

126 916

Dr ĐORDE DRAGIĆ

SANITETSKA SLUŽBA
U PARTIZANSKIM
USLOVIMA RATOVANJA

VOJNO DELO

VOJNA BIBLIOTEKA

1941

BRITANJSKA VOJNA BIBLIOTEKA

BRITANJSKA VOJNA BIBLIOTEKA

BRITANJSKA VOJNA BIBLIOTEKA



BRITANJSKA VOJNA BIBLIOTEKA

VOJNA BIBLIOTEKA

NAŠI PISCI

KNJIGA TRIDESET SEDMA

UREĐIVAČKI ODBOR

Martin DASOVIĆ, Boško ĐURIČKOVIĆ, Branislav JOKSOVIĆ,
Petar MATIĆ, Veljko MILADINOVIĆ, Gojko NIKOLIŠ, Bogdan
OREŠČANIN, Rajko TANASKOVIĆ,
Milisav NIKIĆ (odgovorni urednik)

VOJNOIZDAVAČKI ZAVOD

inv. br. 3353

CENTRALNA VOJNA BIBLIOTEKA

INV. BR. 126916

Dr DORDE DRAGIĆ
sanitetski pukovnik

SANITETSKA SLUŽBA U PARTIZANSKIM USLOVIMA RATOVANJA

TREĆE DOPUNJENO IZDANJE

CENTRALNA
VOJNA
BIBLIOTEKA

BEOGRAD
1965.

*Posvećeno uspomeni lekara i drugih
sanitetskih radnika koji dadoše svoje ži-
vot u narodnooslobodilačkom ratu jugo-
slovenskih naroda.*

NAPOMENA UZ TREĆE IZDANJE

Jedno od najozbiljnijih pitanja koje se nameće za rešavanje u eventualnom, budućem ratu, s obzirom na savremeno naoružanje, jeste problem ranjenika i uopšte rad saniteta. Otuda se u vojnoj literaturi tom pitanju posvećuje velika pažnja, traže se, razmatraju i predlažu različita rešenja. Pri svemu tome značajno mesto se daje iznošenju primera i analizi iskustva iz ratova našeg doba, a naročito onih koja je dao drugi svetski rat. Autori, i naši i strani, nastoje da kroz analizu ratnih iskustava izvuku sve što bi se moglo koristiti u eventualnom budućem ratu. Knjiga dr Dragića »Sanitetska služba u partizanskim uslovima ratovanja« veoma je uspelo nastojanje da se rad naših sanitetskih kadrova u NOR (i ne samo sanitetskih), njihova bogata iskustva u zbrinjavanju ranjenika, pre svega, celovito obrade.

Događaji dati u ovoj knjizi jednostavno su ispričani, onako kako su se odigrali, deluju snagom svog sadržaja (za mnoge od njih čitalac, čak i učesnici NOR-a, prvi put će čuti), a oslobođeni su pored ostalog, suvoparnog vojničkog stila izražavanja.

Dragićevo delo, veoma pozitivno ocenjeno od kritike i nagrađeno »nagradom 22. decembar« dobro je primljeno od čitalaca ne samo u armiji već i u građanstvu. Do sada

su izašla dva izdanja knjige. Interesovanje je za nju, međutim, još veliko; traže je starešine u armiji, čitaoci u školama, na fakultetima, lekari i drugi zdravstveni radnici, itd. Imajući u vidu interesovanje i želju čitalaca, Vojnoizdavački zavod objavljuje i treće izdanje ove knjige. Napominjemo da je u drugom i trećem izdanju, uzimajući u obzir primedbe i sugestije koje su mu date na prvo izdanje, autor vršio izvesne nadopune.

REDAKCIJA

PREDGOVOR

Vrednost našega ratnog sanitetskog iskustva je ogromna. Ne samo zbog cene krvi kojom smo ga platili nego, isto toliko, zbog njegove praktične upotrebljivosti u jednoj neželjenoj eventualnosti. Proučavanje toga iskustva omogućava nam da mnogo reljefnije sagledamo neke, na prvi pogled nerazrešive, protivrečnosti u koje može zapasti sanitetska služba tzv. savremene armije u uslovima upotrebe najnovijih ratnih sredstava.

Rad saniteta pod uslovima tehničke nadmoćnosti neprijatelja, u uslovima najveće oskudice, rad u »okruženju«, transportovanje i lečenje ranjenika u krilu njihovih jedinica, rad u uslovima nepostojanja »pozadine«, veština sanitetskih radnika da pozadinu pronađu i stvore svuda, sposobnost njihova da za svaku situaciju odaberu najpogodnija organizacijsko-taktička rešenja, sve su to izvanredno interesantna i nadasve poučna iskustva.

Gledajući ga kroz prizmu »čiste« medicine, gledajući njegove medicinske i statističke rezultate, delo našeg ratnog partizanskog saniteta pričinice nam se više nego skromno. Pa kako je onda takav sanitet uspeo da zadobije poverenje i priznanje naših boraca? Zadobio ga je time što je bio prisutan svuda gde god su bili ranjenici, time što se nalazio uvek pored ranjenika do poslednjeg znaka njegovog života. Naš ranjenik je bez poteškoća razumevao koliko su ograničene medicinske mogućnosti partizanskog lekara, s obzirom na veliku oskudicu sredstava, pa zato nije od sanitetskog osoblja tražio ništa više do li elementarnu negu i bezgraničnu brigu i odanost. A

toga nije nedostajalo ni u najtežim prilikama. Naši borci bili su često svedoci nemoći partizanskog lekara u njegovoj borbi protiv smrti, pa ipak nisu te dramatične scene ni najmanje nagrizzale njihov moral, jer su se istovremeno mogli osvedočiti u tome da su lekari, naše valjane iako često nepismene bolničarke i čitavo sanitetsko osoblje činili sve što je u njihovoj moći za spas ranjenika. U tome je, dakle, ležala glavna snaga partizanskog saniteta kojom se on uhvatio u koštac sa svim ratnim nedaćama i kojom je on bitno doprineo moralnoj čvrstini Narodnooslobodilačke vojske.

Zbog svega toga nam izgleda opravdano ustvrditi da se i naše ratno sanitetsko iskustvo pojavljuje danas kao značajan faktor naše odbrambene moći. Ali, da bi ono zaista moglo odigrati takvu ulogu, neophodno je da bude shvaćeno i usvojeno od što šireg kruga naših zdravstvenih radnika.

Dosadašnje publikacije u toj oblasti svakako ne zadovoljavaju naše današnje potrebe. Većinom su to članci, rasuti po raznim časopisima, pa stoga teže pristupačni čitaocu. Da i ne govorimo o mnogobrojnim dokumentima i zapisima koji se nalaze još pohranjeni, a neobjavljeni, po arhivama i muzejima.

Kod takvog stanja stvari rad pukovnika dr Đorđa Dragića pojavljuje se u dobar čas i s dobrim izgledima da popuni jednu osetnu prazninu i zadovolji akutnu potrebu. Pisac je brižljivo sabrao sve što je do sada objavljeno o temi našeg ratnog sanitetskog iskustva, a pored toga učinio nam je dostupnim dosad neobjavljene zapise i fotografije. U prikupljanje ovih materijala pukovnik dr Dragić je uložio značajan trud. Ali lični doprinos pisca najviše se ogleda u njegovom nastojanju da veoma raznovrsnoj, specifičnoj i čudljivoj delatnosti našeg partizanskog saniteta dâ određeniji oblik, da je svrsta u neki celovit sistem i da je podvede pod naše ustaljene »savremene« pojmove i termine. Jasno je samo po sebi da je ovakav postupak u suštini svojoj vrlo delikatan i donekle suprotan samom duhu partizanskog ratovanja, duhu koji nerado podnosi okvire, kategorije i sisteme. Međutim, tre-

ba naglasiti i to da je ovakav postupak istovremeno i neophodan pri obradi knjige ove vrste. Njega i njegove eventualno štetne posledice opravdavaju, pre svega, pedagoški ciljevi knjige: omogućiti današnjem naraštaju naših zdravstvenih radnika što lakši pristup i snalaženje u dosta zamršenoj oblasti našeg ratnog sanitetskog iskustva. Ako čitaoci ove knjige ne budu posmatrali i shvatili svaku konkretnu pojavu i svaki poseban slučaj partizanskog sanitetskog iskustva uskopravilski i dogmatski nego u tesnoj povezanosti sa opštim i životvornim duhom partizanskog ratovanja, onda će ova knjiga odigrati zaista značajnu ulogu u vojnom obrazovanju i vaspitanju našeg zdravstvenog kadra. Uveren sam da će baš tako biti.

Najzad, neka mi je dozvoljeno da svima drugovima zdravstvenim radnicima učesnicima u narodnooslobodilačkom ratu ukažem na ovaj rad pukovnika dr Đorđa Dragića kao na lep primer za kojim bi trebalo poći. Smatram da je pukovnik dr Dragić sagradio solidan skelet koji bi trebalo i dalje neprekidno popunjavati dokumentovanim studijama sanitetske aktivnosti u pojedinim akcijama partizanskih jedinica, u pojedinim razdobljima i na pojedinim geografskim prostorima. To od nas traži naša prošlost, sadašnjost i budućnost.

general-potpukovnik
dr Gojko NIKOLIŠ

PREDGOVOR PISCA

Posle drugog svetskog rata poraslo je interesovanje u svetu za probleme ratovanja u partizanskim uslovima. Kod jednih, na primer, porobljenih, kolonijalnih zemalja, zbog mogućnosti da eventualno putem oružanog ustanka u formi partizanskog rata dođu do slobode, kod drugih zbog potrebe da i pojedini delovi vlastite operativne¹⁾ armije u određenim situacijama pristupe izvršavanju dobijenih zadataka na partizanski način. Odatle i potreba da se razmotre i problemi sanitetske službe u takvim uslovima. Jasno je da pri tome treba razlikovati uslove pravog partizanskog rata od borbenih dejstava u neprijateljskoj pozadini ali sa osloncem na svoju ili savezničku armiju koja vodi frontalan rat. U tom pogledu ovaj rad predstavlja pokušaj da se samo delimično obrade bogata iskustva iz narodnooslobodilačkog rata (NOR) kojima raspolaže naša sanitetska služba i da se na bazi uopštavanja tih iskustava daju izvesne sanitetsko-taktičke postavke iz ove oblasti. Istina, NOR se umnogome razlikuje od ostalih partizanskih ratova. Mada se počelo sa partizanskim dejstvima, slično kao i u ranijim partizanskim ratovima, u daljem toku razvila se specifična vojna organizacija, taktika i strategija, izvršena narodna revolucija i na taj način

¹⁾ Mada izraz „operativna armija“ za razlikovanje od „partizanskih jedinica“ ne odgovara u potpunosti ipak je pogodniji od ranije često upotrebljavanog termina „regularna armija“ koji nema svoga opravdanja otkako je novim Ženevskim konvencijama donetim 1949. godine priznat, pod određenim uslovima, status regularne armije i partizanskim jedinicama.

prvobitno partizanski rat prerastao u novi kvalitet — narodnooslobodilački revolucionarni rat. Tačno je, međutim, da se na izvesne elemente ratovanja karakteristične za partizanske uslove može naići u toku celog NOR-a, a posebno se to može reći za rad sanitetske službe. Međutim, procenjujući pojedine od iznesenih postavki ne treba uvek polaziti samo od iskustva iz NOR-a, već treba imati u vidu i činjenicu da smo mi u taj rat ušli gotovo bez ikakvih materijalno-tehničkih sredstava, bez oslonca na vlastitu ili savezničku operativnu armiju itd. Danas, međutim, sanitetska služba mnogih armija, a naročito manjih zemalja, koje pored ostalog računaju i sa ovim vidom ratovanja, može da se za isti bolje pripremi, koristeći savremene materijalno-tehničke mogućnosti kao i najnovija dostignuća medicinske nauke. Što se tiče korišćenja stečenih iskustava u eventualnom budućem ratu, treba ipak imati u vidu da će njegov karakter, najverovatnije, biti potpuno drugačiji. Zbog toga ne može biti ni govora o nekom šablonskom prenošenju tih iskustava, što uostalom važi za korišćenje tih iskustava uopšte — u drugim okolnostima, na drugoj teritoriji i slično,²⁾ mada će ona uvek biti korisna i neće se moći zanemariti čim je u pitanju ovakav način vođenja rata. Dragocena su i jedinstvena naša iskustva u pogledu zbrinjavanja ranjenika i bolesnika u partizanskim uslovima uopšte, a posebno u pogledu izgradnje i upotrebe konspirativnih bolnica, načina i mogućnosti sklanjanja ranjenika i bolesnika u podzemna skloništa, korišćenje različitih improvizacija i slično. Mada iskustvo pokazuje da se iste metode konspiracije ne mogu sa uspehom više puta koristiti, zbog čega i treba svaki put tražiti nove, naveli smo neke od njih da ukažemo na put kojim su išli naši partizanski lekari u težnji da obezbede svoje ranjenike. Stoga ova iskustva treba

²⁾ „Iskustvo koje ću vam izložiti u ovom kratkom konspektu predstavlja uistinu čisto iskustvo do koga smo došli u našoj ratnoj praksi. Ja ću se čuvati sterilne i smešne tendencije da vam dajem neka opšte važeća pravila i recepte“.

General-potpukovnik dr Gojko Nikoliš: Sanitetska iskustva u Oslobođilačkom ratu naroda Jugoslavije 1941—1945. godine Vojno-sanitetski pregled br. 1—2/1953. god.

čuvati i preneti na mlade generacije kojima mogu jednog dana i te kako da ustrebaju. Ukoliko ovaj rad bude mogao dati bar izvesnu orijentaciju u pogledu specifičnosti organizacije i rada sanitetske službe u partizanskim uslovima ratovanja našim lekarima, što je njegov osnovni zadatak, onda će taj cilj biti postignut. Međutim, on će imati izvesnog interesa i za ostale čitaoce, pa i za one koji su učestvovali u NOR-u bilo u redovima, ili van redova sanitetskog kadra, jer mnogi od njih, sticajem okolnosti, nisu bili u mogućnosti da se upoznaju поблиže sa nekim od ovih pitanja.

Pored literature navedene na kraju knjige koja je delimično korišćena, kao izvorni materijal poslužili su uglavnom: »Zbornik dokumenata sanitetske službe u NOR-u jugoslovenskih naroda«, izdanje Sanitetske uprave JNA 1952. godine, i »Razvoj sanitetske službe u našoj armiji«, od general-majora dr Gojka Nikoliša, Beograd 1947. god. Od neobjavljenih radova veoma mi je korisno poslužio rad potpukovnika dr S. Jaukovića: »Obezbeđenje ranjenika u bolnicama u partizanskim uslovima«, kao i rad pukovnika dr N. Bratanića: »Pokret ranjenika u partizanskim uslovima« zbog čega im se i ovom prilikom zahvaljujem. Od zabeleženih sećanja naših sanitetskih radnika iz NOR-a, a koja se sada nalaze u Istorijskom odseku Vojnomedicinske akademije JNA, naročito sam koristio: »Grada za historiju sanitetske službe za vrijeme NOB u Hrvatskoj i Slavoniji« od dr Grujice Žarkovića, sećanja dr Kopača Ivana-Pavčeka koja se odnose na konspirativne bolnice u Pohorju, dr Danice Perović na sanitetsku službu u centralnoj Bosni, zatim sećanja mr ph Branka Graheka sa podacima o radu konspirativnih apoteka u Sloveniji.

Takođe su korišćena i sećanja drugova — drugarica: Aralice Rade, Badel Marije, Beljakov dr Vladimira, Benigar dr Jože, Božović dr Saše, Bojc-Bidovec dr Franje, Brecelj dr Bogdana, Cvetković dr Žarka, Cvjetanović Branka, Demić Borke, Gale dr Aleksandera (dr Peter), Ginsberg dr Ervina, Goldšmit dr Zore, Južnjić dr Marjana, Klajnhapela dr Franca, Knežević dr Irine, Kramer dr Mirka, Kraus dr Herberta, Kronja dr Tomislava, Kveder dr

Marjana, Lah dr Paule, Levi dr Izidora, Levi dr Monija, Ljahnickij dr Borisa, Mavrović Ivan (Ivanova), Mešterović Đure, Milčinski dr Janeza, Morelj dr Marjana, Nik dr Alferda, Novak dr Frana, Oberšlik dr Karela, Papo dr Izidora, Perin dr Juraja, Pogrujc dr Stanka, Pohar dr Edvarda, Popadić dr Vukašina, Radović dr Mirka, Ronko dr Alojzija, Rozencvajg dr Eriha, Savić dr Dušana, Slokan dr Hermana (Zmago), Sokolović mr ph Esme, Štajner dr Alferda, Štajner dr Stjepana, Žunjić mr ph Jele, Župančič dr Andreja.

Zbog niza interesantnih detalja istorijat Slovenačke centralne vojno partizanske bolnice na Kočevskom rogu dat je nešto opširnije prema nepotpisanoj hronici, koja verovatno potiče od dr Lunačeka.

Fotografije pripadaju Istorijskom odseku Vojnomedicinske akademije JNA.

Posebnu zahvalnost dugujem drugovima generalpotpukovnicima dr Gojku Nikolišu i Rudi Petovaru te pukovnicima Žiki Vučiću i dr Marinu Britviću koji su pregledali ovaj rad i dali svoje primedbe, te svima onima koji su mi davanjem podataka ili savetom pomogli da isti bude što bolji i potpuniji.

OPŠTE KARAKTERISTIKE BORBENIH DEJSTAVA U PARTIZANSKIM USLOVIMA RATOVANJA I NJIHOV UTICAJ NA ORGANIZACIJU SANITETSKOG OBEZBEĐENJA

„U partizanskom vođenju rata osnovno je ne držati se nikakvih šablona, pa ni partizanskih“.

TITO

I pored veoma različitih shvatanja o karakteru savremenog rata i presudnom uticaju sad ovog sad onog faktora na njegov tok i ishod (*odnos čovek — tehnika*), borbena dejstva u partizanskim uslovima, koja uzeta u celini i pod određenim uslovima (oslobodilačka borba naroda protiv osvajača) mogu prerasti u poseban vid ratovanja — partizansko ratovanje — ne samo da su zadržala svoj značaj do dana današnjeg već bi se moglo s pravom reći da se njihov značaj pojačao. Drugi svetski rat, da ne idemo u dalju prošlost, pokazao je to dovoljno jasno u nizu primera (Kina, SSSR, Jugoslavija). U ovom pogledu naš narodnooslobodilački rat, organizovan i rukovođen Komunističkom partijom Jugoslavije, ima posebno mesto. Posle stvaranja mnogobrojnih partizanskih odreda širom cele zemlje, kao početne forme organizacije oružane sile, došlo je ubrzo, krajem 1941. godine, do formiranja proleterskih brigada kao jezgra nove oslobodilačke i revolucionarne armije, a docnije, u jesen 1942. godine, kao dalji krupan

korak u njenom razvoju i do formiranja Narodnooslobodilačke vojske. Partizanski odredi, kao lako pokretne, naoružane jedinice, koje su bile manje-više vezane za određenu teritoriju, u početku su potpuno odgovarali zadacima koji su u tom periodu bili pred njih postavljeni. Oni su bili najpodesnija forma pokretanja masovnog ustanka — mobilizacije naroda i sveg njegovog potencijala u borbu — a to je bio uslov da se pristupi izgradnji i odgovarajuće vojne (Narodnooslobodilačka vojska) i političke (državne) organizacije, neophodne za vođenje rata do konačne pobeđe. Međutim, kada su se oni docnije, u vezi sa narastanjem opštenarodnog oružanog ustanka, pokazali nedovoljni za izvršavanje složenijih zadataka, trebalo je preći na nove organizacione forme — stvaranje brigada, a docnije divizija i korpusa, koje su, pridržavajući se u osnovi partizanske taktike, unele nove, originalne metode ratovanja. Tako je u daljem razvoju, uporedo sa podizanjem opštenarodnog oružanog ustanka, došlo i do stvaranja revolucionarne armije sa vlastitim taktičkim i strategijskim koncepcijama. Na taj način je prvobitno partizanski rat sličan u mnogo čemu ranijim partizanskim ratovima, dobio svoje osobeno obeležje, zbog čega ustvari i predstavlja novu kategoriju u teoriji ratne veštine.

Pod borbenim dejstvima u partizanskim uslovima najčešće se misli na borbena dejstva partizanskih jedinica koje dejstvuju bilo samostalno ili u sadejstvu sa operativnom armijom — vlastitom ili savezničkom. Međutim, na sličan način mogu da se bore i manje ili veće jedinice operativne armije ako su za to posebno obučene i osposobljene. Verovatno je šta više da će, s obzirom na karakter eventualnog budućeg rata, to biti često slučaj.

Partizanska dejstva imaju naročiti značaj za narodnooslobodilačke pokrete porobljenih i kolonijalnih naroda dok se ne izgradi oslobodilačka armija i osnove državne organizacije. U ovoj fazi partizanske snage, uništavajući neprijatelja u svakoj pogodnoj prilici (posebno njegove najosetljivije tačke: komande, sredstva veze, transportna sredstva, značajne objekte, skladišta i komunikacije) predstavljaju ne samo vojni nego istovremeno i politički fak-

tor prvorazrednog značaja jer se njihovim delovanjem podiže u narodnim masama duh otpora, dok se, s druge strane, demoralizuje neprijatelj i njegovi saradnici. Docnije, kada dođe do stvaranja vlastite armije, u sadejstvu sa ovom ili savezničkom armijom, one mogu predstavljati, pored navedenog, i dragocenog pomagača u prikupljanju najrazličitijih podataka o neprijatelju (njegovom rasporedu, jačini, sastavu), a i olakšavati borbena dejstva jedinica na frontu izvršavanjem različitih borbenih zadataka u pozadini neprijatelja posebno ometanjem dotura i evakuacije, obezbeđenjem pogodnih mesta za prihvatanje vazdušnodesantnih jedinica itd.

Do posebnog izražaja dolaze partizanska dejstva u slučaju borbe protiv tehnički nadmoćnog neprijatelja. Još Frunze je pisao:

„U pripremanju vođenja partizanskog rata na teritorijama mogućih bojišta, mi vidimo drugo sredstvo borbe protiv tehničke nadmoćnosti neprijateljskih armija. Ako država posveti ovome dovoljno ozbiljnu pažnju, ako pripremanje ovog „malog rata“ bude izvršeno sistematski i po planu, onda se i ovim putem može stvoriti za neprijateljsku vojsku takva situacija u kojoj će ona i pored svih svojih tehničkih preimućstava, biti sasvim nemoćna pred relativno slabo naoružanim, ali punim inicijative, smelim i odlučnim protivnikom³⁾).

Ogromne potrebe savremenih armija za redovnim doturom materijalnih sredstava, za koje svrhe se često mora koristiti veći broj komunikacija i često dugi putevi dotura, učinili su da su one postale i veoma osjetljive prema dejstvima partizanskih jedinica. Ove su, naprotiv, u povoljnijoj situaciji da biraju za svoj cilj napada na tako izloženim komunikacijama upravo ona mesta koja su za taj napad najpovoljnija. Da je duge puteve dotura praktično nemoguće zaštititi ili, bolje rečeno, da oni za svoje osiguranje gutaju tolike snage da je to u očitoj nesrazmeri sa stvarnim mogućnostima armija, s obzirom na njihove ograničene mogućnosti u pogledu ljudskog potencijala (dok su te mogućnosti u pogledu popune materijalnim sredstvima danas praktično neograničene) pokazuje, po-

³⁾ M. V. Frunze: Izabrana dela, Beograd 1946. godine.

red ostalog, i primer nemačke armije po beskrajnim stepama Ukrajine, primer Jugoslavije, teškoće Japanaca u Kini itd.

U pogledu posledica koje napredak tehnike može imati na mogućnost partizanskog ratovanja naša iskustva iz NOR-a pokazuju da su netačne tvrdnje onih koji predviđaju da će razvoj tehnike potkresati granu na kojoj se razvija partizanski rat. Individualno naoružanje boraca partizanskih jedinica, svakim danom se sve više i više poboljšava. Radio-veza je olakšala koordinaciju dejstava pojedinih jedinica, obaveštavanje o pokretima neprijateljskih jedinica i slično, dok korišćenje vazdušnog transporta omogućava gotovo neprekidan dotur i evakuaciju iz partizanskih jedinica. Razumljivo je, dakle, što danas prevladuje mišljenje da savremene armije postaju sve osetljivije prema dejstvima partizanskih jedinica. To ide dotle da danas ima vojnih stručnjaka koji smatraju, kada je u pitanju snabdevanje ratujuće armije materijalnim sredstvima preko teritorije na kojoj dejstvuju partizanske jedinice, jedino prihvatljivim rešenjem masovnu upotrebu vazdušnog transporta kao vida transporta kod koga ova dejstva ne dolaze do izražaja⁴⁾.

Partizanska dejstva odlikuju se odlučnim, smelim i iznenadnim udarcima po najosetljivijim mestima neprijatelja.

Koristeći podatke dobijene izviđanjem uz pomoć širokih narodnih masa, znajući raspored i jačinu neprijatelja, donoseći pravilne zaključke o njegovim namerama, partizanske jedinice su u stanju da uz manje vlastite gubitke nanesu osetne gubitke neprijatelju.

Jedna od osnovnih karakteristika partizanskog ratovanja je velika pokretljivost i manevarska sposobnost partizanskih jedinica. Prednost koja se postiže iznenađenjem i koja dozvoljava da se manjim snagama i uz minimalne gubitke tuku znatno nadmoćnije neprijateljske snage koristi se veoma često u partizanskim dejstvima.

⁴⁾ „Strah od gerile, to je bolest od koje pate moderne vojske“ — Ružeron: *Budući rat*, str. 244.

Da bi se mogla postići brza koncentracija snaga i pored nedostatka transportnih sredstava jedinice treba da su manje i lako pokretljive. Iz tih razloga, kad je priliv novih boraca veći, formiraju se nove jedinice kako veličina pojedinih jedinica ne bi umanjivala njihovu sposobnost za brze manevre.

Dugi, forsirani, naročito noćni marševi, pa i marševi koji prevazilaze sve pravilske norme nisu nikakva retkost za ove jedinice (poznati Igmanski marš 1. proleterske brigade januara 1942. godine, u svojoj poslednjoj etapi — kroz Sarajevsko polje i preko planine Igman, trajao je 20 časova, uz temperaturu od oko -32°C) zbog čega su one u stanju da se iznenada pojavljuju na mestima gde ih neprijatelj uopšte ne očekuje, da bi po izvršenju zadatka opet na sličan način bile prebačene na drugu stranu, a sve u cilju da se postigne taktička premoć nad inače strategijski nadmoćnim neprijateljem. Načelo »Naša je strategija 1 : 10, dok je naša taktika 10 : 1«⁵⁾ je veoma sažeta karakteristika partizanskog načina ratovanja.

Neprekidna aktivnost na raznim mestima, makar i sa manjim snagama, i na taj način razvlačenje neprijateljskih snaga, izbegavanje dugih, frontalnih borbi koje, s obzirom na odnos snaga više konveniraju neprijatelju, stalno nametanje svoje volje neprijatelju itd. karakterišu partizanska dejstva kao poseban tip manevarskog rata.

Iznenadjenje, držanje inicijative i stalna aktivnost predstavljaju važan elemenat partizanske taktike. U tom cilju, a da bi se što uspešnije paralisala neprijateljska

5) Mao Ce Tung: Govori i članci, Beograd 1949. godine.

Jacobs smatra da se Mao Ce Tungova razmatranja o partizanskom ratovanju, razrađena u delu Strategijski problemi u antijapanskom partizanskom ratu — sveska druga Odabраних radova, mogu svesti na četiri osnovna načela:

- 1) Neprijatelj nastupa, mi se povlačimo.
- 2) Neprijatelj zastane, mi uznemiravamo.
- 3) Neprijatelj se iscrpljuje, mi napadamo.
- 4) Neprijatelj se povlači, mi ga gonimo.

(Jacobs Walter Darnell: Mao Ce Tung as a Guerilla a Second Look — Military Review february 1958. Number II)

nadmoć u ljudstvu i tehnicu, česta su noćna dejstva, naročito dejstva u nepovoljnim atmosferskim prilikama koja načelno obezbeđuju uspeh i kod sasvim nepovoljnog odnosa snaga uz relativno male gubitke partizanskih jedinica.

Glavni i osnovni vid borbenih dejstava je napad, dok odbrana ima drugostepeni značaj i privremeni karakter.

„Partizani ne smeju da budu napadani i da se samo brane, već oni moraju sami napadati. Primenjivanje samo odbrambene taktike znači za partizane sigurnu smrt.“⁶⁾

Mada je napad najčešći vid borbenih dejstava partizanskih jedinica pri čemu su ove, zahvaljujući velikoj pokretljivosti, u stanju da izbegnu protivudare jačih neprijateljskih snaga, one prihvataju borbu i u okruženju, probijajući se odlučno u pogodnom trenutku, kako bi ponovo zadale udarac iznenađenom neprijatelju na mestu gde ih on ne očekuje. Kako se partizanske jedinice nalaze ustvari u stalnom okruženju to je i proboj iz okruženja, ukoliko ne uspe izvlačenje kroz nezaposednuta mesta u obruču, mnogo češća pojava nego kod armije koja vodi pretežno frontalni rat.

Odbrana najčešće dolazi u obzir za dobijanje u vremenu — da bi se omogućila evakuacija bolnica, skladišta, stanovništva, da bi se osiguralo neko ofanzivno dejstvo, zadržale izvesne tačke značajne za prelazak u protivnapad ili da bi se obezbedilo plansko izvlačenje pred nadmoćnijim neprijateljem.

Prema tome, držanje teritorije po svaku cenu ne postavlja se kao primarni zadatak, jer bi to značilo ispustiti inicijativu iz svojih ruku. Međutim, ponekad će se slobodne teritorije uporno braniti, naročito ako su na njima smeštene bolnice pune ranjenika i bolesnika, koje je često vrlo teško evakuisati. Gubitak teritorije na jednoj strani uvek je praćen prodorom u neprijateljsku pozadinu i prema tome dobitkom nove slobodne teritorije u težnji

⁶⁾ Josip Broz — Tito: Stvaranje i razvoj Jugoslovenske armije, str. 60.

za sve većom i vojnom i političkom kontrolom teritorije, jer se jedino u tom slučaju može očekivati uspeh.

Jasno da ove karakteristike imaju odraza na rad »pozadine« uopšte a posebno sanitetske službe.

Ako uzmemo teritoriju kao jedan od osnovnih elemenata pozadine onda partizanske jedinice najčešće nemaju svoje pozadine, bolje rečeno nemaju organizovane pozadine u onom smislu u kojem ona postoji kod frontalnog ratovanja. Pa i u slučaju da se radi o slobodnoj teritoriji treba podvući da nema slobodne teritorije kroz koju neprijatelj ne bi mogao prodreti ako koncentriše velike snage. Stoga je bolje govoriti samo o privremeno oslobođenim teritorijama.

Na slobodnoj teritoriji ili na kontrolisanom području formiraju se vojnoteritorijalni organi koji preuzimaju na sebe ulogu pozadinskih organa: prikupljanje novih boraca, snabdevanje svim materijalnim sredstvima, zbrinjavanje ranjenika i bolesnika. Za izvršavanje svih navedenih zadataka oni formiraju svoje zasebne jedinice u prvom redu od ljudstva nesposobnog za službu u operativnim jedinicama.

Korišćenje mesnih sredstava dobija poseban značaj, jer pored onoga što se otme od neprijatelja ono ostaje kao osnovni izvor za snabdevanje jedinica svim materijalnim sredstvima (hranom, odećom, obućom, lekovima i sanitetskim materijalom).

U odnosu na norme koje su prihvaćene u operativnoj armiji sanitetske etape za vreme borbe razvijaju se znatno bliže borbenom poretku svojih jedinica itd.

Pod »pozadinom« u NOR-u podrazumevala se teritorija (uglavnom oslobođena, mada je u mnogo čemu korišćena i neoslobođena) sa svim materijalnim dobrima na njoj, organizovanom narodnom vlašću, partijskom organizacijom, vojno-teritorijalnim organima i stanovništvom. Organizacija vojnih jedinica u toku NOR-a i njihovo snabdevanje materijalnim sredstvima bilo je usko povezano sa organizacijom narodne vlasti i odgovarajućom organizacijom teritorije. Međutim, iako je uporedo sa narastanjem jedinica NOV i POJ rasla i uloga slobodnih

teritorija, odbrana teritorije ipak nije bila primarna u našoj strategiji. Sa svoje strane neprijatelj, znajući za njen značaj, usmeravao je vrlo često svoja borbena dejstva na njeno uništavanje.

Za rad sanitetske službe od posebnog interesa bilo je realno političko stanje — privrženost stanovništva na određenoj teritoriji, jer su za bezbednost ranjenika i bolesnika često mnogo veću opasnost predstavljali domaći izdajnici nego neprijateljske jedinice.

U ovakvoj situaciji problem ranjenika i bolesnika postavlja se kao jedan od najkomplikovanijih.

„Zbrinjavanje ranjenika u partizanskom ratu jeste jedno od najtežih pitanja čitave službe tzv. „pozadine“ pri čemu prisustvo ranjenika za razliku od regularne armije, može da ima vrlo često presudan uticaj na plan i razvoj vojnih operacija“ (Nikoliš).

Ustvari upravo ranjenici su u toku NOR-a bili uzrok najkrvavijih, rešavajućih bitaka, kao što su bile one na Neretvi i Sutjesci u toku IV i V neprijateljske ofanzive, čije je prihvatanje od strane Narodnooslobodilačke vojske bilo inače u svim linijama suprotno njenoj doktrini i strategiji.

Ranjenici i bolesnici smanjuju manevarsku sposobnost jedinica, a ona je jedan od bitnih uslova partizanskog ratovanja.

Govoreći o petoj neprijateljskoj ofanzivi drug Tito na jednom mestu navodi:

„Osim toga, naše su operacije bile vezane, kao naprimer kod Foče, za naše ranjenike, kojih je bilo još uvek veliki broj i zbog tog se ranije nije moglo izbeći opkoljavanje, iako je Vrhovni štab znao šta neprijatelj smera“.⁷⁾

Pored navedenog treba imati u vidu da je čovek i danas u ratu, i pored ogromnog napretka ratne tehnike, najvažniji činilac. U partizanskim uslovima njegova vrednost je mnogostruko veća već i zbog razloga što se po-

⁷⁾ Josip Broz — Tito: Stvaranje i razvoj Jugoslovenske armije, str. 236 (V neprijateljska ofanziva).

punjavanje partizanskih jedinica vrši na dobrovoljnoj bazi. Razumljiva je stoga pažnja koja se u partizanskim uslovima poklanja sanitetskoj službi. Uređena sanitetska služba i prisustvo sanitetskih radnika u jedinicama, kao i briga o ranjenicima i bolesnicima, predstavljaju značajan moralno-politički faktor, sa kojima treba računati. Briga o ranjenicima se povoljno odražava i na priliv boraca iz redova civilnog stanovništva. Ljubav i požrtvovanje sa kojima su naši sanitetski radnici negovali ranjenike i bolesnike u NOR-u, ne napuštajući ih ni po cenu svoga života, ostaće nezaboravni. Na brigu za ljude i njihovo obezbeđenje u svakom pogledu, pa i medicinskom, nailazimo kroz ceo NOR, od samog njegovog početka. Već u prvom biltenu izdatom 10. VIII 1941. god., tačka 14 glasi:

„Stabovi i komandiri moraju se pobrinuti za potreban sanitetski materijal i osoblje radi ranjenika i obolelih“.

Razumljivo je onda što su naši ranjenici i bolesnici i u najtežim situacijama gledali sa poverenjem u svoju budućnost, znajući da neće biti prepušteni sami sebi, da će biti u slučaju opasnosti branjeni do poslednjeg čoveka i do poslednjeg metka.

Iz onoga što smo do sada naveli vidi se, s jedne strane, potreba da se zbrinu u sanitetskom pogledu ranjenici i bolesnici, a s druge, istovremeno ogromne poteškoće na koje se pri tome nailazi u takvim uslovima. Evo samo nekih.

Sanitetskoj službi operativne armije za ovu svrhu stoji na raspolaganju relativno dovoljan broj oprobanih kadrova i odgovarajuća materijalno-tehnička sredstva (sanitetski transport, uređene bolnice itd.). Svega toga najčešće ili uopšte nema ili dolazi u obzir u mnogo manjoj meri u partizanskim uslovima.

Protivrečnost između medicinskih zahteva za mirovanjem i operativno-taktičkih koji nalažu česte pokrete, dolazi ovde do naročitog izražaja. Potreba da se zaštiti život ranjenika i bolesnika od neprijatelja, koji nema nikakvih obzira i organizuje posebne akcije u cilju nji-

hovog uništenja, nalaže često evakuaciju velikog broja ranjenika i bolesnika, pa i zaraznih, na velika odstojanja, po neprohodnom ili slabo komunikativnom zemljištu bez dovoljnog broja ne samo odgovarajućih nego uopšte makakvih transportnih sredstava.

Dok operativna armija, u cilju ekonomisanja kako kadrom, tako i opremom, sanitetskim materijalom i lekovima koncentriše ranjenike i bolesnike u bolnicama u svojoj pozadini, dotle u partizanskim uslovima oni moraju da se dele na male grupe (u cilju lakšeg sklanjanja i premeštanja) što sve znatno otežava njihovo zbrinjavanje. s obzirom na oskudicu u kadru i sanitetskom materijalu.

Noć i rđavi meteorološki uslovi iako olakšavaju uspeh i pri nepovoljnom odnosu snaga, u velikoj meri otežavaju rad sanitetske službe, a naročito pronalaženje i evakuaciju ranjenika i bolesnika i ukazivanje prve pomoći.

Uzevši u obzir sve izloženo vidimo da kod organizacije sanitetskog obezbeđenja partizanskih dejstava nailazimo na niz suprotnosti koje zahtevaju veliko iskustvo, snalažljivost i elastičnost da bi se mogle pravilno rešiti — što još nikako ne znači da se one uopšte ne mogu rešiti. Da se može uspešno raditi i pod tako teškim uslovima pokazuje upravo naš NOR.

Potrebno je, međutim, pomenuti i izvesne olakšavajuće okolnosti za rad sanitetske službe.

Na prvom mestu tu dolazi u obzir odnos komande (vojnopolitičkog rukovodstva) prema sanitetskoj službi i držanje narodnih masa.

Uska saradnja komande i sanitetske službe oduvek je bila od neobičnog značaja za uspešno izvršavanje zadataka koji se ovoj poslednjoj postavljaju. U partizanskim uslovima značaj te saradnje je daleko veći. Dobro rešeno pitanje zbrinjavanja ranjenika istovremeno je jedan od bitnih preduslova za uspešno izvršavanje borbenih zadataka a i za moralno-političko stanje jedinica.

Mnogobrojni i vrlo složeni problemi iz oblasti zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, borbe protiv zaraza itd.

u toku narodnooslobodilačkog rata rešavani su sa uspehom upravo zato što je postojala najtešnja povezanost komande i sanitetske službe.

Sa kakvim je razumevanjem naše vojnopolitičko rukovodstvo pratilo rad sanitetske službe, koliko je nastojalo da se odnosi između komande i sanitetske službe pravilno postave i usklade te na taj način sanitetskoj službi omogući što bolje izvršavanje njenih zadataka pokazuje i Statut sanitetske službe NOV i POJ koji je krajem 1942. godine bio potvrđen od Vrhovnog komandanta.

U članu 2. Statuta navodi se da je sanitetski rukovodilac organski deo štaba jedinice čijom sanitetskom službom rukovodi. On predlaže svome komandantu potrebne mere, odgovarajući za njihovu stručnost, dok njihovo izvršavanje naređuje komandant koji, zajedno sa političkim komesarom, svojim potpisom obezbeđuje potreban autoritet i političku celishodnost. Izričito se navodi da su vojni i politički rukovodioci, kao i organi narodne vlasti, odgovorni za sve rđave posledice koje bi imale odraza na zdravstveno stanje ljudstva, ako ne bi na vreme preduzeli potrebne mere predložene od strane sanitetske službe. Tako isto odgovoran je sanitetski rukovodilac ako ne bi na vreme dao svome komandantu odgovarajući predlog.

Posebno je podvučena, u članu 3, tesna saradnja između komande i sanitetske službe uoči i za vreme borbe. U tom pogledu određuje se da je svaki komandant dužan da svojom zapovešću i obaveštenjem blagovremeno i u dovoljnoj meri upozna rukovodioca saniteta svoje komande o razmeštaju jedinica i namerama za predstojeće operacije, mada je i sam sanitetski rukovodilac dužan da traži potrebna obaveštenja. Predviđa se da naređenja koja se odnose na lokaciju sanitetskih ustanova i njihovo premeštanje treba da budu načelno donesena sporazumno između komandanta i sanitetskog rukovodioca, a samo izuzetno mogu biti izdata i nezavisno od strane jednog od njih, ali su oba dužna da se na najbrži način uzajamno obaveste o tome.

Po Statutu sanitetskoj službi pripada prevenstvo pri izboru zemljišta i objekata u operativnoj zoni i pozadini za smeštaj sanitetskih ustanova, a za evakuaciju ranjenika daju se najsavršenija transportna sredstva koja se u datom momentu zateknu.

Razumljivo je da je sve ovo znatno doprinelo uspešnijem izvršavanju zadataka od strane sanitetske službe, dok su ranjenici i bolesnici, s obzirom na staranje koje su osećali na svakom koraku — sve najbolje je davano za ranjenike, — mogli bez straha da predaju svoju sudbinu u ruke tih ljudi, što je bilo od ne malog značaja za očuvanje visokog borbenog morala. Sanitetska služba, prema kojoj je komanda imala takav odnos, mogla je zaista da sa svoje strane predstavlja dragocenog pomagača komande, obavljajući svoje zadatke i pod najtežim okolnostima, sve u nastojanju da se očuva čovek — borac, čija je vrednost kao odlučujućeg faktora još više dolazila do izražaja u ratu kakav je bio NOR. Sklanjajući ranjenike i bolesnike u konspirativne i druge bolnice ona je čuvala manevarsku sposobnost jedinica, koja je bila za njih od neocenjivog značaja. Odatle i autoritet koji je sanitetska služba uživala.

Sanitetska služba može i mora računati na pomoć narodnih masa koje su takođe u toku NOR-a pokazale šta su u stanju da urade za ranjenog i bolesnog borca. Istina pri tome treba imati u vidu da je NOR imao karakter opštenarodnog revolucionarnog ustanka. On se potpuno razlikovao od klasičnog načina vođenja rata a umnogome i od ostalih partizanskih ratova. Upravo tom opštenarodnom karakteru NOR-a ima se i zahvaliti za činjenicu da je sam narod smatrao ranjenike svojim, da ih je zbrinjavao, čuvao i sklanjao, prenosio na stotine kilometara, gradio bolnice, dajući i poslednje što je imao za njih, što je sve predstavljalo ogromno olakšanje za samu sanitetsku službu u toku NOR-a⁸⁾.

⁸⁾ Evo samo malog detalja iz sećanja jedne partizanke (dr Irine Kovanjko Knežević) koje se odnosi na držanje stanovnika u selu Tepcima prilikom evakuacije bolnice 2. udarnog korpusa decembra 1943. god.

Sa svoje strane sanitetska služba je, u povoljnom položaju da produbi ovaj kontakt lečeći civilno stanovništvo, pomažući mu savetima, davanjem lekova i sanitetskog materijala te na drugi pogodan način, dok ga okupator najčešće prepušta samom sebi ne vodeći nikakvog računa o njegovim potrebama, izuzimajući naravno pojavu kakve epidemije koja bi mogla predstavljati opasnost i za njegove jedinice.

I samo držanje ranjenika i bolesnika je od velikog značaja u tom pogledu. Poznato je, na primer, da se u toku NOR-a naši borci nisu bojali toliko smrti koliko teškog ranjavanja, jer su znali šta ono znači ne samo za pojedinca nego i za celu jedinicu, zbog poteškoća u vezi sa zbrinjavanjem ranjenika. Odatle značaj koji je pridavan sanitetskoj službi, odatle poverenje sa kojim su oni susretali svoje sanitetske radnike, za koje je to poverenje, s druge strane, predstavljalo novu obavezu, podsticaj za još uporniji rad i zalaganje na kakvo se nije moglo više nigde naići.

Svesni teškog položaja u kome su se nalazili, ranjenici i bolesnici su imali najskromnije zahteve u pogledu smeštaja, ishrane, lečenja, itd. — što nikako ne znači da nije uvek urađeno sve najbolje što se moglo u datoj situaciji za njih. Izgleda da je jaka želja za ozdravljenjem uspešno delovala kao protivteža manjim ili većim nedostacima prilikom ukazivanja medicinske pomoći, evakuacije i slično.

Iskustvo pokazuje da je bilo moguće uspešno izvođenje i krupnih hirurških poduhvata i pod najtežim okolnostima, naročito ako se radilo o životnim indikacijama. Ranjenici su po izvršenoj intervenciji pokazivali izvanrednu sposobnost za pokret koja znatno prevazilazi onu

„Punih pet dana su ti ljudi na smenu, do kolena u vodi. prevozili naše ranjenike i osoblje i Italijane nosioce. Tara se pušila od mraza, na obali se hvatala ledena kora, a ti su ljudi vozili i vozili ukočeni od zime, sa mišlju da neće stići da spasu svoje u slučaju iznenadnog prodora Nemaca“.

A koliko je takvih i sličnih primera bilo u toku NOR-a.

kod ranjenika u operativnoj armiji, dok su same rane često vanredno brzo zarastale. Mnogi očevici navode da je bila začuđavajuća i neverovatna otpornost ranjenika i bolesnika. Nije bio mali broj izlečenih i tako teških povreda čije bi lečenje teško išlo i pod najpovoljnijim uslovima. Nesumnjivo da je tu bio od uticaja i psihološki momenat, svest partizana (pevanje za vreme operacije, koja se ponekad zbog nedostatka odgovarajućih sredstava za anesteziju vršila i bez ovih). Ranjenici se često uopšte nisu žalili na bolove, tako da je, na primer, upotreba morfijuma, i kad ga je bilo, bila znatno manja. Ovo nisu samo zapažanja naših lekara, već i savezničkih koji su lečili naše ranjenike u Italiji. Tako, na primer, Hirst⁹⁾ navodi:

„Činjenica je da su svi lekari koji su lečili Jugoslovene primetili kako brzo se oporavljaju teško ranjeni partizani. Posle operacije ili lečenja rekonvalescentno doba bilo je mnogo kraće nego što se to očekivalo. Pod uslovima u kojima bi britanskom oficiru ili vojniku trebalo da bude 6 meseci u bolnici, rekonvalescentnoj stanici ili na lakoj dužnosti, partizanu je trebalo pola toga vremena“ ili: „Mnogi su posmatrači stekli utsak da vojnik NOVJ manje oseća bolove nego britanski“.

Razvijanje sanitetskih etapa u neposrednoj blizini borbenog poretka jedinica koje se bore i na taj način maksimalno približavanje medicinske pomoći ranjeniku predstavlja takođe značajan elemenat za postizanje što boljih rezultata u radu medicinske službe¹⁰⁾ itd.

⁹⁾ Colonel J. W. Hirst O.B.E.T. D. Journal of the Royal Army Medical Corps. March 1945. No 3.

¹⁰⁾ „U svim neodložnim slučajevima mi smo imali mogućnosti da operišemo u prvim časovima posle ranjavanja blagoda-reći osobenoj taktici našeg odreda, koji je mogao u borbi po svaku cenu da se održi do uveče. Taj zakon partizana — danju za vreme boja ne povlačiti se sa pogodnih položaja, držati se po svaku cenu, izmoriti neprijatelja, a noću otići tako da protivnik ne vidi gde su nestali partizani — davao je mogućnost medicinskom osoblju da mirno operiše ranjenike 30—40 minuta nakon ranjavanja, 500 m od linije fronta. Ta brzina intervencije bila je osnov naše hirurške pomoći“. M. M. Тарасов: Медицина у партизан у Великую Отечественную Войну, Советское здравоохранение, № 8/47 г.).

Treba međutim i ovde, pre prelaska na dalje izlaganje, naglasiti da u organizaciji sanitetske službe u partizanskim uslovima nema šablona; postoji ustvari ogromno bogatstvo organizacionih formi jer se ove prilagođavaju datim uslovima na određenoj prostori (razvoj jedinica, operativno-taktička i politička situacija, konfiguracija zemljišta itd.). Stoga su i u toku NOR-a izvesni problemi bili rešavani na različite načine u pojedinim krajevima naše zemlje.

SANITETSKO OBEZBEĐENJE PARTIZANSKIH JEDINICA

I

ZBRINJAVANJE RANJENIKA I BOLESNIKA

„Svi uslovi za brzo napredovanje naših jedinica i izbegavanje frontalnih borbi sa neprijateljem bili su stvoreni, ali je jedna druga stvar, i to presudna, ukočila sposobnost manevriranja naših jedinica — ranjenici“.

TITO

KARAKTERISTIKE ZBRINJAVANJA RANJENIKA I BOLESNIKA U PARTIZANSKIM USLOVIMA

Jedno od najbitnijih pitanja sanitetskog obezbeđenja uopšte je pitanje zbrinjavanja ranjenika i bolesnika. Od istog značaja je ono i za proučavanje sanitetskog obezbeđenja partizanskih dejstava, zbog čega ćemo se prvenstveno na njemu zadržati. Naglašavamo ranjenika, zbog toga što različita oboljenja, izuzev zaraznih, praktično nemaju naročitog značaja u partizanskom ratu. Broj takvih bolesnika znatno je ispod uobičajenih normi, na koje nailazimo u drugim armijama. Tako se, na primer, u pismu šefa sanitetskog odseka Vrhovnog štaba od 19. XI 1943. godine, upućenom majoru dr Mackenzie-u, navodi da u tom času ima ukupno 7.500 ranjenika i bolesnika, od toga oko 70—90% ranjenika.

Ovo se unekoliko može objasniti na sledeći način:

Po Nikolišu¹¹⁾ u NOR-u, u odnosu na unutrašnja oboljenja, možemo razlikovati jednu vremenski dužu fazu — fazu partizanskog rata sa svim njegovim karakteristikama, u trajanju od 1941. godine pa do oktobra 1944. godine, i drugu — fazu frontalnog rata od oktobra 1944. pa do kraja maja 1945. godine. U fazi partizanskog ratovanja najveći problem za jedinice koje su se kretale sa glavnom naših snaga u centralnom planinskom predelu zemlje predstavljale su, s obzirom na često ozbiljno pothranjivanje, bolesti ishrane. One su se manifestovale čas kao klasičan otok — posledica hroničnog pothranjivanja (Hungeroedem), čas kao uporan proliv praćen teškom iscrpenošću — kaheksijom. Međutim, i pored vanredno teških uslova života, tuberkuloze, ulkusne bolesti, zapaljenja pluća itd. bilo je veoma malo. Od zaraznih oboljenja najznačajniju ulogu igrao je pegavac, koga je bilo u manjoj ili većoj meri u pojedinim krajevima naše zemlje u toku celog rata, ali je najveći problem predstavljala epidemija koja se javila 1942/43. godine. Karakteristike faze frontalnog rata bile su pozicijski rat sa zbijenošću jedinica i one su bile praćene oboljenjima organa za disanje, zapaljenjem bubrega u epidemičnoj formi i zaraznom žuticom.

Ovde treba pomenuti i smrzotine koje su se češće javljale u toku NOR-a, zbog poteškoća u snabdevanju odećom i obućom u dovoljnim količinama, kao i zbog vanredno teških ostalih okolnosti prilikom izvršavanja borbenih zadataka¹²⁾.

¹¹⁾ Nikoliš dr Gojko, general-potpukovnik: Sanitetska iskustva u Oslobođilačkom ratu Jugoslavije 1941—45, Vojnosan. pregled br. 1—2/1953. god.

¹²⁾ U već pomenutom Igmanskom maršu, na primer, došlo je iz navedenih razloga do smrzavanja 172 borca — od toga je bilo smrzotina prvog stepena 22, drugog stepena 62 i trećeg stepena 88. Razlozi smrzavanja bili su uglavnom niska temperatura (—32°C), dug marš (20 časova), kvašenje obuće, dugi zastoji itd. Za lečenje ovih bolesnika morala je biti docije, početkom februara 1942. godine, formirana u Rudinama posebna bolnica, u kojoj su lečeni teži, nepokretni bolesnici.

Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika ratujuće armije u svom razvoju prošlo je kroz različite forme (sistem lečenja na mestu, evakuacioni sistem) dok nije došlo do savremenog i trenutno najpovoljnijeg sistema — etapnog lečenja sa evakuacijom po medicinskim indikacijama. Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika kod partizanskih dejstava ne odgovara u potpunosti nijednom od pomenutih sistema — ono ima svoj specifičan karakter i to iz više razloga. Dok su u armiji koja vodi pretežno frontalan rat takozvane prednje etape (sanitetske stanice puka ili sanitetska stanica divizije na primer) samo prolazne etape na kojima se ukazuje pomoć ranjenicima i bolesnicima da bi oni zatim bili evakuisani u stabilnije pozadinske ustanove, dotle brigadna ambulanta ili divizijska bolnica kakve su bile u NOR-u ne služe samo kao etape za ukazivanje medicinske pomoći, nego u najvećem broju slučajeva i za dalje lečenje ranjenika i bolesnika, koji se tu zadržavaju do svog ozdravljenja. S te strane, ovde bi se moglo govoriti o posebnom obliku lečenja na mestu. S druge strane međutim to nije nikakvo lečenje u mestu, jer se ta ista brigadna ambulanta ili divizijska bolnica nalazi u stalnom pokretu. Prema tome, vrši se i neprekidna evakuacija ranjenika i bolesnika, ali to nije evakuacija u pozadinu, analogna onoj u operativnoj armiji, jer kao što smo to ranije naveli, partizanske jedinice nemaju svoje pozadine u pravom smislu te reči, već se radi ustvari o jednoj kombinaciji oba ova sistema.

„Naoko prihvatljivo lečenje na mestu ustvari je lečenje u neprekidnoj evakuaciji na nosilima, na konju, preko krševa i kanjona, a evakuacija u partizanskim uslovima nije evakuacija u dubinu, već u krugu „evakuacija u mestu.“¹³⁾

Taj sistem, međutim, sadrži i izvesne elemente savremenog etapnog lečenja, što nam dokazuje, između ostalog, i iskustvo iz NOR-a odnosno organizacija bolničkih ustanova u Bosansko-petrovačkom bazenu i na oslobođenoj teritoriji istočne Bosne i Crne Gore u toku 1942. godine, o kojoj ćemo docnije zasebno govoriti.

¹³⁾ General-major dr Gojko Nikoliš: Razvoj sanitetske službe u našoj armiji, Beograd 1947. godine.

Posle ukazane medicinske pomoći ranjenici se načelno upućuju u manje ili više stacionarne ustanove bliže ili dalje pozadine — u cilju daljeg zbrinjavanja (hospitalizacije). U operativnoj armiji to su ustanove korpusne, armijske, eventualno frontovske ili duboke pozadine. U partizanskim uslovima nailazimo, međutim, na veću raznolikost tako da ranjenici i bolesnici mogu biti zbrinuti u pokretu, u partizanskim stacionarnim (teritorijalnim) ustanovama — bolnicama, u bolnicama u pozadini operativne armije, kod mesnog stanovništva ili u sanitetskim ustanovama pod neprijateljskom kontrolom.

Zavisno od niza okolnosti (načina vođenja borbenih dejstava, komunikativnosti i stvora zemljišta itd.) pretežno veći broj ranjenika i bolesnika može da se leči u partizanskim uslovima u pokretu ili u stacionarnim sanitetskim ustanovama partizanskih jedinica, zatim u bolnicama u pozadini operativne armije, dok ostavljanje ranjenika i bolesnika kod mesnog stanovništva, kao i njihovo lečenje u bolnicama pod neprijateljskom kontrolom dolazi u obzir samo izuzetno. Zimolo¹⁴) navodi da je za vreme sedme neprijateljske ofanzive, u vreme napada na Drvar, bilo zbrinuto na tom delu slobodne teritorije, u vremenu od 25. V do 13. VI 1944. godine, u pokretima trupnog saniteta 66% ranjenika i bolesnika, u pokretu korpusne bolnice 13%, predato teritorijalnim jedinicama izvan obruča 7%, evakuisano avionima 14%. (Ranjenici i bolesnici u tajnim skloništima, kojih je bilo ukupno 244, nisu uzeti u ovaj račun).

U Sloveniji i Slavoniji bio je, naprotiv, obrnut slučaj, jer je najveći broj ranjenika i bolesnika bio zbrinjavan u stacionarnim ustanovama, a samo veoma mali broj u pokretu.

Pitanje zbrinjavanja ranjenika i bolesnika u partizanskim uslovima može se posmatrati sa dva aspekta — prvog, kao jedno manje ili više nepotpuno, privremeno rešenje, koje ipak omogućava jedinicama izvršavanje

¹⁴) Zimolo dr Anton, major: Naša sanitetska služba u danima poslije nemačkog desanta na Drvar, Vojno-sanitetski pregled 7—8/1946. god.

njihovih zadataka, i drugog, definitivno rešenje ovog pitanja potpunim rasterećenjem jedinica od ranjenika i brige za njih.

Kao privremeno rešenje (iako je ono često, sticajem okolnosti, jer drugog rešenja nema, istovremeno i definitivno, naročito za izvesne kategorije ranjenika i bolesnika) dolaze u obzir raznolike mogućnosti zbrinjavanja — u pokretu, teritorijalnim partizanskim bolnicama, kod mesnog stanovništva i slično. Daleko teži je, međutim, ovaj problem ako se posmatra kao definitivno rešenje. Za takvo rešenje potrebno je postojanje stabilne prostorije, odnosno sigurne slobodne teritorije u okupiranoj zemlji (a ovo je često neizvodljivo, jer je neprijatelj obično nadmoćan i u mogućnosti da prokrstari, uz koncentraciju većih snaga, svakom slobodnom teritorijom) ili, kao druga mogućnost, evakuacija najtežih, nepokretnih ranjenika i bolesnika, obično vazдушnim transportom, u pozadinu operativne armije, bilo vlastite ili savezničke. Slobodna teritorija u Bosanskoj krajini za vreme NOR-a omogućavala je dugo vremena koncentraciju i zbrinjavanje velikog broja naših ranjenika; međutim, četvrta neprijateljska ofanziva ipak nas je primorala da pokrenemo ovaj veliki broj ranjenika, koji je vezivao glavninu naših snaga i tako onemogućio izvođenje operativne zamisli Vrhovnog štaba o velikom pokretu na Kosovo i Metohiju. Poznato je isto tako kakvo je olakšanje predstavljala evakuacija, uglavnom nepokretnih ranjenika i bolesnika, avionima u savezničke i oslobođeni deo naše zemlje tokom 1944. godine.

Na prvi pogled iz prethodnog izlaganja mogao bi se steći utisak da se u toku NOR-a moglo govoriti o zbrinjavanju ranjenika samo kao privremenom rešenju sve do momenta dok nije otpočela evakuacija u savezničke zemlje. Međutim, treba naglasiti da je sanitetska služba u toku NOR-a uspela da i pod tim neverovatno teškim okolnostima zbrine sa uspehom hiljade ranjenika i bolesnika u našoj zemlji i na taj način olakša jedinicama izvršavanje njihovih zadataka.

Iz navedenih podataka proizilazi da je za obezbeđenje i zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u partizanskim uslovima od posebnog značaja, sa jedne strane, postojanja

nje slobodne teritorije na kojoj se mogu razviti stabilnije sanitetske ustanove, a s druge, obezbeđenje veza sa operativnom armijom, bilo u cilju evakuacije ranjenika i bolesnika u sanitetske ustanove, obezbeđenja i ukazivanja specijalizovane pomoći ili snabdevanje sanitetskim materijalom, itd. Ukoliko je obezbeđena evakuacija ranjenika vazдушnim transportom u pozadinu operativne armije, onda se može u odgovarajućem odnosu pristupiti smanjivanju bolničke mreže partizanskih bolnica što na svaki način znači veliko olakšanje za sanitetsku službu — bilo u jedinicama ili teritorijalnu.

U opšte uzev, sistem zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, način izgradnje partizanskih bolnica, njihova lokacija itd. zavise u mnogome od taktike koju neprijatelj upotrebljava na dotičnoj prostorijski protiv partizanskih jedinica.

Posebnu pažnju zaslužuje tretiranje položaja ranjenika i bolesnika partizanskih jedinica kao i sanitetskog osoblja, na osnovu odredaba Međunarodnog ratnog prava.

Međunarodnopravna zaštita ranjenika, bolesnika i sanitetskog osoblja do drugog svetskog rata, pa i u toku njega, bila je regulisana ženevskim, odnosno haškim konvencijama. Već u prvoj ženevskoj konvenciji donetoj 1864. god. formulisana su pravila po kojima odnosi prema ranjenicima i bolesnicima počivaju na humanitarnim načelima. U konvencijama od 1906. i 1929. god. ova načela se dalje razrađuju, pa se tako ženevskom konvencijom od 1929. god. predviđa da ranjenici i bolesnici treba da uživaju u svakoj prilici poštovanje, zaštitu i čovečan postupak. Jugoslavija je ratifikovala ovu konvenciju 20. maja 1931. god., Italija 24. marta 1931. god. a Nemačka 21. marta 1934. god.

Međutim, kako se konvencijama nisu mogli predvideti svi slučajevi, usvojeno je kod svih civilizovanih nacija još jedno načelo — načelo humanosti. To načelo izraženo je i u tzv. de Martensovoj klauzuli u uvodu u IV hašku konvenciju od 1907. god. gde se kaže: »... u slučajevima koji nisu predviđeni propisima... , stanovništvo i učesnici u ratu ostaju pod zaštitom i vlašću načela međunarodnog prava onakvih kakva proizilaze iz običaja

ustanovljenih među civilizovanim narodima, iz zahteva čovečnosti i zahteva javne svesti».

Pošto međunarodnopravni kontinuitet Jugoslavije nije prekinuo drugi svetski rat, a kako je Narodnoslobodilačka vojska Jugoslavije predstavljala armiju u smislu odredaba međunarodnog prava (jer je odgovarala uslovi- ma iz čl. 1 — Haškog pravila, donetog uz IV hašku kon- venciju, o zakonima i običajima rata na kopnu — od 18. oktobra 1907. god.), što je utvrdio Nirnberški sud, samim tim je status naših ranjenika i bolesnika kao i sanitetskog osoblja, sa međunarodnopravnog stanovišta bio jasan, tj. neprijatelj je bio dužan da poštuje bar osnovna pravila čovečnosti. Međutim, on to nije činio, a svoj stav branio je činjenicom da međunarodni ugovori nisu izričito tretirali partizanski već regularni rat. Zato, na primer, naše bolnice u NOR-u nisu obeležavane Crvenim krstom, jer smo bili svesni toga da on pred našim neprijateljima ne bi predstavljao nikakvu zaštitu. Kakav je bio odnos ne- prijatelja prema ranjenicima i bolesnicima vidi se najbo- lje iz nepotpunih podataka prema kojima je u toku našeg NOR-a bilo uništeno 136 bolnica i pobijeno oko 5.000 ranjenika i bolesnika, a samo u borbama na Sutjesci i Zelengori 1943. »Princ Eugen« divizija pobila je oko 1.000 zarobljenih ranjenika, bolesnika i sanitetskog kadra.

Okupator je otežao i primenu još jednog opšte usvoje- nog humanitarnog pravila, koje dozvoljava stanovništvu da ukaže pomoć žrtvama rata. Neprijatelj je svaku takvu ak- ciju smatrao kao saradnju sa narodnoslobodilačkim po- kretom i zato stanovništvo najbrutalnije kažnjavao.

Svesno¹⁵⁾ gaženje odredaba međunarodnog ratnog prava, čak i kada su bili u pitanju ranjenici i bolesnici,

¹⁵⁾ U naređenju pov. br. 004870/42 od 16. decembra 1942. god. general Kajtel, načelnik Vrhovne komande nemačkih oružanih snaga, dostavio je jedinicama sledeće:

„Firer je izvešten da su pojedini pripadnici oružanih snaga koji su učestvovali u borbi protiv partizana zbog njihovog drža- nja i postupaka u borbi uzimani naknadno na odgovornost.

Firer je u vezi s tim naredio:

1) Neprijatelj u partizanskom ratu upotrebljava fanatične i komunistički izobražene borce, koji ne prezaju ni od kakvog na- silja. Ovde se radi o biti ili ne biti. *Sa vojničkim viteštvom ili*

udarilo je svoj pečat na celokupnu organizaciju i taktiku naše sanitetske službe. Zbog toga smo, protivno svim medicinskim indikacijama, morali zbrinjavati »u pokretu« stotine i hiljade ranjenika (pa i zaraznih bolesnika!) — po bespućima i bez odgovarajućih transportnih sredstava, ili ih sklanjati u konspirativne bolnice, špilje, podzemna skloništa gde su uslovi lečenja bili veoma teški.

Posle drugog svetskog rata, zahvaljujući jačanju međunarodnih naprednih snaga, stav prema partizanima se izmenio. Tako se ženevskim konvencijama, prihvaćenim 1949. god., predviđa, pored ostalog, da se i sa partizanskim bolesnicima, ranjenicima i sanitetskim osobljem mora postupati čovečno, bez ikakve diskriminacije zasnovane na rasi, veri ili ubeđenju ili kom drugom sličnom merilu, ako pripadnici partizanskih jedinica otvoreno nose oružje i određeni znak raspoznavanja, ako su pod komandom lica

sa primenom odredaba Ženevske konvencije ova borba nema nikakve veze (podvukao Đ. D.).

Ako se ova borba protiv partizana, kako na Istoku, tako i na Balkanu, ne bude vodila najbrutalnijim sredstvima, to će raspoložive snage u doglednom vremenu biti nedovoljne da se savlada ova kuga.

Jedinice su zbog toga ovlašćene i dužne da u ovoj borbi upotrebe bez milosti i protiv žena i dece svako sredstvo ako ono dovodi do uspeha.

Obziri ma kakve vrste jesu zločin prema nemačkom narodu i vojnicima na frontu koji moraju trpeti posledice dejstva partizana i koji nemaju nikakvog razumevanja za bolećivost prema partizanima ili njihovim pomagačima.

Ove osnovne postavke moraju biti primenjene i u zapovestima za borbu protiv partizana na Istoku.

2) Ni jedan nemački vojnik koji je učestvovao u borbi protiv partizana i njihovih pomagača ne sme biti pozvan na disciplinsku ili sudsku odgovornost zbog svojih postupaka u borbi.

Komandanti jedinica upotrebljenih za borbu protiv partizana odgovorni su da svi oficiri njima potčinjenih jedinica budu obavješteni u nužnom opsegu o ovoj zapovesti, isto tako i njihovi sudski oficiri da su odmah upoznati sa ovom zapovešću, ni jedna presuda ne može biti potvrđena koja je u suprotnosti sa ovom zapovešću“.

Vojno istorijski institut JNA, nemačka arhiva. kut. 2, f. 2, dok. br. 2.

koje je odgovorno za svoje potčinjene i ako se partizani pridržavaju zakona i običaja rata. Naročito se zabranjuju postupci »u svako doba i na svakom mestu« čije su posledice »povrede koje se nanose životu i telesnom integritetu, naročito sve vrste ubistava, osakaćivanja, svireposti i mučenja«. Izričito stoji da će »ranjenici i bolesnici biti prihvaćeni i negovani. . .«

Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika kod partizanskih dejstava, pored već navedenih, ima i niz drugih specifičnosti u načinu ukazivanja pojedinih oblika medicinske pomoći, medicinskoj trijaži, sanitetskoj evakuaciji i lečenju ranjenika i bolesnika.

1. UKAZIVANJE MEDICINSKE POMOĆI

Organizacija ukazivanja pojedinih vidova medicinske pomoći zavisi od opšte organizacione strukture partizanskih jedinica — da li one deluju kao manji ili veći partizanski odredi, jesu li podeljene na čete i bataljone, materijalne opremljenosti i drugih okolnosti u skladu s čime je organizovana i sanitetska služba. Na svaki način pošto medicinski zahtevi u pogledu blagovremenosti ukazivanja medicinske pomoći ostaju na snazi i u partizanskim uslovima, mora se, u nedostatku brzih transportnih sredstava koja bi omogućila blagovremenu evakuaciju ranjenika i bolesnika u sanitetske etape, pristupiti približavanju ovih poslednjih ranjenicima.

Svaki od ovih vidova ima izvesne specifičnosti.

Prva pomoć. Prvu pomoć ukazuju ili sanitetski organi, radi čega svaka jedinica treba da ima odgovarajući broj bolničara, ili najbliži drugovi (borci) u vidu *uzajamne pomoći*, odnosno ranjenici sami sebi — *samopomoć*. Ukazuje se na mestu ranjavanja ili njegovoj neposrednoj blizini. S obzirom na nedostatak sanitetskog kadra i u vezi s tim nemogućnosti obezbeđenja njime i manjih delova, od naročitog je značaja u partizanskim uslovima ukazivanje uzajamne pomoći i samopomoći, zbog čega treba koristiti svaki slobodan trenutak da se celokupno ljudstvo stručno obuči u pravilnom ukazivanju prve pomoći.

Posle ukazane prve pomoći, i ukoliko je to potrebno u vezi sa prirodom povrede, nosioci ranjenika načelno odnose ranjenika do mesta odakle se mogu koristiti transportna sredstva radi evakuacije na odgovarajuću sledeću sanitetsku etapu (bataljonsko ili brigadno previjalište). Ako se radi o samostalnoj akciji manje jedinice ranjenici kojima je potrebno ukazivanje lekarske ili kvalifikovane hirurške pomoći, mogu se odmah posle ukazane prve pomoći uputiti u najbližu teritorijalnu bolnicu.

S obzirom na veću samostalnost partizanskih jedinica češće dolazi u obzir i formiranje četne ranjeničke prihvatnice.

Opšte medicinska pomoć. Ovaj vid medicinske pomoći može biti ukazan od strane lekara ili lekarskog pomoćnika, medicinske sestre ili drugog osoblja sa sličnim kvalifikacijama, na bataljonskom ili brigadnom previjalištu, ukoliko se ona razvijaju, odnosno odgovarajućoj etapi¹⁶⁾. Zbog potrebe da lekar u partizanskim uslovima mora što bolje ovladati i osnovnim znanjima iz ratne hirurgije, karakter ove pomoći može se u takvim slučajevima približiti karakteru kvalifikovane hirurške pomoći.

U toku NOR-a organizaciona struktura sanitetske službe jedinica, delokrug njenog rada, zadaci, kao i odgovornost komande za izvršenje pojedinih zadataka koji su od interesa za sanitetsku službu bili su regulisani već pomenutim Statutom sanitetske službe NOV i POJ. U pogledu ukazivanja medicinske pomoći Statut je predviđao:

U četi

- 1 četnog bolničara kao rukovodioca;
- 2 nosioca ranjenika na svaki vod;
- 1 bolničara za svaki vod.

Od opreme četni sanitet trebalo je da raspolaže sa po jednom bolničarskom torbicom za svakog bolničara (sadržaj: zavojni materijal, jod, benzin, pinceta, gumeno

¹⁶⁾ Brigadno previjalište u NOR-u načelno se izdvajalo iz sastava brigadne ambulante (lekar sa potrebnim brojem pomoćnog osoblja i najnužnijim instrumentarijem i drugom opremom — prema mogućnostima u danom momentu) i razvijalo na pogodnom mestu što bliže borbenom poretku jedinica.

crevo, džepna električna lampa i sapun), udlagama, čuturrom i dvoje nosila.

U bataljonu

— referenta saniteta bataljona — lekara ili medicinara, u nedostatku ovih, lekarskog pomoćnika ili iskusnijeg bolničara;

— zamenika referenta koji je bio odgovoran za evakuaciju;

— jednog bolničara-higijeničara;

— četiri nosioca ranjenika.

Oprema bataljonskog saniteta sastojala se od lekarske torbe (koja je sadržavala, pored onoga što je pomenuto za bolničarsku torbu, još i britvu, anatomske makaze, po jedan koher ili pean, špric sa iglama, ampule morfijuma, kamfora, kofeina, različitih seruma itd.), jedne rezervne torbice sa materijalom, koju je nosio zamenik referenta, Kramerovih udloga i dvoje nosila.

U brigadi

— referenta saniteta — lekara ili medicinara, eventualno lekarskog pomoćnika;

— zamenika referenta odgovornog za evakuaciju;

— jednog bolničara-previjača;

— jednog bolničara-pisara;

— četiri nosioca ranjenika.

Oprema se sastojala od lekarske torbice, dva sandučeta rezervnog sanitetskog materijala, Kramerovih udloga, dvoje nosila.

Pre donošenja Statuta, tj. u toku 1941. i 1942. godine i docnije, sanitetska služba bila je organizovana na različite načine u pojedinim krajevima naše zemlje.

U nekim jedinicama u Lici na primer od decembra 1941. godine za vreme borbe uređuje se »prijvatilište« sa lekarem ili medicinskom sestrom, na mestu koje odredi komanda jedinice. Ovde se ranjenicima ukazuje medicinska pomoć. U januaru 1942. godine Štab grupe odreda izdao je uputstva o organizaciji sanitetske službe u odredima. Štabovi su dužni da se založe za organizaciju službe u četama i bataljonima, kao i za uređenje i održavanje odredskih bolnica. Pored četnih i bataljonskih bolničara svaka četa je morala da ima najmanje po dva nosioca ra-

njenika. Komandanti su određivali mesto za previjalište u toku borbe, održavali su sa njim stalnu vezu i brinuli se za evakuaciju ranjenika, odnosno za njeno vojničko obezbeđenje. Poseta komandnog kadra bolnici bila je obavezna. Po formiranju sanitetske službe u jedinicama prva



Sl. 1 — Previjanje ranjenika

pomoć se ukazivala u samom borbenom stroju od strane četnih bolničara ili na bataljonskom previjalištu. Iz bataljonskog previjališta ranjenici, kojima nije bila potrebna revizija rane, upućivani su, po potrebi, neposredno u bolnice, dok su ostali bili nošeni na nosilima u prihvatilište, gde je vršena revizija i toaleta rane, imobilizacija itd.

Za ukazivanje medicinske pomoći pred svaku akciju je posebno prikupljan sanitetski materijal, pravljene drvene udlage, pripremana improvizovana nosila, pripre-

mane kuće za prihvatilište i kola za transport ranjenika u bolnicu. Prilikom prvog napada na Udbinu maja 1942. godine seoski NOO s. Visuč dao je grupu od petnaestak omladinaca i omladinki za rad u prihvatilištu. Lekar im je podelio zadatke — jedni su čistili određene zgrade za prihvatilište, pripremali ležaje, izrađivali nosila i udlage, a drugi su se brinuli o transportu ranjenika, održavajući stalnu vezu sa komandom jedinica. Tako se rad u prihvatilištu odvijao bez smetnje brzo i uspešno.

U Sloveniji u Zapadnodolenjskom odredu 1942. godine kod štaba bataljona postoji bataljonski lekar, a u svakoj četi četni bolničari koji su bili studenti ili školovaniji drugovi. Nosioci ranjenika nisu postojali, jer nisu ni bili potrebni, zbog karaktera borbi — akcije manjeg obima.

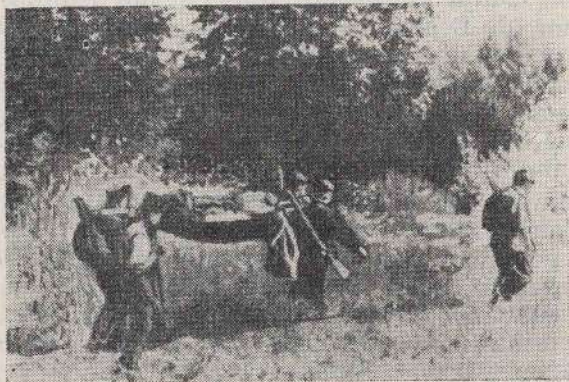
Početak juna organizovana je u s. Rapljevo bataljonska bolnica kapaciteta 15—20 postelja, sa dve bolničarke koje su završile kurs još u Ljubljani i nešto pomoćnog osoblja. Bolnica je imala svoju ekonomiju. Primani su lakši ranjenici i bolesnici dok su teži upućivani u Centralnu bolnicu u Kočevskom rogu. Obim stručnog rada — konzervativno lečenje ranjenika. Snabdevanje sanitetskim materijalom bilo je vrlo dobro.

Bataljonski lekar imao je komplet spremljen u Ljubljani od pripadnika Osvobodilne fronte, a sadržavao je prve zavoje, hirurški instrumentarij kojim su se mogle vršiti i veće hirurške intervencije uključujući i otvaranje trbušne duplje (laparotomije), improvizovani sterilizator, zavojni materijal, Kramerove šine, lekove itd. Pored ovog kompleta imao je i pomoćnu torbu sa zavojnim materijalom.

Četni bolničar ima kutiju sa sanitetskim materijalom, prvim zavojima, najnužnijim instrumentarijem (pincetama, makazama), Esmarhovom poveskom i zavojnim materijalom. Od lekova antipiretika, analgetika, carbo-animalis.

U udarnoj brigadi Toneta Tomšiča 1942. godine, koja je imala trojnu formaciju, sanitetska služba je bila organizovana na sličan način, tj. svaki bataljon je imao lekara, a svaka četa bolničara. Za vreme borbe bataljonski lekar ukazivao je medicinsku pomoć neposredno iza položaja, na

nekom zaklonjenom mestu, gde su borci donosili ranjenike i odmah se zatim vraćali u stroj. Dalja evakuacija ranjenika vršena je tek po završenoj borbi, seljačkim kolima u bolnicu. Kada su u nekoj borbi učestvovala sva tri bataljona formirano je i brigadno previjalište sa obimom rada: popravka prvih zavoja, transportna imobilizacija, davanje antitetanusnog seruma i morfijuma.



Sl. 2 — Kočevski rog — prenos ranjenika sa položaja avgusta 1943. godine

U Gupčevoj brigadi 1942. godine postoji brigadni lekar, pored njega pri štabu još i bolničar i pomoćni bolničar. Pred akciju, a prema očekivanom broju ranjenika, za brigadno previjalište izdvajao se neke vrste pomoćni vod (5—10 boraca) koji je vršio mobilizaciju kola od seljaka i pripremao ih za evakuaciju ranjenika. Na samom previjalištu to ljudstvo vršilo je pomoćne poslove — loženje vatre, donošenje vode itd.

Brigadno previjalište se razvijalo gotovo uvek na oko 500 m udaljenosti od mesta borbe. Sanitetski materijal je dobijan redovno preko veze iz Novog mesta, jer je zaplenjenog bilo vrlo malo.

Na sličan način bilo je organizovano ukazivanje pomenutih vidova medicinske pomoći i u drugim krajevima naše zemlje.

U Slavoniji partizanski odredi imali su referente saniteta i odredske ambulante, gde su zadržavali lakše ranjenike i bolesnike sa rokom lečenja 5—10 dana, dok su teži ranjenici bili odmah upućivani u bolnicu područja.

Uopšte uzev moglo bi se reći da je u NOR-u, u početku, veća pažnja bila posvećena organizaciji zbrinjavanja ranjenika van sastava jedinica i prema tome njihovoj evakuaciji, a manja sanitetskoj službi samih jedinica. Tako na primer, dr D. Perović u svojim sećanjima navodi da je 1941. godine u severozapadnoj i centralnoj Bosni težište zbrinjavanja ranjenika bilo na pozadinskim sanitetskim ustanovama. U partizanskim četama su se nalazili samo bolničari, dok o rukovodećim kadrovima u bataljonima i odredima nije bilo ni govora.

Kvalifikovana hirurška pomoć. Ukazivanje kvalifikovane hirurške pomoći u prednjim linijama vrlo često se obezbeđuje putem hirurških mobilnih ekipa (HME), koje su se pokazale kao najpogodnija hirurška formacija pod teškim uslovima partizanskog načina ratovanja. One su vrlo pokretne i tako opremljene da su veoma pogodne za manevrisanje. Ustvari njihova najveća prednost sastoji se u tome što one znače maksimalno približavanje hirurške pomoći ranjeniku, što znatno poboljšava prognozu (u toku NOR-a bilo je primera da su one radile na svega 200 metara od neprijateljskog uporišta kao, na primer, prilikom zauzimanja Livna 1942. godine).

HME sastoji se načelno od lekara-hirurga, asistenta, anestetičara, instrumentara, 2—3 bolničara i potrebnog broja jahaćih i tovarnih konja odnosno drugih transportnih sredstava sa odgovarajućim instrumentarijem i drugom sanitetskom opremom koja omogućuje ukazivanje kvalifikovane hirurške pomoći. Zadatak hirurških ekipa je ukazivanje hitne hirurške pomoći dok načelno nisu dužne da vrše i daljnje zbrinjavanje ranjenika odnosno da se brinu za sredstva evakuacije prihvaćenih i obrađenih ranjenika.

Za što bolje i pravilnije iskorišćavanje HME potrebni su sledeći preduslovi:

— da sanitetske etape koje se nalaze ispred HME budu blagovremeno obavestene o njenoj tačnoj lokaciji;

— da ranjenici što pre stignu do HME izbegavajući suvišno zadržavanje na prednjim etapama;

— ispred HME da se izvrši pravilna trijaža ranjenika, kako bi do ove stizali samo oni ranjenici kojima je potrebno ukazivanje hirurške pomoći.

Hirurška mobilna ekipa može da radi za vreme borbe samostalno na određenom mestu, iza brigadnih previjališta, na primer, tako da je moguć pridolazak ranjenika iz dva-tri brigadna previjališta, na jednom od brigadnih previjališta, ili u sastavu neke druge sanitetske ustanove.

Prilikom smeštaja treba voditi računa da HME bude postavljena:

— što bliže liniji na kojoj se odvijaju borbena dejstva;

— na mestu koje je pristupačno za transportna sredstva kojima će se vršiti doprema ranjenika do HME i njihova evakuacija iz ekipe;

— da postoje ostale mogućnosti za rad HME (blizina vodnog objekta, zimi mogućnost zagrevanja prostorija a noću, odnosno po potrebi, osvetljenja itd.);

— zbog karaktera partizanskih borbenih dejstava i mogućnosti prodora neprijateljskih jedinica treba organizovati borbenu obezbeđenje HME, a ako je neprijateljska avijacija aktivna onda i kopanje rovova za smeštaj ranjenika i osoblja ekipe.

Praktično udaljenost od 4—6 km od borbene linije najbolje bi odgovarala uslovima za rad HME, ali najčešće ona zavisi od karaktera borbenih dejstava (napad ili odbrana), komunikativnosti, pošumljenosti ili otkrivenosti zemljišta, rasporeda jedinica itd. Veliko približavanje HME liniji borbenih dejstava znači veliko olakšanje u odnosu na brzinu kojom stižu ranjenici do HME ali ono istovremeno predstavlja i otežavajuću okolnost jer ekipa može doći pod udar neprijateljske vatre, zbog čega se često mora prekidati rad, čime se ustvari znatno smanjuje njen kapacitet rada.

Kadgod to mogućnosti dopuštaju za rad HME treba predvideti bar tri prostorije — jednu za prijem i sanitarnu obradu ranjenika, drugu za vršenje hirurških intervencija i previjalište i treću za smeštaj obrađenih ranje-

nika do njihove evakuacije. Ako ima vremena, i kada se ranjenici smeštaju po seoskim kućama, u školi i slično, potrebno je izvršiti asanaciju dvorišta, čišćenje i krećenje prostorija, pripremanje ležaja za ranjenike.

Zbog otežanih uslova za održavanje lične higijene sanitarna obrada u vidu depedikulacije, šišanja, brijanja, po mogućnosti i kupanja ili samo pranja, neophodna je, kako bi se sprečile usputne infekcije. Zato HME mora raspolagati odgovarajućim ljudstvom i opremom (berberin, partizansko bure).

Za operacionu prostoriju može poslužiti pogodna soba u seljačkoj kući, koliba, bajta, šator (eventualno improvizovan od padobrana), a u krajnjem slučaju i zaklonjeno mesto u šumi pod otvorenim nebom, što sve zavisi od datih okolnosti.

Ukoliko ne postoje mogućnosti za bolje rešenje, problem sterilizacije operacionog rublja i zavojnog materijala može se rešiti korišćenjem različitih improvizacija za suhu sterilizaciju, kuvanjem, peglanjem vrućom peglom ili sterilizacijom uz pomoć partizanskog bureta.

Za osvetljavanje dolaze u obzir, pored električnog, i petrolejska ili karbitna lampa, pa ponekad i sveća ili druga priručna sredstva (lojanice).

Upotrebljivost ekipe umnogome zavisi od njene pokretljivosti. Za prebacivanje sastava ekipe i njene opreme najbolje mogu poslužiti konji, eventualno mazge, zaprežna kola, saonice a izuzetno i automobilski transport, što sve zavisi najčešće od realnih mogućnosti u datom trenutku, zemljišta, vremena koje stoji na raspolaganju itd. Da bi se u tome što bolje uspelo potrebno je da celokupna oprema HME bude što lakša, jer nisu retke situacije kada usled iznenadnog pokreta, neprijateljskih dejstava i sličnog dođe do gubitka pojedinih delova opreme ili transportnih sredstava pa u vezi s tim i potrebe da svu opremu nose članovi ekipe. Ponekad na to utiču i druge okolnosti — konfiguracija zemljišta, neprohodan teren, prelazi preko jaruga, reka, vrtača i uvala u kraškim predelima, visok sneg itd.

Ako to okolnosti zahtevaju HME može da obavlja svoj rad i za vreme pokreta. Ekipa se na pogodan način

obaveštava, zaustavlja, izlazi iz kolone i priprema za rad. Dok kolona prolazi, donosi se ranjenik i obavlja hirurški zahvat. Pošto je operacija izvršena, ekipa se svija i ulazi u sastav kolone, odnosno dostiže ovu praćena zaštitnicom. Nakon ukazane kvalifikovane pomoći ranjenici se dalje leče na jedan od načina o kojima će docnije biti govora. U izuzetnom slučaju ako se radi o netransportabilnom ranjeniku (na primer tek laparotomirani ranjenik), a neprijatelj nadire i već se nalazi u neposrednoj blizini, ranjenik se može privremeno ostaviti sa malo hrane i jednim bolničarem na sklonjenom mestu u šumi (ovakvih primera bilo je u NOR-u).

U toku NOR-a hirurške ekipe koje su bile formirane još 1942. godine bile su glavni nosioci ratno-poljske hirurške delatnosti i ispunile su sa uspehom pred njih postavljene zadatke.

Prva hirurška ekipa (šef dr Đura Mešterović) sudelovala je u borbama za Rogaticu 7. IV 1942. godine. Razvila



Sl. 3 — Hirurška ekipa I proleterske divizije, decembra 1942. godine na maršu kroz centralnu Bosnu sa osobljem i spremom

se i radila u bolnici u Gorazdu. Druga hirurška ekipa (rukovodilac drugarica Borka Pihler-Demić, hirurg italijanski zarobljenik Đovani Bava) sudelovala je u akciji na Borač, sredinom aprila 1942. godine, a radila je u školi u s. Izgori. Prva HME u Hrvatskoj (sa dr Francom Klajn-

hapelom) bila je formirana početkom jeseni 1942. godine i prvi put upotrebljena u borbama za Bihać 6. XI 1942. godine.

U početku su hirurške ekipe išle od jedne bolnice do druge i obrađivale ranjenike. Docnije se formiraju stalne hirurške ekipe koje su bile dodeljivane pojedinim jedinicama. Sastav prvih ekipa načelno: hirurg, asistent, instrumentarka, narkotizerka, bolničar i jedan konjovodac. Svi treba da imaju konje. Materijala se nosi koliko može jedan konj da ponese.

Krajem 1943. godine svaka naša divizija je imala po jednu hiruršku ekipu koja je bila opremljena bar najnužnijim materijalom i osobljem, što je omogućavalo vršenje najurgentnijih pothvata — primarnu obradu rana, ligature, amputacije.

Instrumentarij je često nedostajao ili nije kvalitativno odgovarao. Nabavljan je zaplenom od neprijatelja, dobijan preko dobro organizovane veze, sa teritorije koju je neprijatelj kontrolisao, a nekad izrađivan u vlastitim radionicama — istina tu i tamo na prilično primitivan način, ali je bio upotrebljiv. Poteškoće su iskrsavale kada je bio u pitanju specijalan instrumentarij, na primer za trepanacije, laparotomije i slično.

Približnu sliku o radu HME možemo dobiti iz podataka o gubicima ljudstva koji su u žešćim borbama, u kojima je učestvovala i cela divizija, prosečno iznosili oko 80—150 ranjenika, od kojih je najveći broj prolazio kroz ovu ekipu.

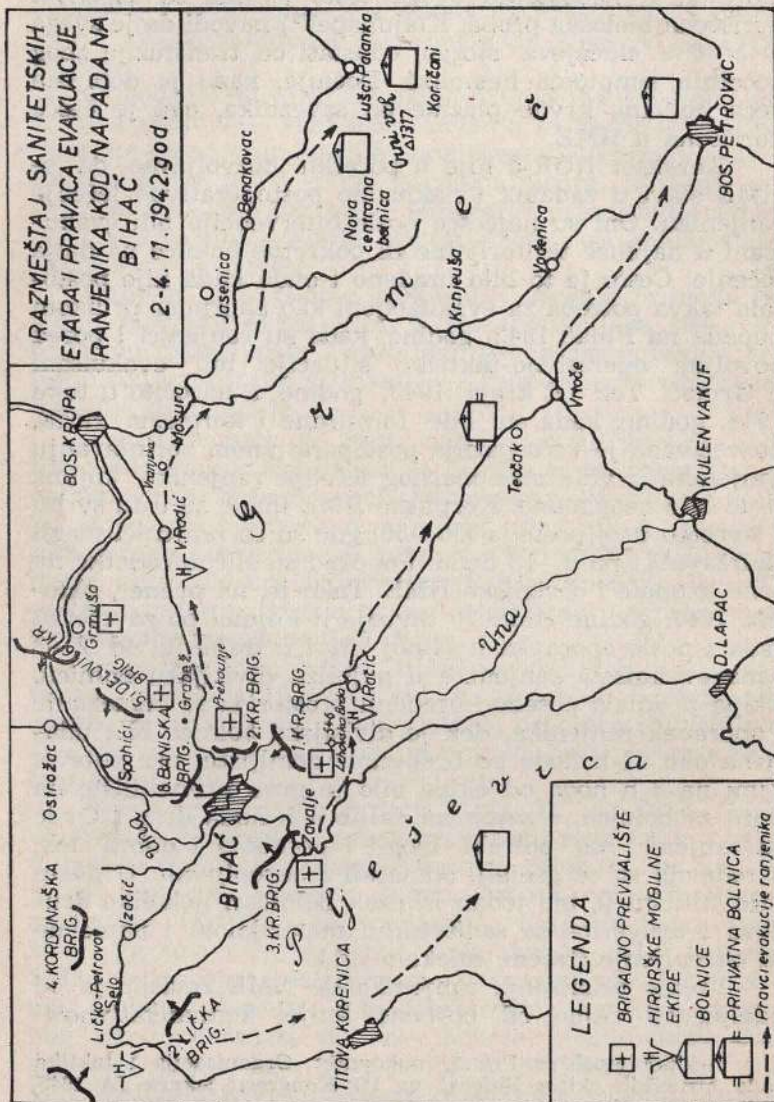
Opseg medicinske pomoći koju su ukazivale HME obuhvatao je najčešće: primarnu obradu rana, trajnu imobilizaciju kod većih povreda kostiju, zglobova, pa kad je to bilo potrebno i mekih delova. Za ove svrhe korišćene su, pored različitih improvizacija, najčešće Kramerove šine i gipsane longete, a ima podataka da je još januara 1943. godine bio upotrebljavan i zatvoreni gips (za fiksaciju fraktura femura — dr Mešterović), šav kod otvorenog pneumotoraksa, duboke incizije i amputacije kod gasne gangrene, laparotomije itd. U prvim godinama rata transfuzija krvi je veoma retko bila primenjivana u HME uglavnom zbog nedostataka potrebnog pribora i he-

motesta. U nedostatku ovoga često je bila sa uspehom korišćena biološka proba. Klajnhapel¹⁷⁾ navodi da je svega u 5—6% slučajeva morao odustati od transfuzije zbog početnih simptoma hemolize. Docnije, kada je dobijena veća količina krvne plazme od saveznika, ova je češće korišćena u HME.

