

A KATONAI ORVOSTUDOMÁNY TÖRTÉNETÉBŐL

Az egészségügyi szolgálat fejlődése

II. rész

Írta: **Farádi László** dr. orvos-vezérőrnagy, az orvostudományok
kandidátusa

A XIX. század közepén egymást követik a polgári demokratikus forradalmak: harc Olaszország, Németország egységéért, a magyar szabadságharc és polgári demokratikus forradalom, majd az amerikai polgárháború. Ezek új feladatok elé állítják az egészségügyi szolgálatot. Milícia rendszerű gyengén felszerelt hadseregek ütköznek meg jól felszerelt reguláris csapatokkal. A haladó erők számára kedvezőtlen erőviszonyok ellenére számos rögtönzött szükségintézkedés, határozottan előrevitte az egészségügyi ellátást.

A magyar szabadságharc például számos, ma is értékes tanulságokat hozott felszínre. Ezekkel érdemes kissé részletesebben foglalkozni.

Hazánk a XIX. században minden szempontból, így egészségügyi, kórházi ellátási vonatkozásban is elmaradott ország volt az európai országok között. A törökök az összes kolostorkórházakat lerombolták. Az ország első kórháza Buda ostroma alatt a Margitszigeten épült katonakórház volt (1686). Az első polgári ispotály az 1701-ben létesített budai szent János Kóroda volt. Az orvosképzés 1728-ban az egri scola medicinalis-ban indult meg. Az ország ágylétszáma igen lassan fejlődött, 1848-ra elérte a 2900-at, amelynek 3/5-e Budapesten, Pozsonyban és Nagyváradon volt. A Dunántúlon legalább egy kóroda található megyénként, másutt kevesebb. E kórodák zöme 30 ágyas, ezekben egy, esetleg két orvos és egy sebész dolgozott, az ennél kisebb kórházakat a városi orvos vezette. Az említett polgári „kórház-hálózat”-on kívül a monarchia fegyveres erőinek 40 helyen voltak kis kórházai, tulajdonképpen gyengélkedők, amelyeknek berendezését azonban a csapatok területfeladás esetén általában magukkal vitték.

Ezek alapján alig érthető, pedig történelmi tény, hogy a magyar szabadságharc 170 000 főnyi hadseregét mégis sikerült egészségügyi ellátásban részesíteni. „A forradalmak az emberiség ünnepei” — mondja Marx —, amikor az elnyomottak, ha saját erejüket felismerik, szinte csodákra képesek. A március 15-ét követő ingadozás (reformok vagy fegyveres felkelés?), a Jellasich felett aratott győztes csata után megszűnt, s a rögtönzött 16 zászlóalj a Kossuth vezette Honvédelmi Bizottmány munkája révén önálló nemzeti hadsereggé szerveződik. A pákozdi csata idején még Sauer Ignác a Nemzetőrség igazgató főorvosa, a schwechati csata idején már Stahly Ignác, a tábori igazgató főorvos.

A csata sérültjei számára ő szervezi meg az első tábori kórházakat Mosonban és Győrött, mintegy ezer ágygal, amelyet gyors ütemben követ további 12 kórház, túlnyomórészt a Dunántúlon.

