

AGNIESZKA MŁUDZIK

Występowanie i zwalczanie duru plamistego na ziemiach litewsko-białoruskich w latach 1904–1920

Occurrence of Typhus Fever and Controlling It in the Region of Lithuania and Belarus between the Years 1904 and 1920

Zakład Historii Medycyny, Farmacji i Medycyny Wojskowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Streszczenie

Brak higieny był czynnikiem decydującym o rozprzestrzenianiu się wszawicy wśród ludności zamieszkującej obszar ziem litewsko-białoruskich. Dur plamisty przenoszony przez wszy stał się na tym obszarze chorobą endemiczną. O ile przed I wojną światową w szpitalu wileńskim leczono rocznie 600–800 zarażonych osób, o tyle w okresie od stycznia do marca 1919 roku codziennie do tego samego szpitala w Wilnie przyjmowano 600 chorych. Wzrostowi epidemii sprzyjały przemarsze wojsk i migracje ludności. Utrzymanie nawet podstawowej higieny było wówczas trudne. W zaistniałej sytuacji utworzono Komisariat Wileński, działający z ramienia dowodzonego przez płk. prof. Emila Godlewskiego Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do spraw Walki z Epidemiami. Działania Komisariatu Wileńskiego w zakresie zwalczaniu duru plamistego polegały głównie na profilaktyce (dezynsekcja, otwieranie łaźni i zakładów kąpielowych, tworzenie izolowanych łóżek epidemicznych).

Słowa kluczowe: dur plamisty, szpitale epidemiczne, łóżka epidemiczne, łaźnie, zakłady kąpielowe, dezynsekcja, kordony sanitarne, Komisariat Wileński

Abstract

Lack of hygiene was a decisive factor in spreading pediculosis among people living in the area of Lithuania and Belarus. Typhus fever spread by lice turned out to be an endemic disease in this region. Before World War I 600–800 infected patients per year were treated in the Vilnius hospital, whereas as many as 800 patients were admitted daily to the same hospital in the period between January and March 1919. Movement of troops and migration of people contributed to an outbreak of the epidemics. Maintaining even basic hygiene proved difficult at that time. In the abovementioned circumstances the Vilnius Commissariat was set up and was operating under the General Special Commissariat for Controlling Epidemics commanded by colonel professor Emil Godlewski. Activities of the Vilnius Commissariat included mainly prevention through extermination of insects, opening baths and bathing institutions and preventing the disease from spreading by setting up epidemic beds in order to isolate the patients.

Key words: typhus fever, epidemic hospitals, epidemic hospital beds, baths, bathing institutions, disinsectization, Vilnius Commissariat

Na początku XIX wieku na obszarach litewsko-białoruskich dur plamisty występował endemicznie [1, 2]. Już wówczas poczyniono pierwsze ważne spostrzeżenia

dotyczące przyczyn i natężenia występowania tej choroby zakaźnej oraz różnic w jej przebiegu i następstwach zdrowotnych (umieralność) u ludzi w zależności od wa-

runków socjalno-bytowych. Początkowo sądzono, że na występowanie tej choroby ma wpływ klimat, a dokładnie zmienność pór roku w tej szerokości geograficznej. Zauważono bowiem nasilenie zachorowań w okresie jesienno-wiosną, największe natężenie zimą oraz spadek zachorowań wiosną. Podczas wnikliwej obserwacji stylu życia ludności okazało się, że w okresach jesienno-zimowych nie zachowywano choćby minimalnej higieny, po prostu cała populacja w tym okresie nie myła się. Dopiero wiosną z okazji zbliżających się świąt wielkanocnych, stanowiących ważne wydarzenie religijne, zajmowano się nie tylko sprzątnięciem domostw, ale również zwracano uwagę na higienę osobistą. Niesłusznie zatem wcześniej dopatrywano się wpływu klimatu na rozprzestrzenianie się duru plamistego. Podobnie inne czynniki, takie jak poziom wykształcenia i niedożywienie, nie miały wpływu na liczbę zarażonych dudem pacjentów, a czynnikiem decydującym był jedynie niski poziom higieny i związana z nim wszawica [1]. Na ziemiach litewskich i zachodniobiałoruskich nie istniały wówczas łaźnie ani też zakłady kąpielowe, z których korzystanie stanowiłoby profilaktykę pierwotną. Dopiero po I wojnie podjęto działania mające na celu zmniejszenie rozprzestrzeniania się zakażeń, a zatem o charakterze profilaktyki wtórnej, takie jak: dezynfekcja, dezynsekcja oraz zakładanie tzw. szpitali tyfusowych.

