



DOI: 10.32089/WBH.PHW.2023.3(285).0003

ORCID: 0000-0001-9174-2939

KAROL SACEWICZ

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Instytut Pamięci Narodowej Delegatura w Olsztynie

Warunki sanitarno-epidemiologiczne w Wietnamie Południowym i ich konsekwencje dla bezpieczeństwa medycznego armii Stanów Zjednoczonych Ameryki

Przyczynek do badań nad amerykańskim systemem zabezpieczenia medycznego oddziałów bojowych podczas II konfliktu indochińskiego w latach 1965–1973

ABSTRACT

The presence of American armed forces in South Vietnam presented their command with not only military and political challenges, but also those of a medical nature. The American army had the most developed and efficient system of medical battlefield protection. This system guaranteed the quick evacuation of the wounded from the battlefield and efficient hospitalization, but it also provided sanitary and epidemiological protection for the troops in theater. This article attempts to highlight this aspect of the activities of the American medical services during the Second Indochina War.

Wojna w Wietnamie na ponad dwie dekady związała losy polityczne oraz ludzkie Stanów Zjednoczonych Ameryki i Amerykanów z Azją Południowo-Wschodnią. Zapobieżenie czarnemu scenariuszowi wydarzeń ukrytemu w geopolitycznej formule tzw. teorii domina wymusiło na Waszyngtonie podejmowanie działań, które wprawdzie zmierzały do amerykańskiej polityki, a następnie – co w kontekście poprzedniego kroku było

kuriozalnym ruchem wstecz – do jego wietnamizacji¹. W praktyce oznaczało to, że od Deltę Mekongu poprzez Płaskowyż Centralny, aż do strefy zdemilitaryzowanej przebiegającej wzdłuż 17 równoleżnika, od początku lat sześćdziesiątych Stany Zjednoczone podejmowały „wszelkie, możliwe do zastosowania środki, aby zapobiec dalszej ekspansji komunizmu w Azji południowo-wschodniej”².

Zmagania militarne wojsk amerykańskich z komunistyczną partyzantką (*Viet Cong*, dalej: VC)³, a także z siłami regularnych oddziałów armii północnowietnamskiej (Wietnamska Armia Ludowa, dalej: WAL)⁴, infiltrującymi granice⁵ z Republiką Wietnamu, były w większości działaniami nieregularnymi, mimo że zakres stosowanych sił i środków czasami zbliżał wojnę wietnamską do symetrycznej konfrontacji, czego przykładem były walki o Khe Sanh w 1968 r. czy bitwa o An Loc w 1972 r. Liczebność i struktura walczących stron, w tym sił amerykańskich oraz sojusznicznych, a przede wszystkim obszar prowadzonych działań, powodowały, że szczególną rolę odgrywały w nim nie tylko operacje bojowe, strategia i taktyka, ale także ta sfera wojny, która zazwyczaj pozostaje w cieniu bitewnej wrzawy, tj. zabezpieczenie medyczne całości oddziałów i rejonów ich operowania.

Dotychczasowe osiągnięcia polskiej historiografii w zakresie opisu i analizy amerykańskiego systemu zabezpieczenia medycznego własnych

¹ Robert D. Schulzinger, *Wojna w Wietnamie 1941–1975*, tłum. Grzegorz Smółka (Kraków: Astra 2020), 139–270, 396–438; Piotr Ostaszewski, *Wietnam. Najdłuższy konflikt powojennego świata 1945–1975* (Warszawa: DiG, 2000), 373–414, 467–508; Max Hastings, *Wietnam. Epicka tragedia 1945–1975*, tłum. Wojciech Tyszka (Warszawa: Wyd. Literackie, 2021), 13–719.

² John Pimlott, *Wojna w Wietnamie*, tłum. Małgorzata Malczyk (Warszawa: Morex, 1993), 27.

³ Zob. Gordon L. Rottman, *Warrior: Viet Cong Fighter* (Oxford: Osprey Publishing, 2007), *passim*.

⁴ *Victory in Vietnam: The Official History of the People's Army of Vietnam 1954–1975*, tłum. Merle L. Pribbenow, wstęp William J. Duiker (Kansas: University Press of Kansas, 2002), 91–122.

⁵ Według tajnego raportu Centralnej Agencji Wywiadowczej (*Central Intelligence Agency*, CIA) skala zjawiska infiltracji granicy – nie tylko wzdłuż 17 równoleżnika w tzw. strefie zdemilitaryzowanej (*Demilitarized zone*, DMZ) – była na tyle duża, że miała realny wpływ na działania wojenne prowadzone w Wietnamie Południowym. W samym tylko 1966 r. granice przekroczyło – opierając się na potwierdzonych danych – ok. 45 100 żołnierzy WAL, plus 10 tys. prawdopodobnych przypadków. Z kolei w 1967 r. (dane do sierpnia) odnotowano 17 100 potwierdzonych przypadków infiltracji i 5700 prawdopodobnych. Uwzględniając do tego hipotetyczne wyliczenia przekroczenia granicy raport szacował, że w 1967 r. w sumie infiltrowało ją ponad 35 tys. komunistów, co odpowiadało liczbie od 7 do 9 pułków; „Capabilities of the Vietnamese Communists for Fighting in South Vietnam, 13 November 1967”, w *Estimative Products on Vietnam 1948–1975*, red. John K. Allen Jr., John Carver i Tom Elmore (Pittsburgh: Government Printing Office, 2005), 437; Karol Sacewicz, „Zanim była Ofensywa Tet. Sytuacja operacyjna wojsk amerykańskich i sojusznicznych w Wietnamie Południowym w 1967 r. i jej wpływ na walki w dolinie Dak To w świetle materiałów Zarządu II Sztabu Generalnego Wojska Polskiego. Krytyka źródła”, *Pamięć i Sprawiedliwość* nr 2 (2019): 389.

pododdziałów podczas wojny w Wietnamie są bardzo skromne. Zagadnienie to występowało co prawda w polskich publikacjach poświęconych militarnym oraz politycznym aspektom II konfliktu indochińskiego, ale jako bardzo odległe tło, trzeciorzędna, a nawet czwartorzędna dygresja. W efekcie kwestia medycznego zabezpieczenia wojska w Wietnamie była tylko hasłem, bez pogłębionego opisu, krytycznej analizy, wskazania skali wyzwań, osiągnięć oraz błędów. Oczywiście na polskim rynku wydawniczym znajdują się specjalistyczne opracowania medyczne z zakresu epidemiologii działań wojennych, ale wątek wietnamski nie jest w nich dominujący⁶.

W literaturze anglojęzycznej problematyka ta występowała znacznie częściej, ale nierzadko publikacje były ukierunkowane na organizację systemu medycznego, proces ewakuacji żołnierzy i ich hospitalizacji. Oznaczało to, że kwestia przygotowania systemu jak i jego walki z zagrożeniem epidemiologicznym były często marginalizowane.

Artykuł ten jest próbą odpowiedzi na pytanie o stopień zdiagnozowania oraz zabezpieczenia obszaru operowania wojsk amerykańskich w zakresie ich bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego. Ponadto ma na celu wskazanie determinantów, które określały wyzwania, jakie stały w sferze medycznej przed wojskiem amerykańskim w Azji Południowo-Wschodniej. Należy przy tym podkreślić, że nie jest to tekst medyczny, ale opisujący historię pewnej sfery działań medycznego personelu wojsk amerykańskich w Wietnamie.

Amerykanie na wojnie – czynniki warunkujące amerykański system zabezpieczenia medycznego

Wzrost zaangażowania regularnych sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych w Wietnamie Południowym i w ogóle na Półwyspie Indochińskim, skutkował w sposób naturalny znacznymi stratami ludzkimi. Te zależne były nie tylko od wielkości własnego i sojuszniczego kontyngentu, ale także od stosowanej taktyki i reakcji na nią sił przeciwnika. W historiografii jak i w rozważaniach geostrategicznych wojna wietnamska przedstawiana jest jako konflikt o ograniczonym obszarze działań bojowych. Jednak skala użytych w niej sił i środków po obu stronach nie pozwala jej traktować jako – co prawda terminowo długi – lecz niewielki i lokalny konflikt. Rzeczywistość była bowiem zupełnie odmienna, a wpływ na taki stan rzeczy miała m.in. oficjalna obecność od 1965 r. regularnych amerykańskich wojsk operacyjnych w Wietnamie Południowym.

⁶ Jacek Grzywaczewski, Krzysztof Chomiczewski i Wiesław Gall, *Epidemiologia działań wojennych i katastrof* (Bielsko-Biała: Alfa Medica Press, 2001).

W 1960 r. przebywało w nim 875 amerykańskich instruktorów wojskowych, w 1964 r., niemalże w przededniu bitwy o Binh Gia⁷, było ich już ponad 23 tys.⁸ W 1965 – w roku, o którym gen. William Westmoreland mówił jako o czasie „wyjątkowo istotnych decyzji”⁹ – liczby te szybko wzrosły.

Punktem zwrotnym stał się 8 marca 1965 r., kiedy w okolicach Da Nang wylądowało 350 żołnierzy z 9 Pułku Piechoty Morskiej, stanowiących pierwsze regularne i oficjalne jednostki sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych wysłane do Wietnamu¹⁰. Na początku maja siły te w Wietnamie Południowym liczyły już ponad 50 tys. żołnierzy, w tym ok. 15 tys. stanowili Żołnierze Korpusu Piechoty Morskiej (*United States Marine Corps*, dalej: USMC). Wydarzenia militarne, ale także i polityczne determinowały dalsze pogłębianie się zaangażowania Stanów Zjednoczonych w konflikt indochiński¹¹. Czytelnym tego wyrazem były postanowienia końcowe zorganizowanej 20 kwietnia w Honolulu konferencji, w której uczestniczył m.in. gen. Westmoreland oraz sekretarz obrony Robert McNamara. Zadecydowano tam o wysłaniu dodatkowych 75 tys. amerykańskich żołnierzy do Wietnamu¹². Tym samym pod koniec 1965 r. liczba wojsk amerykańskich realizujących działania operacyjne na południe od 17 równoleżnika po Deltę Mekongu przekroczyła 180 tys.¹³ W grudniu 1966 r. w Wietnamie Południowym służyło już ponad 385 tys. żołnierzy spod „gwieździstego sztandaru”, w 1967 r. było ich już 485 tys., a w końcu 1968 r. liczba ta przekroczyła 536 tys.¹⁴

⁷ Na temat przebiegu i znaczenia starcia zob. Przemysław Benken, *Ap Bac 1963 – Binh Gia 1964. Dwie bitwy, które zmieniły bieg wojny w Wietnamie* (Zabrze–Tarnowskie Góry: Infortitions, 2018), 47–88; Hastings, *Wietnam*, 310.

⁸ Pimlott, *Wojna*, 178.

⁹ John Tolson, *Airmobility 1961–1971* (Washington D.C.: Department of the Army, 1973), 63.

¹⁰ Ostaszewski, *Wietnam*, 404–405; Hebert Y. Schandler, *America in Vietnam. The War that couldn't be won* (Lanham–Boulder–New York–Toronto–Playmonth: Rowman & Littlefield Publishers, 2009), 91; Gabriel Kolko, *Anatomy of a War. Vietnam, the United States and the Modern Historical Experience* (New York: Pantheon, 1986), 165 i n.; James J. Wirtz, *The Tet Offensive. Intelligence Failure in War* (Ithaca: Cornell University Press, 1994), 28.

¹¹ Zob. Ostaszewski, *Wietnam*, 410–413.

¹² William Childs Westmoreland, *A Soldier Reports* (New York: Doubleday, 1976), 135 i n.; Schulzinger, *Wojna*, 260; Ostaszewski, *Wietnam*, 412–414. W wymiarze strategii działania sił amerykańskich oznaczało to zarzucenie idei wyłącznie obrony instalacji i baz amerykańskich, na rzecz podjęcia bardziej energicznych działań wobec sił przeciwnika. To z kolei wiązało się z próbami oczyszczenia terenu z oddziałów komunistycznych i odzyskiwanie go dla władz sajgońskich. 26 VI 1965 r. gen. Westmoreland otrzymał „zielone światło” na podejmowanie działań ofensywnych. To oznaczało to niestety wzrost strat własnych.

¹³ Ostaszewski, *Wietnam*, 414.

¹⁴ Pimlott, *Wojna*, 178; James H. Willbanks, *Vietnam War Almanac. Almanacs of American wars Facts on File library of American history* (New York: Facts On File, Incorporated, 2009), 528. Skalę wzrostu zaangażowania amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie w 1967 r., de

Dynamika rozbudowy amerykańskiego kontyngentu wojskowego nie była stała. Po okresie jego przyrostu, który dotyczył lat 1965–1968, nastąpił znaczący odpływ wojsk z Wietnamu. Ofensywa Tet przewartościowała polityczne podejście Waszyngtonu do dalszej liczbowej rozbudowy własnych sił zbrojnych na Półwyspie Indochińskim¹⁵. W konsekwencji dokonano przekierowania swojej polityki i rozpoczęto jej nowy etap. Ten polegał na odchodzeniu od amerykanizacji wojny na rzecz jej ponownej wietnamizacji, skutkiem czego było systematyczne wycofywanie własnego kontyngentu wojskowego. Tym samym w grudniu 1969 r. liczba amerykańskich żołnierzy służących w Wietnamie Południowym wynosiła ponad 475 tys., w 1970 r. już 334 tys., w 1971 r. – 156 tys., a z końcem 1972 r., tj. u progu zawarcia porozumień paryskich – 24 tys.¹⁶

Zaangażowanie armii Stanów Zjednoczonych Ameryki w Wietnamie nie wyrażało się tylko w wymiarze liczbowym, ale przede wszystkim w przejęciu pełnej odpowiedzialności za prowadzenie działań ofensywnych. Tylko od końca 1966 r. do połowy 1968 r. Amerykanie zrealizowali 26 dużych

facto w ostatnim roku, w trakcie którego w sposób planowy i zgodny z trzypunktową strategią dowództwa Dowództwa Pomocy Wojskowej w Wietnamie (*Military Assistance Command, Vietnam, MACV*) rozbudowywano amerykański potencjał bojowy, ukazywał raport gen. Westmorelanda. Informował on, że wielkość kontyngentu wzrosła z 385 tys. do 486 tys. żołnierzy, co oznaczało, że w jego dyspozycji było już nie 256, ale 278 batalionów. Pod koniec roku 28 taktycznych szwadronów zapewniało bezpośrednie wsparcie lotnicze dla wszelkich prowadzonych działań lądowych. Na terenie Wietnamu Południowego Amerykanie dysponowali ponad 3 tys. śmigłowców zgrupowanymi w 107 jednostkach, podczas gdy w roku poprzednim było ich „zaledwie” 68. Ponadto gwałtownie – z ponad 500 do 1200 sztuk – wzrosła liczba bombowców strategicznych B-52 zabezpieczających i przeprowadzających działania militarne w Azji Południowo-Wschodniej; Westmoreland, oprac., *Report on the War in Vietnam (as of 30 June 1968). Section II: Report on Operations in South Vietnam. January 1964 – June 1968* (Vietnam: US Military Assistance Command, 1968), 131. Westmoreland był zwolennikiem zwiększenia amerykańskiej obecności wojskowej w Wietnamie, nawet o 200 tys. żołnierzy w stosunku do ich liczby z 1967 r. Miał to być podobny skok wielkości sił skierowanych do Wietnamu jaki nastąpił na przełomie 1965 i 1966 r., kiedy to potencjał amerykański rozbudowano od 185 tys. do 385 tys. żołnierzy. Zdaniem Westmorelanda kontyngent wielkości 565 tys. żołnierzy gwarantował odniesienie sukcesu w walkach w ciągu trzech lat, zaś 665 tys. amerykańskich żołnierzy miało w jego ocenie przynieść zwycięstwo strategiczne w okresie dwóch lat; Schandler, *America in Vietnam*, 115–116.