A császáriak technikai főlénye, a honvédség katonai vezetőinek ingadozása — a honvédsereg katonáinak önfeláldozó hősiessége ellenére — visszavonulásra kényszeríti a magyar honvédséget. Elvész a Dunántúl kórházbázisa és Pest-Buda, időközben 2178 ágyra felfejlesztett kórházbázisa is. A Tisza vonalán védelemre berendezkedő és ellentámadásra készülő honvédség főorvosa a beteg és idős Stáhly helyett, a kiemelkedő szervezőképességű pesti tisztifőorvos Flór Ferenc lett, aki a lélegzetvételi szünetet felhasználva, újjászervezi az egészségügyi ellátást, majd a kórházhálózatot is. Az egészségügyi ellátást több szakaszban biztosítja: a) a zászlóalj közápolóhely, ahol elsősegélynyújtás történt; b) ideiglenes tábori kórház, ahol első orvosi segínyt adtak. Ez a kórház helyi eszközökkel, a lakosság áldozatkészségéből, a helybeli polgári orvosok (és azok műszereinek felhasználásával), önkéntes ápolónők közreműködésével jött létre; c) mozgó tábori kórház, amely 10—20 szekérre mállházva dandárnál, illetve hadtestnél szervezte, folyamatosan követte a csapatokat. Itt is túlnyomóan első orvosi segínyt, részben sebészi segínyt is nyújtottak. Innen a hosszabb kezelést igénylőket; d) az állandó, ún. hadikórházakba szállították, illetve adták le menet közben. Ezek rendszerint valamely városban, a városi kórház igénybevételével, vagy egyéb alkalmas épületben működtek. 1849 májusára 82 ilyen hadikórház működött, majd Pest-Buda visszafoglalása után számuk közel 100-ra emelkedett. Szétszórtan megtaláljuk e kórházakat szinte az egész ország területén. Nagyobb városokban, ahol több épületet vettek igénybe „főkórház”, s mellette több kisebb „fiók-kórház” is létesült. A nagyobb kórházak elhelyezésére előszeretettel vették igénybe a főúri kastélyokat, a rendházakat és ha kellett, az iskolákat is. Az ágylétszámot rugalmasan, a sérültek számához alakították. Így pl. Komáromban két 500 ágyas, egy 300 és egy 120 ágyas kórház települt, más irányokban egy-egy városban mindössze 100—200 ágy működött. Aradon pl. nem a sérültek nagy száma miatt, hanem az állandó tüzérségi belövések miatt szétszórtan helyezték el a sérülteket.

Hogyan volt lehetséges egy elmaradott, kifosztott országban ilyen, a hadihelyzethez szinte tökéletesen alkalmazható egészségügyi szolgálat és ezen belül kórházhálózat létrehozása? A nagy kiterjedésű, decentralizált kórházhálózatot a nép hazafias áldozatkészsége, a háború igazságába vetett hite és Flór szervezőkészsége tette lehetővé. Kossuthné és Meszlényiné, Kossuth Zsuzsa a nők százazezeit mozgósította gyűjtésre. Egy 200 ágyas kórház rögtönzésére mindössze néhány órára volt szükség; ágyakat, ágyneműt, edényeket, a városi családok a sajátukéból maguk szállították a helyszínre, az asszonyok súrolták a padlót, készítették a tépést, a városban minden fellelhető gyógyszert összeszedtek, a helybeli orvosok máris munkába álltak, munkaerejükön kívül műszereiket is átadták a hadseregnek, a gyűjtést végző nők önként vállalták az ápolónői munkát.

A hadműveletek gyorsan változó helyzeteket teremtettek. Flór korán felismerte, hogy ehhez centralizált egészségügyi vezetéssel nem tud alkalmazkodni. Ezért választotta az egyetlen lehetséges utat: sok, viszonylag kis létszámú hadikórház felállítását, majdnem kizárólag a helyszínen található erőkkel és eszközökkel. Az akkori idők technikai fejlettségéhez mérten gyorsan mozgó alakulatokat kellett követniük a dandár- és hadtestorvosoknak a maguk mozgó kórházaival, s szinte naponta értesültek a Közlöny-ből, hogy hol

álltak fel újabb hadikórházak, ahova sérültjeiket üríthetik. Flór arra is rájött, hogy e hadikórházak vezetésére alkalmasabbak a helyi viszonyokat jól ismerő polgári orvosok, mint a katonaeorvosok, akiket így nem kellett a hadseregtől elvonni. Csak a nagy ágylétszámú s több egységből álló kórházak élére állítottak egy-egy tekintélyes idősebb katonaeorvost.