Po Wielkiej Wojnie do najczęstszych i najgroźniejszych chorób zakaźnych — ze względu na śmiertelność, powikłania bądź skutki społeczne — należały: dur plamisty (dur osutkowy), dur brzuszny i dur rzekomy, czerwona bakteryjna, błonica, cholera, grypa (influenza), odra, ospa prawdziwa, płonica, zimnica, gruźlica, jaglica i choroby weneryczne [3].

Działania wojenne, bieda ludności, brak elementarnych środków do życia, takich jak pożywienie, odzież, oraz fatalne warunki socjalno-bytowe stały się powodem rozpowszechniania się wszawicy odzieżowej, a w konsekwencji epidemii duru osutkowego — choroby zakaźnej przenoszonej przez wszy. Do zwalczania duru osutkowego, z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia Publicznego, 1 sierpnia 1919 r. powołano Centralny Komitet do spraw Walki z Durem Plamistym (Cekadur, C.K. Dur) [4]. Nadzór nad komitetem pełnił minister tego resortu, ale decyzje konsultował z Departamentem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wojskowych, Departamentem Sanitarnym Naczelnego Dowództwa oraz władzami wojskowymi. W celu zwalczania wszawicy Komitet organizował akcje dezynsekcyjno-kąpielowe.

Rozkazem Naczelnego Dowództwa z dnia 18 grudnia 1919 r. nr 73791/IV dopuszczono Centralny Komitet do spraw Walki z Durem Plamistym do prowadzenia działań sanitarnych na terenie ziem wschodnich zarówno na obszarze etapowym, jak i operacyjnym [1].

Na mocy uchwał Sejmu Ustawodawczego z dnia 14 stycznia 1920 r. i Rady Ministrów z dnia 17 stycznia 1920 r. od stycznia 1920 r. otwierano terenowe komisariaty nadzwyczajne, którymi kierowali naczelni komisarze powoływani przez Ministra Zdrowia Publicznego, a na obszarach działań wojennych przez Naczelne Dowództwo Wojska Polskiego na mocy Rozkazu z dn. 09 stycznia 1920 r. [3, 4]. Powstały wówczas następujące komisariaty terenowe:

— dla województw byłego Królestwa Kongresowego z siedzibą w Warszawie — od 3 marca 1920 r. Naczelnym Komisarzem do walki z Epidemiami mianowano prof. dr. Emila Godlewskiego jr. [5];

— dla obszaru Litwy i Białorusi z siedzibą w Wilnie — od 6 marca Naczelne Dowództwo mianowało Komisarzem dr. Czesława Wroczyńskiego [1];

— w Małopolsce z siedzibą we Lwowie — Komisarzem mianowano dr. Henryka Trenknera;

— na Wołyniu z siedzibą w Łucku — Komisarzem został dr Zygmunt Żubr;

— na Podolu z siedzibą w Płoskirowie — Komisarzem mianowano dr. Mariana Stawińskiego [3, 4].

W szpitalu epidemicznym w Wilnie, w latach 1904–1914, jak wynika ze sprawozdania ówczesnego ordynariusza tego szpitala dr. Gustawa Sztolcmana [1], średnio rocznie leczono z powodu zakażeń dudem plamistym 600–800 osób. W tym okresie największe nasilenie zachorowań było w roku 1909, kiedy to średnia wyniosła 1500 chorych. Zaobserwowano również, że odsetek śmiertelności na obszarach, gdzie tyfus występował endemicznie, był najwyższy w grupie populacji wykształconej, żyjącej w odpowiednich warunkach higieniczno-sanitarnych, i wynosił 40%. Z kolei na tych samych obszarach, ale w grupie populacji ubogiej, żyjącej w skrajnie złych warunkach higieny, odsetek śmiertelności wynosił 6–7%. Taki stan rzeczy tłumaczono uodpornieniem na czynnik zakaźny osób z niskich warstw społecznych w przeciągu życia kilku pokoleń. Natomiast w wyższych klasach społecznych choroba ta nie występowała wcześniej często, lecz sporadycznie, stąd osoby należące do inteligencji były mało odporne i bardziej przez to narażone na ryzyko zgonu. Zauważono również łagodniejszy przebieg choroby i niski odsetek zgonów u dzieci do 10 roku życia [1].