Karakter NOR-a nije u početku dozvoljavao da se HME stavi u zadatak i naknadno postoperativno lečenje ranjenika. Oni su najčešće posle intervencije bili evakuisani u najbliže teritorijalne ili pokretne bolnice na dalje lečenje. Često je to bilo urađeno i onda kada nije postojala takva potreba za evakuacijom kao naprimer prilikom napada na Bihać 1942. godine, kada su ranjenici i pored povoljne operativno-taktičke situacije bili evakuisani u Grmeč. Tek od kraja 1943. godine, a naročito u toku 1944. godine, kada su bile formirane i korpusne HME, posvećivana je veća pažnja postoperativnom zbrinjavanju ranjenika u vidu stacionarnog lečenja ranjenika kojima je to bilo neophodno. Korpusne HME imale su u tu svrhu i izvestan broj postelja (30—50) gde su se ranjenici mogli zadržavati i po 8—10 dana. Ponekad su slične zadatke na sebe uzimale i divizijske HME. Tako je, na primer, oktobra 1944. godine HME 10 divizije u Fojnici po završetku rada i posle oporavka u samoj ekipi u trajanju od 2—3 dana evakuisala ranjenike u najbližu divizijsku bolnicu. Ekipa je imala posebno uređenu prostoriju za odmaranje i oporavak ranjenika, dok je divizijska bolnica bila udaljena oko 12 h hoda po brdovitom zemljištu, bez puteva. Zimi na 3 h hoda od ekipe bilo je prvo prihvatilište na putu za bolnicu, a zatim na daljih 4 h hoda drugo. Ovdje su ranjenici po potrebi mogli i prenoćiti i dobiti lek, a redovno su se grejali, odmarali i okrepljivali. U ovom prihvatilištu je bio jedan iskusan bolničar, nekoliko drugova i drugarica sa sanitetskim materijalom i namicima za okrepljenje (čajem, mlekom itd.).

Vreme pristizanja ranjenika do HME zavisilo je od udaljenosti ekipe od borbene linije, komunikativnosti

¹⁷⁾ Klajnhapel dr Franc, pukovnik: Organizacija i taktika rada hirurških ekipa. Referat na III Kongresu lekara JA 1945. godine.



zemljišta i transportnih sredstava koja su stajala na raspolaganju za evakuaciju ranjenika. Ono je često bilo znatno duže od najpovoljnijih 6 časova, ali je isto tako bilo mnogo teških borbi u toku kojih su ranjenici stizali i za 1/2 do 1 časa vremena u ruke hirurga (na primer, borbe na sektoru Travnik — Jajce u jesen i zimu 1944. godine kada su ranjenici do HME dopremani saonicama i automobilima).

Sa pomenutim sastavom i opremom HME mogle su da obrade u toku dana prosečno od 20 do 30 ranjenika. Za vreme zatišja one su radile u najbližim teritorijalnim ili pokretnim bolnicama, povremeno obilazile i udaljenije sanitetske ustanove na određenoj prostori, a po potrebi ukazivale hiruršku pomoć i civilnom stanovništvu.

Veći broj HME prvi put je u toku NOR-a istovremeno bio upotrebljen u Bihaćkoj operaciji početkom novembra 1942. godine. Zbog toga ćemo o njoj reći nešto više.

Bihać je predstavljao jedno od najjačih, u nizu neprijateljskih uporišta koja su delila slobodnu teritoriju Bosanske krajine i Dalmacije od one Like, Korduna i Banije. Stoga je oktobra 1942. god. Vrhovni štab naredio da se Bihać zauzme.

U napadu na sam grad su učestvovala 1, 2. i 3. krajiška brigada i 8. banijska brigada, dok je 2. lička brigada napadala na Ličko Petrovo Selo a za obezbeđenje iz pravca Slunja upotrebljena 4. kordunaška, a 5. i delovi 6. krajiške brigade za uništenje posade u Bosanskoj Krupi i obezbeđenje pravca od Bosanskog Novog i Cazina.

Napad je počeo jednovremeno 2. XI 1942. god. u 21,30 h.

Raspored naših jedinica vidi se iz priložene skice broj 1.

Raspored sanitetskih etapa:

Brigadno previjalište 1. krajiške brigade u Lohovskim brdima. U toku borbe previjalište se premestilo u s. Golubić a zatim u prve kuće Bihaća. Kroz previjalište je

prošao ukupno 101 ranjenik a evakuacija je vršena pravcem V. Račić — Vodenica — Petrovac.

Brigadno previjalište 2. krajiške brigade u s. Prekounje, sa premeštanjem u kuće na periferiji Bihaća na ovom pravcu. Nema podataka o broju ranjenika koji su prošli kroz ovo previjalište. Evakuacija je vršena pravcem V. Radić — Vranjska Mosura — Benakovac — Nova centralna bolnica (Grmeč).

Brigadno previjalište 3. krajiške brigade u s. Zavalje. Kroz ovo previjalište je prošlo oko 50—60 ranjenika koji su evakuisani pravcem V. Račić — Vodenica — Bos. Petrovac.

Za brigadna previjališta 8. banijske, 2. ličke i 5. krajiške brigade nema podataka o mestima razvijanja ali se zna da je kroz previjalište 5. krajiške brigade prošlo ukupno 13 ranjenika koji su bili evakuisani pravcem V. Radić — Mosura — Jasenica — Korićani.

Brigadno previjalište 6. krajiške brigade bilo je u Grabežu a evakuacija ranjenika vršena pravcem V. Radić.

Prva HME u sastavu 1 lekar, 1 medicinar i 6 bolničara bila je smeštena u s. V. Radić, kroz nju je prošlo oko 50 ranjenika koji su bili evakuisani u bolnicu u Korićanima.

Druga HME sa 1 lekarom, 2 medicinara sa pomoćnim osobljem bila je razvijena u s. V. Račić. Kroz ovu ekipu je prošlo oko 80 ranjenika koji su evakuisani za Bos. Petrovac.

Na ovom evakuacijskom pravcu, zbog dugih puteva evakuacije, nalazila se u s. Teočak jedna ranjenička prihvatnica sa lekarom na čelu, tako da je ranjenicima u slučaju potrebe mogla biti ukazana lekarska pomoć, omogućen odmor i ishrana itd. Kroz prihvatnicu je u toku dva dana i tri noći, koliko se ona nalazila na ovom mestu, prošlo oko 200 ranjenika, kod kojih je vršeno samo zbrinjavanje rana, bez većih intervencija.

Treća HME u sastavu 1 hirurg, 1 instrumentarka, 2 sestre pomoćnice i 2 bolničara, koja je imala zadatak da obezbedi ukazivanje hirurške pomoći ranjenicima na sektoru Ličkog Petrovog Sela, nalazila se u s. Rudanovac, na komunikaciji Ličko Petrovo Selo — Korenica. Kroz ekipu

je prošlo nekoliko desetina ranjenika bez prethodno izvršene trijaže na brigadnom previjalištu. Ranjenici su stizali u vrlo kratkom vremenu nakon ranjavanja — svega 2—3 časa, jer su putevi za evakuaciju bili na ovom sektoru vrlo dobri. U toku izvođenja operacije ekipa se nije premeštala, tako da su u toku dva dana, koliko se ona nalazila na ovom mestu svi pristigli ranjenici bili obrađeni i posle toga evakuisani u bolnicu u Bijelim Potocima na pl. Plješevici. Evakuacija je vršena konjskom zapregom.

Mada je na osnovu oskudnih podataka, sa kojima danas raspolazemo, teško dati pravilnu ocenu rada sanitetske službe u ovoj operaciji, možemo reći da je lokacija HME, s obzirom na raspored jedinica koje su učestvovala u napadu, kao i postojeće komunikacije, bila dobro odabrana, tako da je kroz ekipe mogao proći najveći broj ranjenika kojima je bilo potrebno ukazivanje hirurške pomoći. To se uostalom vidi i iz podataka za HME u s. V. Račić kroz koju je prošlo oko 80 ranjenika što je nesumnjivo velik broj u odnosu na verovatne sanitetske gubitke i okolnosti u kojima je ekipa radila.

Pravilno izvršena trijaža ranjenika ispred ekipe, dobro odabrana lokacija tako da je može koristiti veći broj jedinica i celishodno rešeno pitanje netransportabilnih ranjenika (lečenje na samom mestu ili njegovoj neposrednoj blizini), omogućuju bolje rezultate u radu hirurških ekipa. Upravo u ovom pogledu u toku NOR-a su ponekad pravljene greške koje su dovodile do neracionalnog korišćenja hirurških ekipa. One su bile uglavnom sledeće:

— slaba lokacija samih ekipa za vreme borbenih dejstava u odnosu na puteve evakuacije ranjenika i slabe veze sa njima, usled čega izvestan broj ranjenika nije stizao do ekipe;

— nestručno ukazana prva pomoć, odnosno medicinska pomoć na etapi ispred HME uz greške pri transportu koji je često suviše dugo trajao, nepotrebno zadržavanje na prednjim etapama, što je sve bilo uzrok povećanju smrtnosti ranjenika;

— slaba pokretljivost ekipa usled nedostatka u materijalnoj opremi ekipe (dodeljivanje suviše malog broja konja, odnosno drugih transportnih sredstava).

Jasno da je pored navedenog, uzroke ponekad trebalo tražiti i u subjektivnim faktorima, nemanju inicijative, odnosno potrebnih organizacijskih sposobnosti, što je sve dovodilo u kranjoj liniji do povećanja procenta smrtnosti ranjenika.

Neke od ovih grešaka došle su do izražaja i prilikom napada na Banjaluku početkom januara 1944. godine (31. XII 1943. — 3. I 1944.). Iznećemo ih ovde jer su veoma poučne.

U napadu su učestvovalе jedinice 5. bosanskog korpusa sa ojačanjem, u sastavu:

4. divizija (6, 8, i 11 brigada, Udarni, Podgrmečki, Sanski i Gradiško-lijevčanski partizanski odred);

11. divizija (5, 12. i 14. brigada, Prnjavorski, Tešanj-sko-teslički i Banjalučki partizanski odred);

13. brigada 10. divizije, i 1. i 2. artiljerijski divizion korpusa.

Kao pojačanje: 3. krajiška proleterska brigada i 3. lička brigada 6. divizije.

Sve ove snage bile su podeljene u pet grupa i to:

Prva grupa (13. brigada, 6. brigada i 3. lička brigada) napadala je sa 13. brigadom na odseku potok Crkvine i Petričevac, 6. brigada levo od 13. brigade zaključno sa severozapadnom ivicom grada, a 3. lička brigada na aerodrom Ljeskovac kod Zalužana.

Druga grupa (5, 12. i 14. brigada) napadala je sa 5. brigadom na neprijateljsko uporište Trapiste, Vrbanju i Čelinac; 14. brigada sa delom snaga imala je zadatak da ovlada s. Klašnica i magacinima municije na Krčmaricama, a potom sadejstvuje u napadu 5. brigade na Trapiste; 12. brigada napadala je na istočni deo grada na desnoj obali r. Vrbas (između r. Vrbas i r. Vrbanja).

Treća grupa (3. krajiška proleterska brigada) u dve kolone napadala je duž puta Gornji Šeher — Banjaluka i duž potoka Crkvine.

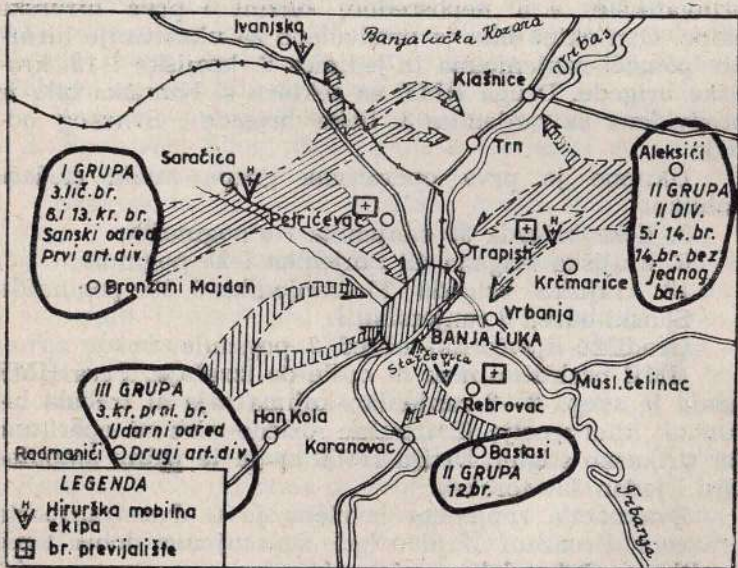
Četvrta grupa (11. brigada, 1. bataljon 8. brigade i Gradiško-lijevčanski partizanski odred) imala je zada-

tak da napada na neprijateljsko uporište Bosansku Građišku, uz demonstrativne napade na neprijateljska uporišta Topola i Aleksandrovac.

Peta grupa (8. brigada bez 1. bataljona, Podgrmečki i Kozarski partizanski odred) dobila je zadatak za demonstrativan napad na neprijateljsko uporište Prijedor.

U cilju ukazivanja kvalifikovane hirurške pomoći bile su formirane četiri hirurške ekipe: dve na levoj obali

Raspored hirurških mobilnih ekipa prilikom napada na Banjaluku 31. XII 1943. — 3. I 1944. god.



Skica 2

r. Vrbas — prva u Saračici i druga u Ivanjskoj, a dve na desnoj obali — jedna stalna ekipa 11. divizije, koja je radila na bazi brigadnog previjališta 5. i 12. brigade u s. Krčmarice, više Trapista na 4 km od borbene linije.

i druga, koja se samo povremeno formirala, na brdu Starčevica, više same Banjaluke.

Napad na Banjaluku predstavljao je težak problem za sanitetsku službu 4. divizije koja je vršila sanitetsko obezbeđenje prve grupe, zbog udaljenosti bolnice u koju je trebalo vršiti evakuaciju ranjenika, nedostatka transportnih sredstava, nesigurnog terena itd. Bilo je zamišljeno da se svi ranjenici, sem najlakših, koncentrišu u divizijsko prihvatilište i zatim evakušu pravcem Banjaluka — Sitnica. U slučaju da se grad ne zauzme evakuacija bi tekla pravcem Bronzani Majdan — Sanski Most. U vezi s tim bilo je i organizovano u s. Saračica divizijsko prihvatilište, a u neposrednoj blizini i prva hirurška ekipa. Ova ekipa bila je predviđena za ukazivanje hirurške pomoći ranjenicima iz jedinica 6. krajiške i 13. krajiške brigade. Druga HME na sektoru s. Ivanjska bila je predviđena za ranjenike 3. ličke brigade i Sanskog odreda.

Ukupno je prva operativna grupa imala sledeće gubitke:

- 3. lička brigada 30 ranjenika i 6 poginulih;
- 6. krajiška brigada 49 ranjenika i 23 poginula;
- 13. krajiška brigada 77 ranjenika i 29 poginulih;
- Sanski odred 3 ranjenika; i
- Gradiško-lijevčanski odred 2 poginula.

HME praktično nisu ni došle do izražaja. Prva HME imala je svega 2—3 ranjenika kojima nije ni trebala hirurška intervencija (2 trbušne ozlede nisu ni operisane jer su kasno stigle). Druga HME imala je jednu amputaciju i jedan šav toraksa.

Evakuacija ranjenika izvršena je u dva transporta pravcem: Bronzani Majdan (gde su ranjenici dobili tople napitke — čaj, mleko — i vruće crepove za zagrevanje) — Sanski Most. Osiguranje ovih transporta vršila je 6. krajiška brigada. U Sanskom Mostu ranjenici su bili prihvaćeni, jedan deo (njih 12) zadržan u privremenoj bolnici, a ostali najvećim delom upućeni u Podgrmečku bolnicu, zatim u divizijsku blonicu, Sanicu i Ribnik.

U drugoj grupi — 11. divizije, najveći gubici bili su kod 5. brigade tako da je HME u s. Krčmarice bila pre-

opterećena, a kako se nalazila relativno blizu neprijateljskih položaja bila je povremeno i pod neprijateljskom artiljerijskom vatrom, zbog čega se morala i premeštati. Posle trodnevnih borbi neprijatelj je dobio pojačanje zbog čega je napad morao biti prekinut i jedinice 5. brigade morale su se povući, tako da nije ni bilo vremena za obradu svih ranjenika. Ukupno je bilo obrađeno oko 30 ranjenika među ovima i nekoliko laparotomija. Brigadno previjalište 5. brigade izvršilo je evakuaciju ranjenika iz s. Krčmarica volovskim kolima preko Crnog vrha za Kotor Varoš, gde su ranjenici stigli 3. januara uveče i odatle produžili sutradan ujutro za bolnicu u Šipragama.

Na sektoru Starčevica Brdo bilo je svega oko 25 ranjenika od kojih je kroz HME prošlo 10 (uglavnom prelomi i obrada rane). Evakuacija ranjenika sa položaja bila je otežana jer nije bilo dovoljno nosila.

Brigadno previjalište 12. krajiške brigade nalazilo se u s. Rebrovac. Zbog rđavih puteva ranjenici su evakuisani na konjima i nosilima.

Evakuacija ranjenika iz treće grupe vršena je uz mnoge poteškoće pravcem Han Kola — Kadina Voda — Čađavica. Ova evakuacija bila je poverena sa zakašnjenjem sanitetu Udarnog odreda koji je bio tek formiran i vrlo slab. Otežavajuću okolnost predstavljala je i nesigurna pozadina, koju su ugrožavali četnici, zbog čega su ranjenici dugo zadržavani u Han Kolima, dok nije bila oslobođena komunikacija za njihovu evakuaciju u Čađavicu. Sanitetski odsek 5. korpusa predlagao je da ovu evakuaciju, uz formiranje relejnih stanica u Han Kolima i Kadinoj Vodi, preuzme na sebe sanitetska služba 3. krajiške brigade koja je bila mnogo bolje organizovana i imala veći broj iskusnih kadrova. Međutim ovaj predlog nije bio prihvaćen od strane komande korpusa.

Zbog dugih puteva evakuacije na pravcu Banjaluka — Han Kola — Čađavica — Ribnik — Sanica, bila je u s. Čađavica postavljena hirurška ekipa Sanitetskog odseka Vrhovnog štaba, kao druga etapa, sa ulogom korisne ekipe.

Četvrta grupa koja je napadala na Gradišku i okolna uporišta formirala je brigadno previjalište 11. kozarske

brigade, koje je istovremeno igralo ulogu divizijskog prihvatilišta za ranjenike iz Lijevečansko-gradiškog odreda sa jednom hirurškom ekipom. Posle borbi koje su trajale celu noć i u toku kojih su jedinice bile prodrle u grad, ujutro su 63 ranjenika, uz obezbeđenje brigade, evakuisana u Kozaru u sastavu brigadnog previjališta, pošto je teren bio nesiguran. U izveštaju koji je u vezi sa ovim podneo Sanitetski odsek 5. korpusa Sanitetskom odseku pri Vrhovnom štabu navodi se da „hirurška ekipa nije uopšte imala posla«.

Peta grupa nije imala gubitaka jer nije bila u borbi. Analizirajući rad HME u ovoj operaciji dolazimo do sledećih zaključaka: Što se tiče rada HME na levoj obali Vrbasa, mada je lokacija prve HME u s. Saračica bila dobro odabrana u odnosu na brigadno previjalište 6. krajiške brigade, koje se nalazilo u s. Petričevac, moglo bi se reći da su ove ekipe bile potpuno neiskorišćene. Od 63 ranjenika koje je imala na primer četvrta grupa HME nije obradila nijednog, već su svi evakuisani u bolnicu u Kozari¹⁸⁾.

Na desnoj obali r. Vrbas lokacija stalne HME 11. divizije nije bila najsrećnije odabrana što se može zaključiti iz činjenice da je HME bila povremeno pod neprijateljskom artiljerijskom vatrom, zbog čega je morala prekidati rad i premeštati se. Ovo se negativno odrazilo i na relativno malom broju obrađenih ranjenika iako su ukupni gubici na ovom sektoru bili veliki.

HME na brdu Starčevica nije ni imala određeno stalno mesto. Ona se kretala zajedno sa štabom divizije. Ova ekipa bila je postavljena u odnosu na brigadno previjalište 12. krajiške brigade bilo ispred njega ili, u najboljem slučaju, paralelno sa njim (to je danas teško reći jer nema pouzdanih podataka o lokaciji u toku borbe). Iz

¹⁸⁾ Ovi podaci su dati prema pismenom izveštaju referenta saniteta 4. divizije, upućenom sanitetskom odseku 5. korpusa 9. januara 1944. god. (Zbornik dokumenata sanitetske službe u NOR-u Jugoslovenskih naroda, knjiga I dokumenat br. 217). Međutim, prema izjavama preživelih učesnika — šefova hirurških ekipa, koje je naknadno prikupio Tončić, broj obrađenih ranjenika bio je znatno veći.

navedenih razloga kroz ovu ekipu prošao je relativno veoma mali broj ranjenika, iz čega bi se moglo zaključiti da ni ona nije bila racionalno iskorišćena.

Pošto nije bilo formirano zajedničko divizijsko prihvatilište ranjenici su iz brigadnih previjališta ove grupe bili evakuisani neposredno u pozadinske bolnice.

Međutim, i pored grešaka, koje su se povremeno činile u toku NOR-a prilikom organizacije ukazivanja prve hirurške pomoći, slobodno se može reći da su HME časno izvršile zadatke koji su im bili postavljeni zahvaljujući, pored ostalog, i požrtvovanosti osoblja, svojoj pokretljivosti i u vezi s tim maksimalnom približavanju hirurške pomoći liniji na kojoj su se odvijala borbena dejstva. One su se pokazale kao jedna od najpogodnijih formi za ukazivanje prve hirurške pomoći u NOR-u.

Specijalistička pomoć. Obezbediti ukazivanje specijalističke pomoći u partizanskim uslovima je vrlo težak zadatak, s jedne strane, usled nedovoljnog broja kadrova i odgovarajućih uslova za takav rad da bi se ta pomoć mogla obezbediti i odvojenim manjim jedinicama, što bi bilo jedno rešenje, a s druge strane, nemogućnost da se obezbedi blagovremeno centralizovano ukazivanje ove pomoći za veći broj jedinica razbacanih na prostranoj teritoriji. Iz navedenih razloga kao najpovoljnije rešenje dolazi u obzir evakuacija ranjenika vazдушnim transportom u odgovarajuće bolnice, u pozadini operativne armije, ukoliko postoji veza sa ovom.

U toku NOR-a do pred kraj 1943. godine ukazivanje specijalističke pomoći vršeno je uglavnom u pojedinim bolnicama koje su raspolagale kadrovima užih specijalističkih profila (ortopedima, otorinolaringolozima itd.) i to, razumljivo, samo jednom manjem broju ranjenika koji je gravitirao toj bolnici. U ostalim bolnicama obradu ranjenika, kojima je trebala specijalistička pomoć, vršili su opšti hirurzi. Od kraja 1943. godine, kada je otpočela evakuacija ranjenika u savezničke baze u Italiji i Malti, pored navedenog, jednom delu ranjenika bila je tamo ukazivana i specijalistička pomoć.

2. MEDICINSKA TRIJAŽA

Zadatak medicinske trijaže je razvrstavanje ranjenika po prirodi ranjavanja, odnosno vidu medicinske pomoći koja treba da im bude ukazana, načinu transporta, hitnosti itd., a u cilju da bi ta pomoć bila ukazana na vreme i što bolje, upravo onim redom i onim ranjenicima kojima je najpotrebnija. Prema tome, može se govoriti o dijagnostičkoj, terapijskoj, transportnoj trijaži itd. Iako ne može biti govora o tome da je ovaj ili onaj vid trijaže od većeg značaja, jer samo u potpunosti i pravilno izvršena trijaža omogućuje i pravilno zbrinjavanje ranjenika i bolesnika, ipak se može govoriti o tome da pojedine vrste trijaže dobijaju u određenim uslovima, kao što su na primer uslovi partizanskog ratovanja, posebno značenje. Tako na primer, iako osnovni principi medicinske trijaže važe i za medicinsku trijažu u partizanskim uslovima, ima faktora koji i pored toga, što su od važnosti i za operativnu armiju, imaju još mnogo većeg značaja za medicinsku trijažu u partizanskim uslovima. Takav je recimo slučaj sa pokretljivošću ranjenika, odnosno transportnom trijažom. U toku NOR-a često je baš pokretljivost ranjenika bila kriterijum koji je odlučivao na koji će se način preduzeti dalje lečenje ranjenika, tj. da li u pokretu, u nekoj partizanskoj bolničkoj ustanovi ili evakuacijom u pozadinu operativne armije. Tako se, na primer, u naredenju Sanitetskog odseka Vrhovnog štaba od 26. III 1944. godine koje govori o organizaciji pripremanja ranjenika za evakuaciju avionima, navodi da za evakuaciju u savezničke zemlje dolaze u obzir na prvom mestu nepokretni ranjenici koji će moći izdržati transport, a čija će nepokretljivost trajati duže od 3—4 nedelje.

Sama organizacija medicinske trijaže odgovara uglavnom onoj u operativnoj armiji tj. u slučaju većeg priliva ranjenika prva, gruba trijaža može se vršiti na određenom mestu, koje se postavlja ispred odgovarajuće etape sanitetske evakuacije, dok se naknadna trijaža vrši na samoj etapi.

Od kolikog je značaja pravilno izvršena trijaža i u uslovima partizanskog ratovanja svedoči i činjenica da je

slabo izvršena trijaža na prednjim etapama u pojedinim borbama za vreme NOR-a u znatnoj meri otežavala rad hirurških ekipa, koje su bile pretrpane lakim ranjenicima tako da se nisu mogli postići bolji rezultati u ukazivanju kvalifikovane hirurške pomoći.

3. EVAKUACIJA RANJENIKA I BOLESNIKA

Težnja da se po svaku cenu sačuva život ranjenika i bolesnika, što je bilo osnovni cilj sanitetske službe u toku NOR-a, dolazila je često u sukob ne samo sa vojnim već i medicinskim zahtevima. Nije se, na primer, moglo uvek udovoljiti jednom od bitnih medicinskih zahteva — da se ranjenicima obezbedi mir i nekretanje. Ovo iz razloga što bi njihovo ostavljanje neprijatelju značilo za njih sigurnu smrt. Ne ostavljati ranjenike i bolesnike bio je kategorični imperativ i za sanitetsku službu i za celu Narodnooslobodilačku vojsku. Bitka za ranjenike na planini Rađuši kod Prozora u toku četvrte neprijateljske ofanzive 1943. godine jedan je od vrlo rečitih takvih primera.

Zbog poteškoća na koje se nailazi prilikom zbrinjavanja ranjenika u partizanskim uslovima uopšte i sanitetska evakuacija ima niz specifičnosti, od kojih ćemo pomenuti najvažnije.

Pošto u partizanskom ratu nema sigurne pozadine u koju bi se mogla vršiti evakuacija ranjenika, jer je cela teritorija istovremeno i bojište, ne može se ustvari ni govoriti o evakuaciji u onom smislu kakva je ona u frontalnom ratu. Sem izuzetaka kao što su, na primer, evakuacija vazдушnim transportom u dublju pozadinu operativne armije ili evakuacija iz jedinica u konspirativne bolnice, itd., pre bi se moglo govoriti o transportovanju ranjenika tj. stalnom pokretanju ranjenika, sa jednog mesta na drugo, nego o evakuaciji.

Kada se imaju u vidu poteškoće sa kojima je najčešće skopčano ovo pokretanje ranjenika po besputnim predelima ili ukoliko su oni i komunikativni onda bez odgovarajućih transportnih sredstava, videćemo koliko je

opravdan i razumljiv zahtev za humanizacijom rata, upravo u odnosu na ranjenike u partizanskom ratu.

Osnovni zahtevi sanitetske evakuacije, tj. da evakuacija treba da je što brža i u vezi s tim i približavanje transportnih sredstava mestu gde se odvijaju borbena dejstva što veće, medicinsko staranje o ranjenicima za vreme samog transporta itd. važe u potpunosti i za sanitetsku evakuaciju u partizanskim uslovima. Međutim, dok izbor sredstava za evakuaciju ranjenika u operativnoj armiji zavisi uglavnom od medicinskih zahteva, s jedne, i operativno-taktičkih, s druge strane, u partizanskim uslovima, pored ovih, kao vrlo važan faktor dolazi i mogućnost nabavke transportnih sredstava, jer se nasuprot operativnoj armiji najčešće koriste mesna transportna sredstva, a samo izuzetno raspolaže i posebnim sanitetskim transportnim sredstvima. Ove činjenice povlače za sobom i druge posledice. Dok je u savremenim armijama usvojen princip evakuacije »k sebi« zbog niza prednosti koje on pruža u pogledu mogućnosti manevra transportnim sredstvima, racionalnog korišćenja istih i slično, evakuacija »od sebe« predstavlja jednu od specifičnosti evakuacije u partizanskim uslovima. Do ovoga dolazi iz više razloga. Na prvom mestu, tu je sam karakter borbениh dejstava u partizanskim uslovima kada se često radi i o manjim jedinicama koje samostalno dejstvuju. Ukoliko je neka jedinica samostalnija u svojim dejstvima, ili se nalazi na većoj udaljenosti od bolnice u koju eventualno treba da se vrši evakuacija ranjenika, utoliko je ona više upućena na princip evakuacije »od sebe«. Naime u tom slučaju razumljivo je da bolnica ne može upućivati neki transport radi prihvatanja tih ranjenika, čak i kada bi ga imala, zbog otežanog održavanja veze sa takvom jedinicom. Na svaki način u ovakvom slučaju lakše je jednoj jedinici znati rejon razmeštaja neke partizanske bolnice, u koju šalje svoje ranjenike, nego ovoj mesto gde se nalaze ranjenici te jedinice. Međutim, jedan od najvažnijih razloga je činjenica da i u slučaju kada se borbena dejstva odvijaju u sastavu neke veće jedinice ova, zbog nedostatka transportnih sredstava, nije u stanju da ih dodeli potčinjenim jedinicama, već

ih jedinice nabavljaju same na terenu. Prema tome, evakuacija »od sebe« predstavlja najčešće jedino moguće rešenje, kada jedinice u težnji da ne umanje svoju manevarsku sposobnost nastoje da ranjenike što pre predaju nekoj sanitetskoj ustanovi (napr. teritorijalnoj bolnici) koristeći u tu svrhu sva raspoloživa transportna sredstva kojima u datom momentu raspolažu. Međutim, ovakva evakuacija ima i nedostataka koji se ogledaju u tome da u ovom slučaju treba imati više transportnih sredstava za evakuaciju istog broja ranjenika, jer je znatno otežan manevar sa njima i prema tome njihovo racionalno korišćenje.

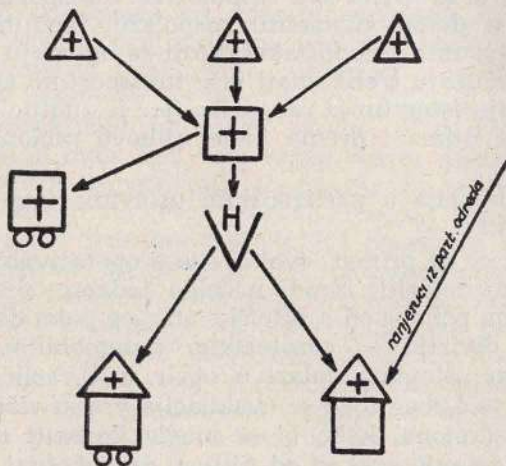
Evakuacija u partizanskim uslovima ima još nekih osobenosti.

Dok se na primer, evakuacija u operativnoj armiji, na određenoj relaciji, izvodi načelno jednom vrstom transporta (na primer od sanitetske stanice puka do sanitetske stanice divizije — sanitetskim automobilima), u partizanskim uslovima dolazi u obzir više različitih vidova transporta i zbog toga se evakuacija vrši u više odvojenih pravaca (kolona) kako bi se mogla koristiti maksimalna brzina kretanja svakog od njih. U istoj koloni na primer, ne mogu se kretati i pešaci i konjanici i nosila, a da od toga ne trpi brzina pokreta, posebno ako se on vrši po uskim planinskim stazama koje ne dozvoljavaju paralelnu evakuaciju različitim vidovima transporta.


Nedostatak transportnih sredstava i tegobe ranjenika za vreme evakuacije često su jedan od razloga za stvaranje većeg broja bolnica kako bi svaka od njih mogla da prima ranjenike sa određenog odnosno najbližeg sektora. Ma kako dobro bila organizovana hirurška služba u jedinicama ona ne može nadoknaditi nedostatak dovoljnog broja bolnica pošto izraziti manevarski karakter partizanskih dejstava vrlo retko omogućuju potrebnu postoperativnu netransportabilnost ranjenika. Zbog toga se i težište rada trupnog saniteta svodi često na organizaciju što bolje i hitnije evakuacije ranjenika i bolesnika u najbliže bolnice. Odatle i značaj koji se pridaje evakuaciji u partizanskim uslovima.


Sanitetska evakuacija u toku NOR-a vršena je na sledeći način. Ranjenike su iznosili iz borbenog poretka i ukazivali im prvu pomoć najčešće najbliži drugovi, ponekad i bolničari, zbog toga što manje partizanske jedi-


Šema evakuacije ranjenika u NOR-u





LEGENDA


 - bat. previjalište

 - hirurško mobil. ekipa

 - brig. previjalište

 - pokretna part. bolnica

 - brig. ambulanta

 - nepokretna part. bolnica

Skica 3

nice nisu raspolagale sanitetskim kadrovima. Odavde se ranjenici iznose na nosilima do bataljonskog previjališta, koje se razvija u neposrednoj blizini borbenog poretka bataljona. Od bataljonskog previjališta ranjenici se eva-

kuišu na nosilima ili kolima do brigadnog previjališta. Laki ranjenici iz brigadnog previjališta se upućuju u brigadnu ambulantu, a teži, kojima je potrebno ukazivanje hirurške pomoći, u hiruršku ekipu, ukoliko je ova razvijena. Iz hirurške ekipe ranjenici se nakon obrade upućuju ili u najbližu nepokretnu teritorijalnu partizansku bolnicu ili u odgovarajuću pokretnu bolnicu (divizijsku). Ukoliko se ne razvija hirurška mobilna ekipa, ili ako je ona daleko odnosno nije na pravcu evakuacije, onda se ranjenici iz brigadnog previjališta upućuju neposredno bilo u nepokretnu ili pokretnu partizansku bolnicu. Ako se radi o manjoj samostalnoj jedinici, partizanskom odredu na primer, tada se ranjenici nakon ukazane medicinske pomoći mogu evakuisati neposredno u najbližu teritorijalnu bolnicu.

Da bi se evakuacija mogla što uspešnije izvoditi Statut je predviđao, pored onog što je već navedeno (nosilaca ranjenika sa odgovarajućim brojem nosila u četi, bataljonu i brigadi i najsavršenijih transportnih sredstava koja se u danom momentu zateknu) još i formiranje bolničarskih četa pri divizijama. U nekim jedinicama njihovo brojno stanje kretalo se od 60—100 ljudi podeljenih u tri voda od kojih su jedan do dva bila uz divizijsku bolnicu a jedan kod najudaljenije brigade. Komanda čete je mobilisala seljačka kola za pokret divizijske bolnice i evakuaciju ranjenika iz brigadnih previjališta. U zatišju četa se koristila i za druge poslove — izgradnju parti-zanske buradi itd.

Evakuacija ranjenika vrši se svim vidovima transporta, najčešće pešice, na nosilima, tovarnim ili zaprežnim transportom — ređe motornim transportom, železnicom, brodovima a kada postoje uslovi za to i avionima.

a) Pešice se načelno evakuišu samo laki ranjenici i bolesnici. U toku NOR-a bilo je međutim češće situacija da su se i pored sveg nastojanja morali ovako evakuisati i teži ranjenici i bolesnici, u slučaju kada nije bilo dovoljno nosioca ranjenika, odnosno drugih transportnih sredstava za njihovu evakuaciju. Ranjenici se kreću odvojeno, u zasebnoj koloni, u sastavu svoje jedinice, od-

nosno odgovarajuće sanitetske ustanove. Brzina kretanja može biti do 4 km na čas. Ne smeju zaostajati iza svoje jedinice niti ometati pokret.

b) Nošenje ranjenika na nosilima. Nosila predstavljaju u partizanskim uslovima često jedino podesan način za evakuaciju teških ranjenika, s obzirom na tešku проходnost zemljišta kojim se jedinice kreću, izbegavanje komunikacija (koje često kontroliše neprijateljska motorizacija) itd. Ponekad se moraju upotrebiti i tamo gde terenske mogućnosti dozvoljavaju i upotrebu drugih transportnih sredstava, na primer tovarnog ili zaprežnog transporta, ali se sa istim ne raspolaže. Naravno da je ovo i jedan od najmanje ekonomičnih načina, jer zahteva veliki broj ljudstva i veliko fizičko i psihičko zamaranje nosilaca ranjenika¹⁹). Pa i pored toga teški ranjenici su ponekad nedeljama nošeni na nosilima. Ima podataka da su svega dva čoveka nosila ranjenog druga po više stotina kilometara, sve dok nisu došli u sastav svoje jedinice.

Nedostaci ovog vida transporta su sporost u kretanju, mala nosivost i potreba za većim brojem jakih i izdržljivih ljudi. Povoljne su strane relativna udobnost, lako prilagođavanje teškim terenskim uslovima, jednostavnost i mogućnost upotrebe i tamo gde se ostali vidovi transporta ne mogu upotrebiti ili gde bi njihova upotreba bila neracionalna (prenos na planinskim stazama, prenošenje ranjenika i bolesnika na kratkim rastojanjima).

Pri tome treba imati u vidu sledeće :

— nosioci ranjenika i bolesnika moraju biti zdravi, snažni i izdržljivi ljudi;

— nosioce je potrebno po mogućnosti osloboditi od delova njihove opreme;

¹⁹) „Od Sokolovog kamena kolona nije mogla dalje. Svi su se nekoliko puta izmenili noseći ranjenike, zamorili i baldisali; dalje nisu mogli. Tu je i vetar nabacao sneg, pa se upadalo i preko pojasa. Nosila, napravljena od čebadi i običnih bukovih oblica razvalila su se. Sa čela kolone čula se galama. Ranjenici su jaukali; nisu hteli da ih dalje nose...“

— obratiti pažnju da se zaštite ramena jer često nastaju dugotrajni uboji (dekubitusi), i

— kadgod je moguće olakšati prenošenje ranjenika i bolesnika i bar na nekim relacijama upotrebiti tovarni ili zaprežni transport.



Sl. 4 — Žene Kupresa nose ranjenike 1943. godine

U svom kretanju nosioci ranjenika ne treba da zaostaju iza svoje jedinice koja se kreće pešice. Prema tome brzina kretanja trebalo bi da iznosi prosečno oko 4 km. Međutim, praksa je pokazala u NOR-u da oni mogu preći najviše 2—3 km na čas. Na svaka nosila određuju se po 4 nosioca (obično bez zamene jer nema ljudstva u dovoljnom broju). Za nošenje ranjenika se upotrebljava stanovništvo (u toku NOR-a često su to bile omladinke) na dobrovoljnoj bazi ili u tu svrhu posebno mobilisano, ponekad i zarobljenici, a izuzetno i ljudstvo samih jedini-

ca (borački sastav), što treba izbegavati²⁰). Marta 1943. godine kad je počela neprijateljska ofanziva iz Ogulina ranjenici iz Vukelića bili su prvo evakuisani u bolnice u šumi a odavde je krenuo transport sa 60 nepokretnih ranjenika na nosilima do baraka u šumi kraj pilane na Me-



Sl. 5 — Omladina nosi ranjenike

sunama iznad Novoga. Put je trajao neprekidno 18 časova »a gladna i polubosa omladina (omladinke iz obližnjih sela) herojski je izvršila taj zadatak« kako navodi jedan očevidac.

²⁰) Evo kako je izgledalo po Beljakovu nošenje ranjenika u toku četvrte neprijateljske ofanzive iz Zlo-Polja do Sovića „Celu noć i sutra dan nošeni su ranjenici po užasnoj snežnoj stazi preko jaruga i brda. Nosili su svi, ko god je bio sposoban. Izne-mogli smo. Više puta smo se odmarali na snegu. Čovek praznih ruku jedva se kretao putem a sa nosilima bilo je nesnosno teško. Ljudi su stalno klizali i padali. Čuo se jauk ranjenika. U zoru smo stigli u Soviće...“

c) Tovarni transport. S obzirom na njegovu elastičnost i sposobnost za savladivanje slabo komunikativnih i besputnih predela, ova vrsta transporta često se koristi u partizanskim uslovima. Nedostaci su mu mala nosivost, sporost u kretanju, zahteva relativno mnogo ljudstva i stoke. Brzina kretanja 4 km na čas, jer se po pravilu kreće samo hodom.

Ako postoji mogućnost izbora, za evakuaciju ranjenika i bolesnika treba birati zdravu, snažnu i izdržljivu stoku, sa ispravnim priborom.

Sneg visine oko 30 cm usporava brzinu kretanja. Da bi se sprečilo klizanje i padanje zimi, stoka treba da je potkovana zimskim potkovom.

Za stoku treba obezbediti ishranu i vodu za piće. Svaku povoljnu priliku koristiti za odmor. Voditi računa o tome da se stoka ne preopterećuje i ne izlaže suvišnom i nepotrebnom kretanju.

U toku NOR-a najčešće upotrebljavano transportno sredstvo za evakuaciju teških i nepokretnih ranjenika i bolesnika bili su konji, bilo jahaći ili tovarni. Konji se dodeljuju sanitetskoj službi ili iz samih jedinica ili se mobilišu od stanovništva. Do njih je vrlo teško doći jer prolaženje većeg broja raznih jedinica i oduzimanje od strane neprijatelja uslovljava da čitavi krajevi ostaju bez konja. Usled slabe ishrane i velikih napora konji u velikoj meri propadaju. Teži ranjenici jašu sami na konju ili ih za vreme pokreta pridržavaju bolničari. Ako terenski uslovi dozvoljavaju (oštre okuke na planinskim stazama ovo onemogućavaju) najteži ranjenici mogu i da leže na nosilima koja se pričvršćuju na duge motke učvršćene na samare dva konja, koji idu jedan iza drugog.

d) Zaprežni transport. Zaprega može biti konjska ili volovska. Konjska je nešto brža, dok volovska raspolaze većom vučnom moći.

Kola ima raznih tipova što zavisi, pored ostalog, i od puteva kojima ona saobraćaju. Uglavnom ih delimo na dvokolice i dvoosovna kola. Dvokolice su lakše i okretnije pa se mogu upotrebljavati i tamo gde nema uslova za upotrebu dvoosovnih kola kao što je slučaj na uskim brdskim ili planinskim putevima, sa velikim krivinama i na-

gibima. Nosivost zaprežnih kola iznosi do 500 kg, a dvo-kolica do 250 kg. U dvoosovna zaprežna kola mogu se smestiti jedan do dva ležeća i dva sedeća ranjenika ili 3—5 sedećih, a u dvokolicu dva sedeća ranjenika ili bole-snika. Najviše se koriste obična seoska kola.



Sl. 6 — Evakuacija ranjenika

Saonice su se zimi pokazale kao vrlo pogodno i udobno sredstvo za evakuaciju ranjenika i bolesnika. Ako je sneg dovoljno visok, onda je potres pri prevoženju sveden na minimum, a kretanje ravnomerno, tako da ovakav transport mogu podnositi i najteži ranjenici i bole-snici. Naknadna krvarenja ili šokovi u vezi sa transport-nom traumatizacijom su kod upotrebe saonica vrlo retki. Na jedne saonice, zavisno od veličine saonica i vrste po-vreda, mogu se smestiti 3—5 ranjenika (bolesnika).

U toku NOR-a bilo je slučajeva da su se saonice kori-stile i leti za evakuaciju ranjenika i bolesnika po inače teškom i besputnom zemljištu (Crna Gora). Tako su juna 1942. godine ranjenici iz Stabna prevoženi u Tjentište sa-onicama koje su se pokazale i u ovom slučaju kao pogodno transportno sredstvo jer su klizile preko neravnina koji-ma je obilovao krš. Za evakuaciju zimi korišćena su i no-sila-skije, slična malim i uskim saonicama. Ova nosila

vukao je po jedan konj a imala su i svoga pratioca, koji je nizbrdo kočio pomoću posebno učvrćenog koca. Obično se kretala kolona od više ovakvih nosila-skija. Ranjenici su bili utopljavani ćebadima i naročito u tu svrhu sašivenim kožusima od ovčje kože sa vunom. Pred polazak su dobijali čaj ili vruću supu (10. divizija 1944. god.).

Pri korišćenju zaprežnog transporta treba imati u vidu sledeće:

- za zaprege upotrebljavati po mogućstvu dobre i izdržljive konje;
- za prevoženje ranjenika i bolesnika podesiti kola stavljanjem sena, slame, granja;



Sl. 7 — Evakuacija zimi

— brzina kretanja podešava se prema potrebi, a iznosi najčešće 4—5 km na sat, tj. kao i ljudstva koje se kreće pešice.

Dužina dnevnog marša u ovim uslovima je oko 30 do 40 km.

U toku NOR-a se nekada evakuacija morala vršiti i na duge relacije. Tako, na primer, pošto u Istri nije bilo povoljnih uslova za smeštaj bolnica, ranjenici i bolesnici su bili evakuisani u Gorski kotar. Duž puteva evakuacije

bio je čitav sistem bunkera za smeštaj ranjenika na pojedinim etapama evakuacije.

I u toku prebacivanja ranjenika sa Kalnika u Slavoniju na relaciji od oko 100 km, s obzirom da se evakuacija vršila konjskim i volovskim zapregama, a putovalo se najčešće noću, zbog opasnosti od neprijatelja, put je trajao po nedelju dana.

Zaprežna transportna sredstva se mobilišu od stanovništva uz pomoć narodnih vlasti. U slabo naseljenim planinskim mestima do njih je bilo teže doći, dok su se u ravničastim, bogatijim naseljima mogla mobilisati u dovoljnom broju.

Da bi se izbeglo neorganizovano i zbog toga necelishodno korišćenje mesnih sredstava (rekviriranje konja, zaprežnog transporta i slično od civilnog stanovništva), korišćena je u nekim našim krajevima, kao na primer u Sloveniji 1944. godine, posebna organizaciona forma, tzv. »etapna vožnja«. Ona se sastojala u sledećem: duža relacija na kojoj se vršila evakuacija ranjenika ili dotur materijalnih sredstava delila se na više etapa, tako da transportna sredstva mobilisana u jednom mestu voze samo na jednoj određenoj kraćoj relaciji — etapi na kraju koje predaju svoj teret drugim transportnim sredstvima, koja opet voze do sledeće etape, a sama primaju teret za obratni pravac. Tom prilikom određivan je dan i čas polaska i relacija do koje se vozi. Na polaznoj stanici na određenom mestu primaju se ranjenici i bolesnici, odnosno materijal koji treba da se preveze. U tu svrhu pripremaju se potrebne prostorije za smeštaj ranjenika, odnosno materijala, za njihove pratioce kao i etapna kuhinja u kojoj su dobijali hranu kako ranjenici tako i pratiodci, prolazeći kuriri itd. Za evakuaciju ranjenika, odnosno prevoženje materijala na relaciji Loški potok — Černomelj bile su predviđene sledeće etape:

- I etapa Loški potok do Čabra
- II etapa Čabar — Osilnica
- III etapa Osilnica — Brod Moravice
- IV etapa Brod Moravice — Černomelj.

Ceo put je trajao dva dana.

Slična etapna evakuacija primenjivana je na primer u centralnoj Bosni još 1942. godine u toku borbi koje su vodile jedinice 1. i 4. krajiške brigade na planini Ljubić. Prva etapa bila je Čečava — gde se nalazila ambulanta 2. brigade. Druga prihvatnica u Maslovarama gde su bile dve stalne bolničarke koje su unapred bile obaveštene o dolasku ranjenika i pripremale hranu. O tome se starala komanda mesta Maslovare. Evakuacija je vršena kolima, konjima i pešice. Uz ranjenika je bila jaka zaštitnica, i po nekoliko bolničarki za previjanje i ishranu ranjenika i bolesnika na putu. Transport je trajao tri dana s tim što su u Maslovarama menjana kola, konji i ljudstvo za nošenje nosila.

Ako se evakuacija ranjenika i bolesnika vrši zimi na veća rastojanja zaprežnim transportom (zbog čega ona dugo traje), treba obratiti i pažnju na ishranu tegleće stoke, jer u protivnom može doći do njene iscrpenosti i nepredviđenih zastoja koji mogu imati teških posledica, naročito ako se pokret vrši preko prostorije na kojoj ima više neprijateljskih uporišta. U tom cilju potrebno je organizovati relejne stanice (etapne stanice) na kojima treba unapred preko vojno-teritorijalnih organa ili terenskih radnika — simpatizera pripremiti stočnu hranu, pošto se za traženje ove gubi mnogo vremena. Kod takve evakuacije treba davati na zastancima ranjenicima i bolesnicima tople napitke a pored toga ih i dobro utopli. Ako nema mogućnosti za zagrevanje prostorija u obližnjim zgradama na koje se putem nailazi, onda ih je bolje zadržati na kolima ili saonicama, nego premeštati u hladne prostorije. Zahvaljujući dobroj organizaciji transporta prilikom evakuacije ranjenika iz Slovenije u Hrvatsku 1945. godine za vreme prve etape pokreta koji je vršen od Metlike do Medven Drage (inače je pokret vršen sve do Topuskoga) nije bilo nijednog slučaja prehlade, ozeblina ili pogoršanja stanja ranjenika i bolesnika, iako je temperatura za celo vreme transporta bila vrlo niska.

Evo plana tog transporta koji je izradilo Sanitetsko odeljenje Glavnog štaba NOV i POJ Slovenije 22. decembra 1944. godine:

I

Iz sabirališta u Metlici ide se preko Radovice, Sošica, Oštrca, Sorževa, Petrovine zatim prelaz pruge između Draganića i Jastrebarskog u Donju Kupčevinu i Pisarovinu na Topusko kako bude nalagala trenutna konkretna situacija.

II

Sastav kolone:

Vazduhoplovni bataljon

Bataljon za Vrhovni štab

Kolona ranjenika — oko 200 pokretnih

III

Baza za sabiranje ranjenika u Metlici. Javka — komanda mesta. Prostorije će pripremiti komanda Belokranjskog vojnog područja. Dogod se ranjenici nalaze u Metlici njihovu prehranu organizuje komanda Belokranjskog vojnog područja.

Sanitetsko odeljenje daće stručnog vođu kolone — druga poručnika Janeza Varle — Vaneta.

Glavna uprava Slovenačko vojno partizanske bolnice (SVPB) 7 korpusa daće intendanta za potrebe kolone ranjenika do dolaska u mesto. Upravi predlažemo da za to odredi druga kapetana Mikicu Herakovića.

Vojnim jedinicama će komandovati komandant koga odredi Glavni štab.

IV

Evakuisaće se ranjenici iz Slovenačke centralne vojno partizanske bolnice (SCVPB) iz Slovenačko hrvatske vojno partizanske bolnice (SHVPB) i bloka H.

V

Vremenski podaci:

U subotu 23. XII 1944. godine u 10 časova biće 6 kola na Planini, koja će prebaciti one ranjenike koji se teže kreću do Vrčica. Laki ranjenici iz Vrčica, neka budu 23. XII, tj. do subote u 10 časova u Vrčicama, jer će ih oko 10 časova čekati kamion, koji će zatim biti stalno na raspolaganju za prevoz ranjenika na sabiralište u Metlici. U slučaju potrebe kola će se vratiti i iz Vrčice u Planinu po ranjenike i dovesti ih do kamiona, koji će se vraćati u Vrčice dogod se za to bude ukazivala potreba.

Sabiranje traje 23. i 24. XII 1944. godine, komion koji bude vozio ranjenike iz Vrčica do Metlike prebaciće takođe i ranjenike iz bloka u Metliku. U tu svrhu neka izaslanik glavne uprave čeka 23. XII u 10 časova u Vrčicama na kamion kako bi mu dao potrebna uputstva. Drug Vršaj je obavešten da pošalje kamion u

određeno vreme u Vrčice. Kola će poslati na Planinu komanda Belokranjskog vojnog područja.

Ranjenici iz SHVPB otići će 25. XII ujutro direktno do Radovice gdje će se naći sa glavnom kolonom. Za kola za prevoz ranjenika iz SHVPB do pruge pobrinuće se sama SHVPB.

Ranjenici sabrani u toku 23. i 24. XII iz SCVPB i bloka E u Metlici krenuće 25. XII ujutro iz Metlike. Autokomanda će im staviti na raspoloženje 2 kamiona, komanda Belokranjskog vojnog područja 35 kola. Autokomanda i belokranjsko vojno područje već su o tome obavješteni.

VI

Borbena kolona krenuće 24. XII 1944. godine do Radovice, 25. XII 1944. ona će krenuti od Radovice do Kostanjevca gde će sačekati kolonu ranjenika.

VII

Napomene:

Brojno stanje ranjenika će se kretati oko 200. Glavna uprava neka vodi tačnu evidenciju tih ranjenika. Treba da sastavi spisakove da ne bi na zbornom mestu u Metlici došlo do zadržavanja. U Metlici treba ranjenike da sačeka lekar koji će pratiti kolonu do Splita, politkomesar i bolničarsko osoblje. Sa sobom moraju imati dovoljan broj nosila, da bi mogli nositi iznemogle. Za prenos do Donje Kupčine je određena kolona nosioca koju će dati komanda Belokranjskog vojnog područja, o čemu je ista već obavještena, našta će je ipak ponovo upozoriti drug poručnik Varl. Glavna uprava daće isto tako na raspolaganje potreban broj noćnih posuda, zavoja itd. Glavna uprava neka odredi koliko će ranjenika ići iz pojedinih odeljenja. Glavna uprava će dati takođe i jedno bure za razušivanje, jer će možda na putu biti potrebno razušivanje. Glavna uprava treba da da i kazane za kuvanje hrane. Kazane će vratiti vozari koji će se vratiti prije prelaska pruge. Prelaz preko pruge će se izvršiti pešice.

Komanda Belokranjskog vojnog područja će staviti u Metlici 25. XII ujutro na raspoloženje 25 kola. Vozari će poneti sobom suhu hranu za 6 dana. Na kola će staviti sena za ležište. Komanda Belokranjskog vojnog područja će dati na raspolaganje i 240 nosila za prenos do Pisarevine.

Intendant imenovan od Glavne uprave uzeće sa sobom za ranjenike i sanitetsko osoblje suhu hranu za 4 dana i hranu za kuvanje za 3 dana. Hranu će mu staviti na raspolaganje ekonomsko odeljenje pri Glavnom štabu, o čemu je isti već obavješten.

Lekar koji bude određen za zdravstveno staranje od Glavne uprave mora biti pre svega sposoban lekar, koji će se dobro starati i stalno se brinuti za ranjenike, da ne bi bili zanemareni. Stručno organizacisko sanitetsko rukovodstvo imaće drug poručnik Varl.

e) Automobilski transport. S obzirom da upotreba autotransporta zahteva bolje komunikacije koje često kontroliše neprijatelj, kao i na poteškoće u dobijanju vozila i snabdevanju pogonskim materijalom, što je sve najčešće trofejnog porekla, njihova upotreba dolazi ređe u obzir. Za vreme NOR-a automobilski transport korišćen je između ostalog za evakuaciju ranjenika i bolesnika na pojedinim relacijama u toku četvrte neprijateljske ofanzive.

f) Železnički transport. Železnice dolaze izuzetno retko kao sredstvo za evakuaciju ranjenika i bolesnika u partizanskim uslovima, najčešće u slučaju postojanja slobodne teritorije. Međutim, one su ipak bile upotrebljivane za vreme NOR-a za evakuaciju ranjenika i bolesnika u više navrata.

Već prvih dana po oslobođenju Užica 1941. godine radnici ložionice u saradnji sa nekoliko inženjera i lekara izradili su i sanitetski voz koji se sastojao iz lokomotive i nekoliko prepravljenih vagona u koje su bile ugrađene postelje i drugi potrebni uređaji (pored ostalog u jednom vagonu bilo je napravljeno i kupatilo sa toplom vodom). Ovim vozom vršena je evakuacija ranjenika iz jedinica koje su napadale Višegrad.

Evakuacija Centralne bolnice sa ukupno oko 1.000 lakših i težih ranjenika i bolesnika vršena je neprekidno iz s. Sevojna preko Užica za Zlatibor, u vremenu od 27—29. XI 1941. godine i to do Užica vozom, a od Užica sa desetak kamiona i dva sanitetska automobila.

Improvizovani oklopni voz koji su izgradili radnici ložionice u Užicu 1941. godine korišćen je prilikom povlačenja Vrhovnog štaba i bolnice za evakuaciju ranjenika i bolesnika iz Užica do Kremne i Mokre Gore.

Železnice su bile korišćene i u toku četvrte neprijateljske ofanzive za evakuaciju ranjenika i bolesnika iz jednog dela šumskih bolnica u Mlinište.

Evakuacija šumskom železnicom korišćena je i u Moslavačkoj gori u drugoj polovini 1944. godine itd.

Kod prebacivanja ranjenika iz bolnice koja se nalazila pod šatorima na planini Klekovači ranjenici su bili juna meseca 1944. god. prebačeni u Podgrmeč. Evakuaci-

ja je vršena vagonetima šumske željeznice a oštećene tračnice bile su zamenjene improvizovanim od cepanica i tankih stabala.

g) Plovna transportna sredstva u pogledu nosivosti i udobnosti zauzimaju važno mesto među ostalim vidovima transporta. Nedostatak im je što su vezana za plovne vodne komunikacije. Pri tome se mogu koristiti: putnički brodovi, remorkeri, motorni i obični teretnjaci, ribarske lađe itd, a i manji plovni objekti — čamci, splavovi kao i sav plovni materijal koji se nađe pri ruci. Manji plovni objekti koriste se obično samo za prebacivanje sa jedne strane na drugu. Ako se koriste splavovi (što načelno dolazi u obzir samo u krajnjoj nuždi i samo na rekama koje sporo teku) njihova dužina treba da iznosi bar 6 metara i širina oko 3 metra.

U toku NOR-a ovaj vid transporta korišćen je naročito za evakuaciju ranjenika i bolesnika sa jadranske obale na otok Vis. Korišćeni su manji motorni i ribarski brodovi.

h) Vazdušni transport. Prednost ovog vida transporta je velika brzina i mogućnost kretanja u svim pravcima. Nedostatak je relativno mala prenosna moć u odnosu na železnički ili plovidbeni transport. Kapacitet aviona je različit i kreće se od 2—3 ranjenika (bolesnika) do 20 i više.

Upotreba vazdušnog transporta ima niz prednosti. Na prvo mesto dolazi potreba da se operativne jedinice oslobode ranjenika i bolesnika, naročito nepokretnih, jer oni ograničavaju i pokretljivost samih jedinica, vežu ih za određenu teritoriju u cilju zaštite bolnice i često dovode u situaciju da se ove jedinice bore pod veoma nepovoljnim okolnostima i na način koji konvenira neprijatelju, što je u potpunoj suprotnosti sa taktikom partizanskog ratovanja. Vazdušni transport je praktično jedini vid transporta koji dopušta ovu mogućnost. Drugi faktor koji je u tom pogledu od značaja jeste teškoća, odnosno nemogućnost da se organizuje ukazivanje specijalističke pomoći ranjenicima u partizanskim uslovima.

U toku NOR-a od 1943. godine vazdušni transport je korišćen najviše za evakuaciju ranjenika i bolesnika u

savezničke bolnice, a docnije i u oslobođeni deo naše zemlje. (Vidi poglavlje zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u sanitetskim ustanovama u pozadini operativne armije).

4. Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u pokretu²¹⁾

Kod zbrinjavanja ranjenika i bolesnika u pokretu potrebno je reći nekoliko reči o tome šta se podrazumeva pod partizanskim pokretom (maršem) uopšte.

Partizanski pokret (marš) predstavlja posebnu vrstu usiljenog marša, pretežno noćnog, češće vršenog pod veoma nepovoljnim terenskim uslovima, lošim putevima i stazama, preko grebena visokih planina, oskudnim transportnim sredstvima, i što je od naročitog značaja, pod nepovoljnim zdravstvenim okolnostima, jer se u koloni često nalaze i među »zdravima« ljudi oštećenog zdravlja, a ponekad teški ranjenici i bolesnici.

Partizansku kolonu čine najčešće pešaci, konjanici, natovareni konji i nosila. Pošto glavčina koristi za svoje kretanje često samo jednu komunikaciju kolona se izdužava i po nekoliko kilometara (kolona po jedan). Brzina kretanja zavisi od zemljišta, tako da na boljim putevima ona iznosi oko 5 km na čas, na planinskim stazama oko 3 km i po dubokom snegu oko 1 km na čas. Zbog potrebe da se do zore pređe neka komunikacija kontrolisana od neprijatelja ili da se stigne na određeno mesto u cilju postizanja iznenađenja, brzina pokreta se može i znatno povećati. Dužina kolone i potreba da se po svaku cenu održi veza otežavaju u velikoj meri davanje redovnih zastanaka odnosno odmora u toku pokreta, dok vanredni zastanci napravljeni zbog izviđanja ili stupanja u borbu nisu odmor — zbog neizvesnosti, tako da se ni pešaci ni natovareni konji ne mogu rasteretiti.

²¹⁾ Mada se najveći broj ranjenika i bolesnika u ovom slučaju zbrinjava, ustvari, u pokretnim bolnicama pojedinih partizanskih jedinica, ipak ovaj izraz „u pokretu“ bolje odgovara jer se na ovaj način leče ranjenici i bolesnici i manjih jedinica kod kojih se ne može govoriti o bolnicama.

Kod partizanskog marša javlja se istovremeno niz negativnih faktora u pogledu dužine i brzine marša, uspona, tereta municije ili nošenja ranjenika, slabe ishrane, loše obuće i odeće itd. pa i psihičke iscrpenosti usled neprekidnih napora, zbog čega nije retkost da pojedinci, a naročito rekonvalescenti podlegnu naporima marša.

Ako ovome dodamo kvalitativno i kvantitativno slabu ishranu koja se u NOR-u ne retko kretala oko 1.000—1.400 kalorija dnevno (meso je predstavljalo glavni izvor belančevina i masti) uz naročiti manjak ugljenih hidrata, vitamina i kuhinjske soli, videćemo kakve napore traži ovakav pokret od partizanskih boraca, među kojima se ne retko nalaze i ranjenici i bolesnici, deca i starci.

Slaba odeća a posebno obuća dovodili su često do većeg broja smrzotina, dok su različite mere koje predviđa higijena marša mogle biti samo delimično sprovedene (pregled boraca pre marša i izdvajanje obolelih, mere pri smeštanju itd). Lična higijena mogla se održavati samo uz najveće napore.

Neuvežbani borci su ne retko podlegali u ovakvim pokretima dok je, s druge strane, bila prosto neverovatna izdržljivost starih boraca.

Kada se imaju u vidu ogromni naponi koje zahteva takav partizanski pokret, biće razumljivije šta znači istovremeno kretanje u koloni i stotina ranjenika i bolesnika, često teških i ustvari nepokretnih, bez odgovarajućih transportnih sredstava.

Igmanski marš 1. proleterske brigade koji je otpočeo 27. I 1942. godine sa Crnog vrha kod Sarajeva trajao je 26 časova za relaciju dugu oko 50 km. Temperatura se noću kretala oko —25 do —32°C. Brigada je krenula na marš nakon dva noćna marša, koja su mu prethodila, bez hrane i odmora. Od oko 1200 boraca preko 150—200 dobilo je smrzotine u manjoj ili većoj meri (od ovih su docnije bila i dva smrtna slučaja od tetanusa jer nije bilo seruma). Poznat je pokret koji su proleterske brigade vršile u vremenu od 24. juna do kraja jula 1942. godine sa oko 500 ranjenika sa sektora Pive—Goranskog, pravcem: prelaz preko Kuka (1821 m), kanjon Sutjeske —

Tjentište — Vrbnica — s. Jelašca — Treskavica (1639 m — 1544 m — 1877 m) — s. Ledići — s. Presjenica — s. Umoljani — prelaz preko pruge Sarajevo — Konjic — planina Cincar — Glamoč — Drvar — Bosanski Petrovac. Ukupno oko 450 km.

Veliki broj ranjenika i bolesnika zbrinjava se u partizanskim uslovima u pokretu u odgovarajućim sanitetskim ustanovama — brigadnoj ambulanti, divizijskoj bolnici itd. Ma koliko to bilo sa medicinske tačke gledišta nepoželjno, operativno-taktički razlozi i bezbednost ranjenika nalažu da se njihovo zbrinjavanje izvrši na ovaj način, jer se na drugi način, u partizanskim stacionarnim ustanovama, bolnicama operativne armije itd. često može zbrinuti samo relativno manji broj svih ranjenika i bolesnika. Najveći problem pri tome predstavlja zbrinjavanje teških, nepokretnih ranjenika i zaraznih bolesnika.

U organizacione pripreme za pokret većeg broja ranjenika i bolesnika na prvom mestu dolazi izrada plana pokreta koji treba da sadrži: brojno stanje ranjenika i bolesnika, pravac kretanja, klasifikaciju ranjenika i bolesnika prema njihovoj transportnoj sposobnosti kao i mere koje treba preduzeti da bi se pokret što bolje obezbedio u materijalno-tehničkom pogledu (mobilizacija ljudstva i transportnih sredstava, opravka puteva, stvaranje prihvatnica na pravcu pokreta itd.) a i u pogledu borbenog obezbeđenja.

Pre pokreta vrši se transportna trijaža. Ranjenici i bolesnici razvrstavaju se prema svojoj sposobnosti za transport na ranjenike i bolesnike koji se mogu kretati peške, na one koji mogu jahati, na ranjenike i bolesnike koji se transportuju kolima i na one koji se moraju prenositi nosilima. Pravilno izvršena trijaža je jedan od najvažnijih zadataka u pripremnom periodu pokreta. Koje će se transportno sredstvo upotrebiti kao i brojni odnos među njima zavisi na prvom mestu od operativno-taktičke situacije, komunikativnosti zemljišta, broja i vrste transportnih sredstava kojima se raspolaže, a tek zatim dolazi u obzir priroda ranjavanja.

Stalno prikupljanje podataka o operativno-taktičkoj situaciji je jedan od važnih zadataka kako u pripremnom

periodu, tako i za celo vreme dok traje pokret. Od velike je važnosti i prikupljanje podataka o higijensko-epidemiološkoj situaciji na pravcu pokreta u kome cilju treba da se izvrši, kadgod to okolnosti dopuštaju, higijensko-epidemiološko izviđanje kao i sve potrebne mere da se onemogućí širenje zaraznih oboljenja među ranjenicima i bolesnicima u pokretu, odnosno prenošenje sličnih oboljenja od civilnog stanovništva na pravcu pokreta ili onog koje se pogdekad kreće zajedno sa jedinicama. Sve ove mere treba pooštriti ako se pokret mora izvršiti kroz endemska žarišta zaraznih bolesti, naročito pegavca, trbušnog tifusa itd.

Kada se organizuje pokret većeg broja ranjenika i bolesnika koji se sakupljaju iz raznih sanitetskih ustanova i raznih pravaca, potrebno je na pogodnom mestu — stećištu komunikacija, formirati prihvatnu stanicu koja raspolaze potrebnim sanitetskim osobljem, po mogućnosti hirurgom i materijalom, na kojoj se vrši revizija rana, transportna trijaža, imobilizacija itd.

Sam pokret može da se vrši ili u sastavu glavnine neke jedinice (brigade, divizije) ili samostalno uz odgovarajuće obezbeđenje — na primer, pokret neke bolnice. Pokret većeg broja ranjenika i bolesnika organizuje se na taj način što se oni dele na desetine, vodove, čete i ešelone sa komandnim osobljem koje je odgovorno da se pokret izvrši tako da to u potpunosti odgovara i borbenim i medicinskim zahtevima. Lakim ranjenicima postavlja se komandno osoblje iz njihove sredine. Za vreme pokreta uz svaku grupu ranjenika i bolesnika, na primer uz 5—6 kola, određuje se po jedan bolničar, uz svaki ešelon po jedan lekar. Pokret većeg broja ranjenika mora biti obezbeđen i hirurškim ekipama. Sanitetsko osoblje obavlja svoju dužnost i za vreme samog pokreta (na primer, lekar koji se kreće na začelju kolone obilazi istu na konju za vreme pokreta), ali najpovoljnije vreme za razna previjanja, reviziju rana, njihovu obradu itd. je zadržavanje na pojedinim etapama koje se određuju u cilju odmora, pretovara ranjenika i bolesnika na druga transportna sredstva itd. Ako se pre pokreta izvrši revizija rana i ranjenik dobro hirurški obradi, tada najčešće nema potrebe

da se za vreme pokreta ponovo vrše neke lekarske intervencije, ukoliko sam pokret ne traje suviše dugo. Ipak u slučaju potrebe za vreme pokreta, mogu se vršiti najrazličitiji medicinski zahvati, kao previjanje, imobilizacija pa i različite hirurške intervencije. U toku NOR-a bilo je slučajeva da je za vreme pokreta vršena i transfuzija krvi. (Pored ranjenika koga nose na nosilima ide bolničar koji drži u ruci posudu sa konzervisanom krvi.)

Ishrana ranjenika i bolesnika vrši se preko intendanture pojedinih ešelona namirnicama koje se dobijaju od jedinica ili nabavljenim iz mesnih sredstava (ovo je često nemoguće zbog konspiracije) odnosno zaplenjenim od neprijatelja. Na ishranu za vreme pokreta treba obratiti veliku pažnju, jer pokret još više iscrpljuje i onako već izmučene ranjenike i bolesnike, a samo snabdevanje je često otežano (u toku NOR-a gladovanje u manjoj ili većoj meri za vreme pokreta nije bilo nikakva retkost). U toku dana obično se izdaje hladna hrana, meso, konzerve, marmelada, a topla hrana na etapama.

Ispred svakog ešelona isturaju se konačarske ekipe sa zadatkom da se blagovremeno izvrši priprema iduće etape za prijem i smeštaj ranjenika i bolesnika. Međutim, ponekad, u cilju održavanja tajnosti samog pokreta, ovo se ne vrši.

Na etapama se ranjenici i bolesnici smeštaju u kuće, naročito zimi radi noćivanja, ali se u slučaju rđavih smeštajnih uslova mogu i ostaviti, i na samim transportnim sredstvima (kolima, saonicama) u kome se slučaju određuje dežurno osoblje koje pazi da ranjenici u toku noći budu dobro pokriveni.

Duži pokreti se vrše, zavisno od operativno-taktičke situacije, i danju i noću, dok kraći pokreti, koji se mogu izvršiti u toku jedne noći, načelno samo noću. Brzina kretanja zavisi od transportnih sredstava kojima se raspolaže, komunikativnosti zemljišta, prirode ranjavanja, odnosno oboljenja. Prilikom kretanja kroz teritorije koje kontroliše neprijatelj, a naročito pri prelazu komunikacija, brzina se povećava. Brzina kretanja je od važnosti ne samo za neposrednu sigurnost ranjenika i bolesnika, nego isto tako i za očuvanje konspirativnosti pokreta.

Marševski poredak može biti različit, što zavisi od niza okolnosti. Na primer, mogu najpre da se kreću nepokretni ranjenici na nosilima, odnosno kolima, zatim ranjenici i bolesnici koji jašu, a na začelju ranjenici i bolesnici koji se kreću peške. Zarazni bolesnici se kreću u zasebnoj koloni. Poredak može biti obrnut, ali se uvek izdvajaju zarazni bolesnici u zasebnu kolonu.

Nik²²⁾ u svojim sećanjima koja se odnose na bolnicu X divizije, navodi da je, koristeći iskustva iz VI neprijateljske ofanzive, došao do zaključka da je najpogodniji poredak bolnice u pokretu sledeći:

1. Prethodnica sa komandirrom
2. Upravnik bolnice sa vodičem — po potrebi i jednim kurirrom za održavanje veze
3. Teški ranjenici na nosilima sa 1 lekarskim pomoćnikom i političkim delegatom
4. Ešelon pešaka sa bolničarkom
5. Ešelon konjanika pod rukovodstvom lekara
6. Komesar bolnice
7. Divizijska prihvatnica sa 1 medicinarom i bolničarkom
8. Dva konja sa divizijskom apotekom sa 1 bolničarom i berberinom
9. Jedan konj sa materijalom „ambulante“ tj. ekipe za previjanje ranjenika
10. Jedan konj sa arhivom uprave bolnice i radioaparatom sa jednim kurirom uprave bolnice
11. Jedan konj sa dva partizanska bureta i dezinfektorom
12. Dva konja sa kuhinjom pod nadzorom kuvara
13. Bolnička intendantura sa potrebnim brojem konja i jedan konj sa spremom zaštitnice — o intendanturi se staraju intendanti bolnice sa pomoćnikom i magacionerom.
14. Zaštitnica pod komandom komesara čete

Kao konačari išli su zamenik komandira, higijeničarka, 1 borac i dva mitraljesca. Uz svakog teškog ranjenika na nosilima išao je odgovarajući broj nosilaca za smjenu i po jedna bolničarka, a uz svakog ranjenika na konju, pored konjovodca, takođe po jedna bolničarka.

Borbeno obezbeđenje pokreta određuje vojno-političko rukovodstvo, a može se kretati od nekoliko boraca do celih divizija.

U partizanskim uslovima ratovanja česti su pokreti ranjenika i bolesnika po retko naseljenim i

²²⁾ Nick Dr Alfred, major J. A.: U bolnicama X divizije — Sećanja.

potpuno nenaseljenim prostorijama. Njihov smeštaj, kad su povoljni atmosferski uslovi, nije naročito složen, dok zimi, po vetru, snežnoj oluji i sličnim situacijama predstavlja veoma ozbiljan problem. Međutim, postoji niz rešenja — od kojih su mnoga korišćena i u našem NOR-u — koja i tada omogućavaju smeštaj — istina za kraće vreme.

Pored mera borbenog obezbeđenja već prilikom izbora mesta za bivak treba voditi računa o zaštiti od vetra i hladnoće; zato predeli pokriveni šumom imaju prednosti. Oni omogućavaju i lakšu nabavku drva za ogrev, izgradnju zaklona, skriveni su od neprijateljskog ugleda itd.

Kao dobar »građevinski« materijal sneg treba obilato koristiti jer je oko tri puta slabiji sprovodnik toplote od drveta. Po Hetu,^{*}) temperatura u drvenoj kolibi od oko 20°C, kad se ugasi vatra, veoma brzo pada, zavisno od spoljne temperature, ispod tačke smrzavanja, dok u iglou (snežna eskimska koliba) ostaje konstantno na 7°C, u toku cele noći, i kod spoljne temperature od —50°C. Kad sloj snega iznosi 3 m (zaleđen 2 m) on štiti i od parčadi granata i vatre pešadijskog naoružanja.

Vrsta zaklona zavisi od konfiguracije zemljišta, debljine snežnog pokrivača, kvaliteta snega, itd.

Snežne rupe i slični zakloni privremenog su karaktera — za boravak od nekoliko časova, dok drugi zakloni, naročito tipa igloa, mogu da se koriste danima i nedeljama. Prvi se obično prave za 1—2 čoveka, a drugi za 10, 20 pa i više ljudi. Koje će rešenje doći u obzir zavisice od vremena raspoloživog za izgradnju zaklona i predviđenog vremena za boravak. Snežna rupa se može, na primer, napraviti za nekoliko minuta, a iglo (za 8 ljudi) za oko dva časa.

Ako je debljina snežnog pokrivača bar 50 sm, snežna rupa se može napraviti (ako nema drugih sredstava) leganjem u sneg na leđa — pri čemu se okretanjem tela, više puta, uz pomoć nogu i ruku, prvo dubi snežna rupa a zatim širi u stranu. Šupljina se zatim delom ispuni

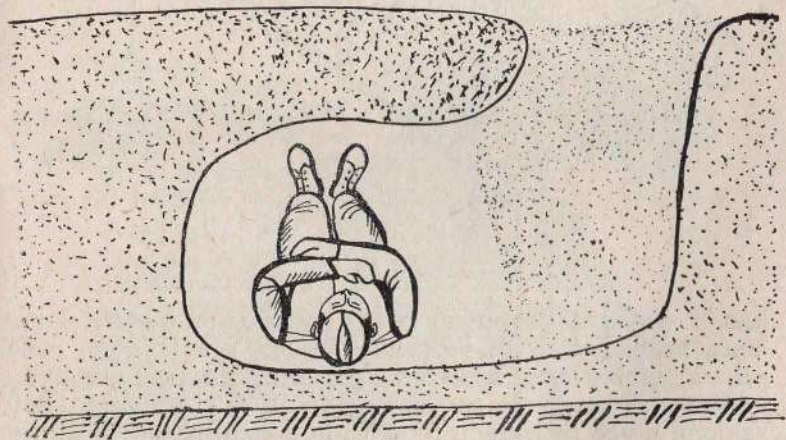
^{*}) Hett Erich, maior: Schemee biwak, Truppen = prexis heft 11/59 str. 855.

rastresitim snegom i ostavi se otvor potreban za svež vazduh. U snežnoj oluji ovakav zaklon štiti od smrzavanja.



Sl. 8

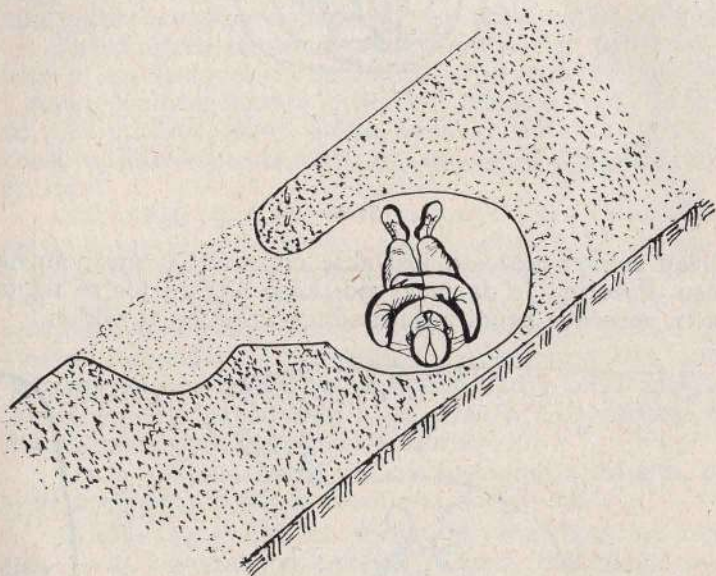
Sličan zaklon može se još lakše napraviti u snežnom nanosu. Poželjno je da ulaz vodi koso nagore jer se na taj način sprečava prodiranje hladnog vazduha u zaklon.



Sl. 9

Ako kvalitet snega dozvoljava ovakvi zakloni mogu se praviti i za veći broj ljudi, u kom slučaju se može izgradnja ubrzati kopanjem snega sa dve strane, s tim da se po završetku jedan ulaz zatvori. Za 3—4 čoveka ova-

kav zaklon («medveđa rupa») često se gradi u snežnom nanosu ili lavini — promera od oko 160 cm i visine 80 do 100 cm. U srednje tvrdom snegu mogu ga iskopati 3 čoveka za 35—40 minuta. Poželjno je da se zidovi iznutra,

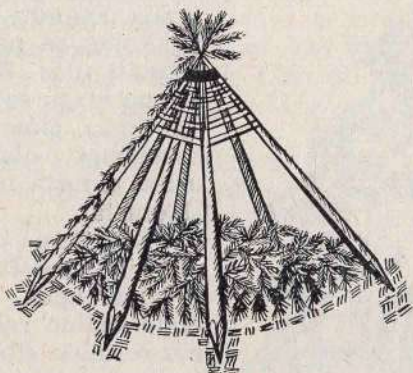


Sl. 10

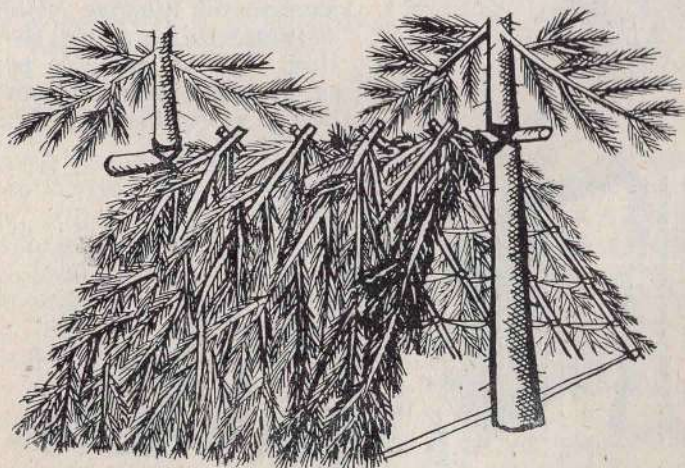
kao i patos i tavanica, oblože priručnim materijalom. Ulaz, horizontalan ili vertikalni otvor, pravi se što manji, a može biti zatvoren šatorskim krilom, čebetom, granjem ili grudvom snega. Temperatura u unutrašnjosti zaklona kreće se između 5—8°C, kod spoljne temperature od —10 do —12°C, ali se ona po potrebi može i nešto povisiti.

Snežna jama se pravi kopanjem u debljem snežnom pokrivaču tako da se dobije prostorija vertikalnih zidova, koja se pokriva granjem, šatorskim krilima i snegom. Krov može imati i nagib na jednu stranu.

Od snega se mogu, uz pomoć granja, praviti i kolibe, čija se otpornost protiv vetra i pogodaka povećava zidovima od snežnih blokova.



Sl. 11



Sl. 12

U četinarskim šumama, naročito ako ima jela, dolazi u obzir i tzv. partizanski bivak. To su u stvari prirodne

kolibe koje čine do zemlje spuštene grane većih stabala, pokrivenih snegom. Neophodno je samo okresati suvišne grane (do visine od oko 180 do 200 cm) očistiti »pod«, a eventualne praznine između grana popuniti granjem preko kojeg se nabaca sneg, i ostaviti ulaz. Sa unutrašnje strane mogu se staviti šatorska krila, čime se smanjuje mogućnost otapanja snega usled porasta temperature u skloništa.



Sl. 13

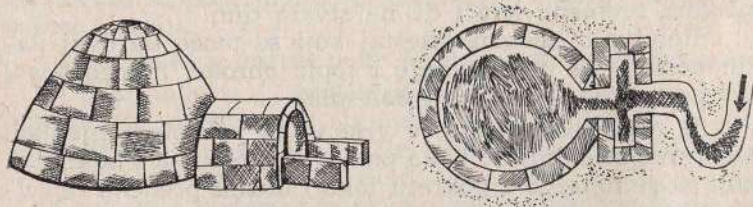
Kad nema drugih građevinskih sredstava sklonište u vidu igloa predstavljaće često jedino rešenje. U njemu se može stanovati i duže vreme, a pravi se od snežnih cigala. U takvo sklonište — zavisno od njegove veličine — može da se smesti 4—50 ljudi. Iglo se najčešće pravi sa unutrašnjim promerom od oko 4 m, visine oko 2 m i



Sl. 14

debljine zida oko 0,5 m i tada se u njega može smestiti oko 12 ljudi. Dobro uvežbano ljudstvo može ga napraviti

za 1,5 čas. Za gradnju je najpogodniji suvi, čvrsti sneg od kojeg se lako prave blokovi. Poželjan je snežni pokrivač od bar 30 cm, a ako je manji, debljina mu se povećava valjanjem. Na odabranom mestu, očišćenom od snega čiji se ostatak dobro utaba, ređaju se snežne cigle u krug (može i drugog oblika) do visine 40—50 cm, kada se počinje prelaziti u zasvođavanje tako da krov dostigne visinu 180—200 cm. Ako se raspolaze pogodnim priručnim materijalom (granjem, smučkama i sl.), može se krov graditi i od njega, a zatim prekriti sa oko 30 cm snega. Topljenje snega sprečava se pokrivačima od granja ili šatorskih krila. Donji deo igloa, do visine od oko 140 cm, može se i zalediti prskanjem vodom, dok kupola treba da je od



Sl. 15

suvog snega jer on bolje štiti od hladnoće i omogućava ventilaciju. Umesto običnog ulaza, kada vreme dozvoljava, bolje je napraviti hodnik dug 3—4 m u vidu slova »S«, jer tada štiti od vetra i pogodaka, a ne dozvoljava prodiranje svetlosti napolje. Između hodnika i igloa može se napraviti i proširenje za opremu, čišćenje odeće od snega itd. Unutrašnjost igloa moguće je zagrejati do 20°C svećom ili nekim drugim manjim toplotnim izvorom. Ako se kupola iznutra zaledi treba je povremeno ostrugati. Noću se ulaz može i zatvoriti snežnim blokom.

Pošto vetar u velikoj meri utiče na temperaturu u snežnom zaklonu, to kad god postoji mogućnost ulaz treba praviti na suprotnom kraju od pravca u kome vetar duva; korisna su i »vrata« od šatorskog krila, ćebadi i sl. Zaštita od vlage i hladnoće postiže se stavljanjem, ispod ležišta, granja, mahovine, lišća i sličnog u sloju debljine

bar 20—30 cm. Za ovu svrhu naročito je pogodna podloga od grančica crnogoričnog drveća. Treba uvek imati u vidu da je mnogo opasnija niska temperatura tla nego temperatura vazduha. Kapanje vode sa tavanice skloništa može se sprečiti opaljivanjem unutrašnjosti zaklona, pri čemu se mora voditi računa da se ne zaledi cela površina jer je u tom slučaju otežana ventilacija. Pre ulaska u zaklon neophodno je očistiti odeću i obuću od snega, a po mogućstvu što pre promeniti, odnosno osušiti, vlažnu odeću i obuću ili bar navući suve čarape. Pre spavanja poželjno je zagrevanje tela kretanjem ili vežbama.

Ako situacija dozvoljava vatra će veoma povoljno uticati na psiho-fizičku kondiciju ljudstva pri čemu je neophodno voditi računa da se može lako održavati po svakom vremenu kao i da ne stvara dim.

Relativno udoban smeštaj koji se može na ovaj način postići, uz utopljavanje i tople obroke, mnogo znači za spasavanje ranjenika i bolesnika.

U toku NOR-a bilo je više većih pokreta ranjenika. Među najznačajnijim, kako po broju ranjenika i bolesnika koji su se nalazili u pokretu tako i dužini pređene relacije i drugim okolnostima dolaze: pokret ranjenika u sastavu proleterskih i udarnih brigada sa bosansko-hercegovačko-crnogorske tromede u zapadnu Bosnu polovinom 1942. godine i pokret ranjenika u toku četvrte neprijateljske ofanzive 1943. godine, koje ćemo ukratko ovde izneti.

Početkom juna 1942. godine na sektoru Pive i njegovoj okolini nalazile su se sledeće partizanske bolnice: Rudine sa 140 ranjenika i bolesnika; Donje Kruševo — zarazna bolnica sa 12 bolesnika od pegavca; Podmilogora, interna bolnica sa 42 ranjenika; Trsa i Unač, bolnice za lakše hirurške slučajeve od kojih je u prvoj bilo 48 ranjenika i drugoj 59; Boriče sa 140 teških ranjenika prikupljenih iz svih ostalih bolnica sem iz Rudina; Barni Do sa oko 60 rekonvalescenata i Goransko sa oko 40 ranjenika i bolesnika. Pošto je na ovaj sektor bilo prebačeno i 125 ranjenika iz bolnica u Crnoj Gori i Žabljaku ukupno je na ovom mestu bilo oko 410 ranjenika i 190 bolesnika.

Pored navedenog, izvestan broj ranjenika i bolesnika nalazio se u drugim bolnicama (Izgori, Čurevo).

Odmah po prijemu naređenja za pokret napravljen je plan evakuacije svake pojedine bolnice i izvršena mobilizacija sredstava, konja i nosilaca, zajedno sa transportnom trijažom kojom prilikom su ranjenici i bolesnici bili podeľjeni na konjanike, pešake i nosila. Iz svih bolnica izvršen je pokret ranjenika i bolesnika za Vrbnicu i Tjentište gde je pre pokreta izvršena depedikulacija svih jedinica i data uputstva o preduzimanju higijensko-epidemioloških mera u toku marša. Oko 100 najtežih i nepokretnih ranjenika ostavljeno je po naređenju Vrhovnog štaba na Vučevu pod zaštitom 5. crnogorske brigade.

24. juna krenule su iz Vrbnice 1. i 2. proleterska brigada, 3. sandžačka i 4. crnogorska brigada. Ranjenici i bolesnici bili su podeljeni po brigadama u vodove: konjanici, pešaci i nosila.

Do s. Jelašca pravac pokreta bio je isti za sve brigade.

Od s. Jelašca 1. proleterska i 3. sandžačka brigada krenule su pravcem: Kalinovik — Crno jezero na pl. Treskavici — s. Ledići — s. Umoljani — pl. Bjelašnica — s. Bradina — Prozor — s. Šćit — s. Ravno — Cincar pl. U bolnici ove kolone bilo je oko 200 ranjenika. Pošto su se jedinice zadržale u s. Trešnjevica 3—4 dana ovde je bila izvršena i ponovna depedikulacija, da bi to isto bilo docnije učinjeno i u s. Šćit, gde je izvršena i vakcinacija protiv trbušnog tifusa.