A szabadságharc egészségügyi biztosítása sikereinek nem elhanyagolható további tényezői abban keresendők, hogy a honvédorvosok, a honvédségnek teljes bizalmát élvező, megbecsült tisztjei voltak. A honvédsereg parancsnokai, de maga a Honvédelmi Bizottmány és személyesen Kossuth Lajos, rendszere-sen érdeklődött a katonák egészségügyi ellátása iránt. Pl. a tápióbicskei ütkö-zet sérültjei részére Kossuth személyesen intézkedett ispotályról.

A magyar orvosok száma, a sérültek számához viszonyítva természetesen igen kevés volt. Szaktudásuk azonban a kor színvonalán állott s szakorvosi munkájukat a legkiválóbb sebészek, mint Balassa és Lumnitzner irányították.

1848-ban a magyar honvédség egészségügyi szolgálatában a narkozist már kiterjedten alkalmazták, pedig mindössze 2 évvel előbb végezték Londonban az első altatásos műtétet. A kloroform mellett a magyar hadisebészek már étert is alkalmazták. Több volt a nehézség az ápolószemélyzet hiányos kép-zettsége folytán. Flórnak az ápolóképzésre vonatkozó terveit csak kis részben valósították meg. A honvédség egészségügyi vezető törzse viszont jelentős erő-feszítéseket tett az egészségügyi anyagellátás terén. Eleinte minden bevonuló katonaeorvos köteles volt az első orvosi segélyhez szükséges ún. zsebtárcát megvásárolni. 1849 januárjában Nagyváradon megindult az orvosi műszer-gyártás, Szegeden a művégtaggyártás és a speciálisan sebesültszállító célt szol-gáló székérgyártás.

Az 1848—1849 magyar szabadságharc egészségügyi ellátása számos, ma is érvényes tapasztalatot szolgáltatott. Azáltal, hogy a harc javarészt az or-szághatáron belül folyt le, hogy a váratlan és a gyorsan változó harcászati helyzethez gyorsan és rugalmasan kellett alkalmazkodnia az egészségügyi szol-gálatnak, s azáltal, hogy a sérültek nagy számához képest igen kis ágylét-számú volt az ország állandó kórházhálózata és csekély volt az orvosok, de különösen a képzett segéderők létszáma, sok tekintetben hasonló jellegű fel-adatak hárultak az egészségügyi szolgálat vezetésére, mint amilyenekkel nap-jainkban számolhatunk. A levonható legfontosabb következtetések:

1. Támaszkodni kell a helyi közigazgatási szervekre, a helyi egészségügyi szervekre, valamint a lakosság öntevékeny tömegeire.
2. Egyszerű, rögtönzött, helyben fellelhető anyagi eszközökkel a középü-letek gyorsan alkalmassá tehetők szükségkórház céljára.
3. A nőket széles körben kell bevonni a betegellátás munkájába.
4. Gyorsan és bátran kell átvinni az orvostudomány eredményeit a tábori egészségügyi ellátás gyakorlatába.
5. Bonyolult, gyorsan változó helyzetekben a legegyszerűbb út az egész-ségügyi erők és eszközök lehető legnagyobbfokú decentralizációja.
6. A decentralizáció jelentős mértékben pótolhatja az egészségügyi inté-zetek mozgathatóságát, bár természetesen kisebb, könnyen mozgatható egész-ségügyi intézetek (mai szóval: segélyhelyek) nem nélkülözhetők. E tábori mozgó kórházak és mozgó patikák — ha téves is Vasvárinak az az állítása, hogy a magyar szabadságharcban kerültek először alkalmazásra — kiemelkedő jelentőségűek és előremutatóak, arra mutatnak, hogy egy szegény ország, a maga igazságos népi felszabadító háborújában képes versenyre kelni a katonák egészségügyi ellátása terén is a fejlettebb, gazdag országokkal.

A korszak háborúi közül ugyancsak az egészségügyi szervezés szemszögéből nézve, kiemelkedik az ún. keleti háború (1854—1856). A háború kezdetén a dunai hadszíntéren viszonylag kedvezőek voltak az akkori Oroszország helyzetéhez képest a közegészségügyi viszonyok; elég sűrűn lakott terület és a nem nagy kiterjedésű csapatmozgások is segítették az egészségügyi ellátás megszervezését.

