

8 4/43
Pplk. léc. Dr. WLADYSŁAW GERGOVICH,
přednosta zdrav. služby polské armády ve
Vel. Britanii

(Hlavní referát, přednesený dne 7. října 1942 na
Sjezdu polských a československých vojenských lékařů
v Edinburghu; z polštiny přeložil Dr. B. Hejduk.)

Na scénu nynější světové války vstoupila vojenská zdravotnická služba válečných států, přizpůsobena zkušenostem, získaným za čtyřleté války 1914-1918. V oné válce byla též zhodnocena důležitost a význam zdravotnické služby, byly vyznačeny její úkoly, určen organizační rámec a vytýčeny zásady taktického použití v poli.

Činitelem, který měl vliv na zvýšení významu vojenské zdravotnické služby, určil její všeobecné úkoly a vyzdvihl její důležitost jako jednoho z prostředků vítězství, byl čas. Velitel, který vyhrává bitvu i válku v několika dnech, nebo nanejvýše v několika měsících, nezabývá se vážně problémem ztrát, vzniklých jak v raněných, tak i v nemocných, neboť k dosažení vítězství jich nepotřebuje, jelikož i při tomto úbytku dosáhne svého cíle. Ale každá dlouholetá válka, válka na vyčerpání, i kdyby její jednotlivé bitvy nebo tažení byly vedeny v bleskovém tempu, staví velitele před otázkou lidských zálah, které vidí netoliko v čerstvých ročních dorůstajících branců, nýbrž především ve vycvičené a již osvědčené mase vojáků, kteří zaplňují nemocnice v týlu.

Proto bylo ve čtyřleté světové válce s vojenského hlediska hlavním úkolem zdravotnické služby udržování početních stavů armády, ať již zabráněním vzniku nemoci nebo léčením, t.j. navrácením schopnosti k vojenské službě u vojáků, kteří jí pozbyli na určitou dobu zraněním, chorobou, otravou plynem, nebo jejich následky.

Činitelem, který usměrnil poválečnou organizaci zdravotnické služby, ovlivnil její vybavení a určil zásady jejího užití v poli, byl ráz první světové války. Minulá světová válka měla ráz války lineární a posílení, kdy jakékoliv posuny byly měřeny rychlostí pěšáka, v nejlepším případě koně. Válka se odehrávala na t.zv. frontě, t.j. v páse dotyku s nepřítelem, jehož zadní hranice byla určena donosností dělostřelectva. Za frontou bylo celkem bezpečno, a byla-li kde úhroza, jednalo se toliko o řídké a nepočetné nálety bombardujícího letectva na západní, nebo o výjimečné

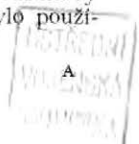
Vliv bleskové války na organizaci a chod vojenské zdravotnické služby v poli

nájezdy jezdeckta na východní frontě. Ranění a plynem zasažení přicházeli toliko z fronty. Tentolineární ráz světové války s poměrně úzkým, několikakilometrovým pásem fronty, jejíž pohyblivost byla malá a pozvolná, uložila vojenské zdravotnické službě tři hlavní pracovní úkoly: sbírání raněných, odsun s tříděním a léčení.

Sbírání raněných dalo se v pásu taktické činnosti vyšších jednotek, odsun s tříděním v operačním pásmu armády a léčení se vykonávalo v etapě a v zápolí. Léčení nejtěžší raněných, nemocných a plynem zasažených, neschopných dalšího transportu, kteří měli zapotřebí okamžitého lékařského a hlavně chirurgického ošetření, dělo se v bezprostředním týle vyšších jednotek v polních nemocnicích, které k nim organizačně patřily.

Průměrná hloubka území, na kterém byly ranění sbíráni a které se rozkládalo od předního okraje fronty až po čáru hlavních obvazišť vyšších jednotek, byla od 5 do 10 km, podle způsobu boje a povahy terénu. Odsun raněných s bojiště na obvazišť útvaru se dál pěšky nebo na ručních nosítkách a s obvazišť útvaru na divisní obvazišť vozem, taženým koněm, nebo zdravotnickým autem, podle stavu cest a dopravních prostředků, které byly k dispozici. Tento odsun obstarávaly odsunové zdravotnické složky vyšších jednotek, které vysílaly vozy nebo auta do blízkosti obvazišť útvarů. Nejlehčeji ranění, nemocní a plynem zasažení odsunovali se i v tomto páse odsunu pěšky, a soustřeďovali se buď přímo na divisní obvazišť nebo hned ve sběrnách pro lehce raněné a nemocné. Doba odsunu na tomto páse trvala průměrně 5 až 8 hodin.

Doprava raněných v páse odsunu a třídění, který v podstatě sahal od divisních obvazišť až po zadní hranici operačního pásma armády, kde byly umístěny armádní zdravotnické ústavy, byla zásadně obstarávána armádními prostředky. A to na silničním úseku až po odsunová nádraží, umístěná na železničních tratích, sborovými nebo armádními autokolonami, přidělenými za tím účelem vyšším jednotkám a z evakuačních nádraží zdravotnickými vlaky. Železničních tratí, o něž se celý zásobovací a odsunový systém vyšších jednotek opíral, bylo použí-



95
váno bez nebezpečí už od týlu divišní oblasti. Následkem toho byla odsunová nádraží ve vzdálenosti toliko 20-30 km od fronty, podle stavu cest a hustoty železniční sítě. V našich (t.j. polských) poměrech byla tato vzdálenost často mnohem větší. Doba odsunu raněných v tomto pásu odsunu se pohybovala mezi 10 až 20 hodinami.

Polní nemocnice vyšších jednotek byly umístěny v hloubce operačního pásma ve vzdálenosti 15-30 km od fronty, což záleželo na povaze boje, poměrech terénu a rychlosti dopravních prostředků, kterými disponovaly vyšší jednotky.

