie 2 armii WP oraz Głównego Kwatarmistrzostwa WP, na wszystkich szczeblach organizacyjnych Wojska Polskiego, utworzono elementy pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia. Szczególnie rozbudowano je w strukturze 1 i 2 armii WP.

Zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne wojsk organizowane i realizowane było w zależności od okresu rozwoju wojska, sytuacji bojowej oraz możliwości urządzeń i jednostek sanitarno-przeciwepidemicznych. Działalność zależna od pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia była w większości przypadków prawidłowa i nacechowana głęboką troską o zdrowie chorego żołnierza, czego dowodem był brak epidemii chorób zakaźnych w szeregach wojsk. W pierwszych operacjach bojowych występowały jednak pewne niedomagania w działalności pionu wynikające z braku doświadczenia bojowego większości personelu. Niektórzy lekarze kończyli studia medyczne w przyspieszonym tempie, inni byli dopiero niedawnymi absolwentami medycyny, a nawet studentami ostatnich lat, dlatego na epidemiologów z doświadczeniem spadała dodatkowa praca nauczania pozostałych lekarzy postępowania w warunkach bojowych. W miarę nabywania doświadczenia działalność pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia była coraz bardziej umiejętna a jej wyniki lepsze.

Spośród chorób zakaźnych występujących wśród żołnierzy ludowego WP najczęściej notowano:

choroby zakaźne przenoszone przez pijące krew stawonogi, jak zimnica i dur plamisty,

choroby zakaźne przewodu pokarmowego, jak czerwonka bakteryjna, dur brzuszny i zatrucie pokarmowe.

Dokumenty służby zdrowia LWP nie zawierały pełnych danych dotyczących zachorowań na choroby zakaźne w początkowym okresie

działalności planu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdro-
 wa. Liczby podawane w różnych sprawozdaniach różnią się między
 sobą i nie pozwalają na właściwą i pewną interpretację. Z ogól-
 nej liczby 4.293 zakaźnie chorych, jacy przybyli do jednostek
 służby zdrowia związków taktycznych w okresie od 1.07.1944 roku
 do 31.05.1945 roku, na leczeniu w polowych ruchomych szpitalach
 zakaźnych przebywało około 40 % chorych. Obłożenie polowych ru-
 chomych szpitali zakaźnych 1 i 2 armii WP przypadające na po-
 czególne miesiące przedstawia tabela 17.

Tabela 17

Obłożenie polowych ruchomych szpitali zakaźnych LWP

1944 rok						1945 rok					Razem
II	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	
36	113	498	178	90	85	118	121	105	145	128	1.717

Opracowanie własne

Obłożenie polowych ruchomych szpitali zakaźnych 1 i 2 armii WP w okre-
 sie od 1.07.1944 roku do 10.05.1945 roku przyjęto łącznie 1.717
 zakaźnie chorych żołnierzy /tabela 17/, z których 93 pozostało
 w tych szpitalach w dniu zakończenia wojny.

Tabela 18

Dynamika działania polowych szpitali zakaźnych LWP

Stan chorych w dniu 30.06.1944 r.	Przybyło chorych	Wypisano do jednostek po wyleczeniu	Zmarło	Pozostało w dniu 11.05.1945 r.
14	1.717 /100 %/	1.580 /93 %/	58 /3,3 %/	93

Opracowanie własne

Stan zdrowotny Wojska Polskiego z punktu widzenia zachoro-
 walności przedstawiał się dobrze. Była ona znacznie niższa od
 przyjętej w literaturze światowej 0,2 % na dobę, a w okresie

ania działań bojowych spadła do sporadycznych zachorowań.

Zawsze wynikało to z dobrego stanu zdrowia żołnierzy, wśród których było wielu w podeszłym wieku, wyniszczonych kilkuletnim psem okupacji lub tułaczki poza granicami kraju, ale głównie wysokiego poczucia odpowiedzialności i obowiązku oraz chęci walki z wrogiem, które to czynniki powodowały, że do punktów medycznych trafiali rzeczywiście chorzy wymagający interwencji lekarskiej. Nieliczne przypadki symulacji nie wpłynęły na zwiększenie statystyki. W czasie przerw w działaniach bojowych liczba chorych ulegała okresowemu zwiększeniu.

Ogromną rolę w zakresie nadzoru sanitarno-przeciwepidemicznego wojsk 1 i 2 armii WP spełniały grupy sanitarno-epidemiologiczne /SEG-1 i 14/. Wszystkie ogniska epidemiczne zarówno w wojskach jak i okolicznej ludności cywilnej były przy pomocy tych grup szybko likwidowane. Nawet w czasie najbardziej intensywnych działań bojowych ruchome laboratoria SEG działały na pierwszej linii, gdzie z poświęceniem i nie bez ofiar wypełniały postawione zadania.

Wobec stałego zagrożenia rozszerzania się zachorowań na dur tyfusowy, dur brzuszny i czerwonkę bakteryjną zagadnienia nadzoru przeciwepidemicznego były przedmiotem szczególnej uwagi szefów służby zdrowia AP w ZSRR, 1 i 2 armii WP oraz szefa departamentu służby zdrowia WP. Rejony, w których działały wojska 1 i 2 armii WP, były na ogół pod względem sanitarno-epidemicznym rejonami niepomyślnymi, a błędy i niedopatrzzenia popełniane w czasie kierowania do oddziałów wojskowych uzupełnień, powodowały okresowe występowanie świeżych zachorowań w wojskach. Zasobowe pułki piechoty stanowiły w tym względzie skuteczny filtr przeciwepidemiczny dla przybywających uzupełnień stanów osobowych.

w jednostkach tych stwierdzano znaczny odsetek zachorowań na choroby zakaźne.

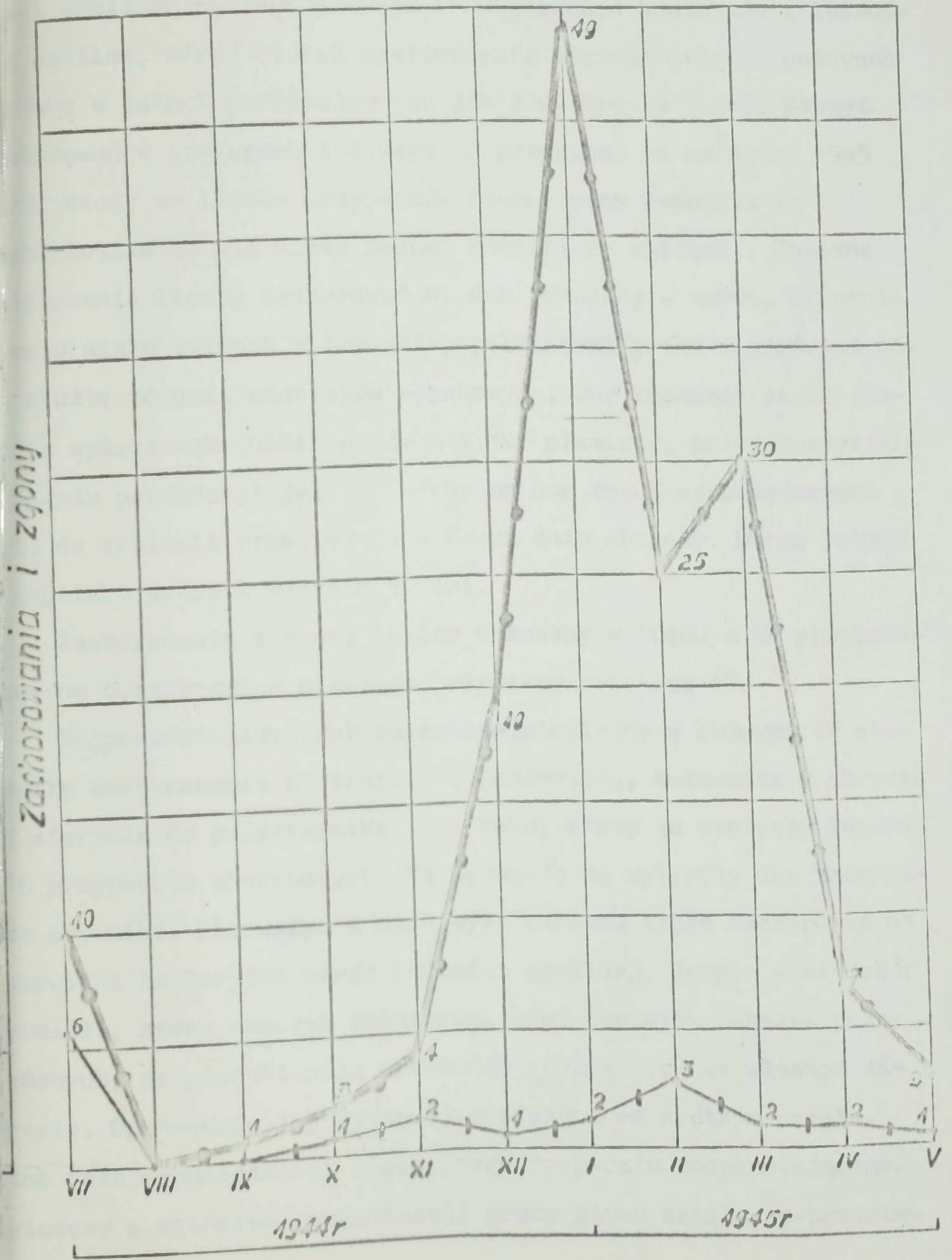
W oddziałach i związkach taktycznych WP dur plamisty występował sporadycznie a pojawiające się ogniska zachorowań były w krótkim czasie likwidowane. Walka z dudem plamistym i zawszeniem znajdowały się w centrum uwagi wydziałów służby zdrowia AP w 1 i 2 armii WP oraz departamentu służby zdrowia WP w ciągu tego okresu działań bojowych. Po stwierdzeniu znacznej liczby zachorowań w okresie wiosenno-letnim 1944 roku, już w czasie postępu na terenie kraju od sierpnia do listopada tegoż roku zachorowania na dur plamisty całkowicie ustąpiły. Pojawiły się natomiast ponownie od grudnia 1944 roku do marca 1945 roku w związku z przeniesieniem schorzenia przez przybywające uzupełnienia jednostek osobowych. Leczenie chorych na dur plamisty oparte było o klasyczne zasady. Podawano proste środki nasercowe i przeciwnadciśnieniowe, wykrztuśne, luminal i lód na głowę. W uzyskiwaniu lepszych wyników terapeutycznych mogło przeszkadzać stosunkowo późne hospitalizowanie, następujące przeciętnie 7 dnia od wystąpienia wstępnych objawów choroby. Często, prawie w połowie przypadków, przy durerze plamistym występowały schorzenia towarzyszące obrazem zakażeń mieszanych. Okres pobytu w szpitalu z powodu dureru plamistego wynosił średnio 24 dni ^{12/}.

Zachorowania i zgony na dur plamisty w ludowym WP przypadające na poszczególne miesiące przedstawia wykres 16.

Dzięki wprowadzeniu surowych rygorów w zakresie stosowania tradycyjnych środków walki z zawszeniem, nie dopuszczono do poważniejszego obniżenia stanu sanitarno-epidemicznego wojsk, a

2/ Sprawozdanie o stanie sanitarno-epidemiologicznym 2 armii WP za I kwartał 1945 r.
CAW III-560-31, k.b.n.

ZACHOROWANIA I ZGONY NA DUR PŁAMISTY
 W LND WEDŁUG MIESIĘCY
 / LICZBA PRZYPADKÓW /



Zachorowania i zgony

—●— chorzy
 -■- zgony

OPRACOWANIE WŁASNE

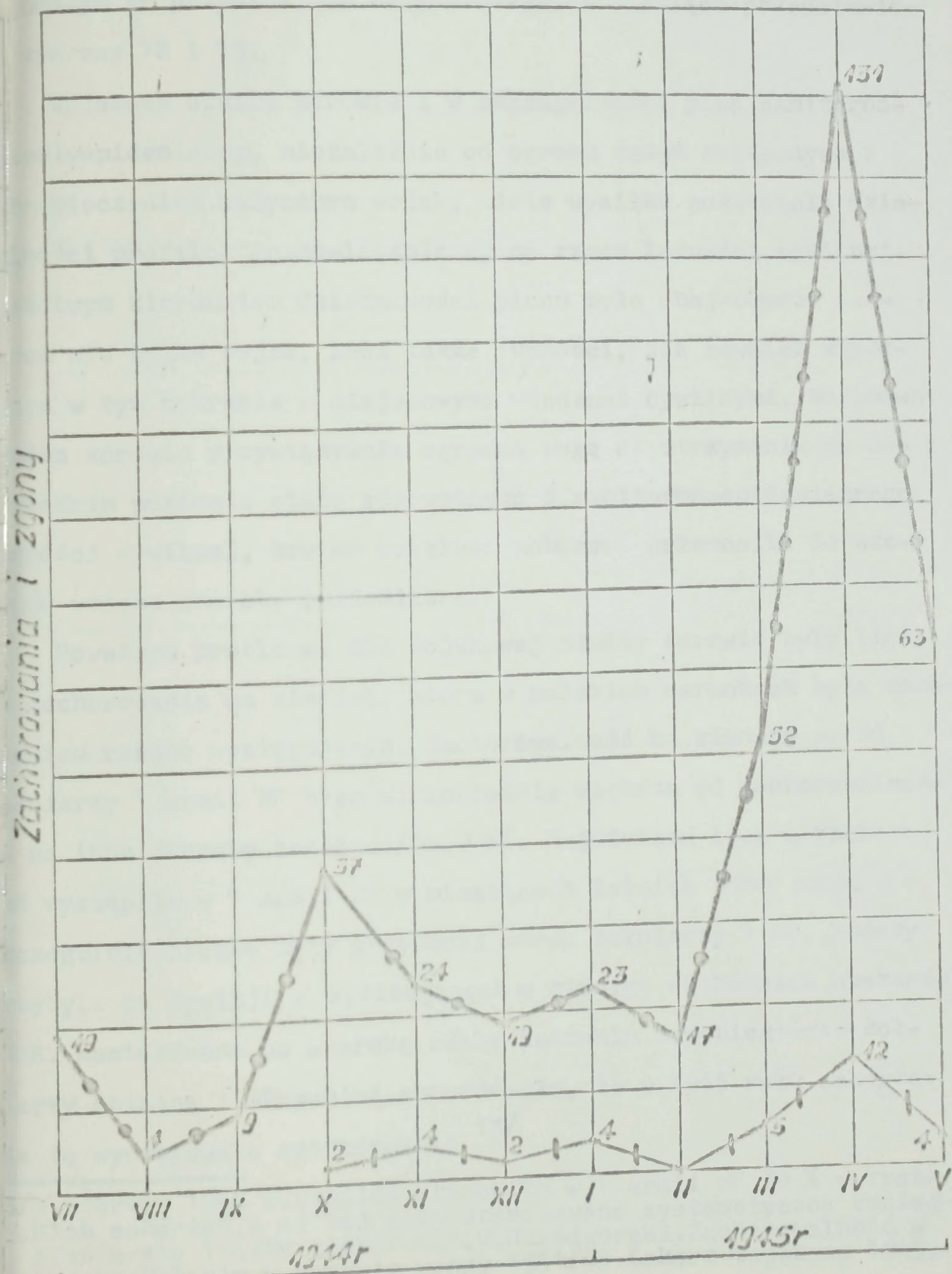
gdzie okresowo występowały zaniedbania w tej dziedzinie, kierowano dodatkowo odpowiednie siły i środki będące w dyspozycji szefów służby zdrowia 1 i 2 armii WP.

Dur brzuszny występował w szeregach wojsk od chwili przybycia 1 armii WP na tereny kraju i zwiększenia kontaktów z ludnością cywilną, wśród której występowanie tego schorzenia notowano równo w latach przedwojennych jak i w okresie wojny. Szczyt zachorowań w szeregach ludowego WP przypadał na kwiecień 1945 roku, kiedy to liczba przypadków chorobowych wynosiła 131. Zachorowania te nie miały jednak charakteru epidemii. Znaczne zwiększenie liczby zachorowań na dur brzuszny w marcu, kwietniu i maju miało związek z błędami popełnionymi przez niedoświadczoną służbę zdrowia oddziałów wojskowych. Dur brzuszny dawał znacznie wyższe wskaźniki zgonów niż dur plamisty, przede wszystkim powodu perforacji jelit. Chorzy na dur brzuszny przyjmowani byli do szpitali przeciętnie w ósmym dniu choroby. Okres pobytu w szpitalu wynosił średnio 30 dni.

Zachorowania i zgony na dur brzuszny w ludowym WP przypadające na poszczególne miesiące przedstawia wykres 17.

Najpoważniejszy problem epidemiologiczny w ludowym WP stanowiły zachorowania na czerwonkę bakteryjną, zwłaszcza w okresie od sierpnia do października 1944 roku, kiedy to wyniosły łącznie 118 przypadków chorobowych. Na sytuację tę wpłynęły dwa zasadnicze czynniki. Pierwszym z nich była znaczna ilość zachorowań na czerwonkę bakteryjną wśród ludności cywilnej, drugim - niedobór żywności, który zmuszał żołnierzy, mimo surowych zakazów przełożonych, do poszukiwania artykułów spożywczych we własnym zakresie. Opanowanie tej sytuacji w stosunkowo krótkim czasie, mimo małej skuteczności stosowanego preparatu uodparniającego, świadczy o właściwej organizacji pracy pionu sanitarno-przeciw-

ZACHOROWANIA I ZGONY NA DUR BRZUSZNY
 W LWP WEDŁUG MIESIĘCY
 [LICZBA PRZYPADKÓW]



● chorzy
 × zgony

OPRACOWANIE WŁASNE

epidemicznego służby zdrowia WP. Chorych na czerwonkę bakteryjną leczono sulfidyną i cibasolem, stosowano również przetaczanie krwi i płynów krwiozastępczych.

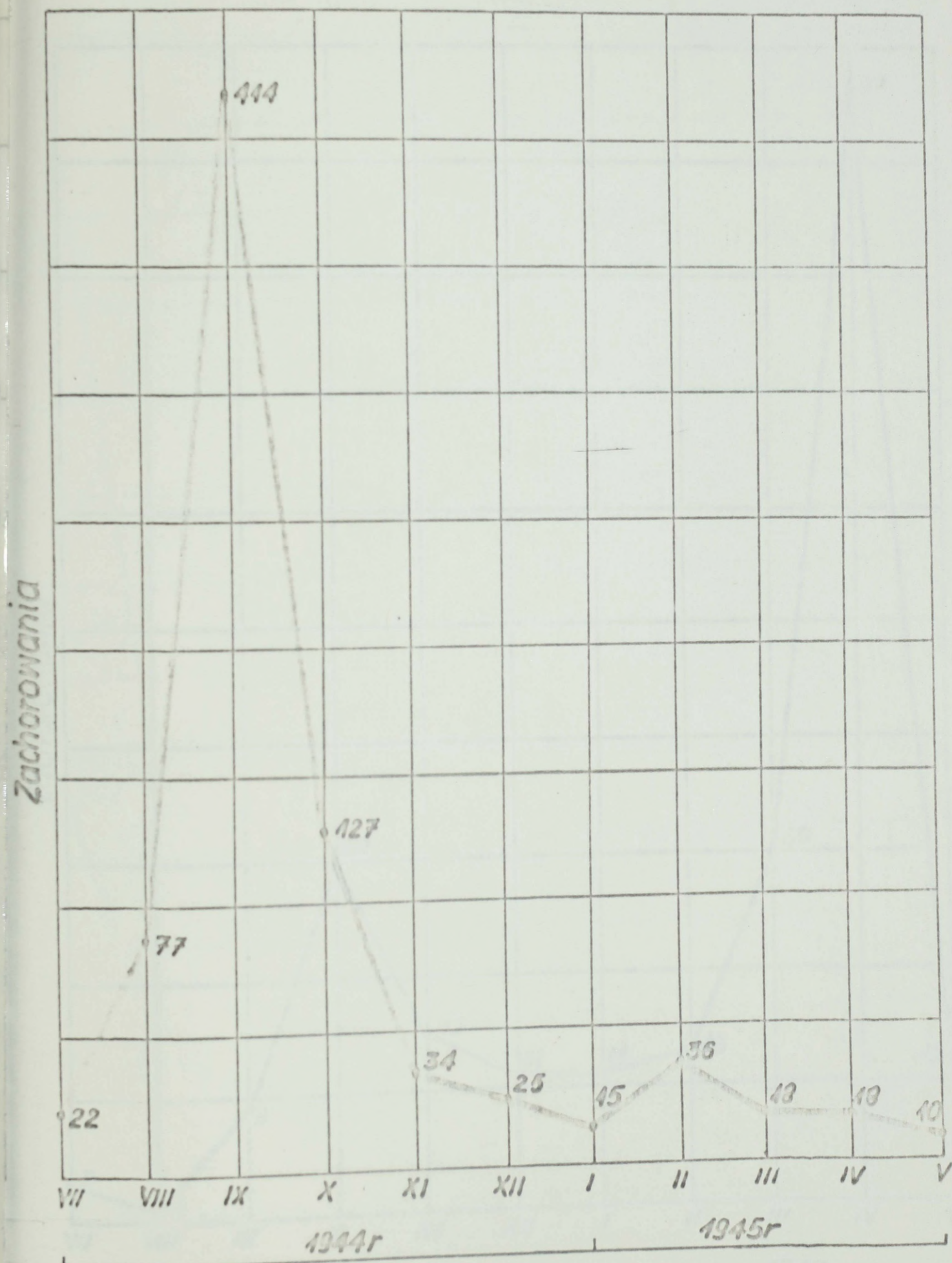
Zachorowania na czerwonkę bakteryjną i zatrucie pokarmowe ludowym WP przypadające na poszczególne miesiące przedstawia wykresy 18 i 19.

Wojskowa służba zdrowia a w szczególności pion sanitarno-zeciwi epidemiczny, niezależnie od ogromu zadań związanych z bezpieczeństwem medycznym wojsk, wiele wysiłku poświęcała działalności profilaktyczno-leczniczej na rzecz ludności cywilnej. Głównym kierunkiem działalności pionu było obejmowanie nadzorem nie tylko wojsk, lecz także ludności, jak również współpraca w tym zakresie z miejscowymi władzami cywilnymi. Wojskowa służba zdrowia przywiązywała ogromną wagę do utrzymania na odpowiednim poziomie stanu zdrowotnego i sanitarno-epidemicznego ludności cywilnej, bowiem wcielani poborowi przenosili do szeregów wojska choroby epidemiczne.