¹⁵ Szerzej zob. Benken, *Ofensywa Tet 1968. Studium militarno-polityczne* (Szczecin: Wyd. IPN, 2016), 7 i n; Benken, *Ofensywa Tet 1968* (Warszawa: Bellona, 2010); Dale Anderson, *The Tet Offensive. Turning Point of the Vietnam War* (Minneapolis: Capstone, 2006), passim; Marc Gilbert i William Head, red., *The Tet Offensive* (Westport: Greenwood Press, 1996); James R. Arnold, *Tet Offensive 1968. Turning point in Vietnam* (London: Osprey, 1990); James H. Willbanks, *The Tet Offensive. A Concise History* (New York: Columbia University Press, 2007), passim.

¹⁶ Pimlott, *Wojna*, 178; Edward Doyle i Samuel Lipsman, *The Vietnam Experience: America Takes Over 1965–1967* (Boston: Addison-Wesley, 1982), 130–133; Willbanks, *Vietnam War Almanac*, 528.

operacji bojowych, w których wartość wykorzystanych sił osiągała minimum ekwiwalent dywizji piechoty. W praktyce oznaczało to, że jednocześnie w działaniach bojowych w różnych Korpusnych Strefach Wojskowych (*Corps Tactical Zone*, dalej: CTZ) uczestniczyło prawie 100 tys. żołnierzy¹⁷.

Oczywiście zarówno wielkość kontyngentu amerykańskiego, jak i jego ofensywne zadaniowanie, miały realny wpływ na ilość zabitych i rannych żołnierzy. Rozmiary strat bojowych, jak i ich dynamikę obrazuje tabela 1.

Tabela 1. Straty bojowe wojsk amerykańskich w Wietnamie – polegli w walce

Lata	Zabici
1960–1964	896
1965	1369
1966	5008
1967	9378
1968	14 592
1969	9414
1970	4221
1971	1380
1972	300
RAZEM	46 558

Źródło: Pimlott, *Wojna*, 178; Willbanks, *Vietnam War Almanac*, 529; Jeffrey J. Clarke, *Advice and Support: The Final Years, 1965–1973* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1988), 275; Cecil L. Reynolds, *MAC Aeromedical Airlift Support of Southeast Asia Operations (1964–1971)* (Scott Air Force base, Illinois: Office of MAC History Military Airlift Command US Air Force, 1972), 119.

Ustalenie rozmiarów śmiertelnych strat bojowych wojsk amerykańskich wciąż jest przedmiotem naukowych i archiwalnych rozważań. Według danych Departamentu Obrony obejmujących okres od 4 sierpnia 1964 r. do 27 stycznia 1973 r. – przytoczonych przez Johna T. Corrella – straty śmiertelne sił lądowych (*US Army*) odniesione w walce wynosiły 30 922 żołnierzy, z innych przyczyn (choroby, wydarzenia komunikacyjne) – 7 273 żołnierzy, starty bojowe marynarki wojennej (*US Navy*) to 1 631, zaś powstałe w wyniku innych zdarzeń 931 marynarzy. Z kolei straty bojowe piechoty morskiej (*USMC*) wynosiły 13 084 poległych i 1 753 zmarłych w wyniku

¹⁷ Zob. Sacewicz, *Zanim*, 377–378; Sacewicz, „Rok 1967. Wojska amerykańskie i ich sojusznicy na wojnie w Wietnamie Południowym – liczby, założenia operacyjne, cele i wyzwania w świetle opracowań Zarządu II Sztabu Generalnego Wojska Polskiego. Zarys problemu”, w *Spółeczeństwo w wojsku, wojsko w społeczeństwie w XIX i XX wieku. Relacje i procesy w ujęciu interdyscyplinarnym*, red. Tomasz Osiński et al., t. 2 (Dęblin: Wyd. Lotniczej Akademii Wojskowej, 2022), 342; *Report on the War*, 283–286.

innego zdarzenia, w siłach powietrznych (*US Air Force*) wynosiły one 1741 straconych w walce i 842, którzy ponieśli śmierć w wyniku innych zdarzeń. W sumie w działaniach bojowych poległo 47 378 żołnierzy amerykańskich, a 10 799 zmarło w wyniku chorób, zdarzeń komunikacyjnych i innych przyczyn. Oznaczało to, że śmiertelne straty amerykańskiego kontyngentu wojskowego w tym okresie wynosiły 58 177 osób¹⁸. Z kolei według danych i aktualizacji dokonywanych przez amerykańskie archiwum narodowe, obejmujące także osoby poległe w 1975 r. i w latach kolejnych (m.in. w niewoli), liczba śmiertelnych ofiar wojny wzrosła do 58 220 osób, w tym 8 kobiet¹⁹. Warto przy tym zwrócić uwagę na jeszcze jeden miernik. Według danych zawartych w opracowaniu z Departamentu Obrony od stycznia 1965 r. 51% ogółu poległych śmierć poniosło w wyniku postrzału z broni strzeleckiej, 36% od ostrzału artyleryjskiego lub innych pocisków, 11% od min pułapek, zaś 2% – w innych zdarzeniach²⁰.

Kolejną wartością, w sposób oczywisty determinującą rozwój i organizację amerykańskiego systemu zabezpieczenia medycznego oddziałów bojowych, było zagadnienie ilości osób rannych oraz chorych. Według oficjalnych danych od 1960 r. do końca 1974 r. za rannych i kontuzjowanych podczas akcji, a w związku tym wymagających hospitalizacji, uznano 153 313 osób z personelu wojskowego Stanów Zjednoczonych służących w Wietnamie Południowym. W tym przypadku, tak jak odnośnie do danych obrazujących śmiertelność w szeregach amerykańskich, widać że wzrost rannych występował w latach nie tylko zwiększonej obecności regularnych wojsk operacyjnych, ale przede wszystkim w czasie prowadzenia wzmożonych działań bojowych. Od 1960 r. do końca 1964 r., tj. w latach kiedy władze sajgońskie były wspierane przez doradców i instruktorów wojskowych łącznie rany wymagające hospitalizacji odniosło 740 osób, z czego 522 przypadki odnotowano w samym tylko 1964 r. W kolejnych latach liczby te były o wiele większe (zob. tabela 2).

Przyczyny odnoszenia ran jak i ich rodzaje, były bardzo różne. Według danych Departamentu Obrony obejmujących okres od stycznia 1965 r. do czerwca 1970 r. układ procentowy rannych przedstawiał się następująco: 16% w wyniku postrzału z broni strzeleckiej, 65% w wyniku ostrzału artyleryjskiego, 15% w wyniku min pułapek, 2% będących skutkiem działań pułapek *punji*²¹

¹⁸ Zob. John T. Correll, „The Vietnam War Almanac”, *Air Force Magazine* 9 (2004): 57.

¹⁹ „Vietnam War U.S. Military Fatal Casualty Statistics”, National Archives, dostęp luty 17, 2023, <https://www.archives.gov/research/military/vietnam-war/casualty-statistics>.

²⁰ Neel Supregon, *Vietnam Studies: Medical Support of the U.S. Army in Vietnam 1965–1970* (Washington D.C.: Department of the Army, 1991), 54–55.

²¹ Rodzaj pułapki przeciwpiechotnej VC składającej się z naostrzonych kawałków drewna lub bambusa, umieszczonych na dwóch deskach schowanych w niewielkim i zamaskowanym dołku.

i 2% w wyniku innych zdarzeń²². Spośród rannych w tym okresie 14% odniosło obrażenia głowy i szyi, 7% – klatki piersiowej, 5% – jamy brzusznej, 18% – kończyn górnych, 36% – kończyn dolnych, zaś 20% – wielorakie rany²³.

Tabela 2. Straty wojsk amerykańskich w Wietnamie – ranni i kontuzjowani w walce

Lata	Ranni i kontuzjowani w walce
1960–1964	896
1965	3 308
1966	16 526
1967	32 370
1968	46 797
1969	32 940
1970	15 211
1971	4 767
1972	587
1973	24
1974	Nie odnotowano takiego przypadku
RAZEM	153 426

Źródło: Willbanks, *Vietnam War Almanac*, 529²⁴.

²² Supregon, *Vietnam*, 54. Do czerwca 1970 r. nie odnotowano procentowych wskaźników zabitych w wyniku pułapek *punji*.

²³ Ibid., 54–55. Rzeczone dane są zbieżne z informacjami, jakie zostały zawarte w opracowaniu wywiadu wojskowego PRL z czerwca 1966 r. W rozdziale pt. „Zabezpieczenie medyczno-sanitarne amerykańskich sił zbrojnych” (które bardzo mocno bazowało na tekście amerykańskiego oficera, który z kolei został przetłumaczony i opublikowany w periodyku *Wojskowy Przegląd Zagraniczny* /dalej: WPZ/, nr 5 /1966/: 148–155) podano, że na 1 tys. rannych wykonano 25 operacji klatki piersiowej, 7 operacji neurologicznych, 177 operacji układu kostnego. Odniesiono się również do statystycznych ujęć, według których $\frac{2}{3}$ ran spowodowanych było odłamkami granatów moździerzowych oraz min polowych, zaś $\frac{1}{3}$ od broni strzeleckiej w wyniku bezpośredniego kontaktu ogniowego. Ponadto na każdym z trzech ciężko rannych, aż dwóch miało rany brzucha i klatki piersiowej. Zauważano również inny wielki problem każdej armii, w każdej wojnie – choroby psychiczne żołnierzy, w tym zespoły stresu pourazowego – chociaż wówczas nie stosowano tej dziś powszechnie znanej terminologii. Według opracowania na każdym 1 tys. rannych amerykańskich żołnierzy średnio 83 zapadało na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne; Archiwum Instytutu Pamięci Narodowej (dalej: AIPN), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w Warszawie [1944] 1954–1990 (dalej: MSW), 01334/632, Rozwój działań wojennych w Wietnamie. Część 2, Warszawa, czerwiec 1966, 149.

²⁴ Minimalnie inne dane podawało opracowanie z 1972 r. Różnice dotyczyły 1967 r., gdzie za rannych uznawano 32 371 osób i 1968 r., w którym wykazano 46 799 osoby; Reynolds, *MAC Aeromedical*, 119. Nawet pobieżny przegląd tych danych pozwala dostrzec, że w okresie 1965–1973, a więc w latach najbardziej wzmożonej aktywności bojowej regularnych lądowych wojsk amerykańskich operujących w Wietnamie Południowym, stosunek strat śmiertelnych do osób rannych wymagających hospitalizacji w danym roku wynosił 1 do 2,35–3,6.

Do wspomnianej liczby 153 313 osób rannych, które wymagały hospitalizacji należy dodać 150 332 osoby, które z kolei według amerykańskiej klasyfikacji jej nie wymagały, a zabezpieczenie medyczne ograniczało się do pomocy ambulatoryjnej. Oznacza to, że łączna liczba rannych lub kontuzjowanych w Wietnamie wynosiła 303 645 osób²⁵. To ci żołnierze i pracownicy amerykańskiego personelu w Wietnamie Południowym byli tymi, dla których funkcjonował wojskowy system zabezpieczenia medycznego.

System zabezpieczenia medycznego pola walki

Ówczesne, jak i współczesne postrzeganie systemu zabezpieczenia medycznego mimo upływu lat w wymiarze działań, wyzwań i powinności nie różni się znacząco. Oczywiście osiągnięcia nauki i techniki w zakresie powstania niezbędnych w medycynie urządzeń i leków, nowe wypracowane procedury postępowania medycznego, jak i udoskonalone środki transportowe usprawniły wykonywanie zadań systemowych, ale gama czynników warunkujących funkcjonowanie rzeczonoego systemu nie ulegała radykalnej zmianie.

W zakresie pojęciowym systemu znajdują się działania mające na celu zorganizowanie i prowadzenie zdrowotnej profilaktyki leczniczej, przedsięwzięcia sanitarno-higieniczne, działania przeciwepidemiczne, aprowizacja medyczna, ewakuacja i transport rannych oraz hospitalizowanych, a także orzecznictwo lekarskie. Jest on nie tylko sferą medycznego działania personelu, ale także rozbudowaną logistyką. Ta miała za zadanie zapewnienie ciągłości medycznego i materiałowego wsparcia dla oddziałów oraz pododdziałów wojska, a także ich ochrony medycznej. To zaś obejmowało i obejmuje nie tylko profilaktykę zdrowotną oraz ciągle udzielanie świadczeń medycznych, ale także działania, które mają na celu pozyskiwanie, magazynowanie i rotowanie materiałów służby zdrowia, ich naprawę i konserwację, zabezpieczenia punktów medycznych (zwłaszcza funkcjonujących na terenie działań wojennych) oraz organizowanie i koordynowanie środków transportu niezbędnych do ewakuacji rannych, poszkodowanych, jak i personelu medycznego.

Sprawne funkcjonowanie systemu zabezpieczenia medycznego nabierało szczególnego stopnia trudności wraz z koniecznością dostosowania go do potrzeb własnych oddziałów operujących na odległym geograficznie terenie, ponadto innym klimatycznie²⁶. Wojenne warunki wymuszały i wymuszają²⁷

²⁵ Zob. Correll, *The Vietnam War Almanac*, 57.

²⁶ W przypadku wojny w Wietnamie teatr działań wojennych znajdował się ponad 12 tys. km od zachodniego wybrzeża Ameryki.

²⁷ Doświadczyli tego Amerykanie zarówno podczas walk w Afryce Północnej w 1942 i 1943 r., jak i podczas kampanii włoskiej (1943–1945), walk na Pacyfiku (1941–1945),

uwzględnienie dodatkowych czynników, które determinują jakość i sprawność systemu, tj. jego dostosowanie do teatru działań wojennych (dalej: TDW). Do tychże zaliczyć należy: środowisko (klimat, ukształtowanie terenu, warunki atmosferyczne, zdrowotne czynniki ryzyka, lokalne /regionalne/ choroby zakaźne, stosunek ludności cywilnej, stan sanitarno-higieniczny oraz epidemiologiczny obszaru), ocena potencjału bojowego i taktyki działania przeciwnika²⁸, potencjalne straty, dostosowanie logistyki do realnych potrzeb, a także dokonanie oceny wojsk własnych, ich zdolności zapasowych i medycznych oraz uformowanie medycznego dowodzenia, i systemu medycznej łączności²⁹.

Sytuacja sanitarno-epidemiologiczna w Wietnamie Południowym a zdolność zabezpieczenia medycznego amerykańskiego kontyngentu

W całej gamie różnych uwarunkowań, rzutujących na zdolności bojowe amerykańskich pododdziałów operujących na terenie Wietnamu Południowego, znajdowała się kwestia wpływu nań istniejącej tam sytuacji sanitarno-epidemiologicznej i wynikającej z niej groźby epidemii chorób zakaźnych. Było to zagadnienie szczególnie istotne dla funkcjonowania systemu zabezpieczenia medycznego własnego wojska, ale także ważne dla podsystemu medycznego stanowiącego integralną część całościowego zabezpieczenia logistycznego. Nie jest żadnym naukowym odkryciem fakt, że ów sektor medyczny, choć nie tak medialny jak działania militarne i nie stawiany w pierwszym szeregu, odgrywał i nadal odgrywa niepoślednią rolę w funkcjonowaniu i realizowaniu zadań przez komponenty bojowe.