Tento způsob organizace a činnosti zdravotnické služby byl vlastně výsledkem dvou zásadních činitelů, t.j. činitele klidu a činitele času. Podstatným úkolem zdravotnické služby, který rozhoduje o uzdravení raněného nebo nemocného vojáka, je léčení. Každé vážnější léčení zase vyžaduje nejen příslušných místností a zařízení, nejen patřičných metod a léčebných prostředků, nýbrž i potřebného času a klidu. O léčení podle všech pravidel nemůže být řeči tam, kde je všechno v ustavičném pohybu, neboť není dosud v lidské moci změnit přirozené zásady léčení. Čas a klid, potřebný k léčení raněných, nemocných i plynem zasažených, byl získán vzdáleností nemocnice od fronty. Tato vzdálenost musila být dostatečně veliká, aby výkyvy fronty se hned neprojevovaly porušením stability těžkých léčebných útvarů.

Vedle operačního momentu, podle něhož se řídila vzdálenost léčebného pásma od fronty, byl ještě jiný činitel, který měl vliv na délku odsunu raněných — a to byl biologický činitel času. Zkušenosti ze světové války ukázaly, že každé válečné poranění podléhá infekci podle druhu tkáně a stavu jejího poškození v době od 24 hodin do několika dnů. Z těchto zkušeností vznikla zásada, že každá válečná rána má se operovati do 24, nejpozději do 36 hodin od okamžiku, kdy poranění vzniklo.

První činitel času byl závislý na rychlosti pohybu vojsk, která mohla obnášeti podle povahy činnosti různý počet kilometrů za hodinu. Druhý časový činitel byl závislý na rychlosti zdravotnických dopravních prostředků, které činí při dopravě pěšky 1-2 km, koňmo 4 km, autem 10-20 km a při dopravě vlakem asi 20 km za hodinu. Ve světové válce, která měla většinou ráz války posícní, zakopané v zemi a zalité v beton polních opevnění, byly výkyvy fronty poměrně neveliké. Akce, jak na stupni operačním, tak i strategickém, prováděné s velikým nahromaděním vojsk,

výzbroje i materiálu, měly ve skutečnosti za následek poměrně nepatrné posuny fronty. Průměrná rychlost odsunu raněných od fronty do léčebného pásma činila asi 4 km za hodinu, čítajíc v to dobu potřebnou k dopravě, k naložení i k vyložení raněných na příslušných odsunových stanicích, a dobu potřebnou k poskytnutí patřičného lékařského ošetření, jakož i k třídění raněných. Vzhledem k této malé rychlosti odsunu mohl být raněný dopraven s bojiště do nemocnice, umístěné 120 km za frontou, nejdříve za 30 hodin po zranění. Lékaři dělili na třídici stanici raněné na případy první, druhé a třetí naléhavosti, podle stavu raněného a podle nutnosti chirurgického výkonu.

Podle těchto podmínek byly v minulé světové válce vytvořeny základy organizace a ustálily se zásady taktického užití zdravotnické služby v poli. Ustálení fronty dovoľovalo stále větší přiblížení léčebného pásma k frontě, aby byla zkrácena jednak doba odsunu, jednak doba návratu lehee raněných, nemocných a plynem zasažených k oddílům. V klidném týlu nepohyblivé fronty se během času rozrůstaly nejen zdravotnické útvary čistě léčebné, nýbrž i útvary odsunové a třídící do stále větších rozměrů, přisunující stále více doplňkového zařízení pro větší pohodlí raněných i obsluhujícího personálu. Útvary se stávaly stále těžšími a stále méně pohyblivými. Klidné poměry v týlu fronty, jakož i zkušenosti z počtu ztrát na raněných při různých způsobech boje umožnily ustálení odsunu určitými cestami, jakož i dosti přesný výpočet dopravních prostředků, potřebných k tomuto odsunu a konečně plánovitý chod práce zdravotnické služby po celé délce odsunové osy.

Za těchto okolností vznikla také jedna z podstatných zásad odsunu raněných, spočívající v tom, že vyšší útvar obstarává vlastními dopravními prostředky odsun raněných od útvaru nižšího. Tato zásada byla v některých armádách uskutečněna až do nejnižšího stupně. Její uplatnění podporovala zásada úspornosti užitých dopravních prostředků, stejně jako zájem vojsk na frontě, který směřoval pokud možno k největšímu ulehčení bojujícím jednotkám. Ve smyslu této zásady byla zdravotnická služba útvarů zbavena organických dopravních prostředků a stala se závislou na zdravotnických útvarech vyšších jednotek.

Všeobecně lze pozorovati na organizaci, vybavení a chodu zdravotnické služby, jak se vyvinuly na základě zkušeností z minulé světové války tyto zjevy :

- 1.) schematičnost a ztrnulost organizace, jakož i chodu zdravotnické služby v poli ;
- 2.) přetížení vyšších jednotek léčebnými, laboratorními a desinfekčními útvary, které byly nadměrně těžké a přeplněné nadbytečným zařízením ;
- 3.) malá pohyblivost polních zdravotnických útvarů, které byly téměř ve všech armádách pěší, někdy s koňským potahem nebo převážené přidělenými dopravními prostředky ;
- 4.) vylučná závislost hlavního odsunu raněných, nemocných i plynem zasažených na železničních tratích a to již od prostoru taktické činnosti vyšších jednotek ;
- 5.) soustředění všech proudů raněných, nemocných i plynem zasažených z vyšších jednotek do příslušných odsunových nemocnic armády ;
- 6.) nedostatek jakýchkoliv dopravních zdravotnických prostředků na stupni nižších útvarů a závislost odsunu raněných od nich na dopravních prostředcích vyšších jednotek, ať už centralizovaných nebo útvarům přidělených ;
- 7.) závislost odsunu raněných na bojišti toliko na velmi obtížné a velice zdoluhavé dopravě na nosítkách ;
- 8.) nedokonalé spojení na osách odsunu raněných při frontě, závislé toliko na velitelské spojovací síti nebo na spojkách a zprávách získaných od příležitostných transportů raněných.