Poważnym problemem dla wojskowej służby zdrowia były liczne zachorowania na zimnicę, która w polskich warunkach była schorzeniem rzadko występującym. Zachorowalność na zimnicę wśród żołnierzy 1 armii WP była wielokrotnie większa od zachorowalności na inne choroby zakaźne /64,9 %/. Największa liczba zachorowań wystąpiła w 1 armii WP w miesiącach letnich 1944 roku, a szczególnie liczne były przypadki wśród żołnierzy 1 DP, którzy przybyli do dywizji z obfitujących w zimnicę wschodnich obszarów BRR. Zastosowane na szeroką skalę leczenie zapobiegawcze żołnierzy chininą i akrychiną spowodowało, że w 1945 roku schorzenie to występowało sporadycznie 13/

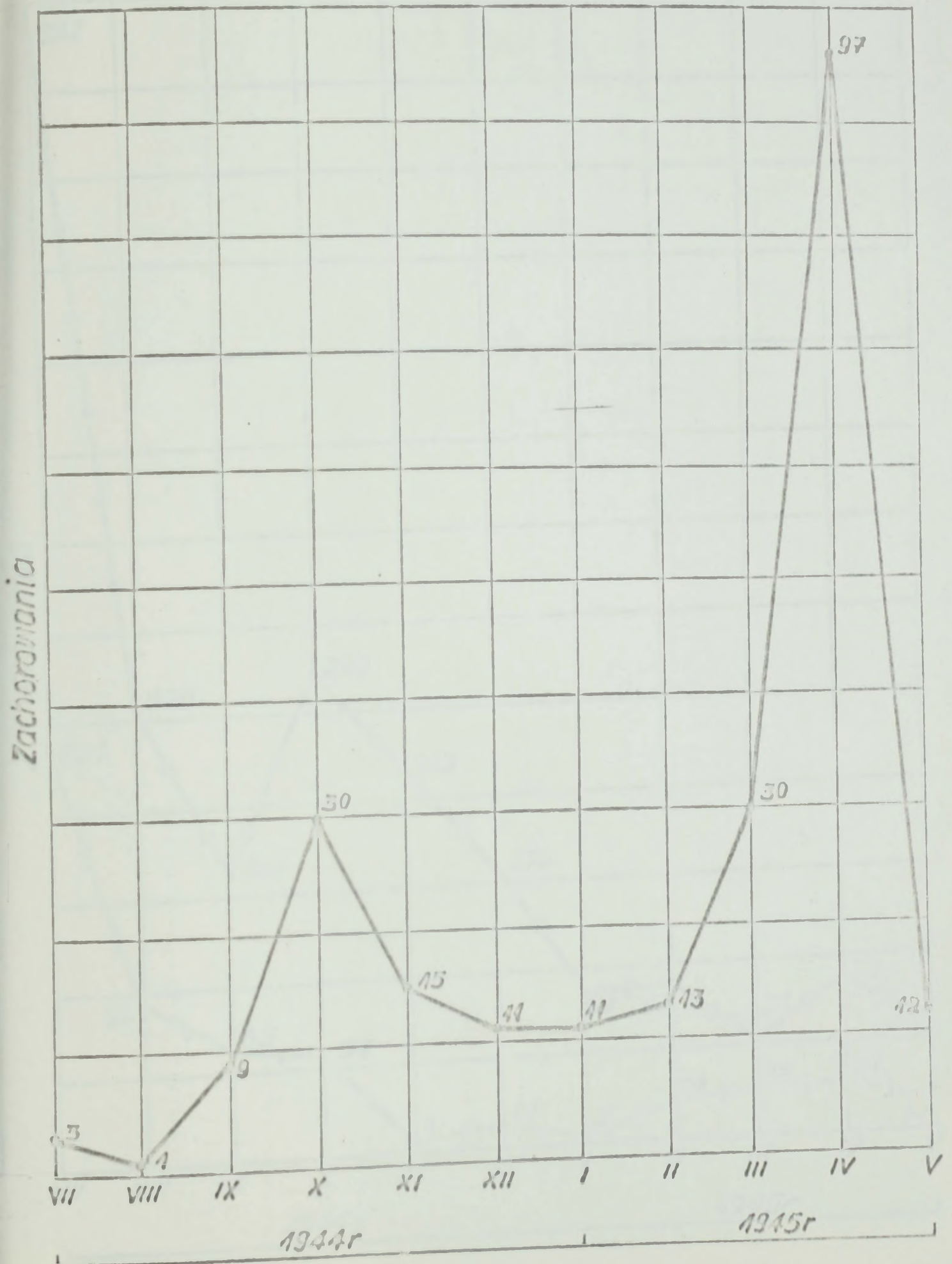
3/W czerwcu 1944 r. zimnica stanowiła w 1 armii WP 78 % wszystkich schorzeń, a od tej pory obserwowano systematyczne zmniejszenie się liczby zachorowań. W. Nowodworski. Zachorowalność w Wojsku Polskim w okresie wojny 1944/45. Lekarz Wojskowy 1945, 5/6, s. 75-82.

ZACHOROWANIA NA CZERWONKĘ BAKTERYJNĄ
 W LND WEDŁUG MIESIĘCY
 /LICZBA PRZYPADKÓW/

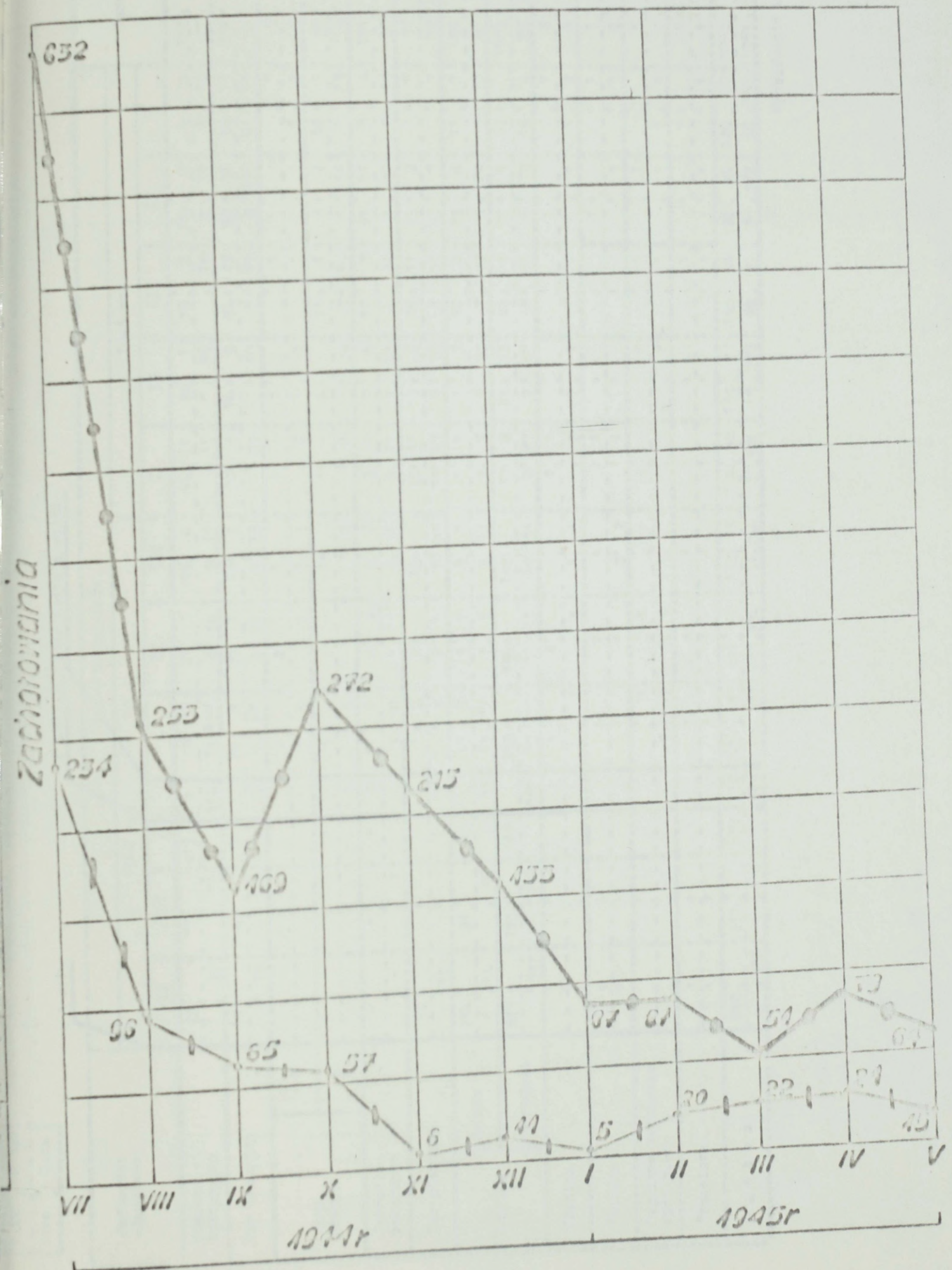


OPRACOWANIE WŁASNE

ZACHOROWANIA NA ZATRUCIE POKARMOWE W LWP
 WEDŁUG MIESIĘCY
 /LICZBA PRZYPADKÓW/



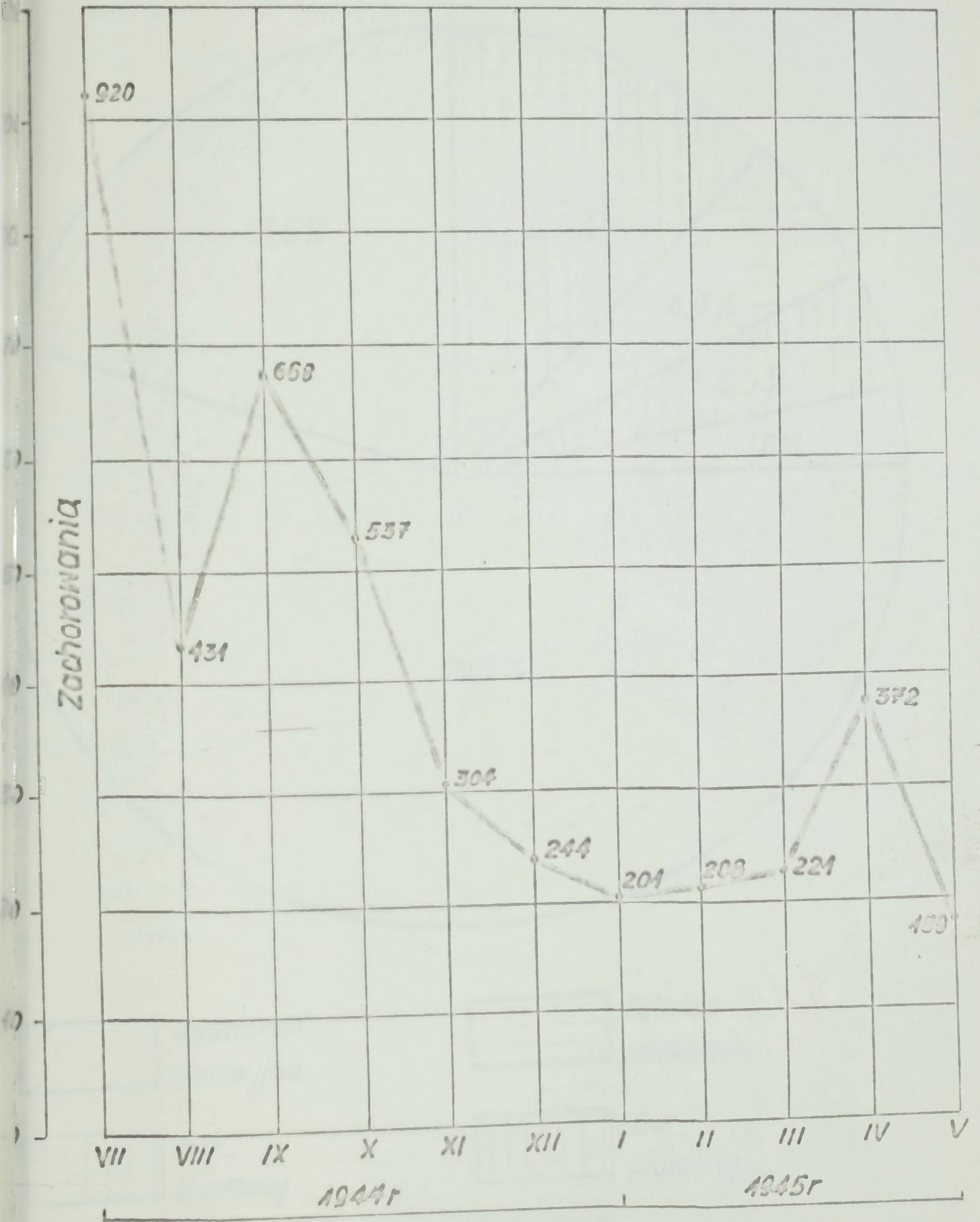
ZACHOROWANIA NA ZIMNICĘ W LWP WEDŁUG MIESIĘCY (LICZBA PRZYPADKÓW)



○ — Zimnica narciowa
 ▲ — Zimnica śnieżna

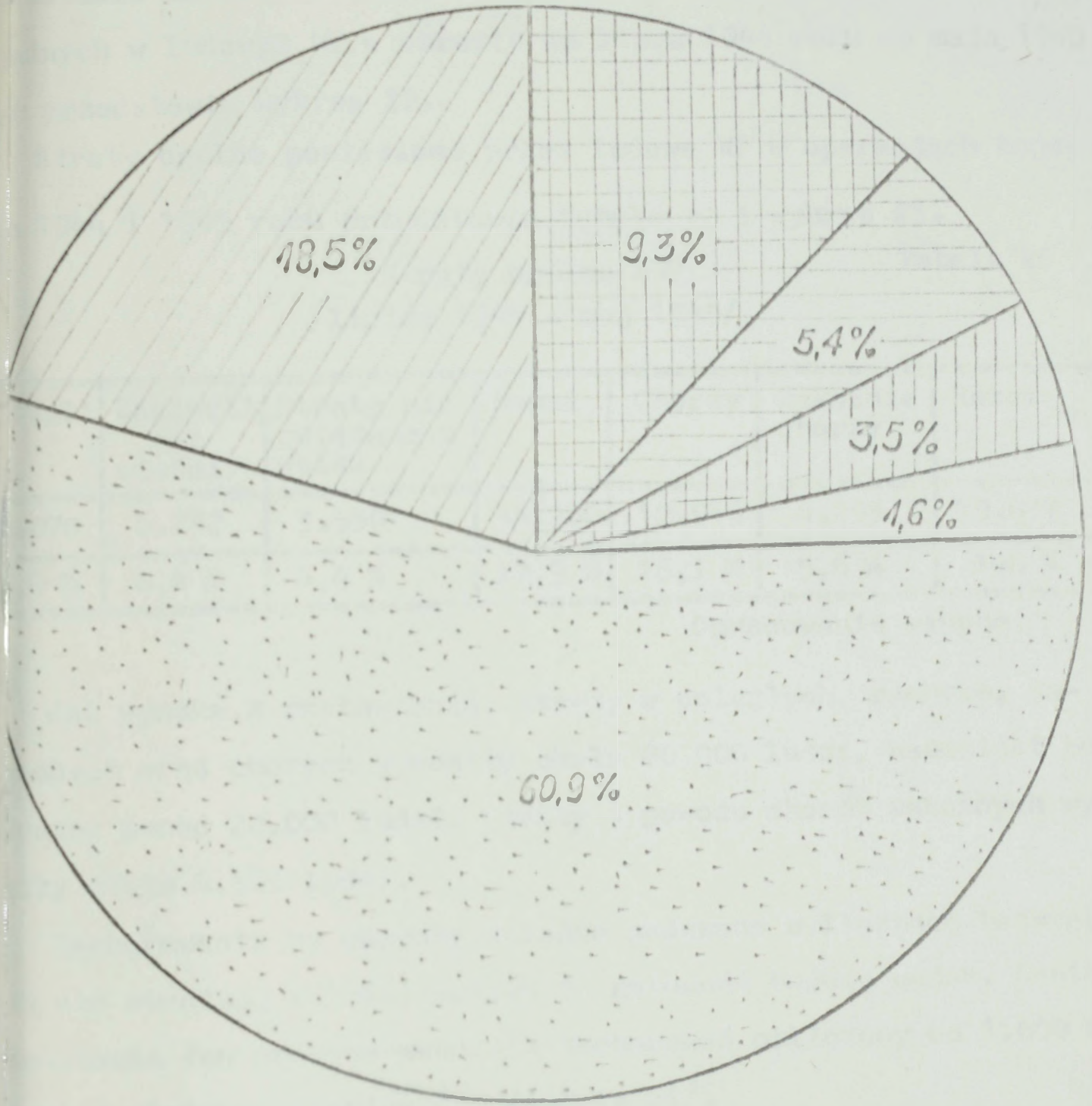
OPRACOWANIE WŁASNE

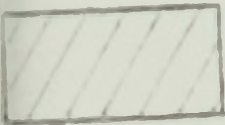
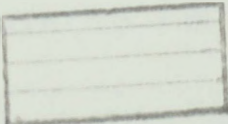
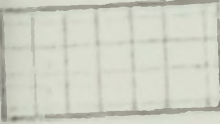
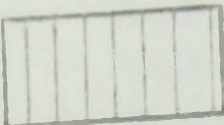
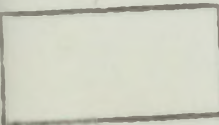

ZACHOROWANIA NA CHOROBY ZAKAŻNE
 W LND WEDŁUG MIESIĘCY
 / LICZBA PRZYPADKÓW /



OPRACOWANIE WŁASNE

PROCENTOWE ZESTAWIENIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH
 W LND
 [LIPIEC 1944 - MAJ 1945]



- | | | | |
|--|----------------------|--|--------------------|
|  | Czerwinka bakteryjna |  | Zatrucie pokarmowe |
|  | Dyr brzuszny |  | Dury plarnisty |
|  | Dury izekorne |  | zimnica |

Zachorowania na zimnicę w ludowym WP przypadające na poszczególne miesiące przedstawia wykres 20. Zachorowania na choroby zakaźne w ludowym WP przypadające na poszczególne miesiące przedstawia tabela 19 i wykres 21. Procentowe zestawienie chorób ważnych w ludowym WP w okresie od lipca 1944 roku do maja 1945 roku przedstawia wykres 22.

Straty ogólne poniesione przez ludowe WP w operacjach bojowych w 1944 i 1945 roku przedstawia tabela 20 i wykres 23.

Straty ogólne LWP
/lipiec 1944 - maj 1945/
Tabela 20

Polegli	Zaginęli bez wieści	Straty nie związane z walką	Ranni	Chorzy	Zakaźnie chorzy	Razem
10.070	6.732	3.550	34.266	12.916	4.293	79.827
12,6 %	8,4 %	4,4 %	42,9 %	16,1 %	5,6 %	100 %

Opracowanie własne

Jak wynika z zestawienia, straty w poległych, rannych, zabitych oraz chorych wynosiły około 80.000 ludzi, natomiast bezwzględnie ponad 28.000 ludzi. Straty z powodu chorób zakaźnych wynosiły około 4.300 ludzi.

Zachorowania na choroby zakaźne podawane w liczbach bezwzględnych nie obrazują w pełni wpływu na gotowość bojową wojsk. Lepiej przedstawia ten problem wskaźnik zachorowań obliczony na 1.000 żołnierzy w stosunku miesięcznym /tabela 21/.

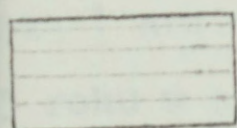
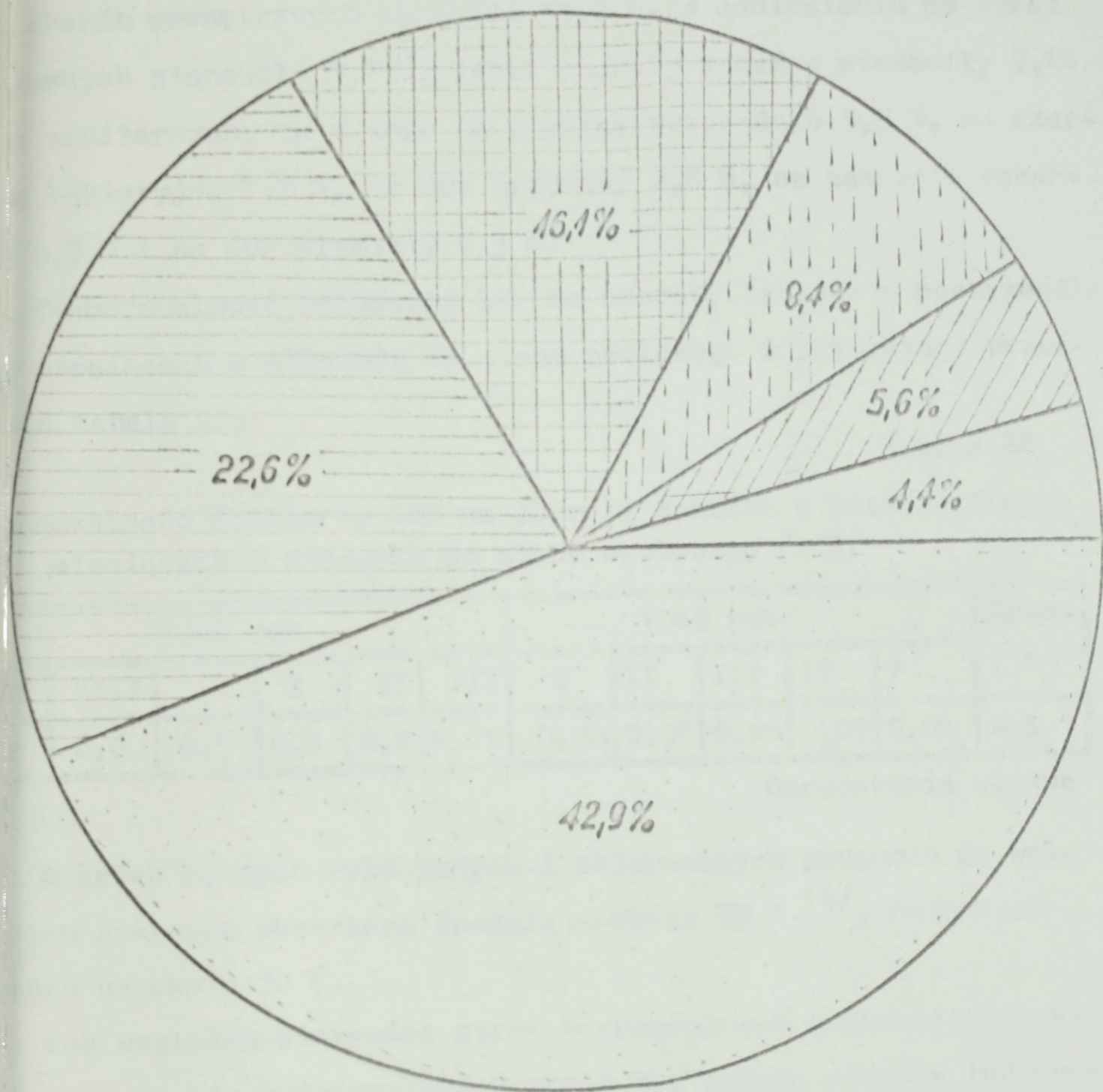
Miesięczne straty multumne
na 1.000 żołnierzy LWP

Tabela 21

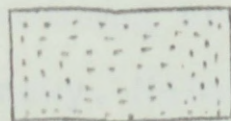
Rodzaj strat	Wskaźnik
Ranni	10,38
Chorzy	3,91
Zakaźnie chorzy	1,30

Opracowanie własne

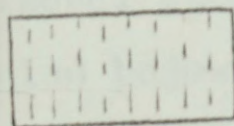
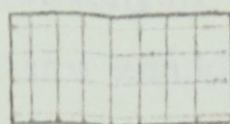
PROCENTOWE ZESTAWIENIE STRAT OGÓLNYCH
W LWP
[LIPIEC 1944 - MAJ 1945]



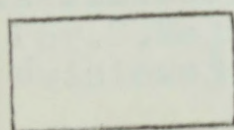
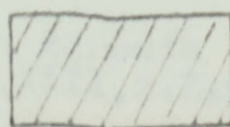
Polegli



Ranni

Zaginęli
bez wieści

Chorzy

Straty nie
zliczane z walkiZakaźnie
chorzy

Zachorowalność na choroby zakaźne nie wpłynęła w zasadniczy sposób na obniżenie gotowości bojowej wojsk, chociaż notowano liczne zachorowania na zimnicę, czerwonkę bakteryjną i dur brzuszny. Zachorowalność na choroby epidemiczne w stosunku do wszystkich chorób wewnętrznych wynosiła 33,2 %. W odniesieniu do strat tannych stanowiła 9,1 %. Jeśli choroby zakaźne stanowiły 9,1% strat sanitarnych, to z tego na zimnicę przypadało 5,5 %, na czerwonkę bakteryjną 1,7 %, na dur brzuszny 0,8 %, na zatrucie pokarmowe 0,5 % i na dur plamisty 0,3 %.

Zachorowalność żołnierzy LWP na choroby zakaźne w poszczególnych miesiącach w stosunku do stanu osobowego w procentach przedstawia tabela 22.

Tabela 22

Zachorowalność żołnierzy LWP na choroby zakaźne w poszczególnych miesiącach w stosunku do stanu osobowego /w %/

1944 rok						1945 rok					Średnio
II	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	
0,6	0,5	0,3	0,2	0,12	0,08	0,06	0,06	0,09	0,04	0,04	0,3

Opracowanie własne

Odsetek rannych wyleczonych i skierowanych ponownie do walczących szeregów określono średnio na około 75 %^{14/}, natomiast rannych na około 70 %.