Jak wcześniej zostało nadmienione, podczas I wojny światowej i po zakończeniu działań wojennych odnotowano gwałtowny wzrost zachorowań na wiele różnych chorób zakaźnych, w szczególności również na dur plamisty, głównie z powodu zaniedbań sanitarno-higienicznych, ale także zmniejszenia odporności spowodowanego powszechnie panującym głodem. Podczas okupacji bolszewickiej od stycznia do marca 1919 r. średnia dzien-

na liczbę chorych przyjmowanych w wileńskim szpitalu wynosiła 600 osób (dla przypomnienia przed wojną była to średnia roczna)! Po opuszczeniu Wilna przez wojska rosyjskie, w drugiej połowie kwietnia 1919 r., odnotowano w tym mieście spadek zachorowań na dur plamisty, natomiast we wschodnich powiatach okręgu wileńskiego, w okręgu mińskim i na niektórych obszarach okręgu brzeskiego nasilenie zachorowań było wciąż wysokie. W tym czasie Wydział Zdrowia Zarządu Cywilnego Ziemi Wschodnich prowadził statystykę zachorowań, ale nie odzwierciedlała ona w pełni rzeczywistej sytuacji, gdyż nie wszystkie przypadki zachorowań, głównie w rejonach wiejskich, były zgłaszane i poddawane rejestracji.

Zarówno przed wojną, jak i w czasie wojny najważniejsza w zwalczaniu tej choroby była profilaktyka polegająca na odwszawianiu. Niestety, jak wyżej zostało to już wspomniane, na Litwie i Białorusi profilaktyki nie było niemal wcale. Podejmowano tam takie czynności, jak izolacja chorych oraz otwieranie czasowych i prowizorycznych szpitali epidemicznych. Należy w tym miejscu wyjaśnić, że powstające wówczas szpitale nie miały rozumianego współcześnie poziomu medycznego. Szpitalami stawały się opuszczone wiejskie chaty, baraki, budynki pofabryczne, magazyny, składy, a więc pomieszczenia pozbawione podstawowych wymogów sanitarnych niezbędnych przy zwalczaniu duru. Powszechnym zjawiskiem był brak w tych szpitalach bielizny (chorzy najczęściej leżeli na łóżkach nadzy), żywności, lekarstw, wanien, wody, mydła (nawet dla personelu medycznego). Według źródeł archiwalnych w szpitalach wileńskich porcje mięsne wydawano chorym najwyżej dwa razy w tygodniu w ilości zaledwie 50 gramów na osobę [1]. Codzienny jadłospis składał się z jednego funta razowego chleba i dwóch porcji zupy z brukwi lub fasoli (rano i wieczorem) [1]. Stąd najważniejsze z punktu zapobiegania tej chorobie było zakładanie odwszawialni, a nie szpitali.

Według wykazu szpitali i łóżek epidemicznych z 15 czerwca 1920 r. w okręgu wileńskim działały 24 szpitale o ogólnej liczbie 1251 łóżek epidemicznych (na jedno łóżko przypadało 1306 osób) [1]. W okręgu brzeskim działało 29 szpitali posiadających ogółem 875 łóżek epidemicznych (1282 osoby na łóżko), a w okręgu mińskim odpowiednio 13 szpitali, 480 łóżek epidemicznych i 2272 osoby na łóżko [1]. Szpitale te należały do Zarządu Cywilnego Ziemi Wschodnich, Państwowego Urzędu do spraw Pomocy Jeńcom, Uchodźcom i Robotnikom (JUR) [1, 2, 5] oraz instytucji komunalnych i społecznych.

Jak wynika z powyższych danych, ogólna liczba łóżek epidemicznych we wszystkich szpitalach należących do trzech okręgów wynosiła 2606. Wymienione okręgi administracyjne zajmowały terytorium o powierzchni 142 171 km², a liczba mieszkańców przekraczała 3,8 mln [1].

