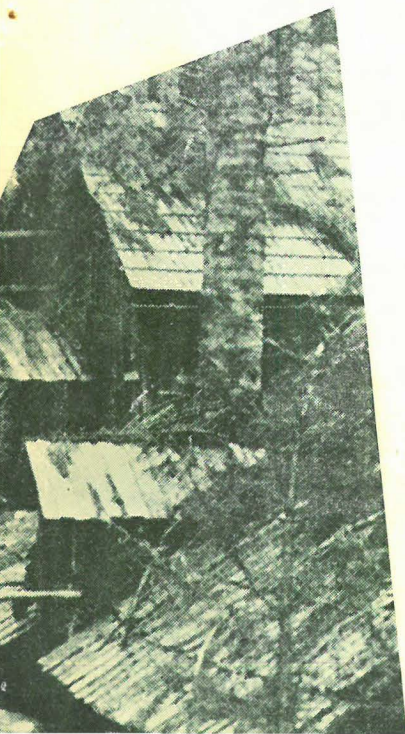




IVAN DR. KALINŠEK

ZDRAVLJENJE RANJENCEV V SCVPB

»KNJIŽNICA NOV IN POS« je zbirka zgodovinskih orisov bojnih poti slovenskih brigad in odredov ter tematskih monografij iz zgodovine narodnoosvobodilne vojne in revolucije.

Orise bojnih poti avtorji pripravljajo v sodelovanju z odbori enot pri Zvezi združenj borcev NOV Slovenije in pod vodstvom mentorjev, ki jih določi komisija za zgodovino sveta za razvijanje revolucionarnih tradicij pri predsedstvu republiškega odbora ZZB NOV Slovenije.

Iz spodaj navedenega programa so izšle že knjige, ki so označene z velikimi črkami.

Osnovni program:

1. *Partizani na Gorenjskem* (O partizanskih četah na Gorenjskem do ustanovitve Gorenjskega partizanskega odreda junija 1942)
2. DRUGA GRUPA ODREDOV IN ŠTAJERSKI PARTIZANI 1941—1942 (Ivan Ferlež)
3. *Partizani na Notranjskem in Dolenjskem* (O partizanskih četah na Notranjskem in Dolenjskem do konca velike italijanske ofenzive)
4. *Partizani na Primorskem* (O partizanskih četah na Primorskem do ustanovitve Gradnikove brigade maja 1943)
5. *Tomšičeva brigada*
6. ŠERCERJEVA BRIGADA (Milan Guček) — I. del
7. GRADNIKOVA BRIGADA (Stanko Petelin-Vojko)
8. GUBČEVA BRIGADA (Lado Ambrožič)
9. CANKARJEVA BRIGADA (Lado Ambrožič-Novljan)
10. ŠLANDROVA BRIGADA (dr. Miroslav Stiplovšek)
11. PREŠERNOVA BRIGADA (Stanko Petelin-Vojko)
12. *Levstikova brigada*
13. *Deveta brigada*
14. *Ljubljanska brigada*
15. *Zidanska brigada*
16. *Dvanajsta brigada*
17. *Bračičeva brigada*
18. PETNAJSTA BRIGADA (Mile Pavlin)
19. VOJKOVA BRIGADA (Stanko Petelin-Vojko)
20. *Gregorčičeva brigada*
21. BAZOVIŠKA BRIGADA (Franjo Bavec-Branko)
22. KOSOVELOVA BRIGADA (Radosav Isaković)
23. Posebne brigade NOV in POS
 - I. SLOVENSKA ARTILERIJSKA BRIGADA (Borivoj Lah)
 - PREKMURSKA BRIGADA (Mitja Hribovšek)
 - Rabska brigada*
 - Zaščitna brigada GS*
 1. brigada VDV
 2. brigada VDV
 3. brigada VDV
24. Italijanske enote v NOV in POS
 - Brigada Triestina d'assalto — Tržaška udarna brigada*
 - Divisione »Garibaldi Natisone« é brigata »Fontanot« — Divizija »Garibaldi Natisone« in brigada »Fontanot«*
25. *Prekomorske brigade*
 - PRVA IN DRUGA PREKOMORSKA BRIGADA (Srečko Vilhar, Albert Klun)

IVAN DR. KALINSEK

ZDRAVLJENJE
RANJENCEV
V SCVPB



KNJIŽNICA
NOV IN POS

IVAN dr. KALINŠEK

ZDRAVLJENJE
RANJENCEV
V SCVPB

(slovenski centralni vojno partizanski bolnici)

Ljubljana 1975

*Spominu enaintridesetih o narodnoosvobodilnem
boju padlih slovenskih zdravnikov*

UVOD

Ob napadu Nemčije in Italije na Jugoslavijo v aprilu 1941 je hkrati z jugoslovansko državo neslavno razpadla tudi jugoslovanska vojska. Slovenski narod je tako ostal golorok pred izredno močnim, organiziranim in brezobzirnim nasprotnikom. Kmalu pa se je pokazalo, kakšne namene imajo okupatorji s Slovenijo in Slovenci. Deželo so razkosali in razkrili svoj načrt, da nameravajo Slovence kot narod uničiti. Zdrava in napredna večina slovenskega naroda se je pod vodstvom Osvobodilne fronte tej usodi uprla. Slovenski narod, ki se je znašel na razpotju, ali izginiti kot narod ali začeti boj za obstoj, je moral boj začeti iz nič. Nobene vojaške organizacije ni imel, nikakršnega izurjenega poveljniškega kadra, niti zaledja niti industrije, ki bi oskrbovala vojne enote. Osvobodilni boj je začel dobesedno iz nič in si v hudih bojih in spopadih ustvaril močno, zmagovito vojsko.

Junaški narodnoosvobodilni boj proti premočnemu, brezobzirnemu okupatorju je vsemu svetu dokazal velike vojaške in politično organizacijske sposobnosti Slovencev. Te izredne lastnosti, pa še iznajdljivost, požrtvovalnost brez primere in velika uspešnost pri delu so odlikovale tudi slovensko partizansko saniteto kakor tudi slovenske partizanske zdravnike.

V knjigi Oris partizanske sanitete na Slovenskem navaja zgodovinar prof. dr. Metod Mikuž, da sodi partizansko zdravstvo na Slovenskem v vrsto najpopolnejših dejavnosti med narodnoosvobodilnim bojem. Dobesedno pravi: »Od vseh inteligenčnih poklicev se je v Sloveniji najbolj častno izkazal zdravniški kader!«¹

¹ Mikuž M.: Oris partizanske sanitete na Slovenskem. Borec, Ljubljana 1967, stran 150 (dalje navajam: Mikuž, Oris part. sanitete).

Globoko občuteno tovarništvo je v NOB družilo partizana-borca s partizanom-zdravnikom, ko sta organizirala sanitetno službo v partizanskih enotah, reševala ranjence iz bojne črte in jih spravljala v zaledje, gradila partizanske bolnišnice, zbirala hrano in opremo ter varovala in negovala ranjence. Slovenski partizanski zdravnik si je sam izšolal svoje pomočnike-bolničarje. Partizanski zdravnik ni pomagal ranjenim in obolelim borcem le s strokovnim znanjem, reševal jih je in branil tudi v najhujših okoliščinah in v največji nevarnosti, dostikrat za ceno lastnega življenja. Delo zdravnikov, ki so se tako častno izkazali v dobi, ko je šlo za narodov obstoj, bi ne smelo biti pozabljeno. Njihov lik je treba ohraniti prihodnjim rodovom, kot primer izredne hrabrosti, požrtvovalnosti, iznajdljivosti in optimizma, ki naj zdravnika vodi v vsaki, tudi najtežji, morda na videz brezupni situaciji.

Mednarodna zaščita ranjencev, bolnikov in sanitetnega osebja v vojni je urejena z Ženevskimi konvencijami. Že v prvi Ženevski konvenciji iz leta 1864 so bila formulirana pravila, po katerih so odnosi do vseh ranjencev osnovani na humanih načelih. V konvencijah iz leta 1906 in 1929 so ta načela še izpopolnili in podrobneje razčlenili. Po konvenciji iz leta 1929 morajo ranjenci in bolniki vselej in povsod uživati spoštovanje, zaščito in človečansko ravnanje. Prav tako je po tej konvenciji zaščiten tudi sanitetno osebje vseh bojujočih se armad.² Jugoslavija je ratificirala to konvencijo 20. maja 1931. Potrdile so jo tudi države, ki so leta 1941 napadle in razkosale Jugoslavijo. Vendar je v drugi svetovni vojni v Jugoslaviji sovražnik zavestno kršil to konvencijo. Okupatorjevi vojaki, ne le elitnih fašističnih oddelkov, ampak tudi rednih enot, so zverinsko in dosledno pobijali vse ranjence in sanitetno osebje jugoslovanske partizanske vojske, če se jim je le posrečilo priti do njih. Spričo vedno večjega razmaha in uspehov narodnoosvobodilne vojske je okupator v svoji nemoči še bolj pobesnel. Organiziral je specialne oddelke in posebne akcije za iskanje in odkrivanje partizanskih bolnišnic, da bi našel čim več ranjencev in sanitetnega osebja, jih zverinsko pobil in s tem teroriziral in strašil narod in ga odvrčal od osvobodilnega boja.

² Milčinski J.: Mednarodno humanitarno pravo in Ženevske konvencije. Zdravstveni vestnik IV/38, Ljubljana 1969, stran 35.

Iz vojaške zgodovine je splošno znano, da borbenost in bojno moralo bojnih enot in borcev bistveno krepi zavest, da bodo imeli, če bodo ranjeni ali oboleli, dobro zdravniško oskrbo. Borci slovenske partizanske vojske so to imeli zagotovljeno. Vsak dan so imeli priložnost videti in doživljati požrtvovalnosti sanitetnega osebja pri oskrbovanju in evakuaciji ranjencev. Videli in doživljali so, kako so bolničarke in bolničarji pod hudim sovražnikovim ognjem v največji nevarnosti nosili ranjence z bojnih položajev. Videli in doživljali so, kako so ranjenci kmalu po ranitvi, v primerni oddaljenosti za bojno črto, dobili prvo (primarno) kirurško oskrbo rane, kako



Fotokopija slike ranjenca, ki jo je leta 1944 v partizanski bolnišnici Zgornji Hrastnik narisal Nikolaj Pirnat

so bili v teh najtežjih razmerah operirani in evakuirani. Videli in doživljali so, kako je bil na primer ranjeni soborec evakuiran v strogo zakonspirirano partizansko bolnišnico, o kateri sicer podrobnosti glede kraja niso vedeli, so pa doživeli, da se je ranjenec po daljšem ali krajšem času, prebitem v bolnišnici, vrnil ozdravljen v enoto.

Kako zelo je bilo cenjeno življenje vsakega ranjenega partizana v neizprosnem boju za obstoj slovenskega naroda, priča dejstvo, da se je med štiriletnim narodnoosvobodilnim bojem slovenskega naroda zdravilo v vseh slovenskih par-

tizanskih bolnišnicah in sanitetnih enotah NOV okoli 22.000 registriranih ranjencev in bolnikov in da jih je od teh sovražniku kljub vsemu prizadevanju uspelo odkriti in pobiti le 0,3 %.³ Od skupnega števila okoli 10.000 ranjencev in bolnikov, ki so se zdravili v vseh postojankah Slovenske centralne vojne partizanske bolnice v Kočevskem Rogu, je v teh letih njenega obstoja sovražnik kljub stalnemu vohljanju, planiranim ofenzivnim sunkom in na slepo organiziranim napadom izsledil le 24 ranjencev in jih pobil na njihovih ležiščih.

Slovensko partizansko zdravstvo je veličastno in pomembno poglavje v zgodovini slovenske medicine. Neizprosni boj na življene in smrt z brutalnim premočnim sovražnikom, ki je cinično poteptal vse mednarodne dogovore, je zahteval tudi dolgo vrsto žrtev med slovenskimi zdravniki. Padlo jih je 31. Padli so, ker so sledili klicu svoje zdravniške vesti in so, zvesti svojim načelom in poslanstvu, žrtvovali vse za trpečega sočloveka-soborca. Pred vhomom v bivši sanatorij Emونا, v katerem so dobili bolniško oskrbo prvi slovenski ranjeni partizani in kjer je sedaj sedež Slovenskega zdravniškega društva, je v njihov spomin vzdana skromna plošča. Hvaležen spomin na njihovo delo in na delo njihovih tovarišev, ki so te burne čase preživeli, naj bo pričujoč v sedanji in v vseh prihodnjih generacijah Eskulapovih učencev.

Čeprav so šli slovenski zdravniki v osvobodilni boj praktično nepripravljeni, skoraj brez opreme in brez izdelane enotne vojnomedicinske doktrine, kot jo imajo sanitete modernih armad, ko gredo v boj, so to z iznajdljivostjo, domiselnostjo in res izrednim smislom za improvizacijo hitro nadoknadili. Partizanska saniteta na Slovenskem se je vsaki vojni situaciji elastično in zgledno prilagodila in se iz dneva v dan izpopolnjevala in razvijala.

Namen tega dela je na osnovi ohranjenih dokumentov o ranjencih, ki so jih zdravili v SCVPB v Kočevskem Rogu, podati kratek pregled in oris metod zdravljenja najrazličnejših vojnih poškodb partizanskih borcev, orisati torej vojno medicinsko doktrino slovenske partizanske sanitete.

³ Lunaček P.: Delež slovenske sanitete v NOV in njen pomen za razvoj medicinske fakultete. Rokopis, Arhiv IZDG, fasc. 417, Ljubljana, stran 13 (dalje navajam: Lunaček, Delež slovenske sanitete v NOV).

Vojne poškodbe, to je ranitve v okoliščinah partizanskega bojevanja imajo svoje značilnosti. Tudi zdravljenje vojnih poškodb v razmerah partizanskega bojevanja ima seveda svoje značilnosti ter zaradi izrazito krute stvarnosti mora nujno dostikrat odstopati od sicer veljavnih norm vojne medicine.

Vojna saniteta je imela v armadah vseh časov in držav vedno določeno in smotrno dejavnost. Njena naloga je bila izbirati psihično in fizično sposobne ljudi za vojno službo, bedeti nad njihovim zdravjem, jih oskrbovati in zdraviti v primeru ranitve ali bolezni in čimprej spet usposobiti za bojne akcije; dalje med prebolevniki ugotavljati za vojne napore nesposobne borce in jih predlagati za odpust iz oboroženih formacij in podobno.⁴ Vojna saniteta je v vseh armadah torej morala vedno skrbeti za to, da so bile bojne enote vedno borbeno sposobne za akcijo.

Vse te naloge je seveda imela in izvrševala tudi slovenska partizanska saniteta. Le da v veliko hujših okoliščinah in v mnogo težjih razmerah kot sanitete velikih rednih armad. Doktrino vojne medicine, to je postopek zdravljenja vojnih poškodb in obolevanj, so sanitetne službe vseh armad v vseh časih smotrno in skrbno preučevale in izpopolnjevale. Tudi sanitetna služba slovenske partizanske vojske si je v jeku hudih brezkompromisnih bojov in spopadov izdelala svojo specifično doktrino zdravljenja vojnih poškodb in izidi zdravljenja ranjencev kažejo, da je pri tem imela odlične uspehe.

Namen tega dela je torej, kolikor mogoče natančno raziskati in ugotoviti, kakšne vojne poškodbe so glede na vzrok poškodbe (etiološki faktor) prevladoval v slovenski vojski v specifičnih razmerah za partizansko bojevanje na Slovenskem; dalje raziskati in ugotoviti pogostnost vojnih poškodb posameznih delov telesa (lokalizacija vojnih poškodb) pri ranjenih borcih slovenske partizanske vojske. Ne nazadnje pa je namen dela tudi raziskovati in na podlagi statistične obdelave in primerjave s statistikami nekaterih drugih vojujočih se armad iz druge svetovne vojne prikazati strokovne uspehe slovenskih partizanskih zdravnikov, ki so v najhujših razmerah krvavega štiriletnega osvobodilnega boja reševali

⁴ Carl Franz: Lehrbuch der Kriegschirurgie. Springer, Berlin 1936, str. 1—2.

zdravje in življenje ranjenim in obolelim borcem slovenske partizanske vojske.

Dokumentarni material, ki mi je služil pri delu, sem našel v arhivu inštituta za zgodovino delavskega gibanja in v fototeiki Muzeja ljudske revolucije v Ljubljani. Odgovornim tovaršicam in tovarišem iz obeh ustanov se najlepše zahvaljujem, da so mi omogočili proučevanje teh dokumentov. Podatke, predvsem za statistično primerjavo, sem črpal tudi iz številnih domačih in tujih monografij, ki so izšle po vojni in obravnavajo zdravljenje vojnih poškodb v vojujočih se armadah v drugi svetovni vojni.

S kritičnimi pripombami, korekturami, dragocenimi napotki in nasveti ter originalnimi fotografijami, ki mi jih je dovolil uporabiti pri pisanju tega dela, mi je neprecenljivo pomagal akademik prof. Janez Milčinski. Pri delu so mi s korekturami in nasveti pomagali tudi zgodovinar prof. dr. Metod Mikuž, prof. dr. Martin Benedikt, pok. prim. dr. Boris Vidmar, doc. dr. Ruža Šegedin, prim. dr. Jerina-Lah Pavla, polkovnik Zdravko Klanjšček in prof. dr. Božena Ravnihar. Naj jim še enkrat izrečem hvaležnost in iskreno zahvalo.

Avtor

I.

KRATEK ORIS RAZVOJA PARTIZANSKE SANITETE NA SLOVENSKEM

Že leta 1941 je z ustanavljanjem partizanskih oddelkov na Slovenskem nujno morala iti v korak tudi organizacija partizanske sanitete. Naloge sanitetne službe so se seveda spreminjale z razmerami, potrebami in razvojem osvobodilnega boja. Vedno in povsod, v vsaki situaciji pa je veljala kategorična zapoved za sanitetno službo narodnoosvobodilne vojske — ne zapuščati ranjencev in bolnikov, dajati jim povsod in v vsakem času potrebno medicinsko pomoč.

V prvi dobi narodnoosvobodilnega boja, v dobi prvih partizanskih čet in bataljonov v letu 1941 do nastanka prvega osvobojenega ozemlja so partizanske enote svoje ranjene borce največkrat s pomočjo terencev skrivoma prepeljavale v civilne bolnišnice, kjer so se potem zdravili na tamkajšnjih posameznih oddelkih. Zanimivo je, da so v Franciji na sličen način ves čas druge svetovne vojne oskrbovali in zdravili ranjence odporniškega gibanja.

V Ljubljani je bila ena od nalog zdravniškega matičnega odbora OF organizirati in omogočiti zdravljenje ranjenih partizanov v letu 1941 in v začetku leta 1942. Zdravili so se v sanatoriju Emona, na ortopedskem odseku in kirurgičnem oddelku Splošne bolnišnice ter v bolnišnici v Polju. Samo v sanatoriju Emona je bilo v času od septembra 1941 do marca 1942 stacionarno ali ambulantno oskrbovanih 52 ranjenih partizanov in aktivistov.⁵

⁵ Ljubljana v ilegali II. Državna založba Slovenije, Ljubljana 1961, stran 339.

Zaradi poostrene sovražnikove budnosti je tak način oskrbe ranjenih partizanov kmalu postal prenevaren. Zato so proti koncu leta 1941 in v začetku leta 1942 partizanske enote svoje ranjence prenašale s področij bojov v oddaljena težje dostopna naselja ter jih izročale v oskrbo zaupnim ljudem, pri katerih so jih obiskovali in zdravili v OF organizirani podeželski zdravniki. Tako skrite ranjence so obiskovali in zdravili tudi zdravniki, ki jih je iz Ljubljane na teren pošiljal zdravniški matični odbor OF, o posameznih ranjencih so ga obveščali terenci. Ker so bile partizanske akcije v tej dobi manjše, nenadne in kratkotrajne, torej tipično diverzantske, ranjencev še ni bilo veliko, zato je tak način oskrbe do spomladi 1942 povsem zadoščal.

S spomladjo 1942 se je razvil osvobodilni boj v svoje drugo obdobje, to je v obdobje partizanskih odredov in grup odredov. Tako nastale večje partizanske formacije so prešle od manjših diverzantskih akcij že k večjim manevrskim bojem ter prvim napadom na utrjene sovražnikove postojanke in mesta. Partizanski odredi, ki so jih v tej dobi ustanavljali po vsej Sloveniji, so začeli sovražnika počasi izrivati iz odročnih krajev. V tem obdobju je v Sloveniji nastalo že prvo osvobojeno ozemlje. Partizanski odredi so bili marsikje v premoči in sovražnik potisnjen v defenzivo. Ker se je zaradi narodne vstaje, zaradi vedno večjih partizanskih akcij in obsežnih, vedno hujših spopadov tudi število ranjencev vedno bolj večalo, so začeli v vseh slovenskih partizanskih enotah organizirati redno vojno saniteto. Razvoj partizanske sanitete na Slovenskem je šel že takoj spočetka v dve smeri: organiziranje sanitetne službe v partizanskih bojnih enotah in ustanavljanje za slovensko partizansko vojsko značilnih in v vojni saniteti do tedaj še neznanih skritih stalnih partizanskih bolnišnic. Te naj bi prevzele v oskrbo vse huje ranjene in bolnike ter tudi vse lahke, toda imobilne ranjence.

Spomladi in poleti 1942 so v ljubljanski pokrajini začele nastajati dobro zakonspirirane partizanske bolnišnice s stalnimi zdravniki in drugim sanitetnim osebjem. Partizanske enote so vanje oddajale svoje imobilne ranjence in s tem ohranjale večjo manevrsko borbena sposobnost. Tudi v partizanskih operativnih enotah se je v tem času razvila že dobro organizirana sanitetna služba. Udarni bataljon Toneta Tom-

šiča je imel na primer poleti 1942 dva zdravnika.⁶ Zdravniki so bili tudi pri posameznih partizanskih odredih.

Pozno poleti 1942 je z ustanovitvijo udarnih brigad narodnoosvobodilni boj na Slovenskem prešel v svoje tretje obdobje — obdobje prvih brigad, to je višjih vojaških formacij. To obdobje je trajalo do poletja 1943. Udarne brigade so vodile neprestane manevrske boje sredi neosvobojenega ozemlja, napadale in zavzemale močno utrjene sovražnikove postojanke in branile področja svojega osvobojenega ozemlja. Sanitetna služba v brigadah je bila že povsem organizirana in kos svojim nalogam. Vsaka četa je imela svojo bolničarko oziroma bolničarja z opremo za prvo pomoč. V bataljonih je bil bataljonski bolničar ali bolničarka, ki je nadzirala sanitetno službo v četah. V brigadi je bil sanitetni referent — zdravnik, ki je dajal zdravniško pomoč ranjencem in bolnikom in nadziral higiensko stanje v brigadi. Sanitetno opremo in



Baraka za ranjence v roški bolnišnici Lesen Kamen. Foto dr. J. Milčinski, avgust 1943

⁶ Dragić D.: Sanitetska služba u partizanskim uslovima ratovanja. Vojna biblioteka, Beograd 1957, stran 41 (dalje navajam: Dragić, Sanitetska služba).

zdravila so brigadni zdravniki dobivali po ilegalni poti iz civilnih lekarn v mestih (npr. iz Novega mesta, Ljubljane in od drugod), nekaj pa so jo brigade tudi zaplenile sovražniku. Pravega etapnega zdravljenja v tej dobi še ni bilo. Brigadni zdravnik je kar med bojem v bojni črti ali tik za njo dajal ranjencem zdravniško pomoč v posebnem zaklonu. Tjakaj so ranjence nosili borci, ki so se takoj spet vračali v boj. Ko je bil boj končan, so huje ranjene evakuirali v skrite partizanske bolnišnice, lažje pa usmerjali v gibljive sanitetne postaje, ki so jih organizirali zdravniki posameznih partizanskih enot. Ranjenci, ki so lahko hodili, pa so spremljali partizansko enoto na premikih in jih je do ozdravitve kontroliral zdravnik te enote. Včasih so organizirali, če je bilo lahkih ranjencev veliko, tudi posebne čete lahkih ranjencev, ki so se kot nekakšne zaledne enote premikale z brigado.

Skritih partizanskih bolnišnic je bilo v tej dobi čedalje več, bile so izredno skrbno zakonspirirane, organizirane in dokaj dobro opremljene, da so bile sposobne dajati zdravniško in kirurško pomoč vsem huje ranjenim iz tedanjih bojev in vsem imobilnim bolnikom.

Po kapitulaciji Italije je nastopilo novo obdobje narodno-osvobodilnega boja na Slovenskem, obdobje divizij in korpusov. Slovenska partizanska vojska je z ustanovitvijo prvih dveh divizij—I. in II. slovenske divizije—poleti 1943 dobila značilnosti moderne armade. Poleti 1943 sta ti dve diviziji dobili redni številki divizij jugoslovanske armade in postali XIV. in XV. divizija NOV Jugoslavije. Nastajale so še nove divizije, ustanovili pa so tudi VII. in IX. korpus. Vojne operacije so tedaj začeli razširjati in glavni štab NOV Slovenije jih je vodil po enotnem načrtu za vso Slovenijo, glede na sovražnikovo strateško situacijo v Sloveniji in izven nje (npr. napadi na sovražnikove postojanke v komunikacijskih središčih, rušenje prog in mostov in s tem motenje povezave med sovjetsko-nemško in italijansko fronto). S tem obdobjem je slovenska partizanska vojska dobila značilnosti razvite moderne armade.

Sanitetna služba slovenske partizanske vojske je v tej dobi doživela nesluten razmah ter se iz enostavne partizanske sanitete razvila v visoko razvito moderno saniteto slovenske partizanske vojske, ki je operirala v sovražnikovem globljem zaledju velikih front.

Za organizacijo in delovanje sanitetne službe v slovenski partizanski vojski je v tej dobi skrbel sanitetni oddelek glavnega štaba z načelnikom sanitetnega oddelka, referenti posameznih sekcij in glavnim kirurgom NOV in PO Slovenije.

Oglejmo si nekoliko delovanje in uspehe, ki jih je v okviru posameznih sekcij v tem obdobju narodnoosvobodilnega boja doseglo slovensko partizansko zdravstvo.

Odsek za operativno vojsko sanitetnega oddelka glavnega štaba NOV in PO Slovenije je v vseh partizanskih enotah po Sloveniji organiziral in uvedel enotno moderno funkcionalno sanitetno službo, ki je bila organizirana takole: pri štabih obeh korpusov in četrte operativne cone je bil sanitetni odsek z referati za operativno vojsko, za sanitetno službo vojnega zaledja, za premične bolnišnice, za preventivo in higieno, za apotekarsko službo in veterinarsko službo. Sanitetni odsek je vodil šef sanitetnega odseka (izkušen zdravnik). V odsek je spadala tudi kirurška ekipa (KE) korpusa, katere šef je bil korpusni kirurg (kirurg specialist), ki je skrbel za organizacijo in delo kirurške službe v korpusu. V akcijah korpusa je korpusni kirurg s svojo ekipo običajno pomagal divizijski kirurški ekipi divizije, ki je bila v težišču spopada in je torej dobivala največ ranjencev v oskrbo.

V vseh divizijah je bil pri štabih sanitetni odsek, ki ga je vodil šef sanitetnega odseka (izkušen zdravnik). V pomoč je imel namestnika. V sestavi sanitetnega odseka divizije so bili divizijska zobozdravniška ekipa, apotekar, divizijski bolničar, administrator in kurir. V ta odsek je spadala še divizijska kirurška ekipa s šefom ekipe, ki je bil zaradi pomanjkanja specialistov po navadi priučen vojni kirurg (zdravnik, ki je že prej vsaj nekaj časa delal na kirurških oddelkih). V bojnih akcijah je divizijska KE razvila divizijsko previjališče. Imela je zaščitno skupino 25—30 borcev, ki so bili obenem tudi nosači ranjencev. Ves ta sanitetni kader divizije je sestavljal tako imenovano divizijsko sanitetno četo. Vsaka divizija je imela organizirano tudi premično divizijsko bolnišnico, kjer so se zdravili lažji ranjenci in bolniki, kar je močno razbremenilo stalne skrite partizanske bolnišnice. To divizijsko bolnišnico, ki se je premikala obenem s pohodi divizije ali samostojno, lahko pa se je tudi začasno ustavila v kakem varnem kraju, je vodil zdravnik z bolničarskim osebjem in zaščitnim oddelkom 20 borcev. V teh bolnišnicah so bili stalni sanitetni

tečaji za četne bolničarje. Zaradi visokega krvnega davka sanitetnega osebja in večjih potreb je bilo poleti 1944 potrebno pospešiti vzgojo tega kadra. Saj je na primer samo VII. korpus v letu 1944 zgubljal do 20 padlih in ranjenih bolničarjev na mesec.

V brigadi je za sanitetno službo skrbel sanitetni referent. Bil je zdravnik ali pa zaradi pomanjkanja zdravnikov medicinec iz višjih semestrov, ki je absolviral poseben višji sanitetni tečaj. V brigadi sta bila še brigadni bolničar in brigadni higieničar.

V bataljonu je bil bataljonski sanitetni referent-medicinec iz nižjih semestrov ali pa posebno izkušen bolničar.

V četi so za sanitetno službo skrbeli četni bolničar in nosači ranjencev.

Vsak vod je imel bolničarja za prvo pomoč.

Sekcija za bolnišnice sanitetnega oddelka pri glavnem štabu NOV in PO Slovenije je skrbela za organizacijo in delovanje stalnih skritih partizanskih bolnišnic. Oba korpusa in četna operativna cona so imeli vsak po več blokov stalnih skri-



Roška partizanska bolnišnica Zgornji Hrastnik. Foto dr. J. Milčinski konec leta 1943

tih bolnišnic z več postojankami. Vseh partizanskih bolnišnic po Sloveniji je bilo v tej dobi okoli 60. Nekatere so bile že diferencirane v posamezne specializirane oddelke. Skoraj v vseh blokkih bolnišnic so od septembra 1943 dalje bili stalni sanitetni tečaji za bolničarje. V SVPB—E Topolovec v vasi Črešnjevce je sanitetni oddelek glavnega štaba Slovenije organiziral tudi višje sanitetne tečaje za sanitetne oficirje. V Slovensko-hrvaški vojno partizanski bolnici (SHVPB) v Žumberku, ki je bila edina med slovenskimi partizanskimi bolnišnicami organizirana po principu kantonmaja, so sprejemali in zdravili ranjene borce Slovence in Hrvate iz hrvatskih brigad, vodilo jo je slovensko sanitetno osebje, kar je bil lep primer utrjevanja bratstva med slovenskim in sosednjim hrvatskim narodom med narodnoosvobodilnim bojem. Utrjevanju tega bratstva je služilo tudi pošiljanje slovenskega zdravniškega kadra v enote hrvatske narodnoosvobodilne vojske, kjer je v letih 1942 in 1943 tega kadra še bolj primanjkovalo kot v Sloveniji, ter občasno sprejemanje ranjenih borcev iz hrvatskih enot v nekatere bolnišnice v Kočevskem Rogu.

V začetku leta 1945, ko so prenehali evakuirati ranjence iz Slovenije v Italijo, so v osvobojenem Zadru pri bazi glavnega štaba NOV in PO Slovenije ustanovili veliko bolnišnico



**Zaščitna četa rekonvalescentnega oddelka roške bolnišnice Planina.
September 1944**

z nad 400 posteljami za ranjence in bolnike z več specializiranimi oddelki. Vanjo so sprejemali ranjence in bolnike, ki so jih peš, z vozovi in tovornjaki prek Korduna in Like, ali pa tudi po zračni poti evakuirali iz Slovenije v Dalmacijo.



Komandir zaščitne čete rekonvalescentnega oddelka roške bolnišnice Planina. September 1944

V dobi po kapitulaciji Italije je bilo ustanovljenih več raznih tipov zakonspiriranih partizanskih bolnišnic, na primer SVPB—E v Beli krajini, ki je služila evakuaciji ranjencev; dalje bolnica Franja na Primorskem, ki je bila utrjena s sistemom bunkerjev in minskih polj, imela je vojaško obrambo, ki jo je v dveh nemških napadih nanjo tudi uspešno zaščitila, dalje bolnišnice na Pohorju, na Gorenjskem in drugod, ki so imele vsaka svoje specifične značilnosti.

Primer, kako so se razvijale in izpopolnjevale skrite partizanske bolnišnice med narodnoosvobodilnim bojem na Slovenskem, kaže razvoj SCVPB. Sicer niso vse partizanske bolnišnice na Slovenskem dosegle tako visoke ravni kot SCVPB, vendar so si za to stalno prizadevale. Razvijale so se pač v skladu z obstoječimi vojnimi razmerami na področju, kjer so nastajale.⁷

Epidemiološko-higienska sekcija pri sanitetnem oddelku glavnega štaba NOV in PO Slovenije je imela nad vse važno nalogo preprečiti širjenje nalezljivih bolezni v Sloveniji. Hi-

⁷ Breclj B.: Kako so nastajale partizanske bolnišnice. Poslanstvo slovenskega zdravnika, Slovenska Matica, Ljubljana 1965, str. 513—514 (dalje navajam: Breclj, Kako so nastajale partizanske bolnišnice).

giensko-epidemiološka služba je delovala v partizanskih enotah, v vojnem zaledju in med civilnim prebivalstvom. Njeno delovanje je bilo zelo uspešno. Med narodnoosvobodilnim bojem se v Sloveniji ni pojavil noben primer kakšne večje epidemije. S posebno zaporo ob hrvatski meji, v obliki razkuževalnih in karantenskih postaj, je bil preprečen tudi izbruh za vojne enote tako nevarne pegavice v slovenski partizanski vojski, čeprav je bila pegavica nekoliko južneje v Kordunu in Liki dokaj pogosta.⁸

Apotekarska sekcija je skrbela za oskrbo partizanske sanitetne službe z zdravili in sanitetnim materialom. Do začetka leta 1944 je za potrebe partizanske sanitete zadostoval sanitetni material, ki je po skritih kanalih prihajal iz Ljubljane in drugih mest ter material iz vojnega plena ob kapitulaciji Italije. Z velikim razvojem NOV Slovenije v obdobju divizij in korpusov pa je sanitetna služba potrebovala vse več sanitetnega materiala. Zato je bila organizirana posebna apotekarska služba. Ustanovili so posebne skrite terenske apoteke (TA) po vsej Sloveniji, na primer TA Bober, TA Plaz, TA Planina in druge, z dobro zakonspiriranimi bunkerji, iz katerih so se s sanitetnim materialom oskrbovale partizanske bolnišnice in partizanske operativne enote. Sanitetni material so terenske apoteke dobavljale po skritih kanalih iz Zagreba, Ljubljane, Italije in civilnih apotek po drugih krajih Slovenije. Nekaj sanitetnega materiala pa so pošiljali tudi zavezniki po zračni poti.

Zdravstveno prosvetna sekcija je začela januarja 1944 izdajati Partizanski zdravstveni vestnik, ki je služil kot informativno strokovno glasilo partizanskemu sanitetnemu kadru.⁹ Bil je tudi nekaka nepretrgana zveza s predvojnimi Zdravniškim vestnikom, ki je med okupacijo zaradi razglašene kulturenega molka prenehal izhajati. Naloga zdravstveno prosvetne sekcije je bila tudi izdajanje učbenikov in priročnikov za sanitetne šole in tečaje. Izdala je učbenike za anatomijo, fiziologijo, kirurgijo, interno medicino, higieno in prvo pomoč.¹⁰

⁸ Lunaček: Delež slovenske sanitete v NOV, stran 11.

⁹ Partizanski zdravstveni vestnik. Glasilo Sanitetnega oddelka glavnega štaba NOV in POS, letnik 1944 (dalje navajam: Partizanski zdravstveni vestnik).

¹⁰ Lunaček: Delež slovenske sanitete v NOV, stran 12.

Sekcija za zobozdravstvo pri sanitetnem oddelku glavnega štaba je organizirala zobozdravstveno službo v partizanskih bolnišnicah in v partizanskih enotah. V operativni vojski je imela vsaka divizija zobozdravniško ekipo, ki je skrbe-



Divizijska zobozdravniška ekipa pri delu

la za zdravje zob borcev in tudi civilnega prebivalstva na področju, kjer se je divizija zadrževala, če je le bila možnost.

Sanitetni ekonomat je organiziral ekonomsko službo v partizanskih bolnišnicah. Ekonomati posameznih blokov zakonspiriranih partizanskih bolnišnic so skrbeli za redno prekrbo postojank s hrano in drugimi predmeti vsakdanje potrošnje, organizirali pranje perila in povojev, organizirali krpanje in izdelavo uniform, čevljev in drugega.

Sekcija za evakuacijo ranjencev je organizirala evakuacijo ranjencev in invalidov iz prenapoljenih partizanskih bolnišnic v južno Italijo in Dalmacijo. Kako uspešno je bilo to izvedeno, pove podatek, da je bilo od poletja 1944 pa do konca vojne v bolnišnice v južni Italiji in bolnišnico baze glavnega štaba Slovenije v osvobojenem Zadru evakuiranih 2136 ranjencev, bolnikov in invalidov.¹¹

Sekcija za povezavo s civilno saniteto je sodelovala s sanitetnim oddelkom SNOS in mu pomagala pri organiziranju civilnega zdravstva in ustanavljanju civilnih bolnišnic na primer v Starem trgu, Trebnjem, Kanižarici in drugod.

Sekcija za sanitetno službo vojnega zaledja je organizirala mrežo sanitetnih ustanov v vojnem zaledju, na osvobojenem



Prevoz ranjencev na letališče v Beli krajini. Foto E. Selhaus, april 1945

¹¹ Lunaček: Delež slovenske sanitete v NOV, stran 12.

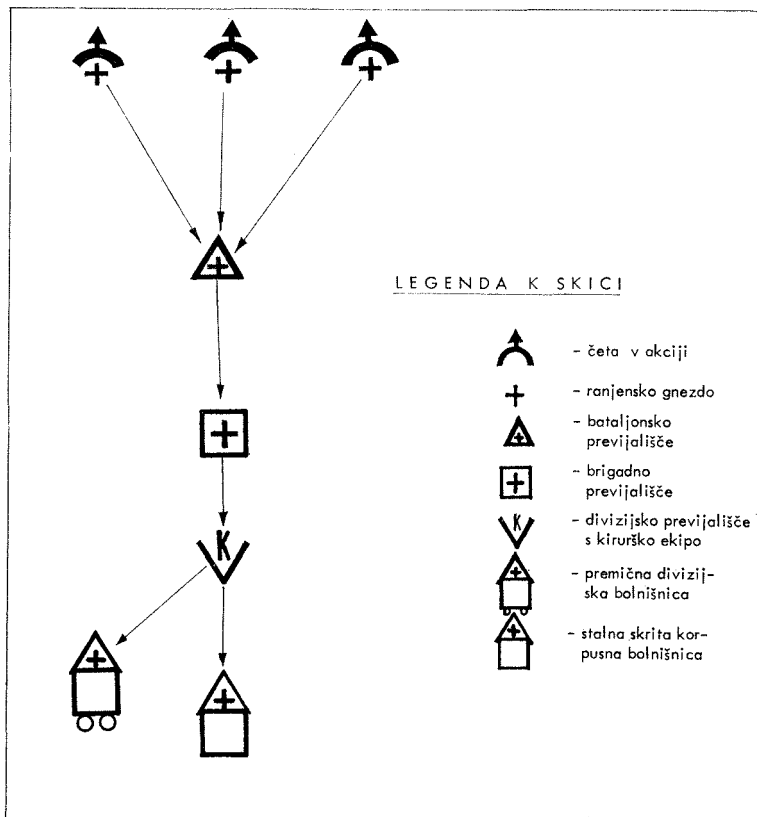
ozemlju. S tem je pomagala sanitetni službi vojnih enot in jo razbremenjevala, obenem pa se je povezovala s civilnim prebivalstvom in ga vključevala v delo in akcije za pomoč vojnim enotam. Seveda je veljalo to le za področje VII. korpusa, ki je imel v tem času svoje stalno zaledje na osvobojenem ozemlju.