Pod względem wielkości strat bezpowrotnych najbardziej liczna była operacja budziszyńska 2 armii WP. Liczba strat w tej operacji wyniosła 7.744 ludzi. Najmniejsze straty, tylko 91 osób poniosła 1 armia WP w ofensywie atyczulowej Armii Radzieckiej w 1945 roku w czasie wyzwolenia Warszawy. Natomiast pod względem wielkości strat bezpowrotnych, poniesionych w ciągu jednej doby działań bojowych, na pierwszym miejscu znajdowała się bitwa 1 DP

1. Leningo - 636 ludzi.

^{14/} Por. S. Wojtkowiak. Polska służba zdrowia na frontach II wojny światowej. Biuletyn WAM 1970, t. XIII, z. 2, s. 203.

Z półrocznych sprawozdań o ruchu rannych i chorych w punktach
przychodni i szpitalach 1 armii WP ^{15/}, 2 armii WP ^{16/} oraz w 8
punktowym punkcie ewakuacyjnym ^{17/} wynikało, że od lipca 1944
do 30 czerwca 1945 roku w 1 armii WP oraz w pierwszym pół-
roczu 1945 roku w 2 armii WP i w FEP 8 zmarło z ran 1.748, z cho-
rych 339 a z chorób zakaźnych 58 żołnierzy.

Umieralność na choroby zakaźne przedstawia tabela 23 i wy-
sokość 24. Łącznie śmiertelność z powodu czerwonki bakteryjnej, duru
szusznego i plamistego oraz nagminnego zapalenia opon mózgowo-
mieniowych w stosunku do zakaźnie chorych do dnia zakończenia
działań bojowych wynosiła 1,3 %, a w stosunku do zakaźnie chorych
przyjętych na leczenie do szpitali 3,3 %.

Ludowe Wojsko Polskie poniosło w czasie działań bojowych zna-
czne straty ogólne, które średnio wynosiły około 20 % faktycznych
strat osobowych. Ogólny bilans tych strat zamyka się liczbą
51.352 poległych i zaginionych ^{18/} oraz 51.475 rannych i chorych
żołnierzy ^{19/}.

Prawidłowa organizacja i operatywność pionu sanitarno-prze-
ciwepidemicznego służby zdrowia LWP wpłynęły w zasadniczy sposób
na zachowanie pomyślnego stanu sanitarno-epidemicznego oraz w zna-
czącej mierze na utrzymanie gotowości bojowej wojsk.

W rozpatrywaniu poszczególnych funkcji systemu zabezpiecze-
nia sanitarnohigienicznego i osłony przeciwepidemicznej wojska

^{15/} Sprawozdanie za drugie półrocze 1944 r. i pierwsze półrocze
1945 r. CAW III-446-400, t. II, k. 648 i 702.

^{16/} Sprawozdanie za pierwsze półrocze 1945 r.
CAW III-466-400, t. I, k. 292.

^{17/} CAW III-529-12, k. 35.

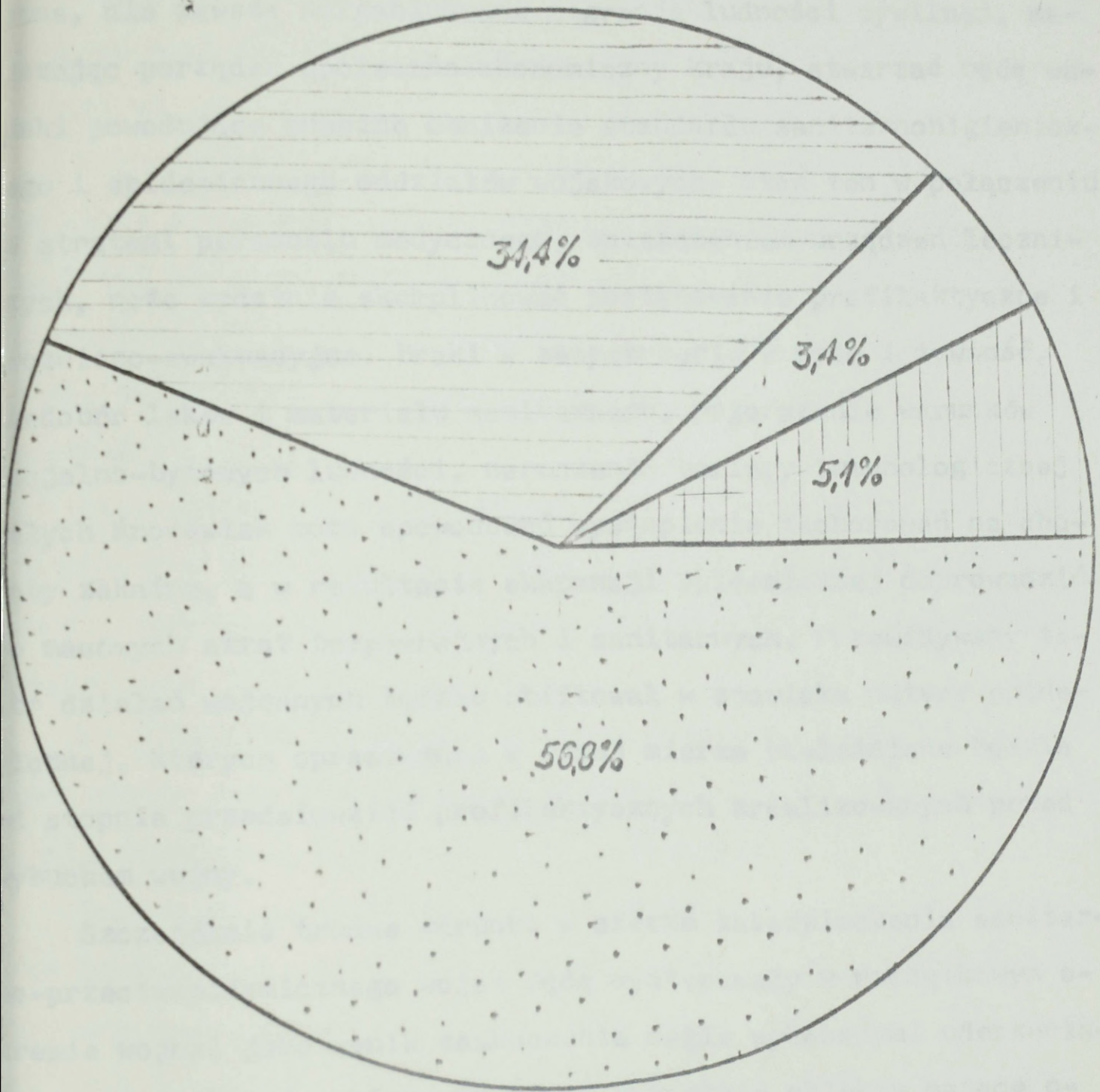
^{18/} L. Lewandowicz, Z. Lisek, J. Malczewski, R. Polkowski, W. Romanowski.
Księga poległych na polu chwały. MON 1974, tabela 4, po s. 16.

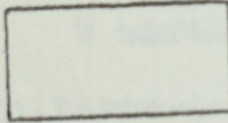
^{19/} W. Dawidowicz, B. Dąbrowski, W. Filar, F. Małecki. Kwatermistrzostwo
ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945. WIH Warszawa
1973, s. 1348.

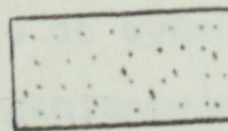
Jednostka chorobowa	Liczba zgonów												Razem
	1944 rok						1945 rok						
1 AWP	2 AWP	Inne	Suma	1 AWP	2 AWP	Inne rodzaje wojsk	I	II	III	IV	V		
Czerwonka bakteryjna							1					1	2/3, 4%
Dur brzuszny							4		5	9	2	3	28 233/56,8%
Dur plamisty	6						1	2	1	1	1		8 9
Nagminne zap. opon									1	2	1	1	3 20/34,4%
m.r.													1 2,375,1%
Ogółem	6						6	7	5	10	3	6	37 858/100%

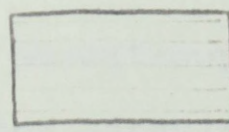
Opracowanie własne

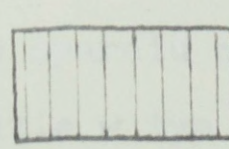
PROCENTOWE ZESTAWIENIE ZGONÓW Z CHOROÓB
 ZAKAŻNYCH W LWP
 | LIPIEC 1944 - MAJ 1945 |



 Czerwonka bakteryjna

 Dur brzuszny

 Dur plamisty

 Nagminne zapalenie opon m-r.

stotną rolę odgrywają tzw. czynniki deformacji tego systemu. W zasięgu 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, stwarzać 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. 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.

Szczególnie trudne warunki w sferze zabezpieczenia sanitarno-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 pion sanitarno-przeciwepidemiczny służby zdrowia przystąpi niezwłocznie do wykonywania swoich zadań w oparciu o istniejące struktury organizacyjne. Kontynuować on 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 przybywają młodzi ludzie w dużej mierze uodpornieni. W wojsku w efekcie obowiązujących szczepień następuje dalsze uodpornienie szczególnie w kierunku ochrony przed ospą naturalną i tężcem, dżumą brzuszную 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.

Szczególne znaczenie posiadać będzie uodpornienie napromieniowanych. U osób tych, w związku z załamaniem się bariery ochronnej, chodzi o stworzenie szans przetrwania w aspekcie dalszej przydatności bojowej.

Profilaktyka przeciwepidemiczna masowych chorób zakaźnych jest ważnym zadaniem wojskowej służby zdrowia i wymaga większego niż dotychczas zainteresowania badawczego.

Omawiając zagadnienia epidemiologiczne nie sposób pominąć obronę biologiczną. Znajomość podstaw naukowych oraz założeń strategicznych jej użycia jest niezbędną przede wszystkim dla dowódców, jak i służby zdrowia a w szczególności pionu sanitarno-przeciwepidemicznego. Idzie bowiem o umiejętność organizowania ochrony, wykrywania i rozpoznawania broni biologicznej, jak też postępowania leczniczo-ewakuacyjnego wobec zakażonych.

W grudniu 1949 roku w Chabarowsku odbyła się rozprawa sądowa przeciwko dwunastu byłym wojskowym japońskiej armii oskarżonym o przygotowanie i użycie broni bakteriologicznej. Przed sądem stanęli:

- były naczelnym dowódcą japońskiej armii kwantuńskiej, generał Yamada Otozoo,
- były szef służby zdrowia tej armii, generał - porucznik służby zdrowia,
- były szef służby weterynaryjnej armii, generał - porucznik,
- były szef oddziału bakteriologicznej jednostki nr 731, generał - major służby zdrowia,
- były szef sekcji jednostki nr 731, major służby zdrowia,
- były szef oddziału jednostki nr 731, podpułkownik służby zdrowia,
- były szef ekspozytury jednostki nr 731, major służby zdrowia,
- były szef służby sanitarnej piątej armii, generał-major służby zdrowia,
- dwóch byłych pracowników naukowych bakteriologicznej jednostki nr 100,
- były sanitariusz ekspozytury nr 643 jednostki nr 731,
- były sanitariusz - laborant ekspozytury nr 162 jednostki nr 731.

Na podstawie materiałów śledztwa i przewodu sądowego trybunał wojskowy ustalił, że Japończycy przewidywali użycie broni bakteriologicznej celem masowej zagłady wojsk i ludności cywilnej ZSRR za pomocą rozprzestrzeniania śmiertelnych epidemii dżumy, cholery, zarazy syberyjskiej i innych. Mówiło się również o nieuchronnej konieczności wojny bakteriologicznej przeciwko USA i Wielkiej Brytanii.

W tym celu w armii utworzono specjalne jednostki przeznaczone do produkcji broni bakteriologicznej jak również przygotowano specjalne oddziały wojskowe i grupy dywersyjne w celu zakażenia wojsk, ludności cywilnej, zbiorników wody, zasiewów itp.

Już w 1931 roku po zajęciu przez Japończyków Mandżurii w armii kwantuńskiej utworzone zostało specjalne laboratorium bakteriologiczne o zakonspirowanej nazwie "jednostka Togo", której celem było przygotowywanie wojny bakteriologicznej. W 1936 roku sztab generalny Japonii utworzył na terenach Mandżurii dwie duże instytucje, których przeznaczeniem było nie tylko opracowanie metod prowadzenia wojny bakteriologicznej, ale również produkcja tej broni o rozmiarach wystarczających do wyposażenia w nią całej armii. Instytucje te były ściśle zakonspirowane i otrzymały nazwy "Urząd do spraw zaopatrywania w wodę i profilaktyki jednostek armii kwantuńskiej" oraz "Urząd hipoepizootyczny armii kwantuńskiej". Później zostały one przemianowane na "Jednostka nr 731" i "Jednostka nr 100". Obie jednostki posiadały liczne ekspozytury, wchodzące w skład jednostek armii kwantuńskiej. Ekspozytury te były właściwie pododdziałami bojowymi gotowymi do użycia broni bakteriologicznej. Jednostka nr 731 rozlokowana była w specjalnie wybudowanym i pilnie strzeżonym miasteczku wojskowym. Był to potężny instytut naukowy z personelem liczącym około trzech tysięcy pracowników, z pracownikami zaopatrzonymi w najbardziej nowoczesną aparaturę. Jednostka ta składała się z kilku oddziałów, przy czym tylko oddział trzeci zajmował się problematyką zaopatrzenia wojsk armii w wodę. Do zadań oddziału pierwszego należała hodowla i badanie drobnoustrojów najbardziej skutecznych do wykorzystania jako środek ataku bakteriologicznego. Oddział drugi /eksperymentalny/ zajmował się badaniem działania drobnoustrojów chorobotwórczych na organizm ludzki. Tutaj również opracowywano model pocisków artyleryjskich, specjalnych urządzeń rozpylających w formie wiecznych piór i laseczek, bomb porcelanowych itp. W oddziale tym prowadzono hodowlę stawonogów zakażonych dżumą. Znajdowało się tutaj 4.500 wylęgarni /inkuba-

arów/ do rozmnażania pcheł na gryzoniach. Możliwości rozmnażania dochodziły do milionów zadżumionych pcheł. W ciągu jednego cyklu produkcyjnego" otrzymywano około dwustu kilogramów pcheł. Wylęgarniach znajdowało się około trzech milionów szczurów. Oddział drugi dysponował również specjalnym poligonem oraz jednostką lotniczą wyposażoną w odpowiednią aparaturę. Oddział zwarty /produkcyjny/ przeznaczony był do rozmnażania laboratoryjnie wyhodowanych bakterii. Oddział ten stanowił jak gdyby fabrykę chorób epidemicznych. Zdolność produkcyjna oddziału dawała możliwość rozmnożenia w ciągu miesiąca 300 kilogramów pałeczek dżumy, 900 kilogramów pałeczek duru brzuszego i tyleż kilogramów pałeczek durów rzekomych oraz około tony przecinkowców cholery. Powyższe liczby świadczą o tym, że jednostka nr 731 była przeznaczona do masowej produkcji broni bakteriologicznej. W oddziale piątym /szkoleniowo-oświatowym/ przygotowywano kadry do praktycznego stosowania środków bakteriologicznych i wywoływania epidemii chorób zakaźnych.

Jednostka nr 100 realizowała taką samą działalność jak jednostka nr 731.

W celu zapobieżenia zakażeniu własnych wojsk, dowództwo japońskie utworzyło jednostki sanitarno-przeciwi epidemiczne przy wszystkich batalionach i pułkach piechoty, podporządkowane szefom służby zdrowia armii.

Badaniom przeprowadzanym w jednostkach nr 731 i nr 100 towarzyszyły doświadczenia na ludziach. W czasie tych eksperymentów uśmiercono tysiące ofiar. W ciągu kilku lat w jednostkach tych badano: pałeczki dżumy, duru brzuszego, durów rzekomych, czerwone bakterie, przecinkowce cholery i riketsje duru plamistego. Większość zakażonych tymi drobnoustrojami umierała, ci zaś którzy wracali do zdrowia, poddawani byli powtórnym zakażeniom

w końcu umierali. Ofiarami byli między innymi obywatele chińscy, dzieccy, amerykańscy i inni. Na poligonie przywiązywano tych ludzi do żelaznych pali, a następnie w celu zakażenia powodowano w ich pobliżu wybuchy pocisków napełnionych bakteriami dżumy, zgorzeli gazowej i innych drobnoustrojów.

W 1940 roku specjalna grupa z jednostki nr 731 przy pomocy odpowiednich urządzeń zrzuciła z samolotów na walczące wojska chińskie w formie "deszczu bakteriologicznego" zarażone dżumą szchlą, co w efekcie wywołało epidemię dżumy. Operacja ta pociągnęła za sobą tysiące śmiertelnych ofiar wśród chińskich żołnierzy i ludności cywilnej. Przebieg operacji był filmowany, a film następnie wyświetlany w jednostce nr 731 w obecności przedstawicieli dowództwa armii japońskiej. Analogiczne ekspedycje były wykonywane w 1941 roku oraz w 1942 roku nad tereny, które wojska japońskie musiały opuścić pod naporem armii chińskiej.

Na podstawie rozkazu generała Isii przygotowano 3.000 białych bułek, które po zakażeniu pałeczkami duru brzuszego rozdawano chińskim jeńcom. W tym samym celu produkowano specjalne herbatniki zostawiając je na drogach marszu wojsk. W czasie odwrotu armii japońskiej podobnie zakażano wodę w studniach i zbiornikach.

Jednostka nr 100 w ciągu kilku lat kierowała grupy specjalistów na tereny graniczne ZSRR w celu dokonywania dywersji bakteriologicznej przeciwko Związkowi Radzieckiemu drogą zakażenia zbiorników wody, głównie w rejonie Trójrzecza.

Trybunał Wojskowy uznał winę wszystkich oskarżonych i skazał ich na kary poprawczego obozu pracy w wymiarze od dwóch do dwudziestu pięciu lat 20/.

20/ Materiały rozprawy sądowej w Chabarowsku przeciwko byłym wojskowym japońskiej armii oskarżonym o przygotowanie i użycie broni bakteriologicznej. Proces japońskich przestępców wojennych. Tłumaczenie z jęz.ros. Warszawa 1951, s.5-26, 317-373, 425-436.

W 1985 roku w telewizji brytyjskiej przedstawiono program dokumentalny omawiający sposób w jaki władze amerykańskie po zakończeniu drugiej wojny światowej wykorzystywały do swoich celów uczonej japońskich, prowadzących eksperymenty biologiczne na jeńcach wojennych. Chodziło o jednostkę nr 731 armii kwantuńskiej w której prowadzono badania nad utworzeniem broni bakteriologicznej. W zamian za informacje, władze amerykańskie uwolniły i skazywały kary wszystkich specjalistów jednostki nr 731, nie bacząc na to, że wśród jeńców na których przeprowadzano owe "eksperymenty" było ponad tysiąc Amerykanów.

Pentagon w sześćdziesiątych i siedemdziesiątych latach przeprowadzał tajne próby z nowymi rodzajami broni biologicznej. Nad często zaludnionymi rejonami USA i Kanady rozpylano /w ramach prób/ w postaci aerosoli - imitatory środków bojowych wywołujących choroby zakaźne. Specjaliści wojskowi USA w osiemdziesiątych latach wspólnie z ekspertami z Langley przeprowadzali próby z wirusami na ochotnikach i izolowanych narkomanach. Intensywne badania prowadzą pracownicy CDC "Ośrodka Kontroli Niebezpiecznych Chorób/ w Atlancie, a szczególnie w laboratorium "maksymalnego bezpieczeństwa" CDC w Fort-Detrick. Naukowcy ci prowadzą badania w dziedzinie immunologii, a zwłaszcza zajmują się zagadnieniami sztucznego wpływu na system immunologiczny człowieka badając mechanizmy zarówno odporności naturalnej jak i nabytej. Fort-Detrick ma złą sławę na świecie, bo w jego laboratoriach powstaje broń biologiczna. Po oficjalnym zakazie produkcji i prób z bronią biologiczną wydanym przez prezydenta Richarda Nixona, Pentagon utajnił prace i przeniósł do innych państw. Do tej pory rozlega się echo skandalu z laboratorium w Lahore w Pakistanie, gdzie hodowano różne gatunki komarów i innych owadów zakażanych następnie żółtą febrą, amerykańskim zapaleniem opon

zgowych itp. Kilkudziesięciu mieszkańców Lahore zachorowało i zmarło z powodu zapalenia opon mózgowych w wyniku wydostania się z laboratoriów zakażonych owadów.

Zazwyczaj, gdy wspomina się o największych nieszczęściach, jakie spotkały ludzkość, myśli się o wojnach. Tymczasem ze wszystkich plag, jakich w swej historii doznał człowiek, najbardziej orderczą były epidemie chorób zakaźnych. Ich ofiarą padło więcej ludzi, niż zginęło w czasie wojen, erupcji wulkanów, głodu, powodzi, trzęsień ziemi, masowych eksterminacji, walk religijnych, zatrucia, klęsk żywiołowych - słowem wszystkiego, co natura lub człowiek mają w swoim arsenale śmierci.

Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, pod pozorem naukowych badań medycznych prowadzonych "dla celów obronnych", starają się różnymi sposobami obejść ustalenia międzynarodowej konwencji z 1972 roku. Zbudowane zostały potężne urządzenia do wytwarzania setek kilogramów chorobotwórczych drobnoustrojów, którymi można zakażać wojska, ludność cywilną miast i wsi, zwierzęta, lasy, pastwiska, zbiorniki wody i w efekcie doprowadzić do zagłady wielu tysięcy istnień ludzkich bez stosowania konwencjonalnych rodzajów broni. Trwają intensywne przygotowania do rzucenia przeciw ludzkości jej najstarszych wrogów - niewidzialnego świata najbardziej niebezpiecznych bakterii, riketsji i wirusów. Wykorzystywany jest do tego celu dorobek naukowy wysoce wyspecjalizowanych placówek naukowych.

Należy przewidywać, że broń biologiczna może być jednym z najważniejszych elementów walki nieprzyjaciela. W związku z tym nie może ujść uwadze zarówno dowódców jak i służby zdrowia a w szczególności pionu sanitarno-przeciwepidemicznego fakt, że również bez użycia broni konwencjonalnej mogą być wyeliminowane z walki całe oddziały, związki taktyczne a nawet związki operacyj-

Broń biologiczna posiada między innymi i tę właściwość, że sięg jej oddziaływania nie ogranicza się wyłącznie do linii frontu, wojsk nieprzyjaciela, czy nawet do terytorium państwa. Zpętana wojna biologiczna może spowodować nieobliczalną klęskę nie tylko wojskom, ludności cywilnej zaatakowanego państwa, ale również i społeczeństwom sąsiednich krajów.

W wypadku wybuchu wojny biologicznej a przynajmniej w jej początkowym okresie, potencjalny proces epidemiczny będzie skrócony z uwzględnieniem tylko drugiego i trzeciego ogniwa.

Rolę pierwszego ogniwa /źródła zakażenia/ spełniać będzie nie chory człowiek lub zwierzę, lecz broń biologiczna, w rozumieniu technicznych urządzeń do rozpraszania bojowych środków biologicznych w zaatakowanym środowisku. Fakt ten wymagać będzie od służby zdrowia i innych służb złożonych przedsięwzięć.

Rozważając na temat zabiegów profilaktycznych należy podkreślić, 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 doświadczenia 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 sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia w trudnych warunkach przewidywanego pola walki będą rozległe i skomplikowane. Ich realizacja wymagać będzie nie tylko sprawnego i skutecznego działania, ale równocześnie dysponowania efektywnymi środkami.

Sądzić można, iż ważnym problemem dla służby zdrowia w czasie zabezpieczenia przeciwepidemicznego będą między innymi choroby przewodu pokarmowego spowodowane zakłóceniami, jakie nie-
tępliwie wystąpią w zaopatrywaniu w wodę, oraz zakażenia przy-
mne epidemiczne rejestrowane w przypadkach urazów.

Dla usunięcia, w warunkach istniejących zakłóceń, przyczyn
prowadzących narastanie zapadalności na te dwie grupy schorzeń,
tak również na inne schorzenia, należy przewidzieć zorganizowa-
nie specjalnych grup awaryjnych, które stanowiłyby odwód szefa
służby zdrowia armii i związku taktycznego.