Jednym z zadań utworzonego w 1920 r. Komisariatu Wileńskiego, wchodzącego w skład Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do spraw Walki z Epidemiami, na którego czele stał płk. prof. E. Godlewski, było zwiększenie liczby łóżek epidemicznych, tak aby jedno łóżko przypadało na 600–800 mieszkańców. Równocześnie miały być prowadzone akcje kąpielowe i kwarantanna. Oszacowano, że dla zaspokojenia potrzeb na terytorium litewsko-białoruskim powinno istnieć od 5 tys. do 6,5 tys. łóżek epidemicznych. Obszar ten posiadał ich nieco ponad 2600, stąd brakowało w zależności od obszaru i gęstości zaludnienia od 2,4 tys. do 4 tys. takich łóżek [1].

Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu się epidemii były ruchy ludności, np. przemarsze wojsk, migracje ludności cywilnej (uchodźcy). W warunkach ciągłej podróży trudno było w tamtych czasach utrzymać choćby minimalny poziom higieny [1, 3]. Stąd wszawica powszechna była wśród żołnierzy w trakcie działań wojennych (niestacjonujących w jednym miejscu) oraz wśród migrującej, także w celach handlowych, ludności cywilnej. Zahamowanie rozprzestrzeniania się duru polegało na:

- zapobieganiu przenoszenia się wszawicy z człowieka na człowieka podczas ruchu wojsk, ruchu ludności, ruchu kolejowego oraz w innych skupiskach ludzkich (pielgrzymki, uroczystości świąteczne);
- odwszawianiu, tak aby insekty przenoszące zarazki duru nie rozmnażały się i nie zakażały kolejnych osób, przez takie działania, jak: izolacja chorych w szpitalach, dezynsekcje, kolumny dezynsekcyjne, zakłady kąpielowe i dezynsekcyjne.

Do działań o charakterze zaporowym wobec przenoszenia się chorób zakaźnych, w tym duru plamistego, z państw ościennych w głąb kraju należało zakładanie kordonów sanitarnych.

Organizacja państwowych szpitali epidemicznych Komisariatu Wileńskiego

Ziemię litewsko-białoruską administracyjnie tworzyły trzy okręgi: wileński, miński i brzeski. Do okręgu mińskiego należały powiaty: miński, borysowski, bobrujski, słucki, ihumeński i lepelski. Okręg wileński tworzyły powiaty: wileński, oszmiański, lidzki, święciański, nowogródzki, wilejski, dziśnieński, brasławski, trocki, grodzieński. Z kolei okręg brzeski stanowiły: powiat brzeski, baranowicki, wołkowyski, kobryński, piński, mozyrski, słonimski, próżański. Organizacja państwowych szpitali epidemicznych w poszczególnych powiatach polegała na wzajemnej współpracy władz powiatu (starosta i lekarz powiatowego) z naczelnym lekarzem szpitala-kolumny wyznaczonym przez komisariat, któremu podlegali ordynatorzy szpitali. Naczelnym lekarzem był odpowiedzialny

za całość akcji przeciwepidemicznej w danym powiecie. Do zadań naczelnego lekarza szpitala-kolumny należała obok kontroli szpitali także kontrola łaźni i innych miejsc podlegających Naczelnemu Komisariatowi oraz wydawanie zarządzeń sanitarnych i profilaktycznych w powiecie [1].

Dzięki sprawnej organizacji działań wileńskiego komisariatu opracowano szczegółowe zestawy żywienia dla chorych z uwzględnieniem składu ilościowego produktów wchodzących w skład posiłków. Ordynatorzy państwowych szpitali epidemicznych spisywali zapotrzebowania aprowizacyjne dla poszczególnych oddziałów. Na podstawie takich spisów kancelaria szpitala sporządzała wykaz dziennego zapotrzebowania na produkty z uwzględnieniem także potrzeb personelu. Do obowiązków kancelarii należało również sporządzanie przychodu i rozchodu produktów za każdy miesiąc i przesyłanie takiego bilansu władzom komisariatu. Ten z kolei na podstawie zebranych w ten sposób danych, za pośrednictwem Wydziału Aproprowizacji Zarządu Cywilnego Ziem Wschodnich, kupował i magazynował w odpowiedniej ilości produkty spożywcze.

