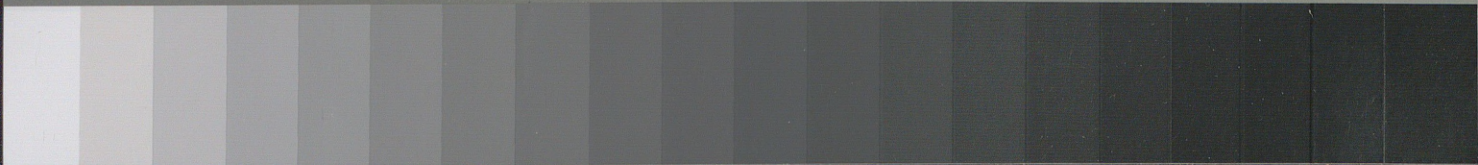




Grey Scale #13



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





DR. FRANCISZEK WAGA
MJR.-LEK.

SŁUŻBA ZDROWIA

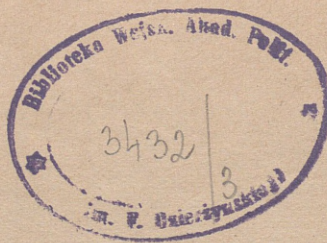
W CZASIE WOJNY

WARSZAWA _____ 1928

NAKŁADEM „LEKARZA WOJSKOWEGO” _____ ODBITO WE WŁASNEJ POWIELARNI

50

553134



S Ł U Ż B A Z D R O W I A .

Zanim przystąpimy do omawiania organizacji i sposobu funkcjonowania sŁ.zdrowia w czasie wojny, podamy w krótkich słowach jej rozwój aż do czasów ostatnich i zanalizujemy przyczyny, które na ten rozwój wpłynęły.

Sięgając do czasów starożytnych widzimy w armjach faraonów służbę zdrowia wykonywaną przez kapłanów lekarzy, spotykamy również w tych armjach szpitale wchodzące w skład ich obozów wojennych.

W Illiadzie Homera spotykamy wojowników-lekarzy, umiejących "wykrawać strzały i leki łagodne przykładać". HOMER opisuje, że ciężej ranni wojownicy byli wynoszeni ze zgiełku bitwy i przenoszeni lub przewożeni do specjalnego namiotu rozwiniętego w pobliżu okrętów w którym opatrywano ich rany i dawano napój pokrzepiający.

O organizacji służby zdrowia, sposobie transportu rannych wspomina również XENOFONT w swej ANABASIS.

Dosyć wysoki stopień rozwoju osiąga sŁ.zdrowia w starożytnym RZYMIE. LIWJUSZ tak ujmuje ważność pomocy dla rannych:

1/Troska o rannych jest koniecznością wojskową i obowiązkiem patriotycznym.

2/Jezeli zaniedbano ewakuację rannych, to obecność licznych rannych na linii boju demoralizuje walczących żołnierzy.

To też zwłaszcza za czasów CEZARA i następnych cesarzy rzymskich legjony i kohorty posiadają swych stałych lekarzy, stosując specjalne środki do transportu rannych/lektyki/, a za TRAJANA powstają specjalne szpitale obozowe. Wysoki stopień rozwoju osiągnęła sŁ.zdrowia w cesarstwie wschodnio-rzymskim, w którym cesarz MAURYCJUSZ /582 - 602 po Chr./ wprowadza w kawalerji specjalne działy t.zw.deputati, których zadaniem było wywożenie ciężko rannych z pola walki i pokrzepianie ich. Poza tem istnieli przy oddziałach lekarze.

W średnich wiekach sŁ.zdrowia upada, podnosząc się jedynie na pewien okres czasu w HISZPAŃJI w czasie walk z MAURAMI. Istnieją wtedy w armji hiszpańskiej szpitale polowe i ambulanse złożone ze specjalnych wozów do transportu rannych.

W armji polskiej za STEFANA BATOREGO każdy regiment piechoty miał po jednym starszym chirurgu, każda kompanja po jednym cyrulu. Lekko rannych leczono w obozie, ciężej rannych przewożono dalej, aby stworzyć im lepsze warunki leczenia.

Dosyć wysoko postawioną była sŁ.zdrowia w wojskach FRYDERYKA WIELKIEGO. Zabieraniem swych rannych po ogłoszeniu zwycięstwa zajmować się musiał każdy pułk, poczem ranni ci musieli być dostarczeni na miejsce, gdzie można ich opatrzyć i pielęgnować, poczem mają być odesłani do szpitala polowego, rozwijanego w pobliskiej miejscowości.

W czasie wojen Napoleonów stworzone zostały przez LARREY'A ambulanse lotne, złożone z wozów śwu i czterokołowych, których zadaniem było przewiezienie rannych do szpitala. Drugi słynny lekarz armii NAPOLEONA, PERCY zorganizował specjalne oddziały brancardierów /noszowych/. Widzimy tu już pewne zaczątki organizacji szł. zdrowia, która częściowo utrzymała się aż do czasu wojny światowej.

Jednym z ostatnich bodźców, powodujących posunięcie się na-przód w rozwoju szł. zdrowia była wojna rosyjsko-japońska, ze swoje-mi przez szereg dni trwającymi bitwami, co zmuszało szł. zdrowia do interwencji w czasie trwania bitwy i wywołało organizację i funkcyj-nowanie dostosowane do wojny nowoczesnej.

Na rozwój szł. zdrowia w czasie wojny w czasach najnowszych wpływają przede wszystkim następujące czynniki:

1/Długie trwanie wojen. Np. wojna światowa stała się klasyczną wojną zużycia zarówno sił walczących i materiału, jak w ogóle całego narodu. Wojny w czasach starożytnych, w średniowieczu, a w niektórych wypadkach i w czasach nowożytnych rozstrzygane były jedną bitwą. Żołnierze biorący w bitwie udział, jeżeli byli zranieni, nie brali już wobec tego udziału w dalszych działaniach, nie było to bowiem potrzebne. Tymczasem wskutek długo trwającej i wywołującej straty o nieznanej poprzednio wysokości, a więc powodującej szybko zmniejszenie się stanów liczebnych armii wojny światowej, wysiłki dowództwa i całych społeczeństw, zwłaszcza tych, których rezerwy ludzkie były ograniczone, jak FRANCJA i NIEMCY, musiały iść w kierunku z jednej strony uchronienia sił walczących przed stratami, których można uniknąć, z drugiej strony w kierunku jaknajodpowied-niejszego leczenia rannych, aby mogli oni po wyleczeniu ponownie uzupełnić uszczuplone wskutek strat szeregi. Ta konieczność uzupeł-nienia sił walczących tymi, którzy już raz zmuszeni byli opuścić szeregi, z powodu ran czy chorób, pociąga za sobą konieczność istnie-nia szł. zdrowia zasobnej w personel i środki i podnosi jej ważność w ogólnym organizmie armii.

2/Drugim ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój szł. zdrowia to nowoczesny sposób prowadzenia wojen - operowanie wielkimi masami na niewielkich przestrzeniach, skutkiem czego stwarzają się wa-runki szczególnie pomyślne dla powstania groźnych epidemii, mogą-cych przy braku przeciwdziałania, zniszczyć wartość bojową armii. Nowoczesne odkrycia naukowe dały służbie zdrowia możliwość skutecz-nego zapobiegania epidemjom oraz sposoby zwalczania już rozwijają-cych się epidemii; pod tym względem szł. zdrowia w czasie wojny stanowi pierwszorzędny czynnik w wartości bojowej armii i jej zdolności do działań wojennych.

3/Przyczyną rozwoju szł. zdrowia jest również wzmożenie po-czucia wartości życia ludzkiego. W czasach nowożytnych żołnierz jest pełnoprawnym obywatelem broniącym swej ojczyzny, w zamian za co społeczeństwo musi zapewnić mu pomoc i należytą opiekę z chwilą zranienia lub choroby.

4/Wreszcie niepoślednią rolę gra tu również i moment ekono-miczny. Im gorzej funkcjonuje w czasie wojny szł. zdrowia, czy to z powodu szczupłości środków, czy złego prowadzenia, czy braku zainteresowania się i pomocy ze strony bezpośrednich przełożo-nych, tem więcej zgonów z powodu ran i chorób, a których można byłoby uniknąć, tem więcej po wojnie invalidów, nie mogących

pracować na siebie, a więc zmuszonych z konieczności do korzystania z pomocy społeczeństwa, tem zaś mniej sił produktywnych w społeczeństwie.

OGÓLNE ZADANIE SŁ. ZDROWIA W CZASIE WOJNY.

Zadanie sł.zdrowia w czasie wojny określić można ogólnie jako: Utrzymywanie stanów liczbowych armji. Zadanie to wykonywa sł.zdrowia przez dwa zasadnicze działania.

a/ochronę stanu zdrowotnego armji.

b/przywracanie do zdrowia i do zdolności do służby tych, którzy czy to skutkiem zranienia, czy uszkodzenia gazami, czy wskutek choroby stali się do służby niezdolni i zmuszeni byli opuścić swe oddziały.

Jak ważne są te działania sł.zdrowia dla utrzymania stanów liczbowych armji, a tem samem dla możliwości prowadzenia długotrwałej wojny daje nam dowód statystyka zarówno z wojen poprzednich, jak i z wojny światowej.

ad a/ Ochrona stanu zdrowotnego armji.

Pod ochroną stanu zdrowotnego armji rozumieć należy wszystkie te działania sł.zdrowia, które zmierzają do uchronienia wojska przed chorobami, zwłaszcza chorobami zakaźnymi i zwalczanie wybuchłych już chorób.

Zródła zachorowań.

Jak wspomniałem poprzednio warunki obecne prowadzenia wojen stwarzają bardzo dogodne podłoże do powstania chorób, zwłaszcza zakaźnych. Nagromadzenie wielkich mas ludzkich na niewielkich przestrzeniach przy braku instalacyj higienicznych, ciasne pomieszczenia, niemożność utrzymania dostatecznej higieny, osobistej, wszystko to są czynniki, które sprzyjają rozwojowi chorób.

Omówię pokrótce te główne czynniki, będące źródłem zachorowań.

1/Pomieszczenia. Pomijając same niewygody z powodu ciasnych, zimnych lub wilgotnych pomieszczeń, wywierające silny wpływ na powstawanie schorzeń reumatycznych i na choroby narządu oddechowego, mogą pomieszczenia być również źródłem zakażeń. Wiadomo, że np. gorączka powrotna przenosi się przez pluskwy.

2/W o d a: może być przenośnikiem zakażeń przewodu pokarmowego chorobami takimi, jak tyfus brzuszny, cholera, czerwonka.

3/Pokarmy, zielone jarzyny, owoce: mogą być również przenośnikami wielu chorób zakaźnych przewodu pokarmowego.

4/Odchody, mogą być przenośnikami chorób epidemicznych, jak cholera, czerwonka, tyfus brzuszny.

5/Ziemia , może być zakażona bakterjami tężca.

Pozatem przy nieodpowiednim grzebaniu zmarłych, zwłaszcza na choroby zakaźne, może ona stać się źródłem i innych zakażeń.

6/Robactwo, muchy i komary. Wiadomo, że wszy, których w czasie wojny zwykle nie brak, przenoszą tyfus plamisty, muchy są pośrednikami w przenoszeniu zakażeń przewodu pokarmowego i innych, komary przenoszą malarję.-

7/Wreszcie źródłem zachorowania może być otoczenie. a więc zakażenie przechodzić może bezpośrednio z człowieka na człowieka, jak to ma miejsce przy wielu ostrych chorobach zakaźnych i przy chorobach wenerycznych.-

Skuteczna walka przeciw tym wszystkim schorzeniom stała się obecnie możliwą dzięki postępom wiedzy lekarskiej, skutkiem czego znamy obecnie przyczyny wszystkich prawie chorób zakaźnych, znamy sposób ich przenoszenia, wreszcie sposoby ochrony przed nimi i zwalczania ich.

Aby chronić stan zdrowotny armji trzeba stwarzać warunki, w których mieć ona będzie jaknajmniej możliwości do zakażenia się. Znając przyczyny powstawania chorób zakaźnych, służba zdrowia dobrze zorganizowana ochronę tę może bardzo skutecznie przeprowadzać, wykrywając zawczasu źródła zakażeń, badając dobroć wody, czystość pomieszczeń, jakość pokarmów, nadzorując stan zdrowotny ludności cywilnej i.t.d.

Bardzo potężnym środkiem, stosowanym na wielką skalę w czasie wojny światowej, a służącym do zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych w polu są szczepienia ochronne przeciw ospie, tyfusowi, cholercie, czerwonce, dżumie.

Jak doskonałe wyniki osiągnęła służba zdrowia w czasie wojny ostatniej, w wykonywaniu swego zadania ochrony stanu zdrowotnego sił zbrojnych i jaki to miało wpływ na utrzymanie stanów liczebnych armji świadczy statystyka sanit. tej wojny i porównanie tej statystyki ze statystykami wojen poprzednich.

W czasie wojny francusko-pruskiej w r. 1870-71 grasowała wśród wojsk niemieckich epidemia tyfusu brzuszego. Statystyka niemiecka wykazuje powyżej 73 tysięcy wypadków tyfusu brzuszego w armji, co stanowiło 1/10 część stanu liczebnego armji niemieckiej. W czasie wojny światowej procent zachorowań na tyfus brzuszny w armji niemieckiej wynosi w ostatnim roku wojny 0.7% stanu liczebnego armji w polu, a ogólna suma zachorowań wynosi 25.556 wypadków, z czego powyżej połowy bo 14042 wypadków przypada na pierwszy rok wojny.

W armji francuskiej zakażenie tyfusem brzuszным, panującym epidemicznie w LOTARYNGJI, zostało rozsiane z początkiem wojny na całą prawie armję. Statystyka francuska notuje wtedy około 14 tysięcy wypadków tyfusu brzuszego miesięcznie w armji polowej. Zastosowanie odpowiednich przepisów higieny, zarówno zapobiegawczej jak i ofensywnej, jak nadzór nad wodą do picia, produktami spożywczymi, szczepienia ochronne, izolacja chorych i podejrzanych i.t.d. sprowadzają ilość wypadków tej choroby do minimum, a więc n.p. za cały rok 1917 do liczby 91 wypadków.

Jak ważną rolę w tej ochronie stanu zdrowotnego grają szczepienia ochron. posiadamy charakterystyczne porównanie ilości wypadków ospy w wojnach poprzednich, a w wojnie światowej.

I tak w czasie wojny francusko-pruskiej w r.1870-1871 armja francuska w której nie było obowiązkowego szczepienia przeciwo-
powego miała około 200 tysięcy wypadków ospy, w tem 23 tysiące
wypadków śmierci, w czasie wojny światowej trwającej znacznie
dłużej niż wojna poprzednia, przy stanie liczbowym armji wielo-
krotnie wyższym, ilość wypadków ospy na cały czas wojny wynosiła
w armji francuskiej 26.

Jedną z głównych klęsk armij we wszystkich wojnach były
epidemje cholery, one to dziesiątkowały zwykle stany liczbowe
armji.

W czasie wojny światowej kiedy przeprowadzono obowiązkowe
szczepienia przeciwcholeryczne było n.p.w armji niemieckiej przez
cały czas wojny tylko 2040 wypadków cholery, z tego około 1900
w pierwszych dwu latach wojny.

Te porównania statystyczne wykazują jaskrawo niezmierną waż-
ność dla siły bojowej armji tego działania sł.zdrowia, którego na-
zywamy ochroną stanu zdrowotnego armji. Nie we wszystkich jednak
chorobach epidemicznie występujących zdołała sł.zdrowia osiągnąć
tak świetne wyniki. Tam, gdzie znany był sposób powstawania epidemji
i przenoszenia się jej, gdzie znany był zarazek wywołujący daną
chorobę zakaźną, walka z niemi jak widać z zestawień była bardzo
skuteczną.

Jakie straty dla wojsk wywołać zaś mogą epidemje, których
zarazek i sposób przenoszenia się nie był odrazu poznany mamy
przykład na epidemji grypy, zwanej u nas hiszpanką, w ostatnim
roku wojny światowej. Każdy z tych, którzy wówczas byli w polu,
przypomina sobie to błyskawiczne rozszerzanie się epidemji, tę
wielką ilość wypadków ciężkich, kończących się w krótkim czasie
śmiercią. W armji niemieckiej w polu /Feldheer/ było w 4ym roku
wojny według statystyki SCHJERNINGA 708.306 wypadków grypy, co
stanowiło 140,9 % przeciętnego stanu liczbowego armji polowej
/5028161/. W armji francuskiej ilość wypadków grypy wyniosła
194.923 w tem 11.981 wypadków śmierci.

Przejdę teraz do omówienia drugiego zasadniczego działania
sł.zdrowia, a mianowicie: do kwestji przywracania do zdrowia
rannych, zagazowanych i chorych. I tutaj statystyka wykazuje nam
olbrzymią pracę wykonaną przez sł. zdrowia w czasie wojny i bez
przesady stwierdzić można na podstawie tej statystyki, że kilku-
letnie trwanie wojny światowej umożliwione było zwłaszcza we
FRANCJI i NIEMCZACH dzięki doskonałej działalności sł.zdrowia,
która przywracała zdolność do służby z bronią około 90 % wyewa-
kuowanym z szeregów rannym, chorym i zagazowanym.

Zatrzymam się nad kwestją strat w poszczególnych armjach,
aby wykazać Panom na podstawie ścisłych cyfr statystycznych jak
zużywały się olbrzymie armje w ciągu wojny wskutek strat, jak
na wysokość strat wpłynął rodzaj działań wojennych, wreszcie jak
upadek dyscypliny w armji jak n.p.to miało miejsce w 1917r.
w armji rosyjskiej zmienia stosunek strat krwawych na korzyść
strat w chorych.

STATYSTYKA STRAT ARMJI POLSKIEJ.

Najbliższej nas obchodzącej statystyki strat z wojny naszej
z SOWIETAMI nie mamy dokładnie opracowanej, sprawozdawczość bo-
wien nie była wtedy jeszcze systematycznie ujęta, a przede wszystkim

dcy oddziałów nie zawsze doceniali wagności wykazów strat, stąd trudniej wyciągnąć wnioski niż n.p. ze statystyki armji francuskiej lub niemieckiej. Dane posiadane przez nas z armji polskiej, opracowane przez Biuro Informacyjne Polskiego Czerwonego Krzyża są następujące:

Ogólne straty t.zw. rannych, chorych, zabitych, zmarłych, zaginionych i jeńców było od 1-go listopada do 1-lipca 1921r. około 700 tysięcy, w tem rannych było oficerów około 3.600, szeregowców około 130.000, poległo na placu boju 1.074 oficerów, 16.139 szereg. zmarło 985 oficerów, 29.353 szereg. zaginęło i wzięto do niewoli 542 oficerów, 50.709 szeregowych, wreszcie chorych było około 450 tysięcy oficerów i szeregowych. Z tej ogólnej statystyki widzimy, że ilość chorych znacznie przewyższa liczbę strat krwawych odwrotnie n.p. do statystyki francuskiej. Liczba poległych jest znacznie niższa od liczby zmarłych, również więc odwrotnie aniżeli w statystyce francuskiej i niemieckiej. Są okresy w których liczba chorych kilkakrotnie przewyższa liczbę rannych, np. ostatni kwartał 1919r., natomiast w okresach natężonych walk na froncie stosunek ilości rannych i chorych nieco się wyrównuje i np. począwszy od maja 1920 roku do września 1920 r. ilość chorych jest niższa od ilości rannych, zabitych, zmarłych i zaginionych, poczem znów od października ilość chorych znacznie się podnosi w stosunku do ilości rannych.

Maksimum strat podług miesięcy przypada na sierpień 1920r. z sumą 87.599, w czem 48.649 rannych, zabitych, zmarłych i zaginionych.

Jeżeli zanalizujemy straty bez chorych, według rodzajów broni, to rannych, zabitych, zmarłych, zaginionych i jeńców miała piechota :

	208.858 w tem oficerów	rannych	2.547
		zabitych	811
		zmarłych	484.
	szeregowych	rannych	96.972
		zabitych	13.754
		zmarłych	20.658.
kawalerja:	11.600 w tem oficerów	rannych	280
		zabitych	120
	szeregowych	rannych	4.495
		zabitych	1.304.
artylerja	.....		8.037
sł.zdrowia	.....		2.205
saperzy	.....		2.472
wojska techniczne	.....		2.133
czołgi i poc.panc.	.....		568
Lotnictwo	.....		537
Dztwa i urzędy	.....		5.457.

STATYSTYKA STRAT ARMJI FRANCUSKIEJ.

Bardzo szczegółowo została opracowana statystyka strat armji francuskiej i z niej wyciągnąć można wiele wniosków co do sposobu funkcjonowania sł.zdrowia i jej potrzeb organizacyjnych jak i wniosków natury ogólniejszej co do ubytków armji w różnych rodzajach walk, a więc tem samem i konieczności przewidywań co do uzupełniania stanów liczbowych.

Razem brało udział w wojnie w armji francuskiej 8.317.000 żołnierzy, z tego armje operujące /front francuski i wschodni/ liczyły przeciętnie około 2.800.000.

Straty całkowite wynosiły:

a/straty definitywne:

zabici i zaginieni	.....	900.000
zmarli z ran	.....	250.000
" z chorób	.....	175.000
inwalidzi stali	.....	377.000

1.702.000.

b/straty czasowe:

ranni i chorzy ewakuowani do kraju	3.110.000
" " leczeni na obszarach operac.	2.835.000

Razem straty czasowe: 5.945.000.

Do tego doliczyć należy jeszcze 480.000 jeńców, którzy nie mogli brać udziału w walkach do końca wojny.

Razem straty armji francuskiej wyniosły / z sumy podanej odjąć należy zmarłych z ran, chorób i inwalidów, ponieważ mieszczą się oni w sumie leczonych w kraju wzgl. na obszarach operac./ 7.325.000 ludzi t.j. około 88% wszystkich tych, którzy brali udział w wojnie.

STATYSTYKA STRAT ARMJI ANGIELSKIEJ.

W armji angielskiej brało udział w wojnie 9.387.000 z tego w walkach we FRANCJI wzięło udział 3.790.000 walczących.
1.609.000 niewalczących.

Razem 5.399.000

Straty w armji walczącej we FRANCJI wynosiły:

zabitych i zmarłych	513.000.
jeńców i zaginionych	223.000.
rannych i chorych ewakuowanych do Anglii	2.197.000.

Razem: 2.933.000.

Do tego należy jeszcze dodać rannych i chorych leczonych na obszarach operacyjnych, a której to pozycji w statystyce nie znalazłem, a którą ocenić należy na około 1.000.000 a otrzymamy straty sumaryczne wynoszące około 4 milionów t.j. około 74 % wszystkich tych, którzy brali w armji angielskiej udział w walkach we Francji.

STATYSTYKA STRAT ARMJI NIEMIECKIEJ.

W armji niemieckiej brało ogółem udział w wojnie około 13.000.000 żołnierzy, Armja polowa /Feldheer/ wynosiła:

w 1-szym roku wojny	: 2.8.14-31.7.15 :	2.577.000.
w 2-gim	" " : 1.8.15-31.7.16 :	4.135.000.
w 3-cim	" " : 1.8.16-31.7.17 :	4.990.000.
w 4-tym	" " : 1.8.17-31.7.18 :	5.028.000.

Straty wyniosły:

zabitych, zmarłych z ran i z chorób	1.808.555.
zaginionych i jeńców.....	991.340.
rannych	4.211.000.
chorych	5.321.000.

Razem: 12.331.895.

co stanowiło około 95% strat całej ilości biorących udział w wojnie. Sama liczba zabitych i zmarłych stanowi 5.64 % całej ludności męskiej państwa niemieckiego.

Charakterystyczną jest tu cyfra dotycząca strat w zawodowym korpusie oficerskim. Korpus ten liczył z początkiem wojny około 51.000 oficerów z tego zostało zabitych wzgl. zmarło z ran i chorób 12.613 = 24.8% stanu, rannych było 19.014. Razem więc straty w samych zabitych, zmarłych i rannych wyniosły około 62 % ogólnego stanu, podczas gdy straty w zabitych, zmarłych i rannych w korpusie ofic. rezerwy wynoszą około 35 % ogólnego stanu.

O ile krwawszą była wojna światowa od n.p. wojny francusko-pruskiej z 1870-71 świadczy porównanie strat armji niemieckiej w zabitych zmarłych i rannych z obu tych wojen. W wojnie francusko - pruskiej na ogólny stan armji niemieckiej 1.494.412 ludzi, zabitych i zmarłych było 41.413, rannych 88.543 co stanowiło około 9 % stanu armji. W wojnie światowej na stan armji około 13.000.000 straty te wyniosły około 6 milionów czyli blisko 50% stanu armji.

STATYSTYKA STRAT ARMJI ROSYJSKIEJ.

Ciekawe pod pewnymi względami są dane statystyczne armji rosyjskiej z czasu wojny światowej. Ogółem brało udział w wojnie tej w armji rosyjskiej około 16 milionów żołnierzy z tego:

zabitych i zmarłych	1.290.000
rannych i chorych	7.194.000
jeńców i zaginionych	3.638.000.

Razem: 12.122.000. co stanowi

około 75 % ogólnej ilości biorących udział w wojnie, przyczem zwraca uwagę ogromna ilość jeńców stanowiąca blisko 1/3 całych strat, podczas gdy np. w armji francuskiej i niemieckiej procent ten, jak Panowie z podanych cyfr widzą jest znacznie niższy. Charakterystycznym jest tu także stosunek ilości chorych do ilości rannych, według tego stosunku bowiem oceniać można nie tylko warunki higjieniczne ale i bitność armji jak również do pewnego stopnia jej dyscyplinę. W armji francuskiej wypadało przeciętnie po 2 chorych na 3 rannych. W armji rosyjskiej w pierwszym roku wojny /1914/ na 368.000 rannych ewakuowanych do kraju ewakuowano 83.000 chorych. Stosunek ten w następnych latach zmienia się na niekorzyść rannych i w roku 1917 na 301.000 ewakuowanych do kraju rannych mamy 1.168.000 ewakuowanych chorych na stan armji w polu z początkiem 1917 r. około 7 milionów.

ARMJA SERBSKA.

Jak trudności w zorganizowaniu należytej pomocy lekarskiej wpłynąć mogą fatalnie na śmiertelność w armji świadczy przykład armji serbskiej, która na 707 tysięcy zmobilizowanych straciła około 239 tysięcy zabitych i zmarłych, pozatem z wziętych do niewoli zmarło około 80 tysięcy. Razem straty wskutek śmierci wyniosły

około 45 % całej zmobilizowanej armji.

WYSOKOŚĆ STRAT W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU DZIAŁAŃ WOJENNYCH.

Przejdę teraz do omówienia pewnych okresów walk z wojny światowej, aby na podstawie statystyki wykazać, jak różne rodzaje walk wpłynąć mogą na wysokość strat. Ma to dla Panów, jako dla przyszłych oficerów sztabu generalnego, znaczenie ze względu na przewidywania jakie czynić należy przed poszczególnymi rodzajami działań wojennych odnośnie zorganizowania służby zdrowia jak również odnośnie potrzebnych uzupełnień.

Najwyższe straty wykazuje sam początek wojny. Armja francuska traci w ciągu sierpnia i września /Bitwy na granicach, bitwa nad Marną/ około 30 % stanu armji w polu, armja angielska, rosyjska tracą również w ciągu 1914r., a więc w ciągu 5 miesięcy powyżej 30 % swych stanów. Procent tych strat w czasie trwania wojny znacznie się obniża, zwłaszcza procent strat definitywnych /zabici, zmarli, jeńcy/ i wynosi n.p.w armji francuskiej w r. 1917 około 3.9% miesięcznie stanu armji w polu. Procent ten podnosi się przy większych działaniach zarówno defenzywnych jak i ofenzywnych. I tak w bitwie pod VERDUN traciła armja francuska miesięcznie około 4.38 % swego stanu, w walkach defenzywnych od marca do czerwca 1918 r. traciła ta armja miesięcznie około 5.50% swego stanu. W walkach ofenzywnych armji francuskiej od 1 lipca do listopada 1918r. traci ona miesięcznie przeciętnie około 7% stanu armji w polu.

Armja angielska traci w ciągu I-szej ofensywy nad SOMME /1.VII.-30.XI.1916/ w zabitych, zmarłych, zaginionych, rannych i jeńcach 498.000 ludzi co stanowi 6,4% miesięcznie stanu armji angielskiej znajdującej się wówczas we FRANCJI.

Jak rozległa jest skala wysokości strat w różnych działaniach przytoczę kilka przykładów.

W naszych szkolnych pracach przyjmujemy zasadnicze dane statystyczne z armji francuskiej, wydedukowane z różnych momentów walk i z różnych odcinków. Według tych danych przyjmuje się, że dywizja piechoty najwięcej zaangażowana traci w ciągu 4 dni 2.000 ludzi z tego 1/4 zabitych, reszta ranni. Z tych rannych na pierwszy i drugi dzień przypada przeciętnie po 500-600, na trzeci i czwarty po 100-200.

Jak cyfry te są względne mamy n.p. przykłady ze strat armji rosyjskiej. I tak w lutym 1915r. 8 dywizyj rosyjskich w czasie przeprowadzania kontrataków pod WARSZAWĄ straciło w ciągu 3 dni około 40 tysięcy w zabitych, rannych i jeńcach, czyli około 25 % całego stanu.

Armje frontu pld.-zach. w czasie walk nad STOCHODEM, STRYJEM i PRUTEM w czasie od 4.VI.-29.VI. straciły około 43% swego stanu.

W końcu czerwca 1916 r. atakował 9. korpus rosyjski pozycje niemieckie w rejonie HORODYSZCZE /t.zw.nos FERDYNANDA/. Główny wysiłek przeprowadzała 42 d.p. Z dywizji tej w ciągu 48 godzin przeszło przez punkt opatrunkowy dywizyjny 5.000 rannych, około 2.000 padło na placu boju, część dostała się do niewoli. Z całej dywizji o pełnym etatowym składzie /około 20 tysięcy ludzi/ zostało po 2 dniach około 2-3 tysięcy ludzi. Ponieważ zaś jak wiadomo w walkach natarcia główne straty ponosi piechota przeto widać, że ta dywizja w ciągu 2 dni utraciła prawie w całości

swą piechotę.

Omówiłem szerzej sprawę wysokości strat w poszczególnych armjach, aby zobrazować, jak kosztowną pod względem materiału ludzkiego była wojna światowa i jak doniosłe znaczenie dla możliwości dłuższego prowadzenia wojny ma sprawne funkcjonowanie sł. zdrowia, która gros tych milionów chorych i rannych ma uczynić z powrotem zdolnymi do walki z nieprzyjacielem.

Ze statystyki widzą również Panowie, że najkrwawszy dla wojsk był sam początek wojny światowej na skutek już to nieogłędnego szafowania ludźmi, pewnego rodzaju zaskoczenia ogromnem użyciem artylerji w porównaniu do wojen poprzednich, brawury żołnierza kadrowego i t.p. Procentowość tych strat zmniejsza się znacznie w okresie wojny pozycyjnej, podnosząc się w czasie przeprowadzania ofensyw; procentowość strat w defensywie gdy nieprzyjaciół rozporządza potężnym sprzętem technicznym/bitwa pod VERDUN/ zbliża się nieco do wysokości strat w ofensywie.

Jak wspomniałem poprzednio drugim zasadniczym zadaniem sł. zdrowia jest przywracanie stanów liczbowych armji t.zn. leczenie i przywracanie zdolności do służby rannym, zagazowanym i chorym. Zobaczmy jak służba zdrowia zadanie to w czasie wojny światowej wypełniła.

RODZAJE ZRANIEN.

Jak każda specjalność w wojsku tak i sł. zdrowia zbierała swe doświadczenia z wojen poprzednich i na ich podstawie budowała swą organizację i swe metody postępowania.

Doświadczenie wojen poprzednich wykazywało, że główny procent zranień pochodzi od pocisków karabinowych. Stosunek ten wyrażał się następująco:

W wojnie francusko-pruskiej r. 1870-71 w armji francuskiej było 70 % ran od kul karabinowych

25 % " " pocisków armatnich

5 % " " broni białej, kontuzji i t.p.

w armji pruskiej było:

90 % ran od kul karabinowych

9 % " " pocisków armatnich

1 % " " broni białej, kontuzji i t.p.

w wojnie rosyjsko-japońskiej było

w armji japońskiej:

85 % ran od kul karabinowych

8½ % " " pocisków armatnich

6½ % " " broni białej, i t.p.

w armji rosyjskiej:

86 % ran od kul karabinowych

14 % " " pocisków armatnich.

Stosunek ten zmienia się całkowicie w czasie wojny światowej, mamy tu od 52 - 78 % ran od pocisków armatnich

10 - 34 % " " kul karabinowych

2 - 16 % " " broni białej, kontuzji, i t.p.

W defenzywie, w wojnie pozycyjnej zmniejsza się procent zranień od kul karabinowych, procent ten zaś wzrasta, z równoczesnem obniżeniem się procentu zranień z pocisków armatnich, w walkach ofenzywnych.

ZAKAŻENIE R A N.

Drugim aksjomatem wyciągniętym przez służbę zdrowia z wojen poprzednich było, że rany pochodzące od p o s t r z a ł ó w karabinowych są niezakażone. Tymczasem praktyka wojny światowej wskazała, że każdą prawie ranę postrzałową, rany zaś z pocisków artyleryjskich bez wyjątku wszystkie, należy uważać za zakażone i wymagające wskutek tego jaknajszybszej inwencji chirurgicznej. Badania bakterjologiczne przeprowadzane w czasie wojny wykazały, że poczynając od 24-36 godzin całe otoczenie rany jest już głęboko zakażone, po tym więc terminie przeprowadzony zabieg chirurgiczny daje gorsze rezultaty wyzdrowienia. Poza samem zakażeniem oddziałują szkodliwie na rannego produkty toksyczne, powstałe z obumarłych wskutek zranienia tkanek.

POSTULATY CHIRURGJI WOJENNEJ, WYCIĄGNIĘTEJ Z WOJNY ŚWIATOWEJ.

Na podstawie tych doświadczeń powstały pewne tezy chirurgiczne, uznane za obowiązujące przez ogół chirurgów wojennych, a sformułowane przez Prof. LECENE, dawnego chirurga - konsultanta armji francuskiej następująco:

- 1/Każdy ranny powinien być możliwie szybko dostarczony do rąk wykwalifikowanego chirurga.
- 2/Każdy ranny powinien być prawie zawsze operowany w terminie możliwie krótkim od chwili zranienia.
- 3/Wszystkie zdobycze nowoczesnej chirurgji powinny znaleźć zastosowanie w leczeniu ran wojennych.
- 4/Dla dobra rannego wskazaniem jest aby leczył go od początku do końca a więc od operacji aż do wyzdrowienia ten sam chirurg.

O ile pierwsze trzy tezy możliwe są przeważnie do zastosowania w praktyce, to czwarta żądająca dla rannego tego samego chirurga od chwili operacji aż do wyzdrowienia w praktyce w większości wypadków przeprowadzić się nie da. Stąd też ten ostatni postulat zastępujemy t.zw. "jednością chirurgiczną" t.zn. stosowaniem jednolitej doktryny chirurgicznej w formacjach sanit. zarówno pracujących tuż przy linii bojowej jak i w głębi etapu i w kraju. Tę jedność chirurgiczną utrzymuje się drogą wydawania przez szefów sanitarnych szczegółowych instrukcji technicznych oraz drogą pouczeń i nadzoru ze strony chirurgów-konsultantów armji. Termin jaki nowoczesna chirurgja wojenna stawia dla wykonania operacji na rannych z widokami pomyślnego wyniku wynosi 24 do 36 godzin od chwili zranienia. Jeżeli wskutek wielkiego napływu rannych wzgl. wielkich odległości transportowych byłoby niemożliwem przeprowadzić w tym terminie operację wszystkich rannych w takim razie stosuje się t.zw. toaletę rany/wycięcie zmiażdżonych pociskiem i zakażonych części/ wtedy przy dobrze nałożonym opatrunku rana ta może pozostać jałową 4 - 5 dni, a w tym terminie prawie zawsze ranny będzie mógł się dostać do rąk wykwalifikowanego chirurga.

WYNIKI STATYSTYCZNE LECZENIA.

To były zasady stosowane z końcem wojny przez chirurgję wojenną. Jakież były wyniki stosowania tych zasad ?

ARMJA FRANCUSKA.

Szczegółowe dane statystyczne opracowane przez O.I.Szt.Gen. francuskiego odnoszące się do II.półrocza 1916 r.i I półrocza 1917r.wykazują, że na 100 rannych i chorych opuszczających front i przyjętych do formacji sanitarnych powracało na front 88 z tego 62 przeciętnie w ciągu jednego miesiąca / z formacji sanit.obszarów operacyjnych i etapu/ 26 przeciętnie w ciągu 5 miesięcy /z formacji sanit. w kraju/. Nie wliczeni są do tej statystyki całkiem lekko ranni t.zn.éclopés skierowani do de pôts d'éclopés i chorzy zatrzymywani w izbach chorych oddziałów,razem z nimi powraca do służby na front powyżej 90 % rannych,zagazowanych i chorych. Z pozostałych 3 przechodziło do kategorii służby pomocniczej 6.2 8,2 pozostało inwalidami 0,8 umarło.

ARMJA NIEMIECKA.

Dane statystyczne dotyczące armji niemieckiej wykazują na 100 leczonych w lazaretach w polu i w kraju rannych i chorych, w pierwszym roku wojny: 88,7% zdolnych do służby/kriegsverwendungsfähig,garnisonverwendungs-fähig,arbeitsverwendungsfähig/. 7,3% niezdolnych do służby / z rentą inwalidzką lub bez,urlopy zdrowotne/ 4%śmierć.
w czwartym roku wojny: 92% zdolnych do służby 4,4% niezdolnych do służby 2,8% śmierć.

WPŁYW STOSOWANIA NOWYCH ZASAD POMOCY CHIRURG.NA WYNIKI LECZENIA.

Jak dalece postępy chirurgji wojennej wpłynęły na stosunek procentowy wyleczeń ran ciężkich dają doskonały przykład zranienia stawu kolanowego.

Z początkiem wojny zranienie stawu kolanowego dawało 25% wypadków śmierci z powodu ropnego zapalenia stawu, w 30% przeprowadzało się amputacjędolnej kończyny, reszta leczyła się z zesztynieniem stawu.Wprowadzenie wczesnej operacji z następowym t.zw.szwem pierwotnym daje w 95 % dobre rezultaty.Powyżej 30% operowanych odzyskuje zdolność do służby z bronią.Porównując te wyniki z wynikami leczenia ran stawu kolanowego w armji niemieckiej widzimy u tych ostatnich 20,4% śmiertelności z tych ran i 3 do 4 razy więcej amputacji aniżeli we FRANCJI.

Jaki wpływ na stany liczbowe armji w polu miał ten wysoki procent powrotu zdolności do służby u rannych i chorych wystarczy wspomnieć, że w armji francuskiej z samych formacji sanit. obszarów operacyjnych powróciło wyleczonych do swych oddziałów około 2 miliony 400 tysięcy żołnierzy w czasie od 1.I.1915 do 11.XI.1918.

WARUNKI POMYŚLNYCH WYNIKÓW W PRZYWRACANIU STANÓW LICZBOWYCH.

Aby móc jednakowoż osiągnąć tak dodatnie wyniki,aby móc podtrzymać stab liczbowy armji,chronić skutecznie społeczeństwo

własne przed epidemjami, zmniejszyć do możliwego minimum ilość wypadków śmierci i inwalidztwa spowodowanych wojną, musi służba zdrowia:

1/Rozporządzać dostateczną ilością środków, a więc zarówno materjału sanitarnego jak i środków transportowych, oraz dostateczną ilością dobrze wyszkolonego personelu.

2/Ponieważ ze względu na różnorodność funkcjonowania, zarówno z powodu różnych odległości, jak i różnej wysokości strat, służba zdrowia nie może do swej wyłącznej dyspozycji posiadać takiej ilości środków, aby mogły one wystarczyć nawet przy maksymalnej zapotrzebowaniu, przeto specjalnie słu. zdrowia musi mieć zapewnioną pomoc ze strony dztwa w przydziale dodatkowych środków i personelu. Ponadto sam słu. zdrowia posiadać musi na wyższych szczeblach odwody, służące do wzmocnienia organów słu. zdrowia szczebli niższych z chwilą zwiększonego zapotrzebowania.

3/Kierujący funkcjonowaniem słu. zdrowia na poszczególnych szczeblach naczelni lekarze i szefowie sanitarni muszą mieć zapewnioną stałą łączność z dowództwem, być informowani z góry o zamierzonych działaniach, aby móc odpowiednio i dostatecznie wcześniej przygotować funkcjonowanie służby, również i w czasie trwania działań muszą być stale o ich przebiegu informowani aby odpowiednio do sytuacji dostosowywać działania słu. zdrowia. Szefowie ci posiadać muszą dostateczne wykształcenie taktyczne i znać słu. szatę generalnego, aby umieć dostosowywać funkcjonowanie służby do każdorazowych potrzeb i warunków. Uznanie tego warunku przejawiało się już w kilku armjach i tak n.p. w armji amerykańskiej corocznie studjuje w szkole szt. gen. po dwu lekarzy, kończących tę szkołę z tytułami oficerów sztabu generalnego, również w armji francuskiej i w armji polskiej do wyższych szkół wojennych w PARYŻU i w WARSZAWIE uczęszcza po kilku lekarzy w charakterze hospitantów.

Wielkie znaczenie lekarza wojskowego - taktyka podkreślił już dawno słynny chirurg rosyjski PIROGOW, zaznaczając, że na nic nie przyda się cała masa najznakomitszych chirurgów i doskonale urządzone szpitale, jeżeli umieszczone one będą nieodpowiednio, skutkiem czego ranni do nich nie dojdą lub przybędą zapóźno. I tu wyłączenia się potrzeba istnienia osobnej specjalności w wiedzy lekarskiej t. zw. taktyki sanitarnej.

TAKTYKA SANITARNA.

Pod pojęciem taktyki sanitarnej rozumieć należy ogół zarządzeń jakie w pewnej sytuacji taktycznej trzeba przeprowadzić, aby zapewnić funkcjonowanie służby zdrowia stosownie do danych potrzeb, z uwzględnieniem wydajności posiadanych przez tę służbę środków. Zależną ona jest od

1. Zamiarów dcy
2. Warunków technicznych
3. Ilości i jakości posiadanych przez słu. zdrowia środków.

Zamiary dcy a więc sposób przeprowadzenia zamierzonego wzgl. na-kazanego działania mają decydujący wpływ na taktykę sanitarną. Podobnie jak inne służby t. zw. zaopatrujące, ma słu. zdrowia zadanie utrzymywania wojsk walczących w zdolności do działania, musi więc ona dostosowywać swe działania do zadań jakie mają przeprowadzić wojska walczące. Zdarzyć się mogą jednakowoż wypadki, w których te służby zaopatrywania nie będą mogły wykonać swego zadania, czy to z braku

środków czy też z powodu warunków terenowych, uniemożliwiając tem samem zamierzoną akcję wojsk walczących. Istnieje więc ścisły wzajemny wpływ działań wojsk walczących i służb na siebie i zawsze muszą być brane pod uwagę możliwości działania obydwu stron.