Tyto všeobecné rysy, které charakterisovaly organizaci a činnost zdravotnické služby v minulé světové válce, měly v menší či větší míře vliv na poválečné předpisy a směrnice zdravotnické služby všech států, zatím co nová světová válka postavila zdravotnickou službu armád do naprosto změněných podmínek.

Válka, kterou dnes prožíváme, byla navzána bleskovou na základě bleskových rozuzlení jednotlivých bitev nebo celých výprav. Rychlost, s jakou je bitva rozhodnuta, byla dosažena ohromným zvýšením pohyblivosti bojujících armád, jakož i zřejmou převahou útočných prostředků nad obrannými. Zvýšené pohyblivosti bojujících armád bylo dosaženo zavedením pancéřových a motorizovaných vyšších jednotek na bojiště. Převahy útočných prostředků bylo dosaženo zavedením silně vyzbrojených a opancéřovaných tanků, bombardovacího i střemhlav útočícího letectva, jakož i vojsk, vysazovaných z letadel v týlu nepřítelů, jakožto

zbraní útočných. Tito dva činitelé, t.j. rychlost a průbojnost, oživily v nynější válce činitele pohybu, který v minulé světové válce ustrnul v betonových posicích, odstranily pojmy nebezpečné fronty a bezpečného zápolí a úzké pásmo fronty přeměnily na hluboké válčiště, na kterém se bitva odehrává v bleskovém tempu.

Na operačním pásmu dnešní bitvy se objevily rychlé zbraně, organizované ve vyšší jednotky jako pancéřové divise a sbory o veliké průbojnosti, jakož i motorizované a dopravované divise, bojující zásadně pěšky, ale přisunuté na bojiště organickými nebo přidělenými motorovými vozidly. Bombardovací a střemhlav útočící letectvo neobyčejnou měrou prodloužilo dosavadní dostřel dělostřelectva. Týl operačního území, který byl v minulé válce bezpečný, může být v dnešní válce každou chvíli bombardován, nebo se státi jevištěm leteckých výsadek.

Současná válka postavila tedy zdravotnickou službu před nové problémy :

- 1) před nezvyklou rychlostí operací a ustavičnou změnou situace na bojišti ;
- 2) značné prodloužení bojiště do hloubky ;
- 3) ustavičnou možnost ohrožení, nebo i přerušení osy odsunu raněných a to i daleko v týlu ;
- 4) všudypřítomnost raněných, kteří se mohou vyskytnouti nejen na bojišti, kde zuří právě bitva, ale také na každém jiném místě a to i hluboko v zázemí ;
- 5) procentově značný vzrůst těžce raněných a popálených od účinku dělostřelectva, pum, min i plamenometů ;
- 6) nedostatek bezpečí a klidu při výkonu zdravotnické služby netoliko v hlubokém týlu operačního pásma, ale i na celém území státu.

Činitelem pohybu v činnosti zdravotnické služby je odsun raněných, který znamená přepravu raněných a nemocných s místa zranění nebo onemocnění do zvláštních léčebných útvarů. Již v minulé světové válce se ukázalo, že, pokud panoval v operacích pohyb, odsun převládal nad všemi jinými výkony zdravotnické služby v operačním pásmu a v rámci vyšších jednotek byl daleko nejvážnějším úkolem zdravotnické služby útvarů až do divise.

Činitel pohybu se v moderní válce uplatňuje pronikavým způsobem. Tak rychlost postupu Němců v Polsku byla průměrně 22 km denně, ve Francii až do bitvy o Dunkirk asi 20 km denně a v ofenzivě na Paříž od 5. června 1940 v akcích, které měly ráz pronásledování, překročila rychlost denního přesunu Němců 30 km. Fantastické rychlosti dosáhla v těch

bojích divise gen. Rommela, jejíž přesun v několika akcích dosáhl 240 km během 36 hodin. V libyjské kampani postupoval Rommel při prvním útoku průměrnou rychlostí 50 km za den. Německý útok na Rusko až po Stalinovou linii pohyboval se ve směru Vilna rychlostí okolo 75 km denně. Ofensiva generála Bocka v době od 1. do 24. července 1942 postupovala ve vzdušné čáře rychlostí asi 23 km za den.

Za takových okolností musí být zdravotnická služba útvaru především připravena na rychlé sbírání raněných s bojiště a jejich rychlý odsun do týlu. Jinak by byla postavena před problém ztráty spojení s jednotkou nebo zanechání raněných v terénu. A přece na výkonnosti zdravotnické služby útvaru záleží ve značné míře osud raněných, ležících na bojišti, a odtud i stav morálky bojujícího mužstva. Na dnešním bojišti není také kdy na dvoukilometrový odsun pěšky na nosítkách a proto mají být odsunuti i lehce ranění podle možnosti, a z obrněných oddílů zásadně, již s bojiště motorovými prostředky.

Z toho důvodu mají být zdravotnické hlídky setnin, dokonce i u útvarů pěších, zmotorisovány. Musí se co nejrychleji pohybovat na bojišti, rychle a správně sbírat i ošetřit raněné a převézt je na obvaziště útvaru. Aby mohla splnit tento úkol, má mít každá zdravotnická hlídka, sestávající ze dvou sběračů raněných, lehký obrněný terénní vůz pro jednoho nebo dva ležící raněné. Tyto hlídky mají být organicky přičleněny setninám, neboť právě okolností, že jdou na pomoc kamarádům, s nimiž se sžili v každodenním styku, bude mít závažný, morální vliv na jejich výkon.