Ortopedske in tehnične delavnice so prav tako delovale na osvobojenem ozemlju. Izdelovale so ortopedske pripomočke in drug sanitetni material (proteze, opornice, instrumente, obvezilni material) za potrebe partizanskih bolnišnic in sanitetne službe v operativnih enotah.

Glavni kirurg NOV in PO Slovenije pri sanitetnem oddelku glavnega štaba je imel v sanitetni službi slovenske partizanske vojske izredno pomembno funkcijo. Vtem ko so bile ustanovljene že divizije in korpusi, je uvažal in uvedel v vojno saniteto etapno zdravljenje ranjencev in enotno vojno-kirurško doktrino po načelih, ki so veljala v tedanjih modernih armadah. Organiziral je tudi šole oziroma tečaje za vodje kirurških ekip. V tedanji dobi vse večjih in hujših frontalnih spopadov in ostrih, po več dni trajajočih bojov, v katerih je sodelovalo po več divizij, je bilo ranjenih tudi po sto in več borcev. Glavni kirurg NOV in POS je spoznal, da je edini način za preprečevanje katastrofalnih izgub, če približajo kirurško pomoč ranjencem v bližino bojne črte in uvedejo etapno zdravljenje z upoštevanjem enotne vojno-kirurške doktrine. To je z neomajno doslednostjo, kljub ugovorom, da kirurge bolj rabijo bolnišnice, zagovarjal in vpeljal v operativne enote NOV in PO Slovenije. Lahko rečemo, da je v tedanjem času prave »vojno travmatske epidemije« ta doslednost glavnega kirurga NOV in POS rešila življenje mnogim ranjenim partizanom. Divizije so izvrševale svoje bojne naloge tudi v zelo oddaljenih krajih, zato bi hudo ranjeni šele po več dni trajajočem mučnem transportu prihajali brez kirurške oskrbe v partizanske bolnišnice, velikokrat že v takem stanju (nepopravljiv šok, okužbe itd.), da tam kirurg ne bi mogel več kaj dosti pomagati. Rantve so bile v tem obdobju narodnoosvobodilnega boja zaradi srditosti bojov ob uporabi težkega orožja tudi vedno hujše in bolj komplicirane, zato je bil tudi to razlog za približanje primarne kirurške pomoči bojni črti. Z dosledno uvedbo korpusnih in divizijskih kirurških ekip v slovensko partizansko vojsko so ranjenci kmalu po rantvi do-

bivali kvalificirano kirurško pomoč in šele nato so jih transportirali v skrite partizanske bolnišnice.

Kakšno je bilo etapno zdravljenje, ki so ga v tem obdobju uvedli v sanitetno službo NOV in PO Slovenije, najbolj nazorno kaže skica:



Ranjenca so potegnili ali prenesli iz bojne črte v ranjensko gnezdo, kjer mu je vodni ali četni bolničar dal prvo pomoč: prvi povoj, pestovalnico, morda Esmarchovo prevezo itd. Nosači ranjencev so ga nato na nosilih prenesli v bataljonsko previjališče, ki je bilo kakih 300 — 500 metrov za bojno črto.

V bataljonskem previjališču so ranjencu, če je bilo potrebno, popravili prvi povoj, dodali morda kompresijski povoj, popravili ali odstranili Esmarchovo prevezo, napravili transportno imobilizacijo z opornicami itd. Dali so mu po potrebi morfij in morda topli napitek, ga ogreli. Nato so ga nosači ranjencev na nosilih prenesli v brigadno previjališče, ki je bilo običajno 1—8 km za bojno črto.

V brigadnem previjališču je ranjenec dobil zdravniško prvo pomoč. Napravili so toaleta rane, ustavili kako večjo krvavitev (tamponada, pean, kompresivni povoj), popustili in popravili ali pa odstranili Esmarchovo prevezo, naredili ali popravili transportno imobilizacijo (Cramerjeve, Diteriksove, Thomasove opornice itd). Dobil je injekcijo seruma proti tetanusu, tople napitke itd. Napravljene so bile nujne intervencije pri poškodbah oziroma ranitvah, ki so ogrožale dihanje (kompresivni povoj pri odprtem pnevmotoraksu, fiksacija jezika itd). Če je bilo treba, je ranjeni dobil stalni kateter itd. Obseg pomoči v brigadnem previjališču je bil seveda odvisen od konkretne vojne situacije ter opreme in kvalifikacije brigadnega sanitetnega referenta. Ranjence je sanitetni referent brigade triažiral (razdelil) v tri skupine:



Ranjenci pripravljeni za transport. Foto Črt Škodlar, avgust 1944

a) najlažji ranjenci, ki so takoj lahko odšli nazaj na bojišče, brž ko jim je bila poškodba oskrbljena,

b) umirajoči, najhuje ranjeni, ki so ostali v brigadnem previjališču in

c) največja skupina ranjencev, ki so potrebovali kirurško pomoč in jih je bilo treba takoj evakuirati v divizijsko previjališče.

Najvažnejša naloga brigadnega sanitetnega referenta je bila usposobiti ranjence iz tretje skupine za nadaljnji transport. Ranjence so v divizijsko previjališče običajno transportirali z volovsko ali konjsko vprego. Če to ni bilo mogoče, so jih seveda prenesli na nosilih. Pozimi so uporabljali tudi sani.

Divizijsko previjališče je postavila divizijska kirurška ekipa s sanitetno četo divizije v tolikšni oddaljenosti od bojne črte, da so lahko ranjenci prihajali vanj prvih šest ur ali vsaj dvanajst ur po ranitvi. Tu so ranjenci dobili kvalificirano kirurško pomoč. Vse rane so kirurško oskrbeli, poškodovane ude imobilizirali, pri strelnih zlomih kosti so po oskrbi rane napravili že stalne terapevtske imobilizacije v mavcu. Ranjenci so dobili serum proti tetanusu, če ga niso dobili že v brigadnem previjališču, ter po potrebi serum proti plinskemu prisadu. Napravili so nujne operacije, na primer traheotomije, dalje oskrbeli in zašili rane pri odprtem pnevmotoraksu (poškodba prsnega koša z odprto prsno votlino), delali artrotomije (operacije sklepov), kraniotomije (operativno odprtje lobanjske votline in posegi na možganih) itd. Če je bila možnost za varno bolnišnično zdravljenje po operaciji, so delali tudi laparotomije (operativni posegi v trebušni votlini) pri ranjencih z vojno poškodbo trebuha. Če te možnosti ni bilo, so take ranjence najhitreje evakuirali v skrite partizanske bolnišnice, da so jih tam operativno oskrbeli. V divizijskem previjališču so ranjenci, če je bilo potrebno, dobivali infuzije glukoze in fiziološke raztopine v žilo, kardiaka (sredstva za jačanje srca in obtoka) in analgetika (sredstva proti bolečinam). Dobili so tople napitke in hrano.

Lahke ranjence so po triaži in oskrbi v divizijskem previjališču premestili v divizijsko premično bolnišnico. Ta je sprejemala vse ranjence, pri katerih zdravljenje predvidoma ni preseglo dobe treh tednov in ki niso potrebovali stalne kirurške kontrole. V ugodnih vojno taktičnih razmerah je ta bolnišnica sprejemala in oskrbovala tudi ranjence po zahtev-

nejših operacijah (npr. po operacijah trebuha), ki jih je opravila divizijska kirurška ekipa, če je predvidevala, da bo ranjenec lahko imel v tej bolnišnici potreben mir in nego vsaj 1 — 2 tedna po operaciji. Divizijske premične bolnišnice so zelo razbremenile skrite stalne korpusne bolnišnice in pripomogle, da so ohranile svojo konspirativnost.

Vse huje ranjene je divizijska sanitetna četa po kirurški oskrbi evakuirala v skrite korpusne bolnišnice.

Običajno so jih evakuirali s konjsko ali volovsko vprego z vozmi ali sanmi. Včasih, posebno proti koncu vojne, pa so ranjence prevažali tudi s tovornimi avtomobili.

Vse medicinske ukrepe in posege na posameznih etapah zdravljenja so zapisovali v ranjenčev karton, oziroma na napotnico, ki jo je imel ranjenec do prihoda v bolnišnico vedno pri sebi. S tem so zagotovili kontinuiteto etapnega zdravljenja, ki se je v bolnišnici smotrno nadaljevalo.

Evakuacija v stalne korpusne bolnišnice je bila včasih dolgotrajna, trajala je po več dni. Tedaj je bila, posebno v zimskem času, organizirana tako imenovana etapna vožnja oziroma evakuacija s pomočjo relejnih postaj. Znana je taka evakuacija ranjencev na relaciji Loški potok — Črnomelj in obratno s štirimi etapami: 1. Loški potok — Čabar, 2. Ča-



Prevoz ranjencev. Srednja vas avgust 1944. Foto B. Jakac



Ranjence nalagajo na tovorni avto. Srednja vas, avgust 1944. Foto B. Jakac

bar — Osilnica, 3. Osilnica — Brod Moravica in 4. Brod Moravice — Črnomelj. Vsa pot je trajala dva dni. Na relejnih postajah so ranjence ogreli in nahranili, zamenjali vprego in nadaljevali pot.¹²

V skritih stalnih korpusnih bolnišnicah so nato ranjenci dobili vso še potrebno kirurško pomoč in vso nadaljnjo bolniško oskrbo.

Evakuacija v tako imenovanih regularnih armadah v drugi svetovni vojni je bila po načelu »k sebi«. V narodnoosvobodilni vojski Slovenije pa je bila evakuacija zaradi specifičnih razmer partizanskega bojevanja iz borbene črte prek vseh sanitetnih etap divizije pa do javk skritih korpusnih bolnišnic po načelu »od sebe«. Šele od javk bolnišnic pa do posameznih postojank se je evakuacija vršila po načelu »k sebi«.

V vseh previjališčih divizije, vštevši tudi četno previjališče oziroma ranjensko gnezdo, je bila izvedena terapevtska in transportna triaža. Terapevtska v tem smislu, da so najhujše ranjene najprej oskrbeli, seveda v okviru smotrnosti. Transportna pa v tem, da so najprej evakuirali ranjence, pri katerih je bila nujna kirurška pomoč. Z divizijskega previjali-

¹² Dragić: Sanitetska služba, stran 70.



Borci-nosači ranjencev so prinesli ranjenca na javko v Komarni vasi. Foto dr. J. Milčinski, začetek 1944

šča pa so vse huje ranjene navadno evakuirali skupaj z enim transportom in vojaškim zaščitnim spremstvom.

Slovenski partizanski zdravniki so upravičeno ponosni na dejstvo, da je v narodnoosvobodilni vojski Slovenije vedno in povsod veljalo in bilo uresničeno načelo, da ni nobena žrtev prevelika za ranjence in da so ranjenci vedno in povsod imeli vso potrebno zdravniško oskrbo. Slovenska partizanska vojska svojih ranjencev ni nikdar imela za balast, kot je bilo na primer v drugi svetovni vojni v nemški vojski, kjer je veljala doktrina, da se morajo bojne enote ranjencev čimprej znebiti in jih po najnujnejši zdravniški pomoči poslati v zaledje. Šele v zaledju so jih kirurško oskrbeli. Divizijskih kirurgov, ki bi ranjence kirurško oskrbeli kmalu po ranitvi na nivoju divizije, nemška vojska ni poznala. Brezobzirno vodenje vojne se je v nemški vojski često usmerilo proti lastnim ranjencem in bolnikom. Kakšen nehuman in prav grozljiv odnos je imela hitlerjevska vojska včasih celo do lastnih ranjencev, se vidi na primer iz dnevnega poročila štaba nemške 6. armade v bitki pri Stalingradu z dne 28. januarja 1943: »... Verpflegungslage zwingt dazu, Verwundeten und Kranken keine Verpflegung mehr auszugeben, damit die Kämpfer erhalten blei-

ben...»¹³ Odtegnili so jim torej vso oskrbo in tudi hrano. Kljub temu in morda tudi zaradi takih pošastnih ukrepov proti lastnim ranjencem je bila 6. armada že 2. februarja 1943 prisiljena, da se preneha bojevati in se vda.

Partizansko zdravstvo v slovenski partizanski vojski je že od vsega začetka prevzelo štiri osnovne naloge:

1. razbremeniti vojne enote čim večjega števila ranjencev in bolnikov, da bi bile operativne enote bolj elastične pri manevriranju,

2. varno skriti ranjence in bolnike pred zverstvi okupatorja,

3. vrniti čim večje število ozdravljenih ranjencev in bolnikov v bojne enote in

4. preprečiti razvoj nalezljivih bolezni v vojski in v zaledju.¹⁴

Vse te naloge je slovensko partizansko zdravstvo na vseh razvojnih stopnjah osvobodilnega boja in v vseh slovenskih pokrajinah uspešno in zgledno izpolnilo. Po svojem mogočnem vsestranskem razvoju v zadnjem letu vojne je bila slovenska partizanska saniteta tudi v zaključnih hudih frontalnih bojih kos svoji nalogi in je tako precej pripomogla k zmagi.

¹³ Ring F.: Zur Geschichte der Militaermedizin in Deutschland. Deutscher Militaerverlag, Berlin 1962, stran 295 (dalje navajam: Ring, Zur Geschichte der Militaermedizin).

¹⁴ Lunaček: Delež slovenske sanitete v NOV, stran 4.

II.

SCVPB — USTANOVITEV IN RAZVOJ

Kompleks številnih partizanskih bolnišnic, skritih v nepreglednih globelih in gozdovih Kočevskega Roga, ki so od 1942. leta pa vse do osvoboditve vračale zdravje in bojno sposobnost tisočerim slovenskim partizanom, se je imenoval Slovenska centralna vojno partizanska bolnica (SCVPB).

SCVPB je gotovo ena najbolj znanih in najbolj organiziranih bolnišnic partizanske vojske iz druge svetovne vojne in morda celo iz zgodovine vojne sanitete sploh. Vojni pisci jo često stavljajo za zgled odlične organiziranosti, funkcionalnosti in uspešnosti v delovanju. V danih razmerah partizanskega bojevanja je predstavljala najpopolneje organizirano obliko medicinske pomoči ranjencem in bolnikom partizanske vojske, ki jo je vsepovsod ogrožal sovražnik.

Med svojim delovanjem je prešla SCVPB več razvojnih stopenj in se neprestano izpopolnjevala, širila in izboljševala organizacijo in kvaliteto medicinskega dela. V letu 1944 je razvoj sestava SCVPB dosegel svoj vrh z diferenciacijo posameznih oddelkov, ki so jih usposobili za nudenje moderne zdravniške pomoči in oskrbe ranjencev in bolnikov, na osnovi temeljito izdelane enotne vojno medicinske doktrine.

Blok SCVPB je bil sestavljen iz večjega števila povsem samostojnih bolniških oddelkov — postojank, ki so imele po več objektov. Postojanke so bile razmeščene na ozemlju premera 15 km, povezane v funkcionalno celoto pod vodstvom enotne uprave. Ta je smotrno urejala delo posameznih postojank, dajala navodila za konspiracijo, obveščala postojanke o morebitni možnosti sovražnikovega napada, organizirala sprejem in namestitve ranjencev in bolnikov v posamezne postojanke, skrbela za čim višjo raven strokovnega dela, za vzgojo sanitetnih kadrov in drugo.

SCVPB so ustanovili v juniju 1942. Takrat je bilo na Dolenjskem že osvobojeno ozemlje. Partizanske enote so rasle, spopadi s sovražnikom so bili vedno hujši, srditejši in številnejši. Zato je naraščalo tudi število ranjencev. Nastala je potreba po organiziranju redne, stalne sanitetne službe v partizanskih enotah in zgraditvi partizanskih bolnišnic na osvobojenem ozemlju. Iz Ljubljane je v maju 1942 odšlo v partizane prvih 15 zdravnikov. Obenem so poslali na osvobojeno ozemlje veliko sanitetnega materiala (med drugim 10 amputacijskih kompletov in opremo za kompletno bolnišnico). To je bila osnova, iz katere se je postopoma razvila mogočna, dobro organizirana sanitetna služba slovenske partizanske vojske.¹⁵



Dr. Pavel Lunaček-Igor vodja roške partizanske bolnišnice

V začetku junija 1942 je bila v Tisovcu konferenca vojaških in političnih voditeljev V. grupe partizanskih odredov, ki ji je predsedoval dr. Aleš Bebler. Konference so se udeležili tudi prvi partizanski zdravniki. Na tej konferenci so med drugim sklenili, da se na osvobojenem ozemlju v Kočevskem Rogu zgradi partizanska bolnišnica za vse huje ranjene. Dr. Pavel Lunaček-Igor je dobil naročilo, naj najde primeren kraj za bolnišnico. Potem ko je dr. Lunaček prehodil in pregledal

¹⁵ Mikuž: Oris partizanske sanitete, stran 40.

skoraj ves Kočevski Rog, se je odločil za gozdarsko koč na Daleč hribu, jo adaptiral in uredil v njej lepo urejeno in opremljeno partizansko bolnišnico, na Podstenicah pa ambulantno in triažno postajo.¹⁶ Za upravnika in kirurga bolnišnice je bil imenovan dr. Pavel Lunaček-Igor, za komisarja dr. Andrej Župančič-Mike, za asistenta pa dr. Božena Ravnihar-Nataša. Bolnišnica na Daleč hribu se je najprej imenovala Sanitetna postaja št. 11, kmalu pa se je začela imenovati Centralna bolnica. Poslovati je začela 15. junija 1942, prve huje ranjene pa je sprejela 16. junija 1942. Bolnišnica je delovala nemoteno do italijanske roške ofenzive v avgustu 1942. Italijani so že sredi julija 1942 enkrat prodrli do Podstenic in požgali ambulanto. To je bilo dr. Lunačku opozorilo, da osvobojeno ozemlje ni varno in začel je misliti na varnejše konspirativne ukrepe. Huje ranjene so začeli skrivati v improviziranih podstreških v neki kotanji blizu bolnišnice, lahki ranjenci, ki so se v nevarnosti lahko hitro umaknili, pa so še ostali v njej.

Ko se je sredi avgusta 1942 razbesnela na Rogu italijanska ofenziva, so Italijani bolnišnico na Daleč hribu uničili in požgali. Žrtev med ranjenci ni bilo, ker so se obenem z osebjem pravočasno umaknili v že omenjene skrite podstreške. Ker je zaradi spopadov v roški ofenzivi prihajalo čedalje več novih ranjencev, so zanje v gozdu deset minut hoda od vasi Pogorelec napravili preprost podstrešek. Ko je ofenziva minila, so začeli misliti na stalne varne, zakonspirirane postojanke, v katerih bodo imeli ranjenci primerno zavetje tudi pozimi.

V bližini nekega studenca na ravnici, ki je bila oddaljena dvajset minut od taborišča ranjencev iz požgane bolnišnice Daleč hrib, so zgradili barako s tlorisom 6 x 6 m ter v začetku oktobra 1942 preselili vanjo te ranjence. To je bila postojanka Jelenbreg z dvajsetimi ležišči za ranjence. Tri četrt ure hoda od nje so blizu Pogorelca na pobočju proti Podturnu zgradili še eno barako in vanjo namestili ranjence, ki so bili do tedaj v podstrešku blizu Pogorelca. To postojanko so imenovali Jelenžleb. Postojanko Jelenbreg je vodil dr. Pavel Lunaček, postojanko Jelenžleb pa dr. Ivan Pintarič. Centralna bolnica na Rogu je imela torej konec leta 1942 dve po-

¹⁶ Lunaček P.: Kako sem prišel v partizane, Arhiv IZDG Ljubljana, rokopis, fasc. 417, stran 6 (dalje navajam: Lunaček, Kako sem prišel v partizane).

stojanki. Uvedli so strogo konspiracijo, kajti spoznali so, da je varnost partizanskih bolnišnic ranjencev in osebja predvsem v tem, da se ravna po najstrožjih konspirativnih ukrepih.

Bolniška baraka iz te dobe je bila skrajno enostavna. Streha je segala na dveh straneh skoraj do tal, na enem koncu so bila vrata, na drugem pa okno. Ker je bila svetloba, ki je prihajala skozi okno, nezadostna, so običajno napravili še okna v strehi. Stene so bile iz brun, streha pa iz skodel ali lubja. Povrh strehe so za kamuflažo nametali smrekovih vej. Tako je bila bolnišnica v gozdu povsem neopazna. Ležišča za ranjence so bila na tleh ob straneh barake, v sredi je bil hodnik. Osebe je spalo v istem prostoru kot ranjenci, tudi kuhali so tam.

Kasneje so delali večje in udobnejše barake z ločenimi, od tal privzdignjenimi ležišči za ranjence. Za osebe so postavili posebne barake. Tudi operacijski prostori in prevezovalnice so bili ločeni. Prav tako je bila posebna baraka za kuhinjo in shrambo. Tako je vsaka postojanka predstavljala prav lepo urejeno majhno naselje. Večina postojank je imela v bližini v gozdu urejene tudi skrite podzemne bunkerje, kamor so med sovražnikovimi hajkami in napadi varno poskrili vse imobilne ranjence.¹⁷

Zimo 1942/43 je centralna bolnica brez zapletov preživela. Sprejemali in oskrbovali so ranjence iz tedanjih partizanskih odredov in že ustanovljenih brigad. Ker v nobeni od obeh postojank niso imeli operacijske sobe, so operirali in prevezovali kar v skupnem prostoru kjer so ležali ranjenci.

Ker so v januarju 1943 dobivale partizanske enote dolenske cone vedno večje vojaške naloge in je bilo zato čedalje več ranjencev, je bilo potrebno povečati zmogljivost Centralne bolnice na 200 ležišč za ranjence in bolnike. Izkušnje iz roške ofenzive so narekovalе, da ne smejo skoncentrirati vseh dvesto ležišč v eni sami postojanki. Za tedanjo dobo je bila najbolj primerna dekoncentracija ranjencev, da so jih lahko uspešno skrili in branili pred sovražnikom. Tudi konspiracijo posameznih postojank so lažje izvajali, če so bile številčno majhne. Prav tako sta pomanjkanje vode ter problem preskrbe s hrano in kurjavo narekovala dekoncentracijo ranjencev.

¹⁷ Mikuš: Oris partizanske sanitete, stran 172.



Notranjost bunkerja, v katerega so v primeru nevarnosti ranjence lahko varno skrili

Februarja 1943 so začeli v Rogu graditi dve novi postojanki. Domačini so povedali za tri studence, ki niso bili vrisani v vojaških zemljevidih. Blizu teh studencev so zgradili dve novi postojanki. Osnovna baraka teh postojank je bila že večja, tloris je bil 10 x 6 m. Ležišča za ranjence so bila dvignjena od tal kot pogradi, hodnik med njimi je bil širok 2 metra. Imele so tudi že omare in police za bolniško perilo, instrumente in zdravila. Postojankama so dali ime Pugled in Lašče. V tem času so z graditvijo dodatnih objektov razširili tudi stari postojanki Jelenbreg in Jelenžleb. V sestav centralne bolnice je bila vključena tudi postojanka dr. L. Mihelčiča, ki je ležala v gozdu med Štalami in Ponikvami in se je imenovala spočetka Sanitetna postaja št. 3, kasneje v sestavu Centralne bolnice pa postojanka Vinica. Pokazala se je tudi potreba po ustanovitvi oddelka za lažje ranjence, lažje bolnike, rekonvalescente in invalide. Ta oddelek so uredili v nepožganih poslopjih vasi Smrečnik blizu Štal. To postojanko so imenovali Hrastnik. Služila naj bi kot nekak strelovod za vse

druge postojanke, ki so bile skrite. Sovražnik bi najprej udaril proti njej in ker tu ni bilo huje ranjenih, bi bil lahko naglo evakuirali v primitivno barako, ki so jo deset minut stran v gozdu zgradili za morebitno skrivališče.

Centralna roška bolnica je torej imela v začetku leta 1943 že šest postojank z zmogljivostjo 200 ležišč za ranjence in bolnike. Te postojanke so bile: Jelenbreg, Jelenžleb, Vinica, Pугled, Lašče in Hrastnik.

Konec februarja 1943 so morale roške bolnišnice nenadoma sprejeti 76 huje ranjenih hrvatskih borcev iz partizanske bolnišnice Sošice v Žumberku, ki se je morala zaradi sovražnikove ofenzive evakuirati na področje Kočevskega Roga. Z ranjenci je prišel nazaj v Slovenijo dr. France Novak-Luka. Namestili so jih v postojanko Hrastnik. Ker je tako v Centralni roški bolnišnici spet začelo primanjkovati prostora za ranjence, so pričeli graditi še štiri nove postojanke. Ena v dolinici, v kateri so preživeli roško ofenzivo ranjenci z Daleč hriba, ena v gozdu kakih 20 minut od Jelenice, ena v bližini



Oskrbovanje bolnišnice s kurjavo. Foto dr. J. Milčinski, Kočevski Rog, spomladi 1944

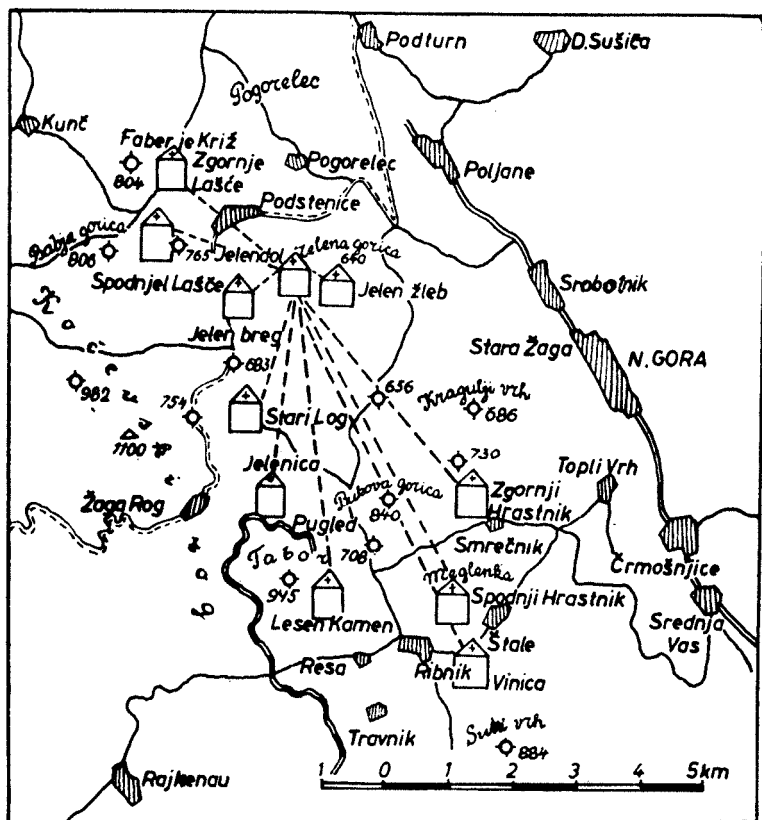
postojanke Lašče, ki se je od tedaj dalje začela imenovati Spodnje Lašče, eno pa v bližini požgane vasi Resa v smeri proti Žagi Rog. Te štiri nove postojanke so bile: Jelendol, Stari log, Zgornje Lašče in Lesen Kamen.

Spomladi 1943 je tako imela Centralna roška bolnišnica ali Slovenska centralna vojno partizanska bolnica, kot se je že začela imenovati, 10 postojank s kakimi 300 posteljami za ranjence in bolnike. Te postojanke so bile (po vrstnem redu nastanka): Jelenbreg, Jelenžleb, Vinica, Spodnje Lašče, Pučled, Hrastnik, Jelendol, Stari log, Zgornje Lašče in Lesen Kamen. Na postojanki Jelendol so postavili posebno barako za upravo SCVPB. Tu so se redno vsakih 14 dni sestajali na strokovnih sestankih zdravniki in komisarji posameznih postojank.

Postojanke SCVPB so razdelili na vzhodni in zahodni sektor ter uvedli strokovno nadzorno službo. Po en izkušen zdravnik je opravljal strokovni nadzor nad postojankami vsakega od teh dveh sektorjev. Ker je manjkalo kirurgov za nudenje



Sestanek zdravnikov in političnih komisarjev vseh postojank na upravi SCVPB Jelendol. Spredaj stojita dr. Rudolf Obratunč-Cedrik in Milan Venišnik. Bolnišnica Jelendol, avgust 1943



Skica razporeditve postojank SCVPB v Kočevskem Rogu sredi leta 1943

kirurške pomoči ranjencem, je za to določeni kirurg po potrebi obhodil posamezne postojanke. V vzhodni sektor so spadale te postojanke: Hrastnik, Vinica in Lesen Kamen. V zahodni sektor pa postojanke: Jelendol, Jelenbreg, Jelenžleb, Zgornje Lašče, Stari log, in Pugled.

Poleti 1943 so iz prvotne postojanke Hrastnik nastale tri nove. Italijani so julija 1943 v nenadnem ofenzivnem sunku požgali postojanko Hrastnik, ki je bila v vasi Smrečnik. Ranjenci so se še pravočasno umaknili v že omenjeno zasilno barako v gozdu deset minut hoda od vasi. Barako so malo pre-

uredili in nastala je nova postojanka Spodji Hrastnik. Zgradili so še novo v bližini požgane vasi Smrečnik in jo imenovali Zgornji Hrastnik. V vasi Štale, ki je bila delno požgana pa so v še ohranjenih poslopjih uredili oddelek za rekonvalescente in lažje ranjence. Ta oddelek so imenovali postojanka Škrilj.

Postojanko Jelenžleb so poleti 1943 opustili, ker je bila preveč izpostavljena. Uporabljali so jo le še kot začasno skladišče sanitetnega materiala.

Po kapitulaciji Italije sta pod upravo SCVPB prišli na novo ustanovljeni dolinski bolnišnici Toplice in Nova vas v vasi Novi Tabor pri Črmošnjicah ter nekaj časa tudi bolnišnica v Novem mestu. Bolnišnici Nova vas in Toplice sta delovali do nemške ofenzive v drugi polovici oktobra 1943. Ustanovili so ju v septembru 1943, ko se je število ranjencev nenadoma močno povečalo zaradi ostrih bojov ob likvidaciji večjih sovražnikovih postojank po kapitulaciji Italije. Prestrezali sta glavni naval ranjencev in odvrčali pozornost od zakonspiriranih roških bolnišnic.

V nemški ofenzivi 1943 so Nemci odkrili sanitetno skladišče v postojanki Jelenžleb. Postojanko so s sanitetnim materialom vred požgali. Požgali so tudi postojanko Škrilj, ki je



Uničena partizanska bolnišnica Pugled nad Podstenicami, oktobra 1943. Foto B. Jakac

bila v vasi Štale. Osebjne postojanke je ranjence iz nje še pravočasno evakuiralo. Dne 27. oktobra 1943 so Nemci odkrili in napadli eno od najbolj zakonspiriranih postojank SCVPB Pугled, pobili 21 ranjencev in jih s postojanko vred zažgali. Odkrili in požgali so tudi postojanko Spodnje Lašče, ranjenci iz nje so bili še pravočasno evakuirani. V eni sami ofenzivi so torej napravili Nemci več škode roškim bolnišnicam kot Italijani prej med vsemi ofenzivami in napadi v skoraj poldrugem letu.

Nemško jesensko ofenzivo in zimo 1943/44 je preživelo osem postojank SCVPB: Jelendol, Jelenbreg, Stari log, Lašče (prej imenovana Zgornje Lašče), Zgornji Hrastnik, Spodnji Hrastnik, Vinica in Lesen Kamen. Štiri postojanke so Nemci požgali, dve dolinski pa sta bili pred ofenzivo opuščeni.

Ker je slovenska partizanska vojska v tem času s formiranjem divizij in korpusov dobila obliko in moč dobro organizirane in razvite armade, so bili boji včasih že frontalni, delno pozicijski in velikega obsega. Ranjencev je bilo vedno več. Uprava SCVPB je morala zaradi vedno večjega dotoka ranjencev in prenapolnjenosti postojank že pozimi 1943/44 skrbeti za razširitev starih postojank in postavitev novih. V marcu 1944 so v kočevski vasi Planina adaptirali nekaj hiš in gospodarskih poslopij in tako ustanovili postojanko Planina, ki je služila kot bolnišnica za lahke ranjence in rekonvalescente. Konec aprila 1944 pa so pod Komolcem postavili novo postojanko Ajdovec, ki je bila največja v sklopu SCVPB.

Od pomladi 1944 dalje je v sestavu bloka SCVPB delovalo 10 postojank: Jelendol, Jelenbreg, Stari log, Lašče, Zgornji Hrastnik, Spodnji Hrastnik (bolnišnica in na novo zgrajena porodnišnica), Vinica, Lesen Kamen, Ajdovec in Planina. Postojanke so bile razdeljene v vzhodni sektor, ki je obsegal postojanke: Zgornji Hrastnik, Spodnji Hrastnik, Vinica, Lesen Kamen in Planina, ter zahodni sektor s postojankami: Jelendol, Jelenbreg, Lašče, Stari log in Ajdovec.

Vodja kompleksa SCVPB je bil v začetku njen ustanovitelj in organizator dr. Pavel Lunaček-Igor, od 14. 11. 1943 dalje, ko je dr. Lunaček postal šef sekcije za bolnišnice pri sanitetnem oddelku glavnega štaba NOV in POS, je bil vodja SCVPB dr. Rudolf Obračunč-Cedrik. Julija 1944, ko so postojanka SCVPB prešla pod Glavno upravo vojno partizanskih bolnišnic VII. korpusa, je dr. Obračunč odšel na novo dolž-

nost v predsedstvo SNOS. V. d. upravnika bloka SCVPB je bil nato nekaj časa dr. Igor Tavčar. Zadnji upravitelj bloka SCVPB od jeseni 1944 dalje pa je bila dr. Ruža Šegedin-Meta.

Nadzorni zdravniki za vzhodni sektor SCVPB so bili: leta 1943 dr. Fran Novak-Luka, leta 1944 dr. Janez Milčinski-Peter, proti koncu leta 1944 nekaj časa dr. Martin Benedikt, nato pa decembra 1944 in leta 1945 ruski kirurg dr. V. T. Leonov. Za zahodni sektor SCVPB pa je bil nadzorni zdravnik leta 1943 dr. Ivan Pintarič in leta 1944 do novembra meseca dr. Ruža Šegedin-Meta. Novembra 1944 pa je postal konsilarni kirurg zahodnega sektorja dr. Lindsay Rogers.

Oglejmo si še nekoliko razvoj, sestavo in zmogljivost posameznih postojank SCVPB po vrstnem redu nastajanja

Postojanka Jelenbreg

Postojanka Jelenbreg je bila najstarejša v bloku SCVPB. Zgrajena je bila po roški ofenzivi leta 1942, ko je bila uničena dr. Lunačkova bolnišnica na Daleč hribu. Gradnja postojanke se je začela 20. septembra 1942, delovati pa je začela 7. oktobra 1942, ko so vanjo preselili ranjence izpod zasilnih podstreškov, kamor so jih prenesli iz bolnišnice Daleč hrib. Osnovna bolniška baraka je bila velika 6 x 6 m. Na enem koncu barake je bilo ognjišče, na sredi miza, ki je rabila tudi za operacijsko mizo. Spomladi 1943 so postojanko začeliboljševati in širiti. Naredili so podstrešek za osebje in skladišče za sanitetni material. Spočetka je zdravniško delo v njej opravljal dr. P. Lunaček. Dne 17. junija 1943 pa je bil za upravnika te postojanke imenovan medicinec Dolfe Medvešček-Šumski. Od avgusta 1943 dalje je bila upravnica postojanke dr. Emica Kraigher-Mariča. Po odhodu dr. Kraigherjeve v Italijo, je bil 1944. leta upravitelj te postojanke bolničar Franc Senica-Andrej. Postojanka je lahko sprejela in oskrbovala do 35 ranjencev in bolnikov. V bližini je imela zgrajene podzemne bunkerje, kamor so v primeru ofenzive lahko evakuirali 15 najhuje ranjenih. Nemško ofenzivo v oktobru 1943 je postojanka brez škode preživela. Delovala je nemoteno do konca vojne.

Postojanka Jelenžleb

Postojanka Jelenžleb je tudi nastala po roški ofenzivi v začetku oktobra 1942. Zgrajena je bila v gozdu na pobočju



Dr. Pavel Lunaček-Igor pregleduje pošiljko sanitetnega materiala v bolnišnici Jelenžleb

proti Podturnu nad požganim Pogorelcem. Spadala je med najstarejše postojanke na Rogu. Ležišče za ranjence je imela dvajset. Baraka je imela tloris 6 x 5,5 m. Sprejemala naj bi le lažje ranjence, vendar je po potrebi sprejemala in oskrbovala tudi hudo ranjene. Vodila jo je medicinka Juga Bregant, dr. P. Lunaček pa je delal občasno zdravniško kontrolo. Koncem novembra 1942 je postal upravnik te postojanke dr. Ivan Pintarič. V njej so v glavnem zdravili ranjence. Posebne operacijske sobe, prav tako kot vse bolnišnice v tej dobi, niso imeli. Operirali so kar na improvizirani mizi, zbiti iz desk, v prostoru med drugimi ranjenci. Dr. Ivan Pintarič je vodil postojanko do 18. marca 1943. Tedaj pa je vodstvo prevzel dr. Niko Južnič. Ker je bila postojanka na ne preveč varnem kraju, so jo aprila 1943 opustili. Ranjence so preselili v na novo zgrajeno postojanko Stari log, postojanka Jelenžleb pa je ostala prazna in rezervirana za primer prihoda večjega števila ranjencev. Po kapitulaciji Italije so v tej opuščeni postojanki uskladiščili sanitetni material. V nemški ofenzivi oktobra 1943, so jo Nemci odkrili in jo požgali z vsem sanitetnim materialom, ki je bil v njej uskladiščen.

Postojanka Vinica

Postojanka Vinica je bila nadaljevanje premične sanitetne postaje št. 3, ki jo je za potrebe Notranjskega in Belokranjskega odreda v juniju 1942 organiziral dr. Lojze Mihelčič. Po italijanski roški ofenzivi se je ta postojanka ustavila v gozdu blizu Travnika. Postavili so tri majhne barake, ki so bile napol pod zemljo. V eni je bil zdravnik, v drugi kuhinja, v tretji pa ranjenci. Postaja je marca 1943 kot postojanka Vinica prišla v sestav SCVPB. Aprila 1943 je dr. Mihelčič odšel za sanitetnega referenta v Cankarjevo brigado. Upravnik postojanke Vinica je postal dr. Miroslav Gerbec-Borut, tega pa je po nemški ofenzivi 16. novembra 1943 zamenjal dr. Lojze Štrancar. Decembra 1943 so poleg oddelka za ranjence zgradili na postojanki še infekcijski odderek. To je bila strogo izolirana baraka s svojim bolničarjem. Tudi kuhali so posebej za bolnike z nalezljivimi boleznimi. Sredi junija 1944 je dr. Štrancarja zamenjal dr. Drago Martelanc, ki je bil upravnik postojanke do 1. oktobra 1944. Tedaj je za upravnika postojanke prišel ruski vojaški zdravnik major dr. V. Leonov, njegov asistent pa je bil dr. Ladislav Klinc. Postojanka je tedaj postala pretežno kirurški baza. Sprejemala in oskrbovala je do 60 hudo ranjenih hkrati. Vse bolnike z nalezljivimi boleznimi



Bolnišnica Vinica na Rogu jeseni 1944

nimi pa so preselili na postojanko Lesen Kamen. Postojanka Vinica je delovala do konca vojne. Po vojni so njene barake propadle in nanjo spominja le še spominski kamen ob grobišču, kjer so pokopani v njej umrli ranjenci.

