

Urszula Kozłowska
Szczecin

Ostre choroby zakaźne na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1947 na przykładzie malarii i duru brzusznego

Sytuacja epidemiologiczna po zakończonych działaniach wojennych na terenie Polski przedstawiała się katastrofalnie. Zniszczenia wojenne, demoralizacja części społeczeństwa, masowe migracje ludności, braki kadrowe służby zdrowia, niedostatek materiałów opatrunkowych i leków stwarzały podatny grunt do szerzenia się zachorowań wśród ludności. Pomorze Zachodnie oraz pozostałe ziemie, które Polska pozyskała po 1945 roku, nie odbiegały zasadniczo od pozostałych rejonów kraju mając na uwadze sytuację sanitarno-epidemiologiczną. Na Pomorzu Zachodnim wystąpiły zachorowania typowe dla katastrof społecznych: epidemie malarii, czerwonki, duru plamistego, duru brzusznego, chorób wenerycznych, masowe zachorowania na gruźlicę i inne. Na uwagę zasługuje między innymi powojenna epidemia malarii i duru brzusznego. W wypadku tej ostatniej choroby zdecydowana większość zachorowań (mieszcząca się w granicach 63–75% według różnych źródeł) przypadła na ziemie odzyskane, w tym na Pomorze Zachodnie.

Celem artykułu jest przedstawienie zachorowań na dwie ostre choroby zakaźne: malarię i dur brzuszny. Zarówno jedno, jak i drugie schorzenie masowo szerzyło się na Pomorzu Zachodnim, przybierając postać epidemii. Analizowane choroby stanowiły w pewien sposób charakterystykę ówczesnych warunków sanitarno-epidemiologicznych. W ich występowaniu można wskazać różne etapy: masowa obecność schorzeń, punkty kulminacyjne zachorowań, a następnie ich wygasanie, czego wskaźnikiem była zmniejszająca się liczba rejestrowanych nowych przypadków. Zachorowania na malarię, dur brzuszny, z którymi mieliśmy do czynienia po zakończeniu drugiej wojny światowej, wpisują się w omawianą specyfikę. Punkty kulminacyjne zachorowań przypadły głównie na lata 1945–1947. Występujące wówczas schorzenia tworzyły kategorię chorób typową dla okresu powojennego. W wypadku malarii zdecydowana większość zachorowań była rejestrowana wśród osób, które osiedlały się na analizowanym terenie. Z kolei dur brzuszny był dużym

problemem wśród ludności niemieckiej, o czym informują sprawozdania, raporty przygotowywane przez placówki Państwowego Urzędu Repatriacyjnego (PUR) oraz Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do walki z epidemiami (NNK), w wielu wypadkach podając tylko szacunkowe wielkości występujących schorzeń.

Analizę zachorowań na malarię oraz dur brzuszny w latach 1945–1947 przeprowadzono na podstawie materiałów archiwalnych znajdujących się w zasobach Archiwum Akt Nowych w Warszawie oraz Archiwum Państwowego w Szczecinie. W wypadku tego pierwszego korzystano głównie z dokumentów Państwowego Urzędu Repatriacyjnego Zarząd Centralny (PUR ZC), Ministerstwo Zdrowia (MZ), a podstawę źródłową artykułu w Archiwum Państwowym w Szczecinie stanowiły dokumenty Państwowego Urzędu Repatriacyjnego Oddział Wojewódzki (PUR OW) oraz Urzędu Wojewódzkiego Szczecińskiego (UWS), szczególnie raporty przygotowywane przez Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami (NNK) na województwo szczecińskie oraz pisma lekarzy powiatowych. Są to głównie różnego rodzaju sprawozdania, raporty, statystyki. Słabą stroną tych materiałów jest to, że są one zwykle niekompletne, wypełnianie w sposób dowolny. W wielu wypadkach brakuje im określonego, formalnego wzoru, co powoduje, że pokazanie pełnego obrazu zachorowań jest utrudnione. W niektórych z nich dominuje także subiektywny pogląd jego twórcy, często związany z jego osobistym doświadczeniem zawodowym, bez poparcia tego dowodami empirycznymi. Przedstawiają one często dane w sposób jakościowy, zawierając szacunki o rozmiarze danego zjawiska:

„Stan higieniczno-sanitarny repatriantów z głębi Rosji jest opłakany. Do tego dochodzi kompletny brak bielizny osobistej. Znacznie powiększył się odsetek awitaminóz zagrożonych gruźlicą, dzieci rachitycznych, wyczerpanych fizycznie i nawet obrzęki głodowe. Epidemia malarii rozrasta się wśród repatriantów zza Bugu. Odnotowano 3 przypadki ostrej malarii. Konieczne jest przeprowadzenie akcji tępienia widliszy na obszarze powiat Wałcz”¹.