O zamiarach dcy informuje szefa sanitarnego już to sam dca na odprawie, już też szef sztabu wzgl. kwatermistrz/szef oddz. IV. sztabu/. Informacje te mieścić muszą w sobie następujące dane:

a/Zamierzony sposób przeprowadzenia danej akcji - ilość jednostek do tego celu użytych, czas rozpoczęcia akcji, podstawa wyjściowa, cele do osiągnięcia.

b/Przypuszczalny opór ze strony nieprzyjaciela na jaki napotyka zamierzona akcja.

c/Rozkazy dotyczące sł. zdrowia wydane w II. części rozdz. oper. wyższego szczebla.

Mając ze strony swego dowództwa te informacje, naczelny lekarz wzgl. szef sanitarny danej wielkiej jednostki przeprowadza kalkulację przypuszczalnych strat i ilości personelu i środków potrzebnych mu do zapewnienia w danej sytuacji odpowiedniego funkcjonowania służby. Poza tem bada teren i system dróg i na podstawie wszystkich tych danych opracowuje swe propozycje dotyczące funkcjonowania sł. zdrowia w zamierzonym działaniu. W propozycjach tych stawia on równocześnie wnioski co do ewentualnie potrzebnego wzmocnienia organów sł. zdrowia dodatkowym personelem wzgl. materiałem lub środkami transportowymi, czy to przez własną jednostkę, czy też od dztwa szczebla wyższego.

Na opracowanie tych propozycji mają wpływ również instrukcje techniczne wydawane przez szefów sanit. szczebla wyższego nacz. lekarzom formacji wzgl. szefom sanit. szczebla niższego. Konieczność wydawania takich instrukcji technicznych tłumaczy się tem, że dla skutecznego zwalczania ewentualnych epidemji, dla zapewnienia ran- nym możliwie szybkiego wyleczenia, o czem wspominałem już poprzed- nio, musi istnieć na wszystkich szczeblach służby zdrowia jednoli- tość działania i jednolita doktryna: wszystkie formacje sanit. od szczebla najniższego do najwyższego tworzyć muszą jednolity łań- cuch o ściśle z sobą połączonych ogniwach, w których niema naj- mniejszych przerw, i wzajemnie muszą się wspomagać.

Opracowane przez szefa sanit. propozycje uzyskują zatwierdze- nie w całości lub częściowo dcy wzgl. z jego ramienia szefa sztabu lub kwatermistrza/szefa oddz. IV./ i zostają ogłoszone w formie rozkazu w II. części rozkazu operacyjnego. Ewentualne wnioski do- tyczące wzmocnienia organów sł. zdrowia są w miarę możliwości uwzględ- niane przez samo dowództwo, lub też są przesyłane przez sztab do dowództwa szczebla wyższego.

WPLYW SYTUACJI TAKTYCZNEJ NA FUNKCJONOWANIE SŁUŻBY ZDROWIA.

Zależnie od zamierzonego działania te wnioski szefa sanitarnego będą różne. Sytuacja taktyczna wywiera specjalnie silny wpływ na taktykę służby zdrowia. Inaczej musi być ta służba zorganizowa- ną w walce ruchowej, kiedy formacje sanit. szczebli niższych /oddzia- łów, dywizji, samodzielnych brygad/ muszą być stale gotowe do

zmiany miejsca postoju, skutkiem czego gros ewakuacji pójdzie na głębokie tyły, inaczej funkcjonować będzie w wojnie pozycyjnej, inaczej wreszcie w odwrocie.

Na taktykę sanitarną wywierają również silny wpływ warunki techniczne. Wchodzi tu w rachubę warunki terenowe oraz wyekwipowanie techniczne wojsk własnych i przeciwnika.

WPŁYW TERENU.

Jak wogóle na wszelką akcję wojsk tak i na sposób funkcjonowania służby zdrowia wywiera teren bardzo silny wpływ. Inaczej będzie ona funkcjonować w terenie gorzystym, a inaczej na równinie, inaczej w terenie trudno dostępnym, a inaczej tam gdzie istnieje dużo dobrych dróg. Ważną tu również rolę gra rozbudowa osiedl ludzkich, niezbędnych dla rozwinięcia formacji sanitarnych.

WPŁYW WYEKWIPOWANIA TECHNICZNEGO.

Co do wyekwipowania technicznego wojsk własnych mającego wpływ na sposób funkcjonowania służby zdrowia to w pierwszym rzędzie chodzi tu będzie o środki transportowe, jakimi własne oddziały rozporządzają, wpływa to bowiem zarówno na szybkość poruszania się tych oddziałów, co z konieczności pociąga za sobą dostosowanie funkcjonowania służby zdrowia, jak również i na możliwość uzyskania dodatkowych środków dla służby zdrowia. Wpływ na to funkcjonowanie wywierać będzie również uzbrojenie, a więc przede wszystkim siła własnej artylerji, która w razie górowania nad artylerją przeciwnika zmniejsza tem samem straty oddziałów własnych.

ŚRODKI SŁUŻBY ZDROWIA.

Trzecim czynnikiem wywierającym wpływ na taktykę sanitarną jest ilość i jakość posiadanych przez sz. zdrowia środków. W danych statystycznych przedstawilem jak rozległą jest skala strat w poszczególnych działaniach. Tymczasem ilość personelu sz. zdrowia jest dosyć szczupłą, powiększenie szybkie tej ilości zwłaszcza ilości lekarzy, aptekarzy, dentystów stosownie do zapotrzebowania jest rzeczą niemożliwą, przygotowanie bowiem tych fachowców wymaga dłuższego czasu. To samo dotyczy się również i materiału sanitarnego, zwykle dosyć kosztownego i w dużym procencie sprowadzanego z zagranicy. To też niemożliwe jest, aby sz. zdrowia mogła na każdym szczeblu i w każdej jednostce posiadać taką ilość środków, aby podołać maksymalnemu zapotrzebowaniu. W związku z tem wysuwa się jedna z podstawowych zasad taktyki sanitarnej, zasada tworzenia odwodów formacji sanit. i personelu na szczeblach wyższych w celu przyścia z pomocą w razie potrzeby szczeblom niższym.

Środkami rozporządzanymi przez sz. zdrowia są:

a/Personel,

b/Materiał.

PERSONEL SŁUŻBY ZDROWIA.

ad a/Personel służby zdrowia składa się z kilku grup są to oficerowie:

a/grupa specjalistów, a mianowicie lekarze, aptekarze, dentyści.



b/oficerowie administracyjni.

szeregowi:

a/noszowi w oddziałach

b/szeregowi sanit.w formacjach sł.zdrowia

c/ " " nie sanitarni " " "

d/sanitarjuszki i cywilny personel pomocniczy.

L E K A R Z E.

Kierowniczą rolę w służbie zdrowia odgrywają lekarze. Podzielić ich można na trzy kategorie, a mianowicie:

1/Lekarzy specjalistów, którzy zależnie od swej specjalności powinni być przydzielani do formacji leczniczych,

2/Lekarzy bez specjalności, należy do nich przeważna część lekarzy wolnopraktykujących, ci przydzieleni są zasadniczo na stanowiska lekarzy oddziałowych i do formacji sanit.najbliższej linii bojowej położonych.

3/Lekarzy na stanowiskach kierowniczych w sł.zdrowia, a więc szefów służby na poszczególnych szczeblach i ich pomocników komendantów wielkich formacji sanit.lekarzy IV-tych oddziałów sztabów armji i kierowników sł.zdrowia stacji regulujących. Ponieważ stanowiska te wymagają dokładnej znajomości organizacji armji w czasie wojny i jej działań, funkcjonowania sztabów i taktyki ogólnej, jak również bardzo dokładnej znajomości organizacji i zasad funkcjonowania sł.zdrowia przeto zasadniczo stanowiska te obsadzone są lekarzami zawodowymi.

A P T E K A R Z E.

Rola dotychczasowa aptekarzy jako dostawców i konserwatorów materiału sanitarnego a więc leków, opatrunków i sprzętu lekarskiego rozszerzyła się znacznie w czasie wojny światowej. Są oni powołani do współpracy w ekspertyzach chemicznych, bakteriologicznych a obecnie przy ewentualności wojen gazowych, muszą być oni jako wykwalifikowani chemicy, pociągnięci do ścisłej współpracy w kwestiach walki i obrony gazowej.

D E N T Y Ś C I.

Lekarze dentyści pełnią ściśle fachowe funkcje związane z ich specjalnością.

OFICEROWIE SANIT., ADMINISTRACYJNI.

Oficerowie sanit., administracyjni pełnią w formacjach sanit. funkcje pomocnicze jako zarządzający materiałem, płatnicy, dcy rezerw personelu szeregowych i.t.p.

Omawiając sprawy personelu specjalistów w sł.zdrowia zwrócić chciałbym uwagę na jedną kwestję bardzo ważną, a mianowicie na konieczność oszczędzania, o ile to możliwe, tego personelu i nie narażania go bez potrzeby na straty. Każdy specjalista w czasie wojny jest siłą drogocenną, czy będzie to inżynier, czy chemik, czy lekarz, której wyprodukowanie wymaga dużo czasu i środków. Dobrze użyty wybitny specjalista chirurg lub epidemiolog może przywrócić do służby tysiące istnień stając się przez to wysoce wartościową jednostką dla armji, korzyści zaś jakie może on swą wiedzą przynieść armji w razie eksponowania go na jakieś stanowisko, na którym jego wiedza nie będzie wyzyskaną i na którym wiele zagraża mu śmierć lub zranienie będą bardzo nikłe.

SZEREGOWI SŁUŻBY ZDROWIA.

a/Szeregowi służby zdrowia w oddziałach.

Noszowi w oddziałach przydzielani są do wykonywania sł. zdrowia ze stanu swych oddziałów w ilości określonej etatami wojennymi. W razie ciężkich strat ilość ta czasowo musi być zwiększoną drogą wyznaczenia przez dowódcę oddziału dalszych szeregowych. Zasadniczo używa się również do pomocy w wynoszeniu rannych z pola walki personelu orkiestr wojskowych. Wyznaczeni na noszowych szeregowcy powinni być silni, inteligentni i uczciwi oraz odważni, zbieranie bowiem rannych w ostrzeliwanym bronią ręczną i maszynową polu wymaga znacznej odwagi. Do kategorii tych noszowych należą również patrole wzgl. sekcje pracujące przy lekarzach na punktach opatrunkowych oddziałów.

b/Szeregowi w formacjach sanitarnych.

W formacjach sanitarnych służbę pełnią szeregowi należący do sł. zdrowia. Poza tym do formacji tych mogą być również przydzielani do służby pomocniczej/woźnice, telefoniści, ordynansi itd./szeregowi z innych rodzajów służby wojskowej głównie z tych, które w czasie pokoju mają nadprodukcję rezerw.

PIELĘGNIARKI.

Ponadto pracują w formacjach sanitarnych jako siły pomocnicze pielęgniarki przygotowywane do tej służby przez Polski Czerwony Krzyż i Twa przysposobienia rezerw kobiecych na czas wojny.

MATERIAŁ SŁUŻBY ZDROWIA.

Na materiał służby zdrowia składają się:

- 1/Leki, opatrunki, instrumenta chirurgiczne i przyrządy lekarskie.
- 2/Materiał administracyjny.
- 3/Urządzenia szpitalne.
- 4/Materiał służący do transportu rannych i chorych.

Trzech pierwszych rodzajów materiału używa służba zdrowia już to w formie jednostek złożonych/punkt opatrunkowy, szpital polowy i.t.p./ już też jako materiału luźnego, służącego do uzupełnienia powstałych ubytków. Jak olbrzymie ilości tego materiału zużywa się w czasie wojny daje przykład statystyka francuska wykazująca, że w czasie wojny światowej w armii francuskiej n.p. waty zużyto 6.751.000 kg., opasek 85.179.000, około 444.000 noszy i.t.p. Aby takim zapotrzebowaniom podołać nie wystarczy oczywiście przygotować dla sł. zdrowia zapasy w czasie pokoju, lecz należy przygotować również rozbudowę na czas wojny przemysłu, który ma pokrywać zapotrzebowania sł. zdrowia. Są zresztą pewne rodzaje materiału potrzebnego dla sł. zdrowia, którego dłuższe przechowywanie jest niecelowe/eter, stężone kwasy i.t.p./skutkiem czego materiały te już od pierwszych dni mobilizacji muszą być dostarczane przez odpowiednie przedsiębiorstwa, zobowiązane do tych dostaw na podstawie zawartych w czasie pokoju umów.

O środkach transportowych używanych przez sł. zdrowia pomówię obszerniej przy omawianiu zasad ewakuacji rannych i chorych.

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA SŁUŻBY ZDROWIA W CZASIE WOJNY.

I. Służba zdrowia w okresie alarmu i osłony.

Z chwilą zarządzenia alarmu powstają dla sł.zdrowia zadania, analogiczne do zadań wypełnianych w czasie wojny, mimo, że nie posiada ona jeszcze formacji sanit.połowych. Z tego powodu funkcjonowanie sł.zdrowia w czasie osłony opierać się musi w przeważnej części na istniejących w czasie pokoju formacjach sanitarnych.

Zadaniem głównym sł.zdrowia w tym okresie jest nadzór nad stanem zdrowotnym oddziałów osłony, oraz jak najszybsza ewakuacja rannych i chorych z tych oddziałów.

Lekarze oddziałów osłony uruchamiają oddziałowe izby chorych, będące równocześnie rodzajem punktów opatrunk. i do tych izb chorych zostają przetransportowani ranni i chorzy z pododdziałów osłony. W tych izbach chorych ranni ci/chorzy/ zostają przez lekarza oddziału posegregowani na:

1/niezdolnych do transportu, których skierowuje się do najbliższego szpitala wojsk. lub cywilnego, pełniącego w danym wypadku rolę osłonowego szpitala polowego.

2/zdolnych do transportu, których skierowuje się na t.zw. osłonowe st.ewak., na których ranni ci/chorzy/ zostają załadowani do wagonów kolejowych i przewiezieni do głębiej położonych większych szpitali wojskowych a w wypadkach koniecznych i do cywilnych t.zw. osłonowych szpitali ewakuacyjnych. W tych osłonowych szpitalach ewakuacyjnych ranni/chorzy/ pozostają zasadniczo aż do wyleczenia. W razie przepełnienia takiego osłonowego szpitala, pewna część rannych/chorych/ zostaje pociągami sanitarnym przewieziona do szpitali w głębi kraju.

Ze względu na znaczne przestrzenie na jakich normalnie rozmieszczone są oddziały osłony, zasadniczym warunkiem sprawnego funkcjonowania służby zdrowia w czasie osłony i szybkiej ewakuacji, jest zastosowanie w szerokiej mierze samychodów sanit., zarówno bowiem ich szybkość, jak i promień działania pozwoli na dostatecznie rychle umieszczenie rannego nawet z najdalej wysuniętych placówek w szpitalu.

II. Służba zdrowia w okresach poza walką.

W okresach tych głównym zadaniem sł.zdrowia jest uchronienie stanów liczbowych armji przed stratami wskutek chorób. Okresy te dadzą się podzielić na następujące fazy.

a. Mobilizacja.

b. Transporty koncentracyjne i wyładowanie.

c. Pobyty w rejonach koncentracyjnych.

d. W czasie działań wojennych: pobyt jednostki w odwodzie, na odpoczynku, oraz w transportach operacyjnych.

a. Służba zdrowia w okresie mobilizacji: dwa główne zadania ma do wypełnienia sł.zdrowia w tym okresie, a mianowicie:

1/Badania powołanych rezerwistów co do ich zdolności do służby:

2/Nadzór nad stanem zdrowotnym miejscowości, w których odbywa się mobilizacja.

Jest rzeczą naturalną, że z pomiędzy zmobilizowanych pewna część okaże się niezdolną do służby, wskutek zmian jakie zaszły w ich organizmach w czasie między służbą czynną wzgl. ostatnimi ćwiczeniami rezerwy, a powołaniem mobilizacyjnym. Pewna część tych rezerwistów odpada już w czasie pokoju na skutek przeprowadzanych okresowych przeglądów względnie indywidualnych zgłoszeń. Liczyć się jednakowoż trzeba z tem, że około 20% powołanych okazuje się niezdolnych do służby. Do tych 20% dodać jeszcze należy codzienny ubytek 2 - 3% na skutek chorób, ogólna więc ilość powołanych musi być odpowiednio wyższą od rzeczywistych potrzeb, aby mieć z góry pokrycie tych ubytków.

Drugim zadaniem służby zdrowia jest nadzór nad stanem zdrowotnym mobilizowanych i miejscowości w których odbywa się mobilizacja. Jest rzeczą oczywistą, że nagły przypływ wielkiej ilości rezerwistów do jednostek mobilizujących stwarza wyjątkowo pomyślne warunki dla wybuchu chorób zakaźnych. Rezerwiści zjeżdżając się z różnych stron kraju, z miejscowości, w których mogły grasować choroby zakaźne, mogą być przenosicielami tych chorób na otoczenie. Poza tem warunki pomieszczenia, wyżywienia i. t. d. z natury rzeczy nie zupełnie odpowiadające wymogom higieny, ponieważ jako prowizoryczne są zwykle za ciasne, czasem brudne, nie dostosowane do zamieszkiwania w nich, mogą być również jedną z przyczyn rozszerzania się chorób zakaźnych. To też służba zdrowia musi rozstrząsać wtedy nad jednostkami mobilizującymi bardzo ścisły nadzór/kwestje pomieszczeń, ustępów, wyżywienia, woda do picia, przeprowadzanie dezynfekcji, czystość osobistą; nadzór taki w porozumieniu z władzami cywilnymi musi być również rozciągnięty nad mieszkańcami cywilnymi/izolacja domów w których są wypadki chorób zakaźnych lub podejrzanych na zakaźność, nadzór nad prostytucją i. t. p.//.

W związku z temi zwiększonymi stanami jednostek mobilizujących muszą być równocześnie zorganizowane względnie rozszerzone szpitale już to wojskowe już to cywilne.

b. Służba zdrowia w czasie transportów koncentracyjnych i wyładowań

W czasie transportów koncentracyjnych służba zdrowia musi czuwać nad warunkami higienicznymi samego transportu, na stacjach na których transporty chwilowo się zatrzymują musi być przez organa służbowe utrzymywany nadzór nad sprzedawanymi produktami spożywczymi, nad wodą, czy odpowiednią jest do picia, nad zachowaniem czystości w obrębie stacji. Już w czasie pokoju powinny być przygotowane wzdłuż linii koncentracyjnych, na stacjach na których przewiduje się chwilowe zatrzymywanie, ustępy łatwe do dezynfekcji, urządzenia do spalania śmieci i zanieczyszczeń, przygotowane studnie z wodą zdatną do picia.

Stacje sanitarne wyładownicze.

Ponieważ liczyć się należy z tem, że w czasie transportu mogą się zdarzać wypadki zachorowań tego rodzaju, że chory musi być odesłany do leczenia szpitalnego, przeto już w czasie transportów koncentracyjnych muszą być rozwinięte, w miejscowościach w których są szpitale, stacje sanitarne wyładownicze, w których przejeżdżające transp. pozostawiają swych chorych.

Opis terenu.

Rejony koncentracyjne powinny być jeszcze przed rozpoczęciem

koncentracji dokładnie zbadane przez sz. zdrowia pod względem stanu sanitarnego. To badanie sanitarne terytorjum odbywa się już w czasie pokoju i corocznie jest uzupełniane z chwilą zaś mobilizacji musi być taki opis sanitarny danego terytorjum jeszcze raz zweryfikowany co do aktualności. Opis sanitarny danego terytorjum otrzymuje oficer kwaterunkowy, a przez niego szef sanitarny wielkiej jednostki, z chwilą wyładowania tej jednostki w rejonie koncentracyjnym. W opisie tym mieścić się powinny dane epidemiologiczne danego rejonu, zaopatrzenia w wodę do picia i opis istniejących zakładów sanit./szpitale, odkażalnie, łaźnie/. Po- zatem w tych danych otrzymuje szef sanitarny wskazówki ze szczebla wyższego dokąd należy skierowywać ewakuowanych z danej jednostki.

Przed rozpoczęciem koncentracji ewakuuje się rejon z chorych, aby istniejące w rej. formacje sanitarne mogły służyć wyłącznie potrzebom koncentrujących się jednostek.

Służba zdrowia w rejonach koncentracyjnych.

Formacje sanitarne w rejonach koncentracyjnych.

Natychmiast po przybyciu wielkich jednostek do rejonów koncentracyjnych organizuje sz. zdrowia izby chorych, urządzenia higieniczne jak łaźnie, odkażalnie, wykorzystując do tego celu instalacje już istniejące. Na stacji zaop. uruchamia tymczasową st. ewakuac. której zadaniem jest załadowywanie do pociągów chorych przeznaczonych do ewakuacji na tyły.

Sposób ewakuacji.

Ewakuacja odbywa się przy pomocy wagonów osobowych 2-3 lub 4 klasy przyczepionych do pociągów zaopatrzenia. Ilość tych ewakuacji liczyć trzeba na 2-3 % stanu co na dywizję piechoty wyniesie 30 do 45 ludzi dziennie. Zasadniczo wypadki lekkie powinny być zatrzymywane w izbach chorych oddziałów i dywizyjnych izbach chorych o ile mają one przebywać dłuższy czas w rej. koncentracyjnych.

Zbiórka chorych:

Ewakuację oddziałowych izb chorych przeprowadza komp. sanitarna drogą t.zw. "zbiórki chorych" t.j. przez wysyłanie^o oznaczonych godzinach w oznaczone miejsca samochodów lub wozów sanitarnych do których są załadowywani chorzy z oddziałów przeznaczonych do ewakuacji. Zależnie od dyspozycji wydanych w II-iej części rozkazu operacyjnego dalsza ewakuacja tych chorych skierowana jest albo do tymczasowej stacji ewakuacyjnej, albo do dywizyjnej izby chorych.

Nadzór nad stanem zdrowotnym rejonu ewakuacyjnego.

Jeżeli przewidziany jest dłuższy postój jednostek w rejonie koncentracyjnym organizuje się tak zw. komisję zdrowotności złożoną z kilku oficerów i lekarza, której zadaniem jest czuwanie nad wykonywaniem przepisów mających na celu ochronę zdrowotności wojska w rej. koncentracyjnym.

Służba zdrowia w czasie pobytu wielkiej jednostki w odwodzie, na odpoczynku, wgl. reorganizacji.

Funkcjonowanie sz. zdrowia w powyższych okresach jest analogiczne do funkcjonowania w czasie postoju i będzie obszerniej przy sposobności omawiania zadań sz. zdrowia w czasie pokoju omawiana.

III. Służba zdrowia w okresie walki.

Żołnierz, który nie może brać udziału w walce, czy to z powodu zranienia, czy też choroby lub wypadku, powinien być:

1/zbadany możliwie szybko przez lekarza, który stwierdza rodzaj zranienia lub choroby i decyduje, czy dany żołnierz ma pozostać w swym oddziale, czy też ma być leczony poza oddziałem.

2/Leczony możliwie szybko w formacjach sanit. tych, które do tego rodzaju zranienia lub choroby są przystosowane.-

Teoretycznie najodpowiedniej byłoby mieć blisko frontu formacje lecznicze, dawałoby to bowiem możliwość jaknajrychlejszego rozpoczęcia leczenia dostarczonych rannych i chorych.

Wchodzą tu jednak w grę czynniki, które na takie rozwiązanie nie pozwalają. Należą do nich.

a/znacznie mniejsza ruchliwość formacji sanit. przeznaczonych do leczenia, aniżeli oddziałów, skutkiem czego w wojnie ruchowej formacje te nie mogłyby utrzymać stałego kontaktu ze swą jednostką;

b/daleki zasięg ognia artylerji, uniemożliwiający rozwijanie formacji leczniczych,

c/niecelewość zapełniania rannymi i chorymi formacji sanit. rozwiniętych w pobliżu linii bojowej, formacje te powinny być bowiem stale gotowe do przyjęcia nagłych strat, jak również do ewentualnego przesunięcia się ze swą jednostką.

Wynika z tego konieczność jaknajrychlejszego ewakuowania rannych i chorych przeznaczonych do leczenia poza swym oddziałem do formacji sanitarnych leczniczych leżących zależnie od swego przeznaczenia w różnej odległości do linii bojowej.

A. Zasady ogólne dotyczące ewakuacji.

Zadaniem ewakuacji sanitarnej jest uwolnienie jednostek walczących z rannych, /chorych, zagazowanych/, utrudniających zdolność manewrowania tych jednostek i jaknajrychlejsze przetransportowanie tych rannych /zagazowanych, chorych/ do odpowiednich formacji, w których mają oni być poddani odpowiednim zabiegom leczniczym /operacje/ /wzgl. mają pozostać w nich aż do wyleczenia.

Przy przeprowadzeniu ewakuacji sanitarnej przestrzegane powinny być następujące zasady, wpływające częściowo z teoretycznych rozważań i częściowo z doświadczeń wojny światowej.

1/Szybkość pomocy lekarskiej ma decydujący wpływ na dalsze rokowanie co do wyzdrowienia i stopnia odzyskania zdolności do służby danego rannego /chorego, zagazowanego/, zasadniczym przeto postulatem odpowiedniej ewakuacji jest jej szybkość, t. zn. jaknajrychlejsze dostarczenie rannego na miejsce gdzie ma on być poddany odpowiednim zabiegom lekarskim.

2/Najszybszy powrót ewakuowanych rannych /chorych, zagazowanych/ do swych oddziałów osiąga się przy leczeniu ich jaknajbliżej frontu, drugą przeto zasadą ewakuacji jest zatrzymywanie jaknajwiększej ilości ewakuowanych w formacjach sanitarnych obszaru operacyjnego i etapu aż do ich wyleczenia. Przystosowaniu tej zasady brać musi być jednakowoż pod uwagę:

a/wydajność pomieszczeń i wydajność pracy personelu w poszczególnych formacjach sanitarnych /zwłaszcza wydajność chirurgiczna/;

b/sytuacja taktyczna./W wojnie ruchomej rozwijanie większej ilości i wielkich formacyj sanit.w pobliżu linii bojowej może spowodować wpadnięcie ich w ręce nieprzyjaciela wzgl. zniszczenia przy nagłych przesunięciach się linii bojowej./.

c/trudności pomieszczeń, zaopatrzenia, występujące przy rozwinięciu wielkich formacyj sanit., na tych obszarach.

3/Trzecią wreszcie zasadą jest obowiązek przeprowadzania ewakuacji od formacyj szczebla niższego do formacyj sanit. szczebla wyższego przez szczebel wyższy.

Stosownie więc do tej zasady ewakuację od punktów opatrunkowych oddziałów do formacyj sanit. d.p. przeprowadza dywizja swymi środkami, od komp. sanit. do stacji ewakuacyjnej ewakuację powinna przeprowadzać armja. Ponieważ jednak armja nie ma swych organów wykonawczych sanit. między komp. sanit. a stacją ewakuacyjną, przeto ten odcinek ewakuacji przeprowadza w zasadzie dywizja, otrzymywać jednak jednakowoż musi do tego celu środki transportowe od armji. Ewakuację od stacji ewakuacyjnych do szpitali ewakuacyjnych i szpitali etapowych przeprowadza armja swymi środkami, wreszcie ewakuację od szpitali ewakuacyjnych do kraju kierują organa wchodzące w skład wielkiej kwatery głównej.

Wspomniałem poprzednio, że teoretycznie najlepszym rozwiązaniem kwestji leczenia rannych byłoby pozostawienie ich w leczeniu możliwie blisko frontu. Skutkiem tego łatwiejszym byłoby do wykonania żądanie chirurgji wojennej, że prawie każdy ranny musi być najpóźniej w 24-36 godzin od zranienia operowanym. Ponieważ jednak na takie rozwiązanie nie pozwalają inne względy, przeto blisko frontu pozostawia się w formacjach sanitarnych tylko tych rannych/chorych/, dla których natychmiastowa interwencja chirurgiczna jest konieczną dla uratowania życia, względnie u których dłuższy transport spowodowałby śmierć, lub znaczne pogorszenie się stanu. Będą tu n.p. należeć ranni po silnej utracie krwi, ranni z opaskami uciskowymi z powodu zranienia tętnic, ranni w brzuchu, ranni w klatkę piersiową z objawami duszności, zmiążdżenia kończyn, wstrząs ogólny wysokiego stopnia i.t.p. Co do chorych, to tylko wyjątkowo ciężkie przypadki zatrzymuje się w pobliżu frontu, większość ich ewakuowaną jest na tyły, podobnie jak i zagazowanych.

Zanim więc ranny względnie chory zostanie skierowany do ewakuacji na tyły musi być poddany badaniu lekarskiemu, które ma rozstrzygnąć, jak szybko potrzebną jest interwencja lekarska i na jak długi transport i na jaki rodzaj transportu pozwala stan chorego, oraz do jakich formacji ma on być skierowany do leczenia. Badanie to nosi nazwę "Segregacja rannych i chorych".-

B. Zasady ogólne dotyczące segregacji rannych i chorych-

Dobra segregacja rannych i chorych jest jednym z najważniejszych warunków sprawnej ewakuacji. Z jednej bowiem strony przez złą segregację przyjść może do przepełnienia małych formacji sanit., blisko frontu rozwiniętych, przypadkami mogącymi znieść dłuższy transport i niewymagającymi natychmiastowej interwencji lekarza, z drugiej strony mogą być skierowani ciężko ranni niezdolni do dalszego transportu, daleko na tyły co wpłynie fatalnie na ich stan, względnie może spowodować ich zejście śmiertelne w czasie trwania transportu.

Na segregację a więc na zaliczanie rannych i chorych do tej lub innej kategorii ma wpływ nie tylko sam stan rannego i rodzaj jego zranienia/schorzenia/, lecz również i przypuszczalny czas trwania transportu, oraz środki i drogi przy pomocy których i na których ten transport się przeprowadza. Ranny bowiem, u którego potrzebna jest jaknajrychlejsza interwencja chirurgiczna, przy zastosowaniu transportu konnego będzie musiał być zatrzymywany w niewielkiej odległości od linii bojowej, jeśli zaś do jego transportu użyjemy samolotu sanitarnego możemy przewieźć go daleko do wnętrza kraju. Zależnie od odległości od linii bojowej i napływu rannych segregacja jest więcej lub mniej szczegółowa. Segregacja ta rozpoczyna się już właściwie od punktu opatrunkowego oddziałów, na którym lekarz oddziałowy decyduje, kogo należy odtransportować do leczenia poza oddział i czy ma być przewieziony leżąc, lub siedząc wzgl. może maszerować, a kto pozostać ma nadal w oddziale. Nieco szczegółowszą segregację przeprowadza się na głównym punkcie opatrunkowym dywizji zarówno bowiem i większą odległość od linii bojowej jak i większą ilość personelu i środków do dyspozycji stojących na tę szczegółową segregację pozwala. Na głównym punkcie opatrunkowym segregacja ma na celu rozstrzygnięcie: 1/ kto musi być poddany natychmiastowemu zabiegowi wzgl. nie może być dalej transportowany ze względu na swój stan, 2/ kogo można skierować do dalszej ewakuacji na tyły, 3/ jaki rodzaj transportu ma być w danym wypadku zastosowany.

Przy małym dopływie rannych/chorych/, przy froncie ustalonym ta segregacja może być szczegółowszą i określać w drugiej grupie specjalne kategorie/średnio ranni, lekko ranni, draśnięci i kontuzjowani lekko i t.p./.

Segregacja zagazowanych odbywa się na tych samych zasadach jak segregacja rannych, przyczem jednakowoż brać trzeba pod uwagę, że przy gazach duszących i trujących u zagazowanego ze stanem pozornie nie budzącym obaw występować mogą przy dalszym transporcie nagłe napaści, segregacja więc musi tu być szczególniej ostrożną.

Oparzeni gazami po wykąpaniu i zmianie ubrania i bielizny mogą być uważani w przeważnej większości wypadków za zdolnych do dalekiego transportu.

Chorzy z wyjątkiem nagłych wypadków przeważnie są segregowani jako zdolni do dalekiej ewakuacji. To samo dotyczy chorych zakaźnych, o ile możliwym jest dokładne izolowanie ich w czasie trwania transportu.

Wreszcie trzecią i definitywną segregację wykonywa się już głęboko na tyłach, gdzie możliwe jest już rozwinięcie dużych formacji sanitarnych, odpowiednio technicznie zaopatrzonych i posiadających dostateczną ilość wykwalifikowanego personelu. Ta trzecia segregacja przeprowadzana przy zdjętych opatrunkach w szpitalu ewakuacyjnym decyduje już do jakich zakładów sanit. polowych wzgl. w kraju ma być skierowany dany ranny/chory, zagazowany/. Rozróżnia ona następujące rodzaje rannych/chorych, zagazowanych/.

I. Ranni: 1/ Niezdolni do dalszej ewakuacji.

2/ Zdolni do dalszej ewakuacji.

a/ u których przypuszczalnie czas leczenia trwać będzie nie dłużej nad 4-6 tygodni,

b/ u których czas leczenia trwać będzie ponad 6 tygodni.

II. Lekko ranni.

III. Zagazowani i chorzy.

1/ niezdolni do dalszej ewakuacji.

2/ zdolni do dalszej ewakuacji.

a/ czas trwania leczenia poniżej 4 - 6 tygodni

b/ " " " powyżej 6 tygodni.

c/ zakaźnie chorzy.

d/ wenerycznie chorzy

e/ samouszkodzeni.

Ten podział na poszczególne kategorie wywołany jest z jednej strony niemożnością zatrzymywania blisko linii bojowej wielkiej ilości rannych, skutkiem czego zatrzymuje się tylko tych, których natychmiast trzeba operować, względnie którzy nie znieśliby dłuższego transportu, z drugiej strony celowością tworzenia formacji leczniczych wyspecjalizowanych w pewnym kierunku, zarówno ze względu na ekonomję personelu jak i ze względu na rannych i chorych, którzy w takich zakładach znajdują specjalnie do rodzaju ich uszkodzenia dostosowaną pomoc. Z tych zasad segregacji wynika, że sz. zdrowia posiadać musi różne rodzaje formacji przeznaczonych do leczenia rannych i chorych, i że muszą być one ugrupowane wgłąb stosownie do wymagań ewakuacji i segregacji. Przejdę wobec tego do omówienia kwestji instalacji i sposobu użycia formacji leczniczych.

C. Zasady ogólne dotyczące instalacji i użycia formacji służby zdrowia.

Zasady segregacji wykazały nam, że w pobliżu linii bojowej posiadać musimy formacje lecznicze przeznaczone w pierwszej linii do przyjmowania rannych niezdolnych do transportu, oraz pewnej części zagazowanych i chorych. Formacje te muszą być nie wielkie zarówno ze względu na trudności znalezienia odpowiednich pomieszczeń w strefie przyfrontowej jak i potrzebę posiadania znacznej ruchliwości, koniecznej dla utrzymania kontraktu ze swą wielką jednostką. Ponadto dla leczenia oparzonych gazami musi istnieć możliwie blisko linii bojowej formacja sanit. mająca za zadanie dostarczanie oparzonym kąpeli i dezynfekcji wzgl. zmian bielizny, ubrania, poczem tacy oparzeni mogą już być ewakuowani na większe odległości.

Główna część prądu ewakuacyjnego jak widać z szematu idzie na tyły, do obszarów operacyjnych armji, etapu i do kraju. Tutaj też musi mieć sz. zdrowia gros swych zakładów leczniczych i to już, jak wspomniałem poprzednio wyspecjalizowanych, dostosowanych do kategorii na jakie podzieliła rannych i chorych segregacja ostateczna.

Zasadą przewodnią w użyciu formacji sanitarnych, przeznaczonych do leczenia powinno być stwierdzenie poprzednie ich wydajności pracy i pojemności. Tyczy się to zwłaszcza t. zw. "wydajności chirurgicznej, t. j. ilości operacji jaką dziennie dany zakład jest w stanie wykonać. Jeżeli bowiem ranny z powodu przeciążenia personelu, wskutek wielkiego napływu rannych musiałby czekać n. p. cały dzień na operację, to lepiej jest dla niego przewieźć go do dalej położonych zakładów, jeżeli tam rychlej mogą go zoperować. Oczywiście, że korzystniej dla rannego będzie w razie jeżeli potrzebną jest jak najrychlejsza operacja, być operowanym możliwie blisko linii bojowej, w takim jednak razie, jeżeli dany zakład ma za małą wydajność pracy, musi być wzmocniony personalnie. Wyłania się tu więc znowu konieczność posiadania przez sz. zdrowia rezerw zarówno personalnych, jak i

materiałowych.

Co do wielkości zakładów leczniczych, to poza zakładami pracującymi w pobliżu linii bojowej, które jak wspominałem muszą być niewielkie, najodpowiedniej jest tworzyć zakłady duże o znacznej wydajności pracy, upraszcza się bowiem przez to samą ewakuację oraz osiąga oszczędności w ilości personelu administracyjnego. Z ogólnej ilości łóżek szpitalnych, rozwiniętych w danym zakładzie leczniczym odpada stale około $\frac{1}{4}$ jako niezdolna czasowo do użytku/izolacje, dezynfekcje i naprawy sal i.t.p./ Aby zakłady lecznicze mogły dobrze spełniać swe zadania muszą być spełnione następujące warunki:

- 1/Odpowiednie pomieszczenia,
- 2/Dobry dostęp zarówno dla przyjazdu jak i odjazdu,
- 3/Woda,
- 4/Muszą być chronione przed ogniem nplskim,
- 5/Muszą posiadać dobrze wykwalifikowany personel i w potrzebnej ilości,
- 6/Zaopatrzenie w materiał zależnie od potrzeb.

Ad 1/.Sprawa dostarczania dobrych pomieszczeń dla szpitali jest zwłaszcza w naszych warunkach na wschodzie przeważnie dosyć trudną. Lokale przeznaczone na szpitale muszą być obszerne, jasne, skanalizowane, muszą mieć możliwość utrzymania wody w dużych ilościach i.t.d. Najbardziej do tego celu nadają się większe pałace, szkoły, koszary - dla szpitali polowych dwory, folwarki. W czasie podróży taktycznych przekonają się Panowie, że częstokroć w miejscowości wyznaczonej z mapy rozkazem operacyjnym na rozwinięcie szpitala polowego lub etapowego nie znajdzie się zupełnie odpowiednich pomieszczeń. W strefie przyfrontowej wskutek zniszczeń działaniami wojennymi zdarzyć się to może dosyć często. Aby uniknąć konieczności rozwijania w takich wypadkach n.p. szpitala polowego daleko od linii bojowej, co utrudniałoby wykonywanie jego zadania leczenia niezdolnych do transportu, powinna sł. zdrowia posiadać w swej dyspozycji pewną ilość baraków drewnianych przenośnych i namiotów, co uniezależni ją od pomieszczeń już istniejących.

Ad 2/. Aby formacja sanitarna mogła szybko przyjmować i ewakuować dalej rannych i chorych musi być stworzony do niej wygodny dostęp tak, aby przejeżdżające i odjeżdżające środki transportowe wzajemnie sobie nie przeszkadzały. Zarówno dla transportów przyjeżdżających od frontu, jak i dla transportów odjeżdżających dalej na tyły muszą być stworzone osobno pętle drożne uniemożliwiające tworzenie się zatorów.

Ad 3/. Obfitość wody do dyspozycji jest niezbędną rzeczą do sprawnego funkcjonowania zakładów sanitarnych. Zasadniczo obliczać należy 30 do 40 litrów dziennie na łóżko szpitalne w czym wliczone są już ilości wody zużyte na część administracyjną.

Ad 4/. Aby formacje sanitarne zwłaszcza szpitale, mogły wydajnie pracować, muszą być o ile są możliwe chronione przed ogniem nieprzyjacielskim. Stąd miejsce wybrane do rozwinięcia formacji sanit. nie powinno znajdować się w punktach z natury rzeczy wystawionych na ostrzeliwanie wzgl. bombardowanie z powietrza przez npla. Wchodzi tu więc w rachubę węzły dróg, stacje kol. składy amunicji. Również i noworozwijane zakłady wojskowe nie powinny rozwijać się bliżej szpitali jak na 500-1000 mtr. Dla ochrony przed

bombardowaniem przez lotnictwo nieprzyjacielskie, zakłady sanitarne powinny być oznaczone czerwonym krzyżem na białym polu na dachach i na ziemi o wymiarach dużych, aby był widoczny dla lotników/koło co najmniej o 15 metrach średnicy/. Ponadto powinny być przy szpitalach na terenie operacyjnym i w etapie pobudowane schrony, zwłaszcza tam, gdzie te szpitale są blisko obiektów wojskowych lub większych stacji kolejowych.

Ad 5/. Konieczność dokładnego przygotowania personelu sł. zdrowia do zadań jakie ma w czasie wojny wykonywać jest zupełnie zrozumiałą. Brak specjalistów, brak dobrze wyszkolonego personelu pomocniczego mści się w pierwszym rzędzie na rannych i chorych, którzy skutkiem tego nie otrzymują takiej pomocy i tak szybko jak tego ich stan wymaga. Specjalistów jak chirurgów, epidemjologów, internistów i t. p., słowem specjalistów których życie codzienne w czasie pokoju potrzebuje, praktyka życia codziennego kształci, są jednak specjalności w życiu codziennym mało lub zupełnie nie mające zastosowania a bardzo potrzebne w czasie wojny, n. p. ratownictwo gazowe, chirurgja stomatologiczna. To też już w czasie pokoju sł. zdrowia musi sobie przygotowywać kadry takich specjalistów. Bardzo również ważną jest rzeczą przygotowanie personelu pomocniczego, a więc laborantów w pracowniach bakteriologicznych, rentgenologicznych, farmaceutycznych, personelu pomocniczego, dla sal operacyjnych, dla sal szpitalnych i t. p. słowem całej tej wielkiej ilości bezpośrednich pomocników i wykonawców zleceń lekarskich. I tu również już w czasie pokoju istnieć musi nadprodukcja różnych fachowców w stosunku do potrzeb pokojowych, zwłaszcza odnośnie pielęgniarek.

Aby zakład sanitarny dobrze funkcjonował i wykonywał powierzone sobie zadania musi mieć dostateczną ilość personelu. Odnosi się to zwłaszcza do chirurgów, którzy mogą tylko pewną określoną ilość godzin na dobę pracować, i w ciągu tego czasu mogą przeprowadzić tylko pewną określoną ilość operacyj. Jest to t. zw. "wydajność chirurgiczna" danego zakładu. Jeżeli więc zakład otrzymywać będzie więcej rannych na dobę, aniżeli wynosi jego wydajność chirurgiczna, to z natury rzeczy, ranni nie będą mogli otrzymywać w odpowiednim czasie potrzebnej pomocy, czyli zakład dany nie wypełnia zadań, jakie zostały mu przekazane. Dla uniknięcia tej ewentualności sł. zdrowia posiada personalne rezerwy, które z chwilą potrzeby może wzmocnić personel danego zakładu.