Postojanka Spodnje Lašče

Postojanko Lašče, ki se je pozneje, ko so v njeni bližini zgradili novo postojanko, preimenovala v Spodnje Lašče, so začeli graditi že 2. februarja 1943, blizu na vojaških zemljevidih neoznačenih studencev v gozdu nedaleč od Podstenic. Baraka za ranjence je bila velika 8 x 6 m, stranske stene so bile visoke 1,4 m. Pokrita je bila s škodlami. Ležišča so bila ob straneh na tleh, v sredi pa hodnik. Imela je tri okna, dva na strehi in eno veliko v steni nasproti vrat. Z delom je postojanka začela 17. marca 1943, ko so vanjo preselili nekaj ranjencev iz postojanke Jelenžleb. Dne 18. marca 1943 pa so vanjo sprejeli že prve nove hudo ranjene partizane iz bojev v Suhi krajini. Maja 1943 so začeli delati nove podstreške za ranjence in povečali zmogljivost postojanke tako, da je imela 45 ležišč za ranjence. Ležišča v novih barakah so bila dvignjena od tal. Naredili so še podstrešek za osebje, tako da je imela postojanka Spodnje Lašče 6 objektov. Upravnik postojanke je bil spočetka dr. Ivan Pintarič do 1. junija 1943, nato pa medicinka Juga Bregant. Ker so menili, da postojanka Spodnje Lašče ni na dovolj varnem kraju, so v začetku junija 1943 začeli na uro hoda oddaljenem bolj skritem kraju graditi novo postojanko. Ko je bila dograjena so jo imenovali Zgornje Lašče, stara postojanka pa je dobila ime Spodnje Lašče. V novo postojanko so sprejemali predvsem hudo ranjene in huje bolne. Princip sprejemanja ranjencev na ti dve postojanki je bil takle: prišli so na postojanko Spodnje Lašče, tu so jih triažirali, lahke ranjence obdržali, hudo ranjene pa prenesli v bolj skrito postojanko Zgornje Lašče. Upravnik postojanke Spodnje Lašče je v začetku septembra 1943 spet postal dr. Ivan Pintarič, ostal pa je le do 29. septembra 1943, ko je odšel za upravnika dolinske bolnišnice v Toplicah; tedaj ga je zamenjal dr. Karel Milavec-Tine. Ker so se v nemški ofenzivi oktobra 1943 bali, da je postojanka Spodnje Lašče preveč izpostavljena, so vse ranjence premestili na postojanko Zgornje Lašče. Skrb je bila upravičena. Nemci so 28. oktobra 1943

odkrili izpraznjeno postojanko Spodje Lašče in jo zažgali; izgub pri tem ni bilo.

Postojanka Zgornje Lašče

Postojanka Zgornje Lašče je nastala junija 1943 blizu stare postojanke Spodnje Lašče. Zgradili so jo po načrtih in izkušnjah dr. Ivana Pintariča. Baraka za ranjence je stala v skalnati dolinici in je bila iz tesanega lesa. Njena velikost je bila 10 x 7 m, stranske stene pa so bile visoke 1,6 m. Pokrita je bila s škodlami. Tla so bila iz desk, ležišča pa ločena za enega do dva ranjenca, torej že neke vrste postelje iz drobnih tesanih tramičev. Oken je imela baraka sedem, eno veliko v steni nasproti vrat in šest manjših na strehi. Svetlobe je imela dovolj. Poleg bolniške barake je bila kuhinja in shramba ter baraka za osebje v velikosti 5 x 4 m. Dohodi k barakam so bili tlakovani s tramiči, pred glavno barako v dolinici pa je bila dolga miza in klopi. Ker je bila postojanka Zgornje Lašče dobro skrita in varna, so vanjo junija 1943 prenesli vse huje ranjene iz postojanke Spodnje Lašče. Upravnik postojanke Zgornje Lašče je bil dr. Ivan Pintarič. Dne 29. septembra 1943 pa ga je zamenjal dr. Karel Milavec-Tine. Postojanka je imela zmogljivost 50 ležišč za ranjence. Ko je v za-



Postojanka SCVPB Zgornje Lašče v Kočevskem Rogu. December 1943

četku novembra 1943 dr. Milavec odšel v kirurško ekipo XVIII. divizije, je upravniške posle na postojanki Zgornje Lašče oziroma Lašče, kot se je, odkar je bila uničena postojanka Spodnje Lašče, začela imenovati, prevzel dr. Janez Milčinski-Peter, ki je ostal na postojanki do 28. decembra 1943, nato pa je mesto upravnika prevzela medicinka Juga Bregant. Od poletja 1944 dalje je bil upravnik postojanke Lašče dr. Lojze Štrancar. Postojanka je nemoteno poslovala vse do osvoboditve.

Postojanka Pugled

Postojanko Pugled so ustanovili 18. marca 1943 v gozdu nad Žago Rog. Njena zmogljivost je bila okoli 50 postelj za ranjence. Delovala je do nemške ofenzive oktobra 1943. Upravnica postojanke je bila dr. Božena Ravnihar-Nataša, komisar pa dr. Andrej Župančič-Mike. Postojanka je bila v gosto zaraščenem gozdu in dobro zakonspirirana. Med nemško ofenzivo v oktobru 1943 je bilo na postojanki 48 pacientov, večinoma ranjencev, in 14 osebja. Nemci so 27. oktobra 1943 ob desetih dopoldne postojanko napadli. Kako so jo odkrili, ni točno znano. Nekateri menijo, da so ujeli enega od stražarjev, ga mučili in tako dobili podatke. Ob napadu se je re-



Ostanki pobitih ranjencev na pogorišču bolnišnice Pugled. Foto B. Jakac leta 1944

šilo osebje in 27 lažje ranjenih, medtem ko so 21 hudo ranjenih borcev Nemci pobili na njihovih ležiščih in jih s postojanko vred zažgali. Po tej tragediji je postojanka prenehala obstajati. Preostale ranjence in osebje so preselili. Nekaj jih je sprejel dr. J. Milčinski na postojanko Lašče, nekaj pa dr. F. Novak na postojanko Lesen Kamen.

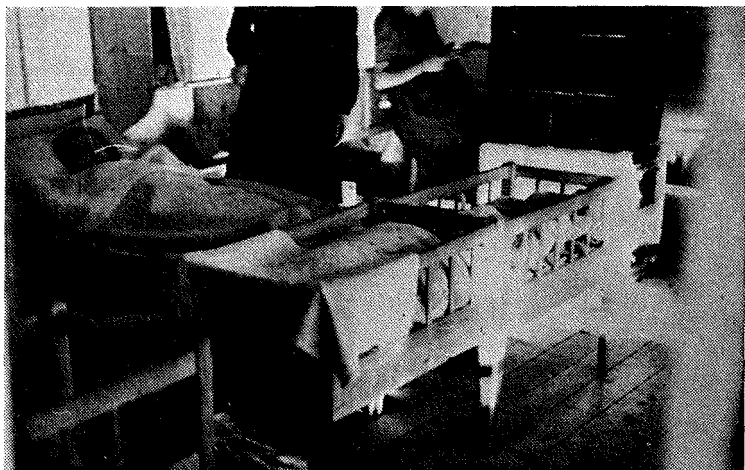
Teh 21 pobitih ranjencev iz postojanke Pugled in še 3 ranjenci, ubiti v tej ofenzivi, predstavljajo edine izgube ranjencev bloka SCVPB, ki jih je sovražnik odkril in pobil, vso preostalo ogromno večino ranjencev pa je, čeprav v hudih in včasih skoraj brezupnih razmerah, uspelo obvarovati pred sovražnikovimi zverstvi.

Postojanka Hrastnik

Postojanka Hrastnik je nastala v zgodnji pomladi leta 1943, v delno požgani kočevski vasi Smrečnik. Osnovana je bila kot bolnišnica za rekonvalescente in lažje ranjence. Postojanka je delovala do 18. junija 1943, ko so Italijani ob nenadnem napadu požgali še preostale nepožgane hiše v Smrečniku, v katerih je bila postojanka. Ranjenci in osebje so se pravočasno umaknili v zasilne barake, ki so bile kot zatočišče ob hajkah zgrajene že aprila 1943 sredi gozda v dnu doline blizu Komarne vasi. Iz teh barak je po adaptaciji nastala postojanka Spodnji Hrastnik. Za zasilno zavetišče rekonvalescentom ob ofenzivah so bile postavljene zasilne barake tudi na področju Bukove gorice v bližini Smrečnika. Iz teh barak je nastala postojanka Zgornji Hrastnik. Tako sta poleti 1943 iz postojanke Hrastnik, ki so jo Italijani požgali, nastali dve novi postojanki: Spodnji in Zgornji Hrastnik ter še postojanka Škrilj v vasi Štale.

Postojanka Spodnji Hrastnik

Nastala je poleti 1943, v septembru pa so jo preuredili in je tako preurejena začela poslovati z 18. septembrom 1943. Upravnica postojanke je bila dr. Božena Grossmann-Vida. Spočetka so v postojanki pretežno oskrbovali ranjence, kasneje, spomladi 1944, pa se je postojanka diferencirala v dve smeri in sicer v oddelek za bolnike z internimi obolenji in v porodnišnico, ki je bila v novi zgledno urejeni baraki. Nemško ofenzivo v oktobru 1943 je postojanka brez izgub preživela,



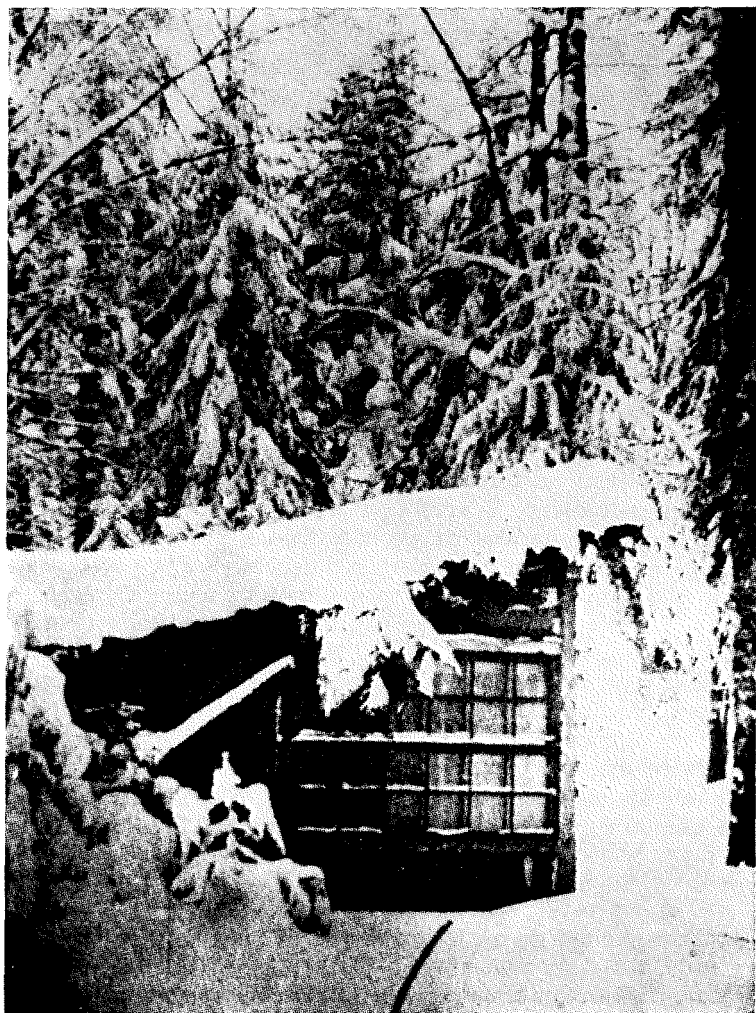
Notranjost porodnišnice v postojanki Spodnji Hrastnik. Foto B. Jakac, september 1944

huje ranjene so med ofenzivo poskrili v dva podzemna bunkerja v bližini postojanke. Tudi zimo 1943/44 je postojanka preživela nemoteno. V aprilu je gradbena ekipa postavila že omenjeno novo barako za porodnišnico s porodno sobo, kopalnico in prostorom za matere z dojenčki. Vodja porodnišnice je bila tedaj dr. Božena Grossmann-Vida, vodja starega oddelka, v katerem so se zdravili pretežno internistični bolniki, pa dr. Cirila Maselj-Mica. Poleti 1944 je bila dr. Grossmannova poslana v južno Italijo, dr. Masljeva pa je odšla na postojanko Planina. Vodja porodnišnice v Spodnem Hrastniku je tedaj postala dr. Božena Serbec, vodja interne bolnišnice pa dr. Drago Martelanc. Zmogljivost postojanke Spodnji Hrastnik je bila okoli 35 ležišč za bolnike. Postojanka je z obema oddelkoma nemoteno poslovala do konca vojne.

Postojanka Zgornji Hrastnik

Postojanka Zgornji Hrastnik je bila prva roška bolnišnica, ki ni ležala v globeli, ampak skoraj na vrhu hriba v gozdu blizu vasi Smrečnik. Najprej je imela dve zasilni nizki temni baraki za ranjence. Eni so rekli »pesjak«. Pesjak je bil dolg 10 metrov in v sredi visok komaj poldrug meter. Imel je eno

samo okno. Postojanka Zgornji Hrastnik je imela 1943. leta zmogljivost nekaj nad 30 ležišč za ranjence.



Baraka za aseptične operacije v postojanki Zgornji Hrastnik. Foto dr. J. Milčinski, februar 1944

Koncem leta 1943 je prišel za upravnika na postojanko dr. Janez Milčinski-Peter. Pod njegovim vodstvom je postojanka Zgornji Hrastnik postala bolnišnica za hude in zahtevne kirurške primere. Ker sta bili baraki primitivni in premajhni za vedno večji priliv ranjencev, je dr. Milčinski takoj po prihodu začel snovati načrte za nove barake. Postavil je zahtevo za diferenciacijo oziroma osnovanje septičnega in aseptičnega oddelka. Po njihovih načrtih so zgradili manjšo novo barako z aseptično operacijsko sobo in 4 ležišči za operirance ter večjo novo barako za septične bolnike s prizidkom za septično operacijsko sobo. Te zgradbe so bile gotove že v februarju 1944. Operacijska miza in druga operacijska oprema je bila lesena, zelo funkcionalna, izdelana na postojanki po načrtih dr. Milčinskega. Njegove podrobne načrte za operacijsko opremo je v Partizanskem zdravstvenem vestniku št. 5 maja 1944 objavila medicinka Marija Jeras ter so po njih izdelovali tipizirano opremo za operacijske sobe tudi v drugih partizanskih bolnišnicah.¹⁸ Dr. Milčinski je tudi vpeljal zanesljivo suho sterilizacijo operacijskega perila v improviziranih kovinskih posodah »containerjih« ter v postojanki Zgornji Hrastnik uredil vzoren laboratorij za preiskave krvi, urina, gnoja, raznih brisov in podobno.

Postojanka Zgornji Hrastnik je po adaptaciji in razširitvi postala kirurgična baza, kamor so pošiljali predvsem huje ranjene, potrebne večjih kirurških posegov. V zgleđno urejeni »Aseptiki« na postojanki Zgornji Hrastnik pa je bilo napravljenih tudi okoli 60 manjših in večjih tako imenovanih programskih aseptičnih operacij (operacije kile, slepiča itd.). Vse operacijske rane po teh operacijah so se per primam (brez vnetja oziroma gnojenja) zacelile, kar se lahko šteje za izjemen uspeh. Novembra 1944 je dr. Milčinski odšel za upravnika bloka SCVPB, novi upravitelj postojanke Zgornji Hrastnik pa je postal dr. Martin Benedik. Ko je bil dr. Benedik koncem 1944 leta postavljen za korpusnega kirurga VII. korpusa, je pozimi 1944/45 prišel za upravnika na postojanko italijanski vojaški zdravnik major dr. Nordio August. Postojanka Zgornji Hrastnik je nemoteno obratovala do konca vojne in je še sedaj v celoti ohranjena in zaščitena kot pomnik NOB.

¹⁸ Partizanski zdravstveni vestnik, št. 5, str. 9—13.

Postojanka Škrilj

Postojanka Škrilj je bila nekaj pred kapitulacijo Italije ustanovljena v še ohranjenih hišah delno požgane vasi Štale. Služila je kot oddelek za oskrbo lažjih ranjencev, rekonvalescentov in lažjih invalidov. Z ustanovitvijo te postojanke so v veliki meri razbremenili zakonspirirane postojanke. Postojanka Škrilj je imela zmogljivost do 150 ležišč za ranjence. Ker postojanka ni bila zakonspirirana, je delovala le kratko dobo do nemške ofenzive v oktobru 1943, ko so jo Nemci požgali. Bila je že izpraznjena in človeških žrtev ni bilo. Vodja postojanke je bila medicinka Marta Šavelj.

Postojanka Jelendol

Postojanko Jelendol so zgradili spomladi l. 1943 v kotlinici pod Daleč hribom blizu Podstenic, v kateri so preživeli italijansko roško ofenzivo avgusta 1942 ranjenci iz dr. Lunačkove bolnišnice na Daleč hribu. Obratovati je začela v maju



Roška bolnišnica Jelendol. December 1943

1943. V sestavi te postojanke je bila tudi baraka za upravo SCVPB. Postojanka Jelendol je imela devet objektov: barako za upravo SCVPB, malo barako za ranjence, operacijsko barako z lekarno, veliko barako za ranjence, kuhinjo z drvarnico, skladišče za hrano, krušno peč, pralnico in dimnico (malo kolibo v kateri je bil po ceveh napeljan dim z ognjišča, da se je razvlekel in porazgubil v gozdu). Zmogljivost postojanke je bila od 40 do 50 ležišč za ranjence. Služila je tudi za vzgojo bolničarskega kadra. Že 4. septembra 1943 se je v tej postojanki začel prvi sanitetni tečaj za bolničarje. Prvi upravnik postojanke Jelendol je bil kirurg dr. Bogdan Breclj, za njim pa poleti 1943 nekaj časa dr. Janez Milčinski-Peter, nato pa od jeseni 1943 dalje dr. Ruža Šegedin-Meta. Ko je dr. Šegedinova jeseni 1944 postala upravnica bloka SCVPB, je postal vodja postojanke Jelendol dr. Pavel Kanc, za njim pa od 1. februarja 1945 in do konca vojne dr. Božena Serneč. Postojanka je delovala vse do osvoboditve in je z vsemi objekti v celoti ohranjena in zaščitena kot pomnik NOB.



Partizanska bolnišnica Stari log. Kočevski Rog, leta 1944

Postojanka Stari log

Postojanka Stari log je bila ustanovljena v aprilu 1943. Zgrajena je bila v gozdu, dvajset minut hoda od Jelenice, blizu ceste Podstenice—Žaga Rog. Princip gradnje te postojanke je bil enak kot pri vseh drugih iz te dobe. Upravnik postojanke Stari log je bila skoraj ves čas obstoja dr. Vudler Breda. Postojanka je imela zmogljivost do 45 ležišč za ranjence. Dne 1. februarja 1945 je dr. Vudlerjeva odšla na sanitetni tečaj, zamenjal jo je kot upravnik postojanke dr. Drago Martelanc. Postojanka je, razen v nemški ofenzivi 1943, ko se je morala začasno evakuirati, nemoteno delovala ves čas do osvoboditve. Ohranjeno je lepo urejeno pokopališče v bližini postojanke z napisom na živi skali: »V trajen spomin 31 partizanskim ranjencem, umrlim v tej bolnišnici 1944—1945. Hvaležna domovina«.

Postojanka Lesen Kamen

Tudi postojanka Lesen Kamen je bila zgrajena spomladi 1943, v gozdu dvajset minut hoda od vasi Resa proti Žagi Rog.



Partizanska bolnišnica Lesen Kamen ustanovljena spomladi 1943. Poletje 1944



Notranjost barake v bolnišnici Lesen Kamen. Dr. Lojze Štancar in bolničar Franc Pezdevšek preobvezujeta. Foto dr. J. Milčinski, avgust 1943

Prve ranjence so na postojanko sprejeli aprila 1943. Njena zmogljivost je bila do 50 ležišč za ranjence in bolnike. Prvi upravnik te postojanke je bil dr. Franc Novak-Luka, ki je v začetku leta 1943 s 78 hudo ranjenimi borci prišel iz Žumberka v SCVPB. Ko je v začetku junija 1943 dr. Novak odšel kot referent za bolnišnice v glavni štab hrvatske narodno-osvobodilne vojske, je prevzel postojanko dr. Ivan Pintarič, za njim pa avgusta 1943 medicinka Marija Jeras. Med nemško ofenzivo oktobra 1943 je vodil postojanko dr. Lojze Štancar, nato pa spet nekaj časa dr. Franc Novak, za njim pa dr. Božena Ravnihar-Nataša do začetka januarja 1944. Od tedaj dalje pa je bil upravnik postojanke Lesen Kamen, dr. Janez Lovšin. V postojanki so v glavnem zdravili lažje ranjence. Ker je bila zelo skrita so bili v njej nastanjeni tudi invalidi. Od jeseni 1944 dalje je imela postojanka tudi oddelek za bolnike z nalezljivimi boleznimi, vanj so namreč preselili v infektivni odelok iz postojanke Vinica. Iz postojanke Lesen Kamen je ohranjenih zelo malo dokumentov. Poslovala pa je nemoteno do osvobo-

ditve. Na kraju nekdanje bolnišnice je postavljen spominski kamen in urejeno grobišče.

Bolnišnica Nova vas

Zaradi velikega nenadnega dotoka ranjencev v postojanke SCVPB ob in po kapitulaciji Italije, je bilo na konferenci uprave SCVPB dne 15. septembra 1943, na predlog dr. Bogdana Breclja sklenjeno, da se v dolini v vasi Novi Tabor uredi bolnišnica za kakih 200 ranjencev. Odvračala naj bi pozornost od zakonspiranih postojank v roških gozdovih in prestregla glavni naval ranjencev.

Tako je v drugi polovici septembra 1943 nastala tako imenovana dolinska bolnišnica Nova vas v vasi Novi Tabor. Organizator in upravitelj te bolnišnice je bil dr. Janez Milčinski-Peter. Z delom je bolnišnica začela 18. septembra 1943. Predstavljala je kirurški center in sprejemala in oskrbovala hudo ranjene in druge kirurške bolnike. Imela je zmogljivost 200 postelj za ranjence. Poleg dr. Milčinskega je v tej bolnišnici, kadar mu je organizacijsko delo v glavnem štabu dopuščalo, operiral tudi dr. Bogdan Breclj — v njej je delal prvo korektivno-plastično operacijo v zgodovini slovenske partizanske medicine. Kirurškega dela v tej bolnišnici je bilo obilo, ker se je zaradi ostrih bojov ob likvidaciji sovražnikovih postojank v septembru 1943 število ranjencev močno povečalo. Bolnišnica Nova vas je obratovala le dober mesec. Ker se je vedno bolj bližala nemška jesenska ofenziva, so bolnišnico 21. oktobra 1943 razformirali in ranjence evakuirali v skrite roške postojanke. Izpraznjene objekte bolnišnice so Nemci v ofenzivi požgali.

Bolnišnica Toplice

Dolinska bolnišnica Toplice je bila ustanovljena septembra 1943 po kapitulaciji Italije, tudi z namenom, da bi zaradi vedno večjega števila ranjencev, razbremenila skrite roške postojanke SCVPB. Vzrok ustanovitve dolinskih bolnišnic je bil tudi ta, da v burnih dneh po kapitulaciji Italije, ko je osvobojeno ozemlje seglo do predmestij Ljubljane, ne bi preveč dekonspirirali skritih roških postojank. Ustanovitelj in upravitelj SCVPB dr. Pavel Lunaček-Igor, je v tej dobi kljub splošnem navdušenju in zmagovitem optimizmu še naprej

strogo varoval konspiracijo postojank SCVPB, tako da so ostale dobro skrite in nekompromitirane tudi v težkih dneh nemških ofenziv in napadov. S to Lunačkovsko odločno zahtevo po najstrožji konspiraciji postojank SCVPB tudi ob kapitulaciji Italije je bilo v nemški oktobrski ofenzivi 1943 rešeno življenje mnogih ranjencev v roških partizanskih bolnišnicah.⁹¹

Bolnišnica v Toplicah je bila namenjena v glavnem oskrbovanju lažjih ranjencev in bolnikov. Upravnik je bil nekaj časa dr. Peter Držaj, nato pa dr. Ivan Pintarič. Njena zmogljivost je bila 150—200 ležišč za ranjence in bolnike. Služila je tudi vzgoji bolničarskega kadra. Že konec septembra se je v njej začel sanitetni tečaj za bolničarje.

Dolinska bolnišnica Toplice je obratovala dober mesec. Pred začetkom nemške ofenzive oktobra 1943 so jo za nekaj časa premestili v Črmošnjice, nato pa razformirali. Huje ranjene so evakuirali v zakonspirirane roške bolnišnice, lažje ranjence in rekonvalescente pa sta dr. Fran Novak-Luka in dr. Ivan Pintarič vojaško organizirala v bataljon s šestimi četami se z njimi umaknila v gozdove. Obenem z bataljonom lažjih ranjencev se je umaknil tudi bolničarski tečaj, tečaj se je nato nadaljeval v Črmošnjicah in končal v Žumberku, kamor je ob umikanju pred Nemci končno prišlo teh šest čet lažjih ranjencev, bodočih bolničarjev in sanitetnega osebja razformirane dolinske bolnišnice Toplice.

Postojanka Ajdovec

Bolnišnica Ajdovec je bila kot nova postojanka SCVPB zgrajena koncem aprila 1944 na skritem kraju v gozdu pod Komolcem. Baraka za ranjence v tej postojanki je bila največja med bolniškimi barakami v roških bolnišnicah. Njen tloris je bil 26×10 m. Imela je prek 40 udobnih ločenih ležišč za ranjence. Poleg glavne barake je stala še sprejemna baraka tlorisa 14×7 m in razkuževalnica. Pol ure hoda stran v gostem bukovem gozdu pa je imela še posebno najstrožje zakonspirirano bolniško barako za najhuje ranjene, imenovano Novi Ajdovec. Celotna postojanka je lahko sprejela do 125 ranjencev.

⁹¹ Milčinski J.: Mi pa nismo se uklonili. Poslanstvo slovenskega zdravnika. Slovenska Matica, Ljubljana 1965, stran 446 (dalje navajam: Milčinski, Mi pa nismo se uklonili).



Baraka za ranjence v bolnišnici Ajdovec. Oktober 1944

V začetku avgusta 1944 je prišel v postojanko Ajdovec za upravnika novozelandski kirurg major dr. Lindsay Rogers. S seboj je imel tudi dva svoja bolničarja. Pričel je z delom in postojanka je tako postala kirurški baza za oskrbovanje predvsem hudo ranjenih borcev. Delo v postojanki Ajdovec je dr. Rogers zanimivo opisal v knjigi *Guerilla Surgeon*, ki je izšla 1957 leta v Londonu.²⁰ V postojanki Ajdovec je dr. Rogers uvedel v kirurško delo mnogo koristnih novosti, ki so jih nato povzeli tudi drugi kirurški oddelki SCVPB. Postojanka Ajdovec je obratovala skoraj do konca vojne. Spomladi 1945, je bila evakuirana. Sovražnik jo je koncem aprila, ko je še zadnjikrat vdrl na Rog, med spopadom z enotami VII. korpusa že izpraznjeno požgal.

²⁰ Rogers L.: *Guerilla Surgeon* (a New Zealand Surgeon's Wartime Experiences with the Yugoslav Partisans). Collins, London 1957 (dalje navajam: Rogers, *Guerilla Surgeon*).

Postojanka Planina

Roška bolnišnica Planina je bila ustanovljena spomladi 1944 v kočevski vasi Planina na jugozahodnem delu Kočevskega Roga proti Beli krajini. V vasi so adaptirali nekaj hiš in tako uredili velik oddelek za rekonvalescente, lažje ranjence in bolnike. Zmogljivost tega rekonvalescentnega središča je bila nekaj nad 100 ležišč za ranjence in bolnike. To je močno razbremenjevalo druge skrite roške bolnišnice. Kasneje so v vasi postavili še več barak, večje za rekonvalescente in lažje ranjence, manjše pa za bolnike z odprto pljučno tuberkulozo. Te barake so bile strogo izolirane. Postojanko je vodila nekaj časa balničarka Zlata, nato pa medicinka sestra Martina Košak, kasneje pa dr. Zvezda Zadnik. Postojanka Planina je poslovala vse do konca vojne.

Kot že rečeno je od spomladi 1944 dalje do konca vojne v sestavu kompleksa SCVPB delovalo deset postojank: Jelen-dol, Jelenbreg, Stari log, Lašče, Zgornji Hrastnik, Spodnji Hrastnik, Vinica, Lesen Kamen, Ajdovec in Planina. Oddelki



Rekonvalescentni oddelek za pljučno tuberkulozo v vasi Planina. Foto dr. J. Milčinski, poleti 1944



Ranjenci in invalidi čakajo na evakuacijski bazi v Srednji vasi pri Črmošnjicah na evakuacijo. Foto B. Jakac, avgust 1944

SCVPB so bili v tej dobi že specializirani. Postojanke Zgornji Hrastnik, Vinica, Jelendol in Ajdovec so služile predvsem za oskrbo hujših kirurških primerov. V Vinici so se do jeseni 1944 zdravili tudi infektivni bolniki, nato pa so jih preselili na postojanko Lesen Kamen in postojanka Vinica je postala predvsem kirurška baza. Postojanka Spodnji Hrastnik je imela dva oddelka: bolnišnico, v kateri so se zdravili internistični bolniki, ter porodnišnico. Postojanka Lesen Kamen je bila določena za oskrbovanje lažjih ranjencev in invalidov, od jeseni 1944 dalje pa je imela tudi ločeno izoliran oddelok za infektivne bolnike. Postojanka Planina je bila določena za okrbovanje rekonvalescentov in lažjih invalidov, po potrebi pa so se v njej zdravili tudi lažji ranjenci.

Javka za sprejem ranjencev v SCVPB je bila organizirana na Podstenicah. Kasneje pa je uprava SCVPB določila tudi druge javke in napravila vrstni red, po katerem so posamezne postojanke triažirale (razvrščale) na novo došle ranjence in bolnike in jih razmeščale po ustreznih oddelkih.

Po razširitvi posameznih postojank v letu 1944 je imela SCVPB zmogljivost okoli 700 ležišč za ranjence. Ker je bila od poletja 1944 dalje omogočena evakuacija invalidov in spe-

cializiranega zdravljenja potrebnih huje ranjenih v južno Italijo in kasneje 1945 leta na že osvobojeno ozemlje v Zadar, so postojanke s to zmogljivostjo lahko vedno prevzele in oskrbovale vse stacionarnega zdravljenja potrebne ranjence iz številnih obsežnih in dolgoletnih bojov slovenske partizanske vojske z območja VII. korpusa.

Obseg strokovnega dela v SCVPB se je v letu 1944 zelo povečal in moderniziral. Kirurška oskrba je z začetkom leta 1944 prešla iz tako imenovane »konservativne dobe« v dobo »aktivnega kirurškega zdravljenja«.

V konservativni dobi do konca 1943 so bile razmere v partizanskih bolnišnicah zelo hude. Skoraj vse poškodbe so bile septične. Ranjenec je v partizanski enoti običajno dobil le prvi povoj, nato pa je bil poslan v zakonspirirano bolnišnico. Ko je po nekaj dni trajajočem mučnem transportu prispel ves izmučen in vročičen ter po navadi z zagnojeno vojno rano v bolnišnico, je bilo seveda možno le konservativno ukrepanje. Zato so tej dobi dali to ime. Zdravniki v partizanskih bolnišnicah so pri oskrbi vojnih ran v tem času skrbeli predvsem za neovirano čiščenje in drenažo zagnojenih ran, delali incizije, drenaže empiemov (nabirkov gnoja v prsni votlini) in abscesov (nabiranje gnoja drugje po telesu);



Bolniki rekonvalescentnega oddelka Planina. Jeseni 1944

delali so amputacije in podobno. Ranjence s trebušnimi strelji in strelji v glavo so v tej dobi tudi največkrat zdravili konservativno. Opornice in obvezilni material so morali največkrat izdelovati improvizirano, prav tako tudi instrumentarij za operacije. Zelo je primanjkovalo zdravil. Pri zdravljenju zagnojenih ran so veliko uporabljali obkladke z alkoholom, največkrat kar z domačim žganjem.

Ob kapitulaciji Italije je sanitetna služba slovenske partizanske vojske dobila z vojnim plenom tudi velike količine prepotrebne sanitetnega materiala in zdravil, kar je obenem z modernizacijo sanitetne službe tudi pripomoglo k tako velikopoteznemu razmahu aktivnega kirurškega zdravljenja ranjenih borcev. V začetku leta 1944 so začeli delovati na novo ustanovljene premične kirurške ekipe v divizijah in korpusih, ki so v spopadih dajale kirurško pomoč ranjencem za bojno črto, relativno kmalu po ranitvi. Ker so tako skoraj vse ranjence kirurško oskrbeli v šestih oziroma v največ 12 urah po ranitvi, so se vojne rane v tej dobi po večini primarno (brez gnojenja) celile in ni bilo več toliko septičnih primerov. Program operacij so v partizanskih bolnišnicah zelo razširili. V SCVPB so poleg rutinskih kraniotomij (operacij glave in možganov) in laparotomij (operacij v trebušni votlini) delali tudi operacije kil, razne reparatorne in plastične operacije, revizije in šive kit in živcev, operacije sklepov, odstranjevanje odmrlih delov kosti pri strelnih prelomih kosti in podobno. V zdravljenju šoka so dosegli velik napredek, dajali so tudi že transfuzije krvi (po sistemu dveh brizgalk). V okviru rehabilitacije ranjencev so vpeljali za rekonvalescente masažo, kopeli in telovadbo. Skratka nivo medicinskega dela so od improvizacij dvignili na sodobno višino. Po ustanovitvi kirurških ekip v divizijah in korpusih in po uvedbi etapnega zdravljenja po enotni kirurški doktrini dostikrat nista nivo in obseg kirurškega dela prav nič zaostajala za tistim v sodobnih velikih armadah. Sicer pa o tem prepričljivo govorijo uspehi dela.

Nekatere postojanke SCVPB, na primer Jelendol in Zgornji Hrastnik, so v celoti ohranjene in spomeniško varstveno zaščitene kot spomeniki NOB. Kartoteka in dokumentacija uprave in posameznih postojank SCVPB pa je shranjena v arhivu Inštituta za zgodovino delavskega gibanja (IZDG) v Ljubljani. V njej so popisi ranjencev in bolnikov, napotnice

v bolnico, temperaturni listi, operativni protokoli, kopije odpustnic itd. Mnogo slikovnega gradiva postojank SCVPB pa je shranjenega tudi v Muzeju ljudske revolucije Slovenije v Ljubljani.

K bloku SCVPB v Kočevskem Rogu je Glavna uprava vojno partizanskih bolnic VII. korpusa dne 20. marca 1945 priključila tudi blok SVPB — B (Bobovec)²¹ Ta je obsegal tri postojanke: Barje pri vasi Hrib nad Koprivnikom, Bobovec pri Jezusovi cerkvi nad Starim Brezjem in postojanko Kremen blizu Kumrove vasi. Blok je imel ležišče za kakih 120 ranjencev in bolnikov. Priključil se je z vso opremo in osebjem bloku SCVPB. Ker je vsa njegova kartoteka in dokumentacija prešla v kartoteko SCVPB, sem v analizi oziroma v statističnem pregledu vojnih poškodb zdravljenih v postojankah SCVPB, upošteval tudi vse ranjence in bolnike, za katere so ohranjeni popisi iz tega bloka od njegove ustanovitve dne 8. decembra 1943 pa do konca vojne.

V aprilu 1945 je za postojanke SCVPB v Kočevskem Rogu nastala hudo nevarna vojno taktička situacija zaradi silovite nemško-domobransko-četniške ofenzive. Sovražnik je skušal na vsak način zavzeti in očistiti Kočevski Rog in Belo krajino. Vodstvo SCVPB je zato odredilo v vseh postojankah strogo pripravljenost in najstrožjo konspiracijo. Koncem aprila pa je bila zapovedana evakuacija vseh ustanov SCVPB iz Kočevskega Roga proti Gorskemu Kotoru, ki ga sovražnik že ni več ogrožal.

Iz najbolj izpostavljenih postojank SCVPB so zato v aprilu 1945, spričo grozečih vdorov sovražnika na Rog, evakuirali vse ranjence in bolnike v sosednje trenutno po sovražniku manj ogrožene bloke (SVPB-R, SVPB-S). Tako so bili npr. iz postojanke Ajdovec v aprilu 1945 evakuirani vsi ranjenci in bolniki in prazno postojanko je sovražnik res že tik pred koncem vojne odkril in uničil.

V nekaterih bolj skritih in manj izpostavljenih postojankah SCVPB pa so ranjence še obdržali. Pripravili in uredili so bunkerje in skrbno določili, kako bodo poskrili vse imobilne ranjence, če bi sovražnik le prodril do njih. Vsaka od teh postojank se je tudi še skrbneje organizirala kot vojaška enota, da bi bila zmožna nuditi odpor in zadrževati sovražnika

²¹ Mikuž: Oris partizanske sanitete, stran 192.

tako dolgo, da bi vse negibne ranjence varno poskrili in da bi se z drugimi lahko v redu umaknili. Vendar k sreči do resnejših incidentov ni prišlo.

Ko so koncem aprila 1945 enote VII. korpusa prešle v odločno protiofenzivo, so v srditih spopadih hitro pregnale sovražnika s Kočevskega Roga in nevarnost za postojanke SCVPB je bila odstranjena. Tako ni bilo nikoli potrebe, da bi bila v celoti izpeljana zapovedana evakuacija vseh ustanov SCVPB iz Kočevskega Roga. Tudi te hude in kritične čase je SCVPB uspešno prebrodila in ko je bil Kočevski Rog v začetku maja že povsem osvobojen in je VII. korpus prodiral od Kočevja proti Ribnici, je bilo v nekaterih še delujočih, neopuščenih postojankah SCVPB še vedno 177 ranjencev in 187 bolnikov.²² Tako težko pričakovani dan svobode je napočil in tudi vse te so lahko premestili v že osvobojena mesta v dolini.

²² Mikuž: Oris partizanske sanitete, stran 172.

III.