Wojskowy system zabezpieczenia sanitarno-przeciwepidemicz-
ego oparty jest na funkcjonowaniu okręgowych stacji sanitarno-
epidemiologicznych oraz działaniu etatowej służby zdrowia od-
działów i związków taktycznych. Wraz z powyższymi działają szpi-
tale i kliniki zakaźne oraz oddziały obserwacyjno-zakaźne cywil-
nych i wojskowych zakładów leczniczych. Ogromną rolę odgrywa dzia-
łalność Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii w Warszawie.

W okresie wojny poważne zadania w systemie osłony przeciw-
epidemicznej wojsk spełniają polowe szpitale zakaźne, a także
inne jednostki i urządzenia pionu sanitarno-przeciwepidemiczne-
go służby zdrowia.

Zasadnicze zadania stojące przed pionem sanitarno-przeciwepi-
demicznym służby zdrowia wypracowane w czasie poprzednich wojen,
a zwłaszcza drugiej wojny światowej, pozostają w większości na-
dal aktualne z tym, że ulegają znacznemu rozszerzeniu i odpowied-
niej aktualizacji, co wiąże się ściśle z optymalizacją aplikowa-
nych metod wynikających z rozwoju nauk medycznych.

Rozważania na temat prognozowania wielkości strat powstałych
w wyniku epidemii chorób zakaźnych podczas stosowania broni ma-
sowego rażenia należy ujmować w podwójnym aspekcie, a mianowicie

sytuacji gdy broń biologiczna nie będzie stosowana oraz w przypadku stosowania biologicznych środków walki.

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 ronią jądrową.

Postęp nauk medycznych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób zakaźnych będzie skutecznie oddziaływać na zmniejszenie strat epidemicznych jeżeli usprawnianie systemu ochrony przeciwepidemicznej wojsk będzie stawiane na równi z innymi problemami obronności kraju.

Należy podkreślić duże niebezpieczeństwo epidemiczne, jakie stwarzać będą osoby napromienione, a tym samym z osłabioną odpornością organizmu, łatwiej ulegające zakażeniom drobnoustrojami chorobotwórczymi.

Przy zastosowaniu przez pion sanitarno-przeciwepidemiczny służby zdrowia właściwego systemu ochronnego, straty z powodu chorób epidemicznych nie powinny wpłynąć na obniżenie gotowości bojowej wojsk.

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.

Należy zwrócić baczną uwagę na niebezpieczeństwo, które kryje w sobie szansa modelowania cech drobnoustrojów. Powstaje bowiem możliwość nie tylko znoszenia, ale i wzbudzania ich chorobotwórczości. Choroby zakaźne zmieniają swoje oblicze, głównie

skutek agresywnych poczynań człowieka, a zdolności adaptacyjne oraz chorobotwórczych są nieobliczalne.

Zdecydowany sprzeciw narodów doprowadził do tego, że 10 kwietnia 1972 roku podpisana została międzynarodowa konwencja zakazie przeprowadzania badań, produkcji i gromadzenia zapasów broni bakteriologicznej i toksyn oraz ich niszczeniu.

Godzi się przy tym nadmienić, że to Polska wystąpiła na forum międzynarodowym z inicjatywami w sprawie całkowitego zakazu likwidacji broni biologicznej oraz brała czynny udział w toczących się rokowaniach na ten temat.

Możliwość zastosowania broni biologicznej musi być jednak względniana jako realny czynnik zagrożenia, ponieważ do tej pory brak jest skutecznego systemu kontroli przestrzegania postanowień zawartych w tej konwencji. Zadaniem strategicznym jest więc 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 wzmocnione zastosowaniem aktywnej immunizacji przeciwko określonym chorobom.

Oryginalność i dalekowzroczność najnowszych poglądów na tego typu walkę nasuwa wniosek, że zabezpieczenie sanitarno-przeciwepidemiczne wojsk powinno być planowane i organizowane również i pod tym kątem.

Działalność pionu sanitarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia ludowego Wojska Polskiego stanowi jedną z najciekawszych kart historii polskiej wojskowej służby zdrowia. Wspólny wysiłek pracowników tego pionu umożliwił utrzymanie na odpowiednim poziomie zdrowia tysięcy naszych żołnierzy. Ofiarny trud wszystkich żołnierzy - pracowników służby zdrowia WP, z których wielu w walce o życie i zdrowie swoich towarzyszy broni oddało życie,

st symbolem umiłowania Ojczyzny oraz drogowskazem dla obecnych
przyszłych pokoleń pracowników służby zdrowia ludowego Wojska
lskiego.

Centralne Biuro Wzrostu i Rozwoju, Szpital 100,
Szpital 100 - 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110,
111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124,
125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138,
139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152,
153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166,
167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180,
181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194,
195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208,
209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222,
223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236,
237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250,
251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264,
265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278,
279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292,
293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306,
307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320,
321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334,
335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348,
349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362,
363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376,
377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390,
391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404,
405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418,
419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432,
433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446,
447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460,
461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474,
475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488,
489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502,
503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516,
517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530,
531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544,
545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558,
559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572,
573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586,
587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600,
601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614,
615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628,
629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642,
643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656,
657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670,
671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684,
685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698,
699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712,
713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726,
727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740,
741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754,
755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768,
769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782,
783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796,
797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810,
811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824,
825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838,
839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 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, 920, 921, 922,
923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936,
937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950,
951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964,
965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978,
979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992,
993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

Zróżdka archiwalne.

1. Centralne Archiwum Wojskowe w Warszawie. Zespoły akt:

- Sztab Główny WP:

Sygnatura III - 1 - 10, 11, 12, 23, 24, 29, 38-40, 48, 57, 58, 60,
67, 69, 75, 83, 92, 96, 101, 120, 133, 141, 144, 146, 148-150,
161, 164, 175, 186-194, 198, 202, 221, 260, 265, 267, 270,
271, 310, 316-319, 324, 325, 347, 374, 379, 405;

- 1 armia WP:

Sygnatura III - 4 - 46, 111, 174, 805, 807, 808, 820, 827, 846,
850, 852-919;

- 2 armia WP:

Sygnatura III - 5 - 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 22-24, 58-60, 146-
151, 166-168, 179, 181, 274, 288, 404, 409, 411, 422-427,
435, 446, 450, 451, 453, 456, 464, 471, 474, 481, 895;

- 3 armia WP:

Sygnatura III - 58, 60, 64, 90;

- Wojska Lotnicze:

Sygnatura III - 263 - 30, 31, 33, 37, 45, 56, 66, 88-103, 137,
144, 599;

- Główne Kwatermistrzostwo WP:

Sygnatura MON - 188, 591, 599-602, 604, 609, 610, 615-623, 645,
675, 700, 702, 711, 724, 739, 1374, 1602, 1645, 1957, 1999-
2009, 2011-2019, 6758;

- III-7-11,700,701;
- III-9-2;
- III-446-400;
- III-466-400;
- III-529-12;
- III-535-1;
- III-560-31.

2. Archiwum Ministerstwa Obrony ZSRR /fotokopie dokumentów
WIH/:

- fond 233, opis nr 16930 c.jed.chr.nr 60,
- fond 233, opis nr 548345 c.jed.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 167,
- fond 233, opis nr 548345 c.jed.chr.nr 176.

3. Instytut Polski i Muzeum im.gen.W.Sikorskiego w Londynie
/odbitki kserograficzne dokumentów w Zakładzie Historii
Medycyny WAM w Łodzi/:

- Akta szefa służby zdrowia MON
Sygnatura 2738/Zdr.III.45,3198/Zdr.44.
- Akta szefa służby zdrowia 2 Korpusu

Sygnatura 1080/M/Tjn/45,1101/M/46.

Publikacje.

Akodus I. Armija. W: Encykłopediczeskij Słowar Wojennoj Mediciny. Moskwa 1946.

Antipienko N.N. Na głównym kierunku. Warszawa 1970.

Antipienko N.N. Tyły 1 Frontu Białoruskiego. Przegląd Kwatermistrzowski 1966, 1/87/ i 2/88/.

Artykuł wstępny: 25 letie wielikoj pobiedy. Wojenno-Medicynskij Żurnał 1970, 5.

Błagowieszczkański I. Analiza strat osobowych poniesionych przez 1 Armię Polską w ZSRR. Myśl Wojskowa 1971, 6.

Błagowieszczkański I. Analiza strat osobowych poniesionych przez 1 armię WP w operacjach 1944 r. Myśl Wojskowa 1966, 11.

Błagowieszczkański I. Analiza strat osobowych poniesionych przez 1 armię WP w operacjach lat 1944-1945. Myśl Wojskowa 1967, 12.

Błagowieszczkański I., Dolata B., Dzipanow R., Gać S., Jadziak E., Jurgielewicz W. Polski czyn zbrojny w II wojnie światowej. Ludowe Wojsko Polskie 1943-1945. Warszawa 1973.

Błagowieszczkański I. Z doświadczeń obrony organizowanej na rzece Styr przez 1 Armię Polską w ZSRR. Myśl Wojskowa 1966, 6.

Bołdyrew T. Zakaźny ruchomy szpital polowy ZPRSz. Lekarz Wojskowy 1951, 1.

- 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 plamisty w armiach świata. Lekarz Wojskowy 1969,2.
- Bończak J., Gwóźdź B. Oświata sanitarna w ludowym Wojsku Polskim. Lekarz Wojskowy 1969,5.
- Bończak J., Gwóźdź B. Wychowanie higieniczne w armiach w przeszłości. Lekarz Wojskowy 1969,6.
- Bończak J. Higiena i epidemiologia w systemie hitlerowskiej eksterminacji. Wojskowy Przegląd Historyczny 1979,3.
- Bończak J., Malewicz J. Choroby weneryczne w armiach na przestrzeni wieków. Lekarz Wojskowy 1974,7.
- Bończak J., Malewicz J. Swierzb w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1975,6.
- Bończak J. Medycyna spod znaku swastyki. Przegląd Kwatermistrzowski 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., Piotrowski F. Jubileusz wojskowej medycyny radzieckiej. Biuletyn WAM 1978,1.

- Bończak J. Straty osobowe Niemiec hitlerowskich w wojnie radziecko-niemieckiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1974, 6/139/.
- Bończak J. Tężec wśród żołnierzy. Lekarz Wojskowy 1969,10.
- Bończak J. Tularemia wśród żołnierzy. Lekarz Wojskowy 1980, 7-8.
- Bończak J. Wybrane aspekty zabezpieczenia medycznego operacji berlińskiej. Lekarz Wojskowy 1980,5-6.
- 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. Zimnica w armiach świata. Lekarz Wojskowy 1969,3.
- Bończak J. Żółtaczka zakaźna w armiach na przestrzeni dziejów. Lekarz Wojskowy 1967,4.
- Brzeziński T., Markiewicz K. Służba zdrowia 1 Armii WP w akcji niesienia pomocy ludności cywilnej w rejonie walk o Warszawę /IX.1944-I.1945/. Lekarz Wojskowy 1973,10.
- Brzeziński T. 1 Sanitarno-Epidemiczna Grupa i jej rola w zabezpieczeniu działań bojowych 1 Armii WP. Biuletyn WAM 1971,3.

- Brzeziński T. Służba zdrowia 1 Armii Wojska Polskiego. Biuletyn WAM 1972, Suplement IV z.15.
- Brzeziński T. Szpitale radzieckie w operacyjnym podporządkowaniu 1 Armii Wojska Polskiego. Biuletyn WAM 1971,1.
- Chombakow Z. Zagadnienia sanitarno-epidemiologiczne w czasie wojny. Lekarz Wojskowy 1950,5.
- Dawidowicz W., Dąbrowski B., Filar W., Małecki F. Kwatermistrzostwo ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945. Warszawa 1973.
- Dwadzieścia lat Polski Ludowej. PWE. Warszawa 1964.
- Dzipanow R. 1 Armia WP w bitwie o Wał Pomorski. Warszawa 1965.
- Gać S. Udział 2 armii WP w operacji praskiej. Warszawa 1962.
- Gasperowicz A. Nasz batalion sanitarny. Lekarz Wojskowy 1963,10.
- Georgiewskij A. Higiena wojskowa, epidemiologia i toksykologia. Zagadnienia medycyny wojskowej.
- Girgoław S.S. Ogniestrelnyje rany. W wydawnictwie: Opyt Sowietской Медицины в Великой Отечественной Войне 1941-1945. Moskwa 1951.
- Gwóźdź B., Miałkoś L. Ważniejsze osiągnięcia medycyny radzieckiej w dziedzinie likwidacji chorób epidemicznych w okresie pięćdziesięciolecia. Biuletyn WAM 1968, suplement IV, z.12.
- Gwóźdź B., Włodarczyk J. O niektórych problemach ochrony przeciwepidemicznej 1 armii WP. Biuletyn WAM 1967, suplement IV, z.11.

Jadziak E. Ludowe Wojsko Polskie w walce o wyzwolenie Polski, przemianach społeczno-politycznych i odbudowie kraju w latach 1944-1948. ASG WP 1984.

Jadziak E. Walki 1 armii WP o Kołobrzeg 7-18.III.1945 r. Wojskowy Przegląd Historyczny 1959,2,3.

Jasiński A. Przełamanie Wału Pomorskiego. Warszawa 1958.

Jurgielewicz W. Rozwój organizacyjny LWP w drugiej połowie 1944 r. Myśl Wojskowa 1964, 11.

Kaczmarek K. W bojach przez Łużyce. Warszawa 1965.

Karpiński A. Pod Dęblinem, Puławami i Warką. Warszawa 1967.

Karpiński A., Sobczak K. Materiały do studiowania historii wojska i sztuki wojennej. Warszawa 1963, z.6 c.

Kiński F. Elementarz służby wojskowej. 1787.

Klonowicz S. Szlak bojowy 7 batalionu medyczno-sanitarnego. Lekarz Wojskowy 1963, 10.

Koszyła Z., Zabłotniak R. Zabezpieczenie medyczne 1 armii WP na przyczółku Warecko-Magnuszewskim. Lekarz Wojskowy 1966, 2.

Koszyła Z., Zabłotniak R. Zabezpieczenie medyczne walk 1 armii WP pod Dęblinem i Puławami. Lekarz Wojskowy 1967,9.

Kowalski 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

- Krotkow T. Zagadnienia higieny wojskowej w II wojnie światowej. Lekarz Wojskowy 1945,3-4.
- Krzemień S. Przebieg działań bojowych oraz przegrupowanie tyłów 1 armii WP w operacji berlińskiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1967,2/94/.
- Krzemień S. Szkolenie kadr kwatermistrzowskich w ludowym Wojsku Polskim w latach 1943-1945. Przegląd Kwatermistrzowski 1970,3.
- Kuliński W. Kwatermistrzowskie zabezpieczenie działań 1 armii WP 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 Sowieckich Woorużennych Sił w Wielikoj Otieczestwiennoj Wojnie. Moskwa 1977.
- Lewandowicz L.,Lisek Z.,Malczewski J.,Polkowski R.,Romanowski W. Księga poległych na polu chwały.Warszawa 1974.
- 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 1968,5/103/.
- Majewski W. Służba zdrowia 1 armii Wojska Polskiego.Warszawa 1976.
- Malczewski J. O stratach ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945.Wojskowy Przegląd Historyczny 1972,2.

- Mały rocznik statystyczny 1939. Warszawa 1939.
- Margules J. Boje 1 armii WP w obszarze Warszawy. Warszawa 1967.
- Market R. Rozpoznanie i leczenie chorób wewnętrznych w warunkach polowych. Lekarz Wojskowy 1953,8.
- Mikulaszek E. 15-lecie Wojskowego Centralnego Laboratorium Sanitarno-Higienicznego. Lekarz Wojskowy 1960,4.
- Mikulewicz K. Ogólne zasady profilaktyki chorób zakaźnych w polu. Lekarz Wojskowy 1945,2.
- Mirus B. Geneza powstania organów tyłowych 1 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.
- Pechner A. Bitwa pod Lenino. Lekarz Wojskowy 1953,3.
- Pierwsza konferencja naukowa poświęcona dziejom polskiej wojskowej służby zdrowia. Wojskowy Przegląd Historyczny 1967,2.
- Piotrowski F. Udział polskiej wojskowej służby zdrowia w zwycięstwie nad faszyzmem. Biuletyn WAM 1975,4.
- Płoński K. Służba zdrowia na szlaku bojowym ludowego Wojska Polskiego. Przegląd Kwatermistrzowski 1963,5/73/.
- Płoński K. W szeregach służby zdrowia 2 armii WP. Warszawa 1969.
- Pomorska operacja 1945. Warszawa 1970.

- Ponahajba L., Czumut J., Jankowski J., Lewandowicz L. Organizacja i działania bojowe ludowego Wojska Polskiego w latach 1943-1945. Warszawa 1958.
- Raźnikiewicz Z. Gęstość operacyjno-taktyczna i tempo działań wojsk w operacji łużycko-praskiej 2 armii WP. Myśl Wojskowa 1962,4.
- Rochmankowski S. Praca tyłów 1 armii Wojska Polskiego w okresie przygotowania do operacji pomorskiej. Przegląd Kwatermistrzowski 1965,3/83/.
- Rogoziński S., Handelzalc A. Szczepienia ochronne w wojsku. Lekarz Wojskowy 1954,5.
- Rozwój LWP na przestrzeni dwudziestolecia. Warszawa 1963.
- Smirnow E.T. Problemy wojennej medycyny. Izd. Narkomzdrav SSSR 1944.
- Stapor Z. Operacja berlińska Armii Radzieckiej i udział w niej Wojska Polskiego. Wojskowy Przegląd Historyczny 1965,12.
- Stapor Z. Operacja brandenburska 1 armii WP, 16.4-8.5.1945. Wojskowy Przegląd Historyczny 1968,3,4 i 1969,1.
- Timiankow K.D. Medycinskoje snabżenije w period wojny. Wojenno-Medicinskij Żurnał 1970,5.
- Tkaczewski W. Choroby zakaźne. Rozważania epidemiologiczno-kliniczne. Biuletyn WAM 1975,1.
- Wadlewski B. Służba zdrowia 1 Dywizji. Lekarz Wojskowy 1963,

Wasserstrom T. Służba medyczna 1 armii Wojska Polskiego.

Lekarz Wojskowy 1963,10.

Wojna wyzwolenicza narodu polskiego 1939-1945. Warszawa 1963.

Wojtkowiak S. Polska służba zdrowia na frontach drugiej wojny światowej. Biuletyn WAM 1970,2.

Wojtkowiak S. Szkolnictwo medyczne w Wojsku Polskim w latach 1918-1958. Łódź 1968.

Wojtkowiak S., Talar J., Majewski W., Piotrowski F. Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia. Warszawa 1974.

Zabłotniak R., Kosztyła Z. Zabezpieczenie medyczne oddziałów Wojska Polskiego w walce o Berlin w 1945 r. Lekarz Wojskowy 1968,2.

Zabłotniak R., Kosztyła Z. Zabezpieczenie medyczne walk 1 armii Wojska Polskiego o przełamanie Wału Pomorskiego w 1945 r. Lekarz Wojskowy 1968,9.

Zabłotniak R., Kosztyła Z. Zabezpieczenie medyczne walk o Kołobrzeg w czasie II wojny światowej. Lekarz Wojskowy 1971,5.

Zabłotniak R. Polowy szpital zakaźny nr 24 /1944-1945/. Lekarz Wojskowy 1977,9.

Zabłotniak R. Sanitarno-Epidemiologiczne Laboratorium Frontu nr 9. Lekarz Wojskowy 1980,5-6.

Zagórski P. Stan epidemiczny 1 armii Wojska Polskiego. Lekarz Wojskowy 1963,10.

- Załoski S. Formowanie jednostek kwatermistrzowskich w drugim półroczu 1944 r. Przegląd Kwatermistrzowski 1963,5.
- Załoski S. Formowanie jednostek kwatermistrzowskich w pierwszej połowie 1945 r. Przegląd Kwatermistrzowski 1971,2/118/.
- Załoski S. Kwatermistrzowskie zabezpieczenie walk oddziałów 1 armii na przyczółkach w Warszawie. Przegląd Kwatermistrzowski 1961,3/59/.
- Załoski S. Praca kwatermistrzostwa 1 armii Wojska Polskiego. Przegląd Kwatermistrzowski 1958,1/39/.
- Załoski S. Szkolenie specjalistów służb tyłowych w latach 1943-1945. Przegląd Kwatermistrzowski 1962,5.
- Załoski S. Tyły 1 Dywizji Piechoty w walkach o Pragę. Przegląd Kwatermistrzowski 1960,6/56/.
- Załoski S. Zabezpieczenie kwatermistrzowskie działań 1 armii Wojska Polskiego na kierunku Jabłonna /10-28.10. 1944/. Przegląd Kwatermistrzowski 1971,6/122/.
- Z zagadnień rozwoju LWP. Warszawa 1964.