W 1945 roku w materiałach opracowanych przez placówki służby zdrowia czy Państwowego Urzędu Repatriacyjnego nie ma informacji o zgonach w związku z przebytymi chorobami zakaźnymi. Dopiero od 1946 roku tego typu dane znajdujemy w dokumentach. Na poprawę statystyki ruchu naturalnego wpłynęło między innymi porozumienie zawarte przez Główny Urząd Statystyczny z Ministerstwami Administracji Publicznej i Ziem Odzyskanych dotyczące bieżącej statystyki rejestracji faktów ruchu naturalnego ludności. W wypadku Pomorza Zachodniego braki te były oceniane na kilkanaście procent².

Problemy z właściwym opracowaniem danych dotyczących zdrowotności miały także wymiar regionalny. Administracja Pomorza Zachodniego, w tym służby

¹ Archiwum Państwowe w Szczecinie (dalej: APSz), Państwowy Urząd Repatriacyjny, sygn. 521, k. 35, *Sprawozdanie z działalności Służby Zdrowia Powiatowego Oddz. P.U.R. w Wałczu za miesiąc czerwiec 1946 roku.*

² Archiwum Akt Nowych, Ministerstwo Ziem Odzyskanych, sygn. 1698, k. 37–38, *Obecny stan organizacji ogólnopństwowej bieżącej statystyki ludności w Polsce.*

zdrowia, znajdowała się wówczas w „okresie przygotowawczym”. Jego charakterystyczną cechą było to, że wszelkie informacje dotyczące problematyki zdrowotnej diametralnie się między sobą różniły. Organizujący się Wydział Zdrowia UWS nie mógł właściwie wypełniać swoich funkcji, co w efekcie nie pozwalało na właściwy ogład tworzącej się od podstaw służby zdrowia. W październiku 1945 roku zapoczątkowano sprawozdawczość dotyczącą liczby zachorowań. Lekarze obwodowi Pomorza Zachodniego zostali zobligowani do składania cotygodniowych sprawozdań komisarzowi NNK do walki z epidemiami dr. Henrykowi Gordziałkowskiemu. Obejmowały one tylko wybrane choroby (bez chorób wenerycznych oraz gruźlicy, rejestrowano tylko jej zakaźną postać), co również wpływało na to, że obraz sytuacji sanitarno-epidemiologicznej nie był kompletny³. Okres ten w organizacji służby zdrowia na Pomorzu Zachodnim najtrafniej chyba oddają słowa ówczesnego inspektora lekarskiego dr. Pawła Skrabelińskiego, który uznał, że był to czas bezplanowości w organizacji służby zdrowia, a dane pozostające w dyspozycji Wydziału Zdrowia UWS oraz otrzymywane z terenowych placówek były tak dowolne i rozbieżne, że nie przedstawiały żadnej wartości statystycznej i organizacyjnej⁴. Mimo że analizowane materiały nie prezentują dokładnie omawianego zjawiska, należy uznać, że wyrażona wyżej opinia jest przesadzona. Pokazują one symptomy, dzięki którym można ocenić ówczesną sytuację epidemiologiczną. Poza tym w „okresie przygotowawczym” priorytetowe było zabezpieczenie zdrowotne ludności i niedopuszczenie do masowego szerzenia się chorób, przez co sprawozdawczość była często zaniedbana. Jej poprawę obserwuje się od 1946 roku, kiedy została unormowana praca odpowiedzialnych za nią służb.

Warto również zwrócić uwagę na terminologię dotyczącą analizowanych chorób. W wypadku malarii, jej nazwa pochodzi z języka włoskiego, co oznacza „złe powietrze”⁵. W artykule posłużono się zarówno terminem malaria, jak i zimnica. Ostatnia nazwa występuje przede wszystkim w dokumentach archiwalnych. Z kolei co do duru brzuszego, w dokumentach choroba występuje zwykle pod nazwą tyfus brzuszny. Jest to odniesienie do łacińskiej nazwy schorzenia — *typhus abdominalis*.