STATISTIČNI PREGLED IN ANALIZA VOJNIH POŠKODB ZDRAVLJENIH V POSTOJANKAH SCVPB

Iz večine postojank SCVPB je ohranjena dokumentacija in skoraj kompletna kartoteka ranjencev in bolnikov. Arhivi nekaterih postojank so se v ofenzivah in hajkah zgubili, ali pa jih je sovražnik ob napadih uničil. Iz teh postojank je tako ohranjenih le zelo malo dokumentov in le delna kartoteka z napol uničenimi, ožganimi in okrvavljenimi popisi ranjencev.

Po poročilih posameznih postojank sanitetnemu oddelku glavnega štaba NOV in PO Slovenije in po ocenah na osnovi teh poročil je v vseh postojankah kompleksa SCVPB in v tako imenovanih dolinskih bolnišnicah na področju sedmega korpusa našlo zavetje in vso potrebno zdravniško pomoč in oskrbo prek 10.000 ranjencev in bolnikov.²³

V arhivu IZDG sem v kartoteki in fasciklih bloka SCVPB našel 7475 ohranjenih popisov ranjencev in bolnikov. Izgubljenih oziroma uničenih je torej kakih 2550 popisov, ali v odstotkih okrog 25 %, ohranjenih pa 75 %.

Popisi iz nekaterih postojank so prav zgledni: natančni opisi stanja ob sprejemu (splošni in lokalni statut), skrbno in izčrpno opisani operativni posegi, opisi poteka bolezni (dekurzusi), pisani vsakih nekaj dni, prav tako skrbno napisan izvid ob odpustku ter navodila za morebitno nadaljnje zdravljenje.

Za primer nekaj fotokopij dokumentov, ki so mi služili pri analizi:

²³ Breclj: Kako so nastajale partizanske bolnišnice, stran 512.

sk. štov. 1.....

Datum: 19. 1. 44

OPRAVEČILO V BOLNICO

1. in priimek (part. ime) *Topčinski Boleslav*
Mesto . *pirinski bataljon XVIII. divizije*
Funkcija . *rodnik*

Priloga št. . *2. II. 1920*

Prejeto . *Varšava* kje . *Poljska*

Obdobje . *19. 1. 44* . kje . *Poljska*

Opis . *Poljski delov. garniz. del. peha-*
lijski in artilj. garniz.

Doseženo zdraviljenje (za. ime, kda; in kda) .

ligamentarna artroskopija
(operacija Dr. Benecik.)

Kde pošlija v bolnico . *K.F. XV. divizije*

19. 1. 44 . *16. 2. 44*

Št. živ. podaja . *Št. 16*

Čin in funkcija .

TOVARIŠ, PARI NA TO BOLNICO

Primer ciklostilirane napotnice v bolnico

Štab brigade 11. divizijske XL. datum 21. 2. 4.
Sanitetni odsek. lok. št. 234.

NAPOTNICA V BOLNICO *ScvP*

ima, primor. part. ima. *3. funkcija, 6. 1. 1943*
 ranjen. *11. 1. 1943, kje 1. 1. 1943*
 pristojen *The 3. 1. 1943* pokile *1. 1. 1943*
 bivalirale *1. 1. 1943*
 ima, pokile in bivalirale svojoj *1. 1. 1943*
1. 1. 1943 *The 3. 1. 1943*
 vstop v NOV *1. 1. 1943* ranjen sploš. dne *1. 1. 1943*
 kje *1. 1. 1943*
 v borbi, po uspehi v *1. 1. 1943* od časa *1. 1. 1943*

DIAGNOZA

rostr. calcarato femorale
Leis.
Mr. 1 - 1000 P. pelvis oler.
 Project A. T. E. Ltd.

Potreba operacije radi

Čluskiv podpla

Čin, frakcija

KIRURŠKE INTERVENCIJE datum in ure **32**

Dopis. Preloženo, ...
Između ostalog...
Glasnik...
Citiraj podpis...
On, funkcioner...
On, funkcioner...

Служба пошла... *С. В. В.*

Ein, fustelle *Abm. Hm., v. Ls. o. Hm.*

! Ob napotilu ranjenca v bolnico vstaknite napotnico v desni žep suknjiča ranjenca. !

Primer tiskane napotnice v bolnico

AKNADNI OPIS RANE, BOLEZNI

NAKNAĐNE INTERVENCIJE (Datum izdaja)

Čiuziv podpis

Ein in Dunkelheit

DDPUST

O njegovem odpustu iz bolnice je treba obvestiti

lab brigade divizije
kratkim opisom bolesti in trenutne zdravstvene sposobnosti
(Pod kuverto)

Smrt fašizmu — sloboda narodu!

Polikromat:

Subject: reference

POVARIŠ PAZI NA TO IZKAZNICO!

Iskazuje celotno v zbiru belice kot dokument.

**Hrbtna stran tiskane napotnice v
bolnico**

7093

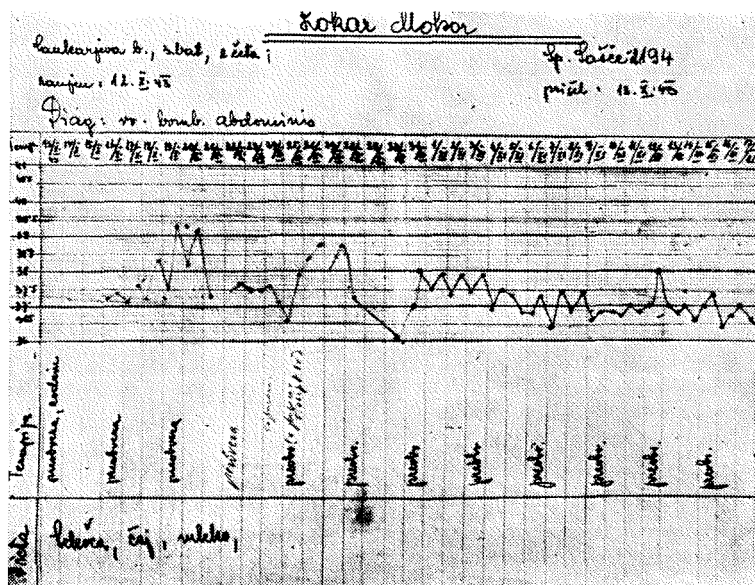
/ Na obratni strani: DECURSUS. /

Popis ranjenca — prednja stran

- [illegible]

Frä

Hrbtna stran popisa ranjenca



Primer temperaturnega lista ranjenca v bolnišnici v Spodnjih Laščah

Patek zdravljenosti

- 23.8.: V globoki nezvesti. Dihanje mirno, puls 86, temp. 36,5. Lehne cianozna ustnice. Na glavi v desni frontalni regiji ob suturi frontalis ob zgornjem robu čela, za 2 dimeraki navno velik defekt iz katerega pretebira mozganske mase v velikosti oreha. V desni parietalni regiji ob tuber parietale izstrelna rana z defektom v velikosti 2 din. navca a prelabirane mozganske mase v velikosti galebega jajca. V desni reki dobi od casa de casa klonične krče ter tremor po vsem telesu, šik v desni facinliou. Th.: skrbu rano, Mo, Cardiazol.
- 25.8.: Pucea vode pod nabe, stalna v globoki nezvesti včasih ne pehajlje krči kot zgoraj, dihanje mirno. T. de 39,2, puls 92, th. Mo 2x, hranilni klizme.
- 24.8.: Status ides, therapia ista.
- 25.8.: Prične nezajeti, ne reagira na govor. Hlastne piše, sicer stanje isto, ther. ista.
- 26.8.: Dihanje postaja sunkovito, nenakazno, cianozna ustnice asonejše. Ob 13^h exitus letalis.
- Obdukcija izvida: Vuln. scalp. reg. frontalis et parietalis dex. Fract. scalp. cranialis ossis frontalis dex. c. fragmentatione, ossis parietalis c. fragmentatione et ossis occipitalis de base lobanje. Prelapsus cerebri in defecto utrx. conqursatio cerebri lobi frontalis dex. lobi parietalis dex. ob medijalno robu seza v globino parietalne lupute dva prsta. Ob robu mozganske masokanline petmelisalne krvavitve v beli substanci mangan. Menstrous sudurale reg. lat. sin. Oedema cerebri. Meningitis incipiens. Pulmo: Cor: Abdomen: bp.

Dr. Metc, l. r.

Primer obdukcijskega izvida iz bolnišnice Jelendol

iz bolnišnice



Ime.....194.
Štev.....

ODPUSTNICA

Tovariš Matija Jopič.....funkcija bojnik
bolnišnica Z. b. V. R. V. R......rojen dne 28. 11. 1925
Preprota.....pristojen v Preprota
sodnje bivališče Preprota.....poklic delavec
s opit v NOV in FOS 12. 11. 43.....je odpuščen
~~voja~~ - za časno iz operativne vojske NOV in FOS za dobo 1
meseca meseca zaradi 1. svet. vojne
partiz. vojske
Po prihodu v mesto bivanja se mora javiti v roku 24 ur na najbližji komandi
mesto, ki ga bo razporedila na službo.....
Na povelje pregled se mora zgledati zno.....
pri.....

Smrt fašizmu - svoboda narodu!

Politikomisar

Upravitelj

Primer odpustnice iz bolnišnice



Pokop umrlega ranjenca na grobišču bolnišnice Vinica. Foto B. Jakac, september 1944

V SCVPB so bili vsi umrli ranjenci praviloma obducirani, seveda če so vojno taktične razmere to dovoljevale. Po možnosti sta pri obdukciyah bila po dva zdravnik, zdravnik, ki je ranjenca zdravil in če je bilo le mogoče še en zdravnik. Vodili so obdukcijski zapisnik in nekatere zanimivejše izsledke obdukciij obravnavali na strokovnih konferencah upravnikov postojank. V arhivu IZDG je ohranjenih 83 obdukcijskih protokolov iz postojank SCVPB.

Večina ohranjenih popisov ranjencev iz postojanke Ajdovec je pisanih v angleščini. Vodja te postojanke je bil namreč novozelandski kirurg major dr. Lindsay Rogers. Iz postojanke Vinice je nekaj popisov v ruščini, od 1. oktobra 1944 dalje je bil vodja Vinice ruski vojaški zdravnik major dr. V. T. Leonov. Večina popisov iz postojanke SCVPB — B (Bobovec) je pisanih v italijanščini, vodja te postojanke je bil skoraj ves čas italijanski zdravnik dr. Amilcare Scalinci. Nekaj popisov iz postojanke Zgornji Hrastnik je tudi pisanih v italijanščini, vodja postojanke je bil v zimi 1944/45 italijanski vojaški zdravnik dr. Nordio August.

Po ohranjenih popisih ranjencev je bilo številčno razmerje med ranjenci in obolelimi v SCVPB takole:

ranjencev	5199	ali	69,6 %
bolnikov	2276	ali	30,4 %

Med ranjene sem uvrstil tudi 184 primerov omrzlin. Pri njih je prišlo do okvare tkiva zaradi mraza pri izvrševanju bojnih nalog oziroma na pohodih. Prav tako sem med ranjence uvrstil 29 primerov opečencev, ki so se zdravili v postojankah SCVPB, saj tudi sodijo v kategorijo ranjencev.

Odstotek obolelih se zdi relativno visok. To pa je razumljivo, saj je bila slovenska partizanska vojska prava ljudska vojska, v kateri je bilo mnogo mladoletnih obeh spolov in žensk, tudi mater, mnogo na terenu kompromitiranih političnih delavcev, katerih starost in zdravstveno stanje nista bila taka, da bi lahko dalj časa brez škode za zdravje vzdržali v bojnih enotah. Po kapitulaciji Italije je stopilo v NOV in PO Slovenije tudi mnogo preživelih iz italijanskih koncentracijskih taborišč, njihovo zdravstveno stanje je bilo seveda tudi slabo. Napori partizanskega bojevanja so bili strahotni, zlasti pozimi, zato so tudi nekaterim starim partizanom in prvobor-

cem od leta 1941 — štiri leta in štiri zime so bili v partizanih — dokaj načeli telesne odpornosti in zdravje. Zato je odstotek bolnikov relativno visok, toda bil bi verjetno še višji, če ne bi higiensko-epidemiološka sekcija slovenske partizanske sanitete s smotrnimi ukrepi zaježila oziroma preprečila širjenje nalezljivih bolezni v vojnih enotah in med civilnim prebivalstvom. Nevarnost, da se razširijo nalezljive bolezni, je bila zaradi splošnih vojnih razmer velika. Zlasti je bilo nevarno da bi se iz Hrvaške (Korduna in Like) razširila pegavica v Slovenijo. Velika zasluga dobre higiensko-epidemiološke službe v slovenski partizanski vojski je bila, da so bili vsi importirani sporadični primeri takoj izolirani in da ni nikoli prišlo do izbruha kake večje epidemije.

Za prikaz, kakšno je bilo zdravljenje vojnih poškodb v slovenski partizanski vojski, je torej predmet proučevanja in statistične obdelave 5199 ohranjenih popisov ranjenih partizanov, ki so se zdravili v postojankah SCVPB v treh letih njenega obstoja. Kot dodatek pa še kratek pregled popisov 2276 bolnikov, prav tako zdravljenih v SCVPB.

Razvrstitev vojnih poškodb glede na lokalizacijo poškodb kaže tabela 1. V njej niso zajete omrzline (184 primerov) in opekline (29 primerov).

Lokalizacije vojnih poškodb so v tabeli razvrščene tako, kot jih razčlenjujejo sodobna dela, ki obravnavajo probleme vojnega travmatizma. Po enakem vrstnem redu so tudi nato

Tabela 1
**Razvrstitev vojnih poškodb, zdravljenih v SCVPB
po lokalizaciji**

Lokalizacija	Število	%
Glava	202	4,1
Obraz	136	2,7
Oči	89	1,8
Vrat	45	0,9
Prsni koš	470	9,4
Trebuh	178	3,6
Hrbtenica	21	0,4
Medenica	302	6,1
Spolni organi	47	0,9
Zgornja okončina	1019	20,4
Spodnja okončina	2477	49,7
Skupaj	4986	

v nadaljevanju obravnavane vojne poškodbe posameznih regij telesa. Tako je bilo lažje primerjati podatke in statistične raziskave avtorjev, ki obravnavajo zdravljenje vojnih poškodb v drugih vojujočih se armadah druge svetovne vojne (sovjetski, angleški in nemški).

Med ranjenci, razvrščenimi v tabeli 1, so bili 204 politravmatizirani. Imeli so vojno poškodbo dveh ali več delov telesa hkrati. Te ranjence sem uvrstil v tabelo tako, da so uvrščeni v skupino, kjer je poškodba prevladovala. Za primer: ranjenca z oplaznim strelom prsnega koša in strelnim zlomom nadlahtne kosti sem uvrstil med poškodbe zgornje okončine.

Iz tabele se vidi, da je bilo največ ranitev v spodnjo okončino. Sledi zgornja okončina, prsni koš, medenica, glava, trebuh, obraz, oči, spolni organi, vrat in na zadnjem mestu hrbtenica.

Za primerjavo naj bo tabela, ki kaže odstotek vojnih poškodb po lokalizaciji v sovjetski in nemški armadi.

Odnos vojnih poškodb slovenske partizanske vojske izražen v odstotkih je glede na lokalizacijo približno enak oziroma precej podoben razmerju v sovjetski in nemški armadi, verjetno zaradi okoliščin in narave boja. Slovenska partizan-

Tabela 2

**Odnos vojnih poškodb po lokalizaciji v sovjetski²⁴
in nemški vojski²⁵ v drugi svetovni vojni**

Lokalizacija	Rdeča armada %	Wehrmacht %
Glava	4,1	4,2
Obraz	3,0	ni podatkov
Oči	1,3	ni podatkov
Vrat	1,1	3,1
Prsni koš	7,8	10,1
Trebuh	3,7	5,6
Hrbtenica	1,0	0,7
Medenica	3,7	4,8
Spolni organi	ni podatkov	0,7
Zgornja okončina	31,6	19,8
Spodnja okončina	40,8	46,9

²⁴ Smirnov E. I.: Sovetskie voennie vrači v otečestvennuju vojnu, Medgiz, Moskva 1945.

²⁵ Ring: Zur Geschichte der Militaermedizin, stran 307.

ska vojska se je prav tako kot rdeča armada v osrčju Evrope zagrizeno borila na življenje in smrt z nemško (stalni boji ne glede na letni čas, takojšnji spopadi, brž ko je bil vzpostavljen stik s sovražnikom, ne glede na zemljišče in čas, trdovratni, ponavljajoči se juriši in podobno).

V nadaljevanju sledi analiza posameznih skupin vojnih poškodb iz tabele 1. Zaradi boljšega pregleda je vsaka skupina vojnih poškodb prikazana v dveh različnih tabelah. Prva tabela kaže obseg in etiološki faktor (kako in s čim je poškodba nastala) poškodb, druga pa obseg poškodbe, način in uspehe zdravljenja.

Za boljše razumevanje tabel kratko pojasnilo nekaterih rubrik. Rubrike o etiološkem faktorju: Kot »strelno orožje« je mišljeno ročno pehotno strelno orožje (puška, mitraljez, pištola). Ker je sovražnik za ročno pehotno orožje pogosto uporabljal eksplozivne in zažigalne projekte, so bile tudi poškodbe z ročnim strelnim orožjem večkrat posebno hude in obsežne. V rubriki »eksplozijsko orožje« so vojne poškodbe, povzročene z drobci eksplozijskega orožja (topovske granate,



Stražarji in bolničarji bolnišnice Zgornji Hrastnik so prevzeli na javki v Komarni vasi ranjenca. Pomlad 1944



Kolona ranjencev, bolnikov in invalidov na poti čez okupirano ozemlje v Dalmaciji. Februar 1945

letalske bombe, mine, ročne bombe, trombloni itd.). V rubriki »hladno orožje« so zajete vojne poškodbe, povzročene z bajonetom, nožem, sabljo, sekiro itd. Kot »tope poškodbe« so mišljene poškodbe, povzročene z udarcem s topim, trdim predmetom, poškodbe pri padcih, skokih itd. V tabelah o obsegu in zdravljenju vojnih poškodb je kot »osnovno kirurško zdravljenje« mišljeno preobvezovanje vojnih ran, incizije in drenaže nabirkov gnoja, uravnavanje in imobilizacija zlomov ter druge vrste neoperativnega zdravljenja zlomov, dalje punkcije, toaleta, ekscizija oziroma discizija še neoskrbljenih vojnih ran — skratka manjši kirurški posegi. V rubriko »večje operacije« sem uvrstil operacije glave, prsnega koša in trebuha, operativno odpiranje sapnika pri grozečih zadušitvah, operacije na sklepih, razne plastične posege, revizije in šive živcev in kit, revizije globokih ran zaradi odstranitve tujkov ali zaradi zaustavljanja krvavitve itd. V rubrikah »izid zdravljenja« so v rubriki »ozdravljeni v enoto« zajeti primeri ozdravitve: ranjenec je bil spet sposoben za službo v bojni enoti. V rubriki »poslan v zaledje« so uvrščeni ranjenci oziroma re-

konvalescenti, ki za službo v bojnih enotah še niso bili sposobni in so jih za krajšo ali daljšo dobo poslali v lažjo službo v zaledje oziroma na teren. Nisem našel podatkov, koliko od teh jih je po krajši ali daljši dobi spet prišlo nazaj v bojne enote. Procent ozdravljenih bi bil verjetno višji, če bi bili znani ti podatki. V rubriki »evakuirani« so zajeti huje ranjeni, potrebni nadaljnega specializiranega zdravljenja, in invalidi. Evakuirani so bili v južno Italijo oziroma v zimi 1944/45 v bolnišnice na že osvobojenem ozemlju zadrškega polotoka. Pozimi in spomladi 1945 je bilo zaradi hudih vojno taktičnih razmer v Sloveniji in zavoljo velikega navala ranjencev v partizanske bolnišnice evakuiranih na jug tudi mnogo ranjencev s takimi vojnimi poškodbami, ki so jih bili prejšnja leta zdravili in v nekaj tednih oziroma mesecih tudi pozdravili v postojankah SCVPB, kot so bili prestreli prsnega koša, obsežne poškodbe mehkih delov na udih, strelni zlomi kosti itd. Ker so bile partizanske bolnišnice prepolne in so zaradi zagrizenih in obsežnih spopadov prihajali v bolnišnice vedno novi in novi ranjenci, je moralo vodstvo SCVPB pozimi 1944/45 razširiti indikacije za evakuacijo. Seveda je mnogo teh ranjencev v krajšem ali daljšem času povsem ozdravelo in so bili spet sposobni za službo v bojnih enotah. Ni pa podatkov o njih, če bi bili, bi se seveda spet zvišal procent ozdravelih. V rubriki »neznano« so ranjenci, pri katerih izid zdravljenja ni znan. Vodja postojanke bodisi ni mogel napisati poteka bolezni in izida zdravljenja (za razhajkane ranjence, pogrešane med ofenzivami) ali pa ga ni utegnil (za ranjene pred koncem vojne in nato premeščene v bolnišnice v mestih). Vse take primere sem uvrstil v to rubriko.

1. Vojne poškodbe glave

V SCVPB sta bila zdravljena 202 primera vojnih poškodb poškodb obraza in oči. Torej tako imenovane kraniocerebralne poškodbe (poškodbe mehkih delov oglavja, poškodbe lobanje in poškodbe možganovine).

V SCVPB sta bili zdravljeni 202 primera vojnih poškodb glave. Od teh je bilo 190 (94,0 %) odprtih ter 12 (6,0 %) zaprtih poškodb. Od odprtih kraniocerebralnih poškodb je bilo 53 (27,9 %) penetrantnih (takih, kjer je rana segala v notranjost lobanjske votline skozi trdo možgansko ovojnico) in 137

(72,1 %) nepenetrantnih (rana je segala le skozi mehke dele do kosti, ali po so bile poškodovane tudi lobanjske kosti, vendar tako da možganske ovojnice niso bile prizadete).

Tabeli 3 in 3a nam kažeta obseg, etiološki faktor, načine in uspeh zdravljenja teh poškodb.

Tabela 3
Vojne poškodbe glave, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Obseg poškodbe		Etiološki faktor				Skupaj
		strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Odpрте	Penetrantne	20	33			53
	Nepenetrantne	29	104	3	1	137
Zaprte	kraniocerebralne poškodbe				12	12
Skupaj		49	137	3	13	202

Tabela 3a
Vojne poškodbe glave, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe		Število	Zdravljenje			Izid zdravljenja			
			osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl	nezn.
Odpрте	Penetr.	53	43	10	4	8	22	15	4
	Nepenetr.	137	135	2	115	6	7		9
Skupaj	odprte	190	178	12	119	14	29	15	13
Zaprte		12	12		8		2		2
Skupaj	vseh	202	190	12	127	14	31	15	15

Pri vojnih poškodbah glave so, kot vidimo, daleč prednjačile poškodbe z eksplozijskim orožjem. Vzrok je bil verjetno v tem, da partizani niso nosili jeklenih čelad, zato je vsak drobec eksplozijskega orožja, tudi tak z manjšo kinetično energijo, povzročil ranitev, čeprav bi se bil sicer odbil od čelade. Poškodbe glave z drobci eksplozijskega orožja je bilo 67,8 %, poškodb s projektili ročnega strelnega orožja 24,1 %, topih poškodb 6,3 % in poškodb s hladnim orožjem 1,8 %.

Kot sem že navedel, je bilo pri odprtih vojnih poškodbah glave, zdravljenih v SCVPB, razmerje med penetrantnimi in

nepenetrantnimi 27,9 % : 72,1 %. To razmerje je slično tistemu pri odprtih poškodbah glave v nekaterih velikih armadah v drugi svetovni vojni (v sovjetski armadi na primer 24,4 % penetrantnih in 75,6 % nepenetrantnih), kar kaže na dobro organizirano trupno saniteto v slovenski partizanski vojski, ki ji je uspelo izvleči z bojne črte, primarno oskrbeti in evakuirati v partizanske bolnišnice vse, tudi te najhuje ranjene s penetrantnimi poškodbami glave, torej s poškodbami možganovine.

Kakšen je bil terapevtski postopek v SCVPB pri vojnih poškodbah glave? Odprte kraniocerebralne poškodbe so v prvi »konservativni« dobi, nekako do začetka 1944, zdravili pretežno konservativno. To je razumljivo, saj so ranjenci tedaj prihajali v bolnišnico tudi več dni po ranitvi, rane so bile največkrat že zagnojene ni konservativno stališče je bilo umestno. Zdravljenje se je tedaj omejevalo na osnovno kirurško nego, preobvezovanje rane, drenažo morebitnih retencij gnoja itd. Da bi se zmanjšalo zatekanje možganov je ranjenec dobival suho hrano in močno sladkan čaj.



Partizanski zdravniki avgusta 1943 v bolnišnici Jelendol. Z desne: dr. Janez Podboj, dr. Vlado Vojska (oba padla), dr. Ivan Pintarič in dr. Marjan Ahčin-Matjaž

Z letom 1944 pa so v partizanskih enotah začele divizijske kirurške ekipe s sistematsko primarno kirurško oskrbo vojnih ran. Poslej so tudi odprte kraniocerebralne poškodbe oskrbovali operativno. Največkrat so to opravile kirurške ekipe v primerni varni oddaljenosti za bojno črto. Le izjemoma, če vojne razmere tega niso dovoljevale, so take ranjence hitro evakuirali v stalne partizanske bolnišnice in jih tam primarno kirurško oskrbeli.

Cilj kirurške oskrbe odprtih penetrantnih kraniocerebralnih poškodb v SCVPB je bil preprečiti okužitev možganskih ovojnic in možganovine. Po temeljiti kirurški toaleti rane z odstranitvijo odmrlih delov poglavine, drobcev kosti in nekrotičnih delov možganov ter tujkov so možgansko ovojnico zašili, rano posuli s sulfonamidnim prahom, podkožje drenirali in kožo zašili, da bi preprečili poznejšo okužitev. Po operativni oskrbi poškodbe je ranjenec dobival infuzije glukoze (umetno hrano v obliki sladkorne raztopine v žile) in sulfonamide v obliki injekcij v mišice ali žile, ali pa tudi v obliki tablet, če je bilo mogoče, dobival je sredstva proti bolečinam, za jačenje srca in krvnega obtoka, za zmanjšanje možganskega edema (zatekanja možganov) pa diuretike (sredstva za pojačanje izločanja vode).

Odprte nepenetrantne poškodbe glave so zdravili kot druge vojne rane: po primarni kirurški oskrbi so jih pustili odprte.

Zaprte tope kraniocerebralne poškodbe (pretres možganov in zaprte tope otolčenine možganovine) so zdravili s strogim ležanjem, s sredstvi proti bolečinam in sredstvi za pojačano izločanje vode iz organizma.

V SCVPB je bilo pri odprtih vojnih poškodbah glave napravljenih 12 trepanacij (operativno odpiranje lobanjske votline), 10 pri penetrantnih in 2 pri nepenetrantnih (pri teh dveh je klinični izvid zbujal sum na penetrantno, vendar se je po toaleti in eksciziji rane, reviziji in odstranitvi kostnih drobcev izkazalo, da trda možganska ovojnica ni poškodovana, da je torej poškodba nepenetrantna).

Kako je potekala operativna oskrba penetrantnih kraniocerebralnih vojnih poškodb, če se smem tako izraziti, v primitivnih razmerah na postojankah SCVPB opisuje novoze-landski kirurg major L. Rogers v knjigi *Guerilla Surgeon*, ko podrobno in zelo impresivno opisuje potek trepanacije v po-



Dr. Lindsay L. Rogers, avstralski kirurg, major britanske armade, vodja postojanke Ajdovec. Foto dr. J. Milčinski, poleti 1944

stojanki Ajdovec pri ranjencu s penetrantno bombno poškodbo možgan:

»... V prvi noči so prinesli 12 ranjencev... Bila je tudi penetrantna poškodba možgan... Poškodba možgan je bila interesantna. Fant je bil kompletno slep, ko smo ga sprejeli, s penetrantno rano tik nad zatiljem v srednji liniji. Obrili smo mu vso glavo in mu jo umili z bencinom, ki smo ga hranili za težje primere. Nato sem v lokalni anesteziji z dodajanjem manjših doz nambutala napravil širok polkrožni rez po Cushingu ter reženj ločil od kosti. Ves čas operacije je bil fant pri zavesti in govoril: 'Ne vidim! Ne vidim! Kako naj živim? Zakaj nisem bil ubit? Ko mu je sestra Ivica nežno prigovarjala, se je umiril. Kost je bila močno zdrobljena. Lasje in koščki kape so bili potisnjeni skozi krvavečo strelno rano v možgane. Previdno smo izmili tujke s prekuhano snežnico. Sterilne vode v tem času nismo imeli. Odstranili smo drobce kosti in razširili odprtino ter v dnu videli konec zmerno velikega kosa granate. Previdno smo poščipali robove kosti, da

smo tako razširili odprtino v velikost škatlice za vžigalice. Nato smo izprali duro (trdo možgansko ovojnico — op. avtorja), ki je bila sedaj razkrita, raztrgana, defektna in krvaveča. Pazljivo smo izrezali raztrgane robove in nato videli kovinski tujek jasneje. Bil je zagozden ravno v srednji liniji in ko smo ga premaknili se je začelo močno krvavenje. Preluknjaj je široki venozni sinus, ki smo ga prevezali s fino svilo, odvito od vrvice padala in nato v suhem in preglednem operacijskem polju odstranili kovinski tujek. Izvrtal si je svojo pot točno med obema režnjema zatilne regije možgan in ni povzročil nepopravljive okvare možganskih celic, razen kontuzij in šoka. Površina obeh možganskih polovic v veliki vzdolžni brazdi, kolikor je bilo možno oceniti, ni bila nepopravljivo okvarjena. Pazljivo smo izmili rano in iz nje odstranili še en košček kape in nato prvič v Sloveniji uporabili penicilin. Posuli smo ga med možganski polovici in po raztrgani duri. Nato smo reženj oglavja namestili nazaj, posuli sulfonamidni prašek po mišičju skalpa in končno kompletno zašili kožo z izjemo male odprtine za dren. Bili smo tako zaskrbljeni za ta primer, da smo mu tri dni stalno dajali naš dragoceni penicilin. Vso glavo in oči je imel medtem povite. Peti dan smo ga previli, odstranili dren iz lepo celeče se rane, odstranili šive in pregledali oči. Z enim očesom je spet videl, kajti opisal je svetlobni žarek, toda z drugim nič. Ponovno smo mu prekrili oči, razočarani, toda ne povsem brez upanja. Deseti dan smo ponovno odstranili obveze in fant je takoj rekel: 'Vidim! Vidim!' In res je videl. Z enim očesom je razločil moje prste na razdaljo 2 jardov. V enem mesecu se mu je povsem povrnil vid in bil je zelo zadovoljen.²⁶

Kakšno je bilo zdravljenje kraniocerebralnih poškodb v prvi »konservativni« dobi, pa pokaže primer, ki ga v kroniki postojanke SCVPB Spodnji Hrastnik navaja vodja te postojanke dr. Božena Grossmann-Vida: »... 2. 11. 1943 smo znosili, iz bunkerjev vse ranjence. Med njimi je bil tovariš I. J., ki ga je 22. 10. ranila brzostrelka. Nad levo regio temporalis (nad levim sencem) je imel rano široko v prerezu kakšne 3 cm in edem okrog oči. Kost je bila videti intaktna. Na postojanko je prišel peš. Na vsa vprašanja se je v zadregi smehljajal ter delal vtis nekoliko duševno omejenega človeka. S težavo smo

²⁶ Rogers: *Guerilla Surgeon*, str. 164—165.

zvedeli od njega, da ne more govoriti, šele odkar je bil ranjen. Razumel je pa vse. Svoje podatke je napisal pravilno z levo roko, desno je namreč imel tudi ranjeno. V bunkerju se je počutil že razmeroma dobro. Tovariši so ga učili znova govoriti in ker so imeli veliko časa in se je sam potrudil, je bil uspeh že prav dober. Ves čas je bli precej živahen. Kljub prepovedi pa je skušal vstajati ter je 1. 11. predpoldan nenadoma začel bruhati ter tožiti o močnem glavobolu. Tovariši so priznali, da se je vsedel, ko se je pa nato hotel vleči, je z glavo udaril ob poševno steno bunkerja ter s tem povzročil novo krvavitev v lobanjsko votlino, ki je pritiskala na možgane. Da se je res močno udaril, se je poznalo tudi na rani, ki je na sveže krvavela. Nudil je prav obupen pogled. Apatično je ležal v 'legi lovskega psa', oči so bile globoko vdrte. Pulz je bil počasen — okrog 40 na minuto, dihanje Cheine-Stockesovo (neredno-sunkovito). Odklanjal je vsako hrano in je še vedno močno bruhal. Govoriti ni mogel. Kljub slabi prognozi smo poskusili z mrzlimi obkladki na glavo ter glukozo intravensno (v žile), pil pa je močno sladkan čaj. 5. 11. se je njegovo stanje toliko izboljšalo, da ni več bruhal, dobil je apetit in bil pri polni zavesti. Okrog 20. 11. pa je že zopet precej govoril in je že vstal. 29. 11. je sicer počasi a razločno govoril že cele stavke in je bil odpuščen na drugo postojanko kot rekonvalescent.²⁷

Oba navedena primera sta se srečno končala, ranjenca sta ozdravela. V primeru, ki ga navaja dr. Grossmannova je na ugoden potek zdravljenja vplivalo to, da ni prišlo do okužbe rane in da pritisk na možgane zaradi krvavitve v lobanjsko votlino ni presegel kritične točke.

Potek zdravljenja seveda ni bil vedno ugoden. Med komplikacijami, ki so povzročile smrt ranjenca s kraniocerebralno poškodbo, sem v popisih največkrat našel vnetje možganskih ovojnic in možganskih absces (omenjen nabirek gnoja v možganovini).

Izidi zdravljenja vojnih poškodb glave v SCVPB kažejo visoko kvaliteto in uspešnost slovenske partizanske sanitete. Od 53 ranjencev s penetrantnimi kraniocerebralnimi poškodbami so 4 (7,6 %) odšli ozdravljeni nazaj v svojo enoto, 8

²⁷ Kronika postojanke Spodnji Hrastnik, Arhiv IZDG, Ljubljana, fasc. 417.

(15,0%) jih je z lažjimi posledicami odšlo začasno v lažjo službo v zaledje, 22 (41,5%) jih je bilo zaradi nadaljnega zdravljenja ali kot invalidi evakuiranih, 15 (28,3%) jih je umrlo, za 4 (7,6%) pa izid zdravljenja ni znan. Odstotek smrtnosti je bil za tedanje razmere, lahko rečemo, nizek. V vojnih bolnišnicah nemške armade v II. svetovni vojni je npr. umrlo 32,5% ranjencev s penetrantnimi kranioocerebralnimi poškodbami (Ring).²⁸ V angleški armadi je bila po Turnerju²⁹ smrtnost pri teh poškodbah mnogo nižja. Znašala je le 10,8%. To je verjetno pripisati antibiotikom, ki jih je sanitetna služba angleške vojske že veliko uporabljala, varnem zaledju (ki ga partizanska vojska ni poznala) in odlično organiziranim prednjim kirurškim centrom angleške vojske (Advanced Surgical Centre), ki so 10—12 km za fronto že neposredno poranitvi dajali ranjencem kirurško pomoč.

Pri nepenetrantnih odprtih poškodbah glave, zdravljenih v SCVPB, so izidi zdravljenja še bolj impresivni. Saj jih je od 137 takih ranjencev kar 115 (83,9%) odšlo ozdravljenih v svoje enote.

Od zaprtih kraniocerebralnih poškodb je bilo 8 ozdravljenih ranjencev odpuščenih v enoto, 2 sta bila zaradi hujšega postkomocionalnega sindroma (hujše posledice zaradi pretresa možgan) evakuirana, za 2 pa izid zdravljenja ni znan.

Naj bo ob tej priliki navedeno še dejstvo, ki je tudi pomembno za objektivni prikaz, kako obsežno in kvalitetno je bilo delo partizanskih zdravnikov v SCVPB. Niso bili namreč evakuirani vsi ranjenci s posledicami po kraniocerebralnih vojnih poškodbah, katerim je bilo potrebno nadaljnje specializirano kirurško zdravljenje. Nekatere so uspešno zdravili tudi v SCVPB. V kroniki postojanke Zgornji Hrastnik je na primer zapisano, da je glavni kirurg NOV in PO Slovenije dr. Bogdan Breclj dne 12. 4. 1944 na »Aseptiki« postojanke delal trepanacijo pri bolniku z Jacksnovo epilepsijo kot posledico kraniocerebralne poškodbe.³⁰

Povzetek: Uspeh zdravljenja ranjencev z vojno poškodbo glave je bil v postojankah SCVPB kar dober. Saj jih je od

²⁸ Ring: Zur Geschichte der Militaermedizin, stran 312.

²⁹ Ratna hirurgija II. Sanitetna uprava JNA, Beograd 1953, stran 707 (dalje navajam: Ratna hirurgija I ali II).

³⁰ Kronika postojanke Zgornji Hrastnik, Arhiv IZDG Ljubljana, fasc. 417.



Dr. Bogdan Breclj, glavni kirurg NOV Slovenije in medicinka Marija Jeras v bolnišnici Zgornji Hrastnik. Foto dr. J. Milčinski, poletje 1944

skupnega števila 202 kar 62,9 % (127) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 6,9 % (14) jih je odšlo začasno ali za trajno v lažjo službo na teren, 15,4 % (31) jih je bilo evakuiranih, 7,4 % (15) jih je umrlo, 7,4 % (15) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan. Od evakuirancev je bilo 26 ranjencev potrebnih nadaljnjega specializiranega kirurškega zdravljenja, 5 pa takih, pri katerih je bilo zdravljenje že končano, pa so zaradi posledic vojne poškodbe ostali invalidi.

2. Vojne poškodbe obraza

V skupino vojnih poškodb obraza sem uvrstil poškodbe predela spodnje in zgornje čeljustnice z obnosnimi votlinami, poškodbe nosu ter lica in ličnih kosti. Poškodbe čelne regije sem uvrstil med poškodbe glave v prejšnjem poglavju. Poškodbe oči pa bodo obdelane v naslednjem poglavju.

Vojnih poškodb obraza, zdravljenih v postojankah SCVPB je bilo 136. Od teh je bilo odprtih 132 (98,3 %), tope zaprte pa 4 (1,7 %). Od odprtih je bilo 80 (60,7 %) takih, kjer so bili poškodovani le mehki deli obraza, in 52 (39,3 %) takih, kjer

je bil poškodovan tudi skelet. Od zaprtih poškodb obraza pa sta bila 2 primera poškodb mehkih delov in 2 primera, kjer je bil poškodovan tudi skelet.