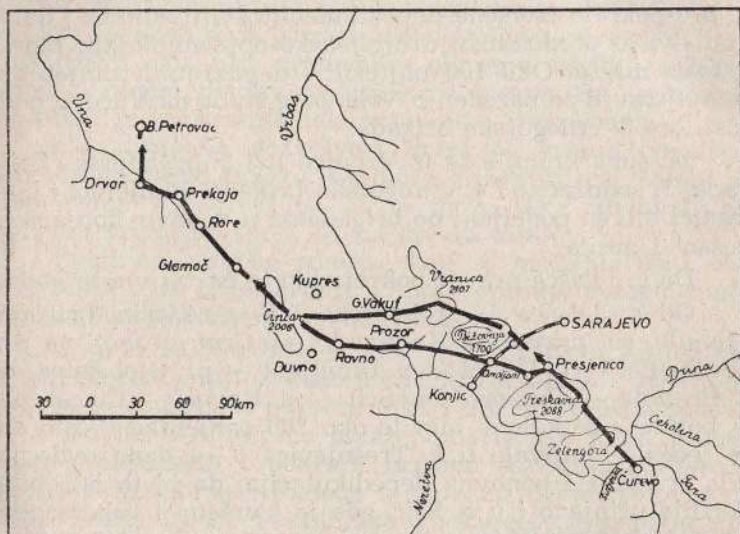
U s. Trešnjevici je izvršena vrlo brižljiva organizacija bolnice za pokret u koloni tako da se ona mogla pokrenuti za najkraće vreme iako je u njoj bilo oko 200 ranjenika i bolesnika. Od Vrhovnog štaba dobijeno je dovoljno hrane za ranjenike i bolesnike, kao i novca za kupovinu potrebnih životnih namirnica.

U s. Šćit stigli su u bolnicu novi ranjenici iz borbi za Prozor, kao i nešto ranjenika iz 2. proleterske i 4. crnogorske brigade, tako da je bilo ukupno oko 16 nosila. U toku 2—3 dana, koliko su se ranjenici ovde zadržali, vršeno je previjanje, obrada rana, imobilizacija improvizovanim udlagama — Kramerovim šinama i gipsom. Ovde su u bolnicu stigla i dva bolesnika od pegavca.

U s. Ravno formirana je četa konjanika od 3. voda.

2. proleterska i 4. crnogorska brigada izvršile su pokret sledećim pravcem: Kalinovik — s. Presjenica — pruga Sarajevo, Mostar (kod Pazarića i Hodžića) — pl. Vranica — Gornji Vakuf — Cincar pl.

Pokret ranjenika na kraju treće neprijateljske ofanzive



Skica 4

Kada su se 28. jula skupile na Cincar pl. bolnice sve 4 brigade njihovo brojno stanje bilo je sledeće:

- | | |
|------------------------|---------------|
| 1. proleterska brigada | 180 ranjenika |
| 2. proleterska brigada | 98 ranjenika |
| 3. sandžačka brigada | 32 ranjenika |
| 4. crnogorska brigada | 120 ranjenika |

Za ovih ukupno 430 ranjenika bila je formirana objedinjena, zajednička komanda bolnica koja je rukovodila daljim pokretom. Od s. Vidimlja transport ranjenika vršen je većim delom kolima, manje konjima, a pešaka nije ni bilo. Dalji pokret je izvršen pravcem s. Radaslije kod Glamoča — s. Rore — s. Prekaja — Drvar. Iz Drvara

su najteži ranjenici bili prebačeni u bolnicu u Otaševac a ostali u Bosanski Petrovac, odnosno pojedina odeljenja Bosanskopetrovačkog bolničkog basena a docnije u bolnice Mišljenovac i Stijenjanje.

Ovaj pokret ranjenika izvršen je u relativno povoljnim okolnostima jer je inicijativa bila u našim rukama. Raspolagalo se većim brojem lekara, dobrih organizatora koji su doprineli da sanitetska služba u toku pokreta bude dobro organizovana.

Najbolji primer dobro organizovanog pokreta velikog broja ranjenika i bolesnika u toku NOR-a je pokret ranjenika (oko 3.500—4.000 ranjenika i bolesnika) u toku četvrte neprijateljske ofanzive, koji zaslužuje posebno našu pažnju u odnosu na organizaciju i rad sanitetske službe u toku priprema i izvođenja samog pokreta.

Kada je početkom 1943. godine bilo jasno da neprijatelj ima nameru da opkoli i uništi glavninu naših snaga koncentrisanih na prostoru Bosanske krajine, doneta je 30. januara odluka da se nakon temeljnih organizacijskih priprema izvrši pokret svih ranjenika i bolesnika (sem zaraznih, a docnije 10. februara i njih) pravcem nastupanja glavnine naših snaga — prema Hercegovini.

Dok je 7. divizija kao zaštitnica glavnine naših snaga vodila borbe na Oštrelju, izvršena je evakuacija jednog dela šumskih bolnica u Drvar, a drugog dela železnicom u Mlinište. Prikupljeni su i ranjenici sa teritorije Like i Banije, tako da je u Drvaru bilo koncentrisano oko 2.200 ranjenika i bolesnika. Evakuacijom je rukovodio sanitetski odsek Vrhovnog štaba, a organizacija pokreta bila je izvršena na vojničkoj osnovi tj. podelom na ešelone, čete, vodove i desetine, — na čelu kojih se nalazio odgovarajući komandni sastav. Da bi se pokret ubrzao i proveo u što boljem redu izvršena je prethodna transportna trijaža. Za obezbeđenje pokreta u medicinskom pogledu bio je na raspolaganju 21 lekar (među njima i 4 hirurga, od kojih su stvorene 2 hirurške ekipe) i oko 30 lica iz redova srednjeg i nižeg medicinskog kadra. Za evakuaciju su bili predviđeni svi raspoloživi vidovi transporta od nošenja ranjenika na nosilima — za koje je bilo predviđeno neko-

liko stotina omladinki, do automobilskog i železničkog transporta.

Poseban problem predstavljale su desetine hiljada izbeglica, koje su se kretale sa jedinicama i otežavale smeštaj, a pogoršavale i higijensko-epidemiološku situaciju. Za pripremu smeštaja predviđalo se upućivanje konačarskih ekipa ispred svakog ešelona.

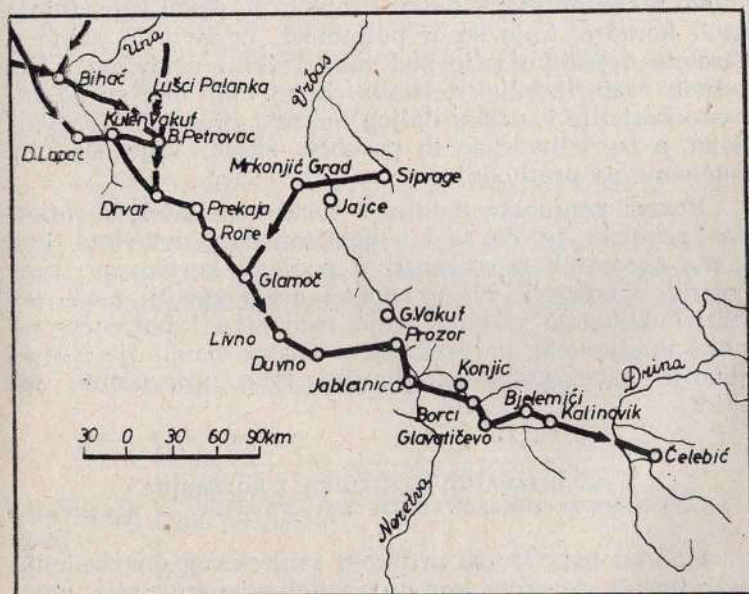
Pokret čija je dužina iznosila oko 500 km, može se podeliti na dve faze: prvu od Drvara do Neretve i drugu od Neretve do Glavatičeva.

I faza (6. februar — 20. februar). Pokret je počeo preko Prekaje, Crnog vrha i Rora u Glamočko polje, gde se stiglo oko 10. februara. Za vreme trodnevnog odmora ovde se glavnoj koloni priključilo i 700 zaraznih bolesnika iz bolnice Jasikovac i oko 150 teških ranjenika bolnice 1. proleterske divizije, tako da je ukupan broj ranjenika i bolesnika porastao na oko 3.200 ljudi (oko 2.000 ranjenika, 800 zaraznih bolesnika i oko 400 internih bolesnika). Polovinom februara pokret se nastavio u savršenom redu i bez zastoja preko Livanjskog i Duvanjskog polja do Prozora. U oslobođenom Imotskom i Prozoru nađene su velike količine hrane, šećera i konzervi, i na taj način je rešeno pitanje ishrane za nekoliko stotina ranjenika i bolesnika. Koncentracija ranjenika u Prozorskoj kotlini povećala se pristizanjem ranjenika iz borbi za Prozor, Konjic i Ivansedlo, tako da su sva postojeća naselja bila prepuna. Neprijatelj, znajući za ovu koncentraciju ranjenika i u težnji da izbije na Neretvu i tako preseče pravac daljeg pokreta, zauzeo je Gornji Vakuf (117. nemačka divizija), izbivši istovremeno i na liniju Kupres — Šujice. Tada Vrhovni komandant rešava da se na planini Raduši da odsudna bitka, poznata pod imenom »Bitka za ranjenike« — jedan od mnogobrojnih primera brige i ljubavi kojom su naši ranjenici bili okruženi u toku celog NOR-a.

II faza (9. mart — 22. mart). Dok je u prvoj fazi pokret vršen drumom koji vodi od Drvara do Jablaničkog mosta na Neretvi, odavde je pokret nastavljen preko vrljeti Prenja. Za prenošenje ranjenika Vrhovni komandant je dodelio 800 italijanskih zarobljenika i sve konje

koje su mogle jedinice dati. Pored toga 9. dalmatinska i 7. banijska divizija imale su zadatak da prikupljaju i prenose zaostale ranjenike. U daljoj etapi trebalo je preći tri duboke klisure Neretve, Idbara i Bijeje, zatim nekoliko ogranaka Prenja čija se visina kretala od 1100—1300 metara. Prelaz preko Neretve bio je veoma težak usled strmih obala, pećine na levoj obali i neprekidnog dejstva neprijateljske artiljerije i avijacije. Zarazni bolesnici bili su smešteni privremeno u Jablanički tunel, dok su ranjenici razmešteni po selima Lug i Krstac i okolnim

Pokret ranjenika za vreme četvrte neprijateljske ofanzive



Skica 5

pećinama. Pod neverovatno teškim okolnostima kada su i ranjenici i borci koji su ih nosili često padali od umora, gladi i krajnje iscrpenosti, stiglo se krajem marta u Glavatičevo, čime je ovaj pokret bio završen. Izuzev pokreta preko Drine do Čelebića nastala je relativna stabilizacija,

sve do polovine maja, kada je otpočela peta neprijateljska ofanziva.

Da bi situacija bila još teža, u vezi sa prenošenjem zaraznih bolesnika i vanredno teškim uslovima za smeštaj, pojavila se kod jedinica koje su se nalazile u zaštitnici, epidemija pegavca od koje je obolelo oko 2/3 ljudstva u toku marta i aprila. U Glavatičevu se nalazilo u jednom trenutku oko 800 rekonvalescenata za koje je predstavljalo životno pitanje da se vrate u svoje jedinice. Međutim, ovo se nije moglo dozvoliti bez prethodne sanitarne obrade naročito depedikulacije, za koju nije bilo gotovo nikakvih mogućnosti. Problem je rešen izgradnjom suvih komora, koje su u potpunosti odgovorile zahtevu masovne depedikulacije pod tako teškim uslovima i bez ikakvih materijalnih sredstava. Zbog toga one su se redovno koristile i u toku daljeg pokreta preko Drine, Sandžaka, a izgrađivale su ih posebne ekipe, koje su bile upućivane sa prethodnicom.

Pokret ranjenika u toku četvrte neprijateljske ofanzive pokazao je da se i u partizanskim uslovima kod veoma skromnih mogućnosti u pogledu korišćenja transportnih sredstava, ali uz dobru organizaciju, može izvršiti evakuacija velikog broja ranjenika i bolesnika na velike udaljenosti, uz razumljivo znatno ometanje i smanjivanje manevarske sposobnosti tako opterećenih jedinica.

5. ZBRINJAVANJE RANJENIKA I BOLESNIKA U PARTIZANSKIM STACIONARNIM USTANOVAMA — BOLNICAMA

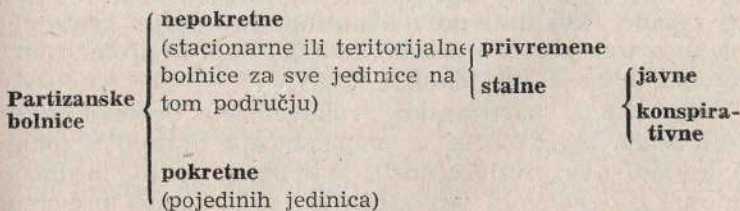
I pored toga što se prilikom sanitetskog obezbeđenja partizanskih dejstava koriste različite mogućnosti zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, svakako da pri tome veoma značajno mesto zauzima zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u partizanskim bolnicama, jer se na taj način jedinice oslobađaju opterećenja koje oni predstavljaju u odnosu na manevarsku sposobnost jedinica, dok su s druge strane, i uslovi za njihovo lečenje u ovom slučaju mnogo povoljniji. U toku NOR-a partizanske bol-

nice su odigrale značajnu ulogu omogućivši vraćanje u borbene redove hiljada ranjenika i bolesnika.

Zahtev za decentralizacijom ranjenika u partizanskim uslovima poklapa se sa potrebom stvaranja većeg broja manjih bolnica. Isto tako i poteškoće na koje se nailazi prilikom transporta ranjenika nameću potrebu decentralizacije bolnica, tako da svako određeno područje — sektor, na kome se vode borbena dejstva, treba da ima svoju bolnicu, u koju će se brzo moći dopremiti ranjenici. Ovakvo rešenje ima i tu prednost što neprijatelj nije u toj meri zainteresovan da traži pojedine manje bolnice, kao što je to slučaj kada su one koncentrisane. Iz navedenih razloga u partizanskim uslovima ustvari može postojati i veoma velik broj različitih tipova partizanskih bolnica. Šematski one bi se uglavnom mogle podeliti na sledeće:

— nepokretne — stacionarne — teritorijalne bolnice za sve jedinice na jednoj određenoj prostoriji koje gravitiraju toj bolnici; one mogu biti privremene ili stalne; ove poslednje se mogu podeliti na javne, za lečenje i civilnog stanovništva i konspirativne, za koje zna samo najuži krug lica:

— pokretne bolnice pojedinih jedinica.



Razmatraćemo neka od osnovnih pitanja ovog načina zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, među kojima se ističu smeštaj i izgradnja bolnica, snabdevanje materijalnim sredstvima; obezbeđenje bolnica od neprijatelja i sklanjanje ranjenika i bolesnika u podzemna skloništa.

a) Smeštaj i izgradnja partizanskih bolnica

Mnogobrojni su faktori koji mogu imati uticaja na smeštaj partizanskih bolnica. Među osnovnim ističu se: operativno-taktički, medicinski, faktor bezbednosti, mogućnost snabdevanja materijalnim sredstvima potrebnim za život i rad bolnica, postojanje naselja ili pojedinih zgrada itd. Jasno je da će često biti nemoguće da svi oni budu zadovoljeni. Prema tome, zavisno od okolnosti, u jednom slučaju daće se prednost jednom od njih, u drugom slučaju drugom. Medicinski faktori, na primer, zahtevali bi po pravilu smeštaj bolnica u blizini komunikacija kako bi ranjenici mogli što pre stizati u iste, jer to ima veliki uticaj na procenat smrtnosti ranjenika. S druge strane, bezbednost bolnica zahteva njihovo postavljanje što dalje od komunikacija kojima neprijatelj može lako prodrati, na primer svojom motorizacijom, i na taj način dovesti u pitanje njenu sigurnost. Slično tome operativno-taktička situacija će u jednom slučaju omogućiti smeštaj bolnica na slobodnoj teritoriji, koji je poželjan zbog niza prednosti koje pruža (u pogledu organizacije i rada, snabdevanja, približavanju tipu bolnica operativnih armija), u drugom, isključivu upotrebu konspirativnih bolnica sa svim poteškoćama i ograničenjima u radu koja se u tom slučaju nameću. Smeštaj u bogatijim ravničarskim naseljima više odgovara higijenskim zahtevima (veće i svetlije zgrade, kvalitativno i kvantitativno bolja ishrana), dok su u tom pogledu prilike kod smeštaja u siromašnim, planinskim naseljima mnogo slabije.

Sposobnost partizanskog rukovodioca, opštevojnog i sanitetskog, ogledaće se u ovom slučaju upravo u tome da uskladi ove protivrečnosti, kolikogod je to moguće, odnosno da zadovolji najvažnije od njih, dajući prevagu sad jednim, sad drugim.

Pored navedenih faktora pri izboru uže prostorije za smeštaj bolnica treba voditi računa o zaklonjenosti od neprijateljske vatre (artiljerijske, napada iz vazduha), maskiranosti, mogućnosti prilaza — dotura i evakuacije, blizine vodnih objekata, što pokazuje izvesnu specifičnost

u zavisnosti od činjenice da li se radi o javnim ili konspirativnim bolnicama.

Uzevši u obzir sve do sada izloženo vidimo da partizanske bolnice mogu biti smeštene:

— u naseljima — u već postojećim zgradama bolnica ili sličnih ustanova, odnosno drugim zgradama javnog karaktera: školama, zadružnim domovima, hotelima itd.; ovakav način smeštaja naročito se koristi kada se radi o javnim bolnicama;

— u posebno u tu svrhu podignutim objektima koji mogu biti namenjeni i javnim i konspirativnim bolnicama — ovim poslednjim svakako mnogo češće;

— u šatorima, špiljama, pa i pod otvorenim nebom, što dolazi u obzir kao privremeno rešenje u slučaju premeštanja bolnica za vreme neprijateljske ofanzive i slično.

Smeštaj u naseljima

Kod smeštaja bolnice u naseljenim mestima dolaze u obzir, zavisno od kapaciteta bolnice, veća sela u blizini komunikacija, u kraju gde je stanovništvo naklonjeno oslobodilačkom pokretu, sa pojedinim odeljenjima bolnice smeštenim u zasebnim zaseocima (izuzetak čini zarazna bolnica, koju načelno treba smeštati dalje od komunikacija na kojima je veliki promet). Prvenstveno birati zgrade javnog karaktera ili veće i svetlije zgrade za stanovanje koje su solidnije zidane, ali u nedostatku ovih mogu se koristiti i druge zgrade, pojate i sl. Načelno najbolje zgrade ustupiti za ove svrhe. Pre smeštaja bolnice potrebno je da se izvrši higijensko-epidemiološko izvidanje određene prostorije za smeštaj kako bi se izbeglo smeštanje u endemskim žarištima pojedinih zaraza (na primer pegavca). Ako se smeštaj ipak mora izvršiti na takvom mestu tada treba preduzeti posebne mere opreza, tj. nikako ne dozvoljavati smeštaj ranjenika i bolesnika zajedno sa civilnim stanovništvom, zbog čega treba odabrane zgrade prethodno isprazniti, izvršiti dezinfekciju odnosno dezinsekciju i tek onda dozvoliti smeštaj.

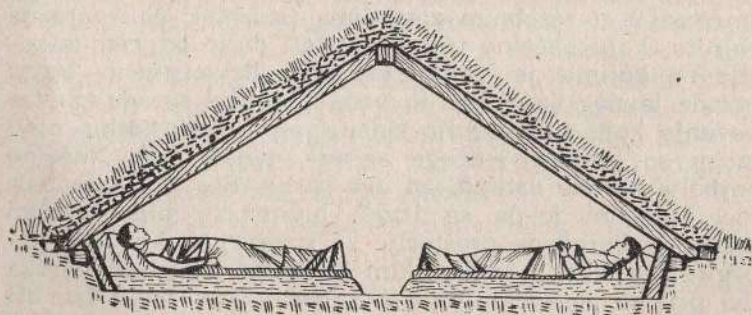
U svakom slučaju smeštaj ranjenika i bolesnika vrši se po kategorijama, tj. odvojeno — laki, teški, nepokretni, zarazni itd.

Ukoliko je bolnica smeštena u manjem broju seoskih kuća dolazi do suviše gustog smeštaja i poteškoća pri radu. Međutim, i raštrkanost bolnice smeštene u velikom broju kuća nije bez slabosti — bolničko se osoblje više zamara i gubi u vremenu.

Smeštaj u posebno podignutim objektima

Ako se radi o smeštaju bolnice u posebno u tu svrhu podignutim objektima, tada na način izgradnje utiču prvenstveno karakter bolnice — javna ili konspirativna — njena lokacija — šumske bolnice obično se grade od drveta — kapacitet bolnice u pogledu broja ranjenika i bolesnika kojima je ona namenjena, vreme zadržavanja bolnice na tom mestu — ukoliko je to moguće predvideti — i slično.

Bolnice mogu da se grade u vidu drvenih baraka — paviljona različite veličine, najčešće prizemno, ređe na



Sl. 16 — Bajta

sprat. Za izgradnju bolnice može se koristiti materijal sa napuštenih kuća u bližim ili daljim naseljima (vrata, prozori, staklo, peći, crep). Ponekad se ovaj materijal može

nabavljati i sa okupirane teritorije, istina obično uz velike poteškoće.

Ako je neprijatelj naročito aktivan u pogledu izviđanja iz vazduha i češćeg bombardovanja bolnica, onda se one mogu graditi sa pojedinim delovima oko krošnji velikog granatog drveća, ili se delom mogu ukopavati u zemlju u vidu tzv. »bajti« od grubo tesanih stabala sa međuprostorima iznutra izlepljenim zemljom, ponekad okrećenih. Bajte ustvari predstavljaju zemunice 40—50 cm ukopane u zemlju, bez prozora, sa dvostranim kosim krovom od oblica preko kojih je nabacana zemlja, lišće itd. da bi manje prokišnjavale. Bilo na ovaj način ili kada po njima poraste trava, one su veoma dobro maskirane od ugleda iz vazduha, tople su i to je njihova prednost. Nedostaci su slaba vidljivost, teško održavanje čistoće, a i niske su tako da se u njima ne može ispraviti.

U toku NOR-a partizanske bolnice su prošle u svom razvoju kroz više faza, neprestano se usavršavajući i poboljšavajući organizaciju i kvalitet medicinskog rada, počevši od malih odredskih bolnica, koje su raspolagale veoma skromnim materijalnim sredstvima i kadrom, pa do velikih »centralnih bolnica«, koje su imale sva potrebna bolnička odeljenja, raspolagale modernom opremom (rendgenskim aparatima, autoklavima itd.), dovoljnim brojem bolničkog personala i stotinama ranjenika i bolesnika. Na taj način u NOR-u se javio ustvari veliki broj različitih tipova partizanskih bolnica koje je nemoguće, kao što se to ponekad pogrešno misli, vezati za određena vremenska razdoblja u tom smislu da su bolnice u početku NOR-a bile veoma primitivne, a one pred kraj rata savršene. Ustvari vrlo dobro opremljenih i organizovanih bolnica bilo je i u toku 1941/42. godine, kao što je i 1944/45. bilo takvih u kojima se radilo pod veoma teškim okolnostima. Umnogome je to zavisilo od vojno-političke situacije na određenoj prostori, materijalne opremljenosti itd.

Dok su ove bolnice u Srbiji, Bosni i Hercegovini, Hrvatskoj, Crnoj Gori i Makedoniji bile manje-više javne, iako su neke od njih bile delimično i konspirativne, u

Sloveniji, Slavoniji i Sremu mahom su bile konspirativne već od početka NOR-a.

Bolnice u Srbiji u toku 1941. god. pa i docnije, imaju uglavnom karakter manjih pokretnih odredskih bolnica (bolnica u s. Poljane koju je početkom septembra 1941. formirao dr Đura Mešterović sa drugaricom Borkom Demić, bolnica u s. Oplanić i s. Dulane, s. Obražda na pl. Radanu, s. Dobra Voda, bolnica kod Jasikora na pl. Jastrepcu, jablanička bolnica u s. Ivanje), mada je već krajem 1941. g. bilo i većih stacionarnih bolnica kao što su bile one u dolini Zapadne Morave (Užice, Čačak, Požega). Jedna od prvih većih teritorijalnih bolnica formirana je u Krupnju početkom septembra 1941. Smeštena u zgradu osnovne škole sa prvobitnim kapacitetom od 70, a docnije 150 postelja, dobro opremljena hirurškim instrumentarijem, zavojnim materijalom i drugom bolničkom opremom, bolnica je pružala povoljne uslove za medicinski rad. Bolnica u Užicu smatrana je centralnom na ovoj prostoriji jer su u njoj bili koncentrisani svi ranjenici i bolesnici sa oslobođene teritorije. Smeštena u nekoliko objekata — gradsku bolnicu, bolnicu Crvenog krsta i zgradu poljoprivredne škole u s. Sevojno — imala je hirurško, interno, zarazno i ginekološko odeljenje te je odigrala veoma značajnu ulogu u ovom periodu.

Među većim brojem bolnica nastalih u Crnoj Gori drugom polovinom 1941. g. (na Goranskom, u Riječanima, Radovču) posebnu pažnju zaslužuje bolnica u Žabljaku, koja je do formiranja bolnice u Foči, pri Vrhovnom štabu, krajem januara 1942., bila jedina stalna partizanska bolnica za oslobođenu teritoriju Srbije, jugoistočne Bosne, Hercegovine i Crne Gore. Formirana je uoči napada na Pljevlja 22. XI 1941. a smeštena, u prvo vreme, u jednu kuću. U početku joj je kapacitet bio oko 20 postelja, ali nakon prijema oko 230 ranjenika sa Pljevalja i 30 ranjenika i bolesnika evakuisanih iz Srbije, znatno je povećan. Polovinom januara 1942. bolnica se smešta u zgradu turističkog doma, na 1—2 km od Žabljaka; raspolaže sa oko 100 postelja i ima hirurško i interno odeljenje. Za vreme njenog šestomesečnog postojanja, do kraja maja 1942. kroz bolnicu je prošlo oko 580 ranjenika i bolesnika.

I u Bosni i Hercegovini sredinom 1941. u fazi formiranja odreda, kao i početkom 1942. god. težište zbrinjavanja ranjenika i bolesnika pada na manje teritorijalne bolnice (u Čemernici, s. Jošavki, s. Brezici na pl. Ozrenu, s. Bijejele Vode na pl. Romaniji, s. Vukosavci na pl. Majeveci, bolnicu na Borcima kod Konjica itd.).

Barila²³⁾ navodi da je koncem 1942. godine u roku od 45 dana bila izgrađena bolnica sa oko stotinu postelja u Grmeču kod Dobre vode. Bolnica se sastojala od sedam velikih paviljona, od kojih su tri bila za ranjenike, dugi po 25—30 metara, i po jedan za operacionu salu i previjalište, apoteku, kuhinju, i zaseban, tzv. društveni paviljon za održavanje kurseva itd. Paviljoni su bili čvrsti, izgrađeni od polubrvana, kao planinske kuće, a iznutra obloženi celulozom i stoga svetli i čisti. Kuhinja i intendantura bili su nešto odvojeni, a do kuhinje je bila žlebom provedena voda. Lekari i osoblje bolnice, kao i zaštitna jedinica bili su smešteni u potkrovlju.

Jedna od najlepših bolnica, koja je bila izgrađena takođe u Grmeču, krajem avgusta 1942. godine, kod sela Lastve, imala je kapacitet od oko 200 postelja, a sastojala se samo od jedne velike zgrade na sprat sa dva krila. Intendantura sa kuhinjom i zaštitnom jedinicom bila je smeštena u jednom krilu u prizemlju, a sav ostali prostor, izuzev mansardi gde je bilo smešteno sanitetsko osoblje, bio je upotrebljen za smeštaj uglavnom lakih ranjenika i bolesnika.

Centralna bolnica, koja se nalazila na jednom platou u velikoj jelovoj šumi kod sela Borci kod Maslovara bila je 1942. godine izgrađena za 3 nedelje. Na njoj je radilo oko 60—70 ljudi sa dvojicom zanatlija. Sastojala se od 5 zgrada od kojih je prva bila za ranjenike i bolesnike, druga za bolesnike od tifusa, u trećoj se nalazila uprava bolnice sa magacinima, u četvrtoj prijemno odeljenje i u petoj stan za upravnika. U svakoj zgradi potkrovlje je bilo obloženo daskama i u njemu su bili smešteni laki ranjenici i bolesnici, osoblje bolnice i zaštitna jedinica.

²³⁾ Barila dr Kazimir, p. puk.: Partizanske bolnice u Podgrmeču 1942. god., Vojno-istorijski glasnik br. 3/1951. god.

Bolnica je imala 5 odeljenja: hirurško, interno, zarazno, odeljenje za tuberkulozu i kožnovenerično. Ukupan kapacitet kretao se oko 200—230 ranjenika i bolesnika.



Sl. 17 — Petrova gora — bolesničke sobe avgusta 1943. godine

Centralna bolnica na Bijelim potocima na planini Plješevici 1942. godine sa kapacitetom prvobitno od oko 120, a docnije 250 postelja bila je sagrađena od drveta, na sprat, a imala je električno osvetljenje, kupatilo sa toplom i hladnom vodom, rendgen aparat itd. Zidovi su bili od dva reda dasaka sa slojem piljevine između njih, koja je služila za izolaciju. U potkrovlju bolnice nalazili su se apoteka i tkaonica prvih zavoja.

Polovinom 1942. godine u Slavoniji odredska bolnica 1. odreda (koja se docnije pretvara u Bolnicu br. 3 i postaje centar za celu Slavoniju, primajući ranjenike i sa Kalnika) sastoji se iz preko 20 bajti — zemunica za smestaj ranjenika. Ima perionicu, kupatilo i magacinske bunke, dom kulture i veći broj dobro osiguranih bunkera.

Kapacitet bolnice 80 postelja, ali je mogla, po potrebi, da primi i do 150 ranjenika, koristeći u tu svrhu i dom kulture. Bolnica br. 2, koja prima ranjenike sa Ravne gore, izgrađena je od cigala, u obliku malih paviljona, sa sistemom »bunkera«. Bolnica br. 4 izgrađena je u vidu drvenih bajti sa svim pomoćnim zgradama i potrebnim brojem bunkera. Bolnica br. 5, jedna od vrlo konspirativnih i teško pristupačnih, leži u dubokoj jaruzi na se-



Sl. 18 — Bolnica u Šamarici — Zgrada sa operacionom dvoranom — 1944. g.

vernim obroncima Papuka. Bolnice u Slavoniji bile su uglavnom smeštene u drvenim barakama, u zemunicama, letnjim bajtama sa krovom od dasaka ali bez prozora i tavana ili u zimskim bajtama koje su imale tavan, prozore i peći za zagrevanje. Bilo ih je i pod šatorima.

Paviljoni za ranjenike građeni su prizemno, jer su tako bili manje uočljivi, a i izgradnja je jednostavnija. Iz navedenih razloga paviljoni su građeni dalje jedan od drugog. Pored paviljona za ranjenike građena je i kuh-

nja, ekonomat i kancelarija, ambulanta, stan za lekara, stražara, pekara itd. Kako obično nije bilo dovoljno mesta za ranjenike, prostorije za osoblje su samo izuzetno građene.

Sa manjim izuzecima, zbrinjavanje ranjenika u Slavoniji od kraja 1942. godine vršeno je u konspirativnim bolnicama sa sistemom bunkera.



Sl. 19 — Novonapravljena bolnica na Papuku
1943. godine

Zanimljiv je razvojni put koji su prošle ove bolnice u Slavoniji. U početnoj fazi, u toku formiranja jedinica, dok sanitetska služba još nije bila organizovana, zbrinjavanje ranjenika vrši se najčešće ostavljanjem istih po selima kod odanog stanovništva, koje ih krije po štalama, senjacima ili u posebno iskopanim skloništima. Nešto docnije, kada broj ranjenika postaje sve veći, oni se čuvaju pod nadzorom 1—2 bolničarke u blizini odanih sela, odakle im se i hrana donosi. Tako postepeno dolazi do njihove koncentracije na određenim mestima. Kako je broj ranjenika vremenom bivao sve veći, moralo se tražiti pogodno mesto dalje od sela, u obližnjoj šumi, za njihov smeštaj. Sada je već bilo teže donositi hranu iz sela, te se moralo pristupiti organizovanju u blizini posebnih kuhinja sa najpotrebnijim osobljem za nabavku namirnica, pripremanje hrane itd. Ranjenici trebaju i vojničko osiguranje, a tako formirana privremena bolnica lice koje će rukovoditi svim poslovima — upravnika. Tako su početkom leta 1942. godine nastale prve bolnice oko s. Duboke, na Papuku, Čaga,

Rogolja itd. Ove su bile u toku leta, odnosno dok su klimatsko-meteorološki uslovi dozvoljavali, smeštene pod otvorenim nebom ili pod šatorima da bi se krajem leta i u jesen 1942. godine počelo sa odabiranjem mesta i gradjenjem bolnica u vidu zemunica, paviljona, kombinovanih sa podzemnim skloništima. U avgustu 1942. godine već postoje sledeće bolnice: Odredska bolnica 1. odreda na Ravnoj gori, Odredska bolnica 2. odreda na Rustu, 1. odreda 3. bataljona kod s. Borke, 2. odreda 3. bataljona na Krndiji, ambulanta 1. bataljona 1. odreda na Psunju i 1. bataljona 2. odreda na Leštatu. U jesen 1943. godine bilo je u Slavoniji već izgrađenih oko 25 bolnica, koje su mogle primiti ukupno 1000 ranjenika i veći broj bolesnika. Same bolnice bile su različite po svojoj nameni — za lečenje ranjenika, prihvatanje rekonvalescenata, za lake ranjenike, zarazne bolnice, a 1943. godine bila je u Lomu formirana i jedna bolnica za ženske bolesti.

Krajem 1942. godine bolnice u Hrvatskoj bile su organizovane tako da je svaka komanda područja imala na svojoj teritoriji po jednu bolnicu sa nizom odeljenja rasutih na celoj teritoriji koju je obuhvatala ta komanda. Na primer vojno-partizanska bolnica (VPB) br. IV na Kordunu imala je odeljenja u Slunju, Zbjegu, Skradu, Duvnjaku, pored tri odeljenja na Petrovoj gori koja su bila smeštena u specijalno izgrađenim barakama u šumi. VPB br. V. — Banija, imala je u decembru mesecu odeljenja u mestima Gornji Žirovac, Donji Žirovac, Brezovo Polje, Brubanj, Leskovac. Uprava VPB imala je sedište u mestu u kome se nalazila i Komanda područja dok je upravnik bio istovremeno i referent saniteta područja, po stručnoj liniji potčinjen referentu saniteta Glavnog štaba Hrvatske, odnosno referentu saniteta zone.

Novo izgrađena bolnica u Zbjegu 1943. godine bila je odlično kamuflirana od ugleda iz vazduha jer je bila izgrađena ispod visokih krošanja drveća, dok su delovi koji su i pored toga bili vidljivi bili premazani masnom bojom (zelenom, crnom i smeđom). Bolnica se sastojala iz više prizemno izgrađenih paviljona: paviljon za interne i zarazne bolesnike sa magacinom koji je imao zaseban ulaz sa jednog krila; paviljon za teške ranjenike (jedna velika i dve manje prostorije) sa kancelarijom, spremištem za rublje i odvojenim ulazom za kuhinju i ostavu; paviljon sa operacionom salom, prostorijom za sterilizaciju, sobama za tek operisane ranjenike i bolesnike, apo-

tekom i berbernicom. Posebno je bila izgrađena prostorija za stražu i mrtvačnica. Mada su neprijateljski avioni često preletali iznad bolnice ona nije bila otkrivena.

U Sloveniji polovinom 1942. godine počinje izgradnja Centralne bolnice na Kočevskom rogu, koja je imala 10 odeljenja sa kapacitetom od oko 300 ranjenika i bolesnika u zatvorenim prostorijama.

U toku 1943. godine, koristeći dotadanja iskustva, pristupa se izgradnji sve savršenijih bolnica kako u pogledu smeštaja i mogućnosti samoodbrane, tako i konspirativnosti. Iz ovog perioda pored ostalih od značaja su i slovenačke konspirativne bolnice »Franja« i »Pavla«, iako je dobro uređenih bolnica bilo i ranije.

U Makedoniji je zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u početku vršeno bilo u samim jedinicama (lakših), bilo sklanjanjem (teških) preko ilegalnih zdravstvenih odbora po gradovima i selima — gde su ih lečili lekari simpatizeri pokreta. Međutim, u drugoj polovini 1943. god. na slobodnoj teritoriji Debarca formiraju se prve partizanske bolnice u s. Crvene Vode, Pesočani, Laktinje, a početkom 1944. g. na pl. Karaormanu (gde je bolnica smeštena u desetak baraka sa oko 300 ranjenika i bolesnika), pl. Kožufu (Vlaški kolibi), pl. Plačkovici (Bel kamen) itd.

Krajem 1944. i početkom 1945. godine nailazimo na bolnice koje se, ukoliko su bile na slobodnim teritorijama, približavaju, odnosno u potpunosti odgovaraju tipu bolnica operativne armije. Takvi su bili, na primer, bolnički centri u Sremskoj Mitrovici, Požarevcu itd. Bolnice na okupiranim teritorijama zadržale su do kraja rata karakter partizanskih bolnica.

Zbog značaja konspirativnih bolnica za zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u partizanskim uslovima reći ćemo o njihovoj izgradnji i smeštaju posebno nekoliko reči.

Konspirativne bolnice grade se načelno od materijala koji se nalazi u okolini bolnice, kojoj je ona prilagođena u toj meri da se bolnica ne može primetiti dok se ne dođe u njenu neposrednu blizinu. Mada je izvestan broj ovih bolnica bio sagrađen i u drugim krajevima naše zemlje, naročiti uspesi bili su postignuti u Sloveniji i Slavoniji.

Mesto za konspirativne bolnice bira se na prostorijski naseljenoj stanovništvom koje je prijateljski raspoloženo, daleko od svih puteva i vodnih objekata koji su ucrtani u karti, jer neprijatelj i jedne i druge koristi prilikom kretanja. Po mogućnosti treba da je u nekoj uvali zaklonjenoj gustom šumom — crnogorična šuma ima tu prednost da daje bolju masku zimi. Zemljište treba da je pogodno za kopanje podzemnih skloništa u blizini bolnice, a za snabdevanje vodom može se koristiti neki manji vodni objekat ili kišnica koja se prikuplja na razne načine. Žarković²⁴⁾ je prilikom traženja mesta za gradnju bolnice uzimao sa sobom seljake koji su ceo svoj život proveli u tom kraju i do tancina ga upoznali, naveo im uslove koje to mesto treba da ispunjava, ali ne navodeći zašto se takvo mesto traži. Za izgradnju konspirativnih bolnica najbolje je koristiti građevinske ekipe koje se formiraju posebno za svaku bolnicu, pošto se premeštanjem jedne ekipe na drugi sektor ubrzo sazna lokacija svih bolnica.

Po završetku jedne bolnice ekipa ima uvek posla, ostaje i dalje za unutrašnje uređenje bolnice, različite nadogradnje itd.

Već septembra 1941. godine počele su se graditi u centralnoj Bosni po šumama konspirativne bolnice. Po-



Sl. 20 — Na putu za konspirativnu bolnicu koja je udaljena svega nekoliko koraka ali se ne primećuje zbog izvršenog maskiranja

²⁴⁾ Žarković dr Grujica: Građa za historiju san. službe za vrijeme NOB u Hrvatskoj i Slavoniji — sećanja.

što je prostorija koju je na ovaj način trebalo obezbediti bila velika i nepristupačna, moralo se graditi više ovakvih bolnica. Prva je bila izgrađena u Tisovcu (drvena baraka od jelovih balvana, pokrivena daskama sa jednim redom ležaja, gde su na jednom kraju ležali ranjenici, a na drugom osoblje bolnice). Ova je bolnica postojala svega oko 15 dana; a imala je 5—6 ranjenika iz borbi za Maslovare. Krajem meseca prebačena je u Čemernicu gde je imala kapacitet 35 postelja. U ovoj bolnici vladala je uzorna čistoća (svaki dan se prao patos i prozori). Bolnica je imala i radio-aparat a dobijala je i knjige i vesti koje su se štampale u štampariji Agitpropa za Bosansku krajinu.

Do novembra 1941. godine bila je otvorena stalna konspirativna bolnica u planini Boriji sa 60 mesta.



Sl. 21 — Konspirativna bolnica Mali Ajdovec

Konspirativne bolnice su izgrađivane u centralnoj Bosni i docnije. Tako su u toku oktobra i novembra 1943. godine izgrađene 3 velike konspirativne bolnice i to u

Petrovom Polju sa 25 mesta, u Demićima kod Šipraga sa 150 mesta i u Borcima kod Maslovara sa 300 mesta.

Međutim, najbolju sliku o uslovima izgradnje i smeštaja konspirativnih bolnica dobićemo ako iznesemo ukratko istorijat jedne od najpoznatijih takvih bolnica — Slovenačke centralne vojno-partizanske bolnice na Kočevskom rogu²⁵).

Na konferenciji vojno-političkog rukovodstva i sanitetskih radnika 4. ili 5. juna 1942. godine u Kisovcu pri komandi V grupe odreda kojoj je predsedavao dr Bebler, a bio je prisutan drug Dermastja Urban, tadašnji komandant Dolenjskoga odreda, bilo je odlučeno da se potraži na Rogu prikladno mesto za gradnju partizanske bolnice. U pratnji jednog vodiča — dobrog poznavaoца roških šuma za par dana je dr Lunaček obišao ceo predeo Roga. Bilo je tu više šumarskih kuća (zgrada šumske uprave) i za bolnicu je bila odabrana jedna lovačka kuća na Zelenoj gorici (Daleč hrib) građena u švajcarskom stilu, sa zidanim prizemljem i spratom od drveta. Zgrada je imala jednu veliku i dve manje prostorije, pored kuhinje i hodnika u prizemlju i 4 manje prostorije na spratu. Na jedan čas hoda odatle bila je u Podstenicama u jednoj vili formirana prihvatna ambulanta u kojoj je trebalo da se vrši trijaža. Oko 15. juna je bilo sve spremno za prijem ranjenika. Za upravnika je bio postavljen dr Lunaček, za političkog komesara Andrej Župančič, a za asistenta dr Božana Ravnihar. Za hranu se brinula intendantura Dolenjskog odreda, koji je nekoliko dana po uređenju bolnice, na oko 600 m daleko od iste u šumi podigao i baraku za osoblje sa oko 32 skupna ležišta. Od druge polovine juna bolnica je počela primati ranjenike — uglavnom teške. Smeštaj je bio vrlo dobar, kao u nekom sanatorijumu, a isto tako i hrana — tri obroka dnevno, dok je iscrpenim ranjenicima i rekonvalescentima davano i 5 obroka dnevno, tako da su bili stvoreni svi uslovi za brzi oporavak.

U šumi u blizini bolnice nalazila se jedna četa, koja je pored ostalog imala i zadatak da štiti bolnicu. Bili su

²⁵) „Kako sem prišiel v partizane?“ Nepotpisana hronika koja verovatno potiče od profesora dr Pavela Lunačka.

iskopani i konspirativni bunker za hranu, opremu i sanitetski materijal, a i jedan podzemni bunker za sklanjanje od vazdušnog napada.

23. jula je iznenada otpočeo italijanski napad na ovu prostoriju. Neprijatelj je došao do Podstenica i spalio prihvatnu ambulantu. Ranjenici sa Daleč hriba bili su sklonjeni u prilično udaljenu uvalu, dobro skrivenu u gustom grmlju. Tu su bile improvizovane dve nastrešnice za zaštitu od kiše. Na Zelenoj gorici su ostali samo lakši ranjenici, rekonvalescenti i bolesnici koji su se slučajno tamo zatekli. Ni oni nisu znali za mesto gde su skriveni teški ranjenici, pošto je praksa pokazala da je konspiracija najbolje oružje za obezbeđenje ranjenika. Čim se neprijatelj povukao na Podstenicama je ponovo izgrađena ambulanta, više da posluži kao mamac koji će odvratiti pažnju neprijatelja, u eventualno novoj ofanzivi. Pristupilo se istovremeno i gradnji sakrivene barake na oko 15 minuta hoda od Podstenica u suprotnom smeru od dosadašnje barake. Mada sanitetska služba nije imala težih gubitaka, uvidelo se da se ne treba suviše pouzdavati u oslobođenu teritoriju.

Petnaestog avgusta otpočela je velika roška ofanziva u toku koje su Italijani doprli na Daleč hrib, zapalili bolnicu i baraku u šumi. U radijusu od 10 minuta hoda daleko od bolnice sve je bilo pretraženo, svaki kamen prevrnut. Pronađeno je mnogo bolničkog inventara koji se nije mogao ranije skloniti u podzemna skloništa, već je bio sakriven u grmlju. Mada su Italijani pretraživali teren u streljačkom stroju ipak nisu pronašli nijednog ranjenika, nijedan instrumenat, ni gram vate. Pošto se pretpostavljalo da će neprijatelj upotrebiti i pse za pronalaženje ranjenika bili su prilazi koji su vodili uvali, u kojoj su se ranjenici nalazili, posuti biberom. Pošto su se Italijani kretali u neposrednoj blizini skloništa teški ranjenici se nisu osećali dovoljno sigurni, te je odlučeno da se smeste u podzemni bunker. Za tu svrhu je dobro poslužila kraška jama, udaljena desetinu minuta od dotadašnjeg skloništa. Jama je bila 4 metra duboka, sa neravnim dnom, površine oko 10 m² i gornjim otvorom od oko 30—40 m². Jama je bila pokrivena okresanim stablima preko kojih

je stavljeno veliko šatorsko krilo, a preko ovog nabacana mahovina smreke, tako da je ovaj deo terena u potpunosti odgovarao okolini. Na gornjem delu napravljen je mali otvor koji je bio pokriven sveže odsečenom smrekom tako da niko ne bi mogao naslutiti da se tu krije bunker sa ranjenicima. Ranjenici su se unutra osećali sigurni, mada je bilo hladno, vlažno i tamno. Smešteni su na troje nosila. Dobijali su hranu svaki dan, a previjani su svaki drugi ili treći dan. U bunkeru su ostali oko mesec dana, a rane su im vrlo dobro zarastale.

Polovinom oktobra počelo se misliti na smeštaj teških ranjenika u zimskim uslovima. Pronađena je mala uvala u blizini jednog izvora, dovoljno velika za smeštaj manje barake. Tako je sagrađena baraka veličine 6×6 m za oko 20 osoba. Balvani su stavljani jedan na drugi a usled blizine Italijana i opasnosti da čuju udarce oni su vezivani drvenim klinovima, stavljenim u rupe bušene svrdlom. Iz pogorelih kuća na Pogorelcu i Podstenicama skinuta su vrata, prozori i daske za pokrivanje krova. Za 14 dana zgrada je bila pod krovom. Zbog nedostatka dasaka patos je napravljen od balvana i zato je bio neravan. Ležišta su bila na podu. Napravljen je štednjak koji je služio za zagrevanje i kuvanje hrane. Koncem oktobra izvršeno je preseljavanje iz dotadašnje uvale u novo prebivalište koje je nazvano Jelen breg. Ranjenici su bili zadovoljni ovim smeštajem. Pošto je zgrada ipak bila pretesna za 20 ljudi, u blizini, uz prikladnu stenu, bilo je napravljeno otvoreno ognjište, prekriveno napola izgorelim daskama i na njemu je kuvana hrana.

Odmah po završenoj izgradnji ove barake odabrano je na oko 45 minuta hoda odatle novo mesto i na njemu izgrađena druga baraka, u koju su koncem novembra bili smešteni ranjenici koji su se do toga vremena nalazili pod nastrešnicom kod Pogorelca. Ovom barakom, nazvanom Jelen žleb rukovodio je dr Ivan Pintarić.

Dovršetkom izgradnje ove dve barake bilo je rešeno pitanje smeštaja preko zime. Trebalo se pobrinuti za hranu. Ona je sakupljana od seljaka (krompir, repa, pasulj, keleraba, jabuke, orasi) i smeštena u bunkere koji su bili napola u zemlji. U toku jeseni bilo je ulovljeno i

oko 1.000 puhova, i zahvaljujući tome znatno popravljene ukus hrane. Uz strogo racioniranje, zalihe hrane su mogle, uz dva dnevna obroka tople hrane, poslužiti do početka aprila. Pored toga davana su dnevno još i po dva obroka jabuka, koji su vrlo dobro ublažavali monotoniju ishrane. U toku zime ulovljeno je i nekoliko srna, čije je meso sušeno nad ognjištem.

Najviše poteškoća je predstavljalo pomanjkanje svetlosti i štiva za čitanje. Zgrada je bila tamna tako da je već u 3 č popodne bilo nemoguće i pored prozora čitati. Iz baraka se nije smelo izlaziti da se ne bi ostavio trag u snegu. Da bi se izbegla monotonija održavana su svaki dan razna predavanja iz higijene, bakteriologije, zaraznih bolesti itd.

Oko Nove godine prispela je nova partija ranjenika iz akcije na fašističko uporište Dob. Transport je prispeo za vreme snežne mećave i zaustavljen daleko od barake. Osoblje bolnice nosilo je ranjenike oko 1 čas daleko, a zatim su pratioci ranjenika upućeni kružnim putem natrag u dolinu, tako da nije bilo nikakvog traga koji bi vodio neposredno do bolnice. Postojeći trag je uklonjen pažljivo metlom, a sneg koji je padao ubrzo ga je sasvim sakrio. Pošto je bilo relativno malo ranjenika, ove dve barake bile su dovoljne za smeštaj svih ranjenika u toku cele ove zime.

Početak januara 1943. godine bila su ugrađena dva prozora, sa obe strane krova na baraci, tako da je operacijsko polje na stolu, koji se nalazio po sredini barake i služio za te svrhe, bilo odlično rasvetljeno. Pošto se nije raspolagalo autoklavima i kasetama za sterilizaciju, služilo se mokrom sterilizacijom, odnosno prekuvavanjem svih instrumenata, kompresa i drugog materijala. I pored svih poteškoća rezultati operativnih zahvata bili su uspešni. Prvih dana po ranjavanju davane su ranjenicima relativno velike doze alkoholnih pića. Prekuvavana vata natapana je sa 50% alkohola za lokalnu upotrebu kod ranjavanja, posle čega su i teške povrede uspešno zarastale bez ikakvih septičnih pojava.

Krajem januara na konferenciji u Cremošnjicama koju je sazvao komandant Dolenjskog odreda rešeno je

da kapacitet bolnice treba povećati na 200 postelja zbog povećanih akcija koje su jedinice vodile na tom sektoru. Javka za upućivanje ranjenika nalaziće se u Podstenicama. Za novu centralnu bolnicu predviđeno je da se formira intendantura u Starim Žagama.

Iskustvo iz roške ofanzive je pokazalo da se ne sme izvršiti koncentracija 200 ranjenika na jednom mestu. Isto tako moguće je ukloniti tragove dolaska ranjenika u bolnicu jedino onda ako se prijem i otpuštanje ranjenika i bolesnika ne vrše suviše često. I nedostatak vode na tom terenu uticao je da se ranjenici dekoncentrišu i upute na veći broj izvora roškog predela koji nisu suviše poznati. Već u toku jeseni i zime 1942. godine nedostajalo je vode u barakama Jelen breg i Jelen žleb, tako da je jedva dostajala za piće i za kuvanje, dok je pranje rublja (pa i upotrebljenih kompresa i gaze) bilo vrlo otežano. Stoga je i bilo odlučeno da se kod intendanture u Starim Žagama organizuje pranje rublja za celu bolnicu, mada se računalo s tim da će donošenje i odnošenje rublja, s obzirom na veću udaljenost i nedostatak transportnih sredstava, predstavljati priličnu poteškoću.

Pronađena su tri izvora na Rogu koji nisu bili ucrtani na karti, niti su bili uopšte poznati mesnom stanovništvu. Zbog toga je odlučeno da se u njihovoj blizini izgradi nekoliko baraka na manjoj udaljenosti jedna od druge. U Jelen bregu i Jelen žlebu odabrano je najsposobnije osoblje i određeno za rukovodioce izgradnje novih baraka, dok je komanda Dolenjskog odreda dala potreban broj ljudi. U prvoj fazi formirane su dve ekipe koje su dobile nešto oruđa i hrane, dok je građevinski materijal morala pripremiti ekipa na samom mestu gradnje. Iskustvo je pokazalo da barake izgrađene u Jelen bregu i Jelen žlebu imaju nedostataka. Stoga je rešeno da glavna baraka svakog pojedinog bolničkog odeljenja treba da ima veličinu 10×7 m. Ležišta treba da budu izdignuta, a između njih dovoljno veliki prostor da se ranjenici i osoblje mogu lako kretati. Zato je i širina prolaza povećana na 3 m. Ispod ležišta bilo je dovoljno prostora za obuću, dok je

iznad uzglavlja postavljena polica za najpotrebnije stvari ranjenika. Predviđene su bile takođe police, odnosno ormani za rublje, instrumente i lekove. Na sredini barake bio je predviđen dug ali uzak sto, kako ne bi smetao kod prolaza, a u uglu jedan manji za potrebe lekara i politkomesara.

U centralnu bolnicu bilo je uključeno i odeljenje dr Mihelčića koje je bilo smešteno između Štala i Ponikve a sastojalo se iz tri male kolibe, od kojih je jedna služila za potrebe lekara, druga kao kuhinja i treća sa oko 8 do 10 ležaja za ranjenike. Kolibe su bile napola ukopane u zemlju i vrlo malog kapaciteta. I ovde je otpočela izgradnja baraka za oko 30 ranjenika. Postojeća koliba za ranjenike bila je nešto proširena i poboljšane higijenske prilike u njoj.

Još zimi 1942/43. godine osećala se potreba za jednim odeljenjem koje bi, prihvatajući lakše ranjenike i bolesnike, rekonvalescente i lakše invalide koji su dobro pokretni, rasteretilo bolnicu. Takvo rekonvalescentno odeljenje koje bi bilo na lepom sunčanom mestu ne bi moralo biti strogo konspirativno, a moglo bi poslužiti i kao mamac za neprijatelja, da bi se odvratila njegova pažnja od strogo konspirativnih baraka za teže ranjenike. Ovo je bilo potrebno i zbog toga što je, iako je bilo dogovoreno sa jedinicama da će bolnica primati samo teške ranjenike, ipak svaki dan pridolazilo sve više i lakih ranjenika i bolesnika. Za ovo odeljenje odabran je zaselak Smrečnik u blizini Štala, koji je bio samo delom popaljen. Mesto je bilo prekrasno, na rubu šume, sa divnim izgledom i puno sunca. Adaptacija je izvršena za nekoliko dana, tako da je polovinom februara 1943. godine odeljenje moglo otpočeti sa radom. Veliku poteškoću predstavljao je nedostatak opreme jer su sela bila popaljena a roški masiv takoreći hermetički odvojen neprijateljskim uporištima od ostalog dela. Materijal je trebalo naći u samoj šumi. Brzo se uvidelo da odlično ležište za lake ranjenike predstavljaju smrekove grančice za pedalj debelo naslagane na ležištu. Posteljina sačuvana iz roške ofanzive ostavljena je za teške ranjenike.

Rekonvalescentno odeljenje nazvano je Hrastnik, odeljenje dr Mihelčiča koje je bilo uključeno u centralnu bolnicu — Vinica, ostale dve barake u gradnji nazvane su Pugled i Spodnje Lašče. Posle dovršetka izgradnje centralna bolnica je trebalo da ima kapacitet od 200 postelja, a sastojala bi se iz 6 baraka. Izgradnja ostale 3 barake sporo je napredovala, jer su se građevinske ekipe borile sa mnogim teškoćama — nije bilo dovoljno alata, koji se morao pozajmljivati sad jednoj sad drugoj ekipi, sneg je bio visok, a smeštaj i ishrana ljudstva vrlo rđavi. Ipak je ljudstvo koje je učestvovalo u izgradnji bilo neverovatno požrtvovano.

U februaru je dobijen zadatak, vrlo težak zato što pojedine barake još nisu bile dovršene, da se primi 70—80 najtežih ranjenika iz ranije slovenačko-hrvatske bolnice, koja je bila smeštena u Sočicama u Žumberku, a koja je morala biti evakuisana zbog neprijateljskog pritiska. Pod zaštitom 13. hrvatske proleTERSKE brigade, na 80 volovskih kola dopremljeno je 200 ranjenika preko Bele krajine do Cremošnjica. Međutim, pošto su i same Cremošnjice bile sa svih strana ugrožene rešeno je da se primi 78 najtežih ranjenika, a ostali da produže put za Kordun. Ovi su ranjenici bili primljeni na rekonvalescentno odeljenje u Hrastniku, čiji je kapacitet bio suviše mali za toliki broj ranjenika, zbog čega su izvršene na brzinu nove adaptacije. Zbog nesigurnosti samog Hrastnika na 10 minuta daleko izgrađene su u šumi još dve improvizovane barake, koje su trebale da posluže za smeštaj ako bi neprijatelj zapalio Hrastnik. Novi ranjenici su predstavljali veliko opterećenje i za intendanturu centralne bolnice. Ovo utoliko pre što je sa ranjenicima prispelo i oko 20 ljudi — sanitetskog osoblja.

Ranjenici su se dobro osećali smatrajući da su na sigurnom mestu. Rane su im brzo zarastale, tako da se broj nepokretnih ubrzo znatno smanjio.

Ovaj nagli priraštaj ranjenika pokazao je da se mora imati na raspolaganju, za svaki slučaj, veći broj bolničkih ležišta. Zato je odlučeno da se izgrade nove barake u blizini dva nepoznata izvora, nešto udaljene od popaljenih

sela Kunča i Rese. Prva od njih trebalo je da bude u istoj uvali u kojoj je bolnica preživela rošku ofanzivu — ona je nazvana Jelen Dol, druga, udaljena nekih 20 minuta od Jelenice, nazvana je Stari Log. Treća, udaljena oko 1 čas od odeljenja Lašće, nazvana je Zgornje Lašće. Odlučeno je da ona bude pod rukovodstvom dr Pintarića, koji je vodio odeljenje Lašće, koje se ubuduće trebalo zvati Spodnje Lašće. Gradnja četvrte barake otpočela je na 20 minuta od popaljenog sela Rese. Za izgradnju ovih baraka dobijeno je od vojnog rukovodstva novih 18 ljudi, koji nisu bili sposobni za službu u jedinicama. Zbog dolaska novog ljudstva pooštrene su mere konspiracije. Naređeno je da ljudstvo na gradnji ne sme napuštati mesto na kome



Sl. 22 — Zg. Hrastnik — pred bolesničkom barakom

je radilo, a da bi im se otežala orijentacija sva okolna sela su bila dobila nova imena. Međutim, docnije u toku vremena celokupno ljudstvo svakog bolničkog odeljenja bilo je međusobno tako povezano kao da su činili jednu veliku porodicu. Svakidašnje potrebe su zahtevale da ljudstvo sazna mnoge stvari, pojedini od njih i za neka druga odeljenja bolnice. Sve je to nalagalo da se organizuje i bor-

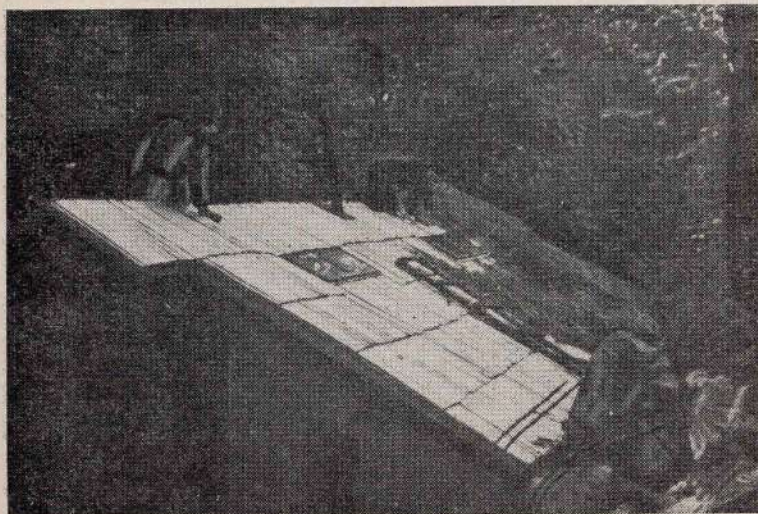
beno obezbeđenje. Pošto su pojedina odeljenja centralne bolnice bila razasuta na relativno velikoj prostori, tako da je od jednog do drugog krajnjeg odeljenja (koja su se nalazila na periferiji bolnice) trebalo 5 časova peške i to prećicama, razumljivo je da nije moglo svako odeljenje kontrolisati bližu i dalju okolinu samo za sebe. Stoga je odlučeno da se postave patrole koje će obilaziti odeljenja i obavestavati susede o kretanju neprijatelja na ovom terenu. Svaki sumnjiv pokret neprijatelja bio je putem štafete javljan svim odeljenjima centralne bolnice i intendanturi koja se nalazila na ovom sektoru.

Polovinom 1943. godine centralna bolnica je imala 10 odeljenja koja su bila u mogućnosti da prime u zatvorenim barakama oko 300 ranjenika i bolesnika. Zbog velike dekoncentracije bolnice nije bilo lako provesti koordinaciju rada. Kod odeljenja Jelen Dol izgrađena je posebna baraka za upravu bolnice u kojoj su se svakih 14 dana održavale konferencije kojima su prisustvovali upravnici pojedinih bolničkih odeljenja, politkomesari i predstavnici bolničke intendanture. Uvedeni su nedeljni raporti iz kojih se videlo kretanje ranjenika i bolesnika, broj pokretnih, srednje pokretnih i nepokretnih ranjenika, broj i vrsta zaraznih oboljenja, broj invalida, različiti podaci o osoblju, naoružanju, broj ozdravelih itd. Teritorija na kojoj se nalazila centralna bolnica bila je podeljena na dva sektora — istočni i zapadni, a na svakom je bio određen jedan rukovodilac koji je vodio nadzornu službu (na istočnom je tu službu vršio dr Franc Novak — Luka, a na zapadnom dr Pintarić). Ovaj sistem se pokazao vrlo dobrim i još se usavršio do kraja rata. Nemoguće je bilo na svako odeljenje postaviti i lekara, a kamoli hirurga. Zato je bila potrebna saradnja u radu između pojedinih odeljenja odnosno pozajmljivanje osoblja. Školovanje sanitetskih kadrova vršilo se na svim odeljenjima, istina ispočetka bez ikavog sistema i prepušteno inicijativi pojedinih upravnika odeljenja.

Kada su bile dovršene glavne barake, kuhinja, nužnici i prostorije za depedikulaciju na pojedinim odeljenjima pristupilo se izgradnji posebnih nastrešnica za sme-

štaj osoblja, lakih ranjenika i bolesnika — rekonvalescenta. Ležišta su bila podignuta od zemlje i kako su ove nastrešnice bile građene na mestima gde je šuma bila posećena, bile su sunčane tako da su se ranjenici vrlo dobro osećali i veoma brzo oporavljali.

Pošto su neprijateljski avioni veoma često kružili tražeći bolnice, bila je uređena i posebna služba obaveštavanja i davanja signala za uzbunu. U tom času bili su svi prozori, na krovu baraka, pokriveni unapred spremljenim pokrivačima na dugim motkama, a kamuflirane su takođe i nastrešnice. Novi krovovi koji bi se mogli prime-



Sl. 23 — Zg. Hrastnik — baraka za osoblje

titi iz aviona, bili su prekriveni smrekovim grančicama. Naročita pažnja je obraćena da se ne primete ravne linije krova i dim, zbog čega je dim iz kuhinja prvo bio puštan kroz zemlju koja je apsorbovala veliki deo. Kasnije je za gorivo korišćen drveni ugalj koji nije davao nikavog

dima. Ako je situacija bila neizvesna davana je suva hrana ili se kuvalo samo noću.

Za sklanjanje teških ranjenika svako odeljenje je gradilo ili podzemna skloništa u kakvoj kraškoj jami što dalje od glavne barake ili više manjih nastrošnica, kako bi se izvela što veća dekoncentracija i sveo na minimum broj eventualnih gubitaka u slučaju pronalazjenja ranjenika. Operativna zona je dala i 12 naoružanih drugova sa 2 mitraljeza, od kojih su bile formirane dve patrole — jedna za istočni a druga za zapadni deo bolničke teritorije (sektor). One su imale zadatak ne samo da kontrolišu određeni sektor, već svojim manevrisanjem i skrenu pažnju neprijatelja na drugu stranu.

Dekoncentracija ranjenika u centralnoj bolnici imala je tu slabu stranu što je bio otežan pregled, a stručna kontrola vezana sa velikim naporima, ali je imala i veliku prednost — konspiracija je lakše čuvana. Naročitu prednost je predstavljalo takmičenje između pojedinih odeljenja, jer se svaki član pojedinog bolničkog odeljenja trudio da njegovo odeljenje bude što bolje i lepše. Ranjenici koji bi prispeli u većem broju na javku, do koje bi ih ponekad prevezli i ljudi koji su bili mobilisani u tu svrhu, za kratko vreme evakuisani su na razne strane i na taj način uništavan svaki trag. Kadgod bi stigao veći transport ranjenika proturana je među vozarima, pa i po obližnjim selima vest da oni produžuju put dalje za Hrvatsku. Takav je bio slučaj kada je ujesen 1943. godine bilo primljeno 100 ranjenika iz borbi u Suhoj krajini i preko 100 ranjenika iz borbi u Žužemberku. Prednost dekoncentracije ogledala se i prilikom prijema većih količina hrane ili drugog materijala u intendanturu centralne bolnice. Sve je to bilo odmah podeljeno na 10 odeljenja i sakriveno u posebne bunkere za hranu i materijal koje je svako odeljenje imalo izgrađeno za te svrhe. Pa i kad bi neprijatelj u toku neke ofanzive uništio i polovinu bolničkih odeljenja ne bi našao i sve njihove ranjenike, uništio sva njihova podzemna skloništa i preostali ranjenici imali bi gde da budu sklonjeni.

Koncem marta bila je uspostavljena veza sa Ljubljanom pošto se osećao veliki nedostatak u zavojnom materijalu, posebno staničevini, dok je instrumentarij za osnovne potrebe zadovoljavao. Bila je ugovorena vagonaska pošiljka sanitetskog materijala pa i druge opreme (odela, rublja, obuće) koja je bila sakupljena velikom sabirnom akcijom u Ljubljani. Materijal je trebalo da bude železnicom dopremljen do Novog Mesta, a zatim odavde kolima razvezen na različite strane. Ova akcija je bila vrlo teška, jer su oko Novog Mesta bila gusto posejana neprijateljska uporišta a mogla se provesti samo zahvaljujući saradnji i pomoći najrazličitijih slojeva naroda. Materijal je prevezen u blizinu Podstenica, a zatim spremljen u napušteno odeljenje Jelen Žleb, koje je služilo za privremeno skladište materijala. Materijal je bio na brzinu podeljen na 10 odeljenja i za kratko vreme dobro smešten i sakriven. U kratkom roku prispele su još dve slične pošiljke sanitetskog materijala iz Ljubljane. Na taj način sva bolnička odeljenja bila su dobro snabdevena — same staničevine bilo je primljeno oko 600 kg. Juna 1943. godine došlo je iz Ljubljane i 10 lekara i 6 odličnih bolničara koji su bili dodeljeni bolničkim odeljenjima i jedinicama. Neki su bili poslani u Hrvatsku, jer je tamo nedostajalo lekara. Druga grupa od 10 lekara došla je po kapitulaciji Italije i oni su bili poslani najvećim delom u operativne jedinice.

Tako je centralna bolnica bila spremna da izvrši sa uspehom sve postavljene zadatke.

Izgradnja konspirativnih bolnica na Pohorju vršena je na nešto drugačiji način, što je umnogome zavisilo od taktike koju je neprijatelj primenjivao na ovoj prostoriji u borbi protiv partizanskih jedinica. Uglavnom može se govoriti o tri vrste neprijateljskih akcija na ovom području:

Veće akcije čišćenja koje je neprijatelj vršio najčešće leti, jakim snagama, uz pomoć različitih rodova vojske. Tom prilikom bi neprijatelj u toku 7—8 dana prokrstario celim terenom, koristeći se pri tom uglavnom šumskim

putevima i stazama. Teren koji je bio pokriven gustom šumom pretraživao je samo u slučaju ako bi naišao na šta sumnjivo.

U toku cele godine, svakih desetak dana, neprijatelj je vršio periodične akcije čišćenja manjim snagama — udarnim skupinama od 300—500 ljudi.

Pored navedenog, neprijatelj je slao i manje udarne patrole koje su nosile partizansku uniformu i deistvovala na partizanski način, kretale se svuda, prateći pokrete partizanskih jedinica. Ove patrole su i napadale na manje skupine i pojedince a posebno su tražile partizanska skloništa i bolnice, i sakupljali obaveštajne podatke.

Dok je prvi i drugi način neprijateljske taktike bio namenjen planinskim predelima, ovaj treći bio je predviđen za nizinske predele, manje ili više naseljene. Gledajući na visinske razlike prva i gornja trećina gorja bile su nesigurnije od sredine koja je izgledala najpogodnija za izgradnju konspirativnih bolnica. Niži predeli srednjeg pojasa bili su sigurniji leti, a viši predeli zimi.

Prve nadzemne bolnice u Pohorju počele su se graditi početkom maja 1944. godine. Do tog vremena ranjenici su bili sklanjani u podzemna skloništa, koja i pored relativno dobre ishrane nisu zadovoljavala u drugom pogledu — higijenskom, zrdavstvenom pa i moralnom. Ranjenici su bili apatični, za njihov oporavak bila je neophodna svetlost sunca i vazduh. Prelaz od bunkera do prve nadzemne bolnice predstavljala je niska nastrešnica za oko 15 ranjenika koja je bila napravljena u gustoj smrekovoj šumi od smrekovog stabla i kore, zatvorena sa svih strana osim spreda. Kuhinja je bila odvojena i izgrađena pod zemljom. Kada se videlo da su ranjenici na ovaj način bili zaklonjeni od neprijateljskog oka, iako su se jake njegove snage kretale u neposrednoj blizini, na nekih 100 m udaljenosti, pristupilo se izgradnji novih baraka tako da je na zapadnom sektoru Pohorja krajem leta 1944. godine bilo 6 ovakvih malih bolnica sa ukupnim kapacitetom od oko 200 bolesnika. U cilju dekoncentracije ranjenika, a zbog veoma ugroženog terena, ove bolnice su građene sa

kapacitetom od 30—35 ranjenika, udaljene oko dva sata hoda pešice jedna od druge.

Sve izgrađene bolnice bile su u srednjem pojasu i to na padinama neke malo poznate uvale. Tri od njih bile su u blizini manjih izvora, a tri na takvom mestu gde se kopanjem moglo doći do vode, što je bilo od naročitog značaja jer su Nemci, naročito krajem 1944. i početkom 1945. godine, tražili konspirativne bolnice upravo u blizini vodnih objekata. Stoga je i bila obraćena naročita pažnja maskiranju one strane bolnice koja je bila okrenuta izvoru. Od ovih bolnica dve su bile u gustoj mladoj smrekovoj šumi, dve u srednje gustoj šumi, jedna u retkoj šumi, a jedna na isečenoj strmoj padini sa retkim grmljem. Ova prostorija gledana sa neke obližnje uzvišice izgledala je tako otkrivena da se tamo ne bi mogao smestiti ni podzemni bunker, a kamoli nadzemna bolnica. Teško je reći koji je od ova dva terena bio pogodniji, da li onaj u gustoj šumi, gde je bolnica bila tako dobro skrivena, ili ovaj na izgled na otkrivenom terenu gde neprijatelj nikada ne bi očekivao bolnicu.

Sve ove bolnice bile su postavljene dalje od šumskih puteva, kojih je na Pohorju bilo mnogo zbog izvoženja drveta. Na svaki način vodilo se računa o tome da se one ne vide ni sa najbliže staze. Po mogućnosti je birana strana okrenuta jugu. Ipak su tri bolnice bile okrenute severu.

Bolničke barake su građene na strmoj padini tako da je prvo napravljen jedan usek od oko 1,50 m za smestaj barake, koja je s prednje strane bila sasvim napolju dok sa zadnje strane do krova u zemlji. Barake su bile dugačke od 8—12 m, a širine oko 3 m. Na prednjoj strani su bili prozori, skinuti sa nekih napuštenih zgrada. Pristup do teških ranjenika bio je moguć sa svake strane. Zidovi, tavanica pa ponekad i krov bili su pravljeni od dasaka. Zidovi su bili iznutra obloženi belim papirom, tako da su sve bolničke sobe bile prilično svetle. I pored toga što je u ovakvim barakama bilo smešteno i po 25 do 30 ranjenika vazduh je bio čist jer je ventilacija bila dob-

ra. U barakama zimi je bilo toplo, radi toga što su spoljni zidovi, kao i prostor između tavanice i krova, bili ispunjeni lišćem i grančicama. Bolnice za teške ranjenike imale su zasebnu prostoriju 3 × 4 m veliku, koja je imala velike prozore na sve tri strane, sa improvizovanim stolom za operaciju, stolićem za instrumente i ormarićem za lekove i instrumentarij. U drugim barakama je bio poseban prostor za previjanje u blizini barake. Svaka bolnica imala je pored toga zasebnu kuhinju i jednu baraku sa ostavom za namirnice. Dimnjak je bio odveden daleko ispod zemlje i završavao se u jednoj poširoj jami u kojoj je bila izgrađena mala sušara za meso. Osoblje je spavalo ili na tavanu, iznad kuhinje, ili je imalo svoju zasebnu baraku. U stvari svaka takva mala bolnica za oko 30 ranjenika i 15 lica sanitetskog osoblja bila je smeštena kao što se vidi u nekoliko baraka stisnutih na malom prostoru i dobro zakamufliranih, tako da se nisu primećivale ni sa desetak metara udaljenosti. Do nje nije vodila nikakva staza, nije se video dim, a unutra je vladala savršena tišina. Konspiracija je bila jedino oružje ovakvih bolnica i stoga joj se morala posvećivati najveća pažnja. Obično su bolnicu gradili prezdreveli partizani koji zbog povreda nisu više bili sposobni za jedinice. Oni su i ostali u njoj kao bolničari, kuvari, nosioci hrane itd. Po pravilu, nije smela znati jedna bolnica za drugu gde se nalazi.

Drvo za građenje barake je sečeno bar na dva časa udaljenosti od mesta gde se baraka dizala. Tu su bili pripremljeni svi delovi koji su se posle noću vozili kolima do podnožja strmine na kojoj je građena baraka, a zatim opet noću iznosili na samo mesto. Bio je to naporan rad, jer je sam teren bio težak, a građevinska ekipa brojala svega 8 ljudi. Ako bi se radilo danju 2 druga su morala biti na straži da odmah daju znak za sklanjanje ako bi se u blizini našao kakav civil, pastir ili partizan. Nastojalo se da se ne prouzrokuje nikakva buka. Cepanje drva ili testerisanje bilo je dozvoljeno samo u jednoj prostoriji pod zemljom i to noću.

Od 6 konspirativnih bolnica, koje su se nalazile na zapadnom sektoru Pohorja, nije bila otkrivena nijedna

od strane neprijatelja. Jedna od njihovih karakteristika bila je ta, da one nisu uopšte imale posebnih podzemnih



Sl. 24 — Maketa konspirativne bolnice izgrađene na strmoj padini

bunkera za sklanjanje ranjenika u slučaju opasnosti. Teren je bio takav, i toliko infiltriran neprijateljskim snagama da bi se ovo sklanjanje moralo vršiti svaki dan.

I izgradnja bolnica u Primorskoj oblasti imala je svoje specifičnosti.

Razvoj sanitetske službe u ovoj oblasti može se podeliti u tri perioda. U prvom razdoblju zbrinjavanje ranjenika i bolesnika vrši se kod mesnog stanovništva, koje ih je skrivalo po kućama, u šumi itd. U drugom razdoblju dolazi do formiranja Severnog i Južnog primorskog odreda odnosno Primorske operative zone zbog čega dolazi do znatnog porasta ranjenika i bolesni-

ka. S tim u vezi marta 1943. godine dr Peter (Gala) formira 10 postojanki i to: na Krnicah (Šebrelje) u neposrednoj blizini Idrije, na strmini Banjske visoravni kod naselja Vrata, u udubljenju pod Liscem (Grahovo), na Št. Vidskoj gori blizu Pećin-a, na reci Tolminki pod Čadrom, pod Krnom na Matajurju, Kolovratu i na Rombonu na visini

od 2.000 m. U svim ovim postojankama moglo se smestiti oko 120 ranjenika i bolesnika. One su bile izgrađene od dasaka, šatorskih krila, a neke su bile i u podzemnim jamama. Ovakvo rešenje bilo je nametnuto velikim brojem neprijateljskih uporišta sa garnizonima gotovo u svakom selu pa i geografskim karakteristikama Primorske oblasti.

Sve veći gubici u borbama brigada i divizija koje su već bile formirane doveli su do stvaranja konspirativnih bolnica u ljubljanskoj pokrajini već u prvoj polovini 1943. godine. Ove bolnice sastojale su se od većeg broja objekata (bolnička baraka, operacijska baraka, kuhinja, baraka za osoblje, evakuacijski bunker, ekonomski magacin itd.). Po pet-šest ovakvih postojanki, koje su često bile udaljene kilometrima hoda jedna od druge, činile su jedan bolnički blok, koji je bio potpuno samostalan u vojničkom, sanitetskom i ekonomskom pogledu. Ovakav bolnički blok mogao je načelno zbrinjavati ranjenike jedne divizije. Formiranjem 9. korpusa decembra 1943. godine dolazi do odluke da se na Primorskom formiraju dve grupe bolnica, koje bi povezivale celu primorsku pokrajinu.²⁵⁾

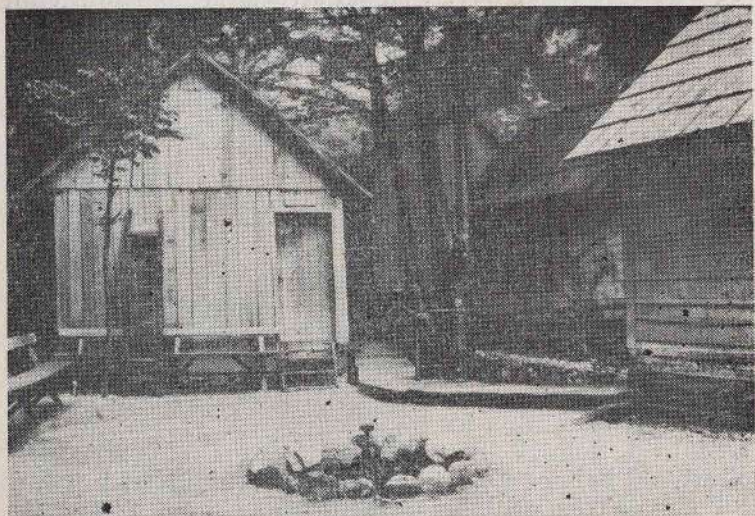
Jedan od tih blokova predstavljala je bolnica »Franja« koja je bila u stvari centralna bolnica, dok su levo i desno od nje bila formirana još i odeljenja A, B, C, Pokljuka — 10 Stol itd. Bolnica »Franja« bila je jedna od retkih konspirativnih bolnica koja je bila vojnički branjena i sa tim se računalo već prilikom gradnje same bolnice. 23. XII 1943. godine nakon 14-dnevnog rada, pri čemu je materijal (uglavnom daske) prenošen na leđima, bila je postavljena prva baraka duga 8, a široka 5 m sa kuhinjom veličine 2 × 5 m. Ovu baraku su podigli dr Viktor Volčjak, medicinar Brane i bolničar Gašpar sa nekoliko obližnjih saradnika. Docnije je bilo izgrađeno još nekoliko baraka za smeštaj ranjenika, operacijska prostorija, prostorija za smeštaj osoblja itd.

Ispod jedne barake bio je izgrađen bunker sa tekućom vodom za 28 nepokretnih ranjenika, zatim jedan bun-

²⁵⁾ Ovaj predlog je došao od tadašnjih članova sanitetskog odseka Glavnog štaba Slovenije dr Bogdana Brecelja i dr Matjaža (Ahčin Marjan).

ker na teško pristupačnom mestu za 16 nepokretnih ranjenika i jedan veći, takođe u steni, teško pristupačan za 40 pokretnih ranjenika.

Bolnica je bila istovremeno i veliko slagalište sanitetskog materijala pošto je raspolagala rezervama za oko pola godine (1.000 Kramerovih šina, 10.000 prvih zavoja, 2.000 gipsanih zavoja, 50.000 tableta sulfamida itd.).



Sl. 25 — Partizanska konspirativna bolnica „Franja“

Bolnica je napadnuta u dva maha: prvi put 20. IV 1944. godine, zbog čega je i evakuisana u toku noći pod veoma teškim uslovima (bolničari su padali u nesvest od umora), pri čemu su pomagali delovi Gorenjskoga odreda i pitomci oficirske škole; a drugi put 24. III 1945. godine kada je neprijatelj napao bolnicu i bio odbijen vatrom iz mitraljeza. Pošto neprijatelj nije uspeo da prodre u bolnicu zadržao se u njenoj neposrednoj blizini 18 dana pokušavajući da vatrom i dimom natera osoblje na predaju. Požar je stigao do samih bunkera tako da su se borci one-

svešćivali od dima ali je na kraju neprijatelj morao odstupiti. Odbrambeni bunker i od kojih 3 za teške mitraljeze i 6 za lake bili su u steni, sigurni od mina i granata. Dobro maskirani, ovi bunker i vladali su u potpunosti okolnim zemljištem, vrhovima, kotlinama i eventualnim pristupnim putevima.

Iako je bolnica bila u stvari nepristupačna, ipak se mislilo na njenu odbranu ma iz kog pravca napad došao. Ispred spoljne odbrane linije koju su činili 9 bunkera bila su 4 minska polja. Svaki pristup mogao se tući unakrsnom vatrom. Na visini od 20—50 m nad bolnicom bila je unutrašnja odbrambena linija u kojoj su se nalazili bunker i za lake mitraljeze i puškomitraljeze. Uski ulaz u klisuru branio je sa svake strane po jedan bunker za bacanje bombi na neprijatelja, ukoliko bi ovaj uspeo da prodre u samu bolnicu.

Smeštaj pod šatorima, špiljama, pod otvorenim nebom

Smeštaj pod šatorima, špiljama i pod otvorenim nebom, dolazi u obzir samo privremeno i to za određene kategorije ranjenika i bolesnika. Ukoliko se ne raspolaže gotovim šatorima, za njihovo pravljenje može se upotrebiti obično platno, padobranska svila ili drugi priručni materijal. Mada se ne može reći da su šatori često bili upotrebljavani za smeštaj partizanskih bolnica u toku NOR-a, ima više takvih primera.

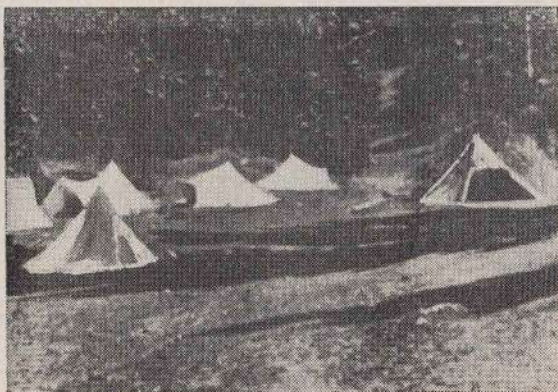
Kada je 20. juna 1942. godine osnovana prva bolnica u Fruškoj gori na Vencu više s. Grgurevci, ona je smeštena pod šatorima i delom u kolibama. U bolnici je bilo prikupljeno iz okolnih sela 35 ranjenika. Već 5. jula u ovoj bolnici je otpočeo sanitetski kurs — niži tečaj, koji je trajao 15 dana i koji je završilo 11 drugarica.

Nakon bombardovanja centralne bolnice ispod Suhopoljskog vrha u Grmeču 1942. godine, ranjenici su bili premešteni u pet većih šatora, izrađenih od grubog domaćeg platna, u kojima su ostali oko mesec dana, dok nije

izgrađena nova bolnica. Zahvaljujući dobroj hrani i čistom vazduhu oni su se vanredno brzo oporavljali²⁶).

Bolnica »B« (Bosutskog odreda) sa 80 ranjenika aprila 1944. godine bila je smeštena pod šatorima i delom u šumarskoj kući između Morovića i Batrovaca, u samoj šumi.

Posle neprijateljskog desanta na Drvar 25. maja 1944. god. i ofanzive koja je usledila, delovi centralne bolnice iz Bosanskog Petrovca sa oko 30 teških ranjenika na nosilima i zarazno odeljenje, koje se nalazilo u zaseoku Drvara — Šipovljanima, bili su smešteni pod šatorima, improvizovanim od padobrana, na planini Klekovači, gde su proveli oko tri nedelje.



Sl. 26 — Bolnica na planini Šator 1943. godine

Smeštaj bolnica u špiljama je takođe samo privremenog karaktera, najčešće da bi se sklonili nepokretni ranjenici za vreme neprijateljskih ofanziva i slično (smeštaj 95 teških ranjenika iz ličkih bolnica u špilju u Bajnovcu u toku sedme neprijateljske ofanzive, bolnica »Pavla« tid.).

²⁶) Gala navodi da je krajem decembra 1942. godine jedna bolnica pod šatorima od govedih koža bila postavljena u blizini jugoslovensko-italijanske granice u snegu koji je bio visok oko pola metra.

I u slučaju smeštaja pod šatorima, pa i pod otvorenim nebom mora se, zbog bolje organizacije rada, voditi računa o podeli bolnice, obeležavanju pojedinih odeljenja, kako bi se sačuvao raspored i redosled obrade ranjenika i bolesnika koji pristižu u bolnicu.

Ako želimo da razmotrimo pitanje smeštaja i izgradnje bolnica u sanitetsko-taktičkom pogledu mogli bismo reći da nepokretne bolnice možemo podeliti u:

a) bolnice na slobodnoj teritoriji, koje se po svom karakteru približavaju bolnicama operativne armije; i

b) bolnice na okupiranoj teritoriji, koje obavljaju svoj rad u posebnim uslovima i prema tome imaju svoje specifičnosti.

U pogledu lokacije bolnica na slobodnoj teritoriji postoje opet uglavnom dve mogućnosti:

— njihovo postavljanje na tzv. »nepristupačnim mestima«;

— njihovo postavljanje na komunikacijama, odnosno u njihovoj blizini.

Kako u stvari nepristupačnih mesta za neprijatelja nema, pod ovim se podrazumeva postavljanje bolnica daleko od komunikacija u dubokim šumama, kako bi se što duže očuvala njihova konspirativnost i na taj način ranjenici i bolesnici obezbedili od eventualne posebne akcije neprijatelja u cilju njihovog uništenja. Međutim, ovakva dislokacija bolnica, iako nesumnjivo ima i izvesnih prednosti, u kontradikciji je sa jednim od osnovnih zahteva zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, a to je da se medicinska pomoć pruža što brže. Dolazak ranjenika i bolesnika u ovakve bolnice skopčan je sa velikim poteškoćama i gubitkom vremena, tako da ranjenici najčešće u njih pristižu izmučeni i u stanju kada je svaka intervencija iluzorna.

Drugu mogućnost predstavlja postavljanje bolnica na dobrim komunikacijama, odnosno u njihovoj neposrednoj blizini. Prednost je u ovom slučaju blagovremeno ukazivanje medicinske pomoći, što je od ogromnog značaja za konačan ishod lečenja ranjenika i smanjenje procenta smrtnosti na etapama sanitetske evakuacije, a ovo je jedan

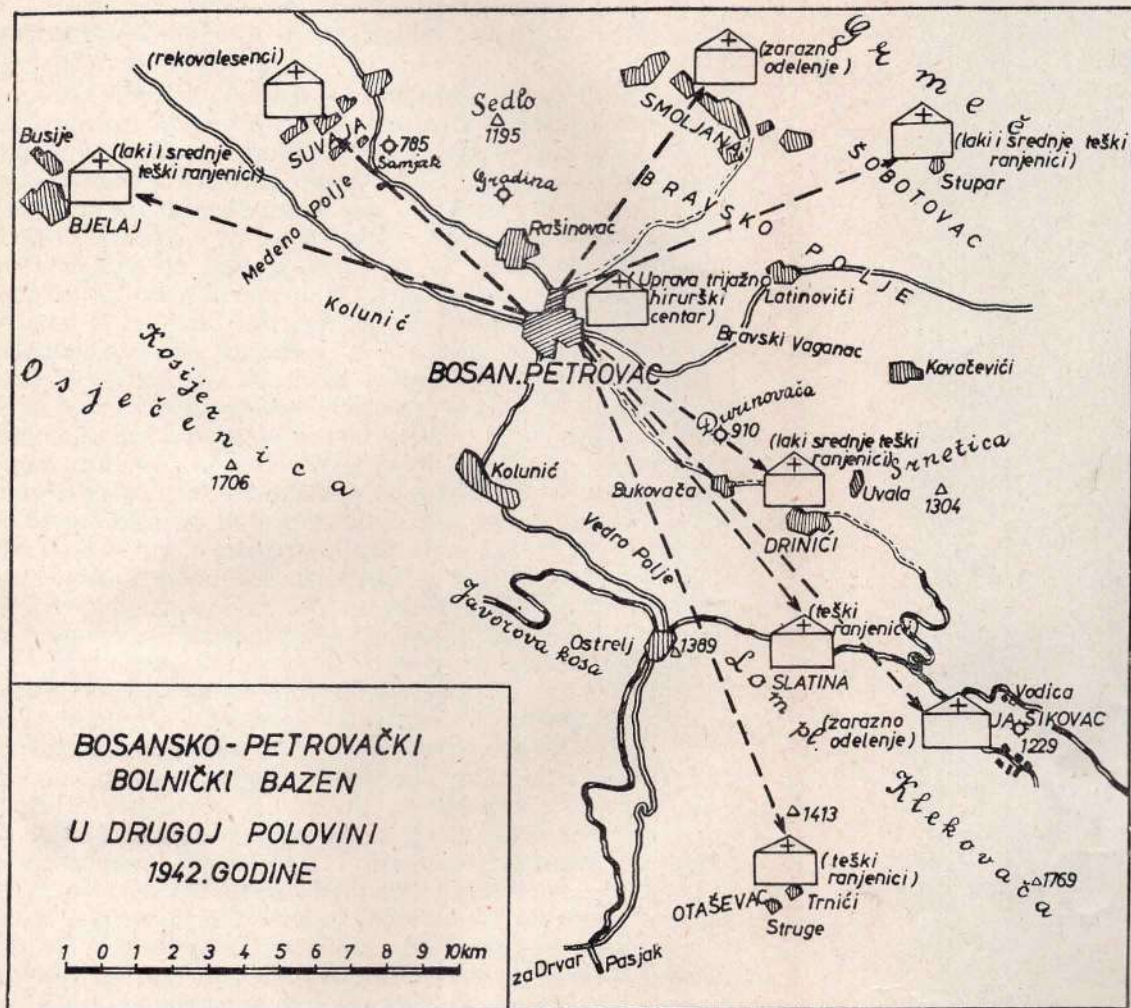
od osnovnih zadataka sanitetske službe uopšte. Od kakvog je to značaja pokazaće nam i sledeći primeri iz NOR-a gde se vide rezultati rada jedne bolnice na tzv. nepristupačnom mestu i druge na komunikacijama. U šumskoj bolnici petrovačkog bolničkog centra »Otaševac« na planini Klekovači, inače vrlo dobro opremljenoj, bila je na 112 primljenih ranjenika smrtnost 15⁰/₀, dok je na I hirurškom odeljenju petrovačkog bolničkog centra na 700 ranjenika ona iznosila svega 4,2⁰/₀.