W analizie zagadnienia, biorąc pod uwagę zwalczanie chorób zakaźnych, szczególnie istotne były sprawozdania za lata 1944–1948, przygotowane przez Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami⁶, oraz publikacje wydawane

³ APSz [1], Oddział Międzyzdroje, Starostwo Powiatowe Wolińskie, Referat Zdrowia, sygn. 156, k. 7, *Pismo do lekarzy obwodowych z dnia 27 X 1945*.

⁴ APSz [1], BP WRN, sygn. 666, k. 27, *Protokoły kontroli przeprowadzonych przez delegaturę NIK, 1946 r. Uwagi Inspektora Lekarskiego dra Pawła Skrabelińskiego*.

⁵ Nazwa malaria została użyta po raz pierwszy przez profesora medycyny z Bolonii Francesca Tortiego w latach 1712–1718. W Polsce posługiwano się nazwą rodzimą — zimnica, wywodząc ją od cech charakterystycznych napadu choroby, zob. J. P. Knap, P. Myjak, *Malaria w Polsce i na świecie — wczoraj i dziś*, Bielsko-Biała 2009, s. 46–51.

⁶ *Stan sanitarno-epidemiologiczny w Polsce w 1948 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1949, nr 1–2; J. Morzycki, A.M. Klingberg, *Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do walki z epidemiami*

przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, między innymi prace pod redakcją Jana Kostrzewskiego⁷. Ważna z punktu widzenia analizowanego zagadnienia jest praca Elżbiety Więckowskiej, w której autorka porusza zagadnienie ostrych chorób zakaźnych panujących w Polsce w latach 1944–1950⁸.

„Złe powietrze” i „choroba wadliwej cywilizacji” — przebieg malarii i duru brzuszego na Pomorzu Zachodnim

a) Malaria

Druga wojna światowa przyniosła na teren Polski zachorowania na malarię. Jej przebieg był charakterystyczny dla klimatu umiarkowanego. Na obszarze kraju występowała ona pod postacią trzeciaczki, gdzie napady gorączki pojawiały się co 48 godzin. Malaria może być traktowana jako ostra lub przewlekła choroba pasożytnicza. Początkowo występowała w formie sporadycznych zachorowań. Sytuacja ta zmieniła się w roku 1946, kiedy rozpoczął się okres największego nasilenia choroby, trwający do 1949. Przeobrażeniu uległa także sytuacja epidemiologiczna. W niektórych częściach kraju pojawiły się ogniska epidemiczne choroby. Do tej kategorii można także zaliczyć Pomorze Zachodnie, a następnie województwo szczecińskie⁹.

Ważnym czynnikiem wpływającym na dynamikę zachorowań była migracja ludności. Jej nasilenie przypadło na rok 1946. Wówczas to na terenie Pomorza Zachodniego osiedliły się 353 tysiące osób¹⁰. W tym czasie obserwujemy też największe natężenie zachorowań, które stopniowo malało. Grupą szczególnego ryzyka, w której występowała choroba, byli między innymi osadnicy pochodzący z byłych terenów wschodnich II RP, którzy „przywlekli” pasożyta choroby. Również podmokłe, bagniste tereny niektórych powiatów tworzyły dogodne warunki do

w latach 1944–1945, Warszawa 1946; *Sprawozdanie z działalności Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami za lata 1944–1945*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947, nr 1; *Stan sanitarno-epidemiologiczny w Polsce w 1948 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1949, nr 3–4.

⁷ *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, red. J. Kostrzewski, Warszawa 1964; *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, Warszawa 2001; J. Kostrzewski, *Zdrowie ludności Polski w świetle danych o chorobach i zgonach*, Warszawa 1977.

⁸ E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001; taż, *Działalność Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami (1944–1947)*, „Zdrowie Publiczne” 2002, nr 3; taż, *Organizacja, cele i zadania służby zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w latach 1944–1950*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2001, nr 3.

⁹ Z. Dymowska, *Zimnica*, [w:] *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, [7], s. 421.