Na sytuację sanitarno-epidemiologiczną na Półwyspie Indochińskim wpływ miały zarówno czynniki obiektywne, jak i subiektywne. Do grupy pierwszej zaliczyć należy specyfikę klimatu wietnamskiego. Półwysep pod tym względem nie jest jednolity. Demokratyczną Republikę Wietnamu obejmował klimat zwrotnikowy monsunowy, zaś na obszarze Republiki Wietnamu, a więc miejsca dyslokacji i operowania amerykańskich wojsk, panuje klimat równikowy monsunowy, który charakteryzuje się występowaniem

w Korei (1950–1953), Zatoce Perskiej (1990–1991 i od 2003 r.), Somalii (1992–1993) oraz w Afganistanie (2001–2021); zob. też Adam Olszewski et al., „System medyczny PKW ISAF. Analiza określania priorytetów środków zaradczych”, w *Zadanie specjalne – człowiek, technologia, instytucja*, cz. 2, red. Jarosław Przyjemczak i Wojciech Wosek (Pelplin – Gdynia: Bernardinum, 2021), 100–106; Martin King, *Wojna i medycyna. Jak działania wojenne zmieniły medycynę*, tłum. Michał Zacharzewski (Warszawa: Wydawnictwo RM, 2022), 215–298.

²⁸ M.in. określenie jego potencjalnych zdolności rażenia, co warunkuje dostosowanie adekwatnych środków zabezpieczenia medycznego.

²⁹ Arkadiusz Józwiak et al., „Organizacja i funkcjonowanie zabezpieczenia medycznego”, *Gospodarka Materialowa i Logistyczna* nr 5 (2016): 301–305.

od maja do października pory deszczowej³⁰. Warunki klimatyczne określały również specyfikę terenu i krajobrazu, którego symbolem był nie tylko gęsty, trudny do pokonania las tropikalny, ale także liczne bagna, zbiorniki wodne, rozlewiska i rzeki, z tą największą i najważniejszą – Mekongiem. Czynniki te umożliwiały istnienie oraz rozwój licznych, niespotykanych w obszarze euroatlantyckim, chorób zakaźnych, wpływały również na znaczący ilościowo skok zachorowań wśród ludności miejscowej z powodu spożywania nieodpowiednio przygotowanych pokarmów i napojów. Nie bez znaczenia pozostawał fakt braku w wielu miejscowościach systemów wodociągowych i kanalizacyjnych, a także korzystania przez ludność na potrzeby konsumpcyjne z tych samych źródeł wody (kanały, rzeki, stawy, rozlewiska), które wykorzystywano w celach sanitarnych. Miało to negatywne skutki dla sytuacji sanitarno-epidemiologicznej regionu³¹.

Wart zasygnalizowania jest jeszcze jeden aspekt, a mianowicie w takich warunkach klimatycznych nawet niewielkie zadrapania i skaleczenia niezabezpieczone medycznie mogły w konsekwencji doprowadzić do niebezpiecznych dla zdrowia powikłań. To zaś w swojej masie stanowiło istotny problem wpływający na obniżanie potencjału bojowego wojsk amerykańskich i sojusznicznych³².

Odtwarzając i analizując informacje o warunkach sanitarno-epidemiologicznych oraz ich wpływie na prowadzenie wojny przez Amerykanów, nie wolno skupiać się jedynie na obiektywnych czynnikach, a tym samym bagatelizować te subiektywne, które m.in. według opracowania wywiadu wojskowego PRL poświęcanego problematyce medycznego zabezpieczenia

³⁰ Stosunkowo największą ilość opadów odnotowuje się w pierwszych tygodniach pory monsunowej, tj. od maja do końca czerwca. Temperatury średnie w styczniu to ok. 15°C na północy kraju, zaś 26°C – na południu. Latem średnia temperatura osiąga 29°C; zob. Benken, *Ofensywa Tet*, 14. Szerzej na temat warunków pogodowych w Wietnamie dla trzech lokalizacji, tj. Sajgonu, Hanoi i Da Nang, obejmujących: opady, temperatury maksymalne i minimalne w poszczególnych miesiącach, ilość dni parynych w miesiącu, siłę wiatru, liczbę godzin światła dziennego zob. „Całoroczny klimat i średnie warunki pogodowe w Wietnamie”, dostęp październik 19, 2023, <https://pl.weatherspark.com/countries/VN>.

³¹ W opracowaniu Zarządu II SG WP pisano: „Przeważająca ilość miast południowowietnamskich nie dysponuje systemami wodociągów i kanalizacji. Wody kanalizacyjne i ściekowe bez oczyszczenia spływają do pobliskich rzek. Odchody i śmiecie nawet w dużych miastach usuwane są nieregularnie i są gromadzone w odkrytych pojemnikach, co sprzyja wegetacji much i robactwa. W mniejszych miastach i osiedlach warunki sanitarne są jeszcze gorsze”; AIPN, Biblioteka byłych wojskowych organów bezpieczeństwa państwa polskiego (Wojskowej Służby Wewnętrznej oraz Zarządu II Sztabu Generalnego WP) (dalej: Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP), 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 10.

³² E. K., „Analiza wybranych problemów zabezpieczenia medyczno-sanitarnego”, *WPZ* nr 2 (1970): 121.

sił amerykańskich w Wietnamie, stanowiły jedną „z ważniejszych przyczyn szerokiego rozpowszechniania chorób zakaźnych”³³. Za tę uważano niską stopę życiową mieszkańców półwyspu, a co za tym idzie niedostateczny, a niekiedy nawet nieistniejący system obsługi zdrowotnej obywateli, nie mówiąc już o bardzo niskim poziomie organizacyjnym służb epidemiologicznych. Wynikało to przede wszystkim z fatalnej sytuacji gospodarczej Wietnamu Południowego, permanentnej biedy, niekiedy wręcz powszechnego ubóstwa jego mieszkańców³⁴. Tym samym TDW, na którym przyszło funkcjonować Amerykanom wymuszał na nich używanie struktur własnego systemu medycznego do zabezpieczenia miejscowej ludności cywilnej, niekiedy zaś nawet budowania go dla niej od podstaw.

Warunki żywnościowe ludności przedstawiały się dość skromnie. Ta była pozbawiona potraw mlecznych. Dominowały w niej produkty mączne o dużej zawartości węglowodanów pochodzenia roślinnego, przy jednoczesnym odczuwalnym niedoborze białka oraz tłuszczów pochodzenia zwierzęcego. W konsekwencji – co podkreślano nawet w opracowaniach wywiadu PRL – prowadziło to do bardzo powszechnych schorzeń, jak np. awitaminoza B. Długoletnia, wyniszczająca wojna stawała się istotnym czynnikiem, który spowodował nie tylko obniżenie i tak bardzo niskiego poziomu życia, a co za tym idzie i kultury żywieniowej, co ich zdewastowanie. To w sposób naturalny przełożyło się na wzrost chorób i śmiertelności wśród dzieci³⁵.

Przed amerykańskimi wojskowymi służbami medycznymi stało więc ogromne zadanie, które zakładało nie tylko przygotowanie własnych struktur do systemowego medycznego zabezpieczenia swoich wojsk, ale również zdiagnozowanie – i w ramach możliwości – „spacyfikowanie” pod kątem zagrożeń sanitarno-epidemiologicznych obszaru operowania tych jednostek. Oznaczało to, że amerykański wojskowy personel medyczny wobec słabości, a często niebytu południowowietnamskich służb, musiał na swoje barki wziąć całościowe zabezpieczenie medyczne społeczeństwa w Wietnamie Południowym. Sytuacja w tym aspekcie była dramatyczna, na co uwagę zwracał także wywiad wojskowy PRL i, co ważne, jego ustalenia w tej kwestii dobrze odtwarzały rzeczywistość. W opracowaniu Zarządu II Sztabu Generalnego Wojska Polskiego (dalej: SG WP) pisano, że w 1966 r. na

³³ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 8.

³⁴ Na temat sytuacji gospodarczej w Republice Wietnamu i możliwościach rozwoju zob. Ostaszewski, *Wietnam*, 307–310.

³⁵ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 8–9. Zarząd II SG WP podawał, że wskutek fatalnej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej, aż 47% dzieci umierało przed 15 rokiem życia, zaś 18% – przed ukończeniem roku.

terenie Republiki Wietnamu było zarejestrowanych ok. 900 dyplomowanych lekarzy internistów, 75 lekarzy stomatologów i ponad 200 położnych. Były to wielkości niewystarczające do ochrony medycznej ludności, a które zostały drastycznie uszczuplone wraz z rozwojem działań wojennych, kiedy personel medyczny został wtłoczony do systemu militarnego. Na jednego lekarza przypadało ponad 80 tys. mieszkańców³⁶, co faktycznie zabezpieczenie medyczne ludności cywilnej czyniło fikcją. Oczywiście należy pamiętać, że w Wietnamie pracowało ponad 4,5 tys. lekarzy szkolonych i praktykujących na podstawie tzw. chińskiej medycyny tradycyjnej, którzy w pewnym zakresie wsparcia medycznego niwelowali ogromne braki dyplomowanego personelu. Do 1965 r. w Wietnamie Południowym działało 120 szpitali cywilnych, ale nie posiadały one pełnej wyspecjalizowanej kadry, czego efektem był częsty proceder, że chorymi opiekowali się w nich ich bliscy³⁷. Ustalenia te, tj. wojskowego wywiadu PRL, znalazły potwierdzenie nie tylko we współczesnej literaturze przedmiotu³⁸, ale także w ówczesnych raportach amerykańskich agend rządowych. W tych informowano, że w 1966 r. w Wietnamie Południowym z ok. 1 tys. lekarzy, aż 700 służyło w wojsku, zaś 300 pracowało w środowisku cywilnym, z czego 100 w prywatnych inicjatywach, 100 było albo na emeryturach, albo funkcjonowało poza medycyną i tylko ok. 100 realnie pracowało z ubogim, a nawet wręcz biednym społeczeństwem Wietnamu Południowego, którego rozmiary szacowano na ok. 19 mln osób³⁹. Paradoksalnie, co dla Amerykanów i władz sajgońskich nie było atutem propagandowym, sytuacja w zakresie organizacji i funkcjonowania służb medycznych w Demokratycznej Republice Wietnamu przedstawiała się zupełnie inaczej⁴⁰.

³⁶ Dla porównania warto wskazać, że w powojennej Polsce, wskutek działań wojennych i terroru okupanta, na 10 tys. mieszkańców przypadało 3,2 lekarza. W 1960 r. wskaźniki te uległy zmianie i na 10 tys. mieszkańców przypadało już 10 lekarzy, zaś w 1974 r. było to 16,8 lekarza.

³⁷ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 8–10.

³⁸ Szerzej na temat sytuacji medycznej w Wietnamie Południowym przed pojawieniem się regularnych oddziałów amerykańskich zob. Myron Allukian jr. i Paul Atwood, „The Vietnam War”, w *War and Public Health*, red. Barry S. Levy i Victor W. Sidel, 2 wyd. (Washington D.C.: Oxford University Press, 2008), 313–336.

³⁹ Virtual Vietnam Archive of the Vietnam Project (dalej: VVAoVP), Civilian medical program for Vietnam (followup investigation). Thirty-fifth report by the Committee on Government operations, Washington, October 1970, 4–5. Materiały z zasobów VVAoVP zob. „The Virtual Vietnam Archive”, Texas Tech University, dostęp luty 17, 2023, <https://www.vietnam.ttu.edu/virtualarchive/>.

⁴⁰ Zob. „Democratic Republic of Viet-Nam (North Viet-Nam)”, *Health Date Publication* nr 25 (1965): 17–25, 27; *Public Health in the Democratic Republic of Vietnam 1945–1965* (Hanoi: Medical Edition, 1965), 7–10.

„Pacyfikacja” zagrożeń medycznych w Wietnamie Południowym

Programy MEDCAP i MILPHAP

Pod auspicjami Dowództwa Pomocy Wojskowej w Wietnamie (*Military Assistance Command, Vietnam*, dalej: MACV) Amerykanie byli zmuszeni do uruchomienia szeregu programów opieki medycznej nad ludnością cywilną, realizowanych zarówno przez komponenty wojskowe, jak i cywilne. Niezależnie jednak od ich proveniencji, głównym ich celem było zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne środowiska operowania własnych oddziałów bojowych. Tym samym partykularny interes bezpieczeństwa sił amerykańskich w naturalny sposób przełożył się na możliwość poprawy, a nawet całościowego skonstruowania od nowa wietnamskiego systemu służby zdrowia. Spośród wielu programów uruchomionych przez Amerykanów w zakresie opieki medycznej dwa przybrały charakter nadrzędny, a wobec siebie były projektami uzupełniającymi się zadaniowo.

Pierwszym z nich był MEDCAP – *The Medical Civil Action Program* (Medyczny Program Działań Cywilnych). Polegał on na konstruowaniu mobilnych zespołów medycznych, które składały się zarówno z amerykańskiego personelu, jak i lekarzy oraz pielęgniarzy wietnamskich. Zespoły te udzielały pomocy ambulatoryjnej w obszarach szczególnie pozbawionych jakiegokolwiek wsparcia medycznego, jak i w tych zagrożonych możliwością występowania epidemii. Program został opracowany już w listopadzie 1962 r. na podstawie wspólnej inicjatywy ambasady USA w Sajgonie, a także MACV. Realne funkcjonowanie rozpoczął od stycznia 1963 r., będąc nadzorowany przez Departament Obrony.

Początkowo działania prowadzone w ramach MEDCAP zabezpieczane były przez siły specjalne i wojskowych konsultantów⁴¹. Pierwsze zespoły medyczne liczyły w sumie 127 osób, co nie było siłą mogącą sprostać wyzwaniu. Wraz z przybywaniem regularnych jednostek wojskowych ze Stanów i z rosnącą potrzebą epidemiologiczno-sanitarnego uspokojenia terenu, należało do działań programu skierować większe wojskowe siły medyczne, jak i bardziej zaangażować oddziały południowowietnamskie. Rozpoczął się wówczas nowy etap programu znany jako MEDCAP II. Jego efekty były znaczące. Według danych pochodzących z opracowań Departamentu Obrony tylko od 1 grudnia 1967 r. do 31 marca 1968 r., aż 188 441 cywilów otrzymało pomoc ambulatoryjną, średnio miesięcznie zaszczepiono ponad 17,5 tys. osób. W samym tylko 1970 r. w każdym miesiącu medycznie zabezpieczano od 155 do 225 tys. wietnamskich cywilów⁴². Jako realny i znaczący sukces programu, przedstawiały raporty

⁴¹ *Report on the War*, 271.

⁴² Supregon, *Vietnam*, 165. W ramach działania MEDCAP realizowano również pomoc dentystyczną, która w 1968 r. osiągnęła poziom 15 tys. zabiegów stomatologicznych miesięcznie; *ibid.*, 166.