Tabela 4
Vojne poškodbe obraza, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

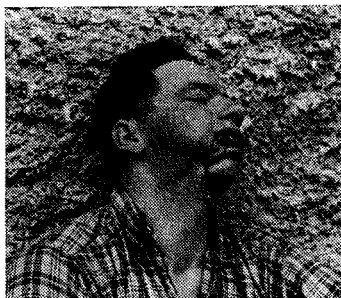
Obseg poškodbe	Etiološki faktor				Skupaj
	strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Mehki deli	26	54		2	82
Skelet	31	21		2	54
Skupaj	57	75		4	136

Tabela 4a
Vojne poškodbe obraza, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe		Število	Zdravljenje			Izid zdravljenja			
			osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl	nezn.
Odprte	Mehki deli	80	80		71	3	3		3
	Skelet	52	44	8	18	14	17	1	2
Skupaj odprte		132	124	8	89	17	20	1	5
Zaprte	Mehki deli	2	2		2				
	Skelet	2	2		2				
Skupaj zaprte		4	4		4				
Skupaj vseh		136	128	8	93	17	20	1	5

Tudi pri vojnih poškodbah obraza so kot pri poškodbah glave na prvem mestu poškodbe, povzročene z drobcu eksplozijskega orožja, ki jih je bilo 55,2 %. Poškodb, povzročenih s projektili lahkega pehotnega orožja, je bilo 41,9 %. Poškodb s hladnim orožjem ni bilo, topih poškodb pa 2,9 %.

Pri vojnih poškodbah obraza ni bilo najvažnejše vprašanje, ali bo ranjenec preživel, ker pri teh poškodbah nevarnost smrti ni bila tako velika. Mnogo važnejše je bilo vprašanje, kakšni bodo po zacelitvi ran estetski in funkcionalni rezultati (videz lica, govorjenje, žvečenje itd.). Vojni kirurgi NOV in PO Slovenije so tudi temu vprašanju posvečali največjo pozornost. Seveda je bilo včasih težnjo po čim boljšem



Komandir Bela z deformirano spodnjo čeljustjo zaradi strelne poškodbe v bolnišnici Nova vas. Foto dr. J. Milčinski, oktober 1943



Komandir Bela sedem dni po izvedeni korektivni-plastični operaciji. Foto dr. J. Milčinski, oktober 1943

funkcionalnem rezultatu težko uskladiti z določili veljavne vojno medicinske doktrine, po katerih tudi ran na obrazu niso šivali, ampak so jih kot vse ostale vojne rane zdravili odprto.³¹ Posledice količnej hujših vojnih poškodb obraza so morali često kasneje s korektivnimi operativnimi posegi popravljati. Zanimivo je, da je dr. Bogdan Brecelj že 4. oktobra 1943 v partizanski bolnišnici Nova vas v vasi Novi Tabor delal korektivno operacijo — plastiko na obrazu — zaradi obsežnega defekta na licu in ustnem kotu pri ranjencu, ki je utrpel strelno poškodbo obraza.

Posebne anatomske razmere na obrazu (bogato razvejano ožilje, tenak sloj mehkih tkiv itd.) omogočajo, da se rane na njem hitro in brez komplikacij celijo. In res sem v popisih ranjencev z vojno poškodbo obraza, zdravljenih v postojankah SCVPB, zasledil le tri primere hujšega gnojenja pri teh poškodbah. Vse druge poškodbe obraza pa so se lepo in hitro celile.

Pri vojnih poškodbah obraza je bilo v postojankah SCVPB napravljenih 8 večjih operacij. To so bile traheotomije (operativno odprtje sapnika, da je imel zrak prosto pot v pljuča) zaradi obširnih strelnih raztrganin in zlomov spodnje čeljustnice, ko je pretila nevarnost zadušitve, dalje operativne utrditve razmaknjenih delov zlomljene spodnje čelju-

³¹ Zapisnik II strokovne konference Uprave SCVPB z dne 20. 2. 1945, Arhiv IZDG, Ljubljana, fasc. 417.

stnice itd. Strelne zlome spodnje čeljustnice brez večjih razmaknitev so imobilizirali s povojem v obliki frače in ranjenec je po cevki dobival tekočo hrano, dokler se zlom ni zarasel.

Izid zdravljenja vojnih poškodb obraza v SCVPB je bil takle: od 80 ranjencev z odprto vojno poškodbo obraza, pri kateri so bili poškodovani le mehki deli, jih je 71 (88,9 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 3 (3,7 %) so odšli začasno v lažjo službo v zaledje, 3 (3,7 %) so bili zaradi potrebe nadaljnjega specializiranega zdravljenja evakuirani, za 3 (3,7 %) ranjence pa izid zdravljenja ni znan. Od 52 ranjencev s hudo odprto vojno poškodbo obraza, pri kateri so bile poškodovane tudi kosti, jih je 18 (34,6 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 14 (26,9 %) začasno v zaledje, 17 (32,7 %) jih je bilo zaradi nadaljnjega specializiranega zdravljenja evakuiranih, 1 (1,7 %) je umrl, za 2 (3,9 %) ranjenca pa izid zdravljenja ni znan. Štirje ranjenci z zaprto topo vojno poškodbo obraza so vsi odšli ozdravljeni v svoje enote.

Povzetek: Od skupnega števila 136 ranjencev z vojno poškodbo obraza, ki so se zdravili v SCVPB, jih je 68,4 % (93) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 12,5 % (17) začasno v lažjo službo v zaledje, 14,7 % (20) jih je bilo zaradi nadaljnjega specializiranega zdravljenja evakuiranih, umrl je 1 (0,7 %) ranjenec, za 3,7 % (5) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan.

3. Vojne poškodbe oči

Pogostnost in resnost vojnih poškodb oči je odvisna od obsega uporabe modernega težkega orožja, kajti največ poškodb oči v vseh armadah so povzročili drobci eksplozijskega orožja. Pri eksplozijah se razprši ogromno število drobcev. Njihova prodorna sila je seveda zadostna, da prebije očesno zrklo, če ga zadene. Nežnost očesa in njegova funkcionalna občutljivost pa sta krivi, da tudi neznatne poškodbe, ki bi bile za druge telesne dele nepomembne, povzročajo na očesu hude posledice.

Statistike zadnjih vojn kažejo na stalen porast očesnih poškodb. Medtem ko so bile v prejšnjih vojnah redke, jih je bilo v posameznih vojnih operacijah velikih armad v drugi svetovni vojni kar do 10 %. Na sremski fronti (jugoslovanska armada v zaključnih operacijah leta 1945), kjer je nemška

obramba v veliki meri slonela na obsežnih komplicirano položenih minskih poljih, so vojne poškodbe oči dosegle celo 17 %. To so bile poškodbe povzročene z eksplozijami protipehotnih in protitankovskih min, min iz minometov, ročnih bomb, avionskih bomb, topovskih granat itd. Večinoma so bile te poškodbe oči perforativne (rana je segala v notranjost očesnega zrkla, s tujkom v očesu; značilno zanje je bilo, da je pri vseh prišlo do infekcije, pogosto že v 24 urah po ranitvi (Kosanović).³²

Ker je sovražnik v bojih s slovensko partizansko vojsko v precejšnji meri uporabljal tudi težko orožje, poškodb na očeh ni bilo malo.

V SCVPB je bilo zdravljenih 89 vojnih poškodb oči. Od teh je bilo 84 (94,4 %) odprtih in 5 (5,6 %) zaprtih. Od odprtih je bila velika večina, to je 79 (94,1 %), perforativnih (drobec je ob eksploziji prodrl v zrklo) in 5 (5,9 %) neperforativnih.

Tabela 5
Vojne poškodbe oči, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Obseg poškodbe	Etiološki faktor				Skupaj
	strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Penetrantne	13	63	1	2	79
Nepenetrantne	1	4		5	10
Skupaj	14	67	1	7	89

Tabela 5a
Vojne poškodbe oči, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe		Število	Zdravljenje			Izid zdravljenja		
			osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl nezn.
Odprte	Perfor.	79	26	53	12	30	35	2
	Neperfor.	5	5		5			
Skupaj odprte		84	31	53	17	30	35	2
Zaprte		5	5		3	2		
Skupaj vseh		89	36	53	20	32	35	2

³² Ratna hirurgija II, stran 731.

Tudi pri vojnih poškodbah oči, ki so bile zdravljene v postojankah SCVPB, prevladujejo poškodbe, povzročene z eksplozijskim orožjem; bilo jih je kar 75,3 %. Poškodb oči, povzročenih s projektili lahkega strelnega orožja, je bilo 15,7 %,



Naslovna stran prve številke partizanskega zdravstvenega vestnika, ki je izšel januarja 1944

poškodb s hladnim orožjem je bilo 1,1 % in topih poškodb 7,9 %.

V SCVPB zdravljene vojne poškodbe, povzročene z drobcji ekspedicijskega orožja prevladujejo le pri poškodbah glave, obraza in oči. Na vseh drugih regijah telesa pa prevladujejo poškodbe povzročene s projektili lahkega strelnega orožja. Vzrok je v značilnosti partizanskega bojevanja. V kratkih, ostrih spopadih se je največkrat uporabljalo lahko pehotno orožje. V večjih, kolikor toliko pozicijskih spopadih, ko so na obeh straneh uporabljali tudi težko orožje, so si tudi partizani izkopali zaklone. Vendar prave frontne črte ni bilo in sovražnik je bil vedno v premoči, tako da so morali partizani tudi med topovskim in minskim obstreljevanjem ter bombardiranjem iz zraka vedno budno oprezovati okoli sebe, da jih sovražnik ni obkolil in uničil. Tako je bila med takim spopadom glava najbolj izpostavljena, medtem ko je bilo ostalo telo vsaj kolikor toliko v zaklonu. Med drugim so verjetno tudi spričo tega med vojnimi poškodbami glave, obraza in oči, kljub značilnostim partizanskega bojevanja, pri borbah slovenske partizanske vojske prevladovala poškodbe z drobcjo eksplozijskega orožja. Na drugih delih telesa pa so, kot je značilno za gverilsko bojevanje, bile v večini poškodbe s projektili lahkega pehotnega orožja.

Razumljivo je, da sanitetna služba NOV in PO Slovenije zaradi pomanjkanja zdravnikov ni imela organizirane posebne specialistične službe za oskrbo vojnih poškodb oči. Te poškodbe so kot vse druge zdravili partizanski zdravniki v kirurških ekipah bojnih enot in na kirurških oddelkih partizanskih bolnišnic. O oskrbi vojnih poškodb očesa in najpogostejši vojni očesni operaciji — enukleaciji (operativni odstranitvi očesnega zrkla) je sredi leta 1944 v Partizanskem zdravstvenem vestniku objavil dva članka vodja SVPB Stari trg dr. Václav Pišot. Članka sta izčrpno pregledno in jedrnato napisana in sta lahko služila kot navodilo partizanskim zdravnikom v kirurških ekipah.³³

Pri ranjenih z odprto perforativno vojno poškodbo očesa je bilo v SCVPB napravljenih 53 operacij — enukleacij očesnega zrkla. Enukleacijo so delali primarno pri najhujših, obsežnih vojnih poškodbah očesa, kjer je bilo zrklo povsem raz-

³³ Partizanski zdravstveni vestnik, št. 8, str. 15—22.

bito oziroma razcefrano in konservativno zdravljenje ni bilo možno. Sekundarno (v kasnejšem obdobju po ranitvi) pa so delali enukleacijo zrkla pri perforativnih poškodbah očesa, kjer je grozila nevarnost, da bi se vnetje razširilo tudi na

Št.	Dne	Znač. med. stor.	Oboljen - operacija	Operater	Medicinska pomoč
6	1942	T. Jahn P. K. T.	Interna bomb. brachi omi. Phlegmona.	P. K. T. K. J. T.	L. K. T. F. K. T.
7	1943	M. K. T.	419 Intusussus. Septicemia. Drainage. Congelatio faciei ad. Phlegmona digitum	P. K. T. K. J. T.	L. K. T. F. K. T.
8	1943	M. K. T.	42 Congelatio digitum Septicemia bomb. faciei ad. Phlegmona mentum p. septicemia	P. K. T. K. J. T.	L. K. T. F. K. T.
9	1943	M. K. T.	426 Congelatio faciei ad. septicemia Intusussus. faciei	P. K. T. K. J. T.	L. K. T. F. K. T.
10	1943	M. K. T.	Septicemia ocul. faciei, septicemia faciei Phlegmona faciei ad.	P. K. T. K. J. T.	L. K. T. F. K. T.

Stran iz operacijske knjige septičnih operacij v bolnišnici Zgornji Hrastnik

zdravo oko. Najprej so pri enostavnejših perforativnih poškodbah očesa poskusili s konservativnim zdravljenjem. Če se vnetje, ki je spremljalo poškodbo (iridociklitis), v treh tednih ni umirilo, ampak je napredovalo, so se odločili za enukleacijo poškodovanega očesa, da so tako rešili zdravo oko. Če pa se je že razvila panoftalmija (gnojno vnetje vsega očesa) poškodovanega očesa, so delali le evisceracijo zrkla (operativna izpraznitev zrkla, tako da očesne ovojnice še ostanejo), ker bi v tem primeru radikalna enukleacija lahko zanesla okužbo skozi odprtino za očesni živec v lobanjo na možganske ovojnice.

Očesne operacije so delali včasih v lokalni infiltracijski anesteziji z novokainom, največkrat pa v splošni etrovi narkozi, najprej z masko, ko pa je bil ranjenec v zadosti globoki narkozi, so masko odstranili in narkozo nadaljevali s kosmom vate, namočenim v etru, ki so ga držali ranjencu pod nos. Operater je tako lahko začel z delom. Po končani operaciji so v očesno duplino zatlačili primerno velik tampon, namočen v raztopini rivanola ali hipermangana in namestili kompresijski povoj (monokulus). Komplikacij zaradi morebitne krvavitve niso imeli. Operativni uspehi so bili dobri, saj v ohranjenih popisih postojank SCVPB nisem zasledil postoperativnih komplikacij pri teh operacijah.

Izidi zdravljenja vojnih poškodb oči so bili take: od 79 ranjencev z odprto perforativno poškodbo očesa jih je bilo 12 (15,3 %) odpuščenih, sposobnih za operativno vojsko, 30 (38,0 %) jih je odšlo v lažjo službo v zaledje, 35 (44,2 %) jih je bilo evakuiranih, umrl ni nihče, za 2 (2,5 %) ranjenca pa izid zdravljenja ni znan.

Vseh pet ranjencev z neperforativno odprto vojno poškodbo očesa je odšlo ozdravljenih v svoje enote. Od pet primerov z zaprto vojno poškodbo očesa so 3 ranjenci odšli ozdravljeni v svoje enoto, 2 ranjenca pa sta bila začasno odpuščena v lažjo službo v zaledje.

Povzetek: Vojne poškodbe oči so borce v relativno visokem odstotku onesposabljeale za vojno službo v borbenih enotah, saj jih je od skupnega števila 89, ki so bili ranjeni v oči in so se zdravili v postojankah SCVPB, le 22,5 % (20) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 35,9 % (32) jih je začasno ali za stalno odšlo v lažjo službo v zaledje, 39,9 % (35) jih je bilo evakuiranih, umrl ni nihče, za 2,3 % (2) ranjencev pa

izid zdravljenja ni znan. Od evakuirancev je bilo 19 ranjencev takih, ki so bili potrebni nadaljnjega specializiranega oku-
lističnega zdravljenja, 16 pa je bilo invalidov.

4. Vojne poškodbe vratu

Zaradi relativno majhne površine vratu (1,5 do 1,8 % ce-
lotne površine telesa) in ker je skrit pod spodnjo čeljustjo in
kostnim obročem zgornje prsne odprtine, je število vojnih po-
škodb vratu relativno nizko. Če pa že pride do poškodbe vratu,
so to običajno hude in življenjsko nevarne zaradi večjega šte-
vila važnih organov, razporejenih po vratu na ozkem prostoru
pred hrbtenico. Zato veliko ranjencev z vojnimi poškod-
bami vratu umre na bojišču kmalu po ranitvi ali pa zaradi
obsežnosti poškodbe premine med evakuacijo z bojišča. Tako
jih le manjši del prispe v zaledje v vojne bolnišnice.

Od 45 ranjencev z vojno poškodbo vratu, ki so bili zdrav-
ljeni v postojankah SCVPB, je bilo 44 (97,8 %) ranjencev z od-
prto in 1 (2,2 %) ranjenec z zaprto poškodbo vratu.

Tabela 6

Vojne poškodbe vratu, zdravljene v SCVPB Etiološki faktor

Obseg poškodbe	Etiološki faktor				Skupaj
	strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Odprte	23	21			44
Zaprte				1	1
Skupaj	23	21		1	45

Tabela 6a

Vojne poškodbe vratu, zdravljene v SCVPB Način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe	Število	Zdravljenje			Izid zdravljenja			
		osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za- ledje	eva- kuiran	umrl	nezn.
Odprte	44	43	1	30	2	7	2	3
Zaprte	1	1		1				
Skupaj	45	44	1	31	2	7	2	3

Etiološki faktor vojnih poškodb vratu se je v zadnjih vojnah zelo spremenil. Medtem ko so v prejšnjih časih in tudi še v prejšnem stoletju ranitve s hladnim orožjem, vbodline z bajonetom in rane, povzročene s sabljo, sestavljale večji del vojnih poškodb vratu in niso bile redkost niti v začetku prve svetovne vojne, jih v drugi svetovni vojni skoraj ni bilo in so jih povsem zamenjale strelne in eksplozijske rane. Med vojnimi poškodbami vratu, zdravljenimi v postojankah SCVPB, so bile na prvem mestu vojne poškodbe povzročene z lahkim strelnim orožjem, bilo jih je 51,1 %. Poškodb, povzročenih z drobcem eksplozijskega orožja, je bilo 46,7 % in topih poškodb 2,2 %. Poškodb s hladnim orožjem ni bilo. V kroniki partizanske bolnišnice na Smuki opisuje dr. Frane Novak-Luka primer ranjenca s šestimi ranami na vratu od vboda z nožem. Ranjenca je našel umirajočega v bolnišnici, ko je konec julija 1942 prišel vanjo za upravnika.³⁴ Vendar popisa tega ranjenca v arhivu IZDG nisem našel, najbrž so se v italijanski ofen-



Dr. Janez Milčinski-Peter pri operaciji v bolnišnici Zgornji Hrastnik. Kočevski Rog, marec 1944

³⁴ Kronika bolnišnice na Smuki. Arhiv IZDG Ljubljana, fasc. 417.

zivi na Rog avgusta 1942 dokumenti bolnišnice na Smuki zgubili, ali pa so jih uničili.

Število vojnih poškodb vratu, zdravljenih v SCVPB ni bilo veliko. Tudi kakšnih večjih operativnih posegov pri teh poškodbah ni zapisanih. Le v enem primeru je bila pri ranjencu s strelno poškodbo vratu narejena traheotomija (odprtje sapnika) zaradi nevarnosti zadušitve. Pri vseh drugih pa je bilo zdravljenje konservativno, seveda po poprejšnji oskrbi vojne rane po načelih tedanje vojno-kirurške doktrine (toaleta rane, odstranitev odmrlih delcev tkiva, zaustavljanje krvavitve, posutje s sulfonamidnim prahom itd. Tudi vojne rane na vratu so seveda zdravili odprto. Topo, zaprto poškodbo vratu so zdravili s hladnimi obkladki, ležanjem in sredstvi proti bolečinam.

Večjih komplikacij zaradi okužbe ran pri vojnih poškodbah vratu po popisih SCVPB nisem našel, le v enem primeru se je kot komplikacija pri strelni poškodbi vratu razvil tetanus. Ranjenec ni dobil antitetanusnega seruma v partizanskih enoti oziroma v sanitetni etapi med evakuacijo z bojišča, ampak šele ob sprejemu v partizansko bolnišnico tri dni po ranitvi.

Izidi zdravljenja vojnih poškodb vratu v postojankah SCVPB so bili takile: od 44 ranjencev z odprto vojno poškodbo vratu jih je 30 (68,3 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 2 (4,5 %) sta bili začasno odpuščeni v lažjo službo v zaledje, 7 (15,9 %) od teh ranjencev je bilo evakuiranih, umrla sta 2 (4,5 %) ranjenca, za 3 (6,8 %) pa izid zdravljenja ni znan. Ranjenec z zaprto topo poškodbo vratu je odšel ozdravljen v svojo enoto.

Povzetek: Od 45 ranjencev z vojno poškodbo vratu, zdravljenih v postojankah SCVPB, jih je 68,9 % (31) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 4,4 % (2) jih je bilo začasno odpuščenih v lažjo službo v zaledje, 15,6 % (7) jih je bilo zaradi nadaljnje specializiranega zdravljenja evakuiranih, 4,4 % (2) jih je umrlo, za 6,7 % (3) ranjence pa izvid zdravljenja ni znan.

5. Vojne poškodbe prsnega koša

Vojne poškodbe prsnega koša deli vojna medicina v odprte in zaprte. Odprte pa dalje v penetrantne in nepenetrantne. Pri penetrantnih sega rana skozi steno prsnega koša in skozi rebrno mrežo v prsno votlino. Pri nepenetrantnih pa

je poškodovana le stena prsnega koša do rebrne mreže, rebrna mreža pa je nepoškodovana.

Zaradi svoje velike površine je prsni koš pogosto izpostavljen poškodbam. Pri vojnih poškodbah prsnega koša je zaradi življenjsko važnih organov v prsni votlini česta primarna smrtnost na bojišču, pa tudi kasneje v sanitetnih etapah evakuacije in v vojnih bolnišnicah smrtnost zaradi pogostnih in hudih komplikacijah ni majhna.

Vojnih poškodb prsnega koša je bilo v postojankah SCVPB zdravljenih 470. Od tega jih je bilo 466 (97,9 %) odprtih in 4 (2,1 %) zaprte. Od odprtih vojnih poškodb prsnega koša, povzročenih s strelnim in eksplozijskim orožjem, je bilo 280 primerov (60,1 %) penetrantnih in 186 (39,9 %) nepenetrantnih.

Tabela 7

Vojne poškodbe prsnega koša, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Obseg poškodbe		Etiološki faktor				Skupaj
		strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Odprte	Penetrantne	193	87			280
	Nepenetrantne	101	84		1	186
Zaprte					4	4
Skupaj		294	171		5	470

Tabela 7a

Vojne poškodbe prsnega koša, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

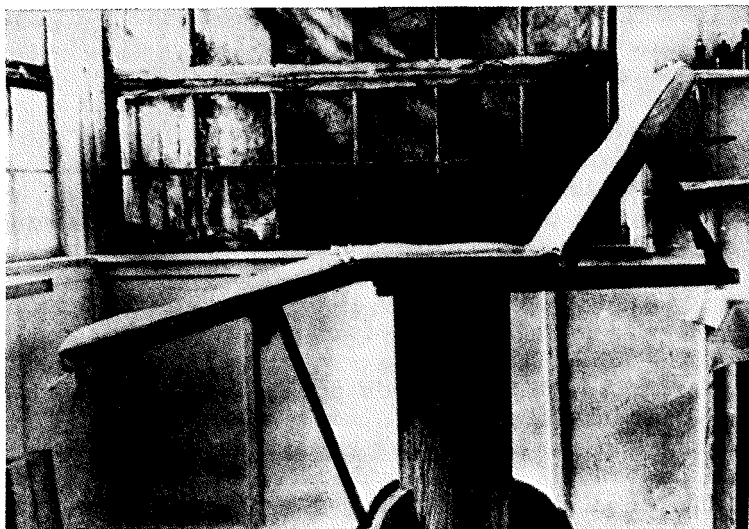
Obseg poškodbe		Število	Zdravljenje			Izid zdravljenja			
			osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl	nezn.
Odprte	Penetr.	280	254	26	128	49	79	20	4
	Nepenetr.	186	186		164	9	10		3
Skupaj odprte		466	440	26	292	58	89	20	7
Zaprte		4	4		3		1		
Skupaj vseh		470	444	26	295	58	90	20	7

Etiološki faktor je odvisen od vrste boja. V slovenski partizanski vojski je bilo zaradi specifičnih okoliščin partizanskega bojevanja največ vojnih poškodb prsnega koša z

izstrelki lahkega pehotnega orožja. Med poškodbami prsnega koša, zdravljenimi v postojankah SCVPB, je bilo 62,6% poškodb povzročenih s projektili lahkega strelnega orožja, 36,4 % z drobci eksplozijskega orožja in 1,0 % topih, zaprtih poškodb. Podatkov o vojnih poškodbah prsnega koša, povzročenih s hladnim orožjem, v arhivu SCVPB nisem našel. V drugih, velikih armadah so v drugi svetovni vojni prevladovala poškodbe prsnega koša, povzročene z drobci eksplozijskega orožja, po obsegu pa so bile v večini nepenetrantne. V nemški vojski je na primer bilo 70,5% vojnih poškodb prsnega koša povzročenih z drobci eksplozijskega orožja, 29,5% pa z izstrelki lahkega strelnega orožja penetrantnih poškodb je bilo 40,7 % in nepenetrantnih 59,3 %. V sovjetski armadi je bilo 58,6 % poškodb prsnega koša povzročenih z eksplozijskim orožjem, 41,4 % pa z lahkim strelnim orožjem; penetrantnih poškodb prsnega koša je bilo 40,8 % in nepenetrantnih 59,1%. V velikih armadah v drugi svetovni vojni je bilo zaradi visoko razvite mehanizacije tudi mnogo topih zaprtih poškodb prsnega koša. Kot vidimo, sta narava in obseg vojnih poškodb prsnega koša zelo odvisna od tega, kakšno orožje se v spopadih najčesteje uporablja. V partizanskem bojevanju na Slovenskem so prednjačile vojne poškodbe prsnega koša s projektili lahkega pehotnega orožja in verjetno zato tudi penetrantne po obsegu.

Načelo za zdravljenje nepenetrantnih vojnih poškodb prsnega koša je bilo v SCVPB tako kot pri vseh drugih vojnih ranah (po primarni kirurški oskrbi rane odprto zdravljenje).

Penetrantne vojne poškodbe prsnega koša pa so večkrat pomenile terapevtski problem. V steni prsnega koša so bile rane različne velikosti in oblike, ki so segale skozi vse plasti stene prsnega koša v prsno votlino, tako da so se včasih videli bolj ali manj poškodovani organi v notranjosti prsnega koša. Obenem je bil skoraj v vseh primerih poškodovan tudi skelet. Poškodbe kosti so bile najčesteje kominutivne z velikim številom kostnih drobcev, pri tem so bili drobci potisnjeni v globino prsne votline. V prsno votlino so bili pri strelu največkrat potisnjeni tudi koščki obleke, deli kože in deli medrebrnega mišičja. Oskrba take poškodbe je seveda zahtevala precej iznajdljivosti in truda. Po skrbni toaleti rane, eksciziji razcefranih robov, odstranitvi tujkov, pregledu notranjih organov in zaustavitvi krvavitvev so rano primarno zašili. S



Operacijska miza v bolnišnici Zgornji Hrastnik. April 1944

tem so preprečili morebitno kasnejšo okužbo in pri širokih zevajočih ranah morebitno grozeče odmrtje pljučnega tkiva. Z naštetimi posegi so hkrati odprti pnevmotoraks (nabiranje prostega zraka v prsni votlini) spremenili v zaprtega. Če pa zaradi prevelike poškodbe niso mogli rane primarno zašiti, so jo neprodušno previli in prelepili z elastičnimi obliži, da je bila tako vsaka komunikacija z zunanjim zrakom nemogoča. Seveda je bil pri takih poškodbah odstotek kasnejših komplikacij precej visok.

Enostavni prestreli prsnega koša in pljuč so imeli najbolj ugodno prognozo. Večina so se hitro in brez komplikacij zacelili. Slabši rezultati so bili pri obsežnejših penetrantnih raztrganinah in pri projektilih, ki so obtičali v prsni votlini (obtičancih).

Zdravljenje pri enostavnih prestrelih pljuč in pri obtičancih je bilo v postojankah SCVPB čimbolj konservativno. Vstopna in izstopna rana (pri obtičancih seveda le vstopna) sta bili kirurško oskrbljeni in zašiti. Ranjenec je nato dobil ležišče z višjim vzglavjem. Trikrat dnevno je dobival 0,03 kodelna in vsaj enkrat dnevno 0,02 morfija. Da se ne bi razvila

okužba, je dobival tablete sulfonamidov ali pa injekcije sulfonamidnih preparatov v mišičje. Temperatura okoli 38 stopinj Celzija nekaj dni po ranitvi ni bila povod za kako prenačljeno ukrepanje in so jo šteli za resorpcijsko (zaradi vsrkavanja in presnavljanja razpadlih delov tkiv v rani). Šele potem, če se v 2 — 3 tednih vročina ni znižala na normalno, so se odločili za aktivnejše ukrepe. Najprej so seveda pomislili na okužbo v prsni votlini. Zato so, če v 2 — 3 tednih temperatura ni padla, napravili punkcijo prsne votline, da bi se prepričali, če se ni v njej nabral gnoj. Če pa so v izpunktirani tekočini mikroskopsko ugotovili povzročitelje gnojenja, oziroma če je bil punktati že makroskopsko gnojen, so se takoj odločili za operativno terapijo in sicer za izrez enega do dveh reber in za trajno drenažo, da je gnoj lahko odtekal. Pred potekom 2 — 3 tednov po ranitvi so punktirali prsno votlino le, če je ranjenec začel izrazito težko dihati in so klinično ugotovili pomik srca in mediastinalnih organov proti zdravi strani zaradi nabiranja krvi ali večje količine prstega zraka v prsni votlini. Tedaj so pod strogo brezkužnimi pogoji napravili razbremenilno punkcijo prsne votline. V prsni votlini nabrane krvi so pri tem odvzeli naenkrat največ 300 ml. Kadar je bilo te nabrane krvi malo in ni bila okužena pa so čakali, da se je sama vsrkala.

Večjih operacij pri vojnih poškodbah prsnega koša (operativno odpiranje prsne votline, izrez reber zaradi drenaže gnoja itd.) je bilo v postojankah SCVPB napravljenih 26.

Zaprte poškodbe prsnega koša (zmečkanine, stisnjenje oprsja, zaprti zlomi reber itd.) so zdravili konservativno: ležanje z zvišanim vzglavjem, dajanje kodeina in sredstev proti bolečinam. Pri zaprtih zlomih reber so napravili tudi imobilizacijo, takt da so prelepili s širokimi trakovi obliža poškodovano stran prsnega koša. S tem so omilili bolečine.

Kot so pokazali rezultati, je bila doktrina slovenskih partizanskih zdravnikov o zdravljenju vojnih poškodb prsnega koša za tedanje razmere izvrstna. Komplikacij je bilo seveda kljub temu precej. V popisih sem našel pri penetrantnih poškodbah prsnega koša, zdravljenih v postojankah SCVPB 29 primerov empiema (z ovojnico ograjeni nabirki gnoja v prsni votlini), 8 primerov pljučnih komplikacij (pljučnica itd.) in 109 primerov obsežnejšega hematotoraksa (nabiranje proste

krvi v prsni votlini, ki pa je seveda največkrat že primarno ob ranitvi, in ne sekundarno nastala komplikacija). Kakšne resnejše komplikacije zaradi pnevmotoraksa (prostega zraka v prsni votlini, ki lahko nevarno pritiska na pljuča in srce) v popisih nisem zasledil. Po oskrbi rane se je zrak verjetno hitro vsrkal. Vse druge penetrantne poškodbe prsnega koša pa so se celile brez komplikacij.

Pri penetrantnih poškodbah prsnega koša je bilo torej v SCVPB 146 (52,1 %) primerov zdravljenja s komplikacijami in 134 (47,9 %) primerov zdravljenja brez komplikacij. Od komplikacij je bilo 74,6 % hematotoraksa (nabiranje krvi v prsni votlini) in 19,9 % empiema (gnoj v prsni votlini) in 5,5 % pljučnih komplikacij.

Odstotek komplikacij zaradi okužbe je relativno nizek. Strelne rane pri slovenskih partizanih so bile prav gotovo, tako kot pri vseh drugih vojaki, primarno okužene že s samim projektilom. Vzrok, da je odstotek opisanih vnetnih komplikacij pri vojnih poškodbah prsnega koša v SCVPB tako nizek, je morda v tem, da je bila marsikatera komplikacija lažjega značaja spregledana, ker niso imeli rentgenskega aparata. Vzrok, da je bilo pri ranjencih v SCVPB manj



Notranjost barake za ranjence v bolnišnici Stari log. Foto B. Jakac, september 1944

teh komplikacij, pa je verjetno tudi v tem, da so bile skrite partizanske bolnišnice zelo dislocirane in v svežem čistem gozdnem zraku ter ni bilo v njih tako imenovanih »hišnih infekcij«, ki se prej ali slej trdovratno vgnezdijo in razpasejo v večjih stacionarnih bolnišnicah. Nič manj pomemben razlog za dobre uspehe zdravljenja pa je bil tudi v nesebični in do maksimuma požrtvovalni skrbi bolniškega osebja za ranjence, saj so živeli z njimi in zanje.

Zanimivi so izidi zdravljenja vojnih poškodb prsnega koša v postojankah SCVPB. Od 280 ranjencev s penetrantno poškodbo prsnega koša jih je 128 (45,7 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 49 (17,5 %) začasno v lažjo službo v zaledje, 79 (28,2 %) jih je bilo evakuiranih, 20 (7,2 %) jih je umrlo, za 4 (1,4 %) ranjence pa izid zdravljenja ni znan. Odstotek ozdravitve je bil torej tudi pri teh zelo hudih poškodbah prsnega koša visok. Skoraj polovica ranjencev iz te skupine je bila spet povsem usposobljena za službo v bojnih enotah.

Od ranjencev z nepenetrantnimi vojnimi poškodbami prsnega koša se jih je večina vrnila ozdravljenih v svoje enote (164 ali 88,2 %). Začasno jih je v zaledje odšlo 9 (4,8 %), 10 (5,4 %) ranjencev je bilo evakuiranih (obsežnejše raztrganine mehkih delov prsnega koša s poškodovanimi rebri vendar brez poškodbe rebrne mreže). Umrli ni nobeden. Za 3 (1,6 %) ranjence pa izid zdravljenja ni znan.

Od ranjencev z zaprtimi vojnimi poškodbami prsnega koša so 3 odšli ozdravljeni v svojo enoto, 1 pa je bil evakuiran (ranjenec s serijskim zlomom več reber in pnevmo ter hematotoraksom).

Smrtnost pri vojnih poškodbah prsnega koša v vojaških bolnišnicah med prvo svetovno vojno, ko je bilo zdravljenje teh poškodb le konservativno, je bila visoka. V nemški armadi pri penetrantnih poškodbah do 57 %.³⁵ V drugi svetovni vojni pa so sanitetne službe vseh armad v vojno kirurško doktrino zdravljenja vojnih poškodb prsnega koša poleg konservativnih metod uvedle tudi operativne. To se je takoj pokazalo v boljših rezultatih. Smrtnost pri penetrantnih vojnih poškodbah prsnega koša v drugi svetovni vojni je bila v sanitetnih etapah — vključno vojne bolnišnice — v sovjetski armadi

³⁵ Ring: Zur Geschichte der Militaermedizin, stran 248.

13,5 %, ³⁶ v nemški pa 22,3 %. ³⁷ Smrtnost pri penetrantnih poškodbah prsnega koša, zdravljenih v postojankah SCVPB, je bila, kot smo videli 7,2 %. Odstotek je tako nizek, ker v njem niso všteti ranjenci s penetrantno vojno poškodbo prsnega koša, ki so umrli med transportom v bolnišnico, za kar ni podatkov. Če bi bili ohranjeni tudi ti podatki, bi se ta odstotek morda približal tistemu v sovjetski armadi, vsekakor pa verjetno ne bi bil višji.

Glavni vzrok smrti pri vojnih poškodbah prsnega koša je bil, kot navajajo sovjetski avtorji, v sovjetskih sanitetnih etapah: šok v 20 %, pljučne komplikacije v 45 %, plevralna sepsa v 20 %, odprti pnevmotoraks v 4 % in kombinirane torakoabdominalne poškodbe (vojne poškodbe, ki zajamejo hkrati prsno in trebušno votlino) v 10 %. Pri umrlih z vojno poškodbo prsnega koša, zdravljenih v postojankah SCVPB, pa je bil vzrok smrti tale: nepopravljivi šok 4 primeri, krvavitev 3 primeri, pljučne komplikacije 6 primerov, torakoabdominalne poškodbe, kjer je bila v ospredju poškodba prsnega koša, 2 primera, 1 ranjenec s poškodbo prsnega koša pa je umrl zaradi tetanusa.

Povzetek: Zdravljenje vojnih poškodb prsnega koša je bilo dokaj zahtevno, saj so pri teh poškodbah rade pojavljale najrazličnejše komplikacije. Izidi zdravljenja ranjencev z vojno poškodbo prsnega koša so bili v postojankah SCVPB kljub temu dokaj dobri. Teh ranjencev je bilo 470 in od teh jih je 62,8 % (295) bilo spet usposobljenih za vrnitev v bojne enote, 12,3 % (58) jih je odšlo začasno ali za trajno v zaledno službo, 19,1 % (90) jih je bilo evakuiranih, 4,3 % (20) jih je umrlo, za 1,5 % (7) od teh ranjencev pa je izid zdravljenja neznan. Med evakuiranci je bilo 84 ranjencev potrebnih nadaljnjega specializiranega zdravljenja, 6 pa je bilo takih, pri katerih je bilo zdravljenje že zaključeno, a so zaradi posledic ranitve ostali invalidi.

6. Vojne poškodbe trebuha

Vojne poškodbe trebuha se po načelih vojne kirurgije dele v odprte in zaprte. Odprte pa se dalje dele v penetrantne in

³⁶ Banaitis S. I.: Voenno polevaja hirurgija po opitu Velikoj otečestvenoj vojni. Medgiz, Moskva 1946, stran 29 (dalje navajam: Banaitis: Voenno polevaja hirurgija).

³⁷ Ring: Zur Geschichte der Militaermedizin, stran 314.

nepenetrantne. Pri nepenetrantnih je poškodovana trebušna stena, vendar rana ne sega skozi trebušno mreno (potrebušnico), ki ostane nepoškodovana. Pri penetrantnih ranah pa je poškodovana tudi trebušna mrena in v večini primerov bolj ali manj tudi notranji trebušni organi.

Stara deskriptivno-topografska razdelitev vojnih poškodb trebuha na poškodbe zgornjega dela trebuha (poškodbe predela trebušne prepone, jeter in želodca), poškodbe srednjega dela (črevesne poškodbe) in poškodbe spodnjega dela trebuha (poškodbe mehurja in danke), se ni obdržala. Bolj enostavna in smiselna razdelitev, ki se je uveljavila v drugi svetovni vojni in ki še velja (odprte in zaprte trebušne poškodbe, med odprtimi pa penetrantne in nepenetrantne poškodbe), je omogočala vojnemu kirurgu, da se je hitro orientiral glede obsega in značilnosti poškodbe trebuha in glede ukrepov, ki so bili nujni za oskrbo.

Vojne poškodbe trebuha so vedno pomenile enega izmed najtežjih problemov vojne kirurgije. Poškodbe mehkih organov v trebušni votlini, povzročene z brutalno rušilno silo izstrelkov, so bile po svojem obsegu in značilnostih najrazličnejše zaradi kompliciranih topografsko anatomske razmere v trebušni votlini, množice večjih krvnih žil, bakterijske flore votlih notranjih organov in zavoljo velike reaktivne sposobnosti trebušne mreže. Raznoličnost vojnih poškodb trebuha je pogojena tudi z načinom delovanja izstrelkov oziroma kovinskih drobcev in s položajem, v katerem je bil ranjenec v trenutku ranitve.