¹⁰ T. Białęcki, *Struktura demograficzna ludności polskiej Pomorza Zachodniego w świetle spisu ludnościowego z dnia 31 XII 1948 r.*, „Przegląd Zachodniopomorski” 1968, z. 1, s. 49.

rozwoju komara odpowiedzialnego za przenoszenie schorzenia, stanowiły jeden z istotniejszych czynników wpływających na dynamikę zachorowań. Interesujący pod tym względem wydaje się między innymi Wałcz, miejscowość o malarycznej historii w okresie przedwojennym, gdzie choroba występowała, ale została opanowana. Wskutek akcji osiedleńczej, szczególnie ludności pochodzącej z głębi ZSRR, prowadzonej zarówno w Wałczu, jak i na okolicznych terenach, obszar ten należało traktować jako zagrożony pod względem malarycznym. Nie bez znaczenia były także zniszczenia dokonywane przez wycofujących się Niemców urządzeń melioracyjnych, które osuszały tereny bagniste, będące głównym rezerwuarem komarów, zdewastowane, niedziałające urządzenia wodno-kanalizacyjne w miastach, brak leków antymalarycznych, a także przemarsz wojsk stanowiły istotne czynniki szerzenia się malarii wśród ludności¹¹.

Pierwsze zachorowania na malarię na Pomorzu Zachodnim były rejestrowane już w 1945 roku. Choroba pojawiła się w Gryfinie i okolicach. Zanotowano wówczas 12 wypadków. Specyfika miasta, jego położenie, tuż nad Odrą, zniszczenie stacji pomp osuszających teren, znaczna liczba rowów melioracyjnych wypełnionych wodą, niektóre tereny całkowicie zalane, inne zamienione w bagna — stwarzały dogodne warunki do rozwoju komarów. Wszyscy chorzy na malarię stanowili element napływowo. Pochodzili przeważnie z różnych części kraju, niektórzy z nich powrócili z Rzeszy¹². Według danych pochodzących z Wydziału Zdrowia UWS, w drugiej połowie 1945 roku liczba zarejestrowanych chorych wynosiła 17 osób. Inne informacje pozostawały także w dyspozycji NNK, którego wojewódzki komisarz informował o około 20 wypadków choroby¹³. Jak widać, dane te są szczątkowe, obejmujące różne okresy, nie dające właściwego obrazu epidemiologicznego schorzenia. W związku z tym trudno mówić o rozmiarach choroby, posiadając jedynie skromnie informacje na jej temat. Sytuacja ta polepszyła się w 1946 roku, co było związane z poprawą działalności sanitarnych służb meldunkowych i pozwoliło odtąd na systematyczne gromadzenie danych statystycznych o chorobie.

¹¹ W. Bincer, *Malariological problems in Poland*, „Bulletin of the Institute of Marine and Tropical Medicine of the Medical Academy in Gdańsk” 1948, nr 1, s. 60–62.

¹² W. Goździk, *Zimnica w Polsce w 1945 roku*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1947, nr 4, s. 115 n.

¹³ J. Markiewicz, J. Golba, *Rozwój służby sanitarno-epidemiologicznej w województwie szczecińskim*, [w:] *Dwudziestolecie medycyny polskiej na Pomorzu Szczecińskim*, red. H. Lesiński, E. Gorzowski, Szczecin 1968, s. 69.

Tabela 1. Malaria na Pomorzu Zachodnim. Zachorowania i zapadalność na 100 000 w latach 1946–1947

Lata	Zachorowania	Zapadalność
1945	ok. 20	.
1946	1045	117,0
1947	554	62,0

Źródło: Z. Dymowska, *Zimnica*, [w:] *Choroby zakaźne...*, s. 432.

Okresem największego nasilenia zachorowań na malarię w Polsce były lata 1946–1949. W odniesieniu do okresu sprzed wojny, zapadalność wzrosła z 0,96 w 1938 roku do 41,8 na 100 000 mieszkańców w 1948 roku. O największym nasileniu epidemii można mówić w latach 1946–1947¹⁴. Charakterystyczne dla malarii występującej na terenie kraju było — oprócz tego, że przybrała ona formę typową dla klimatu umiarkowanego — jej występowanie w postaci ognisk epidemicznych. W okresie największego natężenia choroby 2/3 ogólnej liczby zachorowań padało właśnie na obszary, gdzie występowały ogniska choroby, w tym, na terenie województwa szczecińskiego. W 1947 roku ognisko takie znajdowało się na terenie powiatu łobeskiego, gdzie zarejestrowano 65 wypadków choroby. Zjawisko to można wyjaśnić poprzez masowe osiedlanie się ludności ze Wschodu¹⁵.