MACV, informując naczelne dowództwo, że w samym tylko 1963 r. wykonano prawie milion zabiegów medycznych (ambulatoryjnych), w 1964 r. było ich już 1 843 120, w 1965 r. – 4 469 372, a w 1966 r. – blisko 10 mln⁴³. Działania programu swoim zasięgiem dotyczyły również wsparcia weterynaryjnego w ramach podprojektu VETCAP (*Veterinary Civic Action Program* – Weterynaryjny Program Działań Cywilnych), który w kraju i społeczności rolniczej miał ogromne znaczenie. Zwłaszcza, że w samym tylko 1967 r. amerykański wojskowy personel weterynaryjny w ramach zwalczania wścieklizny dokonał 21 391 szczepień oraz objął opieką weterynaryjną ponad 2,2 tys. zwierząt hodowlanych⁴⁴. Nie oznaczało to, że realizacja programu nie napotykała na duże przeszkody. Do takich zaliczano przede wszystkim strach społeczeństwa przed represjami ze strony VC grożącymi za korzystanie z pomocy medycznej udzielanej przez siły amerykańskie i sajgońskie⁴⁵. Nie była to bowiem tylko walka z groźbą wybuchu epidemii i ze złą sytuacją medyczną mieszkańców Wietnamu Południowego. Niewątpliwie obok roli medycznej MEDCAP odgrywał jeszcze inną jakże istotną dla akcji pacyfikowania terenu, pozwalał bowiem Amerykanom budować społeczne wsparcie dla działań ich sił bojowych i często gwarantował rozbudowę własnego rozpoznania osobowego (*Human Intelligence*, HUMINT). Był więc jednym z instrumentów walki o rząd dusz, o pozyskanie prowincji, z czego doskonale zdawał sobie sprawę także przeciwnik.

Drugim programem był MILPHAP – *Military Provincial Health Assistance Program* (Wojskowy Prowincjonalny Program Pomocy Zdrowotnej). Postępował on wraz z rozwojem amerykańskiego potencjału bojowego i logistycznego w Wietnamie Południowym. Pozwalało to wykonać polecenie sekretarza obrony o wykorzystaniu właśnie amerykańskich sił w celu pomocy cywilnym strukturom medycznym. Od listopada 1965 r. MILPHAP był wykonywany przez amerykańskie wojskowe i cywilne zespoły medyczne⁴⁶, które były przydzielone do wietnamskich cywilnych szpitali prowincjonalnych. W grudniu

⁴³ VVAoVP, Medical Civic Action Program (MEDCAP). To Headquarters IV Corps Advisory Group, b.m., 11 X 1967 r., 1. W innych raportach z działalności MEDCAP wskazywano, że w 1968 r., w roku Ofensywy Tet, mimo zaciętych walk, kiedy to zdolność dotarcia z pomocą medyczną do ludności cywilnej drastycznie się obniżała, to ponad 2,1 mln Wietnamczyków skorzystało z pierwszego segmentu programu, tj. z opieki medycznej, zaś ponad 5,8 mln z drugiego segmentu, czyli z całego procesu leczenia; VVAoVP, Civilian medical program for Vietnam (followup investigation). Thirty-fifth report by the Committee on Government operations, Washington, październik 1970 r., 7.

⁴⁴ Supregon, *Vietnam*, 166.

⁴⁵ Jan K. Herman, *Navy Medicine in Vietnam. Passage to Freedom to the Fall of Saigon* (Washington D.C.: Department of the Navy, 2010), 12.

⁴⁶ Zespoły wystawiły cywilne służby medyczne, jak i służby marynarki wojennej, sił powietrznych oraz wojsk lądowych. Te składały się: z trzech lekarzy, jednego urzędnika medycznego oraz 12 szeregowych techników; Supregon, *Vietnam*, 163.

1965 r. działało 17 zespołów wojskowych i cywilnych. W kwietniu 1966 r. ich liczba wzrosła do 21, w tym 6 wojskowych, w lipcu 1966 r. zespołów było już 43, z czego 21 wojskowych. W 1968 r. 23 wietnamskie szpitale prowincjonalne były zabezpieczane przez wojskowe amerykańskie zespoły medyczne⁴⁷. Do końca 1970 r. działały one w 25 z 44 wietnamskich prowincji, a także w 30 szpitalach podległych wietnamskiemu ministerstwu zdrowia i innych licznych placówkach⁴⁸. W realnym działaniu operowało w ramach programu MILPHAP 61 zespołów medycznych. W tym 27 z nich były to wojskowe zespoły amerykańskie, 14 pochodziło z innych krajów tzw. wolnego świata, ale zakontraktowanych przez Agencję Stanów Zjednoczonych do Spraw Międzynarodowego Rozwoju (*US Agency for International Development*, dalej: USAID) oraz rząd wietnamski, a ponad 20 składało się z personelu, który pochodził z krajów wolnego świata, ale nie był na kontrakcie USAID. W sumie było to prawie 700 osób personelu medycznego⁴⁹, który nie tylko koordynował, ale i wykonywał działania cywilnego systemu medycznego. To dzięki jego wsparciu możliwy był wzrost liczby pacjentów obsługiwanych w szpitalach prowincjonalnych z 700 tys. w 1965 r. do ponad 1 mln w 1966 r. i blisko 3 mln pod koniec 1968 r.⁵⁰

Działania MILPHAP skoncentrowały się również na wdrożeniu i realizowaniu procesu szkolenia miejscowych kadr lekarskich oraz pielęgniarskich. W tym zakresie nie osiągnięto jednak tak spektakularnych sukcesów, jak w przypadku liczby ambulatoryjnych i szpitalnych pacjentów. W 1967 r. zakładano, że dla sanitarno-epidemiologicznego zabezpieczenia Wietnamu Południowego winno uzyskać się dostępność personelu medycznego na poziomie 1 lekarza na 4 tys. osób oraz 1 dentysty na 40 tys. pacjentów. Jednak te mierniki okazały się nieosiągalne⁵¹. Wynikało to nie tylko z sytuacji wojennej dewastującej powszechny system nauki i szkolenia kadr medycznych, ale i z zacofania gospodarczego kraju. Kształcenie kadr lekarskich odbywało się na uniwersytetach w Sajgonie i w Hue. Co prawda już w 1968 r. było 258

⁴⁷ VVAoVP, Civilian medical program for Vietnam (followup investigation). Thirty-fifth report by the Committee on Government operations, Washington, październik 1970 r., 7.

⁴⁸ Supregon, *Vietnam*, 162–164.

⁴⁹ VVAoVP, Civilian medical program for Vietnam (followup investigation). Thirty-fifth report by the Committee on Government operations, Washington, październik 1970 r., 7.

⁵⁰ Ibid. Średnia liczba pacjentów leczonych w szpitalach prowincjonalnych w ciągu jednego miesiąca na przełomie 1968 i 1969 r. przekroczyła 230 tys. osób.

⁵¹ Ibid., 9. USAID informowała, że w 1970 r. w Wietnamie Południowym było ok. 1,4 tys. lekarzy. Tym samym, uwzględniając tempo narastania kadry lekarskiej oraz wzrost populacji kraju, pomimo ogromu prac i wysiłku dojście do poziomu 1 lekarza na 4 tys. osób osiągnięto by po 18 latach, a więc w 1987 r. W 1970 r., wykorzystując cały wojskowy i cywilny personel medyczny obecny w Wietnamie, możliwe było uzyskanie przelicznika jakże dalekiego od idyllicznych założeń, a mianowicie 1 lekarz na 13 tys. osób; *ibid.*, 10.

absolwentów, kiedy jeszcze w 1965 r. ich liczba nie przekraczała 160, ale bycie absolwentem w danym roku nie oznaczało automatycznie uzyskania stopnia dyplomowanego lekarza. Tym samym realne liczby lekarzy pracujących w terenie były często mniejsze od danych uwzględniających nowych absolwentów⁵². Dokonywane zmiany, jak na tamtejsze warunki, były znaczące i szły w dobrym kierunku, ale wobec ogromu potrzeb okazywały się niewystarczające. Budowanie wietnamskich kadr medycznych dotyczyło również dentystów⁵³ oraz personelu pielęgniarskiego⁵⁴.

MEDCAP oraz MILPHAP jako programy wojskowe w znacznym stopniu były działaniami mającymi zabezpieczyć w wymiarze sanitarno-epidemiologicznym obszar operowania amerykańskich oddziałów bojowych, stanowiąc tym samym element antypandemicznej tarczy ochronnej sił MACV.

Jednocześnie, obserwując przyczyny powstania tych programów, ich zadaniami, zakres oraz osiągnięcia, można zaryzykować stwierdzenie, że doszło do amerykańskiej wojny w wymiarze medycznym⁵⁵. Zresztą całe zabezpieczenie medyczne swojego komponentu wojskowego w Indochinach Amerykanie traktowali nie tylko jako wielkie wyzwanie – czym rzeczywiście ono było – ale także jako bardzo wymagający dla ich służby medycznej poligon doświadczalny. Wojna prowadzona w Wietnamie w szerokim zakresie

⁵² W 1965 r. w Wietnamie Południowym było 158 absolwentów kierunku lekarskiego, ale tylko 85 z nich nadano stopień naukowy i uznano za dyplomowanych lekarzy. W latach kolejnych sytuacja wyglądała następująco: w 1966 r. – 134 absolwentów, z czego 110 uzyskało stopień naukowy, w 1967 r. – 162 absolwentów i wszyscy uzyskali stopień naukowy, ale w 1968 r. na 258 absolwentów tylko 187 uzyskało stopień naukowy, z kolei w 1969 r., mimo że było 191 absolwentów, to wraz z absolwentami z poprzednich roczników dyplomowanymi lekarzami zostały 272 osoby; *ibid.*, 9.

⁵³ W celu kształcenia kadr dentystycznych od 1967 r. Amerykanie sprowadzili do Wietnamu Południowego 15 stomatologicznych edukatorów, którzy byli zakontraktowani na okres 9 miesięcy. Problemem nie była jednak mała liczba nauczycieli, ale niedobór kandydatów i uczelni kształcących na tym kierunku. Taki fakultet istniał wyłącznie na uniwersytecie w Sajgonie, na którym można było kształcić tylko 25 studentów na danym roku. W konsekwencji sytuacja była dramatyczna. Ministerstwo zdrowia Republiki Wietnamu w 1969 r. informowało USAID, że na jego liście plac znajdowało się 53 dentystów, z pośród których 28 praktykowało w Sajgonie; *ibid.*, 11. Bez wsparcia amerykańskich wojskowych stomatologów i medyków ludność cywilna Wietnamu nie miała żadnych szans na pomoc w tym zakresie.

⁵⁴ W 1969 r. szacowano liczbę pielęgniarek na 2,9 tys.; zob. *ibid.*, 12. W roku kolejnym (1970) przeszkolono prawie 700 wietnamskich pielęgniarek; Supregon, *Vietnam*, 162–164. Wzrost liczby niższego personelu medycznego był widoczny, ale wciąż niewystarczający. W 1963 r. całościowa liczba wietnamskiego personelu pielęgniarskiego pracującego w różnych instytucjach zdrowia publicznego wynosiła 2532 osoby, z czego: pielęgniarki krajowe – 1 378, technicy sanitarni – 197, technicy pielęgniarscy – 304, pielęgniarki pomocnicze – 338 oraz asystenci pielęgniarek 315; zob. VVAoVP, Lam Thi Hai, *History of nursing in Vietnam*, b.m., październik 1964 r., 10.

⁵⁵ Szerzej na temat amerykańskiej pomocy medycznej przeznaczonej dla wietnamskiej ludności cywilnej zob. Supregon, *Vietnam*, 162–168.

zmodernizowała i zweryfikowała ich dotychczasowe podejście do medycznego zabezpieczenia wojsk operujących na obszarze aktywnych działań zbrojnych⁵⁶.

Niewidzialny wróg – choroby zakaźne

Istotnym czynnikiem warunkującym organizację i funkcjonowanie amerykańskiego systemu medycznego w Wietnamie Południowym, w tym przede wszystkim sektor zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego, były występujące tam choroby zakaźne. Do tych najczęstszych zaliczano: malarię, gruźlicę, dżumę, cholerę, trąd, a także jaglicę, zapalenia wątroby, wściekliznę, zapalenie opon mózgowych i choroby weneryczne⁵⁷. Jak bardzo było to realne zagrożenie dla zwartości i zdolności bojowej amerykańskich oddziałów świadczy fakt, że w 1965 r. na wymienione choroby zachorowało 41 125 żołnierzy na 180 tys. wówczas odbywających służbę w Wietnamie Południowym⁵⁸.

Podstawowym zagrożeniem dla amerykańskich żołnierzy w Indochinach była wspomniana malaria, czyli ostra lub przewlekła choroba pasożytnicza, wywoływana przez pierwotniaki⁵⁹. W Wietnamie, szczególnie na obszarze Płaskowyżu Centralnego, przygranicznych terenów górskich i w Deltie Mekongu występowała, odporna na dotychczas znane i stosowane przez Amerykanów środki lecznicze, odmiana zwana febrą złośliwą, którą wywoływał pasożyt z gatunku *Plasmodium falciparum* – czyli zarodziec sierpowy⁶⁰.

⁵⁶ E.K., „Analiza wybranych”, 122.

⁵⁷ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 10–12.

⁵⁸ Ibid., 33. W pierwszych dwóch kwartałach 1967 r. odnotowano już 78 371 przypadków chorób zakaźnych w szeregach amerykańskich wojsk w Wietnamie.

⁵⁹ Piotr Kajfasz, „Zimnica (malaria)”, w *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, red. Janusz Cianciara i Jacek Juszczyk, t. 2 (Lublin: Wyd. Czelej, 2012), 582.

⁶⁰ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 11; E.K., „Analiza wybranych”, 124–125. Literatura medyczna wyróżnia cztery gatunki pasożyta *Plasmodium*, który wywołuje malarię zwaną też zimnicą. Należą do nich *Plasmodium vivax* (zarodziec ruchliwy), *Plasmodium owale* (zarodziec owalny), *Plasmodium malariae* (zarodziec pasmowy) i *Plasmodium falciparum* (zarodziec sierpowy). Na terenie Wietnamu Południowego najczęściej występującym i atakującym amerykańskich żołnierzy był zarodziec ruchliwy i zarodziec sierpowy czy *falciparum*; Kajfasz, „Zimnica”, 583. Według dokonanych obserwacji w grupie 258 zarażonych żołnierzy amerykańskich stwierdzono, że 83% zachorowało na odmianę *falciparum*, 8,9% – na zarodziec *vivax*, 0,4% – na zarodziec *malariae*, 5,4% – na mutację powstałą z zarodźców *falciparum* i *vivax*, 0,4% – na mutacje zarodźców *falciparum* i *malariae*, 0,4% – na mutację zarodźców *vivax* i *malariae* oraz 0,8% – na mutację złożoną z trzech wymienianych zarodźców; Dune Erickson, „Laboratory Diagnosis of Malaria – observations and recommendations”, *USARV Medical Bulletin* nr 1 (1967): 16–17.

W przypadku zakażenia skutki braku szybkich działań medycznych mogły być tragiczne. Choroba bowiem rozwijała się dynamicznie (dochodziło do znacznego zakażenia czerwonych krwinek)⁶¹ i nieleczona mogła doprowadzić do śpiączki lub śmierci⁶².

Dla amerykańskiego wysiłku bojowego malaria była wielkim wyzwaniem oraz niezwykle groźnym, jak i kosztownym przeciwnikiem. Oczywiście nie był to wróg nieznany, bowiem już podczas działań wojennych na Pacyfiku stanowił on poważne zagrożenie, a służby medyczne nabyły pewnego doświadczenia w walce z nim. Chorego, w zależności od rodzaju pasożyta, który ją wywołał, należało hospitalizować przez odpowiedni czas⁶³. W 1965 r. w przypadku łagodniejszego typu pasożyta, tj. *Plasmodium vivax* czas leczenia wynosił 21 dni, zaś odnośnie do bardziej agresywnej odmiany *Plasmodium falciparum* wydłużał się do 35 dni. W 1969 r. chory na odmianę *Plasmodium vivax* mógł wrócić do służby po 8 dniach, zaś na odmianę *Plasmodium falciparum* – po 19 dniach. W przypadku uszkodzenia wątroby hospitalizacja się wydłużała. Średni czas przebywania chorego na malarię poza służbą w jednostce liniowej w 1966 r. wynosił 49 dni, zaś w 1970 r. zmniejszył się do 35 dni⁶⁴. W 1965 r. odnotowano 1972

⁶¹ W przypadku *plasmodium falciparum* była najwyższa i dochodziła do poziomu 5%, co groziło śmiercią pacjenta. Najniższa liczba zakażonych krwinek, poniżej poziomu wykrywalności przy badaniach mikroskopowych, występowała w przypadku zarodźca *malariae*; Kajfasz, „Zimnica”, 584. Te czynniki wpływały na zdolność wykrywania i ujawniania się choroby, a co za tym idzie na właściwe jej zdiagnozowanie, leczenie i – w przypadku ciężkiego przebiegu – konieczną ewakuację do kraju.