Vzhledem k velké pohyblivosti vojska na bojišti, zejména pancéřových jednotek, které v průběhu akce mohou změnit směr postupu, může být udržení stálého spojení mezi zdravotnickou službou útvaru a divise úkolem velmi obtížným a často i nesplnitelným. Při rychlých akcích se vzdálenost mezi zdravotnickou službou útvaru a divise zvětšuje každou hodinou. Při změně směru postupu průběhem akce změni se také směr osy odsunu. Postup vyšších pancéřových jednotek má v tomto směru mnoho obdobného s postupem vyšších jednotek jezdeckta, kde udržení spojení mezi zdravotnickou službou útvaru a zdravotnickou službou jednotek bylo nejdou velmi obtížné. Také s tohoto hlediska jeví se zásada odsunování raněných z útvaru přes divisi zdravotnickou rotu nereálnou. Velitel zdravotnické roty nemůže zvládnouti celkovou počeby zdravotnických dopravních pro-

středků, vyžadovanou útvaru. Oddíly, které dnes jdou do boje, jsou vybaveny dávkou střeliva, proviantu a pohonných hmot, což jim umožňuje, aby mohly bojovat po určitou dobu soběstačně, bez závislosti na týlu. Poněvadž v každém boji jsou ztráty na raněných, mají mít oddíly pro jejich odsun vlastní organické dopravní prostředky. Zdravotnické automobily, vysunuté za jednotkami, nebo dávány jim případ od případu k dispozici, mohou splnit svůj úkol v posílení válce s ustálenou frontou; patří však do historie v dnešní válce pohybové, tím spíše pak bleskové. Šetření na dopravních prostředcích pro dopravu raněných, které by šlo příliš daleko, stejně jako stálá snaha velitelů odlehčit co nejvíce jednotkám bojovým, odrazí se za těchto podmínek vždy neblahým způsobem na osudu raněných a následkem toho i na morálce vojska. Proto má mít každý lékař oddílu k dispozici nejméně dva lehké terénní automobily zdravotnické, obrněné, aby mohly být posílány zdravotnické hlídce setnin, a dále čtyři terénní zdravotnické automobily, určené k odsunu raněných na divisi obvaziště. Tento počet dopravních prostředků v rukách lékaře útvaru zdá se být nezbytným minimem, poněvadž při dnešní rychlosti postupu vojsk mají být všichni, i lehce ranění a nemocní, odsunováni z obvaziště útvaru do týlu jen vozidly motorovými. Činnost lékaře útvaru na bojišti bude se omezovat na prohlédnutí obvazu raněného, dopraveného zdravotnickou hlídkou od setnin, po případě na poskytnutí mu první lékařské pomoci, dále na odsunutí ošetřeného na divisi obvaziště nebo konečně na vysílání motorisovaných zdravotnických hlídek k setninám.

Odsun raněných od útvaru na divisi obvaziště byl vždy nesnadným úkolem z pohybového boje, v podmínkách nynější války je ještě mnohem obtížnější. Tak na příklad za poslední Rommelovy ofensivy v Africe ztratil převážný oddíl 21. německé pancéřové divise spojení s divisním obvazištěm a byl nucen voziti své raněné po několik dnů s sebou na šest zdravotnických autech, než je nahodile odevzdal na divisním obvazišti italském. Proto se zdá žádoucí, aby tento úsek odsunu raněných byl pod zvláštním dozorem zodpovědného činitele zdravotnické služby, t.j. šéflékaře brigády, který je povinen během boje neustále sledovati požadavky útvaru o zdravotnické hlídky nebo dopravní prostředky a zasílati jim je v případě potřeby. Z toho důvodu musí disponovati příslušnou spojovací sítí a jistou zálohou

zdravotnických dopravních prostředků, které jsou mu přiděleny od divišní zdravotnické roty. Když se odsunová osa příliš prodlouží, je jeho úkolem zříditi předsunutá odsunová střediska mezi útvaru a zdravotnickou rotou.

Důležitý činitel pohybu v dnešní válce téměř automaticky přesunul polní nemocnice ze svazku vyšších jednotek na stupeň ještě vyšší. Některé armády, jako britská a československá, odstranily již před nynější válkou polní nemocnice z organizačního rámce pěší divise. S polními nemocnicemi v divisi pěchoty vstoupily do války armády polská a německá. Ale již v prvních dnech války se v polské armádě ukázalo, že se polní nemocnice vůbec neosvědčily v rámci vyšších jednotek. V ustavičných ústupových bojích hippomobilní polní nemocnice nejen, že neměly kdy k vlastní činnosti, ale nejednou se jim nedostávalo ani času k rozvinutí. V armádě „Krakov“ byly polní nemocnice, desinfekční kolony i lázně a polní bakteriologicko-chemické laboratoře již 5. září přesunuty z divise na stupeň k armádě. V pancéřových divisích nebyly předvídaný organické polní nemocnice ani u kolébky jejich organizace, a to ani v československé ani v německé armádě. Stejný názor byl zastáván také v předválečném odborném tisku polském. Vyšší pancéřové jednotky měly být obsluhovány motorisovanými polními nemocnicemi armády, řízenými na směry postupu pancéřových divisí.

V organizačním rámci dnešních pancéřových divisí a divisí motorisovaných i převažených zůstaly toliko zdravotnické složky pro odsun a pro nejnnutnější ošetření. Na začátku nynější války byly tyto útvary většinou pěší a disponovaly buď hippomobilními nebo motorisovanými anebo smíšenými dopravními prostředky pro odsun raněných. V polské armádě měla pěší divise jednu pěší zdravotnickou rotu s vozidly taženými koněm, v československé armádě jednu „divišní zdravotnickou rotu“ s koňským potahem, v britské armádě dvě zdravotnické rotu (field-ambulances), částečně motorisované, z nichž každá byla vybavena osmi zdravotnickými automobily pro dopravu raněných, německá divise měla jednu nebo dvě zdravotnické rotu podle toho, jak byla divise organizována. K dopravě raněných užívaly německé zdravotnické rotu v polském tažení nákladních aut, upravených pro zavážení nosítek.