Malaria stanowiła poważny problem szczególnie wśród ludności napływającej z terenów, które zostały utracone na rzecz Związku Radzieckiego. Wskutek napływu osadników choroba została „wprowadzona” do nowego środowiska. Przykłady mogą nam dostarczyć sprawozdania opisowe nadsyłane przez lekarzy pracujących w punktach etapowych działających w powiatach. Przedstawiały one obraz stanu higieniczno-zdrowotnego nowo przybyłych. Interesujący pod względem przebiegu malarii jest Wałcz. Przed drugą wojną światową była to miejscowość malaryczna, gdzie epidemia choroby została opanowana. Położenie miasta wśród licznych rezerwarów wodnych stanowiło poważną przyczynę rozprzestrzeniania się komarów odpowiedzialnych za przenoszenie choroby. Według sprawozdań z Wałcza, w maju 1946 roku było 10 chorych na malarię. Z przeprowadzonych wywiadów wynikało, że w dziewięciu wypadkach została ona rozpoznana wśród wysiedleńców, którzy przybyli w transporcie z głębi ZSRR (Kraj Ałtajski i Syberyjska Tajga). Osoby

¹⁴ S. Tomaszunas, J. Tomaszunas-Błaszczuk, *Zimnica*, [w:] *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku* [7], s. 478 n.

¹⁵ M. Janicki, Z. Dymowska, J. Łukasiak, *Zimnica w Polsce w latach 1945–1955 ze szczególnym uwzględnieniem jej przebiegu w Warszawie*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1957, nr 2, s. 112.

z danego transportu zostały rozmieszczone w trzech miastach: Wałcz, Tuczno i Mirosławiec, które należy traktować jako podejrzane pod względem zakażenia malarycznego¹⁶. Już miesiąc później, w czerwcu, z pomocy lekarskiej w punkcie etapowym w Wałczu korzystało 287 osadników, z których u 52 stwierdzono malarię¹⁷.

Problem malarii dotyczył nie tylko Wałcza i okolic. Zachorowania odnotowano także w innych powiatach, między innymi nowogardzkim, gdzie tamtejszy lekarz stwierdził wzrost malarii po przybyciu ludności z Kazachstanu, czy w powiecie myśliborskim, gdzie od kwietnia do lipca 1946 roku odnotowano aż 800 wypadków choroby, głównie wśród „przesiedleńców pochodzących z głębi Rosji”¹⁸. Za szerzenie się choroby były odpowiedzialne różne czynniki, ale w wielu wypadkach brakowało odpowiednich leków. Również brak współpracy pomiędzy służbami PCK, PUR, powiatowymi referatami zdrowia czy władzami kolejowymi powodował, że osoby chore, niezarejestrowane, nieleczone podróżowały dalej koleją, co wpływało na rozprzestrzenianie się choroby.

Z malarią walczono na różne sposoby, zarówno przez placówki państwowej służby zdrowia, w izbach chorych punktów etapowych, jak i przez „społeczne ramię służby zdrowia”, to jest PCK. Zasadnicze zmiany w organizacji jej leczenia przyniósł rok 1946. Opracowano wówczas plan walki z chorobą. Za jego przygotowanie był odpowiedzialny oddział wojewódzkiego Naczelnego Nadzwyczajnego Komitetu do walki z epidemiami. Na terenie Szczecina zadbano między innymi o oczyszczenie zbiorników wodnych, a zasadniczym elementem akcji było utworzenie Wojewódzkiej stacji Przeciwmalarycznej. Do jej zadań należało bezpłatne leczenie, wykrywanie chorych, a także działalność profilaktyczna. Poprawę sytuacji epidemiologicznej zaobserwowano już w 1947 roku. Pozwalało to na przesunięcie punktu ciężkości w kierunku poprawy pracy służby sanitarnej oraz ogólnego stanu sanitarnego analizowanego obszaru.