⁶² Zakażenie malarią następowało wskutek ukłucia komara z rodzaju *Anopheles* (widliszka), to powodowało, że pasożyt (sporozoit) wraz z krwią trafiał do wątroby, gdzie się namnażał, a stamtąd docierał do układu krwionośnego. Ten etap zarażenia przebiegał bezobjawowo. Trwał on ok. 7 dni, licząc od momentu ukłucia. Dopiero po tym czasie występowały charakterystyczne dla malarii objawy: gorączka z dreszczami oraz z potami, bóle głowy i mięśni, ogólne osłabienie, nudności, wymioty, biegunka, a także żółtaczka wynikająca z zaatakowania wątroby przez pasożyty. Brak reakcji medycznej pozwalał rozwijać się pasożytom i uszkadzać kolejne narządy, jak i układ nerwowy; szerzej zob. Kajfasz, „Zimnica”, 583–586; Agnieszka Wroczyńska, „Malaria (zimnica): przyczyny, objawy, leczenie oraz profilaktyka”, dostęp luty 17, 2023, <https://www.mp.pl/pacjent/zdrowiewpodrozy/malaria/62861,malaria>. W PRL w publikacjach resortu obrony podawano z kolei informację, że malaria atakuje już 48 godzin od zainfekowania; zob. E. K., „Analiza wybranych”, 124.

⁶³ Poza hospitalizacją często wymagany był czas kwarantanny i rekonwalescencji wynoszący od 5 do 8 tygodni. Ta odbywała się poza Wietnamem, tj. naturalnym obszarem występowania malarii. Wymagało to więc wdrożenia całej procedury ewakuacyjnej żołnierza. Nie były to zaś przypadki jednostkowe, wręcz przeciwnie. Na czterech ewakuowanych żołnierzy do szpitala etapowego na Filipinach, średnio trzech było chorych na malarię; AIPN, MSW, 01334/632, Rozwój działań wojennych w Wietnamie. Cz. 2, Warszawa, czerwiec 1966 r., 152.

⁶⁴ Supregon, *Vietnam*, 34.

przypadki zachorowań i 16 zgonów, w 1966 r. nastąpił drastyczny wzrost zarejestrowanych zachorowań na malarię i wynosił już 6662 żołnierzy, w tym było 14 przypadków śmiertelnych, w 1967 r. było ich już 9124, w tym 11 zgonów, w 1968 r. chorowało 8616 osób, a 15 z nich zmarło, w 1969 r. malaria dotknęła 7322 osoby, z których zmarło 10, zaś w 1970 r. zachorowało 6718 żołnierzy i 12 zmarło⁶⁵. Ponadto amerykańskie źródła wskazywały, że w 1967 r. odnotowano 228 100 dni chorobowych wśród personelu wojskowego w Wietnamie Południowym⁶⁶, zaś w 1970 r. dni chorobowych było mniej – 167 950⁶⁷. Były to realne uszczuplenia wartości bojowej jednostek armii amerykańskiej. Wartym podkreślenia jest fakt, że zachorowanie na malarię nie wykluczało ponownego zarażenia się. Rejestrowano wiele przypadków dwukrotnego, trzykrotnego, a nawet czterokrotnego zachorowania⁶⁸.

Aby zrozumieć skalę wyzwania, z jakim musiała i zmierzyła się służba medyczna wojsk amerykańskich, trzeba podkreślić, że malaria atakowała cyklicznie. Największa zachorowalność występowała od stycznia do marca i od października do listopada⁶⁹, przy czym jej dziesiątkująca amerykańskie oddziały moc była też zależna od regionu Wietnamu Południowego, o czym dobitnie

⁶⁵ Ibid., 39. Szczegółowy obraz zachorowalności przynosiło zestawienie informacyjne dla dowództwa generalnego z kwietnia 1971 r., obejmujące dane dotyczące funkcjonowania i strat w 1 Dywizji USMC operującej w I CTZ. W przedmiocie zachorowalności na malarię dokument podawał, że: w 1969 r. zachorowało na nią 2900 żołnierzy dywizji, co dawało przelicznik 9,1 na 1 tys. żołnierzy. Według zestawienia wielkość zachorowań w dywizji w poszczególnych miesiącach przedstawiała się następująco: styczeń – 247, luty – 121, marzec – 160, kwiecień – 91, maj – 85, czerwiec – 152, lipiec – 141, sierpień – 232, wrzesień – 679, październik – 396, listopad – 437, grudzień – 159. W 1970 r. zachorowało 2387 żołnierzy dywizji, co stanowiło w przeliczeniu 9,2 na 1 tys. *Marines*. W ujęciu miesięcznym sytuacja przedstawiała się następująco: styczeń – 84, luty – 84, marzec – 227, kwiecień – 377, maj – 221, czerwiec – 224, lipiec – 158, sierpień – 259, wrzesień – 346, październik – 256, listopad – 84 i grudzień – 67. Do kwietnia 1971 r. odnotowano 116 przypadków malarii; VVAoVP, Commanding Generals Command Information Notebook for April 1971, 31 March–30 April 1971, Vietnam, 156. Inne dane zawarte zostały m.in. w opracowaniach studyjnych Zarządu II SG WP. Według nich w 1965 r. zachorowało na malarię 1801 żołnierzy; AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 33.

⁶⁶ Liczba ta oznaczałaby, że jeden żołnierz chorowałby ok. 625 lat. Oczywiście miernik ten nie dotyczył pojedynczego żołnierza, a sumy zwolnień chorobowych całego kontyngentu wojskowego operującego w Wietnamie.

⁶⁷ Zob. Supregon, *Vietnam*, 34.

⁶⁸ Edward R. Murray, „A Study of 500 Patients with Malaria”, *USARV Medical Bulletin* nr 1 (1967): 11.

⁶⁹ Supregon, *Vietnam*, 38; AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 34.

świadczą zestawienia medyczne. W skali całego kraju w 1965 r. chorowało 98 na 1 tys. żołnierzy⁷⁰, ale w przypadku jednostek operujących w II CTZ na Płaskowyżu Centralnym, a zwłaszcza w Dolinie Ia Drang, skala zachorowań była znacznie wyższa i wynosiła nawet 600 przypadków na 1 tys. żołnierzy⁷¹. Także wysoka zachorowalność występowała w oddziałach stacjonujących w III CTZ w okolicach Sajgonu, Chu Chi, w strefie wojennej C i D oraz w tzw. Żelaznym Trójkącie. Pewną prawidłowość przedstawiały również zestawienia statystyczne odnoszące się do okresu służby, w którym zarażony zostawał żołnierz. Z wyliczeń zespołu płk. S.E. Dalberga⁷² ze szpitala Cam Ranh Bay wynikało, że w poddanej badaniu grupie 321 przypadków⁷³, aż 30% z nich zarażonych zostało w dziewiątym miesiącu swojej służby bojowej w Wietnamie Południowym, kolejne 30% w okresie od czwartego do szóstego miesiąca służby, tylko 15 przypadków z badanej grupy zachorowało na malarię w drugim miesiącu obecności w Wietnamie, zaś zero zachorowań było w pierwszym miesiącu służby⁷⁴. Wynikało to przede wszystkim z faktu aklimatyzacji nowych żołnierzy z uzupełnień i funkcjonowania ich w pierwszych tygodniach służby w bazach, czyli z dala od terenu.

⁷⁰ Podczas wojny koreańskiej średnia zachorowalność wynosiła 11 na 100 żołnierzy w skali roku, zaś podczas I wojny indochińskiej w armii francuskiej odnotowano 290 tys. wypadków zachorowań na malarię, w tym 620 zakończyło się śmiercią chorego; AIPN, MSW, 01334/632, Rozwój działań wojennych w Wietnamie. Cz. 2, Warszawa, czerwiec 1966 r., 152.

⁷¹ Supregon, *Vietnam*, 38. Zjawisko dynamicznego, acz zróżnicowanego w poszczególnych rejonach Wietnamu występowania malarii, przedstawiały opracowania wywiadu wojskowego PRL. Już w poufnym wydawnictwie „Rozwój działań wojennych w Wietnamie” z czerwca 1966 r. wskazywano, że jeszcze w 1964 r. na malarię chorowało 4,2 żołnierzy na 1 tys., w kwietniu 1965 r. było to 1,3, w maju – 2,5, w czerwcu – 1,8, w lipcu – 8,1, a we wrześniu – już 16,5, zaś w listopadzie 1965 r. było to 109 zachorowań. W styczniu oraz w lutym 1966 r. wskaźniki te spadły do poziomu 12–19 zachorowań na 1 tys. żołnierzy, ale w przypadku pododdziałów 1 Dywizji Kawalerii Powietrznej, operującej w dolinie Ia Drang, wynosiły średnio ponad 30 na 1 tys. żołnierzy, czyli dwukrotnie więcej aniżeli w innych jednostkach i w innych rejonach Wietnamu; AIPN, MSW, 01334/632, Rozwój działań wojennych w Wietnamie. Cz. 2, Warszawa, czerwiec 1966 r., 152. Zob. też VVAoVP, *Civilian medical program for Vietnam (followup investigation)*. Thirty-fifth report by the Committee on Government operations, Washington, październik 1970 r., 7.

⁷² Pełnego imienia nie ustalono.

⁷³ W sierpniu 1966 r. w 6 Centrum Medycznym w Cam Ranh Bay rozpoczęto badania na hospitalizowanych pacjentach wojskowych zarażonych malarią. Miały one na celu pozyskanie jak najwięcej informacji o przebiegu, charakterze choroby wśród amerykańskiego personelu wojskowego w Wietnamie, jak również pozwolić uzyskać odpowiedź o skuteczności stosowania DDS, czyli antybiotyku używanego w leczeniu malarii i trądu. Projektem kierował dowódca placówki pułkownik S.E. Dalberg. Badania przeprowadzono na 500 zakażonych żołnierzach, z których najwięcej służyło w 25 Dywizji Piechoty (201 przypadków) i w 1 Dywizji Kawalerii Powietrznej (194 przypadki). Duża zachorowalność w tych jednostkach związana była z miejscem stacjonowania dywizji; Murray, „A Study of 500”, 9.

⁷⁴ Ibid., 11.

Dla oceny bezpieczeństwa epidemiologicznego amerykańskich żołnierzy istotny był fakt zmiany taktyki ich operowania w Wietnamie Południowym. Wzrost zachorowań na malarię w sierpniu i we wrześniu 1965 r. nie wynikał bowiem bezpośrednio z napływu nowych jednostek do Wietnamu, ale z rozpoczęcia przez Amerykanów działań w terenie, patrolowania wyznaczonych rejonów poza bazami, wejścia głęboko w strefę tropikalnego lasu, i to także w porze deszczowej, jakże sprzyjającej rozwojowi tej choroby.

Zdobywane przez amerykańskie wojskowe służby medyczne informacje o malarii pozwoliły stworzyć procedury sanitarno-epidemiologiczne, które w ramach profilaktyki miały zminimalizować możliwość zarażenia, ale przede wszystkim zagwarantować skuteczną szybką pomoc medyczną. Głównie zalecano stosowanie moskitier zarówno do snu, jak i podczas służby jako nakryć głowy, do zakrywania rękawów i używania środków odstraszających. Realia służby w tropikalnym lesie, w strefie działań bojowych, powodowały, że założenia te – tzw. pierwsze linie obrony – były nierealne i niestosowane przez żołnierzy. Dlatego opierano się przede wszystkim na wygenerowaniu systemu szybkiego dostępu żołnierzy do antybiotyku *Diaminodiphenyl sulfone* (dalej: DDS). W sprawności podania preparatu widziano najskuteczniejszy oręż armii Stanów Zjednoczonych w walce z malarią w Wietnamie Południowym⁷⁵. Walka ta nie należała jednak do łatwych. Zahamowanie rozprzestrzeniania się malarii w szeregach armii było wyjątkowo problematyczne, m.in. ze względu na częstą dyslokację oddziałów w różne rejony Wietnamu Południowego, przez co żołnierze albo przenosili chorobę do tzw. terenów czystych epidemiologicznie, albo z takich trafiali na obszar występowania choroby⁷⁶.

Malaria nie była problemem tylko wojsk amerykańskich. Doświadczali jej także żołnierze przeciwnika, i to w jeszcze większym stopniu. Szczególnie widoczne było to wśród północnowietnamskich oddziałów, które infiltrowały granice z Wietnamem Południowym, wykorzystując szlak Ho Chi Minha⁷⁷.

⁷⁵ Ibid., 14–15.

⁷⁶ E.K., „Analiza wybranych”, 125. Według opracowania wywiadu wojskowego PRL rotacyjny system stanu osobowego wojsk amerykańskich pełniących służbę bojową w Wietnamie Południowym skutkował groźbą przeniesienia choroby na terytorium Stanów Zjednoczonych i to do obszarów, gdzie ona naturalnie nie występowała; AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 34. Oczywiście uwagi o groźbie wybuchu epidemii malarii w Stanach kontynentalnych wydają się propagandową retoryką, niemniej jednak system rotacyjny wymagał działań filtracyjnych, umożliwiających zwiększenie bezpieczeństwa nie tylko personelu medycznego wracającego z Wietnamu, ale i innych amerykańskich obywateli.

⁷⁷ Gordon L. Rottman, *North Vietnamese Army Soldier 1958–75* (London: Osprey Publishing, 2009), 36, 41–42.

Szacuje się, że od 60 do 80% przebywających tę drogę zaraziło się malarią⁷⁸, co nazywano podatkiem dżungli. W 1968 r. zabiła ona ministra zdrowia Wietnamu Północnego Pham Ngoc Thacha, który wizytował szlak m.in. w celu zbadania informacji o warunkach na nim panujących⁷⁹. Sytuacja była na tyle poważna, a Hanoi wobec niej bezradna, że w 1968 r. sam Ho Chi Minh zwrócił się do Pekinu o bezpośrednią pomoc medyczno-naukową, co skutkowało powołaniem tajnego programu o nazwie „projekt 523”, w wyniku którego prac odkryto skuteczność artemizyny w leczeniu malarii⁸⁰. Mimo to ofiary śmiertelne malarii wśród komunistycznych oddziałów wojskowych liczy się w dziesiątkach tysięcy, podczas gdy te amerykańskie nie przekroczyły 125 osób⁸¹.

Kolejnym wyzwaniem dla personelu medycznego armii Stanów Zjednoczonych w zakresie zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego własnego kontyngentu wojskowego operującego w Wietnamie Południowym była dżuma, czyli ostra odzwierzęca choroba bakteryjna. Patogeny roznoszone są głównie przez szczury⁸² i wiewiórki, a za pośrednictwem pcheł zarazki przenoszone są na człowieka. Na Półwyspie Indochińskim najczęściej występującą kliniczną postacią dżumy była dżuma dymieniczna – *pestis bubonica* (śmiertelność na poziomie od 20 do 80%), ale występowały również charakteryzujące się niemalże 100% śmiertelnością postaci septyczne (*pestis septica*) i płucne (*pestis pneumonica*). Choroba rozwijała się do 8 dni od zarażenia, ale w niektórych postaciach mogła doprowadzić do zgonu w ciągu 2–4 dni od zachorowania. Charakteryzowała się przy tym – zwłaszcza odmiana płucna – bardzo dużą zaraźliwością drogą kropelkową⁸³.