WYKAZ

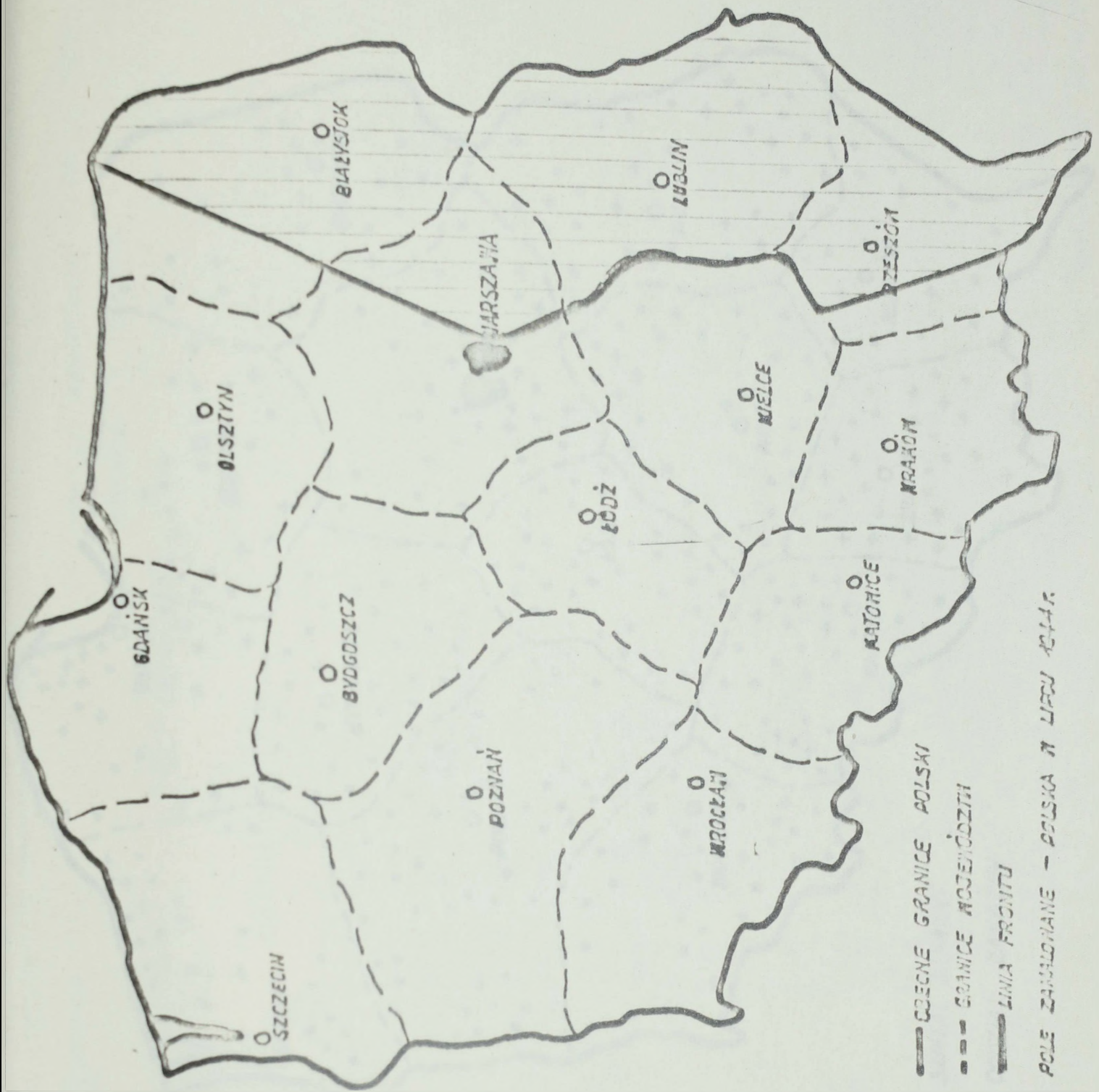
SKRÓTÓW UŻYWANYCH W TEKSCIE

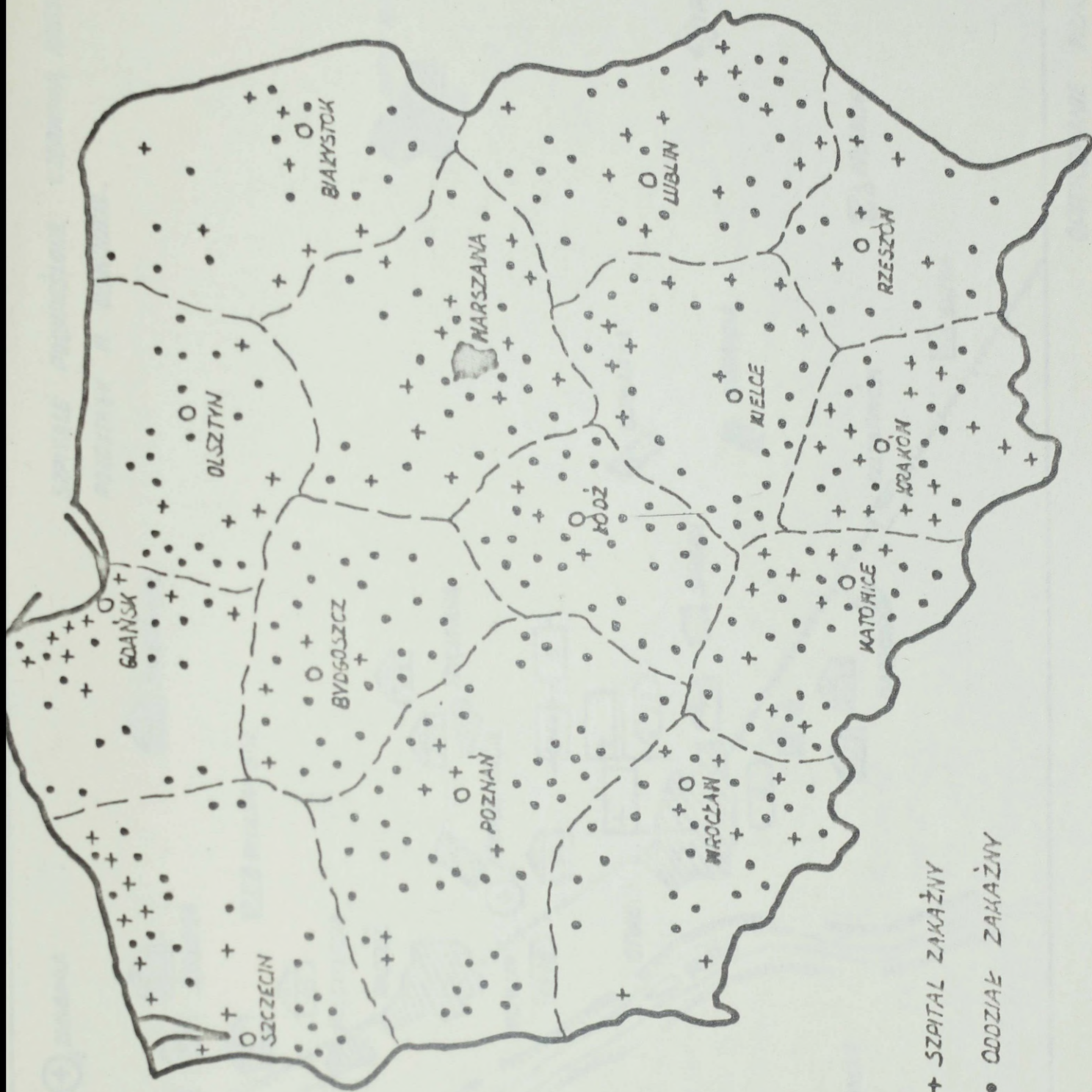
- IP - Archiwum Instytutu Polskiego /w Londynie/,
 SG WP - Akademia Sztabu Generalnego WP,
 L - Armia Ludowa,
 AP w ZSRR - Armia Polska w ZSRR,
 WP - armia Wojska Polskiego,
 BSzA - baza szpitalna armii,
 BSzF - baza szpitalna frontu,
 CAW - Centralne Archiwum Wojskowe,
 ChPPG - chirurgicznyj polewoj podwiżnoj hospital - polowy
 ruchomy szpital chirurgiczny,
 ChPSzR - polowy ruchomy szpital chirurgiczny,
 KDur - Centralny Komitet do walki z dudem plamistym,
 LLS-H - Centralne Laboratorium Sanitarno-Higieniczne,
 DMP - dywizyjny punkt medyczny,
 DP - dywizja piechoty,
 EG - ewakuacyjnyj hospital - szpital ewakuacyjnyj,
 EP - ewakoprijomnik - ewakuacyjnyj punkt rozdzielczy,
 FEP - frontowy punkt ewakuacyjnyj,
 GO PEP - gołownoje oddzielenie polewego ewakuacyjnego punkta
 - wysunięty oddział polowego punktu ewakuacyjnego,
 IPPG - infekcyjnyj polewoj podwiżnoj hospital - polowy
 ruchomy szpital zakaźny,

- OK - kompania dezynfekcyjno-kąpielowa,
- PSZ - Korpus Polskich Sił Zbrojnych,
- RN - Krajowa Rada Narodowa,
- SS - kompania samochodów sanitarnych,
- EP - miejscowy punkt ewakuacyjny,
- SB - batalion medyczno-sanitarny /medsanbat/,
- ZIOS - Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej,
- DWP - Naczelne Dowództwo WP,
- IISI - Nauczno-Isledowatielnyj Ispitatielnyj Sanitarnyj
Instytut - naukowo-bydawczy doświadczalny instytut
sanitarny,
- LP - oddział łaźni polowych,
- PP - oddział pralni polowych,
- ASS - polowy skład sanitarny armii,
- CK - Polski Czerwony Krzyż,
- PEP - polowy punkt ewakuacyjny,
- PER - punkt ewakuacyjno-rozdzielczy,
- PIDF - pogotowie instruktorsko-dezynfekcyjne frontu,
- PKWN - Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego,
- PMP - pułkowy punkt medyczny,
- PRSzE - polowy ruchomy szpital ewakuacyjny,
- PRSzLR - polowy ruchomy szpital lekko rannych,
- PRSzSE - polowy ruchomy szpital segregacyjno-ewakuacyjny,
- PRSzW - polowy ruchomy szpital wewnętrzny,
- PRSzZ - polowy ruchomy szpital zakaźny,

- K - punkt sanitarno-kontrolny,
- G - grupa sanitarno-epidemiologiczna,
- L - laboratorium sanitarno-epidemiologiczne,
- PG - terapeutyczny polewoj podwójnej hospital -
polowy ruchomy szpital wewnętrzny,
- M - Wojskowa Akademia Medyczna,
- IH - Wojskowy Instytut Historyczny,
- IHE - Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii,
- MA - Wojskowo Medycka Akademia - Wojskowa Akademia
Medyczna,
- OPEP - wysunięty oddział polowego punktu ewakuacyjnego,
- PP - Związek Patriotów Polskich,
- T - związek taktyczny,
- ZMT - Zarząd Zaopatrzenia Materiałowo-Technicznego.

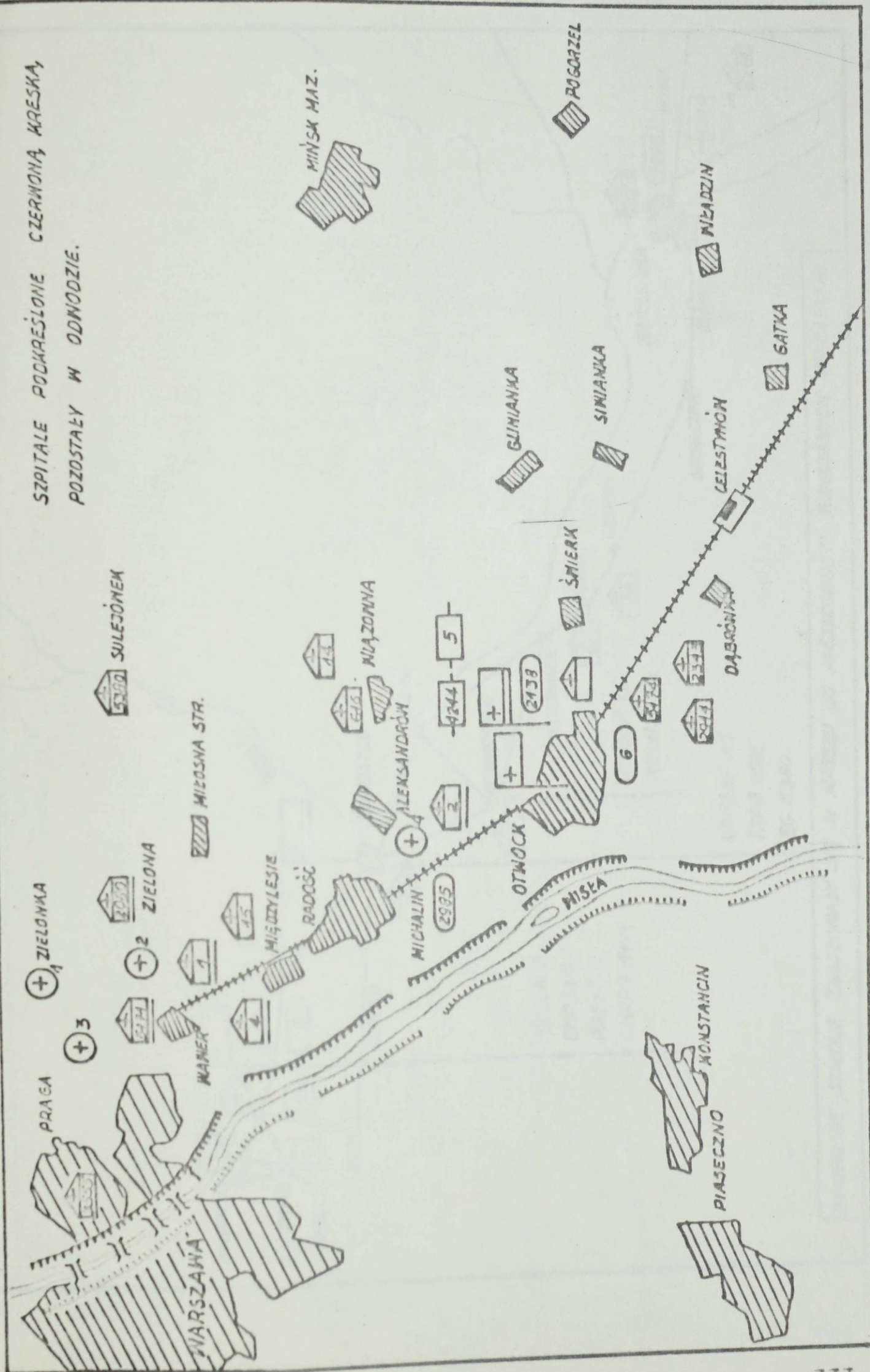
Z A Ł Ą C Z N I K I



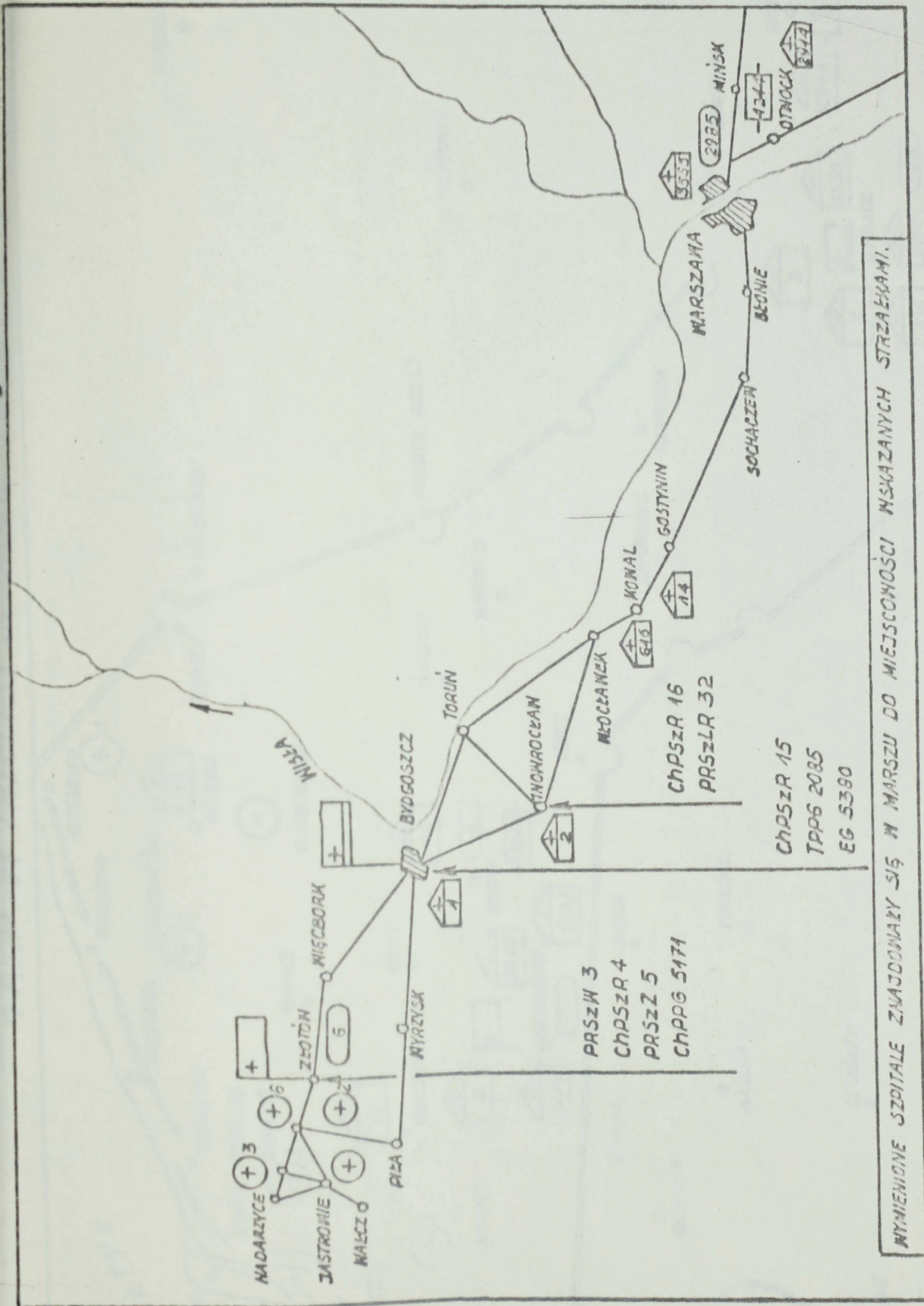


+ SZPITAL ZAKAŻNY
 • ODDZIAŁ ZAKAŻNY

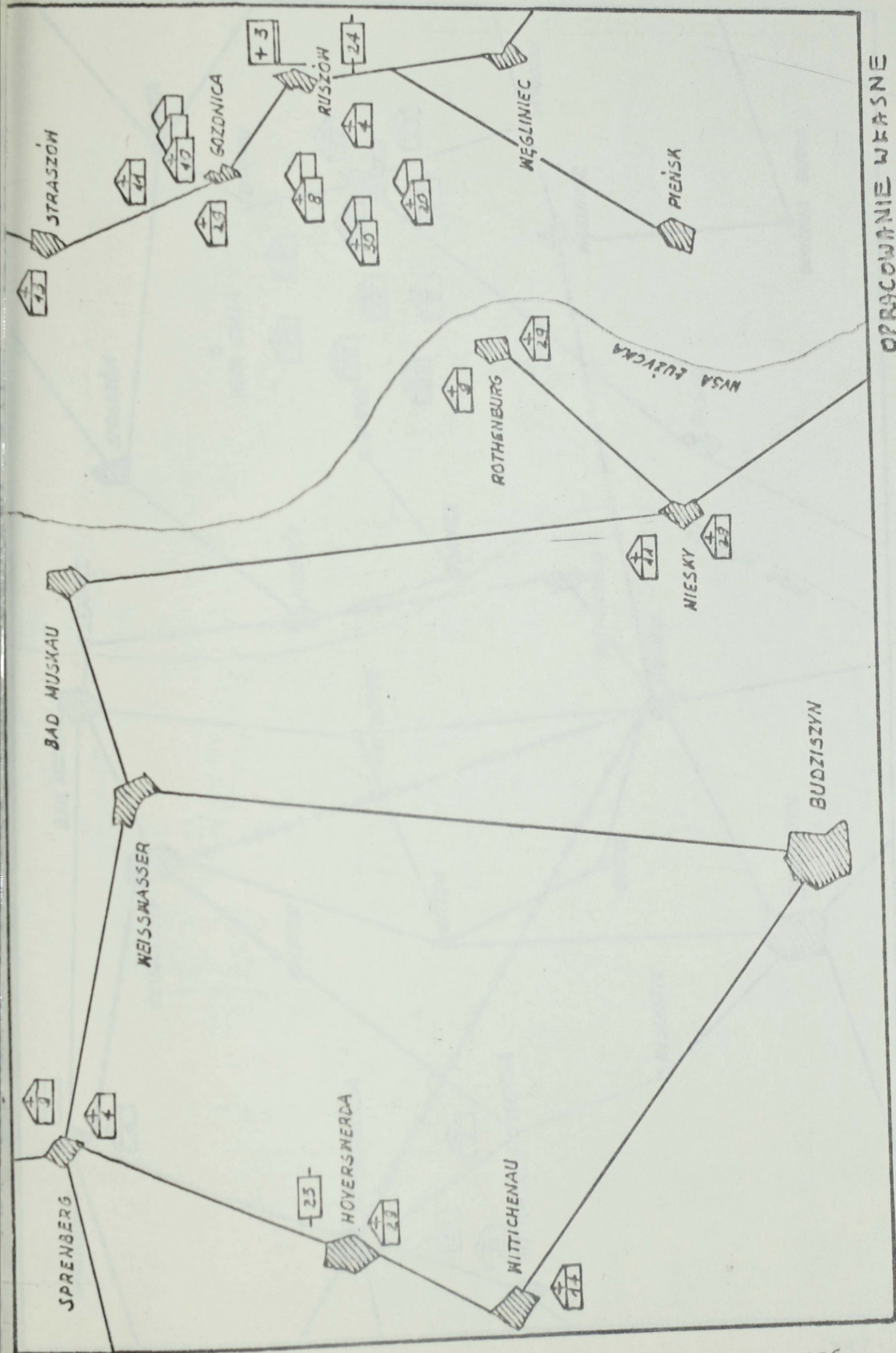
SZPITALA PODKREŚLONE CZERWONĄ KRESKĄ
POZOSTAŁY W ODNODZIE.