Smeštaj na komunikacijama ima svojih nedostataka od kojih je najozbiljniji mogućnost brzog prodiranja neprijatelja duž komunikacija i ugrožavanje samih bolnica. Ove protivrečnosti mogu se rešiti jedino na taj način da se u blizini komunikacije postavi samo prijemno-trijažni i hirurški centar, u kome će se moći ukazivati kvalifikovana hirurška (a eventualno i specijalizovana pomoć) svim ranjenicima i bolesnicima kojima je ona potrebna, kao i privremeno lečiti netransportabilni ranjenici, da bi se posle toga prebacili u ustanove u kojima će biti lečeni do konačnog ozdravljenja, a koje se mogu nalaziti i dalje od komunikacija.

Uočavajući dobre i rđave strane i jednog i drugog načina organizacije bolnica, sanitetsko rukovodstvo u NOR-u ovako je počelo zbrinjavanje ranjenika i bolesnika još od početka 1942. god. pri čemu su nastajale ne samo pojedine bolnice već su formirani i posebni bolnički sistemi koji su činili funkcionalnu celinu. U tom pogledu posebnu pažnju zaslužuju sledeći bolnički sistemi, izneseni onako kako su i nastajali:

Sistem profiliranih bolnica

Sistem predstavlja u stvari hirurško-trijažni centar — postavljen na pogodnom mestu u blizini dobre komunikacije — gde se razvrstavaju ranjenici i bolesnici, a po potrebi im se ukazuje i hirurška pomoć nakon čega se raspoređuju prema prirodi povrede (bolesti) u jednu od bolnica određenog profila (za lake, srednje teške, teške ranjenike, bolesnike, zarazne bolesnike itd.).



Skica 6

Najbolji primer primene ovog sistema u toku NOR-a pruža Bosanskopetrovački bolnički bazen (sk. br. 6) u dru-
goj polovini 1942.

Prethodnom etapom u stvaranju ovog sistema može se smatrati formiranje grupe bolnica u jugoistočnoj Bosni i delu Crne Gore u proleće 1942. godine. Tom prilikom bile su stvorene u Trnovu, Goraždu i Čajniču prihvatne bolnice preko kojih su evakuisani teži ranjenici i bolesnici, dok su laki i pokretni u njima hospitalizirani do izlečenja. Ranjenici kojima je bila potrebna veća hirurška intervencija evakuisani su u Foču u kojoj se nalazio hirurški centar, gde su obrađivani i privremeno hospitalizirani. Najteži ranjenici, hirurški obrađeni, evakuisani su dalje na visoravan Pive koja je smatrana najbezbednijim delom teritorije. Ovaj prvi pokušaj stvaranja mreže specijalizovanih bolnica ne samo što je bio od velikog značaja za blagovremeni prihvati i obradu većeg broja ranjenika, već je predstavljao i začetak evakuacije po medicinskim indikacijama koja je došla do punog izražaja tek nakon pokreta ranjenika posle treće neprijateljske ofanzive sa bosansko-hercegovačko-crnogorske tromeđe u Bosansku krajinu. U Bosanskopetrovačkom bazenu formira se bolnički centar sa bolnicama različitih profila razmeštenih na periferiji bazena. Prvobitno, svaka bolnica je primala sve ranjenike i bolesnike koji su do njih stizali, dok u samom Bosanskom Petrovcu nije bilo nikakve sanitetske ustanove. Pošto je transport ranjenika do bolnica, smeštenih u Grmeču i Klekovači, trajao najmanje dva dana, ranjenici su dolazili u takvom stanju da su izgledi za uspešnu hiruršku intervenciju bili znatno smanjeni, a često i nikakvi. Zbog toga je u samom Bosanskom Petrovcu, početkom novembra 1942. godine, formirano I hirurško odeljenje prvobitno sa 36, a docnije sa 70 postelja. Ovde su svi ranjenici primani, hirurški obrađivani (najteži su zadržavani do osposobljenja za evakuaciju), a zatim evakuisani prema prirodi povrede u jednu od sledećih bolnica čiji je profil bio unapred određen:²⁷⁾

²⁷⁾ Prvi veći priliv ranjenika bio je 7. XI 1942. god. prilikom borbi za oslobođenje Bihaća.

Bolnica Otaševac na planini Klekovači (100—150 postelja) zbog svog položaja i nepristupačnosti bila je namijenjena za prijem teških ranjenika.

Bolnica Slatina, u šumi 4 km jugozapadno od Drinića, formirana je koncem avgusta 1942. godine (50, a docnije 80 postelja). Kao II hirurško odeljenje primala je srednje tekše ranjenike, kod kojih nisu očekivane neke veće hirurške intervencije. Kad je pretvorena u III hirurško odeljenje primala je i lake ranjenike.

Bolnica Drinići (oko 300 postelja), bolnica Šobotovac (oko 120 postelja) kao i bolnica Bjelaj (oko 100 postelja), primale su lake i srednje teške ranjenike, dok su u bolnici Suvaja (oko 200 postelja) i Skakavac (70—80 postelja) lečeni rekonvalescenti.

Bolnica Mišljenovac (100—150 postelja) koja je primala uglavnom lake ranjenike pripadala je takođe ovom sistemu.

Za zarazne bolesnike bile su namenjene bolnice Smoljana (oko 50 postelja ali je povremeno primala i do 200 bolesnika) i Jasikovac, prvobitno namenjen za prihvatanje ranjenika (250—400, a docnije 600 postelja).

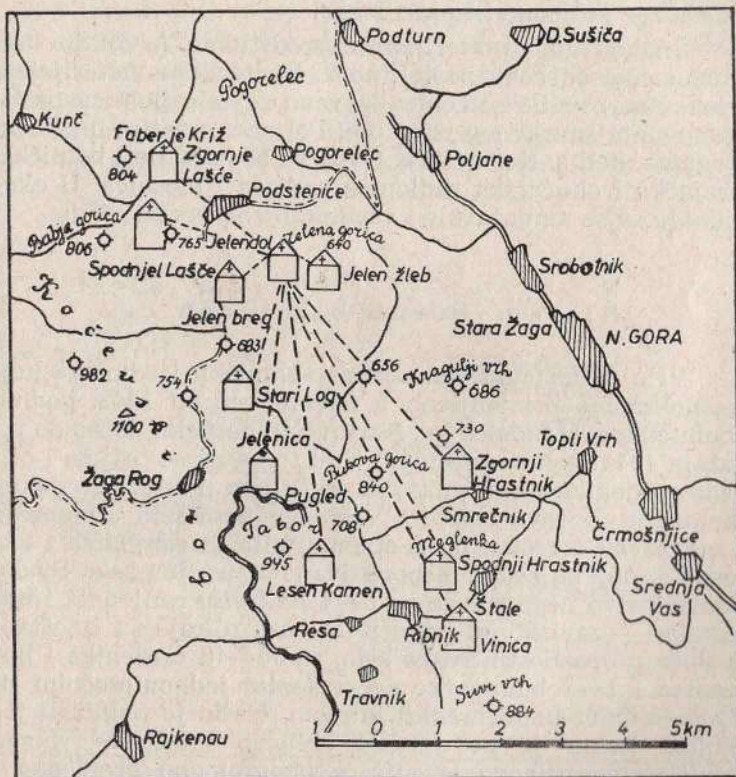
Interni bolesnici lečeni su u prvo vreme u Bosanskom Petrovcu. Međutim, čim su bolnice u s. Slatina i Šobotovac osposobljene za prijem ranjenika, bolnica u Drinićima je otpočela sa prijemom bolesnika jer su se tu nalazili rendgen i klinička laboratorija.

Ukupan kapacitet bolničkog bazena varirao je od 1.000 do 1.500 postelja.

Sistem konspirativnih bolnica na Kočevskom rogu

Bolnice na Kočevskom rogu predstavljale su bolnički sistem sastavljen od većeg broja ne samo prostorno odvojenih manjih bolnica, odnosno bolničkih odeljenja — postojanki, u krugu prečnika 10—15 km (Jelen breg, Jelen žleb, Pugled, Spodnje Lašče, Zgornje Lašče, Stari Log, Hrastnik, Vinica, Jelen dol i Lesni Kamen — sk. br. 7) već i samostalnih, koliko god je to bilo moguće u datim okol-

nostima. Ipak su sve ove bolnice bile povezane u funkcionalnu celinu pod rukovodstvom jedinstvene uprave smeštene uz bolničko odeljenje Jelen dol. Uprava je organizovala prijem i smeštaj ranjenika i bolesnika u pojedina



Skica 7. — Slovenska centralna vojno-partizanska bolnica na Kočevskom Rogu polovinom 1943. god.

bolnička odeljenja (jedno vreme je za ovu svrhu korišćena javka u Podstenicama), koordinirala rad između pojedinih odeljenja, a naročito u pogledu ukazivanja medicinske pomoći. Usled nedostataka sanitetskih kadrova nije moglo svako odeljenje imati ni lekara, a za ukazivanje hirurške

pomoći formirane su hiruške ekipe (prvo jedna, a zatim dve), koje su obilazile pojedina odeljenja. Prostorija na kojoj se nalazila bolnica bila je podeljena na dva sektora — istočni i zapadni — i nad svakim od njih vodio je stručni nadzor po jedan iskusan lekar.

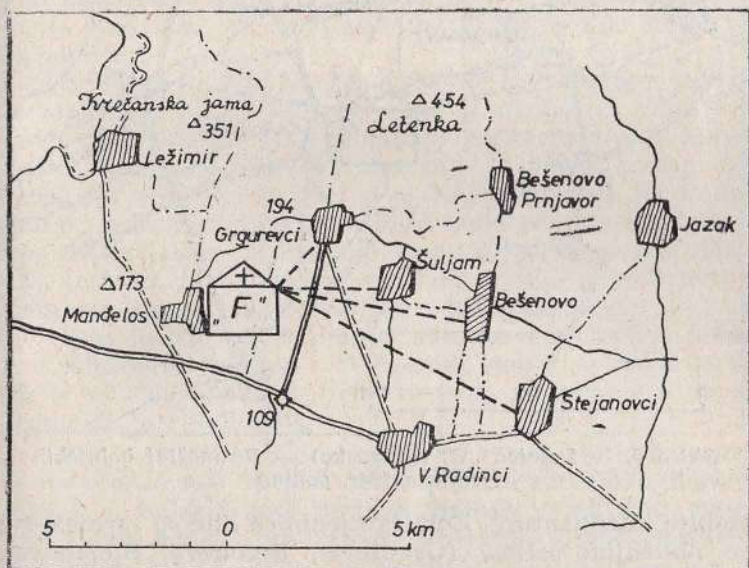
Snabdevanje materijalnim sredstvima (životnim namirnicama, odećom, posteljinom, sanitetskim materijalom i lekovima) vršilo se centralizovano za celu bolnicu preko ekonomata smeštenog prvo u s. Poljane, a zatim u Starim Žagama, kod s. Nova Gora. Ovde su se nalazile i bolnička, krojačka i obućarska radionica, pekara i mesnica. U ekonomatu su se umnožavale i vesti dobijene preko radija.

Sistem bolničkih jedinica

Vrlo je instruktivan sistem »bolničkih jedinica« koji je, delimično primenjivan u Sremu već od 1942. godine (bolnice u s. Mandelos i s. Karlovčić), naročito došao do izražaja 1944. godine. Sastojao se u tome da se prijem i obrada ranjenika i bolesnika, sa vođenjem najnužnije dokumentacije (uprava bolnice), vrši u jednom selu u kome je i zadržavan izvestan broj, obično najtežih ranjenika i bolesnika, dok su ostali raspoređivani u susedna sela. Svako domaćinstvo negovalo je po 3—4 pa i više ranjenika i bolesnika — zavisno od kapaciteta baza u koje su smeštani u slučaju opasnosti. Svako selo, sa 30—40 ranjenika i bolesnika i 1—2 bolničarke sa svršenim jednomesečnim ili dvomesečnim bolničarskim kursom, činilo je bolničku jedinicu. Lekar je povremeno obilazio ranjenike, davao uputstva za njihovo lečenje, a istovremeno pregledao i mesno stanovništvo, držao popularna predavanja itd.

Mesno stanovništvo bilo je i inače u velikoj meri angažovano u zbrinjavanju ranjenika i bolesnika. Uz njegovu pomoć prebacivani su ranjenici i bolesnici iz jednog sela u drugo — najčešće noću, zaprežnim kolima. Žene su pripremale hranu, prale rublje itd, a omladinke negovale ranjenike i bolesnike, dežurajući pored njih neprekidno, skraćujući im vreme čitanjem i slično.

Sremci su bili majstori u izgradnji baza za ranjenike. Njihova mašta je bila zaista neverovatna u primeni kamuflaže baza — naročito ulaza. One su kopane prvobitno blizu kuća sa ulazom iz podruma, kroz peć, ispod praga, kroz otvor bunara itd. visine 1,5—2,20 m, širine 1—3 m, sa slojem zemlje iznad baze debljine 1—3 m. Neke su imale patos od dasaka, druge samo sloj slame. Docije su baze kopane u polju, u vidu pokrivenih cik-cak rovova, sa ventilacionim otvorima na svakih nekoliko metara. Dužina rovova je zavisila od broja ranjenika i bolesnika koje je

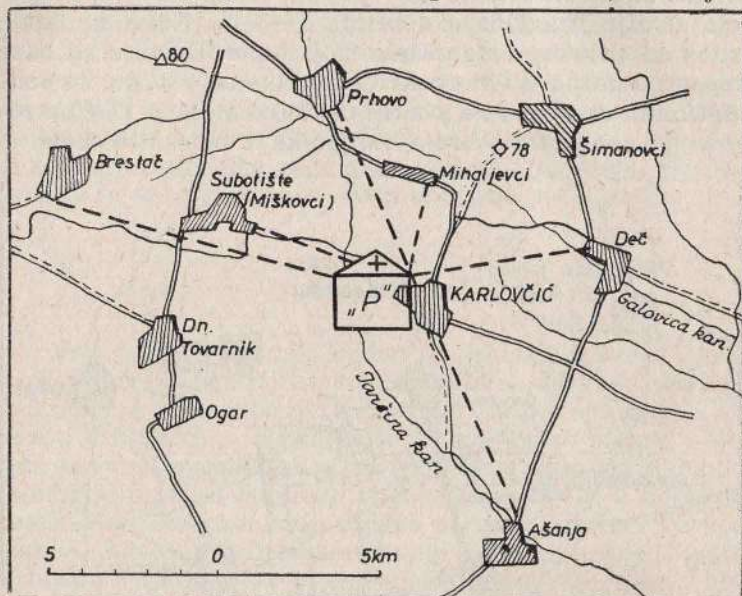


Skica 8. — Bolnica „F“ (Fruškogorska) — Razmeštaj bolničkih jedinica 1944. godine

trebalo u njih smestiti, ali taj broj nikad nije bio naročito velik, kako bi se u slučaju otkrivanja gubici sveli na minimum. Ulaz je u ovakvim slučajevima obično bio iz neke živice ili kamufliran na neki drugi način.

Na ovaj način bile su organizovane poznate sremke bolnice »F« (fruškogorska) i »P« (posavska) (sk. br. 8 i 9).

Bolnica »F«, kapaciteta oko 150 ranjenika i bolesnika, smeštena je jednim delom u s. Mandelos u lepoj zgradi u vinogradima. Zgrada je imala 6 odeljenja (za ambulantni pregled, hirurške intervencije, gipsaonu itd.), dok se u pomoćnoj zgradi nalazila uprava bolnice, kuhinja i



Skica 9. — Bolnica „P“ (Posavska) — Razmeštaj bolničkih jedinica 1944. godine

osoblje intendanture. Bolničke jedinice bile su razmeštene po obližnjim selima (Grgurevci, Bešenevo, Stejanovci, Lug). Bolnica je imala, pored upravnika, još jednog lekara opšte prakse i hiruršku ekipu sa hirurgom na čelu, koja je obilazila pojedine bolničke jedinice ukazujući potrebnu hiruršku pomoć.

Red i disciplina su bili na visini, a hrana obilna i raznovrsna. Bolničarke su se takmičile u brizi za ranjenike, nezi i njihovoj ličnoj higijeni. Za nagradu su pohvaljivane i upućivane na viši sanitetski kurs u trajanju od 2 do 3 meseca pri Glavnom štabu Vojvodine.

Pri bolnici su inače postojala dva kursa za bolničarke, u trajanju od po mesec dana: jedan pri upravi bolnice, za 35 — 40 drugarica, drugi, sa istim brojem kursista, uglavnom seoske omladine, u s. Grgurevci.

Bolnica je imala i radnu četvu za kopanje baza. Mesto baza obično su znali samo pomoćnik upravnika bolnice, politički komesar bolnice i njegov pomoćnik.

U s. Lug nalazila se predionica zavoja koju je organizovalo Sanitetsko odeljenje Glavnog štaba Vojvodine. Tu je izrađivan zavojni materijal ne samo za bolnicu već i za ambulante odreda i brigade, dok je šine, štake i drvenu ambalažu za sanitetski materijal radila stolarska radionica.

Bolnica »P« u s. Karlovčić (preko 130 ležišta — toliko je ranjenika bilo primljeno samo iz akcije na sela Grabovce i Šimanovce!) sa bolničkim jedinicama u s. Mihaljevci, Ašanja, Miškovci i Deč bila je organizovana kao i bolnica »F«. Pri bolnici u s. Karlovčić bila je ambulanta i zubna stanica sa jednim zubotehničarom. Zavojnog materijala i lekova bilo je dovoljno, a sa raspoloživim instrumentarijom, nabavljenim preko simpatizera u Zemunu, mogle su se obavljati i teže operacije.

Dva kursa za dobijanje bolničarskog kadra, jedan u s. Karlovčić, a drugi u s. Ašanja, stalno su radili sa po 35 — 40 drugarica. Sa ovih kurseva popunjavale su se bolničarima i jedinice.

U ovu bolnicu bili su prebačeni ranjenici i bolesnici iz novoformirane (avgust 1944. god.) bolnice »D« (dunavske) u s. Belegiš koja je funkcionisala praktično svega oko mesec dana, a imala baze u selima s. Stari Banovci i Surduk.

Sistem relejnih stanica

Mada strogo uzevši ne pripada bolničkim sistemima, trebalo bi pomenuti i sistem relejnih stanica u Istri 1944/45. godine. Iako se tu radilo o određenom sistemu zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, o njemu se može govoriti i kao bolničkom sistemu jer su lakši ranjenici i

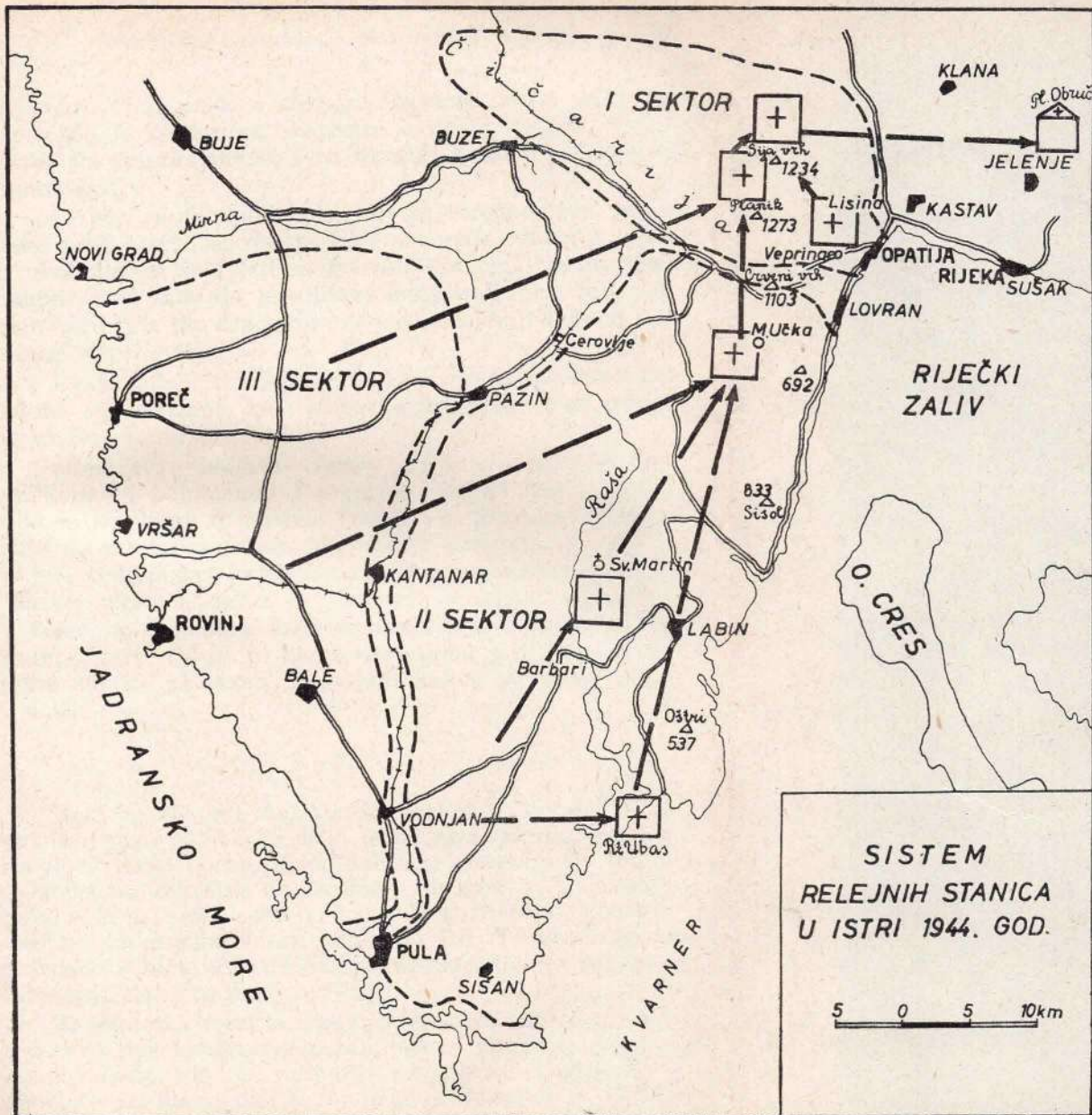
bolesnici, s obzirom na otežanu evakuaciju i udaljenost bolnice, delom ili u potpunosti hospitalizirani u relejnim stanicama. Na taj način relejne stanice su imale karakter manjih bolnica. Ostali ranjenici i bolesnici evakuisani su u »centralnu« bolnicu, sa kojom su relejne stanice bile povezane dužim ili kraćim putevima evakuacije — zavisno od lokacije relejne stanice. Bolnica je bila udaljena od najbliže relejne stanice, na Lisini, svega oko 30 km, a od najdalje, na Ubasu, 90 — 100 km.

Teritorija Istre bila je podeljena na tri sektora: 1. — severni (severno od linije Opatija — Buzet), područje Čičarije u celini, sa Planikom; 2. — istočni, istočni deo Istre od Kvarnerskog zaliva do železničke pruge Pula — Buzet i zapadni, hrvatski deo Istre (zapadno od železničke pruge Pula — Buzet). Na severnom i istočnom sektoru postojale su po tri relejne stanice,²⁸⁾ dok su na 3. — zapadnom bile takođe predviđene tri, ali su zamenjene sanitetskim etapama jedinica koje su dejstvovale na tom sektoru (sk. br. 10).

Relejne stanice sastojale su se od komandira — lekarskog pomoćnika, političkog komesara i desetine boraca naoružanih jednim mitraljezom, automatima i puškama sa desetarom na čelu. Ovi borci su bili obučeni da vrše i dužnost bolničara. Pored njih, u stanici se nalazio i intendant sa kuvarom. Relejne stanice smeštane su po drvenim barakama tako da je svaki relej imao jednu baraku sa odvojenom kuhinjom. Kapacitet releja bio je prosečno 10 — 15 ranjenika i bolesnika. Od sanitetske opreme relej je imao nešto instrumentarija, lekova, zavojnog materijala itd. Sanitetski materijal služio je i za snabdevanje jedinica kada su se nalazile na tom terenu. Za prenošenje hrane i materijala svaka relejna stanica imala je 1 — 2 tovarna grla. Za smeštaj nepokretnih ra-

²⁸⁾ U severnom: sanitetskom sektoru stanice su se nalazile u sledećim rejonima: prva — Veli Planik, 1 km istočno od samog vrha; druga — Lisina, oko 1 km j.z. od Škrapna; treća — oko 1,5 km s.z. od s. Veprinac.

U istočnom: prva — oko 1 km južno od s. M. Učka; druga — Sv. Martin; treća — rt Ubas.



njenika i bolesnika u slučaju opasnosti svaki relej raspologao je bunkerom, najčešće u nekoj vrtaći. Slična skloništa pripremana su i za smeštaj hrane i sanitetskog materijala.

Prijem ranjenika i bolesnika sa terena vršen je jedino preko tzv. »ispostava« koje su imale funkciju javki. Preko njih su se releji snabdevali hranom i sanitetskim materijalom tako da je njihova konspirativnost bila potpuno očuvana (do kraja rata ni jednu relejnu stanicu nije otkrio neprijatelj).

Evakuacija od releja do releja vršena je samo nosilima i to stazama, kroz šumarke itd. kako bi se izbegli drumovi i naselja.

»Centralna bolnica« (pošto su se i releji smatrali unekoliko i bolnicama) formirana marta 1944. godine, bila je smeštena u masivu Obruč — Snežnik. Ona se nalazila prvobitno svega oko mesec dana na Obruču, u jednoj italijanskoj karauli, na bivšoj jugoslovensko-italijanskoj granici, zatim u Škurini do kraja avgusta i u Sušici do decembra, kada se preselila u s. Turki u Gorskom kotaru. Ovom prilikom ostavljena je u Škurini relejna stanica sa istom funkcijom kakvu su imali releji u Istri.

*

Kao što se vidi, nastajanje različitih bolničkih sistema u toku NOR-a zavisilo je od niza faktora: zamaha revolucionarne borbe, vojno-političke situacije na terenu (odanost stanovništva na prostoriji na kojoj su se nalazile bolnice bila je pri tome od vanrednog značaja), konfiguracije i komunikativnosti zemljišta itd. To znači da su pojedini bolnički sistemi odgovarali specifičnim uslovima ratovanja na određenoj teritoriji.

Zajednička karakteristika svih ovih sistema jeste težnja za dekoncentracijom ranjenika i bolesnika. Ona je rezultat želje da se ranjenici i bolesnici obezbede od neprijatelja, da se olakša manevar s njima, a u slučaju

da neprijatelj ipak uspe u svojim namerama, da se gubici svedu na minimum. Momenat bezbednosti naročito dolazi do izražaja u sistemu konspirativnih bolnica (Rog). Međutim, i problemi smeštaja, ishrane kao i snabdevanje drugim materijalnim sredstvima takođe su nametali prihvatanje dekoncentracije, jer je sve to bilo lakše obezbediti za manji broj bolesnika i ranjenika.

Težnja za što racionalnijim korišćenjem oskudnih medicinskih kadrova, naročito hirurških, takođe je jasno izražena kod svih sistema.

Pored zajedničkih, svaki od sistema ima i svoje zasebne karakteristike.

Bosanskopetrovački bolnički bazen je pružanjem hirurške pomoći na samoj komunikaciji znatno doprineo smanjivanju smrtnosti ranjenika (na I hiruškom odeljenju u Bosanskom Petrovcu 4,2%, a 15% u bolnici Otaševac dok su u nju ranjenici neposredno stizali).

Kada je vojno-politička situacija dopuštala, tj. na velikoj slobodnoj teritoriji, hospitalizacija je vršena u bolnicama koje su imale karakter javnih bolnica, što je omogućavalo smeštaj relativno velikog broja ranjenika i bolesnika.

Raspoređivanje ranjenika i bolesnika u bolnice određenog profila prema prirodi povrede, odnosno oboljenja, a naročito izdvajanje lakih ranjenika i bolesnika, u znatnoj meri olakšavaju transportnu trijažu u slučaju pokreta; omogućuju mere borbenog obezbeđenja radi zaštite ranjenika, olakšavaju ukazivanje medicinske pomoći, upotrebu kadrova i opreme itd.

Međutim, u slučaju iznenadnog prodora neprijatelja, bezbednost ranjenika i bolesnika nije zastupljena u onoj meri kao što je to slučaj u konspirativnim bolnicama.

Sistem konspirativnih bolnica bez sumnje pruža velike prednosti, ako je u pitanju bezbednost ranjenika, ali održavanje konspirativnosti stvara i velike teškoće, počev od biranja ljudstva za izgradnju bolnice, njene lokacije, odabiranja bolničkog osoblja, organizacije prikupljanja i

pripremanja hrane i slično, pa do primanja i otpuštanja ranjenika i bolesnika. Ozbiljan nedostatak konspirativnih bolnica predstavlja njihov mali kapacitet. Međutim, ako se radi o dužem vremenskom periodu, njihova propusna moć može biti relativno i velika (Kočevski rog 5.000 — 10.000 ranjenika i bolesnika u toku celog rata), dok je neprijatelj otkrio i uništio samo jedno odeljenje — Pugled, oktobra 1943. godine — kojom prilikom je od ukupno 50 ranjenika i bolesnika ubijen 21 nepokretni ranjenik, a bolnica spaljena.

Sistem primenjen u Sremu je u stvari kombinacija između zbrinjavanja ranjenika i bolesnika u stacionarnim partizanskim ustanovama i ostavljanja kod odanog stanovništva. Slaba strana ovakvog zbrinjavanja — ranjenici i bolesnici se prepuštaju brizi laika — otklanjana je dodeljivanjem izvesnih medicinskih kadrova (najčešće bolničarki) i redovnim obilaženjem lekara. Međutim, dobre strane ovog načina zbrinjavanja bile su očite: veća sigurnost ranjenika zbog maksimalne dekoncentracije kao i unapred pripremljenih tajnih skloništa, dobar i udoban smeštaj, a naročito ishrana, što predstavlja takođe značajan činilac u brzem ozdravljenju, odnosno vraćanju ranjenika i bolesnika u borbene redove.

U prednosti ovoga sistema treba ubrojati i činjenicu da kapacitet bolnice zavisi jedino od broja tajnih skloništa (baza), a on se može znatno povećati ako se za izgradnju baza koristi više radnih jedinica i mesno stanovništvo. Veoma bliska veza koja se uspostavlja između mesnog stanovništva i sanitetske službe kod ovog načina zbrinjavanja je pozitivan faktor o kome se mora voditi računa.

Kod sistema relejnih stanica zbrinjavanje ranjenika i bolesnika na teritorijalnom principu još je više izraženo. Ono jedinice oslobađa svih ranjenika i bolesnika, pa i lakih, jer su se relejne stanice u slučaju neprijateljske ofanzive kretale odvojeno od jedinica, dok je bezbednost

ranjenika u njima bila u velikoj meri zastupljena pošto su bile male i pokretne.

Pri razmatranju okolnosti pod kojima su različiti bolnički sistemi u toku NOR-a nastajali i radili videće se da su to najčešće bila i najbolja rešenja u datoj situaciji, upravo zbog toga što su ti sistemi u potpunosti odgovarali realnoj situaciji. Prema tome može se slobodno reći da će načelno najbolje rešenje uvek biti ono koje će u najvećoj mogućoj meri voditi računa o svim elementima koji mogu imati uticaja na način zbrinjavanja ranjenika i bolesnika u partizanskim bolnicama — odbacujući svako šematsko prilaženje problemu.

Najzad evo načela za organizaciju bolnica u partizanskim uslovima koje Nikoliš²⁹⁾ daje kao osnovno iskustvo iz NOR-a u ovom pregledu:

„1. Ne trpeti veliku koncentraciju ranjenika na jednom mestu.

2. Uporedo sa iskorišćavanjem slobodne teritorije za stabilizaciju bolnica potrebno je preduzimati sve organizacione mere u cilju pripravnosti za pokret, radi prebacivanja na drugu prostoriju. Velike neprijateljske ofanzive dovode veoma brzo u krizu šumske bolnice i pored sve njihove „nepristupačnosti“. Nepristupačnih mesta za neprijatelja nema.

3. U cilju medicinskog i vojničkog obezbeđenja ranjenika treba bolnički sistem organizovati u sledećim etapama:

a) trijažni centar i hiruršku bolnicu treba postaviti na dobroj komunikaciji ili barem blizu nje, po mogućnosti na zaklonjenom mestu koje se ne može opaziti iz vazduha;

b) posle izvršene hirurške obrade ranjenike upućivati u odeljenja za lečenje, koja treba postavljati po strani komunikacija, u zaklonu od avijacije i neposrednog prodora tenkova, ali ne i suviše daleko od komunikacije;

c) još dublje u šumi postavljati rezervne barake koje će poslužiti za sklanjanje ranjenika ako neprijatelj prodre komunikacijom;

d) u okolini rezervnih baraka graditi tajna skloništa za slučaj da neprijatelj ovlada komunikacijama i da otpočne sa infiltracijom u šumu u cilju pretresanja“.

²⁹⁾ Nikoliš dr Gojko, general-major: Razvoj san. službe u našoj Armiji, Beograd 1947. god.

b) *Snabdevanje bolnica materijalnim sredstvima (ishrana, odeća, ogrev, osvetljenje)*

Mogućnosti materijalnog snabdevanja i zbrinjavanja mogu biti raznovrsne. Na prvo mesto dolazi korišćenje mesnih sredstava u različitim vidovima. Zatim dolazi u obzir upotreba ratnog plena i na kraju, ukoliko je to moguće, dotur iz pozadine operativne armije odnosno iz baza organizovanih na teritoriji savezničkih zemalja — najčešće vazдушnim transportom odnosno bacanjem uz pomoć padobrana. Snabdevanje jedinica iz mesnih sredstava zauzima najvažnije mesto, dok ratni plen, kao i dotur iz pozadine operativne armije ne igraju ni blizu tako veliku ulogu kao kad se radi o snabdevanju sanitetskim materijalom i lekovima.

Mesna sredstva mogu se nabavljati:

- prikupljanjem na dobrovoljnoj osnovi,
- slobodnom kupovinom,
- obaveznim otkupom,
- rekvizicijom,
- konfiskacijom.

Prikupljanje raznog materijala *na dobrovoljnoj osnovi* dolazi u partizanskim uslovima najčešće u obzir. Pri tome je od velikog značaja politička svest i naklonjenost stanovništva. Tako je, na primer, u toku NOR-a narod davao u najvećem broju slučajeva na dobrovoljnoj osnovi sve ono što je bilo potrebno našim ranjenicima i bolesnicima.

Pod slobodnom kupovinom podrazumeva se neposredan sporazum proizvođača i odgovarajućih organa za snabdevanje o vrsti i količini materijala, ceni itd. Isplata se vrši obično gotovim novcem ili izdavanjem potvrde stim da se isplata izvrši naknadno.

Obavezan odnosno prinudan otkup primenjuje se kada se ne mogu podmiriti potrebe jedinica prikupljanjem na dobrovoljnoj osnovi odnosno slobodnom kupovinom. U ovom slučaju narodne vlasti prave razrez na

pojedina domaćinstva, a isplata se vrši kao i pri slobodnoj kupovini.

Rekvizicija je nasilno oduzimanje od stanovništva raznih materijalnih sredstava za potrebe jedinica i ustanova, a vrši se uz naknadu (plaćanje u gotovom ili izdavanjem rekvizitorske priznanice).

Konfiskacija je oduzimanje bez ikakve naknade a primenjuje se prema neprijateljskom elementu.

Nema sumnje da u odnosu na snabdevanje bolnica materijalnim sredstvima jedno od bitnih mesta zauzima pitanje ishrane ranjenika i bolesnika, koje je od velikog značaja za njihovu kondiciju, otpornost prema različitim zarazama, pa prema tome i njihovo brže lečenje. Stoga ćemo se na njemu uglavnom i zadržati.

Snabdevanje gotovo svim artiklima za ishranu vrši se najčešće iz mesnih sredstava. Ukoliko se pojedine namirnice mogu dobiti i na drugi način, onda se ipak iz mesnih sredstava obično nabavlja meso, mleko, povrće, jaja, voće itd.

Ovom pitanju u toku NOR-a uvek se posvećivala velika pažnja. Vojno-političko rukovodstvo sa svoje strane činilo je sve da ishrana ranjenika i bolesnika i snabdevenost ostalim materijalnim sredstvima budu što bolji. Sve najbolje do čega se moglo doći davano je prvenstveno za ranjenike. Tako na primer, u jednom naređenju Štaba 4. divizije NOV od 13. maja 1943. godine³⁰⁾ stoji pored ostalog:

...,Osim toga dužnost je štabova brigada da gdje god im se ukaže prilika, poboljšaju hranom, ćebadima, posteljinom, slamom, posuđem itd. stanje naših ranjenih i bolesnih drugova, te da to čine kao svesni i dobri drugovi i komunisti odmah na licu mesta sami, ne čekajući za to posebno naređenje ili upute“.

³⁰⁾ Zbornik dokumenata san. službe u NOR-u jugoslovenskih naroda, knjiga II, Beograd 1952. god. Dokumentat br. 100.

Isto tako i narod je davao sve što je mogao za ishranu ranjenika i bolesnika. U početku NOR-a, pa i docnije, kadgod se radilo o manjim bolnicama, snabdevanje iz mesnih sredstava moglo se vršiti na potpuno dobrovoljnoj bazi — u vidu priloga u životnim namirnicama koje su davane za ishranu ranjenika i bolesnika ili u vidu poklona koji su donošeni ranjenicima prilikom pojedinih ili kolektivnih poseta. Ove posete su se često pretvarale u manifestacije ljubavi i neraskidive veze koja je postojala između partizanskih jedinica i naroda, (desetine natovarenih kola okićenih zastavama, krcatih različitim namirnicama i praćenih ženama i omladinom u prazničnoj nošnji dolazili su u posetu ranjenicima i bolesnicima). Docnije, kada su bile stvorene veće »centralne bolnice« sa stotinama ranjenika, moralo se u cilju postizanja što ravnomernijeg snabdevanja bolnica, pristupiti razrezu davanja preko narodnih odbora. Od narodnih neprijatelja potrebne namirnice su konfiskovane, a bilo je i slučajeva da su pojedine jedinice vršile posebne »ekonomske akcije« u cilju snabdevanja potrebnim artiklima za ishranu.

Iz navedenih razloga nije bilo potrebe da se u početku NOR-a oformljava neki poseban aparat u bolnicama koji bi preuzeo na sebe organizovanje snabdevanja i ishrane. To je vršila sama uprava bolnice. Međutim docnije se moralo i pri upravama bolnica izdvojiti ljudstvo koje je primilo ove zadatke. Organizacija ovog poslovanja zavisila je od različitih okolnosti — vojno-političke situacije na terenu, lokacije bolnice, činjenice da li se radi o javnoj ili konspirativnoj bolnici itd. Snabdevanje javnih bolnica vršeno je najčešće preko intendantura pri komandi područja ili preko intendantura samih bolnica. Ponekad je i ovo snabdevanje bilo skopčano sa velikim poteškoćama. Tako je na primer za bolnicu Durmitorskog odreda u Žabljaku, februara 1942. godine, omladina na leđima nosila hranu (pšenicu, orahe, jabuke) iz Sandžaka pošto je zima 1941/42. godine bila takva da ni konj nije mogao ići zavejanim putevima. Kod konspirativnih bolnica se opet nailazilo na mnoge teškoće u vezi sa

održavanjem konspiracije. Najčešće je to rešavano na taj način što je formirana na terenu posebna — spoljna intendantura, koja se nalazila na javki i pripadala jedinicama, komandama područja, odnosno ekonomatu centralne bolnice — i unutrašnja intendantura, koja se nalazila u samoj bolnici i bila konspirativna.

U Sloveniji na primer, snabdevanje bolnica svim materijalnim sredstvima, pa i hranom, vršeno je preko posebnih ekonomata bolnica. Svaki bolnički blok imao je svoj ekonomat, na čelu sa ekonomom. Sve ekonomate bolnica vodio je Glavni sanitetski ekonomat (GSE) na čelu sa šefom, koji daje blokovskim ekonomatima sva potrebna uputstva za nabavku hrane i nadzire njihovo poslovanje u svakom pogledu. Šef GSE bio je neposredno potčinjen referentu za bolnice i obavljao je svoj rad po njegovim uputstvima. Ekonomati pojedinih bolnica bili su dužni da duplikate svojih izveštaja koje šalju GSE, šalju i svojim upravama koje su ih neposredno snabdevale.

Neke bolnice su pored navedenog formirale i vlastite »terenske ekonomate« koje je vodilo odano ljudstvo ali koje i pored toga nije znalo za lokaciju bolnice. Grupa koja je noću prikupljala hranu, dostavljala je ovu samo do određenog mesta, odakle je druga grupa prenosila do same bolnice. Tako je sakupljenu hranu trebalo često prenositi po 10—16 časova u rancima. Sve ovo predstavljalo je veliko opterećenje za radne grupe u bolnici, jer su na taj način morale dnevno održavati po tri veze preko javki — sa jedinicama za prihvatanje ranjenika i bolesnika, ekonomsku vezu sa centralnim ekonomatom i posebnu vezu sa vlastitim terenskim ekonomatom. Svaka ova javka za sebe bila je udaljena po nekoliko časova hoda, do njih se moralo ići preko važnih komunikacija odnosno tačkica koje je neprijatelj stalno kontrolisao itd. Na svaki način, skupljanje hrane uvek predstavlja opasnost za konspirativnost bolnice.

Na Pohorju snabdevanje bolnica hranom vršila je intendantura koja je brojala od 12—15 ljudi i imala svoju

zasebnu baraku prilično udaljenu od bolnice. Taj ekonomat imao je i krojača i obučara. Hrana, odeća i ostalo nabavljalo se ekonomskim akcijama, zbog kojih se ovo ljudstvo moralo spuštati u dolinu, ponekad i u sama neprijateljska uporišta i odatle dobijati od simpatizera sve potrebno. Povremeno su oni vršili i manje vojničke akcije da bi nabavili za sebe potrebno oružje. Međutim, te se akcije nikada nisu vršile u blizini bolnice. Materijal je prenošen do javki koje su stalno menjane, a odavde ga je nosilo samo osoblje bolnice, odnosno za to određeni nosači. Uprava bolnice je bila u stalnom kontaktu sa intendanturom sa kojom je učestvovala u izradi planova za navedene akcije, neprestano naglašavajući potrebu konspiracije. I pred civilnim stanovništvom, terenskim radnicima, pa i partizanskim jedinicama oni su bili radna grupa odreda, ili posebna jedinica sa specijalnim zadatkom. Oni su se predstavljali i kao pripadnici socijalne zaštite koja prikuplja materijal za bolnice na oslobođenoj teritoriji ili kao begunci ispred neprijateljskog terora i slično. Bolnica je redovno imala zalihe za dva meseca, da se ne bi morala tražiti hrana u vreme neprijateljskih akcija. Od posebnog značaja su bile ove rezerve zimi kada se moralo misliti na ostavljanje tragova u snegu. Pošto bolnica nije imala svoje pekare, bilo je organizovano pečenje hleba odnosno dvopeka kod porodica koje su bile daleko od bolnice.

Neke bolnice u Slavoniji imale su i svoje posebne bolničke ekonomate sa štalama, svinjoima itd. iz kojih je vršeno neposredno snabdevanje, dok je osnovno snabdevanje teklo uglavnom preko komande područja.

Skladišta hrane moraju biti dekoncentrisana, a same bolnice čuvaju kod sebe u priručnim bunkerima rezerve hrane za dva do tri meseca, što zavisi od operativno-taktičke situacije i mogućnosti snabdevanja u datom momentu. Za slučaj da neprijatelj ugrozi bolnicu, pored bunkera za sklanjanje ranjenika i bolesnika treba blagovremeno pripremiti i tzv. »magacinske bunkere« za čuvanje hrane. Bunkereri sa hranom bolnice Rog sadržavali

su, na primer, 15.000 kg krompira, 800 kg šećera, 10.000 kg žita, 1.000 kg soli, 400 kg suvog mesa itd.

Pripremanje hrane za manje bolnice vrši se u zajedničkoj kuhinji, a kod većih bolnica, u kojima su pojedina odeljenja daleko jedna od drugih, u zasebnim kuhinjama odeljenja. Bolnice u Sloveniji obično su imale kuhinju izgrađenu nekoliko metara daleko od bolničke barake. Ona je bila najčešće veličine 4×4 m, sa štednjakom, stolom, policama za posude itd. Iza kuhinje nalazila se drvarnica — zatvoren i pokriven prostor koji je služio i za pranje rublja, vršenje dezinfekcije i slično. Osoblje je spavalo na tavanu kuhinje ili u posebno građenim prostorijama. U blizini kuhinje nalazio se podzemni bunker za hranu. Kako je, pored kvaliteta namirnica, za pripremanje ukusne hrane veoma važan činilac i stručna sprema kuvara, bili su u toku NOR mestimično održavani i posebni kuvarski tečajevi na kojima su osposobljavani kuvari za bolnice. Uvek se nastojalo da ishrana ranjenika i bolesnika bude što bolja. Kad god se dolazilo do artikala za ishranu, sve što je bilo najbolje davalo se prvenstveno bolnicama. Zahvaljujući tome negde su bolnice bile u stanju da daju dnevno i do 5 obroka ukusno spremljene hrane, da peku, ponekad u vlastitim pekarama, odličan beli hleb, koji su davali po kilogram dnevno po osobi, tako da su se ranjenici i bolesnici veoma brzo oporavljali.

Kad god je to bilo moguće hrana se izdavala u skladu sa prirodom ranjavanja, odnosno bolesti. Tako je na primer Glavni štab za Hrvatsku u cilju jednoobraznosti ishrane u bolnicama izdao još 1. XII 1942. godine naredbom³¹⁾ sledeću tabelu sledovanja za bolnice:

1. *Obična hrana* sastoji se iz 600 gr kruha dnevno, 400 g mesa govedeg, svinjskog ili ovčeg, 40 gr krompira ili 400 gr kupusa ili 130 grama graha, 20 gr masti ili masla, 200 gr suvog mesa

³¹⁾ Zbornik dokumenata sanitetske službe u NOR-u jugoslovenskih naroda, II knjiga, Beograd, 1952. godine, dokumenat br. 99.

ili 15 gr slanine. Ovu hranu dobija sanitetsko osoblje i svi ranjenici i bolesnici koji ne podpadaju pod tačku 2 i 3.

2. *Pojačana hrana*: daje se na osnovu liječničkog naređenja bilo kao: a) dodatak običnoj kasarnskoj hrani, b) kao specijalni dodatak pojedinih namirnica, pekmeza, meda, kajmaka itd. Ona se dodeljuje samo u medicinski opravdanim slučajevima radi bržeg oporavljenja.

3. *Dijetalna hrana*: nju propisuje liječnik prema vrsti oboljenja. Tabele sa dijetalnom ili pojačanom hranom treba da budu izveštane na vratima bolničkih ekonoma. Pojačana hrana može se davati i sanitetskom kvalifikovanom osoblju i liječnicima ako rade prenaporno i troše se u tom radu.

Prema ovoj tabeli treba izdavati namirnice bolnicama, ambulantom i ostalim sanitetskim ustanovama. Dogod postoje mogućnosti treba nastojati da se za svaku bolnicu osigura potreban broj krava, da bi bolesnici i ranjenici imali i mlijeka. Bolnički intendanti treba da se staraju za nabavljanje ostalih poboljšica ishrane.

Glavni sanitetski intendant treba da se pobrine da se na vrijeme samelju potrebne količine griza, kao i ostale namirnice potrebne za dijetalnu hranu u zaraznim bolnicama“

Mada je u pogledu materijalnog snabdevanja pitanje ishrane ranjenika i bolesnika jedno od najvažnijih treba ipak, bar sa nekoliko reči, da se dotaknemo i pitanja snabdevanja bolnica drugim materijalnim sredstvima, kao na primer najnužnijim nameštajem, rubljem, posteljinom, ćebadima itd. Ono se vrši na sličan način, tj. uglavnom iz mesnih sredstava, odnosno izradom u vlastitim radionicama. Svakako je preporučljivo da bolnice imaju različite zanatlije, jer za njih ima uvek posla. U slučaju potrebe ovo ljudstvo se može iskoristiti i kao stražari, bolničari, nosioci ranjenika i slično. Radionice se mogu nalaziti ili u samoj bolnici ili na drugom pogodnom mestu, na primer u ekonomatu. Prilikom snabdevanja rubljem u toku NOR-a nailazilo se na velike teškoće. Bilo je slučajeva da pojedini ranjenici i bolesnici nisu mogli biti otpušteni iz bolnice zato što nisu imali šta da obuku. Snabdevanje ćebadima predstavljalo je još veći problem, jer iako je važno pravilo da svaki ranjenik i bolesnik pri dolasku u bolnicu donosi svoje ćebe iz jedinice, ovo često nije moglo biti ostvareno, pošto ih ni jedinice nisu imale.

Za osvetljenje bolničkih prostorija mogu se koristiti sveće, »lojanice«³²⁾ različitog oblika i porekla, karbitske ili petroleumske svetiljke. U obzir dolaze i agregati za dobijanje električne struje, ali se oni ne mogu koristiti u bolnicama koje su više izložene neprijateljskim napadima zbog šuma koji proizvode i koji se prilično daleko



Sl. 27 — *Bela peč — kuhinja*

čuje. U ovom pogledu mnogo pogodnije pokazale su se male hidrocentrale na planinskim potocima kojima su raspolagale neke konspirativne i javne bolnice. Poseban problem predstavlja osvetljavanje prostorija u kojima se vrše hirurške intervencije, o čemu se uostalom mora voditi računa već prilikom izgradnje ugrađivanjem većih prozora, stakla od izloga uzetih prilikom oslobođenja većih mesta itd.

Zagrevanje bolnica se vrši pomoću zidanih ili drugih vrsta peći (za izradu ovih peći mogu se koristiti i kante u kojima se baca materijal pomoću padobrana). U konspirativnim bolnicama ovo čini posebne poteškoće zbog

³²⁾ Kakva bilo posuda (kutija od konzerve, izdubljeno drvo, krompir) napunjena nekom masnoćom, lojem i slično, koja gori uz pomoć fitilja — krpice natopljene tom masti.

dima, koji može otkriti neprijatelju lokaciju bolnice, zbog čega je potrebno preduzimanje posebnih mera za njegovo otklanjanje (upotreba potpuno suvih drva, bez kore, pravljenje drvenog ugljena, provođenje dima kroz posebne filtere od zemlje itd).

c) Obezbeđenje bolnica od napada

„Za sigurnost ranjenika ne sme biti nijedna prostorija previše nedostupna, nijedna žrtva preteška, nikakvo obaveštenje suviše iscrpno, nijedno strateško povlačenje suviše“.

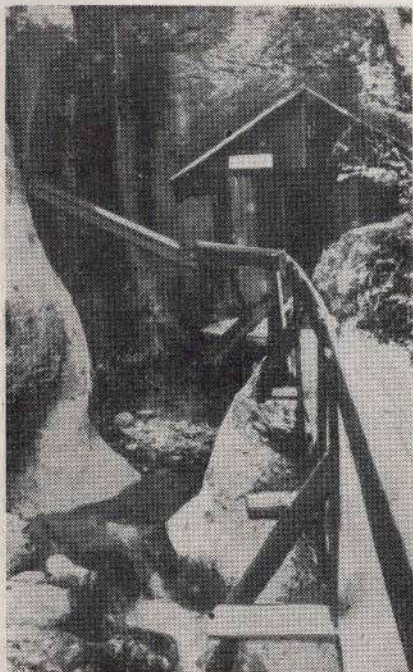
Iz sećanja jednog partizanskog lekara³³⁾

Verujući da će uništavanjem bolnica pogoditi moral boraca, neprijatelj često uporno traži partizanske bolnice organizujući ponekad i posebne jedinice — udarne grupe — različite jačine, u cilju prepada na bolnice. Za navedene svrhe neprijatelju najbolje mogu poslužiti ljudi koje pridobije svojom propagandom ili na bilo koji drugi način, a znaju lokaciju bolnice. Često on postavlja i zasede u cilju hvatanja ljudstva koje napušta bolnicu ili ide u istu, bilo da se radi o osoblju bolnice ili ranjenicima i bolesnicima. On se pri tome služi različitim lukavstvima (nosi odelo ili oznake partizanskih jedinica, logoruje u šumi, peva partizanske pesme itd.), ukratko — ne bira sredstva da bi postigao cilj.

U toku NOR-a neprijatelj se služio najrazličitijim sredstvima da bi pronašao i uništio naše bolnice. Posebnu ulogu u tom pogledu i sa najviše izgleda na uspeh, po njegovom mišljenju, trebalo je da odigraju u tu svrhu formirane udarne grupe — »trupovi« jačine od 50—200 ljudi. Naročitu upornost u ovom traganju za partizanskim bolnicama neprijatelj je pokazivao kada je na osnovu izvesnih indicija mogao pretpostaviti da se na određenom sektoru nalaze bolnice. Obično je to radio po studiozno izrađenom planu od strane stručnjaka, služeći se pri tome i zaplenjenom arhivom iz bolnica koje su bile ranije otkrivene. Napad je najčešće otpočinjao sa više kolona, iz različitih pravaca. Pošto bi zauzeli sve domi-

³³⁾ Dr Edvard Pohar

nirajuće tačke otpočela bi artiljerijska vatra istovremeno sa više strana, kako bi se onemogućilo korišćenje mrtvih uglova. Nekada je ta artiljerijska vatra trajala po više dana i noći a zatim bi otpočelo pretraživanje kojom pri-



Sl. 28 — Hidrocentrala SKVPB
„Franja“

likom bi se pretresao svaki žbun i svaki kamen. Ako je bilo potrebno neprijatelj se zadržavao i po 8—10 dana na određenom užem sektoru samo da bi otkrio neki trag. Služio se i dresiranim psima. Zimi su koristili sve mere kamuflaže — bele čaršave, snežne krpље i slično.

Jasno je prema tome, da se obezbeđenju bolnica od napada mora posvetiti posebna pažnja. U tom cilju mogu se preduzeti različite mere. Ovde dolazi u prvom redu:

— dobro organizovana obaveštajna služba i spremnost za pokret bolnice;

— borbeno obezbeđenje putem specijalnih jedinica;

— mere samoodbrane, itd.

Zadatak ovih mera sastoji se ređe u uništavanju neprijatelja, iako je u toku NOR-a bilo i takvih primera, češće u predupređivanju iznenađenja i omogućavanju da se izvrši evakuacija bolnice, odnosno sklanjanje ranjenika i bolesnika u ranije pripremljena podzemna skloništa.

U cilju prikupljanja potrebnih podataka organizuje se obaveštajna služba, prvenstveno u obližnjim naseljima koja ima zadatak da prikupi podatke o namerama neprijatelja, njegovom kretanju i slično. U istom cilju održava se i veza sa obližnjim jedinicama, teritorijalnim organima, drugim bolnicama — preko kurira, telefonom, po mogućnosti i radio-vezom, kako bi se u svakom trenutku imao uvid u operativno-taktičku situaciju. Pošto se evakuacija partizanskih bolnica mora često vršiti upravo iz razloga bezbednosti reći ćemo o njoj ovde nekoliko reči.

Pored obične, redovne evakuacije bolnice koja se vrši u slučaju preseljavanja bolnica ili njenog napuštanja, evakuacija bolnice može se vršiti i u cilju vežbe — po manje ili više utvrđenom planu, ona može biti preventivna kada se izvodi iz razloga bezbednosti i nenadana kod neprijateljskog iznenađenja.

Iako nije lako odgovornom rukovodiocu doneti odluku o evakuaciji bolnice u cilju vežbe ili o preventivnoj evakuaciji, pošto ona ne samo zamara ranjenike i bolesnike pa i bolničko osoblje, već i dovodi u pitanje konspiraciju, one su ipak vrlo korisne svaka na svoj način. Prva, na primer, u cilju uvežbavanja za pokret celokupnog sastava bolnice i proveravanja plana evakuacije. Što se tiče ove poslednje svakako da je bolje evakuisati bolnicu i dva puta nepotrebno nego ne učiniti to jednom kada je to u stvari neophodno. Za razliku od preventivne, nenadane evakuaciju bolnice je vrlo teško izvesti po unapred utvrđenom planu, jer se ranjenici i bolesnici, koji u prvom naletu neprijatelja ostanu u životu, razbegnu svaki na svoju stranu. Zbog ovih poteškoća svaka partizanska bolnica mora imati unapred dobro i u detalje razrađen plan evakuacije bolnice.

U tu svrhu svaka bolnica, bilo za preventivnu ili nenadnu evakuaciju, mora unapred biti podeljena na pokretni i nepokretni deo, tj. mora se uvek znati koji ranjenici i bolesnici treba da se pokrenu, a koji se sklanjaju u baze, koji se materijal nosi, koja transportna sredstva se koriste. Najbolje je na vidnom mestu u bolnici držati plan evakuacije bolnice kao i kućni red, odnosno mere koje se preduzimaju u slučaju bilo nazemnog ili napada

iz vazduha. Da bi sve osoblje bilo dobro upoznato sa ovim treba svakih nekoliko dana, nedeljno bar jednom, ovo proraditi sa njima, kao i sa ranjenicima i bolesnicima, dok sa onima koji nanovo dođu to učiniti odmah po dolasku. U tom cilju treba vršiti probne uzbune kako bi se ljudstvo što bolje upoznalo sa svojim dužnostima. Ne treba zaboraviti da svaka partizanska bolnica treba da predstavlja u pogledu reda i discipline kao i borbene gotovosti vojnu jedinicu.



Sl. 29 — Petrova gora — evakuacija bolnice
1942. godine

Prilikom evakuacije za ranjenike se brinu bolničari. Oni vode računa da svaki ranjenik dobije svoje stvari. Stoga u pripravnosti mora biti uvek dovoljan broj nosilaca ranjenika i nosila. Treba izbegavati da se za evakuaciju bolnice upotrebi ljudstvo iz jedinica ili civilno stanovništvo jer se na taj način konspirativnost bolnice dovodi u pitanje. U takvom slučaju kad bolnicu neprijatelj i ne pronade treba je napustiti samo zbog dekonspiracije.

Ako ima dovoljan broj nosilaca ranjenika i situacija to dozvoljava, evakuacija se vrši pomoću nosila. Ukoliko to nije slučaj svaki nosilac uzima na leđa po jednog ranjenika eventualno uz pomoć opasača. Pri prenošenju

se takođe mora paziti na konspiraciju. Zato se ranjenici evakušu zavezanih očiju, u tišini, bez pominjanja pravca pokreta, pazeći na red i skrivenost od ugleda sa viših mesta. Najbolje je evakuaciju izvršiti rano ujutro ili noću.

Pored ostalog, potrebno je paziti na paničare bilo među osobljem bolnice, bilo među ranjenicima. Radi toga kod ranjenika treba ostaviti najpožrtvovanije i hrabre ljude. Ponekad se ovakav bolničar mora poslati i na položaj da se neprijatelj vatrom zadrži dok se ne izvrši evakuacija bolnice.

Da bi se sprečila panika kod ranjenika i bolesnika u teškim situacijama u očekivanju evakuacije bolnice, poželjno je da bolničko osoblje zabavlja ranjenike čitanjem ili na neki drugi način. Upravnik bolnice ili drugo odgovorno lice moraju se među njima pojavljivati što češće u cilju podizanja morala.

U toku NOR-a u Sloveniji ako je konspirativna bolnica morala biti napuštena iz bilo kog razloga, a postojala je mogućnost da je neprijatelj neće otkriti, ona je bila na svim prilazima stavljena pod nevidljivu kontrolu, kako bi se docnije moglo utvrditi da li joj se kogod približavao. Ovo je rađeno zato što se dešavalo da je neprijatelj prividno napuštao bolnicu koju je prethodno minirao. Isto tako, ako je bilo verovatno da će neprijatelj otkriti bolnicu ona je, po mogućstvu, bila minirana. Pojedine bolnice su vršile i miniranje bunkera za ranjenike po njihovom napuštanju. U takvom slučaju treba o tome obavestiti okolne jedinice, bolnice ili kurire. Ako je opasnost velika treba po terenu rasporediti straže i patrole, zasede na putevima i prilazima kako transport sa ranjenicima ne bi bio iznenađen. Na evakuaciju bolnice treba misliti čim se u nju useli. Najvažnije je uvek imati tačno brojno stanje pokretnih i nepokretnih ranjenika. Za njihovu opskrbu treba imati dovoljno sanitetskog materijala u torbicama, a u bunkerima dovoljno hrane i vode. (Bilo je slučajeva da su ranjenici dobijali umesto hrane samo zašećerenu vodu.) Ako se ona čuva u bunkerima u posebnim sudovima tada to često kontrolisati kao i njeno menjanje. Posle svake evakuacije potrebno je izvršiti analizu i dati kritički osvrt na njen ceo tok. Sve što je

zaslužilo pohvalu pohvaliti, ali isto tako i najstrožije kazniti svaki propust. Svaka evakuacija mora biti korisno upotrebljena za sticanje iskustva kako bi sledeća bila bolja.

U cilju obezbeđenja bolnica ostavlja se na dotičnoj prostoriji ili potreban broj stalnih — zaštitnih jedinica, sa zadatkom odbrane bolnice, ili se one samo po potrebi povremeno postavljaju u blizini bolnice, da bi omogućile evakuaciju bolnice, odnosno smeštanje ranjenika i bolesnika u skloništa.

Ukoliko su ove jedinice manje, tako da nisu u stanju da pruže duži otpor, one tada imaju zadatak da privuku pažnju neprijatelja na sebe, a zatim da ga odvuku dalje od bolnice. Na veoma izloženoj prostoriji, kakve su bile,



Sl. 30 — Petrova gora — stražari bolnice

na primer, u toku NOR-a neki delovi teritorije NR Slovenije (Gorenjska, Štajerska), ne ostavljaju se uopšte zaštitne jedinice, pošto bi one svojim prisustvom više nanosile štete bolnici nego što bi joj mogle koristiti. U takvom slučaju ostaje konspirativnost bolnice kao najvažniji faktor njene bezbednosti.

Pored posebnih zaštitnih jedinica koje se ostavljaju na prostoriji na kojoj se nalaze jedna ili više partizanskih bolnica, svaka bolnica mora imati za svoje nepo-

sredno osiguranje bar dve-tri desetine naoružanih boraca pod komandom iskusnog starešine, potčinjenog upravi bolnice. Ove mere moraju se sprovesti tako da bude isključeno svako iznenađenje, straža mora biti od odbranog ljudstva, a iskustvo je pokazalo da je najbolje ako se ono regrutuje od već prezdravelih ranjenika i bolesnika. Za odbranu bolnice koristi se u slučaju potrebe sve raspoloživo ljudstvo uključivši tu i osoblje bolnice, kao i lake ranjenike i bolesnike. Iako su se mrtve straže, osmatračnice na pogodnim mestima, koje se ne napuštaju ni noću (noću zbog prisluškivanja), pokazale u nekim slučajevima boljim od patrola koje krstare okolinom, najbolje ih je kombinovati.



Sl. 31 — Partizanska bolnica „Franja“

U pogledu mogućnosti koje pruža samoodbrana veoma je poučan primer slovenačke bolnice »Franja«. Pošto priroda zemljišta ima često odlučujući uticaj u ovom pogledu, treba već prilikom biranja mesta za bolnicu misliti unapred na to. (Bolnica »Franja« bila je smeštena u nepristupačnoj klisuri).

Neprijatelj ponekad koristi i avijaciju da bi iz vazduha otkrio i uništio partizanske bolnice. Tako je uproleće 1944. godine u Slavoniji neprijatelj, iskoristivši novi

sneg, fotografisao iz aviona ceo teren i tako otkrio sve zgode pojedinih bolnica, koje je zatim sistematski bombardovao (vazдушna ofanziva). Stoga su oko svih bolnica bili iskopani rovovi za zaštitu od napada iz vazduha, dok su teški ranjenici smešteni u bunkere, tako da žrtava nije bilo. Da bi se izbegli gubici od avionskih napada u nekim bolnicama u Bosni korišćena je i sledeća taktika. Ranjenici su svako jutro iznošeni daleko od bolnice, po mogućnosti na rub šume, gde su ležali pokriveni lišćem, da bi bili na suncu (u letnjim mesecima). Svaki je imao svoje određeno mesto da bi ga mogli lakše pronaći prilikom kontrolnog pregleda. Doručak i ručak donosili su im tu, a večerali su u bolnici. Ovako se radilo oko mesec dana sa 50 teških ranjenika 1942. godine (Danica Perović).

Zbog opasnosti od neprijateljskih napada, naročito u krajevima gde ima pripadnika pete kolone, upotrebljavana je taktika menjanja mesta bolnice svakih 15 dana.

Pošto je konspirativnost bolnica često jedan od najvažnijih faktora u odnosu na njihovu bezbednost, potrebno je da istaknemo nekoliko osnovnih načela kojih se treba pri tome držati. Ovaj faktor je utoliko važniji ukoliko je bolnica više izložena neprijateljskom napadu.

Konspirativnost bolnice se postiže, pored ostalog i sledećim merama:

— za bolnicu treba da zna što manje ljudi, upravo samo onoliki broj koliko je neophodno za njeno pravilno funkcionisanje (za pojedina odeljenja bolnice ne treba da zna ni osoblje bolnice, ako na njima nije zaposleno);

— primanje ranjenika i bolesnika vrši se jedino preko »javki« tj. određenog mesta, kuće ili slično, na kome trupni sanitet predaje ranjenike i bolesnike bolničkom osoblju, odakle ih ono otprema dalje do same bolnice; za »javke« znaju samo komande obližnjih jedinica, odnosno njihovi sanitetski rukovodioci koje treba i obavestavati o svakoj promeni mesta »javki«;

— primanje i otpuštanje ranjenika i bolesnika vrši se jedino noću, odnosno danju uz preduzimanje posebnih mera opreza (na primer, sa zavezanim očima);

— preduzimanje odgovarajućih mera pri transportu ranjenika i nabavljanju hrane;

— kamufliranjem bolnica i pristupnih staza kako bi se postiglo da bolnica što manje odudara od svoje okoline (za što bolji uspeh u ovom pogledu pokazalo se kao korisno postavljanje u svakoj bolnici odnosno bolničkom odeljenju, ako je isto odvojeno, posebnog lica odgovornog za kamuflažu i konspiraciju, kao što je to bilo sprovedeno u nekim slovenačkim bolnicama);

— šifrovanjem naziva bolnice, okolnih naselja i tačaka za orijentaciju;



Sl. 32 — Vodenje ranjenika u konspirativnu bolnicu

— obraćanjem pažnje pri kuvanju hrane, odnosno zimi prilikom zagrevanja prostorija da se dimom ne otkrije mesto bolnice; stoga je hranu najbolje kuvati noću, odnosno čim je situacija neizvesna davati samo suhu hranu;

— izbegavanjem stvaranja buke pri gradnji bolnice, cepanju drva, pucanjem na divljač i slično, ako se neprijatelj kreće u blizini bolnice;

— ne dozvoljavati ni bolničkom osoblju, ni ranjenicima ni bolesnicima nikakvo nepotrebno udaljavanje od bolnice, jer mogu biti primećeni, u kome cilju treba voditi tačnu evidenciju rashoda ljudstva, tako da bez znanja uprave bolnice niko ne sme napustiti istu;



Sl. 33 — Na putu za konspirativnu bolnicu na prelazu kod potoka gubi se svaki trag

— posebnu pažnju obratiti da ljudstvo na radu u bolnici bude u potpunosti odano i provereno, jer slučajevi dezerterstva dovode u ozbiljnu opasnost bolnicu;

— odvajanjem lakih ranjenika i bolesnika u zasebna odeljenja pošto je znatno lakše očuvati konspirativni karakter bolnice kada ona ima manje brojno stanje;

— obustavljanjem primanja novih ranjenika i bolesnika ukoliko je situacija neizvesna itd.

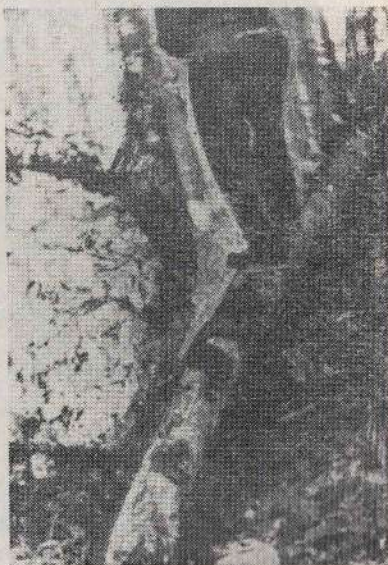
Evo konkretnih mera koje su bile preduzimane na primer, u nekim bolnicama na Pohorju da bi se što bolje sačuvala njihova konspirativnost.

U bolnici je vladala najveća tišina, glasan razgovor nije bio dozvoljen van baraka; noću je u tom pogledu bilo

malo više slobode, u barakama se moglo i glasnije govoriti. Da bi se danju lakše održavala tišina bilo je preporučeno ranjenicima i bolesnicima da danju više spavaju. Za kuvanje hrane upotrebljavana su samo potpuno suva bukova drva, bez kore, jer su ta davala najmanje dima. Bilo je strogo zabranjeno loženje veće količine ili vlažnih drva, odnosno onih koja su imala smole.

Dok je održavanje kamuflaže prisutnih puteva do bolnice bilo leti relativno lako, u jesen kada bi otpočele da padaju kiše bilo je znatno teže. Leti je put do bolnice bio stalno menjan da se ne bi napravila vidljiva staza. O menjanju puteva koji su vodili do bolnice i od nje posebno je vodio računa kamufler — lice koje je bilo zaduženo za kamuflažu bolnice. Najveća pažnja je obraćena stazi koja se odvajala od glavnog puta. Tragovi stopala su se maskirali prema prirodi terena i vremenu. Stoga je kamufler imao uvek u pripravnosti vreću smrekovih iglica odnosno lišća koje je po potrebi posipao.

Kako je pristup do dve bolnice bio kroz gusto grmlje na strmini u dužini najmanje 50 m moralo se paziti da se koja graničica ne prelomi jer bi to moglo izazvati sumnju kod onoga koji traži tragove. U tom slučaju moralo se celo drveće izvaditi i zasaditi novo. Pri biranju puta izbegavala se sveža trava, jer se na njoj teže skrivao trag nego ako se ide kroz trnje. Na putu se moralo paziti da nema na njemu papirića, opušaka cigareta, ostataka hrane. Rublje se sušilo



Sl. 34 — Početak skrivene stazice

samo na tavanu, u kuhinji ili noću, danju bi se između zelenila na daleko videlo. Danju, kada je bilo sunčano, stakla na prozorima su bila zastrta zavesama da ne bi odbijala sunčane zrake.

Pošto je zimi bilo vrlo teško kamuflirati pristupne puteve, najteži nepokretni ranjenici bili su stavljeni u jednu baraku, koja je ostavljena da je sneg potpuno po-



Sl. 35 — Pavla III — na skrivenoj stazi

krije. Pristup u nju bio je dozvoljen samo kada je sneg jako padao, tako da je odmah sakrivao svaki trag. Bolnice, koje su morale primiti ranjenike i zimi, kamuflirale su glavni pristupni put na taj način, što su daleko ispred bolnice sečena veća stabla koja su zajedno sa granjem vukli konji prema dolini i na taj način izbrisali svaki trag. Dobijao se utisak da su seljaci sekli drveće za svoje potrebe. Od ovog puta prelaženje na stazu koja je vodila do bolnice vršilo se pomoću pokretnih mostića u obliku dvostrukih lestava koje su vodile u gusto granje gde se gubio svaki trag. Ovo je bilo obično najkritičnije mesto za kamufliranje.

Lice koje je ostalo na putu za vezu pomagalo je da se mostić skloni negde u guštaru gde bi se dobro maskirao. Kamufliranje tragova u snegu bilo je došlo do takvog sa-

vršenstva da su ponekad i vrlo iskusni poznavaoi bili u neposrednoj blizini bolnice i nisu je mogli otkriti. Kopač³⁴) navodi da je jedanput ceo sat pretraživao teren u neposrednoj blizini bolnice i nije je mogao otkriti, dok nije dozivanjem uspostavio vezu sa njom. U neke bolnice put je vodio kroz strmi planinski potok. Kad bi se on zamrzao put je kamufliran posećenim stablima. Put do bolnice nikad nije vodio u pravoj liniji kako bi se mogao što teže slediti ako je posmatran sa izvesne udaljenosti.



Sl. 36 — Pokretni mostić za skrivanje tragova

Veliku opasnost da otkriju bolnicu predstavljali su pastiri koji su se kretali po najzabačenijim delovima gorja. Zbog toga su na pogodnim mestima bili razmešteni osmatrači u nemačkim uniformama koji bi opazivši pastira pucali u vazduh i zatim pola na nemačkom pola na

³⁴) Dr Ivan Kopač — Pavček: Sećanja — doba nadzemaljskih bolnica.

slovenačkom jeziku upozoravali pastira da odmah ide odatle jer je to područje na kom se kreću partizani. U protivnom slučaju, ako ga još jednom uhvate stoka će mu biti zaplenjena, a on streljan. Danju nije bilo dozvoljeno nikakvo kretanje van baraka, a naročito ne iz jedne bolnice do druge. Ovo iz razloga što je neprijatelj slao svoje ljude, po dvojicu ili trojicu, preobučene u seljačka odela, koji su se po ceo dan vrmali po šumi i osmatrali ne bi li primetili ma šta sumnjivo, a naročito pokrete partizana. Ove patrole su predstavljale veliku opasnost za bezbednost bolnice.

Veoma zanimljiv je i opis novozelandskog hirurga Rodžersa³⁵) koji je u toku NOR-a proveo sa našim jedinicama u zapadnoj Bosni, Hrvatskoj i Sloveniji oko godinu i po dana, a odnosi se na mere konspiracije koje je bio zapazio na putu do jedne grupe slovenačkih partizanskih bolnica.

„Pošli smo prema bolnicama, sa Bogdanom koji nam se pridružio, i za 10 minuta bili smo u hladovini velikih borova, najviših koje sam ikad video. Staza kojom smo išli bio je na izgled jedan stari napušteni put, a po njegovim stranama rasla je zelena i debela mahovina, kao neki duboki tepih koji upija zvukove, pokrivajući ogromno kamenje koje je ocrtavalo put i sačinjavalo šumsko tlo. Pošto smo išli po šumskom putu skoro 1 čas, Igor se zaustavio, kao da traži nešto u šipragu na ivici puta. Probili smo se kroz nisko grmlje, koje je pokrivalo našu stazu sa suvim granjem i tada smo naišli na niz stepeničasto poredanog kamenja koje je vodilo po kamenitom šumskom tlu pod pravim uglom. Igor je pažljivo okrenuo svaki kamen, postavljajući njegovu ogoljenu stranu gore, da bi mi stali na nju. I tako smo prelazili sa jednog kamena na drugi. Tada pošto smo prošli mahovinasta površina bila je ponovno okrenuta gore, tako da nikakav trag nije bio ostavljen. Ovako smo prešli oko 45—50 m, dok nismo bili zaklonjeni od glavnog puta i dok se nije naša staza ponovno pojavila. Ovakav metod konspiracije bio je nekoliko puta ponovljen, a tada je primenjen jedan drugi. Posle kraćeg traženja mi smo stupili u neki gustiš i našli dva paralelno postavljena debela, duga ali tanka, koji su vodili kroz skriveno zelenilo. Išli smo po njima a onda smo stupili na neke lestvice koje su bile iznad zemlje. One su bile napravljene od niza debala

³⁵) Lindsay Rogers: Guerilla Surgeon. A New Zealand surgeons wartime experiences with the Yougoslav Partizans, str. 157—158, London 1957.

koja su bila postavljena na nižim granama drveća ili nameštena na gomile kamenja. Sada sam tek shvatio apsolutnu tajnost koja je okružavala njihove bolnice. Preko ovog mosta prešli smo u dužini od nekih 100 m i ponovno stupili na čvrsto tlo. Ovdje smo sreli usamljenog „druga“ sa puškom na ramenu. Kad smo bili prešli on nas je pozdravio i dao se na posao da skinе most. Kada je to završio ova debla bila su potpuno skrivena mahovinom i lišćem; nikakav znak, niti buka, niti trag neće odati put koji bi vodio ka ranjenicima, koji su skriveni ležali. Sve je ovo bilo vrlo usavršeno pa mi je Felks pričao da nijedna bolnica u ovoj šumi nije bila pronađena od kad su oni primenili ovaj sistem konspiracije.“

Smatramo da će biti od interesa da iznesemo i naređenje Glavnog štaba Hrvatske od 7. decembra 1943. godine koje je bilo upućeno Komandi banijskog područja u vezi sa merama konspirativnosti i obezbeđenja šumskih bolnica,³⁶⁾ jer se iz njega vidi kako je ovaj problem bio rešavan u pojedinim fazama NOR-a:

„U vezi sa činjenicom da neprijatelj vrlo rado napada naše bolnice Glavni štab NOV i POH izdao je sledeće odredbe:

1. Naše bolnice moraju biti smeštene po strani svih komunikacija, kojima neprijatelj može da prodre. Bolnice smeštati na teže pristupačnim mestima u šumi ili blizu nje.

2. Izbjegavati preveliku koncentraciju ranjenika na jednom mestu.

3. Mjesta bolnica držati u najvećoj tajnosti. Zabraniti sve posete bolnicama. U bolnice mogu dolaziti samo ona lica, koja imaju uputnice za lečenje. Liječnički pregled civilnih i vojnih lica ne vršiti u bolnicama, već organizovati tjedno ili više puta preglede vojnih i civilnih lica van bolnice u posebnim ambulanzama. U bolnice ulaze samo oni koji treba da ostanu na liječenju.

4. Za svaku pojedinu bolnicu odrediti unapred mesta u dubljoj šumi kuda će se u slučaju potrebe svi ranjenici moći evakuisati. Izvršiti sve pripreme unapred. Pripremiti šatore ili bajte, suhu hranu, vodu, sanitetski materijal i ostalo. Na skrivenim mestima izgraditi zemunice za smeštaj ranjenika u slučaju da neprijatelj pokuša temeljitije čišćenje sektora na kome se nalazi bolnica. Sav materijal koji nije neophodno potreban za nesmetano funkcionisanje bolnice skloniti u zemunice.

5. Svaku bolnicu obezbediti dovoljnim brojem naoružanih stražara. Za stražu odabrati provjereno i sigurno ljudstvo. Komesari bolnica će provjeriti svakog pojedinog stražara. Nepoćudni i plašljivi elementi odstraniti. Komande područja i mesta

³⁶⁾ Zbornik dokumenata sanitetske službe u NOR-u Jug. nar. knjiga II, Beograd 1952, dokumenat br. 49.

dužna su dati potreban broj sigurnog ljudstva, koje je prošlo operativne jedinice i sposobno je dati zaštitu našim ranjenicima. Sistematskim političkim radom i vojničkom obukom osposobiti stražu za vršenje njene dužnosti. Objasniti značaj i čast njihove dužnosti, čuvanje života naših ranjenih drugova, naših najboljih boraca. Komesar bolnice zajedno sa upravnikom lično je odgovoran za moralno stanje i vojničku sposobnost straže. Uprava bolnice u prvom redu snosi odgovornost za svako iznenađenje koje neprijatelju uspe i za žrtve koje tim povodom nastaju.

Svaku bolnicu treba osigurati potrebnim brojem stražarskih mesta, osmatračnicama i patrolama. Bude li to potrebno, oko bolnice treba izgraditi rovove i bunkere, kako bi se u slučaju iznenađenja straže sa strane neprijatelja, vatrom mogli osigurati evakuacija ranjenika, bolesnika i materijala.

6. Svaka bolnica treba da bude u stalnoj vezi sa najbližom komandom mesta, komandom područja ili operativnom jedinicom, od kojih će tražiti informacije o situaciji. U slučaju potreba za tražiće pomoć za evakuaciju i osiguranje.

7. Svim sredstvima nastojati da se ubrza ozdravljenje naših ranjenika i bolesnika. U tom cilju, ako je potrebno, pojačati i ishranu bolesnih i ranjenih drugova.

8. U svim bolnicama zavesti najstrožiju vojničku disciplinu kod osoblja i straže. Za svaki propust, nemarnost i nedisciplinu strogo kažnjavati. Nepoželjne elemente među osobljem odstraniti“.

d) Sklanjanje ranjenika i bolesnika u podzemna skloništa

Sklanjanje ranjenika i bolesnika u podzemna skloništa predstavlja jednu od karakteristika zbrinjavanja ranjenika u partizanskim uslovima i stoga zaslužuje posebnu pažnju. Da bi se u slučaju opasnosti ranjenici i bolesnici, koji su nesposobni za pokret, imali gde smestiti, izgrađuju se na pogodnim mestima u blizini javnih i konspirativnih bolnica posebna podzemna skloništa (»baze«, »bunker«). Ovaj način i pored svih poteškoća na koje se pri tome nailazi dozvoljava i sklanjanje većeg broja ranjenika i bolesnika. U toku šeste neprijateljske ofanzive 1943. godine u podzemna skloništa, bolnice u Trnavi (istočna Bosna) bilo je smešteno oko 1000 ranjenika, bolesnika i bolničkog osoblja, a da gotovo nijedno od ovih skloništa nije bilo otkriveno. U toku neprijateljske ofanzive februara—marta 1945. godine 6. korpus sklonio je u slična skloništa oko 600 ranjenika, itd. Iako postoje razni

oblici izgradnje tih skloništa, jedno im je zajedničko — konspirativnost mora biti zastupljena u najvećoj meri, tj. dislokacija poznata samo najužem krugu lica, a maskiranje mora biti takvo da se ni po čemu njihov smeštaj ne može otkriti. Jedan od preduslova da se očuva konspirativnost jeste da se isto sklonište nikada dvaput ne upotrebi. Otkrivanje podzemnih skloništa korpusne bolnice br. 2 (3. korpus) u Trnavi, za vreme sedme neprijateljske ofanzive bilo je pored ostalog prouzrokovano i time, što je veliki broj skloništa bio jednom prilikom već ranije upotrebljen. Ovom prilikom stradalo je oko 800 ranjenika i bolesnika, i bolničkog osoblja, od ukupno 1200 koliko je bilo bazirano.

U toku NOR-a, u početku, podzemna skloništa su izgrađivana veoma jednostavno — duboka pola do jednog metra, pokrivena granjem i zemljom, ali se docnije njihova izgradnja sve više poboljšavala.³⁷⁾ Loša iskustva sa zemunicama u toku kozarske ofanzive juna 1942. godine, dobrim delom imaju se zahvaliti, upravo toj primitivnosti kojom su bila izgrađena.

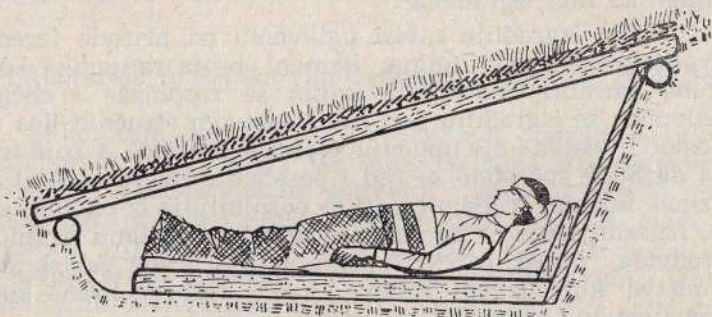
Način izgradnje zavisi uglavnom od prirode terena, kvaliteta zemljišta (glina, kamen) broja ranjenika koje treba smestiti, materijala kojim se raspolaže i slično. Skloništa se izgrađuju pod rukovodstvom stručnih lica uz pomoć ljudstva koje upućuju pojedine jedinice, a koje treba da bude sposobno za rad i posebno provereno. Alat se uzima, takođe, iz jedinica, ili se pozajmljuje iz okolnih sela. Izgradnja se vrši po unapred utvrđenom planu kojim se predviđa, pored ostalog, prikupljanje hrane za ishranu ljudstva koje izvodi radove, kao i rezerve hrane koju treba ostaviti u samom skloništu.

Za izgradnju se bira suvo, ocedito zemljište, pokriveno grmljem ili travom u kome se kopa sklonište potrebne veličine (najčešće 1,80 m visine, tako da se mogu smestiti jedan iznad drugog dva reda improvizovanih ležaja, 2,5 m širine i nekoliko metara dužine). Ventilacija

³⁷⁾ 25. maja 1942. izgrađeno je u s. Mandelos prvo sklonište za ranjenike po čijem tipu je počelo izgrađivanje skloništa u svim selima u Sremu.

se postiže bušenjem većeg broja otvora koji vode do zemljine površine. Ventilacione cevi mogu biti ili jednostavno prokopane kroz zemlju ili napravljene od drveta (lima) a moraju biti na spoljnjem kraju zaštićene od prokišnjavanja i dobro maskirane. Da bi se otvori za ventilaciju što bolje prekrili mogu se sprovesti kroz stablo obližnjeg drveća ili voditi kroz zemlju 20—30 m. Miris koji dolazi iz bunkera može se otkloniti postavljanjem mestimično duž ventilacionih cevi, filtera od rastresite zemlje. Poboljšanje ventilacije postiže se bušenjem ventilacionih otvora na suprotnim zidovima skloništa, odnosno pri dnu i pri tavanici jer se na taj način omogućava bolja cirkulacija vazduha. Neke zemunice imale su otvore za ventilaciju tako udešene da su se svi mogli otvarati jednim pokretom, na primer, zemunice bolnice u Šamarici na Debeloj kosi u toku leta 1943. godine (Kordun i Banija).

Naročitu pažnju zaslužuje iskustvo koje je stekla sanitetska služba u Slavoniji u pogledu izgradnje ovih podzemnih skloništa.

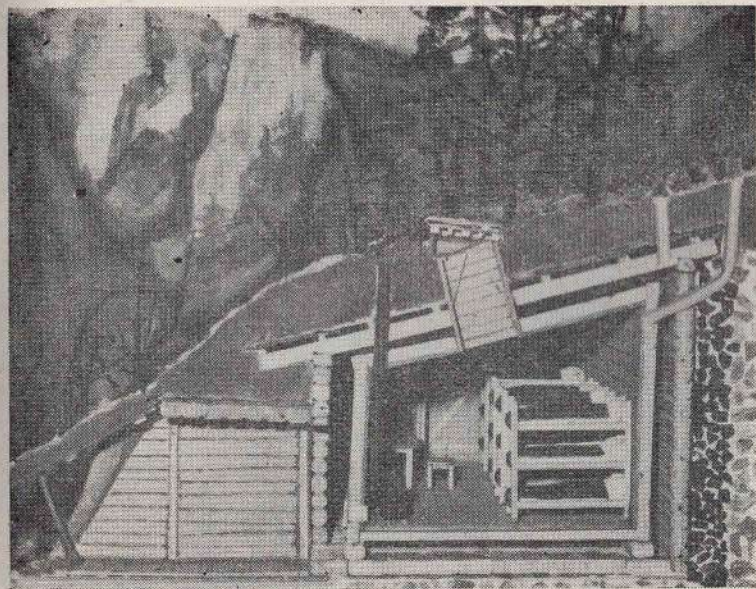


Sl. 37 — Profil prvog bunkera

Po Žarkoviću prvi bunkeri u Slavoniji počeli su se kopati u leto 1942. godine posle neprijateljske ofanzive na Kozari. Oni su bili oko 1 m duboki, 2 m široki, 3—4 m dugački. Pokriveni granjem i tankim slojem zemlje, ovi bunkeri lako su prokišnjavali i ponekad se ugibali pod teretom čoveka kada bi se na njih stalo.

U jesen 1942. godine počeli su se na Ravnoj gori kopati bunkereri na rudarski način, koji su mogli primiti 20—30 ranjenika. Rovovi su bili poduprti gredama da se ne ruše, a imali su poseban prostor za nužnik i mesto za sahranu mrtvacu. Slaba strana ovih bunkera bila je rđava ventilacija, i vlaga koja se nije mogla otkloniti, zbog čega se nisu ni mogli koristiti za duže vreme.

U proleće 1943. godine otpočelo se sa gradnjom bunkera na otvoreni način, tj. prvo se iskopala jama veličine bunkera direktnim kopanjem odozgo — sa površine

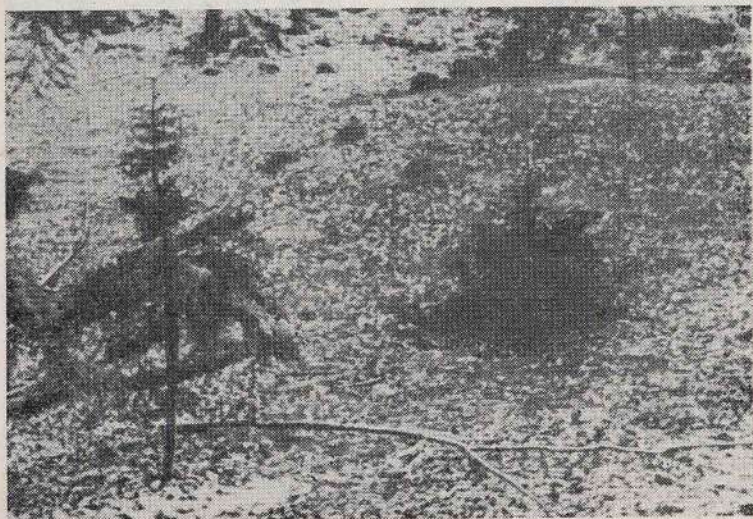


Sl. 38 — Maketa podzemnog skloništa za ranjenike

zemlje. Zatim se ova jama iznutra oblagala drvenim gredama i na kraju se u njoj izgrađivalo samo sklonište u vidu male drvene kućice. Prema tome, ovakav bunker je imao dvostruke zidove sa mogućnošću da vazduh cirkuliše između njih. Stoga su ovi bunkereri bili savršeno suvi

i dobro ventilirani. »U njima je mogao mesecima stajati dvopek da se ne ovlaži i suvo meso da se ne uplesni« (Žarković). U ovakvim bunkerima ranjenici su mogli ostajati po više sedmica, štaviše, bilo je to zapaženo od više lekara, rane su takvim ranjenicima brže zarastale, nego ostalim koji nisu bili sklonjeni pod zemlju.