Izkušnje so vojnim kirurgom že zgodaj narekovale nujnost operativne intervencije pri penetrantnih vojnih poškodbah trebuha. Znano je pravilo francoskih kirurgov iz leta 1890: »Pas de salut pour un blessé du ventre sans laparotomie!« Tudi v prvi svetovni vojni je veljala doktrina, da je treba vse penetrantne vojne poškodbe trebuha zdraviti operativno, seveda če so vojno taktične razmere to dopuščale. Prav tako je bilo v drugi svetovni vojni. Po teh načelih so se lahko ravnali v sanitetni službi velikih armad z globokim stabilnim zaledjem. Zelo težko, včasih nemogoče, pa se je bilo ravnati po tej doktrini v partizanski vojski, ki praviloma ni imela varnega zaledja.

Med vojnimi poškodbami trebuha so med drugo svetovno vojno v vseh armadah prevladovale penetrantne poškod-

be. V sovjetski armadi je bilo od odprtih vojnih poškodb trebuha 70 % penetrantnih in 30 % nepenetrantnih,³⁸ v nemški armadi 66 % penetrantnih in 34 % nepenetrantnih,³⁹ v jugoslovanski armadi na sremski fronti (1945) pa celó 81,2 % penetrantnih in 18,8 % nepenetrantnih.⁴⁰

Pregled ohranjenih popisov ranjencev z vojno poškodbo trebuha, ki so bili zdravljeni v postojankah SCVPB, kaže, da so bile odprte poškodbe trebuha v veliki večini, bilo jih je 174 (97,7 %), le 4 (2,3 %) so bile zaprte. Od odprtih vojnih poškodb trebuha je bilo 101 (58,2 %) penetrantnih in 73 (41,8 %) nepenetrantnih.

Tabela 8
Vojne poškodbe trebuha, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Obseg poškodbe		Etiološki faktor				Skupaj
		strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Odprte	Penetrantne	79	22			101
	Nepenetrantne	35	38			73
Zaprte					4	4
Skupaj		114	60		4	178

Tabela 8a
Vojne poškodbe trebuha, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe		Število	Zdravljenje			Izid zdravljenja			
			osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za- ledje	eva- kuiran	umrl	nezn.
Odprte	Penetr.	101	69	32	21	7	8	61	4
	Nepenetr.	73	73		60	7	5		1
Skupaj odprte		174	122	32	81	14	13	61	5
Zaprte		4	4		4				
Skupaj vseh		178	126	32	85	14	13	61	5

V prvi svetovni vojni je bilo glede na etiološki faktor v vseh armadah največ vojnih poškodb trebuha povzročenih s projektili lahkega pehotnega orožja, manj pa z drobcí eks-

³⁸ Ratna kirurgija II, stran 959.

³⁹ Ring: Zur Geschichte der Militäermedizin, stran 314.

⁴⁰ Ratna kirurgija II, stran 959.

plozijskega orožja. V drugi svetovni vojni se je ta odnos skoraj izenačil. V nemški armadi je bilo v drugi svetovni vojni 52 % poškodb trebuha z infanterijskim strelnim orožjem in 48 % z drobci eksplozijskega orožja,⁴¹ v angleški armadi pa 55 % poškodb trebuha z lahkim infanterijskim orožjem in 45 % z drobci eksplozijskega orožja,⁴² le v sovjetski armadi je bilo to razmerje drugačno. Kot navajajo sovjetske statistike, je bilo v sovjetski armadi v drugi svetovni vojni kar 74 % vojnih poškodb trebuha, povzročenih z drobci eksplozijskega orožja in le 26 % s projektili lahkega infanterijskega orožja.⁴³

V partizanskem bojevanju so seveda močno prednjačile vojne poškodbe trebuha, povzročene s projektili lahkega pehotnega orožja. Celo v frontalnih pozicijskih bojih jugoslovanske armade na sremski fronti leta 1945 je bilo pri poškodbah trebuha 63,3 % takih s projektili lahkega strelnega orožja (Kosanović).⁴⁴

V drugi svetovni vojni so, kot že rečeno, v vseh velikih armadah, razen v sovjetski, pri vojnih poškodbah trebuha nekoliko prevladovale poškodbe, povzročene z lahkim strelnim orožjem. Na vseh drugih regijah telesa pa so v velikih armadah v drugi svetovni vojni prevladovale poškodbe, povzročene z drobci eksplozijskega orožja. Vzrok je morda v tem, da na primer izkušeni mitraljezci vedno merijo v trebuh, medtem ko strelci s puško in ostrostrelci merijo v prsi in glavo. Ker je v pehotni oborožitvi v drugi svetovni vojni mitraljez veliko pomenil, se je to poznalo v pogostih ranitvah trebuha z lahkim strelnim orožjem. Vzrok, da je bilo po statistikah več ranjenih v trebuh z lahkim strelnim orožjem, pa je morda tudi to, da so hude poškodbe trebuha, povzročene z eksplozijskim orožjem, zaradi njegove velike rušilne moči često že primarno smrtne. Medtem ko je ranjenec, ranjen s projektilom lahkega strelnega orožja v trebuh, če ni že kmalu po ranitvi umrl zaradi notranje izkrvavitve, preživel evakuacijo, seveda pa je kasneje pogosto preminil zaradi peritonitisa (vnetja trebušne mrene).

⁴¹ Ring: Zur Geschichte der Militaermedizin, stran 314.

⁴² Ratna hirurgija II, stran 958.

⁴³ Banaitis: Voenno polevaja hirurgija, stran 83.

⁴⁴ Ratna hirurgija II, stran 958.

Med vojnimi poškodbami trebuha, zdravljenimi v postojankah SCVPB je bilo 114 (64,0 %) poškodb povzročenih s projektili lahkega pehotnega orožja, 60 (33,7 %) pa z drobci eksplozijskega orožja. Ta razlika se zelo dobro vidi tudi pri penetrantnih poškodbah trebuha, kjer je število poškodb, povzročenih z lahkim strelnim orožjem, skoraj trikrat večje od poškodb, povzročenih z eksplozijskim orožjem. Topih poškodb (udarnin v trebuh) je bilo 2,3 %. Poškodb s hladnim orožjem ni bilo. V pogostih spopadih slovenskih partizanov s sovražnikom iz bližine so bile verjetno tudi vojne poškodbe trebuha s hladnim orožjem, a so bili ranjenci najbrž tako hudo poškodovani, da so med evakuacijo z bojišča umrli, ali pa jih je sovražnik, če je obvladal bojišče, pobil.

Jugoslovanski kirurgi in drugi zdravniki, udeleženci NOB, so šli v osvobodilno vojno s konceptom, da je treba penetrantne vojne poškodbe trebuha čimprej operirati. Če so se toga držali po tem načelu kot po dogmi ter operirali vsakega borca, ranjenega v trebuh, za vsako ceno in ne glede na konkretne vojno taktične razmere, so doživljali neuspehe. Ranjenca so namreč neposredno po operaciji trebuha prenašali na nosilih ali na konju oziroma v najboljšem primeru prepegljavali z vozom in tako je trpel dneve in dneve na težkih izčrpavajočih pohodov s partizansko enoto brez prave pooperativne nege. Rezultati tako oskrbovanih vojnih trebušnih poškodb so bili porazni, čeprav je bila operativna intervencija pravočasno izvedena. Tako oskrbljeni ranjenci so po trebušni operaciji skoraj vsi umrli.⁴⁵ Obenem pa so jugoslovanski partizanski zdravniki opažali, da so nekateri ranjenci s penetrantnimi poškodbami trebuha, ki niso bili operirani, preživeli. Tako zbrane izkušnje so jugoslovanske partizanske kirurge kmalu prisilile, da so opuščali to doktrino. V neugodnih vojno taktičnih razmerah, ko je bilo jasno, da se bo morala partizanska enota takoj po boju umakniti in ranjence nositi s seboj, so penetrantne trebušne poškodbe zdravili konservativno. Začelo je veljati osnovno pravilo pri kirurški oskrbi penetrantnih vojnih poškodb trebuha, da mora biti ranjenec po trebušni operaciji vsaj 5—7 dni hospitaliziran

⁴⁵ Nikoliš G.: Opšti problemi zdravstvene službe u ratu, Od nas zavisi, Zdravstveni radnik u odbrani zemlje. Vojno štamparsko poduzeće, Beograd 1959, stran 13.

na kraju, kjer je bil operiran. Če to ni mogoče, trebušne operacije niso napravili, ampak je bilo zdravljenje trebušne poškodbe konservativno. Smrtnost pri konservativnem (neoperativnem) zdravljenju penetrantnih vojnih poškodb trebuha je bilo po Kosanoviću v partizanskih enotah na jugu 75 %.⁴⁶ Kot bomo kasneje videli, so bili rezultati zdravljenja penetrantnih vojnih poškodb trebuha v slovenski partizanski vojski nekoliko boljši. Verjetno zaradi domiselne ideje vodstva slovenske partizanske sanitete, da bodo specifične, stalne zakonspirirane partizanske bolnišnice za tedanje razmere najprimernejše. Slovenskim partizanskim enotam ni bilo treba nositi svojih ranjencev s seboj, ampak so jih oddajale v te bolnišnice. Tu so ranjenci s trebušnimi vojnimi poškodbami dobili vso potrebno zdravniško pomoč in oskrbo ter mir, kar je bilo pri tej kategoriji ranjencev izredno važno, lahko rečemo odločilno, in če so bili operirani, vso ustrezno pooperativno nego.

Načelo britanskih vojnih kirurgov v drugi svetovni vojni je bilo: ranjenec s penetrantno poškodbo trebuha potrebuje po laparotomiji (trebušni operaciji) nujno 10—14 dni pooperativnega mirovanja, vsak transport je tat tudi najbolj briljantnega operativnega uspeha. Smrtnost po operativni oskrbi penetrantnih trebušnih poškodb je v britanski VIII. armadi znašala 40 %. Po navedbah angleških vojnih kirurgov so bili zaradi vojno taktičnih razmer v vojnih operacijah britanske armade v Afriki in Italiji tudi angleški zdravniki često prisiljeni penetrantne vojne poškodbe trebuha zdraviti konservativno. Pri tem so imeli kar lepe uspehe, ki pa jih točno v odstotkih ne navajajo.⁴⁷

Postoperativna smrtnost pri penetrantnih trebušnih poškodbah je bila v nemški armadi v drugi svetovni vojni 70 % (Ring),⁴⁸ v sovjetskih pa celo do 80 %.⁴⁹ Postoperativna smrtnost je bila zelo odvisna od časa, ki je potekel od ranitve pa do operacije. Po Ringu⁵⁰ je bil ta odnos v nemški vojski v drugi

⁴⁶ Ratna hirurgija II, stran 1001.

⁴⁷ Britansko lekarsko pismo br. 3 (srbohrvatski prevod), Arhiv IZDG Ljubljana, fasc. 417.

⁴⁸ Ring: Zur Geschichte der Militaermedizin, stran 315.

⁴⁹ Ratna hirurgija II, stran 1001.

⁵⁰ Ring: Zur Geschichte der Militaermedizin, stran 314.

svetovni vojni takle: pri penetrantnih trebušnih poškodbah, pri katerih je bila operacija izvršena 1—4 ure po ranitvi, je bila postoperativna smrtnost 50,0 %, če je bila operacija izvršena 4—8 ur po ranitvi, 78,3 %, 8—12 ur po ranitvi 79,3 %, pri operacijah, izvršenih več kot 12 ur po ranitvi pa je bila postoperativna smrtnost že 84,8 %.

Penetrantne vojne poškodbe trebuha so v slovenski partizanski vojski zdravili po istih načelih kot vojni kirurgi na jugu države. Čeprav so vojni kirurgi slovenske partizanske vojske poznali doktrino, da so uspehi pri zdravljenju penetrantnih poškodb trebuha najboljši, če takega ranjenca operirajo, so bili največkrat prisiljeni prilagajati se neusmiljenim razmeram partizanskega bojevanja. Prizadevali so si, da bi takim ranjencem časovno približali kirurško pomoč in jih operirali čimprej po ranitvi, vsaj v prvih 12 urah, s pogojem in možnostjo, da bo ranjenec vsaj 7 dni ležal in užival oskrbo v kraju, kjer je bil operiran. Vedeli so, da pomeni vsak transport za ranjenca po trebušni operaciji smrt. Ker so bili zaradi hudih vojnih razmer v Sloveniji le redko tako ugodni pogoji, so veliko ranjencev s penetrantno vojno poškodbo trebuha zdravili konservativno.

Pri ranjencih s penetrantno poškodbo trebuha, zdravljenih v postojankah SCVPB, je bilo napravljenih 32 trebušnih operacij (31,7 %), pri 69 (68,3 %) takih ranjencih pa je bilo zdravljenje konservativno. Pri penetrantni vojni poškodbi trebuha so praviloma operirali le, če od ranitve ni poteklo več kot 12 ur. Izjemoma so operirali tudi v časovnem intervalu 12—24 ur. V popisih je opisanih več trebušnih operacij, ki so bile napravljene v tem intervalu. Če je poteklo od ranitve več kot 24 ur, niso operirali. Trebušna operacija je bila kontraindicirana tudi, če je bil ranjenec v šoku. Operirali so vedno v splošni anesteziji z etrom ali kloroformom, ki so ga ranjencu kapljali na masko.

Operativna oskrba penetrantnih trebušnih poškodb v postojankah SCVPB je bila po znanih načelih trebušne kirurgije. Operater je imel pri delu često hude težave zaradi pomanjkanja opreme, instrumentarija, izvežbanih sodelavcev, primernega prostora in zaradi le improvizirane, nezadostne razsvetljave (petrolejka, sveča, izdolbena repa z oljem ali lojem in stenjem). Kakšni nepredvideni zapleti so se zaradi nepripravnih prostorov lahko dogodili med operacijo, se vidi iz spo-

minov dr. J. Milčinskega, ki piše v sestavku o delu v roških bolnišnicah, da se mu je nekoč med operacijo primerilo, da je polh izpod strehe izpustil vodo na operacijsko polje.⁵¹

Kot primer težav, v katerih so spočetka delali slovenski partizanski zdravniki, naj navedem še prepis popisa prve trebušne operacije v slovenski partizanski saniteti, ki jo je v Ambrusu pri ranjencu s trebušnim strelom napravil dr. Pavel Lunaček-Igor 3. junija 1942: Drugi ranjenec je dobil strel skozi trebuh, pri čemer so bila poškodovana tudi jetra. Kazal je znake vnetja trebušne mreine in znake ranjenega črevesa. Treba ga je bilo operirati, čeprav je doba, ki je ugodna za take operacije že minila. Bilo je 14 ur po ranitvi. Toda kje operirati? Mala hišica, v kateri smo se nastanili, nikakor ni bila prikladna za tako operacijo. Tudi za asistenco je bilo težko. Z dr. Novakom sva se začasno ločila, kakor tudi z drugimi zdravniki. Vreme je bilo prekrasno, mirno. Improvizirali smo operacijsko mizo v bližnjem gozdiču, učitelj iz Ambrusa se je ponudil za asistenco. Tovarišici, ki sta bili zaposleni pri tov. Iskri, sta imela tudi določeno področje. Ena je dobila navodila, kako bo dajala narkozo, druga pa kako bo podajala sterilno prijemalko in instrumente, oziroma jih na novo prekuhaval, ako je bilo to potrebno. Ob začetku operacije je prišla tov. dr. Božena Ravnihar, ki je takoj prevzela vlogo narkotizerja in tudi pazila na asepso pri še neizurjeni asistenci. Pri operaciji se je izkazalo, da je ranjeno črevo in jetra, bila je močna krvavitev v trebušno votlino in kazali so se znaki vnetja trebušne mreine. Kljub improvizaciji je bila operacija dokaj hitro izvršena, vendar je podlegel ranjenec težkemu šoku.⁵²

Razmere so se z ureditvijo postojanke Zgornji Hrastnik za hujše kirurške primere zboljšale. Vodja te postojanke dr. Janez Milčinski-Peter je strogo razdelil septični in aseptični oddelek, napravil načrte, po katerih so delali standardno operacijsko opremo in izdelal zanesljivo metodo za suho sterilizacijo operacijskega materiala v improviziranih kovinskih posodah kontejnerjih. Kirurški oddelki so imeli izurjeno pomožno osebje in priučene narkotizerje. Ustvarili so celo možnost za dajanje transfuzij krvi pri najhujših primerih. Tako tudi

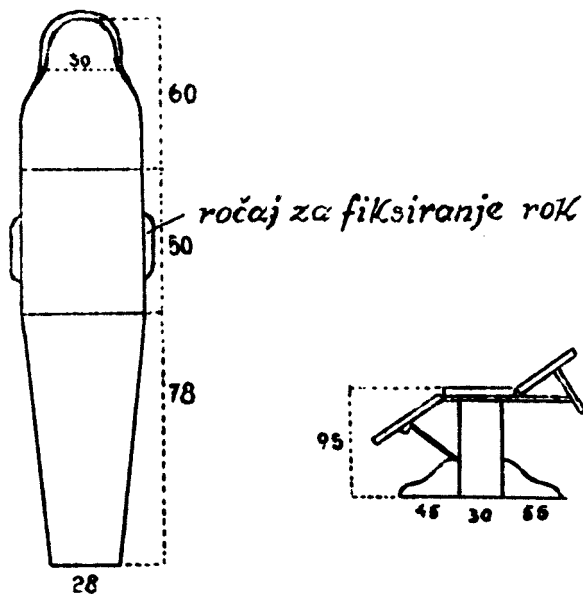
⁵¹ Milčinski: Mi pa nismo se uklonili, stran 410.

⁵² Lunaček: Kako sem prišel v partizane, stran 7.

Operacijska miza



locenj



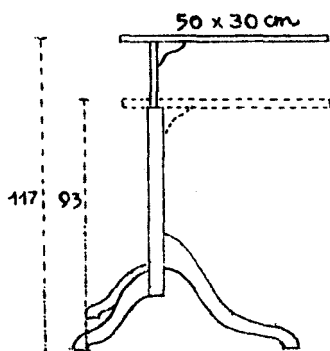
12

Načrt za leseno operacijsko mizo

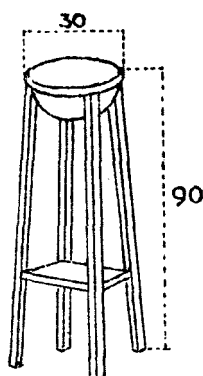
trebušne operacije v postojankah SCVPB niso bile več problem.

Penetrantne vojne poškodbe trebuha, pri katerih je preteklo več kot 12 ur (oziroma v izjemnih primerih 24 ur) od ranitve, so v postojankah SCVPB zdravili konservativno. Takih je bilo veliko, saj so ranjenci z bolj oddaljenih bojišč pogosto prihajali v SCVPB šele nekaj dni po ranitvi. Postopek konservativnega zdravljenja teh poškodb v postojankah SCVPB je bil takle: Prvih pet dni so ranjencu absolutno prepovedali vsako jed in pijačo. Dobival je 25—30 kapljic opijeve tinkture dnevno ter prve dni tudi pogosto injekcije 0,02 morfija (če je bilo potrebno vsaki 2—3 uri). Večkrat so mu izprali usta z vodo. Dobival je kapalne infuzije fiziološke raztopine in raztopine glukoze v žilo. Proti infekciji je dobival injekcije sulfonamidov v mišičje oziroma proti koncu vojne, ko so že imeli ustrezne preparate, tudi v žilo. Rano so previli vsak drugi dan in skrbeli za neoviran odtok gnoja. Šele šesti dan je ranjenec dobil po žličkah neslajen čaj ali z vodo pomešano vino. Če je imel stalne temperature, se subjektivno slabšo počutil, bil napet, so večkrat skozi danko kontrolirali Douglasov prostor ter napravili, če se je tam nabral gnoj, vrez skozi steno danke in drenažo za neoviran odtok gnoja. Sedmi dan je dobil ranjenec klizmo z 200 ml hranilne tekočine (hranilna tekočina uvedena v danko), ki so jo naslednje dni redno ponavljali. Šele deseti dan, če je bil potek brez komplikacij, je ranjenec dobil zdrobovo juho, redek dobro prekuhan močnik, pire krompir in slično. Tako dieto in prepečenec je dobival ranjenec še 3—4 tedne. Precej tako zdravljenih ranjencev s penetrantnimi trebušnimi poškodbami je preživel. Često pa je sledilo začetnemu ugodnemu poteku nenadno poslabšanje z bruhanjem, napeto trebušno steno, hudimi bolečinami ter hitrim slabo tipljivim pulzom in po krajši ali daljši agoniji je ranjenec umrl. Spočetka zlepljen prestrel črevesa se je odprl in črevesna oziroma želodčna vsebina se je razlila po trebušni votlini.

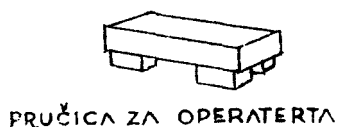
Pri nepenetrantnih vojnih poškodbah trebuha je bilo zdravljenje v postojankah SCVPB po načelih tedanje vojno kirurške doktrine: toaleta rane, odstranitev odmrlih delov tkiva, razširitev in pregled rane, posutje s sulfonamidnim prahom in odprto zdravljenje.



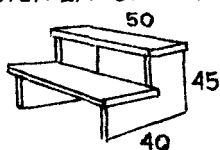
MIZICA ZA INSTRUMENTIRANJE



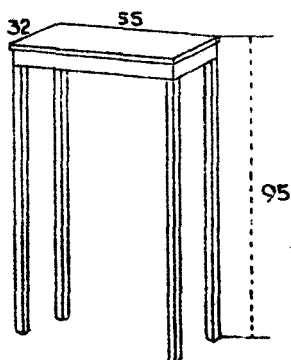
NARKOZNA MIZICA



PRUČICA ZA OPERATERA



STOPNICA



POMOŽNA MIZICA ZA OPERACIJE
NA GORNJEM UDU

13

Načrti za ostalo operacijsko opremo

Med štirimi topimi zaprtimi poškodbami trebuha, zdravljenimi v SCVPB, ni bila nobena resnejša, pri nobeni ni bila potrebna kirurška intervencija. Zdravljenje teh je bilo konservativno (ležanje, prepoved hrane, observacija).

Rezultati zdravljenja vojnih poškodb trebuha v postojankah SCVPB so bili takile: od 101 ranjenca s penetrantno

odprto poškodbo trebuha jih je 21 (20,9 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 7 (6,9 %) jih je odšlo v lažjo službo v zaledje, 8 (7,9 %) jih je bilo evakuiranih, 61 (60,0 %) jih je umrlo, za 3 (2,9 %) ranjence pa izid zdravljenja ni znan. Od 32 ranjencev iz te skupine, pri katerih je bila napravljena laparotomija (trebušna operacija), jih je umrlo 15. Drugih 46 smrtnih primerov je bilo iz skupine konservativno zdravljenih. Odstotek pooperativne smrtnosti pri penetrantnih trebušnih poškodbah je SCVPB znašal torej 46,9 %. Odstotek smrtnosti pri konservativno zdravljenih penetrantnih trebušnih poškodbah pa 66,7 %. Morda kakšna diagnoza ni bila povsem nedvomna ter je bila morda kakšna nepenetrantna poškodba trebuha klasificirana kot penetrantna, vendar veliko takih primerov najbrž ni bilo. Skoraj tretjina konservativno zdravljenih ranjencev s penetrantno trebušno poškodbo je torej preživela. Rezultati zdravljenja teh zelo hudih vojnih poškodb trebuha so v SCVPB zelo impresivni. Navori požrtvovalne in iznajdljive slovenske partizanske sanitete so bili tudi tu kronani z uspehom.

Na ugoden potek zdravljenja penetrantnih trebušnih poškodb je verjetno pogosto vplivalo tudi dejstvo, da so bili partizani na dolгих pohodih po sovražnikovem teritoriju često lačni in ko so se zapletli v spopade, je trebušna ranitev »na prazen želodec« zagotovila ugodnejši potek zdravljenja.

Od 73 ranjencev z nepenetrantno odprto vojno poškodbo trebuha, ki so se zdravili v SCVPB jih je bilo 60 (82,2 %) odpuščenih ozdravljenih v svoje enote, 7 (9,6 %) je začasno odšlo v lažjo službo v zaledje, 5 (6,9 %) jih je bilo zaradi nadaljnega zdravljenja evakuiranih, za 1 (1,3 %) ranjenca pa izid zdravljenja ni znan.

Štirje ranjenci s topo zaprto poškodbo trebuha so vsi odšli ozdravljeni v svoje enote.

Od vseh ranjencev z odprto vojno poškodbo trebuha, zdravljenih v postojankah SCVPB — 174 po številu jih je 81 (46,6 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 14 (8,0 %) začasno v zaledje, 13 (7,4 %) jih je bilo evakuiranih, 61 (35,1 %) jih je umrlo, za 5 (2,9 %) ranjencev za izid zdravljenja ni znan.

V tem poglavju so v analizi vojnih poškodb trebuha zajete tudi kombinirane torakoabdominalne vojne poškodbe (kombinirane poškodbe trebuha in prsneга koša obenem), pri kate-



**Konferenca zdravnikov in političnih komisarjev bolnišnic na upravi SCVPB
v Komarni vasi pomladi 1944**

rih je bila poškodba trebuha v ospredju (obsežnejša kot poškodba prsnega koša). Ta so bile najhujše vojne poškodbe z izredno visoko smrtnostjo. Oskrba takih vojnih poškodb je še za moderno opremljeno sanitetno službo velikih armad pomenila hud, včasih nerešljiv problem. Za partizansko sanitetno službo pa še celo. V ohranjenih popisih postojank SCVPB sem našel sedem primerov ranjencev s tako poškodbo. Eden od teh je bil operiran. Dobil je strel v desni spodnji del prsnega koša. Prestrelilo mu je prepono, jetra, želodec in prečno široko črevo. Poškodbe notranjih organov so bile po kirurških pravilih zašite, vendar je ranjenec dva dni po operaciji umrl. Ostalih šest ranjencev s torakoabdominalno vojno poškodbo je bilo zdravljenih konservativno, vendar so zaradi obsežnosti poškodbe, šoka in infekcije tudi umrli.

O oskrbi torakoabdominalnih vojnih poškodb so razpravljali tudi na drugi strokovni konferenci zdravnikov na upravi SCVPB. Iz zbranih izkušenj so ugotovili, da so »torakoabdo-

minalne poškodbe najhujše, zato je prognoza takih tudi pri operativni oskrbi infaustna!«⁵³

Povzetek: Lep uspeh zdravljenja ranjencev v postojankah SCVPB se vidi v rezultatih zdravljenja vojnih poškodb trebuha. V postojankah SCVPB je bilo sprejetih 178 takih ranjencev. Od teh jih je bilo 47,8 % (85) ozdravljenih oziroma spet usposobljenih za službo v borbenih enotah, 7,8 % (14) jih je odšlo v lažjo zaledno službo, 7,3 % (13) jih je bilo zaradi še potrebnega specialističnega zdravljenja ali zaradi invalidnosti evakuiranih, 34,2 % (61) jih je umrlo, za 2,8 % (5) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan.

7. Vojne poškodbe hrbtenice

Vojne poškodbe hrbtenice se dele v odprte in zaprte. Odprte se dalje dele v penetrantne in nepenetrantne. Pri nepenetrantnih so poškodovana vretenca (strelni zlomi vretenc), medtem ko dura (trda ovojnica), ki ovija hrbtni mozeg, ni poškodovana. Pri penetrantnih pa je poleg vretenc poškodovana tudi dura ter v večjem ali manjšem obsegu tudi hrbtni mozeg.

V SCVPB so bile med zdravljenimi vojnimi poškodbami hrbtenice odprte in zaprte poškodbe. Zaprtih topih poškodb hrbtenice (zaprti zlomi vretenc, izvini in izpahi vretenc) je bilo v partizanskem bojevanju bolj malo. V velikih armadah pa je bil v drugi svetovni vojni odstotek topih zaprtih poškodb hrbtenice večji zaradi mehaniziranosti opreme ter razmeroma velikega števila tovrstnih poškodb pri zračnih desantih. Pri odprtih poškodbah hrbtenice (penetrantnih in nepenetrantnih) so izstrelki oziroma drobci eksplozijskega orožja, ki so poškodovali hrbtenico, vdrli v telo iz različnih smeri: od zadaj, od spredaj ali pa od strani. Izstrelki, ki so vdrli v telo od spredaj in poškodovali hrbtenico, so v večini primerov obenem tako poškodovali tudi življenjsko važne organe v prsnem košu ali trebuhu, da so bile take kombinirane vojne poškodbe navadno primarno smrtno že na bojišču ali pa so ranjenci umrli med evakuacijo z bojišča.

Od skupnega števila 21 ranjencev z vojno poškodbo hrbtenice, ki so se zdravili v postojankah SCVPB, jih je bilo 19

⁵³ Zapisnik II. strokovne konference Uprave SCVPB dne 25. 2. 1945, Arhiv IZDG, Ljubljana, fasc. 417.

(90,5 %) takih z odprto in 2 (9,5 %) z zaprto poškodbo. Od 19 ranjencev z odprto poškodbo hrbtenice pa je bilo 14 (73,6 %) s penetrantno in 5 (24,4 %) z nepenetrantno vojno poškodbo hrbtenice.

Tabela 9
Vojne poškodbe hrbtenice, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Obseg poškodbe		Etiološki faktor				Skupaj
		strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Odprte	Penetrantne	10	4			14
	Nepenetrantne	4	1			5
Zaprte					2	2
Skupaj		14	5		2	21

Tabela 9a
Vojne poškodbe hrbtenice, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe		Število	Zdravljenje		Izid zdravljenja			
			osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl. nezn.
Odprte	Penetr.	14	13	1			11	3
	Nepenetr.	5	5		3		2	
Skupaj odprte		19	18	1	3		13	3
Zaprte		2	2		2			
Skupaj vseh		21	20	1	5		13	3

Največ vojnih poškodb hrbtenice, zdravljenih v postojankah SCVPB, je bilo povzročenih s projektili lahkega pehotnega orožja, in sicer 66,7 %. Poškodb hrbtenice, povzročenih z drobcem eksplozijskega orožja, je bilo 23 %. Poškodb hrbtenice s hladnim orožjem ni bilo, topih poškodb pa 9,5 %.

Prevladovala so penetrantne vojne poškodbe hrbtenice. Pri teh je trdo ovojnico hrbtne mozga poškodoval neposredno sam projektil ali pa so jo načeli izbiti kostni drobci iz zadetega vretenca. Hrbtni mozeg je bil v nekaj primerih povsem pretrgan, v nekaj primerih samo deloma, včasih pa le udarjen. Največjo nevarnost pri teh poškodbah je pomenila okužba rane in okužba sečil. Po podatkih sovjetskih avtorjev je umiralo zaradi okužbe mehurja, sečevodov in ledvic v

drugi svetovni vojni do 50 % ranjencev s penetrantno vojno poškodbo hrbtenice.

Odprte vojne poškodbe hrbtenice so v postojankah SCVPB zdravili po tedanjih načelih primarne kirurške oskrbe vojnih ran: skrben izrez in odstranitev nepopravljivo poškodovanih, odmrlih delov mehkih tkiv, odstranitev prostih kostnih drobcev in tujkov, zaustavitev krvavitve itd. Ranjenec je nato dobival sulfonamide. Vstavili so mu stalni kateter. Kontrolirali so redno odvajanje. Posebno skrb pa so posvetili posteljni negi, da ne bi dobil preležanin.

Kakšnega večjega števila operativnih posegov pri odprtih vojnih poškodbah hrbtenice v SCVPB ni bilo. Opravili so le eno večjo operacijo in sicer laminektomijo (operativno odstranitev zadešnjega dela loka hrbteničnega vretenca) pri ranjencu s strelno poškodbo hrbtenice zaradi napredujočega pritiska na hrbtni mozeg. Pri tem ranjencu se je začetna nepopolna hromost na spodnjih okončinah polagoma razvila v popolno ohromelost. Konsiliarni nevrolog SCVPB dr. Ivan Marinčič je po pregledu ranjenca svetoval operacijo. Zapisnik operacije žal ni ohranjen. Ranjenec je bil nato evakuiran.

Zaprte poškodbi hrbtenice sta bili samo dve. Bili sta lažjega značaja (zvin hrbtenice). Zdravili so jih z ležanjem na ravnem trdem ležišču in sredstvi proti bolečinam.

Zdravljenje vojnih poškodb hrbtenice je bilo torej v postojankah SCVPB v večini primerov konservativno. Ker so ranjenci s penetrantnimi poškodbami hrbtenice za dolgo dobo, često za vse življenje, negibljivi in prepuščeni tuji pomoči in negi ter se pogosto pogrezajo v psihično depresijo, so bili taki ranjenci težko breme že tako stalno prenapolnjenih roških postojank. Zato so zdravniki SCVPB skrbeli, da so jih čimprej evakuirali v južno Italijo ali pa v zaledno bolnišnico na osvobojenem ozemlju v Dalmaciji. Tam so bili deležni nadaljnjega specializiranega zdravljenja in rehabilitacije. Od ranjencev z nepenetrantnimi poškodbami hrbtenice so evakuirali le tiste z obsežnimi raztrganinami mehkih tkiv ob hrbtenici in obsežnejšimi zlomi hrbteničnih vretenc.

Podatki o izidu zdravljenja vojnih poškodb hrbtenice v postojankah SCVPB pričajo o resnosti teh poškodb in tudi o težavah pri oskrbi le-teh. Od 14 ranjencev s penetrantno poškodbo hrbtenice jih je bilo 11 evakuiranih, 3 pa so umrli.



Ranjenci na evakuacijski bazi v Srednji vasi pri Črmošnjicah. Foto dr. J. Milčinski, poleti 1944

Pri ranjencih z nepenetrantno poškodbo hrbtenice so bili rezultati seveda boljši. Od 5 ranjencev s tako poškodbo so 3 odšli ozdravljeni v svojo enoto, 2 pa sta bila evakuirana. Ranjenca s topo zaprto poškodbo hrbtenice sta oba odšla ozdravljena v svojo enoto.

Povzetek: Od 21 ranjencev z vojno poškodbo hrbtenice, ki so bili zdravljeni v postojankah SCVPB, jih je 23,8 % (5) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 61,9 % (12) jih je bilo evakuiranih zaradi nadaljnjega zdravljenja oziroma rehabilitacije, 14,3 % (3) ranjencev pa je umrlo.

8. Vojne poškodbe medenice

Vojna kirurgija deli poškodbe medenice v odprte in zaprte. Odprte pa dalje v poškodbe mehkih delov medenice (v glavnem sedalo), poškodbe mehkih delov in kosti medenice ter poškodbe notranjih organov v medenici (tako imenovane intrapelvine poškodbe). Te zadnje, to je poškodbe, pri katerih so razen mehkih delov in medeničnih kosti poškodovani tudi

notranji organi v medenici so najhujše in zelo komplicirane za zdravljenje. Glede na smer, iz katere vdre izstrelek v medenico, v nekaterih primerih poškoduje notranje organe medenice, ne da bi bil pri tem poškodovan tudi skelet medenice. Ker je kolčni sklep sestavni funkcionalni del spodnje okončine, sem poškodbe kolka uvrstil v poglavje o vojnih poškodbah spodnje okončine.

Zaradi dobro razvitega mišičja in močnega kostnega obroča medenice je bilo število obtičancev pri vojnih poškodbah medenice veliko, kar je pripravilo ugodna tla za razvoj okužbe, zlasti plinskega prisada. Nagel in pogost razvoj okužbe pri vojnih poškodbah medenice pa je bil pogojen tudi z bakterijsko floro notranjih organov v medenici (danka) ter z nastankom urinskih flegmon (naglo napredujoče gnojno vnetje v mehkih tkivih brez večjih omejenih zbirkov gnoja) pri poškodbah mehurja in sečnih izvodil.

Od 302 ranjencev z vojno poškodbo medenice, ki so se zdravili v postojankah SCVPB, je bilo 297 (98,3 %) takih z odprtimi in 5 (1,7 %) takih z zaprtimi poškodbami. Med ranjenci z odprto vojno poškodbo medenice sta imela 202 (68,0 %) ranjenca poškodovane le mehke dele v medenici oziroma ob njej, pri 81 (27,2 %) ranjencih je bil prizadet tudi skelet medenice, pri 14 (4,8 %) pa so bili prizadeti še medenični notranji organi. Ranjencev z odprtimi vojnimi poškodbami medeničnih organov je bilo relativno malo; verjetno zato, ker so bile te poškodbe tako hude, da je veliko ranjencev umrlo zaradi šoka in izkrvavitve že na bojišču ali pa med transportom v bolnišnico, če je bil ta dolgotrajen in naporen, kar je bilo v NOB skoraj pravilo.

Tabela 10

Vojne poškodbe medenice, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Obseg poškodbe		Etiološki faktor				Skupaj
		strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Odprte	Intrapelvine	12	2			14
	Skelet	58	22	1		81
	Mehki deli	105	96	1		202
Zaprte					5	5
Skupaj		175	120	2	5	302

Tabela 10a
Vojne poškodbe medenice, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe	Stevilo	Zdravljenje		Izid zdravljenja					
		osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za- ledje	eva- kuiran	umrl	nezn.	
Odprte	Intra- pelvine	14	8	6	1	1	4	7	1
	Skelet	81	79	2	26	14	38	3	
	Mehki deli	202	202		154	9	34	2	3
Skupaj odprte		297	289	8	181	24	76	12	4
Zaprte		5	5		4	1			
Skupaj vseh		302	294	8	185	25	76	12	4

V skupini najhujših vojnih poškodb medenice, ko so bili poškodovani tudi notranji medenični organi, je bilo največ poškodb danke in mehurja. Pri vseh teh poškodbah so v postojankah SCVPB, če od ranitve ni poteklo več kot en dan, vedno delali laparotomijo (operativno odprtje trebušne votline) in revizijo ter operativno oskrbeli poškodovane organe. Poškodbe danke so zašili, pri poškodbah mehurja pa so navadno delali cistotomijo (začasen odvoj seča skozi prednjo trebušno steno). Poškodbe z te skupine so bile zelo hude in je bila smrtnost visoka. Od skupno 14 ranjencev s tako poškodbo so delali laparotomijo pri 6 ranjencih, 8 pa jih je bilo zdravljenih konservativno.

Pri odprtih vojnih poškodbah medenice, kjer so bile poleg mehkih delov prizadete tudi kosti, sta bili najčešče poškodovani črevnica in križnica. Ker so kosti medenice bogate s spongiozo, je pri teh poškodbah razmeroma pogosto prišlo do trdovratnih osteomielitisov (gnojenje v kosteh), ki so često zahtevali operativno revizijo in odstranjevanje odmrlih delov kosti. Zaradi tega je bilo iz te skupine relativno veliko evakuiranih. Sicer pa so odprte vojne poškodbe medeničnih kosti zdravili odprto po tedanjih načelih za oskrbo vojnih ran. Po toaleti rane, njeni razširitvi, odstranitvi vseh odmrlih delov mehkih tkiv, prostih kostnih drobcev in tujkov, rane niso zašili, ampak jo pustili odprto in jo posuli s sulfonamidnim prahom. Ranjenec je dobival sulfonamide in infuzije hranilnih tekočin v žile. Skrbno so kontrolirali redno odvajanje ter

s čestim previjanjem, spreminjanjem lege v postelji, podlaganjem mehkih svitkov in masiranjem z alkoholom preprečevali preležanine. Zgodaj so že v postelji začeli s fizioterapevtskimi vajami. Če se rana ni zagnojila, so se tako zdravljene rane hitro in lepo celile.