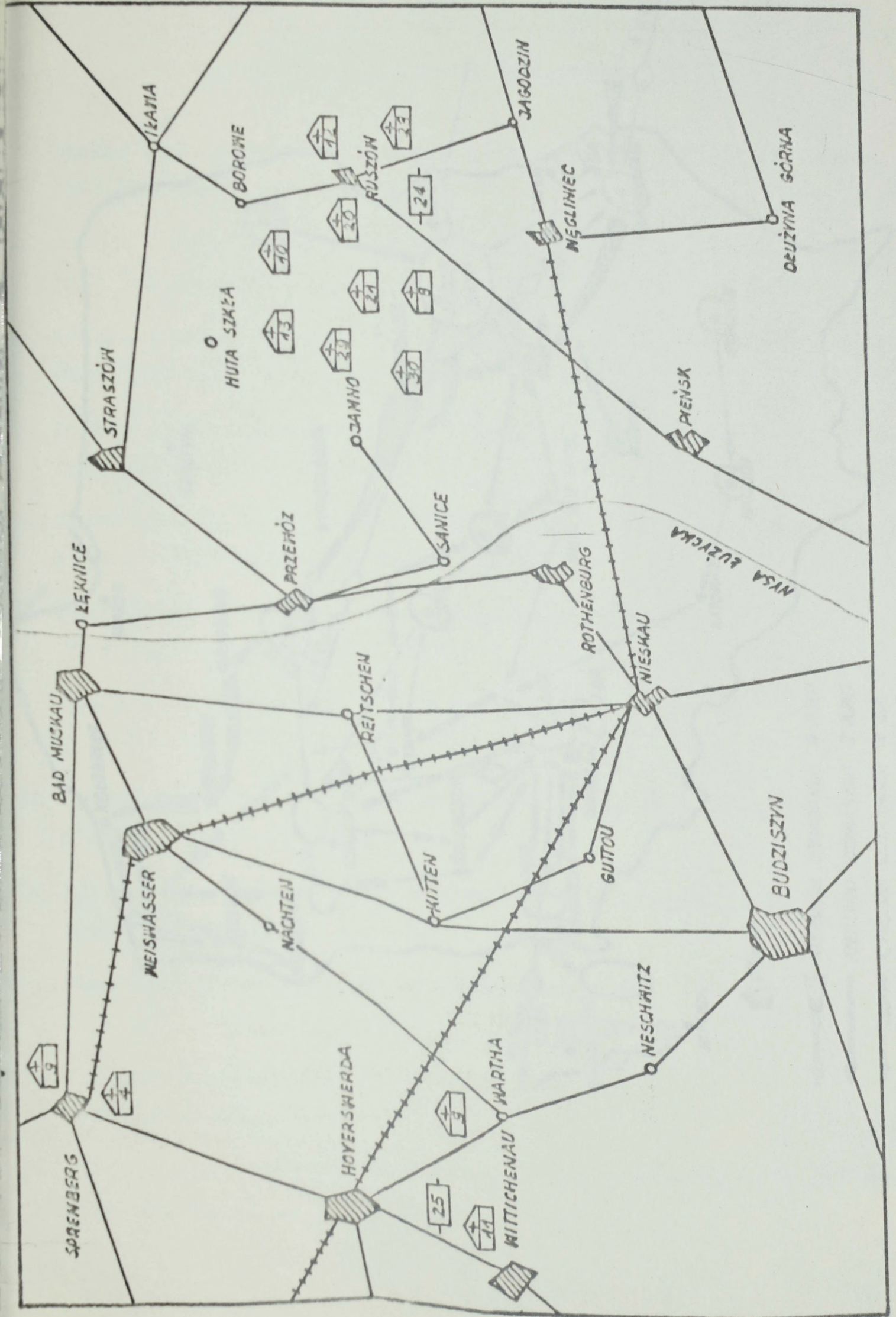
OPRACOWANIE WŁASNE

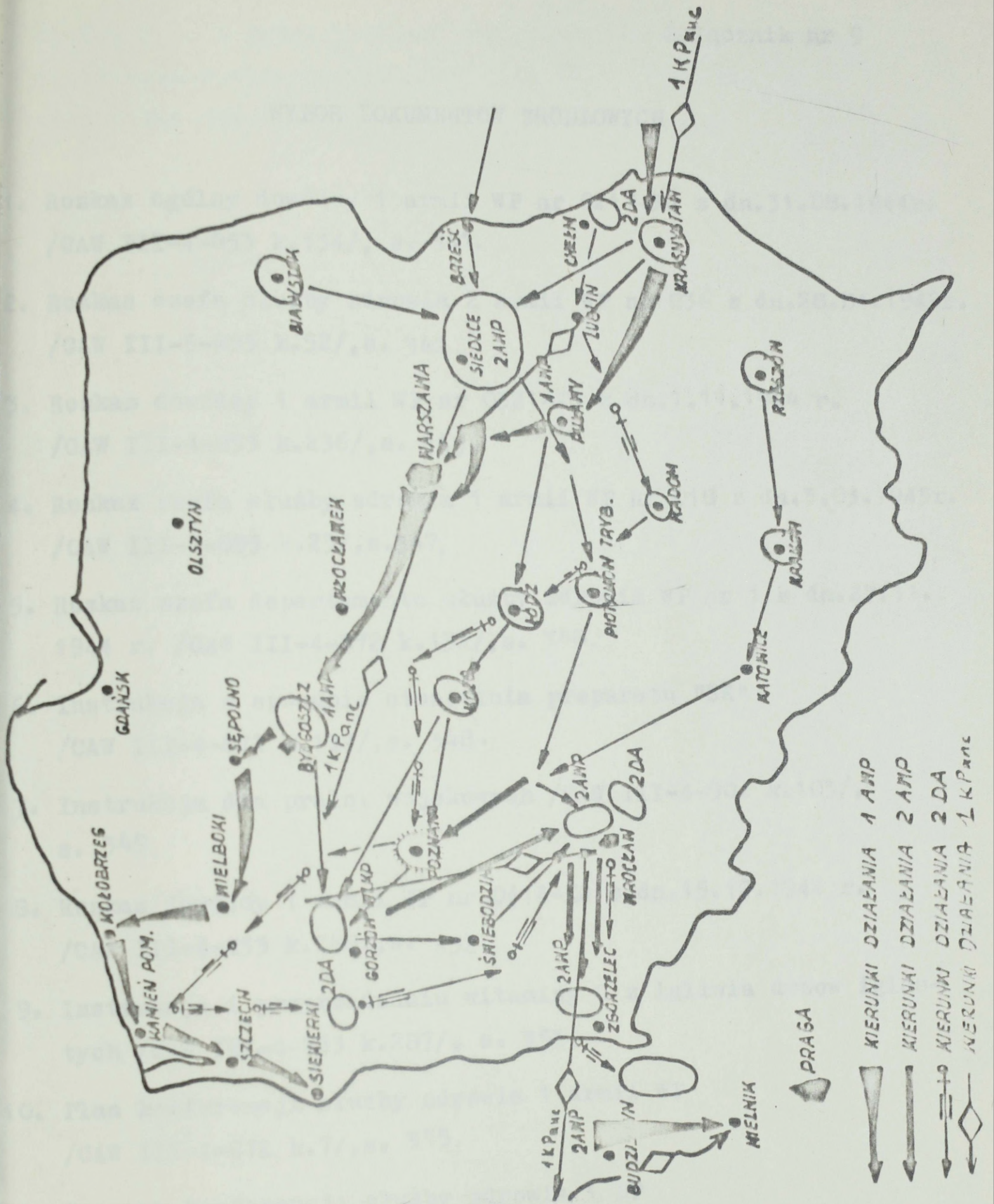


OPRACOWANIE WŁASNE



OPRACOWANIE WRAŚNE





WYBÓR DOKUMENTÓW ŹRÓDŁOWYCH

1. Rozkaz ogólny dowódcy 1 armii WP nr 0217-KG z dn.31.08.1944r.
/CAW III-4-853 k.134/, s. 341.
2. Rozkaz szefa służby zdrowia 2 armii WP nr 036 z dn.28.04.1945r.
/CAW III-5-895 k.52/, s. 342.
3. Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0321-KG z dn.1.11.1944 r.
/CAW III-4-853 k.236/, s. 345.
4. Rozkaz szefa służby zdrowia 1 armii WP nr 018 z dn.3.03.1945r.
/CAW III-4-895 k.23/, s.347.
5. Rozkaz szefa departamentu służby zdrowia WP nr 1 z dn.27.11.
1944 r. /CAW III-4-872 k.132/, s. 348.
6. Instrukcja o sposobie stosowania preparatu "SK"
/CAW III-4-872 k.132/, s. 348.
7. Instrukcja dla pralni wojskowych /CAW III-4-904 k.103/,
s. 349.
8. Rozkaz dowódcy 1 armii WP nr 0414-KG z dn.15.12.1944 r.
/CAW III-4-853 k.288/, s. 352.
9. Instrukcja i przyrządzaniu witaminy C z igliwia drzew iglas-
tych /CAW III-4-853 k.287/, s. 353.
10. Plan konferencji służby zdrowia 1 armii WP
/CAW III-4-872 k.7/, s. 355.
11. Program konferencji służby zdrowia 1 DP
/CAW III-4-872 k.16/, s. 357.
12. Zarządzenie szefa służby zdrowia 1 armii WP z dn.12.01.1945r.
/CAW III-4-909 k.19/, s. 358.

Ulotka wydana przez wydział propagandy Głównego Zarządu
Polityczno-Wychowawczego WP w dniu 16.11.1944 r.

/CAW III-1-379 k.133/,s. 360.

2.08.1944 r.

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, nieprzestrzeganie przez żołnierzy higieny osobistej i niedostateczna propaganda sanitarno-kulturalna wśród nich.

W celu zabezpieczenia 1-ej Armii Polskiej przed rozpowszechnieniem schorzeń na czerwonkę

R o z k a z u j ę :

1. Kategoriecznie zabraniam 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 - manierki i pantocidem.
3. Uporządkować wszystkie bloki żywnościowe i składy produktowe

z uwzględnieniem należytej walki z muchami.

- Zarządzić we wszystkich jednostkach obowiązkowe mycie rąk z dezynfekcją ich roztworem chlorowanego wapna - przed każdym przyjmowaniem pokarmów.
 - W jednostkach tyłowych zabezpieczyć w ciągu 3-ch dni potrzebną ilość nieprzenikających dla much ustępów i zalewać je codziennie roztworem chlorowanego wapna.
 - Przeprowadzić do 5.09.br. we wszystkich jednostkach pogadanki z żołnierzami, na temat zwalczania czerwonki i innych schorzeń żołądkowo-jelitowych.
7. Zwracam uwagę wszystkich dowódców jednostek i pododdziałów na konieczność stosowania wszystkich zabiegów przeciwepidemicznych, mających na celu uprzedzenie schorzeń na czerwonkę.

Szef Sztabu 1 Armii WP

Korczyc W. gen.bryg.

Dowódca 1 Armii WP

Berling Z. gen. dyw.

WOJSKO POLSKIE

2 Armia

28.04.1945

T a j n e

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

pułkach:

1. W baonach i pułkach pracownicy służby zdrowia nie wykazują aktywnie gorączkujących chorych wobec czego izolacja w niektórych wypadkach następuje w końcu drugiego tygodnia, gdy chory sam zwraca się do lekarza o pomoc.
- W izolatorach pułków i medsanbatów chorzy podejrzani o tyfus brzuszny zatrzymują się ponad 2-3 dni, co stwarza dodatkowe możliwości zarażenia się.
- Bloki żywnościowe nie zawsze dostatecznie uporządkowane, a indywidualne przyrządzanie 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 brzuszego rozkazuję:

1. W kompaniach, baonach i pułkach codziennie aktywnie wyjawiać gorączkujących chorych i niezwłocznie kierować ich do izolatorów FMP i MSB.
2. W medsanbatach chorych gorączkujących zatrzymywać w celu wyjaśnienia rozpoznania choroby nie więcej niż 1-3 dni potem specjalnym transportem skierować ich do szpitala zakaźnego.
3. Epidemiologom dywizji i starszym lekarzom samodzielnych jednostek zbadać na miejscu każde ognisko tyfusu brzuszego, przeprowadzić wszystkie potrzebne zabiegi przeciwepidemiczne

i skontrolować ażeby karty epidemiczne były wypełnione wyczerpująco i podstawowo.

4. Starszy lekarz pułku lub innej samodzielnej jednostki organizuje w każdym wypadku zachorowania na tyfus brzuszny kwarantannę 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, naczynia 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 2 x dziennie.
9. Starszy lekarz pułku zaopatruje skład osobowy, w pierwszym rzędzie najbardziej zagrożonych formacji /zwiadowców, łączników, walczących w 1-ej linii itp./ w dostateczną ilość pantocidu.
10. Starszy lekarz pułku systematycznie kontroluje stan sanitarny ustępów i organizuje codzienne chlorowanie ich 10% roztworem

wapna chlorowanego.

1. Epidemiolog dywizji i starsi lekarze pułków kontrolują, ażeby chleb przywożony był w specjalnie do tego celu przeznaczonych skrzyniach.
2. Szefowie służby zdrowia dywizji, brygad i innych samodzielnych jednostek zabezpieczają swoje jednostki w dostateczną ilość wapna chlorowanego, pantocidu, 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 2 Armii WP

Tiołkow A. płk

WOJSKO POLSKIE

1 Armia

1.11.1944

T a j n e

Egz.nr 262

ROZKAZ NR 0321 - KG

Treść: o profilaktyce tyfusu plamistego

W rejonie rozmieszczenia formacji i jednostek naszej armii stwierdzono pojedyncze wypadki tyfusu plamistego wśród ludności cywilnej. Zawszenie ludności cywilnej w rejonie rozlokowania armii jest ogromne.

Wszystko to stwarza możliwość wybuchu masowych zachorowań
a tyfus plamisty, wobec czego

R o z k a z u j ę :

- . Dowódcom formacji i jednostek wojskowych zabezpieczyć ogólną kąpiel z dezynfekcją /odwszenie/ całej załódze formacji względnie jednostki przed przejściem na umundurowanie zimowe.
- . 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 zamiennej 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

Strażewski płk

Dowódca 1 Armii WP

Korczyc W.gen. dyw.

Wyk.Moguczy
odb.308 egz.

1 Armia

3.03.1945

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 i 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 "kwarrantanna".
2. W baonach sanitarnych tych rannych i chorych poddać specjalnie dokładnemu odwszeniu 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 odwszenia w baonie sanitarnym.
4. We wszystkich szpitalach, baonach sanitarnych oraz przy PMP gdzie jeszcze nie ma izolatorów, urządzić takie, a to na 2 infekcje z ilością łóżek: w szpitalach -8, w baonach sanitarnych - 6, na PMP - 3-4.

Szef Służby Zdrowia 1 Armii WP

Salamonowicz płk

27.11.1944

Do

Szefów służby zdrowia armii,
jednostek, oddziałów i kierow-
ników pralni polowych

R O Z K A Z N R 1

W związku z koniecznością zastosowania wszelkich stojących
do dyspozycji środków w walce z wszawicą rozkazuję:

1. Z dniem dzisiejszym wszystkim pralniom polowym oraz prymityw-
nym pralniom przy jednostkach i oddziałach wojskowych stoso-
wać impregnowanie bielizny preparatem antypediculin "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 emulsję w ciepłej wodzie
temperatury 30-40°C w której zanurza się bieliznę po praniu,
dając 20 g. preparatu na 800-1000 g. wody.

- . Po dokonaniu impregnacji, bieliznę suszy się w temperaturze nie większej jak 30-35⁰C /na słońcu suszyć nie wolno/, po czym magluje się /prasować nie wolno/ i wydaje się do użytku.
- . Zastosowanie ww. preparatu chroni od wszy 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

Markiewicz por.

Szef Wydziału
Sanitarno-Epidemicznego
Departamentu Służby Zdrowia WP

Mikulewicz ppłk

WOJSKO POLSKIE

27.01.1945

Zatwierdzam
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 odkażaniu /odwszeniu/ bielizny.

Wszy giną w ciągu 24 godzin w czasie moczenia bielizny. Gnidy jednak pozostają żywe. Tylko w czasie gotowania bielizny /1,5

odziny/ gnidy giną również.

Podczas prania bielizny bez 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 stopnia zabrudzenia,
- moczenie bielizny wg stopnia zabrudzenia,
- pranie bielizny,
- gotowanie bielizny,
- przepierka najbardziej brudnej bielizny,
- płukanie bielizny,
- wykręcanie bielizny /wyżymaczką 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 /onuce, ręczniki kuchenne itp./. Sortowanie przeprowadza się w magazynie brudnej bielizny i wydaje się do moczenia już po dokładnej segregacji.

3. Moczenie przeprowadza się w ciepłej wodzie /20-25⁰C/ 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.

Pranie bielizny dokonuje się również po uprzednim jej sortowaniu.

Gotowanie także po uprzednim sortowaniu.

Po wygotowaniu bieliznę przegląda się /każdą sztukę osobno/ i te części które jeszcze pozostały brudne /kołnierze, rękawy/ podlegają przepierce.

• Płukanie bielizny dokonuje się w 2-3 wodach w ciągu 10-15 min.

• Wyżymanie bielizny należy przeprowadzić dokładnie, tak żeby podczas jej wieszania woda nie ściekała.

• Suszenie bielizny dokonuje specjalnie do tego celu wyznaczony personel. Bieliznę po wysuszeniu należy wywrócić na lewą stronę celem sprawdzenia obecności gnid. W razie stwierdzenia gnidy zeskrobuje 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 odizolowane od miejsca wydawania i magazynu bielizny czystej.

Personel zatrudniony przy przyjmowaniu brudnej bielizny, uszeniu, prasowaniu i wydawaniu czystej podlega kąpieli co 3-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 /przyrządzenie witaminowych wyciągów, prawidłowe przyrządzenie warzyw itp./.

W tym celu rozkazuję:

- Pod odpowiedzialnością dowódców jednostek i formacji wojskowych organizować siłami służby aprowizacyjnej we wszystkich blokach żywnościowych przyrządzanie witaminowych wyciągów z igliwia zabezpieczające całą załogę jednostki lub formacji wojskowej potrzebną ilością witaminy C.
- Przy przyrządzaniu wyciągów stosować się ściśle do wskazówek i instrukcji udzielanych przez służbę zdrowia.
- Szef służby zdrowia 1-ej Armii WP płk Salamonowicz i Szef Oddziału Apropowizacji płk Szylin zabezpieczą kierownictwo i nadzór nad akcją przyrządzania witaminowych wyciągów i zameldują mi 1-go każdego miesiąca o postępach akcji.

W zał.instrukcja.

Szef Sztabu 1 Armii WP
Strażewski gen.bryg.

Dowódca 1 Armii WP
Korczyc 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 przyrządzaniu witaminy C z igliwia drzew iglastych
Przygotowania igliwia

Dla przyrządzania 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. Odważoną ilość igliwia rozdrabnia się za pomocą sieczkarni, siekiery, noża itp. Siekanie przeprowadza się w drewnianych korytach. Rozdrobnione igliwie można przechowywać nie więcej jak 30-40 minut.

Przyrządzanie ekstraktu witaminy z rozdrobnionego igliwia

Dla przyrządzenia ekstraktu witaminy dla 100 osób używa się 5 kg oddzielonego od gałęzi świeżo posiekanego igliwia. Posiekane igliwie 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, przyczym konieczne jest okresowe mieszanie drewnianą łopatą. Dalej wyciąg filtrować przez kilkakrotnie złożoną gazę albo płótno i używa się po 1 szklance na dobę.

Używaną do przyrządzania wyciągu wodę albo gotowy wyciąg można zakwasić kwasem solnym lub octem w przeliczeniu 2-3 stołowych łyżek roztworu kwasu solnego lub 10-12 herbacianych łyżeczek 5 % kwasu octowego na 1 litr wody.

Wyciąg z igliwia zakwaszony przechowuje się do 2 dni, podczas gdy bez kwasu nie więcej jak 8 godzin.

Inny sposób przyrządzania wyciągu

kilogramy igliwia wymytego, posiekanego zalać 15 litrami gotującej gotowanej wody /69-80°C/ i pozostawić w tej temperaturze -2,5 godz.

Wyciąg przefiltrować i używać 1 szklanekę na 1 osobę na dobę.

Kolejny sposób przyrządzania wyciągu

Oddzielone igliwie zalewa się 5-krotną ilością wrzątku. Po 1-3 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

Szef Służby Zdrowia
1 Armii WP

Kotiurgin mjr

Salamonowicz 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 na-

szych 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 jednakowym planem pracy w 3-ch miejscach:

- 14 bm. w Ruchomym Szpitalu Polowym nr 1 we wsi Wilczkowice - Błonie dla wszystkich jednostek rozpołożonych na zachodnim brzegu Wisły oraz dla I i V Brygady Artylerii Ciężkiej;
- 16 bm. w Samodzielnym Baonie Sanitarnym I PDP we wsi Michalin
- dla wszystkich jednostek wchodzących w skład I PDP;
- 18 bm. w Oddziale Sanitarnym we wsi Jagodne dla wszystkich pozostałych jednostek.

Plan konferencji:

1. Klinika, diagnostyka, epidemiologia i profilaktyka formy 30.
Wykładowca: płk prof. Nowodworski 2 godz.
2. Sanitarно-epidemiczny wywiad.
Wykładowca: mjr Ryżykow 1 godz.
3. Wczesna diagnostyka chorób infekcyjnych przewodu pokarmowego.
Wykładowca: ppłk Synowiec
4. Srodki dla likwidacji i profilaktyki dyzenterii.
Wykładowca: kpt. Zagórski 2 godz.

Sporz. w 25 egz.

Szef Służby Zdrowia 1 AWP
płk dypl. M. Moguczy

PROGRAM KONFERENCJI

lekarzy 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., ppłk Ławoczkin.
2. Organizacja wnoszenia rannych z pola boju.
- 15 min., dca plut. sanitarnoszwowych
ppor. Tislowiec.
3. Sanitarne zabezpieczenie pułku w warunkach leśnego 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. Segregacja rannych i niedostatki w pracy poprzedniego etapu.
- 15 min., dca plut. segregacyjnego M.S.B.
mjr Fryszer.
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. Rabotnik.
8. Dyskusja - 1 godz.
9. Resime - 20 min.

Ppłk Ławoczkin

12.01.1945

Z A R Z Ą 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 dogodne 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. Felczerzy i siostry pod kierownictwem lekarzy, także powinni brać udział w przeprowadzaniu pogadanek.

Najbardziej aktualnymi tematami w chwili obecnej powinny

być:

- profilaktyka tyfusu plamistego,
- samopomoc i wzajemna pomoc na polu bitwy,

- . szczepienia ochronne i ich znaczenia,
- . profilaktyka odmrożeń,
- . 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, fotosami 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 ściennie, 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 mjr

Szef Służby Zdrowia
1 Armii WP

Salamonowicz płk

DBAJ O CZYSTOŚĆ I ZDROWIE

1. Czystość jest podstawą zdrowia. Twój płaszcz, mundur i bielizna muszą być zawsze czyste i całe. Używaj zawsze ręcznika, mydła i szczotki do zębów.
2. Brud i wszy to wróg żołnierza. Wszy są rozsadnikiem tyfusu. Gdy stwierdzisz u siebie robactwo, oddaj natychmiast bieliznę i ubranie do dezynfekcji, a sam wykąp się dokładnie.
3. Dobry stan zdrowia żołnierza wpływa na jego zdolność bojową. Kąp się jak najczęściej. Myj codziennie nogi. Nie zapomnij o częstej zmianie onuc i skarpet.
4. Pamiętaj o niebezpieczeństwie chorób zakaźnych. W wypadku zarażenia wenerycznego zgłoś się natychmiast bez fałszywego wstydu do lekarza.
5. Świerzb, parchy, owrzodzenia - to plaga szerząca się wskutek brudu. Są to choroby zaraźliwe. Każdy wypadek zachorowania należy natychmiast zgłosić u sanitariusza.
6. Dbaj o oczy. Nie dotykaj oczu brudnymi rękoma, myj często ręce. Paznokcie muszą być krótko obcięte i zawsze czysto utrzymane.
7. Dbaj o czystość i porządek w kwaterze. Podłoga musi być codziennie zamieciona. Naczynie natychmiast po użyciu umyte.

Nie zostawiaj odpadków jedzenia w pomieszczeniu. Zajmując kwatery, spal starą słomę w której może gnieździć się robactwo.

Bądź kulturalnym człowiekiem. Nie pluj nie rzucaj odpadków na podłogę nie zanieczyszczaj wydzielinami i śmieciami pobliska kwatery. Pilnuj czystości i porządku w ustępie.

Nie nadużywaj alkoholu. Nie pij samogonki, sprzedawanej przez pokątnych handlarzy. Samogonka grozi zatruciem, ślepotą a nawet śmiercią.

0. Melduj natychmiast przełożonemu o każdym wypadku przekroczenia przez twoich kolegów wskazówek sanitarnych. Gdy stwierdzisz podejrzone objawy chorobowe u otoczenia zawezwij natychmiast sanitariusza.

OBSADA PERSONALNA

ważniejszych stanowisk służbowych w jednostkach i urządzeniach
służby zdrowia LWP w latach 1943-1945 ^{1/}

1. 1 Dywizja Piechoty im. T. Kościuszki:

szeft służby zdrowia dywizji - mjr Marian Dębicki,
- mjr Justyn Ławoczkin ^{2/},
epidemiolog dywizji - kpt. Rabotnik,
kierownik pralni polowej nr 1 - por. Franciszek Chęciński,
- ppor. Ludwik Rabinowicz,
- bs. Anna Niedzielska.

2. 1 Korpus Polskich Sił Zbrojnych w ZSRR:

szeft służby zdrowia korpusu - ppłk Teofil Staniewski ^{3/},
- ppłk Józef Romaszekiewicz ^{4/},
- kpt. Alter,
komendant 1 ChPSZR - ppłk Teofil Staniewski,
komendant 2 ChPSZR - ppłk Józef Romaszekiewicz.

1/ Obsadę personalną opracowano na podstawie dokumentów archiwalnych i zebranych relacji. CAW III-5-181,404,409,411,464,471. CAW MON 1374. CAW III-4-878,k.41.

2/ Nazwiska osób funkcyjnych przy poszczególnych stanowiskach podano w chronologicznej kolejności pełnienia obowiązków służbowych. Ze względu na brak dokumentacji obsada jest fragmentaryczna.

3/ Pełnił jednocześnie obowiązki komendanta 1 ChPSZR.

4/ Pełnił jednocześnie obowiązki komendanta 2 ChPSZR.