b) Dur brzuszny

Inną szerzącą się wówczas chorobą zakaźną był dur brzuszny. Według Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami do podstawowych czynników sprzyjających powstawaniu i szerzeniu się duru brzusznego wśród ludności na ziemiach odzyskanych można zaliczyć: dewastację urządzeń wodnokanalizacyjnych, szczególnie w miastach i większych osiedlach, przemarsze wojsk,

¹⁶ APSz [1], Wojewódzki Oddział PUR w Szczecinie, sygn. 521, k. 81, *Działalność ambulatoriów przy oddziałach powiatowych — sprawozdanie 1945–1946 r. Sprawozdanie z działalności służby zdrowia Powiatowego Oddziału PUR w Wałczu z miesiąc maj*.

¹⁷ Tak zwana ciemna liczba, co oznacza, że podanie faktycznej liczby zachorowań jest nieznane. Z pewnością była ona większa od przytaczanych statystyk.

¹⁸ E. Dorsz-Szteke, K. Maciejewska-Dorsz, *Choroby zakaźne na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1946*, Łódź, „Annales Academiae Medicae Lodziensis” 1981, t. 20, suplement 22, s. 107.

migracje ludności, złe warunki bytowe, handel środkami spożywczymi bez nadzoru sanitarno-higienicznego, ukrywanie chorych zakaźnie w domach, przebywanie na tych terenach znacznej liczby ludności niemieckiej, a także endemiczny charakter choroby¹⁹. Gwałtowna epidemia duru brzuszego na ziemiach odzyskanych szerzyła się w latach 1945–1947, gdzie zapadalność na chorobę przekraczała 1000 na 100 000 ludności. Chorobę rejestrowano przeważnie wśród ludności niemieckiej, jednak ta, która napływała, również chorowała. Szerzące się wówczas zachorowania przekraczały wszelkie dotychczas obserwowane epidemie w Polsce.

Tabela 2. Zachorowania na dur brzuszny na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1947

Rok	Państwowy Urząd Repatriacyjny	Urząd Wojewódzki Szczeciński Wydział Zdrowia
1945	1021	7434
1946	2605	2567
1947	644	613

Źródło: opracowanie własne na podstawie Archiwum Akt Nowych, Państwowy Urząd Repatriacyjny, Zarząd Centralny, sygn. X/22, k. 5 nn., *Wykaz zachorowań i zgonów na choroby zakaźne 1945–1949*; APS, UWS, sygn. 4944, k. 13, *Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia 1945–1949*.

Informacje zawarte w tabeli 2 dotyczą tylko zarejestrowanych wypadków duru brzuszego. Nie ma szczegółowych danych dotyczących zapadalności na tę chorobę wśród ludności Pomorza Zachodniego. Występują duże rozbieżności pomiędzy danymi, które pochodzą z opisów zawartych w sprawozdaniach lekarzy przesyłanych do Wydziału Zdrowia UWS oraz Działu Zdrowia Wojewódzkiego Oddziału PUR. Nie zmienia to jednak faktu, że dane te są przydatne do analizy sytuacji sanitarno-epidemiologicznej, w tym chorób zakaźnych. Zarówno jedna, jak i druga instytucja początkowo w sposób niesystematyczny gromadziła informacje dotyczące zachorowań, co było związane między innymi z kształtowaniem się struktur odpowiedzialnych za zdrowie mieszkańców. W wypadku Państwowego Urzędu Repatriacyjnego dane pochodzą za dwa ostatnie miesiące 1945 roku (listopad i grudzień). Dotyczą one osób, którym została udzielona pomoc w izbach cho-

¹⁹ J. Morzycki, A.M. Klingberg, *Naczelný Nadzwyczajny Komisariat* [6], s. 20.

rych punktów etapowych. Statystyka pozostająca w dyspozycji Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Szczecińskiego zawiera informacje pochodzące z całego obszaru. Były one gromadzone przez powiatowe referaty zdrowia. Jednak na ogół miały te informacje charakter szacunkowy. Dopiero od 1946 roku można mówić o planowej działalności służb w tym wymiarze. Istotnym czynnikiem, który wpływał na obraz duru brzusznego był fakt, że schorzenie pierwotnie rejestrowano z zachorowaniami na dury rzekome (choroba w swojej etiologii przypomina dur brzuszny, ale jej przebieg jest łagodniejszy, rzadko daje powikłania; w Polsce występują odmiany A, B i C). Jak podkreśla Jan Kostrzewski, rejestracja durów rzekomych i brzusznego „budzi zastrzeżenia” do 1961 roku. Do tego czasu kryteria nie były wyraźnie sprecyzowane oraz brakowało kontroli rejestrowanych zachorowań²⁰.