Organizace těchto zdravotnických útvarů byla ve všech armádách celkem dosti schematická a spočívala v tom, že ony útvary mohly zříditi v době bitvy divišní obvaziště, po při-

padě vysunout jedno nebo dvě předsunutá obvaziště. Protože jak polské, tak i francouzské tažení se rychle skončilo, nemohla být pro krátkost času žádná organizační změna zdravotnických rot v těchto armádách provedena. O případném vývoji, kterým asi prošla zdravotnická rota německá, nemáme dosud zpráv, ale zato se ukázalo podle dosavadních zkušeností britské armády, že zdravotnické rotu vyšších jednotek vzhledem k veliké pohyblivosti vojsk a ustavičné změně situace musí být úplně motorisovány, organizačně velmi pružné a vybavené daleko větším počtem dopravních prostředků pro dopravu raněných, aby mohly dostát svému úkolu na dnešním bojišti. Proto má také podle nynější organizace zdravotnická rota britské pancéřové divise vedle složky, způsobí zříditi divišní obvaziště, ještě šest samostatných malých zdravotnických skupin pod vedením lékařů. Úkolem těchto skupin může být jednak zesílení zdravotnické služby útvaru, jednak zřízení předsunutých odsunových středisk mezi útvaru a divišním obvazištěm. Ukáže-li se potřeba, může jich být také použito k zesílení divišního obvaziště. Tyto skupiny mohou pracovati buď samostatně nebo dvě až tři skupiny spojené, podle požadavků situace a úkolů. U zdravotnických rot vyšších pancéřových jednotek byl počet zdravotnických aut zvýšen na 20 a nyní předvídá se další zvýšení tohoto počtu.

Již v minulé světové válce se ukázalo, že se podle povahy bojů na frontě mění velmi vážně chod zdravotnické služby u jednotlivých odsunových středisek. V bojích povahy převážně posílní byla u vyšších jednotek jakási rovnováha mezi třemi hlavními funkcemi zdrav. služby v poli: odsunem, tříděním a léčením. Naproti tomu v bojích pohybových, za nichž se lékařům útvarů nedostávalo dosti času na vlastní lékařskou práci, byla péče o odsun raněných téměř jediným jejich úkolem. Obdobně divišní obvaziště vyšší jednotky dostalo ráz obvaziště útvaru, neboť také tam převládala především starost o odsun. Jeho úkoly třídící a léčebné se automaticky přesunuly na zdravotnické útvary vyšších jednotek.

Při dnešní rychlosti postupu boje jest tato rovnováha ještě více porušena. Zdravotnická rota, jejímž úkolem je nejen odsun, nýbrž i konečná příprava raněných pro dalekou dopravu, což vyžaduje nejednou vážnějších lékařských výkonů, byla postavena před dvojí možností. Jakožto odsunový útvar, odvázející raněné od útvarů, musí rota tyto oddily sledovat, neboť jinak rychle ztrácí s nimi

2. 1/43
spojení a nemůže splnit svůj úkol. Mimo to, jakožto útvar léčebný, jest nucena se zastavit, rozvinout a v klidu ošetřit raněné, mezi nimiž je nyní mnohem větší procento těžce raněných, nežli tomu bylo v minulé světové válce. Protichůdnosti dvou hlavních činitelů, t.j. pohybu a klidu, byl v dnešní válce neobyčejnou měrou ztížen úkol zdravotnické roty vyšší jednotky. Z tétož důvodu bylo při ohlášence reorganizaci polních zdravotnických útvarů v britské armádě vyňato léčení z úkolů zdravotnické roty. V předvídané organizaci mají býti zdravotnické roty vyšších jednotek toliko útvary odsunovými, zatím co léčebný úkol byl přidělen nově zavedenému zdravotnickému útvaru vyšší jednotky, t. zv. polnímu obvazišti (field dressing station).

Vzdálenost mezi útvary a divisním obvazištěm vyšší jednotky nepoměrně vzrostla. Od průměrné vzdálenosti několika kilometrů, jaká byla ve světové válce a s jakou počítaly polské předpisy zdravotnické služby v poli, vzrostla v nynější válce až i na několik desítek kilometrů. Již v polském tažení se v ústupových bojích etablovaly zdravotnické roty vyšších jednotek ve vzdálenosti 20 až 30 km za ústupovým postavením divise. Tato vzdálenost byla diktována jednak předvídanou hloubkou ústupu, která jim měla poskytnouti čas k rozvinutí skupiny a k jakési-takési práci, jednak výkonnosti vozidel s koňským potahem, jimiž byli ranění odváženi s bojiště. Ale v takové vzdálenosti, která jim byla požadavky nucena, buď velmi rychle padly do zajetí nebo byly rozbity německými pancéřovými útvary. V armádě „Krakov“ ztratily již v prvních dnech války téměř všechny vyšší jednotky tímto způsobem své zdravotnické roty. U některých vydržely do konce sotva trosky těchto rot, celá se udržela jen jediná, která byla vělelena jako doplněk do armády na linii řeky Sanu.

Vliv na vzrůst vzdálenosti mezi útvary a divisním obvazištěm vyšší jednotky měli v dnešní válce tyto činitelé: značné prohloubení operačního pásma, velká pohyblivost vojsk a proměnlivost situace v tomto pásmu, především však zvětšení rychlosti odsunu v důsledku zmotorisování prostředků pro dopravu raněných, jak u útvarů tak i u divisí. Vzdálenost je celkem vzato třikrát větší než byla v minulé světové válce a obnáší průměrně od 15 do 30 km, anebo i více. Tuto cestu mohou urazit zdravotnická auta za den čtyřikrát, či-li dvakrát se vrátí. Vzdálenost je určena taktickými i terénními podmínkami, dala způsobem lékařské práce a množstvím případů na divisním obvazišti. Všeobecně

vzato, v ofensivní akci jest výchozí vzdálenost divisních obvazišť od vojska celkem neveliká, při ústupových bojích je mnohem větší, a v obraně může být umístěno divisní obvaziště vyšší jednotky buď v blízkém neb dalekém týlu, podle předvídání velitele o vývinu situace. Předsunuté složky zdravotnické roty nacházejí se v tom případě uvnitř jednotlivých středisek odporu. Tak na př. za útoku samostatné brigády Karpatských Střelců směrem na Gazalu bylo obvaziště brigády rozvinuto asi na 16 km od místa boje, a útok brigády obsluhovala bezprostředně jedna ze skupin, předsunutá zdravotnickou rotou. V obraně Tobruku byly zdravotnické roty vyšších jednotek bránících Tobruk rozvinuty v bezprostředním týlu obrany v obvodu obleženého města. Naproti tomu v ústupových bojích, jaké vedla britská armáda v Egyptě během nepřátelské ofensivy, bylo obvaziště anglické brigády, bojující pod Sollumem — jak uvádí Kwoczynski — až v Mersa Matruh ve vzdálenosti 250 km od bojiště. Vliv na umístění obvaziště v tak značné vzdálenosti od bojujících oddílů mělo opatrné předvídání velitele a dále dobrý stav silnice, připouštějící rychlou jízdu zdravotnických aut.