Poškodbe mehkih delov medenice so bile najrazličnejše. Od površinskih (oplazni strel) z manjšimi ali večjimi podkožnimi podplutbami pa vse do obtičanih krogel in prestrelav z obsežnimi raztrganinami mišičja. Često so bile poškodovane tudi večje žile. Zato so pri primarni kirurški oskrbi revidirali globino in vse žepe ran in podvezali poškodovane žile, da so zaustavili krvavitev. Zaradi boljšega čiščenja in drenaže ran, so delali široke discizije, rano dobro posuli s sulfonamidnim prahom in jo zdravili odprto. Kasneje so pri široko odprtih velikih ranah eventualno napravili sekundarni šiv (zašili rano po 10—14 dneh, če se v njej ni razvilo gnojenje). Komplikacij pri ranah mehkih delov medenice ni bilo veliko. Če pa so se razvili infekti, so bili navadno hudi in trdovratni, posebno plinski prisad. V popisih postojank SCVPB sem našel 2 primera plinskega prisada pri poškodbah mehkih delov medenice. Potek je bil v obeh primerih naglo in neustavljivo napredujoč in se je obakrat končal s smrtjo.

Zaprte tope poškodbe medenice (zlomi medeničnih kosti) so v SCVPB zdravili s krožnim močnim povojem okoli medenice. Povoj je segal od zgornjega dela stegen do popka. Ranjenec je nekaj tednov ležal nato pa začel vstajati.

Rezultati zdravljenja ranjencev z vojno poškodbo medenice so bili v postojankah SCVPB tile:

Od 14 ranjencev najtežje skupine z odprtimi vojnimi poškodbami notranjih medeničnih organov je 1 odšel ozdravljen v svojo enoto, 4 so bili evakuirani, 7 jih je umrlo, za 1 ranjenca pa izid zdravljenja ni znan. Vzrok smrti je bil največkrat nepopravljiv šok in izkrvavitev takoj ob sprejemu v bolnišnico, kasneje pa peritonitis (gnojno vnetje trebušne mreže) in sepsa (»zastrupitev krvi«) pri poškodbah danke ter urinska flegmona in sepsa pri poškodbah mehurja. En ranjenec z bombno poškodbo medenice in raztrganino danke, pri katerem je bil potek zdravljenja spočetka zadovoljiv in je kazalo, da bo ozdravel, je nenadoma umrl med preobvezovanjem, verjetno zaradi trombusne embolije (krvni strdek se je odtrgal in prišel v krvni obtok ter zamašil velike pljučne žile). Od šestih

operativno zdravljenih ranjencev iz te skupine sta umrla 2.

Izmed 81 ranjencev z odprto vojno poškodbo medeničnih kosti jih je 26 (32,1 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 14 (17,3 %) začasno v lažjo službo v zaledje, 38 (46,9 %) jih je bilo evakuiranih, 3 (3,7 %) ranjenci pa so umrli. Pri teh treh se je razvil obsežen posttravmatski osteomielitis, ki se je razširil v notranjost medenice in povzročil sepso s smrtnim izidom.

Od 202 ranjencev z vojnimi poškodbami mehkih delov medenice jih je 154 (76,3 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 9 (4,4 %) začasno v lažjo službo v zaledje, 34 (16,8 %) jih je bilo evakuiranih (zelo obsežne raztrganine mehkih delov, poškodbe živcev itd.), 2 (1,0 %) sta umrla (plinski prisad), za 3 (1,5 %) ranjence pa izid zdravljenja ni znan.

Od vseh ranjencev z odprto vojno poškodbo medenice (297 po številu) jih je torej odšlo ozdravljenih v svoje enote 181 ali 60,9 %, v lažjo službo v zaledje 24 ali 8,1 % evakuiranih je bilo 76 ali 25,6 %, umrlo jih je 12 ali 4,1 %, za 4 ali 1,3 % ranjence pa izid zdravljenja ni znan.

Od poškodovancev z zaprto topo poškodbo medenice so 4 odšli ozdravljeni v svoje enote, 1 pa je odšel začasno v lažjo službo v zaledje.

Povzetek: Od 302 ranjencev z vojno poškodbo medenice, ki so jih zdravili v postojankah SCVPB, jih je 61,2 % (185) odšlo ozdravljenih in spet sposobnih za borbene akcije v svoje enote, 8,3 % (25) jih je odšlo začasno ali za trajno v lažjo službo v zaledje, 25,6 % (76) jih je bilo evakuiranih, umrlo jih je 4,1 % (12), za 1,3 % (4) ranjence pa izid zdravljenja ni znan. Med evakuiranimi je bilo 69 ranjencev potrebnih nadaljnega specialističnega zdravljenja, 7 pa je bilo takih, pri katerih je bilo zdravljenje že zaključeno, vendar so zaradi posledic ranitve ostali invalidi.

9. Vojne poškodbe spolnih organov

Te poškodbe navadno niso življenjsko nevarne, so pa zahtevne, kar se tiče zdravljenja, in imajo pogosto trajne posledice. Krvavitev je včasih izredno močna. Pri teh ranitvah je važen tudi psihični moment. Borci, posebno mlajši, se v spopadih najbolj boje poškodb tega dela telesa. Vedo namreč, da bodo s tako rano, tudi obsežnejšo, ostali sicer živi, da pa

bodo nepopravljivo poškodovani na najbolj občutljivem delu telesa s posledicami fizične in psihične narave. Znani so opisi iz ameriške vojne literature, da so si vojaki v akcijah privezovali jeklene čelade pred spolovilo, namesto, da bi jih dali na glavo.

V postojankah SCVPB je bilo od 47 primerov vojne poškodbe spolnih organov 46 (97,9 %) odprtih in 1 (2,1 %) zaprta poškodba. Vsi ranjenci so bili moški.

Tabela 11
Vojne poškodbe spolnih organov, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Obseg poškodbe	Etiološki faktor				Skupaj
	strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Odprte	36	10			46
Zaprte				1	1
Skupaj	36	10		1	47

Tabela 11a
Vojne poškodbe spolnih organov, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe	Število	Zdravljenje			Izid zdravljenja		
		osnov. kirur.	večje oper.	ozdr. v enoto	v za- ledje	eva- kuiran	umrl nezn.
Odprte	46	41	5	24	12	10	
Zaprte	1	1		1			
Skupaj	47	42	5	25	12	10	

Največ vojnih poškodb spolnih organov, zdravljenih v postojankah SCVPB, so povzročili projektili lahkega strelnega orožja in sicer 76,6 %. Vojnih poškodb z eksplozijskim orožjem je bilo 21,3 %, topih zaprtih poškodb spolovila pa 2,1 %. Poškodb spolovil s hladnim orožjem med ranjenci v SCVPB ni bilo. Ranitve spolnih organov s hladnim orožjem so bile že v prvi svetovni vojni redke, v drugi svetovni vojni pa jih skoraj ni bilo. Izjema so tovrstna poškodovanja ujetnikov. Sovražnik je včasih počel taka zverstva nad ujetimi partizani. Pisec zgodovinskih knjig iz NOB Stanko Petelin v knjigi Prešerno-

va brigada navaja take primere, primer tako mučenega partizanskega kurirja navaja tudi major dr. L. Rogers v knjigi *Guerilla Surgeon*.⁵⁴ Seveda tako poškodovani oziroma poškodljivi borci navadno niso prišli v oskrbo v partizanske sanitetne ustanove, ker jih je sovražnik po mučenju pobil.

Vojne poškodbe spolnih organov so v postojankah SCVPB zdravili čimbolj konservativno. Posebno na penisu so skrbno pazili, da so ohranili čimveč tkiva. Rane so po tedanji vojno kirurški doktrini zdravili odprto, vendar so s posameznimi situacijskimi šivi le premostili večje defekte in formirali obliko, da bi bili kasnejši funkcionalni rezultati čim boljši. Tudi poškodbe testisov so zdravili konservativno, testis so odstranili le, če je bil nepopravljivo poškodovan, ali če je zaradi poškodbe že odmrl. Po oskrbi rane je ranjenec dobil stalni kateter, kontrolirali so odvajanje in rano pazljivo previjali na 2—3 dni. Proti razvoju okužbe je ranjenec dobival sulfonamide. V popisih postojank SCVPB sem našel 5 primerov obsežnih nepopravljivih raztrganin spolnega uda in mod z odmrtnim tkivom tako, da je bilo potrebno napraviti amputacijo spopolnila.

Kako so bili partizanski zdravniki iznajdljivi pri zdravljenju vojnih poškodb, kljub pomanjkanju prepotrebnih zdravil in opreme, nam pove primer iz kronike postojanke Spodnji Hrastnik: »... Po božiču t. l. (1944 — opomba avtorja) smo sprejeli ranjenca, ki je imel skrotum čez polovico presekane z rafalom od brzostrelke, cel levi testis je ležal prosto, subkutano tkivo je bilo mestoma že nekrotično. Ker je pri odstranjevanju gaze vedno tožil čez močne bolečine, a nismo imeli nobene vazeline, smo navadno olje, ki smo ga dobili za kuhinjo, prekuhali, tako da je zgubilo ves duh, in ga dali v sterilno steklenico. S tem oljem smo polivali sterilno suho gazo, ki smo jo potem z lahkoto in brez bolečin lahko odstranili. Rana se je kmalu očistila in lepo zacelila in ker je brazgotina tik ob sredini, je skoraj ni opaziti. Med obema skrotalima polovicama pa je le minimalna razlika.«⁵⁵

Zaprto vojno poškodbo spolnih organov so zdravili s hladnimi obkladki, sredstvi proti bolečinam in suspenzorijem (pojojem v obliki vrečke).

⁵⁴ Rogers: *Guerilla Surgeon*, str. 122—123.

⁵⁵ Kronika postojanke Spodnji Hrastnik. Arhiv IZDG, Ljubljana, fasc. 417.

Rane na spolnih organih so se običajno brez gnojenja in lepo zacelile. Pogosto pa so kot posledica ranitve ostale deformacije zaradi brazgotine in zoženja sečnega izvodila. Ranjence s takimi posledicami so zaradi nadaljnjega rekonstruktivno — plastičnega zdravljenja evakuirali v južno Italijo oziroma kasneje na osvobojeno ozemlje v Dalmacijo.

Od 46 ranjencev z odprtimi vojnimi poškodbami spolnih organov, zdravljenih v postojankah SCVPB, jih je 24 (52,2 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 12 (26,1 %) jih je začasno ali za trajno odšlo v lažjo službo v zaledje, 10 (21,7 %) pa jih je bilo evakuiranih.

Ranjenec s topo zaprto poškodbo spolovila je tudi odšel ozdravljen v enoto.

Povzetek: V postojankah SCVPB so zdravili 47 ranjencev, ki so v bojih utrpeli vojno poškodbo spolnih organov. Te poškodbe običajno ne ogrožajo življenja, saj ni nobeden od teh ranjencev umrl. Izid zdravljenja teh poškodb v postojankah SCVPB je bil takle: 53,1 % (25) jih je odšlo ozdravljenih v svoje borbene enote, 25,6 % (12) jih je odšlo začasno ali za trajno v lažjo službo na teren, 21,3 % (10) pa jih je bilo zaradi potrebe po nadaljnjem plastičnem zdravljenju posledic ranitve evakuiranih.

10. Vojne poškodbe zgornje okončine

Vojne poškodbe okončin pomenijo nedvomno glavno skrb vojne kirurgije. V drugi svetovni vojni je bilo med vsemi vojnimi poškodbami dobri dve tretjini poškodb okončin. V angleški armadi je na vojne poškodbe udov prišlo 70 % vseh poškodb, v sovjetski 66,7 %, v nemški 72,4 % na sremski fronti (JA — 1945) pa celo 84,0 %. Razmerje med poškodbami zgornjih in spodnjih udov pa je bilo takole: v angleški armadi je bilo poškodb zgornje okončine 30,9 %, spodnje pa 39,1 %, v sovjetski armadi je bilo poškodb zgornje okončine 31,6 % in spodnje 40,8 %, v nemški armadi poškodb zgornje okončine 19,8 % in spodnje 46,9 %, na sremski fronti (JA — 1945) pa vojnih poškodb zgornje okončine 36,5 % in spodnje 47,5 %.⁵⁶

Pri ranjencih z vojno poškodbo okončin, zdravljenih v postojankah SCVPB, je bilo razmerje takole: vojnih poškodb zgornje okončine je bilo 20,4 %, vojnih poškodb spodnje okončine

⁵⁶ Ratna hirurgija I, stran 471.

pa 49,7 %. Od vseh vojnih poškodb je bilo torej kar 70,1 % vojnih poškodb na okončinah.

Čeprav je bilo v zadnjih vojnah poškodb zgornje okončine manj kot poškodb spodnje in so bile manj nevarne za življenje, so bile vendar s funkcionalnega stališča zelo resne in pomembne. Vojne poškodbe na zgornjih okončinah so namreč pogostejše povzročale zmanjšano delovno sposobnost, kot pa poškodbe spodnje okončine.

Zaradi svoje pogostnosti so bile vojne poškodbe okončin vedno glavni problem vojne kirurgije bojujoč h se armad. Oskrba teh poškodb je bila dostikrat težak problem zaradi obilice komplikacij, ki so nastale bodisi takoj ob ranitvi okončine ali pa kasneje. Neposredno pri ranitvi nastale komplikacije so bile najčešče: nevarne krvavitve iz poškodovanih večjih žil, ohromitve zaradi poškodb na živcih, šok itd., kasneje nastale komplikacije pa razvoj okužbe (»banalna« gnojenja, plinski prisad, tetanus, kronična gnojenja kosti in kostnega mozga itd.), anevrizme (razvoj omejene votline med mehki tkivi, napolnjene s krvjo zaradi poškodovane stene žile), lažni sklepi, zatrdeli sklepi, omejena gibljivost sklepov, oslabilitev mišičja itd. Posebno strelni zlomi dolgih cevastih kosti okončin in penetrantne (v sklepno votlino segajoče) poškodbe sklepov so bile spričo težav pri oskrbovanju in pogostih komplikacij pravi »crux medici« vojnih kirurgov. Vsi ti problemi so bili v partizanski saniteti zaradi pomanjkanja opreme, sredstev, zdravil in ne nazadnje tudi kadrov še toliko bolj očitni.

Od 5199 ranjencev, ki so bili zdravljeni v postojankah SCVPB in za katere so ohranjeni popisi, je bilo 1019 ranjenih v zgornjo okončino.

Po lokalizaciji je bilo od 1019 primerov vojnih poškodb zgornje okončine:

poškodb nadlahti	369	ali	36,2 %
poškodb podlahti	250	ali	24,5 %
poškodb dlani in prstov	228	ali	22,4 %
poškodb sklepov	172	ali	16,9 %

Glede na obseg vojne poškodbe zgornje okončine pri ranjencih, ki so bili zdravljeni v postojankah SCVPB, pa je bilo:

poškodb mehkih delov	382	ali	38,6 %
poškodb kosti	455	ali	44,6 %
penetrantnih poškodb sklepov	101	ali	9,9 %
nepenetrantnih poškodb sklepov	71	ali	6,9 %

Zanimivo je, da je bilo v postojankah SCVPB med ranjenci s poškodovano zgornjo okončino več takih s poškodbo kosti kot pa takih, ki so imeli poškodovane le mehke dele zgornje okončine. Na sklepih pa je bilo več penetrantnih kot pa nepenetrantnih vojnih poškodb. To pa verjetno zaradi tega, ker so v postojanke SCVPB prihajali na zdravljenje samo ranjenci s hujšimi vojnimi poškodbami, in predvsem taki, ki niso bili premični. Vsi lažji ranjenci, torej tudi taki z nekomplikiranimi vojnimi poškodbami mehkih delov zgornje okončine, pa so se zdravili v divizijskih premičnih bolnišnicah.

V naslednjih štirih tabelah sem skušal čimbolj strnjeno, podrobno, vendar pa kolikor toliko pregledno prikazati vojne poškodbe zgornje okončine, zdravljene v postojankah SCVPB glede na etiološki faktor, lokalizacijo, obseg poškodbe, način zdravljenja, najvažnejše komplikacije in izide zdravljenja.

Tabela 12

Vojne poškodbe zgornje okončine, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Lokalizacija	Obseg poškodbe	Etiološki faktor				Skupaj
		strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Nadlaket	Mehki deli	139	67	2	1	209
	Skelet	119	39		2	160
Podlaket	Mehki deli	77	38	1	3	119
	Skelet	84	31		16	131
Dlan	Mehki deli	32	25	6	1	64
	Skelet	118	44	1	1	164
Ramenski sklep	Penetr.	41	12			53
	Nepenetr.	18	8		1	27
Komolčni sklep	Penetr.	27	5			32
	Nepenetr.	6	6		4	16
Zapestje	Penetr.	16	9			25
	Nepenetr.	7	5		7	19
Skupaj		684	289	10	36	1019

Tabela 12a
Vojne poškodbe zgornje okončine, zdravljene v SCVPB
Lokalizacija poškodbe, način in izid zdravljenja

Lokali- zacija	Število	Zdravljenje				Komplikacije			Izid zdravljenja				
		osnov. kirur.	večje operac. amput.	druge	kron. osteo- mieli- tis	teta- nus	pošk. perif. živcev	plin- ski pri- sad	ozdr. v enoto	v za- ledje	eva- kuiran	umrl	nezn.
Nadlaket	369	331	8	30	21		45	1	197	60	96	5	11
Podlaket	250	209	9	32	13	1	23	4	149	36	54	6	5
Dlan													
in prsti	228	223	2	3	1			2	159	38	26	2	3
Sklepi	172	161	1	10	2		21	1	89	32	44	3	4
Skupaj	1019	924	20	75	37	1	79	8	594	166	220	16	23

Tabela 12b
Vojne poškodbe zgornje okončine, zdravljene v SCVPB
Obseg poškodbe, način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe			Število	Zdravljenje				Komplikacije			Izid zdravljenja				
				osnov. kirur.	večje amput.	operac. druge	kron. osteo-mielitis	teta-nus	pošk. perif. živcev	plin-ski pri-sad	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl	nezn.
Nad-laket	Odprte	M. deli	208	190	1	17			23	1	142	36	27		3
		Skelet	158	138	7	13	21		12		53	24	68	5	8
	Zaprte	M. deli	1	1							1				
		Skelet	2	2							1		1		
Pod-laket	Odprte	M. deli	116	100	1	15			10	1	91	12	11		2
		Skelet	115	90	8	17	13	1	13	3	40	23	43	6	3
	Zaprte	M. deli	3	3							3				
		Skelet	16	16							15	1			
Dlan in prsti	Odprte	M. deli	63	63							61	1			1
		Skelet	163	158	2	3	1			2	96	37	26	2	2
	Zaprte	M. deli	1	1							1				
		Skelet	1	1							1				
Sklepi	Odprte	Penetr.	101	94	1	6	2		17	1	25	26	44	3	3
		Nepenetr.	59	55		4			4		52	6			1
	Zaprte	(tope)	12	12							12				
Skupaj			1019	924	20	75	37	1	79	8	594	166	220	16	23

Tabela 12c
Vojne poškodbe sklepov zgornje okončine, zdravljene v SCVPB
Lokalizacija in obseg poškodbe, način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe			Število	Zdravljenje			Komplikacije		Izid zdravljenja				
				osnov. kirur.	večje amput.	operac. druge	pošk. živcev	plin-ski pri-sad	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl	nezn.
Ramenski sklep	Odrpte	Penetr.	53	49		4	3		12	14	24	2	1
		Nepenetr.	25	22		3	9		20	5			
	Zaprte		2	2					2				
Komolčni sklep	Odrpte	Penetr.	32	30	1	1	1	1	7	6	17	1	1
		Nepenetr.	15	14		1	5		13	1			1
	Zaprte		1	1					1				
Zapestni sklep	Odrpte	Penetr.	25	24		1	2		15	6	3		1
		Nepenetr.	10	10			1		10				
	Zaprte		9	9					9				
Skupaj			172	161	1	10	21	1	89	32	44	3	4

Med vojnimi poškodbami zgornje okončine, ki so jih zdravili v postojankah SCVPB, so močno prevladovale poškodbe povzročene s projektili lahkega pehotnega orožja. Bilo jih je kar 76,2 %, kar je značilno za vojne poškodbe v partizanskem bojevanju. Poškodb z drobci eksplozijskega orožja je bilo 28,3 %, poškodb s hladnim orožjem 1,0 % in zaprtih poškodb 3,5 %. Med zaprtimi poškodbami so bile razne udarnine, zvini, izpahi in zaprti zlomi.

V primerjavi z majhno izpostavljeno površino rok so v postojankah SCVPB zdravili razmeroma visoko število vojnih poškodb dlani in prstov. Posebno veliko je bilo poškodb dlani in prstov, ki so jih povzročili projektili lahkega pehotnega orožja, pri katerih so bile prizadete kosti roke. Takih poškodb je bilo kar 118, to je 11,6 % vseh poškodb zgornje okončine oziroma 71,9 % vseh poškodb dlani in prstov s prizadetim skeletom. Vzrok tega visokega števila je bila morda premajhna izurjenost na novo mobiliziranih borcev in nepazljivost pri ravnanju z orožjem. Morda pa so svoj delež pri tem številu prispevali tudi posamezni primeri namernih samopoškodb.



Partizanski zdravniki: dr. Peter Deržaj, dr. F. Novak-Luka in dr. Bogomir Magajna na sanitetnem oddelku v Kočevskem Rogu, poleti 1944

Odrpte vojne poškodbe zgornje okončine, ki so jih zdravili v postojankah SCVPB, so bile najrazličnejše: od razmeroma enostavnih prestrellov mehkih delov do razsežnih raztrganin mehkih delov z manjkom tkiva in poškodbo večjih žil in živcev. Strelni prelomi kosti so bili največkrat obsežni, kominutivni, velikokrat z uničenjem kostnega tkiva in izbitimi deli kosti. Pri penetrantnih poškodbah sklepov so bile večinoma poškodovane tudi kosti.

Zdravljenje teh poškodb je bilo do začetka 1944, to je do uvedbe enotne kirurške doktrine v slovensko partizansko saniteto in do pričetka sistematičnega delovanja kirurških ekip za bojno črto, v glavnem konservativno. Ranjenci so dotlej prihajali v postojanke SCVPB večinoma več dni po ranitvi, zato pa aktivni kirurški posegi, razen v nujnih primerih zaradi zaustavljanja krvavitve pri večjih krvavitvah, niso bili možni. V tem času so zdravili vojne poškodbe zgornje okončine z imobilizacijo uda, preobvezovanjem ran, odstranjevanjem odmrlega tkiva, incizijami in drenažo abscesov (nabirkov gnoja), z naravnavanjem in imobilizacijo zlomov. Imobilizirali so večinoma na improviziranih Cramerjevih opornicah, ker mavca še niso imeli. Zaradi pretežno konservativnega zdravljenja so se strelne rane v tem času seveda pogostokrat zagnojile in je bilo veliko komplikacij zaradi okužb oziroma gnojenja.

Z uvedbo moderne kirurške doktrine v sanitetno službo NOV in PO Slovenije (v začetku 1944 leta) so tudi vojne poškodbe zgornje okončine aktivno kirurško oskrbovali. Veliko teh poškodb so primarno oskrbele premične kirurške ekipe partizanskih enot že kmalu po ranitvi. Kar jih niso oskrbele kirurške ekipe, pa so jih v stalnih zakonspiriranih partizanskih bolnišnicah, zakaj nekateri ranjenci so spričo dobro organiziranega transporta oziroma evakuacije v tej dobi prihajali že relativno kmalu po ranitvi v skrite korpuse bolnišnice.

Odrpte vojne poškodbe na zgornji okončini so v postojankah SCVPB oskrbovali po tedanji vojno-kirurški doktrini o oskrbi vojnih ran: v prvi polovici 1944 z ekscizijo ran po Friedrichu (radikalen izrez robov rane na površini in globini) brez primarnega šiva, v drugi polovici 1944 in do konca vojne pa z discizijo (operativno zvečanje vojnih ran zaradi boljšega pregleda in drenaže) vojnih ran po izkušnjah angleških in sovjet-



Ranjenci na evakuacijski bazi Srednja vas. Poletje 1944

skih vojnih kirurgov. Doktrina se je torej v drugi polovici 1944 spremenila. Čutil se je vpliv zavezniških kirurgov, ki so delali v sanitetni službi slovenske partizanske vojske. Pri disiziji so strelino široko odprli, odstranili poškodovane in odmrle dele tkiva ter tujke, zaustavili krvavitev in napravili eventualno šiv poškodovanih živcev in kit, posuli rano s sulfonamidnim prahom ter ud imobilizirali z opornicami ali ekstenzijami (nategom z obtežitvijo), proti koncu vojne pa tudi že v mavcu. Ranjenec je obvezno dobil serum proti tetanusu in ob obsežnejši vojni poškodbi tudi serum proti plinskemu prisadu. Imobilizirali so vse vojne poškodbe udov, tudi poškodbe, kjer so bili prizadeti samo mehki deli, ne le poškodbe skeleta. Pri oskrbi vojnih ran na zgornji okončini so posebno pazili na to, da niso izrezali preveč kože, da bi se tako skrajšala doba celitve (skoraj na vsakem strokovnem sestanku uprave SCVPB so to poudarjali).

Pri penetrantnih poškodbah sklepov so po kirurški oskrbi rane primarno zašili sklepno ovojnico, če se je le dalo, ostalo rano pa pustili in zdravili odprto. Ud so seveda nato imobilizirali.

Pri strelnih zlomih kosti na zgornji okončini so rano oziroma rani (vstrelno in izstrelno) oskrbeli prav tako kot rano mehkih delov. Pri reviziji so odstranili vse izbite drobce kosti, nato zlom uravnali in ud imobilizirali s posebnimi opornicami ali pa z mavcem, nad rano so v mavcu izrezali okence, da so rano lahko kontrolirali. Strelne prelome so oskrbovali, če se je le dalo, v splošni anesteziji.

Načelo imobilizacije zgornje okončine je bilo v postojankah SCVPB takole: Pri strelnih zlomih na zgornji tretjini nadlahtnice in pri penetrantnih poškodbah ramenskega sklepa so nadlaket z močnim povojem imobilizirali na abdukcijski opornici (opornica ob prsnem košu tako skonstruirana, da je bil zgornji ud dvignjen). Pri zlomih nadlahtnice v srednji tretjini, kjer je rado prišlo do nepravilnega položaja osi uda in do skrajšav, so napravili ekstenzijo z obližem na abdukcijski opornici. Pri zlomih v spodnji tretjini nadlahtnice in pri poškodbah komolčnega sklepa so po oskrbi rane in repoziciji (naravnanju zloma) namestili Cramerjevo opornico ali dorzalno mavčevo longeto od rame do prstov s podlahtjo obrnjeno tako, da je dlan gledala navzgor in s kotom 100 stopinj v komolcu. Pri zlomih podlahti so namestili Cramerjevo opor-

nico od zgornje tretjine nadlahti do baze prstov. Pri poškodbah zapestja in zlomih dlančnih kosti brez razmaknitve prelomljenih delov kosti so dali Cramerjevo opornico od komolca do prvega členka prstov v nekoliko upognjeni drži dlani in prstov. Pri zlomih dlančnih kosti in kosti prstov s premaknitvijo zlomljenih delov kosti in skrajšavo, kar je bilo pogosto pri vojnih poškodbah, so napravili nateg z močno nitko, žico ali žlebljičkom skozi jagodico prsta, jo z gumijastim trakom pripeli na lok, katerega konca sta bila z mavcem ali močnim povojem pritrjena ob podlaket (metoda se še danes često s pridom uporablja).

Pri strelnih zlomih so posebno pazili na to, da ni bilo premaknitev zlomljenih kosti po osi in skrajšav. Seveda je bilo zadevno ugotavljanje brez rentgenske kontrole večkrat težavno, zato sta bila potrebna pogosta popravek položaja in ponovna imobilizacija. Uspehi so bili na splošno dobri. V ohranjenih popisih ranjencev postojank SCVPB namreč nisem našel opisov kakšnih večjih skrajšav oziroma osnih dislokacij pri zaceljenih zlomih na zgornji okončini.



Evakuacijska baza Gradac v Beli krajini. Foto dr. J. Milčinski, november 1944

Precej vojnih poškodb zgornje okončine, posebno bombnih, je zelo velikih z raztrganimi glavnimi žilami ter obsežnimi manjki kosti, tako da uda ni bilo mogoče ohraniti in je bila potrebna amputacija. Vseh amputacij na zgornji okončini je bilo 20. Ena pri obsežni odprti vojni poškodbi mehkih delov nadlahti, sedem pri obsežni odprti poškodbi skeleta nadlahti, osem pri obsežnih odprtih poškodbah skeleta podlahti, dve pri obsežnih odprtih poškodbah dlani in ena pri penetrantni poškodbi komolčnega sklepa. Osem od teh amputacij so napravili zaradi plinskega prisada.

Komplikacij pri zdravljenju vojnih poškodb zgornje okončine v postojankah SCVPB je bilo več v prvi konservativni dobi zdravljenja, kasneje pa manj. V ohranjenih popisih postojank SCVPB sem našel 37 primerov kroničnega osteomielitisa (gnojenje v kosti oziroma v kostnem mozgu) po poškodbah skeleta zgornje okončine, 1 primer tetanusa pri bombni poškodbi podlahti ter 8 primerov plinskega prisada. Na zgornji okončini je bilo 79 primerov poškodbe živcev, vendar je ta komplikacija nastala že neposredno ob ranitvi.

Največ primerov kroničnega osteomielitisa je bilo pri strelnih poškodbah nadlahtnice (21 primerov, to je 13,3% vseh odprtih vojnih poškodb te kosti), sledita koželjnica in pod-



Ranjenci na evakuacijski bazi Srednja vas. Foto B. Jakac, avgust 1944

lahtnica, na katerih je bilo 13 primerov kroničnega osteomielitisa ali 11,3 % vseh odprtih poškodb teh dveh kosti. Pri odprtih poškodbah dlančnih kosti je bil le 1 primer kroničnega osteomielitisa. Pri penetrantnih poškodbah komolca sta bila dva primera kroničnega osteomielitisa. Če vzamemo povprečje, je kronični osteomielitis pri odprtih vojnih poškodbah skeleta zgornje okončine, zdravljenih v postojankah SCVPB, nastopal v 6,8 %, kar vsekakor ni veliko.

Med odprtimi vojnimi poškodbami zgornje okončine, ki so bile zdravljene v postojankah SCVPB, je bilo 10,3 % takih, kjer so bili poškodovani tudi periferni živci. Odstotek je približno enak odstotku v drugih armadah (v sovjetski 9,1 %, v JA na sremski fronti 10,4 %), angleški avtorji pa navajajo celo 20 % takih poškodb.⁵⁷

Primerov plinskega prisada je bilo pri odprtih vojnih poškodbah zgornje okončine v postojankah SCVPB 8 primerov: en primer pri poškodbi mehkih delov nadlahti, eden pri poškodbi mehkih delov podlahti, trije primeri pri poškodbah skeleta podlahti, dva primera pri poškodbah skeleta dlani in en primer pri penetrantni poškodbi komolčnega sklepa.

Tetanus se je razvil med ranjenci z ranjeno zgornjo okončino le v enem primeru, in sicer pri ranjencu z odprto obsežno vojno poškodbo skeleta podlahti. Za preprečevanje oziroma obrambo proti tetanusu so načeloma vsi ranjenci dobili serum proti tetanusu v divizijski kirurški ekipi ali pa najkasneje v stalni zakonspirirani partizanski bolnišnici. Borcev slovenske partizanske vojske niso aktivno imunizirali s cepljenjem proti tetanusu. Tudi seruma je v partizanskih enotah dostikrat zmanjkalo, tako da ga nekateri ranjenci niso dobili ali pa zelo pozno. Če upoštevamo vse te okoliščine je bilo pri odprtih vojnih poškodbah zgornje okončine, zdravljenih v postojankah SCVPB, pravzaprav zelo malo tetanusnih obolenj.

Izidi zdravljenja vojnih poškodb zgornje okončine v postojankah SCVPB so bili tile:

Od 208 ranjencev z odprto vojno poškodbo mehkih delov nadlahti jih je 142 (68,4 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 36 (17,3 %) začasno v lažjo službo v zaledje, 27 (12,9 %) jih je bilo zaradi nadaljnjega zdravljenja evakuiranih, za 3 (1,4 %) pa izid zdravljenja ni znan.

⁵⁷ Ratna hirurgija II, stran 624.

žg. Hrastnik, 1945. 44.
 Oa prava slovenskega naroda pi - jurob.
 benc. - so pravio in pravost svojega naroda!
 Rotar Jozef
 Rojen. 23. 10. 1905 v Otonu pri Stojcu v Podgorici
 poklic. kmet. Jozef Rotar Marja, gospodinja Bogomir 18.
 Zdravljen v U.O.V. in P.O.V. 26. 1. 1944 ranjen 23. 10. 44 -
 izranjen v boln. od mine.
 Umrlo dne 19. 11. 44. ob 9h na odložitvenem
 ranjenem žg. Hrastnik 44.
 Polobomac: Stara mama! Ladija odložitven
 Ladija 14.

Listek s podatki umrlega ranjenca, ki so bili položeni v steklenički v grob
 v bolnišnici Zgornji Hrastnik

Od 158 ranjencev z odprtim strelnim zlomom nadlahtnice
 jih je 53 (33,5 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 24 (15,8 %)
 začasno ali za trajno v lažjo službo v zaledje, 68 (42,4%) jih
 je bilo zaradi nadaljnjega zdravljenja ali kot invalidov eva-
 kuiranih, 5 (3,2 %) jih je umrlo, za 8 (5,1 %) ranjencev pa
 izid zdravljenja ni znan.

Ranjenec s topo vojno poškodbo mehkih delov nadlahti
 je ozdravljen odšel v svojo enoto. Od 2 ranjencev z zaprtim
 zlomom nadlahtnice pa je eden odšel s solidno zaraslim zlo-
 mom ozdravljen v svojo enoto, eden pa je bil evakuiran.

Od 116 ranjencev z odprto vojno poškodbo mehkih delov
 podlahti jih je 91 (78,4 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote,
 12 (10,3 %) začasno v lažjo službo v zaledje, 11 (9,5 %) jih je
 bilo evakuiranih, za 2 (1,8 %) ranjenca pa izid zdravljenja
 ni znan.

Od 115 ranjencev z odprto vojno poškodbo skeleta pod-
 lahti jih je 40 (34,8 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 23
 (20,0 %) začasno ali za stalno v zaledje, 43 (37,4 %) jih je

bilo evakuiranih, 6 (5,2 %) jih je umrlo (plinski prisad, tetanus), za 3 (2,6 %) ranjence pa izid zdravljenja ni znan.

Trije ranjenci z zaprtimi poškodbami mehkih delov podlahti so odšli ozdravljeni v svoje enote. Od 16 poškodovancev z zaprtimi zlomi skeleta podlahti pa jih je 15 odšlo ozdravljenih v svoje enote, 1 pa začasno v lažjo službo v zaledje.

Od 63 ranjencev z odprto vojno poškodbo mehkih delov dlani in prstov jih je 61 (96,8 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 1 (1,6 %) začasno v zaledje, za 1 (1,6 %) pa izid zdravljenja ni znan.

Oba ranjenca s topo zaprto poškodbo dlani in prstov sta odšla ozdravljena v svojo enoto.

Od 101 ranjenca s penetrantno vojno poškodbo sklepov zgornje okončine jih je 25 (24,8 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 26 (25,7 %) začasno ali za trajno v lažjo službo v zaledje, 44 (43,5 %) jih je bilo zaradi nadaljnega zdravljenja ali kot invalidov evakuiranih, 3 (3,0 %) so umrli, za 3 (3,0 %) ranjence pa izid zdravljenja ni znan.

Od 59 ranjencev z nepenetrantno odprto vojno poškodbo sklepov zgornje okončine jih je 52 (88,1 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 6 (10,2 %) začasno v lažjo službo v zaledje, za 1 (1,7 %) ranjenca pa izid zdravljenja ni znan.

Vseh 12 ranjencev s topo zaprto vojno poškodbo sklepov zgornje okončine je odšlo ozdravljenih v svoje enote.

Tabela 12 c kaže podrobnejšo lokalizacijo ter način in izid zdravljenja vojnih poškodb sklepov zgornje okončine.

Povzetek: od 1019 ranjencev z vojno poškodbo zgornje okončine, ki so jih zdravili v postojankah SCVPB, jih je 58,3 % (594) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 16,3 % (166) jih je odšlo začasno ali za trajno v lažjo službo v zaledje, 21,6 % (220) jih je bilo evakuiranih v južno Italijo oziroma v bolnišnice na osvobojeno ozemlje v Dalmacijo, 1,6 % (16) jih je umrlo, za 2,2 % (23) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan.

Od evakuirancev je bilo 149 ranjencev potrebnih nadaljnega specialističnega zdravljenja, 71 pa je bilo invalidov (ranjenci z amputiranim zgornjim udom, zatrdlinami sklepov itd.). Vojne poškodbe zgornje okončine, zdravljene v postojankah SCVPB, so torej zapuščale invalidnost v 7 %.

11. Vojne poškodbe spodnje okončine

Vojne poškodbe spodnje okončine se tako kot na zgornji okončini po načinu učinkovanja zunanje sile na ud dele v odprte in zaprte. Po obsegu poškodbe pa se dele v poškodbe mehkih delov in poškodbe kosti ter penetrantne in nepenetrantne poškodbe sklepov. Po lokalizaciji se dalje dele v poškodbe stegna, poškodbe goleni, poškodbe stopala in prstov in poškodbe sklepov (kolčnega, kolenskega in skočnega sklepa).

Poškodbe spodnje okončine v vojni so ne le pogostnejše ampak tudi nevarnejše in hujše kot vojne poškodbe zgornje okončine. Dobro razvito mišičje na spodnji okončini ima pogoje za obsežne raztrganine in veliko število obtičancev, to pospešuje razvoj okužb — banalnih in hudih plinskih. Vsaka vojna rana je že primarno okužena. Spodnji ud je zaradi okoliščin, ki jim je izpostavljen borec v bojni akciji, umazan, in srk, ki nastane ob vdoru projektila v telo, potegne umazanijo v globino rane. Projektil je tudi umazan in že sam po sebi onečuja rano. Še bolj se umaže rana zaradi ranjenčevega prizadevanja, da bi ušel sovražnemu ognju in se umaknil na varno, ter pri plazenju uporablja tudi ranjeni ud. Možnost za razvoj infekcije vojne rane na spodnji okončini je zato še celo velika, kar prispeva svoj delež k zvišani smrtnosti pri teh poškodbah. Posebno okužbe rane po vojnih poškodbah kolčnega in kolenskega sklepa so zelo komplicirane z visoko smrtnostjo.

Posebne razmere perifernega krvnega obtoka na spodnji okončini s slabo razvitimi povezami med ožiljem so tudi vzrok, da je bil odstotek amputacij pri vojnih poškodbah spodnje okončine večji kot na zgornji okončini. Mnogo vojnih poškodb kosti in sklepov spodnje okončine je tudi izredno težko zadovoljivo pozdraviti in povzročajo invalidnost zaradi motenj pri stoji in hoji. Ker so ranjenci z vojno poškodbo spodnje okončine vsi nepremični in ker je bilo teh poškodb razmeroma zelo veliko, so zaradi specifičnih razmer v partizanskem bojevanju pomenili velik problem za sanitetno službo slovenske partizanske vojske.