Igen súlyossá vált a helyzet, amikor a harccselekmények áttevődtek a Krím-félszigetre. Az egymástól nagy távolságban fekvő, főleg földkunyhókból álló települések, a ritka és igen gyatra úthálózat, a kevés vízlelőhely, a helyi élelmiszerkészletek és a szappan majdnem teljes hiánya, a kevés szekér és ló, a meleg ruházatról történő gondoskodás elmaradása, a reakciós-bürokratikus és emellett korrupt és tehetetlen állam- és hadvezetés, az elavult hadifelszerelés olyan hátrányos helyzetbe hozta az orosz csapatokat, amelyet az orosz katonák és matrózok helytállása, s az egyszerű orosz emberek segítőkészsége nem volt képes ellensúlyozni. Ezek a viszonyok lehetetlenné tették, hogy az egészségügyi szolgálat csak megközelítően is megfeleljen feladatának.

Ebben a hadjáratban szerezte Pirogov megrendítő tapasztalatait, amelyek abban foglalhatók össze, hogy a legkiválóbban végzett műtét mitsem ér, ha nem tudjuk a sérülteket legalább eiviselhető körülmények közé juttatni. Főművének: Az általános tábori sebészet alapjai című 1865—1866-ban írt két-kötetes monográfiájának egyik legjelentősebb tétele: „Nem az orvostudomány, hanem az adminisztráció játszik főszerepet a sebesült- és betegellátásban a hadszíntéren” — az adminisztráció, amely nem más, mint a „sebesültek jól szervezett osztályozása a kötözőhelyen és a tábori kórházakban, ez a feltétele a helyes ellátásnak s a következményeiben veszedelmes fejtelenségnek és tehetetlenségnek fő, megelőző eszköze”. Szevasztopol ostrománál, amikor a sérültek óriási tömegben torlódtak össze, felismeri a szervezett egészségügyi kiürítés fontosságát, s hogy ehhez speciális szállítóeszközök és speciális képzett-ségű személyek szükségesek, akiknek feladata a sérültek kiszolgálása szállítás közben, élelmezés és melegedőhelyek segítségével, hogy a tapasztalt orvosok osztályozása alapján szállíthatóan minősülő sérültek a szállítást valóban elviseljék. Pirogov már 1847-ben kipróbálja a hordágyat és a keményítős rögzítőkötést, 1851-ben alkalmazza a gipszet, 1854-ben már a tábori sebészi gyakorlatba is bevezeti, s ehhez gipszelő asztalt is szerkeszt. Az inhalációs narkózist — az étert előnyben részesítve a kloroformmal szemben — ugyancsak 1847-ben alkalmazta először a hadszíntéren. A fájdalom elleni küzdelemnek Pirogov igen nagy jelentőséget tulajdonított, felismerve, hogy a szervezet helyi és általános reakciója a traumára, jelentős részben idegi úton jön létre s abban a fájdalom kiváltó-súlyosbító szerepe nyilvánvaló. A traumás shockról szóló klasszikus leírása és tanítása a shock kórszármarazásáról — természetesen a tudomány mai nyelvére fordítva és mai ismereteinkre átépítve — a lényegét illetően ma is helytálló. Fellépésével gátat szabott a hadisebészetben a gátásmentes végtagcsonkolásoknak is.

A történelmi igazsághoz tartozik, hogy nagyjából ugyanebben a korszakban tőle függetlenül két hadszíntéren is találkozunk hasonló kezdeményezésekkel. A szecessziós háborúban szerzett tapasztalatok alapján *Mitchell S. W.*, *Kerr W. W.* és *Morehouse G. R.* kimondták, hogy a traumás shock nem a szív kimerülésének következménye, hanem a központi idegrendszer trauma kiváltotta laesiója, az idegi szabályozás csődje az oka a keringés összeomlásának. (Mitchell ugyanakkor írja le a causalgiát is.)