U toku NOR-a za izgradnju ovih skloništa bili su u Slavoniji odgovorni građevinski referenti Komande područja. U uputstvu tehničkog oteka štaba 6. korpusa od 24. XI 1943. godine stoji da bunker koji se grade na otvoren način treba da imaju širinu 2,70 m i visinu na ni-



Sl. 39 — Ulaz u podzemni bunker za ranjenike
bolnice u Vinici

žem kraju 2,40 m kako bi se u bunker mogla smestiti dva reda ležaja. Svaki bunker treba da ima odvodni kanal promera 25 cm i na svaka tri dužinska metra po jedan zračni otvor (ventilacioni otvor). Na mestima gde je moguće kopanje bunkera na rudarski način, na zemljištu koje ne propušta vodu, treba ovaj koristiti zbog bolje kon-

spiracije. U slučaju da se na ovaj način ne može dobiti potrebna visina za dva reda ležaja, moraju oni biti srazmerno duži. I ovde treba obratiti pažnju na ventilaciju i mogućnost odvođenja vode, što često predstavlja poseban problem, naročito za vreme dugotrajnih kiša kada neki bunkeri, ako zemljište nije bilo pogodno za njihovu izgradnju, postaju vlažni zbog čega se moraju oblagati iznutra ter-papirom (zemunice bolnice u Moslavačkoj gori 1943. godine bile su delom betonirane da bi se sprečilo prodiranje vode u njih). Iskustvo je pokazalo da je najbolje praviti manje bunkere, dužine 8—12 m, kako zbog bezbednosti ranjenika, tako i zbog brzine izgradnje.

Jedan od problema pri kopanju bunkera predstavlja sklanjanje iskopane zemlje. Najbolje je ako se ona može



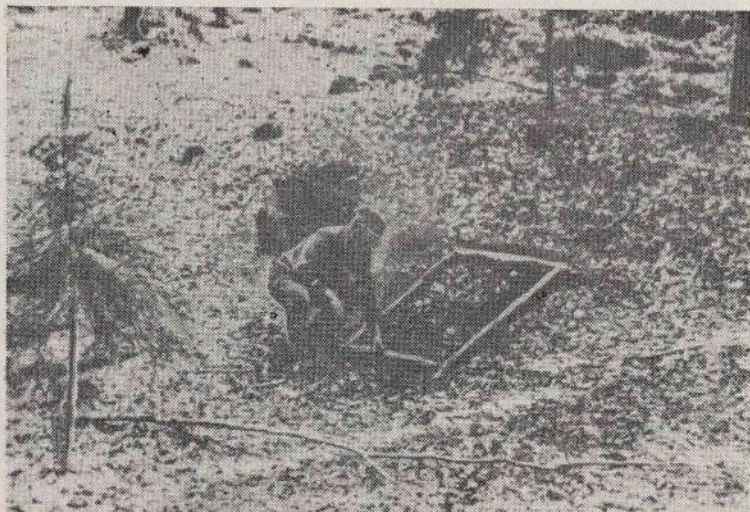
Sl. 40 — Pod tom smrekicom su skrivena vrata

bacati prilikom kopanja u neki veći obližnji potok ili rečicu koja bi je odnela; inače može se sa njom poravnati teren sipajući je u jame, vrtiće i slično. U ovom slučaju treba je nabiti maljevima da se ne bi docnije slegla, a

tek se potom pristupa maskiranju pokrivajući je humusom i lišćem, tako da u potpunosti odgovara okolini. U pogledu ovog maskiranja bili su u Slavoniji postignuti vanredni rezultati. Samo iskusno oko »bunkeraša« moglo je pronaći mesto gde se bunker nalazi.

Da bi konspirativnost bila bolje zagarantovana često je za kopanje podzemnih skloništa bilo korišćeno upravo ljudstvo koje će u njima ostati zajedno sa ranjenicima i bolesnicima (Srem s proleća 1944. godine). Za istu svrhu može se koristiti i ljudstvo probrano iz jedinica koje se zatim prebacuje na neku udaljenu prostoriju.

Poželjno je da zavisno od udaljenosti bunkera do bolnice, za sklanjanje ranjenika, u iste ne treba više od

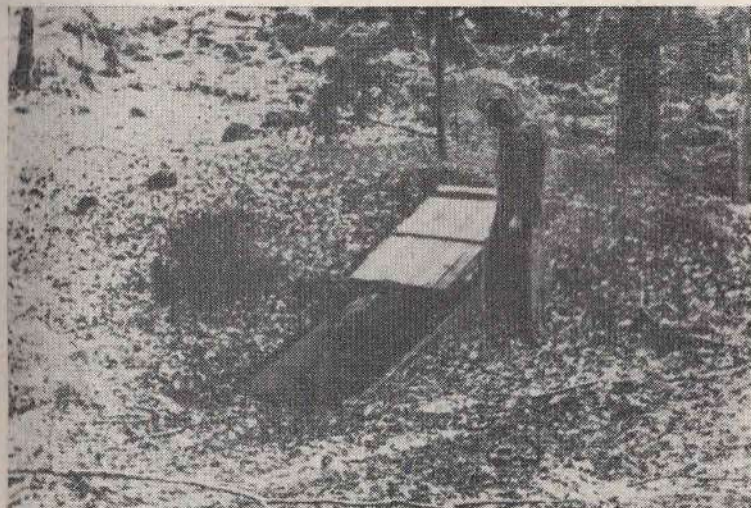


Sl. 41 — Vrata podzemnog skloništa

6—12 časova zajedno sa maskiranjem pristupnih staza. Naročito pažnju treba obratiti ako se sklanjanje ranjenika vrši po kiši i blatu, jer se po tragovima mogu otkriti i skloništa. Iz navedenih razloga došlo je do otkrivanja skloništa u koja je bilo smešteno oko 200 ranjenika i bo-

lošnika iz bolnice u Šekovićima u toku sedme neprijateljske ofanzive. Sneg predstavlja veliku poteškoću u odnosu na maskiranje ovih skloništa, a isto tako i para koja se zimi diže iz ventilacionih otvora.

U sklonište se unosi hrana, voda za piće, sredstva za osvetljenje, oruđa za kopanje, nešto oružja, sanitetskog materijala i lekova. Za hranu koja se ostavlja u bunkerima dolaze u obzir najvećim delom konzerve, dvopek, med i slično. Umesto vode koja se teško može održati duže vreme slovenački partizani često su koristili vino.



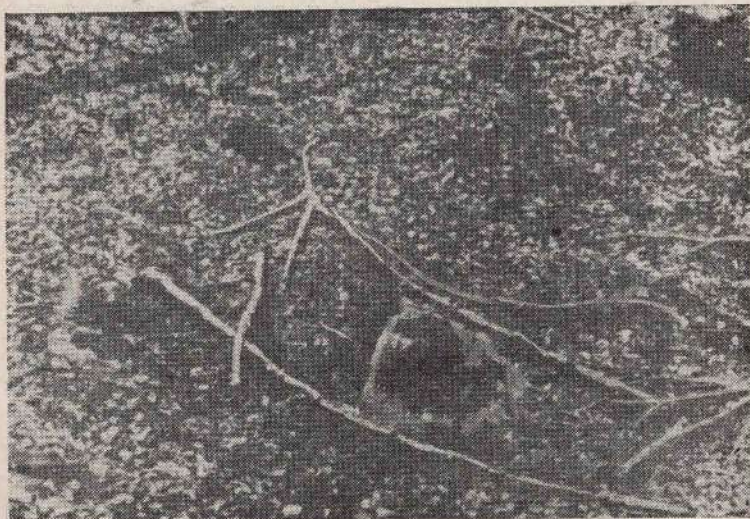
Sl. 42 — Ulaz u podzemno sklonište

Pokazalo se kao praktično da se blagovremeno izrade vrećice od padobranske svile za hranu svakog ranjenika za nekoliko dana, dok je situacija neizvesna te može doći u obzir pokret, odnosno njihovo sklanjanje u zemunice. Za istu svrhu čuvati razne flaše, čaturice i slično kako bi se ranjenicima mogla izdati i voda pred pokret.

Ponekad se može zabiti u sklonište i nortonova crpka za dobijanje vode za piće. Pripremiti takođe sredstva za dezinfekciju vode.

Problem predstavlja odvođenje otpadnih materija i vode iz skloništa. Obično se to postiže kopanjem odvodnih kanala koji odvođe otpadne materije bilo u posebno iskopanu jamu ili neku prirodnu udubinu zemljišta (obližnji potok nizvodno). Pod skloništa pokriva se šljunkom, granjem ili pleterom da se ne bi raskaljao.

Osvetljenje treba da bude po mogućnosti električno da se ne bi trošio kiseonik, jer je i bez toga često u sklo-



Sl. 43 — Ulaz u podzemni bunker bolnice
Stari log

ništu zagušljivo, mada se za nuždu mogu koristiti i drugi svetlosni izvori koje smo napomenuli kada smo govorili o osvetljavanju bolnica.

Sa ranjenicima se ostavlja i najpotrebniji broj sanitetskog osoblja i, po mogućnosti, lekar, što je od velike

važnosti ne samo za ukazivanje stručne medicinske pomoći nego i za moral ranjenika i bolesnika koji ostaju u skloništu. Okvir lekarske pomoći sužava se obično na neophodnu potrebu previjanja ranjenika, davanje analeptika i kardijaka, eventualno vršenje amputacije, incizija (pri pojavi gasne gangrene itd.) tj. uglavnom u okviru vitalnih indikacija. Za umirenje teških delirantnih ranjenika i bolesnika dolazi u obzir davanje injekcija morfijuma ili drugih umirujućih sredstava.

Nakon što se ugovori veza sa pouzdanim licima sklonište se zatvara, da bi se otvorilo tek kada neposredna opasnost prođe.

Zemunice je u toku NOR-a zatvaralo posebno odabrano ljudstvo (»bunkeraši«) koje je nakon toga ostajalo na terenu u blizini bunkera zbog veze i obaveštavanja o situaciji. To ljudstvo bira se najčešće među terenskim radnicima, iz sastava obližnjih komandi mesta, među članovima NO odbora, omladincima itd. a ponekad tu vezu održavaju i obližnje partizanske jedinice. Veza se održava ugovorenim znacima, udarcima u neko određeno mesto na zidu bunkera, dozivanjem kroz određeni ventilacioni otvor i slično.

Evo nekih podataka o izgradnji bunkera u drugim krajevima naše zemlje:

U Sloveniji, na prostorijsi Graška gora — Velunja — Sv. Miklavž severoistočno od Šoštanja bila su iskopana 4 bunkera u koje se moglo smestiti oko 30 ranjenika. Jedan od njih za prijem 6—8 ranjenika bio je smešten u blizini većeg izvora, preko koga je i vodio jedini prilaz bunkeru. Udubljenje u steni obloženo je i pokriveno daskama tako da je krov predstavljao produžetak strmine. Gore je bio pokriven zemljom, trnjem i smrekama, sa malim zamaskiranim otvorom koji je služio za ulaz. U tom udubljenju ranjenici su ležali na prečagama u dva reda, koje su bile jedne iznad drugih. U uglu je bio izgrađen štednjak, a između krova i gornje prečage prostor od 2 × 4 m namenjena za ostavu raznih stvari.

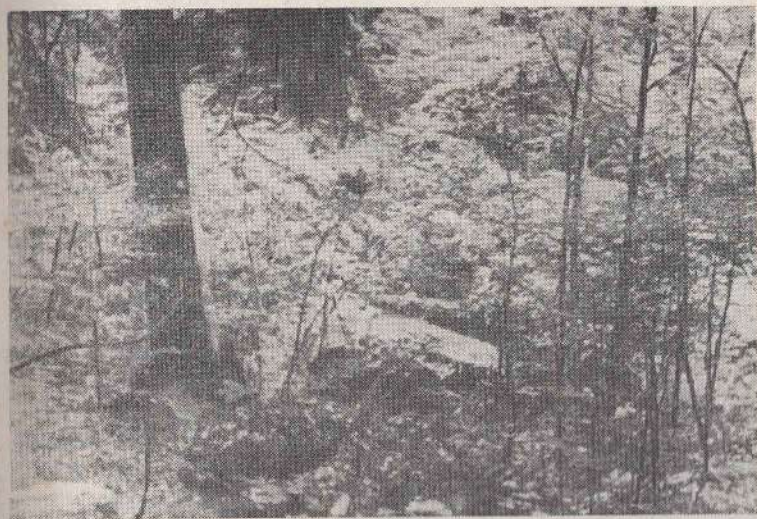
Izmet je jedan lakši ranjenik bacao u vodu, a drugi otpaci su sakupljani i s vremena na vreme, daleko od bunkera, zakopavani. Naročita pažnja je bila obraćena maskiranju kratkog puteljka od vode do bunkera, zašta su korišćeni trnje i smreke. Ponekad su ranjenici, kada je



Sl. 44 — Ulaz u podzemni bunker bolnice
Stari log

situacija to dopuštala, izlazili na svetlost i zadržavali se samo u mrtvom uglu gde nisu mogli biti opaženi sa susednih visova. Pri tome se pazilo da ne ostanu opušci cigareta, palidrvca i komadići papira. Kada se primetilo da Nemci traže bunkere upravo u blizini vodnih objekata, počela je izgradnja novih bunkera dalje od ovih, a voda se donosila po mraku ili samo ujutro. Novi bunkeri su većinom građeni na strmim padinama velikih smrekovih šuma. Lakši ranjenik ili rekonvalescent se nalazio po ceo dan (kritično vreme bilo je između 9 i 15 h) na nekoj uzvisini u blizini bunkera, sa koje je mogao osmatrati svu okolinu, pazeći da se neprijatelj ili bilo ko ne kreće u blizini. Kada se tražila hrana od seljaka mislilo se na to da se ovo ne čini suviše često od jednih istih ljudi, kako oni ne bi posumnjali da je negde u blizini baza za ranjenike. Zbog toga

se ponekad išlo i satima daleko po hranu, a kada je morala biti uzimana od bližih suseda govoreno im je da se dolazi iz daleka.

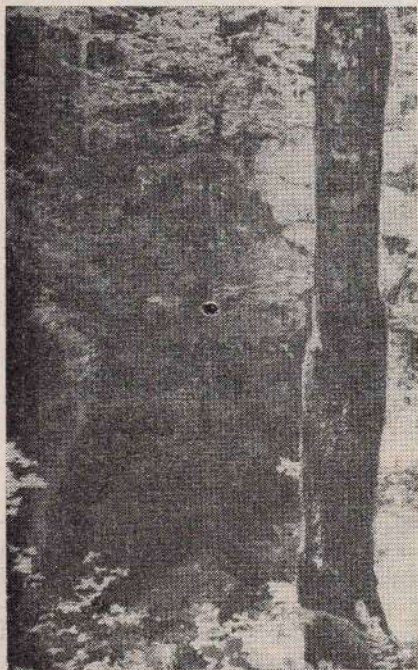


Sl. 45 — *Ulaz u podzemni bunker bolnice Pugled*

U Bosni bolnica u Demićima, 1,5 km daleko od Šipraga, mogla je primiti oko 120 ranjenika i bolesnika, a bila je smeštena u šumi, u dubokom klancu, u dve zgrade. U brdu sa obe strane potoka nedaleko od bolnice bio je izgrađen i niz bunkera za oko 100 ranjenika i bolesnika (3 bunkera za po 15—20 ranjenika i 7 manjih sa 5—7 mesta). Ove bunkere gradili su rudari iz Lešnjana — borci 1. bataljona 5. krajiške brigade. Pored ovih bili su preuređeni svi bunkereri na Korićanima i izgrađena 4 veća objekta iznad s. Čorkovića. (Pošto su u leto 1943. godine bila izgrađena u šumi više s. G. Čunića 2 bunkera to se na relativno malom prostoru od Šipraga do Korićana nalazilo 5 grupa bunkera koji su bili dobro uređeni, izolovani od vlage i sa ventilacijom koja je dobro funkcionisala.)

Za jednu bolnicu gradi se više ovakvih skloništa, a za zarazne bolesnike grade se ona odvojeno.

Na sličan način sklanjaju se ranjenici i bolesnici u razna prirodna skloništa, pećine itd., kojih ima naročito na krasu. U toku sedme neprijateljske ofanzive, početkom maja 1944. godine, oko 95 teških ranjenika iz ličkih bolnica bilo je sklonjeno u 50 m duboku špilju na Bajnovcu za-



Sl. 46 — Ulaz u Ledenu jamu

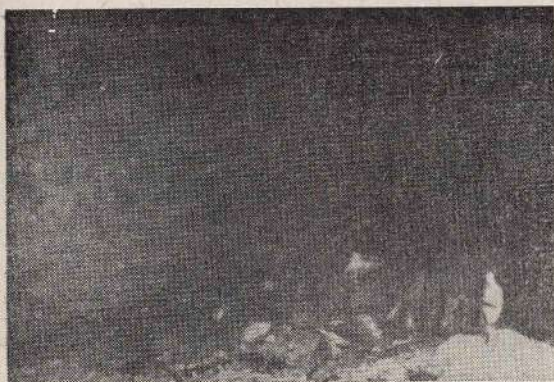
padno od Srednje gore. U njoj je bilo izgrađeno 9 spratova na koje su ranjenici bili spuštani pomoću čekrka i ostali tamo 7 dana. Špilja, čiji je otvor bio kamufliran i otvaran samo noću zbog ventilacije, nije bila otkrivena, iako se jedno vreme nalazila između položaja naših i neprijateljskih jedinica. Na dnu špilje bio je nužnik i mesto za sahranjivanje (dva ranjenika su u međuvremenu umrla). Sa ranjenicima je bilo ostavljeno i 15 bolničarki i dosta hrane i vode u buradima.

Izgradnja tajnih skloništa je od ogromne važnosti, kako za očuvanje života netransportabilnih ranjenika i bolesnika, tako i za same jedinice koje postaju mnogo

pokretljivije i sposobnije za vršenje svojih zadataka.

Do sada izneto odnosilo se uglavnom na ranjenike i bolesnike koji su se nalazili u bolnicama. Da bi se omogućilo sklanjanje ranjenika i bolesnika u skloništa, neposredno iz samih jedinica, od proleća 1943. godine otpočelo

se, na primer, u Slavoniji sa izgradnjom posebnih bunkera tzv. »SPS« (suhoputne stanice) čiji je zadatak bio prihvatanje ranjenika i bolesnika u toku same neprijateljske ofanzive, kada su bolnički bunkerovi već bili zatvoreni. Svaka SPS imala je pored bunkera za ranjenike i potreban sanitetski materijal i rezervnu hranu, a pored toga i poseban bunker sa hranom za jedinice. Sanitetski kadar za



Sl. 47 — Unutrašnjost Ledene jame

ovakve bunkere davale su same jedinice koje su ih koristile. Posebna pažnja bila je posvećena čuvanju konspirativnosti ovih bunkera, koji su značili vanredno olakšanje za jedinice za vreme manevrisanja u toku ofanzive.

Pošto sklanjanje ranjenika i bolesnika u bunkere na pojedine od njih deluje psihološki štetno, treba izvršiti pažljivo odabiranje istih kako bi se izbegle neželjene posledice. Disciplina kod ranjenika i bolesnika u bunkerima i skloništima često je od presudnog značaja za njihovu sigurnost, jer možda samo jedan pogrešan pokret, glasniji govor i slično može dovesti do njihovog otkrivanja. Iz navedenih razloga pojedine jedinice su izdavale i posebna uputstva o vladanju u skloništu, koja su predviđala i najoštrije kazne za one koji se ne drže postojećih naredjenja.

Evo jednog takvog pravilnika o vladanju u bunkerima koji je izdao Štab III operativne zone 29. maja 1944. godine.³⁸⁾

„1. U svakom bunkeru odgovorno lice je bolničar ili bolničarka.

2. Ranjenici i bolesnici moraju se apsolutno pokoravati svim naređenjima bolničara ili bolničarke.

3. Bolničari ne smeju otvarati bunkere dok nisu obavešteni od nadzornika bunkera da se banda povukla.

4. Ranjenici i bolesnici ne smeju ni u kom slučaju sami otvarati bunker.

5. Ranjenici i bolesnici ne smeju sami izlaziti iz bunkera dok nisu za to dobili odobrenje bolničara.

6. Bolničar ima pravo da na svaki način spreči otvaranje bunkera i izlaženje bolesnika iz njih. On mora da razjasni drugovima kakvoj opasnosti oni izyrgavaju ostale drugove ranjenike, koji se ne mogu kretati. U slučaju da se, uz sve opomene, koji od ranjenika ne pridržava reda (pokušava da izađe iz bunkera, stvara galamu, narušava red i mir u bunkeru) i na taj način ugrožava život ostalim drugovima — *bolničar ima pravo da ga strelja na licu mesta.*

Ovakvoj meri pristupa se samo u tom slučaju ako zbilja ne postoji drugi način da se bolesnika spreči u narušavanju reda i konspiracije.

Izuzetak čine oni bolesnici sa velikom temperaturom kod kojih se kao logična posledica pojavljuje nemir, bunilo i galama. Stoga ovakvog bolesnika treba umirivati na lep način, a u krajnjem slučaju vezati ga, zatvarajući mu rukom usta i pri tom pazeći da mu ostaje slobodan nos za disanje.

7. Suha hrana, koja se nalazi u bunkerima mora se trošiti ekonomično.

8. Odgovoran za hranu je samo bolničar.

9. Bolesnici ne smeju sami uzimati hranu.

10. Čim je teren očišćen i organizovana ishrana ranjenika sa toplom hranom, odmah se mora staviti zabrana na trošenje suhe hrane.

11. Odmah po izlasku bolesnika iz bunkera, Komande područja staviće na pretres ceo rad, život i postupak pojedinih drugova, kako bolesnika tako i bolničkog osoblja u bunkeru, pa ukoliko bi se ustanovili kakvi neispravni postupci, krivci će biti stavljeni pod vojne sudove koji će im suditi na osnovu ovog pravilnika. Naročito će se pretresati rad onih bolničara koji na osnovu pravilnika automatski postaju upravitelji bunkera.“

³⁸⁾ Zbornik dokumenata san. sl. u NOR-u jugoslovenskih naroda, knjiga II, Beograd 1952. god. Dokumentat br. 102.

Mada ranjenike i bolesnike treba blagovremeno smestati u podzemna skloništa, treba voditi računa i o tome da to ne bude urađeno bez potrebe pre vremena, jer je ishrana istih u skloništima otežana, a vreme koje se u njima može provesti relativno ograničeno iako je u toku NOR-a bilo i slučajeva da su ranjenici ostajali u zemunicama zbog neizvesne situacije i po dva meseca (istina bili su otvoreni glavni otvori zbog ventilacije) — zemunice u Petrovoj gori za vreme četvrte neprijateljske ofanzive.



Sl. 48 — Zg. Hrastnik — prenos ranjenika iz bunkera

Među nedostacima sklanjanja ranjenika po bunkerima navode se i slabo higijensko i zdravstveno stanje ranjenika i bolesnika, a posebno odraz u moralnom pogledu. Iako hrana nije bila slaba ranjenici su često imali bleđu rumenu boju, bili često apatični i rezignirani. Izgleda da su posebno teško podnosili smeštanje u bunke — bolesnici od pegavca, kojih je više umrlo u njima.

6. ZBRINJAVANJE RANJENIKA I BOLESNIKA U BOLNICAMA U POZADINI OPERATIVNE ARMije

Ovaj način zbrinjavanja ranjenika i bolesnika dolazi u obzir u slučaju kada je omogućena manje ili više re-

dovna, odnosno povremena veza, najčešće vazdušnim putem, sa odgovarajućim sanitetskim ustanovama u pozadini operativne armije. Njegov značaj ogleda se i u činjenici da je u toku NOR-a oko 12.600 ranjenika i bolesnika bilo prebačeno u savezničke zemlje, odnosno oslobođeni deo naše zemlje, dok je oko 40% od svih ranjenika koje je Sovjetska armija evakuisala avionima sa zapadnog fronta bilo iz partizanskih jedinica.

U toku NOR-a (ako se radilo o evakuaciji većeg broja ranjenika i bolesnika vazdušnim transportom) prethodno se postavljao šef evakuacije i organizovala evakuaciona bolnica i prihvatanica na aerodromu. Njihovi zadaci bili su sledeći:

Šef evakuacije koordinira rad evakuacione bolnice sa ostalim partizanskim bolnicama i ustanovama i prihvatnicom na aerodromu. On odgovara za celokupnu evakuaciju do ukrcavanja ranjenika i bolesnika u avione. U najtešnjoj je vezi sa komandantom aerodroma od koga dobija informacije o broju i kapacitetu aviona koji su dodeljeni za evakuaciju. Stara se da evakuaciona bolnica prebaci blagovremeno odgovarajući broj ranjenika i bolesnika do prihvatnice na aerodromu, koja treba da ih dočeka i ukrca u avione.

Evakuaciona bolnica prihvata i priprema za evakuaciju ranjenike upućene iz drugih bolnica. Raspolaze stručnim kadrom (obavezno hirurgom) i sanitetskim materijalom koji omogućuje lečenje ranjenika i bolesnika i za duže vreme u slučaju da evakuacija avionima bude iz bilo kog razloga za neko vreme onemogućena.

Prihvatnica na aerodromu ima zadatak da ukazuje prvu pomoć i ukrcava ranjenike i bolesnike određene za evakuaciju. Postavlja se na samom aerodromu, odnosno u njegovoj neposrednoj blizini. Prihvatnicom rukovodi lekar, lekarski pomoćnik, ili stariji bolničar.

Načelno za evakuaciju avionima dolaze na prvom mestu u obzir:

— nepokretni ranjenici (prvenstveno oni na nosilima) sposobni za transport avionima;

— pokretni ranjenici koji zahtevaju dugotrajno lečenje i bolesnici koji boluju od hroničnih oboljenja koja

nemaju nikakvih izgleda na poboljšanje u partizanskim uslovima;

— ranjenici kojima je potrebna specijalizovana pomoć, koja se ne može ukazati u odgovarajućim partizanskim uslovima.

Evakuaciona bolnica vodi najnužniju dokumentaciju, tj. spisak ranjenika i bolesnika određenih za evakuaciju sa osnovnim podacima (generalije, dijagnoza, kada je i kuda evakuisan), dok svaki ranjenik mora imati istoriju bolovanja ili bar ranjeničku kartu.



Sl. 49 — Brezna, avgust 1944. god. evakuacija ranjenika u Italiju

Brojno stanje ranjenika i bolesnika u evakuacionoj bolnici zavisi od broja aviona koji se očekuju za evakuaciju, a ne treba ni da je suviše veliko radi ugrožavanja ranjenika od strane neprijatelja, kao ni da je suviše malo, da bi se izbeglo da avioni ne bi mogli usled toga da iskoriste svoj puni kapacitet. Prema tome, evakuaciona bolnica reguliše priliv i odliv ranjenika i bolesnika iz drugih bolničkih ustanova.

Ranjenici se evakuišu po mogućnosti onim redom kako su pristizali u bolnicu, a u slučaju nepovoljne operativno-taktičke situacije prema stepenu nepokretljivosti.

Evakuacija se vrši zavisno od okolnosti, danju (ako je aerodrom na slobodnoj teritoriji) što je ređe, ili pretežno noću. U toku NOR-a vršena je evakuacija ranjenika i bolesnika često i onda kada je aerodrom bio pod stalnom neprijateljskom vatrom pa i mitraljeskom (takav je, na primer, bio slučaj sa aerodromom kod Berana i s. Brezna). U slučaju ako je organizovanje prihvatnice na aerodromu nemoguće radi vidljivosti od strane neprijatelja, odnosno nepotrebno usled neposredne blizine evakuacione bolnice, ranjenici i bolesnici treba da se već u evakuacionoj bolnici podele na kategorije: teški, srednji i laki. Za svaku kategoriju određuje se vođa grupe i odgovarajući broj nosilaca ranjenika. Kolona sa ranjenicima stiže na aerodrom pred sam dolazak aviona. Ukrccavanje traje što kraće vreme kako bi se avion što manje zadržavao, od 15—45 minuta, najčešće oko pola časa.

Pošto je veoma nepoželjno zadržavati avione to u cilju što bržeg iskrccavanja i ukrcavanja aviona treba određivati po mogućnosti uvek isto ljudstvo, koje treba da bude za to uvežbano. Za svaki avion treba predvideti posebnu grupu kojom rukovodi određeno lice.

Na aerodromu moraju unapred biti određena mesta za ranjenike, za materijal, za transportna sredstva i slično.

Iskrccavanje iz aviona vrši za to određeno ljudstvo. Dok se ne izda komanda niko se ne sme približavati avionu. Na komandu, avion se brzo istovara i materijal nosi na određeno mesto vodeći računa pri tome da ono ne bude na pravcu poleta aviona. Pored materijala se postavlja straža, a ljudstvo koje je vršilo iskrccavanje prikuplja se zatim na zorno mesto.

Ukrccavanje. Predviđeni ranjenici i bolesnici i eventualno putnici moraju biti blagovremeno na određenom mestu na aerodromu. Najbolje je ako ranjenici očekuju dolazak aviona na nosilima, kakva imaju avioni. U protivnom slučaju nosila se uzimaju iz aviona i ranjenici najvećom brzinom stavljaju na njih. Na komandu ranjenici se približavaju avionu i to prvo oni na nosilima, a potom pokretni. Ukrccavanje vrše tri lica od kojih dvojica podižu nosila, na nosače nosila u avionu, a treći ih učvršćuje.

Čim su ranjenici ukrcani ljudstvo se udaljava od aviona i prikuplja na zbornom mestu.

Sve ljudstvo mora biti dobro upoznato sa svim navedenim merama jer i najmanja greška u ovom smislu može imati teške posledice.

Za improvizovane aerodrome služe pašnjaci, livade, planinske visoravni itd. Aerodrom se mora stalno popravljati, održavati, po potrebi i proširivati. Uređuje se uz pomoć jedinica i stanovništva iz okolnih sela. Omladina i AFŽ-a uspeli su, na primer, da u toku dve noći ponovo osposobe aerodrom kod s. Osmaci u istočnoj Bosni, koji je neprijatelj onesposobio u avgustu 1944. godine, preoravanjem i bombardovanjem. Mesta na kojima su gorele signalne vatre moraju se danju kamuflirati granjem ili na neki drugi način. Po potrebi se mogu praviti i lažni aerodromi.

Osiguranje aerodroma. U cilju osiguranja samog aerodroma, organizovanog i što bržeg iskrcavanja i ukrcavanja aviona, određuje se komandant aerodroma koji je dužan da održava kontakt sa svim jedinicama koje imaju ma kakav zadatak u vezi sa osiguranjem aerodroma. Jedinice pak sa svoje strane dužne su da obaveštavaju komandanta o situaciji na svome sektoru. Komandant aerodroma nalazi se na unapred određenom mestu, na kome treba uvek da ima izvesnu rezervu u ljudstvu. Pristup na aerodrom dozvoljen je jedino po odobrenju komandanta. Svaki pristup zabranjen je licima koja nemaju kakav određeni zadatak, a svi oni koji ga imaju moraju dobiti precizna naređenja, šta ima da rade i na kome mestu da se nalaze. To mesto mogu napustiti tek po izvršenom zadatku. Ovo se naročito odnosi na ljudstvo koje je određeno za paljenje signalnih vatri (za koje treba predvideti dovoljno drva kako bi vatre celo vreme što ravnomernije gorele). Sve što je potrebno za signalizaciju mora biti unapred pripremljeno i u toku dana prekontrolisano. Za vreme dok avion kruži ne sme se paliti nikakvo svetlo, sem svetlosnih signala koji se daju po naređenju za to određenog lica, ukoliko ih on sam lično ne daje.

U dane kada se očekuje dolazak aviona aerodrom se osigurava dovoljnim brojem stražara koji se raspoređuju

tako da je isključena mogućnost da na aerodrom mogu doći lica koja za to nemaju posebnu dozvolu. Osim strażarskih mesta, određuju se i patrole koje kruže neposrednom okolinom.

Evakuacija se forsira naročito u slučaju kada predstoje velike borbe, dalji pokreti ili neprijateljska ofanziva. U toku NOR-a bilo je slučajeva da su vršeni i posebni napadi u cilju oslobođenja aerodroma koji je zaposeo neprijatelj, kako bi se na taj način omogućila evakuacija ranjenika. (Na primer, napad jedinica 24. divizije da bi se oslobodio aerodrom kod s. Vučje i na taj način omogućila evakuacija oko 150 nepokretnih ranjenika dok se na svega 3 km od aerodroma vodila ogorčena borba).

S obzirom da sâm let traje obično kratko vreme pitanje nege ranjenika i bolesnika za vreme samog leta ne predstavlja naročiti problem.

Kapacitet aviona je različit, a zavisi od tipa, konstrukcije aviona, a upotreba pojedinih tipova od različitih okolnosti — operativno-taktičke situacije, samog aerodroma, cilja evakuacije itd.

Najveći broj ranjenika i bolesnika zbrinjavan na ovaj način bio je prebačen u toku NOR-a u savezničke bolnice u Italiji a jednim delom i u oslobođeni deo naše zemlje. Od ukupno 9910 ranjenika i bolesnika evakuisanih u toku 1944. godine najveći broj je bio evakuisan sa aerodroma u Medenom polju — 1800, Beranama — 1700, Osmacima — 1100, Voćinu — 1094, i Krasincu 1006, a 1945. godine od ukupno 2677 evakuisanih, sa aerodroma kod Daruvara 1800 ranjenika i bolesnika.

Za evakuaciju ranjenika sa aerodroma kod Medenog polja u blizini Bos. Petrovca bila je formirana u s. Dri- nići evakuaciona bolnica sa dva hirurga i oko 400 postelja. Ova bolnica je primala ranjenike iz bolnice u Ribniku i Podgrmeču. Ranjenici su zadržavani u bolnici od 10—15 dana u toku kojih su bili pripremljeni za evakuaciju. Do prihvatnice na aerodromu, udaljenom oko 17 km, ranjenici su prevoženi najvećim delom kolonom seljačkih kola. Prihvatnica je bila smeštena u seoskim kućama, na rubu šume, daleko oko 20 minuta od aerodroma. Ona je raspolagala sa ukupno 30 mesta tako da su se u njoj, u slučaju

da avioni ne stignu, zadržavali samo teški ranjenici dok su se ostali vraćali u evakuacionu bolnicu, zašta im je trebalo 3—4 časa. U blizini aerodroma bila je radio-stanica preko koje je održavana veza sa Barijem i Drvarom. Preko iste radio-stanice i prihvatnica je bila obavješavana o broju dolazećih aviona i vremenu dolaska, na osnovu čega je odgovarajući broj ranjenika bio upućivan u prihvatnicu iz evakuacione bolnice. Dok je krajem marta bilo evakuisano dnevno po 5—6 ranjenika, u drugoj polovini aprila taj se broj kretao od 30—60. Vreme potrebno za ukrcavanje iznosilo je najviše 15—30 minuta.

Sa aerodroma kod Berana bili su evakuisani u toku juna, jula i avgusta 1944. godine prvenstveno ranjenici iz jedinica koje je trebalo da izvrše pokret u Srbiju, kao i izvestan broj teških ranjenika, bolesnika i invalida koji su ovde bili koncentrisani. Ulogu evakuacione bolnice igrala je bolnica 2. proleterske divizije smeštena u Beranama. Pošto je neprijatelj bio udaljen od Berana svega 3—5 km tukao je aerodrom artiljerijom danju i noću, tako da prihvatnica na aerodromu nije mogla biti ni formirana. Zato su ranjenici već u evakuacionoj bolnici morali biti trijažirani po kategorijama i tako u organizovanoj koloni stizali do aerodroma neposredno pred dolazak aviona. Avioni su dolazili u grupama po 6—7, a ukrcavanje je trajalo ukupno oko 45 minuta. Da bi se ono što bolje izvelo bio je određen jedan bataljon posebno za taj zadatak. Evakuacija je vršena isključivo noću.

Sa aerodroma kod s. Osmaci bila je vršena u toku same sedme neprijateljske ofanzive evakuacija ranjenika i bolesnika iz centralne bolnice br. 1 u Birču i bolnice br. 2 na Majevidici jer su za njihovo obezbeđenje morale biti upotrebljene znatne snage 3. korpusa. Neprijatelj je već bio prodro na 10—12 km od bolnice u Birču i aerodroma koji su osiguravale Birčanska brigada i jedan bataljon Romanijske brigade dok su jedinice 16. i 36. divizije vršile demonstrativne napade u okolini Tuzle. Ulogu evakuacione bolnice bila je preuzela na sebe bolnica u Birču koja je vršila trijažu ranjenika i osposobljavala ih za transport, a na samom aerodromu bila je prihvatnica u kojoj je pre ukrcavanja još jednom kontrolisano stanje ranje-

nika. Na aerodrom su ranjenici stizali u organizovanoj koloni, podeljeni u desetine, na čelu kojih su bile bolničarke.

Bilo je noći u toku kojih je ukrcavano i evakuisano i po 400 teških nepokretnih ranjenika u avione koji su imali ugrađen dvostruki red nosila, jedna iznad drugih. Kada je krajem septembra bolnica u Birču bila rasformirana zbog neprijateljskog pritiska, ulogu evakuacione bolnice je preuzela bolnica 27. divizije. Pošto je evakuacija morala biti privremeno prekinuta, ova bolnica je bila prisiljena da vodi desetak dana sa sobom ranjenike pripremljene za evakuaciju dok nije uspela na kraju da ih evakuiše (250 ranjenika u 8 aviona).

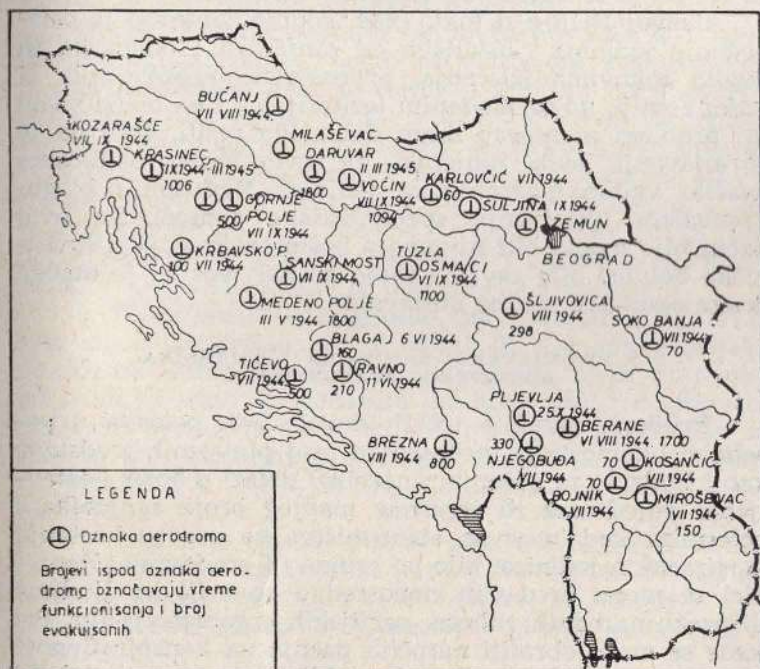
Aerodrom kod Voćina poslužio je za evakuaciju 1094 ranjenika iz jedinica 6. korpusa u toku jula do avgusta meseca 1944. godine, a onaj kod s. Krasinec u blizini Črnomelja, od septembra 1944. (kada je neprijatelj uspeo da uništi aerodrom kod s. Kozaršće) do marta 1945. godine služio je za evakuaciju ranjenika iz bolnice na Rogu, Žumberku i Ribnici. Ukupno je sa oba ova aerodroma evakuisano oko 1600 ranjenika i bolesnika, od toga sa aerodroma Kozaršće oko 600.

Pod naročito teškim okolnostima vršena je avgusta 1944. godine evakuacija sa improvizovanog aerodroma u s. Brezna, koji je bio veličine 500×300 m, a nalazio se pod stalnom artiljerijskom i minobacačkom vatrom neprijatelja, jer je ovaj bio prodro već na 2—3 km od aerodroma. Aerodrom su branile 6. lička i 3. crnogorska divizija, tako da je u bolnici ove poslednje vršena i evakuaciona trijaža i priprema ranjenika za evakuaciju. Avioni su dolazili danju u pratnji lovaca, najčešće u grupama po 6, a primali su svaki po 18 ležećih ili oko 30 sedećih ranjenika — bolesnika, tako da je ukupno oko 30 aviona evakuisalo oko 800 ranjenika, u roku od 4 časa prema nekim podacima, a po drugim za dan i po. Veliki broj od ovih ranjenika i bolesnika pripadao je jedinicama 36. i 16. divizije koje su vodile teške borbe sa Nemcima.

Evakuacija najvećeg broja ranjenika i bolesnika u cilju njihovog daljeg zbrinjavanja na oslobođenom delu naše zemlje izvršena je sa aerodroma u blizini Daruvara

marta 1945. godine. Još od kraja februara situacija na ovom terenu bila je vrlo teška. Jedinice 6. korpusa bile su u okruženju na Psunju, sa velikim brojem ranjenika, od kojih su neki morali provesti i po 40 dana u podzemnim skloništima. Slična situacija je bila i sa jedinicama 10. korpusa na sektoru Daruvar — Bilogora i Grubišnog polja — a očekivala se nova neprijateljska ofanziva. Po-

SEMA DISLOKACIJE AERODROMA SA KOJIH JE U TOKU 1944. i 1945. GODINE VRŠENA EVAKUACIJA RANJENIKA I BOLESNIKA³⁹⁾



Skica 11.

³⁹⁾ Podaci prema članku puk. dr I. Kralja i p. puk. dr F. Peruša: Neke pitanja evakuacije zračnim putem i naše iskustvo za vreme NOB.

čevši od 10. marta u toku 10 dana svake noći dvaput stizale su grupe od po tri aviona, kojima je u Zemun bilo prebačeno oko 1000 ranjenika iz 10 korpusa i oko 800 ranjenika iz 6. korpusa. Evakuaciona bolnica, u kojoj je hirurška ekipa 10. korpusa vršila pripremu ranjenika za evakuaciju, nalazila se u Daruvaru. Pošto je bolnica bila udaljena od aerodroma oko 3,5 km prebacivanje ranjenika na aerodrom vršeno je svake noći sa po 60 zaprega. Na svakih 15 kola predviđena je bar po jedna do dve ekipe nosilaca ranjenika koji su vršili i ukrcavanje u avione, za šta im je trebalo oko petnaestak minuta.

Razvoj NOR-a u toku 1944. godine zahtevao je oslobođenje jedinica i ustanova od ranjenika i bolesnika sa dugim rokovima izlječenja, prvenstveno nepokretnih. U našoj zemlji, na oslobođenim teritorijama i na drugi način taj problem se mogao samo delimično rešiti, tako da je zbrinjavanje ovih ranjenika u savezničkim bolnicama značilo veliko olakšanje za jedinice. Međutim, o blagovremenom ukazivanju specijalističke pomoći, na ovaj način nije moglo biti ni govora pošto evakuacija u savezničke bolnice nije zavisila samo od nas, već su je mnoge druge okolnosti znatno otežavale.

7. ZBRINJAVANJE RANJENIKA I BOLESNIKA KOD MESNOG STANOVNIŠTVA

Prilikom naročito teških dugotrajnih pokreta u posebnim okolnostima (nedovoljan broj prevoznih sredstava kao i ljudstva za nošenje ranjenika) dolazi u obzir i ostavljanje pojedinaca ili izvesnog manjeg broja ranjenika i bolesnika kod mesnog stanovništva na pravcu kretanja partizanskih jedinica, bilo po selima ili gradovima. Ranjenici se mogu predavati neposredno poverljivim ljudima ili preko narodnih odbora, partijskih organizacija itd. Pri tome se mora obratiti naročita pažnja na konspirativnost samog ostavljanja, osobito ako u blizini ima neprijateljski raspoloženih elemenata, jer bi otkrivanje prisustva ranjenika značilo ne samo njihovo uništenje, već i preduzimanje mera odmazde nad samim stanovništvom od strane neprijatelja, što bi, pored ostalog, moglo imati rđavih posledica i za slučaj da se ponovo ukaže takva potreba.

Ranjenici se ostavljaju najčešće pojedinačno po kućama, odnosno raznim skloništim (štalama i slično, podzemnim skloništim), a leče ih, odnosno povremeno obilaze lekari ili drugo sanitetsko osoblje obližnjih partizanskih jedinica ili se u tu svrhu pozivaju lekari-simpatizeri iz okupiranih gradova i sela. Na ovaj način zbrinjavaju se često teški nepokretni ranjenici, koji bi predstavljali posebno opterećenje za manevarsku sposobnost jedinica, dok se pokretni zadržavaju u pokretnim bolnicama partizanskih jedinica, kako bi odmah po ozdravljenju mogli biti vraćeni natrag u jedinicu.

Ovaj način zbrinjavanja ranjenika korišćen je u svim krajevima naše zemlje, negde manje, negde više, naročito u početku NOR-a, dok se radilo o manjim partizanskim odredima, pa prema tome i manjem broju ranjenika. Razumljivo je da su ga posebno često koristili ranjenici ukoliko su se borbe vodile na prostoriji koja je bila u blizini njihovih kuća (Lika, Gorski kotar, Makedonija itd. u drugoj polovini 1941. godine). U jugoistočnoj Srbiji ovaj način zbrinjavanja teških ranjenika i bolesnika održavao se do kraja 1943. godine, a mestimično i kasnije.

U Gorenjskoj 1942. godine prvi ranjenici, kojih je bilo malo, ostavljani su u senu, ili kod nekog seljaka daleko od nemačkih uporišta. Za lečenje težih ranjenika pozivani su lekari iz obližnjih gradova. Teži i nepokretni ranjenici ostavljani su u sklonitijim kućama, zajedno sa jednim tzv. bolničarem i jednim drugim koji se brinuo za ishranu. Sva trojica su ostajala zajedno do ozdravljenja ranjenika.

U toku 1943. godine i 1944. gotovo svaka kuća u Vipavskoj dolini u Istri imala je svoj bunker za sklanjanje hrane i drugog materijala. Ovi bunkereri su korišćeni i za sklanjanje ranjenika i bolesnika obližnjih partizanskih jedinica.

Slična je bila situacija i u Štajerskoj kada je 14. divizija februara 1944. godine prodrila na njenu teritoriju preko Sutle kroz minska polja i žičane prepreke. Pored velikih neprijateljskih snaga, sa kojima je saradivala i masa domaćih izdajnika, pao je još i visok sneg, tako da su konačno u borbi na život i smrt gotovo dve brigade

bile angažovane za nošenje ranjenika po zemljištu ispresecanom strminama i uvalama. Borci su bili toliko izmučeni da je jedino moguće rešenje predstavljalo konspirativno ostavljanje pojedinih nepokretnih ranjenika u usamljenim seljačkim kućama. Kada su se marta meseca



Sl. 50 — U bunkeru

raspršene grupice prikupile na Pohorju Operativni štab je smatrao za svoju prvu dužnost da te ranjenike prikupi i smesti u konspirativne bolnice. Koliko je bilo teško nagovoriti seljake da prime ranjenike, isto tako ih je sada bilo teško dobiti od njih pošto su ranjenike tražili i neprijateljski agenti koji su se predstavljali kao partizani, a seljaci su znali da ih čeka smrt ako se otkrije da su krili i negovali partizanske ranjenike.

Često su se nalazila po 3—4 ranjenika skrivena u nekom uglu bunkera ispod jasala, u slami, pčelinjaku ili svinjcu, tako dobro kamuflirani da ni najoštrije oko ne bi zapazilo ništa sumnjivo. Lekar je noću obilazio ranje-

nike. Zbog oštih represalija od strane neprijatelja stanovništvo je bilo toliko zaplašeno da je lekar često imao više muke da umiri preplašene ukućane koji su molili da se ranjenici sklone negde na drugo mesto, nego što ih je imao sa ranjenicima koji su bili zadovoljni što su se mogli bar malo odmoriti od stalnih pokreta. Konspiracija je bila toliko velika da ni u istoj kući nisu svi ukućani znali da se tu kriju ranjenici, a da se i ne govori o susedima. Posebno se pazilo da deca ne opaze nešto sumnjivo. Ako je i pored sveg bodrenja, a ponekad i ubeđivanja da ljudstvo koje je krilo ranjenike mora nešto učiniti za svoje oslobođenje kada hiljade mladih ljudi daju svoje živote, strah prevagnuo, morali su ranjenici biti preneseni nekom drugom, pod izgovorom da se nose u bolnice kojih tada još nije bilo. Na taj način bilo je u Mislinjskoj dolini na padinama Graške gore sklonjeno oko 40 ranjenika (među njima i nekoliko komplikovanih fraktura nadkolenice, promrzlih, fizički iznemoglih itd.). Pošto je materijal u toku neprekidnih borbi bio utrošen ili izgubljen za previjanje je upotrebljavano seljačko platno, koje je kuvanjem sterilisano. Jedini lek, koji je bio na raspolaganju i koji se pokazao praktičan a koji je upotrebljavan i lokalno i *per os* bila je rakija, u koju su se ranjenici mnogo pouzdavali. Ponekad su sami seljaci, da bi sklonili ranjenike iz kuće, pravili na 150—200 m od kuće u šumi male zaklone za po jednog ranjenika, koji su ležali na slami na smrekovim grančicama, pokriveni šatorskim krilom i dobro odeveni. Sve je bilo dobro kamuflirano zasađenim mladim smrekama.

Sklanjanje ranjenika kod mesnog stanovništva naročito dolazi u obzir ako se radi o prostoriji koja je veoma komunikativna, a bez većih šumskih kompleksa, tako da je s jedne strane nemoguće zbrinjavanje ranjenika u pokretu, odnosno partizanskim bolnicama, dok je s druge strane geografski položaj takav da je otežana veza sa drugim krajevima u koje bi se eventualno mogla vršiti evakuacija ranjenika (kod nas, na primer, Srem). Razumljivo je da je prvi preduslov da stanovništvo bude odano. Ukoliko nije taj slučaj (ako je stanovništvo indiferentno, ali ne neprijateljsko) u krajnjjoj nuždi ranjenici mogu biti

ostavljeni, s tim da se posebno naglasi da je u slučaju otkrivanja ili ma kakvog neprijateljskog dejstva prema ostavljenim ranjenicima odgovorno u potpunosti, pod pretnjom represalija, stanovništvo dotičnog naselja.

Prilikom ostavljanja ranjenika potrebno je dati uputstva licima koja su ih primila o njihovom daljem lečenju, a ukoliko postoji mogućnost potrebno je tako isto ostaviti i nešto najpotrebnijeg sanitetskog materijala i lekova.

Svakako da je ovakav način zbrinjavanja ranjenika i bolesnika samo izraz krajnje nužde, radi čega ga treba kadgod je to moguće izbegavati.

Rdave strane ovog načina zbrinjavanja ogledaju se pre svega:

— u slaboj nezi i lečenju ostavljenih ranjenika i bolesnika, poverenih u stvari brizi laika, koji ne poznaju medicinske zahteve u tom pogledu, pored ostalih neodgovarajućih uslova za njihovo brže ozdravljenje;

— u mogućnosti pronalaženja ranjenika od strane neprijatelja što povlači za sobom slabljenje morala, kako boračkog sastava u jedinicama, tako i civilnog stanovništva dotične prostorije koje živi u stalnom strahu od otkrivanja ranjenika i sledstveno tome odgovarajuće odmazde;

— nema praktično nikakve kontrole nad vraćanjem tih ranjenika po ozdravljenju natrag u jedinice a izostaje i svaki političko-ideološki rad sa njima što predstavlja nesumnjiv nedostatak, jer je taj rad u partizanskim bolnicama po pravilu intenzivan.

8. ZBRINJAVANJE RANJENIKA I BOLESNIKA U SANITETSKIM USTANOVAMA POD NEPRIJATELJSKOM KONTROLOM

Razumljivo je da ovaj način zbrinjavanja ranjenika i bolesnika dolazi u obzir samo izuzetno i to samo za pojedine od njih kod dobro organizovane službe ove vrste. Praksa NOR-a, kao i pokreta otpora u Francuskoj itd. pokazala je da je on moguć. Slovenački partizani lečili su, na primer, svoje ranjenike i bolesnike u bolnicama i klinikama u okupiranoj Ljubljani. Sa teritorije Makedonije oni su bili upućivani u bolnicu u Skoplje. Iz bolnice

IV operativne zone, koja je 1943. godine bila smeštena na Vrdovu u podnožju Dinare, po pojatama, ranjenici su prebacivani za teže operacije u Split, preko mreže simpatizera, itd.

Na osnovu izloženog mogla bi se na sledeći način rezimirati načela zbrinjavanja ranjenika i bolesnika u partizanskim uslovima:

1. Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika je jedan od najtežih problema i često ima odlučujući uticaj na razvoj vojnih operacija.

2. Nasuprot težnji operativne armije da se ranjenici i bolesnici u izvesnom smislu koncentrišu u cilju racionalizacije medicinskog rada⁴⁰⁾, u partizanskim uslovima oseća se potreba za dekoncentracijom ranjenika i bolesnika da bi se zaštitio njihov život od neprijatelja koji često organizuje posebne akcije sa namerom uništenja ranjenika i bolesnika. Uostalom veoma je teško i obezbediti smeštaj i ishranu za veći broj ranjenika u često popaljenim i porušenim gradovima, selima i osiromašenim krajevima.

3. Zavisno od okolnosti najveći broj ranjenika zbrinjava se ili u pokretu, ili u stacioniranim partizanskim sanitetskim ustanovama i ustanovama operativne armije, dok se izvestan mali broj može zbrinuti i ostavljanjem kod mesnog stanovništva pa čak i u bolnicama koje se nalaze pod neprijateljskom kontrolom.

4. Zbrinjavanje relativno malog broja ranjenika i bolesnika može se sa uspehom vršiti u konspirativnim

⁴⁰⁾ Ako to okolnosti dopuštaju prednosti koncentracije ranjenika i bolesnika mogu se koristiti i u partizanskim uslovima. Tako je koncentracija ranjenika u toku 1941/42. godine na teritoriji jugoistočne Bosne, dela Crne Gore i Sandžaka omogućila bolje korišćenje malobrojnog sanitetskog kadra, prvenstveno lekara te su mogle biti po prvi put organizovane bolnice određenog profila (hirurški centar za obradu i privremeno lečenje teških ranjenika, prihvatne bolnice za lečenje lakih ranjenika i bolesnika itd.). Sa druge strane formiranje brigadnih ambulanti u toku NOR-a značilo je u stvari dekoncentraciju ranjenika, koja je bila od posebnog značaja za vreme neprijateljskih ofanziva jer je na taj način otpadala potreba za zaštitom većih „pozadinskih“ bolnica.

bolnicama sa sistemom javki u kojima je pored odgovarajućeg lečenja u najvećoj meri zagarantovana njihova bezbednost. Pored ostalih mera za očuvanje tajnosti bolnice, koje se moraju u potpunosti sa najvećom pažnjom izvršavati, izdvajanje lakih ranjenika u posebne bolnice garantuje veću konspirativnost bolnica za teške ranjenike.

5. Privremeno sklanjanje ranjenika i bolesnika u podzemna skloništa pokazalo se kao veoma korisna mera kada je u pitanju bezbednost ranjenika naročito ako su se ovi zatekli na lečenju u bolnicama koje nisu konspirativne.

Da bi se obezbedilo što bolje zbrinjavanje ranjenika i bolesnika koji pristižu za vreme pokreta jedinica (na primer, u toku neprijateljske ofanzive kad su već zatvorena bolnička podzemna skloništa) pokazala se kao veoma korisna prethodna izgradnja posebnih skloništa za ranjenike sa rezervnom hranom, sanitetskim materijalom i lekovima na raznim delovima teritorije koji bi se mogli naći na pravcu kretanja.

6. Za najveći broj ranjenika ukazivanje medicinske pomoći se završava ukazivanjem opšte medicinske odnosno kvalifikovane hirurške pomoći, jer je veoma teško ostvariti u partizanskim uslovima blagovremeno ukazivanje specijalističke pomoći svima ranjenicima kojima je ona potrebna, ako ne postoji aviotransportna veza sa operativnom armijom.

7. Za evakuaciju ranjenika i bolesnika mogu se, uz eventualno prethodno podešavanje, koristiti sva raspoloživa transportna sredstva, počev od kretanja pešice lakih i nošenja nepokretnih ranjenika do upotrebe vazdušnog transporta.

8. Moguće je i pod vrlo nepovoljnim okolnostima organizovati zbrinjavanje ranjenika i bolesnika partizanskih jedinica tako da se ranjenicima i bolesnicima ukaže kvalitativno dobra medicinska pomoć. Najbolji dokaz za to jeste rad naše sanitetske službe u toku NOR-a⁴¹).

⁴¹) Rodžers daje vrlo laskavu ocenu medicinskog rada u Slovenačkim partizanskim bolnicama:

„Gde god sam došao ja sam bio zapanjen visokim nivoom hirurgije i savršenom organizacijom koja izgleda da je postojala.“

Lindsay Rogers: *Guerilla Surgeon*, London 1957. str. 160.

II

HIGIJENSKO-EPIDEMIOLOŠKO OBEZBEĐENJE

OPŠTE KARAKTERISTIKE HIGIJENSKO-EPIDEMIOLOŠKOG OBEZBEĐENJA U PARTIZANSKIM USLOVIMA

Dok su gubici od zaraznih oboljenja u savremenim armijama praktično svedeni na minimum, zahvaljujući merama predohrane i materijalno-tehničkim mogućnostima, u partizanskim uslovima, s obzirom na vanredno teške životne okolnosti, zarazne bolesti mogu da predstavljaju znatno veću opasnost, pa ponekad i osetno smanje borbenu sposobnost pojedinih jedinica. S druge strane, zahvaljujući baš karakteru tih dejstava neke od ovih zaraza, na primer one koje se šire putem vazduha, nikad ne mogu imati onaj značaj kakav imaju za ostale delove armije. Isti je slučaj i sa crevnim zarazama. Da spomenemo samo da su bolesnici od pegavca predstavljali jedan od najtežih problema za vreme velikog pokreta ranjenika u četvrtoj i petoj neprijateljskoj ofanzivi i da je Vrhovni štab morao dati celu 7. banijsku diviziju da bi se mogla sprovesti ta evakuacija. Upravo u vezi s pojavom pegavca u jedinicama te iste divizije nešto docnije situacija je u njoj bila takva da je 2. aprila 1943. godine, posle obilaska divizije, šef sanitetskog odseka Vrhovnog štaba podneo Vrhovnom štabu izveštaj u kome navodi da je divizija »neupotrebljiva bilo za kakve vojne zadatke, barem za vreme od tri nedelje«. Prema podacima Černozubova, računa se da je u diviziji obolelo od pegavca od februara do kraja marta oko 85% ljudstva; jednoga dana u Glavatičevu se sakupilo oko 1.000 bolesnika i 800 rekonvalescenata.

Jedna od najbitnijih karakteristika partizanskog ratovanja jeste stalan pokret, koji sam po sebi znatno otežava izvođenje i osnovnih higijenskih mera. Bliži dodir sa civilnim stanovništvom, snabdevanje iz mesnih izvora (narочito ako je u pitanju hrana), veoma oskudna materijalno-tehnička sredstva kojima se raspolaže a koja bi olakšavala izvođenje profilaktičkih mera povećavaju mogućnost pojavljivanja i širenja zaraznih oboljenja još više. Operativno-taktički razlozi zahtevaju ponekad i pokret preko područja koja su zasejana žarištima različitih zaraza, u našim uslovima najčešće pegavca, dizenterije itd. S druge strane, svaka okupacija vezana je sa ekonomskim iscrpljivanjem podjarmljenih naroda, teškim prisilnim fizičkim radovima, koji iznuravaju, što sve stvara povoljan teren za pojavu i širenje tih oboljenja. Tome pomaže i prenatrpanost postojećih naselja usled uništavanja sela i gradova. Ukoliko je posredi zemlja u kojoj ima izolovanih endemskih žarišta različitih zaraza, na primer pegavca — a takav je slučaj i sa našom zemljom — tada svako veće pomeranje stanovništva, do koga u toku rata često dolazi, olakšava razbuktavanje tih žarišta

Iz navedenih razloga higijensko-epidemiološko (HE) obezbeđenje zaslužuje posebnu pažnju pri razmatranju pitanja sanitetskog obezbeđenja partizanskih dejstava uopšte⁴²⁾. Ta pažnja bila mu je stvarno i posvećivana za sve vreme narodnooslobodilačkog rata ne samo od rukovodilaca sanitetske službe već i vojno-političkog rukovod-

⁴²⁾ Značaj ovog obezbeđenja u eventualnom budućem ratu ogleda se unekoliko i u tome što su, prema nekim podacima, već u drugom svetskom ratu upravo u borbi protiv partizanskih jedinica bila upotrebljavana i sredstva biološkog rata, istina u manjim razmerama. Sajkov (Сайков А. Д.: Особенности работы партизанского врача, Военно-медицинский журнал бр. 4/1947. стр. 37—38) navodi naprimer da su Nemci u Vitebskoj oblasti u SSSR-u, u kojoj je partizanski pokret bio naročito jak, dovodili stotinama bolesnika od pegavca u nameri da širenjem te epidemije nanesu što veće gubitke partizanskim jedinicama.

Interesantni su u tom pogledu i podaci na koje nailazimo u izveštaju šefa sanitetskog odseka Glavnog štaba Hrvatske od 22. maja 1943. godine — o brojnom stanju u bolnicama i o nekim problemima trupnog saniteta (Zbornik dokumenata sanitetske službe u NOR-u jugoslovenskih naroda. Sanitetska Uprava JNA,

stva. Sam Vrhovni štab u više mahova je izdavao naređenja za preduzimanje potrebnih mera, kao, na primer, za borbu protiv pegavca, trbušnog tifusa, naglašavajući da »kontrola i odgovornost za vršenje mera padaju na štabove i komandni kadar«.

Taj značaj pridavan HE službi ogleda se i u »Statutu sanitetske službe Narodnooslobodilačke vojske i partizanskih odreda Jugoslavije« gde se HE službi daje vidno mesto i predviđa formiranje posebnih bolničara-higijeničara, higijenske mobilne ekipe, zaraznih odeljenja u divizijskim bolnicama i slično.

Pri organizovanju HE obezbeđenja u partizanskim uslovima nailazimo na ove specifičnosti:

— operativna armija u kojoj je služba u kadru obavezna predstavlja jednoobrazan kolektiv sa ljudstvom određenih godina starosti, podjednakim načinom života, jednoobraznom ishranom, odećom i obućom, što nije slučaj u partizanskim jedinicama;

— dok operativna armija ima odgovarajuću materijalno-tehničku bazu, savremenu sanitetsku tehniku i slično, u partizanskim uslovima se to obično zamenjuje različitim improvizacijama;

— iscrpenost usled izuzetno velikih napora kojima su podvrgnuti borci partizanskih jedinica, slab smeštaj, ishrana koja kvantitativno ili kvalitativno ne zadovoljava (nedovoljno kalorična, siromašna u vitaminima, na primer) smanjuju opštu otpornost organizma i olakšavaju širenje zaraza;

— operativna armija je u mogućnosti da sprovodi različite mere, među ostalim, na primer, redovnu vakcinaciju protiv raznih zaraza i na taj način može znatno da smanji procenat obolelih; u partizanskim uslovima to dolazi ređe u obzir itd.

Beograd, 1952. godine, knjiga druga, dokumenat br. 13) gde se izričito navodi: „Upravnik svih ovih bolnica i referent zone u svom izveštaju mišljenja su da je pegavac, koji se kod njih raširio munjevitom brzinom zlonamerno ubačen od strane neprijatelja“.

1. OSNOVNA NAČELA SPROVOĐENJA HIGIJENSKO-PROFILAKTIČKIH I PROTIVEPIDEMIJSKIH MERA

Pod higijensko-epidemiološkim obezbeđenjem uopšte podrazumeva se uglavnom preduzimanje dve vrste mera: a) higijensko-profilaktičkih, čiji je zadatak čuvanje zdravlja ljudstva i sprečavanje pojave zaraznih oboljenja; b) protivepidemijskih, koje predstavljaju dopunu prvih u slučaju pojave neke epidemije.

Higijensko-profilaktičke mere obuhvataju:

— opšte higijensko-profilaktičke mere;

— mere za podizanje specifične otpornosti ljudstva prema zaraznim oboljenjima;

— mere protiv unošenja infekcije spolja u jedinice.

U protivepidemijske mere ulaze:

— što ranije otkrivanje, izolacija i hospitalizacija zaraznih bolesnika što bliže žarištu;

— sprovođenje epidemiološke ankete;

— mere za likvidaciju žarišta epidemije i epidemiološki nadzor nad njim.

Kakve su mogućnosti za preduzimanje svih tih mera u partizanskim uslovima?

a) Higijensko-profilaktičke mere

Opšte higijensko-profilaktičke mere ne razlikuju se mnogo od mera medicinske kontrole i sanitarnog nadzora koji se poduzimaju u operativnoj armiji uopšte, a obuhvataju ličnu i opštu higijenu, ishranu, snabdevanje vodom, stanovanje itd. Zbog toga se nećemo na njima ni zadržavati. Navešćemo samo neka zapažanja iz narodno-oslobodilačkog rata koja bi u tom pogledu mogla biti od koristi. Tako, u pogledu održavanja lične higijene treba nastojati da je ljudstvo potpuno ošišano (drugarice da imaju što kraću kosu). Ako se ne raspolaze potrebnim priborom, to se može sprovesti mobilisanjem berbera iz oslobođenih mesta. Nedeljne higijenske smotre pokazale su se kao veoma korisne u pogledu kontrole i sprovođenja ovih mera. Treba spomenuti i problem skabiesa (svraba — šuge) kao veoma čest u partizanskim uslovima.

Što se tiče higijene ishrane i snabdevanja vodom, dolazi u obzir pregled namirnica, način pripremanja, kaloričnost hrane, lokalna inspekcija vodnih objekata, fizički pregled vode, pa i manje asanacije, ako se jedinica duže vremena zadržava na jednom mestu. Pri tom treba naglasiti da snabdevanje sa terena nameće posebnu taktiku sanitetske službe u pogledu ove kontrole.

U pogledu higijene smeštaja u naseljima treba koristiti prvenstveno različite zgrade javnog karaktera na primer, zadružne domove, domove kulture, škole. Ukoliko se smeštanje mora izvršiti u seoskim kućama, tada se ne sme dozvoliti da se ljudstvo meša sa civilnim stanovništvom odnosno da spava u istoj prostoriji sa njim. Zbog toga uvek treba obezbediti odvojene prostorije, koje prethodno potpuno isprazniti, izvršiti dezinfekciju odnosno dezinsekciju, a ukoliko ništa drugo nije moguće tada ih bar oribati, na primer, vrelim ceđom, i uneti čistu slamu. Načelno, u ovom slučaju uvek treba upućivati napred konačarske ekipe koje će izvršiti potrebne pripreme za smeštaj i zatim uhvatiti vezu sa glavninom još pre nego što ova dođe u selo; to pogotovo u slučaju kada glavnina treba da stigne noću.

Prilikom sprovođenja svih ovih mera može se posebno računati na podršku vojno-političkog rukovodstva, jer se vojna disciplina i izgled pojedinaca, a i celih jedinica, zatim način njihovog života poklapaju sa zahtevima lične i kolektivne higijene. Od posebnog je značaja i lični primer vojno-političkih i sanitetskih rukovodilaca u sprovođenju svih potrebnih mera lične i opšte higijene.

Ovde dolazi kao veoma značajna mera i higijensko-epidemiološko izviđanje na pravcu pokreta odnosno u rejonu dislokacije ili dejstva jedinica. Prethodno HE izviđanje skopčano je s velikim teškoćama, tako da ga često nije ni moguće izvršiti, jer je u pitanju teritorija koju kontroliše neprijatelj. Ipak se mogu prikupiti razni podaci od pouzdanih ljudi sa terena, od zarobljenika, a naročito od zarobljenih lica iz sanitetskog kadra, čijem saslušanju obavezno treba da prisustvuje i određeno lice od strane sanitetske službe. Kadgod je moguće to izviđanje obavezno treba izvršiti, jer se ličnim izviđanjem mogu dobiti naj-

verodostojniji podaci o postojećim oboljenjima među civilnim stanovništvom, o uslovima smeštaja, vodnim objektima, vašljivosti itd. Osnovni principi izviđanja (verodostojnost, brzina, blagovremenost, neprekidnost), vršenje samog izviđanja i podnošenja izveštaja odgovaraju onima u operativnoj armiji.

Mere za podizanje specifične otpornosti prema zaraznim bolestima obuhvataju profilaktičku vakcinaciju, sero-profilaksu, profilaktičku upotrebu raznih hemijskih preparata i slično. Načelno ove mere manje dolaze u obzir u partizanskim uslovima, jer je teško doći do potrebnih preparata ukoliko ne postoji veza sa ostalim delovima armije koja omogućuje dotur vakcina, seruma itd. Međutim one su od velikog značaja jer često ima malo mogućnosti za sprovođenje ostalih mera. Vakcinacija protiv trbušnog tifusa bila je sprovedena u velikom broju naših jedinica još u toku 1942. godine. Isto tako, neke su jedinice bile vakcinisane i protiv pegavca. Referent saniteta pri Vrhovnom štabu poslao je 14. oktobra 1942. godine referentu saniteta pri Operativnom štabu za Bosansku krajinu vakcinu protiv pegavca s napomenom da se upotrebi prvenstveno za zaštitu sanitetskog osoblja i odgovornih rukovodilaca. Početkom 1944. godine ljudstvo većeg broja naših jedinica i pozadinskih organa i ustanova bilo je vakcinisano vakcinom protiv pegavca, koju smo bili dobili od Saveznika. Seroprofilaksa protiv tetanusa sprovodila se obavezno prilikom svih povreda, smrztina i slično kadgod se raspolagalo odgovarajućim serumom.

Bilo je i pokušaja spravljanja vakcine protiv tifusa i paratifusa, kao na primer, krajem 1943. godine u bolnici br. 1, 3. korpusa u Šekovićima, ali je pokušaj propao.

Mere protiv unošenja infekcije spolja i širenja od bolesnika i kliconoša podrazumevaju strogu kontrolu svih lica koja dolaze u jedinicu (kuriri, rekonvalescenti — ako su se nalazili na oporavku van sanitetskih ustanova, terenci kod kojih posebno postoji mogućnost da — usled dužeg dodira s civilnim stanovništvom — unesu neku zarazu u jedinicu itd.). Sve ljudstvo koje se vraća s položaja na kojima se duže vreme zadržavalo ili ako se

prolazilo preko terena na kome ima žarišta zaraznih bolesti treba po dolasku u oslobođene gradove ili naselja smestati u odvojene zgrade na periferiji tih mesta dok se ne izvrši sanitarna obrada, a tek zatim prebaciti u već očišćene i u tu svrhu pripremljene zgrade. Da bi se izbeglo nagomilavanje ljudstva i, u vezi s tim, teškoće prilikom sanitarne obrade, valja planski regulisati pristizanje tih jedinica. Ipak, uzevši u obzir karakter borbениh dejstava u partizanskim uslovima, treba imati na umu da je to veoma teško sprovesti.

Posebnu pažnju nužno je obratiti postupku sa zarobljenicima. Najbolje je ako se mogu unapred odrediti mesta u kojima će se oni sakupljati, gde će se koncentrisati, u kom slučaju je sanitarna kontrola olakšana. Zarobljenici se sprovode u ta mesta u manjim grupama, pod jakom stražom, izbegavajući u toku pokreta naseljena mesta, kako bi se onemogućilo njihovo zalaženje među civilno stanovništvo i time sprečilo širenje zaraze ukoliko se među njima nalaze i pojedinci oboleli od zaraznih bolesti. Po dolasku u određeno mesto podvrgavaju se sanitarnoj obradi, a potom načelno zadržavaju (i pri najmanjoj sumnji na zarazu) u karantinu bar 14 dana. Vojno-političkom rukovodstvu treba skrenuti pažnju na to da se transportovanje zarobljenika nikad ne vrši bez prethodnog obaveštavanja saniteta.

Ove bi mere bile nepotpune ukoliko se ne bi istovremeno proučavala i epidemiološka situacija kod civilnog stanovništva u rejonu dislokacije jedinica, organizovanje pozadinskog saniteta i pomoć tom sanitetu u preduzimanju higijensko-profilaktičkih mera. Evo šta je, na primer, bilo preduzeto u tom smislu u oslobođenoj Foči aprila 1942. godine:

— osnovan je zdravstveni odbor, čije su dužnosti i rad podeljeni po kvartovima;

— pregledane su sve radnje javnog karaktera (pekare, brijačnice, kafane, klanice), zatim radionice i dato je uputstvo kako da se održava čistoća i čuva zdravlje, a posebno je vođen nadzor nad higijenskim održavanjem i transportovanjem životnih namirnica;

— građanstvo je pozvano da što pre očisti stanove, dvorišta, nužnike, bašte, ulice, trgove, parkove itd.;

— osnovana je čistačka kolona i uklonjeni su otpaci iz grada, za čije je skupljanje određeno posebno mesto;

— izvršavana je redovna depedikulacija svih jedinica koje su bile u Foči ili prolazile kroz nju, a isto tako i radničkih kolona, stražara, kurira itd.;

— podignuto je kupatilo kojim su se mogle koristiti jedinice i građanstvo;

— osnovana je stanica za lečenje šugavih;

— vođen je strog nadzor da se u grad ne unesu infektivne bolesti;

— održavani su u ispravnom stanju vodovod i kanalizacija;

— jedan kvart dobio je kreč za krečenje stanova itd.

Sve te mere bile su preduzete u saradnji između komande mesta, narodnooslobodilačkog odbora i zdravstvenog odbora.

Preduzimanje mera protiv širenja bolesti od kliconoša odnosno njihova kontrola znatno je otežana u partizanskim uslovima, ali se ipak, na osnovu anamnestičkih podataka može doći do izvesnih zaključaka i na taj način sprečiti upošljavanje onih lica koja su prebolela trbušni tifus, dizenteriju i slično u kuhinjama i uopšte u pripremanju i izdavanju hrane.

b) Protivepidemijske mere

Brže otkrivanje, izolacija i hospitalizacija zaraznih bolesnika što bliže žarištu. Od ranog otkrivanja, tačne dijagnoze, blagovremene izolacije i hospitalizacije često zavisi sudbina infekcije. Za vreme neke epidemije, na primer, pegavca, rano otkrivanje olakšava se svakodnevним pregledom sveg ljudstva sa merenjem temperature, posle čega se svi sa povišenom temperaturom upućuju na pregled lekaru⁴³). U istom cilju, a da bi se bolje moglo

⁴³) U Otočcu je još 1943. god. korišćena laboratorijska tehnika za dijagnostiku pegavca, pa je u tom cilju rađena Weil-Felix-ova reakcija.

pratiti kretanje zaraza, neophodno je da se redovno prikupljaju i dostavljaju pretpostavljenim sanitetskim starišinama podaci o svakom slučaju zaraznih bolesti kao što su pegavac, trbušni tifus, dizenterija itd. Ti se podaci šalju odmah i pojedinačno čim se postavi dijagnoza. Ove prijave zaraznog oboljenja treba da sadrže bar sledeće podatke: bolest, ime i prezime obolelog, jedinicu, dan oboljenja, podatke o izvršenoj epidemiološkoj anketi, izvor zaraze i preduzete mere. Jedinice, osim individualnih prijave treba da šalju u određenim vremenskim razmacima, na primer svakih osam dana, zbirne brojne izveštaje o prijavljivanju zaraznih bolesti.

Svaki bolesnik od zarazne bolesti, po iako je samo sumnjiv na zarazu, mora biti smešten u izolator do otpremanja u bolnicu odnosno dok se ne ustanovi tačna dijagnoza. Evakuacija se vrši posebnim transportom a kod mnogih opasnih zaraza po mogućnosti i posebnim putem evakuacije.

U slučaju da se pojavi veći broj oboljenja od neke zarazne bolesti, treba obrazovati posebnu zaraznu bolnicu što bliže mestu na kome se zaraza pojavila.

Sprovođenje epidemiološke ankete. Da bi se mogle preduzeti mere za likvidaciju žarišta potrebno je, pre svega, pronaći i proučiti sve faktore koji su u vezi s nastankom i širenjem neke zarazne bolesti. U osnovi, to se svodi na pronalaženje izvora infekcije i puteva prenošenja, a to je zadatak epidemiološke ankete. Jasno je da se pri sprovođenju te ankete u partizanskim uslovima ne može računati na pomoć različitih laboratorija, iako ponekad i to dolazi u obzir. Sprovođenje ankete je zadatak prvenstveno sanitetskog osoblja: lekara i lekarskih pomoćnika, bolničara, ali je poželjno da prikupljanje i analiza bar osnovnih podataka za anketu postanu navika i vojno-političkih rukovodilaca, naročito u slučajevima kad se ne raspolaze sanitetskim kadrom. A to je moguće postići odgovarajućom obukom.

Epidemiološka anketa obično obuhvata ova pitanja:
U naselju

— stanovništvo, ekonomsko stanje (pitanje ishrane), lična higijena, vašljivost, prisustvo izbeglica;

— stambene prilike, stanje zgrada (ispravne, popaljene, porušene), način izgradnje;

— stanje vodnih objekata i mesni pregled, kvalitet vode, količina;

— nužnici, da li uopšte postoje, način izgradnje, održavanje čistoće;

— da li u naselju ima kakvih zaraznih oboljenja ili ih je bilo pre kratkog vremena; ovi podaci se mogu dobiti od sanitetskih organa ili iz arhive sanitetskih ustanova (ambulanata, zdravstvenih stanica), od prosvetnih radnika itd.

U jedinici

— pored već navedenog, još i kad se bolesnik razboleo, ima li još sličnih oboljenja, gde se bolesnik kretao pre bolesti itd.

Prikupljeni podaci upućuju se najhitnije, po mogućnosti radio-vezom, telefonom, posebnim kuririma svome štabu i pretpostavljenom sanitetskom starešini.

Mere za likvidaciju žarišta epidemije i epidemiološki nadzor nad njima. Ove zavise od prirode zaraze i načelno se ne razlikuju od onih u ostalim delovima armije. Razumljivo je da se u tom pogledu može govoriti jedino o likvidaciji žarišta koja su se pojavila u pojedinim jedinicama, ustanovama i slično, iako dolazi u obzir i likvidacija žarišta u pojedinim naseljima — na oslobođenoj teritoriji, ukoliko nisu po sredi endemska žarišta, na primer, pegavac, u kom slučaju treba po mogućnosti uopšte izbegavati prolazak ili zadržavanje partizanskih jedinica odnosno ustanova u takvim mestima. Ovde treba podsetiti na činjenicu da u tom pogledu partizanski sanitet često preuzima na sebe zadatke koje u frontalnom ratovanju ima civilni sanitet. Ukratko, bez obzira na poteškoće, higijensko-epidemiološke mere, koje su u datom momentu odlučujuće moraju biti sprovedene.

Moralno-politički faktor igra značajnu ulogu, odnosno predstavlja pozitivnu činjenicu u odbrani od zaraza.

2. ORGANIZACIJA I SPROVOĐENJE
HIGIJENSKO-EPIDEMIOLOŠKIH MERA

Tri osnovna elementa važna za uspešno čuvanje zdravlja ljudstva jedinica i civilnog stanovništva (organizovanost sanitetske službe, materijalno-tehnička sredstva koja joj stoje na raspolaganju i nivo higijenske svesti i sanitarne kulture stanovništva uopšte, a posebno onog iz koga se regrutuje ljudstvo jedinica) nalaze svoju potvrdu i u partizanskim uslovima. Naš narodnooslobodilački rat pokazuje, međutim, da se nedostajanje jednog od tih faktora može unekoliko nadoknaditi drugim. Tako na primer, i pored postojanja endemskih žarišta različitih zaraza u našoj zemlji na prostorijski na kojoj su se kretale naše jedinice, i pored veoma oskudne sanitarne tehnike, mi smo zahvaljujući upravo dobroj organizaciji sanitetske službe, povezivanju zdravstveno-prosvetnog rada sa političkim radom i vojnom disciplinom pod parolom »higijena i higijenska svest sastavni su delovi borbe i discipline« naše ljudstvo sačuvali od većih gubitaka od zaraznih bolesti. Da bi do tih gubitaka inače neminovno došlo, biće nam jasno ako uporedimo ostale okolnosti sa epidemijom pegavca u srpskoj vojsci zimi 1915. godine, koja je pokosila oko 200.000 ljudi.

Pri organizaciji HE obezbeđenja uopšte mora se voditi računa o ovim načelima:

- uspeh od sprovođenja higijensko-profilaktičkih i protivepidemijskih mera može se očekivati jedino u slučaju kada se one sprovode istovremeno kod celokupnog sastava uz njegovo aktivno učešće; one moraju obuhvatiti i civilno stanovništvo u rejonu dislokacije jedinica;
- te mere se moraju sprovoditi ma kako teški bili uslovi života i rada, tj. bez obzira na težinu operativno-taktičke odnosno higijensko-epidemiološke situacije.

Da bi se to postiglo, potrebno je da, prvo, postoji odgovornost starešinskog kadra za zdravstveno-higijensko stanje ljudstva i, drugo, da sanitetski kadar bude osposobljen za sprovođenje svih potrebnih mera iz oblasti HE obezbeđenja i pod najtežim okolnostima. Razumljivo je da će sprovođenje svih tih mera biti znatno olakšano ako se već u vojničku obuku, kao njen sastavni deo, unese i

podizanje higijenske svesti ljudstva i obučavanje u sprovođenju elementarnih mera lične i opšte higijene.

Iz navedenih razloga, a budući da su ova načela od istoga značaja i za HE obezbeđenje u partizanskim uslovima, treba kadgod to okolnosti dopuštaju (pored ostalog, i broj i kvalitet sanitetskog osoblja kojim se raspolaže), odrediti posebno ljudstvo odnosno formirati odgovarajuće jedinice i ustanove za HE službu.

Niži i srednji HE kadar može se osposobiti sa uspehom na različitim kursevima, prema profilu kadra, od kojih je veliki broj bio održan u narodnooslobodilačkom ratu u pojedinim jedinicama, pri partizanskim bolnicama, itd. Za kurseve valja odabrati zdravo i za pokret sposobno ljudstvo sa dovoljno prirodne bistrine, snalažljivosti, inicijative i koje ima volje za taj rad. Poznavanje bravarskog, limarskog ili stolarskog zanata vrlo je korisno kod ovog kadra zbog česte upotrebe različitih improvizacija (izgradnja suvih komora, kupatila itd.).

Što se tiče jedinica i ustanova, one mogu biti sa različitim zadacima. Na ovom mestu ćemo spomenuti samo *higijensku mobilnu ekipu* kao jednu specifičnost naše HE službe za vreme rata, koja se pokazala kao veoma korisna forma, pogodna za manevar i preduzimanje različitih higijensko-profilaktičkih i protivepidemijskih mera u partizanskim uslovima. Tako su ove ekipe pored ostalog odigrale značajnu ulogu pri suzbijanju epidemije pegavca marta—aprila 1944. godine u jedinicama 8. korpusa (epidemija u 9. diviziji). U početku su ove ekipe imale samo brigade, a docnije i bataljoni.

Prema »Statutu sanitetske službe« higijenska mobilna ekipa sastojala se od bolničara-higijeničara, bolničara-dezinfektora (po mogućnosti bravar ili limar) i konjovoca, koji je za vreme borbe mogao da posluži kao kurir. Oprema ekipe sastojala se iz dva dezinfekciona aparata sistema »srpsko (partizansko) bure« ili »turistička čaša«, improvizovanog tuša, sredstava protiv šuge, dezinfekcionih sredstava (lizol), mašine za šišanje i najnužnijeg bravarskog ili limarskog alata. Tu opremu nosio je jedan tovarni konj.

Zadaci ekipe bili su ovi:

— da vrši obilazak jedinica i obavlja dezinfekciju i dezinsekciju;

— da vrši kupanje i šišanje boraca;

— da leči bolesnike od šuge;

— da, po potrebi vrši dezinfekciju i dezinsekciju seoskih kuća određenih za smeštaj ljudstva jedinica.

Pored toga, ekipe se mogu upotrebiti i za organizovanje različitih udarnih akcija u jedinicama ili među civilnim stanovništvom prilikom ulaska u oslobođene gradove ili naselja (na primer, masovne depedikulacije, suzbijanje šuge, građenje suvih komora itd.).

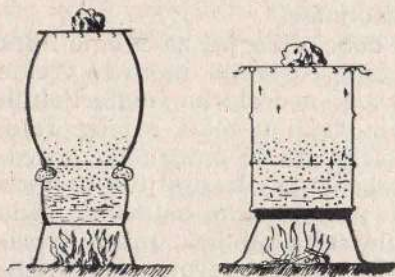
Nije dovoljno, međutim, imati samo HE kadar, već treba stvoriti i odgovarajuću opremu, što u partizanskim uslovima nije nimalo lak zadatak. Pored onoga što se eventualno zapleni od neprijatelja ili se dobije iz pozadine, u partizanskim uslovima najveću pažnju treba posvetiti *sanitetskim improvizacijama*.

Svaka armija ma kako dobro bila još za vreme mira snabdevena svim materijalnim sredstvima, mora za vreme rata često da pribegava, zbog nedostatka materijalnih sredstava, odnosno oštećenja istih u toku samog rata, upotrebi različitih improvizacija da bi omogućila provođenje mera sanitetskog obezbeđenja. Razumljivo je onda od kolikog su značaja one u partizanskim uslovima, kada je potrebno provođenje istih mera ali bez unapred pripremljenih materijalnih sredstava. U stvari improvizacije koje u operativnoj armiji predstavljaju samo izraz nužde u partizanskim uslovima su najčešće, pravilo. One se mogu koristiti prilikom zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, pri provođenju higijensko-epidemioloških i protiv-epidemijskih mera itd.

Za vreme narodnooslobodilačkog rata sposobnost i snalažljivost naših sanitetskih radnika došli su do potpunog izražaja u izradi najrazličitijih improvizacija, počev od već poznatog partizanskog bureta, raznih modela, do suvih komora i kupatila, umivaonika i nužnika, pa čak i četkica za zube.

Iz razumljivih razloga, od inače ogromnog broja različitih sanitetskih improvizacija, ovde mogu biti opisane

samo one koje su bile najčešće korišćene u toku NOR-a, odnosno one sa kojima se sanitetski kadar u partizanskim uslovima najčešće susreće — koje mu takoreći svaki dan trebaju. Među ovima jedno od prvih mesta zauzimaju improvizacije koje se odnose na suzbijanje vašljivosti — partizansko bure i suva komora. Istina, možda će se tu i tamo čuti i mišljenje da je danas potpuno suvišno govoriti o tako primitivnim sredstvima za depedikulaciju, kad već raspoložemo nizom savremenih insekticida kojima ćemo i mnogo brže i jednostavnije postići trajnije rezultate. Međutim, jasno je, da će oni sanitetski kadrovi koji su sposobni da se oslone i na najjednostavnija sredstva, sa mnogo više verovatnoće uspešno izvršavali svoje zadatke u partizanskim uslovima, dok sa druge strane iskustvo pokazuje da nije redak slučaj da se i najbolje opremljena jedinica nađe u situaciji da ostane praktično bez ikakvih materijalnih sredstava.



Sl. 51 — Srpsko (partizansko) bure

Ivica bureta treba da se poklapa sa ivicom kazana kako bi se izbegao gubitak pare. Ovo se može postići i stavljanjem između njih jednog prstenastog jastučeta napunjenog peskom. Na gornjem otvoru bureta nalazi se drveni poklopac sa kukama o kojima visi odelo, rublje itd. ili se ono jednostavno slaže u bure, čiji se poklopac pritisne većim kamenom ili kakvim drugim teškim predmetom. Vodena para koja nastaje ključanjem vode u kazanu struji kroz otvore na dnu bureta izlazeći na gornjoj strani između ivica bureta i poklopca. Depedikulacija tekućom parom traje 1—2 časa.

Srpsko (partizansko) bure predstavlja jednu od najjednostavnijih a korisnih improvizacija za vršenje depedikulacije. Ono može da se pravi od većeg drvenog bureta čije se dno, izbušeno većim brojem otvora, namešta na kazan ili kakav drugi metalni sud u kome se zagreva voda.

Za istu svrhu može se upotrebiti i benzinsko bure, koje može istovremeno poslužiti i kao bure i kao kazan. Bure se otvori na jednom kraju — gornjem, dok se na donjem na oko 20—30 cm od dna postavi drvena rešetka. Iznutra se obloži letvicama kako odelo pri parenju ne bi dodirivalo zidove bureta, pošto bi u tom slučaju nagorelo. Zagrevanjem vode u buretu, koja se sipa do visine drvene rešetke, vodena para struji kroz odelo. Depedikulacija i ovde traje 1—2 časa računajući od trenutka kada vodena para počimje obilno da izlazi na gornjem kraju bureta. Bure može da se oblepi i blatom, u kom slučaju se mnogo uštedi na gorivu. Moguće je praviti i kombinaciju od benzinskog i drvenog bureta čime se povećava kapacitet, a ako to prilike dozvoljavaju (postojanje radionica) moguće su različite varijante kod kojih se, na primer, voda odvojeno zagreva u zatvorenom kazanu iz koga se dovodi pomoću jedne cevi u gornji deo bureta, pri čemu para izlazi pri dnu bureta. Na ovaj način vazduh se mnogo bolje isteruje, te je i rad mnogo sigurniji nego sa običnim buretom.

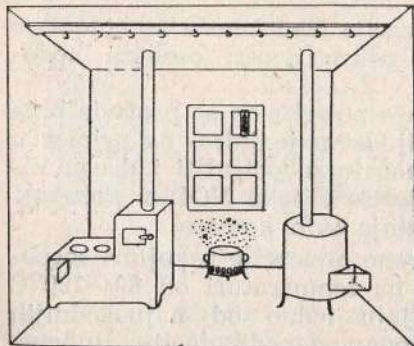
Prednost ovih improvizacija čine lakoća sa kojom se one mogu izgraditi i laka pokretljivost; osnovni nedostatak — mali kapacitet.

Kada se, međutim, ukaže potreba da se provede brza i masovna depedikulacija ljudstva jedinica, na primer u toku epidemija pegavca, moraju se potražiti i druga rešenja. Jedno od njih koje se u toku NOR-a pokazalo veoma uspešno jeste izgradnja svih komora.