⁷⁸ Pamela McElwee, „An Environmental History of the Ho Chi Minh Trail”, w *Dumbarton Oaks Colloquium on the History of Landscape Architecture*, t. 42, *Military Landscapes*, red. Anatole Tchikine i John Dean Davis (Dumbarton Oaks: Dumbarton Oaks Press, 2021), 264.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Jedną z osób nadzorującą rzeczony projekt była chińska badaczka – farmaceutka prof. Tu Youyou, która prowadziła badania nad wykorzystaniem artemizyny na wyspie Hajnan. Bazonano również na informacjach pozyskanych od wojsk wietnamskich. Badania prowadzone przez Tu Youyou w ramach „projektu 523” przyniosły pozytywne wyniki już w 1971–1972 r. Ukoronowaniem osiągnięć profesor było przyznanie jej w 2015 r. Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny; szerzej „Tuyouyou. Nobel Prize in Physiology or Medicine in 2015”, dostęp marzec 15, 2023, <https://www.nobelprize.org/womenwhochangedscience/stories/tu-youyou>.

⁸¹ McElwee, „An Environmental History”, 264.

⁸² Opracowanie Zarządu II SG WP informowało, że populacja szczurów w Wietnamie Południowym szacowana była na ponad 60 mln osobników, co w sposób naturalny sprawiło, że problem dżumy i jej epidemiologicznego rozprzestrzeniania się był znaczący; AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 12.

⁸³ Zdzisław Dziubek, „Dżuma”, w *Choroby zakaźne i pasożytnicze. Podręcznik*, red. Dziubek (Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1996), 142–143.

W latach poprzedzających przybycie regularnych oddziałów amerykańskich wojsk operacyjnych dostrzeżony i odnotowany został wzrost zachorowalności na tę chorobę. W 1961 r. było to tylko 8 przypadków, które zarejestrowano w prowincji Long Khanh, ale w 1965 r. było ich już 4503, i to w 24 południowowietnamskich prowincjach⁸⁴. Rzeczona dynamika wzrostu zachorowań oznaczała, że wystąpiły cechy charakterystyczne dla epidemii. Było to wielkie niebezpieczeństwo dla napływającego amerykańskiego personelu wojskowego, które w sposób oczywisty wywoływało u niego obawy i strach, ale przede wszystkim obligowało także do medycznego przeciwdziałania⁸⁵. To było koniecznością, bowiem Wietnam Południowy stanowił wówczas najbardziej „zadżumione” państwo świata. Około 98% azjatyckich przypadków tej choroby odnotowano właśnie tam, zaś w skali świata wietnamskie zachorowania stanowiły 75% przypadków⁸⁶. Należy jednak podkreślić, że dane te odnosiły się do ludności cywilnej. To ona była główną ofiarą dżumy. W samym tylko 1967 r. na terenie Wietnamu Południowego zaraziło się nią 8921 osób, a w pierwszym kwartale 1968 r. – 708 osób, z czego 56 zmarło⁸⁷. Wskutek działań profilaktycznych, tj. szczepień i izolacji od chorych cywilów⁸⁸, przez pierwsze trzy lata nie odnotowano wśród

⁸⁴ Supregon, *Vietnam*, 129; Donald H. Hunter i Harry G. Dangerfield, „Plague in Vietnam”, *USARV Medical Bulletin* nr 1 (1967): 34. Występowanie, ale i wzrost dżumy zostały opisane w wydawnictwie wywiadu wojskowego PRL. Podawane jednak dane w całościowym ujęciu były mniejsze od wskazań amerykańskich; AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 11. W 1961 r. podawano 8 przypadków, w 1962 r. zarejestrowano ich już 29, a w kolejnym roku – 115. W 1964 r. liczba zarejestrowanych chorych na dżumę wynosiła 297 osób, zaś w 1965 r. – 377, co w sumie dawało 826 osób.

⁸⁵ Supregon, *Vietnam*, 128. Amerykanie w odpowiedzi na epidemię dżumy, która dotknęła Sajgon w 1962 r. utworzyli niewielką jednostkę do badań i obserwacji tej choroby. W następnych miesiącach doszło do współdziałania z Instytutem Pastera, a także do reaktywowania Komisji ds. Badań Patologicznych w Wietnamie. W następnych latach prowadzono badania nad określeniem stanu zagrożenia, jak i sposobów im przeciwdziałania. Wszystko miało na celu zabezpieczenie medyczne własnego kontyngentu.

⁸⁶ W 1966 r. w Wietnamie Południowym było 2765 zakażeń, z czego 145 niestety zakończyło się śmiercią chorego; AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 11.

⁸⁷ Ibid., 11, 15.

⁸⁸ Leczenie chorych opierano głównie na podawaniu streptomycyny, zaś szczepienia oparto na szczepionce odkrytej pod koniec XIX w. przez wybitnego bakteriologa Waldemara Hafkinego. Ta jednak nie gwarantowała odporności na postać płucną dżumy. Zakres działań prewencyjnych wskazywanych przez amerykańskie wojskowe służby medyczne był dość szeroki i koncentrował się nie tylko na higieniczno-sanitarnym zabezpieczeniu własnych baz i oddziałów, ale także zakładano podjęcie działań związanych z likwidacją dużych zbiorowisk gryzoni, głównie szczurów, które były nosicielami zainfekowanych dżumą pcheł. Abstrahując

amerykańskiego personelu wojskowego żadnego przypadku dżumy. Dopiero w kwietniu 1968 r. zarejestrowano pięć potwierdzonych i jeden niepotwierdzony przypadek⁸⁹.

Tak jak wspomniana dżuma, tak i cholera stała się poważnym wyzwaniem dla amerykańskiego personelu medycznego zabezpieczającego w zakresie sanitarno-epidemiologicznym obszar operowania własnych oddziałów bojowych. Wyzwaniem tym większym, że w 1961 r. rozpoczęła się siódma pandemia cholery, która ogarnęła kraje Azji Środkowej i Południowo-Wschodniej⁹⁰.

W 1970 r. Departament Obrony zwrócił uwagę, że silnie rozprzestrzeniła się ona z kierunku kambodżańskiego⁹¹. W ciągu tylko dwóch miesięcy odnotowano kilka tysięcy przypadków (dotyczyło to także osób zaszczipionych)⁹². Dynamika zachorowalności ludności miejscowej była wielka. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, dalej: WHO) w 1965 r. informowały, że w Wietnamie Południowym zachorowało

od tego, że znaczące zdziesiątkowanie populacji szczurów było niewykonalne, jak również mając na uwadze, że zarażone pchły znalazłyby innego nosiciela, uważano, że takie działania nie tyle wyeliminują groźbę występowania choroby, ale zahamują jej pandemiczny i dynamiczny charakter, na który w wymiarze organizacyjnym nie była przygotowana publiczna służba zdrowia Republiki Wietnamu, i która zagrażałaby bezpieczeństwu amerykańskich wojsk; szerzej zob. Hunter i Dangerfield, „Plague”, 36–38.

⁸⁹ Supregon, *Vietnam*, 111; VVAoVP, „Medical Experience in the Vietnam Conflict”, presented to the Southeast Asia Treaty Organization [SEATO] Medical Conference in Bangkok, March 1968, by Col. Robert M. Hall, 7.

⁹⁰ Dziubek, „Cholera”, w *Choroby zakaźne*, 144.

⁹¹ O ile amerykańskie ustalenia wskazywały na kierunek, z którego epidemia cholery wiała się na teren Wietnamu Południowego, o tyle opracowania wywiadu PRL tego aspektu nie poruszały. Dlaczego? Bo jednym z nośników choroby byli zarażeni nią żołnierze północnowietnamscy infiltrujący granice Wietnamu Południowego i wykorzystujący do tego szlak Ho Chi Minha. Literatura, jak i opracowania amerykańskie, szczegółowo opisywały sytuację sanitarno-epidemiologiczną na Południu, podczas gdy ta na Północy była tematem nieznanym, co nie oznaczało, że nie występowały tam choroby zakaźne, a żołnierze wysyłani na południe przez lasy tropikalne Laosu i Kambodży byli na tę chorobę odporni. Faktem jednak jest, że w Demokratycznej Republice Wietnamu, w przeciwieństwie do Republiki Wietnamu, jeszcze przed 1965 r. przeprowadzono powszechne szczepienia ludności, a także wprowadzono je jako obowiązkowe dla wjeżdżających do Wietnamu Północnego, co w sposób istotny wpłynęło na fakt, że kiedy epidemia cholery wybuchła w Sajgonie, to na północy nie rejestrowano dużych ognisk. Jednak cholera jako choroba endemiczna mogła łatwo się uaktywnić i rozpowszechnić. Takimi sprzyjającymi jej warunkami były realia przemarszu sił komunistycznych szlakiem Ho Chi Minha, przez teren Laosu, a zwłaszcza Kambodży. Na temat warunków sanitarno-epidemiologicznych w Wietnamie Północnym informował już w 1965 r. raport Departamentu Zdrowia; zob. „Democratic Republic of Viet-Nam”, 17–25, 27; *Public Health*, 7–10.

⁹² Supregon, *Vietnam*, 128.

na cholere 2052 osoby, w 1966 r. – 8508 osób, a w 1967 r. – 9366⁹³. Niemniej jednak do tego czasu nie odnotowano przypadku zarażenia się Amerykanina, co było wielkim osiągnięciem amerykańskich służb medycznych i podjętych kroków profilaktycznych, szczególnie w zakresie dostępu żołnierzy do czystej i nieskażonej wody. Pokazywało to, że wszelkie działania ochronne w zakresie funkcjonowania podsystemu medycznego wymagają jego kompatybilności z całościowym systemem logistycznym armii.

Cholera nie jest chorobą charakteryzującą się – jak dżuma – tak dużą śmiertelnością⁹⁴, niemniej należy do ostrych zakaźnych chorób bakteryjnych. Wywołują ją bakterie z rodzaju *Vibrio*. Zakażenie następuje poprzez zanieczyszczoną odchodami ludzkimi wodę, kontakt z wymiocinami lub odchodami chorego. Atakuje ona układ pokarmowy i prowadzi w ciągu 1–2 dni od zakażenia do nagłego i ostrego ataku biegunki, wskutek czego organizm zostaje odwodniony, oczyszczony z elektrolitów, uszkodzone zostają narządy wewnętrzne, najczęściej nerki, co prowadzić może, w sytuacjach ciężkich, do śmierci⁹⁵.

Skala zagrożeń epidemiologicznych była – o czym już wspomniano – znacznie szersza i w sposób realny dotknęła amerykański komponent wojсковy. Szczególnym wyzwaniem stała się niezwykle niebezpieczna i charakteryzująca się nie tylko wielką zaraźliwością, ale i śmiertelnością, odzwierzęca choroba bakteryjna – melioidoza.

Endemicznie występuje ona w obszarach tropikalnych, w tym w Azji Południo-Wschodniej, a nosicielami jej patogenu są gryzonie, małpy, psy, koty, trzoda chlewna, konie, bydło oraz owady. Równie szeroka jest gama źródeł zarażenia się nią przez człowieka. Nastąpić ono może przez wodę, glebę, a także drogą kropelkową. Patogen dokonuje wtargnięcia do organizmu przez zranioną skórę, przez przewód pokarmowy w wyniku spożycia zarażonego jedzenia, a także przez drogi oddechowe. Choroba ta rozwija się w sposób skryty. Jej okres wylegania się trwa od kilku dni do nawet kilkunastu miesięcy, zaś pierwsze objawy nie różnią się od grypopodobnych chorób. Powstające w jej wyniku ropnie atakują płuca, mózg, wątrobę śledzionę, mięsień sercowy, kości, a nawet stawy. Późno rozpoznana⁹⁶, zwłaszcza już w uogólnionej postaci, która zdewastowała cały organizm, prowadzi do zgonu pacjenta. Jej śmiertelność wirusolodzy oceniają na ok. 50%⁹⁷.

⁹³ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 13, 16.

⁹⁴ W przypadku leczenia śmiertelność wynosi od 1 do 20%, ale wobec jego braku sięga ona nawet do 50%.

⁹⁵ Dziubek, „Cholera”, 144–146.

⁹⁶ Ze względu na pewne podobieństwa często bywa mylona z gruźlicą, nosacizną, posoczniciami.

⁹⁷ Danuta Prokopowicz, „Medycyna geograficzna ze szczególnym uwzględnieniem medycyny tropikalnej”, w *Choroby zakaźne*, 2:561–562.

Dla amerykańskich lekarzy wojskowych była ona zjawiskiem nowym, stąd nie byli w stanie jej w sposób właściwy rozpoznać. W 1966 r. przekładało się to na jej niskie wartości liczbowe w danych statycznych, a także na dużą śmiertelność w przypadkach już rozpoznanych⁹⁸. Dopiero w kolejnych latach sytuacja uległa zmianie⁹⁹. Doświadczenia z poprzednich lat pozwoliły na rozwój medycznej wiedzy o melioidozie, w konsekwencji czego Amerykanie od 1967 r. doprowadzili do takiego poziomu rozpoznania tej choroby, w którym byli w stanie szybko medycznie reagować. Co prawda zarażonego trzeba było ewakuować do kraju¹⁰⁰, ale po rozpoczętym leczeniu i następnie wyleczeniu powracał on do służby w Wietnamie¹⁰¹.

Innym wyzwaniem stały się choroby weneryczne, których skutki dla armii amerykańskiej odnotowywały nawet opracowania wywiadu wojskowego PRL, wskazując, że najbardziej powszechną z nich była rzeżączka¹⁰². Leczone ją antybiotykami. Wczesne rozpoczęcie terapii pozwalało uniknąć ostrych objawów chorobowych, a tym samym zachorowanie nie skutkowało też długotrwałym uszczerbkiem czasowym dla służby polowej, niemniej jednak liczby zachorowań były bardzo wielkie. W 1965 r. zarejestrowano 277 przypadków na 1 tys. żołnierzy, w 1966 r. – 281, w 1967 r. – 240, w 1968 r. – 195, w 1969 r. – 199, a w 1970 r. – 223¹⁰³. Problem ten doskonale obrazują dane z 1 Dywizji Piechoty Morskiej. W 1969 r. odnotowano w niej 2860 zachorowań na choroby weneryczne (w tym 2747 na rzeżączkę), w 1970 r. zachorowań było 2604 (w tym 2552 na rzeżączkę)¹⁰⁴.

⁹⁸ W 1966 r. zdiagnozowano 29 przypadków tej choroby, a 8 żołnierzy zmarło; Supregon, *Vietnam*, 44.

⁹⁹ W 1967 r. zdiagnozowano 50 przypadków, 3 żołnierzy zmarło, w 1968 r. sytuacja była podobna, tj. 56 zachorowań, 1 zgon, w 1969 r. 46 zachorowań i 1 zgon, w 1970 r. odkryto 43 zachorowania i nastąpił 1 zgon; *ibid.*; zob. AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 37.

¹⁰⁰ Szerzej na temat zasad i przebiegu ewakuacji zob. Reynolds, *MAC. Aeromedical*, *passim*.

¹⁰¹ Supregon, *Vietnam*, 44–45.

¹⁰² AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 13. Amerykańskie źródła informowały, że ta stanowiła prawie 90% przypadków. Dochodziło – co prawda sporadycznie – do zakażeń syfilisem; zob. VVAoVP, Commanding Generals Command Information Notebook for April 1971, 31 March–30 April 1971, 159.