A német egységért folytatott háborúban *Ernst v. Bergmann* a haderő vezető sebésze, a königgrätzi csatában, amelynek során egyes zászlóaljok 20—28%-os veszteséget szenvedtek, szinte szóról szóra ugyanazon elvek alapján, mint Pirogov szervezte meg az osztályozást. Ugyancsak Bergmann szervezi meg a speciális egészségügyi kiürítést és elsőként mondja ki, hogy mindig a magasabb kiürítési szakasz orvosparancsnoka felelős a hozzá történő kiürítésért. 1866-ban Németországban már az ún. Feldlazarett — mai szóval: hadosztálysegeyhely — a csapatok főműtője. Képviseli a kíméletes sebkezelés elvét, harcol a szállítás és rögzítés, a shock-ellenes egyszerű beavatkozások kötelezővé tételéért, a narkózis széles körű alkalmazásáért, a gát nélküli vértágcsonkolások megszüntetéséért. Ebben a háborúban már az osztályozás eredményeként új sebesültáramlási irány alakul ki: a könnyű sebesülteké. Az egészségügyi kiürítés, amely Németországban sokkal kedvezőbb körülmények között folyik le, mint a sártengerrel borított Krímben, már azzal a céllal is folyik, hogy a sérülés helyéhez közel, a sérültnek csak elsősegélyt nyújtsanak és minden erővel mielőbb szállíthatóvá tegyék, hogy a lehető leggyorsabban a végleges ellátás helyére juttassák.

A XIX. század második felében tehát annak vagyunk tanúi, hogy kialakulnak a tömeges sérültellátás alapelvei, elsősorban Pirogov úttörő munkássága nyomán. Annak ellenére, hogy egy időben, egymástól függetlenül több hadszíntéren is találkozunk a tudományos igényű tábori sebészeti ellátással, mégis a tapasztalatok tudományos elemzése és általánosítása elsősorban Pirogov érdeme, akit ezért joggal tekinthetünk ma is a tábori sebészet tudománya alapítójának. Ebben az időszakban foglalja el az egészségügyi kiürítés az őt megillető helyet az egészségügyi taktikában. Az osztályozás a helyes értelemben vett „pirogovi adminisztráció”, a segélynyújtás és a kiürítés kibontakozó egysége alapján megjelennek az egészségügyi kiürítés szakaszai, de egyidejűleg már a német tábori sebészetben az a törekvés is, hogy a sérült mielőbb a végleges ellátás helyére jusson, tehát fellelhető már a rendeltetés szerinti kiürítés csírája is.

Ezek az egészségügyi taktikai és tábori sebészeti újítások az 1877—1878. évi orosz—török háborúban már a sérültek halálozási arányszámának csökkenésében is megmutatkoztak. A krími háborúban a sérültek 19,5%-os halálozási arányszámával szemben, a háború kerekén 43 000 főnyi orosz sérültjéből 10,8% halt meg. Igaz, hogy ebben a fejlődésben az egészségügyi taktikai ténykedés mellett, jelentős szerepe volt már a Semmelweis által kezdeményezett, Lister által bevezetett (karbolsav, bórsav, jodoform stb.) antisepsisnek is. Ennek ellenére az alapvető tényező vitathatatlanul a fejvesztettség elkerülésében, az osztályozás-segélynyújtás-kiürítés egységes elvekre épülő megszerzésében ismerhető fel.

A XIX. és XX. század határán, amikor a nagyipar rohamos fejlődésének, az ipari koncentráció és centralizáció és ezzel kapcsolatban óriás városok kialakulásának vagyunk tanúi, a biológia és az orvostudomány ezelőtt soha nem látott rohamos fejlődésnek indul. A termelőerők fejlődése, az urbanizálódás fokozódó igényt támaszt elsősorban a közegészségügyi és a járványvédelem felé. R. Koch és L. Pasteur fellépésével kezdetét veszi az orvostudományban az ún. bakteriológiai éra, amelynek során felfedezik az anthrax, a tbc., a lepra, pestis, syphilis, gonorrhoea, malária, typhus, diphtheria cholera, meningitis epidemica és a tetanus kórokozóját. Ezt követi az epidemiológia, majd a serológia fejlődése. A fertőzések elleni megelőző rendszabályok megjelennek a sebészetben is: az antisepsis mellé, majd nem sokkal annak helyére lép az