Suve komore tj. zatvorene prostorije u kojima se pomoću zagrejanog vazduha na temperaturi od 80—100°C uništavaju vaši predstavljaju iedno od najpogodnijih sredstava za brzu i masovnu depedikulaciju ljudstva većih jedinica, ustanova, bolnica itd. u partizanskim uslovima. Ovo iz razloga što je njihov kapacitet rada velik (suva komora koja je bila izgrađena u Drvaru 1943. godine imala je kapacitet od oko 1.000 pari odela za 24 h), a moguća je njihova izgradnja i u gotovo potpuno porušenim naseljima, sa veoma malo tehničkih sredstava — alata i ljudstva. Iskustvo iz četvrte neprijateljske ofanzive kada su ove komore bile izgrađene duž maršrute od

Glavatičeva do Kalinovika i Čelebića, pokazuje da nema tako teške situacije u kojoj se ne bi moglo prići njihovoj izgradnji. One, prema tome, predstavljaju prihvatljivo rešenje i u stacionarnim uslovima i u pokretu. Izgradnjom rukovode bilo same partizanske jedinice, bilo teritorijalne ustanove (stacionarne bolnice) odnosno sanitetska služba »pozadine« (organi pri komandama područja, mesta itd.).

Izbor i podešavanje prostorija. Suve komore grade ili posebne ekipe koje se sastoje najčešće iz jednog rukovodioca, koji je odgovoran za ispravnost komore i potrebnog broja ljudi (po mogućnosti zidara, stolara i bravara ili ljudstva koje je vično tim poslovima) sa potrebnim najnužnijim alatom — sekirom, čekićem, kleštima itd. S obzirom na česte pokrete i prema tome kratko zadržavanje u jednom mestu, obično se nema vremena ni materijalnih mogućnosti da bi se one iz osnova gradile. Stoga se u tu svrhu koriste postojeće zgrade odnosno prostorije u njima, koje se podešavaju za suve komore. Izbor prostorija zavisi od namene tj. da li se predviđa samo iz-



Sl. 52 — *Improvizovana komora u sobi*

gradnja suve komore ili ove u sastavu dezstanice. U prvom slučaju možemo se zadovoljiti i manjim brojem prostorija, pa u krajnjem slučaju i samo sa jednom, dok u drugom treba predvideti prostorije za svlačenje i oblačenje, kupatilo, berbernicu itd. Odabrane prostorije treba da su u prizemlju sa što manje vrata i prozora (suvišni otvori mogu se i zazidati a ukoliko to nije moguće, tada ih oblepiti hartijom da bi se smanjio gubitak toplote), sa površinom koja ne treba da prelazi oko 30 m² i visinom od oko 2—2,5 m, zbog lakšeg zagrevanja. Pod od kamena, betona ili cigala (ako je od drveta prekriti ga ciglama ili slojem peska); zidovi i tavanica od istog materijala ili bar da su dobro omalterisani. Na ulaz-

nim vratima stavlja se jedno kontrolno okno, veličine oko 30×40 cm, kako bi se blagovremeno mogao primetiti eventualni požar. Delovi odeće, rublje itd. vešaju se o kuke (klinove) koje su učvršćene na letvama ili željeznoj šipki u razmacima od oko 30 cm. Dobro je ako su letve tako udešene da se mogu vaditi, kako bi se predmeti koje treba depedikulirati mogli stavlјati na njih i napolju, odnosno u svlačionici i tako najednom uneti. Razmak između letava ne treba da je manji od 50 cm.

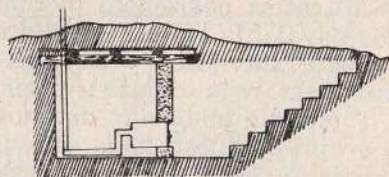
Zagrevanje komore se može vršiti ili pomoću uzidanih peći sa loženjem spolja ili, u nedostatku ovih, i korišćenjem mangala sa drvenim uglјem koje se unose u već pripremlјenu prostoriju koja se zatim zatvara. Pri zagrevanju pomoću peći, zavisno od veličine prostorija, uzidaju se 2—3 peći (štednjaka) tako da im se otvor ložišta nalazi napolju (eventualno i kroz zazidani prozor) a zagreivna površina unutra. Za ovo se korisno mogu upotrebiti benzinska burad jer imaju veliku površinu zagrevanja. Čunkovi od peći vode do dimnjaka ili kroz zid odnosno kroz prozor. U nedostatku peći može se i ozidati peć dužine oko 1 m i širine 70 cm sa položenom pločom od livenog gvožđa, zbog bržeg odvajanja toplote i velikim ložištem, kako bi se u isto mogle stavlјati i veće cepanice. Zagrevanje pomoću mangala ređe dolazi u obzir, zbog nezgodnog rukovanja i otežane nabavke drvenog uglja. Ipak i ovaj način ima svojih prednosti kada se radi o zagrevanju manjih prostorija, a postoji i mogućnost prenošenja mangala na drugo mesto. Mangale, čiji broj zavisi takođe od veličine prostorija, mogu se improvizovati od starih kanti različitog porekla (od ulja, petroleuma i slično) koje se izbuše po celoj površini, sem dna razume se, rupama sa promerom od oko 2 cm. Kante se pune drvenim uglјem, koji se raspali do usijanja, i postavljaju po patosu prostorije na udaljenost od 1,5—2 m jedna od druge.

Zagreivna površina (t) treba da iznosi oko $\frac{1}{5}$ kubature prostorije (v) tj. $t = \frac{v}{5}$ — na primer za prostoriju 3 m dugu, 2 široku i 2,5 visoku trebalo bi oko 3 m² zagreivne

površine. Peć improvizovana od benzinskog bureta ima zagrevnu površinu od $1,5 \text{ m}^2$, a čunkovi dugi 3 m zagrevnu površinu od 1 m^2 tj. ukupno $2,5 \text{ m}^2$. Na ovaj način može se izračunati potreban broj peći za određenu prostoriju. Treba imati u vidu da je bolje upotrebiti 2—3 manje prostorije sa površinom do 30 m^2 nego jednu veću.

Dezinsekcija traje 45—60 minuta od momenta kada temperatura dostigne 80 stepeni. Suve komore ne mogu se koristiti za dezinfekciju, jer zagrevani vazduh ne prodiere kao para u svaki deo odela ili rublja zbog čega se ne postiže temperatura potrebna za dezinfekciju.

Pokretne suve komore manje su se koristile u toku NOR-a jer se i kretanje jedinica često vršilo van komunikacija koje bi se mogle upotrebiti za prevoženje ovakve pokretne suve komore. Prave se najčešće od lima ili dasaka u vidu manje kućice na točkovima. Upravo njihov mali kapacitet predstavlja jedan od najvećih nedostataka, mada njihova pokretljivost znači nesumnjivu prednost. Kretanje toplog vazduha u komori olakšava uništavanje vašiju; stoga se oko ložišta pravi omot od lima koji omo-



Sl. 53 — Profil zemljanke

gućava zagrevanje vazduha koji se ovako zagrejan pušta kroz posebne otvore u komoru.

Na teritoriji na kojoj nema uopšte zgrada koje bi se mogle upotrebiti za izgradnju suve komore mogu se u ovu svrhu koristiti i

posebno izgrađene *podzemne suve komore* — *zemunice* (zemljanke), kakve je u toku drugog svetskog rata često koristila sovjetska armija.

Zavisno od vremena koje stoji na raspolaganju, ljudstva i drugih okolnosti zemljanka može da se izgradi kao jednostavna, sa prostorijom za depedikulaciju i jednom pretprostorijom, ili kao dezkomora sa čistom i prljavom stranom. U prvom slučaju kopa se na ravnom i oceditom zemljištu (može i u brdu, u tom slučaju je izgradnja još i lakša) kocka sa stranicama od 2 m, za šta su dovoljna

3 čoveka od kojih dvojica kopaju a jedan izbacuje zemlju. U produženju ove kocke, a na udaljenosti od pola metra kopa se druga kocka iste veličine u kojoj se prave stepenice koje vode na površinu zemlje. Istovremeno se priprema građa za krov, koji može da se izradi od četiri grede kao ram postavljen na ivicama komore, preko koga se postavljaju 2—3 poprečne grede i odgovarajući broj dasaka. Sve je pokriveno debljim slojem nabacane zemlje. Za krov se mogu koristiti i drvene oblice. U pregradi koja razdvaja ove dve prostorije naprave se dvostruka vrata, u obliku kapka koji se uglavi u drveni ram, tako da dobro uklapaju kako bi se komora što bolje zatvorila. Za osmatranje komore, kontrolno merenje temperature, pravi se poseban manji otvor bilo u pregradnom zidu, bilo u vratima, pokriven parčetom stakla, iza koga se na unutrašnjoj strani komore nalazi toplomer.

Zagrevanje se vrši pomoću ugrađene peći, štednjaka, benzinskog bureta ili zidane peći čija zagreivna površina treba da bude tolika da se u suvoj komori može postići temperatura od 90—100°C. Loži se spolja. Zagreivna površina se može povećati u samoj komori bilo pomoću čunkova dugih 8—10 m, koji se postave na 30—40 cm od dna prostorije, bilo pomoću još jednog benzinskog bureta koje se postavlja između peći i odvodnog čunka. Na gredama tavanice se ukucavaju klinovi za vešanje odela. Kapacitet 25—30 garnitura odela.

Zagrevanje zemljanke se brže postiže ukoliko je ona više radila. Zato ih prvih dana treba dobro zagrevati, otvarajući vrata da se zidovi prosuše. Depedikulacija traje oko 45 minuta. Za rad sa zemljankom važi sve ono što je u pogledu kontrole depedikulacije rečeno za rad sa suvom komorom. Da bi se izbeglo da vaši, koje u toku depedikulacije padnu na pod zemljanke i ne uginu, ponovo zagade odelo treba raditi pažljivo. Dobro je u tu svrhu staviti na pod i hartiju.

Suve komore su mnogo bile korišćene i prilikom suzbijanja epidemije pegavca u istočnoj Bosni 1944/45. godine. Za ovu svrhu najčešće su korišćene adaptirane prostorije čija se visina po potrebi smanjivala do dva metra, bilo podizanjem poda, ili nameštanjem novog pla-

fona. Pošto u Podromaniji nije bilo ni podesnih zgrada ni ostataka zgrada, izgrađivane su suve komore u zemunicama, pa ponekad i na kamenitom terenu. Tako je na primer u Košutici morao biti upotrebljen i eksploziv. Kao najpraktičnija pokazala se komora izgrađena ugrađivanjem 2—3 benzinska bureta, zapremine od po 200 litara sa proračunom 1 bure za 8 m². Kontrola temperature vršena je ili pomoću termometara ili, u nedostatku ovih, pomoću epruveta sa naftalinom, čije je otapanje pokazivalo donju temperaturnu granicu, a listić cigaret-papira za gornju temperaturnu granicu. Ipak i ovde se pokazala biološka kontrola pomoću vašiju odnosno gnjida kao najsigurniji kriterijum u pogledu efikasnosti rada komore.

Za ove svrhe su korišćene i druge improvizacije. Tako na primer u Štajerskoj i Koruškoj 1941/42. godine, pa ponegde i docnije, korišćene su peći za pečenje hleba (krušne peći), a 1943. godine u Posavini i na obroncima planine Majevice u istočnoj Bosni, sušnice za sušenje šljiva itd.

S obzirom na ograničena materijalno-tehnička sredstva, jedno od važnih mesta u borbi protiv zaraznih bolesti u jedinicama i među civilnim stanovništvom treba dati *zdravstvenom prosvetivanju*. Pritom se mogu koristiti predavanja, parole, plakati, zidne i džepne novine, takmičenja, udarne nedelje čistoće i slično.

U tom pogledu pokazala se kao veoma korisna i organizacija higijenskih odbora (četnih, na primer), a bilo je i pokušaja obrazovanja higijenskih centara pri pojedinim bolnicama.

Higijenski odbor je veoma pogodna organizacijska forma kojom se pomaže rad sanitetskog kadra, vezujući ceo kolektiv i aktivirajući ga u sprovođenju higijensko-profilaktičkih i protivepidemijskih mera. Odbori se biraju na četnim konferencijama, a u njih ulaze drugovi koji se ističu u pogledu higijenske svesti i volje za preduzimanje svih navedenih mera. Sastoje se od 3 do 4 lica, od kojih je jedno četni bolničar. Zadaci (četnog) higijenskog odbora sastoje se u potpomaganju sanitetske službe u pogledu podizanja higijenske svesti kod ljudstva, sprovođenju mera lične i opšte higijene (lična čistoća, vašljivost,

pranje rublja), higijene stanovanja (čistoća logora, upućivanje jednog člana odbora sa konačarima), higijene nužnika (kopanje nužnika), ishrane, snabdevanja vodom, odeće i obuće.

Odbor se koristi u svom radu predavanjima, konferencijama, (četnim) priredbama, zidnim i džepnim novinama. Drugovi koji se ne pridržavaju odredaba poučavaju se ili se podvrgavaju kritici.

Higijenski centri pri partizanskim bolnicama. Da bi se partizanske bolnice što bolje iskoristile ne samo za lečenje ranjenika i bolesnika nego isto tako i vaspitno, u pogledu podizanja higijenske svesti kako kod ranjenika i bolesnika, tako i kod civilnog stanovništva na području na kome deluje bolnica, bilo je pokušaja da se pri pojedinim bolnicama obrazuju posebni higijenski centri sa tim zadatkom. Takav jedan centar, na primer, formirala je bolnica br. 1 Trećeg korpusa u Šekovićima 1943—1944. godine. Ovaj centar je imao zadatak da, zdravstvenim prosvetivanjem i drugim oblicima rada, rukovodi borbom protiv zaraznih oboljenja i organizuje higijensko-epidemiološku službu na toj prostoriji.

3. ZBRINJAVANJE ZARAZNIH BOLESNIKA

Dok se zbrinjavanje ranjenika i nezaraznih bolesnika može vršiti na više načina (u pokretu, stalnim partizanskim bolnicama, evakuacijom u pozadinu operativne armije, ostavljanjem kod mesnog stanovništva), zbrinjavanje zaraznih bolesnika sprovodi se načelno samo u stalnim partizanskim bolnicama i po nuždi u pokretu. Ostavljanje zaraznih bolesnika kod stanovništva ne dolazi u obzir zbog opasnosti širenja zaraze usled bliskog kontakta, nestručnosti osoblja koje treba da neguje ove bolesnike itd. Iz sličnih razloga ne dolazi u obzir ni evakuacija u pozadinu operativne armije, iako bi se u izuzetnim slučajevima (ako je u pitanju manji broj bolesnika) mogla izvršiti, posle izvršene depedikulacije, na primer evakuacija bolesnika od pegavca vazдушnim transportom.

Zbrinjavanje u pokretu. Mada opštepriznato načelo — da zarazne bolesnike ne treba evakuisati na veće udaljenosti nego ih, po mogućnosti, lečiti što bliže mestu razboljevanja, važi u potpunosti i za partizanske uslove, ipak u ovom poslednjem slučaju može se doći u situaciju kada je evakuacija zaraznih bolesnika na veća odstojanja (pa, prema tome, i lečenje u pokretu) neizbežna da bi se zaštitio njihov život od neprijatelja. Tako je na primer u četvrtoj neprijateljskoj ofanzivi moralo biti pokrenuto oko 700 zaraznih bolesnika, uglavnom od pegavca, iz bolnice u Jasikovcu, iako je rukovodstvu bilo dobro poznato kakvoj se opasnosti u tom slučaju izlažemo.

Prilikom organizovanja zbrinjavanja zaraznih bolesnika u pokretu treba imati u vidu da je opasnost širenja zaraze na taj način znatno uvećana i stoga je nužno blagovremeno preduzeti sve potrebne mere da bi se ona potpuno otklonila odnosno svela na minimum. Na prvom mestu pokret treba vršiti uvek odvojeno u zasebnoj koloni, odnosno na kraju kolone sa ranjenicima i nezaznim bolesnicima. Vremenski razmak između kolona može iznositi od nekoliko časova do 1—2 dana. Ostale mere koje dolaze u ovakvom slučaju u obzir bile bi uglavnom ove:

— za vreme pokreta onemogućiti svaki dodir sa ljudstvom jedinica i civilnim stanovništvom;

— isturati na pravcu pokreta higijensko-epidemiološke ekipe koje bi pripremile smeštaj zaraznih bolesnika, vodeći pritom računa i o svim potrebnim merama za sprečavanje širenja infekcije;

— za vreme pokreta omogućiti što bolju ishranu, pošto se u narodnooslobodilačkom ratu dešavalo da su rekonvalescenti od pegavca umirali iscrpeni od napora i slabe ishrane, za vreme dugotrajnih marševa;

— predvideti kraće marš-rute i duže zastanke za pokret ovih bolesnika kako bi mogli izdržati sve teškoće pokreta;

— sposobne rekonvalescente već u toku pokreta otpuštati u njihove jedinice, kako bi se smanjilo brojno stanje i olakšao pokret ostalih bolesnika.

Ako su u pitanju bolesnici od pegavca, tada je potrebno i pre pokreta i za vreme njega vršiti depedikulaciju i bolesnika i sanitetskog osoblja, a i ljudstva jedinica koje vrši obezbeđenje. Depedikulacija se vrši ili upotrebom odgovarajućih insekticidnih sredstava (DDT, pepein i slično) ili, ako se njima ne raspolaze, partizanskim buradima, suvim komorama ili dezstanicama. Dezstanica se obično postavlja na važnim raskrsnicama u mestima i krajevima u kojima se nalaze legla pojedinih zaraza ili ispred njih i uopšte u mestima kroz koja prolazi veći broj ljudstva. U stvari njihova organizacija počiva na istoj osnovi kao i u ostalim delovima armije, tj. nečista strana sa kupatilom, mestom za berberina, dezaparatom odnosno suvom komorom i čistom stranom, u kojoj ljudstvo dobija čisto rublje za presvlačenje i odela koja su u međuvremenu već depedikulisana. Na radu u dezstanci može se kao ispomoć iskoristiti mesno stanovništvo, a njom rukovodi lice iz redova sanitetskog kadra koje je time zaduženo.

U slučaju da se depedikulacija vrši na taj način, tada treba planirati i vreme zadržavanja na pojedinim etapama kako bi se ona s uspehom mogla sprovesti. Za vreme NOR-a pokazao se kao praktičan ovaj način:

— jedna higijensko-epidemiološka ekipa, koja se već depedikulisala, kreće na sledeću etapu da bi pripremila kuće za smeštaj i prihvatanje bolesnika i ostalog ljudstva;

— za to vreme vrši se na polaznoj etapi depedikulacija bolesnika, pratećeg osoblja, ljudstva za vojničko obezbeđenje, i to po jedinicama.

— čim jedna grupa, odnosno jedinica (bataljon), završi depedikulaciju, nastavlja odmah put na sledeću etapu, jer svako zadržavanje na dotadašnjoj predstavlja opasnost ponovnog zavašljivanja, i tako se redom sprovede depedikulacija celokupnog ljudstva.

Od teškoća na koje se nailazi pri organizovanju zbrinjavanja zaraznih bolesnika u pokretu pomenućemo kao najvažnije ovo:

— masa izbeglica kreće se pogdekad istovremeno s jedinicama, tako da je veoma teško sprovesti odvajanje odnosno sprečiti svaki dodir sa tim ljudstvom;

— rdavi uslovi smeštaja, prenatrpanost, naročito zimi ili pri rdavim meteorološkim uslovima;

— stalni priliv u toku samog pokreta novih bolesnika, kod kojih je u takvoj situaciji teško sprovesti sanitarnu obradu usled nedostajanja pogodnih prostorija za izgradnju suvih komora, buradi za parenje, odnosno DDT, rublja za presvlačenje, itd.;

— slučajevi nediscipline bolesnika i rekonvalescenta uslovljeni njihovim poremećenim psihičkim stanjem, na primer kod bolesnika od pegavca;

— propusti sanitetskog osoblja u pogledu blagovremene dijagnoze i, u vezi s tim, izolacije zaraznih bolesnika;

— gladovanje i iznurenost organizma, koji uslovljavaju znatno veći procenat smrtnosti kod ovih bolesnika.

Zbrinjavanje zaraznih bolesnika u pokretu vrši se u odgovarajućim sanitetskim ustanovama jedinica (u NOR-u — brigadna ambulanta, divizijska bolnica, zarazna bolnica).

Zbrinjavanje u stacionarnim partizanskim bolnicama. Kad god to okolnosti dopuštaju, poželjno je da se lečenje zaraznih bolesnika vrši u najbližim stacionarnim partizanskim bolnicama, bilo posebno u tu svrhu obrazovanim, ili opštim u kojima se za lečenje zaraznih bolesnika predviđaju posebna odeljenja. Po pravilu, uslovi za izolaciju, samo lečenje, smeštaj, ishrana itd. znatno su povoljniji u ovom slučaju.

Posebne *zarazne bolnice* obrazuju se kad god je u pitanju zbrinjavanje većeg broja bolesnika od opasnih zaraznih bolesti. Njihov zadatak je ne samo lečenje obolelih nego isto tako i preduzimanje mera za likvidaciju epidemskih žarišta u jedinicama ili naseljima. Bolnica se smešta u selu ili zaseoku koji nije na prometnoj komunikaciji. Treba da ima više potpuno odvojenih odeljenja za svaku pojedinu od najčešćih zaraznih bolesti. U partizanskim uslovima to su obično 2—3 odeljenja (za pegavac, dizenteriju, trbušni tifus), jer se retko kad pojavljuje veći broj ozbiljnih zaraza istovremeno.

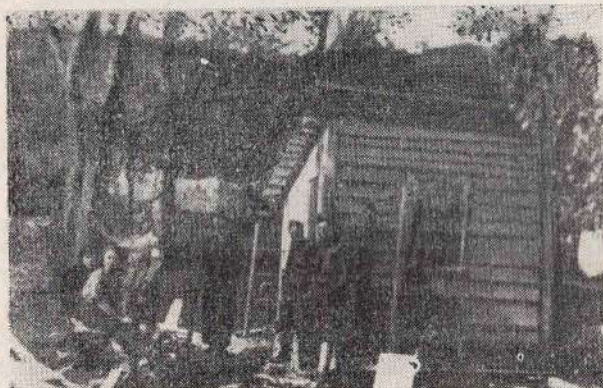
Načelno zarazna bolnica treba da ima ova odeljenja:

— prijemno-trijažno sa san-propusnikom u kome se vrši sanitarna obrada (šišanje, brijanje, kupanje i presvlačenje bolesnika); u tu svrhu dobro je odabrati u naselju zgradu sa više manjih prostorija koje se mogu upotrebiti za navedene svrhe:

— dva do tri odvojena bolnička odeljenja za smeštaj bolesnika od različitih zaraznih bolesti;

— posebno odeljenje za smeštaj bolesnika kod kojih dijagnoza nije tačno ustanovljena.

U zaraznoj bolnici treba, po mogućnosti, obezbediti što bolju i jaču ishranu ne samo za bolesnike, nego i za osoblje bolnice, koje je izloženo, s jedne strane, velikim



Sl. 54 — Izolirnica za jednog bolesnika — Planina (Slovenija)

fizičkim naporima, s druge — mogućnosti infekcije. Isto tako treba obezbediti sredstva za dezinfekciju, sapun i čisto rublje. Pošto se mora računati i s pojavljivanjem različitih crevnih (trbušni tifus, dizenterija) i drugih zaraza (zarazna žutica), treba prilikom obrazovanja takvih bolnica, misliti posebno na organizovanje dezinfekcije (kreč, hlorni kreč, lizol, zakopavanje izlučina), jer bi u protivnom ovakva bolnica predstavljala sejača zaraze.

Prostorije zimi moraju biti zagrejane ili treba bar imati veći broj ćebadi za svakog bolesnika.

Ne sme se zaboraviti na oduzimanje oružja bolesnicima za vreme bolesti, jer se inače mogu desiti različiti nesrećni slučajevi.

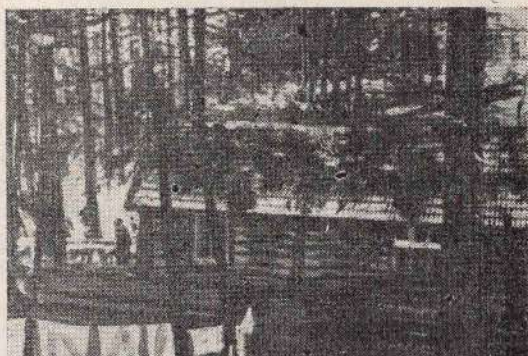
Ukoliko nema potrebe za obrazovanjem posebnih zaraznih bolnica ili je ono nemoguće bilo iz kojih razloga, pristupa se formiranju *zaraznih odeljenja* u postojećim bolnicama. Načelno takvo odeljenje mora da ima svaka partizanska bolnica. Odeljenje treba da ima mesta za odvojen smeštaj bolesnika od bar dve do tri zarazne bolesti. U pogledu organizacije i rada važi ono što je rečeno za zaraznu bolnicu.

Potreba da se ponekad formiraju i zasebne bolnice za zarazne bolesnike vidi se i iz činjenice da je kroz zaraznu bolnicu formiranu u Krbavici 1943. godine prošlo u toku 4 meseca oko 4.000 bolesnika od pegavca i 20 od trbušnog tifusa sa mortalitetom od oko 5^o/_o.

Bilo je slučajeva da su čak i pojedine jedinice, same za sebe, usled masovnog razboljevanja, na primer, od pegavca, morale pristupiti formiranju ovakvih bolnica. Perin navodi da je Prva brigada 1943. godine formirala zasebnu bolnicu za pegavac u Dabru, kroz koju je do 6. V 1943. godine bilo prošlo oko 800 bolesnika. Pomenutog dana u njoj je bilo na lečenju oko 200 bolesnika. Februara 1943. godine bila je otvorena posebna bolnica za obolele od pegavca u Bukovici (Kozara) sa kapacitetom od 150 mesta. Aprila 1943. godine ista bolnica bila je premeštena na kotu Brljud u Kozari kod manastira Moštanice sa 200 mesta i odvojenim zaraznim odeljenjem. Bolnica je ostala na tom mestu do oslobođenja.

Kad god je moguće treba izbegavati evakuaciju zaraznih bolesnika na veće odstojanje. Stoga i za ove bolesnike, ako se ukaže potreba da se izvrši pokret, dolazi u obzir sklanjanje u različita podzemna skloništa (baze), pećine itd. Na svaki način zarazni bolesnici koji se ovako zbrinjavaju moraju biti potpuno odvojeni od ostalih ranjenika i bolesnika, kopanjem posebnih baza za njih. Inače, za njih važi sve ono što smo rekli ranije o zbrinjavanju ranjenika.

Ukoliko bilo iz kojih razloga ne postoji mogućnost da se zarazni bolesnici sklone u posebna podzemna skloništa moraju se tražiti i druga rešenja u cilju da oni ipak budu izolovani. Kada je VPB br. 6 u Lici 1944. godine morala, usled brzog nadiranja neprijatelja, da se pokrene bila su ostavljena tri teška bolesnika od pegavca, koji su imali visoke temperature sa živčanim poremećajima, u dobro kamufliranom šatoru sa nešto hrane i jednom bolničarkom u blizini zemunice u kojoj su bili smešteni teški bolesnici.



Sl. 55 — Vinica — baraka za zarazne bolesnike

Interesantan je podatak koji se odnosi na ovo zbrinjavanje bolesnika od pegavca u podzemnim skloništim, a koji navodi Kiseljevska, po kome su oni za razliku od ranjenika (kod kojih su po nekima rane štaviše brže zarastale nego napolju), teško podnosili smeštanje u podzemna skloništa te ih je više umrlo u njima.

*

Stalni pokreti, bliži dodir sa civilnim stanovništvom, oskudica u materijalno-tehničkim sredstvima, teški životni uslovi uopšte jesu faktori koji otežavaju sprovođenje osnovnih higijensko-profilaktičkih mera i na taj način olakšavaju pojavu zaraznih oboljenja među ljudstvom partizanskih jedinica (pri čemu naročitu opasnost pred-

stavlja pegavac). Stoga organizovanju higijensko-epidemiološke službe treba posvetiti posebnu pažnju obrazujući, kad god to okolnosti dopuštaju, posebne higijensko-epidemiološke jedinice i ustanove.

S druge strane, rascepanost jedinica, odnosno njihovo malo brojno stanje, način života u partizanskim uslovima itd. predstavljaju povoljnu okolnost, zbog čega izvesne zaraze — naročito crevne i kapljične — ne uzimaju većeg maha (dizenterija, trbušni tifus).

S obzirom na nedostajanje materijalno-tehničke baze — jednog od tri osnovna faktora bitna za očuvanje zdravlja ljudstva jedinica i civilnog stanovništva, i borbu protiv zaraznih bolesti — treba maksimalno iskoristiti mogućnosti koje pruža u tom pogledu dobra i elastična organizacija higijensko-epidemiološke službe. Na taj način je moguće, i pod veoma teškim okolnostima, obezbediti partizanske jedinice u higijensko-epidemiološkom pogledu, kao što pokazuje iskustvo iz narodnooslobodilačkog rata (epidemija pegavca za vreme četvrte neprijateljske ofanzive mogla je imati katastrofalne razmere da nije toga bilo).

Da bi se mogao očekivati odgovarajući uspeh u tom pogledu, potrebno je da HE kadar bude, pored ostalog, još u miru obučen u izradi i korišćenju različitih improvizacija, koje dolaze do naročitog izražaja upravo pri organizovanju HE obezbeđenja (suve komore, kupatila itd.). Isto tako, prilikom izrade HE opreme za operativnu armiju treba voditi računa o mogućnosti njene upotrebe u partizanskim uslovima.

Usled malobrojnog sanitetskog kadra a posebno HE kadra, u partizanskim uslovima poželjno je da vojni i politički rukovodioci budu upoznati bar sa osnovnim znanjima iz oblasti preventivne medicine i preuzimanja protivepidemijskih mera.

III

SANITETSKO SNABDEVANJE

OPŠTE KARAKTERISTIKE SANITETSKOG SNABDEVANJA U PARTIZANSKIM USLOVIMA

Među bitnim elementima koji utiču na oblik zbrinjavanja ranjenika i bolesnika nalazi se i snabdevanje jedinica i ustanova sanitetskim materijalom. Razumljivo je da s obzirom na specifičan karakter borbenih dejstava u partizanskim uslovima, i sanitetsko snabdevanje pokazuje niz osobenosti analognih onima kod zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, odnosno higijensko-epidemiološkog obezbeđenja.

Organizacija sanitetskog snabdevanja u armiji osniva se na:

— pripremi dovoljnih količina rezervi sanitetskog materijala u skladištima koja se nalaze u bližoj ili daljoj pozadini;

— blagovremenom doturu tog materijala u jedinice i ustanove;

— održavanju u svakoj jedinici i ustanovi izvesne količine materijala u vidu »pokretne rezerve«;

— korišćenju mesnih sredstava i ratnog plena.

Uzevši u obzir okolnosti pod kojima se izvode borbeni dejstva u partizanskim uslovima, nailazimo na ove specifičnosti:

a) pošto ne postoji organizovana pozadina u onom smislu kao što je to slučaj u armiji, koja vodi frontalan rat ne može biti govora ni o redovnom postojanju skladišta sanitetskog materijala, odnosno o njegovom redovnom doturu u jedinice i ustanove;

b) korišćenje mesnih sredstava i ratnog plena zauzima mnogo značajnije mesto;

c) kako je neravnomernost u snabdevanju jedna od karakteristika sanitetskog snabdevanja u partizanskim uslovima, sanitetski materijal treba veoma štedeti i racionalno upotrebljavati, tj. štednja sanitetskog materijala i regeneracija već upotrebljenog materijala dobijaju poseban značaj;

d) sanitetsko snabdevanje u partizanskim uslovima ne proteže se samo na odgovarajuće jedinice i ustanove nego i na mesno stanovništvo, kome se, po potrebi i mogućnostima, u danom momentu izdaju najpotrebniji lekovi i sanitetski materijal.

1. IZVORI SANITETSKOG SNABDEVANJA

Kao izvori sanitetskog snabdevanja u partizanskim uslovima mogu poslužiti:

a) ratni plen;

b) mesna sredstva;

c) sakupljanje sanitetskog materijala i lekova na okupiranoj teritoriji;

d) izrada lekova i sanitetske opreme u sopstvenim radionicama;

e) dotur iz pozadine drugih delova armije (vlastite ili savezničke);

f) kombinovano snabdevanje.

a) *Ratni plen.* I u operativnoj armiji koja se oslanja na organizovanu, manje ili više sigurnu pozadinu računa se s činjenicom da će se jedan deo potreba u sanitetskom materijalu i lekovima moći podmiriti korišćenjem ratnog plena. Ovo iz razloga što često, i pored korišćenja savremenog transporta, razna skladišta ne mogu da slede svoje jedinice, naročito pri brzom napredovanju u ofanzivnim

operacijama (malo komunikacija, njihova zakrčenost), kao i zbog nedostatka materijala u izvesnim situacijama i slično. Utoliko pre ovaj način dolazi u obzir za partizanske uslove, gde je zaplena od neprijatelja jedan od najčešće primenjivanih načina snabdevanja sanitetskim materijalom i lekovima naročito u samom početku, dok još nisu stvorene mogućnosti za izradu ovoga u vlastitim radionicama ili dok to snabdevanje nije organizovano na drugi način. Tako je bilo i u toku našeg narodnooslobodilačkog rata. Ponekad su vršene i posebne akcije radi dobijanja veće količine sanitetskog materijala. Tako je na primer, za snabdevanje bolnice u planini Boriji iznad Teslića, koja je postojala od oktobra 1941. godine do aprila 1942. godine organizovan specijalni pohod na bolnicu u Kotor-Varoši. Desetina boraca je ušla u grad, došla u bolnicu, zatražila ključeve i pokupila instrumentarij, rublje, ćebad, čaršave, lekove i bez ijednog opaljenog metka vratila se u šumu. Slična je bila akcija izvršena na Krašić, decembra 1942. godine, da bi se iz tamošnje apoteke evakuisao potreban sanitetski materijal, ili akcija na duševnu bolnicu u Popovači početkom 1944. godine itd.

Pre svake borbe komande jedinica, a posebno organi sanitetskog snabdevanja, treba da misle na mogućnost zaplene sanitetskog materijala i da u vezi s tim preduzmu potrebne mere da se taj materijal ne ošteti, ne uništi i ne razbacuje. Ako, na primer, neka jedinica vrši napad na neprijateljsko uporište, naseljeno mesto, glavni zadatak farmaceutskih organa sastoji se u organizovanju evakuacije sanitetskog materijala. Ukoliko je posredi napad na veća neprijateljska uporišta — gradove i slično gde se može očekivati veća količina sanitetskog materijala, treba izraditi poseban plan evakuacije toga materijala (takav plan je bio, na primer, izrađen za evakuaciju sanitetskog materijala iz oslobođenog Bihaća). U planu se predviđa ljudstvo koje će se postaviti kao straža ispred sanitetskih ustanova da bi se sprečilo neracionalno prikupljanje, u stvari, često rasipanje sanitetskog materijala — borci i nestručno niže sanitetsko osoblje otvaraju radi nekoliko tableta čitave pakete, razbijaju boce i slično. Ovo ljudstvo za stražu takođe se može upotrebiti kao pomoć pri

evakuaciji materijala koju vrše posebno određeni organi odabiranjem najpotrebnijeg materijala i organizovanjem njegovog transporta na unapred određena mesta. Na taj način izbeći će se to da se evakuirše materijal koji je prvi na dohvat i često nije neophodan u datom momentu, dok se istovremeno ostavljaju dragoceni lekovi i drugi veoma korisni materijal. Razumljivo je da će se prvenstveno odabrati materijal u kome se trenutno najviše oskudeva, ali manje-više gotovo u svakom slučaju na prvo mesto dolazi evakuacija zavojnog materijala, hirurških instrumenata,



Sl. 56 — Kolona sanitetske spreme na putu za bolnicu na Petrovoj gori u leto 1943. god.

antibiotika, termometara, seruma odnosno vakcine protiv tetanusa i gasne gangrene, špriceva za injekcije, kardijaka, analeptika, narkotika, sredstava za dezinfekciju itd. Zavisno od vojno-političke situacije i drugih momenata — potreba jedinica u sanitetskom materijalu, treba voditi računa i o potrebama civilnog stanovništva, te prema tome ostaviti najnužnije količine odgovarajućeg sanitetskog materijala i lekova.

Ukoliko odabiranjem i evakuacijom sanitetskog materijala zaplenjenog od neprijatelja ne može rukovoditi stručno lice — farmaceut, odnosno farmaceutski pomoć-

nik, određuju se druga lica, po mogućnosti uvek iz redova sanitetskog kadra, koja dobijaju zadatak da izvrše odabiranje i pakovanje sanitetskog materijala. Komanda obezbeđuje izvršavanje ovog zadatka unošenjem potrebnih odredaba u borbenu zapovest ili na drugi pogodan način. Evakuaciju sanitetskog materijala prilikom drugog napada na Banjaluku 16. IX 1944. godine vršile su posebne evakuacione ekipe u sastavu: jedan rukovodilac i dva pomoćnika — iz redova farmaceutskih kadrova od kojih je svaka imala svoj određeni zadatak.

Načelno, jedinica koja je zaplenila sanitetski materijal ne treba da zadrži veće količine nego što su njene potrebe za kraće vreme, a ostatak se predaje višoj jedinici, partizanskoj bolnici, sanitetskom skladištu i slično.

Pošto postoji mogućnost slučajnih grešaka, na primer, zamena signature ili namerno podmetanje od strane neprijatelja, pri korišćenju ratnog plena treba biti obazriv i odmah koristiti jedino nepotrošni materijal — instrumente, na primer, a od potrošnog sredstva za dezinfekciju i dezinsekciju. Lekovi za unutrašnju upotrebu mogu se koristiti samo ako se nalaze u neoštećenim originalnim omotima — pakovanjima, a sve ostalo posle prethodnog proveravanja ispravnosti.

b) *Mesna sredstva.* Pod korišćenjem mesnih sredstava podrazumeva se upotreba materijalnih sredstava koja pripadaju mesnom stanovništvu ili se nalaze na odgovarajućoj prostoriji na kojoj su dislocirane odnosno na kojoj dejstvuju partizanske jedinice. Pored korišćenja mesnih sredstava za ljudsku i stočnu ishranu, ogrev i osvetljenje u partizanskim uslovima često moraju da se koriste ove iako ograničene mogućnosti i za snabdevanje sanitetskim materijalom i lekovima. Iz mesnih sredstava mogu se koristiti uz lekove i ostali gotov sanitetski materijal, različite vrste materijala za izradu zavoja, gaze, vate, za izradu nosila i udlaga raznih vrsta, za izradu lekova, (na primer, kreč i sumpor za izradu Sol. Vlemingx, svinjska mast za izradu Ung. sulfur itd.).

Prikupljanje lekovitog bilja (kamilica, lipov cvet, šipak od divlje ruže) takođe je jedan od načina korišćenja mesnih sredstava. S obzirom na čestu nestašicu izvesnih

vrsta lekova, treba misliti na mogućnost da se neki od njih mogu s uspehom nadomestiti lekovitim biljem, čije prikupljanje mogu organizovati partizanske bolnice, pojedini sanitetski radnici itd. U 4. korpusu 1944. godine ovo sakupljanje je, na primer, bilo organizovano pod stručnim rukovodstvom jedne botaničarke uz pomoć masovnih organizacija — AFŽ i omladine. Naročiti uspeh bio je postignut na Baniji. Bilje se stručno pakovalo u ambalažu koju je izrađivala radionica Centralne apoteke u Suhoj Perni.

Korišćenje mesnih sredstava treba da se reguliše posebnim naređenjem i, po pravilu, da se vrši preko narodnih vlasti, na podesan način, tako da nikad ne dobije vid nezakonitog oduzimanja. Pritom treba voditi računa da se ostavi i stanovništvu ono najpotrebnije. Prethodno je potrebno prikupiti podatke šta se od mesnih sredstava može iskoristiti na toj prostoriji za izradu lekova i sanitetske opreme, koliko ima takvog materijala i gde se nalazi itd. I pri korišćenju mesnih sredstava mora se voditi računa o štednji i racionalnoj podeli i potrošnji, tako da se onemogućí težnja pojedinih jedinica, koja se ponekad ispoljava, da odvoje za sebe što više bez obzira na potrebe ostalih jedinica i ustanova. I sanitetsko snabdevanje putem korišćenja mesnih sredstava može se vršiti na jedan od već pomenutih načina — prikupljanjem na dobrovoljnoj osnovi, slobodnom kupovinom, obaveznim otkupom, rekvizicijom i konfiskacijom (u toku NOR-a bio je konfiskovan veći broj apoteka narodnih neprijatelja).

c) *Sakupljanje sanitetskog materijala na okupiranoj teritoriji.* I prikupljanje sanitetskog materijala i lekova na okupiranoj teritoriji, a eventualno i njegova kupovina na slobodnom tržištu, jedan je od načina snabdevanja partizanskih jedinica. Iako je i to, u širem smislu te reči, jedan od načina korišćenja mesnih sredstava, ipak smatramo da ga je, zbog niza specifičnosti na koje se nailazi u njegovom primenivanju, bolje izdvojiti i izložiti kao zaseban način snabdevanja partizanskih jedinica. Za vreme NOR-a na taj način snabdevala su se pojedine jedinice širom cele zemlje, a naročito u Hrvatskoj i Sloveniji. Godine 1941/42. to je, pored zaplene sanitetskog materi-

jala, bio jedan od najizdašnijih izvora za snabdevanje partizanskih jedinica.

Materijal se prikupljao preko partijskih organizacija, organizacija Narodnog fronta i slično, koje su prikupljale sanitetski materijal od pojedinaca, kupovale ga u apotekama ili bilo na koji drugi način dolazile do njega, a zatim odnosile na određena sabirališta. Ovo nije bio ni najmanje lak zadatak jer je neprijatelj vodio strogu kontrolu nad raspodelom sanitetskog materijala i donosio posebne propise o uslovima prodaje i izdavanja istoga, sve u cilju da bi se sprečilo odašiljanje sanitetskog materijala partizanskim jedinicama i ustanovama. Bile su predviđene i drakonske kazne (zatvor, deportacija u logore, pa i streljanje) za prekršitelje ove zabrane.

Od zdravstvenih radnika na okupiranoj teritoriji mogu se formirati posebni odbori, kao, na primer, onaj koji je bio formiran u Splitu 1941. godine⁴⁴), sastavljen od lekara, farmaceuta i veterinarara, sa zadatkom prikupljanja sanitetskog materijala, novčane pomoći itd. Veoma je korisno obuhvatiti tom prilikom posebno sanitetsko osoblje — lekare, farmaceute, medicinske sestre i slične zaposlene po bolnicama ili drugim sanitetskim ustanovama jer oni mogu lakše doći, na neupadljiv način, do većih količina sanitetskog materijala.

Da se na ovaj način mogu prikupiti i otposlati partizanskim jedinicama i velike količine sanitetskog materijala pokazuje iskustvo iz našeg NOR. Lunaček⁴⁵) navodi da su, na primer, aktivisti Osvobodilne fronte u Sloveniji (lekari, farmaceuti, babice, bolničari i drugi) u 1941. godini prikupili različiti sanitetski materijal (zavojni materijal,

⁴⁴) Bilo je sličnih odbora i u drugim gradovima naše zemlje, na primer, u Skoplju. Lekarski matični odbor Osvobodilne fronte bio je formiran u Ljubljani juna 1941. godine na mnogo široj osnovi. U samoj Ljubljani imao je 36 pododbora sa mnogo širim zadacima (političko-propagandni rad, lečenje ranjenih i bolesnih partizana, slanje sanitetskih kadrova i sanitetskog materijala partizanskim jedinicama, organizacija bolničarskih kurseva za civilno stanovništvo itd.).

⁴⁵) Prof. dr Pavel Lunaček: „Udeo slovenačkog saniteta u NOB i njegov značaj za razvoj Medicinskog fakulteta“ — Vojno sanitetski pregled br. 3—4 mart—april 1951.

bolničke mantile, čaršave, flašice), izrađivali rance za sanitetski materijal, sandučice za priručne apoteke, sterilizatore itd., tako da je pored ostalog, do kraja 1942. godine bilo poslato partizanskim jedinicama oko 2 tone sortiranog sanitetskog materijala u kome se nalazilo i 100 priručnih apoteka sa uputstvima za prvu pomoć, 30 lekarskih ranaca sa operacijskim garniturama koje su omogućavale i vršenje laparotomije, kompletna hirurška bolnica, nekoliko hiljada prvih zavoja, nekoliko stotina kilograma staničevine itd.

Ovaj način prikupljanja može dobiti i vid redovnog dotura. Tako je, na primer, Centralna apoteka 10. korpusa redovno, svake nedelje dobijala potreban materijal koji je bio poručen u Zagrebu, pa, štaviše, preko jednog rodoljuba avijatičara i iz Beča isto tako prema narudžbini. I neke terenske apoteke u Sloveniji bile su organizovale kanale za nabavku sanitetskog materijala sa neprijateljske teritorije, iz Trsta i Beča. Materijal se može slati sa neoslobođene teritorije ili putem redovne veze ili povremeno preko lica koja odlaze u partizanske jedinice. Pojedinci mogu u povoljnim uslovima preneti na taj način takođe velike količine sanitetskog materijala. Bilo je slučajeva da su pojedinci preneli kompletan hirurški instrumentarij i više kilograma različitih lekova, na primer, kinina, morfijuma itd.⁴⁶⁾

⁴⁶⁾ Sa koliko truda i uz kakve poteškoće je dopreman sanitetski materijal sa okupirane teritorije partizanskim jedinicama unekoliko se vidi iz sledećeg odlomka iz dnevnika jedne partizanke (M. B.):

„Zagreb 1942. godine

Ustaški teror bjesni punom snagom. Građani bjelog Zagreba žurno prolaze ulicama. Na mnogim licima odražava se već glad, bjeda, strah. Jedna mlada djevojka prolazi sitnim koracima kroz zagrebačke ulice. Sagla je glavu, pogled uprla u zemlju, samo se s vremena na vrijeme brzo, kradomice, ogledava lijevo i desno — hoće li naići kakva ustaška patrola ili policijski agent. Pod miškom je stisla oveći paket, zamotan u bijeli papir. Konačno je stigla do cilja. Ulazi u siromašnu radničku sobicu. Opet se pažljivo ogledava i tek kada se umorno i izmučeno lice domačice malo nasmeši i ona malo klimne glavom i preda joj svoj bijeli paket „Pazi na ovo“, — govori šapatom mlada djevojka, „kao na oko u glavi, sanitetski materijal je u njemu, a treba ga poslati

brzo, što brže, našima u šumu. Partizanskim ranjenicima. Sakupili smo, vidiš, dosta. Ruža je digla nešto iz ambulante u kojoj radi, Zdenka je uspela nešto dići iz ordinacije svoga oca i podvornik iz bolnice nam je dao malo, malo sam kupila po raznim apotekama, pa eto, — sakupilo se“.

Još iste noći paket putuje dalje, sada pod miškom snažnog mladog radnika. Već je izašao iz grada. Tu se slobodnije diše. Šuma je blizu — može se i pobjeći. Na jednoj okuki se mladi radnik zaustavlja. Tiho zviždi i čeka. Iz susedne šumice čuje se već odziv. „Točno sam pogodio, „veza“ već čeka“, promrmlja mladić i uputi se stalno prisluškujući prema šumici, u pravcu odakle se čuo odziv. Iza jednog stabla začuje se nečiji tihi, ali odlučni glas „stoj“ — „Smrt fašizmu“, prošapta mladi radnik, i srce mu tako lupa, da mu se čini, kao da čitava ta mračna šumica, odjekuje od toga. U glavi mu se pojave strahovite misli: „možda to nije drug, koji dolazi na „vezu“, možda je to zasjeda, agent ili ustaša, a to znači zatvor, batine, mučenje smrt“... Ali iz mraka već se čuje tiho „Sloboda narodu“. Dvije snažne desnice se stisnu, i mladi radnik šapćući tumači kuriru: „Pazi na ovo družo. To ti je velika vrijednost, ovaj paket. Lijekovi su unutra, i zavoji. To traže drugovi iz Centralne bolnice u Petrovoj Gori“.

Paket se opet seli pod drugu mišku. Kurir ga stiće sebi, zaštićuje ga sa obe ruke, da se ne bi povrijedio, dok se on probija kroz žbunje i granje. Danas neće biti tako teško preći cestu u blizini švapskog bunkera, jer nema mjesečine. Već trideset i sedmi put se probija mladi kurir skrivenim stazicama i širokim cestama između neprijateljskih garnizona. A ovi ga putevi mogu svaki dan odvesti i u smrt, ako ga nanjuše ustaški koljaši. Ali naš kurir je oprezan, pogotovo danas, kada ima da prebaci dragocjen paket sa lijekovima za ranjene drugove.

Preko ceste sve je prošlo glatko. Sada treba preći kraj ustaškog garnizona, kraj Pisarevine. Neki prokleti pas ga nanjuši i zalaja. Iz garnizona se otvori paklena mitraljeska vatra. Kurir potrči. Metci fijuču oko uha, barut zamiriše, a on, sagnut iza žbunja, teškom mukom izvlači noge iz lepljivog, dubokog blata. Najzad je i ustašama dosadilo. Sve se smiri. Naš kurir zamakne svoju kapu na zatiljak, zavrta glavom i uzdahnu pa pipne paket pod miškom. Na sreću ni paket nije ranjen, već putuje dalje, kroz šumu i livade, kroz močvare i vinograde. Najzad se kurir zaustavi na vrhu jednog brežuljka i ulazi u jednu štalu. Ovdje je već sigurnije. Izvadi iz džepa bateriju i u svetlom krugu džepne lampe ugleda sa olakšanjem crvenu petokraku na troroj partizanki. To je prva partizanska patrola. „Zdravo, drugovi, kako ste?“ upita kurir partizane, koji su se okupili oko njega i ne dočekujući odgovor nastavi: „Danas sam doneo paket sa lijekovima i zavojima za ranjene drugove. To treba još danas prebaciti u centralnu bolnicu. Požurite se da pređete Kupu prije zore“.

Patrola se upućuje prema centru oslobođene teritorije Korđuna. Paket sa sanitetskim materijalom putuje sada pod zaštitom

d) *Izrada sanitetske opreme u vlastitim radionicama i remont.* Izrada različitih pojedinačnih predmeta sanitetske opreme i lekova u vlastitim radionicama i njihova opravka u tim radionicama dolaze najčešće u obzir pri istovremenom postojanju slobodne teritorije, ali su one ponekad moguće, zavisno od toga šta se proizvodi, i bez nje.

Na prvom mestu dolazi u obzir izrada nosila, različitih vrsta udlaga, zavojnog materijala — prvih i drugih zavoja, pojedinačnih lekova — vitaminskih preparata, karbo animalisa, raznih insekticida itd. Mogu se izrađivati i sapun, hemijski termofori i slično.

Kakve su mogućnosti za proizvodnju sanitetske opreme i lekova u partizanskim uslovima, najbolje će se videti ako navedemo nekoliko primera iz našeg NOR-a.

partizanske puške. Evo je već kod Kupe. Na ovom mjestu, gdje tu izgleda rijeka najuža čeka na partizane, skriven u žbunju, maleni čamac, izvajan iz jednog debelog stabla, kao da su ga Peru-indijanci načinili prije mnogo stotina godina. Trojica sednu u čamac; dvojica uzmu vesla u ruke, a treći partizan drži pažljivo paket na koljenima. Čamac se njiše. Ravnoteža nije baš savršena. Odjednom — pljas! Čamac se izvrnu i patrola zapliva kroz tromu, prljavu vodu Kupe. Onaj koji je držao paket na koljenima sa nevjerojatnom veštinom balansirajući drži čitavo vrijeme paket s jednom rukom iznad vode, dok sa drugom pliva. Prigušeno, stisnutih zubi mrmlja neke psovke. Glasno ne smije jer je banda krvnika svega na par stotina metara, tamo u selu Kupčini.

U zoru paket stiže do prve partizanske komande. I tu postupaju sa njim sa velikim poštovanjem, čim su doznali da sadrži sanitetski materijal. Već tokom prijedodneva paket putuje dalje i to ne više pješke već volovskim kolima u pravcu Petrove Gore.

Visoko gore u šumi skrivene su barake, prve partizanske bolnice na Kordunu. Paket svečano ulazi u „operacionu salu“, — četvrtastu sobicu sa ogromnim prozorima, preko čitavog zida. Komesar bolnice predaje ga doktorici: „Evo, drugovi iz Zagreba su nam poslali neke lijekove, vidi šta je unutra“.

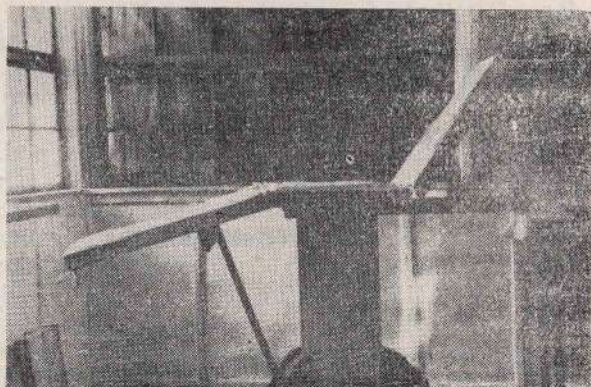
Doktorica otvara paket i pažljivo vadi iz njega kutijice, flašice, kesice i sprema ih u tzv. „apoteku“, tj. u jedan bijeli, lijepi ormarić sa staklenim vratima, kojeg su partizani ko zna otkuda dovukli u ovaj skriveni kutić Petrove Gore. Svakoj stvarčici se posebno veseli i objašnjava komesaru, koji će lijek kojemu ranjeniku ili bolesniku davati, i kako sada ima već sedamdeset zavoja, pa neće više bolničarke morati rezati plahte na šavove, da bi imale čime previti ranjenike“.

Tako je još krajem novembra 1941. godine u Užicu bilo organizovano u tekstilnoj tvornici tkanje gaze koja je zatim sva bila evakuisana na Zlatibor. 1942. godine bila je u Foči organizovana izrada aseptičkih prvih zavoja — oko 1.000 komada. Zimi 1942. godine u Korenici bilo je sakupljeno u jednu kuću, opravljenu posle bombardovanja, dvadesetak tara (stanova) i tkalja, koje su marljivo u tri smene izrađivale odlične zavoje i gazu, koja je istina bila malo deblja ali upotrebljiva. Prave se i prvi zavoji, preko 300 komada dnevno u dve smene, koji se zatim sterilisu u bolničkom autoklavu. 1943. godine tkaonica prvih zavoja u Korenici tkala je sedmično oko 830 metara zavoja i odgovarajuću količinu gaze, odnosno prosečno oko 600 prvih zavoja. U izveštaju šefa sanitetskog odseka Glavnog štaba Hrvatske od 20. avgusta 1943. Glavnom štabu NOV i POJ Hrvatske navodi se: »Prvih zavoja i Krametrovih šina producira se u količini koja zasada podmiruje naše potrebe«, a nešto docnije, 11. oktobra 1943: »Opskrba prvim zavojima vrši se dijelom od zaplenjenog materijala a većim dijelom od vlastite produkcije u tkaonicama prvih zavoja (preko 3.000 na tjedan)«. U sanitetskom slagalištu u Slavoniji krajem 1943. godine izrađivali su pored prvih zavoja i pakete sterilne gaze i zavoja. Sanitetsko slagalište rukovodilo je limarskom radionicom koja je proizvodila posude za gnoj, za sterilizaciju itd. Za sklanjanje materijala imali su vrlo dobre bunkere. U jesen 1944. godine jedna od radionica 6. korpusa izradila je za tri dana i tri noći preko 10.000 prvih zavoja koji su bili propisno zapakovani, umotani u celofan i sterilisani u bolnici u Pakracu. Kvalitet zavoja izrađenih u partizanskim radionicama mogao se ponekad takmičiti sa fabričkim (Centralna apoteka 4 korpusa).

Centralna apoteka 6 korpusa imala je stolarsku radionicu u kojoj su bile izrađivane razne vrste udloga (Diteriksova), proteze, drvene štake, štapovi i slično. dok je njena limarsko-kovačka radionica izrađivala različite vrste instrumenata, kao na primer, makaze, pincete, razna klešta, koristeći se u tu svrhu kvalitetnim čelikom sa uništenih neprijateljskih tenkova. Instrumenti su, štaviše, bili poniklovani.

Za bolnicu izgrađenu krajem juna 1942. godine u Grmeču kod Dobre Vode, vojno-tehnička radionica izradila je autoklav koji je obezbeđivao potpunu sterilnost materijala, koji se do tada morao sterilisati u partizanskoj buradi.

Vojno-partizanska radionica u Crnoj Lokvi u Petrovoj gori izrađivala je polovinom 1943. godine stone i ručne apotekarske vage sa utezima, destilacione aparate, autoklave sa manometrima, dok je sanitetsko-tehnička radionica, koja je bila pod upravom Centralne apoteke,



Sl. 57 — *Improvizovani operacijski sto — Zg. Hrastnik, maj 1944. godine*

izrađivala od duraluminijuma sa srušenog aviona radionice razne veličine, presu za tinkture, mašinu za rezanje droga itd.

U slovenačkoj Centralnoj vojno-partizanskoj bolnici — odeljenje Gornji Hrastnik, bilo je 1944. godine izrađeno operacijsko pokućstvo — operacioni sto, stolić za instrumente, pomoćni stolić za operacije ekstremiteta itd., koji je od jeseni 1944. počela serijski da proizvodi stolarska radionica u Černomelju.

Takvih primera koji pokazuju da je u toku našeg NOR bilo izrađivano gotovo sve ono što nam je bilo neop-

hodno, mogli bismo navesti još mnogo (na primer, sterilne otopine za injekcije — 01. kamfor, kofein, morfijum, novokain, strofantin, fiziološki rastvor, glukozu itd. izradivale su mnoge partizanske apoteke).

e) *Dotur sanitetskog materijala i lekova iz pozadine ostalih delova armije* — koji vode pretežno frontalan rat. Ovaj način sanitetskog snabdevanja moguć je kada postoji bilo stalna ili povremena veza, vazдушnim transportom, sa pozadinom svoje operativne armije ili savezničke. Materijal se ili dotura vazдушnim transportom koji na svom povratku evakuše ranjenike, ili se vrši bacanje materijala padobranima.

Dotur vazдушnim transportom. Na ovaj način mogu se doturiti relativno velike količine sanitetskog materijala i lekova (na primer, celokupna oprema za poljske bolnice) i tako obezbediti jedinice za jedan duži vremenski period.

Bacanje sanitetskog materijala padobranom dolazi u obzir onda kada usled nemanja slobodne teritorije pogodne za spuštanje aviona, odnosno za jedinice opkoljene na maloj prostoriji i slično, ovo ostaje kao jedini način snabdevanja. Pri tom je potrebno rešiti nekoliko pitanja među kojima su najvažnija:

a) organizacija veze — znaci raspoznavanja. Veza između aerodroma sa koga se vrši dotur materijala i jedinica kojima se on dostavlja uspostavlja se putem radio-stanice. Na taj način se ugovori vreme dolaska i broj aviona, mesto — prostorija iznad koje će se vršiti bacanje materijala itd. Znaci raspoznavanja su potrebni da bi se proverilo da se bacanje vrši upravo odgovarajućoj jedinici i u tu svrhu se najčešće upotrebljavaju danju platna, noću vatre ili drugi svetlosni znaci;

b) biranje terena i uređenje prostorije na koju će se vršiti bacanje materijala. Teren treba da bude ravan, nepošumljen, jer se na pokrivenom ili planinskom terenu materijal teško pronalazi;

c) organizacija prikupljanja materijala. Pod ovim se podrazumeva pripremanje unapred ljudstva koje će to vršiti, određivanje mesta na koje će se materijal donositi itd.;

d) borbeno obezbeđenje prostorije, da bi se sprečio iznenadan prodor neprijatelja;

e) preduzimanje mera kojima bi se onemogućilo razvlačenje i otuđivanje materijala, najčešće padobrana, od okolnog stanovništva;

f) držati u pripravnosti transport — mobilisanje konja i kola od mesnog stanovništva, kojima će se odmah izvršiti i prebacivanje materijala u određena skladišta, jedinicama i ustanovama, jer je obično u pitanju veća količina za koju inače postoji opasnost da bi mogla pasti u ruke neprijatelju.

Ambalaža. Zavisno od prirode materijala, on se baca ili u limenim kantama, na primer materijal u supstanci, flašicama, ampulama itd., ili u vrećama od nepromočivog platna, na primer zavojni materijal i slično. (Razumljivo da se u partizanskim uslovima i ova ambalaža može veoma korisno upotrebiti — tako na primer, limene kante mogu se upotrebiti za pravljenje peći, padobransko platno za pravljenje zavoja, svilene vrpce od padobrana kao hirurška svila itd.). Pošto se bacanje sanitetskog materijala često vrši istovremeno sa bacanjem drugih vrsta materijala, potrebno je da se na omotima sa sanitetskim materijalom nalazi znak crvenog krsta ili neki drugi znak na osnovu koga se može odmah vršiti izdvajanje ovog materijala. Nedostaci ovog načina dotura jesu relativno ograničene količine materijala koji se može na ovaj način doturiti, nemogućnost da se na ovaj način doture sve vrste materijala i opreme usled osetljivosti pojedinih vrsta materijala i mogućnosti oštećenja u padu.

Pomenućemo da je dotur većih količina materijala iz pozadine ostalih delova armije ponekad moguć i korišćenjem drugih vidova transporta, na primer plovnim transportnim sredstvima — brodovima, na koji je način bio doturan u toku NOR materijal iz Italije na otok Vis a tek odavde otpreman na kopno.

f) *Kombinovano snabdevanje*. S obzirom na velike potrebe i ograničene mogućnosti svakog pojedinog od navedenih izvora sanitetskog snabdevanja, najčešće dolazi u obzir kombinovano snabdevanje iz dva ili više navedenih izvora. Koji će od njih biti od veće koristi, zavisi

od situacije na terenu i mogućnosti iskorišćavanja svakog pojedinog od njih. Da bi se dobili potrebni podaci, treba biti u stalnoj vezi s odgovarajućim organima vojno-političkog rukovodstva, obaveštajnim organima, pouzdanim ljudima na terenu, a kad god to situacija dozvoljava vršiti i lično izviđanje u tom cilju; ovo naročito ako su posredi nabavke iz mesnih sredstava, zauzimanje neprijateljskih uporišta itd.

2. ORGANIZACIJA SANITETSKOG SNABDEVANJA

Usled nestašice sanitetskog materijala i lekova u partizanskim uslovima, njihovoj nabavci, čuvanju, pravilnoj raspodeli i potrošnji treba posvetiti veliku pažnju. Radi organizacije i što pravilnijeg rešavanja svih zadataka u okviru medicinskog snabdevanja određuju se, kad god to okolnosti dopuštaju, u sastavu svake jedinice odnosno ustanove posebni organi koji organizuju i sprovode snabdevanje jedinica sanitetskim materijalom i lekovima. Njihov broj zavisi od veličine jedinice i stvarnih mogućnosti u pogledu samog kadra. Zbog nedostatka farmaceutskih kadrova, sav rad oko medicinskog snabdevanja pada na lekare ili druga lica koja vrše ukazivanje medicinske pomoći. U stvari, o organizovanoj službi sanitetskog snabdevanja može se i govoriti tek onda kada se pod rukovodstvom stručnog lica počinje nabavljati, čuvati i raspodeljivati sanitetski materijal. Nedostajanje stručnog farmaceutskog kadra može se unekoliko nadomestiti licima osposobljenim za te dužnosti na raznim kursevima za osposobljavanje farmaceutskih kadrova (farmaceutskih pomoćnika) u trajanju od 2—3 meseca, na kojima se, kao što pokazuje iskustvo iz našeg NOR, i pored neobično teških uslova za rad, čestih pokreta itd., mogu postići odlični uspesi.

Osnovni zadaci farmaceutskih kadrova jesu snabdevanje jedinica i ustanova sanitetskim materijalom i lekovima, i iznalaženje načina za što racionalniju potrošnju. U pogledu samog snabdevanja, organi sanitetskog snabdevanja, moraju ispoljiti veliku snalažljivost i samoinicijati-

vu, jer se ne može računati na redovan dotur sanitetskog materijala od pretpostavljene partizanske jedinice. U partizanskim uslovima potrebno je biti ne samo dobar stručnjak nego i organizator, koji će biti u stanju da i pod takvim okolnostima organizuje sanitetsko snabdevanje tako da kvalitet medicinske pomoći ukazan ranjenicima i bolesnicima ne opada zbog nedostajanja sanitetskog materijala i lekova.

Za regeneraciju već upotrebljenog zavojnog materijala često se zadužuju u jedinicama i ustanovama posebna lica. (Nik⁴⁷), navodi da je u toku NOR-a bilo i pokušaja da se na primer, pranje upotrebljenih zavoja vrši u primitivnim mehaničkim praonicama tzv. »bućkalicama«).

Najpristupačniji izvor za neposredno snabdevanje jedinica i ustanova sanitetskim materijalom predstavljaju pokretne materijalne rezerve koje jedinice nose sobom. One se unapred pripremaju i čuvaju se za upotrebu samo u krajnjem slučaju, jer su relativno male, zbog čega se stalno moraju popunjavati iz drugih izvora. S obzirom na pokretljivost jedinica, materijal mora biti posebno pakovan (u laganim, nepromočivim, elastičnim omotima koji se pri padu neće mnogo oštetiti), podesan kako za tovarni transport, tako i za nošenje na leđima ili u rukama.

Redovno snabdevanje sanitetskim materijalom vrši se načelno iz odgovarajućih apoteka, a sanitetski materijal čuva se bilo u apotekama koje se nalaze najčešće u sastavu ili pokretnih (na primer, divizijska bolnica) ili stacionarnih partizanskih sanitetskih ustanova (na primer, bolnice na slobodnoj teritoriji), bilo u skladištima sanitetskog materijala — »bazama«, »bunkerima«.

U apotekama se drže manje, priručne količine sanitetskog materijala. Ovo stoga da ne bi suviše velika količina materijala pravila poteškoće pri pokretu (ako je posredi apoteka u sastavu pokretne sanitetske ustanove), jer se za prebacivanje ovog materijala mogu najčešće dodeliti najviše 1—2 konja; a kako su pokreti u partizan-

⁴⁷) Nik dr A. ppuk.: Briga za ranjenike i bolesnike u uslovima partizanskog rata. Liječnički Vjesnik br. 8—9/1951. str. 170.

skim uslovima veoma česti, ponekad svakodnevni, stoga i sanitetski materijal u ovakvim ustanovama mora biti uvek spakovan i pripremljen za pokret. Međutim, ni u apotekama pri stacionarnim sanitetskim ustanovama ne drže se veće količine sanitetskog materijala, već se sve što nije neophodno za svakodnevni rad čuva u posebnim skloništim — »bazama«, »bunkerima«.

Apoteke partizanskih jedinica i pokretnih sanitetskih ustanova se smeštaju u seoskim kućama, u šatorima, a ponekad vrše rad i na kolima, pod otvorenim nebom i slično. One mogu ponekad biti uređene na sličan način kao i u normalnim uslovima, tj. raspolagati svim potrebnim utenzilijama i drugim priborom do koga se najčešće dolazi posle oslobođenja nekog većeg mesta.

U toku NOR-a ponekad su i apoteke, slično bolnicama, bile smeštene u posebno u tu svrhu podignutim zgradama. Tako su za Centralnu apoteku 4. korpusa⁴⁸⁾ bile podignute početkom 1944. godine u dubokoj uvali u Petrovoj gori na 2 km od s. Suha Perna tri drvene barake koje su bile izgrađene na tri mosta od jakih balvana iznad potoka koji je proticao jarugom. Za gradnju je bio upotrebljen materijal iz popaljenih obližnjih sela, a prozori su dovedeni čak iz Gline, sa napuštenih kuća i trgovina.

U najvećoj baraci veličine 12 × 8 m bila je smeštena apoteka, a u dve manje zgrade uprava apoteke, osoblje, kursisti i straža.

U levoj polovini veće zgrade bila je u stvari smeštena apoteka bolnice iz Gline, sa svim potrebnim nameštajem i utenzilijama, recepturom i stručnom bibliotekom, dok je u desnoj polovini bila laboratorija. Za svoje potrebe apoteka je koristila, preko jednog Seitz-ovog filtera, vodu neposredno iz potoka iznad koga je bila podignuta. Uz ovaj filter nalazio se mali improvizovani destilacioni aparat i autoklav — oba izrađena u vojno-partizanskoj tehničkoj radionici u Crnoj Lokvi u Petrovoj gori. Gotovo sve posuđe laboratorije, u kojoj su se radile

⁴⁸⁾ Centralna apoteka 4. korpusa bila je ustvari apoteka-skladište i služila je za snabdevanje sanitetskim materijalom jedinica 7, 8. i 13. divizije, Unske operativne grupe, bolnica koje su bile na snabdevanju pri korpusu, pa i civilnog stanovništva.

različite sterilne otopine (kofeina, novokaina, glikoze, morfijuma, kamfora itd.) bilo je izrađeno u posebnoj sanitetsko-tehničkoj radionici koja je bila pod upravom Centralne apoteke (prese za tinkturu, mašine za rezanje droga, tarionice različite veličine itd.). Radionica je izrađivala i različite vrste udloga (Kramerove, Diteriksove, Tomasove) i nosila za sklapanje. Apoteka je rukovođila i tkaonicom zavoja koja je izrađivala prve i druge zavoje odličnog kvaliteta, a povremeno i gazu.

Kao što smo rekli u pogledu smeštaja bolnica tako i smeštaj apoteka može biti različit u odnosu na činjenicu da li se radi o slobodnoj teritoriji ili teritoriji koju kontroliše neprijatelj. U ovom poslednjem slučaju razumljivo dolazi u obzir jedino konspirativni smeštaj, pa je tako i u toku NOR-a izvestan broj apoteka bio ovog tipa. Tako na primer, konspirativna terenska apoteka »Plaz« nalazi se u Debencu (Blatni klanec) u trouglu Novo Mesto — Trebnje — Mokronog. Imala je četiri bunkera, od kojih dva za materijal, jedan kao oficinu sa najpotrebnijim utenzilijama, stalažama itd, i jedan za stanovanje osoblja. Apoteka »Planjava« bila je smeštena u bunkeru iskopanom ispod jedne štale u Bačnom Polju. Čim bi se saznalo da se neprijatelj kreće u blizini uveli bi u štalu konja koji bi izgazio zemlju, ostavio izmet itd. i na taj način otklonio sumnju. Nemci su jednom prilikom držali tri dana konje u toj štali a nisu otkrili apoteku. Radilo se, razumljivo, pod vrlo teškim uslovima. U apoteku se ulazilo samo noću, da se ne bi dekonspirisala, a osoblje je stanovalo u s. Prezid oko 3 km daleko. Mada je selo bilo partizansko (u njemu se nalazila i javka za predaju ranjenika obližnjoj konspirativnoj bolnici (SVPB — S), morale su se preduzeti sve mere predostrožnosti da ne bi često kretanje partizana izazivalo sumnju. Izdavao se uglavnom samo gotov materijal. Ako je trebalo da se nešto pripremi po receptu, tada se jedne noći uzimalo sve potrebno iz apoteke, nosilo u Prezid, izradilo zatim sledeće noći vraćalo u apoteku. U dva-tri maha ova se apoteka selila. Jedno vreme bila je u školi u s. Čabar. U jednoj sobi bio je podignut pod, iskopan dubok bunker, stavljeni balvani pokriveni daskama, na to nabacan debeo

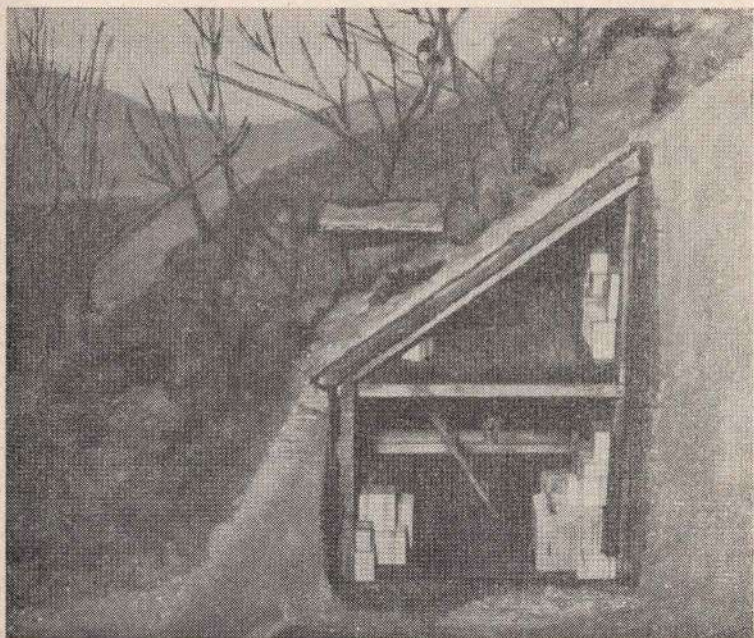
sloj zemlje i zatim ponovo pod stavljen na staro mesto. U Slavskom Lazu na Kupi bila je opet smeštena u štali, u kojoj su jasje bile pomerene unapred za oko 3 m i iza njih napravljen novi zid, iza koga se nalazila apoteka. I ovde je neprijatelj držao dva dana konje da nije ništa primetio.



Sl. 58 — Konspirativna podzemna oficina apoteke „Plaz“ (maketa)

Terenska apoteka »Nanos«, ustvari relejna apoteka — odeljak apoteke »Planjava«, bila je najistaknutija prema neprijatelju, nalazila se u s. Vatovlje u Sl. Brkinama. Oko apoteke nalazio se samo niski šiprag u kome je osoblje za vreme neprijateljskih akcija moralo po ne-

koliko dana ležati, da ih neprijatelj ne bi otkrio. Materijal je dopreman iz Trsta nesmetano kolima, a od apoteke takođe kolima sa senom ili đubretom. Pored seljaka materijal je pratio i kurir u »civilu« sa pištoljem i bombom. Docnije, kada je na cesti bila pojačana kontrola nosile su ga uglavnom omladinke.



Sl. 59 — Podzemno skladište za sanitetski materijal — apoteka „Plaz“ (maketa)

Terenska apoteka »Bober« bila je jedina nekonspirativna apoteka pošto se nalazila u centru slobodne teritorije. Materijal je dobijala preko terenskih apoteka »Nanos« i »Planjava«, i avionima od saveznika. U samoj zgradi je za svaki slučaj bio iskopan bunker u podrumu u koji se ulazilo iz recepture. Ovaj bunker služio je za

smeštaj materijala u slučaju hitne potrebe — iznenađenja. Pored ovoga bila su izgrađena, na priličnoj udaljenosti od apoteke, još dva bunkera.



Sl. 60 — Sanitetsko skladište postojanke Jelen žljeb juna 1943. god.

Terenska konspirativna apoteka »Granit« bila je centralna apoteka za postojanke i borbene jedinice sektora P—2. Sa velikim teškoćama bili su uspostavljeni kanali za nabavku materijala, pri čemu je konspiraciji bila posvećena velika pažnja, kako se ne bi moglo na osnovu nespretnog prikupljanja materijala zaključiti da negde u blizini ima partizanska bolnica. Postojale su posebne apotekarske javke, menjana su imena, puštani lažni glasovi itd. Materijal je nabavljan iz Maribora i Ptuja te su bile prikupljene ogromne količine.

Iako su partizanske apoteke u najvećem broju slučajeva istovremeno i skladišta sanitetskog materijala, zbog čega bi bolje odgovarao naziv apoteka-skladište, ipak da bi se obezbedilo što urednije snabdevanje sanitetskim materijalom, a sam materijal bio što bolje obezbeđen, sve rezerve u sanitetskom materijalu i lekovima sklanjaju se u posebna tajna skloništa, poznata samo vrlo uskom krugu lica. Skloništa se stvaraju na mestima gde ih neprijatelj ne može otkriti, a njihov raspored treba da je

takav da se mogu iskoristiti i za vreme manevrisanja po terenu. Pri uzimanju materijala is skloništa i pri njegovom popunjavanju treba najstrože voditi računa da se očuva tajna skloništa. U toku neprijateljskih ofanziva, da bi se jedinice što više rasteretile, dolazi u obzir i privremeno sklanjanje — zakopavanje sanitetskog materijala na pogodnim mestima.

Organizacija sanitetskog snabdevanja u toku NOR-a prošla je kroz izvestan razvojni put koji je odgovarao razvitku samih jedinica, a i drugim okolnostima (prilivu farmaceutskih kadrova sa okupirane teritorije, mogućnosti stvaranja izvesnih profila ovih kadrova u partizanskim uslovima itd.).

U početku NOR-a, s obzirom na relativno manje gubitke ljudstva a i nedostatak stručnih farmaceutskih kadrova, nije se ukazivala potreba za posebno organizovanom službom sanitetskog snabdevanja. Nabavku sanitetskog materijala, njegovu raspodelu i slično vršili su lekari odnosno drugi sanitetski kadrovi. Kao što se vidi iz već pomenutog prvog biltena snabdevanje jedinica i ustanova sanitetskim materijalom briga je i komandi jedinica tj. vojnopolitičkog rukovodstva a ne samo sanitetskih kadrova. Docnije, formiranjem većih jedinica, brigada i divizija, menja se i organizaciona struktura sanitetske službe u celini pa i farmaceutske grane. Tako »Statut sanitetske službe« predviđa ne samo sanitetsku opremu kojom treba da raspolažu četa, bataljon i brigada, već u diviziji pominje potrebu formiranja divizijske apoteke na čelu sa farmaceutom ili farmaceutskim pomoćnikom. Apoteka ima zadatak da snabdeva potčinjene jedinice sanitetskim materijalom, da nosi rezervu sanitetskog materijala, i da vrši njegovu evakuaciju iz oslobođenih mesta. Za nošenje materijala apoteka treba da ima dva konja sa četiri sanduka.

Predviđena oprema, iako skromna po količini i asortimanu, omogućavala je s jedne strane izvršavanje zadatka sanitetske službe u odnosu na ukazivanje medicinske pomoći i lečenje ranjenika i bolesnika, a sa druge bila je prilagođena uslovima u kojima su se odvijala borbena

dejstva, tako da maksimalna pokretljivost jedinica nije bila dovedena u pitanje.

Kada je u toku 1943. godine došlo do formiranja većeg broja korpusa bio je u sanitetskom odseku korpusa predviđen i poseban referent za apotekarstvo koji je imao zadatak da vodi brigu o pravilnoj raspodeli sanitetskog



Sl. 61 — Konspirativno sklonište sanitetskog materijala apoteke „Planjava“ (maketa)

materijala, obuci i rasporedu farmaceutskih kadrova, kontroli rada divizijskih apoteka itd.

Uporedo sa ovim razvijala se i farmaceutska služba »pozadine« tako da su u najvećem broju teritorijalnih bolnica postojale apoteke za potrebe samih bolnica, jedinica koje su bile na njih upućene a delom i civilnog stanovništva. Na sličan način bile su formirane apoteke i sanitetska skladišta područja.

Mada je u toku NOR-a bilo i teških momenata, zbog većeg broja ranjenika i bolesnika uz istovremenu nestašicu sanitetskog materijala,⁴⁹⁾ naročito u toku neprijateljskih ofanziva kada je češće dolazilo i do gubljenja materijala, moglo bi se reći da je u celini uzev sanitetsko snabdevanje bilo zadovoljavajuće, tako da je bilo omogućeno ukazivanje odgovarajuće medicinske pomoći najvećem broju ranjenika i bolesnika.

⁴⁹⁾ . . . „trpimo oskudicu, zavojnog materijala kao nikada do sada za čitavo vreme rata. Ta oskudica je upravo strašna. Ima čitavih grupa ranjenika koji nisu mogli da budu previjeni 5—6 dana zbog nemanja zavojnog materijala.“ Iz izveštaja šefa Sanitetskog odseka Vrhovnog štaba od 11. II 1943. godine o kretanju bolnica.

ORGANIZACIJA TERITORIJALNE SANITETSKE SLUŽBE

„Hiljade i hiljade boraca spašeno je pod najtežim okolnostima od sigurne smrti i vraćeno u borbene redove, blagodareći heroizmu i naporima lekara i sanitetskog osoblja. Bez najnužnijih hirurških instrumenata, lekova i zavoja — lekari su morali sami pronalaziti razne mogućnosti i sredstva da spasavaju ranjene borce od smrti.

Neka bogato iskustvo naših vojnih lekara, stečeno u ovom ratu, posluži ne samo za ratnu medicinu, nego u prvom redu za našu narodnu zdravstvenu službu“

TITO

Da bi se održalo na visini zdravstveno stanje u jedinicama operativne armije neophodno je, pored ostalog, i preduzimanje izvesnih mera u njihovoj pozadini. Pri tome se prvenstveno misli na one mere koje se odnose na profilaksu i suzbijanje raznih zaraza. S jedne strane, ove mere se preduzimaju u cilju sprečavanja unošenja ovih zaraza u jedinice, a s druge, da bi se sprečilo njihovo prenošenje iz jedinica u pozadinu, do čega može doći prilikom prolaska jedinica ili njihovog zadržavanja u naseljenim mestima i slično. U stvari protivepidemijsko obezbeđenje ljudstva jedinica ne može se ni zamisliti bez sprovođenja odgovarajućih mera u njihovoj pozadini. Odatle i potreba postojanja posebno organizovane zdravstvene službe pozadine. Kada se radi o operativnoj armiji ove zadatke preuzima na sebe uglavnom civilna zdravstvena služba.

Mada kod borbenih dejstava u partizanskim uslovima nema pozadine koja bi odgovarala onoj u operativnoj armiji, pogrešno bi bilo smatrati da ne postoje organizacione forme koje omogućavaju izvršavanje zadataka koji, u odnosu na operativnu armiju, ulaze u delokrug rada civilne zdravstvene službe. Načelno te zadatke može preuzeti posebno organizovana sanitetska služba bilo na slobodnoj ili okupiranoj teritoriji — teritorijalna sanitetska služba. Prema tome, ako dođe do stvaranja manje ili veće slobodne teritorije, tada organizovanje posebne zdravstvene službe na ovoj prostorijski znatno olakšava izvršavanje zadataka koji se postavljaju pred sanitetsku službu partizanskih jedinica. Treba, međutim, ovde odmah istaći da u izvesnom smislu »pozadinu« partizanskih jedinica predstavlja i okupirana teritorija, sa koje se često vrši dotur raznih materijalnih sredstava ili, istina samo u manjim razmerama, vrši isto tako i zbrinjavanje ranjenika i bolesnika i slično. U krajnjoj liniji, izvršavanje svih ovih zadataka, bilo da se oni odnose na sanitetsku službu partizanskih jedinica ili teritorijalnu sanitetsku službu, vodi jednom zajedničkom cilju — čuvanju žive sile i njene borbene gotovosti, ali su različiti putevi kojima se to postiže.

Potreba postojanja posebno organizovane teritorijalne sanitetske službe i njenog povezivanja sa sanitetskom službom partizanskih jedinica bila je jasna rukovodstvu sanitetske službe još od početka NOR-a. Odmah posle oslobođenja pojedinih mesta, odnosno stvaranja slobodnih teritorija pristupilo se uporedo sa formiranjem vojno-pozadinskih organa i organa narodne vlasti (ukoliko već ranije nisu postojali) i organizovanju zdravstvene službe — sanitetskih organa pri komandama mesta (područja), zdravstvenih sekcija pri narodnooslobodilačkim odborima sela i gradova, otvaranju ambulanti, bolnica itd. Briga o zdravstvenom stanju civilnog stanovništva i higijensko-epidemiološka situacija na oslobođenoj teritoriji dolazila je naročito do izražaja po pitanju suzbijanja crevnih zaraza i pegavca, te uklanjanju higijenskih nedostataka po oslobođenim naseljima. Kolika se pažnja poklanjala ovom pitanju vidi se iz činjenica da je

već na Prvom kongresu partizanskih lekara u Bosanskom Petrovcu 1942. godine bio održan referat »Rad partizanskog lekara u narodu« koji je dao smernice za organizaciju civilne zdravstvene službe, dok je na lekarskom kongresu održanom februara 1944. godine u Glini, Topuskom i Slunju, kao prva tačka dnevnog reda bio osvrst na dotadašnji rad vojnog i civilnog saniteta u Hrvatskoj.

Među osnovnim zadacima koji su u toku NOR-a nametali potrebu organizovanja posebne teritorijalne sanitetske službe ističu se: sprovođenje higijensko-profilaktičkih i protivepidemijskih mera; pomaganje sanitetske službe partizanskih jedinica u pogledu zbrinjavanja ranjenika i bolesnika; nabavka sanitetskog materijala, lekova; lečenje i zbrinjavanje ranjenika i bolesnika iz redova civilnog stanovništva itd.

U skladu s tim u toku NOR-a može se govoriti o teritorijalnoj vojno-sanitetskoj službi i o civilnoj sanitetskoj službi. Odmah da naglasimo, teritorijalna sanitetska služba kakva je postojala u toku NOR-a predstavljala je integraciju vojno-sanitetske i civilne zdravstvene službe u najpunijem smislu te reči. One su maksimalno dopunjavale jedna drugu i uzajamno se pomagale u granicama mogućnosti. Ako ih u ovom našem izlaganju izdvajamo činimo to samo radi bolje preglednosti.

1. ORGANIZACIJA TERITORIJALNOG VOJNOG SANITETA

Zbog niza već navedenih zadataka koje može preuzeti na sebe dobro organizovana teritorijalna sanitetska služba jasno je da je sanitetska služba partizanskih jedinica i te kako zainteresovana da se što pre pristupi stvaranju prvenstveno teritorijalne vojno-sanitetske službe, a docnije i civilne sanitetske službe eventualno davanjem u tu svrhu i vlastitih sanitetskih kadrova, bar u početnoj fazi.

U toku NOR-a teritorijalna vojno-sanitetska služba bila je predstavljena uglavnom formiranjem posebnih sanitetskih organa pri komandama mesta, odnosno područja, a u docnijoj fazi, saobrazno stvaranju većih jedinica, kor-

pusa, i organizacijom posebne sanitetske službe korpusne vojne oblasti. U organizacionom pogledu komanda mesta je imala obično samo referenta saniteta, dok je komanda područja često imala za izvršenje ovih zadataka veći broj organa referenata saniteta (referent za bolnice u nekim područjima), pomoćnika referenta za kulturno-prosvetni i politički rad u bolnicama i drugim ustanovama, i sanitetskog intendanta. Na ovaj način bila je, na primer, organizovana sanitetska služba područja u Slavoniji.

Referent saniteta pri komandi područja održavao je vezu između bolnica i komande područja, naročito u pogledu njihove zaštite, evakuacije u slučaju neprijateljskog nadiranja, celishodnije ishrane. On rukovodi organizacijom i izgradnjom bolnica, ambulanata, kao i drugih vojnih i civilnih sanitetskih ustanova, organizacijom i kontrolom sprovođenja profilaktičkih i protivepidemijskih mera kod jedinica i ustanova pri komandi područja, a po potrebi i kod civilnog stanovništva, nabavkom i raspodelom sanitetskog materijala itd. Pored navedenog, njegov zadatak je i odgoj sanitetskih kadrova, organizacija lekarskih pregleda novomobilisanog ljudstva, vođenje evidencije lekara na teritoriji područja, zdravstveno prosvetovanje i slično. Smatralo se u početku da referent saniteta pri komandi područja ne mora biti lekar, jer su njegove dužnosti uglavnom organizacijske prirode i da se, prema tome, na te dužnosti mogu postaviti i druga lica. Svakako da je jedan od razloga koji je to nametao bio nedostatak lekara. Tako su jedno vreme za referente bili postavljeni raniji politički komesari bolnica, poneki intendant itd. Mada su oni bili razvili značajan organizacioni rad, nisu uspeli da steknu dovoljno autoriteta ni kod komandi područja, ni kod uprava bolnica, pošto su bili nestručna lica. Iz tih razloga docnije su na ove dužnosti bili postavljeni samo lekari. Sem toga nastojalo se da se ovaj kadar što bolje osposobi za vršenje svoje funkcionalne dužnosti putem različitih kurseva (tako je i viši sanitetski kurs pri Sanitetskom odseku Vrhovnog štaba, koji je trebalo da otpočne sa radom 10. novembra 1943. godine u Livnu, pored ostalog bio predviđen i za obrazo-

vanje referenta saniteta pri komandama područja i komandama mesta).

Pomoćnik referenta saniteta stara se za političku izgradnju ranjenika i bolesnika, sanitetskog i drugog osoblja na radu pri bolnicama i drugim sanitetskim ustanovama. On se brine za održavanje različitih predavanja, konferencija, političkih kurseva. Rukovodi radom političkih komesara bolnica i drugih sanitetskih ustanova i ostvaruje idejno jedinstvo teritorijalnih ustanova sa jedinicama.

Sanitetski intendant organizuje snabdevanje sanitetskih ustanova, prvenstveno bolnica, materijalnim sredstvima potrebnim za život i rad, nastojeći da njihovo snabdevanje obezbedi iz intendanture područja, kako bi ustanove što manje zavisile od dobrovoljnih prinosa stanovništva, odnosno drugih izvora snabdevanja. On kontroliše rad bolničkih intendantura.

Zadaci teritorijalne vojno-sanitetske službe korpusne vojne oblasti, komande područja i komande mesta mogu se videti iz sledećih nacрта koje je izradio Sanitetski odsek Vrhovnog štaba početkom 1944. godine:

Sanitetski odsek Korpusne vojne oblasti

Na čelu odseka stoji šef. Njegove su zadaće:

a) da organizira prostoriju korpusne vojne oblasti (KVO) kao sanitetsku bazu operativnih jedinica korpusa, preduzimajući lečenje njegovih ranjenika, popunjavajući njihove potrebe u materijalu i kadrovima;

b) predlaže, u sporazumu sa načelnikom SOK-a, svome vojnom pretpostavljenom raspored bolnica, stručno kontrolira i objedinjuje njihov rad;

c) postavlja sanitetsko slagalište i radionice;

d) organizuje sanitetske kurseve i škole po svim sanitetskim ustanovama. Stara se da ima na raspolaganju stalnu rezervu sanitetskog osoblja za popunu operativnih jedinica;

e) organizuje, uz pomoć korpusnog epidemiologa, dezinfekcione stanice po svim centrima i komunikacionim čvorovima KVO;

f) izvodi transport ranjenika od bojišne zone do bolnice KVO:

g) koordinira vojnu zdravstvenu službu sa službom civilnog saniteta;

h) rukovodi sa referentima saniteta područja.

U cilju izvršavanja ovih zadataka šefu Sanitetskog odseka Korpusne vojne oblasti pridodaju se:

1. Rukovodilac sanitetskog slagališta.

2. Tehnička četa.

3. Lekari — nastavnici i konsultanti prema potrebama i mogućnostima.

Zadaće rukovodioca sanitetskog slagališta KVO:

a) rukuje sanitetskim slagalištem, stara se o čuvanju i obezbeđenju sanitetskog materijala, snabdevajući sve operativne jedinice i bolnice (KVO) njihovim potrebama;

b) stara se o popuni slagališta organizujući proizvodnju zavoja, udlaga, nosila, ekstenzionih šina, ortopedskih aparata i svih ostalih sanitetsko-tehničkih potreba;

c) sprovodi stručnu obuku iz vojnog apotekarstva.