¹⁰³ Supregon, *Vietnam*, 36. Nieco odmienne dane zostały przedstawione podczas medycznej konferencji w Bangkoku w 1968 r. Według nich w 1966 r. na choroby weneryczne chorowało 236 na 1 tys. żołnierzy amerykańskich, zaś w 1967 nastąpił spadek zachorowań do poziomu 203 przypadków na 1 tys. żołnierzy; VVAoVP, „Medical Experience in the Vietnam Conflict”, presented to the Southeast Asia Treaty Organization [SEATO] Medical Conference in Bangkok, March 1968 by Col. Robert M. Hall, 9.

¹⁰⁴ Była to zachorowalność na poziomie 15 przypadków na 1 tys. żołnierzy; VVAoVP, Commanding Generals Command Information Notebook for April 1971, 31 March–30 April

Charakteryzując Wietnam Południowy pod kątem bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego sił amerykańskich i sprzymierzonych, dla pełnego obrazu spektrum zagrożeń nie wolno pominąć jeszcze dwóch. Były nimi trąd, jak również robaczycze egzotyczne. W pierwszym przypadku na terenie Wietnamu oceniano, że było zewidencjonowanych ok. 100 tys. chorych¹⁰⁵, co wobec dwóch tylko leprozoriów nie dawało żadnej osłony systemowej i wsparcia dla leczenia trądu, a jest to przewlekła bakteryjna choroba zakaźna. Dość długo rozwija się ona w formie utajonej, przez co osoby nią zarażone w Wietnamie mogły się o tym dowiedzieć kilka lat po powrocie z wojny, a tym samym amerykańskie statystyki medyczne w Indochinach jej nie rejestrowały. Odnośnie do drugiego zagrożenia medycznego należy podkreślić, że wówczas ponad 90% cywilnej ludności Republiki Wietnamu była zakażona różnymi pasożytami¹⁰⁶, które dość łatwo przenosiły się na innego żywiciela. Wśród amerykańskich żołnierzy najczęściej odnotowywano zachorowania na paragonimozę wywołaną przywrami płucnymi¹⁰⁷. Dlatego niezbędna była profilaktyka, dbałość o higienę oraz sprawnie działająca logistyka własnych pododdziałów, która gwarantowała przede wszystkim dostęp do czystej wody¹⁰⁸.

Gamę zagrożeń medycznych wypełniały dur brzuszny, jaglica, zapalenia wątroby, a także zwykłe biegunki powodujące odwodnienie żołnierza i konieczność hospitalizacji do 5 dni. W sumie ilość wskazanych zagrożeń sanitarno-epidemiologicznych w Azji Południowo-Wschodniej, z którymi musieli się mierzyć amerykańscy medycy, jak i w ogóle personel wojskowy,

1971, 136, 159. W pierwszym półroczu 1967 r. odnotowano 45 561 chorych; AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 36.

¹⁰⁵ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 13.

¹⁰⁶ Najczęstsze z nich to zaraźliwe schistosomatoza, ankylostomatoza oraz askarioza; zob. *ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.*, 37.

¹⁰⁸ Według opracowania wywiadu wojskowego PRL Amerykanie zwracali uwagę na to, że przyczyną większości zatruc układu pokarmowego, a w konsekwencji związanych z tym biegunek i odwodnienia organizmu, było spożywanie niezdatnej do picia wody. Był to poważny problem obniżający zdolności bojowe pododdziałów, bowiem na dolegliwości brzuszne zapadało średnio w granicach 30–100 żołnierzy na 1 tys. w skali tylko jednego roku; *ibid.*, 34–35. Należy podkreślić, że miały miejsce przypadki, kiedy sami amerykańscy żołnierze dążyli do zakażenia się chorobami, gdyż to stawało się gwarantem uzyskania „biletu powrotnego do domu” z dokumentem potwierdzającym odsłużenie tury, a przynajmniej zejście z linii i kilkudniowy pobyt na tyłach w lazarecie. O ile początkowo powrót do domu przysługiwał tylko rannym w akcji o tyle w późniejszych miesiącach dotyczył również ciężko chorych i kontuzjowanych. Dlatego dochodziło do samookaleczeń i celowych zakażeń; zob. King, *Wojna*, 267.

była tak duża, że wymagała zaangażowania całego amerykańskiego systemu medycznego. I nie dotyczyło to tylko komponentu stacjonującego w Wietnamie Południowym, ale znacznie szerzej – w rejonie Pacyfiku – i wojskowej oraz cywilnej służby zdrowia, już na terenie Ameryki Północnej.

Instrumenty walki medycznej – badania i profilaktyka

W 1965 r. sumaryczny wskaźnik zachorowalności na choroby zakaźne wynosił 190,5 na 1 tys. żołnierzy¹⁰⁹. To w sposób naturalny powodowało przyspieszenie opracowywania i wdrożenia w życie wszelkich działań profilaktycznych mających zabezpieczyć własny kontyngent przed niewidzialnym i skutecznym wrogiem – chorobami zakaźnymi.

W tej walce, poza sanitarno-epidemiologicznym rozpoznaniem przeciwnika, podjęto na szeroką skalę prace z zakresu badań laboratoryjnych, jak i profilaktyki. Realizację tego zadania zabezpieczała m.in. 44 Brygada Medyczna z Fort Bragg, w ramach której funkcjonowały pododdziały epidemiologiczne¹¹⁰. To w nich powstały wydzielone zespoły-grupy tematycznie zadaniowane m.in. na odcinek walki z dżumą, zwalczania nosicieli chorób zakaźnych oraz inne¹¹¹. Ich terenowa aktywność była zabezpieczana w wymiarze laboratoryjnym przez wyspecjalizowane centra. Do tych należał m.in. zlokalizowany na Tajwanie centralny ośrodek badań medycznych amerykańskich sił zbrojnych strefy Pacyfiku, czyli NAMRU-2, tj. 2 Jednostka Badań Medycznych Marynarki Wojennej Stanów Zjednoczonych (*Naval Medical Research Unit*). Do zakresu jej prac należały badania nad cholerą, jaglicą i pozostałymi chorobami wirusowymi. Prace tychże ośrodków wspierało ponadto 406 Laboratorium Medyczne Sił Lądowych strefy Pacyfiku zlokalizowane w Japonii, które na potrzeby działań w Wietnamie stworzyło 406 Mobilne Laboratorium Medyczne. W działania te były zaangażowane także inne specjalistyczne ośrodki prowadzące badania medyczne w zakresie epidemiologii, w tym te renomowane w samych Stanach Zjednoczonych¹¹².

¹⁰⁹ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 33.

¹¹⁰ Szerzej na temat działań brygady w Wietnamie zob. Donald E. Hall, „The 44th Medical Brigade in the Great War: Vietnam, 1966–Activation, Deployment, and Initial Operations”, *The Medical Journal. US Army Medical Center of Excellence* (2022): 5–24.

¹¹¹ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 38.

¹¹² Supregon, *Vietnam*, 136, 138; AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych

Podstawowym narzędziem walki była jednak profilaktyka. Ta została oparta na trzech filarach: 1) akcji masowych – planowanych szczepień ochronnych, 2) przedsięwzięciach higienicznych, 3) procesach aklimatyzacyjnych.

Pierwszy z wymienionych był prowadzony bardzo szeroko. Dotyczył nie tylko wszystkich kierowanych do Wietnamu żołnierzy, ale także ich rodzin, w tym dzieci od 5 miesiąca życia¹¹³. Akcje szczepień realizowane były bardzo elastycznie. Uwzględniano bowiem endemiczny charakter niektórych chorób. Wówczas to, obawiając się nagłego i lokalnego wzrostu zachorowań, przeprowadzano miejscowe szczepienia. Tak było podczas obrony bazy piechoty morskiej w Khe Shan w 1968 r., kiedy wśród atakujących wojsk północnowietnamskich wykryto epidemię dżumy profilaktycznie zaszczepiono wszystkich obrońców¹¹⁴. Istotną rolę w amerykańskim systemie ochronnym zajmowały przedsięwzięcia higieniczne. Te nie ograniczały się tylko do wytycznych i instrukcji, ale szło za nimi zagadnienie osobistego wyposażenia żołnierza, które w tym zakresie obejmowało: zestaw tabletek do dezynfekcji wody, sterylne pakiety opatrunkowe, igły jednorazowe i strzykawki. Do tego stałe dostawy świeżego i wysokokalorycznego pożywienia¹¹⁵. Nie bez znaczenia dla tego filaru profilaktyki była sprawność amerykańskiego systemu aprowizacyjnego. Z kolei trzeci filar zakładał przyzwyczajanie żołnierza do warunków przyszłego pola walki w Wietnamie. W związku z tym organizowano specjalistyczne szkolenia w Luizjanie w Fort Polk, aby nie tylko nauczyć obcowania w warunkach zbliżonych do indochińskich, ale także, aby uświadomić, jak ważne jest dbanie w nich o higienę i bezpieczeństwo epidemiologiczne¹¹⁶.

w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 38–39. Na przykład ośrodkiem specjalizującym się w leczeniu melioidozy był *Valey Forge General Hospital*, szpital w Phoenixville, *Fitzsimons General Hospital* w Denver; E.K., „Analiza wybranych”, 125–126.

¹¹³ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 39–41. W ramach tychże działań profilaktycznych odbywały się szczepienia przeciw: ospie, tyfusowi plamistemu, tyfusowi brzuszemu, dyfterytowi, tężcowi, żółtej febrze, zapaleniu mózgu, cholerze, dżumie, grypie. Ponadto były organizowane szczepienia dodatkowe np. przeciwko zarazie syberyjskiej czy gorączce Q.

¹¹⁴ Ibid., 40.

¹¹⁵ W zestawach przeznaczonych dla żołnierzy znajdowały się specjalistyczne płyny do smarowania odkrytych części ciała, które miały odstraszać komary i inne insekty. Stosowano dwa rodzaje z nich, tj. *Insect Repellent I* i *II*; ibid., 41–42, 46; E.K., „Analiza wybranych”, 125.

¹¹⁶ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 43,

Działania profilaktyczne były wspierane przez leczenie ambulatoryjne i szpitalne. W walce z malarią stosowano chlorochinę i primachinę¹¹⁷. Profilaktycznie każdemu żołnierzowi operującemu w rejonach malarycznych podawano jedną tabletkę tej pierwszej. Jednak jej niska skuteczność spowodowała, że zaczęto tworzyć kombinacje wymienionych dwóch preparatów¹¹⁸. Nie były one skuteczne w leczeniu *Plasmodium falciparum*, dlatego żołnierzom zaczęto dodatkowo – oprócz wspomnianych dwóch leków – podawać DDS¹¹⁹.

Czasami jednak leczenie było już kliniczną odpowiedzią na wystąpienie zakażenia lub jednostki chorobowej. W przypadku chorób zakaźnych przewodu pokarmowego najważniejszą rolę odgrywała profilaktyka połączona, faktycznie uzależniona od sprawnego logistycznego zabezpieczenia oddziałów w zdrową żywność oraz czystą wodę. Jedynie w przypadku zachorowań na tyfus brzuszny stosowano dodatkowe szczepienia ochronne. Nie oznaczało to oczywiście, że chorych na biegunkę bakteryjną pozostawiano bez medycznego wsparcia. Podawano im różne antybiotyki, w tym najbardziej skuteczny kanamycynę, jak również tetracyklinę i chloramfenikol¹²⁰.

W przypadku zagrożenia zarażenia się zapaleniem wątroby podawano wszystkim żołnierzom amerykańskim 5 mg gammaglobuliny. Dodatkowo dla pododdziałów udających się w rejony, w których zdiagnozowano ogniska zakaźne tej choroby, aplikowano domięśniowo kolejną dawkę. Żołnierze w standardzie preparat ten otrzymywali miesiąc po dotarciu do Wietnamu Południowego, a drugi raz po kolejnych trzech miesiącach służby¹²¹.

Istotnym elementem zabezpieczania przestrzeni operowania swoich wojsk były m.in. akcje oparte o środki techniczne, w tym rozpylanie środków owadobójczych w rejonach wegetacji komarów. Dotyczyło to przede wszystkim walki z malarią, a także działania na rzecz zmniejszenia populacji gryzoni, co miało być instrumentem do uporania się z dżumą¹²².

Oczywiście żadna profilaktyka nie powstrzymała i nie powstrzyma w 100% choroby, ale nie było innej skutecznej formy ograniczenia strat wywołanych

¹¹⁷ Kevin J. Baird, „Effectiveness of Antimalarial Drugs”, *The New England Journal of Medicine* 352 (2005): 1565–1577.

¹¹⁸ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 47.

¹¹⁹ DDS jako środek profilaktyczny wzmacniał odporność żołnierzy o 50%, jednocześnie skracał czas leczenia z 4–6 tygodni do 2–3 tygodni, a także obniżając zdolności nawrotu choroby z 50 do 4%; *ibid.*; E.K., „Analiza wybranych”, 125.

¹²⁰ AIPN, Biblioteka WSW oraz Zarządu II SG WP, 2603/14087, Medyczne zabezpieczenie działań bojowych amerykańskich sił zbrojnych w Wietnamie Południowym, Warszawa, 1971, 48.

¹²¹ *Ibid.*, 49.

¹²² *Ibid.*, 46.

zagrożeniem sanitarno-epidemiologicznym. Cała ta skomplikowana sytuacja, z którą amerykańskie wojskowe służby medyczne w takiej skali nie miały do czynienia od czasów walk na Pacyfiku, potwierdzała pewną prawidłowość, że bez wsparcia medycznego nie udaje się wygrać żadnej wojny, bo własnym pododdziałom zagrażają nie tylko kule, bomby oraz pułapki skonstruowane przez wroga, ale także niewidzialny przeciwnik – często bardziej niebezpieczny niż VC, wobec którego należało podejmować całą gamę działań ochronnych.

Profilaktyka była podstawową osłoną walczących wojsk. Nie były bowiem bezpodstawnym wymysłem instrukcje nakazujące żołnierzom dbanie o higienę, a zwłaszcza o zabezpieczanie otwartych ran i skaleczeń, które nie tylko w przypadku melioidozy były wyjątkowo groźne. Oczywiście w warunkach polowych, a zwłaszcza wojennych, instrukcje stawały się często pustymi hasłami, ale skala oddziaływania na żołnierzy w celu wyrobienia u nich nawyków higieniczno-sanitarnych była bardzo wysoka. Chociaż żadne statystyki tego nie wykażą, można domniemywać, że realnie przyczyniła się do wytworzenia bariery przed całą grupą sanitarno-epidemiologicznych niebezpieczeństw, jakie niosła ze sobą wojna wietnamska.

* * *

Amerykanie bardzo dobrze przepracowali kwestię medycznego zabezpieczenia swoich wojsk. Cały ich ówczesny system wyznaczył standardy, do których w kolejnych latach, dekadach dążyły inne państwa Paktu Północnoatlantyckiego. Dotyczyło to zarówno transportu rannych, w ogóle logistyki medycznej, opartej o koncepcje *air mobility*, ale także problematyki sanitarno-epidemiologicznego zabezpieczenia własnych oddziałów w ich strefie działań. Te, operując na Półwyspie Indochińskim, znalazły się w obszarze występowania licznych, groźnych i śmiertelnych chorób zakaźnych, dlatego przygotowanie wojska na owe zagrożenia było wielkim wyzwaniem zarówno medycznym, jak i organizacyjnym.