Skutecznym działaniem w opanowaniu duru brzusznego były szczepienia. Niestety, przebiegały one bardzo opornie. O trudnej sytuacji pisali w sprawozdaniach lekarze powiatowi, którzy wprost stwierdzali, że niektórzy burmistrzowie czy wójtowie lekceważą tę formę zapobiegania chorobie²¹. Mimo występujących oporów w 1945 roku na Pomorzu Zachodnim wykonano ponad 125 809 szczepień przeciwko durowi brzuszemu. Rok 1946 przyniósł w tym względzie poprawę. Według danych z Wojewódzkiego Urzędu Szczecińskiego w analizowanym okresie szczepieniami przeciwko durowi brzuszemu zostało objętych 410 000 osób, a w 1947 nawet 528 484²². Wpłynęło to w znaczny sposób na zmniejszenie zachorowalności. Uzupełnieniem dalszych działań profilaktycznych był nadzór sanitarny terenu. Przede wszystkim remontowano, budowano studnie, urządzenia sanitarno-kanalizacyjne, gdyż dur brzuszny szerzył się głównie tam, gdzie tego typu urządzenia nie działały, przez co był nazywany „chorobą wadliwej cywilizacji”. W celu sprawnej opieki nad chorymi, na terenie Pomorza Zachodniego zdołano w stosunkowo krótkim czasie zorganizować dla zakaźnie chorych oddziały i prowizoryczne szpitale zakaźne. Zostały one zaopatrzone w leki, sprzęt, personel. Chorzy na dur brzuszny w 1945 roku znaleźli opiekę w 43 oddziałach zakaźnych, szpitalach epidemicznych. Przygotowano im 2741 łóżek²³.

Epidemia duru brzusznego na Pomorzu Zachodnim była jedną z poważniejszych, jakie zanotowano tu w pierwszych latach powojennych. Na uwagę zasługują zachorowania rejestrowane wśród Niemców. W materiałach dotyczących tego okresu liczbę Niemców, którzy zmarli z powodu duru brzusznego, szacowano na 3,5 tysiąca osób, a śmiertelność w tej grupie wynosiła ponad 20% w odniesieniu do liczby zachorowań. W samym tylko Szczecinie chorowało wówczas kilkanaście tysięcy osób. Fakt wybuchu epidemii w mieście spowodował, że stało się ono ośrodkiem

²⁰ J. Kostrzewski, *Dur brzuszny*, [w:] *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962* [7], s. 189.

²¹ APSz [1], UWS, Wydział Społeczno-Polityczny, sygn. 933, k. 17, *Sprawozdania Pełnomocnika Rządu Obwodu Złotów*.

²² APSz [1], UWS, sygn. 4944, k. 15, *Sprawozdanie...*

²³ Tamże.

zainteresowania wykraczającego poza granice kraju. Według lakonicznej informacji Tadeusza Brzezińskiego pisano o epidemii w zagranicznej prasie, informowano w radiu²⁴. Panującą wówczas sytuację sanitarno-epidemiologiczną wśród ludności niemieckiej oddają najtrafniej słowa mieszkanki Szczecina Brigitty Manzke:

„Życie powracających do Szczecina [Niemców] jest nie do opisania. Wielu mieszka na wół zasypanych domach [...]. Wielu chorowało na tyfus i czerwonkę lub dostawało straszliwej egzemy. Niezliczeni ludzie umierali codziennie. Zagrzebywano ich potem byle gdzie”²⁵.

Epidemia duru brzuszego została opanowana w ciągu dwóch lat. Pozostawiła jednak po sobie tysiące nosicieli choroby oraz liczne ogniska epidemiczne, co wpływało na sytuację epidemiologiczną obserwowaną w następnych latach. Rok 1948 przyniósł stopniową poprawę sytuacji, czego wskaźnikiem było obniżenie zapadalności i umieralności na dur brzuszny poniżej najniższych wskaźników z okresu dwudziestolecia międzywojennego Polski²⁶.