Sastav i zadaće tehničke čete:

a) dezinfektorski vod: izgrađuje dezstanice, kupatila i sveukupne asanacione radove na mestima naročito ugroženim od zaraznih bolesti;

b) minerski vod: izgrađuje skloništa za materijal i ranjenike;

c) zanatski vod: postavlja radionice za izradu svih gore navedenih sanitetsko-tehničkih potreba.

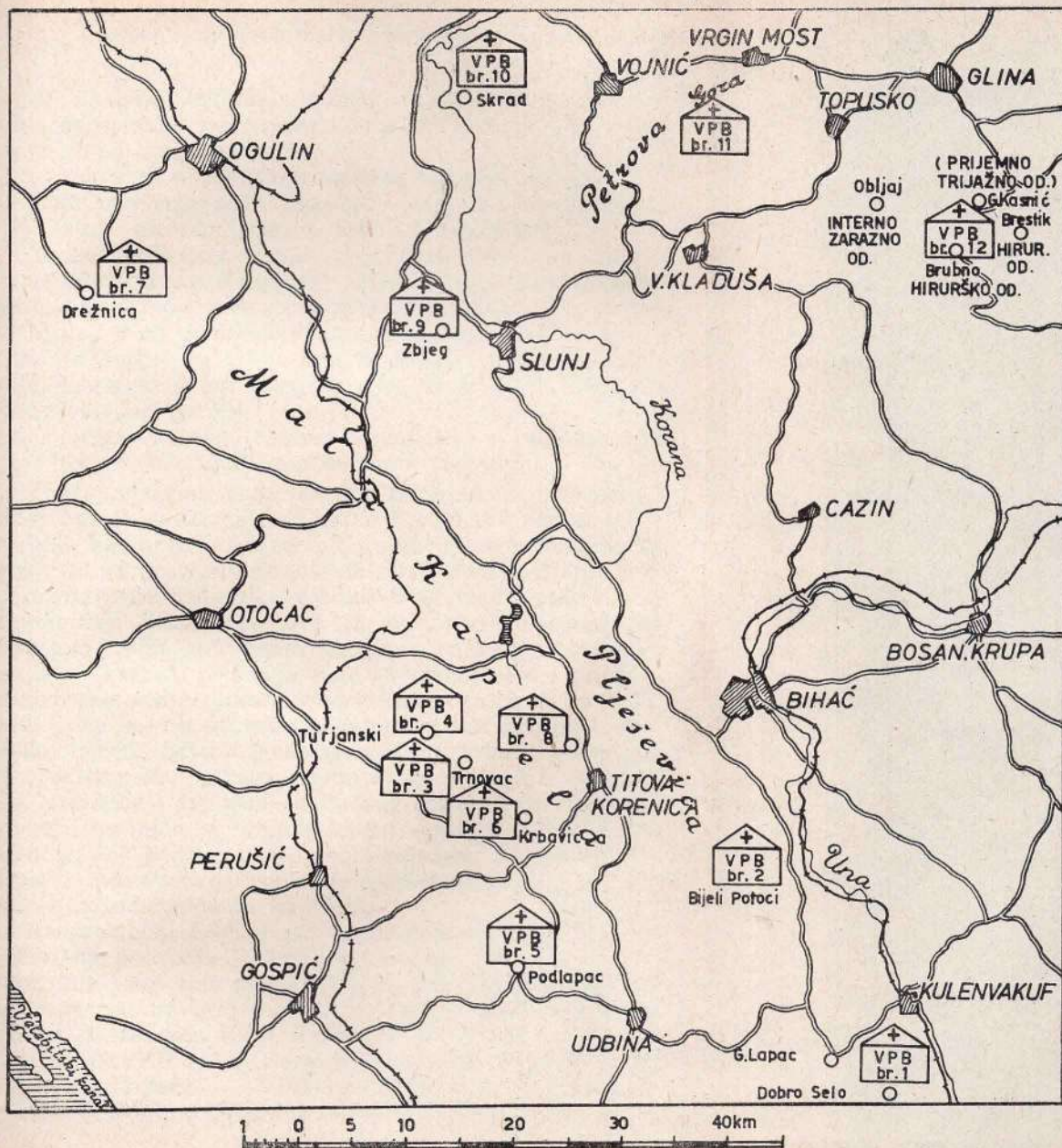
Referent saniteta područja je stručni organ komande područja. Njegove su zadaće:

a) izgrađuje, održava u ispravnosti i kontrolira rad dezinfekcionih stanica, podnosi izveštaje o njihovom funkcionisanju;

b) organizuje higijenu po svim centrima (higijenska konačišta za veće vojne jedinice, za prolaznike, higijenske prolazne kuhinje, javne nužnike itd.);

c) obaveštava o kretanju zaraznih bolesti i preduzima mere protiv njih;

Teritorijalne bolnice glavnog štaba Hrvatske na prostori Lika, Kordun i Banija polovinom 1943. godine



Skica 12.

d) ukazuje lekarsku pomoć osoblju i jedinicama stalno zaposlenim na terenu komande. U tu svrhu organizuje vojne ambulante;

e) rukovodi referentima saniteta komandi mesta.

Radi izvršenja ovih zadataka referentu saniteta područja stoji na raspolaganju desetina dezinfektora.

Zadaće referenta saniteta komande mesta:

a) stara se za higijenski smeštaj jedinica komande mesta, a naročito kurira i prolaznih partizana;

b) rukovodi dezinfekcionom stanicom.

U tu svrhu dodeljuje mu se stalna ekipa za rukovanje dezinfekcionom stanicom (vruća komora, kupatilo i dezinfekciona burad);

c) izveštava svoga referenta područja o radu dezstanica i higijenskim prilikama na svom terenu.

Značaj posebno organizovane teritorijalne sanitetske službe ogleda se najbolje u tome što su pri komandama područja bile formirane mnogobrojne bolnice, ambulante i apoteke, zdravstvene škole i slično. Na teritorijama gde je zbrinjavanje ranjenika i bolesnika vršeno pretežno u stacionarnim bolnicama, ove su bile pod neposrednom kontrolom, odnosno rukovođenjem vojno-teritorijalnih organa — komadi područja koje su ih najčešće i gradile, i snabdevale materijalnim sredstvima potrebnim za život i rad. Tako su, na primer, polovinom 1943. godine u Hrvatskoj između ostalih postojale sledeće bolnice područja: vojnopartizanska bolnica psunjskog područja, bilogorskog, požeškog i papučko-krndijskog područja (u diljskom području postojao je samo referent saniteta pri komandi područja, dok područje nije imalo bolnicu). Komande kalničkog i moslavačkog područja rukovode svaka po jednom vojnopartizanskom bolnicom.

Na prostoriji Lika, Kordun i Banija koja je bila podeljena na područja (ličko broj 1, ličko broj 2, kordunaško, banijsko) bilo je ukupno 12 bolnica koje su bile obeležene rednim brojevima i to: Bolnica Dobro Selo — VPB br. 1, Bolnica Bijeli Potoci — VPB br. 2, Bolnica Trnovac — VPB br. 3, Bolnica Turjanski — VPB br. 4, Bolnica Podlapača — VPB br. 5, Bolnica Krbavica — VPB br. 6, Bolnica Drežnica — VPB br. 7, Bolnica Vrelo

— VPB br. 8, Bolnica Zbijeg — VPB br. 9, Bolnica Skrad — VPB br. 10, Bolnica Petrova gora — VPB br. 11, i Bolnica Banija koja se ustvari sastojala iz prijemno-trijažnog odeljenja u Klasniću, kirurškog odeljenja u Brestiku i Brubnu i zarazno-internog u Obljaju — VPB br. 12.

U Sremu su bila tri područja: sremsko-mitrovačko, rumsko i vinkovačko. Svako područje imalo je pored referenta saniteta i po jednu bolnicu. Vojna oblast IV korpusa imala je početkom maja 1944. godine sledeća područja: I banijsko, II kordunsko, III žumberačko, IV bihaćko, V karlovačko i V pokupsko-turopoljsko, dok su na teritoriji ove oblasti postojale u drugoj polovini 1944. godine sledeće bolnice područja: na Kordunu oblasna bolnica sa ukupno 9 odeljenja razmeštenih u različitim mestima, područna VB IV/2, VB IV/3, VB IV/4 i VB IV/5. Slična je situacija bila i u drugim krajevima.

U severozapadnoj Bosni od juna 1942. godine pa do kraja rata funkcionisala su područja: podgrmečko, kozaračko i drvarsko. Teritorijalne bolnice na toj prostoriji pripadale su područjima. Komanda birčanskog područja u istočnoj Bosni imala je svoju bolnicu u Šekovićima itd.

Izgradnja bolnica vršena je planski tako da se nastojalo da se stvori što gušća bolnička mreža koja bi pokrivala celu teritoriju jedne komande područja, kako bi se na taj način omogućilo zbrinjavanje ranjenika i bolesnika bez obzira na pravac odvijanja borbenih dejstava. Uprava vojno-partizanske bolnice, čija su se pojedina odeljenja nalazila na teritoriji celog područja, bila je u sedištu komande područja, tako da je upravnik bolnice mogao istovremeno biti i referent saniteta područja. U Slavoniji pri komandama područja postojali su posebni tehnički referenti čiji je glavni zadatak bio izgradnja bolnica i podzemnih skloništa za sklanjanje ranjenika i bolesnika u toku neprijateljskih ofanziva.

Zbog poteškoća u nabavci izvesnog materijala za gradnju bolnica, ambulanti i drugih ustanova, komande područja su preduzimale posebne mere za njegovo sklanjanje u slučaju neprijateljske ofanzive. Tako je bilo naređeno skidanje prozora, vrata, crepa i sklanjanje ovih u posebno iskopana podzemna skloništa ili skrivanje na

više mesta, daleko od zgrada sa kojih su skinuti, kako ne bi pali neprijatelju u ruke. Nakon neprijateljske ofanzive komande područja kontrolisale su stanje na svojoj teritoriji i pozivale na odgovornost krivca, ako bi šta od materijala propalo.

Pored bolnica pojedine komande područja organizovale su i ambulante za smeštaj i lečenje lakih ranjenika i bolesnika, kako bi se na taj način rasteretile bolnice. Referent saniteta II operativne zone Hrvatske u svom izveštaju Glavnom štabu Hrvatske od 21. decembra 1942. godine navodi da namerava formirati ovakve ambulante po svim kamandama mesta i seoskim stražama, tj. ukupno oko 20 ambulanti za dva potčinjena područja. U pojedinim ambulantama nalazilo se i po 50 do 150 ranjenika i bolesnika, tako da su u cilju što boljeg rukovođenja stručnim i političkim radom one imale proširenu upravu koja se sastojala od upravnika (bolničara viših kvalifikacija), koji je rukovodio radom ambulante pod povremenim nadzorom najbližeg lekara bolnice, i političkog delegata, koji zajedno sa upravnikom učestvuje u rukovođenju ambulantom, posebno rukovodi političkim i kulturno-prosvetnim radom, a brine se i za ishranu i snabdevanje materijalnim sredstvima potrebnim za pravilan rad ambulante.

Sticajem okolnosti ambulante su često morale da za državaju ne samo lakše, već i teže ranjenike, čija je pokretljivost bila smanjena u manjoj ili većoj meri. Iz navedenih razloga ambulante su često imale u stvari karakter manjih bolnica tako da su morale da preduzimaju različite mere u pogledu sigurnosti ranjenika i bolesnika u slučaju neprijateljskih ofanziva. Tako se, na primer, u izveštaju Sanitetskog odseka komande bilogorskog područja od 3. VI 1943. godine navodi da je uz ambulantu br. 4 iskopan i bunker u koji može da stane do 20 drugova, i da ambulanta raspolaže specijalnom grupom od 20 drugova, koji imaju zadatak da kopaju podzemna skloništa (bunkere). Bilo je i posebnih organizacionih formi ovih ambulanti u kojima je objedinjeno izvršavanje različitih zadataka, tj. i po grani lečenja, higijensko-epidemiološkoj grani i sanitetskom snabdevanju. Takvu jednu

formu predstavljala je tzv. zdravstvena stanica. Formiranje ovih stanica došlo je do izražaja naročito u Slavoniji. One su ukazivale medicinsku pomoć, smestale lake ranjenike i bolesnike, upućivale teže u bolnice, vakcinisale prolazeće ljudstvo, pa i civilno stanovništvo (protiv trbušnog tifusa i pegavca), kupale i depedikulisale prolazeće ljudstvo. Stanice su raspolagale, pored ostalog, kupatilima i dezaparatomima bilo kojeg tipa, od partizanskog bureta do suvih komora, a njima je rukovalo lice koje je bilo osposobljeno za tu dužnost na posebnim kursevima (bolničari — higijeničari) uz stručni nadzor lekara obližnje bolnice, odakle se stanica i snabdevala sanitetskim materijalom i lekovima. Ove stanice su se obično nalazile u blizini komande područja ili različitih radionica ili slagališta.

Pomoć koju je ukazivala teritorijalna vojno-sanitetska služba sanitetskoj službi partizanskih jedinica ogledala se ne samo u prihvatanju i lečenju ranjenika i bolesnika partizanskih jedinica u teritorijalnim bolnicama, već i u njihovom preuzimanju i sklanjanju u podzemna skloništa, naročito uoči ili u toku neprijateljskih ofanziva kada su teški i nepokretni ranjenici predstavljali veliki problem za jedinice, smanjujući njihovu manevarsku sposobnost. U tom su cilju ponekad već unapred na pravcima mogućih pokreta u toku neprijateljske ofanzive kopana podzemna skloništa. Naime, na teritoriji svake komande područja postojao je izvestan broj stanica za snabdevanje jedinica artiklima hrane za vreme neprijateljske ofanzive. Uz ove stanice kopana su i podzemna skloništa za sklanjanje ranjenika i bolesnika u toku same ofanzive, pošto su u takvoj situaciji bolnička skloništa obično bila već zatvorena. Uprave bolnica — područja bile su dužne da kontrolišu ispravnost ovih skloništa i da ih snabdevaju potrebnim količinama lekova i drugog sanitetskog materijala.

Mada bi se slobodno moglo reći da je najveći deo zadataka teritorijalne vojno-sanitetske službe otpadao na zbrinjavanje ranjenika i bolesnika, naročito u onim krajevima gde je pretežan deo ovih bio lečen u teritorijalnim bolnicama (Slavonija, Slovenija, Hrvatska), ipak ne

treba zaboraviti ni njen udeo u odnosu na higijensko-epidemiološku granu sanitetske službe.

S obzirom na blizak kontakt ljudstva partizanskih jedinica sa stanovništvom, i opasnost koju on predstavlja za zdravstveno stanje u jedinicama, razumljivo je da je često težište rada teritorijalne vojno-sanitetske službe bilo usmereno upravo na preduzimanje različitih preventivnih i protivepidemioloških mera: izgradnju dezstanica, kupatila, suvih komora. To se vidi iz mnogih podataka. Tako se u izveštaju šefa sanitetskog odseka 4. korpusa od 30. jula 1944. godine pored ostalog navodi:

„Što se pozadinskog saniteta i higijene tiče postoji djelomičan uspjeh. U Baniji postoje izgrađene dezinfekcione stanice u Brnjeuškoj, Mačkovom Selu, Komogovini i Kotaranima. Na Kordunu izgrađena je suha komora i tuševi kod komande kordunskog područja, zatim dezstanice u Vreloj Utinji, zatim u Slunju i Topuskom. U izgradnji su dvije velike dezstanice u Veljunu i Čičinom Mostu. Sada se grade kod odeljenja A oblasne bolnice na potoku ispred bolnice, tuševi. U bihaćkom području postoji jedna dezstanica u Maloj Kladuši. U žumberačkom, karlovačkom i turo-polskom području nema dezstanica. Uz svaku raskužnu stanicu nalazi se jedan dezinfektor“.

Ovaj rad nije bio ograničen samo na ljudstvo pozadinskih jedinica i ustanova. U okviru tih mera vršena je, po potrebi u saradnji sa civilnim sanitetom, i vakcinacija civilnog stanovništva protiv različitih zaraza, a naročito trbušnog tifusa, depedikulacija, zdravstvena propaganda (javna predavanja, leci). Ako bi zapretila opasnost od pojave neke zaraze organizovane su bile »udarne nedelje čistoće« itd.

Da bi se olakšalo izvođenje izvesnih higijensko-epidemioloških mera u partizanskim jedinicama, na primer, depedikulacija Vojna oblast 7. korpusa bila je naredila septembra 1944. godine Komandi dolensskog vojnog područja da na teritoriji koju kontroliše neprijatelj, u određenim kućama (čije nazive po tom naređenju treba dostaviti sanitetskom odseku 15. divizije) drži u pripremi partizansku burad, sakrivajući ih tako da ih neprijatelj ne bi pronašao i uništio.

Predviđajući da će krajem rata, zbog pokreta velikih masa ljudi, povratka interniraca i sličnog doći do pojave zaraza u većoj meri Vojna oblast 7. korpusa naređuje još u maju 1944. godine formiranje tzv »izolirnica« koje treba da formiraju komande područja u svim većim mestima za smeštaj zaraznih bolesnika. One moraju biti smeštene van naselja, u školama, župnim domovima, većim zgradama za stanovanje. Ukoliko su u naselju, one moraju biti odvojene vrtovima, ogradama itd. od okoline, imati vlastite vodne objekte i drugo potrebno da se onemogući dalje širenje zaraze. Svi pojedinci ili grupe koje su se morale zbog evidencije i prehrane javljati komandama mesta ili područja bili su upućivani na najbližu depedikulacionu i stanicu za lečenje šuge (antiskabičnu stanicu) gde su dobijali potvrdu o izvršenoj depedikulaciji, koju su morali pokazati na sledećoj etapi puta.

Teritorijalna vojno-sanitetska služba imala je zadataka i iz oblasti sanitetskog snabdevanja. Tako su na primer, u cilju što pravilnijeg i ravnomernijeg snabdevanja sanitetskim materijalom i lekovima svih sanitetskih ustanova na teritoriji područja bile formirane tzv. centralne apoteke. One prikupljaju sav suvišan materijal iz pojedinih bolnica, po mogućnosti i same pripremaju izvesne lekove iz postojećih sirovina, te na osnovu primljenih trebovanja dostavljaju isti pojedinim bolnicama i ambulantama. Tako je na primer, juna 1943. godine, postojala u Korenici vojna apoteka br. 1, za snabdevanje bolnica i jedinica na sektoru ličkog područja; u Zbjegu vojna apoteka br. 2, za snabdevanje bolnica na Kordunu; u Drežnici br. 3, za snabdevanje bolnica i jedinica 5. operative zone; u Otočcu br. 4, za snabdevanje bolnica i jedinica koje su se nalazile na tom terenu. Radionice pri komandama područja izrađivale su najrazličitija materijalna sredstva za potrebe sanitetske službe počev od pojedinih instrumenata do apotekarskih vaga, destilacionih aparata i autoklava. Sa kakvim se zalaganjem pristupilo izvršenju i ovih zadataka vidi se, pored ostalog, i iz sledećeg. U jednom izveštaju sanitetskog odseka vojne oblasti 4. korpusa od 31. VIII 1944. godine navodi se da je apoteka pri područnoj vojnoj bolnici IV/2 smeštena u nove pro-

storije u Klasniću, dobro snabdevena i da je uspela da sakupi 800 kg sušenog lekovitog bilja, među njima droge valerijane, beladone, konvalarije, itd. od čega je polovina trebalo da bude ustupljena korpusnoj apoteci i ZAVNOH-u.

Izvesne zadatke preuzimala je na sebe teritorijalna vojno-sanitetska služba i u pogledu izgradnje sanitetskih kadrova. Da bi se izbeglo kampanjsko stvaranje sanitetskih kadrova na povremenim kursevima nastojalo se da se pri komandama područja formiraju stalne zdravstvene škole koje bi odgajale pomoćno medicinsko osoblje — uglavnom bolničare, ne samo za potrebe partizanskih jedinica i rukovodiocce ambulanti koje su formirale komande područja, već i kadar za potrebe civilnog saniteta (bolničare za ambulante, članove zdravstvenih sekcija, bolničarke za rad u dečjim domovima, obdaništima itd.). Uz zdravstvene škole su ponekad formirani i posebni kuvarski tečajevi.

2. ORGANIZACIJA CIVILNOG SANITETA

Pod organizacijom civilne sanitetske službe u ovom izlaganju podrazumevamo u stvari zdravstvenu službu relativno malih oslobođenih teritorija. U ovom slučaju često dolaze do izražaja i njene specifičnosti koje se ogledaju u nedostatku kadrova, slaboj materijalnoj opremljenosti, nemanju odgovarajućih zgrada za smeštaj sanitetskih ustanova itd. Prema tome, ovde dolaze u obzir uglavnom samo one organizacione forme koje mogu dati odgovarajuće rezultate u ovakvim okolnostima, tj. sa minimalnim sanitetskim kadrovima, ili čak i bez njih (umesto ovih se mogu upotrebiti lica sa manje ili više smisla za ovaj rad, koja se za isti mogu osposobiti i putem kratkotrajnih kurseva). Takvi organizacioni oblici su na primer, bili u toku NOR-a formiranje zdravstvenih sekcija (odbora) pri narodnooslobodilačkim odborima (NOO-ima), osnivanje ambulanti za pregled i lečenje civilnog stanovništva, eventualno i bolnica itd. Iz navedenih razloga jasno je da je i organizovanje i dalji razvitak ove službe išao manje-više paralelno sa razvojem organa narodne vlasti.

Pošto okupator često prepušta teritoriju koju drži samu sebi u pogledu zdravstvenog zbrinjavanja (vodeći o njoj računa jedino u slučaju kad su u pitanju pojave opasnih zaraza koje bi mogle ugroziti i njegove vlastite jedinice ili inače izazvati ozbiljnije poremećaje na njoj), to se prilikom oslobođenja ovakvih teritorija nailazi ili na potpuno odsustvo organizovane sanitetske službe ili na službu koja nije u stanju da odgovori zadacima koji se pred nju postavljaju u takvim trenucima. Iz navedenih razloga načelno u prvoj fazi i briga o lečenju civilnog stanovništva i preduzimanju različitih profilaktičkih i protivepidemijskih mera ulazi u isključivi domen vojno-partizanskog saniteta. Tek docnije, kada se uz istovremeno formiranje narodnih vlasti počnu prilike sređivati može se pristupiti i organizaciji civilne sanitetske službe. Razumljivo da je i ovo moguće ostvariti postupno počevši od najjednostavnijih organizacionih formi, uglavnom higijenskog i protivepidemijskog karaktera u formi zdravstvene propagande i slično, da bi se tek docnije prišlo sve savršenijim oblicima sa zadatkom prihvatanja i lečenja civilnog stanovništva. I organizaciju medicinske pomoći moguće je ostvariti prvobitno jedino uz pomoć vojno-partizanskog saniteta (vojno-partizanskih ambulanti i bolnica), a docnije i potpuno samostalno u posebnim, u tu svrhu formiranim sanitetskim ustanovama.

U toku NOR-a ovaj se proces u pojedinim našim krajevima odvija u različitim vremenskim periodima. U Slavoniji je na primer došla civilna sanitetska služba do izražaja tek početkom jeseni 1943. godine, nakon formiranja okružnih i oblasnih NOO-a kada i postaje samostalna⁵⁰⁾. Međutim, ona i dalje usko saraduje sa vojno-partizanskim sanitetom, pri čemu su naročito značajnu ulogu odigrali referenti saniteta pri komandama područja.

Pri organizovanju civilne sanitetske službe naročitu poteškoću predstavljaju teški životni uslovi širokih narodnih masa, razaranja koja neprijatelj ostavlja za sobom,

⁵⁰⁾ „Slavonski ranjenik“ u br. 3 od decembra 1943. godine raspisao je štaviše veliki nagradni natječaj između odeljenja VP bolnica za ukazivanje pomoći razvitku civilne zdravstvene službe.

nedostatak lekova i sanitetskog materijala itd. što sve pogoduje povećanju procenta razboljevanja (morbiditeta). Iz navedenih razloga treba pronaći, kao što smo već naveli, najpogodnije organizacione forme koje su u stanju da i u takvim uslovima mobilišu snage najširih narodnih masa. Jedna od ovih formi, koja je u toku NOR-a pokazala dobre rezultate, i na kojoj ćemo se mi uglavnom i zadržati, sastoji se u formiranju zdravstvenih sekcija pri NOO-ima.

Zdravstvene sekcije su pomoćni organi NOO-a za rad na zdravstvenom polju, kojima su i odgovorne za svoj rad. One predstavljaju vezu između vojno-partizanskog saniteta i narodnih vlasti, centre higijensko-prosvetnog i uopšte zdravstvenog rada na svom području. Program rada izrađuje se sporazumno sa NOO-om, koji je dužan da ukaže svu moguću pomoć, kome se i podnose izveštaji o postignutim rezultatima itd. Broj članova sekcija zavisi od više okolnosti: veličine naselja, njegove lokacije (raštrkanost, odnosno zbijenost naselja), mesnih prilika i potreba, zdravstveno-kulturnog nivoa stanovništva i slično. U sastav seoskih zdravstvenih sekcija u toku NOR-a ulazili su bar po jedan član NOO, predstavnici Antifašističkog fronta žena i omladine, jer je i težište na izvršavanju ovih zadataka bilo upravo na njima⁵¹). U sastav opštinskih i sreskih zdravstvenih sekcija ulazio je i predstavnik komande mesta. Svi civilni lekari sa odnosne teritorije ulaze kao savetodavni organi, a ukoliko ovih nema ovu dužnost preuzima na sebe najbliži vojno-partizanski lekar. Svakako u sekcije su birani najbolji i najagilniji ljudi, jer su oni bili ne samo zdravstveni, već i politički radnici koji treba da vlastitim primerom deluju. Uspeh je trebalo da se postigne ubeđivanjem narodnih masa, dok su kazne i prinudne mere bile svedene na najmanju meru. Zdravstvene sekcije su bile organizatori i vaspitači narodnih masa po pitanjima narodnog zdravlja, a ne neposredni izvršioци.

⁵¹) Sanitetski odsek Vrhovnog štaba i Zdravstveni odsek AVNOJ-a izradili su nacrt uputstava o formiranju i radu zdravstvenih sekcija.

Kako stanje u kome se nalazi najveći broj naseljenih mesta u takvim prilikama najčešće ne odgovara ni najosnovnijim zahtevima higijene, jedan od osnovnih zadataka zdravstvenih sekcija sastoji se u tome da se na njihovom području spreči pojava kakve opasnije zaraze. Pri tome se ne može tražiti od zdravstvene sekcije da tačno ustanovi prirodu same zaraze. Ukoliko ona samo i posumnja na njeno postojanje i blagovremeno izvesti o tome vojno-partizanski sanitet biće znatno olakšano sprečavanje njenog širenja. Zbog nedostatka organizovane zdravstvene službe, epidemije pegavca među civilnim stanovništvom na pojedinim prostorijama, po pravilu su, u toku NOR-a bile masovnije i sa većim procentom smrtnosti, nego što je to bio slučaj u partizanskim jedinicama. Isto tako mere koje su protiv ove zaraze bile preduzimane u jedinicama bile su neefikasne, ukoliko nisu preduzimane istovremeno odgovarajuće mere i od strane teritorijalne sanitetske službe.

Zadaci koji se postavljaju zdravstvenim sekcijama postižu se: zdravstvenim prosvetivanjem stanovništva, preduzimanjem mera da se poboljša higijena naselja, izradom javnih kupatila, dezstanica i partizanskih buradi, zatim davanjem uputstava i vođenjem posebnih akcija — »nedelje čistoće« itd. za vreme kojih se vrši asanacija vodnih objekata, pristupa izgradnji kućnih i javnih nužnika, vrši nadzor nad izradom i prodajom životnih namirnica, pristupa krečenju kuća.

Zdravstvene sekcije mogu pružati vojno-partizanskom sanitetu dragocene podatke o zdravstvenom stanju stanovništva odgovarajuće prostorije, odnosno o higijenskoepidemiološkoj situaciji na istoj. Ti podaci mogu obuhvatiti: brojno stanje lokalnog stanovništva, eventualno prisustvo izbeglica sa podacima o njihovom broju, poreklu, postojanju zaraznih oboljenja među njima, navodeći pri tome, ako ne dijagnozu, a ono bar najglavnije simptome, stanje vašljivosti, podatke o stambenim prilikama naselja, broju zgrada i stanju u kome se nalaze, naročito onih koje dolaze u obzir za smeštaj partizanskih jedinica i ustanova, da li u naselju ili okolini ima kupatila, dezaparata, kakva je voda za piće, mogućnosti u pogledu

ishrane, nabavke odela i obuće za ranjenike i bolesnike, o postojanju stočnih zaraza, posebno onih koje se mogu preneti i na ljude i slično.

Na ovaj način mogu se bar unekoliko popraviti higijenske prilike na određenoj prostoriji, što je od nemalog značaja za podizanje zdravstvene kulture civilnog stanovništva i smanjivanje uslova za pojavu neke opasnije zaraze.

Zdravstvene sekcije mogu se koristiti za organizovano prikupljanje, sušenje ili čuvanje lekovitog bilja, proizvodnju kreča (za krečenje kuća, za dezinfekciju) i slično.

Pod rukovodstvom i uz pomoć narodnih vlasti one mogu pristupiti, razumljivo uz postojanje odgovarajućih preduslova (kadrova, materijala, prostorija), i organizaciji ambulanata, apoteka i uopšte ustanova potrebnih za održavanje i čuvanje narodnog zdravlja, odnosno suzbijanju zaraznih bolesti.

Pružanje medicinske pomoći civilnom stanovništvu organizuje se u početku najčešće uz pomoć vojno-partizanskog saniteta. U tom cilju obližnje partizanske bolnice (ambulante) određuju sporazumno sa NOO-ima, koji treba prethodno da izvrše sve potrebne pripreme, vreme i mesto gde će lekari vršiti ambulantne preglede (na primer 1—2 puta nedeljno po 1 čas). Ovo naročito u slučaju kad se na dotičnoj prostoriji nalaze samo konspirativne bolnice. Teži bolesnici odnosno ranjenici mogu se ponekad u cilju lečenja uputiti i u partizanske bolnice. Svaki upravnik bolnice područja na teritoriji Slavonije imao je, na primer, tačno određeno mesto i vreme na kome je vršio pregled civilnog stanovništva. U tu svrhu su narodni odbori morali urediti prikladnu prostoriju u kojoj će se pregled vršiti, a lekaru osigurati prevozno sredstvo i hranu. O organizaciji ambulante i svemu ostalom u vezi sa njenim radom brinule su se najčešće zdravstvene sekcije NOO-a. U izveštaju referenta saniteta 3. operativne zone Hrvatske od 21. decembra 1942. godine, navodi se da do sada imaju organizovane svega 3 civilne ambulante — bolnice, koje su namenjene isključivo za potrebe civil-

nog stanovništva, ali da se neće forsirati dalje osnivanje ovih, dok se ne bude raspolagalo potrebnim iskustvima i dok se ne stvore odgovarajući kadrovi, zbog čega name-
ravaju da za potrebe civilnih ambulanti formiraju kur-
seve bolničara-higijeničara.

Komanda kalničkog područja sama je organizovala 1943. godine ambulantu snabdevenu najpotrebnijim leko-
vima i instrumentarijem u selu Veliki Poganac, gde su
se vršili pregledi vojnih i civilnih lica, dok su bolesnici
kojima je bilo potrebno bolničko lečenje bili upućivani
u bolnicu područja koja je raspolagala hirurškim, inter-
nim, zaraznim i rekonvalescentnim odeljenjem. I na te-
ritoriji vojne oblasti 4. korpusa bile su uspostavljene
krajem avgusta 1944. godine civilne ambulante u kojima
su lekari najbližih područnih bolnica lečili civilno sta-
novništvo i to na Baniji kod uprave bolnice, na Kordunu
u obližnjim selima kod »G« odeljenja, u Slunju, u Perni
kod »E« odeljenja i u Topuskom kod »F« odeljenja.

Civilna zdravstvena služba mogla je uvek računati
u slučaju potrebe na pomoć od strane teritorijalne sani-
tetske službe, posebno pri pojavi kakve zaraze. U izve-
štaju šefa sanitetskog odseka 6. korpusa NOVJ od 2. no-
vembra 1943. godine, navodi se da su data 4 lekara za
rad u zdravstvenim ekipama u cilju pojačanja civilne
sanitetske službe zbog pojave trbušnog tifusa i pe-
gavca itd.

Kako je problem lečenja bio sastavni deo opšte
zdravstvene politike, u toku NOR-a polazilo se od načela
da se medicinska pomoć ukazuje besplatno svima bez
razlike, tj. bez obzira na imovno stanje pojedinaca. Uko-
liko je izdavanje lekova bilo naplaćivano (za siromašnije
su plaćali narodni odbori, dok su imućniji to radili sami
za sebe) tada je ono vršeno sa ciljem da se ovaj novac
upotrebi za podizanje narodnog zdravlja. Na sastanku
održanom u partizanskoj bolnici Livno, avgusta 1942. go-
dine, na kome su prisustvovali predstavnici NOO-a Livno,
bolnice i saniteta 4. operativne zone zaključeno je da se
sav prihod, preko 2.000 dinara, koji je ostavljen za hitne
i manje izdatke, svakih 10 dana predaje u posebni »sani-

tetski fond« pri NOO-u u Livnu, kojim će raspolagati sanitetski odbor sastavljen od predstavnika NOO-a, civilnog i vojnog saniteta.

Sanitetsko snabdevanje vrši se prvobitno jedino iz apoteka, ambulanti i bolnica partizanskih jedinica i ustanova. U izveštaju šefa sanitetskog odseka GŠH od 27. juna 1943. godine izričito se navodi:

„Sve apoteke snabdevaće raspoloživim sanitetsko-apotekarskim materijalom, pored bolnica i vojnih jedinica i civilno pučanstvo, ukoliko za to bude mogućnosti“.

Mogućnost za otvaranje javnih apoteka ukazuje se tek oslobađanjem većih mesta (gradova) najčešće uz davanje potrebnih stručnih kadrova iz redova partizanskih jedinica, odnosno bolnica i apoteka.

Formiranje zdravstvenih sekcija pri NOO-ima, otvaranje bolnica i ambulanti za pregled i lečenje civilnog stanovništva i slično nisu bili jedini oblici brige o zdravstvenom stanju stanovništva. Tako su na primer, u Slavoniji referentima pri komandama područja još početkom 1943. godine bili dati zadaci osnivanja dečjih domova u koja su primana prvenstveno deca palih boraca u NOR-u, ili deca bez sredstava za život. Slično tome, pošto su komande područja bile posebno zadužene za zbrinjavanje invalida i rekonvalescenata, saradnja između vojnoteritorijalnog i civilnog saniteta ogleдалa se i po ovom pitanju. Za zbrinjavanje invalida su bili formirani posebni invalidski domovi koji su u pogledu smeštaja, ishrane i ostalog bili pod kompetencijom narodnih vlasti, dok su u pogledu lekarskog nadzora, pregleda i lečenja invalida bili potčinjeni najbližoj vojnoj bolnici.

Formiranjem posebnih organa teritorijalne sanitetske službe u toku NOR-a bio je znatno olakšan rad sanitetske službe jedinica. Pokazalo se da oni mogu na sebe preuzeti niz značajnih zadataka kao što su: izgradnja bolnica, ishrana ranjenika i bolesnika u istim, snabdevanje bolnica materijalnim sredstvima, politički i kulturni rad u

bolnicama, preduzimanje mera borbenog obezbeđenja ranjenika i bolesnika, sklanjanje ovih u podzemna skloništa u slučaju potrebe itd. Ovome treba dodati i brigu o izgradnji sanitetskih kadrova, organizaciju i rukovođenje civilnom sanitetskom službom do njenog osamostaljenja. Dobro organizovana teritorijalna sanitetska služba predstavljala je još jednu kariku u povezivanju stanovništva slobodne, kao i okupirane teritorije sa ciljevima narodnooslobodilačkog pokreta što je bilo od velikog značaja.

SANITETSKI KADROVI I NASTAVA

„Partizanski lekar mora da bude jednako spreman da amputira kao i da natovari konja i prenese teret“.

Gojko Nikoliš

U savremenom ratu često se oseća nedostatak sanitetskih kadrova s obzirom na velike gubitke ljudstva i, prema tome, na veoma uvećane zadatke koje sanitetska služba ima u zbrinjavanju ranjenika i bolesnika. Ovome treba dodati i gubitke u samom sanitetskom kadru. Stoga je i nedostajanje stručnog kadra pogotovo u partizanskom ratu potpuno razumljivo.⁵²⁾ S jačanjem oružane borbe i povećanjem broja jedinica uz istovremene gubitke u sanitetskom kadru jasno je da nedostajanje sanitetskog kadra još više dolazi do izražaja. Ono se može unekoliko otkloniti korišćenjem odanih stručnjaka sa teritorije koja se nalazi pod neprijateljskom kontrolom (prvenstveno lekara, farmaceuta, srednjemedicinskih kadrova), ali se na ovaj način može obezbediti medicinska pomoć samo za relativno mali, ograničeni broj ranjenika i bolesnika. Problem popunjavanja jedinica i ustanova potrebnim sanitetskim kadrovima može se uspešno rešiti jedino ili pridoaskom dobrovoljaca sa okupirane teritorije, eventualno i mobilisanjem sanitetskog kadra prilikom oslobo-

⁵²⁾ Nikoliš navodi na primer, da je na teritoriji Srbije, Crne Gore i Bosne bilo ukupno 30 lekara u redovima partizana kada je planuo ustanak u Jugoslaviji 1941.

denja pojedinih mesta, odnosno na drugi pogodan način koji dolazi u obzir u partizanskim uslovima (na primer, dobijanje sanitetskog kadra od savezničke ili vlastite operativne armije, ukoliko ova postoji). Izuzetno se mogu iskoristiti i zarobljenici iz redova sanitetskih kadrova uz odgovarajuće mere predostrožnosti. Nedostatak stručnih sanitetskih kadrova u partizanskom ratu može se unekoliko ublažiti ili pogodnim organizacionim merama ili izgradnjom novih odnosno usavršavanjem postojećih kadrova. Tako je na primer nedostatak hirurških kadrova u toku NOR-a bio ublažen formiranjem hirurških ekipa koje nisu bile vezane za jednu jedinicu, već su obezbeđivale hiruršku pomoć za veći broj jedinica. Na sličan način, jednom drugom organizacionom merom bio je taj problem delimično rešen u odnosu na bolnice, postavljanjem hirurga u centru bolničkog sistema, dok su obrađeni ranjenici bili smešteni u periferijski postavljenim ustanovama, gde su poveravani brizi lekara opšte prakse ili još češće srednjemedicinskih kadrova. Pored navedenog često je ipak potrebno pristupiti i stvaranju izvesnih profila sanitetskih kadrova putem odgovarajućeg školovanja. Svaka sanitetska ustanova, pa i svaki sanitetski radnik, posebno lekar u ovakvom slučaju mora da bude istovremeno i učitelj i odgajatelj novih kadrova. U našem narodnooslobodilačkom ratu vladalo je načelo »svaka sanitetska ustanova — sanitetska škola«. ⁵³⁾

Zadatak sanitetske službe u ovom pogledu sastojao se uglavnom:

1. u osnovnom školovanju kadrova za kojima se oseća najveća potreba a moguća je njihova izobrazba u parti-

⁵³⁾ Kolike je napore ulagala sanitetska služba da se ovo pitanje dobijanja kadrova što bolje reši i kakvi su uspesi u tome bili postignuti vidi se i iz podataka koje daje Beljakov u svojim sećanjima. Tako on navodi da je samo kroz sanitetsku školu 26. divizije, pri divizijskoj bolnici teško ranjenih, na otoku Visu 1943/44. g. prošlo preko 500 drugova i drugarica, dok je u toku celoga NOR-a kroz kurseve i škole koje je samo on organizovao prošlo oko 1.000 drugova i drugarica.

zanskim uslovima, tj. nižih i delimično srednjih medicinskih kadrova;

2. u usavršavanju postojećih kadrova — nižih, srednjih i viših.

1. SKOLOVANJE SANITETSKOG KADRA

Mada bi se u partizanskim uslovima mogla očekivati uglavnom izgradnja i osposobljavanje za rad nižih sanitetskih kadrova različitoga profila (bolničara, bolničar-higijeničara, dezinfektora), iskustvo je pokazalo da se s uspehom mogu izgraditi odnosno osposobiti za rad u velikoj meri i srednjemedicinski kadrovi (lekarski i farmaceutski pomoćnici, medicinske sestre-instrumentarke i slično). Ovo utoliko pre što se u docnijem praktičnom radu mogu uspešno popuniti praznine do kojih dolazi u njihovom teoretskom obrazovanju. Ima zadivljujućih primera u pogledu kvaliteta ovih kadrova izgrađenih u toku NOR-a (na primer, instrumentarke koje su radile u hirurškim ekipama).

S obzirom na kratak vremenski rok u kome je trebalo ljudstvo osposobiti za vršenje određenih funkcionalnih dužnosti, obraćala se posebna pažnja izboru kandidata, jer je pravilno izvršen izbor znatno olakšavao rad sa njima i otklanjao nedostatke do kojih je dolazilo zbog nedovoljne školske pripreme, nemanja udžbenika, sredstava za očiglednu nastavu i slično. Da bi se izbeglo to da na kurs budu upućeni ljudi koji bilo iz kog razloga ne bi odgovorili, pokazalo se kao najbolje da taj izbor vrši sama sanitetska služba, tj. njen predstavnik, rukovodilac nastave itd. Tako je na primer bio izvršen izbor kandidata za jedan od prvih naših sanitetskih kurseva koji je održan početkom 1942. u Foči. Kursisti su bili probrani među najboljim i najhrabrijim borcima Jahorinskog odreda, a izbor su izvršili lekari. Kurs je trajao dve nedelje, a nastavni program je obuhvatio prvu pomoć, sa praktičnim vežbama u bolnici, političku nastavu i analfabetski tečaj. Ako ima mogućnosti, što je ređi slučaj, poželjno je da se izvrši i izbor nastavnika, tj. odaberu ljudi koji, pored stručne spremlje i drugih kvaliteta, imaju i

smisla za taj poziv. Ukoliko se ne izvrši pravilan izbor ljudstva, tada se docnije često dolazi u situaciju da se kvalitet izgrađenih kadrova mora nadomestiti kvantitetom, što se povremeno događalo i u toku NOR-a.

U pogledu sistema školovanja bilo je više rešenja. Ponekad se polazilo od zahteva da se ljudstvu da prvenstveno opšte osnovno stručno obrazovanje, posle koga se ono raspoređuje na različite dužnosti, a zatim, nakon izvesnog vremena u toku koga se mogu proceniti osobine, lični kvalitet i sklonost za određene dužnosti, dopunskim školovanjem izgradi željeni profil. Druga mogućnost koja je dolazila u obzir sastojala se u tome da se odmah, tj. otpočetka, da odgovarajućim nastavnim programom potreban profil. To znači da je u prvom slučaju pri izradi nastavnih programa za izgrađivanje, recimo, nižeg sanitetskog kadra trebalo predvideti opšti program koji će biti zajednički za sav niži sanitetski kadar, a zatim pri naknadnom školovanju uneti u program ono gradivo koje je potrebno za kadar određenog profila: za bolničare na radu u bolnicama — obratiti veću pažnju na negu ranjenika i bolesnika, za higijeničare — na organizaciju i sprovođenje osnovnih higijenskih mera kod ljudstva jedinica i ustanova itd.

Kakav će se obim dati osnovnom školovanju sanitetskog kadra zavisilo je od kvaliteta ljudstva kojim se raspolagalo, vremena koje je stajalo na raspolaganju, materijalne obezbeđenosti nastave, dužnosti koje će svršeni kursisti docnije preuzeti i slično. Načelno, osnovni kurs za dobijanje nižih sanitetskih kadrova obuhvatao je prvu pomoć, ličnu i kolektivnu higijenu, najvažnije zarazne bolesti, najvažnije lekove i njihovu upotrebu sa upotrebom lekovitog bilja, poznavanje improvizacija (nosila, udlage, prvi zavoj), sterilizaciju sanitetskog materijala i instrumenata itd.

U NOR bili su izgrađivani uglavnom ovi profili nižeg sanitetskog kadra:

a) bolničari koji su se nalazili u vodovima i četama i služili za ukazivanje prve pomoći i za izvlačenje ranjenika iz borbenog poretka;

b) bolničari po bolničarskim četama na primer, divizija — sa osnovnim zadatkom evakuacije ranjenika i bolesnika;

c) bolničari na radu u partizanskim bolnicama — sa zadatkom nege ranjenika i bolesnika;

d) bolničari-higijeničari sa zadatkom sprovođenja osnovnih higijenskih mera kod ljudstva jedinica i ustanova;

e) bolničari-dezinfektori za rad po dezstanicama, sanitetskim ustanovama i slično.

Iskustvo je pokazalo da se od sposobnih bolničara, studenata medicine i sličnih kadrova mogu izgraditi veoma upotrebljivi rukovodioci sanitetske službe (odnosno njihovi zamenici) manjih odreda, bataljona, brigada. Ovo utoliko pre što je njihov zadatak bio inače više organizacijske prirode (evakuacija ranjenika i bolesnika, sprovođenje izvesnih profilaktičkih mera itd.) nego stvarno lečenje obolelih. Za ovo je trebalo birati ljudstvo dobrih karakternih osobina koje ima smisla i volje za organizacijski rad. Osnovno gradivo koje je trebalo obuhvatiti nastavnim programom sastojalo se iz: ukazivanja prve pomoći, transportne imobilizacije, početne borbe sa šokom zatim osnovni pojmovi iz epidemiologije i interne medicine, tehnika davanja injekcija i potrebni organizacioni principi iz organizacije i rada sanitetske službe u partizanskim uslovima.

U cilju boljeg razumevanja okolnosti u kojima je vršena izgradnja sanitetskih kadrova, materije koja je tom prilikom obrađivana, vremena koje se predviđalo za održavanje pojedinih kurseva itd. smatramo da će biti od koristi ako u daljem izlaganju iznesemo neke od nastavnih planova i programa za održavanje različitih sanitetskih kurseva u toku NOR. Evo jednog takvog programa bolničarskih kurseva iz prve pomoći, s početka 1943. g. S obzirom na svoju praktičnost i sveobuhvatnost, on zaista nosi obeležje partizanskog kursa. Lako se može zapaziti nastojanje autora ovog programa da se bolničar osposobi ne samo za ukazivanje prve pomoći, kako je mi obično zamišljamo, već da se upozna i sa svim onim što će

mu biti potrebno za obavljanje dužnosti u uslovima koji se karakterišu odsustvom lekara.

Program bolničarskih kurseva iz prve pomoći

A. — *O statutu trupnog saniteta.* Kratka istorija bolničarske službe u našoj vojsci. Broj sanitetskog osoblja u četi, bataljonu, brigadi, diviziji i korpusu. Dužnost bolničara i nosilaca ranjenika, njihova oprema i naoružanje. Njihov položaj u raznim fazama borbe. Preduslovi za bolničara: a) fizička sposobnost, b) tehnička spremnost, c) volja i d) samopregor.

B. — 1) *anatomija i fiziologija* (glavno o kostima, ligamentima, mišićima, zglobovima, utrobi, respiratornom aparatu, urogenitalnom traktu), 2) o optoku krvi (oblik i podela srca, mali i veliki optok krvi), 3) o gladi i avitaminozi (scorbut).

C. — *Rane:* 1) vrsta rane po patogenezi: ubodna, rastrgana, zgnječena, strelna (od puškomitraljeza, šrapnela, bacača, bombe); 2) komplikacije kod rana (infekcija i prodiranje patogenih klica u ranu); 3) dezinfekcija i dezinfekciona sredstva. Sterilizacija (autoklav); 4) lečenje rane u borbi i u miru. Prvi zavoj (engleski, partizanski i italijanski); 5) previjanje rane: a) podlaktice, b) ruka i prsti, c) lakat (uzlazni i silazni), d) nadlaktica, c) rame (uzlazno i silazno), f) prsa, g) leđa, h) prsa i leđa zajedno, i) trbuh, j) noga, k) noga sa prstima i sa petom, l) gnjat, m) koleno, (silazno i uzlazno), n) bedro, o) kuk (uzlazno i silazno), p) jedno oko, r) oba oka, s) mitra (teme), t) čitava glava, u) nos, v) brada; 6) upotreba trouglaste marame (tkanine, savijene i razapete) na raznim delovima tela.

D. — *Krvarenja:* 1) glavno o anatomiji i fiziologiji krvi (arterijalno i venozno krvarenje); 2) spoljašnje i unutrašnje krvarenje i njegovi znaci; 3) zaustavljanje krvarenja. Esmarhova poveska i njene opasnosti. Hitno upućivanje lekaru; 4) nadoknađivanje krvi (transfuzija); 5) postupak sa iskrvarenim ranjenicima; značaj privremene i zaključne opskrbe rana.

E. — *Prelom kosti:* 1) priroda preloma kosti (prekid kosti na jedan ili više delova) i razni uzroci preloma; 2) otvoreni (komplikovani) i zatvoreni (nekomplikovani) prelomi; 3) znaci i lečenje raznih preloma sa praktičnim postupkom u ratu i miru; 4) postavljanje koštanih fragmenata u dobar položaj; 5) sadreni povoj (gips).

F. *Iščašenje, savijanja i zgnječanja:* 1) iščašenje zgloba (uzroci, znakovi i značaj); 2) lečenje najobičnijeg iščašenje zgloba; 3) znaci i posledice savijanja zgloba; 4) zgnječanje.

G. — *Zarazne bolesti:* 1) opšti deo; 2) uzročnici: bakterije i filtrabilni virusi; 3) profilaksa i karantin; 4) uopšte o temperaturi i znacima kod raznih zaraznih bolesti; 5) o zapaljenju grla (difterija) i zapaljenju nosa; 6) bronhitis i bronhopneumonija; 7) o zapaljenju pluća i porebrice; 8) o plućnoj tuberkulozi; 9) o raznim infekcijama probavnog trakta; 10) tifus i paratifus; 11) di-

zenterija; 12) kolera; 13) pegavac (pegavi tifus). Profilaksa i borba protiv zaraznih bolesti.

H. — *Malarija i reumatična oboljenja*: 1) uzroci; 2) znaci bolesti; 3) lečenje i posledice.

I. — *Polne bolesti*: 1) profilaksa polnih bolesti; 2) uzročnici tih bolesti; 3) znaci; 4) lečenje; 5) posledica polnih bolesti (here-ditet).

J. — *Svrab i druge kožne bolesti*: 1) profilaksa; 2) uzročnici; 3) znaci; 4) lečenje.

K. — *Septikemija i piemija*. Tetanus i gasgangrena: 1) o profilaksi septikemije; 2) uzročnici i znaci te bolesti; 3) lečenje; 4) tetanus (uzročnik i znaci te bolesti); 5) lečenje i profilaksa tetanusa; 6) gasgangrena (uzročnici, znaci, lečenje i profilaksa).

L. — *Hitna pomoć prilikom*: 1) nesvestice; 2) anemije raznog uzroka; 3) potresa mozga; 4) udara groma; 5) ujeđa zmije; 6) unutrašnjih trovanja; zatim 7) protivotrovi; 8) veštačko disanje (jedan ili dva bolničara) i podizanje jezika; 9) značaj i znaci bolesti uma u vojsci.

M. — *Smrzavanje i opekotine*: 1) značaj smrzavanja u vojsci; 2) uzroci i postanak; 3) znaci i stepeni; 4) način lečenja i profilaksa; 5) stepeni i znaci opekotina; 6) lečenje i posledice opekotina; 7) sunčani udar i sunčano zapaljenje kože.

N. — *Hirurška oboljenja*: 1) zapaljenje slepog creva; 2) probušeni čir na želucu; 3) akutna zapaljenja potrbušnice; 4) kila (slobodna i ukleštena); 5) akutno zapaljenje srednjeg uha i mastoiditis.

O. — *Postupak sa umirućim na bojnopolju i sa mrtvacima*: 1) značaj tog postupka i naša dužnost; 2) saniranje bojnopolja; 3) nešto o statistici; 4) uspeh sanitarne službe.

Među najpotpunije sačuvane programe dolaze, bez sumnje, oni koje je dao Štab 5. korpusa NOVJ uz naređenje o obaveznom održavanju sanitetskih kurseva od 29. septembra 1944. g. Oni obuhvataju plan za niži, srednji i viši sanitetski kurs, zatim niži higijeničarski kurs. Nastavni plan za niži sanitetski kurs predviđa trajanje kursa od 15 dana sa predmetima: 1) anatomija i fiziologija; 2) higijena; 3) epidemiologija i zarazne bolesti; 4) medicinska propedeutika i nega bolesnika; 5) hirurgija; 6) organizacija saniteta i sanitetska taktika; 7) vojna obuka; 8) politička obuka i 9) opšte obrazovanje.

Ovakav niži sanitetski kurs bio je predviđen za davanje osnovnog znanja potrebnog bolničarima u vodovima, nosiocima ranjenika i ljudstvu u bolničarskim četama.

Za obrazovanje četnih bolničara i zamenika rukovodioca bataljonskog saniteta bio je predviđen nešto obimniji nastavni plan sa trajanjem kursa od 30 dana. Pored već navedenih predmeta koji su bili šire obrađivani (na primer, epidemiologija i zarazne bolesti bile su izlagane kao dva zasebna predmeta), ovaj plan je obuhvatao kao zaseban predmet i unutrašnje bolesti u okviru onoga što može da uradi bolničar sa takvim bolesnikom pre nego što dođe u ruke lekara, oblik i način davanja lekova i najobičnije lekove. Uz predmet sanitetska taktika obrađivana je sanitetska administracija, u stvari medicinska dokumentacija (ranjenička karta) i sanitetska propaganda.



Sl. 62 — Učionica sanitetske škole u Livnu

Sličan je bio i nastavni plan za viši sanitetski kurs u trajanju do 8 nedelja, predviđen za rukovodioce bataljonskog i brigadnog saniteta i njihove zamenike. Uz predmete navedene za ranije kurseve, koji su, opet, bili nešto šire obrađivani s obzirom na duže trajanje kursa i njegovu namenu, u ovom planu bila je predviđena i specijalizacija kadra, odnosno nešto šire obrazovanje u izvesnom pravcu, prema funkcionalnoj dužnosti za koju je bio namenjen određeni kadar. Tako je ljudstvo koje je pohađalo ovaj kurs, pored već navedenih predmeta, prelazilo još ovaj dodatak:

Za higijeničare

Naročitu pažnju obratiti na predmete epidemiologija i zarazne bolesti. Iz opšteg programa za viši sanitetski kurs posebno obraditi još i: a) vojnički način života i njegov uticaj na zdravlje ljudstva, sa posebnim osvrtom na higijenu stanovanja (logor, bivak, kantonman); b) poznavanje fabričkih i improvizovanih dezaparata i rad sa njima; c) rad na terenu (izvođenje manjih asanacija, improvizacije, građenje dezstanica).

Za bataljonske i brigadne rukovodioce sanitetske službe

Naročitu pažnju obratiti na predmete organizacija i taktika sanitetske službe, topografija i vojnička obuka; pored toga, tematiku koja je navedena za higijeničare pod a).

Za osoblje hirurških ekipa

(instrumentarke i narkotizere)

Od predmeta — naročito anatomija, fiziologija, higijena sa praktičnim vežbama. Posebno: a) hirurški instrumentarij i drugi pribor za operacije i njegovo čuvanje; b) asepsa i antisepsa sa sterilizacijom hirurškog materijala za operacije; c) priprema bolesnika za operaciju i postoperativni postupak sa njima; d) narkoza (vrste, priprema, sredstva za davanje narkoze i način davanja, stepeni narkoze i opasnosti); e) anestezija (vrste i sredstva).

Program naglašava potrebu da se izvođenje nastave poveže s praktičnim radom u bolnici. Za sanitetski kadar zaposlen na internim i zaraznim odeljenjima bolnica predviđa se održavanje posebnih kurseva, čiji će program zavisiti od trenutnih potreba i kvaliteta kursista. S obzirom na značaj sanitetske propagande, ona je na ovom kursu bila obrađivana kao zaseban predmet.

Mada je kadar za higijensko-epidemiološku granu sanitetske službe delom bio stvaran i na do sada pomenutim kursevima, treba istaći da je bilo i posebnih kurseva za stvaranje kadrova ovog profila. Program za niži higijeničarski kurs, dat uz već navedeno naređenje 5. korpusa, predviđa ove predmete:

- 1) lična higijena; 2) opšta (društvena, socijalna) higijena sa higijenom ishrane i stanovanja; 3) bakteriologija sa imunobiologijom i serologijom (bakterije, dispozicija, aktivni i pasivni imunitet, serumi i vaccine); 4) zarazne bolesti sa epidemiologijom, s posebnim osvrtom na trbušni tifus, pegavac, dizenteriju, malariju itd. Način širenja zaraznih bolesti i borba protiv njih. Epidemiološka anketa, higijeničarske ekipe, konačarske ekipe; 5) dezinfekcija i dezinfekcija (sredstva i metode, suve komore, dezstanice); 6) izolacija zaraznih bolesnika i njihova evakuacija (organizacija i rad zaraznih bolnica); 7) agitacija i propaganda (or-

ganizacija predavanja za borce, civilno stanovništvo, sa praktičnim izvođenjem, pisanje članaka za zidne i džepne novine, nedelje čistoće itd.) 8) sanitetska administracija (prijavljivanje i odjavljivanje zaraznih bolesnika i vođenje knjiga zaraznih bolesti); 9) vojna obuka (vojničko držanje, pozdrav i raport, osiguranje straže); 10) političko obrazovanje.

U NOR održavani su i posebni kursevi čiji je cilj bio stvaranje kadra specijalnih profila. Jedan takav kurs bio je održan za bolničare-higijeničare III operativne zone Hrvatske. U svom izveštaju od 21. decembra 1942, referent saniteta zone daje dole navedeni program kursa, navodeći da je kurs bio održan krajem godine sa zadatkom da stvori kadar koji će rukovoditi manjim ambulanzama — zdravstvenim stanicama po selima. Kurs je posećivalo 48 slušalaca, većinom drugarica.

Program kursa je obuhvatao: lečenje ratnih rana, prepoznavanje i lečenje najvažnijih zaraznih bolesti, sa organizacijom borbe protiv njih i merama za njihovo suzbijanje, unutrašnje bolesti, kožno-venerične bolesti, poznavanje i upotrebu najvažnijih lekova, organizaciju rada u ambulanzama i kulturno-prosvetni i politički rad bolničara.

Bilo je održano i više kurseva na kojima je stvaran farmaceutski kadar (apotekarski pomoćnici), najčešće za potrebe divizije. Ovi kursevi trajali su od 1 do 3 meseca, a program je uglavnom obuhvatao osnovne pojmove o lekovima i njihovoj upotrebi, čuvanju, štednji i racionalnoj potrošnji sanitetskog materijala, a i o korišćenju trofejnog materijala (s obzirom na značaj ovoga kao jednog od osnovnih izvora snabdevanja u toku NOR-a, pogotovo u početku).

Prvi takav kurs, u trajanju od mesec i po dana, održan je decembra 1942. u s. Drinići kod Bosanskog Petrovca pri Centralnoj apoteci Vrhovnog štaba, a pohađalo ga je 9 drugarica. Program je bio ovaj:

- poznavanje najvažnijeg i najpotrebnijeg sanitetskog materijala — zavojnog i drugog;
- poznavanje najosnovnijih galenskih preparata (infuza, dekokta, tinkture, masti, supozitorije, sirupi, tablete);
- tehnika rada u apoteci;

- osnovna znanja iz farmakologije (namena najvažnijih lekova i doza);
- upotreba trofejnog materijala, način uzimanja, čime se i kako treba koristiti od trofejnog materijala.

Na kursu održanom pri Centralnoj apoteci 4. korpusa NOVJ kod s. Perna na Kordunu 1943. godine od 21. avgusta do 1. novembra, s obzirom na to da je trajao oko 3 i po meseca, program je već mogao biti nešto i proširen, tako da je bilo predviđeno izučavanje:

- neorganske i organske hemije;
- poznavanje farmakopeje (teoretski i praktično);
- farmakognozija (poznavanje važnijeg lekovitog bilja);
- farmakologija (dejstvo lekova, upotreba, doze).

Na ovaj kurs, sem jedne drugarice, od 11 kursista svi su došli sa završenom srednjom školom, odnosno sa maturom.

Evo i programa višeg apotekarskog kursa održanog pri Centralnoj apoteci SOVŠ (Sanitetsko odeljenje Vrhovnog štaba) na Visu od 25. novembra do 25. decembra 1943:

1. divizijski apotekar i njegove dužnosti;
2. upotreba trofejnog materijala — šta i kako treba da se evakuieše iz novooslobođenih mesta;
3. praktična farmacija:
 - upotreba lekova,
 - kratki opisi lekova koji se svakodnevno upotrebljavaju,
 - oficijelno spravljanje lekova,
 - podela lekova na grupe po delovanju;
4. čitanje recepata;
5. doze;
6. sinonimi lekova koji se često upotrebljavaju.

Docnije, početkom 1944, kada su bar donekle bile popunjene praznine koje su postojale u farmaceutskim kadrovima u divizijama, održavani su slični kursevi i za ove kadrove u brigadama. Takav jedan kurs, u trajanju od mesec dana, održan je u prvoj polovini 1944. u Prnjavoru u Bosni i pri komandi područja. Kurs je pohađalo oko 20 kursista, koji su pokazali odličan uspeh. Nastava je bila podeljena na praktični deo, koji je obavljan u postojećoj apoteci, i teoretski deo; za koji su kursisti dobili, pored ostalog, pismena skripta. Sličan kurs, ali u trajanju

od tri meseca, održan je ujesen 1944. u oslobođenoj Tuzli. Kursista je bilo oko 15—20, a imali su 4—6 razreda gimnazije⁵⁴).

Na koji je način vršeno organizovanje kurseva, kako je rešavano pitanje smeštaja, ishrane, nastave, dnevnog plana rada i ostalog vidi se iz sledećeg izveštaja upravnika sanitetskog kursa 5. korpusa od 29. XII 1943. koji je podneo Sanitetском odseku 5. korpusa povodom otpočinjanja kursa:

Predradnje za kurs vršene su od 22. do 27. XII. Za kurs određena je jedna zgrada u Majkićima na Kozinu. Zgrada je sveže okrečena, oribana, prozori popravljani, postavljene peći. Sadrži 4 prostorije, od kojih dve služe kao spavaonice, jedna kao učiona, a zadnja kao kancelarija. U učioni sjedi se na improvizovanim klupama, predavač za stolom. U kancelariji improvizovan je stolić, klupa i stelaža. Ležaji za spavanje su na svežoj slami. Drugarice spavaju odeljeno. Ustanovljen je ekonomat na čelu sa ekonomom. Kuhinja je u zasebnoj prostoriji, kuha kuharica. Hrana se nabavlja preko komande područja.

Vodjenje kursa i predavanja: kurs vodi upravnik drug dr Rudolf Binenfeld, koji predaje većinu predmeta. Ostali predavači jesu: upravnik bolnice Podgrmeč drug dr Ante Dražin, komandir zaštitnice iste bolnice drug Golubović Simo (vojna obuka). Politička predavanja održaće jedan drug iz OK. Ovaj je telefonski obavešten o početku kursa i izjavio je da će povremeno slati predavača ali se zbog preopterećenosti posla ne može obavezati na dan i čas.

Organizacija kursa: na kurs pristupili 24 druga i drugarice (4). Svi kursisti razdeljeni su u dve destine. Na čelu kursista je jedan od drugova kao nadzornik, njemu u pomoć stavljena su dva zamenika. Dužnost nadzornika jeste da se brine i nadzire rad i red celog kursa, brine se za potrebe drugova i podnosi ih drugu upravniku, određuje dežurne za dan i noć, te stražare za noć (1 stražarsko mesto), naveče održava stroj, raportira drugu upravniku o prilikama na kursu.

Zamenici nadzornika na čelu su desetina i po svemu odgovorni za rad i red istih, u svemu pomažu druga upravnika.

Dnevni red kursa:

- u 6 sati ustajanje
- od 6—8 doručak, pranje
- od 8—12 obuka
- od 12—2 ručak i odmor

⁵⁴) Podatke o kursevima za farmaceutske kadrove dao je sanitetski potpukovnik mr ph Mato Kovačević.

od 2—4 obuka
 od 4—6 učenje
 od 6—8 stroj, večera, odmor
 od 8—10 učenje
 u 10 sati spavanje.
 Povremeno održavaće se konferencije i kritike

Učesnici kursa:

Po 1 iz Komande mesta	Drvar
"	" Ljubija
"	" Bos Krupa
"	" Gor. Sanica
"	" Bos. Petrovac
"	" Martin Brod
"	" Lipa
"	" Ključ
"	" S. Most
"	" Bos. Grahovo
"	" Prekaja
područja	Pogrmeč

po 2 iz 6, 8, 11 i 13. brigade, te Sanskog i Kozarskog odreda; ukupno 24 od toga 20 drugova i 4 drugarice.

Nedostaci: većina drugova nije ponijela porcije pa neki čak ni kašike. Čebad imaju samo trojica. Po njihovim izjavama nisu na to ni upozoreni. Osjeća se manjak stvari potrebnih za pranje, ribanje, alat za piljenje drva i praktične radove. Hrana je dobijena samo za 4 dana, drva i slame premalo. Nema dovoljno pišaćeg pribora. Ekonom je preopterećen.

Preduzete mjere: ekonom poslat da nabavi hrane za veći broj dana, da nabavi papira (vrlo težak problem), da nabavi lampe. Telefonski od područja zatraženi su još 1 do 2 druga kao pomoć ekonomu i kuhinji, što je obećano. Zatražena veća količina drva i slame.

Potražnja od saniteta 5 korpusa: da nam se pošalje po istom kuriru, koji donosi ovaj izveštaj:

- 1) pišaćeg papira i olovaka
- 2) 1 ravnalo
- 3) bočice cepiva protiv trb. tifusa.
- 4) 2 bočice cepiva protiv pjegavca.

Prvo predavanje i otvaranje kursa: 28 XII 1943. godine.

Jedan od najboljih sanitetskih kurseva koji su bili održani u toku NOR-a bio je Viši sanitetski kurs za bataljonske i brigadne referente koji je organizovao Sanitetski odsek Vrhovnog štaba, polovinom 1943. godine u Jajcu. Bilo je primljeno 42 kursista, najvećim delom dru-

garica, a među predavačima bilo je 5 lekara, među kojima i dr Gojko Nikoliš, dr Herbet Kraus, dr Nikola Nikolić. Nivo kursa bio je na visini a uspeh kursista veoma dobar. Kurs je trajao oko dva meseca (avgusta i septembra) a po završetku odmah je nastavio sa radom novi kurs sa oko 50 kursista.

U krugu Sanitetske škole slušaoci kurseva bili su podigli uzornu dezinfekcionu stanicu, poljski nužnik, improvizovana postrojenja za pranje ruku u kihinjama, nužnicima itd., dok su po prostorijama škole svuda bile istaknute higijenske parole. U saradnji sa zdravstvenom sekcijom pri NOO oni su učestvovali u provođenju udarnih nedelja čistoće i slično.

S obzirom na veoma malu, ponekad i nikakvu školsku predspremu, kratak rok u kome se moraju izgraditi određeni profili kadrova i druge teške okolnosti pod kojima se ta nastava izvodi, treba metodici izvođenja nastave pokloniti najveću pažnju. Pri tome nastojati da se na svaki način izbegnu greške koje se često javljaju, a sastoje se u suvišnom i nepotrebnom teoretisanju i nepraktičnosti (tražiti, na primer, od slušalaca da uče latinske nazive, retka oboljenja koja nemaju nikakvog značaja), dok se istovremeno slabo savlađuje ono što je, u stvari, najpotrebnije (na primer, prilaženje ranjeniku i ukazivanje medicinske pomoći pod neprijateljskom vatrom, građenje kupatila, nužnika, dezstanica i slično). Prema tome, potrebno je puno umešnosti, zalaganja i posebnog načina prilaženja slušaocima od strane nastavnika da bi se postigao što bolji uspeh. Osnovno je pri tome, prilagoditi metod rada kvalitetu samih slušalaca, materijalnoj obezbeđenosti nastave, uslovima pod kojima se ona izvodi itd. (na primer, operativno-taktička situacija je često od presudnog značaja za dužinu trajanja osnovnih kurseva koji mogu trajati od 5 do 20 dana i više, dok se metodika nastave mora najčešće prilagođavati upravo toj dužini trajanja kursa).

Iskustvo je pokazalo da nastavnik mora imati jasno određeni cilj i plan izvođenja nastave, on treba da stalno prati rad slušalaca, njihovo napredovanje, greške koje čine, kako bi se pravilnim reagovanjem one mogle u bu-

duće izbeći itd. Prelaz sa lakših na teže teme treba da je postepen, s nastojanjem da se izbegne monotonija i zamorenost slušalaca itd.

Da bi se proverilo prethodno znanje, inteligencija i smisao za ovaj rad budućih kursista, pokazalo se dobrim održavanje izvesnog prijemnog ispita, na osnovu koga se zatim može izvršiti podela kursista u grupe koje će odgovarati njihovoj stvarnoj mogućnosti za praćenje nastave (grupa najnaprednijih, osrednjih i slabijih).

Mada, strogo uzev, metodika nastave u partizanskim uslovima nema svojih specifičnosti, jer metoda načela koja važe kod operativne armije u principu treba da se primenjuju i u partizanskim uslovima, iskustvo je ukazalo na još veći značaj nekih od njih. Tako na primer:

— očiglednost nastave mora biti zastupljena u najvećoj mogućoj meri; prema tome, sve radnje valja izvoditi praktično uz prethodna teoretska objašnjenja, koja treba dati samo u onoj meri koliko je to neophodno za bolje razumevanje;

— da bi se ova očiglednost postigla, potrebno je materijalno obezbeđenje nastave nastavnim pomagalicama, zbog čega je najpogodnije, kad god je to moguće, nastavu vezati za bolnice odnosno odgovarajuće ustanove, mada i partizanske radionice mogu često izraditi mnoga nastavna pomagala: različite vrste udlaga, nosila itd.;

— sve što je naučeno treba odmah i praktično primeniti, a u partizanskim uslovima po pravilu postoji mogućnost da se to zaista učini, tj. slušaocima prikažu različite vrste povreda, oboljenja koja se najčešće javljaju; slušaoci treba sami da vrše sterilizaciju materijala, vežbaju negu bolesnika i ranjenika, izgrađuju suve komore, pokretna kupatila, izvode asanaciju manjih vodnih objekata u blizini bolnice i slično; ovaj je momenat u toku NOR-a predstavljao jedan od najvažnijih činilaca kome se ima zahvaliti za uspeh postignut na pojedinim kursevima.

Po završenom kursu slušaoci se, radi obavljanja praktičnog rada, upućuju na izvesno vreme u bolnice ili druge sanitetske ustanove, a potom raspoređuju na određene dužnosti. Svršenim slušaocima treba obavezno izdati

dokumenat o završenom školovanju, postignutom uspehu, zalaganju, jer to znatno olakšava ispravan raspored kadra.

Pokazalo se veoma korisnim da se materija koja se predaje na kursu obradi u vidu podsetnika, koji svaki kursista dobija po završenom kursu kako bi se mogao njime koristiti u budućem radu. U tu svrhu treba pri svakoj školi, u granicama mogućnosti, organizovati tehniku čiji je zadatak umnožavanje materijala sa kursa, podsetnika, udžbenika, izrada crteža za nastavu itd.

U pogledu mesta održavanja kurseva u toku NOR načelno su dolazile u obzir za niže sanitetske kurseve

brigadne ambulante, za srednje sanitetske kurseve i eventualno niže higijeničarske kurseve pokretne divizijske bolnice. Viši sanitetski kursevi održavani su najčešće u posebnim školama pri stacionarnim partizanskim bolnicama. Tu su održavani i viši higijeničarski kursevi, za higijeničare brigada i divizija. Razumljivo je da su često i ove bolnice održavale za vlastite potrebe u nižem i srednjem kadru, odgovarajuće i niže i srednje sanitetske kurseve.

Pored navedenog postoji i mogućnost da se i na okupiranoj teritoriji organizuju u uslovima stroge konspiracije sanitetski kursevi na kojima se



Sl. 63 — Spremanje za ispit

simpatizeri pokreta pre odlaska u partizanske jedinice mogu obučiti za određene funkcionalne dužnosti. U toku NOR-a bilo je više sličnih pokušaja. Tako su na primer u okupiranim gradovima (Zagreb, Banjaluka, Ljubljana itd.) održavani kursevi — iz prve pomoći, nege ranjenika,

upotrebe osnovnih lekova, borbe protiv zaraza — za lica koja je trebalo prebaciti u partizanske jedinice. U oktobru 1941. godine održana su na primer, u Banjaluci dva sanitetska kursa u trajanju od po deset dana. Na svakom je bilo po 8—10 drugarica koje su sve otišle docnije u partizane. Treći kurs bio je održan u Prijedoru u novembru mesecu. On je trajao 15 dana i na njemu je učestvovalo 15 drugarica koje su izučavale teoretski i praktični deo po programu kurseva za dobrovoljne bolničarke. Svi ovi kursevi održavani su pod najtežim uslovima ilegalnosti.⁵⁵⁾

2. USAVRŠAVANJE KADROVA

Izgradnja kadrova ne završava se osnovnim školovanjem, pošto isto toliko važan zadatak predstavlja njihovo dalje usavršavanje, o kojem treba neprekidno voditi brigu. Ne sme se nikako dozvoliti da sanitetski kadrovi ma u kom pogledu (bilo brojem ili stručno) zaostanu za razvitkom jedinica. Ukoliko je osnovno školovanje ma iz kog razloga bilo manjkavo, utoliko treba više nastojati da se dopunskim školovanjem ovi nedostaci otklone i kadar osposobi za nove funkcionalne dužnosti. Usavršavanje obuhvata i niži, i srednji i viši medicinski kadar. U tu svrhu dolazi u obzir održavanje različitih dopunskih kurseva, rad u dobro organizovanim ustanovama, uz starije i iskusnije kadrove i slično. Navešćemo samo neke od njih.

O osnovnom školovanju viših medicinskih kadrova nije moglo biti ni govora iz razumljivih razloga, međutim, u toku NOR bilo je dosta učinjeno na njihovom osposobljavanju i usavršavanju za vršenje takvih medicinskih pothvata za koje oni u vreme mira nisu bili pripremljeni. Tako je na primer, početkom 1944. u Hrvatskoj održano više kurseva za usavršavanje viših medicinskih kadrova, pretežno studenata medicine, — jedan u bolnici na Keste-

⁵⁵⁾ Ilegalni zdravstveni odbor, osnovan u Bitolju 1941. godine pored prikupljanja lekova i sanitetskog materijala, brinuo se i za iznalaženje ilegalnih stanova za smeštaj ranjenika i bolesnika iz partizanskih jedinica, a jedan od njegovih najvažnijih zadataka bio je organizovanje kursa za partizanske bolničare.

novoj gori, a zatim ostali u bolnici na Zrinjskoj gori blizu s. Brestik, na kojima je ovaj kadar sa odličnim uspehom osposobljavan za teške zadatke koji su mu u trupi bili namenjeni. Nastavnici su bili probrani stručnjaci (dr Hahn, dr Novosel, dr Brodarec, dr Černozubov).

Mlađi lekari upućivani su na rad u bolnice, da bi uz nekog iskusnog hirurga ovladali osnovnim znanjima za primarnu obradu rana, vršenje amputacija, podvezivanje krvnih sudova i slično, nakon čega su se sa uspehom mogli upotrebiti za rad u nekoj hirurškoj ekipi ili partizanskoj bolnici, s tim što ih je, u početku stalno, a docnije povremeno, kontrolisao i pomagao iskusniji hirurg.

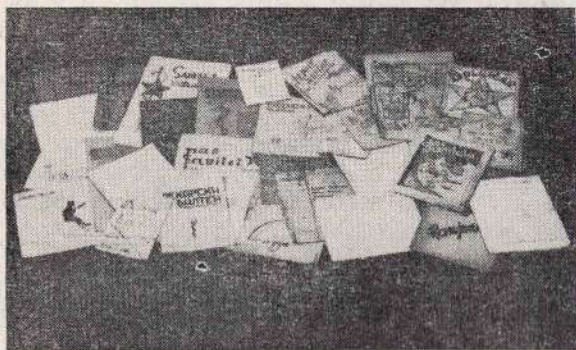
Slično tome, da bi se novomobilisani srednjemedicinski kadar iz oslobođenih gradova upoznao sa načinom rada u partizanskim uslovima, bio je početkom 1944. u Slavoniji (na Psunju) formiran za medicinske sestre poseban kurs za usavršavanje u trajanju od 15 dana.

U cilju smanjivanja procenta invaliditeta poklanjana je velika pažnja, pored ostalog, i fizikalnoj terapiji, razumljivo u onoj meri koliko je to ostvarljivo u takvim uslovima, — najčešće u vidu ortopedske gimnastike i masaže. Da bi se osposobio odgovarajući kadar za rad u hirurškim i rekonvalescentnim odeljenjima bolnica, u toku NOR održavani su ovakvi kursevi na više strana. Tako je, na primer, 1943. u bolnici na Psunju održan prvi kurs masaže u Slavoniji na koji su bili pozvani bolničari iz svih područnih bolnica. Četvrtog jula 1944. Sanitetski odsek Glavnog štaba NOV i POJ Slovenije obaveštava okružnicom da će početi rad 14-dnevni tečaj za ortopedsku gimnastiku i masažu, i da svaki bolnički blok u okviru 7. korpusa pošalje na tečaj 2 do 3 dobra bolničara-bolničarke u Sredgoru (na Planinu) itd.

Usavršavanje sanitetskih kadrova bilo je potpomognuto održavanjem povremenih konferencija na kojima se i analizirao rad izvesne sanitetske etape, jedinice ili ustanove u proteklom periodu, borbi i slično, i ukazivalo na greške koje je najčešće činio sanitetski kadar u toj jedinici — ustanovi. Pored stručnog usavršavanja posebna pažnja posvećena je pravilnom političkom vaspitanju stručnih sanitetskih kadrova. U tom pogledu značajni i

brzi uspesi bili su postignuti naročito kod pomoćnih medicinskih kadrova. Zahvaljujući upravo političkoj svesti, naši kadrovi su u toku NOR-a bili kadri da izdrže sve napore kojima su izlagani, te da i pod takvim okolnostima rade sa zalaganjem koje je bilo zaista besprimerno.

Ma koliko pojedine partizanske jedinice (grupe, odredi) deluju samostalno pre ili kasnije ukaže se potreba za povezivanjem svih sanitetskih kadrova u jednu organizovanu celinu, kako bi se mogla izmenjivati iskustva, otklanjati greške i bolje iskorišćavati postignuti uspesi.



Sl. 64 — Primerici partizanske štampe

Ovo je od naročitog značaja za podizanje nivoa medicinskog kadra i poboljšanje kvaliteta sanitetskih kadrova uopšte. U ovom pogledu je od velike koristi izdavanje, makar i povremeno, neke publikacije, stručnog časopisa, biltena itd. koji su po svom sadržaju i načinu obrade materijala pristupačni kadrovima različitog profila, opšteg obrazovanja i stručne spreme. Časopis, na primer, omogućava međusobno povezivanje kadrova, kao i vezu sa rukovodstvom sanitetske službe, jedinstveni pogled na izvesne probleme i njihovo rešavanje, u stvari, sprovođenje u život principa jedinstvene vojnomedicinske doktrine, koja je potrebna i u partizanskim uslovima. Mnogobrojni časopisi, bilteni, novine itd. koje su izdavale pojedine jedi-

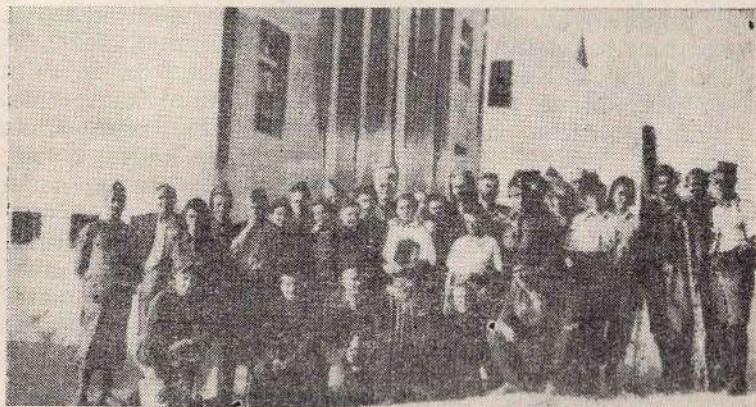
nice, bolnice i druge ustanove u toku NOR-a, počev od Lekarskog biltena, koji je od 1943. godine izdavao Sanitetski odsek Vrhovnog štaba, do zidnih i džepnih novina manjih i većih bolnica, dokaz su koliko je pravilno bio shvaćen ovaj vid delatnosti sanitetske službe u odnosu na izgradnju, usavršavanje i povezivanje njenih kadrova⁵⁶).

Nije se, međutim, stalo samo na ovome. I pored ogromnih poteškoća od 25—27. septembra 1942. godine bio je održan u Bosanskom Petrovcu prvi kongres partizanskih lekara koji je predstavljao ne samo izmenu dotadašnjih iskustava, već doneo i nove principe o organizaciji sanitetske službe koji su odgovarali daljoj perspektivi razvoja i NOVJ i njene sanitetske službe.

Petrovački kongres održan je u vreme kada su se već mogla nakon više od godine dana rada, proanalizirati značajna iskustva rada sanitetske službe u partizanskim uslovima, u situaciji kada su već bile stvorene brigade, došlo do stvaranja stabilizovanih velikih oslobođenih teritorija i predstojalo stvaranje još većih jedinica — divizija i Narodnooslobodilačke vojske Jugoslavije. Kongresu je prisustvovalo oko 50 delegata iz Bosne, Hrvatske, Dalmacije, Crne Gore i Srbije (delegati iz Slovenije i Slavonije nisu bili u mogućnosti da prisustvuju kongresu). Održano je više referata: Lekari u oslobodilačkoj borbi naroda Jugoslavije (referent dr G. Nikoliš), Uloga partizanskog lekara u narodu (referent dr S. Milošević), Odbrana pitanja ratne hirurgije (referent dr Đ. Mešterović, dr Papo, dr Popović, dr Milošević, dr Klajnhapel), Higijensko-epidemiološka služba u našoj vojsci (referenti dr Milošević i dr Božović) i Organizaciona pitanja našeg

⁵⁶) „Partizanski sanitet“ čiji su jedini broj uredili i izdali naši partizanski lekari još aprila 1942. god. sa uvodnikom druga Tita i člankom „Naš partizanski sanitet“ dr Nikoliša, bio je jedno od prvih takvih listova. Da pomenemo samo još neke. 6. korpus izdavao je 1943. god. „Vojnosanitetski pregled“ i „Slavonski ranjenik“, 8. korpus „Medicinski glasnik“, Sanitetski odsek Glavnog štaba NOV i POJ Slovenije „Partizanski zdravstveni vestnik“. Izlazio je i „Naš sanitet“ koji je izdavao sanitetski odsek 9. divizije NOVJ, „Brigadni liječnik“ itd. Različite džepne novine izdavale su mnogobrojne bolnice, pa i neke hirurške ekipe, na primer HME 7. udarne divizije.

saniteta (referent dr Nikoliš). Sa Kongresa je bio upućen i proglas lekarima, studentskoj omladini i drugim sanitetskim radnicima neoslobođenih oblasti Jugoslavije, kojim su se pozivali da stupaju u redove, odnosno pomažu svim sredstvima NOVJ, a posebno slanjem sanitetskog materijala itd. Istovremeno je bila priređena i izložba zdravstveno-prosvetne štampe, različitih improvizacija (dezaparata, prvih zavoja i slično).



Sl. 65 — Učesnici I kongresa partizanskih lekara u Bos. Petrovcu 1942. godine

Kongres je predstavljao prvi pokušaj stvaranja jedinstvene vojnomedicinske doktrine u oblasti ratne hirurgije, epidemiologije i organizacije sanitetske službe a Statut sanitetske službe NOV i POJ, nastao iz referata i diskusije o organizacijskim pitanjima sanitetske službe, koji je bio potvrđen 10. novembra 1942. godine od Vrhovnog komandanta, jedan je od njegovih najznačajnijih rezultata. Kongres je dao smernice za organizaciju civilne zdravstvene službe te je u celini uzev imao veliki značaj za dalji razvoj sanitetske službe u toku NOR-a.

Sa završetkom školovanja ne sme da prestane briga o kadrovima; njih treba pratiti u daljem razvitku, poma-

gati im u daljem radu itd. Najčešći nedostatak sanitetskog kadra u partizanskim uslovima, pored problema njegove malobrojnosti, odnosi se na slabu stručnu spremu do koje dolazi zbog kratkoće vremena i drugih nepovoljnih okolnosti koje imaju uticaja na izgradnju sanitetskog kadra. Stoga brižljivom odgoju kadrova treba posvetiti veliku pažnju, te ovom zadatku pristupiti planski.

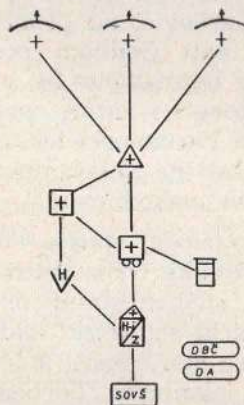
Iskustvo je pokazalo da se ne sme dozvoliti podizanje samo najbližih saradnika, kao što je to najčešće slučaj, već organizovati sistematsko školovanje novih kadrova, s obzirom na stalne i sve veće potrebe uporedo sa porastom jedinica. Kadar treba vaspitavati tako da on ni u kom pogledu ne zaostaje za drugim vojnim kadrovima. I vojno-političko rukovodstvo i sanitetski rukovodioci treba da čuvaju i podižu autoritet toga kadra, i vode stalno brigu o njegovim potrebama, jer se na taj način postiže njegovo maksimalno zalaganje i najbolji učinak u radu. Iskustvo je pokazalo da zahtev prema kome sanitetska služba treba da obezbedi ne samo pravilno ukazivanje medicinske pomoći već i ljudski, drugarski odnos prema ranjenicima i bolesnicima, umnogome zavisi od odnosa koji starešine imaju prema sanitetskim kadrovima.

Jedan od neophodnih preduslova za pravilno rukovođenje kadrovima sastoji se u poznavanju njihovih karakternih osobina, stručne spreme, političke izgrađenosti, uslova za dalji razvoj. Za upoznavanje svakog čoveka treba i dugo vremena i povezivanja niza pojedinosti, koje zajedno uzete mogu imati uticaja na donošenje suda o jednom čoveku. Zato se pokazalo dobrim vođenje bar minimalne pismene evidencije koja omogućuje praćenje razvoja kadra. Veoma je poželjan lični dodir, koji često znatno menja predstavu koju smo imali o nekom sanitetskom radniku na osnovu izveštaja, podataka od drugih lica i slično. Potrebno je što češće proveravati kadrove u izvršavanju zadatka.

Isto tako značajan faktor koji omogućuje racionalno korišćenje kadrova sastoji se u njihovom pravilnom raspoređivanju. Po mogućnosti pri tome treba voditi računa i o njihovim željama i sklonostima za određene funkcionalne dužnosti, a ne samo o trenutnim potrebama. Praksa

iz NOR-a je pokazala da su za privikavanje na partizanske uslove rada veoma korisni, makar i kratkotrajni, aplikacioni kursevi, bilo da je u pitanju niži, srednji ili viši sanitetski kadar. Zato je potrebno još pre izvršenog rasporeda upućivanje kadrova na te kurseve.

ŠEMA SANITETSKE SLUŽBE PREMA STATUTU OD 1942. GOD.



- + četna ranjenička prihvatnica
 △ bat. previjalište
 ⊕ br. previjalište
 OBC diviz. boln. četa
 DA divizijska apoteka

- ⊕ br. ambulanta
 ⊞ br. mobilna hig. ekipa
 ⊕ hirurška mobilna ekipa
 ⊕ divizijska prihvatna bolnica sa hirurško-internim i zaraznim odeljenjem.
 SOVS Sanitetski odeljenje Vrhovnog štaba sa:
 — referentom za operat. vojsku
 — referentom za bolnice
 — epidemiologom
 — apotekarom

Skica 13.

Kako su najveće potrebe najčešće u jedinicama, raspoloživi kadar treba prvenstveno tamo i slati, razumljivo, ako su posredi ljudi mladi po godinama, odnosno u takvoj fizičkoj kondiciji da mogu izdržati sve napore rada u jedinicama pod takvim uslovima itd. Pored ostalog, poka-

zalo se da mladi ljudi lakše uspostavljaju dodir sa komandnim kadrom u jedinicama, koji takođe predstavljaju mahom mladi ljudi, što je od značaja za ispravno funkcionisanje same službe, s obzirom na podršku koju ona očekuje od starešinskog kadra. Što se tiče napora kojima je kadar izložen u jedinicama, ne treba zaboraviti da su oni često takvi da prevazilaze fizičke mogućnosti malo starijih ljudi. Tako Žarković, na primer, navodi: »Ponekad sam znao 10—12 sati (jednom poslije akcije na Okučane operisao sam neprestano 24 sata) raditi kirurgiju, zatim svu noć putovati i zatim opet na drugom mjestu nastaviti operirati«. Partizanski lekar mora računati s tim da će ponekad morati da pešači dnevno i po 50—60 km, a 20—30 km gotovo svakodnevno.

Iz navedenih razloga, starije i teže pokretne, invalide i hronične bolesnike treba zadržavati na radu u bolnicama i drugim stacioniranim ustanovama, mada se često trupni i bolnički sanitetski kadrovi ne mogu strogo deliti. Povremeno se mora vršiti manevar kadrom — uzimati za pojedina planirana borbena dejstva kadar iz obližnjih bolnica, radi ojačanja sanitetske službe jedinica, ili za popunu novoformiranih jedinica dok se, naprotiv, za vreme zatišja može iskoristiti, na primer, hirurška ekipa divizije za povremeni rad u obližnjim teritorijalnim bolnicama itd.

Stalno praćenje kadra i rad na njegovoj daljoj stručnoj i političkoj izgradnji predstavljaju jedan od veoma važnih zadataka svakog sanitetskog starešine, pri čemu treba voditi računa i o potrebi da se oni koji se ističu svojim radom, zalaganjem itd. — istaknu kao primer, pohvale, odlikuju, unaprede na odgovarajuće dužnosti, jer to podstiče kadar na još kvalitetniji rad.