Ruchome kolumny dezynsekcyjne w zwalczaniu duru płamistego

Działalność ruchomych kolumn dezynsekcyjnych utworzonych początkowo w Królestwie Kongresowym latem 1919 roku okazała się nieprawidłowa i nieprzydatna głównie ze względu na brak odpowiednio przeszkolonych osób na stanowiska dezynfektorów, zaopatrzenia kolumn w ciężkie parowe sterylizatory amerykańskie bądź angielskie, których przemieszczanie po nieubitych drogach było w polskich warunkach niemożliwe, oraz brak skutecznych środków insektobójczych takich, jak kwas pruski. Okazało się również, że koszt działania ruchomych kolumn dezynsekcyjnych znacznie przewyższał koszty dezynsekcji w zakładach stałych. Poza tym ruchome kolumny w danym miejscu przeprowadzały dezynsekcję jednorazowo, stąd efekty takich działań nie były trwałe [1].

Stąd Komisariat Wileński nie organizował odrębnych, to znaczy samodzielnych, kolumn przemieszczających się po całym podległym mu obszarze, lecz wykorzystywał aparaturę dezynsekcyjną kolumn w szpitalach. Przyszpitalna kolumna dezynsekcyjna obejmowała swym zasięgiem obszar gminy, na której mieścił się dany szpital (z reguły było to 15–20 wiosek). Przez wprowadzenie takiej organizacji kolumn sanitarnych personel medyczny szpitala miał wyszukiwać chorych na terenie gminy (tworzono tzw. służbę wywiadowczą informującą o wszystkich przypadkach chorób zakaźnych), izolować chorych, przeprowadzać dezynfekcję mieszkań pacjentów zakaźnych i ich najbliższego otoczenia.

W okręgu wileńskim działało osiem kolumn komisariatu, w mińskim cztery, a w brzeskim trzy. Ogółem komisariat utworzył 15 kolumn sanitarnych [1].

Zakłady kąpielowe i dezynsekcyjne

W zakresie tworzenia warunków sprzyjających higienie do zadań Komisariatu Wileńskiego należało:

— usprawnienie funkcjonowania już istniejących zakładów kąpielowych poprzez wydłużenie czasu ich otwarcia. Na ogół zakłady te były otwierane jeden do dwóch razy w tygodniu, a nawet raz na dwa tygodnie. Poza tym należało udostępnić te zakłady, utworzone zwykle przez różne instytucje cywilne i wojskowe, wszystkim obywatelom (łaźnie wojskowe były otwierane tylko dla uchodźców);

— uruchomienie nieczynnych zakładów wybudowanych jeszcze przed I wojną światową;

— wybudowanie nowych zakładów;

— wprowadzenie zarządu administracyjnego nad zakładami [1].

Dla przykładu przejęty przez komisariat zakład kąpielowy w Grodnie czynny był tylko raz w tygodniu. Dzięki wprowadzonym zmianom zakład otwierano codziennie na 10 godzin, przez co w przeciągu dwóch miesięcy — maja i czerwca 1920 r. — z bezpłatnej kąpeli w tym zakładzie skorzystało 11 448 osób! [1]

Od 1 kwietnia przejęto zakład dezynsekcyjny od władz miejskich Wilna przy ul. Kalwaryjskiej 1. W ciągu miesiąca przez zakład ten zostało obsłużonych aż 10 180 osób [1].

Oprócz zakładów w Grodnie i Wilnie udostępniono ogółowi ludności zakłady w Bobrujsku, Brześciu Litewskim i Białymstoku.

Uruchomiono nieczynne zakłady dezynsekcyjne w Wilnie przy ul. Makowej 3, w Brzostowicy Wielkiej, w Krynkach, w Wysoko-Litewskim i w Brześciu.

Kordon sanitarny

Organizacja kordonu na ziemiach objętych nadzorem Komisariatu Wileńskiego była utrudniona stale zmieniającą się linią frontu litewsko-białoruskiego. W przypadku tworzenia kordonu przy stałej granicy wystarczyłoby kierować przepływ ludności przez wyznaczone punkty graniczne, w których znajdowałyby się stacje kontroli sanitarnej. Ruchomy front na tych ziemiach i duży przepływ uchodźców, przemieszczających się przede wszystkim koleją, wpłynął na nieco inną organizację kordonu sanitarnego. Utworzono trzy linie kordonu:

— pierwszą linię frontową działającą od 1 maja 1920 r.;

— drugą linię główną, odsuniętą od frontu, składającą się ze stałych stacji typu pogranicznego, w których dokonywała się kontrola wszystkich podróżujących ko-

leją w kierunku wschód — zachód. Dwie pierwsze linie miały na celu zahamowanie przenoszenia duru plamistego z Rosji do Polski;

— trzecią linię — na pograniczu ziem rdzennie polskich i Kresów — celem zablokowania przenoszenia duru z Kresów w głąb kraju.