Zamiast zakończenia

Masowe migracje ludności, przemarsze wojsk, zniszczenia wojenne stanowiły istotne czynniki wpływające na szerzenie się powojennych epidemii. Statystyki dotyczące chorób zakaźnych wskazywały, że Pomorze Zachodnie w latach 1945–1950 utrzymywało się w czołówce pod względem zachorowań i zapadalności na tego rodzaju schorzenia. Na uwagę zasługują między innymi te, które przybrały formę epidemii, jak malaria i dur brzuszny. Czynniki odpowiedzialne za ich występowanie można podzielić na dwie grupy — o charakterze ogólnym, o czym wspomniano wyżej, i specyficznym. Malaria najczęściej występowała wśród napływowej ze wschodnich obszarów byłej RP ludności, która stanowiła „grupę zwiększonego ryzyka”. Statystyki dotyczące choroby wskazują, że to właśnie wśród tej grupy ludności występowało najwięcej wypadków zachorowań. Ludność ta masowo osiedlała się na ziemiach odzyskanych. W latach największego nasilenia się choroby, to jest 1946–1949, na obszarze tym zarejestrowano 2/3 wszystkich zachorowań na malarię w całym kraju²⁷. Szacuje się, że około 1/3 osadników, która przybyła na obszar Pomorza Zachodniego, pochodziła z byłych terenów wschodnich II RP, które po zakończeniu drugiej wojny światowej znalazły się w granicach Związku Radzieckiego. Duże nasilenie zachorowań na dur brzuszny notowano wśród ludności

²⁴ T. Brzeziński, *Sytuacja sanitarno-epidemiologiczna województwa zachodniopomorskiego w latach 1945–1954*, [w:] *Inspekcja sanitarna na Pomorzu Zachodnim w latach 1954–2004*, Szczecin, s. 34.

²⁵ T. Białycki i inni, *Stettin 1945–1946. Dokumente-Erinnerungen*, Hinstorff, Rostock 1995, s. 118.

²⁶ J. Kostrzewski, *Dur brzuszny* [20], s. 190.

²⁷ M. Janicki, Z. Dymowska, J. Łukasiak, *Zimnica w Polsce* [15], s. 111 n.

niemieckiej, która była na nią wrażliwsza niż ludność polska. W okresie przedwojennym na Pomorzu Zachodnim występowało mało zachorowań, w związku z czym ludność zamieszkująca te obszary nie wytworzyła nawet częściowej odporności na tę chorobę, w przeciwieństwie do Polaków z centralnych i wschodnich województw, gdzie dur brzuszny miał charakter endemiczny²⁸. Ludność niemiecka nie została też na nią zaszczepiona, przez co nie nabyła odporności przed chorobą. Zarówno malaria, jak i dur brzuszny stanowią przykład ostrych chorób zakaźnych, których występowanie w istotny sposób wpłynęły na życie ludności Pomorza Zachodniego.

**Acute infectious diseases in Western Pomerania in 1945–1947 as exemplified
by cases of malaria and typhoid fever
Summary**

The article examines the incidence of two acute infectious diseases: malaria and typhoid fever. The diseases spread across Western Pomerania in 1945–1947.

The incidence is analysed on the basis of archive documents kept in the Central Archives of Modern Records in Warsaw and the State Archives in Szczecin. They include all kinds of reports, statistical data, as well as documents of varying scientific value.

The dynamics of the spread of the analysed diseases were typical of epidemics. The incidence peaked in 1945–1947. In the case of malaria, a vast majority of cases were recorded among settlers in the analysed region. In Western Pomerania nearly 1/3 of the settlers came from the former eastern territories of the Second Polish Republic, making up a “higher risk group”. On the other hand, typhoid fever was a big problem among the Germans in Western Pomerania, more susceptible and not resistant to the disease, because before WWII it had practically been unknown in the region.

Both malaria and typhoid fever are examples of typical post-war epidemics in a region made specific on account of huge population migrations.

²⁸ F. Przesmycki, *Choroby epidemiczne w Polsce w latach 1945–1948*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej” 1949, nr 1, s. 8 n.