1 armia Wojska Polskiego:

- szef wydziału służby zdrowia
- gen.bryg.Michał Moguczy,
 - płk Adam Salamonowicz,
 - płk Andrzej Gofman,
- zastępca szefa wydziału służby
zdrowia ds.polityczno-wychowaw-
czych
- mjr Kamil Warman,
- szef I referatu-leczniczo-
ewakuacyjnego
- ppłk Adam Salamonowicz,
- szef II referatu-personalnego
- kpt.Stanisław Dzygora,
- szef III referatu-przeciwepi-
demicznego
- mjr Jan Synowiec,
 - mjr Zagórski,
- szef IV referatu-zaopatrzenia
medycznego
- mjr Hipolit Żurakowski,
- internista armii
- płk Witold Nowodworski,
- chirurg armii
- płk Aleksander Szacki,
- epidemiolog armii
- mjr Jan Synowiec,
- szef 1 polowego punktu ewakua-
cyjnego /PEP 1/
- płk Wasyl Dołgopiatow,
 - mjr Mikołaj Kulesza,
 - mjr Wacław Zajączkowski,
 - mjr Ludwik Przysulski,
- szef wysuniętego oddziału
PEP 1
- kpt.Alojzy Wasowicz,
 - ppłk Józef Romaszekiewicz,
 - ppłk Gabriel Żelatielew,

komendant 1 ChPSzR	- ppłk Teofil Staniewski,
komendant 2 ChPSzR	- ppłk Józef Romaszekiewicz,
	- kpt. Ludomir Raczkiewicz,
komendant 4 ChPSzR	- mjr Kogoziew,
	- mjr Adam Curko,
komendant 14 ChPSzR	- mjr Mikołaj Kulesza,
komendant 15 ChPSzR	- mjr Bruno Rodał,
	- kpt. Robert Stryer,
komendant 16 ChPSzR	- kpt. Józef Sagajtis,
komendant 17 ChPSzR	- por. Stanisław Janisławski,
komendant 6 PRSzLR	- mjr Józef Wojtowicz,
	- mjr Kogoziew,
	- mjr Eugeniusz Małachowski,
	- mjr Alojzy Wasowicz,
	- kpt. Karol Szajn,
komendant 32 PRSzLR	- mjr Leszczyński,
komendant 3 PRSzw	- mjr Anna Ziemięc,
	- kpt. Juliusz Rajzler,
komendant 5 PRSzz	- mjr Eugeniusz Małachowski,
	- mjr Bronisław Konarzewski,
komendant 616 ChPSzR	- mjr Piotr Mołokanow,
komendant 5171 ChPSzR	- mjr Aleksy Dokuczajew,
komendant 5174 ChPSzR	- mjr Własow,
komendant 2985 PRSzLR	- ppłk Jan Kalinin,
komendant 2085 ChPSzR	- mjr Jakub Borszcz,

komendant 4244 PRSZZ

- kpt. Izaak Golinker,

- mjr Izrael Welter,

komendant 2914 szpitala
ewakuacyjnego

- mjr Paweł Tichomirow,

komendant 3555 szpitala
ewakuacyjnego

- kpt. Jakub Ajdarow,

komendant 5380 szpitala
ewakuacyjnego

- kpt. Józef Dworcow,

kierownik 8 polowego składu
sanitarnego armii /w składzie
1 polowej bazy armii - 1 PBA/

- por. Aleksander Niestierenko,

dowódca 1 grupy sanitarno-
epidemiologicznej

- mjr Jan Ryżykow,

dowódca batalionu ozdrowieńców

- kpt. Angerman,

dowódca 1 samodzielnej kompani
wzmocnienia medycznego

- mjr Gabriel Żelatielew,

- ppłk Kazimierz Szalka,

dowódca 2 kompanii samochodów
sanitarnych

- por. Wincenty Mutiew,

- por. Graczow,

dowódca 3 kompanii konno-
sanitarnej

- por. Jan Szczypicyn,

dowódca 4 kompanii
dezynfekcyjno-kąpielowej

- kpt. Aleksander Zubkow,

kierownik 2 pralni polowej

- por. Piotr Sonin,

kierownik 3 pralni polowej

- por. Zirka,

- kpt. Tomski,

kierownik 4 pralni polowej

- kpt. Michał Pachomow,

4. 2 armia Wojska Polskiego:

- szef wydziału służby zdrowia - ppłk Dymitr Pilipienko,
- płk Andrzej Tiołkow,
szef III referatu-przeciwepidemicznego - ppor. Jerzy Buk,
- mjr Winogradow,
pomocnik szefa III-referatu przeciwepidemicznego - por. M. Łopuszkin,
epidemiolog armii - ppłk Wasyl Łajkowicz,
inspektor ds. żywienia - por. Piotr Byczkowski,
epidemiolog 7 DP - kpt. Kazimierz Wątorek,
szef 3 polowego punktu ewakuacyjnego /PEP 3/ - mjr Leon Gecow,
szef wysuniętego oddziału PEP 3 - kpt. Rudolf Bruno,
- mjr Mikołaj Kolesow,
komendant 8 ChPSzR - por. Romuald Korol,
komendant 9 ChPSzR - por. Stefan Czarny,
komendant 10 ChPSzR - por. Edward Winter,
- mjr Karol Rumeld,
komendant 11 ChPSzR - por. Tadeusz Gniłka,
komendant 12 ChPSzR - kpt. Bronisław Rabinowicz,
komendant 13 ChPSzR - por. Piotr Wodziński,
komendant 28 PRSzLR - mjr Mikołaj Kolesow,
komendant 29 PRSzLR - ppłk Kazimierz Ritter,
komendant 20 PRSzw - por. Zieliński,
komendant 21 PRSzw - por. Korzeniowski,

komendant 24 PRSszZ	- por. Roman Garbiak,
komendant 25 PRSszZ	- ppłk Edward Rakowski,
	- kpt. Tieleuszkina,
kierownik 49 polowego składu sanitarnego armii / w skła- dzie 3 polowej bazy armii - 3 PBA/	- por. Tomaszewski, - por. Jan Milniczenko,
dowódca 14 grupy sanitarno- epidemiologicznej	- ppor. Stanisław Dłużewski,
kierownik 6 laboratorium anatomo-patologicznego	- por. Dominik Olech,
dowódca 6 samodzielnej kom- panii wzmocnienia medycznego	- por. Wojtkiewicz, - mjr Julian Kalter,
dowódca 8 kompanii samocho- dów sanitarnych	- por. Sapiecho,
dowódca 10 kompanii konno- sanitarnej	- por. Gromow,
dowódca 12 kompanii dezyn- fekcyjno-kąpielowej	- ppor. Rodziński,
kierownik 16 pralni polowej	- por. Gonczarow,
kierownik 17 pralni polowej	- kpt. Nowikow,
kierownik 18 pralni polowej	- kpt. Bogdanienko, - por. Kucharski.

5. 3 armia Wojska Polskiego:

szef wydziału służby zdrowia - płk Andrzej Tiołkow.

6. 1 korpus pancerny:

szef służby zdrowia - mjr Piotr Sawinkow,
- mjr Sergiusz Mironow.

7. Zarząd Zaopatrzenia Materiałowo-Technicznego /ZZMT/ Głównego Sztabu Formowania i Uzupełnień:

szef wydziału sanitarnego - ppłk Jan Wołosiewicz,

komendant 7 szpitala garnizono-
nowego - mjr Edward Rakowski,

kierownik 20 głównego składu
sanitarnego - por. Jan Christiliadi.

8. Główne Kwatermistrzostwo WP:

szef departamentu służby zdro-
wia - ppłk Jan Wołosiewicz,
- gen. bryg. Michał Moguczy,

zastępca szefa departamentu
ds. polityczno-wychowawczych - ppłk Leon Samet,

szef III wydziału-sanitarno-
epidemiologicznego - ppłk Kornel Mikulewicz,

naczelnny chirurg WP - gen. bryg. Aleksander Szacki,

naczelnny internista WP - gen. bryg. Witold Nowodworski,

naczelnny epidemiolog WP - mjr Winogradow,

- płk Jan Synowiec,

naczelnny stomatolog WP - płk Leopold Kerner,

9. Jednostki i urzędnicy służby zdrowia Głównego Kwatermistrzostwa WP sformowane w okresie 22.07 - 31.12.1944 roku:

szef 8 frontowego punktu
ewakuacyjnego /FEP 8/ - mjr Kamil Warman,

- komendant 2 punktu sanitarno-
kontrolnego - por. Stanisław Hagner,
- komendant 5 punktu sanitarno-
kontrolnego - por. Tadeusz Staniszewski,
- komendant 6 punktu sanitarno-
kontrolnego - ppor. Kazimierz Mrówczyński,
- komendant 42 szpitala ewakuacyj-
nego - bs. Wietrzycki,
- bs. Piotrowski,
- bs. Apolinary Kuśmierski
- mjr Edward Gadomski,
- komendant 62 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Przysuski,
- ppłk Zofia Trawińska,
- komendant 63 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Konrad Szpliman,
- kpt. Siegiel,
- komendant 64 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Eugeniusz Andrzejew,
- komendant 66 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Edward Laudański,
- mjr Jan Kryśka,
- komendant 67 szpitala segregacyj-
no-ewakuacyjnego - bs. Jan Snacki,
- ppłk Faustyn Derecki,
- komendant 68 szpitala segregacyj-
no-ewakuacyjnego - mjr Józef Wojtowicz,

komendant 1587 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Mikołaj Iwanow,

komendant 1796 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Józef Pewzner,

komendant 1797 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Lew Prupies,

komendant 2101 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Szlachcin,

komendant 2114 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Arkadiusz Jakobson,

komendant 2138 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Teodor Dubrowin,

komendant 2146 szpitala ewakuacyj-
nego - kpt. Igor Rubinsztajn,

komendant 2343 szpitala ewakuacyj-
nego - ppłk Włodzimierz
Obuchowski

komendant 3196 szpitala ewakuacyj-
nego - ppłk Józef Morejnia,

komendant 3299 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Abram Rotenberg,

komendant 3416 szpitala ewakuacyj-
nego - ppłk Zenobiusz Goldenberg,

komendant 4234 szpitala ewakuacyj-
nego - ppłk Marek Czerniawski,

komendant 4478 szpitala ewakuacyj-
nego - mjr Borys Niser,

kierownik 51 składu sanitarnego
frontu - por. Czerniawski.

0. Katedra Medycyny Wojskowej przy Uniwersytecie im. M.C.

Skłodowskiej w Lublinie:

szef katedry

- płk Bazyli Dołgopiatow.

skorowidz jednostek i urzędzeń
sformowanych w latach 1943-1945

Nazwa jednostki, urządzenia	Rejon formowania	Numer formowania etatu	Stann etatowy								Termin		Numer i data rozkazu organizacyjnego
			ludzie			Prac. cywilnych		zasadnicze wyposażenie			rozpoczęcia formowania	zakonczania formowania	
			oficerów	podoffic.	szereż.	Prac. cywilnych	Razem	samoch. ciężk.	samoch. sanit.	łóżka szpitalne			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. 1 Dywizja Piechoty im. T. Kościuszki													
1 samodzielny batalion medyczo-sanitarny	Sielce	04/511	30	21	44	-	95	3	10	100 ^{1/}	maj 1943	maj 1943	R-z nr 1 z 14.05.1943 r.
szpital wojskowy nr 202 na 200 łóżek 2/	Sielce	-	14	13	75	-	104	1	1	200	-	-	-
1 pralnia polowa	Sielce	027/281	3	1	1	129	134	2	-	-	maj 1943	maj 1943	R-z nr 1 z 14.05.1943 r.
2. 1 Korpus Polskich Sił Brojnych w ZBR													
1 szpital	Sielce	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	19.08.1943	25.08.1943	R-z nr 1 z 19.08.1943 r.
2 szpital	Sielce	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
3. 1 korpus pancerny													
7 samodzielny batalion medyczo-sanitarny	Żytomierz	010/556	29	20	52	-	101	1	10	-	1.06.1944	15.08.1944	R-z nr 066/20 z 1.06.1944 r.
4. 1 armia Wojska Polskiego													
1 polowy punkt ewakuacyjny /PPP 1/	Gumy	027/233	29	6	22	115	172	3	8	-	29.03.1944	7.05.1944	R-z nr 001 z 29.03.1944 r.
Wysunięty oddział PPP 1	-	027/265	16	9	61	-	86	9	-	500	17.04.1944	10.05.1944	R-z nr 001 z 17.04.1944 r.

1	CHPSZR	027/294	19	20	33	-	71	3	3	200	-	-	17.04.1944 r.
2	CHPSZR	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
4	CHPSZR	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
14	CHPSZR	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	29.09.1944	10.05.1944	R-z nr 0239 z 22.09.1944 r.
15	CHPSZR ^{3/}	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
16	CHPSZR ^{3/}	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
17	CHPSZR ^{3/}	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
5	PRSZLR	027/315	46	54	62	-	162	4	-	1000	17.04.1944	10.05.1944	R-z nr 0013 z 17.04.1944 r.
32	PRSZLR ^{3/}	027/315	46	54	62	-	162	4	-	1000	29.09.1944	16.11.1944	R-z nr 0239 z 22.09.1944 r.
3	PRSZW	027/293	14	11	22	-	47	3	1	100	29.03.1944	28.04.1944	R-z nr 001 z 29.03.1944 r.
5	PRSZZ	027/214	11	10	29	-	50	6	2	100	17.04.1944	-	R-z nr 0013 z 17.04.1944 r.
8	polowy skład sanitarny armii ^{4/}	027/227	7	-	5	-	12	2	-	-	19.03.1944	13.04.1944	R-z nr 001 z 29.03.1944 r.
1	grupa sanitarno- epidemiologiczna	027/216	15	1	7	-	23	4	-	-	17.04.1944	18.05.1944	R-z nr 0013 z 17.04.1944 r.
	Batalion ozdrowieńców	04/769	20	12	505	-	537 ^{5/}	-	-	-	29.09.1944	16.11.1944	R-z nr 0239 z 22.09.1944 r.
1	laboratorium anatomo- patologiczne	027/246	8	3	-	-	11	1	-	-	17.04.1944	10.05.1944	R-z nr 0013 z 17.04.1944 r.
1	samodzielna kompania wzmocnienia medycznego	027/212	48	13	22	-	83	5	3	-	-	-	-
2	kompania samochodów sanitarnych	027/217	7	13	110	-	130	5	49	-	29.03.1944	-	R-z nr 001 z 29.03.1944 r.
3	kompania korno- sanitarna ^{6/}	027/200	8	19	63	-	90	-	-	-	17.04.1944	11.06.1944	R-z nr 0013 z 17.04.1944 r.
4	kompania dezynfekcyjno- kapielowa	027/257	5	8	58	-	71	14	-	-	-	28.04.1944	-
2	pralnia polowa ^{7/}	027/281	3	1	1	129	134	2	-	-	29.03.1944	18.05.1944	R-z nr 001 z 29.03.1944 r.
3	pralnia polowa	027/281	3	1	1	129	134	2	-	-	-	13.04.1944	-
4	pralnia polowa	027/291	3	1	1	129	134	2	-	-	17.04.1944	27.05.1944	R-z nr 0013 z 17.04.1944 r.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Sumy	027/204	-	1	10	-	11	-	-	-	29.03.1944	18.05.1944	R-z nr 001 z 29.03.1944 r.
2	"	027/204	-	1	10	-	11	-	-	-	-	-	"
3	"	027/204	-	1	10	-	11	-	-	-	-	-	"
4	Chebe	027/223	3	5	17	-	25	-	-	we po- trzeb	29.09.1944	15.11.1944	R-z nr 0239 z 22.09.1944 r.
5	Lublin	S-21/2	4	7	15	-	25	36 ^{B/}	-	-	10.01.1945	Kwiecień 1945	R-z Nr 4 nr 84 z 10.12.1944 r.
R a z e m			518	466	1580	631	3195	154	111	4800	-	-	-
5. Szpitale radzieckie właszone w skład 1 armii WP			16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	włączony w drugiej polowie 1944 r.
416 ChPSZR			15	20	35	-	71	5	3	200	-	-	"
2095 ChPSZR			15	20	35	-	71	5	3	200	-	-	"
5171 ChPSZR			15	20	35	-	71	5	3	200	-	-	"
5174 ChPSZR			15	20	35	-	71	5	3	200	-	-	"
2095 ChPSZR			45	54	62	-	152	3	-	1000	-	-	"
4244 PRSZR			11	10	29	-	50	6	2	100	-	-	"
2014 PRSZR			50	54	82	-	186	3	1	600	-	-	"
5380 PRSZR			35	-	-	102	138	2	-	500	-	-	"
3555 PRSZR			35	-	-	102	138	2	-	500	-	-	"
R a z e m			243	198	313	204	958	36	15	3500	-	-	-
Część w 1 armii WP			751	654	1893	835	4153	190	126	8300	-	-	-
6. 2 armia Wojska Polskiego			27	5	25	-	57	3	8	-	20.06.1944	30.12.1944	R-z Nr 4 nr 84 z 10.12.1944 r.
3 polowy punkt ewakuacyjny /PEP 3/			16	9	61	-	86	9	-	500	-	-	"
Wysubity oddział PEP 3			16	9	61	-	86	9	-	500	-	-	"
5 punkt ewakuacyjny-rozdział- czy wysubity oddziału PEP 3			16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	"
8 ChPSZR			16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	"

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
9 CHPSZR	Lubartów	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	20.08.1944	30.12.1944	P-2 NIKP nr B z 20.08.1944 r.
10 CHPSZR	-	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
11 CHPSZR	-	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
12 CHPSZR	-	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
13 CHPSZR	-	027/294	16	20	35	-	71	5	3	200	-	-	-
28 PRSeLP	plaza Podlaska	027/315	46	54	62	-	152	4	-	1000	-	-	-
29 PRSeLP	-	027/315	42	48	64	-	154	3	-	600	-	-	-
30 PRSeLR	-	027/315	42	48	64	-	154	3	-	500	-	-	-
31 PRSeLR	-	027/315	44	10	12	88	154	3	-	500	-	-	-
20 PRSzW	Siedlce	027/293	14	11	22	-	47	3	1	100	-	-	-
21 PRSzW	Lublin	027/293	14	11	22	-	47	3	1	100	-	-	-
24 PRSzZ	Siedlce	027/214	11	10	29	-	50	6	2	100	-	-	-
25 PRSzZ	Lublin	027/214	11	10	29	-	50	6	2	100	-	-	-
49 polowy skład sanitarny armii	-	027/227	7	-	5	-	12	2	-	-	-	-	-
14 Grupa sanitarno-epide- miologiczna	-	027/216	15	1	7	-	23	4	-	-	-	-	-
5 laboratorium anatomo- patologiczne	-	027/246	8	3	-	-	11	1	-	-	-	-	-
6 samodzielna kompania wzmocnienia medycznego	-	027/212	48	13	22	-	83	5	2	-	-	-	-
8 kompania samochodów sanitarnych	Siedlce	027/217	7	13	110	-	130	5	49	-	-	-	-
10 kompania konno- sanitarna	Lublin	027/200	8	19	63	-	90	-	-	-	-	-	-
12 kompania dezynfekcyjno- kapiełowa	Lublin	027/257	5	8	58	-	71	14	-	-	-	-	-
15 pralnia polowa	Siedlce	027/281	3	1	1	129	134	2	-	-	-	-	-
17 pralnia polowa	Lublin	027/281	3	1	1	129	134	2	-	-	-	-	-

	Luków	027/281	3	1	1	129	134	2	20.09.1944	30.12.1944	R-2 nr 0078 z 20.08.1944 r.
10 placówka polowa											
21 kolumna polowa	Siedlce	027/204	-	10	-	-	11	-	-	-	-
22 kolumna polowa	Lublin	027/204	-	10	-	-	11	-	-	-	-
24 kolumna polowa	Luków	027/204	-	10	-	-	11	-	-	-	-
1 placówka przygotowania sanitarnego	Lublin	S-21/2	4	7	15	-	26	35 ^{B/}	10.01.1944	Kwiecień 1945	R-2 nr 0078 z 10.12.1944 r.
2 placówka przygotowania sanitarnego	-	S-21/2	4	7	15	-	26	35 ^{B/}	-	maj 1945	-
R a z e m:											
7. 3 armia Wojska Polskiego 11/			494	422	989	475	2380	191	83	5200	
4 placówka punkt ewakuacyjny /1944/	Tomaszów	027/233	29	6	22	115	172	3	8	-	R-2 nr 041 z 15.11.1944 r.
14 kompania	Izbica	027/294	15	20	35	-	71	5	3	200	-
15 kompania	-	027/294	1	20	35	-	71	5	3	200	-
12 kompania	Lubanie	027/315	45	54	62	-	162	4	-	1000	-
13 kompania	Lubanie	027/315	44	10	12	88	154	3	-	500	-
20 kompania	Zamość	027/293	14	11	22	-	47	3	1	100	-
18 kompania	Rzeszów	027/214	11	10	29	-	50	6	2	100	-
R a z e m:											
9. Jednostki i urzędzenia służby zdrowia frontu i obszaru kraju sformowane w 1944 roku 22.08.1944 roku			161	131	217	203	727	29	17	2100	
7 wojskowy szpital garnizonowy 12/	Zydomierz	027/304	31	24	56	9	120	2	1	150	R-2 nr 0078 z 6.06.1944
10 główny skład sanitarny	-	027/277	7	2	3	-	12	4	-	-	-
R a z e m:											
9. Jednostki i urzędzenia służby zdrowia frontu i obszaru kraju sformowane w okresie 22.08.1944 r.			38	26	59	9	132	6	1	150	
9 frontowy punkt ewakuacyjny /1944/	Lublin	027/272	54	24	103	-	191	5	8	-	R-2 nr 0078 z 20.09.1944 r.
67 kompania	Zamość	027/263	57	69	142	-	268	3	2	500	-

№	Opis	Miejscowość	Data	103	123	168	-	394	2	17	1000	Data
68	Opis	Otwock	027/254	103	123	168	-	394	2	17	1000	20.08.1944 r.
69	Opis	Lublin	027/259	26	29	51	-	105	1	1	200	-
70	Opis	"	027/261	50	54	82	-	185	2	1	500	-
71	Opis	Chełm	027/262	50	54	82	-	185	2	1	500	-
72	Opis	Lublin	027/262	50	54	84	-	185	2	1	500	-
73	Opis	Chełm	027/262	50	54	84	-	185	2	1	500	-
74	Opis	Białystok	027/224	2	3	-	-	5	-	-	-	-
75	Opis	Lublin	027/224	2	3	-	-	5	-	-	-	-
76	Opis	Chełm	027/224	2	3	-	-	5	-	-	-	-
77	Opis	Siedlce	027/224	2	3	-	-	5	-	-	-	-
78	Opis	Lublin	S-21/1	17	8	6	-	31	1	-	-	-
79	Opis	"	027/273	21	-	14	24	59	5	-	-	1.01.1945
				485	480	915	24	1802	28	17	3700	
10.	Opis	Otwock	027/260	53	61	92	-	206	4	2	600	Wiązany do WF: 3.10.1944 r.
101	Opis	Białystok	027/264	103	123	168	-	394	7	2	1000	27.10.1944 r.
102	Opis	"	027/260	53	61	92	-	206	4	2	600	22.11.1944 r.
103	Opis	Przemysł	027/260	50	54	82	-	186	4	2	600	27.10.1944 r.
104	Opis	Chełm	027/260	53	61	92	-	206	4	2	600	22.11.1944 r.
105	Opis	Otwock	027/260	50	54	82	-	186	4	2	600	3.10.1944 r.
106	Opis	Lublin	027/259	26	28	51	-	105	1	1	200	27.10.1944 r.
107	Opis	Otwock	027/264	103	123	168	-	394	7	2	1000	22.11.1944 r.
108	Opis	Lublin	027/250	26	28	51	-	105	1	1	200	"
109	Opis	Białystok	027/260	61	75	102	-	238	4	2	700	8.11.1944 r.
110	Opis	Przemysł	027/260	50	54	82	-	186	4	2	600	27.10.1944 r.
111	Opis	Siedlce	027/259	26	28	51	-	105	1	1	200	22.11.1944 r.
112	Opis	Przemysł	027/263	57	69	142	-	268	3	2	500	27.10.1944 r.
				711	819	255	-	2785	48	23	7400	
				1197	1299	2071	24	4587	75	40	11.100 ^{15/}	

Opis:

10. Kapitał do wliczone w skład WF 14/

Opis:

Opis do 31.12.1944 r.