Ad 6/. Zakłady sanitarne, zwłaszcza przeznaczone do leczenia powinny być zaopatrzone w urządzenia wymagane najnowszymi zdobyczami wiedzy lekarskiej i dawać wszelką możliwą wygodę leczonym w nich rannym i chorym, gdyż te czynniki przyspieszają ich wyleczenie. Oczywiście formacje sanitarne pracujące w pobliżu linii bojowej, z przyczyn poprzednio już poruszonych, nie mogą być wyposażone w tego rodzaju materiały, i z tego powodu są one tylko właściwie stacjami przejściowymi dla rannych aż do chwili kiedy stan tychże pozwoli na dalszy transport do właściwych zakładów leczniczych. Ze względu na zmienność strat musi sł. zdrowia posiadać rezerwy materiałowe w złożonych kompletach, aby z chwilą zwiększenia zapotrzebowania móc szybko rozszerzyć odpowiednie zakłady lecznicze.-

D. Zasady ogólne dotyczące użycia środków transportowych dla celów ewakuacji rannych i chorych.

Ogólna zasada ewakuacji mówi, że ranny /chory/ powinien być możliwie prędko od chwili swego zranienia i możliwie wygodnie odtransportowany z miejsca zranienia do zakładu sanitarnego w którym ma otrzymać odpowiednie leczenie. Wypełnienie tych żądań napotyka jednakowoż na bardzo poważne przeszkody, wywołane zarówno warunkami bitwy jak i terenem. Użycie wozów lub samochodów na polu bitwy jest praktycznie niemożliwym, przetransportowanie rannych z pola walki mogą wykonywać tylko żołnierze specjalnie do tego celu przeznaczeni t. zn. noszowi. Ponieważ transport na rękach lub plecach jest bardzo męczący i powolny, przeto do przeniesienia używa się na tym odcinku przeważnie t. zw. "noszy polowych". W niektórych jednakowoż wypadkach n. p. w górach głównym rodzajem transportu w strefie ognia piechoty będzie transport na plecach wzgl. na rękach.

Ze względu na to, że transport na noszach jest bardzo powolny, co nie jest bez ujemnego wpływu na rannego, powinien on być ograniczony do niezbędnego minimum; gdy tylko teren stanie się więcej odpowiedni powinno się zastosowywać wózki do noszy, co zwiększy blisko dwukrotnie szybkość transportu, przynosząc przez to korzyść samemu rannemu, oraz zwiększając wydajność pracy noszcwych, ponieważ w tym samym okresie czasu będą mogli większą ilość rannych przetransportować.

W terenie górzystym, moczarskim, na śniegu trzeba częstokroć uciekać się do różnych pomocniczych środków transportu jak, muły, sanki, narty i t. p.

Ponieważ jednak i te środki transportowe, jako pchane wzgl. ciągnięte przez człowieka zbyt małą posiadają szybkość przeto, gdy teren i warunki walki na to pozwalają /odpowiednie drogi, zakryte przed ogniem karabinowym nieprzyjaciela/, powinno się możliwie blisko linii bojowej zaczynać używać do transportu środków konnych wzgl. samochodów.

Czasem będzie to możliwe już od punktów opatrunkowych oddziałów, częściej jednak użycie konnych i samochodowych środków transportowych musi być przesunięte jeszcze bardziej na tyły przedłużając przez to czas trwania transportu i powiększając znacznie ilość potrzebnych do przenoszenia rannych noszcwych.

W naszych warunkach zarówno ze względu na stan dróg jak i brak dostatecznej ilości sprzętu na odcinku między oddziałowymi punktami opatr. a formacjami sanit. najbliższego szczebla stosuje się środki transportowe konne, a mianowicie wozy do transportu rannych i chorych, nazwijmy je krótko "wozy sanitarne". Armia francuska ogranicza użycie wozów konnych do koniecznego minimum, wywołanymi specjalnymi warunkami terenu, przeważnie zaś operuje samochodami. W MAROKU używane z bardzo pomyślnym wynikiem do transportu najbliższej linii bojowej samochody na gąsienicach /typ Citroen - Kegresse/.

Ze względu na powolność poruszania się środki transportowe konne powinny być używane tylko na małych przestrzeniach, wzgl. na drogach zupełnie nie odpowiednich dla ruchu samochodowego. Postulat ten nabiera właściwego znaczenia specjalnie w wypadkach, gdy trzeba z powodu zniszczenia linii kolejowych, przeprowadzać transport rannych drogami kołowymi na większe odległości. W wypadkach takich tylko przy użyciu środków samochodowych może służyć zdrowia do pewnego stopnia

zrealizować postulat wczesnej operacji/24-36 godzin/ przy braku zaś tych środków trzeba byłoby właściwie w odległości kilkunastu kilometrów od linii bojowej wszystkich rannych operować i dopiero następnie znów operowanych wysyłać dalej na tyły. Trzeba byłoby zatem w pobliżu linii bojowej uruchamiać ogromne formacje lecznicze co z przyczyn o których już uprzednio kilkakrotnie wspomniałem jest przeciwwskazane. Poza transportami drogami kołowymi dla celów ewakuacji rannych i chorych używa się linii kolejowych, dróg wodnych, wreszcie sporadycznie z końcem wojny światowej a masowo w MAROKU i SYRII do celów ewakuacji sanit. zaczęto stosować transport powietrzny w specjalnie dla tego celu zbudowanych samolotach sanit. Te środki transportu omówię szczegółowiej przy omawianiu sł. zdrowia szczebla na którym są one używane.

Transport choćby w najwygodniejszych warunkach odbywany jest dla ciężko rannego rzeczą nie obojętną. Stąd też unikać się musi przy transporcie wszelkich czynności wpływających ujemnie na stan rannego a dających się uniknąć. Należy do nich w pierwszym rzędzie przenoszenie rannego z jednych noszy na inne. Rannypołżony na noszach na placu boju powinien na tych samych noszach dotrzeć do szpitala polowego wzgl. do pociągu sanitarnego, a jeśli to technicznie możliwe aż do szpitala ewakuacyjnego. Wymaga to oczywiście posiadania rezerw noszy i koców we wszystkich formacjach sanitarnych przez które ewakuacja przechodzi /punkt opatrunkowy, główny punkt opatrunkowy, st. ewakuac., szpital ewakuacyjny/.

Omówiwszy zasady ogólne, według których powinna być zorganizowana i powinna funkcjonować sł. zdrowia w okresie walk, przejdę do szczegółowego omówienia organizacji i sposobów funkcjonowania tej służby na poszczególnych szczeblach.

Organizacja ta i sposób funkcjonowania musi być ściśle dostosowaną do środowiska i warunków w których pracują. Aczkolwiek praca wszystkich formacji sanit. musi ściśle łączyć się ze sobą i każda następna formacja musi być niejako dopełnieniem poprzedniej, to jednak na każdym szczeblu te formacje mają ściśle odgraniczone swoje zadania dostosowane do warunków działania i zadań danej jednostki. Tak więc inne zadania i inny zakres pracy przypada sł. zdrowia w oddziałach walczących, inne formacjom sanitarnym wielkiej jednostki, inne służbie zdrowia armji, a inne wreszcie sł. zdrowia wielkiej kwatery głównej i wnętrza kraju.

Służba zdrowia w Oddziałach.

Organizacja sł. zdrowia w oddziałach.

Zadania oddziałowej sł. zdrowia.

Zadaniem sł. zdrowia w oddziałach jest:

1/Ochrona stanu zdrowotnego oddziału przez nadzór nad przestrzeganiem przepisów higieny wojsk.; nadzorowanie stałe stanu zdrowia żołnierzy i wczesne wykazywanie schorzeń, zwłaszcza zakaźnych, udzielanie pierwszej pomocy chorym i rozstrzyganie czy mają być leczeni przy oddziale czy też ewakuowani na tyły.

2/Udzielanie pierwszej pomocy rannym/zagazowanym/na polu bitwy, zbieranie i odtransportowywanie do punktów opatr. oddziału i decydowanie czy dany ranny ma być leczony przy oddziale czy też ewakuowany na tyły.

Dobre funkcjonowanie sł. zdrowia w oddziałach jest niezmiernie ważne, od niej bowiem zależy rychłe rozpoznanie epidemji i pierwsza pomoc dla rannego, mająca bardzo doniosły wpływ na dalsze leczenie.

Organa s.l.zdrowia oddziałów:

Do wykonywania tych zadań istnieją w oddziałach następujące organa s.l.zdrowia:

piechota:

kompanja strzelecka:	1 sekcja sanitarna t.j.2 patrole sanit.
kompanja c.k.m.	1 patrol sanitarny,
Bataljon:	1 lekarz bataljonowy
	1 podoficer sanitarny
	1 patrol sanitarny
	1 wóz na materiał sanitarny
p u ł k :	1 lekarz Naczelny pułku
	1 podoficer sanitarny
	1 patrol sanitarny
	1 wóz na materiał sanitarny.

U w a g a: Patrol sanitarny jest złożony z dwóch szeregowców t.zw. noszowych i dcy patrolu, podoficera lub starszego szeregowca. Każdy z noszowych i podoficer posiadają specjalne torby, w których znajduje się pewna ilość materiału opatrunkowego i leków po-
zatem każdy patrol ma jedno nosze polowe do transportu rannych.

Kawaleria.

szwadron:	1 podoficer sanitarny
	4 szeregowców sanitarnych/po 1 na plut./.
p u ł k :	1 lekarz naczelny pułku
	1 patrol sanitarny.
	1 wóz na materiał sanitarny.

Artyleria:

bateria:	1 patrol sanitarny
dywizjon:	1 lekarz dywizjonu
	1 patrol sanitarny. 1 wóz na mat. san.
p u ł k :	1 lekarz naczelny pułku
	1 podoficer sanitarny
	1 patrol sanitarny
	1 wóz na materiał sanitarny.

Saperzy.

kompanja:	1 patrol sanitarny
bataljon:	1 lekarz naczelny baonu,
	1 patrol sanitarny
	1 wóz na materiał sanitarny.

Inne bronie i służby mają w składzie swych oddziałów wzgl. zakładów już to lekarzy z odpowiednim personelem pomocniczym już też same patrole lub samych podoficerów sanitarnych.

Personel ten posiada do swej dyspozycji materiał sanitarny już to w odpowiednich torbach noszonych przy sobie, już też transportowanych na wozie materiałowym dla uruchomienia punktu opatrunkowego wzgl. izby chorych.

Zadania i funkcjonowanie s.l.zdrowia w oddziałach w czasie wojny.

W czasie mobilizacji.

- przeprowadzanie badania zmobilizowanych i przedstawianie przed komisję tych, którzy niezdolni są do służby.
- zweryfikowanie zapasu mob. materiału sanit.
- nadzór nad stanem higienicznym pomieszczeń i odżywienia.
- wykrywanie wczesne ewentualnych chorób zakaźnych.

Podczas transportów koncentracyjnych:

- a/. Na stacji załadowniczej wystawienie posterunku sanitarnego, funkcjonującego przez cały czas załadowania.
- b/. W czasie transportu wyładowanie chorych na stacjach sanitarnych wyładowczych, nadzór nad warunkami transportu, udzielanie pomocy w razie zaskąbnień.
- c/. W czasie chwilowych zatrzymań nadzór nad utrzymaniem czystości, nad sprzedawaniem produktami spożywczymi/dyscyplinę utrzymują organa służbowe/.
- d/. Przy wyładowaniu - oddanie chorych na stację sanit. wyładowczą wzgl. tymczasową stację ewakuacyjną.

W czasie postojów prowizorycznych:

- a/. Przed zajęciem kwater przez wojska zbadanie pomieszczeń na ich stan sanitarny, jakości wody, ewentualne istnienie chorób zakaźnych.
- b/. Zbadanie zgłaszających się chorych/1 do 2 godzin po przybyciu na miejsce postoju/.
- c/. zebranie przeznaczonych do ewakuacji na jednym miejscu i załadowanie na środki transportowe przysłane do ewakuacji przez szczebel wyższy.

W czasie dłuższych postojów:

- a/. Rozwinięcie izby chorych/gdy postój ma trwać koło tygodnia/ i przeprowadzanie codziennego badania chorych. Ewakuowanie chorych stosownie do instrukcji szczebla wyższego,
- b/. nadzór nad warunkami higienicznymi oddziału/kwaterny, niszczenie odpadków, kąpiele, czystość bielizny/,
- c/. nadzór nad wodą do picia, nad produktami spożywczymi i sposobem przygotowania potraw.
- d/. nadzór nad oddziałem i ludnością cywilną w kierunku wczesnego wykrywania i izolowania podejrzanych o choroby zakaźne. Ewentualne szczepienia ochronne.
- e/. rewizja materiału sanit. i ewentualne skompletowanie go.

W czasie marszów:

1/. Zdaleka od nieprzyjaciela.

- a/. Udzielanie pomocy w razie zachorowania w czasie marszu, wydawanie pozwolenia na wzięcie na wóz sanitarny wzgl. na złożenie na wozie plecaka. Na każdym postoju lekarz oddziału oznacza, który z maszerujących bez plecaka lub jadący wozem może znowu dołączyć się do swej kolumny marszowej.
- b/. przedkładanie decy oddziału propozycji co do ulg w marszu /rozluźnienie szyku marszowego, rozpięcie kołnierzy, odpoczynki, wybór miejsc odpoczynku w cieniu wzgl. zasłoniętych przed wiatrem, wymiana maszerujących od strony wiatru i.t.p.
- c/. pozostawianie przeznaczonych do ewakuacji na punktach zbiornych chorych; w wyjątkowych wypadkach zostawia się także chorych w marszu pod opieką władz samorządowych.

2/. W pobliżu nieprzyjaciela.

- a/. Przed wymarszem wyewakuowanie z oddziałów wszystkich niezdolnych do marszu,
- b/. wozy sanitarne i materiałowe w taborze bojowym,
- c/. noszowi przy swych kompaniach, nosze mają przy sobie, lekarze wraz ze swymi patrolami przy swych oddziałach.
- d/. ustalenie przy końcu marszu punktu zbiornego dla chorych, którzy mają być odtransportowani środkami transportowymi szczebla wyższego.
- e/. gdy zachodzi ewentualność ostrzeliwania przez npl. już w czasie marszu, przygotowanie z wozu na materiał sanit. najpotrzebniejszych środków/opatrunki, podwiązki na naczynia, aparaty do ustalania złamań/, aby łatwo można było ich w razie potrzeby użyć.

Funkcjonowanie służby zdrowia w oddziałach piechoty w czasie bitwy.

Zadania sł.zdrowia oddziałów w czasie bitwy:

Zadaniem sł.zdrowia oddziałów w czasie bitwy jest:

- 1/Wyszukiwanie i zbieranie przez noszowych rannych i zagazowanych na placu boju, a jeżeli nie można ich od razu z placu boju odtransportować, chronienie ich przed ogniem nieprzyjacielskim już to przez przesunięcie ich na inne miejsce już to przez zrobienie osłon.
 - 2/Udzielenie pierwszej pomocy na placu boju.
 - 3/Przetransportowanie nie mogących maszerować, względnie przeprowadzenie mogących maszerować, rannych, zagazowanych na punkt opatrunkowy oddziału.
 - 4/Zbadanie na punkcie opatrunkowym i rozstrzygnięcie, czy dany ranny /zagazowany/ ma być ewakuowany, czy ma pozostać w oddziale,
 - 5/Udzielanie w razie potrzeby dodatkowej pomocy lekarskiej na punkcie opatrunkowym.
 - 6/Wystawienie karty ewakuacyjnej.
 - 7/Rozstrzygnięcie do jakiego rodzaju transportu dany ranny /zagazowany/ się nadaje /transport leżący, siedzący, marsz pieszy/.
- Przeważną część tych czynności przeprowadza się na punktach opatrunkowych.

Przed rozpoczęciem bitwy naczelnik lekarz oddziału otrzymuje od dowódcy oddziału informacje co do:

- a/Zadania jakie ma oddział wykonać i zamierzanego sposobu wykonania tego działania a mianowicie:
 - 1/oddziały pierwszej linii i ich podstawa wyjściowa, granice, oś posuwania się i cele do osiągnięcia,
 - 2/odwoły, miejsce ich rozmieszczenia,
 - 3/godzina rozpoczęcia akcji.
- b/Przypuszczalnego oporu nieprzyjacielskiego/pozycje nieprzyjacielskie zorganizowane lub nie, siły nieprzyjaciela, artylerja i.t.p./.
- c/Dyrektyw szczebla wyższego/II.część rozk.oper./dotyczące ewakuacji rannych.

Bataljonowy punkt opatrunkowy:

Na podstawie otrzymanych informacji a na podstawie szczegółowej instrukcji technicznej otrzymanej od szefa sanit.wielkiej jednostki przystępuje do rozwinięcia bataljonowego punktu opatrunkowego i w tym celu bada już to osobiście w terenie, już też na mapie drogi i ścieżki prowadzące od placu boju na tyły, wyszukuje w terenie miejsce odpowiednie do rozwinięcia punktu opatrunkowego i opracowawszy swe propozycje przedstawia je swemu dcy do zatwierdzenia. Z chwilą zatwierdzenia tych propozycji personel sanitarny przystępuje do rozwinięcia punktu opatrunkowego i oznaczenia dróg ewakuacyjnych.

Drogi prowadzące od placu boju do punktu opatrunkowego powinny być o ile możliwe oznaczone strzałkami, względnie napisami, o ile to możliwe wyszukiwać się powinno drogi zakryte przed obserwacją npla, aby można używać na nich wózków, względnie wozów konnych.

Samo umiejscowienie punktu opatrunkowego jest do pewnego stopnia narzucone systemem dróg prowadzących od linii bojowej. Znajdować się on winien zasadniczo w odległości 1-2 km. od linii bojowej, zresztą odległość jego od linii bojowej zależy od warunków

terenowych i warunków walki. W każdym razie punkt opatrunkowy powinien być zasłonięty przed bezpośrednią obserwacją npla i przed jego ogniem broni ręcznej i maszynowej. O ile to możliwe punkt opatrunkowy powinien być rozwinięty w jakimś istniejącym budynku, daje to bowiem większe wygody i bezpieczeństwo przebywającym w nim chwilowo rannym. Przy wyborze miejsca należy również brać w rachubę łatwość dostępu, oraz sąsiedztwo drogi po której mogą kursować wozy odtransportowujące rannych na tyły, wreszcie posiadanie w sąsiedztwie dostatecznej ilości wody. Bardzo celowe ze względu na łączność jest instalowanie punktu opatrunkowego w pobliżu miejsca postoju dowództwa bataljonu. Dla sprawnego funkcjonowania celem uniknięcia tworzenia się zatorów, zwłaszcza przy ustabilizowanym froncie, gdy punkt opatrunkowy ma możliwość systematycznej rozbudowy, wskazanem jest stworzenie w nim specjalnych oddziałów, a mianowicie: oddział w którym się przyjmuje i zapisuje do księgi głównej dostarczanych rannych, oddział w którym się przyjmuje i zapisuje do księgi głównej dostarczanych rannych, oddział w którym się bada rannego, udziela ewentualnie potrzebnej jeszcze pomocy lekarskiej i segreguje według wytycznych podanych poprzednio, oddział dla ciężko rannych oczekujących na odtransportowanie na tyły, oddział dla lekko rannych.

Zakres pomocy lekarskiej udzielanej na punkcie opatrunkowym jest bardzo wąski. Jak już poprzednio wspominałem głównym zadaniem służby zdrowia oddziałów walczących w czasie walki jest zbieranie rannych z placu boju, segregacja ich i dawanie pierwszej tylko pomocy, t. zn. nałożenie opatrunku, w razie potrzeby opaski uciskowej dla zatrzymania krwotoku, założenia aparatów ustalających w wypadkach uszkodzeń kości, zastrzykiwanie surowicy przeciwżółciowej, a w razie potrzeby środków łagodzących ból/morfiny/ i podniecających akcję serca /kamfora/, wreszcie zaopatrzenie przeznaczonych do ewakuacji w karty ewakuacyjne na których zaznaczony jest rodzaj zranienia, czas zranienia i udzielona pomoc, przyczem lekarz oddziału musi specjalnie oznaczyć wypadki w których potrzebną jest najajrychlejsza pomoc chirurgiczna/n.p.u rannych z opaskami uciskowymi z powodu zranienia tętnic/, wreszcie oznacza rodzaj transportu.

Rola lekarza oddziałowego w czasie bitwy nie jest wyłącznie rolą techniczną lekarską musi on bowiem na punkcie opatrunkowym oddziału przeciwstawić się z całą stanowczością próbom opuszczenia oddziału w czasie walki przez jednostki zdrowe lub b. lekko tylko uszkodzone zgłaszające się częstokroć na punkt opatrunkowy z ogromnymi bandażami pod którymi często nie ma żadnej rany, musi zwracać baczność uwagę na ewentualne samouszkodzenia i zaznaczać je na karcie ewakuacyjnej, słowem powinien on być filtrem przez który przechodzą z placu boju na tyły tylko ci, którzy nie mogą brać dalej udziału w walce.

Punkt opatrunkowy dla zagazowanych.

Pomocy dla zagazowanych udziela naczelnny lekarz pułku, który rozwija w razie walk gazowych punkt opatrunkowy zaopatrzone w odpowiedni materiał do ratownictwa zagazowanych. Na ten też punkt skierowywani są bezpośrednio z placu boju zagazowani całego pułku. W razie gdy nie ma walki gazowej, naczelnny lekarz pułku piechoty nie rozwija punktu opatrunkowego, a zadaniem jego wtedy jest kierowanie ewakuacją pułku przez nadzorowanie funkcjonowania stacji wozów, staranie się o przydział dodatkowego personelu noszowych w razie potrzeby, względnie rozdzielenie orkiestrantów pułku do poszczególnych baonów dla zwiększenia ilości noszowych, wreszcie pomoc na poszczególnych punktach opatrunkowych oddziałów w razie potrzeby.

Czas rozwinięcia punktu opatrunkowego.

Zasadniczo punkt opatrunkowy oddziału rozwija się w walce pozycyjnej, oraz w walkach natarcia, gdy ustalona jest podstawa wyjściowa, w zgóry oznaczonym miejscu jeszcze przed rozpoczęciem akcji; w walce ruchowej punkt opatrunkowy rozwija się zasadniczo dopiero z chwilą kiedy skończy się okres zbliżania, kiedy ranni zaczynają napływać już w większej ilości i można z pewnem prawdopodobieństwem ocenić na którym pododcinku oddziału spodziewać się należy największych strat. Miejsce, w którym ma być rozwinięty punkt opatrunkowy, ustala w swym rozkazie dowódca oddziału na wniosek lekarza oddziału. O miejscu rozwinięcia muszą być powiadomione wszystkie wchodzące w skład danego oddziału pododdziały, naczelnik lekarz pułku, a przez niego szef sanitarny dywizji, umiejscowienie bowiem punktów opatrunkowych oddziałów ma wpływ na umiejscowienie głównego punktu opatrunkowego, a zwłaszcza wysuniętych punktów opatrunkowych i szpitalnego wozu.

Przemieszczenie punktu opatrunkowego.

Gdy oddziały walczące przesuną się naprzód i odległość między nimi a punktem opatrunkowym staje się zbyt wielką, przesuwa się również punkty opatrunkowe naprzód na miejsca wyznaczone przez dowódcę oddziału, w razie zaś braku kontaktu z dowódcą oddziału miejsce wybiera lekarz oddziału i zawiadamia o nowem miejscu rozwinięcia punktu opatrunkowego swego dowódcę i naczelnego lekarza pułku. Przed zmianą miejsca pobytu muszą być z punktu opatrunkowego odtransportowani wszyscy znajdujący się na nim ranni. Zasadniczo najodpowiedniejszą porą do zmiany miejsca dla punktu opatrunkowego są pauzy po osiągnięciu poszczególnych faz w czasie walk natarcia, względnie chwilowego osłabienia natężenia bojowego.

Funkcjonowanie punktu opatrunkowego w okresie wykorzystania.

W fazie wykorzystania punkty opatrunkowe oddziałów nie mają czasu na instalację stałą. Głównem zadaniem będzie tu jak najrychlejsza ewakuacja na tyły. Częstość trzeba tu rozdzielać personel zostawiając jednego lub dwóch sanitariuszy na dawnym miejscu, aż do zabrania pozostałych na punkcie opatrunkowym rannych przez wozy komp. sanit., reszta zaś personelu z materiałem podążać musi za swym oddziałem, aby nie stracić z nim kontaktu i móc interweniować przy nowym oporze ze strony npla.

Funkcjonowanie punktu opatrunkowego w razie odwrotu.

W razie odwrotu usiłowania wszystkie służby zdrowia oddziałów iść winny w kierunku zabrania z placu boju jaknajwiększej liczby rannych i ewakuowanie ich na tyły. Porządek pilności jest tu odwrotny, aniżeli w wypadkach normalnych, w pierwszym więc rzędzie ratować tu powinna służba zdrowia rannych. Punkty opatrunkowe cofając się według rozkazów dowódcy oddziału pozostawiają na dawnym miejscu rozłokowania aż do ostatniej chwili łącznika, który ma wskazywać kierunek nowego rozłokowania punktu opatrunkowego rannym mogącym maszerować i noszowym.

Służba zdrowia w oddziałach artylerji.

W okresach poza walką zadania i sposób funkcjonowania służby zdrowia w oddziałach artylerji jest analogiczny do oddziałów piechoty. W czasie walki zasadniczo zadania są te same co w piechocie, jednakowoż

sposób ich wykonywania jest nieco odmienny. Nie wchodzi już w rachubę wyszukiwanie rannych na placu boju jak w piechocie, z tego też powodu najcelowiej jest, aby wszyscy noszowi baterji zgrupowani byli razem przy punkcie opatrunkowym dywizjonu, rozwijanym normalnie w pobliżu miejsca postoju dowództwa dyonu, a lekarz dyonu mając stałe połączenie z dywizjonem może natychmiast interwenjować posyłając większą ilość patroli, zwykle bowiem chodzić tu będzie o większą ilość rannych naraz z powodu trafienia baterji pociskiem nieprzyjacielskim. Z tych też względów niezawsze celowem będzie w walce ruchowej rozwijać przy dyonach artylerji punkty opatrunkowe, często bowiem w bliskim sąsiedztwie znajdować się będzie czy to wysunięty punkt opatrunkowy dywizji, czy też stacja wozów na które ranni mogą być po udzieleniu im przez lekarza potrzebnej pomocy na miejscu na którym zostali zranieni bezpośrednio ewakuowani. W razie większego zmasowania artylerji zwłaszcza w walce pozycyjnej mogą punkty opatrunkowe kilku dywizjonów utworzyć jeden wspólny punkt opatrunkowy. Co do środków transportu to w pierwszym rzędzie wchodzić tu będą w rachubę wózki do noszy. Również i wozy konne względnie samochody normalnie będą mogły podsuwać się aż do samych punktów opatrunkowych artylerji, albo bardzo blisko nich.

Służba zdrowia w oddziałach kawalerji.

Służba zdrowia kawalerji dywizyjnej opiera się na służbie zdrowia oddziałów do których przydzielone są poszczególne szwadrony, plutony, obszerniej przeto nie będę jej omawiał.

Co do sposobu funkcjonowania służby zdrowia w oddziałach kawalerji samodzielnej to mamy tu dwie ewentualności.

Gdy kawalerja walczy w szyku pieszym zajmując pewien odcinek frontu, funkcjonowanie służby zdrowia będzie analogiczne do sposobu funkcjonowania tej służby w oddziałach piechoty.

Druga ewentualność to normalne użycie kawalerji, zwiady, osłona, zagony.

Nie może tu być zwykle mowy o organizowaniu punktu opatrunkowego w pojęciu jak istnieje on w piechocie. Cała działalność skupiać się będzie na możliwie szybkim zebraniu z terenu rannych i przetransportowaniu ich przez noszowych szwadronu, czy to na noszach, czy na koniu na tyły, gdzie normalnie przy dowództwie oddziału funkcjonuje lekarz ze swym pomocniczym personelem. W niektórych wypadkach będzie możliwe utworzenie przy grupie konowodów "punktu zbornoego dla rannych", do którego transportują rannych z placu boju noszowi, a z tego punktu są oni przy pomocy personelu będącego w dyspozycji lekarza oddziału odtransportowywani do miejsca gdzie funkcjonuje prowizorycznie punkt opatrunkowy. Dalszą ewakuację powinny przeprowadzać organa służby zdrowia dywizji, względnie samodzielnej brygady kawalerji, co w wypadkach podjazdów, względnie zagonów nie zawsze będzie możliwe. Skutkiem tego gdy w podjeździe/zagonie/ bierze udział tylko 1 lub 2 pułki kawalerji powinny one być wyposażone we własne środki transportowe/zwłaszcza samochody sanitarne/. Oddziały kawalerji mogą ewakuować swych rannych do najbliższego punktu opatrunkowego oddziałów piechoty, względnie do punktów opatrunkowych dywizji. W plutonie działającym samodzielnie/n.p. na zwiadach/ ranny, po otrzymaniu od sanitariusza plutonu pierwszego opatrunku, o ile nie może być zabrany na koniu, musi być pozostawiony w terenie i możliwie rychło powinno być zawiadomione odpowiednie dowództwo o miejscu pozostawienia rannego, aby można było przetransportować go do odpowiedniej formacji sanitarnej.

W wypadkach szybkiego posuwania się naprzód są zwyżajnie straty kawalerji niewielkie. Aby nadażyć ze swemi oddziałami słu. zdrowia w tych wypadkach po udzieleniu pierwszej pomocy tworzy, "centra zgrupowania rannych" zostawiając przy takim centrum jednego sanitariusza, udzielenie dalszej pomocy i odtransportowanie rannych z tych centrów należy do zadań słu. zdrowia szczebla wyższego.-

Służba zdrowia w oddziałach technicznych.

Oddziały techniczne pracują zwykle w drobnych oddziałach, pomoc sanitarną otrzymują one od najbliższych oddziałów piechoty, kawalerji i. t. p. Pierwszej pomocy rannym udzielają i przeprowadzają transport patroli sanit. wchodzące w skład oddziałów technicznych.-

Służba zdrowia w lotnictwie.

Służba zdrowia w lotnictwie związana jest z lotniskiem. Na każdym lotnisku powinien być zorganizowany punkt opatrunkowy mający w swej dyspozycji samochody sanitarne, które przewożą rannych do najbliższego szpitala. Poza tem w aparatach lotniczych znajdują się specjalne skrzynki opatr. dla udzielenia pierwszej pomocy.

Zaopatrzenie w materiał sanit. w czasie bitwy.

Materiał opatrunkowy uzupełniają noszowi na punkcie opatrunkowym oddziału. Lekarz oddziału uzupełnia swój materiał w razie braku w czasie bitwy na podstawie zwykłej karty służbowej w kompanji sanit. swej wielkiej jednostki.

Działanie służby zdrowia po bitwie.

Po bitwie musi być przeprowadzone oczyszczenie pola bitwy. W wojnie ruchowej będzie to możliwe w chwili czasowej przerwy w działaniach, w wojnie pozycyjnej musi się to oczyszczanie odbywać systematycznie. Należy do tego: poszukiwanie i zbieranie trupów, grzebanie, w wojnie pozycyjnej również usuwanie odpadków organicznych, dezynfekcja i. t. p. Roboty te wykonują w pierwszym rzędzie oddziały robocze i ludność cywilna, personel zaś słu. zdrowia wykonuje nadzór nad sposobem wykonania tych działań.-

- SŁUŻBA ZDROWIA W WIELKICH JEDNOSTKACH -

Dywizja piechoty.

Z a d a n i a o g ó l n e :

Zadaniem służby zdrowia dywizji piechoty jest:

W czasie postoju :

- 1/Nadzór i pomoc w wykonywaniu służby przez służbę zdrowia oddziałów z punktu widzenia utrzymania zdrowotności wojska. Pomoc w urządzaniu kąpielisk, dezynfekcja, pomoc w badaniu wody i. tp.
- 2/współpraca i pomoc sż. zdrowia oddziałów w leczeniu i ewakuowaniu chorych w czasie postoju.

W czasie marszów:

- 1/wzmacnianie w razie potrzeby środków transportowych sż. zdrowia oddziałów.
- 2/tworzenie wzdłuż osi marszu punktów zbiorczych chorych i ewakuowanie pozostawionych przez oddziały na tych punktach chorych.

W czasie walk:

- 1/Uzgadnianie i podtrzymywanie działalności sż. zdrowia oddziałów w wykonywaniu przez nią zbierania rannych i udzielania pierwszej pomocy.
- 2/Przeprowadzanie transportu z oddziałowych punktów opatrunkowych na gł. punkt opatrunkowy dywizji.
- 3/Przeprowadzanie segregacji rannych, zagazowanych i chorych transportowanych na Głw. punkt opatr. i udzielanie im dodatkowej pomocy lekarskiej.
- 4/Ewakuowanie segregowanych zależnie od kategorii już to do szpitala polowego już też na stację ewakuacyjną. Zasadniczo zadanie to wykonywać powinna sż. zdrowia armji, ponieważ jednak nie posiada ona w strefie między Głw. punktem opatr. a stacją ewak. swych organów, któreby mogły tą ewakuacją kierować, przeto zadanie to przeprowadza sż. zdrowia dywizji, otrzymuje jednakowoż od armji dodatkowe środki transportowe dla wykonania tego zadania/kolumny sanit., samochodowe, kolumny sanit. konne i t. p.
- 5/Udzielanie wczesnej pomocy chirurgicznej i leczenie niezdolnych do transportu rannych, zagazowanych i chorych.

Organizacja

- ORGANIZACJA SŁ.ZDROWIA W D.P.-

Do wykonania swych zadań sł.zdrowia dywizji piechoty posiada następujące formacje sanitarne:

- 1.kompania sanitarna dywizji piechoty
- 2.szpital polowy
- 3.kolumna dezynfekcyjno-kąpielowa.

Ponadto do dyspozycji służby zdrowia dywizji piechoty mogą być przydzielone przez Armję:

- 4.zespół wzgl.zespoły chirurgiczne
- 5.zespół gazowy
- 6.kolumna samochodowa sanitarna lub kolumna sanit.transportowa konna.
- 7.dodatkowy personel/noszowi/
- 8.dodatkowe szpitale polowe wzgl.sekcje szpit.polowych.

ad 1/ - KOMPANIA SANITARNA DYWIZJI PIECHOTY -

Formacją wypełniającą główną część zadań sł.zdrowia d.p.jest kompania sanitarna.Składa się ona z drużyny dowódcy kompanii i czterech plutonów,z których trzy zorganizowane jednakowo służą do uruchamiania punktów opatr.dla rannych,czwarty zaopatrzony w materiał specjalny i wykwalifikowany personel służy do uruchomienia punktu opatrunkowego dla zagazowanych.Każdy z plutonów posiada po dwa wozy na materiał sanitarny,z którego rozwija się punkt opatrunkowy oraz po 10 wozów do transportu rannych,jak więc widać każdy z tych plutonów może do pewnego stopnia samodzielnie pracować.

Ponadto w skład kompanii sanit.d.p.wchodzi polowa przychodnia dentystyczna.

Przy drużynie dowódcy znajdują się również wozy z rezerwą materiału sanit.,służącą dla pokrywania nagłych potrzeb tego materiału w oddziałach.Razem komp.sanit.liczy około 8 ofic.,253 szeregowych,40 wozów do transportu rannych i 23 wozy materj.i inne.

ad 2/

W skład szpitala polowego dywizji piechoty wchodzi:drużyna komendanta

3 sekcje szpitalne każda po 40 łóżek szpitalnych,
dywizyjna pracownia bakteriologiczna.

Razem szpital polowy liczy około 5 lekarzy,85 szereg.,24 wozy materj.i 6 wozów do transportu rannych.

KIEROWNICTWO SŁ.ZDROWIA D.P.

Służbą zdrowia dywizji piechoty kieruje szef sanitarny dywizji, wchodzący w skład kwatery głównej d.p.W kwestiach użycia taktycznego służby,miejsca rozmieszczenia formacyj sanit.,ewentualnego wzmocnienia służby zdrowia oddziałów przez sł.zdrowia dywizji stawia on wnioski decy dywizji w drodze przez kwatermistrza.Wnioski przyjęte ukazują

się potem w formie rozkazu w II-iej części rozkazu operacyjnego dywizji. Ponieważ wnioski dotyczące ewentualnie potrzebnego wzmocnienia sł. zdrowia dywizji przez sł. zdrowia armji/przydział dodatkowych formacyj, środków transportowych personelu/ są przedkładane w drodze przez kwatermistrza D-cy Dywizji i dopiero zostają przedłożone Dcy armji do ewentualnego zrealizowania. Z chwilą gdy wnioski szefa sanit. zostały sankcjonowane rozkazem, nadzór nad wykonywaniem czynności formacyj sanitarnych i wydawanie rozkazów dotyczących sposobu funkcjonowania należy do szefa sanitarnego, który jest bezpośrednim dowódcą tych formacyj. Szef sanitarny dywizji posiada swoje biuro/biuro szefa sanit.d.p./ w skład którego wchodzi jeden lekarz i personel pomocniczy szeregowych. Lekarz biura szefa sanit.d.p. jest równocześnie lekarzem kwatery głównej d.p.

FUNKCJONOWANIE SŁ.ZDROWIA W CZASIE POSTOJÓW.

Kompanja sanitarna.-

Dywizyjna izba chorych:

W czasie dłuższych postojów/gdy postój ma trwać powyżej tygodnia/uruchamia kompanja sanit./przy pomocy materiału własnego i rekwirowanego na miejscu/ w miejscu wyznaczonym w II cz.rozkazu operac.dywizyjną izbę chorych /ilość łózek około 30/, której zadaniem jest leczenie ewakuowanych z oddziałów tych lekko chorych, którzy prawdopodobnie w kilku dniach będą zdolni do służby. Przy postojach prowizorycznych nie rozwija się dywizyjnej izby chorych.

Zbiórka chorych:

Dla wyewakuowania chorych z oddziałów wysła dca kompanji w myśl polecenia szefa sanit.d.p.codziennie o oznaczonej godzinie i ustalonymi drogami wozy sanitarne, wzgl.samochody z kolumny samoch. sanit.do miejsc zbiórki chorych z oddziałów.Chorzy ci muszą być w oznaczonej porze zebrani na tych punktach zbornych, a wozy zbierają ich jadąc od jednego oddziału do drugiego.Część chorych, których leczenie trwać będzie przypuszczalnie dłużej niż kilka dni, przewozi kompanja sanit.do wyznaczonych w rozkazie operac.formacji/stacja ewakuacyjna,szpital etapowy i.t.p./.

W czasie krótkich postojów zadaniem komp.sanit.jest tylko zabranie chorych z punktów zbornych chorych i przetransportowanie ich do wyznaczonych rozkazem operacyjnym formacyj sanit.

Szpital polowy dywizyjny w czasie postojów:Normalnie szpital polowy dywizyjny jest w czasie postojów zwinięty.W wyjątkowych razach/długi postój zdala od nieprzyjaciela/ może on być uruchomiony i służyć do leczenia lekko chorych dywizji.

Kolumna dezynfekcyjna przeprowadza w razie dłuższych postojów dezynfekcję pomieszczeń, ubrań i bielizny, dostarcza możliwości kąpieli, współpracuje w dostarczaniu dobrej wody do picia i.t.p.

Funkcjonowanie sł.zdrowia w czasie marszów.

Komp.sanitarna:

Zależnie od sytuacji taktycznej w jakiej dywizja się znajduje funkcjonowanie sł.zdrowia d.p.będzie nieco różne.

Zbiórka chorych przed odmarszem.

Na kilka godzin przed rozpoczęciem marszu dca komp.sanit.na podstawie rozkazu szefa sanit.wysyła wozy na punkty zborne chorych poszczególnych oddziałów,aby wyewakuować chorych,których lekarze oddziałów skwalifikują jako niezdolnych do marszu i nadających się do leczenia szpitalnego.Zależnie od sytuacji taktycznej ilość tych ewakuowanych chorych będzie różna.Przy marszach zdala od nieprzyjaciela,gdy chodzi tylko o przemarsz z jednego miejsca postoju na drugi,będzie możliwem zabranie już to na wozach oddziałów,już też na wozach kompanji sanit.na nowe miejsce postoju tych chorych,którzy przypuszczalnie w ciągu paru dni będą zdolni do służby.Ewakuowani będą więc tylko nadający się do leczenia szpitalnego.Przy marszu w pobliżu nieprzyjaciela,przy marszu zbliżania,środki transportowe sanit.muszą być zupełnie wolne,aby mogły natychmiast interwenjować,poza tem obciążanie oddziałów w tych warunkach choćby tylko lekko chorymi jest przeciwwskazane,przy takich więc marszach ewakuowani będą wszyscy,uznani za chorych przez lekarzy oddziałowych.

Wozy mające ewakuować chorych z oddziałów muszą być wysłane tak wcześnie,aby mogły zabrać chorych z punktów zbórnych przynajmniej na godzinę przed wyruszeniem każdego oddziału.Ustala to na polecenie Szefa sanit.Dca komp.sanit.na podstawie tabeli wymarszu poszczególnych oddziałów.O porze przyjazdu wozów na punkty zborne chorych muszą być dotyczące oddziały zawiadomione.

Przydział środków transportowych na czas marszu:

W niektórych wypadkach /przy marszach uciążliwych/ może szef sanit.d.p.polecić dcy kompanji sanit.przydzielić do poszczególnych kolumn marszowych po kilka wozów do transportu rannych/chorych/. Wozy te maszerują wtedy z taborami pułkowemi wzgl.przy marszach w pobliżu nieprzyjaciela z taborami bojowemi.

Punkty zborne chorych:

Wzdłuż osi marszu kolumny,względnie kolumn,tworzy kompanja sanitarna punkty zborne chorych.Miejsce ich uruchomienia oznaczone jest na wniosek szefa sanit.d.p.w Cz.II.rozk. operacyjnego.Te punkty zborne tworzy się po jednym dla każdej kolumny marszowej /gdy dywizja posuwa się kilku kolumnami/,przy marszach powyżej 20 klm.Zazwyczaj rozwijane są one w odległości 10-15 klm.od punktu przejściowego gros kolumny marszowej,tzn przy drodze marszu, w ziemi i w porze deszczowej w budynku,w porze letniej wprost na dworze. Te punkty zborne uruchamia dowódca komp.sanitarnej wysyłając stosownie do rozkazów szefa sanit.d.p.,ze strażą przednią personel złożony z lekarza i kilku sanitariuszy oraz 2-3 wozów sanit.,którzy po przybyciu na miejsce oznaczone rozwijają punkt zborny.Powinien on być uruchomiony możliwie blisko drogi i dobrze oznaczony aby przechodzące oddziały łatwo mogły go zauważyć.Punkt zborny powinien być zasadniczo uruchomiony na około pół godziny przed rozpoczęciem przemarszu głównej kolumny,zwija się również w około pół godziny po przemarszu ostatnich elementów kolumny marszowej.Zadaniem punktu zbornego jest przyjmowanie chorych,których lekarze oddziałowi w ciągu marszu uznali za nadających się do ewakuacji,udzielenie im potrzebnej ewentualnie pierwszej pomocy i wyewakuowanie do formacji sanit.wyznaczonych w II.cz.rozkazu operacyjnego.Po przeprowadzonej ewakuacji personel i wozy punktu zbornego dołączają do swej

kompanji sanit. na nowem miejscu postoju.

Cała kompanja sanitarna maszeruje w marszach zdala od nieprzyjaciela z taborami dywizyjnymi, przy marszach w pobliżu nieprzyjaciela z taborem bojowym.

Rozmieszczenie formacyj sanit.d.p.w marszu zbliżania:

Przy marszach zbliżania, kiedy istnieje ewentualność zaangażowania się w walkę straż przedniej w skład strażi przedniej w jej tabor bojowy wchodzi normalnie jeden pluton komp.sanit., który z chwilą rozpoczęcia walki może natychmiast rozpocząć funkcjonowanie.

Szpital polowy i kolumna dezynfekc.w czasie marszów:

W czasie marszów szpital polowy i kolumna dezynfekcyjna posuwają się z taborem dywizyjnym.

FUNKCJONOWANIE SŁUŻBY ZDROWIA D.P.W CZASIE WALKI.