Další pás odsunu raněných se v nynější válce také nepoměrně prodloužil. Výkyvy operačního pásma do hloubky, jakož i rychlost, s jakou je území zabíráno a ztráceno, nepřipouštějí, aby se základny hlavních léčebných ústavů mohly udržeti v takové vzdálenosti, v jaké byly umísťovány v minulé světové válce. Tak nemocniční základna Osmé britské armády, bojující v Libyi, byla ponechána v dolním Egyptě, ve vzdálenosti přes 600 km od bojiště. Podobně i samostatná brigáda Karpatských Střelců měla během obrany Tobruku a v bojích u Gazaly svoji nemocnici umístěnu v Alexandrii. Němci v ruském tažení mají doposud své zdravotnické ústavy rozloženy na území Polska, Československa i Rakouska, t.j. ve vzdálenostech, překračujících značně tisíce km.

Hlavní hromadný odsun raněných, nemocných i plynem zasažených v minulé světové válce se opíral o železniční síť. Když se skončilo polské a francouzské tažení, ozvaly se hlasy, že železnice přestaly býti hlavním prostředkem odsunu raněných a že k tomuto odsunu má se používat zásadně motorových prostředků, při čemž použití železniční dopravy zůstává toliko pomocným dopravním prostředkem, a to pouze na těch úsecích, které skýtají záruku bezpečného průjezdu. Tento

č 143
názor, který byl výsledkem neobyčejně těžkých podmínek, jaké panovaly během polského tažení na železnicích, pokud šlo o odsun raněných, nebyl bezpodstatný. Tak na př. ze dvou zdravotnických vlaků, které měla armáda „Krakov“ v den vypuknutí války, jeden, poslaný dne 2. září z Krzeszowice do Myslowic pro dopravu raněných ze středního úseku obrany Slezska, nemohl dojeti na místo určení, poněvadž pro ucpání a trvalé poškození trati uvázl v Trzebině; ranění byli potom dopraveni do Krakova kolonou slezských autobusů. Druhý vlak, vyslaný téhož dne s transportem 340 nemocných z nemocnice voj. okudu po Přemyslu, se již armádě nevrátil. Tyto velké nesnáze, které vznikly v dopravě raněných po železnici, byly zaviněny řídkou železniční sítí v Polsku, celkem malou její výkonností, pak tím, že stanice i vlaky na trati byly bombardovány a ostřelovány německým letectvem, dále velkým přetížením železnic nástupovými a operačními transporty, především však nedostatkem patřičné protiletectvé obrany. V dalším průběhu světové války se ukázalo, že letecké bombardování nedokáže ochromit železniční dopravu, je-li bráněna v dostatečné míře vlastním letectvem. Přes to, že Němci bombardovali po několik měsíců Londýn i jeho nádraží a železniční síť v Anglii, nevznikl nepořádek v železniční dopravě.

Kapacita železniční dopravy je mnohem větší než dopravy auty. Vagon zdravotnického vlaku pojme 36 ležících raněných, to jest devětkrát více než se vejde do těžkého zdravotnického auta. Na převezení 360 ležících raněných, které pojme jeden normální zdravotnický vlak, je zapotřebí až 90 těžkých zdravotnických aut. Rychlost železniční dopravy je na delší vzdálenost větší než rychlost autodopravy. Denní výkon, kterého se dosáhne při dopravě autem, obnáší v nejlepším případě 200 km, kdežto vlakem se docílí dvojnásob. Doprava raněných po železnici je pohodlná a plynulá, nepůsobí škodlivých otřesů a děje se pod stálou péčí lékařů i ošetřovatelů. Po celý čas transportu dostávají ranění stravu na místě. Těchto výhod železniční dopravy nelze docílit při dopravě auty, která následkem toho nemůže být plynulou, nýbrž musí se přerušovat na odsunových stanicích, zřízených k tomu účelu po cestě. Doprava auty, která je vázána na cesty, je neméně, a možná i více citlivá na letecké bombardování než doprava po železnici. Proto nelze ještě dnes mluvit o soumraku železnic, jakožto základního a hromadného prostředku pro odsun raněných. Veliká pohyb-

livost fronty, stále ohrožení týlu vyšších jednotek pancéřovými jednotkami nepřítele a bombardování železničních tratí měly v dnešní válce jedině za následek to, že železnice možno s úspěchem použít pro vojenskou dopravu a tudíž i pro odsuny raněných teprve od zadní hranice operačního pásma armády, t.j. ve vzdálenosti 100 až 200 km od bojiště. Ranění v pásmu odsunu od divisních obvažíšť vyšších jednotek do odsunových nádraží jsou dopravováni zdravotnickými autokolonami sboru, případně armády. Vzhledem k značné délce tohoto odsunu je doprava řízena pomocí odsunových středisek, rozmístěných ve vzdálenostech 30–60 km. Důležitou stanicí odsunu raněných v tomto pásmu je v britské armádě polní odsunová nemocnice (casualty clearing station), jejímž úkolem je nejen odsun, ale i třídění a léčení.