asepsis: a hővel történő csírátlantítás. Halsted 1890-ben először használt steril gumikesztyűt műtéthez. Erre a korszakra esik a röntgensugár és a radioaktivitás (radiumemanatio) felfedezése is. Egyéb gyakorlati eredményekkel is gazdagodik az orvostudomány: az inhalációs narcosis mellé bekerül a sebészi érzéstelenítés módszerei közé a helyi érzéstelenítés, majd a lumbalis érzéstelenítés is. A diagnosztika a laryngoscopiával, a cystoscopiával és a rectoscopiával gazdagodik.

Járványok — egyelőre békeidőben — fokozatosan háttérbe szorulnak, s bár háborúban is csökken a jelentőségük, a katonaegészségügyi szolgálat számára még mindig igen nagy gondot jelentenek. A háborúk egyes időszakaiban azonban egyre több energiát fordíthat a katonaegészségügyi szolgálat a sérültek ellátására, a tömeges ellátás módszereinek a továbbfejlesztésére, majd arra, hogy a sérültellátás e korszak háborúinak egész időtartama alatt folyamatosná váljék.

Ebben az időszakban a nagyipar és a nagyvárosok igényeinek megfelelően a közlekedés is, ennek keretében elsősorban a vasúti hálózat, rohamosan fejlődik és átformálja a hadszínteret. Eppen ezért, továbbá amiatt, mert a csapatok helyzete e korszak háborúiban nem túlságosan gyorsan változott, a tömeges sérültszállításnak alapvető módszerévé a vasúti szállítás válik.

A századforduló első jelentősebb háborújában, az orosz—japán háborúban már bizonyos fokig tükröződnek a fent említett változások. Az orosz hadseregben bevezették a steril egyéni sebkötöző csomagot. A katonák köréből sebesültvívókat képeztek ki. A sebesültek kihordására azonban még mindig csak a harccselekmények közötti szünetekben került sor, addig a sérültek arra kényszerültek, hogy kivonszolják magukat valamely viszonylag védett helyre, hogy a közvetlen irányzású lőfegyverek lövedékeivel szemben védekezzenek. Ez a hely az ún. sebesültfészek. Innen már a sebesültvívók juttatják el a sérülteket az „előretolt kötözőhelyre”, ahol az egészségügyi szakszemélyzet a kötést felhelyezi, egyszerű szállítási rögzítést, s a legegyszerűbben végezhető életmentő beavatkozásokat elvégzi. Itt folyik az egyszerű osztályozás is, azaz a sürgős műtetre szorulók és a halasztható segélyre szorulók elkülönítése. A sürgős műtetre szorulókat a „főkötözőhely”-re, a többieket a tábori kórházakba szállítják. Az orosz hadsereg már rendelkezik sebesültszállító járművekkel, bár azok még a cári Oroszország elmaradott termelőerőinek megfelelően eléggé primitívek: kétkerekű sebesültszállító kordélyok, amelyekből egy hadosztálynál 12—16 db áll rendelkezésre, így az említett két kötözőhely között e lóvontatású kordélyok naponta mintegy 6 fordulóval kb. 80 sebesült szállítására képesek. Már ebben a háborúban világosan kiderült, ami napjainkig is érvényes, hogy az egészségügyi szolgálat rendelkezésére álló szállítóeszközök száma a sérültek számához viszonyítva elégtelen. Ezért a sérültek érdekében az egészségügyi szolgálatnak segítséget kell kapnia más szolgálati ágaktól, fegyvernemektől, legalábbis a háború legfeszítettebb időszakaiban. Az orosz—japán háborúban különösen kevésnek bizonyult a sebesültszállító járművek kapacitása akkor, amikor az orosz haderő gyors visszavonulásra kényszerült. Ilyenkor sűrűlódás támadt a különböző szolgálati ágak között, sőt nem egyszer a menekülő-visszavonuló állomány lehetetlenné tette a sérültek hátraszállítását.