Iskustvo je takođe pokazalo da ne treba zaboraviti na princip zamene i dozvoliti suviše dugo ostajanje na istoj funkcionalnoj dužnosti, jer to utiče negativno. Svaki sanitetski radnik, naročito rukovodilac, treba da iz redova svojih potčinjenih pronađe pogodno lice i izgradi

ga za svoga zamenika, pošto se jedino na taj način može omogućiti popuna sanitetskim kadrovima novoformiranih jedinica.

*

Sanitetska nastava je održavana neprekidno, tako-reći od prvih dana pa u toku celog NOR-a. Za ovu svrhu iskorišćavana je svaka prilika, zatišje između dve neprijateljske ofanzive, ali isto tako rad se nije prekidao ni za vreme same ofanzive.⁵⁷⁾ Ponekad bi za nastavu (obuku iz upotrebe prvog zavoja ili prve pomoći uopšte) bio iskorišćen i mali odmor — zastanak za vreme pokreta.

Razmatrajući danas nastavne planove i programe iz toga perioda, dolazimo do zaključka da su oni, i pored izvesnih nedostataka, odgovorili datim uslovima zahvaljujući tome što su bili rezultat stečenog iskustva. Oni bi se eventualno mogli upotrebiti i ubuduće kao osnov za izradu sličnih nastavnih planova i programa ukoliko bi se ukazala potreba za izgrađivanjem sanitetskih kadrova u sličnim okolnostima. Razumljivo je da bi oni u tom slučaju morali pretrpeti i odgovarajuće izmene u vezi sa novijim pogledima na pojedine probleme, do kojih je došlo zahvaljujući napretku medicinske nauke. Pri tome treba imati u vidu da su u NOR navedeni nastavni planovi i programi bili samo okvirni za rukovodioce kurseva, dok su njihovo sprovođenje u život i njihov opseg zavisili od niza okolnosti o kojima smo govorili (operativno-taktička situacija, potreba za tim kadrovima u jedinicama i ustanovama i slično).

Uz ogromno zalaganje samih kursista i požrtvovanost nastavnika mogli su se postići uspesi koji nam danas izgledaju neverovatni kada se imaju u vidu okolnosti pod kojima je to rađeno, kratko vreme koje je stajalo na ra-

⁵⁷⁾ Zimolo navodi da su posle desanta na Drvar, koji je usledio 25. maja još dok su trajale borbe održani u jednoj od divizijskih bolnica ispiti za instrumentarke hirurških ekipa, dok su istovremeno bolničarkama održavana predavanja o nezi bolesnika, a divizijskoj bolničarskoj četi, o prenosu ranjenika.

spolaganju, vrlo mala ili često i nikakva školska predsprema, jer je najčešće bila u pitanju seoska omladina, itd.

Posebno treba istaći, kao jednu od najdragocenijih osobina sanitetskih kadrova izgrađenih u NOR, nesebično zalaganje, ljubav i brigu za ranjenike i bolesnike, koji nisu napuštani ni po cenu života. Ovo treba nesumnjivo da ostane jedan od osnovnih ciljeva u izgradnji sanitetskih kadrova.

RAZMATRANJA O KORIŠĆENJU NAŠIH ISKUSTAVA U EVENTUALNOM BUDUĆEM RATU

„U eventualnom budućem ratu neće biti krutih frontova ni frontalnih borbi, biće više prodora u dubinu, više desantnih operacija i osvajanja raznih strategiskih položaja i objekata. I razume se pošto će tako dejstvovati protivnik koji bude nastupao treba znati prilagoditi se tome u odbrani. U tome će iskustva iz našeg rata igrati veliku ulogu“.

TITO

Istakli smo već ranije da će eventualni budući rat zbog svoga karaktera, posebno u vezi sa upotrebom nuklearnog oružja biti veoma pogodan za borbena dejstva koja imaju mnogo sličnosti sa onim u partizanskim uslovima.⁵⁸⁾

Maksimalno rasturanje i pokretljivost, koji se traže od jedinica u nukleranom ratu, zastupljeni su u najvećoj meri upravo u ovom vidu borbenih dejstava jer ukopavanje, koje istina predstavlja izvesnu zaštitu, znači istovremeno, makar i privremeno, vezivanje jedinica za određenu teritoriju, što je u suprotnosti sa drugim zahtevom nuklearnog rata — maksimalnom pokretljivošću.

⁵⁸⁾ „Možda će atomsko oružje „atomizirati“ taktiku do te mere da će kopnene operacije dobiti potpuno karakter gerile“. Mikše — Taktika atomskog rata, str. 250, Vojno delo, Beograd, 1957. godine.

Uopšte uzev, imajući u vidu uslove nuklearnog rata, utvrdićemo da im upravo partizanska dejstva u mnogo čemu odgovaraju. Evo samo nekih.

Manje jedinice, sposobne za samostalna dejstva, pod rukovodstvom samoincijativnih, energičnih rukovodilaca, što je nužan preduslov u uslovima vođenja borbenih dejstava sa isprepletenim, nestabilnim frontovima, karakteristične su i za jedan i za drugi rat.

Ovo se može isto tako reći za veliku rastresitost jedinica sa širokim međuprostorima, uz jako izraženu manevarsku sposobnost, koja doprinosi da se izbegne stvaranje atomskog cilja za neprijatelja. Već sama činjenica da oba protivnika raspolažu nuklearnim oružjem zahtevaće rastresitost snaga i jedne i druge strane, bez obzira da li će budući rat biti nuklearni ili konvencionalni.

I noćna dejstva u cilju zaštite trupa i postizanja iznenađenja, odlika su i jednog i drugog oblika rata itd.

Razumljivo je stoga da se danas teži (to je ušlo i u različita pravila mnogih armija, u ovom ili onom vidu) da svaka jedinica operativne armije, kada to zahteva konkretna situacija, mora biti spremna da izvršava svoje zadatke vodeći borbena dejstva i na partizanski način, što zahteva posebnu obuku.

Iz navedenih razloga razumljivo je i interesovanje mnogih, a naročito manjih zemalja, za mogućnosti koje pruža ovaj oblik ratovanja, u odnosu na klasični frontalni rat, kod velikog nesrazmera snaga. Za male zemlje, koje ne raspolažu atomskim oružjem, možda će ovakav način vođenja rata biti jedini prihvatljiv oblik rata u kome će se moći pružati otpor napadaču — ovo iz razloga što je malo verovatno da će neprijatelj upotrebiti nuklearno oružje protiv partizanskih jedinica, s obzirom na njihov način dejstva itd., dok su s druge strane one sposobne da zadaju neprijatelju i te kakve udarce.

Verovatno je uostalom da će sam način vođenja eventualnog budućeg rata stvoriti partizanskim jedinicama još bolje mogućnosti za njihova dejstva uopšte, a posebno u cilju prikupljanja različitih podataka, pa i onih o postojećim pripremama za upotrebu ABH-oružja (polo-

žaju sredstava za lansiranje nuklearnih projektila i slično).

Ove će snage takođe biti u stanju da daju korisna obaveštenja o ciljevima koji su od interesa za upotrebu nuklearnog oružja kao i efektima ove upotrebe. Podaci koje će ove jedinice moći dati od naročitog su značaja kad se radi o nestalnim, pokretnim ciljevima pošto će podaci dobijeni drugim putem (osmatranjem sa zemlje, izvidanjem iz vazduha, preko zarobljenika n. pr.) često biti nepotpuni ili će se morati proveravati zbog čega će se izgubiti dragoceno vreme.

Jedinice koje budu dejstvovale na partizanski način vezivaće značajne snage neprijatelja koje će ovaj morati odvojiti za obezbeđenje pozadinskih delova — snabdevačkih jedinica i ustanova, komunikacija i slično. One će imati uticaja i na moral neprijatelja zbog osećanja nesigurnosti koje će njihovo postojanje stvarati.

Dok će po svemu sudeći borbena dejstva operativne armije u eventualnom budućem ratu biti praćena tako velikim gubicima u ljudstvu, da će sanitetska služba, ma kako ona bila dobro organizovana, veoma teško moći sa njima izaći na kraj, ta situacija bi mogla biti povoljnija u odnosu na partizanska dejstva uzimajući u obzir već pomenutu okolnost da manje partizanske jedinice nisu zahvalan cilj za upotrebu ABH-oružja. Razumljivo da to ne znači da eventualni budući partizanski rat neće biti praćen relativno većim gubicima nego dosadašnji pošto će i sama upotreba usavršenog klasičnog naoružanja biti dovoljna za to.

Za nas je od značaja činjenica da su mnoge postavke koje će morati u ovom ili onom vidu biti primenjene kod organizacije zbrinjavanja ranjenika u eventualnom budućem ratu — »despecijalizacija« lekara tj. potreba da svaki lekar, bez obzira na svoju užu specijalnost (ginekolog, okulista), poznaje osnove ratne hirurgije; snižavanje kvaliteta medicinske pomoći u uslovima masovnog priliva ranjenika, kako bi se ovakva pomoć mogla ukazati što većem broju ranjenika odnosno ukazivanje pojedinih vidova medicinske pomoći od strane kadrova koji to u redovnim prilikama ne rade (lekar za

ukazivanje hirurške pomoći ili ukazivanje medicinske pomoći od strane samo priučenih kadrova), našle već davno pre svoju primenu u našem NOR-u. Isto se to može reći i za rad u uslovima nedostajanja sanitetskog materijala i lekova, transportnih sredstava itd.

Polazeći od ove pretpostavke o povremenoj sličnosti borbenih dejstava u eventualnom budućem ratu sa partizanskim dejstvima mi ćemo razmatrati spicifičnosti sanitetskog obezbeđenja takvih partizanskih dejstava ostajući pri tome, razumljivo, samo na pretpostavkama baziranim na našem iskustvu, kao i na mnogim dostignućima u različitim oblastima nauke. U tom cilju potrebno je da prethodno izdvojimo ona osnovna iskustva rada sanitetske službe u toku NOR-a, koja već kao takva dolaze u obzir za primenu u eventualnom budućem ratu, a zatim, uzimajući u obzir i neke nove elemente, razmotrimo i njihov uticaj u odnosu na primenu tih iskustava. I ovom prilikom treba razlikovati specifičnosti sanitetske službe u slučaju kada se radi o stvarnim partizanskim uslovima od situacije kada će jedinice koje će dejstvovati na partizanski način imati oslonac na armiju koja vodi frontalan rat.

Rezimirajući iskustva iz NOR-a, u pogledu zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, dolazimo do sledećih osnovnih zaključaka:

Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika predstavljalo je jedan od najtežih problema. Koncentracija većeg broja ranjenika na jednom mestu, i pored izvesnih prednosti koje se ogledaju u boljem iskorišćavanju raspoloživih sanitetskih kadrova i opreme, veže jedinice za izvesne teritorije, smanjujući njihovu manevarsku sposobnost, što nije u skladu sa zahtevima partizanske taktike. Bez obzira na trenutnu operativno-taktičku situaciju, treba uvek misliti na mogućnost pokreta ranjenika i stoga rad sanitetskih ustanova, posebno bolnica, pa i onih na slobodnoj teritoriji, organizovati tako da svaka ima svoj pokretni i nepokretni deo, sa odgovarajućim brojem potrebnih transportnih sredstava koja moraju uvek biti u pripravnosti. Iako u partizanskim uslovima ne može postojati jedinstven metod zbrinjavanja ranjenika, koji bi se mo-

gao primeniti u svim prilikama, ipak se može reći da se kao jedan od veoma pogodnih, i za bezbednost ranjenika sigurnih načina, pokazalo zbrinjavanje ovih u konspirativnim bolnicama sa podzemnim skloništima i sistemom »javki«. Istina ovakav način zbrinjavanja može se koristiti samo za relativno mali broj ranjenika. Partizanska sanitetska služba dužna je da vodi računa ne samo o sanitetskom obezbeđenju ljudstva jedinica nego i stanovništva slobodne teritorije, pa koliko je to moguće, i stanovništva okupirane teritorije, koju okupator u tom pogledu prepušta samoj sebi, ne pružajući stanovništvu nikakvu medicinsku pomoć. Ovo je jedan od značajnih moralno-političkih faktora koji povezuju partizanske jedinice sa stanovništvom na odgovarajućoj teritoriji.

U odnosu na higijensko-epidemiološko obezbeđenje, partizanski uslovi života, sa svim poteškoćama koje ih prate, često olakšavaju nastajanje izvesnih zaraza, koje mogu ponekad i da osetno smanje brobeni sposobnost partizanskih jedinica, zbog čega je preduzimanje odgovarajućih preventivnih mera od naročitog značaja. Jedno od važnih mesta u borbi protiv zaraza treba dati zdravstvenom prosvetivanju. Lečenje zaraznih bolesnika provodi se kad god je to moguće u stacionarnim partizanskim bolnicama, izuzetno i u pokretu. Načelno zarazni bolesnici se ne ostavljaju kod civilnog stanovništva.

Kao specifičnost sanitetskog snabdevanja ističe se korišćenje mesnih sredstava i zaplena sanitetskog materijala, koji zauzimaju daleko značajnije mesto nego što je to slučaj u operativnoj armiji. Prilikom napada na gradove ili veća uporišta treba prethodno izraditi poseban plan evakuacije sanitetskog materijala. I prikupljanje materijala od rodoljuba na okupiranoj teritoriji često je jedan od veoma izdašnih izvora za snabdevanje partizanskih jedinica. Pored navedenih izvora za snabdevanje sanitetskim materijalom iskustvo iz NOR-a pokazuje da se u partizanskim radionicama mogla izraditi gotovo sva neophodna oprema, počev od pinceta do autoklava za sterilizaciju materijala. Materijal koji nije neophodan u datom momentu, kao i rezerve materijala, treba uvek sklanjati u tajna skloništa, koja moraju biti tako raspo-

redena na terenu da se mogu koristiti i za vreme manevrisanja po celoj teritoriji na kojoj operišu partizanske jedinice. Zbog neravnomernosti u snabdevanju štednja materijala i njegovo racionalno korišćenje imaju poseban značaj.

Verovatno da će ova načela u osnovnim crtama moći biti primenjivana i kod sanitetskog obezbeđenja partizanskih dejstava u eventualnom budućem ratu. Međutim, treba imati u vidu i uticaj čitavog niza novih faktora koji će imati odraza na rad sanitetske službe u pomenutim uslovima. Pojedini od njih, kao na primer napredak medicinske nauke ili tehnike, značiće, bez sumnje, znatno olakšanje prilikom rešavanja niza problema vezanih za zbrinjavanje ranjenika i bolesnika, organizaciju higijensko-epidemiološkog obezbeđenja ili sanitetskog snabdevanja. Sa druge strane, međutim, verovatno će ceo niz drugih faktora nepovoljno uticati jer će na primer, daljim razvojem taktičkog nuklearnog naoružanja možda nastati situacija kada će se na rentabilnost nuklearnih ciljeva gledati drugim očima, odnosno kada će takav cilj moći eventualno da predstavlja i neka partizanska jedinica i slično. Pomenućemo neke od ovih olakšavajućih okolnosti.

Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika

U pogledu zbrinjavanja ranjenika i bolesnika veliku prednost predstavljaće, na primer, upotreba antibiotika, transfuzije krvi, odnosno njenih zamena — supstituenata, poboljšanje transportnih sredstava i u vezi s tim ubrzanje evakuacije pa i ukazivanja medicinske pomoći (posebno kvalifikovane hirurške i specijalističke).

Davanje pojedinih antibiotika širokog spektra u profilaktičke svrhe, odmah nakon ranjavanja (kao što su bili u toku drugog svetskog rata davani sulfamidski preparati, odnosno u Koreji različiti antibiotici) znatno bi poboljšalo prognozu dok bi izvesno produženje roka za operativni zahvat omogućilo i spasavanje jednog dela ranjenika koji bi inače bili izgubljeni. U slučaju da se ne

raspolaze dovoljnim količinama ovih preparata za sve ranjenike, njihovo davanje treba predvideti samo kod onih grupa ili pojedinaca kod kojih će najverovatnije doći do zakašnjavanja u ukazivanju prve hirurške pomoći, nakon eventualnog ranjavanja.

Slično tome davanje bilo konzervisane krvi, bilo suve plazme odnosno različitih nadomestaka (dekstrana i sličnih preparata) odigraće u tom pogledu takode značajnu ulogu. Verovatno da će ovaj poslednji zbog svojih osobina, naročito u pogledu stabilnosti, biti od posebnog interesa za partizanska dešтва. Ovo iz razloga što će se, i pored poboljšanja koje se može očekivati u pogledu sanitetskog snabdevanja, korišćenjem u većoj meri vazdušnog transporta za snabdevanje partizanskih jedinica doturom iz pozadine jedinica operativne armije, one moći osloniti najsigurnije na materijalna sredstva koja imaju kod sebe, dok se na primer konzervisana krv u partizanskim uslovima može teško čuvati duže vremena.

Zahvaljujući boljoj medicinskoj opremi kako jedinica tako i bolnica (lagani, pokretni rendgen aparati, teški svega nekoliko kilograma — u novije vreme radi se i na tzv. »džepnim« modelima koji koriste kao izvor zračenja stroncijum 90. povezan sa pojačivačem slike) znatno će biti poboljšana dijagnostika, u vezi s njom i medicinska trijaža, dok će radio-veza olakšati evakuaciju ranjenika i bolesnika dajući blagovremeno podatke o popunjenosti pojedinih ustanova, bezbednosti prostorija na kojoj se nalaze partizanske bolnice itd., pa prema tome i pravilno usmeravajući evakuaciju.

Ukazivanje medicinske pomoći

Prva pomoć verovatno se neće mnogo razlikovati od onoga što se danas pod tim podrazumeva. Treba računati već kod ovog vida medicinske pomoći sa upotrebom antibiotika u cilju sprečavanja infekcije i izvesnog produženja operativnog roka. Ukoliko bi se daljim usavršavanjem došlo do laganijih i praktičnijih modela binokularni uređaji sa infracrvenim svetlom mogli bi veoma

korisno poslužiti bolničarima kod ukazivanja prve pomoći. Ovo utoliko pre što se noćna dejstva veoma često koriste u partizanskim uslovima ratovanja.

U okviru opšte medicinske pomoći transfuzija krvi odnosno njenih nadomestaka mogla bi biti korišćena kod znatno većeg broja ranjenika, ukoliko bude u dovoljnoj količini ovih sredstava pošto će biti olakšan i njihov dotur.

Za ukazivanje kvalifikovane hirurške pomoći doći će u obzir i upućivanje u određeni sektor vazдушnim transportom odnosno helikopterima bilo pojedinih hirurških ekipa, bilo poljskih bolnica sa svom potrebnom opremom u cilju obrade ranjenika. Problem netransportabilnih ranjenika, nakon izvršene hirurške intervencije, mogao bi biti rešen na primer uz pomoć helikoptera, prebacivanjem ovih u konspirativne partizanske bolnice ili eventualno i u pozadinu jedinica operativne armije.

Pitanje ukazivanja specijalističke pomoći — koju ukazuju lekari užih specijalnosti (neurohirurzi, specijalisti za čeljusnu hirurgiju, oko, uho, grlo i nos itd.) — praktično nije bilo rešeno u toku NOR-a, a naveli smo već ranije iz kojih razloga. Moglo bi se reći da je ono još potpuno otvoreno, kada je reč o ukazivanju ovog vida medicinske pomoći u partizanskim uslovima, a njegov značaj ogleda se u činjenici što se danas smatra da oko 20—25% ranjenika treba specijalističku pomoć. Jedino za sada zadovoljavajuće rešenje predstavljala bi evakuacija ovakvih ranjenika vazдушnim transportom u pozadinu operativne armije.

Sanitetska evakuacija. U toku NOR-a za evakuaciju ranjenika i bolesnika bili su upotrebljavani svi vidovi transporta, počevši od upućivanja lakših ranjenika peške na odgovarajuće etape sanitetske evakuacije (odnosno nošenje teških, nepokretnih ranjenika na nosilima) pa sve do vazdušnog transporta. Nedostatak transportnih sredstava i potreba da se evakuacija ranjenika i bolesnika, odnosno njihov pokret, često vrši po slabo komunikativnom zemljištu, pošto neprijatelj nastoji da kontroliše važnije komunikacije, stvaraju velike poteškoće. Iz navedenih razloga najčešće je bio korišćen tovarni i zaprežni

transport, dok su automobilski i železnički transport, i plovna sredstva manje dolazila u obzir. Vazdušni transport je ponekad bio jedini vid transporta koji je omogućavao evakuaciju velikog broja ranjenika u pozadinu operativne armije.

Upotreba vazdušnog transporta (specijalnih laganih aviona — zbog korišćenja improvizovanih aerodroma), a posebno upotreba helikoptera, s obzirom na niz prednosti koje oni pružaju, značilo bi ogromnu olakšicu u tom pogledu. Stoga bi i rešavanju ovog pitanja trebalo posvetiti posebnu pažnju.

Zbog svojih osobina koje mu omogućavaju sletanje i uzletanje sa veoma malih površina koje ne moraju biti posebno uređene za tu svrhu, mogućnosti lebdenja u vazduhu, pa prema tome i uzimanja tereta uopšte bez spuštanja (ako je zemljište tako teško da to onemogućava), helikopter predstavlja idealno sredstvo za evakuaciju ranjenika, snabdevanje materijalnim sredstvima i drugo u partizanskim uslovima. Mala brzina, koja za sada ne prelazi 400 km na čas, nizak plafon od oko 4500 m, pa i veća osetljivost na neprijateljsku vatru, nisu velika smetnja ako im se postave realni zadaci. Njihove prednosti nad ostalim vidovima transporta posebno dolaze do izražaja na planinskom zemljištu. Upotreba helikoptera omogućava evakuaciju ranjenika i bolesnika iz neposredne blizine prve borbene linije, do etape na kojoj im može biti ukazano odgovarajući vid medicinske pomoći, takoreći, sa mesta ranjavanja na operacioni sto, što je od posebnog značaja kod ranjenika čiji je život u opasnosti zbog prirode povrede, kao i onih kojima je potrebno ukazivanje specijalističke pomoći itd. Na ovaj način znatno se poboljšavaju izgledi za njihovo ozdravljenje, smanjenje procenta smrtnosti i invaliditeta, olakšavanje pokretljivosti jedinice, pojačavanje morala kod ljudstva i slično. Razumljivo je stoga da će se ovaj vid transporta u budućem ratu koristiti u daleko većoj meri nego što je to bio slučaj do sada. U partizanskim uslovima na ovaj način mogla bi se organizovati ne samo evakuacija ranjenika u pozadinu operativne armije, već i u udaljenije parti-

zanske bolnice, bilo da se one nalaze na slobodnoj teritoriji ili da su konspirativne.

Tehničke pa u vezi s tim i taktičke osobine helikoptera u mnogome olakšavaju rešavanje niza problema vezanih za borbena dejstva jedinica u partizanskim uslovima. Kada je u pitanju eventualni budući rat onda treba spomenuti još jednu njihovu dobru stranu — mogućnost preletanja kontaminiranih prostorija i na taj način uspostavljanje veze sa jedinicama do kojih se na drugi način, za izvesno duže ili kraće vreme, ne bi moglo doći. Zbog brzine kretanja helikoptera u odnosu na sredstva nazemnog transporta štetne posledice prelaženja kontaminirane prostorije, bilo da se radi o doturu materijalnih sredstava ili evakuaciji ranjenika i bolesnika, biće mnogo manje izražene, jer stepen ozračenosti zavisi ne samo od intenziteta radioaktivnog zračenja već i vremena izloženosti tom zračenju.

Prednosti helikoptera ogledaju se i u olakšanom savlađivanju vodenih prepreka — prebacivanju ranjenika preko većih ili brzih planinskih reka, evakuaciji ranjenika sa ostrva i slično. I kod snabdevanja sanitetskim materijalnim sredstvima, hranom, odećom i obućom za ranjenike i bolesnike helikopteri imaju znatne prednosti pred drugim sredstvima vazdušnog transporta — jer je za sletanje aviona potreban makar i improvizovani aerodrom dok se kod bacanja materijala ovaj često ošteti, gubi odnosno teško pronalazi, a ponekad pada i na prostoriju koju drži neprijatelj.

Dobro odabrana trasa preleta, po mogućnosti iznad teritorija koje neprijatelj slabije brani, kao i obezbeđena veza (znaci raspoznavanja) sa jedinicama uz tačno označavanje rejona u kojima se nalaze jedinice i mesta za sletanje helikoptera, umanjuju lutanje pa prema tome i izlaganje helikoptera neprijateljskoj vatri. Ovo svakako treba imati u vidu kada se zna da su helikopteri osetljivi i na vatru pešadijskog naoružanja.

Među veoma dragocena iskustva u odnosu na evakuaciju ranjenika i bolesnika ide i saznanje da je ranjenike potrebno skloniti u stranu od pravca neprijateljskog nadiranja, a kad god je to moguće i u njegovu pozadinu.

Bolničko lečenje. Od organizacionih formi zbrinjavanja ranjenika i bolesnika, a koje su bile u manjoj ili većoj meri korišćene u toku NOR-a, verovatno da će doći u obzir uglavnom sledeće:

a) Smeštaj u bolnicama u pozadini operativne armije što je ostvarljivo ukoliko se računa sa upotrebom vazdušnog transporta za evakuaciju ranjenika i bolesnika. Ovo bi bilo jedno od vrlo primamljivih rešenja s obzirom da ono oslobađa definitivno partizanske jedinice od ranjenika.

b) Evakuacija ranjenika i bolesnika u teritorijalne (stacionarne) konspirativne partizanske bolnice. Pošto bi se upotrebom helikoptera znatno ubrzalo prebacivanje ranjenika u pomenute bolnice to bi se onda moglo voditi i više računa o uslovima života i rada, bezbednosti bolnica itd. U ovom slučaju one bi se mogle smeštati i dalje od komunikacija, na teško pristupačnim mestima, što bi neprijatelju znatno otežalo iznenađenje. Pri tome treba imati u vidu sledeće. Iako je u toku NOR-a smeštaj bolnica na tzv. »nepristupačnim« mestima imao svojih nezgodnih strana zbog toga što je češće dolazilo do zakašnjavaanja u ukazivanju potrebne medicinske pomoći u bolnicama — u koliko se nije raspolagalo sa pogodnim brzim transportnim sredstvima za dopremu ranjenika do bolnice, on je ipak bio i poželjan, jer se bar dobijalo na vremenu, u slučaju neprijateljskog prodiranja prema bolnici, tako da se mogla izvršiti evakuacija ranjenika i bolesnika, odnosno njihovo sklanjanje u podzemna skloništa. U uslovima eventualnog budućeg rata ova situacija će se znatno izmeniti. Treba računati s tim da će za neprijatelja biti veoma primamljiva mogućnost da se na primer pomoću jednog helikopterskog desanta sa uspehom spusti u blizinu bolnice smeštene na »nepristupačnom« mestu, uništi je i zatim bez većih gubitaka vrati u svoju bazu. Bolnice su iz razumljivih razloga veoma osteljive na ovakve napade, jer same ne raspolazu većim snagama za odbranu, niti mogu računati na brzu pomoć, ukoliko u blizini nema većih jedinica koje bi je potpomogle u odbrani. Uostalom neprijatelj može upotrebiti helikopterski napad ne samo spuštanjem diverzanata već eventualno i

zapaljivih sredstava iz vazduha i slično. Helikopteri su veoma pogodni za izvršavanje ovakvih zadataka jer zbog malog plafona, koji može biti i svega desetak metara, veoma teško mogu biti otkriveni i od različitih izviđačkih stanica.

Iz navedenih razloga treba posvetiti najveću pažnju tajnosti smeštaja bolnica, i drugim merama borbenog obezbeđenja a kod izrade plana odbrane bolnice misliti i na njeno protivdesantno obezbeđenje. Planom treba predvideti način obaveštavanja u slučaju upotrebe vazdušnodesantnih jedinica od strane neprijatelja (određivanje signala za uzbunu bolnice), organizaciju protivdesantnog osmatranja u rejonima pogodnim za spuštanje desanata, mere neposrednog obezbeđenja, kao i jedinice na koje se može računati u odbrani.

Ukoliko su u pitanju manje neprijateljske snage treba pristupiti uništavanju desanta vlastitim snagama pre nego što se desant prikupi. Ako su u pitanju jače neprijateljske snage tada treba preći u odbranu dok ne pristigne pomoć. U tom cilju neophodno je pored ostalog obučiti celokupno ljudstvo da otvara vatru na niskoletеće avione, odnosno helikoptere, padobrance još u toku spuštanja itd.

Doturom potrebne opreme, pa eventualno i celih poljskih bolnica, iz pozadine operativne armije znatno bi se mogao poboljšati ne samo nivo medicinskog rada, već i udobnost ranjenika i bolesnika što bi se opet pozitivno odrazilo na skraćivanje rokova izlečenja i brži povratak ranjenika u jedinice.

Korišćenjem radio-veze mogla bi se umnogome povećati bezbednost bolnica blagovremenim obaveštavanjem o operativno-taktičkoj situaciji, eventualnoj potrebi da se ranjenici smeste u podzemna skloništa ili bolnice priprave za prijem većeg broja ranjenika i bolesnika i slično.

Ma koliko to inače bilo nepoželjno, treba misliti i na mogućnost da se, u skladu sa datim okolnostima, izvestan, manji broj ranjenika i bolesnika, može lečiti u pokretu, odnosno u pokretnim bolnicama većih partizanskih jedinica — ukoliko ne ometaju, u znatnijoj meri, manevarsku sposobnost jedinica — pa i sklanjanjem kod odanog stanovništva ili, sasvim izuzetno, i u sanitetskim

ustanovama »pod neprijateljskom kontrolom« na okupiranoj teritoriji.

Higijensko-epidemiološko obezbeđenje

Situacija u pogledu HE obezbeđenja je nešto drugačija. Dok se o zbrinjavanju ranjenika i bolesnika iz jedinica čija se borbena dejstva odvijaju u partizanskim uslovima ratovanja može govoriti sa priličnom dozom verovatnoće, dotle je danas veoma teško reći koje će zaraze i u kojoj meri biti od značaja za buduća partizanska dejstva. S jedne strane, pronalaženje sve efikasnijih preparata (bilo u cilju profilakse ili lečenja (upotrebom savremenih insekticida na primer, pegavac koji je predstavljao jedan od najvećih problema naše epidemiološke službe u toku NOR-a, verovatno neće u budućem ratu predstavljati takvu opasnost) uprošćava u velikoj meri borbu protiv izvesnih zaraza. S druge strane, mogućnost da neprijatelj upotrebi biološka sredstva rata znatno komplikuje situaciju u tom pogledu.

Izvesno je međutim, da se pogodnom organizacijom higijensko-epidemiološke službe mogu ove jedinice i pod veoma teškim okolnostima sačuvati od većih gubitaka od različitih zaraza. Poznavanje ove problematike od strane vojno-političkog rukovodstva predstavljalo bi veliko olakšanje za rad sanitetske službe.

U okviru razmatranja o higijensko-epidemiološkom obezbeđenju zaslužuju pažnju i sledeći elementi:

U partizanskim uslovima vašljivost je često do sada predstavljala problem. Ako tome dodamo i potencijalnu opasnost od pegavca na nekim teritorijama biće jasno da će se uvek morati imati u vidu i preduzimanje odgovarajućih mera za njeno sprečavanje. Borba protiv vašljivosti ubuduće biće znatno olakšana ako ljudstvo bude snabdeveno rubljem impregniranim insekticidima. U težim uslovima u kojima se ne bi mogao vršiti dotur ovakvog rublja, došlo bi u obzir i individualno impregnisanje rublja insekticidima u vidu paste ili sapuna i slično. Svakako impregnacija, zbog svog dugotrajnog dejstva, ima

znatnih prednosti nad upotrebom ovih sredstava u vidu praška čije dejstvo ne traje duže od desetak dana. Međutim, zbog eventualnih poteškoća u vezi sa zanaavljanjem impregniranog rublja, ne treba potcenjivati ni ubuduće vrednost zaprašivanja. I kod suzbijanja različitih parazitaranih oboljenja koja se ne retko pojavljuju u partizanskim uslovima, kao, na primer, šuge — svraba (scabiesa), gnojnih infekcija itd. često se nailazi na poteškoće u uslovima u kojima je održavanje lične higijene veoma otežano. U cilju njihovog suzbijanja bilo bi potrebno obezbediti ljudstvo nekim preparatom za brzo lečenje (scabiesa na primer, samo jednokratnim mazanjem). Još bolje bi bilo pronaći sredstva koja bi se mogla upotrebiti i u preventivnom smislu.

U toku NOR-a naši su borci mnogo patili od raznih smrzotina. Stoga bi izboru podesne obuće, sredstava za zaštitu ušiju, rukavica itd., trebalo posvetiti veću pažnju. U opremi ovog ljudstva trebalo bi predvideti i pogodne (lagane, nepromočive) vreće za spavanje.

Za ishranu ljudstva treba predvideti obroke sa koncentrisanom hranom, dvopekom ili trajašnim hlebom, i vitaminskim preparatima. Avitainoze i hipovitainoze mogu biti od velike opasnosti za ljudstvo partizanskih jedinica. Šta znači noćno slepilo za partizana jasno je svakom.

Za izolovane manje jedinice ili pojedince često se postavlja pitanje ishrane kao poseban problem, naročito ako se to ljudstvo nađe na slabo naseljenom (planinskom, kraškom i drugom) terenu gde se ne može računati na snabdevanje iz mesnih izvora. Za takve slučajeve treba predvideti specijalne obroke koji sadrže veoma kalorične namirnice u koncentrovanom stanju — u vidu tableta, paste, granula ili slično. Normalni obroci rezerve hrane ne dolaze u obzir za te svrhe najčešće zbog svoje težine odnosno zapremine. Pojedine armije predviđaju takve »obroke za održavanje« u različitom vidu ali manje više svi sadrže belančevine, ugljikohidrate i masti u određenom odnosu. Potreba da se u takvim slučajevima ponekad mora voditi računa i o raspoloživoj količini vode za piće nalaže smanjivanje procenta belančevina u takvom ob-

roku. Smatra se da jedan obrok takve specijalne hrane, koji sadrži oko 260 gr. ugljikohidrata, 80 gr. masti i 60 gr. belančevina (sa dodatkom vitamina i kalija, odnosno natrija), ukupne težine oko pola kilograma ima kaloričnu vrednost od oko 2000 kalorija, što je u naročito teškim situacijama dovoljno za jedan i po dan.

U cilju obezbeđenja zdravom pitkom vodom, pored preparata za dezinfekciju pitke vode za individualnu upotrebu, trebalo bi predvideti i male nosive uređaje za prečišćavanje i dezinfekciju vode.

Mada kupanje obično ne predstavlja neki naročiti problem moglo bi se predvideti na svaku veću samostalnu jedinicu (odred, brigadu) odgovarajuće pokretno kupatilo tovarnog tipa.

Verovatno je da obavezna vakcinacija svega ljudstva koje dolazi u obzir za upotrebu u partizanskim uslovima (posebno protiv tetanusa, trbušnog tifusa, pegavca i drugih oboljenja), bilo da se ona izvrši još pre odlaska u partizanske jedinice ili odmah po dolasku u iste, neće predstavljati veću poteškoću, a bila bi neobično korisna. U svakom slučaju zbog poteškoća na koje se nailazi kod likvidacije zaraznih oboljenja u partizanskom ratu potpuno je opravdan zaključak da sanitetska služba partizanskih jedinica mora biti prožeta izrazitim preventivnim i protivepidemijskim duhom.

Sanitetsko snabdevanje

Organizaciona struktura i oprema sanitetskih jedinica i ustanova mora biti takva da omogući i olakša sanitetsko obezbeđenje jedinica koje dejstvuju u partizanskim uslovima. To znači da one moraju biti što lakše i pokretljivije ali sposobne za samostalan rad.

Što se tiče izvora sanitetskog snabdevanja verovatno je da će, uz pomoć vazdušnog transporta, dotur iz sanitetskih snabdevačkih ustanova operativne armije imati jedno od prvih mesta. To međutim ne znači da neće biti korišćena i mesna sredstva i ratni plen u određenim situacijama. Od značaja će biti i snabdevanje partizanskih

jedinica iz skladišta koja treba još za vreme mira izgraditi na pogodnim skrivenim mestima, tako da ona pokrivaju celu prostoriju na kojoj se očekuje odvijanje borbenih dejstava. Najbolje rešenje u ovom pogledu predstavljaće veći broj manjih konspirativnih skladišta, koja bi bila poverena brizi odanih ljudi. Ovakvim rasturanjem olakšava se snabdevanje jedinica, izbegava transportovanje materijala, smanjuje šteta u slučaju otkri vanja itd.

Svakako da je od interesa pitanje kakav sanitetski kadar i kakvu opremu treba da ima na primer jedna izolovana grupa koja će delovati na partizanski način?

Broj i kvalitet kadra zavisiće načelno od veličine grupe, tako da bi broj pomoćnog i srednje medicinskog kadra trebalo uskladiti sa brojnim stanjem jedinice. Ako je grupa veća trebalo bi da ima lekara, a kad god to okolnosti dopuštaju svaka veća izolovana grupa trebalo bi da ima i hiruršku ekipu sa opremom koja omogućava ukazivanje hirurške pomoći uključivo sa vršenjem i težih intervencija koje povlače za sobom na primer otvaranje trbušne duplje — laparotomije.

Sanitetski materijal, lekovi i instrumentarij moraju biti izrađeni od takvog materijala i tako pakovani da bez štetnih posledica mogu izdržati duge pokrete po slabo komunikativnom zemljištu. Špric od nesalomljivog materijala — od plastične mase na primer, ima u ovom slučaju nesumnjivo prednosti pred dosadašnjim staklenim špricovima bilo kog porekla.

Kompleti sa opremom treba da budu što manji po obimu, što lakši (15—20 kg najviše), zaštićeni od vlage, pogodni za nosački i tovarni transport, elastični kako bi se pri padu što manje oštetili itd. Ambalaža od plastičnih masa će u priličnoj meri ispunjavati gornje zahteve, mada su se u drugom svetskom ratu pokazale kao vrlo pogodne i pletene korpe od pruća opšivene nepromočivim platnom. Mana ovih poslednjih je međutim teška dekontaminacija u uslovima upotrebe nuklearnog oružja.

Razumljivo da u vezi sa upotrebom ABH-oružja u eventualnom budućem ratu i partizanske jedinice treba da budu opremljene kompletima za detekciju iradijacije,

bioloških sredstava rata i bojnih otrova, zajedno sa odgovarajućim sredstvima za zaštitu.

Ukratko svaka partizanska jedinica mora biti tako opremljena da bude obezbeđeno njeno samostalno dejstvo u svakom pogledu. Ona ne bi trebalo da bude upućena niti na pomoć drugih jedinica, niti na civilno stanovništvo.

Dok je danas veoma teško reći kako će ova oprema izgledati, mogu se sa više verovatnoće praviti izvesne pretpostavke o tome šta od opreme treba da ima svaki borac, bolničar, lekar, itd. Podaci su svakako samo orijentacionog karaktera.

Oprema borca. U individualnu opremu svakog partizanskog borca, pored prvog zavoja i nekog preparata za dezinfekciju vode, trebalo bi uneti jedan od antibiotika sa širokim spektrom dejstva. Ovaj antibiotik bi se uzimao, kao što smo već naveli, u profilaktične svrhe odmah posle ranjavanja, kako bi se sprečila infekcija rane. Došlo bi u obzir i davanje u sastavu ove opreme izvesnih preparata za snižavanje temperature i umirivanje bolova (antipiretika i analgetika), pa eventualno i neki preparat za paralisanje dejstva nervnih bojnih otrova, na primer, injekcije atropina i sličnih preparata u pakovanjima koja omogućavaju trenutnu upotrebu. Svaki borac bi trebalo da bude dobro obučen u ukazivanju prve pomoći i samopomoći zbog naročitog značaja koji one imaju kod borbenih dejstava u partizanskim uslovima. Dobro bi došao i individualni paketić sa nekim insekticidnim sredstvom.

Oprema bolničara. Bolničar treba da ima bolničarsku torbu od čvrstog platna ili specijalnog materijala sa prvim zavojima, Esmarhovom poveskom, makazama ili nožem, nekim antibiotikom širokog spektra, džepnom električnom lampom itd. Pošto on vrši često i previjanje lakih ranjenika u smislu lečenja tj. nakon što im je već bila prethodno ukazana medicinska pomoć, na primer nakon povratka iz bolnice u jedinicu, treba da raspolaze i izvesnom količinom drugih zavoja, gaze, alkohola, sredstvima za ukazivanje prve pomoći kod opekotina, nekim lekovima za unutrašnju upotrebu (iz grupe analgetika i antipiretika na primer — tablete acidi acetilosalicil, amidopirin,

antineuralgika ili slično) atropinom ili sličnim preparatom u već pomenutom pogodnom pakovanju. Pored navedenog on treba da ima uprtaču za izvlačenje ranjenika i svu drugu opremu kao i ostali borci.

Bolničar treba da u potpunosti poznaje način ukazivanja prve pomoći, a posebno tehniku zaustavljanja krvavljenja, davanja različitih injekcija, suve plazme odnosno dekstrana i slično.

Oprema sanitetskih kadrova za ukazivanje opštemedicinske pomoći (lekara, srednjemedicinskog osoblja i sličnih profila). Torba ili ranac od nepromočivog materijala, pogodna za nošenje preko ramena, na leđima ili u ruci, sadržavala bi pored onoga što je rečeno u opremi bolničara još i najnužniji instrumentarij za ukazivanje opšte medicinske pomoći (zaustavljanje krvavljenja, sredstva za jačanje srca, ublažavanje bolova itd.). Klešta za vađenje zuba često zatrebaju. Razume se da treba da ima i slušalicu (stetoskop), termometar, špriceve za davanje injekcija, alkohola, zavojnog materijala, obavezno 2—3 prva zavoja, nešto najpotrebnijih lekova: antibiotika, sulfamida, antineuralgika itd.

Od stalne opreme koja ne ulazi u individualnu opremu ali treba da je lekaru pri ruci pomenućemo: najnužniji instrumentarij za ukazivanje ostale prve hirurške pomoći — primarnu obradu rane, uključujući tu i amputacije ekstremiteta, jer se smatra da svaki lekar u partizanskim uslovima mora poznavati i osnove ratne hirurgije u toj meri da sve ove zahvate može sam da vrši; komplet sterilnog zavojnog materijala, komplet šina za imobilizaciju, sredstva i pribor za suzbijanje šoka, materijal za transfuziju krvi, priručnu (poljsku) apoteku, serum protiv tetanusa i gasne gangrene, higijensko-epidemiološki materijal, insekticide, materijal za popravku vode.

Oprema pokretne partizanske bolnice. Kako je prvenstveni zadatak bolnice zbrinjavanje ranjenika (iako treba računati i sa izvesnim brojem internih i zaraznih bolesnika) ovakva bolnica mora raspomagati opremom koja dozvoljava ukazivanje prve hirurške pomoći u punom opsegu tj. uključivši i vršenje većih pothvata, na primer

laparotomije i slično. To znači da ona mora raspolagati odgovarajućim instrumentarijem, eventualno pokretnim stolom za operacije (koji nije neophodan pošto se može i improvizovati, na primer od korpi sa sanitetskim materijalom), sredstvima i priborom za suzbijanje šoka, materijalom za transfuziju krvi itd.

Pored navedenog ovde dolaze i kompleti: sterilnog zavojnog materijala, šina za imobilizaciju, materijal za negu bolesnika, poljska apoteka, nosila, higijensko-epidemiološki materijal, insekticidi, tovarno kupatilo, materijal za popravku vode itd.

Prema datim okolnostima treba raspolagati i odgovarajućim, brojem transportnih sredstava — kamiona, kola ili konja za nošenje ovog materijala.

Oprema bolnice treba da bude takva da omogućava izdvajanje, odnosno samostalnu upotrebu pojedinih hirurških ekipa.

Oprema stacionarne (teritorijalne) partizanske bolnice. Pored onog što je već navedeno za opremu pokretne partizanske bolnice, stacionarna partizanska bolnica trebalo bi da ima još i: autoklav za sterilizaciju sanitetskog materijala, poljski rendgen aparat, kupatilo i sredstva za kupanje i dezinfekciju, agregat za osvetljenje, poljske krevete. Zbog važnosti ovog pitanja ovde ponovo naglašavamo da treba računati stim da u partizanskim uslovima nema praktično stacionarnih — nepokretnih bolnica jer se uvek može desiti da i takva bolnica mora da izvrši pokret — ako je na slobodnoj teritoriji, usled neprijateljskog napada, ako je bila konspirativna, usled dekonspiracije i slično.

Sanitetski kadrovi

Poteškoće na koje se nailazi prilikom organizacije sanitetskog obezbeđenja partizanskih dejstava zahtevaju da sanitetski kadar bude snalažljiv, samoinicijativan, elastičan, prema tome i obuka ovog kadra treba da se kreće u tom pravcu. Naročito treba sanitetski kadar obučiti u izradi i korišćenju različitih improvizacija (izgradnja su-

vih komora, kupatila itd.). U toku NOR-a često su bili sa uspehom korišćeni različiti instrumenti i pribor izrađen veoma oskudnim sredstvima i od materijala koji se mogao nabaviti iz mesnih sredstava. Posebno bi trebalo obučavati kadar u izgradnji podzemnih skloništa za sklanjanje ranjenika i bolesnika, metodama konspiracije za očuvanje tajnosti bolnica, sakrivanju materijala, rukovanju savremenim naoružanjem, skakanju sa padobranom itd. Dobar partizanski lekar mora biti ne samo dobar medicinski stručnjak već i vojnik, organizator, graditelj, snabdevač itd. Još više, on mora biti dobar psiholog i politički radnik na terenu, koji ima razumevanja za poteškoće širokih narodnih masa. On mora biti skroman i pouzdan kako bi svaki onaj koji mu daje sklonište mogao biti siguran da ga neće odati, ukoliko bi pao neprijatelju u ruke. Jedino u takvom slučaju može se očekivati da će on pridobiti za sebe okolinu na koju je upućen. Naročito se mnogo može postići ukazivanjem lekarske pomoći stanovništvu koje je u takvim slučajevima obično ne može dobiti sa druge strane. Odnos prema stanovništvu, od koga treba stvoriti prijatelja, je neobično važan. To je jedan od bitnih razloga zbog koga je neprijatelj uspeo da samo u izuzetno retkim slučajevima otkrije naše bolnice ili skloništa za ranjenike. I u najtežim situacijama mesno stanovništvo je znalo da izdaja ne bi značila samo uništenje ranjenika već istovremeno i gubitak ljudi koji su im nebrojeno puta ukazali pomoć — njihovih osvedočenih prijatelja.

U odnosu na obuku sanitetskih kadrova sigurno je da će za buduća partizanska dejstva predstavljati veliko olakšanje obuka sanitetskog kadra u pozadini operativne armije, odnosno upućivanje u partizanske jedinice već gotovog, osposobljenog kadra.

*

Činjenica je da je naš NOR pokazao da je i pored poteškoća na koje se nailazi u partizanskim uslovima moguće organizovati ukazivanje medicinske pomoći i zbrinjavanje velikog broja ranjenika, tako da budu zadovoljeni ne samo medicinski zahtevi, već i zagarantovana

njihova bezbednost. Saznanje da je moguće zbrinjavanje ranjenika i bolesnika, i na samoj vojišnoj prostoriji, odnosno prostoriji ugroženoj od okupatora, bez neke strateške baze u tzv. »dubokoj« pozadini dolazi među najdragocenija iskustva sanitetske službe u toku NOR-a. Ovo je, međutim, moguće ostvariti jedino ako sam pokret uživa punu podršku narodnih masa. Korišćenje naših iskustava iz NOR-a dopunjenih savremenim dostignućima medicinske nauke, tehnike itd, daće i odgovor kako treba organizovati zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u partizanskim uslovima u eventualnom budućem ratu. Mišljenje da će partizanska dejstva u uslovima nuklearnog rata imati daleko veći značaj nego što je to bio slučaj u dosadašnjim ratovima, dobija sve više pristalica. Iz navedenih razloga i naša vojnomedicinska doktrina treba da bude usmerena i na partizanske uslove rada. U tom pravcu treba pripremati i naše sanitetske kadrove koji moraju biti sposobni da odgovore svim zadacima koji se budu pred njih postavljali, pa i u uslovima partizanskog rata. Od tako organizovane sanitetske službe mogli bi se očekivati još bolji rezultati od onih koje smo postigli u toku NOR-a. Na kraju ne treba zaboraviti da za uspehe, koje je postigla sanitetska služba u toku NOR-a, a oni nisu bili mali, treba umnogome zahvaliti i podršci koju je ona imala od vojno-političkog rukovodstva i širokih narodnih masa. Ubedeni smo da ona nikad ni u budućnosti neće izostati.

LITERATURA

1. — Abramov M.: *Medicinska pomoć ranjenim partizanima*, Zbornik materijala za izučavanje sanitetske taktike. Sanitetska uprava JNA, Beograd 1947. godine.

2. — Alfandari dr Isak, neurolog — Grumo: *Ratne psiho-neuroze*, Vojnosanitetski pregled br. 1, 1944. godine.

3. — Antonović dr M.: *Dr Krsto Rudan*. Vojnosanitetski pregled br. 9—10, 1951. godine.

4. — *Aperçu sur le service de santé yougoslave*, Bulletin international des services des santé № 1, januar 1952.

5. — Aralica Rade, potpukovnik: *Sećanje na rad i razvoj saniteta u 13. proleterskoj brigadi NOV 1942 — 1944*. Sanitetski tehničar br. 6/59.

6. — Barila dr Kazimir, potpukovnik: *Partizanske bolnice u Grmeču 1942 godine*, Vojnoistoriski glasnik br. 3, jun 1951. godine.

7. — Baruh Draginja: *Moric Levi — borac i lekar iz Narodnooslobodilačkog rata*. Vojnosanitetski pregled br. 11/1960.

8. — Baruh Draginja: *Organizovanje partizanske bolnice u Bijelim Vodama na Romaniji 1941. g.*, Vojnosanitetski pregled br. 8/1961. god.

9. — Bilandžić D., pukovnik: *Neka gledanja inostranih pisaca na primenu partizanskog načina ratovanja u savremenim uslovima* — prikazano u „Vojnom delu“ br. 3/1960.

10. — Binenfeld Mr Zlatko, major: *Razvoj apotekarske službe na teritoriji Like* (dio teritorije 11. korpusa). Farmaceutski glasnik br. 11/1951.

11. — Bjelkin V. A. kapetan: *Medicinska pomoć partizanskim odredima*, Zbornik materijala iz sanitetske taktike, Sanitetska uprava JNA, Beograd 1947. godine.

12. — Bogdanov G. M. lajtn. san. službe: *Bolnica u neprijateljskoj pozadini*, Zbornik materijala iz sanitetske taktike, Sanitetska uprava JNA, Beograd 1947. godine.

13. — Borojević Branko, general-major: *Druga strana rata*, Vojno delo 1960.

14. — Boron, medicin colonel et Valnet, medicin capitaine: *Les antennes chirurgicales en Indochine*, Revue de corps de santé militaire № 1, mars 1954 — prikaz dr Britvića u Vojnosanitetskom pregledu br. 5—6/1954. godine.

15. — Božović dr Bora: *Dr Dejan Popović* (Izvadak iz dnevnika) Vojnosanitetski pregled br. 6/1946. godine.

16. — Brajović Petar, general-major: *Popuna jedinica u Narodnooslobodilačkom ratu*, Vojno delo br. 12/1956. godine.

17. — Bratanić dr Niko, pukovnik: *Pokret ranjenika u partizanskim uslovima* (neobjavljen rad).

18. — Broz Josip — Tito: *Borba za oslobođenje Jugoslavije*, Beograd 1944. godine.

19. — Broz Josip — Tito: *Stvaranje i razvoj JA*, Beograd 1949. godine.

20. — Букуров др. С.: Е. И. Смирнов: *Советские военные врачи в отечественную войну*, Москва, 1945. (приказ), Вojносанитетски преглед бр. 2/1946. године.

21. — Bulić dr Frane: *Partizanska steatoreja*, Vojnosanitetski pregled br. 1/1945. godine.

22. — Bulić dr Frane, major: *Obojjenja uslijed manjkave ishrane u partizanskom ratu*, Vojnosanitetski pregled br. 9/1946. godine.

23. Burger Paul, lieutenant M. C., U.S.N.R.: *Medical Support for Mountain Fighting in Korea*, The Medical Surgeon № 6 decemb. 1951. — prikaz dr M. Britvića u Vojnosanitetskom pregledu br. 3—4/1953. godine.

23.a — Burić Radomir, pešadijski pukovnik: *O bolnici u Otaševcu — drugo hirurško odeljenje*, Vojnosanitetski pregled br. 12/1961. god.

24. — Burić Radomir, pešadijski pukovnik: *Sa ranjenicima kroz IV ofanzivu. Evakuacija Otaševačke bolnice*, Vojnosanitetski pregled br. 1-2/1963. god.

25. — Burić Radomir, pešadijski pukovnik: *Sa ranjenicima na Neretvi*, Vojnosanitetski pregled br. 3/63. god.

26. — Burić Radomir, pešadijski pukovnik: *Sa ranjenicima kroz IV ofanzivu*, Vojnosanitetski pregled br. 4/1963. god.

27. — Canlorbe Pierre: *La service de santé de la Resistance*, Paris, 1945.

28. — Cvetković Vita: *U pozadini (odlomak)*, Vojnosanitetski pregled br. 9 i 10/1958. god. i br. 4, 5 i 6/1959. godine.

29. — Čerge mr ph Oskar, major: *Primena samoniklog bilja u vojničkoj ishrani*, Vojnosanitetski pregled br. 3—4/1954. godine.

30. — Černozubov dr N., potpukovnik: *Razvitak higijensko-epidemiološke službe u NOV, POJ i JA i njeni aktuelni zadaci u periodu obnove zemlje*, Vojnosanitetski pregled br. 3—4/1954. godine.

31. — Danic R. medicin colonel (R) professeur et Dragić Đ. medicin colonel docteur: *Aperçu historique du développement du service de santé de l'armée yougoslave*, Bulletin International des Services de Santé des Armées de Terre, de Mer et de l'Air, N° 9/1957.

32. — Dapčević Peko: *Značaj i snaga manevra*, Vojno delo, Beograd 1954. godine.

33. — Deči Mr Ervin, major JA: *Razvitak apotekarske službe u NOV u Slavoniji*, Farmaceutski glasnik br. 11/1951. godine.

34. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Ranjenici u partizanskom ratu*, Vojno delo br. 6/1951. godine.

35. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Prilog izučavanju medicinskoevakuacijskog obezbeđenja partizanskih dejstava*, Vojnosanitet-ski pregled br. 9—10/1953. godine.

36. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Medicinsko snabdevanje u partizanskim uslovima*. Pozadina i snabdevanje br. 2/1952. godine.

37. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Higijensko-epidemiološko obezbeđenje partizanskih dejstava* (prilog), Vojnosanitet-ski pregled br. 3—4/1953. godine.

38. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Bolnice u Narodnooslobodilačkom ratu* — Enciklopedija Jugoslavije. Knjiga I, Zagreb 1956. godine.

39. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Hirurški rad u uslovima partizanskog ratovanja* (osvrt na članak dr med. Hannes-a Merbeck-a), Vojnosanitet-ski pregled br. 10/1959. godine.

40. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Partizanske bolnice*, Vojno delo br. 3/1954. godine.

41. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Sanitet-ski kadrovi i nastava u partizanskim uslovima*, Vojnosanitet-ski pregled br. 9—10 1954. godine.

42. — Dragić dr Đorđe, pukovnik: *Sanitet-ska služba pozadine u partizanskim uslovima*, Vojnosanitet-ski pregled br. 5—6 1956. godine.

43. — Dragić dr Đorđe, sanitet-ski pukovnik: *O nekim bolničkim sistemima u NOR-u*, Vojnosanitet-ski pregled br. 12/1961. godine.

44. — Dragić Đ — B. Jakovljević: *Međunarodno ratno pravo i zaštita ranjenika i bolesnika u toku NOR-a*, Jugoslovenska revija za međunarodno pravo sv. 2 Beograd 1961. god.

45. — Drakulić mr ph Marija, major: *Centralna apoteka 4 korpusa*, Pozadina i snabdevanje br. 6/1951. godine.

46. — Drakulić mr ph Marija, major: *Razvitak apotekarske službe na teritoriji Like, Korduna, Banije i Gorskog Kotara kroz NOB*, Farmaceutski glasnik br. 11/1951. godine.

47. — Đurišić dr Slavko, kapetan, ginekolog: *Prilog studiji ovarijalnih disfunkcija kod partizanki*, Vojnosanitetski pregled br. 4/1948. godine.

48. — Đurišić dr Slavko, docent: *Posleratni genitalni poremećaji kod bivših partizanki*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12 1952. godine.

49. — Đuričković Boško, general-major: *O infiltraciji*, Vojno delo br. 7/1954. godine.

50. — Favre, med. lieutenant-colonel: *Le service de santé militaire français en Indochine*, Bulletin International des Services de Santé des Armées de Terre, de Mer et de l'Air, № 4 avril 1953. — prikaz dr Ž. Cvetkovića u Vojnosanitetskom pregledu br. 5—6 1953. godine.

51. — Finkelštajn mr ph Bruno, pukovnik: *Razvoj apotekarske službe u istočnoj Bosni* (u rukopisu).

52. — Frunze — M. V.: *Izabrana dela* — VIZ — Beograd, 1946. godine.

53. — Георгиевски А. С. полк. сан. службы: *Медицинское обеспечение партизанской войны в Югославии*.

54. — Gobbi Alberto, Ten. col.: *Guerra atomica e partigiani*. Rivista Militare, luglio — agosto 1957.

55. — Hahn dr Arpad: *Problem prehrane u partizanskim bolnicama*, Vojnosanitetski pregled br. 1—2 1945. godine.

56. — Hahn dr Arpad, profesor: *Pojava internih bolesti i organizacija interne službe za vrijeme partizanskog ratovanja 1941—1944*, Vojnosanitetski pregled br. 9/1946. godine.

57. — Hays B. Silas, major general M. C. USA: *The Army Medical Service*, USA Medical Journal, febr. 1952 № 2, Vol IV — prikaz dr Ž. Cvetkovića u Vojnosanitetskom pregledu br. 11—12 1952. godine.

58. — Herlinger dr Ivo: *Hajra*, Vojnosanitetski pregled br 3 1948. godine.

59. — Hett Erich major: *Schneebiwak*, Truppenpraxis Heft 11/1959.

60. — Hirst J. W., colonel O.B, E., T.D. — *An Account of the Medical Services of the National Liberation Armu of Yugoslavia and of the R.A.M.C Assistance given to it*. Journal of the Royal Army Medical Corps, March 1945. Nr 3, str. 105.

61. — Ivanović Đoko, general-major: *Snabdevanje u Narodnooslobodilačkom ratu*, Vojno delo br. 12/1956. godine.

62. — Ivković-Nikoliš Radmila: *Smrt druga dr Dejana Popovića*, Vojnosanitetski pregled br. 6/1946. godine.

63. — Jacobs Walter Darnel: *Mao Tse Tung as a Guerilla, a Second Look*. Military Review № 2/1958.

64. — Jakovljević dr Boško: *Zaštita žrtava rata*, Jugoslovenska revija za međunarodno pravo br. 2/1958.

65. — Jakšić Pavle, general-potpukovnik: *Razmišljanja o našem Oslobođilačkom ratu 1941—1945. god.*, Vojno delo br. 10—11/1956. godine.

66. — Jakšić Pavle, general-pukovnik: *Iz teorije partizanskog rata*, Vojno delo br. 12/1956. godine.

67. — Jauković dr Svetomir, potpukovnik: *Obezbeđenje ranjenika i bolnica u partizanskim uslovima (rukopis)*.

68. — Jerković Mate, viceadmiral: *Borbe u Slavoniji za vrijeme IV i V neprijateljske ofanzive*, Vojno istoriski institut JA 1951. godine.

69. — Jordi A.: *Transport von Kranken mit Flugzeugen, Schweizerische medizinische Wochenschrift* 1952. — 5.109 — 111 — prikaz dr. Z. Radivojeva u Vojnosanitetskom pregledu br. 5—6 1952. godine.

70. — Jovanović dr Radmilo, general-major: *Neka razmatranja o internacionalnom medicinskom pravu*, Srpski arhiv, br. 7—8/1957.

71. — Kadijević Veljko, pukovnik: *Uloga iskustava u izgradnji teorije ratne vještine*, Vojno delo br. 10—11/58.

72. — Kaljalović dr Ratko, potpukovnik: *Borba protiv pegavca u NOR-u (rukopis)*.

73. — Kamčevski Dr. Đorđe, sanitetski potpukovnik: *Razvoj sanitetske službe na teritoriji Makedonije u toku Narodnooslobodilačkog rata*, Vojnosanitetski pregled br. 12/1961. god.

74. — Katalinić mr ph Aleksandar: *Razvoj farmaceutske službe u NOB-u*, Vojnosanitetski pregled br. 1—2/1954. godine.

75. — Kladarin Đuro: *Slom IV i V okupatorske kvistlinške ofanzive*, Kultura, Zagreb 1956. godine.

76. — Klajn dr Hugo: *Ratna neuroza Jugoslovena*, Vojnosanitetski pregled br. 10—11 1945. godine.

77. — Klajnhapel dr Franc, pukovnik: *Organizacija i taktika rada hirurških ekipa*. Referat na III kongresu lekara JA 1945. godine.

78. — *Klasici marksizma — lenjinizma o partizanskoj borbi*, Politička uprava JA 1957.

79. — Kleut dr Petar, general-major: *Partizanska taktika i organizacija*, Vojno delo, Beograd 1960. godine.

80. — Kleut Petar, general-major: *Partizanski rat u svetlu međunarodnog ratnog prava*, Vojno delo br. 9/1954. godine.

81. — Kleut Petar, general-major: *Perspektiva primene partizanskog rata*, Vojno delo br. 1—2 1957. godine.

82. — Kolb Vekoslav, general-major: *Borbena dejstva u šumi*, Beograd 1956.

83. — Kovačević mr ph Mato, pukovnik i Grahek mr ph Branko, potpukovnik: *Terenske apoteke NOV Slovenije* (rukopis)

84. — Kovpak S. A., general-major: *Od Putivlja do Karpata*, Zagreb 1947. godine.

85. — Kralj dr Ivo, pukovnik i Pernuš dr Franja, potpukovnik: *Neka pitanja evakuacije zračnim putem i naša iskustva za vreme NOB-a*, Vojnosanitetski pregled br. 3—4 1950. godine.

86. — Kralj dr Ivo, pukovnik: *O značaju Statuta sanitetske službe NOV i POJ*, Vojnosanitetski pregled br. 9—10 1951. godine.

87. — Kralj dr Ivo, pukovnik: *Treba li odustati od principa evakuacije k sebi?* Vojnosanitetski pregled br. 5—6 1954. godine.

88. — Kraus dr Lavoslav, potpukovnik: *O sanitetskim improvizacijama*, Vojnosanitetski pregled br. 6, str. 263 — 1948. godine Beograd.

89. — Kraus dr Lavoslav, major: *Dr Silvije Altaras*, Vojnosanitetski pregled br. 7—8 1947. godine.

90. — Kraus dr Lavoslav, pukovnik: *Drvar i brdo Klekovača*, Vojno sanitetski pregled br. 11/1960.

91. — Kretzer Hans — Joachim, hauptmann: *Iglu — Bau*, Truppenpraxis heft 11/1959.

92. — Kronja dr Tomislav, general-major: *Problemi mentalne higijene sa gledišta narodne odbrane*, Vojnosanitetski pregled br. 11/1960. godine.

93. — Kronja dr Tomislav, pukovnik: *Naše ratno sanitetsko iskustvo i mogućnost njegove primene u budućem atomskom ratu* (rukopis).

94. — Kušević mr Vladimir, Kovačević dr Krešimir, Ivković Mr Stanko, Marija Efendić-Čanić, kapetan, Ana Stefanec, poručnik: *Apotekarska služba kroz NOB u Moslavini i u Zagorju* (na teritoriji bivšeg „Zagrebačkog“ X korpusa), Farmaceutski glasnik br. 11 1951. godine.

95. — Kveder Dušan, general-potpukovnik: *Teritorijalni rat*, Vojno delo br. 6 1953. godine.

96. — Lekić Danilo, general-potpukovnik: *O izučavanju ratnih dejstava naše Armije*, Vojno delo br. 4 1949. godine.

97. — Letić dr Dara, vojni službenik II klase: *O stokiranju plazme i njenih supstituta*, Vojnosanitetski pregled br. 1—2 1956.

98. — Levi dr Izidor, potpukovnik: *Sa teškim ranjenicima od Gmeča do Visočice za vreme IV neprijateljske ofanzive*, Vojnosanitetski pregled br. 9—10 1951. godine.

99. — Lompar Dr. Marija: *Stvaranje i razvoj civilne zdravstvene službe u toku NOR-a*, Vojnosanitetski pregled br. 12/1961. godine.

100. — Lunaček dr Pavel, profesor: *Udeo slovenačkog saniteta u NOB-u i njegov značaj za razvitak medicinskog fakulteta*, Vojnosanitetski pregled br. 3—4, 1951. godine.

101. — Lušina Janez, pešadijski kapetan I kl.: *Bivakovanje u snegu*, Vojni glasnik br. 1/59.
102. — Manojlović ing. M.: *Higijensko-tehnički uredaji i improvizacije*, Beograd 1956. godine.
103. — Mao Ce Tung: *Govori i članci*, Beograd 1949. godine.
104. — Mariani dr Ivo, kapetan: *Vakcinoterapija pegavog tifusa*, Vojnosanitetski pregled br. 7—8, 1947. godine.
105. — Maycock W. d. A.: *Plazma Substitutes*, *British Medical Bull.* Fol. 10 № 1. 1954. — prikaz Mr ph D. Stojanova u Vojnosanitetskom pregledu br. 9—10, 1954. godine.
106. — Mediko⁵⁹⁾; *Dugi marš Prve proleterske brigade*, Partizanski sanitet, april 1942. godine, preštampano u Vojnosanitetskom pregledu br. 3—4, 1946. godine.
107. — Merbeck dr Hans: *Kao ratni hirurg u Narodnooslobodilačkoj vojsci Jugoslavije*, Vojnosanitetski pregled br. 4, 1948. godine.
108. — Merbeck dr med. Hans: *Hirurški rad u uslovima partizanskog ratovanja*, Vojnosanitetski pregled br. 10/1958. godine.
109. — Mešterović dr Đura, general-major: *Devetogodišnjica Prvog kongresa partizanskih lekara*, Vojnosanitetski pregled br. 9—10, 1951. godine.
110. — Mešterović dr Đura: *Neka iskustva iz hirurškog rada u uslovima krajnje oskudice*, Vojnosanitetski pregled br. 15/1959. godine.
111. — Mihajlović Miodrag, v. d. Epidemiologa I proleterske divizije: *Iskustvo sa improvizovanim svim komorama*, Vojnosanitetski pregled br. 5, 1945. godine.
112. — Milčinski dr Janez: *Mi, pa se nismo uklonili*, Zdravstveni glasnik br. 7—8, 1951. godine.
113. — Mikše F. O.: *Taktika atomskog rata*, Vojno delo, Beograd 1957. godine.
114. — Mikše F. O. potpukovnik: *Tajne snage* (tehnika podzemnih pokreta), Vojno delo br. 2, 1951. godine — prikaz.
115. — Morača Pero, pukovnik: *Napadi NOVJ na naseljena mjesta*, Beograd, 1956. godine.
116. — Morača Pero, pukovnik: *Stvaranje NOV u svijetlu teorije ratne vještine*, Vojno delo br. 12, 1957. godine.
117. — Morača Pero, pukovnik: *Rat protiv rata* (prikaz) Naša stvarnost br. 1, 1958. godine.
118. — Morača Pero. *Vojni aspekti odluka Drugog zasjedanja AVNOJ-a*, Vojno delo br. 10—11/1958.

⁵⁹⁾ Dr Gojko Nikoliš

119. — Moyers E. Robert, DDS: The Medical Services of the Greek Resistance Movement in World War II — The Bulletin of the US Army Medical Department, Vol IX. Nr. 9 septembar 1949, str. 773 i 770.

120. — Moyers R. Robert, DDS: Medical Service with Guerrilla Troops. The Bulletin of the US Army Medical Department Vol. IX № 9 sept. 1949. p. 773.

121. — Muralt, potpukovnik: *Švajcarska i partizanski rat*, Vojno delo br. 4, 1954. godine — prikaz.

122. — Narodna armija godina XII broj 848 od 6. X 1955. g.

” 3. XI 1955. g.

” 8. XI 1956. g.

” 26. IX 1957. g.

123. — „Narodna armija“ Novinsko izdavačka ustanova JNA: *Razmatranja o savremenom ratu*, Beograd 1959.

124. — *Naša proizvodnja prvih zavoja*, Partizanski sanitet, april 1942. godine, preštampano u Vojnosanitetskom pregledu br. 5, 1946. godine.

125. — *Naša prva sanitetska škola*, Partizanski sanitet, april 1942. godine, preštampano u Vojnosanitetskom pregledu br. 5, 1954. godine.

126. — *Naša sanitetska služba u dokumentima Narodno-oslobodilačkog rata*, Vojnosanitetski pregled br. 9—10, 1949. godine.

127. — Nemo, pukovnik: *Mesto gerile u ratu*, Vojno delo br. 7—8, 1957. godine — prikaz.

128. — Nežmah Miroslav, pukovnik: *Suprotna mišljenja o partizanskom ratu*, Vojno delo br. 11, 1953. godine.

129. — Nežmah Miroslav, pukovnik: *Savremena ratna tehnika i ratna sanitetska služba*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12, 1954. godine.

130. — Nik dr Alfred, potpukovnik: *Briga za ranjenike i bolesnike u uslovima partizanskog rata*, Liječnički vjesnik br. 8—9, 1951. godine.

131. — Nikoliš dr Gojko: *Tekući problemi našeg trupnog saniteta*, brošura. Izdanje Propagandnog oseka VŠ NOV i POJ septembra 1943. godine.

132. — Nikoliš dr Gojko, general-major: *Uvodna reč*, Vojnosanitetski pregled br. 1, 1944. godine.

133. — Nikoliš dr Gojko, general-major: *Ka pitanju jedinstvene hirurške doktrine*, Vojnosanitetski pregled br. 1, 1945. godine.

134. — Nikoliš dr Gojko, general-major: *III Kongres lekara Jugoslovenske armije i njegov značaj*, Vojnosanitetski pregled br. 12, 1945. godine.

135. — Nikoliš dr Gojko: *dr Sima Milošević*, Vojnosanitetski pregled, br. 3, 1946. godine.

136. — Nikoliš dr Gojko, general-major: *Sanitetska služba u Četvrtoj ofanzivi*, Vojnosanitetski pregled br. 4, 1946. godine.

137. — Nikoliš dr Gojko, general-potpukovnik: *Razvoj sanitetske službe u našoj Armiji*, Beograd 1947. godine.

138. — Nikoliš dr Gojko, general-lajtant: *Prvi kongres partizanskih lekara* (povodom šestogodišnjice), Vojnosanitetski pregled br. 9—10, 1948. godine.

139. — Nikoliš dr Gojko, general-potpukovnik: *Sanitetsko iskustvo u Oslobođilačkom ratu Jugoslavije 1941—1945 godine*, Vojnosanitetski pregled br. 1—2, 1953. godine.

140. — Nikoliš dr Gojko, general-potpukovnik: *Naše ratno sanitetsko iskustvo u svetlu budućnosti*, Vojno delo br. 12, 1956. godine.

141. — Nikoliš Dr. Gojko, general-pukovnik: *Kako sam doživeo nemački desant na Drvar 25. maja 1944. god.*, Vojnosanitetski pregled br. 5/1961. godine.

142. — Nikoliš dr Gojko, general-pukovnik: *Tragom ranjenika*, Vojnosanitetski pregled br. 6—7/1961. god.

143. — Nikoliš Dr. Gojko, general-pukovnik: *Iskustva iz evakuacije ranjenika iz Užica 1941. g.*, Vojnosanitetski pregled br. 11/1962. godine.

144. — Noel H., surgeon: *Medical Considerations in Helicopter Evacuation*, United States Armed Forces Medical Journal № 2 febr. 1954. — prikaz dr M. Britvića u Vojnosanitetskom pregledu br. 5—6, 1956. godine.

145. — *Norveška priprema vežbe za partizansko ratovanje*, Vojno delo br. 10—11, 1956. godine — prikaz.

146. — *Nove rendžer-čete*, Vojno delo br. 4, 1951. godine — prikaz.

147. — Novosel dr Šime: *Izdajnički napadaj na bolnicu teških ranjenika u Sedmoj ofanzivi*, Vojnosanitetski pregled br. 2, 1946. godine.

148. — Novosel dr Š.: *Liječnici u Hrvatskoj u Narodnooslobodilačkoj borbi*, Liječnički vjesnik br. 8—9/1951.

149. — Obradović Branko, general-major: *Noć i noćna dejstva*, Beograd 1954. godine.

150. — Oreščanin Bogdan, general-pukovnik: *O osnovnim faktorima oružane borbe i ratne vještine*, Vojno delo br. 10—11, 1958. godine.

151. — Paleologue M.: *L'antenne chirurgicale parachutiste*. A. P. 58 Rev. Corps Santé Mil. 15:3, 322 — 32, 1959. prikaz Dr H. Kulenović, Vojnosanitetski pregled br. 1/1960.

152. — Patrnogić Jovica, major: *Razmatranja o ratu (posebno partizanskom) u razvoju međunarodnog prava*, Vojno delo br. 3, 1958. godine.

153. — Patrnogić dr Jovica: *Priručnik za međunarodno ratno pravo*, Vojnoizdavački zavod JNA „Vojno delo“ 1956.

154. — Patrnogić dr Jovica i Jakovljević dr Boško: *10 godina ženevskih konvencija za zaštitu žrtava rata*, Vojno delo br. 7—8/1959.

155. — Pedoya C.: *Ration de survie* — Rev. Corps Santé Mil. 15:2,185 — 201 1959. — prikaz Mr. ph. Mato Kovačević, Vojnosanitetski pregled br. 2/1960.

156. — Pekić Dušan, pukovnik oklopnih jedinica: *Partizanska dejstva u eventualnom ratu*, Vojno delo br. 6, 1957. godine.

157. — Perović dr Danica, major: *Sjećanje na Mladena Stojanovića*, Vojnosanitetski pregled br. 2, 1946. godine.

158. — Petchot — Bacque: *Quelques réflexions sur l'évacuation par hélicoptère sanitaire dans le zones de combat*. Med. Res. 56, 43 — 49. 1960. — prikaz Dr M. Britvić, Vojnosanitetski pregled br. 10/1960.

159. — Petovar Rudi: *Šesta proleterska istočnobosanska brigada*, Vojno istoriski institut JA 1951. godine.

160. — Petovar Rudolf: *Maršmanevar u Narodnooslobodilačkom ratu*, Vojno delo br. 4, 1955. godine.

161. — Petrović B: *Strane sanitetske misije u NOR-u Jugoslavije*, Vojnosanitetski pregled br. 12/1963. god.

162. — Piletić Dr. Mitar, sanitetski pukovnik: *Partizanske bolnice na području Durmitora*, Vojnoistoriski glasnik br. 6/1961. godine.

163. — Podboj Stanislav, potpukovnik: *Regularna armija i partizanski način ratovanja*, Vojno delo br. 1, 1951. godine.

164. — Popović dr Dejan: *Kongelacije, Partizanski sanitet*, april 1943. godine, preštampano u Vojnosanitetskom pregledu br. 1, 1946. godine.

165. — Popović Koča, general-pukovnik: *Za pravilnu ocenu Oslobođilačkog rata naroda Jugoslavije*, Vojno delo br. 2, 1949. godine.

166. — Predanić Dr. Edo, sanitetski pukovnik: *Slučaj vazdušne blast povrede iz NOR-a*, Vojnosanitetski pregled br. 12/1963. godine.

167. — Radovanović N. Mr ph. i Grozdanić V. Mr ph.: *Suva plazma i plazma frakcije — novi produkti zavoda za transfuziju krvi u Beogradu*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12, 1954. godine.

168. — Rauš Stevo, pukovnik: *Bihaćka operacija novembra 1942*, Vojno delo br. 2, 1950. godine.

169. — Ramzin dr Sergije: *Naša iskustva sa pegavcem u epidemskoj sezoni 1944—45. god.*, Vojnosanitetski pregled br. 6—7, 1945. godine.

170. — Ramzin dr Sergije: *Epidemiologija, klinika i patološka anatomija pegavca u Bosni*, Vojnosanitetski pregled br. 1—3, 1943. godine.

171. — Rogers Lindsay: *Guerilla Surgeon (A New Zealand Surgeon's Wartime Experiences with the Yugoslav Partizans)*, London 1957.

172. — Roič dr Boris, potpukovnik: *Povodom izlaska prve knjige „Zbornika dokumenata sanitetske službe u NOR-u“*, Vojnosanitetski pregled br. 5—6/1952. godine.

173. — Ronko dr Alojzij, potpukovnik i Radmili dr Vudrov major: *Impregnacija rublja insekticidima kao metod u borbi protiv vašljivosti*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12/1954. godine.

174. — Ronko dr Alojzij, potpukovnik i Radmili dr Vudrov, major: *Rezultati praktične primene impregnacije rublja insekticidima u borbi protiv vašljivosti*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12 1954. godine.

175. — Сайков А. Д.: *Особености работы партизанского врача* — Медицинский журнал бр. 4, стр. 36, 1947. godine.

176. — Samardžija Stevo, potpukovnik: *Prva banjolučka operacija 31. XII 1943. — 3. I 1944. godine*, Vojno istoriski glasnik br. 2/1950. godine.

177. — Sanders S. Džordž Hileri: *„Zelena beretka“*, Vojno delo br. 4/1951. godine — prikaz.

178. — Sanitetska uprava JNA: *Zbornik dokumenata sanitetske službe u Narodnooslobodilačkom ratu jugoslovenskih naroda*, 1 i 2 knjiga, Beograd 1952. godine.

179. — Sanitetsko odeljenje Vrhovnog štaba NOV i PO Jugoslavije: *Uputstvo o suvim komorama*.

180. — Savez lekarskih društava FNR Jugoslavije: *Od nas zavisi — Zdravstveni radnik u odbrani zemlje*, Beograd 1959. god.

181. — Savićević L.: *Snabdevanje Kragujevačkog partizanskog odreda sanitetskim materijalom*, Vojnosanitetski pregled br. 5/1961. god.

182. — Savićević dr Mito: *Narodni heroj Stanko Martinović*, Vojnosanitetski pregled br. 7—8/1946. godine.

183. — Sekelj Antonije, pukovnik: *Zaštita sanitetskih ustanova od napada*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12/1954. godine.

184. — Stanojević dr Vlada potpukovnik: *Istorija srpskog vojnog saniteta — Naše ratno sanitetsko iskustvo*, Beograd 1925.

185. — Stefanović doc. dr Stanoje: *Bolesti nedovoljne ishrane*, Beograd 1952. godine.

186. — Stöcker Ottmar major i. BGS: *Hinweise für Bivakbau in Sommer und Winter*, Truppenpraxis Heft 5/1959.

187. — Stojanović Sreten, vajar: *Dr Mladen Stojanović, Vojnosanitetski pregled* br. 2/1946. godine.

188. — Stojanović dr Vojislav, docent, potpukovnik: *Anestezija i naša iskustva u toku Drugog svetskog rata*, Vojnosanitetski pregled br. 3/1948. godine.

189. — Stone dr H. James: *Evakuacija bolesnika i ranjenika u drugom pohodu na Burmu 1943—1945 godine*, *Military Review* may 1949. (prevod objavljen u Vojnosanitetskom pregledu br. 3—4/1950. god.).

190. — Sivic dr Albin potpukovnik: *Sanitetska služba Istre za vreme NOR-a*, Beograd 1962. godine.

191. — Štajner dr Alfred: *Partizanske bolnice u zemunicama*, Vojnosanitetski pregled br. 1/1946. godine.

192. — Štajner dr Stjepan, potpukovnik: *Interne bolesti u partizanskom ratu*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12/1964. godine.

193. — Štraus mr Darko, kapetan: *O razvoju apotekarske službe u NOB na teritoriji Cazinske Krajine*, *Farmaceutski glasnik* br. 11/1951. godine.

194. — Štraus mr Darko, kapetan: *Apotekarska služba u Unskoj operativnoj grupi 1944—1945. godine*, Vojnosanitetski pregled br. 9—10/51. god.

195. — Tajnton L. C., potpukovnik: *Planiranje protivnapada*, Vojno delo br. 4/1955. godine — prikaz.

196. — Talbot A: *Considerations sur l'emploi des antibiotiques a titre profilactique a l'extreme-avant en chirurgie de guerre*, *Revue du corps de santé militaire*, № 2 juin 1954. godine.

197. — Tamerman Žan: *Belgijski otpor*, Vojno delo, broj 5/1955. godine — prikaz.

198. — Тарасов М., засл. врач СССР: *Медицина у партизан в великую отечественную войну* — Советское здравоохранение, бр. 8, стр. 42, 1947. године.

199. — Tartalja mr Hrvoje: *Razvitak apotekarske službe u NOB Dalmacije*, *Farmaceutski glasnik* br. 11/1951. godine.

200. — Tartalja mr ph Hrvoje: *Kad se partizani voze kamionom*, Vojnosanitetski pregled br. 2/1958. godine.

201. — Tartalja mr ph. Hrvoje: *Tisova Kosa*, Vojnosanitetski pregled br. 3/1958. god.

202. — Tartalja mr ph Hrvoje: *Partizanski bolnički brod*, Vojnosanitetski pregled br. 4/1958. god.

203. — Tartalja mr ph Hrvoje: *Padobrani*, Vojnosanitetski pregled br. 5/1958. godine.

204. — Tartalja mr ph Hrvoje: *Na opasnom putu od Tičeva do Visa*, Vojnosanitetski pregled br. 6/1958. god.

205. — Tartalja mr ph Hrvoje: *Povratak — Napad kod Nadgradine i smrt dr-a Izidora Perere*, Vojnosanitetski pregled br. 3/1959. god.

206. — Tartalja dr mr ph Hrvoje: *Tifusari*, Vojnosanitetski pregled br. 7—8/1959. god.

207. — Tartalja dr mr ph Hrvoje: *Zdravstveni centar u Visu*, Vojnosanitetski pregled br. 1/1959. god.

208. — Tartalja dr mr ph Hrvoje: *Partizanska hirurgija*, Vojnosanitetski pregled br. 2/1960. god.

209. — Terzić Velimir, general-potpukovnik: *Bitka na Neretvi*, Vojno delo br. 4/1953. godine.

210. — Todorović dr Kosta, prof.: *Infektivne bolesti*, Beograd 1952. godine.

211. — Tomašić dr Marjan, potpukovnik: *Sanitetska služba u partizanskim odredima koji dejstvuju na ravničastom zemljištu* (rukopis).

212. — Tončić dr Stjepan, potpukovnik: *Sanitetska služba u napadu na Banja Luku (januara 1944. godine)* — rukopis.

213. — Torre mr Petar: *Razvoj apotekarske službe kroz NOB na teritoriji Žumberka*, Farmaceutski glasnik br. 11 od 1951. godine.

214. — Trajnin J. P.: *Pitanja partizanskog rata u međunarodnom pravu*, Beograd 1947. godine.

215. — Tuđman Franjo: *Rat protiv rata*, „Zora“, Zagreb 1957. godine.

216. — Tuđman Franjo: *O osnovnim specifičnostima i bitnim iskustvima ratne vještine našeg Narodnooslobodilačkog rata*, Vojno delo br. 9/1958. godine.

217. — Vajs dr Albert: *Nove Ženevske konvencije za zaštitu žrtava rata*. Međunarodni problemi № 4/1950. godine.

218. — Vilkins Frederik, potpukovnik: *Partizanski rat*, Vojno delo br. 1/1955. godine — prikaz.

219. — Volčjak dr Viktor, major: *Svim sanitetskim radnicima učesnicima NOB*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12/1947. godine.

220. — Volčjak Dr Viktor: *Bolnica Franja*, Ljubljana, 1960.

221. — Vojno delo: *Sutjeska I, II, II knjiga*, Beograd 1959.

222. — Vojno istorijski institut JNA: *Istorijski atlas Oslobođilačkog rata naroda Jugoslavije 1941—1945. godine*, Beograd, 1952. godine.

223. — Vojno istorijski institut JNA: *Oslobođilački rat naroda Jugoslavije 1941—1945.*, Beograd 1957. godine.

224. — Vojnović Aleksandar, pukovnik: *Ubacivanje — Infiltracija*, Beograd, 1955. godine.

225. — Vojvodić Dimitrije — Zeko: *U zaštitnici centralne bolnice pred Sutjeskom (jun 1943. god.)*, Vojnosanitetski pregled br. 1—2/1963. godine.

226. — Vojvodić Dimitrije — Zeko: *U zaštitnici bolnice (sećanje iz V neprijateljske ofanzive)*, Vojnosanitetski pregled br. 5/1963. godine.

227. — Vujašinović Todor: *Ozrenski partizanski odred*, Sarajevo, 1950. godine.

228. — Vukšić dr Ljubomir, major: *Improvizovani terenski termostat*, Vojnosanitetski pregled br. 9—10/1948. godine.

229. — Vučić Žiko, potpukovnik: *Snabdevanje partizanskih jedinica u Narodnooslobodilačkom ratu*, Vojno delo br. 3/1953.

230. — Vučković Jovo, general-potpukovnik: *Zadržavajuća odbrana*, Vojno delo, Beograd, 1957. godine.

231. — Vukmanović Svetozar, general-lajtnant: *Šest godina Jugoslovenske armije* — referat povodom Dana JNA, Borba 22. XII 1947. godine.

232. — Zavod za spomeniško varstvo LRS: SVPB „Franja“

233. — *Zbornik dokumenata i podataka o Narodnooslobodilačkom ratu jugoslovenskih naroda*, Vojnoistorijski institut JNA Beograd.

234. — Zdravstveni odjel ZAVNOH-a: *Priručnik za rad seoskih zdravstvenih sekcija*, 1943. godine.

235. — Zdravstveni odjel ZAVNOH-a: *Uput za rad na uspostavljanju zdravstvene službe na oslobođenom teritoriju Hrvatske 1943. godine*.

236. — Zimolo dr Anton, kapetan: *O partizanskim pokretima*, Vojnosanitetski pregled 1944. godine.

237. — Zimolo dr Anton, major: *Naša sanitetska služba u danima poslije njemačkog desanta na Drvar*, Vojnosanitetski pregled br. 7—8/1946. godine.

238. — Zimolo dr Anton: *O nekim oblicima službe liječenja i evakuacije u NOVJ pri prelasku s partizanskog na frontalni način ratovanja*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12/1954. godine.

239. — Zimolo dr Anton: *Kratak pregled razvoja zdravstvene službe u toku NOB (1941—1945.) na području Hrvatske*. Iz Hrvatske medicinske prošlosti, Zagreb 1954.

240. — Žarković dr Grujica: *Aktuelni problemi civilne zdravstvene službe*, Vojnosanitetski pregled br. 1/decembra 1943. godine.

241. — Žarković dr Grujica: *O rezultatima i uzrocima uspjeha sanitetske službe u Slavoniji u periodu Narodnooslobodilačkog rata*, Vojnosanitetski pregled br. 9—10/1951. godine.

242. — Župančić O. dr Andrej, prof.: *Preparati vitamina C u partizanskom sanitetu*, Vojnosanitetski pregled br. 11—12/1954. godine.

S A D R Ž A J

PREDGOVOR	9
PREDGOVOR PISCA	13
OPŠTE KARAKTERISTIKE BORBENIH DEJSTAVA U PARTIZANSKIM USLOVIMA RATOVANJA I NJI- HOV UTICAJ NA ORGANIZACIJU SANITETSKOG OBEZBEĐENJA	17
SANITETSKO OBEZBEĐENJE PARTIZANSKIH JEDINICA I ZBRINJAVANJE RANJENIKA I BOLESNIKA	32
Karakteristike zbrinjavanja ranjenika i bolesnika u parti- zanskim uslovima	32
1. Ukazivanje medicinske pomoći	40
2. Medicinska trijaža	62
3. Evakuacija ranjenika i bolesnika	63
4. Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u pokretu	80
5. Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u partizanskim stacionarnim ustanovama — bolnicama	98
a) Smeštaj i izgradnja partizanskih bolnica	100
b) Snabdevanje bolnica materijalnim sredstvima (ishrana, odeća, ogrev, osvetljenje)	147
c) Obezbeđenje bolnica od napada	155
d) Sklanjanje ranjenika i bolesnika u podzemna skloništa	170
6. Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u bolnicama u pozadini operativne armije	185
7. Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika kod mesnog sta- novništva	194
8. Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika u sanitetskim ustanovama pod neprijateljskom kontrolom	198

II HIGIJENSKO-EPIDEMIOLOŠKO OBEZBEĐENJE — —	201
Opšte karakteristike higijensko-epidemiološkog obezbeđenja u partizanskim uslovima — — — — —	201
1. Osnovna načela sprovođenja higijensko-profilaktičkih i protivepidemijskih mera — — — — —	204
a) Higijensko-profilaktičke mere — — — — —	204
b) Protivepidemijske mere — — — — —	208
2. Organizacija i sprovođenje higijensko-epidemioloških mera — — — — —	211
3. Zbrinjavanje zaraznih bolesnika — — — — —	221
III SANITETSKO SNABDEVANJE — — — — —	229
Opšte karakteristike sanitetskog snabdevanja u partizanskim uslovima — — — — —	229
1. Izvori sanitetskog snabdevanja — — — — —	230
2. Organizacija sanitetskog snabdevanja — — — — —	243
ORGANIZACIJA TERITORIJALNE SANITETSKE SLUŽBE	253
1. Organizacija teritorijalnog vojnog saniteta — — — — —	255
2. Organizacija civilnog saniteta — — — — —	265
SANITETSKI KADROVI I NASTAVA — — — — —	273
1. Školovanje sanitetskog kadra — — — — —	275
2. Usavršavanje kadrova — — — — —	289
RAZMATRANJA O KORIŠĆENJU NAŠIH ISKUSTAVA U EVENTUALNOM BUDUĆEM RATU — — — — —	299
Zbrinjavanje ranjenika i bolesnika — — — — —	304
Ukazivanje medicinske pomoći — — — — —	305
Higijensko-epidemiološko obezbeđenje — — — — —	311
Sanitetsko snabdevanje — — — — —	313
Sanitetski kadrovi — — — — —	317
LITERATURA — — — — —	320

Dr ĐORĐE DRAGIĆ
sanitetski pukovnik

SANITETSKA SLUŽBA U PARTIZANSKIM USLOVIMA
RATOVANJA

TREĆE IZDANJE

Tehnički urednik
Andro Strugar

Korektori
Gordana Rosi, Vera Đurić, Vera Radulović

Štampanje završeno 1965. godine

Tiraž 4.000.

Cena 1000 din.