Zadania i sposób funkcjonowania szefa sanit.d.p.:

Przed zaangażowaniem dywizji do walki powinien szef sanitarny przygotować plan funkcjonowania dywizyjnej sł.zdrowia. Funkcjonowanie to zależy od warunków w jakich walka ma być prowadzona, z tego też powodu przed przystąpieniem do opracowania tego planu musi szef sanitarny otrzymać od swego dowódcy wzgl.od kwatermistrza następujące informacje:

- 1/zadania dywizji i zamierzony sposób jego przeprowadzenia.
- 2/ilość i rozdział sił użytych do wykonania zadania, ich granice, osi posuwania się, termin rozpoczęcia akcji.
- 3/zadania poszczególnych grup walczących/cele do osiągnięcia, fazy/.
- 4/przypuszczalny opór nieprzyjaciela, / a więc jakie straty należy przewidywać/.
- 5/granice dywizji.

Czynnikiem drugim wpływającym na przygotowanie tego planu działania są szczegółowe instrukcje techniczne otrzymywane od szefa sanit.szczębla wyższego, oraz II.część rozkazu operacyjnego szczębla wyższego w części odnoszącej się do służby zdrowia. W instrukcjach technicznych mieścić się będą wskazówki co do sposobu przeprowadzenia segregacji/która może być różna zależnie od tego, czy w rejonie dywizji mogą być zatrzymywani lekko ranni, czy ze względu na znaczną odległość od stacji ewakuacyjnej i szpitala ewak.nie trzeba zatrzymywać w szpitalu polowym d.p.większej ilości rannych, jako niezdolnych do transportu aniżeli normalnie i.t.p./.-

W części II.rozk.operac.szczębla wyższego mieścić się będą dane co do miejsca rozwinięcia stacji ewakuacyjnej, szpitala ewakuac. ewent.przydział dodatkowych formacyj sanit.do dywizji, zaopatrzenie w materiał sanitarny.

Wreszcie na plan funkcjonowania wywiera wpływ również i teren w którym dywizja ma walczyć, a więc konfiguracja terenu, jego pokrycie, obecność większych osad ludzkich, drogi i ich jakość i.t.d. Badanie terenu powinien szef sanit.przeprowadzić o ile to możliwe osobiście/posiłkując się zresztą przytem opisem kraju/wtedy bowiem najlepiej i najszybciej zdoła ocenić możliwość rozwinięcia poszczególnych formacyj sanit.dywizji i drogi najodpowiedniejsze do ewakuacji.

Plan funkcjonowania sz.k.zdrowia d.p.:

Posiadając wszystkie te dane przystępuje szef sanit.d.p.do opracowania planu funkcjonowania służby w zamierzonej akcji.W planie tym mieścić się powinny następujące dane:

- 1/rozmieszczenie punktów opatrunkowych oddziałów i punktów opatr. dla zagazowanych/tylko u podstawy wyjściowej/; dane co do tego rozmieszczenia otrzymuje szef sanit.od nacz.lekarzy oddziałów.
- 2/rozmieszczenie głównego punktu opatrunkowego ewent.wysuniętych punktów opatrunkowych, stacyj wozów,skład pod względem personalnym i środków transportowych tych punktów względnie stacyj.Miejsce zbiórki lekko rannych mogących maszerować.Miejsce rozwinięcia przez komp.sanit.d.p.punkt.opatr.dla zagazowanych.
- 3/Miejsce rozwinięcia dywizyjnego szpitala polowego.
- 4/Rozmieszczenie stacji ewakuacyjnej i szpitala ewakuacyjnego.
- 5/Dyspozycje dotyczące podziału rannych według kategorii i miejsca przeznaczenia,/na podstawie II.cz.rozk.,operacyjnego armji i instrukcji techn.szefa sanit.armji/.Sposób transportu poszczególnych kategorii rannych/jakie środki transp.powinny być dla poszczególnych kategorii używane/.
- 6/Przewidywania na wypadek posuwania się naprzód i odwrotu/oś po której ma się przemieszczać Gł.punkt opatr.,stacja wozów i przysunięte punkty opatrunkowe.
- 7/Zaopatrzenie w materiał sanit.
- 8/Assanizacja pola bitwy.
- 9/Kalkulacja strat i wynikające z niej wnioski co do ewentualnej potrzeby wzmocnienia służby zdrowia dywizji przez armję.

Sz.k.zdrowia w II.cz.rozk.operacyjnego d.p.

Tak opracowany plan funkcjonowania służby zdrowia zostaje przedłożony dowódcy dywizji w drodze przez kwatermistrza.Po zatwierdzeniu go pewne części tego planu wchodzi w II.cz.rozkazu operacyjnego a mianowicie:

- 1/rozmieszczenie głównego punktu opatr.,wysuniętych punktów opatr. i stacyj wozów.
- 2/Rozmieszczenie szpitala polowego.
- 3/Rozmieszczenie stacji ewakuacyjnej i szpitala ewakuacyjnego.
- 4/Rozmieszczenie kolumny dezynfekcyjnej.
- 5/Rozmieszczenie dodatkowo przydzielonych przez armję formacyj sanit./czołówka chirurgiczna,kolumna sanit.i.t.p./.
- 6/Zaopatrzenie w materiał sanit.

Szczegółowa instrukcja techniczna szefa sanit.d.p.

Pozatem na podstawie zatwierdzonego przez dowództwo dywizji planu funkcjonowania opracowuje szef sanit.d.p.szczegółową instrukcję podpisaną przez siebie a parafowaną przez kwatermistrza,przeznaczoną dla naczelnych lekarzy pułków i dców formacyj sanit.dyw.

Instrukcja ta powinna zawierać:

- 1/Miejsce postoju szefa sanit.podczas bitwy.
- 2/Organizację łączności między szefem sanit.a naczelnymi lekarzami pułków i dowódcami formacyj sanit.d.p.oraz pomiędzy temi poszczegól-nymi formacjami.
- 3/Skład personalny i ilość środków transportowych na głównym punkcie opatr.,wysuniętych punktach opatr.i stacjach wozów./Skład ten regu-luje w czasie walki stosownie do potrzeb Dca. komp.sanit.d.p./.
- 4/Zadania głównego punktu opatrunkowego i szpitala polowego/o ile w danej sytuacji mają funkcjonować nieco odmiennie aniżeli normalnie/.
- 5/Przeznaczenie poszczególnych rodzajów środków transportowych.
- 6/Rozmieszczenie formacyj sanit.armji i etapu/szpit.ewak.,szpitale etapowe,dom ozdrowieńców/.
- 7/Zaopatrzenie w materiał sanit.w wypadkach nagłych zapotrzebowań.
- 8/Przepisy porządku wydane przez dowództwo/zapora sanitarna/.
- 9/Przewidywania na wypadek posuwania się naprzód i odwrotu.
- 10/W razie potrzeby przepisy dotyczące się asanizacji pola bitwy.

Omówię pokrótce niektóre ustępy tej instrukcji szczegółowej.

Miejsce postoju szefa sanit.d.p.

Co do miejsca postoju szefa sanit.d.p.w czasie bitwy to powin-no ono znajdować się w miejscu postoju dowódcy dywizji.Wspominałem już poprzednio, że zadania służby zdrowia w czasie bitwy nie są czysto mechaniczne.Nie można tu obliczyć z góry jak np.w sz.int., że tyle a tyle porcji żywności będzie potrzeba na dzień następny, ilość bowiem strat zmieniać się może z godziny na godzinę,raz największe natężenie strat jest w oddziale X,po pewnym czasie w innym oddziale,ponadto i formacje sanitarne,zwłaszcza punkty opatrunkowe narażone są z powodu bliskości linii bojowej na straty lub zupełne zniszczenie.O tych wszyst-kich zmianach zachodzących w toku walki musi być szef sanit.natychmiast powiadomiony,aby mógł natychmiast wydać odpowiednie zarządzenia, a mo-zliwe jest to tylko tam,gdzie dochodzą natychmiast wszelkie meldunki dotyczące sytuacji i gdzie dowódca może natychmiast zatwierdzić wnioski szefa sanit.mające na celu dostosowanie funkcjonowania sz.zdrowia do sytuacji danej chwili.Niejednokrotnie już podkreślałem jak poważną rolę w dalszym losie ранego ma szybkość udzielonej mu pomocy.Ta szyb-kość zaś pomocy możliwą będzie tylko wtedy, jeżeli kierujący funkcjo-nowaniem służby zdrowia szef sanit.będzie stale,natychmiast informo-wany o przebiegu walki i o wszystkich wypadkach mających wpływ na takie lub inne funkcjonowanie tej służby.

Łączność między formacjami sanit.:

Bardzo ważną jest kwestja łączności pomiędzy poszczególnymi for-macjami sanit.w d.p./punkty opatr.,komp.sanit.,szpit.polowy,stacja ewak./..Wszystkie formacje sanit.muszą się wzajemnie w swej pracy wspomagać, są niejako wzajemnem sobie dopełnieniem.Ponieważ ranny przechodzi przez nie kolejno,przeto utrudnienia w funkcjonowaniu lub zupełne zniszczenie którejkolwiek z nich odbija się odrazu na funkcjo-nowaniu innych formacyj przynosząc tem samem szkodę ранnym.Stąd też

muszą one być z sobą w stałym kontakcie i wzajemnie się wspierać. Łączność między temi formacjami utrzymuje się przy pomocy sieci telefonicznej, środków transportowych kursujących z rannymi od oddziałowych punktów opatr.do formacji dalszych oraz przy pomocy specjalnych gońców.

Ustalenie składu formacji terenowych przez komp.sanit.:

Szef sanit.ustala w swej szczegółowej instrukcji skład osobowy i ilość środków transp.poszczególnych formacji wystawianych przez kompanję sanit.d.p.zależnie bowiem od liczebności i ilości oddziałów dla których dany wysunięty punkt opatrunkowy lub stacja wozów ma funkcjonować,zależnie od odległości między punktami opatr.oddziałów, a stacją wozów wzgl.wysuniętym punktem opatrunkowym,wreszcie zależnie od odległości między temi ostatnimi a głównym punktem opatrunkowym ilość potrzebnego personelu noszowych i środków transportowych będzie różna.Ilość ta w czasie trwania walki stosownie do potrzeb może być przez komendanta komp.sanit.zmienioną.

Dyrektywy użycia środków transportów.:

W swej instrukcji szczegółowej ustala również szef sanitarny jakie środki transportowe mają być używane dla poszczególnych kategorii rannych.Potrzebne to jest zwłaszcza przy skąpej ilości tych środków,kiedy najwygodniejszy rodzaj transportu/samochody sanitarne, wozy dla transportu rannych/ nie wystarczają dla ewakuacji wszystkich rannych i trzeba je przeznaczyć tylko dla najciężej rannych /niezdolni do transportu,zdolni do transportu w pozycji leżącej/, resztę zaś transportować trzeba środkami dodatkowymi,które później szczegółowiej omówię.

Zaopatrzenie w mat.sanit.:

Nagłe zapotrzebowania punktów opatr.oddziałów na materiał sanit. w czasie trwania boju pokrywa kompanja sanit.na podstawie zwykłej karty służbowej lekarza oddziału wyszczególniającej potrzebny materiał.Upoważnienie do pokrywania tego rodzaju zapotrzebowań wydaje szef sanit.w swej instrukcji szczegółowej.

Zapora sanit.:

T.zw.zapora sanitarna ma na celu powstrzymanie przenikania samotnych żołnierzy z placu boju poza pewną określoną granicę.Kordon ten, wystawiony przez dowództwo,utrzymywany przez żandarmów,kawalerję dywizyjną,znajduje się normalnie przed linią rozmieszczenia Gł. punktu opatr.

Przewidywania na wypadek posuwania się naprzód wzg.odwrotu.:

W przewidywaniach na wypadek posuwania się naprzód wzg.odwrotu ustala szef sanit.osie po których mają się przemieszczać wysunięte punkty opatr.wzgl.stacje wozów i Gł.punkt opatr.; dla tego ostatniego powinno być o ile możliwości ustalone z góry nowe miejsce rozmieszczenia.

Przejdę teraz do omówienia funkcjonowania poszczególnych formacji sanitarnych dywizji w czasie bitwy.

KOMPAŃJA SANITARNA W CZASIE BITWY.

Zadaniem kompanji w czasie bitwy jest:

- 1/Przetransportowanie rannych i zagazowanych z oddziałowych punktów opatr.na główny punkt opatrunkowy.

- 2/Udzielanie dodatkowej pomocy rannym i zagazowanym.
- 3/Segregacja rannych i zagazowanych i przyprowadzenie ich do stanu zdolności do dalszego transportu.
- 4/Zatrzymywanie zupełnie niezdolnych do transportu/umierających/
na gł.punkcie opatr.i przetransportowanie niezdolnych do transportu do szpitala polowego dywizji,zdolnych do transportu na stację ewakuacyjną.

Dla wypełnienia tych zadań rozwija kompanja sanit.w czasie bitwy Główny punkt opatrunkowy dywizji,który przechodzić muszą wszyscy ranni,zagazowani,chorzy danej dywizji,oraz w razie potrzeby wysunięte punkty opatrunkowe i stacje wozów.

GŁÓWNY PUNKT OPATRUNKOWY DYWIZJI.

Rozmieszczenie Głównego Punktu Opatr. :

Miejsce głównego punktu opatr.zależy od następujących czynników:

- 1/Rozmieszczenie punktów opatr.oddziałów.
- 2/Drogi prowadzące od oddziałów walczących i drogi prowadzące na tyły.
- 3/Konfiguracja terenu.
- 4/Możliwość zaopatrzenia w wodę.
- 5/Rozmieszczenie artylerji.
- 6/Istnienie odpowiednich budynków.

Najpoważniejszymi z tych czynników są drogi, ściśle bowiem z nimi związana jest możność przeprowadzania transportu od oddziałów i dalej na tyły,teren, gdyż od jego konfiguracji,od możliwości znalezienia miejsca zakrytego przed obserwacją nieprzyjacielską zależy bliższe lub więcej odległe od linii bojowej umieszczenie Gł.punktu opatr.; wreszcie rozmieszczenie artylerji,nie można bowiem rozwijać Gł.punktu opatr.zbyt blisko pozycji artylerji,gdyż byłby stale narażony na ostrzeliwanie ze strony nieprzyjaciela, nie mógłby więc funkcjonować.Przy walkach gazowych,gdy użyte są gazy parzące bardzo ważne znaczenie ma również możność zaopatrzenia w wodę w wielkich ilościach - potrzebne więc tu będzie blizkie sąsiedztwo jakiegoś stawu,strumyka,studni o wielkiej wydajności wody i.t.p.

Przeciętna odległość Gł.punktu opatr.od linii bojowej powinna wynosić 5 - 8 klm.

Pomieszczenia:

Co do pomieszczeń dla punktu opatr.,to w wojnie ruchowej wykazują się często znaczne trudności w ich wynalezieniu.Gł.Punkt opatr.jest formacją dużą o bardzo intensywnym ruchu,to też często-kroć musi on być pomieszczony w kilku kompleksach budynków,jeżeli zaś nie ma dostatecznej ich ilości to przynajmniej najpoważniejsze jego części powinny być w budynkach umieszczone.Należą do nich: Sala dla segregacji rannych i opatrunkowa,sala dla umierających,sala oczekujących na ewakuację do szpit.polowego,niezdolnych do transportu.

Na załączniku Nr.4.przedstawiony jest szematycznie Gł.Punkt opatr.z podziałem na poszczególne ubikacje,które powinien posiadać. Oczywiście,ze dla segregacji rannych,dla celowego ich opatrywania, dla ciężko rannych zatrzymywanych chwilowo na Gł.punkcie opatr.wyznaczone lokale muszą być czyste,obszerne,widne.

Dostęp do Gł.punktu opatr.:

Bardzo ważną rzeczą dla sprawnego funkcjonowania gł.punktu opatr.jest łatwy dostęp i to taki,aby wozy przywożące rannych od punktów opatr.oddziałów nie wchodziły w drogę powracającą nowym przyjeżdżającym wozom.Również ruch taborów przeprowadzających ewakuację od Gł.punktu opatr.na tyły/szpit.polowy,st.ewakuacyjną/ nie może się krzyżować z taborami przeprowadzającymi ewakuację między punktami opatr.oddziałów a Gł.punktem opatrunkowym.

Sposób funkcjonowania:

Podział pracy na Gł.punkcie opatr.jest następujący:

- 1.Przyjęcie rannych,chorych zagazowanych,skierowanie tych ostatnich i lekko rannych/lekko chorych/ na punkt opatr.dla zagazowanych i na oddział dla lekko rannych/chorych/.
- 2.Segregacja i udzielanie dodatkowej pomocy.
- 3.Załadowywanie do środków transportowych celem ewakuacji do szpitala polowego i na stację ewakuacyjną.-
- 4.Opieka szpitalna nad pozostawionymi na Gł.punkcie opatr.umierającymi.
- 5.Wydawanie materiału na zapotrzebowanie nagłe.

Kategorie na jakie segreguje się na gł.punkcie opatrunkowym są:

- 1.Niezdolni zupełnie do transportu - umierający.
Tych zostawia się na Gł.punkcie opatr.Jeżeli staną się z czasem zdolni do transportu,ewakuuje się ich do szpitala pol.lub na stację ewak.tych jest około 1% ogółu rannych.
- 2.Niezdolni do transportu - ewakuuje się ich do szpitala polowego dywizji.Przeciętnie jest ich około 7 - 8% ogółu rannych.Oczywiście procent ten jest zmienny.Zależy nie tylko od samych warunków bitwy,ale i od odległości na jakie trzeba rannych transportować i od środków,którymi transport się przeprowadza.Ponieważ wiadomem jest,że długi transport bardzo niekorzystnie wpływa na stan rannego,przeto i ilość rannych,których trzeba będzie pozostawiać w szpitalu polowym będzie w takim razie większą.
- 3.Ranni zagazowani i chorzy zdolni do transportu
a/leżący
b/siedzący.

Ewakuuje się ich na stację ewakuacyjną.

- 4.Lekko ranni i lekko chorzy - na stację ewakuac.transport siedzący.
Ogółem transportuje się z Gł.punktu opatr.na st.ewak. - 1/3 leżący i 2/3 siedzący.-

Poza temi kategorjami musi Gł.punkt opatr.oznaczać na kartach ewakuacyjnych wypadki chorób zakaźnych/ponieważ muszą być przy dalszym transporcie izolowane/ i ewent.wypadki samouszkodzeń lub porażenia na samouszkodzenia.

Zależnie od stanu rannego ustala się również przy segregacji porządek pilności transportu i potrzebnej interwencji.

Czynności fachowe na Gł.Punkcie operac.:

Pomoc fachowa udzielana na Gł.Punkcie opatr.ogranicza się do zatrzymania krwotoków,rewizji opatrunków uciskowych,skontrolowanie ustalenia złamań i ewent.popravienia tych opatrunków,zastrzyki przeciwcenne,jeżeli dotąd nie były zrobione.

Żywnienie:

Ponieważ przy dużym napływie rannych muszą oni częstokroć oczekiwać na Gł.punkcie opatr.po kilka godzin na dalszy transport na tyły,przeto przy gł.punkcie opatr.otrzymują oni posiłek i gorące napoje.

Przesuwanie Gł. Punktu Opatr.:

Przesunięcie gł. punktu opatr. na nowe miejsce odbywa się zasadniczo w ten sposób, że na dawnym miejscu postoju pozostaje część personelu pełniąc normalne funkcje gł. punktu opatr. część zaś instaluje nowy gł. punkt opatr. W razie jeżeli funkcjonował wysunięty punkt opatr. może on czasowo przyjąć funkcje gł. punktu opatrunkowego, dopóki ten ostatni nie rozpocznie funkcjonować na nowym miejscu.

Normalnie gł. punkt opatr. nie zmienia swego miejsca rozwinięcia wcześniej jak nad ranem dnia następnego po całodziennnej bitwie, otrzymywał on bowiem będzie rannych w większej ilości, jeżeli walka zakończyła się o zmierzchu, jeszcze około północy.

W razie odwrotu gł. punkt opatr. cofa się na nowe miejsce na rozkaz szefa sanit., w razie zaś braku takiego rozkazu, gdy zachodzi obawa wpadnięcia w ręce nieprzyjaciela, wydaje rozkaz cofnięcia się dla kompanii sanit. Przy cofaniu się wszystkie wysiłki sz. zdrowia skierowane być powinny na wyewakuowanie wszystkich znajdujących się na gł. punkcie opatrunkowym i punktach opatr. oddziałów rannych, przyczem w pierwszym rzędzie ewakuować należy lżej rannych.

Przy walkach na froncie umocnionym i stabilizowanym główny punkt opatr. może być uruchomiony z wszelkimi potrzebnymi udogodnieniami zarówno dla rannych jak i dla wydajności pracy.

Poza uruchomieniem gł. punktu opatrunkowego rozwija kompania sanit. d.p. stosownie do dyspozycji zawartych w II. cz. rozkazu operac. i instrukcji szczegółowej szefa sanit. d.p. wysunięte punkty opatrunkowe i stacje wozów.-

WYSUNIĘTE PUNKTY OPATRUNKOWE.

Warunki rozwijania wysuniętego punktu opatr.:

W wypadkach gdy dywizja zajmuje długi odcinek frontu bojowego skutkiem czego jej skrzydła oddalone są powyżej 10 klm. od gł. punktu opatr., specjalnie zaś w wypadkach, gdy pewna część dywizji pracuje w jakimś wycinku terenu, lub jako oddział wydzielony, a drogi prowadzące na tyły z danego wycinka mają tego rodzaju przebieg, że wymagałyby rozwinięcia głównego punktu opatr. głęboko na tyłach za linią bojową, w takich wypadkach uruchamia się wysunięty punkt opatrunkowy komp. sanitarnej d.p.

Sposób funkcjonowania:

W razie jeżeli z tego wysuniętego punktu opatr. transporty rannych skierowuje się na główny punkt opatrunkowy, na wysuniętym punkcie opatr. odbywa się tylko kontrola opatrunków, lepsze ustalenie złamań i ewent. przeładowanie rannego z noszami z wozu na samochód sanit. jest to więc w takich razach rodzaj punktu opatrunkowego oddziałowego, pracującego jednakowoż w nieco spokojniejszych warunkach i z większą ilością personelu, a więc mogącego dać dokładniejszą pomoc rannemu zważając zaś przygotować go lepiej do długiego w tych wypadkach transportu.

W razie jeżeli konfiguracja terenu i układ dróg nie pozwala na transportowanie rannych z wysuniętego punktu opatr. na główny punkt opatr., wtedy wysunięty punkt opatr. przejmuje na siebie dla oddziałów za którymi pracuje, rolę gł. punktu opatrunkowego t. zn. przeprowadza:

- 1.-transport z oddziałowych punktów opatr.
- 2.-segreguje rannych na kategorie podobnie jak na głównym punkcie opatr.,udziela dodatkowej pomocy i przygotowuje do dalszego transportu.
- 3.-ewakuuje rannych stosownie do kategorii do szpitala polowego dywizji i na stację ewakuacyjną.-

Skład personalny i środków transportowych na wysuniętym punkcie opatr.ustala szef sanit.d.p.Normalnie będzie to 1 pluton kompanji sanit.,zależnie jednakowoż od odległości na jakich ten punkt ma transportować rannych i od liczebności obsługiwanych oddziałów ilość personelu i środków transport.będzie większa lub mniejsza.

Miejsce wyznaczone do rozwinięcia wysuniętego punktu opatrunkowego powinno posiadać pod względem dróg i bezpieczeństwa te same warunki jak gł.punkt opatrunkowy.Normalnie znajduje się on w odległości 3 -4 klm.za linią bojową.-

S T A C J E W O Z Ó W.

Jednem z zadań kompanji sanit.d.p.jest przeprowadzenie transportu od oddziałowych punktów opatr.do gł.punktu opatr.Dla wypełnienia tego zadania muszą komp.sanit.podsunąć swe środki transportowe możliwie blisko oddziałowych punktów opatr.W niektórych wypadkach /gdy punkt opatr.jakiegoś baonu i drogi idąca od niego na tyły są dobrze zakryte/ te środki transportowe/wozy sanit.samochody sanit./ będą mogły podjechać aż na sam punkt opatr.i zabierać z niego bezpośrednio rannych.Normalnie wozy nie będą mogły podjechać bezpośrednio do punktów opatr.oddziałów,wobec czego tworzy się możliwie blisko tych punktów w miejscu odpowiednio zakrytem przy drodze prowadzącej do gł.punktu opatr.stacje wozów.Umieszczona one powinny być w ten sposób,aby mogły obsługiwać kilka punktów opatrunkowych.

Skład stacji wozów.:

Skład osobowy i środków transportowych takiej stacji,ustalony na początku akcji instrukcją szczegółową szefa sanit.d.p.zależny jest od ilości obsługiwanych punktów opatr.i odległości od nich oraz od głównego punktu opatr.Składa się ona z pewnej ilości patroli sanitarnych z noszami i wózkami do noszy oraz z pewnej ilości wozów sanitarnych.

Sposób funkcjonowania:

Ponieważ,jak wspomniałem poprzednio,normalnie wozy nie będą mogły podjechać aż do samego punktu opatr.oddziału,przeto znajdujące się na stacji wozów patrole sanitarne mają za zadanie przenosić na noszach i przewozić na wózkach do noszy rannych z wyznaczonych rozkazem oddziałowych punktów opatr.na stację wozów,na której ranni ci zostają załadowani na wozy i przewiezieni na gł.punkt opatr.wzgl. na wysunięty punkt opatr.Na stacji tej zbierają się również lekko ranni z odnośnych punktów opatrunkowych i stąd maszerują grupami pod komendą najstarszego rangą już to oddzielnie,już też przy wozach transportujących rannych na gł.punkt opatrunkowy.

Przemieszczanie stacji wozów:

Stacja wozów przesuwą się wzdłuż drogi po osi wyznaczonej przez szefa sanit d.p.starając się stale być możliwie blisko oddziałowych

punktów opatrunkowych, gdyż przez to skracają się czas trwania transportu na noszach, zmniejszając tym samym liczbę potrzebnych noszowych. Kierownictwo funkcjonowaniem komp. sanit.:

Pracą zarówno głównego punktu opatr. jak i wysuniętych punktów opatr. i stacji wozów kieruje dowódca komp. sanit.

Rozdział personelu i środków transport. kompanii sanitarnej:

Główna część personelu kompanii sanit. pracuje tam gdzie są zasadnicze zadania tej kompanii, a więc na głównym punkcie opatr. reszta stosownie do zarządzeń szefa sanit. na stacjach wozów i wysuniętych punktach opatrunkowych, a w wyjątkowych wypadkach również i na pułkowych punktach opatrunkowych. Wozy do transportu rannych poroździelane są, po kilka na stacje wozów, a z reszty zrobiony jest odwód, znajdujący się przy głównym punkcie opatr. Jeżeli kompania sanitarna przeprowadza swymi wozami sanit. transport rannych tylko między punktami opatr. oddziałów a Gł. punktem opatr., do ewakuacji zaś na tyły ma przydzielone dodatkowe środki transportowe w takim razie rezerwa wozów sanit. kompanii umieszcza się w pobliżu stacji wozów; z rezerwy tej uzupełnia się automatycznie stacje wozów w chwili odjazdu jakiegos wozu z rannymi na główny punkt opatrunkowy.

PRZYCHODNIA DENTYSTYCZNA.

Wchodząca w skład kompanii sanit. przychodnia dentystyczna rozwija swą czynność głównie w czasie postojów i w razie walk na froncie ustabilizowanym. W walkach ruchomych personel przychodni dentystycznej pomaga w pracy na głównym punkcie opatrunkowym zwłaszcza kierownik przychodni współpracuje z lekarzami w udzielaniu pomocy rannym z uszkodzeniami szczęk i zębów.

SZPITAL POŁOWY DYWIZYJNY W CZASIE BITWY.

Zadania szpitala polowego dywizyjnego:

Zadaniem szpitala polowego jest przyjmowanie przywożonych do niego rannych/zagazowanych, chorych/ niezdolnych do transportu, udzielanie im potrzebnej pomocy lekarskiej i leczenie ich aż do czasu, kiedy dany ranny, /chory, zagazowany/ stanie się zdolny do transportu i może być ewakuowany na stację ewakuacyjną/przeciętnie 7-8 dni/.

Przy froncie ustalonym, umocnionych pozycjach i słabem nasileniu walk może szpital polowy dywizyjny służyć również do leczenia tych lekko rannych i chorych, którzy w ciągu najwyżej dwu tygodni będą zdolni do służby. Czynności takie mogą być polecane szpitalowi polowemu tylko przez szczebel wyższy.

Warunki rozmieszczenia:

Szpital polowy rozwijany jest normalnie w odległości 10-15 km. od linii bojowej, przyczem odpowiedni wybór lokali gra tu znacznie poważniejszą rolę, aniżeli przy głównym punkcie opatrunkowym. Ponieważ w szpitalu polowym przeprowadza się ciężkie operacje, leżą w nim sami ciężko ranni i chorzy, przeto przeznaczone dla szpitala polowego lokale powinny być możliwie wygodne, jasne i czyste, nie narażone na ostrzeliwanie ze strony nieprzyjaciela, ma to bowiem wpływ zarówno na możliwość operowania jak i na leczenie się ran. Najodpowiedniejsze są tu

dwory, szkoły, koszary. Przy znanym na naszych kresach wschodnich braku budynków odpowiednich, częstokroć trzeba się będzie posługiwać przy uruchamianiu szpitala polowego przenośnymi barakami wzgl. odpowiednie namiotami, zwłaszcza dla sali operacyjnej, która musi być możliwie jasną, czystą i obszerną.

Sposób użycia szpitala polowego:

Ponieważ zadaniem szpit. pol. jest przyjmowanie i leczenie niezdolnych do transportu, przeto szpital ten musi się znajdować niezbyt daleko od linii bojowej, aby transport rannych był możliwie krótki. W wojnie pozycyjnej szpital taki może pracować więc przez dłuższy czas w jednym miejscu, z chwilą, gdy zostanie zapełniony rannymi, otrzymuje dywizja na jego miejsce od armji nowy szpital polowy wzgl. dodatkowe sekcje szpitalne.

Natomiast w wojnie ruchowej, przy posuwaniu się dywizji naprzód, szpital rozwinięty w jednej miejscowości już po 1-2 dni jest za bardzo odległy od linii bojowej i zachodziłaby potrzeba przesunąć go bliżej. Ponieważ przesunięcie szpitala całego byłoby niemożliwe, bo są w nim już ranni po operacji, nie mogą oni być również ewakuowani ze szpitala, bo są niezdolni do transportu, przeto szpital polowy jest podzielony na trzy sekcje, z których każda przy pomocy drużyny komendanta szpitala może pracować samodzielnie.

Sposób funkcjonowania szpit. polowego:

Praca ta odbywa się następująco:
Z chwilą otrzymania w II. cz. rozk. operac. i w instrukcji szczegółowej szefa sanit. rozkazu do rozwinięcia szpit. pol. w pewnej miejscowości komendant szpitala wyznacza miejsca na salę przyjęcia chorych, salę operac. i opatrunkową, oraz sale dla rannych, chorych na 40 miejsc. Materjał rozwija tylko pierwsza sekcja, drużyna dcy i pozostałe sekcje pracują z sekcją pierwszą nie rozwijając swego materjału. Jeżeli zachodzi potrzeba zwiększania liczby miejsc w szpitalu rozwija się sekcja druga.

Gdy dywizja posunie się naprzód i wydany zostanie rozkaz uruchomienia szpit. polowego w innej miejscowości, przesuwa ją się do tej nowej miejscowości sekcje wolne wraz z drużyną dowódcy i tam rozpoczynają pracę jak poprzednio. Sekcje unieruchomione nie otrzymując już potrzebnych rannych przeprowadzają tylko dodatkowe leczenie/ewent. w razie potrzeby przeprowadzają jeszcze dodatkowe zabiegi operacyjne już operowanych/, po przyjsciu zaś znajdujących się w nich rannych do zdolności do transportu i wyewakuowanie ich/przeciętnie po 7-8 dniach/ dołączają do drużyny komendanta swego szpitala.

Nawet więc w wypadkach, gdyby dywizja walcząc posuwała się bez przerwy naprzód, jeden szpital polowy może jej wystarczyć na około 6 dni przyjmując straty średnie.

W razie gdy szpital polowy zmuszony jest do cofnięcia się wstecz, rannych, dla których transport byłby zabójczy, pozostawia się pod opieką pewnej ilości personelu szpitala wraz z częścią materjału sanit., reszta szpitala cofa się ewakuując najpierw zdolnych do transportu rannych.

DYWIZYJNA PRACOWNIA BAKTERJOLOGICZNA.

Wchodząca w skład dywizyjnego szpitala polowego pracownia bakteriologiczna ma za zadanie współpracę z innymi organami śl. zdrowia oddziałów i dywizji nad utrzymaniem stanu zdrowotnego wojska i uchronienie go przed chorobami zakaźnymi. Przeprowadza ona badania wody i produktów spożywczych nadesłanych jej z oddziałów i zakładów dywizji, wydzielin podejrzanych na choroby zakaźne i.t.d. Głównie jej działanie będzie w czasie postojów i w czasie walk na froncie stałym.-

KOLUMNA DEZYNFEKCYJNO- KAPIEŁOWA.

W czasie bitwy, o ile użyte są w niej gazy, według najnowszej organizacji organicznie należąca do dywizji p./kolumna dezynfekc. kąpielowa współpracuje przy plutonie gazowym kompanii sanit.d.p. Współpraca ta zasadza się na kąpaniu oparzonych gazami, dezynfekowaniu ich ubrań i bielizny, dezynfekowaniu i myciu wozów i noszy na których transportowano oparzonych gazami.-

ZESPOŁY CHIRURGICZNE.

Wspomniałem przy oznaczeniu zasad dotyczących rozwijania i funkcjonowania szpitali, że zasadniczym warunkiem wypełnienia przez jakiś szpital powierzonych mu zadań jest dostateczna wydajność jego pracy, a więc dostateczna ilość fachowego personelu.-

Stwierdzono na podstawie doświadczenia, że jeden zespół chirurgów/operator i asystent/ może w ciągu doby zoperować 10-12 ciężko rannych, lub 20 średnio rannych lub 40 lekko rannych. Według opinii chirurgów polskich cyfry te należy zredukować. Jeżeli przyjmujemy, że n.p. dywizja prowadząca główne natarcie traci w ciągu dnia 600 rannych, to między niemi niezdolnych do transportu, a więc przeznaczonych do szpitala polowego i tam możliwie szybko operowanych będzie około 40. Są to sami ciężko ranni, trzeba byłoby zatem czterech zespołów chirurg. aby tych rannych w ciągu doby zoperować, a jak wiadomo muszą być oni zoperowani najdalej 24-36 godzin od chwili zranienia. Takich strat nie ponosi jednak dywizja codziennie. Dla zoperowania strat małych, a do pewnego stopnia i średnich wystarcza personel trójsekcyjnego szpitala polowego, tylko więc w przewidywaniu strat wysókich szpit. polowy musi utrzymywać wzmocnienie od armji w postaci 1 - 2 zespołów chirurgicznych wraz z pomocniczym personelem, których przydziela szef sanit.d.p. do pracy w szpit. polowym dywizji. Z chwilą zmniejszenia się strat, gdy nie przewiduje się w krótkim czasie silniejszych walk zespoły zostają odwołane przez szefa sanit. armji wzgl. przydzielone do innych dywizji w razie potrzeby. Zespół chirurgiczny składa się z 2 chirurgów/operator i asystent/ 2 siostr chirurgicznych/do instrumentów i narkotyzierka/.-

DODATKOWE ŚRODKI TRANSPORTOWE DLA SŁUŻBY ZDR.DYWIZJI.

Przy przeprowadzaniu kalkulacji strat i wydajności środków transportowych stwierdza się, że organiczne środki transportowe d.p./wozy sanitarne bataljonów i wozy komp.sanit.d.p./wystarczają przy stratach wysokich i odległościach normalnych na transport rannych między punktami opatr.oddziałów, a głównym punktem opatrunkowym.Do przetransportowania rannych z głównego punktu opatr.do szpit. polowego i na stację ewakuacyjną tych środków już niewystarcza.Dla przeprowadzenia tego transportu otrzymuje dywizja od armji środki dodatkowe.W pierwszej linii są to kolumny samoch.sanitarnych.Kolumna samoch.sanit.składa się z 20 samochodów, sanit.Mamy kolumny samoch. sanit.typu ciężkiego i typu lekkiego.

Typ lekki samochodu, nadający się do użycia w pobliżu linii bojowej, a więc w rejonie dywizji przewozi 3 leżących lub 5 siedzących, typ samochodu ciężkiego, nadający się do użycia na dobrych drogach, a więc głównie na obszarze operacyjnym armji i etapu przewozi 5 leżących, lub 2 leżących i 5 siedzących lub 10 siedzących.

Jako szybki i wygodny środek transportowy samochód sanit. używany jest w pierwszym rzędzie do transportu rannych leżących, gdy zaś ilość samochodów jest dostateczna transportuje się w nich również i rannych siedzących.-

Ponieważ ewakuacja rannych na tyły zaczyna się od głównego punktu opatrunkowego przeto miejsce postoju kolumny samoch.sanit. jest zawsze przy głównym punkcie opatrunkowym/jeżeli rozwinięty jest przy drodze zdolny dla ruchu samochód/ i stąd samochody przewożą rannych do szpitala polowego i na stację ewak.

W razie braku kolumn samoch.sanit.względnie w terenie nienadającym się do ruchu samochodowego może armja przydzielić dywizji dla celów ewakuacji rannych kolumny sanit.transportowe konne.Kolumny te organizowane są przez Polski Czerwony Krzyż i są oddawane do dyspozycji armji, która w miarę potrzeby przydziela je poszczególnym dywizjom.Kolumna taka składa się z 60 wozów do transportu rannych, z tego 30 czterokołowych o nośności 3 rannych leżących lub 5 siedzących każdy i z 30 wózków dwukołowych lekkich o nośności 2 rannych leżących wzgl.4 siedzących.Kolumny te są również przydzielane do głównego punktu opatrunkowego.-

Jeżeli armja nie może przydzielić dywizji dostatecznej ilości kolumn sanit.samochodowych wzgl.konnych może oddać jej do celów ewakuacji sanit.zwykle kolumny taborowe.

W razie braku środków transportowych częstokroć służba zdrowia posiłkować się musi dla ewakuacji rannych taborami zaopatrzenia jadącymi próżno na stację zaopatrzenia dywizji, kolumnami amunicyjnymi jadącymi po amunicję i.t.p.W wypadkach takich część rannych/tylko lekko ranni lekko chorzy/, przewożona kolumnami amunicyjnymi, będzie częstokroć załadowana do pociągu sanit.nie na stacji ewak.dywizji lecz na stacji amunicyjnej, jeżeli te kolumny amunic. nie będą mogły przechodzić przez st.ewakuac.d.p.Oczywiście są to wypadki wyjątkowe, których o ile możliwości unikać należy, ponieważ ranni nie powinni się znajdować tam, gdzie ładuje się amunicję, a więc w miejscu stale narażonem na ataki nieprzyjaciela, a przytem samochody ciężarowe nie są wygodnym środkiem transportu nawet dla lekko rannych.

DODATKOWE WZMOCNIENIA PERSONALNE DYW. SŁUŻBY ZDROWIA.

Kompania sanitarna ma jak wiadomo zabierać rannych z oddziałowych punktów opatrunkowych, załadowywać ich na wozy i odtransportować na gł. punkt opatr. i dalej na tyły. Transport między punktami opatr. oddziałów, a stacjami wozów odbywa się na noszach i na wózkach do noszy. Odległość między temi oddziałowymi punktami opatr. a stacjami wozów jest różna. W czasie podróży taktycznych spotkają Państwo tereny na których ruch wozów musi być daleko na tyły od linii bojowej cofnięty, ponieważ drogi przebiegają wierzchołkami pagórków i z wielkiej odległości są widzialne. To samo jest w terenie równym niepokrytym, wreszcie w terenie trudnym do poruszania się. W wypadkach takich transport ręczny wymaga na stacjach wozów i ewent. na pułkowych punktach opatr. znacznej ilości noszowych, zwłaszcza jeżeli równocześnie i straty są silne. W wypadkach takich szef sanit. d.p. po przeprowadzeniu kalkulacji strat i wydajności pracy komp. sanit. d.p. stawia wnioski w swym planie funkcjonowania sł. zdrowia ma przydział dodatkowy z odwołów armji/ z rezerwowej kompanji sanitarnej/ potrzebnej mu dla danej akcji ilości noszowych, a właściwie patroli sanitarnych, wraz z należnym do nich sprzętem. Po otrzymaniu tego personelu rozdziela go stosownie do przewidzianych potrzeb po stacjach wozów wzgl. wysuniętych punktach opatr. Po ustaniu potrzeby wzmocnienia personel ten odchodzi z powrotem do rezerwowej kompanji sanit., wzgl. może być w razie potrzeby przydzielony do innej dywizji.

DODATKOWE SZPITALA POLOWE WZGL. SEKUJE SZPIT. POLOWYCH.

W razie gdy szpital polowy dywizji został w całości wypełniony rannymi, lub też wszystkie jego sekcje są unieruchomione a dywizja posuwa się naprzód otrzymuje ona z odwołów sł. zdrowia armji z najbliższej grupy marszowej do swej dyspozycji nowy szpital polowy lub pojedyncze sekcje szpitalne.

Zespoły gazowe.

W wypadkach gdy na terenie dywizji zostały użyte gazy bojowe, może ona otrzymać z odwołu armji do swej dyspozycji zespół gazowy, którego zadaniem jest niesienie pomocy uszkodzonym gazami. Zespół ten, złożony ze specjalistów w zakresie leczenia uszkodzonych gazami, wykwapowany w specjalny materiał zostaje przydzielony do pracy do szpitala polowego dla dywizji.

SAMODZIELNA BRYGADA KAWALERJI.

Zadania sł. zdrowia.

Zadania sł. zdrowia brygady kawalerji są zasadniczo te same jak w dywizji piechoty. Ze względu jednak na ruchliwość kawalerji i odmienny sposób walki, również i sposób wykonywania tych zadań jest nieco odmienny.

Organizacja sł. zdrowia B.K.

Do wypełniania swych zadań posiada sł. zdrowia B.K.
1. Pluton sanitarny B.K./stan 3 lekarzy, 73 szereg., 12 wozów do transp. rannych, 4 wozy materj./.

Ponadto mogą być przez armję przydzielone sz. zdrowia B.K.

2. Szpital polowy /dwusekcyjny/.
3. Zespół chirurgiczny.
4. Kolumna samoch. sanit. wzgl. kolumna sanit. konna.
5. Kolumna dezynfekc. kąpielowa.
6. Dodatkowy szpital polowy wzgl. sekcja szpitalna.
7. Dodatkowy personel/noszowi/.
8. Zespół gazowy.

Służbę zdrowia kieruje szef sanit. B.K. Zależnie od tego, czy B.K. użyta jest do wykonania podjazdów lub zagonów, czy też zajmuje jakiś odcinek obronny dostosowuje on funkcjonowanie służby zdrowia.

FUNKCJONOWANIE SZ. ZDROWIA B.K. W CZASIE PODJAZDÓW I

Z A G O N Ó W.