Jednotlivé bitvy i celá tažení dnešní války se vzdálily daleko od hlavních základů nemocnic. Současně, přes zavedení motorových vozidel až do předního pásma odsunu, se velmi zvětšila doba dopravy raněných s bojiště do pásma léčení, takže většinou značně překračuje 36 hodin biologické hranice pro nákladu rány. Zásada, že se každý raněný má během 24, nejpozději 36 hodin od okamžiku zranění dostat na stůl chirurgův, může být za takových podmínek dodržena jenom, když se použije letectva jakožto základního prostředku k hromadnému odsunu raněných. V taženích a bitvách bleskové povahy měl by se také odsun raněných díti bleskově. Němci používali letectva k dopravě raněných již v polském tažení. Když odstoupili území kolem Zamošcie Rusům, odsunuli všechny své raněné z vlastní polní nemocnice v Zamošci dopravními letadly přímo do Vídně. Nyní užívají v tažení proti Sovětům letectva k hromadnému převážení raněných. Přizpůsobili k tomu účelu velká dopravní letadla, z nichž každé může najednou převézt 25–30 ležících raněných.

V dnešní válce docházejí stále většího uplatnění vojska, dopravovaná vzduchem: parašutisté a jednotky, vysazované z dopravních letadel a kluzáků. Ozbrojená moc obou válečných stran disponuje dnes velkými jednotkami vzdušných vojsk. Organickou částí těchto jednotek je nejen zdravotnická služba útvarů, ale i brigád, resp. divisí, a to v podobě vzdušných zdravotnických rot. Organizace zdravotnické služby vyšších vzdušných jednotek se neliší od organizačních zásad pro zdravotnickou službu pozemních vojsk. Vybavení je přizpůsobeno tak, aby mohlo být dopraveno letadlem, případně i

spuštěno s letadla pomocí padáku. Pokračující rozvoj dopravního letectva připouští v tom směru stále větší možnosti. Zásady pro činnost zdravotnické služby v akci neliší se rovněž od hlavních zásad pro činnost zdravotnické služby pozemních vojsk, která byla buď dočasně nebo trvale odříznuta od svých odsunových základů.

Ve zvláštních poměrech pracuje zdravotnická služba čelných oddílů invazních. V první části bojové akce, vedené s moře, odsunuje zdravotnická služba invazních oddílů všechny svoje raněné pomocí invazních člunů na invazní loď, kde se dostane raněným lékařské pomoci v širším rozsahu. Když byla rozsáhlejší část pobřežního území opanována a do akce vešly vyšší jednotky i se svými službami, pracuje zdravotnická služba podle zásad, jak bylo řečeno dříve. Pokud nebyla zřízena na dobytém území nemocniční základna, slouží mořská doprava jako prostředek k hromadnému odsunu do vzdáleného týlu.

Neobyčejně důležitým problémem chodu zdravotnické služby v poli, zejména v ohledu odsunu raněných, jest otázka spojení. To je dodnes velkou slabinou a velkým nedostatkem zdravotnické služby. V minulé světové válce používala zdravotnická služba všeobecné spojovací síť velitelství a v předním pásmu odsunu vedle toho přijímala zprávy od transportů raněných, v nejlepším případě měla zvláštní spojky. V posílních bojích na ustálené frontě snad takové spojení dostačovalo, ale v dnešních rychlých bojích pohybových, v útočných nebo v ústupových akcích, při ustavičné možnosti změn taktické situace na bojišti, dosavadní spojovací prostředky pro zdravotnickou službu nestačí. Proto je snahou zdravotnické služby, aby se jí dostalo v rámci vyšších jednotek vlastního radiového spojení. Závislost spojení zdravotnické služby na spojení velitelském povede vždy ke škodě výkonnosti zdravotnické služby, poněvadž ze samozřejmých důvodů budou mít vždycky přednost hovory operační.

Ztráty na zabitých i raněných nejsou v dnešní válce omezeny toliko na úzký pás fronty, jak tomu bylo v minulé světové válce. Dosah náletu bombardovacího letectva i možnosti vzdušných výsadek překročily již dávno 1500 km. Proto můžeme směle říci, že není místa na území válčících států, které by nemohlo být zasaženo leteckou pumou. Obětí pumových útoků jsou nejen zabíjí a ranění vojáci, ale možná ještě ve větší míře civilní obyvatelstvo. V operačním pásmu armády útočí letectvo střemhlav převážně na

bojující vojska a jeho zálohy, cílem bombardovacího letectva jsou útvary v týlu a zásobovací tepny. Z těch důvodů musí zdravotnická služba v dnešní válce počítati s tím, že bude zapotřebí sanitní a lékařské pomoci také v oddílech a útvech vojska v týlu. Aby bylo možno poskytnouti pomoc civilnímu obyvatelstvu, ohroženému leteckým bombardováním, byla zřízena ve městech i na venkově zvláštní civilní organizace zdravotnické služby, která je ve spojení se zdravotnickou službou vojenskou.

Moderní prostředky i způsob boje změnily také předválečný výpočet ztrát, který se opíral o zkušenosti z minulé světové války. Podle těch zkušeností byly ztráty při útoku na silně opevněné postavení, jak u útočníka tak i u obránce, těžké a obnášely asi 600 lidí na divisi denně, při útoku na slabě opevněné postavení byly ztráty na obou stranách prostřední a dělaly asi 400 lidí denně, v bojích pohybových byly vzájemné ztráty od 100 do 200 lidí denně. Na 100 ztrát připadalo průměrně 25 zabitých a zemřelých, 75 raněných a plynem zasažených, z nichž byla 1/3 těžce a 2/3 lehce raněných. Dnes nemáme ještě podrobných statistických dat, ale všeobecně možno již říci, že číslo ztrát, záležející na povaze taktické činnosti, se zásadně změnilo. Avšak zavedením bombardovacího letectva a častým používáním plamenometů se změnil podstatně početní poměr zabitých a raněných, jakož i poměr těžce a lehce raněných. Ani v tom ohledu nemáme ještě důkladných dat, ale je známo, že procento zabitých a těžce raněných je v dnešních bojích značně vyšší než v minulé světové válce. Při dosavadním bombardování Velké Británie se ukázalo, že zabitých je okolo 40% a raněných 60%. Procento těžce raněných i popálených může dosáhnout až 50%.