A „főkötözőhely”-en ekkor még csak kevés műtétet végeztek, erre az összes sérültek 4,2%-ánál került sor. Igaz, hogy a sérültek között nagy számban találunk ún. könnyű sérülteket, 151 000 sérültből a könnyű sérültek száma 100 000-et tett ki. Ez az arány nyilvánvalóan abból adódott, hogy a kiskapacitású, lassú, kevés kíméletet biztosító egészségügyi kiürítés következtében a súlyos sérültek már a szállítás előtt, vagy a szállítás közben elpusztultak.

A tábori kórházak (akkori néven „hadosztálykórházak”) az ellenség lőtárolán kívül települtek rendszerint (hosszan elnyújtottan a járható kisszámú útvonal mentén, illetve, ahol csak lehetett, a vasútra mint fő kiürítési eszközre támaszkodva. Azáltal, hogy a kórházak nem csoportokban, hanem vonalszerűen települtek, az arcvonulathoz közelebb fekvők túl voltak terhelve, a távolabbiak kihasználatlanok maradtak. Jelentkezett tehát már ebben a háborúban az osztályozó kórház igénye, valamint az a követelmény, hogy a tábori kórházakat célszerűen egy-egy osztályozó kórházhoz csatlakoztatva kellene telepíteni. Ez az igény azonban nem volt realizálható a kisszámú vasútvonal, a gyér úthálózat és a primitív közúti szállítóeszközök, egyszóval a cári Oroszország termelőerőinek elmaradottsága miatt.

Az előbbieken említett mozgókórházak mellett találunk már ekkor az orosz hadseregben a tábori parancsnokság alárendeltségében, nem mozgatható, nagy befogadóképességű sebészeti és nem sebészeti munkára alkalmas osztályokkal rendelkező kórházakat is, amelyek általában a végleges ellátás célját szolgálták, s amelyeket a későbbiekben kiürítő kórháznak neveztek el.

Az orosz—japán háborúban az egészségügyi taktika a „mindenáron kiüríteni!” taktikája volt. Az orvosokat elbűvölte és egyoldalúvá tette a vasúti szállítás lehetősége, minthogy ezáltal viszonylag gyorsan lehetett a sérülteket olyan távolságra eljuttatni, ahol a nyugodt orvosi tevékenységhez megkívánt feltételek biztosíthatók voltak.

Nem lenne helyes azonban, ha nem tennénk említést arról, hogy történetek lépések abban az irányban is, hogy a kiürítést összekapcsolják az osztályozással, illetve a helyben történő segélynyújtással, annak ellenére, hogy mindezen tényezők között mindvégig a kiürítés foglalta el a fő helyet. A háború előrehaladtával egy-egy ütközet sérültjeinek száma fokozódott és így szinte lökészerűen időszakonként igen nagy feladatok hárultak a katonaegészségügyi szolgálatra. Ilyenkor a vasúti szállítótér is kevésnek bizonyult. Rendet kellett tehát teremteni a vasúti berakóállomásokon. Ez a körülmény szükségessé tette az osztályozást, amelynek alapján elkülönítették:

- a) a szállíthatatlanokat,
- b) a sürgősen hátraszállítandókat,
- c) a fertőző betegeket,
- d) azokat, akiknek kiürítése halasztható: könnyűsérültek, betegek.

Nemsokára ezeken az állomásokon az osztályozás biztosítására bizottságokat kellett szervezni, amelyek a későbbi Front Kiürítő Állomás szerepét kezdték betölteni.