Przy najczęstszym użyciu kawalerji/wywiady, osłona/ uwaga szefa sanit. winna być zwróconą głównie na dokładne zebranie rannych i możliwie szybkie ich wyewakuowanie na tyły. Ponieważ przy tego rodzaju użyciu front B.K. jest zwykle bardzo długi, poszczególne oddziały wysunięte są głęboko naprzód, straty zaś są zwykle bardzo małe, walka bowiem w tych wypadkach nie jest celem, lecz jednym ze środków dla otrzymania potrzebnych wiadomości, przeto nie może tu być mowy o tak ściśle sprecyzowanym sposobie funkcjonowania ewakuacji i segregacji jak w D.P. Koniecznym jest tutaj przydzielenie ze względu na odległość środków transportowych szybkich/samochody sanit./do poszczególnych oddziałów, które otrzymały samodzielne zadania; oddziały te ewakuują swych rannych przy pomocy przydzielonych środków na gł. punkt opatrunkowy Brygady uruchomiony przez pluton sanit. B.K.

Rezerwę środków transportowych trzyma szef sanit. w swej dyspozycji, już to przy gł. punkcie opatrunkowym, już też bardziej wysuniętą naprzód przy jakim węźle dróg z którego łatwo mogą się one dostać do poszczególnych oddziałów brygady.

Podobnie jak środki transportowe będzie szef sanit. zmuszony rozdzielić częstokroć część noszowych z plutonu sanit. B.K. do poszczególnych oddziałów, aby tam pracowali oni przy przenoszeniu rannych z pułkowych punktów opatrunkowych na wozy/samochody/.

Ze względu na to, że zapotrzebowanie na wozy sanit. i personel w poszczególnych oddziałach może się zmieniać i szef sanit. musi wskutek tego przeprowadzać zmiany w przydziale, przeto miejsce jego postoju będzie w miejscu docy brygady, gdyż tu może on otrzymać natychmiast potrzebne wiadomości i natychmiast na nie reagować odpowiednim dostosowaniem funkcjonowania sz. zdrowia.

Pluton sanit. B.K. rozwija, wprowadzie w tych wypadkach główny punkt opatr. B.K., jest on jednakowoż zupełnie prowizorycznie rozwinięty. Przywiezieni do niego z oddziałów ranni segregowani są na nim na:

- 1/niezdolnych do transportu, których przewozi się do najbliższego rozwiniętego szpitala polowego,
- 2/zdolnych do transportu, których przewozi się na stację ewakuacyjną.-

Szpital polowy B.K. pozostaje w stanie nierozwiniętym przy użyciu B.K. do wywiadów i zagonów; w razie użycia jej do osłony wzgl. gdy zajmuje ona pewien odcinek obronny szpital pol. zostaje

rozwinęty. Przy przeprowadzeniu zagonów sł. zdrowia zabiera na swe środki transportowe wszystkich rannych udzielając im po drodze potrzebnej pomocy i oddaje ich do szpit. polowych wzgl. na stacje ewakuac. z chwilą powrotu do linii własnych. Ciężko rannych, dla których transport byłby zabójczy, oraz umierających pozostawia się w takich wypadkach w napotkanych szpitalach cywilnych wzgl. pod opieką władz miejscowych na mocy konwencji genewskiej. Do ewakuacji w czasie zagonów mogą być również z wielkim pożytkiem zastosowane samoloty sanitarne.

Zarówno więc w zagonach jak i przy użyciu kawalerji do osłony i wywiadów muszą być B.K. i poszczególne samodzielne oddziały zapatrzone przez armję w dostateczną ilość szybkich środków transportowych dla ewakuacji rannych.

Gdy B.K. zajmuje jakiś odcinek obronny funkcjonowanie sł. zdrowia będzie w tym wypadku podobne do funkcjonowania w D.P. z tą różnicą, że pluton sanit. nie może wystawić wysuniętych punktów opatrunkowych a tylko gł. punkt opatr. i stacje wozów.

Szpital polowy B.K. złożony jest z dwóch sekcji, w razie potrzeby mogą mu być przydzielone sekcje dodatkowe oraz zespół gazowy.

Zadanie i sposób funkcjonowania sł. zdrowia B.K. w czasie marszów i postojów jest analogiczny do D.P.

KORPUS I NIESAMODZIELNA GRUPA OPERACYJNA.

Służba zdrowia nie posiada w tworzonych w razie potrzeby korpusach i niesamodzielnych grupach operacyjnych swych specjalnych formacji. Ze względu jednak na potrzebę uzgadniania działalności sł. zdrowia wielkich jednostek, w skład korpusu wchodzących, jak również ze względu na zachodzącą częstokroć potrzebę przyjsścia z pomocą ze strony dowództwa korpusu/gr.operac./służbie zdrowia wielkich jednostek /n.p. możność użycia kolumn transportowych korpusu dla celów ewakuacji sanit./ w skład sztabu korpusu/gr.operac./wchodzić powinien jeden oficer - lekarz w charakterze referenta w oddz. IV-ym.

SŁUŻBA ZDROWIA W ARMJI.

Zadania służby zdrowia armji są:

1. W okresie koncentracji:

- a/ nadzór nad stanem zdrowotnym wojsk. i współpraca ze sł. zdrowia wielkich jednostek w ochronie stanu zdrowotnego wojsk. Przeprowadzanie badań przez higienistę armji w rejonach koncentracyjnych.
- b/ przygotowanie w rejonie koncentracyjnym wzgl. poza nim szpitali służących dla potrzeb ewakuacyjnych wielkich jednostek, określenie kategorii chorych, którzy w czasie koncentracji mają być ewakuowani, a którzy leczeni w obrębie wielkich jednostek,
- c/ uruchomienie tymczasowych stacji ewakuacyjnych dla wielkich jednostek i ustalenie dokąd mają być skierowywani ewakuowani chorzy,
- d/ uzupełnienie w razie potrzeby materiału sanit. w wielkich jednostkach i formacjach wprost podległych armji.

2. W okresie działań na froncie:

- a/ przeprowadzanie ewakuacji rannych, zagazowanych i chorych od stacji ewakuacyjnych do szpitala ewakuacyjnego.
- b/ przeprowadzanie segregacji ewakuowanych na stacji rozdzielczej szpitala ewakuacyjnego.

- c/leczenie rannych zagazowanych i chorych zatrzymanych na terenie operacyjnym armji i w etapie,
- d/ewakuacja przeznaczonych do leczenia w etapie i w kraju rannych /zagazow.i chorych/.
- e/niesienie pomocy sł.zdrowia wielkich jednostek przez przydział do ich dyspozycji z odwodów armji formacyj sanit.,środków transportowych, personelu i materjału.
- f/koordynacja i nadzór techniczny nad funkcjonowaniem sł.zdrowia w wielkich jednostkach.

ORGANIZACJA SŁUŻBY ZDROWIA ARMJI.

Do wykonywania tych zadań posiada sł.zdrowia armji następujące formacje sanitarne:

- 1.Szpital ewakuacyjny/zasadniczo jeden,wyjątkowo dwa/.
- 2.Pracownia bakterjologiczna armji.
- 3.Rezerwowa kompanja sanitarna.
- 4.Czółówki i zespoły chirurgiczne.
- 5.Polowa składnica sanitarna.
- 6.Szpitala polowe,sekcje szpitalne i sekcje szpitalne gazowe.
- 7.Pociągi sanitarne.
- 8.Rezerwa środków transportowych/kolumny samoch.-sanit.,kolumny sanit.konne,samoloty sanitarne/.
- 9/Rezerwa oficerów.

SPOSÓB FUNKCJONOWANIA SŁ.ZDROWIA ARMJI.

Kierownictwo sł.zdrowia armji i system pracy:

Służbą zdrowia armji kieruje z ramienia dcy armji szef sanit. armji wchodzący w skład kwatery głównej armji.Bezpośrednim jego organem pracy jest "Biuro szefa sanit.armji".-

W kwestjach taktycznego użycia służby opracowuje szef sanit. swe wnioski,które przedkłada do zatwierdzenia dcy armji w drodze przez kwatermistrza.Zatwierdzone wnioski ukazują się w odpowiednich wyciągach w II.cz.rozkazu operac.armji oraz są podstawą do opracowania instrukcji szczegółowej szefa sanit.armji skierowanej do szefów sanit.wielkich jednostek wchodzących w skład armji oraz do komendantów i kierowników formacyj sanit.bezpośrednio szefowi sanit.armji podległych.

Plan użycia sł.zdrowia:

Przed rozpoczęciem przez armję nakazanej przez szczebel wyższy akcji opracowuje szef sanit!"Plan użycia sł.zdrowia ".Ten plan użycia służby opiera się na następujących danych:

a/informacje ze strony dztwa.

Szef sanit.otrzymuje czy to bezpośrednio od dcy armji,czy też od szefa sztabu lub kwatermistrza informacje następujące:

1/Zadanie nakazane przez szczebel wyższy i zamierzony sposób jego przeprowadzenia.-

- 2/Jednostki,które mają być użyte do wykonania danego zadania,które z nich mają przeprowadzać akcję główną,a które pomocniczą.-
- 3/Granice wielkich jednostek,granice armji,tylna granica obszarów operacyjnych wielkich jednostek,tylna granica etapu,podstawy wyjściowe,wzgl.gł.lińja oporu wielkich jednostek.
- 4/Termin rozpoczęcia działań.
- 5/Przypuszczalny opór ze strony nieprzyjaciela,zwłaszcza przed którym wielkimi jednostkami.
- 6/Używalność dróg,zamierzone przed rozpoczęciem akcji prace/budowa dodatkowych mostów,dróg,poprawa dróg dla ruchu samochodowego itp/.
- b/Instrukcje techniczne ze strony szefa sanit.szczebła wyższego/szefa sanit.grupy armji wzgl.szefa sanit.wojska w polu/.Te instrukcje techniczne wskazywać będą jak należy przeprowadzać segregację rannych w związku z daną sytuacją,jakich rannych/zagazowanych,cho-rych/ należy zatrzymać w danej sytuacji na terenach operac.dywizji,armji i etapu a jakich należy ewakuować do kraju,na jaką pomoc ze strony szczebła wyższego może liczyć szł.zdrowia armji.
- c/Wreszcie potrzebne są szefowi sanit.armji dane dotyczące używalności linii kolejowych znajdujących się na terenie operac.armji i w etapie,rozbudowy stacyj kolejowych,zwłaszcza zaś ramp załadowniczych i ich rozpiętości,oraz zamierzone przeznaczenia poszczególnych stacyj kolej.dla potrzeb armji i jej wielkich jednostek/stacje amunicyjne stacje wyżywienia/.Dane te otrzymuje szef sanit.od Kwatermistrza /szefa IV.Oddz.sztabu armji/.

Posiadając wszystkie te potrzebne informacje przystępuje szef sanit.armji do przestudjowania obszaru operac.armji i etapu,badając osobiście ważniejsze węzłowe punkty celem stwierdzenia możliwości rozwinięcia w nich poszczególnych formacyj sanit.armji i jej etapu badając system linii kolejowych i dróg kołowych.

Po przeprowadzeniu tego studjum terenu opracowuje szef sanit."Plan użycia szł.zdrowia armji".Ponieważ plan użycia służby opracowa-ny przez szefa sanit.jest tylko propozycją fachową postawioną do-wódcy armji,w jaki sposób służba ta w danej sytuacji powinna być zorganizowaną i jak funkcjonować,aby odpowiedziała swym zadaniom,przeto mieścić się w nim musi równocześnie umotywowanie,dlaczego takie a nie inne propozycje zostały przedłożone.Plan ten powinien być opracowany według następujących punktów:

- 1.Wyszczególnienie formacyj sanit.będących w dyspozycji armji/wraz z etapami/ i jej wielkich jednostek wraz z zaznaczeniem,które z nich już funkcjonują,gdzie,ewentualnie ilość zajętych już miejsc w szpitalach armji;miejsca postoju formacyj nierozwiniętych.
- 2.Rozpatrzenie dróg kolejowych i kołowych nadających się do ewakuacji,rozpatrzenie ośrodków/miasta,węzły kolejowe i dróg/ mogących słu-żyć dla celów ewakuacji i dla rozwinięcia w nich formacyj sanitarnych.
- 3/Rozplanowanie sieci ewakuacyjnej/od stacyj ewakuacyjnych przez szpital ewak.do etapu i do kraju;stacje sanit.wyładowcze,stacje rewiz.sanit./,ustalenie planu rozmieszczenia formacyj sanit.na tej sieci,oraz wymienienie terminu,od którego mogą one rozpocząć funk-cjonowanie.Uwzględnić należy również system ewakuacji przed rozpo-częciem funkcjonowania szpitala ewakuacyjnego.
- 4.Ustalenie zadań każdego ze szczebli szł.zdrowia,począwszy od szł.zdrowia oddziałów aż do formacyj sanit.bezpośrednio armji podległych,

dotyczące użycia środków transportowych, ewakuacji, segregacji i leczenia/zależnie od sytuacji taktycznej i materiałowej/.-

5. Rozdzielenie formacji sanit. i środków transportowych sanit. armji stanowiących jej odwód do grup marszowych, przydział poszczególnych formacji do wielkich jednostek.

6. Rozpatrzenie warunków zdrowotnych na terenie armji i etapu, propozycje co do ewentualnych prac jakie należałoby przeprowadzić dla poprawy warunków zdrowotnych i utrzymania zdrowotności wojsk.

7. System zaopatrzenia w materiał sanit.

8. Przewidywania dotyczące się zmian w systemie ewakuacyjnym i rozmieszczeniu formacji sanit. oraz w systemie zaopatrywania na wypadek poruszania się naprzód wzgl. odwrotu.

9. Kalkulacja strat i wydajności posiadanych środków; ewentualne wnioski w razie niewystarczalności tych środków o przydział środków dodatkowych.

a/ do zaspokojenia przez samą armję/kompanje robocze do pomocy w instalacji formacji sanit. kolumny samoch. ciężarowych do pomocy w ewakuacji, kolumny taborowe.

b/ do zaspokojenia przez szczebel wyższy/ przydział dodatkowych formacji sanit., personelu i środków transport. sanit./

Tak opracowany przez szefa sanit. "Plan użycia sł. zdrowia" zostaje przedłożony dcy armji w drodze przez kwatermistrza. Po zatwierdzeniu wchodzi on w skład opracowanego przez C.IV. "Planu użycia służb."

Plan ewakuacji i szpitalnictwa armji:

Na podstawie tego planu opracowuje szef sanit. armji, z chwilą gdy armja ma przejść do pewnej określonej akcji, wnioski do II. Cz. rozk. operac. według następujących punktów:

1. Rozmieszczenie głównych punktów opatr. i szpitali polowych wielkich jednostek/ustalone po porozumieniu się z szefami sanit. tych jednostek/. Gdy w skład armji wchodzi korpusy lub grupy operac. posiadające własne formacje sanit. podaje się rozmieszczenie tych formacji nie wyszczególniając w takim razie rozmieszczenia formacji sanit. D.P. /Możliwe tylko w wypadkach ofensyw przygotowanych długo naprzód na froncie umocnionym/.-
2. Rozmieszczenie stacji ewakuacyjnych, szpitali ewakuacyjnych armji, szpitali etapowych i domu ozdrowieńców/ewent. centrów dla lekko rannych/. Termin od którego formacje te rozpoczynają pracować.
3. Wyszczególnienie miejscowości i szpitali do których poszczególne kategorie rannych, zagażowanych i chorych mają być ewakuowane.
4. Rozdział środków transportowych należących do sł. zdrowia armji wzgl. oddanych czasowo do jej dyspozycji przez dowódcę armji wzgl. przez szczebel wyższy. Przydział dodatkowy formacji sanit. z odwodu armji do wielkich jednostek. Czas i miejsce oddania tych formacji.
5. Rozdział odwodów sł. zdrowia do grup marszowych.
6. Zaopatrzenie w materiał sanitarny.

Szczegółowa instrukcja techniczna szefa sanit. armji:

Równocześnie z opracowaniem wniosków do II. cz. rozk. operac. armji, opracowuje, a po zaparafowaniu przez kwatermistrza, przesyła szef sanit. armji do szefów sanit. wielkich jednostek i kendantów formacji sanit. bezpośrednio armji podległych instrukcję

szczególność dotyczącą funkcjonowania sz.k.zdrowia w danych działaniach armji.

W instrukcji tej zwraca szef sanit.specjalnie uwagę na zadania sz.k.zdrowia poszczególnych szczebli w danej sytuacji, a więc na sposób przeprowadzania segregacji, jakie kategorie rannych mają być leczone na poszczególnych szczeblach, jakich środków transportowych należy używać dla poszczególnych kategorii rannych i.t.p.

Dostosowanie funkcjonowania sz.k.zdrowia armji do sytuacji takt.:

Podobnie jak w wielkich jednostkach, ma i w armji wielki wpływ na sposób funkcjonowania sz.k.zdrowia a przede wszystkim na sposób jej użycia sytuacja taktyczna. W wojnie ruchowej, przy ciągłych zmianach frontu bojowego i zmianach sytuacji taktycznej wielkich jednostek musi szef sanit.stworzyć sobie silne odwody formacji sanit.i środków transport., znajdujące się w grupach marszowych niedaleko linii bojowej/1 dzień marszu/ aby móc dostatecznie szybko wspomagać sz.k.zdrowia wielkich jednostek w chwili zachodzącej potrzeby. Ze względu na ruchomość frontu formacje sanit.armji muszą być rozwinięte głęboko na tyłach, aby nie odbijało się na ich funkcjonowaniu wahanie się frontu bojowego. Formacje sanit.wielkich jednostek wysiłki swe skierowują przede wszystkim na jaknajszybsze wyewakuowanie rannych na tyły do formacji armji, zatrzymując tylko istotnie niezdolnych do transportu. Jeżeli przewidziane są jakieś większe i dłuższe działania ofensywne armji, gros ewakuacji skierowane będzie do kraju, również i ze szpitali armji ranni powinni być częściowo do kraju ewakuowani, celem przygotowania miejsca dla nowych rannych, którzy masowo napłyną z rozpoczęciem zamierzonych operacji.

Przy froncie stabilizowanym, dobrze umocnionym, kiedy nie zachodzi obawa szybkiego jego przerwania mogą być zwiększone zadania sz.k.zdrowia wielkich jednostek. Ich szpitale polowe mogą wtedy zatrzymywać również i lekkie rannych, zagazow.i chorych/czas trwania leczenia około 2 tygodni/ i leczyć ich aż do uzyskania zdolności do służby.

Odwody szefa sanit.armji mogą być w tych wypadkach porożdżane po wielkich jednostkach dla wzmocnienia wydajności pracy ich sz.k.zdrowia. Również i formacje sanit.armji mogą być w tych wypadkach przysunięte bliżej frontu aniżeli przy walkach ruchowych, co oczywiście wpłynie korzystnie na szybkość udzielanej rannym pomocy.

Lekarz w oddz.IV.sztapu armji:

Poza szefem sanit. posiada sz.k.zdrowia armji w kwaterze głównej jeszcze jeden organ, a mianowicie referenta ofic.-lekarza w oddz.IV.sztapu armji. Zadaniem jego jest utrzymanie łączności między szefem sanit. a sztabem armji oraz szefami służby inżynierji, intendentury, służbą dróg, komisarzem regulującym i.t.d., oraz przygotowanie rozkazów i wniosków dotyczących sz.k.zdrowia a wydawanych przez sztab armji na wniosek szefa sanit.armji/rozkazy dotyczące przesunięcia poszczególnych formacji, przydział robotników, żądania dodatkowych środków dla sz.k.zdrowia armji od szczebla wyższego, zapotrzebowania na pociągi sanit.od kom.reg.i.t.d./.-

Podobnie jak w D.P.główną formacją sz.k.zdrowia jest kompanja sanit.tak w armji taką zasadniczą formacją jest

Szpital ewakuacyjny.

Zadania szpitala ewakuacyjnego są następujące:

- 1.Przyjmowanie rannych/chorych, zagazow./ ewakuowanych z wielkich jednostek i z formacji wprost armji podległych.

2. Przeprowadzanie segregacji ewakuowanych.

3. Zatrzymywanie i leczenie czasowe t.zw. niezdolnych do dalszej ewakuacji.

Organizacja szpitala ewakuac.-

W skład szpitala ewak. wchodzi:

a/ stacje ewakuacyjne w ilości zmiennej, zależnej od tego, ile takich stacji potrzeba dla wielkich jednostek wchodzących w skład armji /zasadniczo po 1 st. ewak. na każdą wielką jednostkę armji/.

b/ stacja rozdzielcza:

c/ oddziały szpitalne po 100 ł. w ilości zmiennej, /zasadniczo powinno być po 10 ł. na każdą wielką jednostkę wchodzącą w skład armji/.

d/ 2 czołówki chirurgiczne:

Ponadto do szpitala ewakuacyjnego przydzieloną jest

e/ Pracownia bakterjologiczna armji.

f/ Rezerwa personelu oficerskiego słu. zdrowia armji.

Rezerwa personelu szereg. znajduje się w rezerw. komp. sanit. o której będę mówić później.

Warunki rozmieszczenia szpitala ewak.:

Jak z nazwy samej wynika szpital ten przeznaczony jest dla celów ewakuacji rannych. Obsługując cały front armji, gdyż przez niego przejść muszą wszyscy ranni, chorzy i zagaz. ewakuowani z wielkich jednostek armji rozwinęty on być musi dosyć daleko od linii frontu w jakimś większym punkcie węzłowym kolejowym, w którym zbiegają się linie kolejowe prowadzące od frontu armji. Ze względu na swe różnorodne zadania, na wielki ruch rannych zagaz. i chorych przez niego przechodzący wymaga szpital ewak. instalacji dużych, z góry dodanych funkcji przygotowanych i z tego powodu normalnie pomieszczenia dla niego powinny być przygotowane już w czasie pokoju. Załączony szkic Nr. 6. wraz z warjantami podaje szemat instalacji szpitala ewakuacyjnego, przy wykorzystaniu istniejących już budynków. W wypadkach konieczności, przesunięcia szpit. ewak. na inne miejsce przy braku odpowiednich budynków może być wybudowany szpital ewak. prowizoryczny z baraków drewnianych i namiotów. Liczyć się trzeba jednakowoż z tem, że wystawienie takiego szpit. ewak. w barakach trwa około 2 miesięcy przy 400 robotnikach, wystawienie szpitala pod namiotami około $\frac{1}{2}$ miesiąca. Instalowanie szpit. ewak. w budynkach już istniejących co najmniej 4 dni.

Uwzględniając naszą słabo rozwiniętą sieć kolejową, jak również konieczne dla sprawnej ewakuacji warunki zupełnego bezpieczeństwa w jakich ma pracować szpital ewak., normalnie będzie on daleko od linii bojowej. Ponieważ zaś ma on przyjmować rannych ewakuowanych z wielkich jednostek, przeto posiadać musi swe organa rozmieszczone w pobliżu tych jednostek, a których zadaniem będzie przyjmowanie tych ewakuowanych rannych i załadowywanie ich do pociągu sanit.

STACJE EWAKUACYJNE.

Zadania stacji ewak.:

Zadaniem stacji ewak. jest przyjmowanie rannych zagaz., chorych wyewakuowanych z wielkich jednostek, zatrzymanie ich chwilowe aż do nadejścia pociągu sanit. wzgl. innych środków transp. i załadowanie ich.

Ilość stacji ewak.:

Zasadniczo każda wielka jednostka może mieć, uruchomioną dla siebie przez armję, stację ewakuacyjną. Normalnie jednak, że względu

na słabo rozwiniętą sieć kolejową jedna stacja ewakuacyjna służyć będzie potrzebom kilku wielkich jednostek.

Warunki rozmieszczenia:

Uruchomiona ona jest możliwie blisko linii bojowej, zwykle na tej samej stacji na której znajduje się stacja zaopatrzenia danej wielkiej jednostki, o ile możliwości jednak odsunięta od niej na jakieś 500 m. aby uniknąć ewentualnego bombardowania przez lotnictwo nieprzyjacielskie. W żadnym razie stacja ewakuacyjna nie powinna być rozwijana na tej samej stacji na której znajduje się stacja amunicyjna. Przeciętnie odległość stacji ewak. od linii bojowej wynosi około 15-20 klm.

Przy wyborze miejsca na stację ewakuacyjną musi być wzięta pod uwagę zdolność załadowcza danej stacji kolejowej, a więc i urządzenie odpowiednio długich ramp załadowczych. W czasie natężonych walk na froncie liczyć trzeba przeciętnie, że do wyewakuowania strat jednej wielkiej jednostki potrzebny jest dziennie jeden pociąg sanit. półstały/wzmocniony ewent. pewną ilością wagonów osobowych dla rannych siedzących/. Ponieważ załadowanie trwa około 3 godzin, podstawienie i przesunięcie z rampy co najmniej około godziny, przeto w wypadkach gdy st. ewak. służy dla kilku wielkich jednostek, musi być dla sż. zdrowia zarezerwowana osobna rampa załadowcza.

Organizacja wewnętrzna:

W skład stacji ewakuacyjnej wchodzi lekarz wraz z personelem pomocniczym/5 podofic. 15 szereg. 2 pielęgniarki/ i posiada do swej dyspozycji pewną ilość leków i materiału opatr., aby móc udzielić doraźnej pomocy oczekującym na załadowanie, toż samą stacją ewak. musi być wyposażona w namioty, aby móc w nich przetrzymywać oczekujących na załadowanie rannych w razie jeżeli na samej stacji nie ma odpowiednich pomieszczeń, oraz w nosze dla rannych w ilości takiej, aby mogła je wymieniać na nosze na których zostali przywiezieni ranni z wielkich jednostek.

Pomieszczenie na stacji ewak. powinno być przewidziane dla około 150 rannych leżących i około 400 siedzących na każdej wielkiej jednostce/t.j. mniej więcej pojemność poc. sanit. z dodaniem wagonów osob./.

Wzmocnienie stacji ewak. przy długim transporcie.

Ranni przyjeżdżający na stację ewak. byli już segregowani na gł. punkcie opatr. i uznani za zdolnych do transportu. Jeżeli jednak stacja ewak. rozwinięta jest daleko od gł. punktu opatr. transport był długi z powodu użycia transportu konnego lub złych dróg, część przywiezionych rannych może się okazać niezdolną do dalszego transportu. Ponieważ zaś st. ewak. nie ma personelu i środków na udzielenie właściwej pomocy i leczenia tych rannych/chorych/ przeto w tych wypadkach rozwija szef sanit. armji przy stacji ewak. szpital polowy z odwodu armji, a zadaniem tego szpitala będzie zatrzymanie niezdolnych do dalszego transportu, przeprowadzenie potrzebnych zabiegów i leczenie czasowe tych rannych. W niektórych wypadkach, gdy ranni zmuszeni będą oczekiwać długo na nadejście pociągu szpital taki może czasowo przyjmować do siebie również ciężiej rannych aż do możliwości załadowania ich do pociągu sanitarnego.

Ośrodki ewakuacyjne:

Jak poprzednio wspomnieliśmy, dla ewakuowania rannych między gł. punktem opatr. a stacją ewak. przydziela normalnie wielkiej jednostce armji pewną ilość środków transportowych ze swego odwodu.

Mogą jednak zachodzić wypadki, że armja nie posiada takiej ilości środków transport. sanit. aby nimi oddzielić w dostatecznej mierze wszystkie wielkie jednostki w jej skład wchodzące, zwłaszcza przy odległościach znaczniejszych. Zachodzą również sytuacje w których, czy to z powodu szczególnej konfiguracji terenu, czy dla przeprowadzenia jakiegoś zadania armja łączy kilka wielkich jednostek w korpus wzgl. grupę operacyjną. Tak w pierwszym jak i w drugim wypadku armja zamiast rozdzielać środki transport. do ewak. sanit. na każdą wielką jednostkę, organizuje w pewnej odległości za nimi/10 - 15 km. od linii bojowej/. "Ośrodek ewakuacyjny" do którego wielkie jednostki dowożą rannych z głównych punktów opatr. swymi środkami i ewent. przydzielonymi przez armję, transport zaś z tego ośrodka ewakuacyjnego do stacji ewak., a w niektórych wypadkach wprost do szpitala ewak., przeprowadza już armja swymi środkami. Tworzenie takiego ośrodka jest korzystne zwłaszcza w tych wypadkach, jeżeli st. ewak. jest jedna dla kilku wielkich jednostek, jest daleko od głównych punktów opatr. i ewakuacja tych kilku wielkich jednostek opiera się na tej samej drodze. Uzyskujemy przez to pewną oszczędność w ilości środków transportowych i lepsze ich wykorzystanie, poza tem zwalniamy wielką jednostkę od obowiązku przeprowadzania dalekich transportów, wpływających ujemnie na jej swobodę działania. Ośrodek taki jest formacją improwizowaną, składa się normalnie z jednego szpitala polowego i kolumn samochodowych, konnych sanit. ewent. kolumn taborowych. Również próżne kolumny żywnościowe i amunicyjne mogą otrzymać od armji rozkaz przechodzenia przez ten ośrodek w drodze po zaopatrzenie i zabierać ze sobą lekko rannych na stacje ewakuacyjne lub na stacje amunicyjne.

Sposób funkcjonowania stacji ewakuacyjnej:

Rozpatrzmy teraz w jaki sposób funkcjonuje stacja ewakuac.

Przyjmijmy, że jakaś d.p.ma za zadanie przeprowadzić natarcie.

Natarcie rozpoczyna się o godz. 4.15. Zostaje on opatrzony przez noszowych swej kompanji i po pewnym czasie przeniesiony na punkt opatrunkowy baonu. Przyjmując odległość do przebycia do punktu opatr. baonu na 1½ km., ranny dostanie się na ten punkt, jeżeli noszowi mogli od razu go przenosić, około godz. 5.15. Na punkcie opatr. przebywa ranny 15-30 minut./zależnie od napływu rannych/, poczem zostaje przeniesiony przez noszowych komp. sanit. na stację wozów odległą h.p. 1 km. od baonowego punktu opatr. Na stacji wozów znajdzie się on zatem o godz. 6.15. Główny punkt opatr. odległy jest od stacji wozów na 6 km. - zatem na głównym punkcie opatr. znajdzie się ranny około godz. 8./licząc załadowanie, wyładowanie oraz przejazd/. Przy stratach średnich i jednostajnym dopływie rannych, pobyt rannego na gł. punkcie opatr. trwa przeciętnie 1 godzinę. Jeżeli stacja ewak. znajduje się w odległości 8 - 10 km. od gł. punktu opatr. i jeżeli mamy do dyspozycji samochody sanit. to ranny ten dostanie się około g. 10. na stację ewakuacyjną, jeżeli transport przeprowadza się wozami konnymi to przybędzie on na stację ewak. około godz. 11.

Przyjmując, że dywizja prowadziła bój od g. 4. do zmierzchu /godz. 20./ a więc przez 16 godzin i straty miała silne/600 rannych/, że straty te były mniej więcej równo rozłożone w czasie i przestrzeżeni, w takim razie st. ewakuacyjna otrzymywać będzie przeciętnie na godzinę około 35 rannych w tem 12 rannych do transportu łączących, 23 do transportu siedząco.

Ponieważ pociąg sanit. powstały ma 150 miejsc dla leżących a 100 miejsc dla siedzących, przeto miejsca dla leżących wypełnią się dopiero o godz. 22. Równocześnie na st. ewak. znajdować się będzie około 280 rannych przeznaczonych do transportu siedząco. Pociąg sanitarny powinien być zatem podstawiony na stacji ewak. około godz. 20. Aby pociąg ten mógł być na odpowiednią porę zamówiony, otrzymuje komendant stacji ewak. od szefa sanit. dywizji dostatecznie wcześniej informacje do której przypuszczalnie godziny na stację ewakuacyjną będzie dowieziona taka ilość rannych, aby mogła zapełnić pociąg sanit. Informacje te opiera szef sanit. na przebiegu dotychczasowej walki i dotychczasowych stratach oraz odległości stacji ewak. i wydajności pracy personelu i środków transportowych. Powiadomiony dostatecznie wcześniej przez szefa sanit. dywizji komendant stacji ewak. zwraca się do wojskowego komendanta stacji z zapotrzebowaniem na pociąg sanit. w danym wypadku na godz. 20. Zapotrzebowanie to zostaje telegraficznie przesłane do komisarza regulującego, /lekarza stacji reg./, który wdraża ruch pociągu o tej porze, aby przybył on na st. ewak. na godz. 20.-

Ranni zostają załadowani do pociągu i odjeżdżają około g. 22. /załadowanie pociągu trwa około 3 godzin/ do szpitala ewakuacyjnego, a właściwie na stację rozdzielczą szpitala ewakuacyjnego.

Przy ustalonym froncie i małym nasileniu walk, może być pociąg sanit. skierowywany stale o tej samej godzinie na stację ewak., ewent. może być dołączoną do pociągu zaopatrzenia pewna liczba wagonów przystosowanych do transportu rannych.

STACJA ROZDZIELCZA SZPITALA EWAKUACYJNEGO.

Zadania stacji rozdzielczej:

Stacja rozdzielcza jest częścią składową szpitala ewakuacyjnego; zadaniem jej jest:

- 1.-Przyjmowanie i wyładowywanie transportów rannych, które nadeszły pociągami sanitarnymi.
- 2.-Przeprowadzanie segregacji tych rannych:
- 3.Przyprowadzanie do stanu zdolności do dalszego transportu i załadowywanie do poc. sanit. zagazow. rannych, chorych, przeznaczonych do dalszej ewakuacji, przetransportowywanie przeznaczonych do dalszej ewakuacji, przetransportowywanie przeznaczonych do pozostania w szpitalu ewakuacyjnym.

Warunki rozmieszczenia stacji rozdzielczej:

Z zadań jakie ma stacja rozdzielcza do wypełniania wynika, że musi być ona rozwinięta w bezpośrednim sąsiedztwie torów kolejowych, i posiadać do swej dyspozycji rampę wyładowczą na którą zajeżdżają pociągi z transportami rannych od frontu, oraz oddzielną rampę załadowniczą z której odchodzą pociągi z transportem rannych na tyły /do etapu i do kraju/. Długość tych ramp powinna odpowiadać długości t.j. około pociągu sanit. Ponieważ podczas większego nasilenia walk na froncie liczyć trzeba przeciętnie, że z każdej wielkiej jednostki wchodzącej w skład armii przybędzie dziennie jeden pociąg sanit. z transportem rannych, przeto rampy te prawie przez całą dobę będą zajęte wyłącznie dla potrzeb skł. zdrowia. Z tej przyczyny, jak również celem uniknięcia bombardowania przez lotnictwo nieprzyjacielskie,

atakujące zawsze ważniejsze węzły kolejowe, celem jest rozwijanie stacji rozdzielczej nie na samej stacji kolejowej lecz przy jakiejś bocznicy/koszary, fabryki/ w odległości/przynajmniej/ 1 km. od dworca kolejowego.

Sposób funkcjonowania stacji rozdzielczej:

Wyładowani z pociągu sanit. ranni zostają przeniesieni do wielkiej hali z której oczekują na kolejne przeniesienia do sal segregacyjnych. Hala ta musi mieć takie rozmiary, aby mogła naraz pomieścić cały transport przynajmniej jednego pociągu sanit.

Segregacja na stacji rozdzielczej przeprowadzana jest zasadniczo przy zdjętych opatrunkach/u lekko rannych n.p. których stwierdza się zupełnie dobry stan jest to niepotrzebne/; jest ona tu już bardzo szczegółową i ostateczną. Z poprzednio przeprowadzonych obliczeń wynika, że ranny o godz. 4.15 odjeżdża ze stacji ewakuacyjnej/przy zupełnie sprawnym funkcjonowaniu ewakuacji i odległościach przeciętnych/ o godz. 22, a więc 18 godzin po zranieniu. Czas trwania przejazdu pociągu od stacji ewakuacyjnej do stacji rozdzielczej zależy będzie od odległości tych dwu punktów od siebie. W warunkach naszych przyjąć należy, że przeciętnie ranny dostanie się w pociąg około 24 godzin od zranienia na stację rozdzielczą/20 km. na godz./.-

Omawiając zasady pomocy chirurgicznej zaznaczyłem, że nowoczesna chirurgia wojenna wymaga, aby ranny był operowany najpóźniej w 24-36 godzin. W przywiezionym więc na stację rozdzielczą transporcie znajdzie się pewna ilość rannych, którzy będą musieli być natychmiast poddani operacji. Część będzie mogła czekać na tę operację jeszcze około $\frac{1}{2}$ doby. Będą wreszcie w transporcie lekko ranni, chorzy różnych kategorii i.t.d. Kategorie więc na jakie segreguje się transporty na stacji rozdzielczej są następujące:

- 1.-Ranni/zagaz. chorzy/ nie zdolni do dalszej ewakuacji/18-20% transportu/, zatrzymuje ich się aż do uzyskania zdolności do dalszego transportu na oddziale szpitalnym szpitala ewakuacyjnego.
- 2.-Ranni/zagazow. chorzy/ zdolni do dalszej ewakuacji:
 - a/u których czas trwania leczenia trwać będzie przypuszczalnie nie dłużej nad 4-6 tygodni. Ci zostają w etapie.
 - b/których leczenie trwać będzie przypuszczalnie ponad 6 tygodni, wzgl. którzy zupełnie już nie odzyskają zdolności do służby w szeregach. Tych ewakuuje się do szpitali w kraju.
- 3.-Lekko ranni i lekko chorzy. O ile możliwe tworzy się dla nich centra dla lekko rannych w pobliżu szpitala ewakuacyjnego wzgl. transportuje się ich do polowego domu ozdrowieńców.
- 4.-Zakaźnie chorzy - do specjalnych szpitali dla zakaźnych w etapie.
- 5.-Wenerycznie chorzy - do specjalnych szpit. w etapie. Rannych/chorzych zagaz./ przeznaczonych do dalszej ewakuacji, po przeprowadzeniu segregacji, nałożeniu nowych opatrunków, przenosi się do hali w której oczekują na załadunek do pociągu sanit. celem przetransportowania do szpitali etapowych wzgl. do szpitali w kraju. Rannych/zagaz. chorych/ przeznaczonych do zatrzymania w szpitalu ewakuacyjnym przenosi się bezpośrednio na oddział szpitalny dla poddania ich natychmiastowemu zabiegom lekarskim.

Praca na stacji rozdzielczej jest bardzo intensywna i to zarówno personelu segregującego jak i personelu wyładowującego, załadowującego pociągi i przenoszącego rannych z jednych sal do drugich; zwłaszcza ilość personelu służąca do przenoszenia rannych w czasie intensywnych walk na froncie musi być dużą. I tak

n.p.w armji francuskiej w szpit.ewak.pierwszego rzędu, a więc obsługującym korpus/2-3 dywizji/ do przenoszenia rannych w okresie natężonych walk na froncie trzeba było przeciętnie około 200 ludzi.Do pracy tej w pierwszym rzędzie przeznaczona jest rezerwa komp.sanitarna,ponieważ jednak służy ona i do innych celów i może okazać się niewystarczającą,przeto często szef sanit.armji będzie musiał zwracać się do dow.armji o przydział na stację rozdzielczą kompanji robotniczej dla przenoszenia rannych.

Ranni przeznaczeni do dalszej ewakuacji oczekują w hali ewakuacyjnej na załadowanie do pociągu sanit.Komendant stacji rozdzielczej z chwilą przybycia transportu rannych od frontu oblicza na podstawie wydajności segregacyjnej stacji rozdzielczej o której godzinie transport będzie posegregowany i na tę godzinę zamawia przedstawienie pociągu na rampę i powoza u komisarza regul./lekarza stacji regulującej/.Jeżeli szpit.ewak.rozwinięty jest w tej samej miejscowości w której jest stacja regulująca,nie przedstawia to poważniejszych trudności,lekarze ci bowiem są z sobą w stałym kontakcie,poza tem próżne pociągi sanit.znajdują się na tej samej stacji wzgl.wjej najbliższem sąsiedztwie.W innych wypadkach zamówienie zrobione musi być dostatecznie wcześniej,aby pociąg mógł być na czas podstawiony i ranni nie byli zmuszeni długo na załadowanie oczekiwać.Do transportu dołącza się zwykle pewną ilość rannych ze szpitala ewak. którzy stale się zdolni do dalszej ewakuacji.-

ODDZIAŁ SZPITALNY SZPITALA EWAKUACYJNEGO.

Zadania:

Zadaniem oddziału szpitalnego szpitala ewak.jest udzielenie potrzebnej pomocy niezdolnym do dalszej ewakuacji skierowanym do niego ze stacji rozdzielczej i leczenie ich czasowo aż do chwili odzyskania przez nich zdolności do dalszego transportu.

W okresach małego nasilenia walk na froncie może być uruchomione przy oddziale szpitalnym centrum dla lekko rannych i lekko chorych.

Organizacja wewnętrzna:

Oddział szpitalny liczy zasadniczo tyle setek łóżek szpitalnych,ile wielkich jednostek wchodzi w skład armji.Ta ilość łóżek może być na wniosek szefa sanit.armji w każdej chwili powiększona w razie potrzeby przez przydział materiału z polowej składnicy sanit.i personelu z rezerwy oficerów przy szpit.ewak.i rezerwowej kompanji sanitarnej.

Funkcjonowanie:

Gros umieszczanych w oddziale szpitalnym stanowią ranni, znajdować się tu będzie jednak również pewna ilość chorych i zagażowanych.Główną więc pracę będą tu mieli chirurdzy i stale prawie zachodzić będzie potrzeba powiększenia ilości chirurgów szpitala przez przydział personelu dodatkowego.Jeżeli przyjmiemy,że w armji w ciągu jednego dnia jedna d.p.pienięża straty silne,dwie inne d.p. straty średnie to do zoperowania w ciągu doby rannych pozostających w szpit.ewakuacyjnym trzeba będzie około 12 zespołów chirurgów.

Warunki rozmieszczenia:

Oddział szpitalny szpitala ewak.nie musi łączyć się bezpośrednio ze stacją rozdzielczą.Celowem jednak jest,aby znajdował się jaknajbliżej niej,ponieważ oszczędza się przez to na ilości personelu

i środków transportowych, przenoszących rannych ze stacji rozdzielczej na oddział szpitalny.

Przy szpitalu ewakuacyjnym pracuje:

PRACOWNIA BAKTERJOLOGICZNA ARMJI.

Zadaniem jej jest przeprowadzanie badań materiału/środków spożywczych, wydzielin chorych/przesyłanego przez wielkie jednostki i zakłady sanitarne. W razie walk gazowych współpracuje ona również w kierunku stwierdzenia rodzaju użytych przez nieprzyjaciela gazów i wyszukiwania środków ochronnych.-

W skład szpitala ewakuacyjnego wchodzi również czołówki chirurgiczne w ilości dwóch. Zadaniem tych czołówek jest współpraca z personelem szpitala ewak., a mianowicie operowanie i leczenie następowe rannych zatrzymanych w szpitalu ewakuacyjnym. Każda z tych czołówek składa się z trzech zespołów chirurgicznych czyli z 6 chirurgów, 1 rentgenologa i personelu pomocniczego.

Poza temi organicznie w skład szpitala ewakuacyjnego wchodzącymi czołówkami, posiada armja pewną liczbę czołówek i zespołów chirurg. w odwodzie, a które przeznaczone są do wzmocnienia ilości personelu chirurgicznego w wielkich jednostkach, szpitalu ewakuacyjnym, chirurgicznych szpitali etapowych.

REZERWOWA KOMPANIA SANITARNA.

Rezerwowa kompania sanitarna przeznaczoną jest do uzupełnienia ubytków szeregowych sanitarnych w formacjach sanit. wielkich jednostek i formacjach sanit. wprost armji podległych. Ponadto służyć ona może do czasowego wzmocnienia ilości personelu noszowych w kompaniach sanit. dywizji piech., drogą przydziału pewnej ilości patroli sanit. do tych kompanij. Rozmieszczoną jest ona zawsze w miejscu postoju szpitala ewakuacyjnego w tym celu, aby będący do dyspozycji personel tej kompanii mógł współpracować na stacji rozdzielczej w przenoszeniu rannych.-

Rezerwa personelu oficerskiego.