Punktami łączącymi poszczególne linie były wyznaczone stacje kolejowe. Pierwsza linia kordonu obejmowała końcowe stacje kolejowe wschodnie: Kałkuny pod Dynaburgiem, Farynowo pod Połockiem, Borysów, Bobrujsk i Kalenkowicze pod Mozyrzem. Były to tzw. czołówki kordonu [1]. Na tych stacjach utworzono ruchome oddziały dezynsekcyjne — czołówki kwarantannowe komisariatu nadzorowane przez lekarzy. Uchodźców, którzy przemieszczali się na zachód koleją, przyjmowano do pociągów tylko na tych pięciu końcowych stacjach. Bilety kolejowe sprzedawano tylko osobom posiadającym zaświadczenia o przebytej kontroli i dezynsekcji, wydane przez lekarza ruchomej stacji dezynsekcyjnej. Zaświadczenia te były ważne do granicy wyznaczonej przez drugą linię kordonu. Również przepustki wydawane przez władze wojskowe i urzędy administracyjne Zarządu Centralnego Ziem Wschodnich upoważniały do przejazdu kołowego osoby posiadające takie zaświadczenia.

W pierwszej linii kordonu ruchomymi oddziałami dezynsekcyjnymi były tzw. pociągi kąpielowe. Na wyznaczonych czołówkach kordonu działały cztery pociągi kąpielowe, pociągu takiego nie było na stacji Borysów — tam dezynsekcję przeprowadzano w zakładzie dezynsekcyjnym JUR. W skład każdego pociągu kąpielowego wchodziły cztery wagony: pierwszy — rozbieralnia, w której wykonywano także strzyżenie, drugi wagon kąpielowo-dezynsekcyjny, trzeci — ubieralnia, czwarty — magazyn i mieszkanie personelu. Dziennie w pociągu kąpielowym odsważano 200–400 osób. Ogółem w okresie od 21 kwietnia do 30 czerwca 1920 r. w wymienionych pięciu czołówkach kordonu wykąpano 12555 uchodźców i 17096 żołnierzy [1].

Drugą linię kordonu tworzyły stacje kontroli podróźnych typu pogranicznego posiadające poczekalnie, gabinety lekarskie do oględzin oraz stałą aparaturę dezynsekcyjną. Podróżni na stacji kolejowej kierowani byli do poczekalni, a następnie przechodzili oględziny w gabinetach lekarskich. Osoby zawieszane kierowano do zakładu dezynsekcyjnego. Tego typu stacje kontrolne uruchomiono w wybranych węzłach kolejowych, w których były odpowiednio długie — co najmniej trzygodzinne — postoje pociągów, tak aby można było w tym czasie przeprowadzić kontrolę. Wybrano następujące węzły kolejowe: Nowowilejka, Mołodeczno, Mińsk i Łuniniec. Całkowite uruchomienie drugiej linii kordonu nastąpiło 1 października 1920 r.

Stacje kontroli czystości dla podróżujących od drugiej linii kordonu (Wilno — Mołodeczno — Mińsk — Łuniniec) do stacji położonych w granicach ziem rdzennie polskich zostały zorganizowane wzdłuż trzeciej linii kordonu, którą wyznaczały stacje Białystok, Czeremcha i Brześć. Dzięki sprawnej współpracy Komisariatu Wileńskiego z Dyrekcją Wileńską PKP bilety sprzedawane na stacjach kontrolnych drugiej linii kordonu były ważne tylko do stacji położonych wzdłuż trzeciej linii kordonu. Na stacjach kolejowych trzeciej linii kordonu, gdzie mieściły się punkty kontroli czystości, podróżujący, aby kupić bilety na dalszą drogę, musieli posiadać świadectwa kordonowe wydane na stacjach kontroli drugiej linii. Jeśli podróżowali od stacji położonych dalej na zachód od stacji drugiej linii, uzyskiwali stosowne zaświadczenia kordonowe w kolejowej stacji kontroli czystości. Natomiast miejscowa ludność nabywała takie świadectwa w miejskich stacjach kontroli czystości [1].