Wojskowy szpital garnizonowy	Rzeszów	027/304	31	24	56	-	111	2	-	150	5.02.1945	maj 1945	R-z NDWF 30/Org. z 5.02.1945 r.
Wojskowy szpital garnizonowy	Radom	027/304	31	24	55	-	111	2	-	150	-	-	-
Centralny wojskowy szpital zakazny	Otwock	027/308	26	28	51	-	105	1	-	100	-	-	-
Pociąg pogotowia sanitarnego frontu	Lublin	S-21/2	4	7	15	-	26	36 ^{8/}	-	-	10.12.1944	10.01.1945	R-z NDWF 84/Org. z 10.12.1944 r.
S laboratorium anatomo-patologiczne	-	027/290	10	-	6	-	16	2	-	-	8.01.1945	-	R-z NDWF 1/Org. z 9.01.1945 r.
9 sanitarno-epidemiologiczne laboratorium frontu /SEL 9/	-	027/286	31	2	13	20	66	3	-	-	-	-	-
28 pogotowie inżyniersko-desygnacyjne frontu /CINP/	-	027/0225	22	6	84	-	112	8	-	-	-	-	-
Sanatorium wojskowe	Otwock	S-21/4	33	21	56	-	110	4	-	175	21.03.1945	25.04.1945	R-z NDWF 50/Org. z 21.03.1945 r.
Sanatorium wojskowe	Zakopane	S-21/5	30	14	43	-	87	4	-	125	-	-	-
Sanatorium wojskowe	Ciechocinek	S-21/5	29	17	40	-	96	4	-	100	-	-	-
Sanatorium wojskowe	Krynica	S-21/9	32	14	43	-	89	4	-	125	-	-	-
Wojskowy dom wypoczynkowy	Zakopane	S-21/9	4	9	22	-	35	4	-	-	-	-	-
R a z e m:			975	879	2284	21	4160	137	17	6225			
13. Wojska Lotnicze	Wola												
12 pułk lotnictwa sanitarnego ^{21/}	Leszczyńska	015/292	54	79	71	4	208	10	7	-	-	-	R-z NDWF nr 91
1743 polowy szpital lotniczy	Tomaszów Lubelski	029/410	26	-	3	87	116	1	1	200	-	-	-
Suchome laboratorium epidemiczne	-	029/433	5	-	1	-	6	1	-	-	-	-	-
Wojskowy dom wypoczynkowy	Otwock	S-21/7	3	3	14	-	25	2	-	-	21.03.1945	2.04.1945	R-z NDWF 50/Org. z 21.03.1945 r.
R a z e m:			88	87	89	91	355	14	8	200			

- 1/ W plutonie ozdrowieńców.
- 2/ Przekazany 1 DP w Sielcach przez Moskiewski Okręg Wojskowy.
- 3/ 27.04.1945, 15, 16, 17 ChPSzR i 32 PRSzLR zostały włączone w skład 2 Armii WP.
- 4/ W składzie 1 polowej bazy armii 1 armii WP /1PBA/.
- 5/ W tej liczbie 500 ozdrowieńców stanu zmiennego.
- 6/ Do ewakuacji rannych i chorych kompania posiadała: 122 konie i 60 wozów taborowych.
- 7/ Wydajność pralni polowej: 1500 kg bielizny/dobę.
- 8/ Liczba wagonów kolejowych /w tym: osobowych - 2, gospodarczych - 7, do przewożenia rannych i chorych - 27/.
- 9/ W składzie 2 polowej bazy armii 2 armii WP /2 PBA/.
- 10/ 18 pralnia polowa została rozformowana a na jej miejsce sformowano 3 pralnie polową /R-z kwat.2 armii WP nr 6 z 10.01.1945 r./.
- 11/ Faktycznie formowane.
- 12/ 27.10.1944 r. przeformowany na etat nr 027/260 szpitala ewakuacyjnego na 500 łóżek.
6.02.1945 r. przeformowany na 2 wojskowy szpital okręgowy w Lublinie.
- 13/ W pierwszym kwartale 1945 r. etatowy stan łóżek szpitala powiększono z 500 do 1000.
- 14/ Szpitale AR przekazano NDWP w zamian za 22 polskie szpitale, których formowanie wstrzymano z braku specjalistycznej kadry. W początkach 1945 r. zwiększono liczbę łóżek w szpitalach: nr 2138 do 1200, 1587 do 1200, 1797 do 1200, 2114 do 1200, 2146 do 500, 2343, do 2000 i 4234 do 500.
- 15/ Od początku 1945 roku stan łóżek szpitalnych wynosił 15600.
- 16/ W tej liczbie 250 słuchaczy stanu zmiennego.
- 17/ 50 słuchaczek stanu zmiennego.
- 18/ 6.04.1945 r. przeformowany na szpital MON.
- 19/ Sformowany na bazie 7 wojskowego szpitala garnizonowego.
- 20/ W tej liczbie 300 kursantów stanu zmiennego.
- 21/ Sformowany na bazie 141 pułku lotnictwa sanitarnego 6 ALAR. Jednorazowe możliwości ewakuacyjne pułku 64-96 rannych i chorych.

INDEKS NAZWISK

- Ajdarow Jakub, 365.
 Akimowicz 196.
 Akodus J., 39, 317.
 Alter Wiktor, 34, 362.
 Andrzejew Eugeniusz, 369.
 Angerman, 365.
 Antypienko N.N., 160, 317.
- Barabanow Arsenij, 40.
 Berling Zygmunt, 17, 19, 23, 61, 150, 178, 342.
 Błagowieszczanski J., 160, 213, 317.
 Bogdanienko, 367.
 Bołdyrew T., 81, 317.
 Bończak Jerzy, 10, 15, 71, 72, 80, 84, 188, 200, 230, 234, 272, 273, 274, 318,
 319.
 Borszcz Jakub, 364.
 Brudny, 357.
 Bruno Rudolf, 366.
 Brzeziński Tadeusz, 10, 40, 63, 82, 112, 157, 179, 182, 294, 234, 320.
 Buk Jerzy, 366.
 Byczkowski Piotr, 366.
- Chęciński F., 362.
 Chombakow Z., 95, 320.
 Christiliadi Jan, 368.
 Cukanow Genadij, 202.
 Curko Adam, 364.
 Czarny Stefan, 366.
 Czerniawski Marek, 370.
 Czmut J., 324.
- Dawidowicz W., 17, 299, 320.
 Dąbrowski B., 17, 299, 320.
 Derecki Faustyn, 369.
 Dębicki Marian, 32, 34, 362.

Dłużewski Stanisław, 367.
Dokuczajew Aleksy, 364.
Dolata B., 317.
Dołgopiatow W., 363,371.
Drobner Bolesław, 151.
Dubrowin Teodor, 370.
Dworcow Józef, 365.
Dzipanow R., 209,213,317,320.
Dzygora S., 363.

Filar W., 17,299,320.
Fryszner, 357.

Gac S., 262,317,320.
Gadomski Edward, 369.
Galicki Stanisław, 163,180.
Garbiak Roman, 367.
Gasperowicz Adam, 33,320.
Gecow Leon, 366.
Georgiowski A., 77,320.
Girgoław S.S., 277,320.
Gniłka Tadeusz, 366.
Gofman A., 363.
Goldenberg Zenobiusz, 370.
Golinker Izaak, 365.
Gonczarow, 367.
Graczow, 365.
Gromow, 367.
Gwóźdź Bolesław, 10,72,78,84,94,318,320.

Hagner Stanisław, 369.
Handelzalc A., 106,324.

Iwanow Mikołaj, 370.

Jadziak Emil, 5,15,222,317,321.

Jakobson Arkadiusz, 370.

Janisławski Stanisław, 364.

Jankowski J., 324.

Jaruzelski Wojciech, 6.

Jasiński A., 209,212,321.

Jurgielewicz W., 26,317,321.

Kaczmarek K., 247,248,321.

Kalinin Jan, 364.

Kalter Julian, 367.

Kamiński Zbigniew, 15.

Karpiński Antoni, 165,186,248,321.

Kelsch, 269.

Kerner Leopold, 45,368.

Kiński Franciszek, 271,321.

Klingberg M., 123.

Klonowicz S., 321.

Koch R., 270.

Kogoziew, 364.

Kolesow Mikołaj, 240,366.

Konarzewski Bronisław, 364.

Korczyk Władysław, 24,342,346,353.

Korol Romuald, 366.

Korzeniowski, 366.

Koszyła Zygmunt, 10,41,179,210,220,235,321,325.

Kotarbiński Tadeusz, 2.

Kotiurgin Benjamin, 201,355.

Kowalski M., 85,321.

Krepkogorski Leon, 168.

Krotkow T., 87,322.

Kryśka Jan, 369.

Krzemień S., 228,322.

Kucharski, 367.

Kulesza Mikołaj, 363,364.

Kuliński W., 209,322.

Kurkotkin S.A., 157,322.

Kuśnierski Apolinary, 369.

Laudański Edward, 369.
Leszczyński, 364.
Leśnikowicz Stanisława, 179.
Lewandowicz L., 299,322,324.
Liblich, 357.
Lisek Z., 299,322.
Lisowski W., 322.
Lister J., 270.
Litwa W., 322.

Łajkowicz Wasyl, 267,366.
Ławoczkin Justin, 32,357,362.
Łopuszkin M., 366.
Ługowoj Borys, 180,215.

Majewski Witold, 41,49,116,119,322,325. —
Malczewski J., 299,322.
Malewicz Jerzy, 200,234,318.
Małachowski Eugeniusz, 364.
Małecki Franciszek, 17,299,320.
Margules Józef, 186,323.
Market R., 66,323.
Markiewicz K., 153,319,349.
Miałkoś L., 94,320.
Michalski Zdzisław, 153.
Mikulaszek Edmund, 59,323.
Mikulewicz Kornel, 95,240,323,349,368.
Milniczenko Jan, 367.
Mironow Sergiusz, 368.
Mirus B., 323.
Moguczy Michał, 37,45,163,346,349,356,363,368.
Mołokanow Piotr, 364.
Morejnia Józef, 370.
Morzycki Jerzy, 123,323.
Mrówczyński Kazimierz, 369.
Mutiew Wincenty, 365.

Niedzielska A., 362.
Niesterenko Aleksander, 365.
Niser Borys, 370.
Norwid C.K., 7.
Nowikow, 367.
Nowodworski Witold, 45, 289, 323, 356, 363, 368.

Obuchowski Włodzimierz, 370.
Olech Dominik, 367.

Pachomow Michał, 365.
Pasteur L., 270.
Fechner A., 66, 323.
Fewzner Józef, 370.
Filipienko Dymitr, 366.
Pinkiewicz Julian, 34.
Piotrowski, 369.
Piotrowski F., 116, 119, 318, 323, 325.
Płoński Kazimierz, 10, 76, 259, 323.
Folkowski R., 299, 322.
Fonahajba L., 324.
Popławski S., 28.
Frupies Lew, 370.
Przysulski Ludwik, 363.
Przysuski, 369.

Rabinowicz L., 362, 366.
Rabotnik, 357, 362.
Rackiewicz Ludomir, 364.
Raj, 10.
Rajzler Juliusz, 364.
Rakowski Edward, 367, 368.
Raźnikiewicz Z., 237, 324.
Ritter Kazimierz, 366.
Rochmankowski S., 219, 324.
Rodał Bruno, 364.
Rodziński, 367.

Rogoziński S., 106,324.
Rola-Żymierski Michał, 23.
Romanowski W., 299,322.
Romaszkiewicz Józef, 34,362,363,364.
Rotenburg Abram, 370.
Rubinsztajn Igor, 370.
Rumeld Karol, 366.
Ryżykow Jan, 356,365.

Sagajtis Józef, 364.
Salamonowicz Adam, 202,211,223,224,347,353,355,359,363.
Samet Leon, 368.
Sapiecho, 367.
Sawinkow Piotr, 368.
Siegieł, 369.
Smirnow E.T., 48,276,324.
Snacki Jan, 369.
Sobczak K., 248,321.
Sokołowski R., 242.
Sokorski Włodzimierz, 17.
Sonin Piotr, 365.
Staniewski Teofil, 34,362,364.
Staniszewski Tadeusz, 369.
Stapor Z., 229,324.
Stojałowski R., 267.
Strażewski, 346,353.
Stryer Robert, 364.
Świerczewski Karol, 27,29,162,248,262.
Synowiec Jan, 45,188,352,356,363,368.
Szacki Aleksander, 45,363,368.
Szajn Karol, 364.
Szalka Kazimierz, 365.
Szczypicyn Jan, 365.
Szlachcin, 370.
Szpliman Konrad, 369.
Sztachelski Jerzy, 34.

Palar Jan, 116,119,325.
Tichomirow Paweł, 365.
Tiełuszkin, 367.
Timiankow K.D., 281,324.
Tiołkow Andrzej, 345,366,367.
Tislowiec, 357.
Tomaszewski, 367.
Tomski, 365.
Trawińska Zofia, 369.
Tucydides, 269.
Tkaczewski W., 270,324.

Voltaire F., 269.

Wadlewski B., 34,324.
Waldman, 357.
Warman Kamil, 363, 368.
Wasserstrom T., 159,325.
Wasowicz Alojzy, 363,364.
Waszkiewicz W., 255.
Wątopek Kazimierz, 366.
Welter Izrael, 365.
Wietrzycki, 369.
Winogradow, 240,366,368.
Winter Edward, 366.
Własow, 364.
Włodarczyk Jan, 78,320.
Wodziński Piotr, 366.
Wojtkiewicz, 367.
Wojtkowiak Stefan, 64,66,116,119,248,298,325.
Wojtowicz Józef, 364,369.
Wołosiewicz Jan, 45,240,348,368.

Yamada Otozoo, 304.

Zabłotniak Ryszard, 10,41,60,179,210,220,235,321,325.

Zagórski Paschalis, 77,168,325,356,359,363.

Zajączkowski Wacław, 363.

Załużski S., 53,69,92,119,185,326.

Zawadzki Aleksander, 23.

Zieliński, 366.

Ziemiec Anna, 364.

Zirka, 365.

Zubkow Aleksander, 365.

Żelatielew Gabriel, 363,365.

Żurakowski Hipolit, 363.

WYKAZ
SCHEMATÓW, WYKRESÓW, TABEL I ZAŁĄCZNIKÓW

Schemat 1.	Struktura organizacyjna batalionu medyczno-sanitarnego dywizji piechoty	35
Schemat 2.	Pododdziały służby zdrowia i etapy leczniczo-ewakuacyjne dywizji piechoty	36
Schemat 3.	Struktura organizacyjna wydziału służby zdrowia armii	38
Schemat 4.	Jednostki i urządzenia sanitarno-przeciwepidemiczne armii	78
Schemat 5.	Jednostki i urządzenia leczniczo-ewakuacyjne i sanitarno-przeciwepidemiczne 1 armii WP w lipcu 1944 r.	166
Schemat 6.	Struktura organizacyjna polowego ruchomego szpitala zakaźnego	169
Schemat 7.	Struktura organizacyjna grupy sanitarno-epidemiologicznej	197
Schemat 8.	Zabezpieczenie leczniczo-ewakuacyjne WP w kwietniu 1945 r.	250
Schemat 9.	Jednostki i urządzenia leczniczo-ewakuacyjne i sanitarno-przeciwepidemiczne 2 armii WP w maju 1945 r.	264
Wykres 1.	Zachorowania na dur plamisty w Polsce w 1945 r. /według miesięcy/	128
Wykres 2.	Zachorowania na dur plamisty w Polsce w 1945 r. /według województw/	129
Wykres 3.	Zachorowania na dur plamisty w Polsce w 1945 r. /w poszczególnych województwach przypadające na 10.000 mieszkańców/	130
Wykres 4.	Zachorowania na dur brzuszny w Polsce w 1945 r. /według miesięcy/	132
Wykres 5.	Zachorowania na dur brzuszny w Polsce w 1945 r. /według województw/	133
Wykres 6.	Zachorowania na dur brzuszny w Polsce w 1945 r. /w poszczególnych województwach przypadające na 10.000 mieszkańców/	134
Wykres 7.	Zachorowania na czerwonkę bakteryjną w Polsce w 1945 roku /według miesięcy/	136

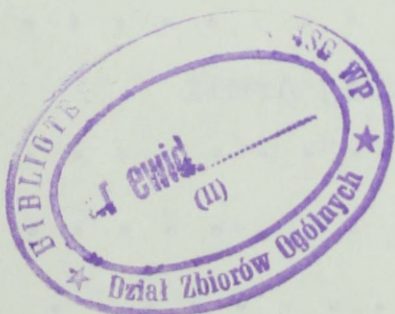
Wykres	8. Zachorowania na czerwonkę bakteryjną w Polsce w 1945 roku /według województw/	137
Wykres	9. Zachorowania na błonicę w Polsce w 1945 roku /według miesięcy/	139
Wykres	10. Zachorowania na błonicę w Polsce w 1945 roku /według województw/	140
Wykres	11. Zachorowania na płonicę w Polsce w 1945 roku /według miesięcy/	141
Wykres	12. Zachorowania na płonicę w Polsce w 1945 roku /według województw/	142
Wykres	13. Zachorowania na zimnicę w Polsce w 1945 roku /według miesięcy/	143
Wykres	14. Zachorowania na zimnicę w Polsce w 1945 roku /według województw/	144
Wykres	15. Dynamika zachorowań na czerwonkę bakteryjną w 1 armii WP /sierpień-październik 1944 r./ .	189
Wykres	16. Zachorowania i zgony na dur plamisty w LWP według miesięcy /liczba przypadków/	286
Wykres	17. Zachorowania i zgony na dur brzuszny w LWP według miesięcy /liczba przypadków/	288
Wykres	18. Zachorowania na czerwonkę bakteryjną w LWP według miesięcy /liczba przypadków/	290
Wykres	19. Zachorowania na zatrucie pokarmowe w LWP według miesięcy /liczba przypadków/	291
Wykres	20. Zachorowania na zimnicę w LWP według miesięcy /liczba przypadków/	292
Wykres	21. Zachorowania na choroby zakaźne w LWP według miesięcy /liczba przypadków/	294
Wykres	22. Procentowe zestawienie chorób zakaźnych w LWP /lipiec 1944 - maj 1945/	295
Wykres	23. Procentowe zestawienie strat ogólnych w LWP /lipiec 1944 - maj 1945/	297
Wykres	24. Procentowe zestawienie zgonów z chorób zakaźnych w LWP /lipiec 1944 - maj 1945/	301
Tabela	1. Stan liczebny i narodowościowy służby zdrowia AP w ZSRR w dniu 6.07.1944 roku	62
Tabela	2. Zakłady i urządzenia sanitarno-przeciwi- miczne w Polsce w 1945 roku	146

Tabela 3.	Liczba schorzeń zakaźnych wśród ludności cywilnej województwa lubelskiego	172
Tabela 4.	Obłożenie PRSzZ nr 5 w okresie 8-16.08.1944 r.	180
Tabela 5.	Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP /lipiec - sierpień 1944 r./	183
Tabela 6.	Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP /wrzesień 1944 - styczeń 1945 r./	193
Tabela 7.	Liczba przeprowadzonych badań w laboratoriach MSB we wrześniu 1944 r.	195
Tabela 8.	Wyniki pracy PSK w m.Stara Miłosna	201
Tabela 9.	Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP w lutym 1945 r.	216
Tabela 10.	Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP w marcu 1945 r.	225
Tabela 11.	Zachorowalność na choroby zakaźne w 1 armii WP w kwietniu i maju 1945 r.	232
Tabela 12.	Ukompletowanie jednostek i urzędzeń służby zdrowia 2 armii WP w dniu 1.02.1945 r.	238
Tabela 13.	Zachorowalność na choroby zakaźne w 2 armii WP /styczeń - marzec 1945 r./	244
Tabela 14.	Zachorowalność na choroby zakaźne w 2 armii WP /kwiecień - maj 1945 r./	259
Tabela 15.	Etatowa liczba łóżek w polowych ruchomych szpitalach zakaźnych LWP	278
Tabela 16.	Wykorzystanie łóżek szpitalnych /w %%/	279
Tabela 17.	Obłożenie polowych ruchomych szpitali zakaźnych LWP	283
Tabela 18.	Dynamika działania polowych szpitali zakaźnych LWP	283
Tabela 19.	Zachorowania na choroby zakaźne w LWP /lipiec 1944 - maj 1945 r./	293
Tabela 20.	Straty ogólne LWP /lipiec 1944 - maj 1945 r./	296
Tabela 21.	Miesięczne straty sanitarne na 1.000 żołnierzy LWP	296
Tabela 22.	Zachorowalność żołnierzy LWP na choroby zakaźne w poszczególnych miesiącach w stosunku do stanu osobowego /w %%/	298
Tabela 23.	Umieralność na choroby zakaźne w LWP /lipiec 1944 - maj 1945 r./	300

Załącznik	1. Polska w lipcu 1944 r.	331
Załącznik	2. Szpitale i oddziały zakaźne w Polsce w 1945 r.	332
Załącznik	3. Rozmieszczenie urzędów leczniczo-ewakuacyj- nych 1 armii WP według planu z 10.12.1944 r.	333
Załącznik	4. Rozmieszczenie urzędów leczniczo-ewakuacyj- nych 1 armii WP 6 lutego 1945 r.	334
Załącznik	5. Rozmieszczenie urzędów leczniczo-ewakuacyj- nych 1 armii WP w trzeciej dekadzie marca 1945 r.	335
Załącznik	6. Rozmieszczenie urzędów leczniczo-ewakuacyj- 2 armii WP 16.04.1945 r.	336
Załącznik	7. Rozmieszczenie szpitali 2 armii WP w czasie operacji praskiej 6-10.05.1945 r.	337
Załącznik	8. Szlak bojowy LWP	338
Załącznik	9. Wybór dokumentów źródłowych	339
Załącznik	10. Obsada personalna ważniejszych stanowisk służbowych w jednostkach i urządzeniach służby zdrowia LWP w latach 1943-1945 . . .	362
Załącznik	11. Zestawienie jednostek i urzędów służby zdrowia LWP sformowanych w latach 1943-1945.	372

WSTĘP	4
I. FORMOWANIE I ORGANIZACJA PIONU SANITARNO-PRZECIWEPI- MICZNEGO SŁUŻBY ZDROWIA JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ LUDOWEGO WOJSKA POLSKIEGO W LATACH 1944-1945	16
1. Ogólna charakterystyka rozwoju organizacyjnego jed- nostek polskich w ZSRR oraz ludowego Wojska Polskie- go na wyzwolonych terenach kraju	17
2. Ogólna charakterystyka rozwoju organizacyjnego służ- by zdrowia jednostek polskich w ZSRR oraz ludowego Wojska Polskiego	32
3. Charakterystyka rozwoju organizacyjnego pionu sani- tarno-przeciwepidemicznego służby zdrowia jednostek polskich w ZSRR ludowego Wojska Polskiego	54
4. Uzupełnianie i fachowość kadr służby zdrowia	61
5. Organizacja szkolnictwa służby zdrowia	68
6. Oświata sanitarna	71
II. DOKTRYNALNE ZASADY ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPI- DEMICZNEGO WOJSK OBOWIĄZUJĄCE W JEDNOSTKACH POLSKICH W ZSRR ORAZ LUDOWYM WOJSKU POLSKIM.	74
1. Zasady organizacji i działania pionu sanitarno- przeciwepidemicznego służby zdrowia	75
2. Zasady zabezpieczenia sanitarnohigienicznego wojsk	84
3. Zasady zabezpieczenia przeciwepidemicznego wojsk	94
III. WARUNKI REALIZACJI ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIW- EPIDEMICZNEGO JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ LUDOWEGO WOJSKA POLSKIEGO	110
1. Warunki taktyczno-operacyjne	111
2. Warunki geograficzno-klimatyczne	113
3. Warunki sanitarno-epidemiczne	117
4. Stan sanitarno-epidemiczny i zachorowalność na choroby zakaźne ludności cywilnej	121
5. Pomoc wojskowej służby zdrowia ludności cywilnej ..	149

IV. SPOSOBY I EFEKTY ZABEZPIECZENIA SANITARNO-PRZECIWEPI- DEMICZNEGO JEDNOSTEK POLSKICH W ZSRR ORAZ LUDOWEGO WOJSKA POLSKIEGO W LATACH 1944-1945	155
1. Armii Polskiej w ZSRR	156
2. W czasie przegrupowania Armii Polskiej w ZSRR na tereny Polski	165
3. Podczas walk 1 armii WP w rejonie Dębłina i Puław oraz na przyczółku warecko-magnuszewskim /29.07- 16.08.1944 r./	176
4. Podczas walk 1 armii WP o wyzwolenie Pragi /10-15. 09.1944 r./	185
5. W czasie działań obronnych 1 armii WP na linii Wisły /wrzesień 1944 - styczeń 1945 r./	188
6. Podczas walk 1 armii WP o wyzwolenie Warszawy i marszu z Warszawy do Bydgoszczy /styczeń 1945r./	203
7. Podczas walk 1 armii WP o przełamanie Wału Po- morskiego /31.01-12.02.1945 r./	208
8. 1 armii WP w czasie operacji pomorskiej Armii Radzieckiej /1-30.03.1945 r./	218
9. 1 armii WP w czasie operacji berlińskiej Armii Radzieckiej /16.04 - 6.05.1945 r./	227
10. W czasie przegrupowania 2 armii WP w rejon Wzgórz Trzebnickich	236
11. 2 armii WP w czasie operacji berlińskiej Armii Radzieckiej /16.04 - 6.05.1945 r./	247
12. 2 armii WP w czasie operacji praskiej Armii Radzieckiej /6.05 - 10.05.1945 r./	261
DOŚWIADCZENIA I WNIOSKI	269
BIBLIOGRAFIA	315
WYKAZ SKRÓTÓW UŻYWANYCH W TEKŚCIE	327
ZAŁĄCZNIKI	330
INDEKS NAZWISK	381
WYKAZ SCHEMATÓW, WYKRESÓW, TABEL I ZAŁĄCZNIKÓW	389



1215