Poza rezerwą personalną szeregowych, posiada armja rezerwę personalną oficerów korp. sanit. w pierwszym rzędzie lekarzy, przydzieloną do szpitala ewak. a przeznaczoną do szybkiego uzupełnienia powstałych braków wzgl. do czasowego wzmocnienia ilości lekarzy w wielkich jednostkach.

Przedstawiłem dotąd organizację szpitala ewak. i system ewakuacji przy użyciu do ewakuacji linii kolejowych.

Należy teraz rozpatrzyć, jak wyglądać będzie ewakuacja i jak zorganizowaną będzie służba zdrowia w wypadkach gdy armja walczy zdala od linii kolejowych i transport opiera się na drogach kołowych.-

Słowo "zdala" jest tu do pewnego stopnia względne. Zasadniczym zadaniem chirurgji wojennej jest, aby ranny był możliwie szybko i w wygodnych warunkach dostarczony na miejsce gdzie ma być poddany operacji i leczony. Termin ten ustalony został na podstawie badań na 24 - 36 godzin od chwili zranienia. Jeżeli więc armja operuje w terenie o mało rozwiniętej sieci dróg, jeżeli drogi te nie są zdatne do użytku przez samochody, a nawet jak to czasem się zdarza i wozy konne

z trudnością się po nich poruszają, wtedy dla ewakuacji rannych pojęcie "zdala" będzie już przy oddaleniu stacji ewakuacyjnej kolejowej od gł. punktu opatr. powyżej 30 - 40 km., a więc powyżej dnia marszu taborów, ponieważ ranny nie może otrzymać w żądanym przez zasady wiedzy lekarskiej terminie potrzebnej mu pomocy. Jeżeli na terenie operacyjnym armji istnieje dobrze rozwinięta sieć dróg zdatnych dla ruchu samochodowego i armja posiada dla ewakuacji rannych dostateczną ilość samochodów wtedy pojęcie "zdala" wynosić może powyżej 80 - 100 km. Wreszcie w miarę rozwijania się użycia lotnictwa do celów ewakuacji rannych odległości kilkuset-kilometrowe nie będą jeszcze nadmierne, gdyż ranny w ciągu kilku godzin od zranienia będzie mógł dostać się do dobrze urządzonego szpitala na tyłach, w którym znajdzie wszelką potrzebną pomoc. Zorganizowanie więc ewakuacji rannych zdala od linii kolejowych zależy od dróg/ilość i jakość/ i środków transportowych posiadanych przez armję przy wzięciu pod uwagę zasady, aby ranni w odpowiednim czasie znaleźli potrzebną pomoc i że długi transport bardzo niekorzystnie wpływa na stan rannego. Chodzi więc tu nie o odległości a o czas trwania transportu. Ponieważ przy ewakuacji tej mamy do czynienia z takimi samymi kategorjami rannych/zagazow., chorych/ jak przy ewakuacji linjami kolejowymi, przeto ogólna zasada ewakuacji będzie tu taka sama. Ranni, uznani za zdolnych do transportu są ewakuowani na:

Drogową stację ewakuacyjną

której zadaniem jest czasowe zatrzymanie przywiezionych rannych /chorych, zagazow./ i załadowanie ich do środków transportowych dostarczonych przez armję, celem ewakuacji na tyły.

Drogowa stacja ewakuacyjna, tworzona przez armję już to dla każdej wielkiej jednostki z osobna, już też dla kilku wspólnie, uruchamiana jest przez jedną sekcję szpitala polowego/ w razie potrzeby przez cały szpital polowy/. Może to być, albo sekcja wydzielona ze szpit. polowego danej wielkiej jednostki, albo też ze szpit. polowego z odwodu armji. Drogowa stacja ewakuacyjna rozwijana jest przy szpitalu polowym danej wielkiej jednostki, jeżeli służy tylko dla niej, lub też przy jakimś węźle dróg schodzących się od kilku wielkich jednostek. W tym więc drugim wypadku będzie to formacja analogiczna do omówionego poprzednio "ośrodka ewakuacyjnego". Tak do drogowej stacji ewakuacyjnej jak i do ośrodka ewakuacyjnego przeprowadzają transport wielkie jednostki swymi środkami i ewent. przydzielonemi im przez armję

Od stacji ewak. i ośrodków ewak. przeprowadza transport na tyły armja.

Środki transportowe:

Środki transportowe używane przy tej ewakuacji, to w pierwszym rzędzie samochody sanit. dla rannych leżących i samochody ciężarowe dla rannych siedzących. Poza tem używa armja do tego transportu kolumn sanit. konnych Cz. Krz., ewentualnie kolumn taborowych oddanych czasowo do dyspozycji sł. zdrowia, wreszcie mogą być w razie braku środków transp. sanit. do transportu wykorzystywane kolumny żywnościowe i amunicyjne dywizyjne idące po zaopatrzeniu i kolumny armji. Użycie tych dodatkowych środków musi być oczywiście zatwierdzone przez szefa sztabu/kwaternistrza/ armji.

Kategorje rannych/chorych/ transportowane na drogach kołowych:
Wśród transportowanych z drogowej stacji ewak. rannych

/zagazow.chorych/znajdują się niezdolni do dalekiej ewakuacji.Podobnie więc jak przy ewakuacji linjami kolejowymi musi być dla tej kategorii rannych rozwinięta przy drogach kołowych formacja sanit.mogąca udzielić tej kategorii rannych potrzebnej pomocy i zatrzymać ich do czasowego leczenia.Przychodzące jednak transporty rannych nie są jeszcze szczegółowo posegregowane.Poprzednia segregacja na gł.punkcie opatr.dzieliła rannych tylko na umierających,niezdolnych do transportu i zdolnych do transportu.Aby więc móc zatrzymać niezdolnych do dalszej ewakuacji z całej tej grupy zdolnych do transportu musi nastąpić przy tej formacji nowa segregacja rannych,analogicznie jak na stacji rozdzielczej szpit.ewakuacyjnego pracującego przy linjach kolejowych.Widzimy więc tu konieczność istnienia formacji analogicznej do szpit.ewak.przy linii kolejowej.Jest to t.zw.

"Wysunięty szpital ewakuacyjny".

przydzielony danej armji w razie potrzeby z odwodu Nacz.Wodza.

Zadania wysuniętych szpit.ewak.:

Zadaniem wysuniętego szpitala ewakuacyjnego jest:

- 1.Przyjmowanie transportów rannych/zagaz.chorych/ ewakuowanych drogami kołowymi z drogowych stacyj ewakuacyjnych.
- 2.Segregowanie przybywających transportów.
- 3.Udzielanie potrzebnej pomocy i czasowe leczenie niezdolnych do dalszej ewakuacji.
- 4.Ewakuowanie na tyły zdolnych do dalszej ewakuacji.

Zasady uruchamiania wysuniętego szpitala ewak.:

Wysunięty szpital ewakuacyjny uruchamiany jest przy punktach węzłowych dróg prowadzących od wielkich jednostek, o ile możliwości przy drodze zdadnej do ruchu samochodowego, a przynajmniej na punkcie początkowym takiej drogi.W niektórych wypadkach może on być również uruchomiony przy punkcie początkowym linii kolejowej jeżeli punkt ten jest tak odległy od wielkich jednostek, że ranni niezdolni do dalekiej ewakuacji dowiezieni do tego punktu musieliby być już tu zatrzymani i poddani odpowiednim zabiegom leczniczym. Przy uruchamianiu wysuniętego szpitala ewak.wchodzi w grę, oprócz konieczności zatrzymywania rannych niezdolnych do dalszej ewakuacji, jeszcze jeden ważny czynnik.Ponieważ zasadą ewakuacji rannych jest odtransportowanie ich do linii bojowej na tyły, przeto przy rozwinięciu szpitala ewak.głęboko na tyłach i przesunięciu się armji naprzód większa część obszaru etapowego armji nie mogłaby być wykorzystana dla celów szpitalnictwa, transporty bowiem rannych muszą dostać się najpierw do szpit.ewak., tam być posegregowane i stąd dopiero mogą być rozsyłane po szpitalach etapowych, które wobec tego musiałyby być uruchomione pomiędzy szpitalem ewak. a krajem.Przez uruchomienie wysuniętego szpitala ewak.znajdującego się znacznie bliżej linii frontu od normalnego szpitala ewak.mamy możliwość wykorzystania dla szpitalnictwa całego etapu, ponieważ już w tym wysuniętym szpitalu ewak.transporty zostają posegregowane.

Skład organizacyjny wysuniętego szpitala ewak.:

Z zadań jakie ma do wykonywania szpital ewakuacyjny wynika jego skład organizacyjny.Składa się on zatem ze:

- 1/stacji rozdzielczej,
- 2/oddziału szpitalnego o zmiennej ilości łóżek/przeciętnie 300 t./.
- 3/jednej czółówki chirurgicznej; zadania tych poszczególnych

składowych części wysuniętego szpitala polowego są takie same jak w szpitalu ewakuacyjnym. Wysunięty szpital ewak. nie posiada własnych środków transportowych do przenoszenia się, muszą mu być one dostarczone przy zmianie miejsca postoju przez armję.

Również i kategorie na jakie segreguje się transporty rannych w wysuniętym szpitalu ewakuacyjnym są te same jak w szpitalu ewak. Sposób ewakuacji rannych/chorych/ przy uruchomieniu wysuniętego

szpitala ewak:

Wysunięty szpital ewakuacyjny funkcjonować może dla całej armji t.zn. że transporty rannych ze wszystkich wielkich jednostek armji przechodzą przez niego. Będą to jednak wypadki rzadkie i tylko przez pewien niedługi okres czasu trwające/aż do naprawienia wzgl. zbudowania linii kolejowych/, przeprowadzanie bowiem transportu rannych daleko na tyły wyłącznie przy pomocy transportów kołowych, wymaga bardzo dużo środków transportowych, sam transport rannych trwa znacznie dłużej, aniżeli przy użyciu linii kolejowych, traktowane więc być musi jako malum necessarium, które powinno być możliwie rychło usunięte i zastąpione solidniejszą organizacją ewakuacji, a mianowicie wzdłuż linii kolejowych.

W wypadkach, kiedy wysunięty szpital ewakuacyjny funkcjonuje dla całej armji, szpital ewakuacyjny tej armji, rozwinięty przy linii kolejowej otrzymuje już transporty posegregowane, a więc tylko pewne kategorie rannych/zagazow. chorych/ czasowo więc pełni on funkcje szpitala etapowego, aż do czasu, kiedy wskutek naprawy wzgl. zbudowania linii kolejowych zacznie otrzymywać niesegregowane transporty rannych, już to z całej armji już też z pewnych jej części składowych i rozpocznie z tą chwilą normalne swe funkcje szpitala ewakuacyjnego.

Częściej zachodzić będą wypadki, że pewna część armji znajdować się będzie zdala od linii kolejowej i dla niej rozwinięty będzie wysunięty szpital ewakuacyjny, resztę zaś armji obsługiwać będzie szpital ewakuacyjny rozwinięty przy linii kolejowej.

Wreszcie przy wielkiej rozciągłości frontu armji przy znacznem oddaleniu od linii kolejowych może okazać się potrzeba uruchomienia dwu wysuniętych szpitali ewakuacyjnych. Ponieważ istotą funkcji szpitala ewakuacyjnego jest przeprowadzenie segregacji przywiezionych transportów rannych, a segregację tą przeprowadza stacja rozdzielcza, przeto drugi ewent. potrzebny wysunięty szpital ewakuacyjny uruchomić możemy rozwijając w wybranem miejscu szpital etapowy lub kilka szpitali polowych i do tego szpitala dołączamy personel i materj. stacji rozdzielczej szpitala ewakuacyjnego rozwiniętego przy linii kolejowej. Ten ostatni funkcjonował będzie wtedy jako szpital etapowy, ewent. zamienić go możemy na centrum chirurgiczne i.t.p. aż do czasu, kiedy rozpocząć on może z powrotem funkcje szpitala ewakuacyjnego.

Dalsza ewakuacja posegregowanych w wysuniętym szpit. ewak. rannych/zagazow., chorych/ odbywa się następująco:

- 1/ kategoria rannych/zagazow. chorych/ niezdolnych do dalszej ewakuacji pozostaje w wysuniętym szpitalu ewak.
- 2/ lekko ranni/zagazow. chorzy/ zostają przetransportowani do polowego domu ozdrowieńców.
- 3/ średnio ranni, zagazowani, chorzy.
 - a/ których czas leczenia będzie trwał przypuszczalnie nie dłużej nad 4-6 tygodni zostają przetransportowani albo wprost drogą

kołową do odpowiednich szpitali etapowych/ o ile są blisko rozwinięte/, albo na stację ewakuac. kolejową i stąd jadą do szpitala ewakuacyjnego i tam są leczeni/ jeżeli szpit. ewak. otrzymuje tu wszystkie transporty już segregowane/ lub z tego szpitala są skierowywani do szpitali etapowych transportami kolejowymi.-

b/których czas leczenia będzie przypuszczalnie trwał dłużej aniżeli 6 tygodni, zostają przeniesieni na stację ewakuacyjną i stąd skierowani koleją wprost do szpitali w kraju.

4/Zakaźni chorzy zostają przetransportowani wprost drogami kołowymi do szpitala dla zakaźnych.-

5/Wenerycznie chorzy zostają skierowani wprost do etapowego szpit. wenerycznego.

Sanitarne stacje odpoczynkowe:

Zachodzić mogą wypadki, że odległość między wysuniętym szpitalem ewakuacyjnym a szpitalami etapowymi i stacją ewakuacyjną wynosi powyżej dnia marszu środków transportowych. W tych razach wzdłuż dróg ewakuacyjnych uruchamia się "sanitarne stacje odpoczynkowe", na których przejeżdżające transporty rannych mogą w ciągu nocy wypocząć i w których mogą być chwilowo zatrzymani poszczególni ranni, których stan w czasie transportu się pogorszył, skutkiem czego stali się oni czasowo niezdolni do dalszego transportu.

Te sanitarne stacje odpoczynkowe uruchamiane są przez pojedyncze sekcje szpitali polowych z odvodu armji, a jeżeli transporty są duże i częste mogą to być całe szpitale polowe.

POŁOWA SKŁADNICA SANITARNA.

Polowa składnica sanitarna ma za zadanie uzupełnianie materiału sanit. we wszystkich formacjach armji. Umieszczona zawsze na stacji regulującej, wysyła ona za pośrednictwem komisarza regulującego stosownie do planu zaopatrzenia w materj. sanit., materiał sanitarny na stacje zaopatrywania wielkich jednostek wzgl. formacyj wprost armji podległych. Przesyłki te są dołączane do normalnych pociągów zaopatrzenia. Ze stacji zaopatrywania przesłane materiały pobierają oddziały wprost. W czasie nasilonych walk na froncie kiedy zużycie materiału sanit. zwłaszcza opatrunków jest bardzo duże, może okazać się potrzebnem przysunięcie pewnej rezerwy tego materiału bliżej frontu bojowego. Tworzy się wtedy na stacjach ewakuacyjnych t. zw. "wysunięty skład materj. sanit.", z której czerpie materiał potrzebny kompanja sanit. i rozdziela go w miarę potrzeby poszczególnym oddziałom.

Również w wypadku funkcjonowania wysuniętego szpitala ewakuacyjnego, a więc w wypadku długich transportów drogami kołowymi, koniecznem jest przesunięcie bliżej frontu pewnej rezerwy materiału sanitarnego. Tworzy się więc w tych wypadkach "wysunięty skład mat. sanit.". Skład ten uruchamia się przy wysuniętym szpitalu ewakuacyjnym i z niego kolumny transportowe, kursujące między tym szpitalem, a drogowymi stacjami ewakuacyjnymi zabierają na te stacje żądany przez wielkie jednostki materiał. Z tych drogowych stacji ewakuacyjnych zabierają dostarczony materiał tabory kompanji sanit. danej wielkiej jedn. i rozdziela ją go między oddziały.

Materiał znajdujący się w Polowej Składnicy sanit. jest przechowywany częściowo w stanie luźnym/ pewna ilość środków opatrunkowych leków, narzędzi chirurg. i przyborów lekarskich i. t. p./ częściowo w postaci gotowych kompletów jak punkty opatrunkowe, wyekwipo-

wanie patroli sanit.sekcje szpitalne,materjał dla oddziałów chorych po 100 łózek szpit.i.t.d.Te komplety materiałowe służą do zastąpienia zniszczonych wzgl.utraconych kompletów/n.p.w razie zniszczenia lub dostania się w niewolę punktu opatr.baonu/ oraz do ewentualnego rozszerzenia funkcjonujących zakładów sanit./n.p.w razie konieczności powiększenia ilości łózek szpit.w szpitalu ewakuacyjnym lub etapowym wskutek silnych strat i.t.d./.

Realizacja zapotrzebowań:

Sposób pokrywania zapotrzebowań na materjał sanit.jest podwójny. Sposób normalny t.zw.okresowy polega na tem,że co pewien,ustalony przepisami,okres czasu lekarze oddziałów i komendanci formacyj sanit.przysyłają do szefa sanit.swej wielkiej jednostki wykazy braków materj.sanit.potwierdzone przez swego bezpośredniego dowódcę.

Te wykazy braków,będące równocześnie zapotrzebowaniem,zatwierdzone przez szefa sanit.wielkiej jednostki zostają przesłane do szefa sanit.armji,który po zatwierdzeniu przysyła je do zrealizowania do polowej składnicy sanit.wzgl.do wysuniętego składu materj.sanit.Przygotowany materjał zostaje przy pomocy personelu komisarsza Reguluj.załadowany do wozów kolej./przy wysuniętym składzie przez personel wysuniętego szpit.ewak.na wozy wzgl.samochody.

Drugą formą zapotrzebowań na materj.sanit.są zapotrzebowania nadprogramowe,nagłe,powstające zwykle w czasie walk,czy to wskutek wyczerpania się materiału,czy też z powodu jego utraty.Tego rodzaju zapotrzebowania pochodzące z oddziałów pokrywane są na zwykłą kartę służbową lekarza oddziału przez komp.sanitarną z jej rezerwy materj.,ta zaś pokrywa natychmiast swe braki ewent.w wysuniętej rezerwie materj.sanit.ewak.za zezwoleniem szefa sanit.d.p.lub w Pol.Skł.sanit.za zgodą szefa sanit.armji.

REZERWA FORMACYJ SANIT.ARMJI I ICH PRZEZNACZENIE.

Poza omówionemi już formacjami sanitarnemi w dyspozycji armji znajduje się pewna ilość /ustalona planem koncentracyjnym/:

Szpitali polowych
pojedynczych sekcji szpitali polowych
zespołów gazowych
kolumn sanit.samochodowych lekkich i ciężkich
kolumn sanit.konnych
czołówek i zespołów chirurgicznych.

Wszystkie te formacje stanowią odwód skł.zdrowia armji; zadania tych poszczególnych formacyj są następujące:

Szpitala polowe i sekcje szpitalne należące do odwodu armji są w pierwszym rzędzie przeznaczone do zastępowania wzgl.rozszerzenia szpitali polowych funkcjonujących przy wielkich jednostkach.Aby mogły być one szybko przydzielone w razie potrzeby do wielkich jednostek trzyma się je w kilku grupach marszowych rozmieszczonych za frontem armji w odległości mniej więcej dnia marszu.Zależnie od zadań i ilości sił na poszczególnych odcinkach rozdział tych formacyj do poszczególnych grup marszowych będzie różny.

Poza tem głównem zadaniem szpitali polowych i sekcji szpitalnych swego odwodu używa szef sanit.do tworzenia drogowych stacji ewakuacyjnych, stacji sanit.odpoczynkowych wreszcie może je przeznaczyć do celów specjalnych/szpital dla zakaźnie chorych,centrum dla lekko rannych,szpit.przy stacji ewak.lub przy ośrodkach ewak.i.t.p./.

ZESPOŁY GAZOWE.

Zadania ich i sposób użycia został już omówiony poprzednio.

Kolumny sanit.samoch.lekkie i ciężkie,kolumny sanit.konne C.K.

Wymienione środki transportowe przeznaczone są przede wszystkim do pomocy w przeprowadzeniu ewakuacji rannych w obrębie wielkich jednostek.Zasadniczo każda wielka jednostka powinna posiadać poza swą kompanją sanit./plut.sanit./ jedną lekką kolumnę samochodową, wzgl.gdy drogi są niezdadne do użytku samoch. kolumnę sanit.konną, przy wielkich szratakach lub przy wielkich odległościach,na których przeprowadza się ewakuację,częstokroć nie wystarcza wielkim jednostkom jedna kolumna i zachodzi potrzeba przydzielenia dalszych.

Aby takim,częstokroć nagłym,potrzebom w porę odpowiedzieć,musi szef sanit. armji przydzielając poszczególne kolumny do wielkich jednostek zachować sobie pewną rezerwę środków transportowych porozdzielaną w grupach marszowych.

Zwłaszcza koniecznem to jest przy wojnie ruchowej,kiedy odległości ewakuacyjne wciąż się zmieniają i środki transportowe trzeba często rozdzielać na mniejsze oddziały/kawalerja/.-

Środki transportowe armji,przeznaczone do ewakuacji sanit.,mogą być użyte również i poza wielkimi jednostkami.Na to miejsce przede wszystkim w wypadkach w których rozwija się wysunięty szpital ewakuacyjny, a więc w wypadkach w których transport rannych od wielkich jednostek na tyły przeprowadza się po drogach kołowych.Jeżeli drogi te zdadne są do ruchu samochodowego to w pierwszym rzędzie użyte tu będą ciężkie kolumny samochodowe,jako posiadające większą wydajność pracy.

Ponadto pewna część środków transportowych sanit.armji rozdzieloną może być w razie potrzeby między poszczególne szpitale na obszarze armji i etapu/szpital ewakuacyjny,szpital etapowe/.Będzie to miało miejsce w wypadkach gdy n.p.stacja rozdziela szpit.ewak. jest oddaloną od oddziału szpitalnego szpitala ewak. i przenoszenie rannych na noszach wymagałoby zbyt wiele personelu, a na miejscu nie ma dostatecznej ilości środków transp.lub gdy szpitale etapowe oddalone są od stacji kolej.na której wyładowuje się transporty i.t.p.W wypadkach takich dca armji/szef sanit.armji/oddaje dcy O.E./szefowi sanit.etapu/ pewną ilość środków transp.ze swego odwodu a ten rozdziela je stosownie do potrzeby.

CZOŁÓWKI I ZESPOŁY CHIRURGICZNE.

Poza wchodzącymi organicznie w skład szpitali ewakuacyjnych czołówkami chirurgicznymi posiada armja w swym odwodzie pewną ilość luźnych czołówek i zespołów chirurg.Są one przeznaczone do wzmocnienia ilości personelu chirurgicznego w szpitalach, w których zachodzi potrzeba tego wzmocnienia, a więc w szpitalach polowych wielkich jednostek, w szpitalach ewakuacyjnych, w chirurgicznych szpitalach etapowych.Czołówki trzymane są zasadniczo w odwodzie przy szpitalach ewak.lub chirurgicznych szpitalach etapowych,zespoły chirurgiczne w grupach marszowych za wielkimi jednostkami dla przydziału do szpitali polowych tych jednostek.

SLUŻBA ZDROWIA W SAMODZIELNEJ GRUPIE OPERAC.

Organizacja i sposób funkcjonowania sł.zdrowia w samodzielnej grupie operacyjnej jest taki sam jak w armji. Różnice dotyczące tu będą tylko ilości środków, którymi sł.zdrowia dysponuje, ponieważ jednak zadania są tu te same jak w armji przeto i rodzaj formacji i sposób ich funkcjonowania jest ten sam.

SLUŻBA ZDROWIA W ETAPIE.

Zadania: Zadaniem sł.zdrowia w etapie jest:

1. Ochrona stanu zdrowotnego wojsk rozmieszczonych w etapie,
2. Leczenie rannych/chorych, zagaz./ wyewakuowanych przez szpital ewakuacyjny, a przeznaczonych do leczenia w etapie.
3. Zapewnienie pomocy lekarskiej wojskom znajdującym się w etapie.-

Służbę zdrowia etapu traktować właściwie należy jako organiczną część składową służby zdrowia armji, jest ona bowiem tylko uzupełnieniem tej ostatniej. Stąd też szef sanit.armji opracowując plan użycia sł.zdrowia i plan ewakuacji i szpitalnictwa armji ustala równocześnie rozmieszczenie szpitali w etapie i ich przeznaczenie, są one bowiem jednym z ogniw łańcucha ewakuacyjnego.

Organizacja sł.zdrowia etapu:

Do wykonania swych zadań posiada etapowa sł.zdrowia następujące formacje:

- 1/ szpitale etapowe w ilości zmiennej,
- 2/ polowe domy ozdrowieńców,
- 3/ odczajalnie etapowe/zasadniczo po dwie/
- 4/ kolumny dezynfekcyjne/zasadniczo po dwie/
- 5/ pracownie bakteriologiczne/zasadniczo po dwie/.

Poza tą dotacją organiczną może etapowa sł.zdrowia otrzymać od armji do swej dyspozycji:

- a/ dodatkowe szpitale tworzone przez ochotniczą sł.zdrowia,
- b/ szpitale polowe, sekcje szpitalne,
- c/ czołówki wzgl.zespoły chirurgiczne,
- d/ zespoły gazowe,
- e/ kolumny samoch.sanit.i kolumny sanit.konne, wzgl.części tych kolumn.

Kierownictwo sł.zdrowia O.E.i sposób funkcjonowania :

Służbą zdrowia w etapie kieruje szef sanitarny O.E.wchodzący w skład kwatery głównej dowódcy etapu. Posiada on do swej dyspozycji jako organ bezpośredni swej pracy "Biuro szefa sanit.O.E." pozatem w Kierownictwach Rejonów etapowych funkcjonują kierownicy sł.zdrowia rejonów etapowych. W wykonywaniu swych zadań kieruje się szef sanitarny O.E.planem ewakuacji i szpitalnictwa armji oraz instrukcjami szczegółowymi otrzymanymi od szefa sanit.armji.

Szpitale etapowe:

Do najważniejszych zadań sł.zdrowia w etapie należy leczenie rannych/chorych, zagazowanych/ewakuowanych z Wielkich Jednostek. Kategorie rannych/zagazowanych, chorych/, których leczy się w etapie są następujące:

1. Ranni, zagazow.chorzy, których czas leczenia trwać będzie około 4-6 tygodni, a którzy po wyleczeniu będą zdolni do służby.
2. lekko ranni i lekko chorzy/ o ile nie zostali już zatrzymani przy szpitalu ewak., lub w wyjątkowych wypadkach przy swych wielkich

jednostkach/.

3. Zakaźnie chorzy.

4. Wenerycznie chorzy.

5. Przypadki sądowo-lekarskie /samouszkodzenia/ i orzeczenia specjalne co do zdolności do służby.

Dla wszystkich tych kategorii rannych i chorych muszą być zorganizowane w etapie odpowiednie zakłady lecznicze, przystosowane do leczenia pewnych kategorii rannych/chorych/.

Szpitalne w etapie są właściwie pierwszymi szpitalami w których ranny ewakuowany z frontu leczy się aż do wyleczenia, tak bowiem szpitale polowe jak i szpital ewakuacyjny leczą rannych/chorych/ tylko czasowo t.j. do czasu uzyskania przez nich zdolności do salowego transportu.

Szpitalne etapowe są wyspecjalizowane t.j. przystosowane do leczenia pewnych kategorii rannych/chorych/. Będą więc szpitale etapowe chirurgiczne, szpit. etapowe dla zakaźnie chorych, dla zagazowanych, dla wenerycznie chorych, szpitale dla chorych wewnętrznych. Do leczenia lekko rannych/lekko chorych/ przeznaczony jest zasadniczo polowy dom ozdrowieńców, do którego skierowuje się również ozdrowieńców ze szpitali etapowych, nie potrzebujących już leczenia szpitalnego, niezdolnych jednakowoż jeszcze do pełnienia służby. Poza-tem jeden ze szpitali etapowych powinien mieścić w sobie oddziały specjalne/choroby uszu, oczu, oddział obserwac. chorób umysłowych, oddział dla samouszk.-odzeń/. Ponieważ organizacja sł. zdrowia przewiduje uruchomienia na armję 5 szpitali etapowych, która to liczba może się w niektórych wypadkach, zwłaszcza przy funkcjonowaniu dwu szpitali ewakuacyjnych okazać za małą, przeto szef sanit. etapu będzie często zmuszony do zorganizowania szpitali dodatkowych ze środków miejscowych, w szczególności przy pomocy ochotniczej służby zdrowia. Poza-tem wielkość szpitali etap. może być zwiększona już to przy pomocy środków miejscowych, już też przez przydział materiału z Pol. składnicy sanit.

Dla celów ewakuacji, jak również dla oszczędności personelu administracyjnego powinny być szpitale etapowe możliwie duże, stąd często, jeżeli warunki techniczne na to pozwolą, szpitale te łączone są w centra n.p. centrum chirurgiczne, centrum dla chorych wewnętrznych.

Centra te, jak wogóle szpitale etapowe powinny być rozwijane możliwie blisko szpitala ewakuacyjnego, zmniejsza się bowiem przez to czas trwania transportu, a tem samem zwiększa możność dostania się rannego w porę do operacji. Zwłaszcza chodzi tu więc o szpitale chirurgiczne, które najcelowiej jest rozwijać w miejscowości w której rozwinięty jest szpital ewakuacyjny.

Środki transportowe dla ewak. rannych w etapie:

Środkami transportowymi używanymi do ewakuacji w obrębie etapu są w pierwszej linii pociągi sanit.

Przy funkcjonowaniu wysuniętego szpitala ewakuacyjnego do transportu między nim a szpitalami etap. użyte będą samochody, wozy, sanit. ewent. zwykłe wozy dostosowane do transportu rannych. Zależnie od terenu mogą być w etapie użyte również drogi wodne, zwłaszcza dla rannych już operowanych, oraz dla lekko rannych i lekko chorych przede wszystkim zaś dla chorych i zagazowanych u których nie zależy tak bardzo jak u rannych na szybkości transportu. Do ewakuacji rannych jeszcze nie operowanych a potrzebujących operacji drogi wodne się nie nadają ze względu na bardzo powolny transport.

Sanitarne stacje wyładownicze.

Zależnie od sposobu przeprowadzania ewakuacji w etapie szef sanit.O.E.organizuje instytucje mające na celu ułatwienie tej ewakuacji.Przy ewakuacji więc linjami kolejowymi organizuje on na stacjach miejscowości w których rozwinięte są szpitale etap.sanitarne stacje wyładownicze/personel i materiał z danego szpit.etap./,których zadaniem jest przyjmowanie przywiezionego transportu rannych i przewiezienie do szpitala; przy ewakuacji wzdłuż dróg kołowych organizuje "stacje sanitarne odpoczynkowe" stosownie do planu ewakuacji i szpitalnictwa armji według zasad omówionych poprzednio.

Ochrona stanu zdrowotnego wojsk w etapie:

Drugim ważnym zadaniem sł.zdrowia etapu jest ochrona stanu zdrowotnego wojsk rozmieszczonych w etapie.Zadanie to wykonywa sł.zdrowia przez:

- 1.Profilaktykę.
- 2.Nadzór nad stanem zdrowotnym i leczenie oddziałów etapowych.
- 3.Pomoc lekarską dla oddziałów przechodzących.
- 4.Opiekę lekarską nad ludnością cywilną etapu.

Higjena zapobiegawcza:

Etap,będący terenem stałego przemarszu wojsk,miejszem wypoczynku dla wielkich jednostek wycofanych z frontu ,terenem rozmieszczenia całej masy różnych formacyj musi być specjalnie skrupulatnie nadzorowany co do swych warunków zdrowotnych,wychodzące bowiem stąd zakażenia niezmiernie łatwo rozszerzyć się mogą na całą armję;tymczasem warunki życia w etapie/stałe przemarsze wojsk.nagromadzenia wielkiej ilości formacyj w ważniejszych punktach węzłowych,częsty brak odpowiednich pomieszczeń,szęsta nędza wśród ludności cywilnej/specjalnie sprzyjają powstawaniu i rozszerzaniu się chorób zakaźnych.

Profilaktyka więc wzgl.t.zw.higjena zapobiegawcza będzie tu musiała iść w kierunku:

- a/higjeny pomieszczeń
 - b/higjeny osobistej
 - c/szczepienia i powtarzania szczepień ochronnych w oddziałach etap.i oddziałach wycofanych dla odpoczynku z frontu.
 - d/nadzoru nad środkami spożywczymi i wodą do picia.
- ad a/.Higjena pomieszczeń:

Dla utrzymania pomieszczeń w rejonach kwaterunkowych w stanie wymaganym zasadami higjeny tworzy się wspomniane już poprzednio "komisje zdrowotności".Do pomocy w przeprowadzaniu zabiegów mających na celu utrzymanie zdrowotności pomieszczeń posiada sł.zdrowia etapu; kolumny dezynfekcyjne.Chodzić tu będzie o dezynfekcję pomieszczeń,niszczenie odpadków i materiału zakaźnego wzgl.podejrzanego itp.

ad b/.Higjena osobista:

Higjena osobista to w pierwszym rzędzie czystość.W tym celu sł.zdrowia wykorzystywać powinna każdy odpoczynek wojsk,aby dostarczyć im możliwości kąpieli i zmiany bielizny brudnej na czystą,a zdezynfekowania brudnej.W rejonach kwaterunkowych powinny być uruchamiane kąpieliska,przyczem sł.zdrowia posiłkuje się tu w pierwszym rzędzie już istniejącymi w danej miejscowości tego rodzaju urządzeniami,w razie zaś ich braku improwizuje je.

Ponadto ma sł. zdrowia etapu w swej dyspozycji duże odkażalnie etapowe,które rozwijają się w ważniejszych punktach węzłowych etapu, o ile w tych miejscowościach nie ma instalacyj stałych istniejących z czasu pokoju,wzgl.gdy instalacje te są za mało wydajne.

ad c/ Szczepienia ochronne:

Ważność szczepień ochronnych została podkreślona na początku tych wykładów. Ponieważ jednak szczepienia ochronne powodują u szczepionych przez pewien, różnie długo trwający, okres niezdolności do służby, przeto wszelkie szczepienia ochronne oddziałów wycofanych do etapu z frontu mogą być przeprowadzane za zgodą dcy armji i po porozumieniu się z szefem sanit. armji.

ad d/ Środki spożywcze i woda:

Jednym z najczęstszych źródeł zakażenia są pokarmy spożywcze i woda. I tutaj więc musi sł. zdrowia rozwinąć staranną opiekę i dozorować wykonywania przepisów dotyczących higieny produktów spożywczych zwłaszcza zaś jarzyn i owoców. To samo tyczy się wody, która w razie złej jakości musi być podawana do picia w stanie przegotowanym lub też zdezynfekowanym w jakikolwiek inny sposób/ chlorowanie, promienie ultra-fioletowe i. t. p. /.

Etapowa Izba chorych:

Ochrona stanu zdrowotnego i leczenie oddziałów etapowych odbywa się na tych samych zasadach jak wogóle dla oddziałów wojskowych. W każdym dowództwie rejonu etapowego, a w razie rozmieszczenia większej ilości oddziałów etapowych w jakiejś miejscowości poza miejscem postoju dztwa rej. etap. i w tych miejscowościach powinna być rozwinięta etapowa izba chorych, której zadaniem jest udzielanie porady lekarskiej i leczenie chorych/ do 2 tygodni/ z oddziałów etapowych. Chorzy, którzy potrzebują leczenia szpitalnego ewakuowani są do odpowiednich szpitali etapowych.

Oddziały przechodzące przez etap mają zapewnioną pomoc lekarską ze strony swej organicznej sł. zdrowia. Mogą jednakowoż przechodzić przez etap. oddziały małe, lub oddziały chwilowo nie mające swego lekarza wzgl. zatrzymujące się za krótko, aby mogły uruchomić swą izbę chorych i w takim wypadku obowiązkiem sł. zdrowia etapu jest zapewnić tym oddziałom przeprowadzenie wizyty chorych i przyjęcie do etapowych izb chorych przeznaczonych do wyewakuowania z oddziału.

Opieka lekarska nad ludnością cywilną:

Opiekę lekarską nad ludnością cywilną w etapie roztaczają w pierwszym rzędzie odpowiednie organa sanit. cywilne. Częstość jednak organów tych brak wzgl. jest ich za mało. W wypadkach tych szef sanit. organizuje udzielanie ludności cywilnej pomocy lekarskiej ze strony wojska. Zatem szef sanit. O. E. i kierownicy sł. zdrowia rejonów etapowych współpracują stale z władzami cywilnymi odnośnie utrzymania dobrego stanu zdrowotnego i zwalczania chorób zakaźnych wśród ludności cywilnej, gdyż zły stan zdrowotny tej ludności, choroby zakaźne wśród niej panujące wywierają natychmiast swój wpływ i na zdrowotność wojska. Do czynności tych należy tu będzie również nadzór nad prostytucją, dla ochrony oddziałów przed zakażeniem chorobami wenerycznymi. Zadanie to, bardzo często pomijane wstydliwie milczeniem jest bardzo ważne, choroby weneryczne mogą bowiem zmniejszać również gwałtownie stany liczbowe oddziałów jak ostre choroby zakaźne, co zresztą można było w wielu oddziałach w czasie naszej wojny z ukraińcami i bolszewikami obserwować.

SŁUŻBA ZDROWIA W GRUPIE ARMJI.

Grupa armji jest jednostką wyłącznie taktyczną. Z tej przyczyny nie posiada ona specjalnych organów sł. zdrowia, poza lekarzem wchodzącym w charakterze referenta w skład IV. Oddziału Sztabu Grupy. Zadaniami tego lekarza jest zapewnienie łączności pomiędzy służbą zdrowia poszczególnych armij wchodzących w skład grupy, oraz pomiędzy armjami a wielką Kwaterą Główną.

SŁUŻBA ZDROWIA NA SZCZEBLU WIELKIEJ KWATERY GŁÓWNEJ.

Zadania i sposób funkcjonowania:

Całością służby zdrowia w polu kieruje szef sanitarny wojska w polu. Głównie jego zadania są:

1. Ogólna organizacja sł. zdrowia w polu i sposób jej funkcjonowania w związku z zamierzonymi przez Naczelnego Wodza działaniami.
2. Opracowanie planu ewakuacji od armji do kraju/rozmieszczenie szpitali ewakuacyjnych/ i nadzór nad wykonywaniem tego planu.
3. Dysponowanie rezerwą formacyj sanitarnych, personelu i materiału należących do odwodu Naczelnego Wodza.
4. Utrzymywanie łączności ze służbą zdrowia w kraju.
5. Wydawanie szczegółowych instrukcyj technicznych dotyczących sposobu funkcjonowania sł. zdrowia, sposobów leczenia, zwalczania chorób zakaźnych i t.p.

Stosownie do zamierzeń Naczelnego Wodza szef sanit. wojska w polu stworzyć sobie musi plan użycia służby dla zamierzonych operacyj, uruchomić wzgl. zbliżyć do frontu posiadane przez siebie rezerwy, aby, już to jeszcze przed rozpoczęciem operacji, już też w czasie ich trwania, móc w porę przyjść służbie zdrowia poszczególnych armij w formacje sanitarne, mające stanowić ich odwód, co do ewentualnych przesunięć odwodów formacyj sanit. z jednej armji do innej i t.d.

Przed rozpoczęciem operacyj opracowuje on plan ewakuacji, stawiając wnioski co do miejsca rozmieszczenia szpitali ewakuacyjnych wzgl. przydziału poszczególnym armjom dodatkowych szpit. ewak. z odwodu Nacz. Wodza, co do ilości pociągów sanit. jakie przydzielić należy do transportów ewakuacyjnych danej armji, ustala z Szefem Dep. Sanit. rozdział obszarów szpitalnictwa w kraju między poszczególne armje, wreszcie wykonuje stały nadzór zarówno nad całością ewakuacji w polu jak i w szczególności nad ewakuacją z pola do kraju.

Stałe utrzymywanie łączności szefa sanit. armji w polu ze służbą zdrowia w kraju jest zwłaszcza ze względu na ewakuację rzeczą konieczną. Normalnie ewakuuje się do kraju około 50% rannych zagaz. chorych ewakuowanych z oddziałów. Sytuacja jednak bojowa/cofanie się jakiejs armji, chwilowe przepełnienie szpitali armji, do większych działań/ może tę ilość ewakuowanych znacznie przez pewien okres czasu zwiększyć. Poza tem niektóre armje mają więcej ożywione walki na swym froncie, inne mniej, a więc różnie wielka ilość ewakuowanych dostawać się będzie do ich obszarów szpitalnictwa. Z tych przyczyn pojemność przydzielonych armjom obszarów szpitalnictwa musi być często zwiększona wzgl. część obszaru szpitalnictwa jednej armji musi być przydzielona dodatkowo drugiej armji..

To samo zachodzić będzie przy zmniejszaniu się lub powiększaniu ogólnem obszarów szpitalnictwa na skutek przesuwania się granicy terenów operacyjnych w związku z posuwaniem się naprzód, względnie cofaniem się armij.

Szef sanit.wojska w polu jest równocześnie niejako kierownikiem technicznym co do sposobu funkcjonowania całości szł.zdrowia w polu. Wydaje on na podstawie opinij lekarzy konsultantów szczegółowe instrukcje co do sposobu udzielania pomocy chirurgicznej na poszczególnych szczeblach, wprowadzania nowych metod postępowania z ranami wzgl. z poszczególnymi ich rodzajami i t.p. Do niego również należy ogólna organizacja walki z chorobami zakaźnymi na terenach operacyjnych, wydawanie przepisów dotyczących sposobu podniesienia wzgl. utrzymywania w dobrym stanie zdrowotności armji w polu

Odwody formacji sanit. Naczelnego Wodza:

W odwodzie szł.zdrowia na szczeblu Naczelnego Dowództwa znajdują się następujące formacje:

1. szpitale ewakuacyjne i wysunięte szpitale ewakuacyjne.
 2. szpitale etapowe.
 3. szpitale polowe, sekcje szpitali polowych.
 4. pracownie bakteriologiczne.
 5. kolumny dezynfekcyjne.
 6. czołówki i zespoły chirurgiczne.
 7. zespoły gazowe.
 8. środki transportowe dla ewakuacji rannych a mianowicie kolumny samoch. sanit., kolumny sanit. konne, samoloty sanitarne, pociągi sanitarne.
 9. środki transportowe wodne.
 10. Rezerwa główna materj. sanit.
- Odwody ad 1 - 7. rozmieszczone są zasadniczo na terenach operacyjnych armij i ich etapie i są przydzielone w miarę potrzeby poszczególnym armjom wzgl. nowo utworzonym związkom operacyjnym. Rozpoczynają one swe funkcjonowanie dopiero z chwilą przydziału ich do jakiejś armji, szef sanit.wojska w polu jest bowiem tylko czynnikiem kierującym koordynującym i nadzorującym funkcjonowanie szł.zdrowia w polu, nie przeprowadza natomiast w formacjach stanowiących odwód Naczelnego Wodza leczenia, ewakuację zaś między armjami a krajem przeprowadza przez organa pomocnicze, nie wchodzące w skład wielkiej kwatery głównej.