Amerykanie w Wietnamie nie prowadzili tylko wojny z siłami komunistycznymi. Walczyli również na innym, tajnym i cichym froncie, równie niebezpiecznym, tj. z chorobami zakaźnymi. Wykorzystując swój potencjał naukowy, finansowy i techniczny, byli w stanie stworzyć przemyślany i bardzo rozbudowany system profilaktyki, w tym szczepień, a następnie miejscowego wsparcia ambulatoryjnego lub szpitalnego własnych żołnierzy. Nie bez znaczenia były także akcje prowadzone w celu „spacyfikowania” zagrożeń medycznych wśród wietnamskiej ludności cywilnej. Wymusiła to na Amerykanach fatalna sytuacja sanitarno-epidemiologiczna Wietnamu Południowego, jak i płynąca z tego realna groźba dla amerykańskich oddziałów. Programy MEDCAP i MILPHAP w tym wymiarze przynosiły wymierne efekty, co odnotowywano nawet w opracowaniach Zarządu II SG WP. Oczywiście nie udało się w Wietnamie wytworzyć jakościowej, i przede

wszystkim masowej służby zdrowia, ale podjęte w tym kierunku działania rysowały, co prawda w odległej perspektywie czasowej, szansę na poprawę sytuacji. Działania amerykańskiego wojskowego personelu medycznego, ukierunkowane na wsparcie ludności cywilnej, były niewątpliwie pozytywnym świadectwem obecności sił zbrojnych Stanów Zjednoczonych w Wietnamie Południowym.

Wojna w Wietnamie była dla amerykańskiego systemu medycznego wielkim poligonem doświadczalnym. Przetestowała go w różnych aspektach. I niewątpliwie w zakresie wytworzenia odporności sanitarno-epidemiologicznej własnego kontyngentu zdał on egzamin pozytywnie. O tym pisały również opracowania ich przeciwnika – wywiadu wojskowego PRL.

Bibliografia

Archiwalia

Archiwum Instytutu Pamięci Narodowej

Biblioteka byłych wojskowych organów bezpieczeństwa państwa polskiego (Wojskowej Służby Wewnętrznej oraz Zarządu II Sztabu Generalnego WP)

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w Warszawie [1944] 1954–1990

Virtual Vietnam Archive of the Vietnam Project

Dokumenty opublikowane

Allen, John K. Jr., John Carver, i Tom Elmore, red. *Estimative Products on Vietnam 1948–1975*. Pittsburgh: Government Printing Office, 2005.

Westmoreland, William C., oprac. *Report on the war in Vietnam (as of 30 June 1968). Section II: report on operations in South Vietnam. January 1964 – June 1968*. Vietnam: US Military Assistance Command, 1968.

Opracowania

Allukian, Myron jr., i Paul Atwood. „The Vietnam War”. W *War and Public Health*. Red. Barry S. Levy, i Victor W. Sidel, 313–336. 2 Wyd. Washington D.C.: Oxford University Press, 2008.

Anderson, Dale L. *The Tet Offensive. Turning Point of the Vietnam War*. Minneapolis: Capstone, 2006.

Arnold, James R. *Tet Offensive 1968. Turning point in Vietnam*. London: Osprey, 1990.

Baird, Kevin J. „Effectiveness of Antimalarial Drugs”. *The New England Journal of Medicine* 325 (2005): 1565–1577.

Benken, Przemysław. *Ap Bac 1963 – Binh Gia 1964. Dwie bitwy, które zmieniły bieg wojny w Wietnamie*. Zabrze – Tarnowskie Góry: Inforteditions, 2018.

Benken, Przemysław. *Ofensywa Tet 1968*. Warszawa: Bellona, 2010.

Benken, Przemysław. *Ofensywa Tet 1968. Studium militarno-polityczne*. Szczecin: Wyd. IPN, 2016.

Clarke, Jeffrey J. *Advice and Support: The Final Years, 1965–1973*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1988.

- Correll, James T. „The Vietnam War Almanac”. *Air Force Magazine* 9 (2004): 43–62.
- „Democratic Republic of Viet-Nam (North Viet-Nam)”. *Health Date Publication* nr 25 (1965): 17–27.
- Doyle, Edward, i Samuel Lipsman. *The Vietnam Experience: America Takes Over 1965–1967*. Boston: Addison-Wesley, 1982.
- Dziubek, Zdzisław. „Cholera”. W *Choroby zakaźne i pasożytnicze. Podręcznik*. Red. Zdzisław Dziubek, 144–146. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1996.
- Dziubek, Zdzisław. „Dżuma”. W *Choroby zakaźne i pasożytnicze. Podręcznik*. Red. Zdzisław Dziubek, 142–143. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1996.
- E.K. „Analiza wybranych problemów zabezpieczenia medyczno-sanitarnego”. *Wojskowy Przegląd Zagraniczny* nr 2 (1970): 121–127.
- Erickson, Dune. „Laboratory Diagnosis of Malaria – observations and recommendations”. *USARV Medical Bulletin* nr 1 (1967): 16–22.
- Gilbert, Marc, i William Head, red. *The Tet Offensive*. Westport: Greenwood Press, 1996.
- Grzywaczewski, Jacek, Krzysztof Chomiczewski, i Wiesław Gall. *Epidemiologia działań wojennych i katastrof*. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press, 2001.
- Hall, Donald E. „The 44th Medical Brigade in the Great War: Vietnam, 1966–Activation, Deployment, and Initial Operations”. *The Medical Journal. US Army Medical Center of Excellence* (2022): 5–24.
- Hastings, Max. *Wietnam. Epicka tragedia 1945–1975*. Tłum. Wojciech Tyszk. Warszawa: Wydawnictwo Literackie, 2021.
- Herman, Jan K. *Navy Medicine in Vietnam. Passage to Freedom to the Fall of Saigon*. Washington D.C.: Department of the Navy, 2010.
- Hunter, Donald H., i Harry G. Dangerfield. „Plague in Vietnam”. *USARV Medical Bulletin* nr 1 (1967): 34–38.
- Jóźwiak, Arkadiusz, Sebastian Siekierski, Artur Kołosowski, Krzysztof Grzelak, i Adam Juszczyk. „Organizacja i funkcjonowanie zabezpieczenia medycznego”. *Gospodarka Materialowa i Logistyczna* nr 5 (2016): 299–311.
- Kajfasz, Piotr. „Zimnica (malaria)”. W *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. T. 2. Red. Janusz Cianciara, i Jacek Juszczyk, 582–589. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2012.
- King, Martin. *Wojna i medycyna. Jak działania wojenne zmieniły medycynę*. Tłum. Michał Zacharzewski. Warszawa: Wydawnictwo RM, 2022.
- Kolko, Gabriel. *Anatomy of a War. Vietnam, the United States and the Modern Historical Experience*. New York: Phanteon, 1986.
- McElwee, Pamela. „An Environmental History of the Ho Chi Minh Trail”. W *Dumbarton Oaks Colloquium on the History of Landscape Architecture*. T. 42, *Military Landscapes*. Red. Anatole Tchikine, i John Dean Davis, 249–278. Dumbarton Oaks: Dumbarton Oaks Press, 2021.
- Murray, Edward R. „A Study of 500 Patients with Malaria”. *USARV Medical Bulletin* nr 1 (1967): 9–15.
- Olszewski, Adam, Katarzyna Gniadek-Olejniczak, Grzegorz Motrycz, i Karolina J. Helnarska. „System medyczny PKW ISAF. Analiza określania priorytetów środków zaradczych”. W *Zadanie specjalne – człowiek, technologia, instytucja*. Red. Jarosław Przyjemczak, i Wojciech Wosek. Cz. 2, 95–110. Pelplin – Gdynia: Bernardinum, 2021.

- Ostaszewski, Piotr. *Wietnam. Najdłuższy konflikt powojennego świata 1945–1975*. Warszawa: „DiG”, 2000.
- Pimlott, John. *Wojna w Wietnamie*. Tłum. Małgorzata Malczyk. Warszawa: „Morex”, 1993.
- Prokopowicz, Danuta. „Medycyna geograficzna ze szczególnym uwzględnieniem medycyny tropikalnej”. W *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. T. 2. Red. Janusz Cianciara, Jacek Juszczyk, 555–568. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2012.
- Public health in the Democratic Republic of Vietnam 1945–1965*. Hanoi: Medical Edition, 1965.
- Reynolds, Cecil L. *MAC Aeromedical Airlift Support of Southeast Asia Operations (1964–1971)*. Scott Air Force base, Illinois: Office of MAC History Military Airlift Command US Air Force, 1972.
- Rottman, Gordon L. *North Vietnamese Army Soldier 1958–75*. London: Osprey Publishing, 2009.
- Rottman, Gordon L. *Warrior: Viet Cong Fighter*. Oxford: Osprey Publishing, 2007.
- Sacewicz, Karol. „Rok 1967. Wojska amerykańskie i ich sojusznicy na wojnie w Wietnamie Południowym – liczby, założenia operacyjne, cele i wyzwania w świetle opracowań Zarządu II sztabu Generalnego Wojska Polskiego. Zarys problemu”. W *Społeczeństwo w wojsku, wojsko w społeczeństwie w XIX i XX wieku. Relacje i procesy w ujęciu interdyscyplinarnym*. T. 2. Red. Tomasz Osiński, Paweł Orłowski, Marcin Kruszyński, i Dariusz Bogusz, 329–354. Dąblin: Lotnicza Akademia Wojskowa, 2022.
- Sacewicz, Karol. „Zanim była Ofensywa Tet. Sytuacja operacyjna wojsk amerykańskich i sojusznicznych w Wietnamie Południowym w 1967 r. i jej wpływ na walki w dolinie Dak To w świetle materiałów Zarządu II Sztabu Generalnego Wojska Polskiego. Krytyka źródła.” *Pamięć i Sprawiedliwość* nr 2 (2019): 366–409.
- Schandler, Hebert Y. *America in Vietnam. The War that couldn't be won*. Lanham–Boulder–New York–Toronto–Playmonth: Rowman & Littlefield Publishers, 2011.
- Schulzinger, Robert D. *Wojna w Wietnamie 1941–1975*. Tłum. Grzegorz Smółka. Kraków: Wydawnictwo Astra, 2020.
- Supregon, Neel. *Vietnam Studies: Medical support of the U.S. Army in Vietnam 1965–1970*. Washington D.C.: Department of the Army, 1991.
- Tolson, John. *Airmobility 1961–1971*. Washington D.C.: Department of the Army, 1973.
- Victory in Vietnam: The Official History of the People's Army of Vietnam 1954–1975*. Tłum. Merle L. Pribbenow. Wstęp William J. Duiker. Kansas: University Press of Kansas, 2002.
- Westmoreland, William C. *A Soldier Reports*. New York: Doubleday, 1976.
- Willbanks, James H. *The Tet Offensive. A Concise History*. New York: Columbia University Press, 2007.
- Willbanks, James H. *Vietnam War Almanac. Almanacs of American wars Facts on File library of American history*. New York: Facts On File, Incorporated, 2009.
- Wirtz, James J. *The Tet Offensive. Intelligence failure in war*. Ithaca: Cornell University Press, 1994.

Internet

- „Całoroczny klimat i średnie warunki pogodowe w Wietnamie”. Dostęp październik 19, 2023. <https://pl.weatherspark.com/countries/VN>.

- „Tuyouyou. Nobel Prize in Physiology or Medicine in 2015”. The Nobel Prize. Dostęp marzec 15, 2023. <https://www.nobelprize.org/womenwhochangedscience/stories/tu-youyou>.
- „Vietnam War U.S. Military Fatal Casualty Statistics”. National Archives. Dostęp luty 17, 2023. <https://www.archives.gov/research/military/vietnam-war/casualty-statistics>.
- Wroczyńska, Agnieszka. „Malaria (zimnica): przyczyny, objawy, leczenie oraz profilaktyka”. Medycyna Praktyczna. Dostęp luty 17, 2023. <https://www.mp.pl/pacjent/zdrowiewpodrozy/malaria/62861,malaria>.

STRESZCZENIE

Karol Sacewicz, Warunki sanitarno-epidemiologiczne w Wietnamie Południowym i ich konsekwencje dla bezpieczeństwa medycznego armii Stanów Zjednoczonych Ameryki. Przyczynek do badań nad amerykańskim systemem zabezpieczenia medycznego oddziałów bojowych podczas II konfliktu indochińskiego w latach 1965–1973

Wojna w Wietnamie skutkowała licznymi ofiarami, rannymi, kontuzjowanymi oraz chorymi. O ich dalszych losach decydowała sprawność amerykańskiego wojskowego systemu medycznego. Ten w Południowym Wietnamie musiał stworzyć sobie fundamenty, a potem rozbudowywać swoje struktury wraz z napływem nowych żołnierzy z Ameryki. Jednym z elementów medyczno-logistycznej konstrukcji, jaka kryła się pod hasłem systemu medycznego, było zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne własnego komponentu wojskowego, jak i osób (cywilów) z nim współpracujących. Niniejszy artykuł jest właśnie próbą opisanie i przeanalizowania tego systemu, a szczególnie działań podejmowanych w zakresie ochrony sanitarno-epidemiologicznej wojsk amerykańskich podczas II konfliktu indochińskiego.

Słowa kluczowe: wojna w Wietnamie, amerykański wojskowy system medyczny, choroby zakaźne, MEDCAP, MILPHAP, zabezpieczenie sanitarno-epidemiologiczne wojsk

SUMMARY

Karol Sacewicz, Sanitary and Epidemiological Conditions in South Vietnam and their Consequences for the Medical Safety of the United States Army. A Contribution to Research regarding the American System of Medical Support for Combat Troops during the Second Indochina Conflict (1965–1973)

The war in Vietnam resulted in numerous casualties, which included troops that were wounded, injured and sick. The fate of these soldiers was determined by the efficiency of the American military medical system. The foundations and

structure of the system in South Vietnam had to be created and then further expanded due to the influx of new combatants from America. One of the elements of the medical logistic structure that came under the banner of the medical system was the sanitary-epidemiological security of its military personnel and the individuals (civilians) that cooperated with the American forces. This article attempts to describe and analyze this system, especially those activities that were undertaken in the field regarding the sanitary and epidemiological protection of American troops during the conflict.

Keywords: war in Vietnam, American military medical system, infectious diseases, MEDCAP, MILPHAP, sanitary and epidemiological protection of troops

ZUSAMMENFASSUNG

Karol Sacewicz, Die sanitären und epidemiologischen Bedingungen in Südvietnam und ihre Auswirkungen auf die medizinische Sicherheit der *United States Army*. Ein Beitrag zur Untersuchung des amerikanischen Systems der medizinischen Absicherung von Kampftruppen während des Vietnamkriegs (1965–1973)

Der Vietnamkrieg forderte zahlreiche Gefallene, Verwundete, Verletzte und Kranke. Ihr weiteres Schicksal hing von der Effizienz des medizinischen Systems der amerikanischen Streitkräfte ab. Dieses musste in Südvietnam erst einmal die Grundlagen schaffen und dann mit dem Zustrom neuer amerikanischer Soldaten seine Strukturen ausbauen. Eines der Elemente des medizinischen und logistischen Aufbaus des Sanitätssystems war die sanitär-epidemiologische Absicherung der eigenen militärischen Komponente sowie der mit ihr arbeitenden Personen (Zivilisten). Der vorliegende Artikel ist ein Versuch, dieses System und insbesondere die sanitär-epidemiologischen Schutzmaßnahmen des US-Militärs während des Vietnamkriegs zu beschreiben und zu analysieren.

Schlüsselwörter: Vietnamkrieg, US-Militärmedizinisches System, Infektionskrankheiten, MEDCAP, MILPHAP, sanitär-epidemiologischer Truppenschutz