Podmínky, panující v dnešní bleskové válce, způsobily, že léčení raněných je velmi obtížné. Na prvním místě bylo znesnadněno léčení nejtěžší raněných, nezpůsobitelných k dalšímu odsunu, kteří vyžadují bezprostředního chirurgického výkonu. Rychlost přesunu vyšších pancéřových a motorisovaných jednotek nedovoluje, aby byly zatíženy tak těžkými léčebnými útvary, jako jsou polní nemocnice. Na druhé straně přesunutí nemocnic na vyšší stupeň způsobuje, že se v pohybových bojích nadměrně prodlužuje odsun a tím se také zvětšuje i doba, než se raněný dostane do nemocnice.

Při boji na území vysokého stupně civilisace, kde jsou hustě rozmístěny místní civilní i vojenské nemocnice, jako na př. ve Velké

Británii, nepůsobí otázka léčení těžce raněných, neschopných dalšího odsunu, velkých obtíží. Takoví ranění jsou odevzdáni zdravotnickými rotami vyšších jednotek, nebo samotnými útvary přímo do nejbližších místních nemocnic. Ale na území, kde jsou místní nemocnice velice řídké, tím více pak na území zničeném nebo v poušti, zvláště jde-li o vojenská v obraně, obklíčená nepřitelem, je postup s těžce raněnými nesmírně vážným problémem zdravotnické služby.

Jsou-li bojující vyšší jednotky obklíčeny, nebo je-li odsunová osa přerušena, případně nadměrně prodloužena, pak v činnosti zdravotnické rot vyšších jednotek nabývá převahy nutnost operačního léčení raněných, kteří bezpodmínečně potřebují co nejrychlejšího chirurgického výkonu. Dosavadní britské zkušenosti ukázaly, že chirurgická pomoc v rámci jejich organizace zdravotnické služby je nedostatečná. Proto se nyní ve Velké Británii zavádějí na stupni armády nové zdravotnické útvary pro chirurgické úkony, t. zv. motorisované chirurgické jednotky (field surgical units). Tyto jednotky mohou být přiděleny, jak do polních odsunových nemocnic (C.C.S.) k posílení jejich chirurgické výkonnosti, tak i do divisních obvazišť vyšších jednotek. Podobnými chirurgickými jednotkami ba dokonce větším jejich seskupením po dvou až třech, byly vybaveny polské armády již v zářijovém tažení r. 1939. Pro bleskový průběh tažení nemohly však hrát důležitější úlohu, neboť se jim nedostávalo času ani vhodných pracovních podmínek za ustavičných ústupových bojů. Zato zůstane chvalně zapsána jejich práce, kterou konaly pro polské raněné v polních a vojenských nemocnicích za posledních dnů zoufalé obrany i po kapitulaci polské armády.

Letecké pumy v dnešní válce nešetří ani útvarů, ani základů zdravotnictva. Ani největší vzdálenost od bojiště nezaručuje raněným a nemocným ani zdravotnické službě klidu a bezpečí. V tom ohledu mají jak odsun raněných, tak jejich léčení nepoměrně těžší podmínky než v minulé světové válce. Za polského tažení padlo mnoho transportů raněných a mnoho nemocnic za obětí německým leteckým pumám. Během dalších měsíců a let nynější války byly bombardovány desítky a možná i stovky vojenských i civilních nemocnic, a pod jejich troskami byli pohřbeni ranění, nemocní i ošetřovatelský personál.

Vybudování stálých podzemních nemocnic, které by zaručovaly klid a bezpečí v době války, může být hudbou daleké budoucnosti. Za dnešních podmínek mají být pohyblivé nemocnice zřízeny daleko od hlavních zásobovacích tepen a podle možnosti rozptýleny na větším prostoru tak, aby se nestaly soustředěným cílem bombardovacího letectva.

Po bleskovém průběhu polského tažení v září 1939 a francouzského tažení na jaře 1940 se mohlo zdát i také se v tom smyslu ozvaly hlasy, že vojenská zdravotnická služba ztratila své pravé poslání, kterým jest udržení početních stavů vojska, neboť osudem raněných, kteří během nemnoha dnů bojů pokryli bojiště, mohla se stejným způsobem zabývat místní civilní zdravotnická služba. Ale polské tažení, po němž přešly tři roky stále se rozvíjející války, jest toliko prvním a pro nás tragickým zlomkem. Válka se protáhla na léta a vzplanula téměř po celé zeměkouli. Válčíci armády se daleko vzdálily od svých domácích základů. Válčištěm jsou dnes arktické kraje tunder, neobydlené stepi při Volze, mohutné pásma kavkazských hor, rozsáhlé pouště v Libyi a v Egyptě, stejně jako tropické džungle na ostrovech Malajského archipelagu. Nejčastěji jen popel a zbořeniny padnou vítěznému útočníkovi za kořist. Za takových okolností nelze ani snít o sebebení pomoci armádě se strany civilní zdravotnické služby. Vojenská zdravotnická služba byla postavena před těžký úkol, zachovati při zdraví bojující masy vojáků uprostřed nejrůznorodějších a zároveň nejobtížnějších podmínek terénních a klimatických, jaké se jen mohou vyskytnout na zeměkouli.

Závěrem budiž řečeno, že při povaze dnešní světové války se dostal chod zdravotnické služby do neobyčejně těžkých podmínek. Obtíže, které povstaly při odsunu raněných, nedají se vyřešití toliko motorem zdravotnického auta a letadla; lékařská činnost v zdravotnických útvarech a vojenských nemocnicích bude až do konce války doprovázena výbuchy padajících pum. Za takových podmínek má osobní zdatnost a povaha člověka neobyčejný význam. Rychlá orientace, iniciativa a energické splnění úkolu, jakož i vytrvání na místě při ošetřování raněného budiž pro všechny zdravotnický personál pramenem, z něhož jim vzejde uspokojení, které provází vědomí splnění povinnosti.