Przy takim założeniu organizacji trzeciej linii kordonu należało w czołówkach — Brześć, Czeremcha, Białystok — urządzić jedną stację miejską kontroli czystości i jedną stację kolejową kontroli czystości. Poza tym dla sprawnego działania tych stacji należało uwzględnić frekwencję przepływu podróżnych, zorganizować rozkłady jazdy pociągów, tak aby przejezdni mieli czas na poddanie się ewentualnej kontroli i dezynsekcji.

Kolejowa stacja kontroli czystości w Białymstoku została uruchomiona 20 kwietnia 1920 r. W Brześciu Litewskim otwarto stację kolejową kontroli czystości 8 maja, a stację miejską kontroli czystości 15 lipca. Kolejowej stacji kontroli czystości w miejscowości Czeremcha nie udało się otworzyć z powodu ofensywy bolszewickiej [1].

Reasumując, w planach Komisariatu Wileńskiego w celu prawidłowego działania kordonu sanitarnego było urządzenie:

— dla pierwszej linii kordonu pięciu pociągów sanitarnych na stacjach: Kałkuny, Farynowo, Borysów, Bobrujsk, Kalenkowicze;

— dla drugiej linii kordonu czterech stacji typu pogranicznego: Nowowilejka, Mołodeczno, Mińsk, Łuniniec;

— dla trzeciej linii kordonu trzech stacji kolejowych kontroli czystości: Białystok, Czeremcha, Brześć i trzech stacji miejskich kontroli czystości — również Białystok, Czeremcha i Brześć.

Dzięki działaniom prowadzonym przez Nadzwyczajny Komisariat do spraw Zwalczenia Epidemii na Ziemach Wschodnich sformułowano liczne wnioski w zakresie zwalczania duru plamistego. Podstawą tych

działań i czynnikiem wpływającym dodatnio na ich skuteczność była współpraca z istniejącymi na danym terenie władzami powiatowymi, organizacjami takimi jak Dyrekcja Wileńska PKP, Zarząd Cywilny Ziemi Wschodnich. Sukces tych działań był możliwy także dzięki współpracy z aparatem państwowym, tzn. poszczególnymi ministerstwami w zakresie wydawania aktów prawnych, przyznawania uprawnień do wydawania przez komisariat niezbędnych dyrektyw itp. Nabyte w trakcie pracy doświadczenie umożliwiło wprowadzenie sprawdzonych działań w zwalczaniu innych chorób zakaźnych na obszarze Królestwa Kongresowego. Aby zachęcić ludność do korzystania z zakładów kąpielowych, w wielu miejscach należało wprowadzać metody restrykcyjne takie, jak kary grzywny czy wstrzymywanie wydawania porcji żywnościowych dzieciom. W ogniskach choroby ograniczano ruch mieszkańców — zazwyczaj na wsiach — zakazywano ruchu kołowego i pieszego, na pewien czas zamykano szkoły i kościoły. Stosowano też działania zachęcające o pozytywnym wydźwięku, kiedy to bezpłatnie udostępniano zakłady kąpielowe i dezynsekcyjne.

Piśmiennictwo

1. Wroczyński Cz., *Sprawozdanie z działalności Nadzwyczajnego Komisariatu do spraw zwalczania epidemii na ziemiach wschodnich od 7 marca do 13 lipca 1920 r.*, Archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego, D IV 44 B.
2. Berner W, *Z dziejów walki z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce po I wojnie światowej — do 1924 r. (z uwzględnieniem wielkich miast)* [w:] *Przegląd Epidemiologiczny* 2008, 62, 849–859 [online], http://archiwumcaw.wp.mil.pl/biuletyn/b20/b20_6.pdf, dostęp 27.08.2012.
3. Godlewski E., Schinzel Z., *Działalność Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do spraw walki z epidemiami w roku 1920 i w pierwszym półroczu 1921*, odblitek z *Przeglądu Epidemiologicznego*, Warszawa (Polska) 1922.
4. Jeśman Cz., *Choroby zakaźne w Wojsku Polskim jako zagadnienie epidemiologiczne i profilaktyczno-lecznicze*, cz. 1, rozprawa habilitacyjna, Wojskowa Akademia Medyczna, Łódź (Polska) 1977.
5. Więckowska E., *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918–1924*, Rozprawa na stopień doktora habilitowanego, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław (Polska) 1999.