A háború előrehaladtával az is világossá vált az orosz haderő legképzettebb katonaeorvosai előtt, hogy nem célszerű a fertőző betegeket nagy távolságra szállítani, s ennek eredményeként a fertőző betegek számára külön tábori kórházakat szerveztek, amelyeket fürdető-fertőtlenítő berendezéssel és tábori bakteriológiai laboratóriummal is felszereltek. Azt is látták, hogy az életmentő sebészi ellátásra szoruló sérültek számára mielőbb kell biztosítani a segélyt és csak azután, ha a szállíthatóság állapotát elérték, szabad őket vasúti kocsikba rakni. Ezért követelően sürgették és meg is valósították tábori sebészeti kórházak szervezését, amelyek műszert és textiliát helyben sterilizálni is képesek voltak. Így jelentkezik a legelemibb szakosítás a tábori mozgó egészségügyi intézetek között: a sérültek életének megmentését szolgáló tábori sebészeti kórház s a katonák és a hátország lakosságának védelmét szolgáló fertőző betegek kórháza. Egy-egy kórházi osztályt pedig nemibetegek, szem-

sérültek, ideg- és elmekórformákban szenvedők, ritkábban fül-orr-gége sérültek és betegek részére szakosítottak.

Ugyancsak a háború előrehaladtával változik a hadvezetés is. Megjelenik annak a szükségessége, hogy most már nem az arcvonalteljes szélességében ütközzenek meg egymással a szembenálló erők, hanem kialakítsanak egyes csoportosulásokat, amelyek különböző irányokban többé-kevésbé egymástól függetlenül és különböző harcmódok alkalmazásával hajtsanak végre olyan feladatokat, amelyek a háború sorsát önmagukban nem döntenek el, de egyes ütközetek sorsát igen. Kialakulóban vannak tehát a hadosztályok, mint magasabb egységek és a velük vagy részeikkel vívott harc, és kialakulóban van egy olyan magasabb egység (hadsereg), amely több hadosztály összehangolt harccal önálló feladatot (hadműveletet) képes végrehajtani. Ennek megfelelően a hadosztálycsoportok, azaz az egyes hadseregek önálló hadműveletének egészségügyi biztosítása hadsereghez szervezett egészségügyi erőket és eszközöket igényel. Világosan kirajzolódik tehát már a XX. század elején, hogy ahány hadsereg, annyi kórházcsoport, későbbi elnevezéssel „hadsereg kórházi alap” szükséges.

Hogy az igényként jelentkező és a korszerű egészségügyi biztosítás csíráiként meg-megjelenő tábori egészségügyi intézetek nem válhattak a tárgyalt korszakban az egészségügyi ellátás, ezen belül a gyógyító-kiürítő biztosítás szerves részévé, annak a gazdasági-társadalmi elmaradottság mellett egyik oka a kettős vezetésben található meg. Az egészségügyi szolgálat kettős vezetése, tehát az a körülmény, hogy az egészségügyi erők és eszközök szervezése, az ezekkel folytatott taktika és manőver nem katonaeorvosi hatáskörbe tartozott, és hogy a katonaeorvosok tulajdonképpen csak az egyes intézeteken *belüli* munkáért voltak felelősek, súlyos nehézséget jelentett, amely a legélesebben a visszavonulás körülményei között ütközött ki. Azonban elsősorban nem a visszavonulás, hanem a tüzerő és a tűzgyorsaság növekedése, az első automata lőfegyverek megjelenése, az önálló irányban ténykedő hadseregek előtérbe kerülése vetette fel élesen, hogy a növekvő követelményeknek a kettős vezetés hátrányaival küszködő katonae egészségügyi szolgálat nem tud megfelelni, és hogy sürgősen megoldandó a feladat, hogy a tábori egészségügyi erőkkel és eszközökkel (beleértve az egészségügyi kiürítés erőit-eszközeit is) ugyanazok rendelkezzenek, akik felelősek a sérültek és betegek életének megmentéséért, gyógykezeléséért.

(Folytatása következik)

Фаради Л. генерал-майор мед. службы:

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
2-ая часть

Dr. L. Farádi, Gen.-Major d. Med. D., Kandidat d. Med. Wissenschaften:

ENTWICKLUNG DES MEDIZINISCHEN DIENSTES
II. Teil