Rezerwa gł. materiału opatr.:

Rezerwa główna materj. sanitarnego przeznaczoną jest do uzupełnienia w materj. sanit. polowych składnic sanitarnych poszczególnych armij. Poza tem w rezerwie tej znajduje się kompletny materiał niektórych formacji sanit. należących do odwodu Naczelnego Wodza, a nieuruchomionych chwilowo/ dodatkowe szpitale ewak., szpitale etapowe, sekcje szpitalne i t.p. Rezerwę tę uzupełnia okresowo Minister Spraw Wojsk./ szef depart. sanit./ a dysponuje nią Naczelnny Wódz/ szef sanit.wojska w polu/. Stosownie do potrzeb i zamierzonych planów operacyjnych rezerwa ta może być na żądanie Naczelnego Wodza zwiększona. Uzupełnianie materiałowe polowych składnic sanitarnych z rezerwy głównej odbywa się na podstawie okresowych zestawień zużycia przesłanych przez szefów sanit. armij w polu, którzy przesyłają zatwierdzone zapotrzebowania do zrealizowania. Przesyłkę przetransportowują komisarze regulujący odpowiednich armij do Polowych Składowi Sanit. Łoza uzupełnieniami okresowymi mogą istnieć również uzupełnienia nagłe, zatwierdzane również przez szefa sanit.wojska w polu.

Jako bezpośrednich pomocników w wykonywaniu swych zadań posiada szef sanit.wojska w polu swe "Biuro szefa sanit.wojska w polu" oraz lekarzy konsultantów./Chirurgów i epidemiologów/,którzy przedstawiają szefowi sanit.spostrzeżenia swe i wnioski dotyczące funkcjonowania sł.zdrowia w polu w zakresie ich specjalności.Pożatem dla spraw ewakuacji posiada swego przedstawiciela w referacie/wydziale/sanitar-nym gener.Komisji Transportów kolejowych.

SŁUŻBA ZDROWIA W KRAJU.

Zadania sł.zdrowia w kraju:

Zadaniem służby zdrowia w kraju w czasie wojny jest:

- 1.Utrzymanie stanu zdrowotnego,opieka lekarska i leczenie wojsk i jeńców rozmieszczonych na terenie kraju.
- 2.Leczenie ewakuowanych rannych,zagazow.,chorych z terenów operacyjnych do kraju.
- 3.Szkolenie i uzupełnienie personelem sanitarnym sł.zdrowia armij w polu.
- 4.Dostarczanie materiału sanit.do dyspozycji Naczelnego Wodza.

Nadzór nad stanem zdrowotnym w kraju:

Podobnie jak na terenach operacyjnych tak i w kraju silne nagromadzenie różnorodnych elementów w ciasnych często prowizorycznych pomieszczeniach stwarza stałą groźbę wybuchu chorób zakaźnych,stad też nadzór nad warunkami higienicznymi,nad pożywieniem,pomieszczeniem musi być szczególniejsz. Podejrzani o choroby zakaźne wzgl. już chorzy muszą być copędzej eliminowani z oddziałów.

Leczenie ewakuowanych.

Bardzo poważnem zadaniem sł.zdrowia w kraju jest leczenie ewakuowanych z terenów operacyjnych.Jest to kategoria rannych/chorych,zagazow./,których leczenie trwać będzie przypuszczalnie dłużej aniżeli 6 tygodni,dalej ranni,/chorzy/ potrzebujący do leczenia specjalnych urządzeń,których nie posiada sł.zdrowia armji,wreszcie ranni,zagazow.,chorzy,którzy po wyzdrowieniu nie będą już zdolni do sł.wojskowej /amputowani,oślepli i.t.p./.-

Czas trwania leczenia w kraju obliczać należy przeciętnie na 5 miesięcy.Po wyleczeniu ozdrowieńcy wracają do swych formacyj zapasowych wprost wzgl.przez dom ozdrowieńców, o ile nie są jeszcze zdolni do sł. w oddziale.Lecznictwo w kraju powinno być silniej wyspecjalizowane aniżeli na terenach operacyjnych t.zn.dla każdego rodzaju rannych i chorych powinny istnieć specjalne szpitale wzgl.oddziały szpitalne.Tego rodzaju wyspecjalizowanie szpitali daje możność lepszego wyspecjalizowania pracującego w nich personelu,a tem samem osiągnięcia lepszych rezultatów w leczeniu.Tyczy się to specjalnie chirurgji i jej poszczególnych działów jak ortopedji,stomatologji i t.p.Podobnie jak w polu tak i w kraju najcelowszem jest tworzenie wielkich centrów szpitalnych mieszczących w sobie po kilka tysięcy łóżek szpitalnych,podzielonych na oddziały wzgl.mniejsze szpitale specjalne,najlepiej po 500 ł.,a pozostających pod jednym ogólnem kierownictwem,ułatwia to bowiem znacznie ewakuację rannych i zmniejszą zapotrzebowanie na środki transportowe kolejowe,wskutek uniknięcia kilkakrotnych zatrzymywań się pociągów sanit.dla wyładowania całego transportu rannych.Każde takie centrum szpitalne powinno mieć oddziały dla wszelkich specjalności,aby móc przyjąć całe transporty rannych i chorych.

Zaopatrywanie armii w polu w personel:

Dla pokrywania strat oficerów korpusu sanitarnego, które zwłaszcza w grupie lekarzy są, jak doświadczenie wojny światowej stwierdziło, dosyć wysokie, oraz szeregowych sanit. służba zdrowia w kraju posiadać musi w czasie wojny szkoły i oddziały w których przeprowadza szkolenie tego personelu. Personel szeregowych sanit. w polu uzupełnia się przez przydział tych szeregowych z wyznaczonych planem mob. zapasowych bataljonów sanit. do poszczególnych rezerwowych kompanij sanitarnych. Oficerów, korpusu sanit. przydziela się na zapotrzebowanie szefa sanit. wojska w polu do rezerwy ofic. przy szpitalach ewakuacyjnych poszczególnych armii.

Zapotrzebowanie armii w polu w materj. sanit.:

Uzupełnienie materjału sanit. w składach rezerwy głównej Nacz. Wodza odbywa się drogą zakupu tych materj. przez Depart. Sanit. i przekazywanie go stosownie do potrzeb do składów rezerwy głównej.

Organizacja słu. zdrowia w kraju:

Organizacja słu. zdrowia w kraju w czasie wojny przedstawia się następująco:

Organa kierownicze:

Służbą zdrowia w kraju kieruje z ramienia Ministra Spraw Wojsk. Szef Depart. Sanit., współpracujący w ścisłej łączności z szefem sanitarnym wojska w polu.

W okręgach korp. kierują służbą zdrowia okręgowi szefowie sanit.

Farmacje sanit. funkcjonujące w czasie wojny w kraju są następujące:

Formacje centralne:

- 1/Oficerska Szkoła sanitarna, mająca za zadanie szkolenie oficerów lekarzy, aptekarzy, dentystów.
- 2/Szkoła podchorążych sanitarnych.
- 3/Główny zakład zaopatrzenia sanit.

Formacje okręgowe.

szpitale okręgowe,
zapasowe bataljony sanitarne,
okręgowe składnice sanitarne,

Szpitale wojskowe, szpitale rezerwowe i centra szpitalne, szpitale dla jeńców, domy ozdrowieńców.

Okręgowe kolumny dezynfekcyjne.

Zadania tych poszczególnych formacyj w czasie wojny są identyczne z zadaniami w czasie pokoju.

Dla celów sprawniejszej ewakuacji z pola do kraju i uniknięcia niepotrzebnych przejazdów pociągów sanit., szpitale w kraju rozdzielone są na t.zw. "obszary szpitalnictwa", przydzielane do dyspozycji poszczególnych armii dla przyjmowania i leczenia w nich ewakuowanych z tych armii rannych i chorych. Rozdział na te obszary szpitalnictwa następuje w porozumieniu szefa sanit. wojska w polu z szefem depart. sanit. Taki obszar szpitalnictwa obejmuje już to jakieś całe O.K.co jest najcelowsze, już też poszczególne szpitale rozmieszczone wzdłuż trasy kolejowej przez którą idzie ewakuacja z danej armii.

EWAKUACJA RANNYCH I CHORYCH.

Rozróżniamy cztery zasadnicze rodzaje ewakuacji:

1. drogami kołowymi,
2. kolejami żelaznymi
3. drogami wodnymi
4. drogą powietrzną.

Evakuacja drogami kołowymi odbywa się przy pomocy:

- a/ noszy i ręcznie
- b/ wózków do noszy
- c/ wozów konnych
- d/ konno
- e/ samochodów sanit. i ciężarowych.

Transport ręczny i na noszach:

1. Transport ręczny stosuje się w wypadkach wyjątkowych. Normalnym środkiem do transportu rannych na placu boju są nosze polowe, stanowiące ekwipunek każdego patrolu sanitarnego. Z pośród rannych na placu boju około 70% może dojść pieszo do punktów opatr. oddz., około 30% musi być przetransportowanych na noszach. Przeciętna godzinna szybkość posuwania się noszowych/dwu/ z rannym na noszach wynosi przeciętnie 1 $\frac{1}{2}$ km.

Wózki do noszy:

Szybszym środkiem transportowym, więcej oszczędzającym również siły noszowych jest wózek do noszy. Używa go się możliwie blisko placu bojowego, dokąd wozy konne nie mogą jeszcze dojechać, najczęściej używany on będzie między oddziałowymi punktami opatr. a stacjami wozów. Szybkość poruszania się patrolu sanit. z wózkiem na nosze wynosi około 3 - 4 km. na godzinę na dobrej drodze.

Transport wozami konnymi: Wozy konne dla transportu rannych są dwu rodzajów: czterokołowe i dwukołowe. Szybkość ich poruszania się gdy są załadowane rannymi wynosi około 4 km. na godz., gdy próżne 7 - 8 km. na godzinę. Używane są głównie do transportu między stacjami wozów w gł. punkcie opatr. wielkich jednostek i przy drogach nieodpowiednich dla ruchu samoch. lub przy braku samoch. używa się ich również i do dalszej ewakuacji na tyły. Dzienna wydajność marszowa wozów konnych wynosi 30 - 35 km.

Transport konno:

Transport konno przy pomocy odpowiednich noszy stosowany jest przy kawalerji. Problem jednakowoż najodpowiedniejszego transportu rannych w kawalerji nie jest dotąd definitywnie rozwiązany.

Transport samochodami:

Przy większych odległościach i odpowiednich drogach do ewakuacji nadają się specjalnie samochody, ze względu na szybkość, wygodę i długość drogi, jaką mogą w ciągu dnia wykonać. Samochód sanit. używa się przede wszystkim do transportu rannych/chorych, zagaz./leżących do transportu lekko rannych i lekko chorych na większe odległości na drogach kołowych nadają się specjalnie samochody ciężarowe i autobusy.

TRANSPORT KOLEJAMI ŻELAZNEMI.

Główna część transportów rannych i chorych idzie linjami kolejowymi. Ponieważ transportami na liniach kolejowych w obrębie armji kieruje komisarz regulujący, przeto dla celów przeprowadzenia ewakuacji rannych posiada on w swej dyspozycji "kierownika skł. zdrowia stacji regulującej".

Zadanie kierownika skł. zdrowia st. regulującej:

Zadaniem jego jest:

1. Wykonywanie techniczne z ramienia komisarza regul. planu ewakuacji armji i nadzór nad warunkami technicznymi tej ewakuacji.
2. Współdziałanie w zaopatrzeniu armji w mat. sanit.
3. Opieka lekarska nad formacjami wchodzącymi w skład stacji regulującej, rozciąganie opieki lekarskiej nad warunkami zdrowotnymi wzdłuż linii kolejowych należących do danej komisji regulującej.

Formacje sanit. przy sł. zdrowia st. regul.

Dla wykonywania tych zadań posiada kierownik sł. zdrowia stacji regul. do swej dyspozycji "Biuro Kier. Sł. Zdrowia st. regul.", jako bezpośredni swój organ pracy oraz następujące formacje sanitarne:

1. Pociągi sanitarne.
2. Pociągi dezynfekc. kąpielowe.
3. Odkazalnie kolejowe.
4. Izbę chorych st. regulującej.
5. Stacje rewizji sanitarnej i stacje sanit. wyładownicze.
6. Rezerwę personelu i materiału sanit. stacji regul.

Pociągi sanitarne:

Pociągi sanitarne służą do przeprowadzenia transportu rannych, zagaz. chorych od stacji ewakuacyjnych do stacji rozdzielczych szpitali ewak. i od nich do szpitali i domów ozdrow. w etapie i w kraju. Mamy trzy typy pociągów sanit. a mianowicie pociągi sanit. stałe o pojemności 360 leżących, pociągi sanit. półstałe o pojemności 150 leżących i 100 siedzących i pociągi improwizowane o pojemności 150 leżących, zależnej od chwilowej potrzeby.

Pociągi sanit. stałe i półstałe.

Wspominałem już poprzednio, że stosunek rannych, których należy transportować ze stacji ewakuacyjnej leżąc do rannych, których można transportować siedząc, jest $1/3 - 2/3$. Widzimy więc, że ani pierwszy ani drugi rodzaj pociągów nie odpowiada właściwie rzeczywistym wymagom transportu. Z tego też powodu typ pociągu stałego używany będzie przede wszystkim do transportów od stacji rozdzielczej szpit. ewak. do kraju a więc w warunkach umożliwiających załadunek całego pociągu samymi rannymi/chorymi/ leżącymi. Pociąg półstały, przy użyciu go do ewakuacji między stacjami ewak. a stacją rozdzielczą, musi mieć stale dodawane po kilka wagonów osobowych/ jeden wagon osobowy 3 kl. mieści 32 rannych/ chorych/ siedzących/ z tego powodu na stacji regulującej wzgl. w miejscu postoju pociągów sanit. musi się stale znajdować pewna rezerwa wagonów osobowych.

Pociągi sanitarne stałe i półstałe posiadają w swym składzie aptekę, salę opatrunkową, kuchnię. Są ogrzewane już to centralnie, już też przez piecyki umieszczone w każdym wagonie, mają oświetlenie elektryczne. Pociągi stałe są w czasie pokoju przechowywane w swym całkowitym składzie organicznym, pociągi półstałe mają w czasie pokoju tylko t. zw. ośrodki/ wagon opatrunkowy i wagon kuchnia/ resztę zaś pociągu, do ustalonego składu, dołącza się z chwilą mobilizacji.

Pociągi stałe mają..... wagonów do transportu rannych

..... wagonów dla administr. i personelu.

razem długość pociągu wynosi, z tego część dla rannych, ... ma pociągi półstałe: ... wagonów dla transportu leżących

.... " " " siedząc.

.... " " " administr.

razem długość pociągu wynosi m. część dla rannych leżących m. Cyfry te są ważne ze względu na długość ramp na których załadunek wzgl. wyładunek pociągu się odbywa.

Pociągi sanit.impro wizowane:

Poza temi typami uzywa się do ewakuacji na linjach kolejowych pociągów sanit.impro wizowanych i pojedynczych wagonów dostosowanych do transportu rannych.

W razie gdy ilość pociągów sanit.które mi dysponuje armja/Kom. Reg./ nie wystarcza do ewakuowania wszystkich rannych ze stacyj ewakuacyjnych,tworzy komisarz regulujący stosownie do dyspozycji dcy armji pociągi impro wizowane z wagonów towarowych i osobowych w ilości zależnej od potrzeby.Dla transportu rannych leżących adoptuje się te wagony towarowe przez wstawienie do nich ram na których rozkłada się nosze.Specjalnie nadają się do tego celu wozy osobowe 4 klasy.Materiał dla adaptacji pociągu sanit.impro wizowanego znajduje się w dyspozycji kierownika sz. zdrowia stacji regulującej/ramy,nosze,kocce,materj.opatr.,piecyki i.t.p./ .Personel do uruchamiania tych pociągów przydziela Kier.sz. zdrowia st.reg.ze swej rezerwy pers.Z chwilą ustania potrzeby pociągi impro wizowane zostają rozformowane.

Oddzielne wagony do ewakuacji rannych:

Oddzielnych wagonów do transportu rannych uzywa się w wypadkach małej aktywności na froncie,kiedy straty są bardzo niskie,w okresie koncentracji,wreszcie do przemieszczania rannych z jednych szpitali do innych,zwłaszcza kiedy chodzi o odciążenie większych centrów szpitalnych na rzecz szpitali mniejszych położonych zdala od głównych linii ewakuacyjnych.Wagony te przeznaczane są do pociągów zaopatrywania wzgl.w etapie i kraju do zwykłych pociągów osobowych.Muszą one być oczywiście do transportu rannych odpowiednio dostosowane przez czynniki,które dysponują temi wagonami i zaopatrzone w personel i niezbędny materiał sanit.

Pociągi dezynfekc.kapielowe:

Pociągi dezynfekcyjne kapielowe przeznaczone są do dostarczania kąpieli i dezynfekcji bielizny oddziałów rozlokowanym w pobliżu linii kolejowych,zwłaszcza gdy brak jest na miejscu odpowiednio wydajnych stałych instalacji tego rodzaju, a zbyt krótki postój nie pozwala na ich uruchomienie.

Odkazalnie kolejowe:

Odkazalnie kolejowe przeznaczone są do dezynfekowania wagonów pociągów sanit.oraz wagonów użytych poprzednio do transportów wojskowych i zwierzęcych,o ile mają być one przeznaczone na inne cele.Każdy pociąg sanitarny po wyładowaniu do szpitali swego transportu rannych/chorych/ musi przejść przez dezynfekcję i dopiero wtedy może być ponownie użyty do ewakuacji.Odkazanie więc pociągów po ukończonym transporcie odbywać się będzie:

- a/na stacjach regulujących lub w ich pobliżu dla pociągów przeprowadzających ewakuację między stacjami ewak.a stacją rozdzielczą a szpitalami etapowymi.
- b/w kraju w miejscowościach,gdzie rozwinięte są centra szpitalne lub też na stacjach,na których odbywa się rozdzielanie transportów na poszczególne szpitale.

Odkazalnie kolejowe są uruchomione na wozach kolejowych wobec czego mogą być stosownie do potrzeb przesuwane.

Izba chorych stacji regulującej:

Dla wykonywania opieki lekarskiej nad formacjami będącymi w dyspozycji kom.reg.posiada lekarz stacji reg.Izbę Chorych.Przeznaczona jest ona do leczenia chorych z formacyj stacji regul.nie

potrzebujących leczenia szpitalnego. Poza to, w razie jeżeli szpital ewak. nie jest rozwinięty w tej samej miejscowości w której znajduje się stacja regulująca, służyć ona może do chwilowego zatrzymywania rannych/chorych/ niezdolnych do dalszego transportu z przejeżdżających pociągów sanitarnych, jak również do chwilowego zatrzymywania chorych z przejeżdżających transportów wojskowych.

Stacje rewizji sanit. i stacje sanit. wyładowcze:

Aczkolwiek pociągi z wagonami dobrze dostosowanymi do transportu rannych są najwygodniejszym środkiem transportowym, to jednak i najwygodniejszy transport wpływa ujemnie na stan rannego i w drodze może on stać się niezdolnym do dalszego transportu i powinien być z pociągu wyładowany. Dla tych celów organizuje kier. s.k. zdrowia stacje Regul. stosownie do planu ewak. armji wzdłuż trasy ewakuacyjnej, mniej więcej co 6 godz. jazdy pociągiem "stacje rewizji sanitarnej" umieszczone na stacjach kolejowych. Normalnie stacje te pokrywać się będą ze stacjami sanit. wyładowczymi tworzonymi na stacjach kolejowych w miejscowościach w których rozwinięte są szpitale. Wtedy taka stacja sanit. wyładowcza przejmie równocześnie na siebie funkcje stacji rewizji sanit. Z chwilą przybycia pociągu sanit. na taką stację lekarz tej stacji wraz z komendantem pociągu przechodzi pociąg badając stan transportowanych rannych/chorych/. Jeżeli stan jakiegoś rannego /chorego/ nie pozwala na dalszy transport zostaje on wyładowany. To samo czyni się z rannymi u których należy zmienić więcej skomplikowany opatrunek. Pierwsi z wyładowanych/niezdolni do dalszego transp./ zostaną przewiezieni do najbliższego szpitala, ci których wyładowano dla zmiany opatrunku załadowani są do następnego przejeżdżającego transportu sanit. Poza to na tych stacjach rewizji sanit. wzgl. stacjach sanit. wyładowczych mogą być pozostawiani czasowo chorzy z przejeżdżających transportów wojskowych i stąd przewiezieni już to do szpitala już też załadowani do najbliższego przejeżdżającego transportu rannych/chorych/.

Rezerwa personelu przed st. zdrowia stacji regul.:

Rezerwa personelu, którą dysponuje kier. s.k. zdrowia st. reg. jest mu przydzieloną na stałe przez szefa sanit. armji z rezerwowej komp. sanit. Przeznaczoną jest ona do obsługi improwizowanych pociągów sanit. oraz pojedynczych wagonów przeznaczonych do transportu rannych; przy pomocy tej rezerwy uruchamia on również stacje rewizji sanit. Personel ten przydzielony jest do izby chorych stacji regulującej.

Rezerwa materiałowa kier. s.k. zdrowia st. regul.:

Rezerwa materiałowa będąca w dyspozycji kier. s.k. zdrowia st. reg. przeznaczoną jest jak już wspomniałem do adoptowania pociągów sanit. i pojedynczych wagonów dla transportu rannych/chorych/ oraz do opatrzenia materiałowego tworzonych ewentualnie stacji rewizji sanit.

Sposób przeprowadzania transportów ewakuacyjnych:

Przejdę teraz do omówienia sposobu funkcjonowania ewakuacji na liniach kolejowych, a więc do kwestji ruchu pociągów sanitarnych i rozdziału transportów.

Przyjazd pociągu na stacji ewak.:

Omówiłem poprzednio w jaki sposób dostał się pociąg sanitarny na stację ewakuacyjną, został tam załadowany i dojechał w kierunku do stacji rozdzielczej szpitala ewakuacyjnego. Nie zawsze jednakowoż pociąg sanit. wysyłany jest dopiero na wezwanie komendanta stacji ewakuacyjnej. W okresie małego natężenia walk na froncie ustabilizowanym, przy małych stratach krwawych, a przeważnie chorych, może

być określoną stałą godziną w której pociąg zajeżdżać będzie codziennie na stację ewak. Jeżeli do ewakuacji użyte są tylko pojedyncze wagony, przyczepiane do pociągów zaopatrywania to również będą one na stacji ewak. o pewnej określonej z góry godzinie. Te pociągi sanit. wzgl. wagony mają normalnie swe miejsca postoju na stacji regulującej, mogą one być również rozmieszczone na jakiejś stacji węzłowej z której mogą być skierowane do różnych stacji ewakuacyjnych.

Czynności przy odjeździe ze stacji ewak.:

Komendant pociągu sanit. odjeżdżając z załadowanym na stacji ewak. transportem rannych przesyła przez Wojskowego Komisarza stacyjnego depeszę do Kmdt. sz. zdrowia st. regul. z wymienieniem godziny odjazdu i podaniem ilości załadowanych rannych: leżących i siedzących, zagazowanych i chorych: leżących i siedzących, zakaźnie chorych. Kier. sz. zdrowia st. regul. podaje do wiadomości komendanta szpit. ewak./stacji rozdzielczej szpit. ewak./ godzinę o której przybędzie transport na stację rozdzielczą i ilość transportowanych rannych i chorych według kategorii wyszczególnionych w depeszy.

Czynności na stacji rozdzielczej szpitala ewak.:

Komendant stacji rozdzielczej otrzymawszy dane co do wielkości, rodzaju transportu i terminu jego nadejścia oblicza wydajność segregacyjną personelu swej stacji, /zespół złożony z 3 lekarzami, 1 oficer sanit., 1 pielęgniarki, 4 sanitariuszy i 3 szeregow. rozbierających rannych segreguje w ciągu godziny około 50 rannych i chorych, w tym 12 leżących i 38 siedzących/ a w razie potrzeby żąda od komendanta szpit. ewak. personelu dodatkowego do segregacji przyjmując za zasadę, że segregacja powinna być zakończona w 3-4 godziny. Zrobiwszy tę kalkulację, stosownie do ilości posiadanego personelu, oblicza czas na który posegregowani ranni przeznaczeni do ewakuacji do etapu lub do kraju będą mogli być załadowani do pociągu i na ten termin żąda podstawienia pociągu u Komisarza Reg./kier. sz. zdrowia stacji regulującej/. Żądając tego pociągu zaznacza kier. stacji rozdzielczej ilość rannych/chorych/ do ewakuacji z rozdziałem na mających być ewakuowanymi do etapu i przeznaczonymi do ewak. do kraju m. z podziałem na kategorie i rodzaj transportu/ranni leżący, siedzący, chorzy, zagaz. leżący, siedzący, zakaźnie chorzy.

Czynności komisarza regul.:

Komisarz regul. zarządza podstawienie pociągu sanit. na rampę załadowczą stacji rozdzielczej, osobno dla ewakuacji do kraju, a osobno dla ewakuacji do etapu. Jeżeli transport idący do kraju przechodzi w etapie przez miejscowości w których rozwinięte są szpitale etapowe, to może równocześnie zabrać ze sobą te kategorie rannych/chorych/, które w danych szpitalach mogą być umieszczone i wyładować tych rannych na danych stacjach. Do ewakuacji do szpitali etapowych położonych na uboczu od głównych traktów kolejowych będą często używane małe składy pociągów/po kilka wagonów dla leżących i siedzących/, przy odpowiednich rozkładach kolejowych mogą być również takie wagony dołączane do pociągów osobowych.

Komisarz reg. podstawiając pociąg na stację rozdzielczą oznacza równocześnie godzinę jego odjazdu z uwzględnieniem czasu potrzebnego do załadowania, które trwa około 3 godzin. Z chwilą odjazdu pociągu zawiadamia Kom. Reg./kier. sz. zdrowia st. regul./ znajdujące się po drodze stacje sanit. wyładowcze/rewizja sanit. pociągu/ o porze nadejścia pociągu na daną stację, oraz Generalną Komisję transp. wydz. sanit./ o porze w której pociąg wejdzie na terytorjum kraju i jak jest załadowany.

Przy skierowywaniu transportu sanit. do etapu muszą być zawiadomione o skierowaniu znajdujące się po drodze stacje sanit. wyładownicze/re-wizja sanit./, wojskowy komisarz stacyjny stacji na której transport ma być wyładowany, oraz szef sanit. O.E.

Depesza wyszczególnia rodzaj transportu i kategorie transportowanych.

Z tego przebiegu ewakuacji widać, że odbywa się ona w stałym porozumieniu między poszczególnymi organami bezpośrednio tą ewakuacją przeprowadzającymi, przy ścisłym stosowaniu się do planu ewakuacji i szpitalnictwa armji.

Oczywiście przed skierowaniem transportu do jakiegoś szpitala etap, ze względu do obszaru szpitalnictwa w kraju musi Kier. sł. zdrowia st. reg. mieć bieżące dane co do ilości wolnych miejsc, musi być więc w stałej łączności również z szefem sanit. etapu i szefem sanit. armji oraz lekarzem przydzielonym do dyrekcyjnej kom. transp. kolej. danego obszaru szpitalnictwa armji.

Czynności na punkcie rozdzielczym:

Pociąg sanitarny załadowany i zgóry awizowany dochodzi do obszaru szpitalnictwa danej armji. Tutaj na pierwszej stacji węzłowej, przez którą transporty ewak. do danego obszaru szpitalnictwa zdążające przechodzą, jest zorganizowany "punkt rozdzielczy". Na punkcie tym lekarz przydzielony do Kom. Transp. kolej., posiadając od szefa sanit. /wzgl. szefów sanit./ O.K. codzienne wykazy wolnych i zajętych łóżek oznacza tam których szpitali poszczególne kategorie ewakuowanych mają być skierowane. Jeżeli jakiś szpital leży na uboczu od głównej trasy ewakuacyjnej, w takim razie skierowani do niego ranni/chorzy/ mogą być przeładowani do wagonów przystosowanych do przewozu rannych, których kilka jak poprzednio wspomnieliśmy ma w swej dyspozycji lekarz przydzielony do Dyr. Kom. Transp. Kol. Ponieważ lekarz ten z góry był uprzedzony o porze nadejścia pociągu przeto wagony te w razie potrzeby będą już na tej stacji oczekiwały na przeładowanie.

Czynności w centrum szpitalnym:

Główna część transportu skierowana będzie do jakiegoś centrum szpitalnego. Komendant tego centrum uwiadomiony jest najprzód przez lekarza Dyr. Kom. Transp. Kol. o porze nadejścia transportu, ilości kategorii transportowanych rannych/chorzych/. Otrzymawszy to telegraficznie zawiadomienie komendant centrum szpitalnego przygotowuje u komendanta garnizonu środki do przewiezienia ewakuowanych ze stacji do szpitali wysyła na stację potrzebny personel dla wyładowania pociągu oraz przygotowuje rozdzielnik jako ilość i jakie kategorie ewakuowanych mają być umieszczone w poszczególnych szpitalach wzgl. oddziałach szpitalnych danego centrum.

Powrót pociągu sanit. po wyładowaniu:

Pociąg po wyładowaniu rannych przechodzi przez dezynfekcję /na stacji dezynfekc. danego obszaru szpitalnictwa/ i zostaje skierowany z powrotem na swoją stację regulującą - a ewent. może być przez Gen. Kom. Transp. Kol. przekazany do dyspozycji innego Komisarza Regulującego. -

Zadania wydz. sanit. przy Gen. Kom. Tr. Kol.

Omówię jeszcze w paru słowach rolę wydz. sanit. przy Gen. Kom. Transp. Kolej.

Przy samym technicznym przeprowadzaniu transportów ewak. rol tego wydziału jest skromna, główną pracę wykonywa tu Kier. sł. zdrowia

stacji regul., a następnie lekarz przy dyrekcyjnej komisji transp. kolej. Natomiast ważnym zadaniem tego wydz. sanit. jest rozdzielanie pociągów sanit. pomiędzy poszczególne armje stosownie do chwilowo istniejących potrzeb. Rozdział ten następuje w porozumieniu i na wniosek szefa sanit. wojska w polu, który w tym wydziale ma swego przedstawiciela. Dalszemi zadaniami tego wydziału to sprawy remontów pociągów sanit., dezynfekc. kąpielowych, odkażalni kolejowych, sprawy uzupełnień personalnych dla tych formacyj, wreszcie ich sprawy gospodarcze.

Stąd też w razie użycia ich do ewak. przeznaczone są w pierwszym rzędzie do transportu lekko rannych i lekko chorych. Do transportu użyte być mogą już to pojedyncze wagony, już też całe pociągi, dla których urządzenie do transportu i obsługę dostarcza Kier. sż. zdrowia stacji regul.

EWAKUACJA DROGAMI WODNEMI.

Ewakuacja drogą wodną stosowaną jest dla odciążenia linii kolejowych. Dodatnią stroną ewakuacji drogami wodnemi jest brak jakichkolwiek wstrząsów, co n.p. dla ciężko rannych jest rzeczą bardzo ważną i znaczną, wydajność transportowa używanych do transportu środków. Stroną ujemną jest wielka powolność tego transportu, co znowu dla ciężko rannych nie jest obojętne ze względu na późne dostawanie się w opiekę szpitalną. W warunkach naszych obecnych możliwość używalności dróg wodnych jest bardzo ograniczoną, ze względu na nieuregulowanie rzek i mały rozwój kanałów. Odcinek Wisły, który najwięcej mógłby służyć dla ewakuacji na większą skalę. Wchodzi natomiast może obecnie w rachubę odcinek WISŁY między TORUNIEM a WARSZAWĄ i kanał BYDGOSKI. Do ewakuacji mogą być używane statki adoptowane do transportu rannych, lub też pociągi holownicze, złożone z holownika i kilku berlinek lub kryp dostosowanych do transportu rannych. W razie użycia dróg wodnych do ewakuacji muszą być na przystaniach miejscowości na których odbywa się załadunek wzgl. wyładunek rannych poczynione odpowiednie instalacje dla ułatwienia załadunku/pomocny, dobry dostęp do brzegu i.t.p./.

EWAKUACJA DROGĄ POWIETRZNĄ.

Ewakuacja ta u nas ze względu na słaby rozwój dróg kołowych i żelaznych może mieć w czasie wojny wielkie zastosowanie. Znajdzie ona zastosowanie przede wszystkim na terenach trudno dostępnych dalej w oddziałach wydzielonych, w czasie zagonów kawaleryjskich z obszarów warownych i.t.p. wreszcie w wypadkach sporadycznych, gdy chodzić będzie o przeprowadzenie jakiegoś zabiegu, który może być przeprowadzony tylko daleko na tyłach.

Samoloty sanit. do ewakuacji ma normalnie w swej dyspozycji szef sanit. wojska w polu, który może przydzielać czasowo je poszczególnym armjom. Samoloty te zgrupowane są w pewnych ośrodkach przy formacjach lotniczych.

Szef sanit. wielkiej jednostki prześle w razie potrzeby telefoniczne zapotrzebowanie na użycie samolotu sanit. do szefa sanit. armji z zaznaczeniem najbliższego lotniska od miejsca z którego ranny ma być przewieziony i miejsca do którego ma być ewakuowany. Na podstawie tego zapotrzebowania szef sanit. wydaje do ośrodka w którym ma zgrupowane samoloty sanit. polecenie telefoniczne przeprowadzenia ewakuacji. Dostarczenie rannego na miejsce, skąd może on być zabrany do samolotu, należy do tej władzy, która żądała przysłania samolotu, odwiezienie z miejsca lądowania do szpitala w którym ma on być umieszczony należy do

sł.zdrowia danej miejscowości.Aby ewakuacja ta mogła sprawnie funkcjonować musi istnieć stała łączność telefoniczna między:

- 1/ośrodkami w których znajdują się samoloty sanit.
- 2/lotniskami na których załadunku się rannych.
- 3/miejscami, w których następuje wyładunek rannych przewiezionych.
- 4/szpitalami, które tych rannych mają przyjmować.
- 5/wreszcie między władzami sanit. robiącymi zapotrzebowanie na samoloty sanit.a władzami dysponującymi temi samolotami.Jeżeli armja posługuje się ewakuacją drogą powietrzną w takim razie normalnie wyznacza szef sanit.armji jeden ze swych szpitali do przyjmowania ewakuowanych ta drogą.Szpital wyznaczony powinien być położony możliwie blisko jakiegoś pola lotniczego i połączony z niem telefonicznie.

OCHOTNICZA SŁUŻBA ZDROWIA W CZASIE WOJNY.

Międzynarodowa konwencja Genewska upoważnia osoby prywatne i prywatne stowarzyszenia do niesienia pomocy wojskowej sł.zdrowia w opiece nad rannym i chorym żołnierzem, o ile osoby te i stowarzyszenia zostaną przez odpowiednie władze danego państwa do tego upoważnione.

Na podstawie tej konwencji powstało międzynarodowe towarzystwo Czerwonego Krzyża, posiadające w każdym cywilizowanym państwie swe narodowe oddziały.Podobnie i u nas Polski Czerwony Krzyż został przez władze wojskowe upoważniony do współpracy w niesieniu pomocy rannym i chorym w czasie wojny.Wszelkie inne stowarzyszenia wzgl.osoby prywatne pragnące w tym kierunku pracować muszą przyłączyć się do Polskiego Czerwonego Krzyża, gdyż tylko ten jest reprezentantem pomocy rannym i chorym w czasie wojny.Wszelkie inne stowarzyszenia wzgl.osoby prywatne pragnące w tym kierunku pracować muszą przyłączyć się do Polskiego Czerwonego Krzyża, gdyż tylko ten jest reprezentantem pomocy społeczeństwa dla rannego i chorego żołnierza wobec władz państwowych.

Żądania jakie ochotnicza sł.zdrowia ma w czasie wojny wykonywać są następujące:

- 1.Dostarczenie sł.zdrowia pewnej ilości formacji transportowych sanit.
 - 2.Organizowanie szpitali pomocniczych i domów ozdrowieńców Cz.K.
 - 3.Dostarczenie dla formacji sanit.siostr Cz.K.i pomocniczego personelu żeńskiego.
 - 4.Zorganizowanie ruchomych i stałych punktów sanit.odżywczych.
 - 5.Organizowanie stosownie do potrzeb i zasobów pomocniczych formacji sanit./kolumny dezynfek.,pracownie bakterjolog.,czołóweki chirurg.i t.p./.
 - 6.Prowadzenie biura informacyjnego.
 - 7.Pośrednictwo w zbieraniu i rozdzielaniu darów dostarczonych przez społeczeństwo rannym i chorym.
- ad 1/.Formacje transp.sanit.dostarczane przez ochotniczą sł.zdrowia w czasie wojny są następujące:

- a/Kolumny sanit.transport.konne Cz.K.
- b/Kolumny samoch.sanit.Cz.K.
- c/Samoloty sanitarne.

Kolumny sanit.transp.Cz.K. składają się z 60 wozów konnych do transportu rannych/chorych/, z czego 30 wozów jest czterokołowych,

30 dwukołowych. Kolumny te oddane do dyspozycji wojska przydzielane są do poszczególnych armij. Szef sanit. armji już to przydziela te kolumny wielkim jednostkom i w takim razie przeprowadzają one ewakuację między Gł. punktem opatr. a szpitalem polowym i stacją ewakuacyjną, pracując przy Gł. punkcie opatr., albo też dysponuje nimi sam i używa ich do transportu do wysuniętego szpitala ewak. w etapach lub między ośrodkiem ewak. a stacją ewak. Pojemność transportowa kolumny sanit. transp. Cz. K. wynosi 150 leżących lub 270 siedzących wzgl. około 210 leżących i siedzących.

Kolumny samoch. sanit. Cz. K. mogą być typu lekkiego i ciężkiego. Skład ich jest ten sam jak kolumn samoch. sanit. wojskowych. Przydzielane są do dyspozycji armji.

Samoloty sanit. : oddawane są do dyspozycji szefa sanit. wojska w polu, który normalnie przydziela je do dyspozycji poszczególnych armij.

Szpitale pomocnicze i domy ozdrowieńców Cz. K. :

ad 2/ Ochotnicza służba zdrowia przewidując rozwinięcie w jakiejś miejscowości w czasie wojny szpitala pomocniczego wzgl. domu ozdrowieńców Cz. K. musi naprzód/ już w czasie pokoju/ uzyskać zezwolenie na to rozwinięcie ze strony odpowiednich władz wojskowych/ szefa sanit. O. K. / . Aby szpitale te mogły być rzeczywiście pomocnymi dla ewakuacji rannych powinny być podobnie jak szpitale wojskowe możliwie wielkie i położone blisko linii kolej. po których pójdzie prąd ewakuacyjny. Szpitale te rozwijane są w pierwszym rzędzie na terytorjum kraju, w poszczególnych wypadkach Naczelny Wódz/ szef sanit. wojska w polu/ może zezwolić na rozwinięcie tych szpitali również i na terenach etapowych.

Pielęgniarki:

ad 3/ Wielka ilość rannych i chorych w czasie wojny wymaga znacznej liczby cywilnego personelu pomocniczego w szpitalach. Personelu tego dostarcza Cz. K., który już w czasie pokoju musi przygotować sobie odpowiednią ilość wyszkolonych pielęgniarek drogą utrzymywania szkół pielęgniarskich i uruchamiania odpowiednich kursów pielęgniarstwa.

Punkty opatr. odżywcze Cz. K. :

ad 4/ Ruchome i stałe punkty opatr. odżywcze przeznaczone są do niesienia rannym i chorym pomocy na dworcach kolejowych i dostarczania im pożywienia wzgl. ciepłych napojów. Ruchome punkty opatr. dżywcze rozwijane są na stacjach ewakuacyjnych wielkich jednostek, stałe na stacjach na których znajdują się stacje sanitarno-wyładowcze i na stacjach węzłowych kolej. przez które przechodzą transporty wojsk.

ad 6/ Biuro informacyjne Cz. K. : ma za zadanie:

1. Udzielanie informacji rodzinom co do losu żołnierzy biorących udział w wojnie. Informacji tych udziela biuro na podstawie wykazów strat i danych statystycznych przesyłanych do niego przez oddziały i formacje sanitarne.
2. Prowadzenie statystyki strat.
3. Udzielanie informacji co do losu wziętych w niewolę przez nasze wojska jak również co do losu naszych żołnierzy, którzy dostali się do niewoli.

Całą akcję pomocy rannemu i choremu ochotniczą służbę zdrowia skupia w swem ręku Zarząd Główny Cz. K. z ramienia którego kieruje bezpośrednio tą akcją Pełnomocnik Główny Cz. K. z tym głównym pełnomocnikiem współpracuje Delegat Rządu przy Cz. K., który przedstawia dezyderaty rządu, co do akcji ochotniczej służby zdrowia i nadzoruje ich wykonanie.

Głównemu pełnomocnikowi podlegają Pełnomocnicy Cz.K., przydzielani do poszczególnych armij i będący bezpośrednimi przełożonymi formacyj ochotniczej sł.zdrowia, przydzielonych do danej armji. W pracy swej podlegają pełnomocnicy dyrektywom szefów sanit.dotyczących armij.

- : - : - : - : - : - : - : - : :

A. Dane liczbowe.

I. Wysokość strat:

a/W czasie postojów i wypoczynków codzienna ewakuacja chorych:

2⁰/100 stanu oddz./na D.p.około 30 chorych dziennie do ewakuacji/,

b/Podczas marszów zwykłych:chorych i okulałych do ewakuacji 3-5⁰/100 stanu oddz.

Podczas marszów forsownych chorych i okulałych do ewakuacji 0,5-2% stanu oddz.

c/Podczas walki:

Kompania piechoty:do 40% ludzi zaangażowanych w walce

Batalion " :do 25% " " "

Dywizjon artylerji.do 10% " " "

Dywizja piechoty:

1/straty wysokie:1200 ludzi do ewakuacji w czasie 4 dni walki.

I na 1-y dzień 500

I na 2-gi " 500

z czego wypada I na 3-ci " 100

I na 4-ty " 100

Straty silne przyjmuje się przy przeprowadzaniu natarcia na pozycje umocnione silnie.

2/Straty średnie: 100 - 200 ludzi dziennie.

Straty średnie przyjmuje się przy walkach ruchowych.

3/Straty niskie: około 1% zaangażowanych oddziałów.

"uwaga:Do strat krwawych dodać należy straty chorych kalkulowane według punktu a.lub b.

Grupa operacyjna/Korpus/.Straty zależne od ilości wielkich jednostek wchodzących w skład grupy operacyjnej/korpusu/.Do tych strat dodać należy straty jednostek należących do gr.op./korp./, a nie wchodzących w skład wielkich jednostek,kalkulowane według szematu:

1/straty wysokie:1-szy dzień 3% jednostek zaangażowanych.

2-gi " 3% " "

3-ci " 1% " "

4-ty " 1% " "

2/straty średnie:połowa strat wysokich.

Uwaga:Do tych strat dodać 2⁰/100 - 3⁰/100 chorych ogólnego stanu tych jednostek.

Armja:Straty zależne od ilości wielkich jednostek wchodzących w skład armji.

Uwaga:do tych strat dodać 2⁰/100 - 3⁰/100 chorych z jednostek podległych wprost armji.Przyjmuje się ten procent chorych o ile nie ma żadnej epidemji.

II.Podział strat:

1/Na ogólną ilość strat spowodowanych walką przyjąć należy:

25% zabitych i zaginionych

75% rannych,zagazowanych.

Na 100 rannych,zagazowanych, w razie użycia gazów przyjmuje się:

64% rannych

36% zagazowanych i chorych.

Uwaga:Stosunek ten jest oczywiście bardzo względny i zależy zarówno od rodzaju użytego gazu jak i stopnia ochrony przeciwgazowej.

Stacja ewakuacyjna: 8 - 15 km. od linii bojowej.

Szpital ewakuacyjny: odległość zależna od warunków kolejowych wzgl. dróg etapowych i możliwości rozmieszczenia, zasadniczo jednak ewakuowani do szpit. ewakuacyjnego muszą być najpóźniej w 24-36 godz. od chwili zranienia operowani przez chirurga.

IV. Ilość, pojemność i szybkość marszowa poszczególnych środków transp. sanitarnych:

A. 1/ nosze. a/ kompania piechoty: 2 nosze/ po 2 noszowych 1 1 komend. patrolu/.

b/ drużyna dcy bataljonu/ punkt opatr./ : 6 noszy.

c/ drużyna dcy pułku piechoty : 5 noszy

d/ komp. sanit. D.p. 120 noszy.

2/ Wozy konne do transportu rannych.

Typ specjalny wozu do transportu rannych przewozi 3 rannych leżących lub 5 siedzących, zwykły wóz taborowy przewozi 2 rannych leżących lub 5 siedzących.

Wozy specjalne posiadają:

bataljon piechoty : 1 wóz

kom. sanit. D.p. i D.K. : 30 wozów.

pluton sanit. Bryg. Kaw. : 10 wozów

kolumna sanit. transp. konna Cz.K. : 60 wozów

kolumna taborowa : 60 wozów zwykłych

3/ Samochody: pojemność załadowcza.

Dotacja zasadnicza: 1 kolumna samoch. sanit. na D.P., D.K.

Samochód sanitarny typu lekkiego przewozi 3 leżących lub 5 siedzących.

Pojemność kolumny samoch. lekkich naraz: teoretyczna: 70 leżących i siedzących.

Rzeczywista : 56 leżących i siedzących.

/Brać należy pod uwagę samochody niezdolne chwilowo do użytku/.

Samoch. sanit. typu ciężkiego przewozi:

5 leżących

lub 2 " i 5 siedzących

" 10 siedzących.

Pojemność kolumny ciężkiej: teoretyczna: 175 leżących i siedzących

Rzeczywista: 140 leżących i siedzących.

Samochód ciężarowy z wstawionymi ławkami przewozi 16 siedzących.

4/ Transport kolejowy:

Pociąg sanitarny stały : 360 leżących.

" " pół stały : 150 leżących i 100 siedzących.

" " improwizowany: pojemność zależna od potrzeb.

Normalnie będą to wagony osobowe i towarowe z wstawionymi chwilowo potrzebnymi urządzeniami wewnętrznymi. Mogą być również użyte do zwózki wagony powracające ze stacji zaopatrywania.

5/ Transport rzeczny:

Berlinki :

galary : pojemność zmienna zależna od wielkości.

6/ Transport powietrzny:

Samolot typu Henriot : 1 leżący

" " Breguet : 2 leżących.

B. Szybkość marszowa i wydajność poszczególnych środków transp. san.

a/ patrol sanitarny /2 noszowych z 1 rannym leżącym na noszach/ na godzinę.

w terenie łatwo dostępnym : 2 km. 500 m.

" z lejami, błotnistym : 1 km. 500 m.

Przy użyciu wózka ręcznego do noszy szybkość poruszania się patrolu na godzinę : 3 km.

Obliczenie potrzebnej ilości patrolów sanit.:

Na 100 rannych na placu boju, należy przetransportować na noszach 30.

Maxymalna droga jaką patrol w ciągu dnia może zrobić jest 25 km.,
t.zn. $12\frac{1}{2}$ km. w jedną i $12\frac{1}{2}$ w drugą stronę.

Przypuściwszy więc, że bataljon ma do ewakuowania 100 ludzi, odległość zaś punktu opatr. baonu od linii bojowej jest 2 km. będzie potrzebna patrolów:

$$\frac{30}{6} \text{ /ilość rannych do przeniesienia/} = 5 \text{ patr.}$$

6 /ilość rannych, chorych, których jeden patrol w ciągu doby przy tej odległości może przenieść/.

b/Wozy konne: Maksimum drogi, w ciągu doby: 40 km.

Szybkość na godzinę: załadowane 4 km., próżne 5-6 km.

Pojemność wozu sanit. 3 leżących lub 5 siedzących.

" zwykły . 2 " " 5

Obliczenie potrzebnej ilości wozów:

n.p.odległość bataljonowych punktów opatr.do gł.punktu opatr.komp.
sanit.D.p.= 5 km.

Straty D.p.: 300 do ewakuacji.

Ponieważ przy tej odległości wóz konny zdoła zrobić w ciągu doby trzy tury - zatem potrzeba będzie:

100 do przetransp. leżąc a 2 na wóz = $50:3 = 17$ wozów.

100 " siedząco a 5 " = 20:3 = 7 wozów.

Razem = 24

od gł.punktu opatr.do stacji ewak.i szpitala pol.
odległość wynosi 21 km

odległość wynosi 9 km. Wozy mogą zrobić dziennie 2 tury zatem
potrzeba będzie: dla 97 transp. leżąc $a \ 2 = 48 = 24$

200 " siedz. a 5 = $\frac{40}{2}$ = 20

Razem: 44 wozy.

Razem więc przy użyciu zwykłych wozów taborowych po 2 rannych leżących lub 5 siedzących, przyjmując straty D.p. do ewakuacji na 300 ludzi i normalne oddalenie formacji sanit. od linii bojowej, potrzeba będzie 68 wozów do ewakuacji tych strat.

c/Samochody: a/samochody sanitarne: Maximum drogi jaką samochód sanit. powinien robić w ciągu doby 100-120 km.
Szybkosc poruszania

Szybkość posuwania się na godzinę : próżne = w rejonie D.p.8-10 km.

na tyłach na drodze wolnej 20-25 km., załadowane: w rejonie D.p. 6-8, na tyłach 12-20 km.

Zdolność załadunku : 3 leżących lub
5 siedzących.

Zatem do ewakuacji strat D.p.w tych samych warunkach jak w przy-
kładzie b. trzeba będzie samochodów:

100 leżących a 3 = 33 : 10 = 4 samochody

100 siedząc. a 5 = 20 : 10 = 2 "

Razem	6 samochodów.
-------	---------------

10=4 samoch.= ilość tur, które może zrobić samochód między punktem
opatr.baon.a gł.punktem opatr.

od gł.punktu opatr. 97 leżących a $3=32 : 6$ ilość tur/=6 samoch.
do st.ewak.i szpit.pol. 200 siedzących $5=40 : 6=7$ samoch.

Razem: 13 samochod.

Razem więc do przeprowadzenia ewakuacji D.p. trzeba byłoby 19 samochodów czyli 1 kolumna samoch. sanit.

6/Samochody ciężarowe: Maximum drogi jaką powinien wykonać samochód ciężar. - w ciągu doby jest 80 - km-

Zdatność załadowania : 16 siedzących.

Jeżeli w wypadku poprzednim wszystkich rannych siedzących transportowalibyśmy samochodami ciężarowymi od gł. punktu opatr. D.p. do stacji ewak. potrzeba byłoby $200:16=3$ samoch. ciężar.

4.

Uwaga: Przy zapotrzebowaniu środków samochodowych należy zawsze brać pod uwagę około 20% jako chwilowo nieczynnych i o ten procent winno być podwyższone zapotrzebowanie.

Metoda wskaźników: Dla uproszczenia obliczeń zapotrzebowania środków sanit. transportowych celowem jest używanie t.zw. wskaźników ustalonych dla każdego ze środków transportowych. Wskaźniki te są następujące:

dla obliczenia potrzebnej ilości patroli samochod. 2.4.

" " " " wozów a 2 leżących.

a/ między punkt opatr. bat. a gł. p. op. 1.33.

b/ " " gł. p. op. a st. ewak. = 1.68.

dla obliczenia potrzebnej ilości wozów /a 3 leżących/

a/ między p. op. a gł. p. op. = 1.

b/ " " gł. p. op. a st. ew. = 1.37.

" " " " potrzebnej ilości samoch. san. lekkich : 0,33

" " " " " " ciężk. : 0.18

" " " " " " ciężar. : 0.065.

Obliczenie wykonuje się mnożąc straty do ewakuacji /S/ przez odległość /O/ oraz przez wskaźnik /W/, a otrzymaną sumę dzieli się przez 100

$$/ X = \frac{S \times O \times W}{100} /$$

Np. przykład z punktu Bb.:

Straty do ewakuacji : 300 ludzi

1/ odległość między punktem opatr. baonów a gł. punkt. op.: 5

2/ " " " " gł. punkt. op. a stacją ewak. 9 km.

/ Przyjmując ładowność wozów: 2 leżących lub 5 siedzących/.

I 1/. ilość wozów potrzebnych dla odległości 1/ $= \frac{300 \times 5 \times 1.33}{100} = 19.95 = 20$ woz.

I 2/. " " " " " " 2/ $= \frac{300 \times 9 \times 1.68}{100} = 45$ wozów

Przykład z punktu B.a. X/ ilość patrolów / $= \frac{100 \times 2 \times 2}{100} = 5$ patrolów

Kolej żelazna:

Trasa mormalna : 20-30 km. na godzinę

" wązkotorowa : 10 km. " "

Czas załadowania pociągu stałego lub półstałego: około 3 godz.

Przy silnych walkach obliczać na każdą dywizję zaangażowaną 1 pociąg sanit. dziennie do ewakuacji. Czas trwania przejazdu pociągu sanit. ze stacji ewak. do szpit. ewak. i spowrotem trwa około 1 doby, między szpitalem ewak. a obszarem szpitalnictwa w kraju około 4 doby.

Transport rzeczny:

przy trakcji konnej : 2 km. na godzinę

" " " " maszyn. 10 km. " "

Transport powietrzny:

Breguet : 130 - 140 km. na godzinę

Henriot :

V. Pojemność i wydajność pracy poszczególnych formacji sanit. polowych:

1. Szpital polowy: Materiał rozłożony na trzy sekcje po 40 ł. razem 120 łózek.

Uwaga: Przy obliczaniu zajętych miejsc w szpitalu polowym brać pod uwagę, że śmiertelność w szpitalu polowym wynosi około 30%.

2. Stacja ewakuacyjna: Ilość noszy i pomieszczenia na 200-300 rannych/chorych/zagazowanych/ na każdą wielką jednostkę, w tym 1/3 dla leżących/nosze/, 2/3 dla siedzących.

3. Szpital ewakuacyjny:

a/ Część przeznaczona dla leczenia niezdolnych do dalekiej ewakuacji:

1000 łózek. Ilość ta może być zwiększona przez dodanie odpowiedniej ilości oddziałów po 100 ł.

b/ Stacja rozdzielcza: pomieszczenie i nosze dla 1000 rannych/chorych, zagaz./ wyładowanych z transportów ewakuacyjnych i dla oczekujących na ewakuację do etapu wzgl. kraju.

Wydajność pracy stacji rozdzielczej: zespół złożony z :

3 lekarzy

1 ofic. sanit.

1 pielęgniarki

4 sanitariuszy

3 szeregow. rozbierających rannych

może przeprowadzić w ciągu doby podział rannych według

kategorii transportu:

300 leżących

900 siedzących

Razem: 1200 rannych/chor. zagaz./

c/ Wydajność chirurgiczna: jeden zespół chirurgiczny/2 chirurg. może na dobę zoperować: I 10-12 ciężko rannych

albo I 20 średnio rannych

" I 40 lekko rannych

I

Najodpowiedniejsze jest łączenie zespołów chirurg. po 3 pary chirurgów i 1 rentgenolog. oraz personel pomocniczy w t. zw. czołówki chirurg., pracować bowiem wtedy mogą na zmianę przy tym samym stole operacyjnym i tymi samymi instrumentami przez całe 24 godzin. Tak złożona czołówka operować może codziennie:

30 - 35 ciężko rannych albo

50 - 60 średnio rannych albo

100 - 120 lekko rannych.

4. Szpitale etapowe: Na każdą armję po kilka szpitali etapowych, zasadniczo w jednostkach po 500 ł.

Całkowita ilość łózek szpitalnych w etapie wynosić powinna około 2.5% stanu liczbowego armji.

Szpital etapowy specjalizuje się tworząc z nich, jeśli warunki pomieszczenia na to pozwalają, centra a mianowicie:

centrum chirurgiczne z pododdziałami dla okulistyki, otyatrji, stomatologii.

Centrum medycyny wewnętrznej

z pododdziałami dla chorób nerwowych i obserwacyjnymi
dla chorób umysł. i medycyny sądowej.

Centrum dla chorób zakaźnych.

Centrum dla chorób skórnych i wenerycznych

" " zagazowanych/ w pobliżu centrum dla medycyny wewnętrznej./

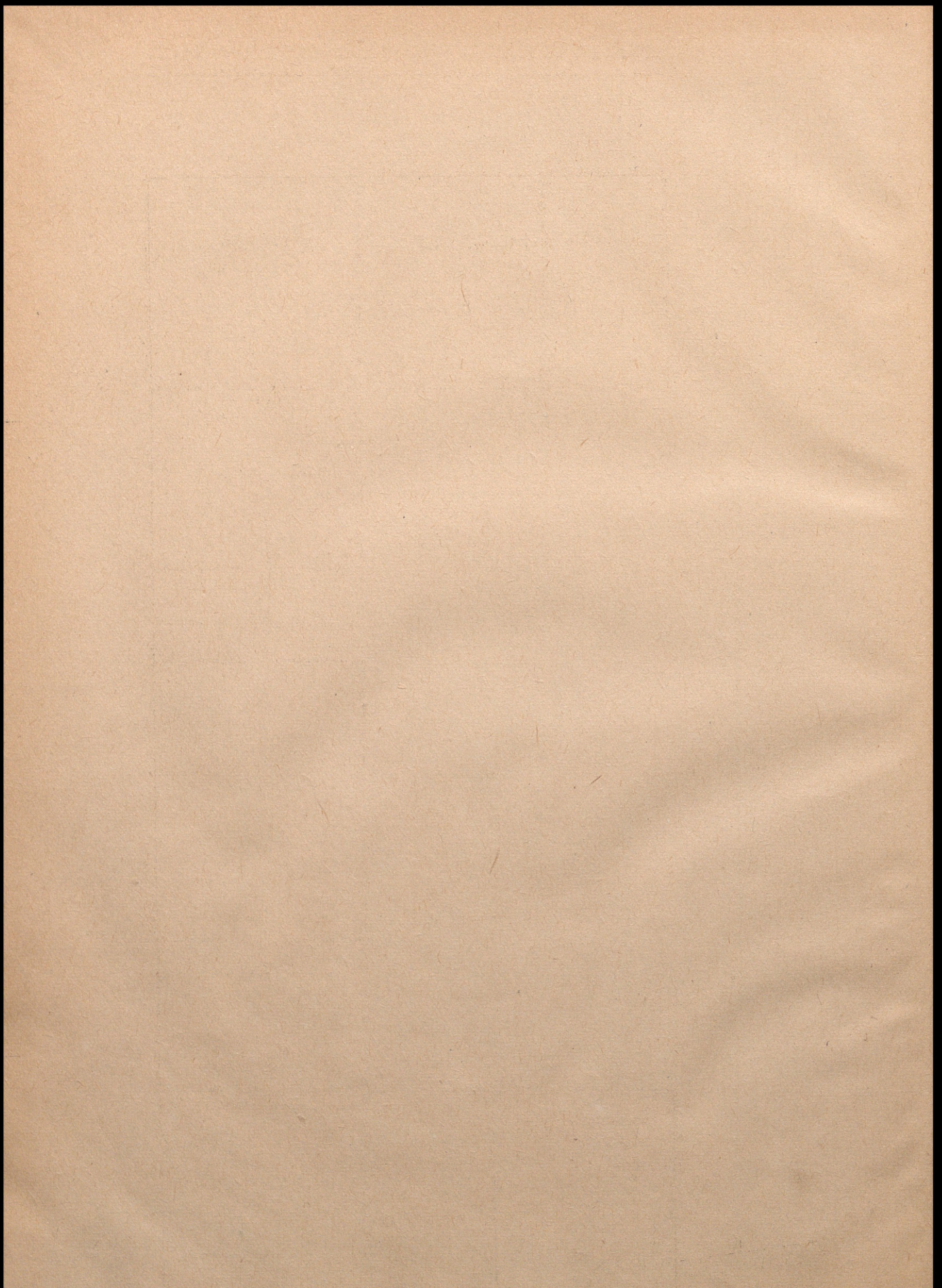
Dom ozdrowieńców, jeden lub kilka na armję - rozwinięty na 500
miejsc dla lekko rannych/chorych/.

VI. Czas potrzebny do rozwinięcia poszczególnych formacyj sanit.:

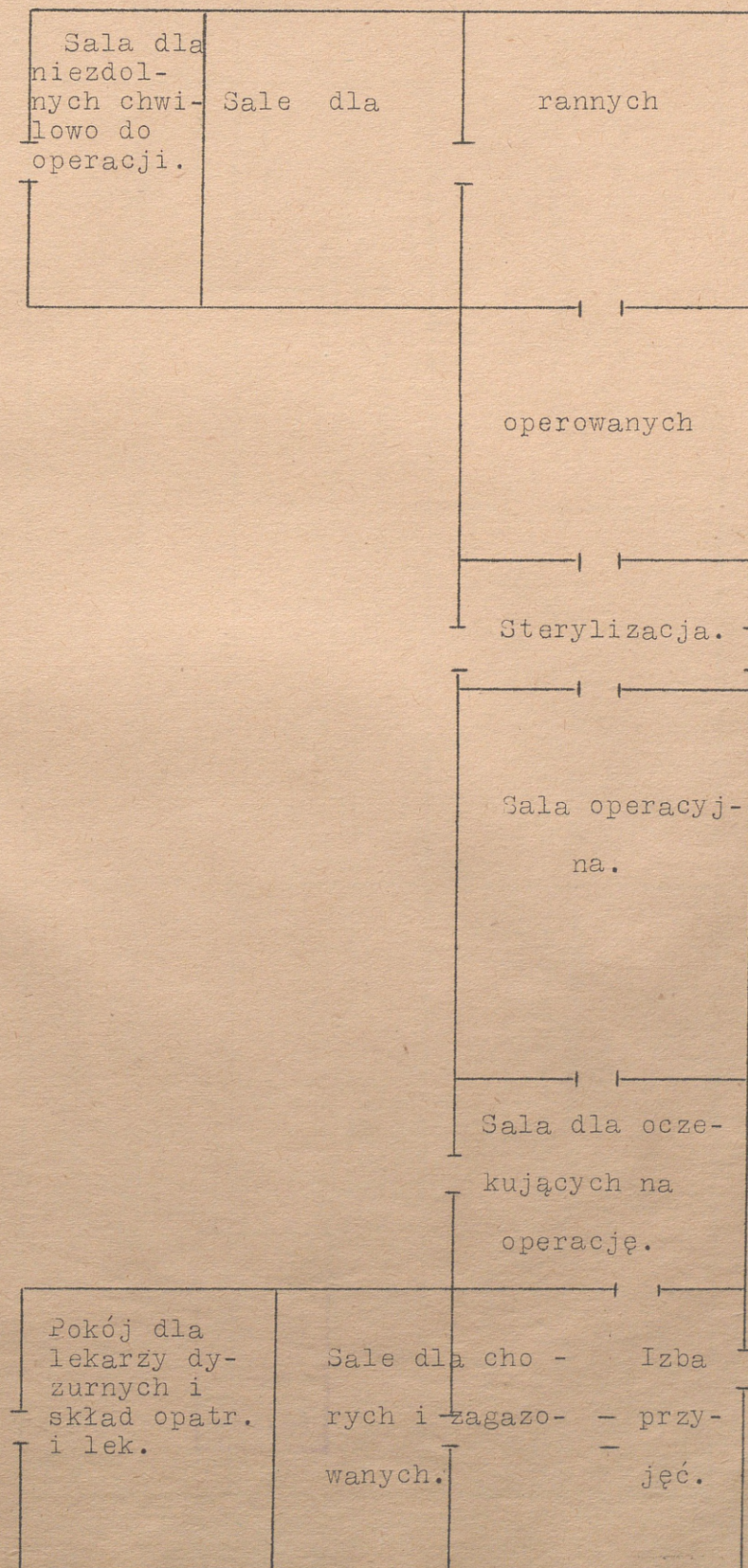
Punkt opatr. baonu	= 1 godz.
Wysun. punkt opatr.	= 1-2 godz.
Gł. punkt opatr.	= 3-4 "
Szpital polowy	= 12 godz./Przy wykorzystaniu istniejących już pomieszczeń/.
Szpital ewak.	= 4 dni/przy wykorzystaniu istniejących już pomieszczeń/.

-----ooOoo-----



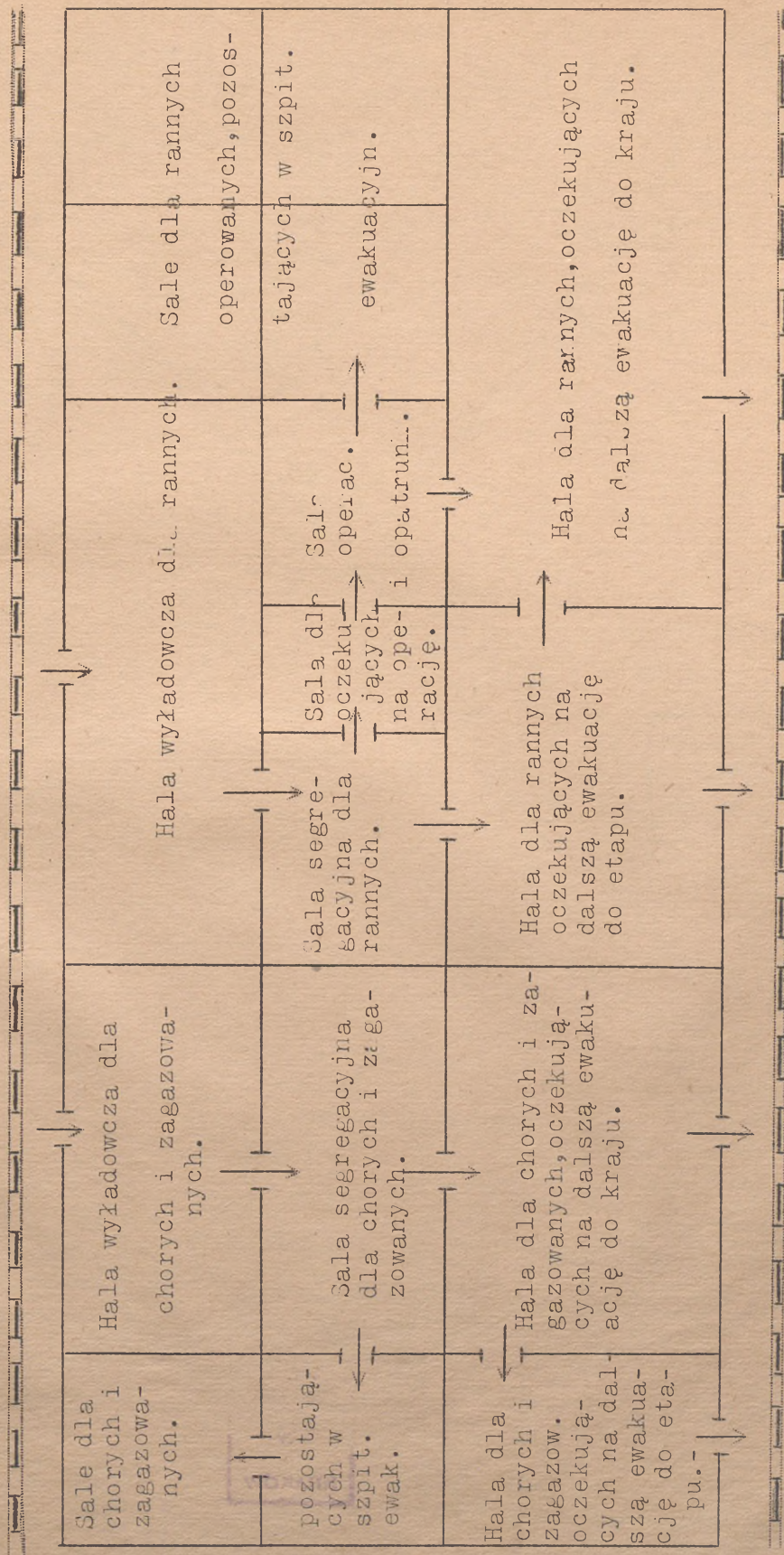


SCHEMAT INSTALACJI SZPITALA POLOWEGO Nr.2.





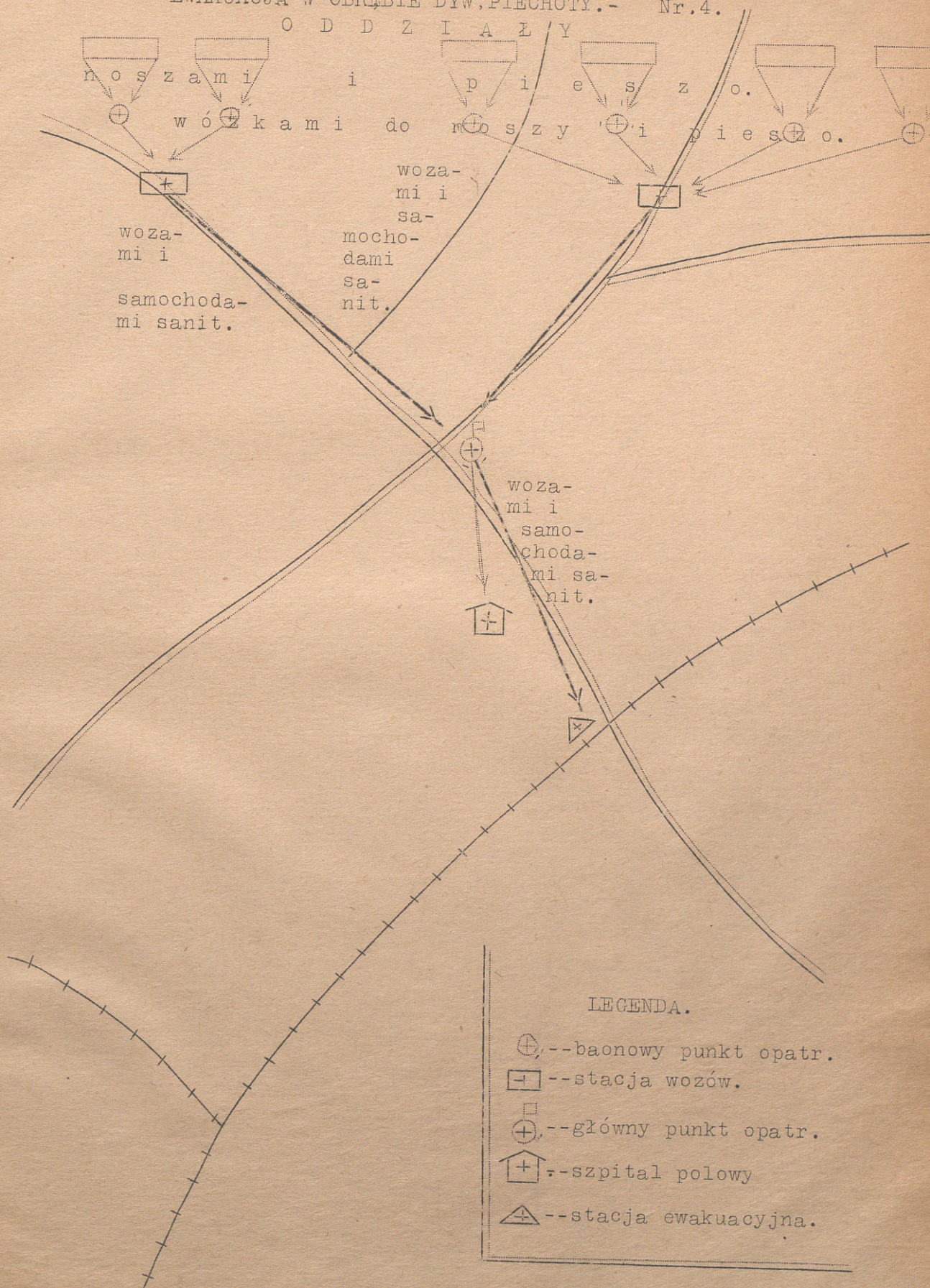
SCHEMAT ROZLOKOVANIA SZPITALI EN JU CYJN+G. Nr.3.





EWAKUACJA W OBRĘBIE DYW. PIECHOTY.- Nr.4.

O D D Z I A Ł Y



LEGENDA.

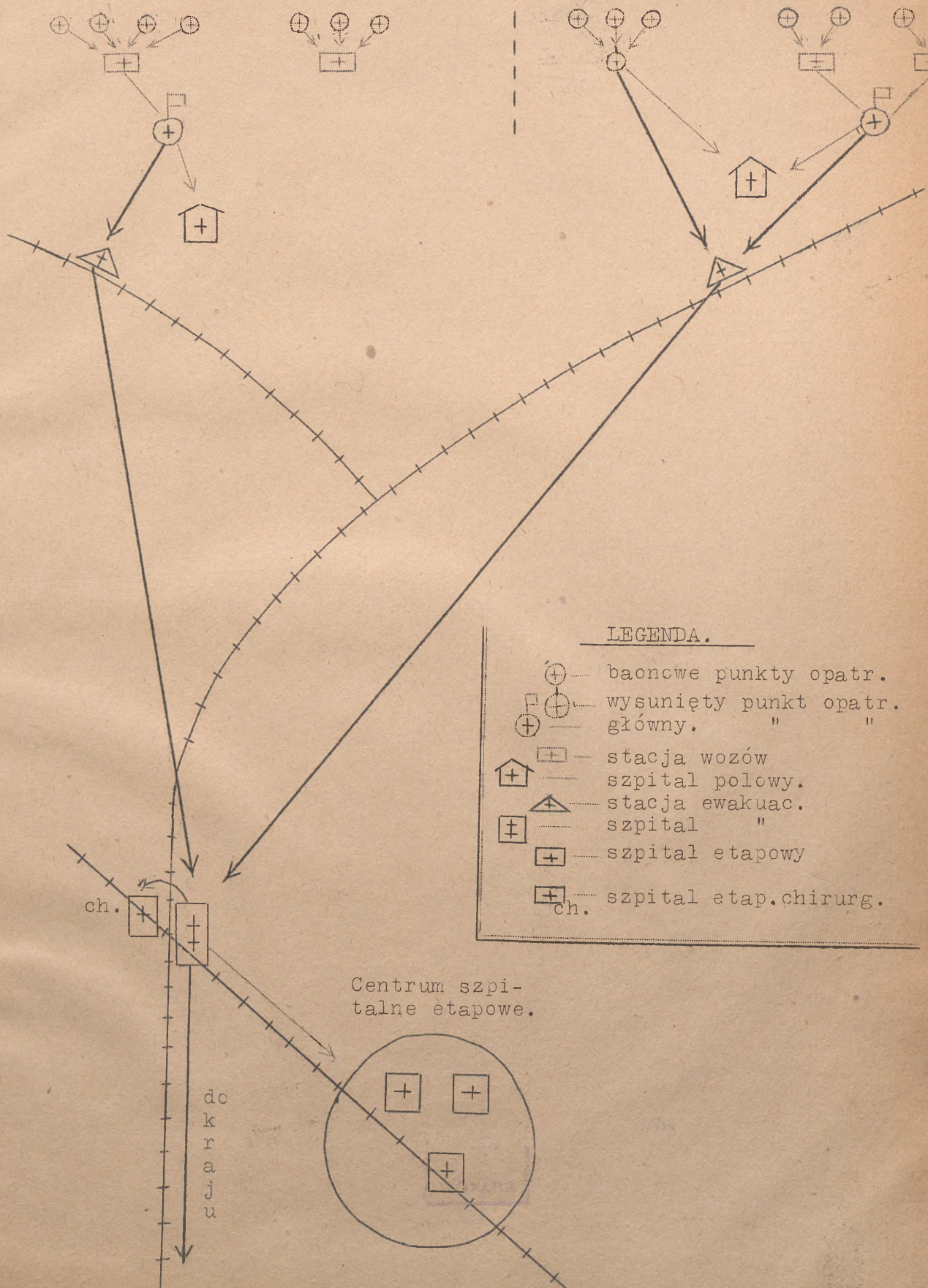
- ⊕.--baonowy punkt opatr.
- ⊖.--stacja wozów.
- ⊕.--główny punkt opatr.
- ⊕.--szpital polowy
- ⊕.--stacja ewakuacyjna.



OĞÓLNY SCHEMAT EWAKUACJI W OBRĘBIE ARMJI PRZY FUNKCJONOWANIU LINJI KOLEJ. Nr.5.

ODCINEK DYWIZJI.

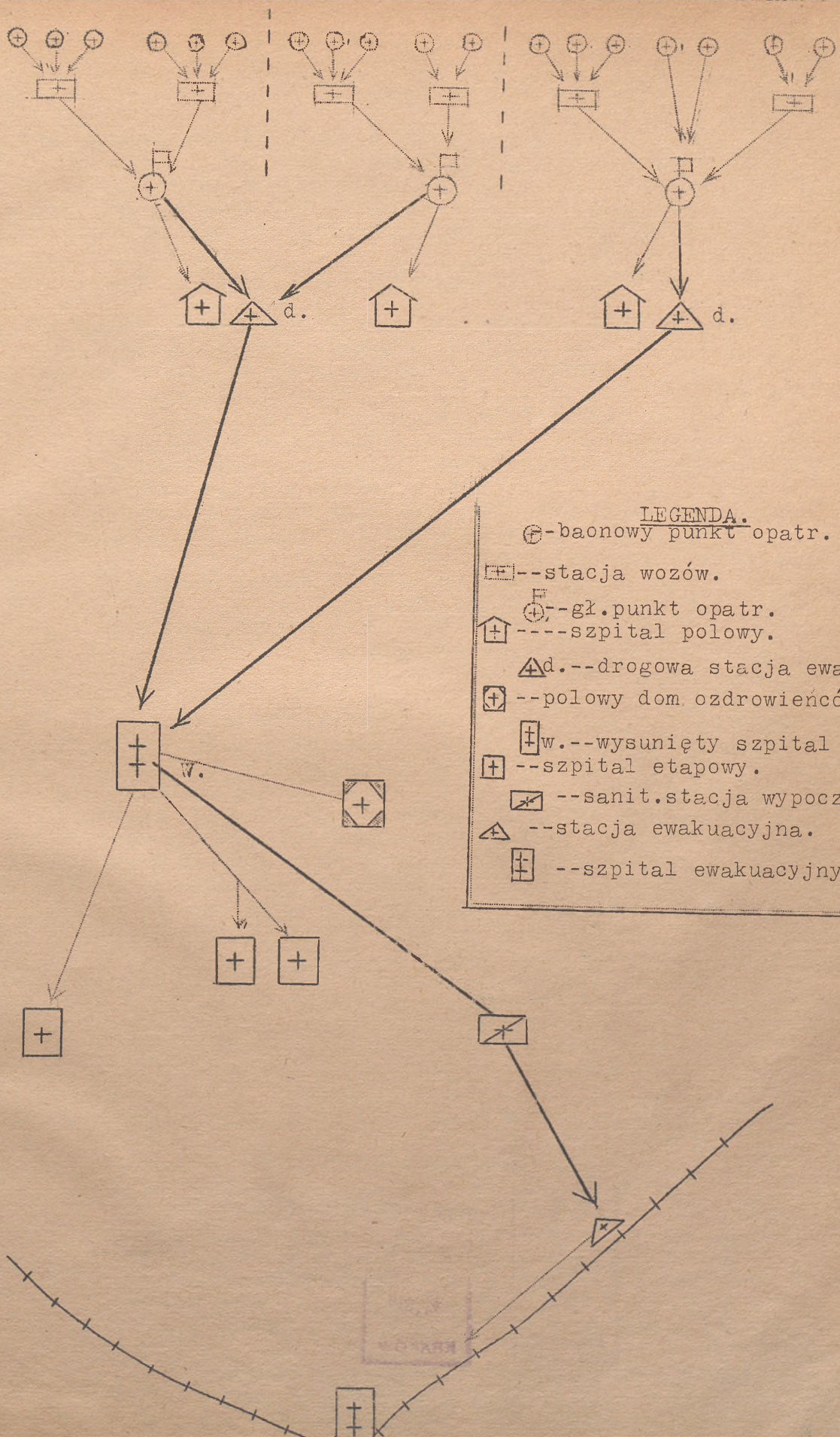
ODCINEK DYWIZJI.



LEGENDA.

- ⊕ — baonowe punkty opatr.
- ⊕ — wysunięty punkt opatr. główny. " "
- ⊕ — stacja wozów
- ⊕ — szpital polowy.
- ⊕ — stacja ewakuac.
- ⊕ — szpital " "
- ⊕ — szpital etapowy
- ⊕ ch. — szpital etap. chirurg.





- LEGENDA.
- ⊕ --baonowy punkt opatr.
 - ⊕ --stacja wozów.
 - ⊕ --gł.punkt opatr.
 - ⊕ --szpital polowy.
 - ⊕ d. --drogowa stacja ewak.
 - ⊕ --polowy dom ozdrowieńców.
 - ⊕ w. --wysunięty szpital ewak.
 - ⊕ --szpital etapowy.
 - ⊕ --sanit.stacja wypoczynk.
 - ⊕ --stacja ewakuacyjna.
 - ⊕ --szpital ewakuacyjny.

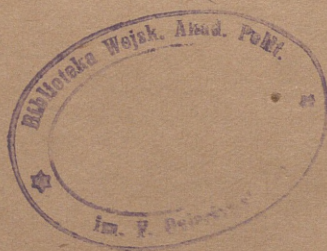


Wstęp	str.1.
Ogólne zadania służby zdrowia w czasie wojny:	
a/ochrona stanu zdrowotnego armji.....	" 3.
b/przywracanie stanów liczbowych	" 5.
Rodzaje zranień i wyniki leczenia.....	" 10.
Warunki pomyślnych wyników działalności służby zdrowia....	" 12.
Taktyka sanitarna.....	" 13.
Środki służby zdrowia.....	" 15.
Ogólne zasady funkcjonowania służby zdrowia w czasie wojny:	
I.-służba zdrowia w czasie alarmu.....	" 18.
II.-służba zdrowia w okresach poza walką:	
1/mobilizacja.....	" 18.
2/transporty koncentrac.i wyładowanie	" 19.
3/rejony koncentracyjne.....	" 20.
4/odwód, reorganizacja i.t.d.....	" 20.
III.-Służba zdrowia w czasie walki:	
1/zasady ogólne dotyczące ewakuacji.....	" 21.
2/zasady ogólne dotyczące segregacji rannych i chorych.....	" 22.
3/zasady ogólne, dotyczące instalacji i użycia formacji służby zdrowia.....	" 24.
4/zasady ogólne dotyczące użycia środków transport.dla celów ewaku- acji rannych i chorych.....	" 27.
Służba zdrowia w oddziałach:	
a/organizacja służby zdrowia w oddziałach.....	" 28.
b/zadania i funkcjonowanie służby zdrowia w oddziałach:	
1/w czasie mobilizacji.....	" 29.
2/podczas transportów koncentracyjnych.....	" 30.
3/w czasie postojów prowizorycznych.....	" 30.
4/w czasie dłuższych postojów.....	" 30.
5/w czasie marszów zdala od nieprzyjaciela.....	" 30.
6/w czasie marszów w pobliżu nieprzyjaciela.....	" 30.
7/funkcjonowanie służby zdrowia piechoty w czasie bitwy.....	" 31.
8/służba zdrowia w oddziałach artylerji.....	" 32.
9/ " " " kawalerji.....	" 34.
10/ " " " technicznych.....	" 35.
11/ " " " w lotnictwie.....	" 35.
12/zaopatrzenie oddziałów w materiały sanitarny w czasie bitwy.....	" 35.
13/działanie służby zdrowia po bitwie.....	" 35.
Służba zdrowia w wielkich jednostkach:	
Dywizja piechoty:	
a/ogólne zadania służby zdrowia D.P.....	" 36.
b/organizacja służby zdrowia D.P.....	" 37.
c/funkcjonowanie.	
1/w czasie postoju.....	" 38.
2/w czasie marszów.....	" 38.
3/w czasie walki.....	" 40.
I.Komp.sanit.w czasie walki.....	" 43.
II.dywizyjny szpital polowy.....	" 48.
III.dywizyjna pracownia bakteriologiczna.....	" 50.

IV.kolumna dezynfekc.-kąpielowa.....	str.50.
V.zespoły chirurgiczne.....	" 50.
VI.dodatkowe środki transportowe.....	" 51.
VII.dodatkowe wzmocnienia personalne.....	" 52.
VIII.dodatkowe szpitale polowe względnie sekcje szpitalne.....	" 52.
IX.zespoły gazowe.....	" 52.
Samodzielna Brygada Kawalerji:	
a/zadania służby zdrowia.....	" 52.
b/organizacja służby zdrowia w B.K.....	" 52.
c/funkcjonowanie służby zdrowia w B.K.....	" 53.
Korpus i niesamodzielna grupa operacyjna.....	" 54.
Armja:	
1/zadania służby zdrowia armji:	
a/w okresie koncentracji.....	" 54.
b/w okresie działań wojennych.....	" 54.
2/organizacja służby zdrowia armji:.....	" 55.
3/sposób funkcjonowania służby zdrowia:	
a/kierownictwo/plan użycia służby/.....	" 55.
b/funkcjonowanie szpitala ewakuacyjnego.....	" 58.
I.stacje ewakuacyjne.....	" 59.
II.stacja rozdzielcza szpitala ewakuacyjnego....	" 62.
III.oddział szpitalny szpitala ewakuacyjnego....	" 64.
IV.pracownia bakterjologiczna armji.....	" 65.
c/rezerwowa kompanja sanitarna.....	" 65.
d/drogowe stacje ewakuacyjne.....	" 66.
e/wysunięty szpital ewakuacyjny.....	" 67.
f/sanitarnie stacje odpoczynkowe.....	" 69.
g/polowa składnica sanitarna.....	" 69.
4/rezerwa formacyj sanitarnych i ich przeznaczenie ...	" 70.
Samodzielna grupa operacyjna:.....	" 72.
Służba zdrowia w etapie:	
a/zadania.....	" 72.
b/organizacja.....	" 72.
c/kierownictwo i sposób funkcjonowania.....	" 72.
Służba zdrowia w grupie armji.....	" 76.
Służba zdrowia na szczeblu wielkiej kwatery głównej	
/Zadania, organizacja i sposób funkcjonowania/....	" 76.
Służba zdrowia w kraju:	
a/zadania.....	" 78.
b/organizacja służby zdrowia w kraju.....	" 79.
Ewakuacja rannych i chorych:	
a/transport rannych kolejami żelaznymi.....	" 80.
b/ewakuacja drogami wodnymi.....	" 86.
c/ " drogą powietrzną.....	" 86.
Ochotnicza służba zdrowia w czasie wojny.....	" 87.

S c h e m a t y:

- 1/Schemat instalacji głównego punktu opatrunkowego.
- 2/ " " szpitala polowego.
- 3/ " rozlokowania szpitala ewakuacyjnego.
- 4/ " ewakuacji w obrębie Dywizji Piechoty.
- 5/ " " " Armji przy funkcjonowaniu linii kolej.
- 6/ " " " Armji zdala od linii kol.





3932 /

3