Od 5199 ranjencev, ki so bili zdravljeni v postojankah SCVPB, je bilo 2477 ranjenih v spodnjo okončino. Skoraj polovica vseh vojnih poškodb je bilo torej na spodnji okon-

čini. Vzrok tako visokega odstotka je v tem, da je slovenska partizanska saniteta v svojih skritih stalnih bolnišnicah prevzela nase skrb za vse imobilne ranjence. S tem je razbremenila svojo vojsko in ji omogočila večjo manevrsko elastičnost, ker partizanskim enotam ni bilo treba nositi svojih ranjencev s seboj. Skoraj vse vojne poškodbe spodnje okončine pa so povzročale, da je bil ranjenec imobilen, zato je bil odstotek v postojankah SCVPB zdravljenih vojnih poškodb spodnje okončine relativno tako visok.

Po lokalizaciji je od 2477 primerov vojnih poškodb spodnje okončine bilo:

poškodb stegna	988	ali	39,9 %
poškodb goleni	785	ali	31,7%
poškodb stopala in prstov	407	ali	16,4 %
poškodb sklepov	297	ali	12,0 %

Glede na obseg vojne poškodbe spodnje okončine pa je bilo:

poškodb mehkih delov	1442	ali	58,2 %
poškodb kosti	738	ali	29,8 %
penetrantnih poškodb sklepov	153	ali	6,2 %
nepenetrantnih poškodb sklepov	144	ali	5,8 %

Tudi med vojnimi poškodbami spodnje okončine so tako kot pri zgornji pri poškodbah sklepov prevladovala penetrantna nad nepenetrantnimi. Razmerje med poškodbami mehkih delov in poškodbami kosti pa je na spodnji okončini drugačno kot na zgornji. Na spodnji okončini so prevladovala vojne poškodbe mehkih delov nad poškodbami skeleta. Vzrok je, kot že rečeno, v tem, da je vsaka količaja resnejša vojna poškodba mehkih delov spodnje okončine napravila ranjenca nepremičnega in se je zato moral zdraviti v stalni skriti bolnišnici, ker napornih in dolgotrajnih pohodov s svojo partizansko enoto ne bi zmogetl.

V naslednjih štirih tabelah so prikazane vojne poškodbe spodnje okončine, zdravljene v postojankah SCVPB, glede na etiološki faktor, lokalizacijo poškodbe, obseg poškodbe,

način zdravljenja, najvažnejše komplikacije in izide zdravljenja.

Pri vojnih poškodbah spodnje okončine, zdravljenih v postojankah SCVPB, so prevladovala poškodbe povzročene z izstrelki lahkega strelnega orožja; bilo jih je 53,5 %. Poškodb povzročenih z drobcem eksplozijskega orožja je bilo 39,6 %, s hladnim orožjem 0,4 %, topih zaprtih poškodb pa 6,5 %.

Razmeroma mnogo je bilo vojnih poškodb kosti stopala in prstov, povzročenih z izstrelki lahkega strelnega orožja. Bilo jih je kar 215, to je 8,6 % vseh vojnih poškodb spodnje okončine, oziroma 70,3 % vseh vojnih poškodb stopala in prstov s prizadetim skeletom. Nekaj od tega števila jih gre najbrž na račun samopoškodb po nesreči. Nekaj pa prav gotovo tudi na račun namernih samopoškodb. Hinko Bratož-Oki navaja v svoji knjigi Spomini partizana II, da je srečal, ko se je leta 1944 ranjen v trebuh zdravil v postojanki Ajdovec, tam več ranjenih Italijanov, ki so po kapitulaciji Italije stopili v NOV in PO Slovenije. V postojanki Ajdovec so se zdravili zaradi strelnih poškodb stopala in govorili, da so se sami ustrelili, da bi se tako izognili bojem in naporom.⁵⁸

Tabela 13
Vojne poškodbe spodnje okončine, zdravljene v SCVPB
Etiološki faktor

Lokalizacija	Obseg poškodbe	Etiološki faktor				Skupaj
		strelno orožje	eksploz. orožje	hladno orožje	tope pošk.	
Stegno	Mehki deli	436	354	2	1	793
	Skelet	128	52		15	195
Golen	Mehki deli	256	276	2	7	541
	Skelet	119	77		48	244
Stopalo in prsti	Mehki deli	52	43		13	108
	Skelet	215	78		6	299
Kolčni sklep	Penetrantne	4	1			5
	Nepenetr.	14	9	2		25
Koleno	Penetrantne	60	36	1		97
	Nepenetr.	17	10		25	52
Skočni sklep	Penetrantne	23	28			51
	Nepenetr.	5	15		47	67
Skupaj		1329	979	7	162	2477

⁵⁸ Bratož H.: Spomini partizana II. Borec, Ljubljana 1961, stran 312.

Tabela 13a
Vojne poškodbe spodnje okončine, zdravljene v SCVPB
Lokalizacija poškodbe, način in izid zdravljenja

Lokali- zacija	Stevilo	Zdravljenje				Komplikacije					Izid zdravljenja				
		osnov. kirur.	večje amput.	operac. druge	kron. osteo- mieli- tis	ane- vrizme	teta- nus	lažni sklep	pošk. perif. živcev	plin- ski pri- sad	ozdr. v enoto	v za- ledje	eva- kuiran	umrl	nezn.
Stegno	988	910	21	57	44	3	3	2	12	4	669	76	211	15	17
Golen	785	726	40	19	27		5	4	21	9	519	66	167	14	19
Stopalo															
in prsti	407	373	12	22	10		6			4	240	57	102	6	2
Sklepi	297	258	18	21	12		3		14	3	153	45	82	18	5
Skupaj	2477	2267	91	119	93	3	17	6	47	20	1581	244	562	47	43

Tabela 13b
Vojne poškodbe spodnje okončine, zdravljene v SCVPB
Obseg poškodbe, način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe			Število	Zdravljenje				Komplikacije					Izid zdravljenja				
				osnov. kirur.	večje amput.	operac. druge	kron. osteo-mielitis	anevrizme	teta-nus	lažni sklep	pošk. perif. živcev	plin-ski pri-sad	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl nezn.	
Stegno	Odprte	M. deli	792	754	5	33		2	2		8	3	630	50	94	8	10
		Skelet	180	140	16	24	44	1	1	2	4	1	29	25	113	7	6
	Zaprte	M. deli	1	1									1				
		Skelet	15	15									9	1	4		1
Golen	Odprte	M. deli	534	515	11	8			1		15	4	422	35	61	5	11
		Skelet	196	156	29	11	27		4	4	6	5	48	26	105	9	8
	Zaprte	M. deli	7	7									7				
		Skelet	48	48									42	5	1		
Stopalo in prsti	Odprte	M. deli	95	91		4							92	3			
		Skelet	293	263	12	18	10		6			4	129	54	102	6	2
	Zaprte	M. deli	13	13									13				
		Skelet	6	6									6				
Sklepi	Odprte	Penetr.	153	114	18	21	12		3		10	3	27	37	75	12.	2
		Nepenetr.	72	72							4		59	5	7		1
	Zaprte		72	72									67	3			2
Skupaj			2477	2267	91	119	93	3	17	6	47	20	1581	244	562	47	43

Tabela 13c
Vojne poškodbe sklepov spodnje okončine, zdravljene v SCVPB
Obseg poškodbe, način in izid zdravljenja

Obseg poškodbe			Število	Zdravljenje			Komplikacije				Izid zdravljenja			
				osnov. kirur.	večje amput.	operac. druge	kron. osteomielitis	tetanus	pošk. perif. živcev	plinski pri-sad	ozdr. v enoto	v za-ledje	eva-kuiran	umrl nezn.
Kolčni sklep	Odprte	Penetr.	5	3		2	1		3	1	1	2	1	
	Zaprte	Nepenetr.	25	25							21	1	3	1
Kolenski sklep	Odprte	Penetr.	97	69	12	16	9	1	7	1	7	18	62	8
		Nepenetr.	27	27					4		18	4	4	1
	Zaprte		25	25							23	2		
Skočni sklep	Odprte	Penetr.	51	42	6	3	2	2		1	19	17	12	3
	Zaprte	Nepenetr.	20	20							20			
			47	47							44	1		2
Skupaj			297	258	18	21	12	3	14	3	153	45	82	12
														5



Zasilna dolinska bolnišnica v vasi Novi Tabor pri Črmošnjicah. Foto dr. J. Milčinski, september 1944

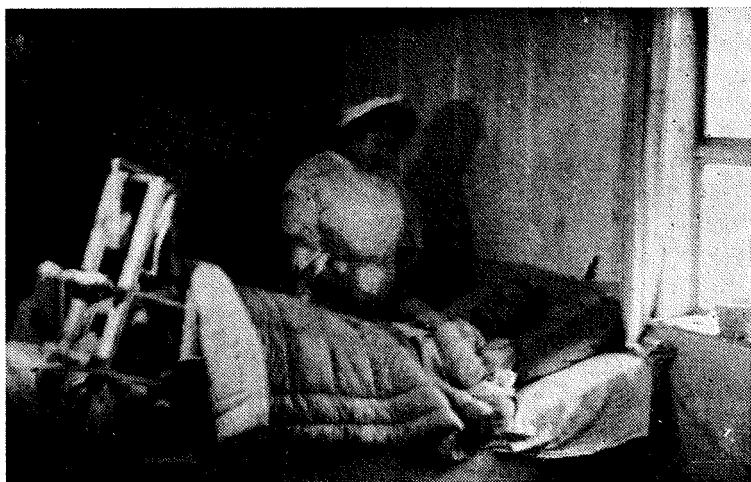
Med vojnimi poškodbami spodnje okončine, zdravljenimi v postojankah SCVPB, je bilo največ poškodb stegna. Vojne poškodbe stegna s strelnim zlomom stegenice so poleg poškodb glave in trebuha pomenile najhujše in najresnejše poškodbe z visokim odstotkom komplikacij in zahtevno in zelo težavno oskrbo.

Opise, kakšen nerešljiv problem je za gverilce predstavljal odprt strelni zlom stegenice, lahko najdemo tudi v zahodni vojni literaturi. E. Hemingway je bil vsekakor dober poznavalec problemov in težav gverilskega bojevanja, saj se je osebno udeležil španske državljanske vojne. V njegovem popularnem romanu Komu zvoni je značilen opis usode diverzanta španske republikanske vojske, ameriškega prostovoljca Jordana, ki je bil na umiku po diverzantski akciji na neki most, od topovske granate ranjen v stegno. On sam in vodja diverzantske skupine, takoj ko ugotovita, da ima prelom stegenice, spoznata, da mu ni pomoči, da je spričo rane zgubljen. Sovražna konjenica jim je za petami, evakuirati ga ni mogoče, jahati ne bi mogel, preostane mu le še, da čim

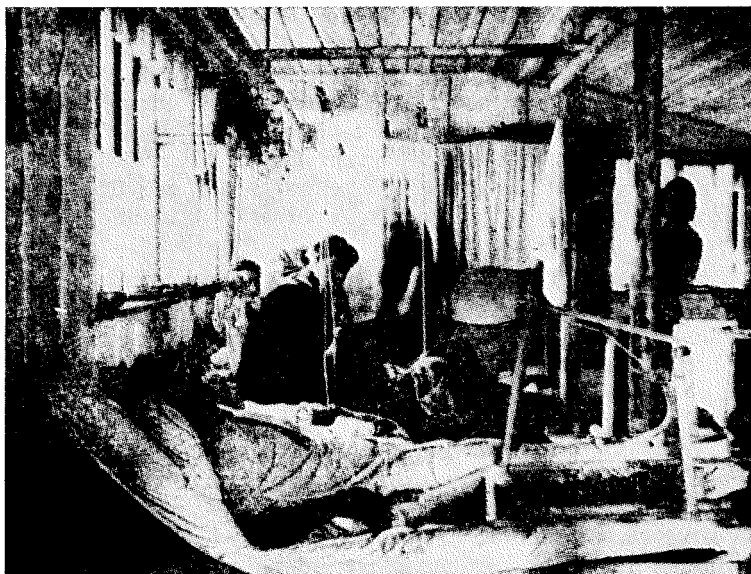
dražje proda svoje življenje. Zahteva strojnico in se pripravi na boj do poslednjega naboja.

Odprte vojne poškodbe na spodnji okončini so v SCVPB zdravili po načelih tedanje vojno-kirurške doktrine odprto. Ud so po kirurški oskrbi ran imobilizirali. Pri zdravljenju so posebno pozornost posvečali preprečevanju razvoja okužbe. Pazili so, da je bila discizija streline zaradi neovirane dre-naže rane zadostna, ranjenci so dobivali sulfonamide, sred-stva za krepitev itd.

Odprta vojna poškodba stegenice je povzročala največ težav pri oskrbi. V prvi konservativni dobi v slovenski par-tizanski saniteti (do začetka 1944) so strelne zlome stegenice zdravili konservativno. Ker so bile rane največkrat zagno-jene, so v bolnišnici skrbeli za neoviran odtok gnoja, izpirali rane z 0,7 promilno Dakinovo raztopino, po potrebi so rane drenirali, napravili eventualno še dodatne reze za odtok gnoja itd. Zlome so v narkozi naravnali in imobilizirali na improvizirani Braunovi opornici z dodatkom Cramerjevih opornic ob straneh. Pri zlomih s skrajšavo so namestili ob-ližno ali manšetno ekstenzijo (stalen nateg z obtežitvijo) na Braunovi opornici. V tej dobi je bilo pri strelnih zlomih ste-gnenice precej kroničnih osteomielitisov (gnojenj v kosti ozi-



Bolnišnica Vinica v Kočevskem Rogu. Foto B. Jakac, september 1944



»Septika«, baraka za ranjence v bolnišnici Zgornji Hrastnik zgrajena februarja 1944. Foto dr. J. Milčinski april 1944

roma v kostnem mozgu). Z začetkom leta 1944, ko so v slovensko partizansko saniteto uvedli moderno kirurško službo in ustanovili divizijske in korpusne kirurške ekipe, se je modernizirala tudi oskrba strelnih zlomov stegenice. Večino teh zlomov so primarno oskrbele že kirurške ekipe. Podrobnosti za moderno doktrino o kirurški oskrbi strelnih zlomov stegenice v tej dobi je na osnovi monografije sovjetskega kirurga Judina o strelnih zlomih stegenice izdelal korpusni kirurg VII. konpusa dr. Martin Benedik.⁵⁹

Po kirurški oskrbi strelnega zloma stegenice je ranjenec v kirurški ekipi dobil transportno ali pa že definitivno terapevtsko imobilizacijo in bil transportiran v partizansko bolnišnico.

Transportno imobilizacijo pri zlomu stegenice so največkrat napravili s tremi Cramerjevimi opornicami (ena je

⁵⁹ Benedik M.: Kirurška oskrba strelnih zlomov stegenice. Rokopis v arhivu IZDG, Ljubljana, fasc. 417.

segala do pazduhe) ali pa z Diteriksovo opornico. Če niso ranjenca že v KE na divizijskem ali korpusnem previja-
lišču definitivno terapevtsko imobilizirali, so ga kasneje v
bolnišnici. V postojankah SCVPB so v tej dobi pri zlomih
stegenice fiksirali ud na Braunovi opornici. Če je obstajal
večji premik prelomljenih delov stegenice s skrajšavo, teh
je bilo največ, so delali vedno ekstenzijo na Braunovi opor-
nici. Za obtežitev so uporabljali vrečke z ustrezno količino
kamenja. Konec leta 1944 in leta 1945 so pri strelnih zlomih
stegenice večkrat dajali tudi mavčeve hlače. Nad rano ozi-
roma nad ranama (vstrelno in izstrelno) so izrezali okence v
mavcu, da so rani lahko kontrolirali.

Rezultati ekstenzij so bili dobri (to metodo še sedaj več-
krat uporabljajo na kirurških oddelkih). Ekstenzije so delali
ali z žebljem skozi skelet ali pa z obližem (elastoplastom).
Zaradi neprijetnih izkušenj (rane zaradi pritiska manšete) so
se manšetnih ekstenzij, če se je le dalo izogibali. Pri eksten-
zijah so tudi pazili na to, da je bila okončina v abdukciji
(nameščena in fiksirana nekoliko vstran od vzdolžne osi te-
lesa). Tako so pri poškodbah v kolčnem sklepu in pri poškod-



Notranjost barake za ranjence v bolnišnici Ajdovec. Oktobar 1944

bah vratu stegnenice dali nogo v blago, pri poškodbah diafize (srednjega dela) stegnenice pa v močno abdukcijo.

V popisih ranjencev s strelnim zlomom stegnenice, ki so bili zdravljeni v postojankah SCVPB, sem med komplikacijami našel 44 primerov (24,4 %), kjer se je razvil kronični fistulirajoči osteomielitis. Večina teh primerov je iz prve »konservativne« dobe, iz leta 1944 in 1945 jih je le 11. V dveh primerih je nastala psevdartroza (lažni sklep — zlom ni zarasel, ampak je na tem mestu ostala gibljivost kot bi bil sklep). Pri 16 (8,9 %) ranjencih s strelnim zlomom stegnenice je bila potrebna amputacija (4 primeri zaradi plinskega prisada, drugi pa zaradi preobsežnega travmatskega uničenja tkiva in poškodb večjih žil, kar je povzročilo odmrtje uda). V enem primeru je bila ugotovljena arteriovenozna anevrizma (kratek spoj med žilo odvodnico in žilo dovodnico), bil je en primer tetanusa in štirje primeri poškodbe perifernih živcev.

Pri ranjencih z vojno poškodbo mehkih delov stegna je bilo potrebnih 5 (0,6 %) amputacij in 33 večjih operativnih posegov (primarni ali sekundarni šiv živca, operativna odstranitev tujkov, revizija globokih ran zaradi zaustavljanja krvavitve itd.). V dveh primerih je bila ugotovljena arteriovenozna anevrizma — oba ranjenca so zaradi nadaljnega specializiranega zdravljenja poslali v južno Italijo — bila sta dva primera tetanusa pri teh poškodbah, trije primeri plinskega prisada in osem primerov poškodb perifernih živcev.

Zaprte zlome stegnenice, ki so nastali pri raznih padcih in skokih (bilo je 15 primerov), so prav tako zdravili največkrat z ekstenzijo, včasih pa v mavčevih hlačah.

Pri vojnih poškodbah na goleni so prav tako kot na stegnu prednjačile poškodbe mehkih delov. Veliko vojnih poškodb goleni je bilo od položenih protipehotnih min, ki so često povzročale travmatsko amputacijo goleni, ali pa so jo v toliki meri raztrgale, da je bila amputacija nujna že pri primarni kirurški oskrbi poškodbe.

Po kirurški oskrbi odprtih vojnih poškodb mehkih delov goleni so v postojankah SCVPB ud imobilizirali na Braunovi opornici oziroma proti koncu vojne v mavcu.

Pri odprtih poškodbah obeh kosti goleni so po kirurški oskrbi rane ud imobilizirali največkrat na Braunovi opornici z dodano Cramerjevo opornico ob strani, ki je segala od zgornje tretjine stegna pa do prstov. Pri razmiku zlomljenih

delov kosti goleni s skrajšavo so delali skeletno ekstenzijo s Schmerzovim (ime avtorja) žebljem skozi petnico ali pa z ekstenzijo z elastoplastom.



Operacija v bolnišnici Jelendol v Kočevskem Rogu. Poletje 1944



Kirurg in instrumentarka končujeta operacijo poškodovane goleni. Bolnišnica Jelendol poleti 1944

Leta 1944 je v zdravljenje vojnih poškodb goleni v postojankah SCVPB uvedel novozelandski kirurg major dr. Lindsay Rogers tako imenovani tobruški mavčev škorenj. Po kirurški oskrbi rane in naravnanju zloma goleni je bila okončina zamavčena in fiksirana v Thomasovi opornici s podstavkom iz Cramerjeve opornice, da se ni zvrčala. Ud je tako povsem miroval in prenašanje ranjenca je bilo lažje in enostavnejše. Rane so ostale več tednov nedotaknjene pod mavcem in so se večinoma lepo celile.

Če je bila zlomljena le golenica je bil postopek enak kot pri vojnih poškodbah kosti goleni. Če pa je bila poškodovana le mečnica, je bil postopek oskrbe tak kot pri ranah mehkih delov goleni (noga je počivala na Braunovi opornici do zacetitve zloma).

Pri terapevtskih imobilizacijah vojnih poškodb goleni so zelo pazili na to, da ni nastala »koničasta noga«, da je bil kot stopala z golenjo 90 stopinj.

Amputacij je bilo pri vojnih poškodbah goleni v postojankah SCVPB napravljenih 40 (pri vojnih poškodbah meh-



Zdravljenje strelnih poškodb goleni s tobruško mavčno obvezo, ki jo je uvedel dr. L. Rogers

kih delov goleni 11 ali 2,1 % od teh poškodb in pri poškodbah skeleta goleni 29 ali 14,9), drugih večjih posegov pa 19.

Od komplikacij se je pri odprtih vojnih poškodbah skeleta goleni v 27 (13,8 %) primerih razvil kronični osteomielitis, v 4 (2,0 %) primerih pa je nastal »lažni sklep« na mestu zloma. Dalje je bilo pri odprtih vojnih poškodbah goleni pet primerov tetanusa, devet primerov plinskega prisada in 21 primerov poškodb perifernih živcev.

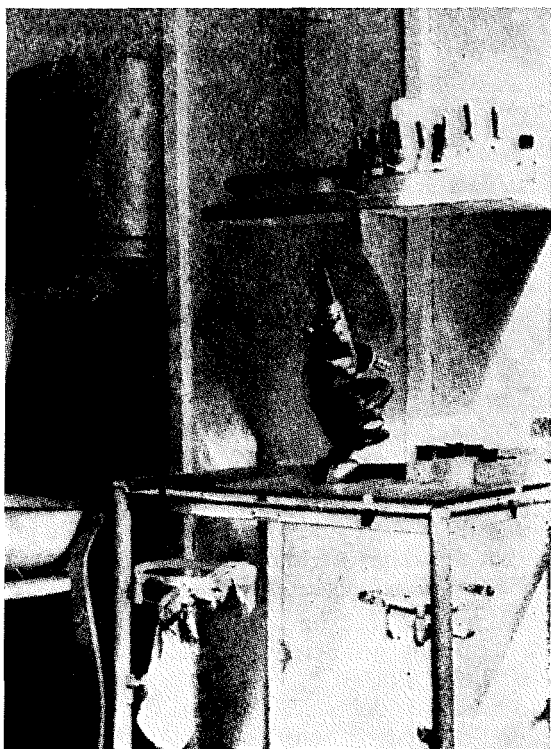
Precej je bilo zaprtih topih poškodb goleni. Zaprtih zlomov goleni je bilo 48. Princip zdravljenja le-teh je bil v bistvu enak kot pri odprtih zlomih (naravnanje zloma in imobilizacija z opornicami, z ekstenzijo ali pa v mavcu).

Princip kirurške oskrbe odprtih vojnih poškodb stopala in prstov je bil kot pri drugih predelih spodnje okončine s poudarkom, da so skušali tkivo stopala kar najbolj ohraniti, da so tako skrajšali dobo zdravljenja. Po oskrbi vojne rane v mehkih delih stopala je ranjenec dobil Cramerjevo opornico, ki je segala od nekoliko pod kolenom, do pete in prek stopala do dva centimetra prek prstov. Prav tako imobilizacijo so

napravili pri odprtih strelnih zlomih kosti na stopalu. Proti koncu vojne so tudi pri teh dajali izrezan mavčev škorenj, če je stanje ranjenca to dopuščalo (če ni imel omrzlin, ali tako okvarjenega uda, da je grozilo odmrtje).

V dvanajstih primerih je bila pri odprtih vojnih poškodbah skeleta stopala potrebna amputacija (razvoj plinskega prisada itd.). V desetih primerih se je razvil kronični osteomielitis, šest primerov je bilo tetanusa pri teh poškodbah in štirje primeri plinskega prisada.

V postojanki Zgornji Hrastnik je vodja te postojanke dr. Janez Milčinski-Peter znanstveno raziskoval razne oblike malignih infekcij (plinskega prisada itd.). To mu je omogočil



Laboratorijski kotiček v bolnišnici Zgornji Hrastnik. Foto dr. J. Milčinski, julij 1944

mikroskop, ki ga je postojanka dobila iz vojnega plena ob kapitulaciji Italije. Opisal je posebno obliko plinskega prisada, ki ga je večkrat opazal pri ranjenih borcih. Ta okužba se je že po klinični sliki razlikovala od klasičnega plinskega prisada. Razlikovala pa se je tudi po povzročitelju, ki ga je opazoval v preparatih iz obolelega tkiva. Povzročitelj je bil grampozitiven in je vselej delal spore že v živem organizmu. Opisano obolenje je dr. Milčinski imenoval Oedema flavum in ga opisal v Partizanskem zdravstvenem vestniku leta 1944.⁶⁰ V SCVPB so se torej leta 1944 ukvarjali tudi z znanstveno-raziskovalnim delom, kar je nekaj edinstvenega v zgodovini sanitetne službe gverilskih vojsk.

Vojne poškodbe sklepov na spodnji okončini, posebno penetrantne poškodbe kolenskega sklepa, so zaradi velikega števila komplikacij in pogostih hudih posledic pomenile težak terapevtski problem.

Pri odprti penetrantni vojni poškodbi sklepa so po kirurški toaleti, reviziji in oskrbi rane sklepno ovojnico primarno zašili, rano nato posuli s sulfonamidnim prahom in jo pustili odprto. Ud so imobilizirali. Ranjenec je poleg seruma proti tetanusu obvezno dobil tudi serum proti plinskemu prisadu.

Poškodbe kolčnega sklepa so po kirurški oskrbi v postojankah SCVPB imobilizirali na Braunovi opornici v rahli abdukciji okončine. Pri poškodbah kolenskega sklepa so delali transportno imobilizacijo s trojno Cramerjevo opornico, terapevtsko v SCVPB pa na improvizirani nizki Braunovi opornici z dodatkom Cramerjevih opornic ali pa z mavcem v malenkostno upognjenem kolenskem sklepu in z izrezanim okencem nad kolenom. Vojne poškodbe skočnega sklepa so imobilizirali z dvema Cramerjevima opornicama, z eno zadaj, z eno pa ob straneh v obliki črke U. Pri primarni kirurški oskrbi vojnih poškodb sklepov so pazili, da niso preveč odpirali sklepovne ovojnice in da so jo kar največ ohranili, da bi se tako izognili neprijetnim in bolečim posledicam zaradi zarastlin v sklepu in deformirajočih brazgotin.

Partizanski način bojevanja je zahteval pogoste nočne pohode in to skoraj vedno po slabih poteh, zato je bilo razmeroma veliko zaprtih poškodb sklepov na spodnji okončini

⁶⁰ Partizanski zdravstveni vestnik, št. 7, str. 13—20.

(zvini, izpahi, zlomi v gležnju itd.). Zdravili so jih z imobilizacijo, po naravnanju seveda, če je bilo potrebno.

Amputacij je bilo v postojankah SCVPB pri odprtih vojnih poškodbah sklepov na spodnji okončini napravljenih 18, od tega kar 12 pri poškodbah kolenskega sklepa. V 12 primerih se je razvil kronični osteomielitis, bili so trije primeri tetanusa, trije primeri plinskega prisada in 14 primerov poškodb perifernih živcev.

Uspehi zdravljenja vojnih poškodb na spodnji okončini v postojankah SCVPB so bili naslednji:

Od 792 ranjencev z vojno poškodbo mehkih delov stegna jih je 630 (79,5 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 50 (6,3 %) začasno v lažjo službo v zaledje, 94 (11,9 %) jih je bilo zaradi nadaljnega zdravljenja evakuiranih, 8 (1,0 %) jih je umrlo, za 10 (1,3 %) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan.

Od 180 ranjencev z odprto poškodbo oziroma z odprtim zlomom stegenice jih je 29 (16,1 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote. Procent je visok glede na resnost poškodbe in težave, v katerih je delala partizanska saniteta. 25 (13,9 %) ranjencev iz te skupine je odšlo v lažjo službo v zaledje, 113 (62,8 %) jih je bilo zaradi nadaljnega zdravljenja oziroma zaradi invalidnosti evakuiranih, 7 (3,9 %) jih je umrlo, za 6 (3,3 %) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan.

Od 15 ranjencev z zaprtim zlomom stegenice jih je devet odšlo z zaraslim zlomom v svoje enote, eden začasno v zaledje, štirje so bili evakuirani, za enega pa izid zdravljenja ni znan.

Od 534 ranjencev z odprto vojno poškodbo mehkih delov goleni jih je 422 (79,0 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 35 (6,6 %) začasno v lažjo službo v zaledje, 61 (11,4 %) jih je bilo evakuiranih, 5 (0,8 %) jih je umrlo, za 11 (2,1 %) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan.

Izmed 196 ranjencev z odprtim zlomom skeleta goleni jih je 48 (24,5 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 26 (13,3 %) v lažjo službo v zaledje, 105 (53,6 %) jih je bilo evakuiranih, 9 (4,5 %) jih je umrlo, za 8 (4,1 %) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan. Od 48 poškodovancev z zaprtim zlomom goleni jih je 42 (87,5 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 5 (10,4 %) začasno v zaledje, 1 (2,1 %) pa je bil evakuiran.

Od 95 ranjencev z odprto vojno poškodbo mehkih delov stopala in prstov jih je 92 (96,8 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 3 (3,2 %) pa začasno v lažjo službo v zaledje.

Od 293 ranjencev z odprto vojno poškodbo skeleta stopala in prstov jih je 129 (44,0 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 54 (18,4 %) v lažjo službo v zaledje, 102 (34,8 %) ranjenca sta bila evakuirana, 6 (2,1 %) jih je umrlo, za dva (0,7 %) pa izid zdravljenja ni znan. Ranjenci z zaprto vojno poškodbo stopala in prstov so vsi odšli ozdravljeni v svoje enote.

Od 153 ranjencev z odprto penetrantno vojno poškodbo sklepov spodnje okončine jih je 27 (17,7 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 37 (24,2 %) v lažjo službo v zaledje, 75 (49,0 %) jih je bilo evakuiranih (invalidi in ranjenci, potrebni nadaljnjega specializiranega zdravljenja), dvanajst (7,8 %) jih je umrlo, za dva (1,3 %) ranjenca pa izid zdravljenja ni znan.

Izmed 72 ranjencev z odprto nepenetrantno vojno poškodbo sklepov spodnje okončine jih je 59 (82,0 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 5 (6,9 %) začasno v službo v zaledje, 7 (9,7 %) jih je bilo evakuiranih, za 1 (1,4 %) pa izid zdravljenja ni znan.

Od 72 ranjencev z zaprto poškodbo sklepov spodnje okončine jih je 67 (93,1 %) odšlo ozdravljenih v svoje enote, 3 (4,2 %) začasno v službo v zaledje, za 2 (2,7 %) pa izid zdravljenja ni znan.

Podrobnejšo lokalizacijo vojnih poškodb sklepov spodnje okončine ter komplikacije pri zdravljenju in izide zdravljenja kaže tabela 13 c.

Odprte penetrantne vojne poškodbe kolenskega sklepa so po izkušnjah vojnih kirurgov zaradi posledic, ki jih zapuščajo, med najbolj kompliciranimi vojnimi poškodbami (»Sorgenkind der Kriegchirurgie« nemških vojnih kirurgov).⁶¹ V postojankah SCVPB je bilo med 97 primeri penetrantnih vojnih poškodb sklepa treba napraviti 12 amputacij (12,4 %), v 9 (9,3 %) primerih se je razvil kronični osteomielitis, v 1 (1,0 %) primeru plinski prisad, 8 (8,2 %) pa je bilo primerov s smrtnim izidom. Žal nisem našel podatkov, koliko je bilo primerov trdega kolena, kot posledic ranitve tega sklepa. Rezul-



Prevoz ranjencev z vozom. Na evakuacijski bazi Srednja vas. Foto B. Jakac, avgust 1944

tati so, lahko rečemo dobri. V nemški armadi v drugi svetovni vojni je bila na primer smrtnost pri penetrantnih vojnih poškodbah kolenskega sklepa 10,4 %.⁶²

Povzetek: V postojankah SCVPB so sprejeli in zdravili 2477 ranjencev z vojno poškodbo spodnje okončine. Od teh jih je bilo 63,8 % (1581) ozdravljenih in spet sposobnih za borbene akcije ter so se vrnili v svoje enote. V 9,9 % (244 ranjencev) pa je zdravljenje uspelo toliko, da so bili sposobni za lažjo službo v zalednih enotah. 22,7 % (562) so jih evakuirali, 1,9 % (47) jih je umrlo zaradi komplikacij med zdravljenjem, za 1,7 % (43) ranjencev pa izid zdravljenja ni znan. Med evakuiranci je bilo 228 invalidov (amputiranci, taki s hudimi statičnimi motnjami, trdimi sklepi, ohromelostjo živcev itd.), in 334 ranjencev, pri katerih je bilo še potrebno specializirano zdravljenje in rehabilitacija. Vojne poškodbe spodnje okončine, zdravljene v postojankah SCVPB, so torej zapuščale hujšo invalidnost v 9,2 %.

Problemu amputacij so slovenski partizanski zdravniki posvečali največjo pozornost. Načelo, ki jih je vodilo, je bilo:

⁶¹ in ⁶² Ring: Zur Geschichte der Militäermedizin, stran 309 in 311.

ohraniti okončino, če je le mogoče, poskusiti najprej z vsemi možnostmi konservativnega zdravljenja in amputirati šele tedaj, če res ni mogoče ohraniti uda. V postojankah SCVPB so pri vojnih poškodbah spodnje okončine napravili amputacijo le v 3,7 %, pri vojnih poškodbah zgornje okončine pa v 1,9 % od vseh vojnih poškodb teh dveh regij. Če pomislimo na resnost in obsežnost nekaterih vojnih poškodb, predvsem minskih in bombnih, in na pomanjkanje zdravil in opreme, na težave pri transportu ranjencev in čas transporta, preden je ranjenec prišel v bolnišnico, potem to res ni veliko. Kako zelo so bili slovenski partizanski zdravniki previdni in konservativni pri odločanju za amputacijo, se nazorno vidi iz tedanje vojno-medicinske doktrine o zdravljenju plinskega prisada in tetanusa. Če so ugotovili plinski prisad, so najprej delali obsežne globoke razbremenilne reze ter dajali serum proti plinskemu prisadu v visokih dozah (50 ml in več dnevno). Nato so opazovali, če se vnetje širi (ud so narahlo prevezali s tanko nitko, ali označili s črnilom spremembe na koži in opazovali napredovanje ali popuščanje vnetja). Šele potem, če po intenzivni terapiji vnetje ni ponehalo, ampak napredovalo, so se odločili za amputacijo. Pri tetanusu so načelno ravnali konservativno (konservativno v smislu ohranitve



Ranjenci in invalidi na evakuacijski bazi Srednja vas čakajo na prevoz na letališče. Foto B. Jakac, avgust 1944

**Dr. Janez Milčinski-Peter, vodja
bolnišnice gornji Hrastnik**



uda). Med popisi ranjencev iz postojanke Zgornji Hrastnik⁶³ je zanimiv primer šestnajstletnega borca, pri katerem se je pojavil tetanus. Bil je z mitraljezom ranjen v stopalo s strelnimi zlomi stopalnih kosti. Rane so se že zlepile, gnojenja ni bilo in poslali so ga v transportno taborišče in določili za evakuacijo. Tam pa so se pri njem pojavili tipični krči in ugotovljen je bil tetanus. Ranjenca so takoj poslali v postojanko Zgornji Hrastnik. Tu mu je dr. J. Milčinski-Peter napravil operativno revizijo rane na stopalu. Ekscidiriral je vstrelno rano in strelni kanal. Odstranil je proste drobce kosti, v globini pod plantarno fascijo v »žepu« strelne rane našel tri koščke usnja od čevlja, jih odstranil, rano široko izrezal, jo izmil z vodikovim superoksidom, nato vanjo nasul sulfonamidni prah in jo seveda pustil odprto. Ranjenec je nato dobival visoke doze seruma proti tetanusu (15.000 enot v žilo, 15.000 enot v mišičje in 15.000 enot v hrbtenični kanal dnevno) ter luminal in morfij za pomiritev krčev. Stanje se je kmalu izboljšalo, znaki tetanusa so izginili in po dvajsetih dneh je bil ranjenec evakuran. Operater je z intuicijo izkušenega vojnega kirurga izbral ustrezen način zdravljenja in ranjencu rešil življenje in, kar je važno, tudi nogo. Kot vidimo, so slovenski

⁶³ Kartoteka ranjencev SCVPB. Arhiv IZDG, Ljubljana, mapa 3.

zdravniki tudi pri okužbi s tetanusom ohranjali ud, žarišče pa izločali z radikalnimi ekscizijami.

Slovenski vojni kirurgi so pri amputacijah mislili že tudi na kasnejši funkcionalni efekt in s tem na skrajšanje dobe zdravljenja in rehabilitacije, zato so delali amputacije z režnji. Giljotinske amputacije po načelih sovjetske vojno-kirurške doktrine, ki so često zahtevale dodatne ponovne amputacije in tudi daljšo dobo zdravljenja, so opuščali. Da bi se izognili komplikacijam zaradi okužbe, so pri amputacijah z režnji te zavihali nazaj, da je bila rana široko odprta. Kasneje, ko ni bilo več nevarnosti za okužbo, pa so z režnji prekrili krn kosti. S tem so dobo celitve krna reducirali na 3 — 4 tedne, medtem ko je pri giljotinskih amputacijah trajala več mesecev. Zasluga za uvajanje te in sličnih metod modernega kirurškega dela v slovensko partizansko saniteto gre predvsem glavnemu kirurgu NOV in PO Slovenije dr. Bogdanu Breclju. Ta je znal kritično oceniti metode dela sovjetskih vojnih kirurgov, jih primerjati z delovnimi metodami angleških kirurgov in izbirati najprimernejše in najboljše ter jih s pisanimi navodili in smernicami kirurškim ekipam, s stalnim poudarjanjem na strokovnih sestankih in konferencah uprave SCVPB ter z osebnim zgledom pri natančno in uspešno izvedenih operacijah uvažal v kirurško doktrino slovenske partizanske sanitete. Priznanje visoki ravni kirurške službe v postojankah SCVPB daje v svoji knjigi *Guerilla Surgeon* tudi major dr. L. Rogers, ko opisuje primer mladega ameriškega letalca, ki je strmoglavil nad Slovenijo in so ga hudo ranjenega, prenesli v SCVPB. Dobesedno pravi: »... Bogdan mu je amputiral nogo in sedaj ima perfekten krn za protezo. Kakšna razlika v primeri z giljotinskimi amputacijami druge...«⁶⁴

12. Omrzline in opekline

a) Omrzline

Poškodbe telesa (lokalizirane ali splošne) zaradi delovanja znižane temperature na telo so v mirnem času izjemne, v vojnem času pa so bile dokaj pogoste v vseh armadah. Nekatere enote nemške armade so bile na primer pozimi 1941/42 v

⁶⁴ Rogers: *Guerilla Surgeon*, stran 159.

Rusiji zaradi okvar po mrazu prav zdesetkane. Tudi partizanski vojski te poškodbe niso prizanašale. V sanitetnih ustanovah NOV in PO Jugoslavije na jugu države je bilo okoli 4 % vseh oskrbovancev zdravljenih zaradi poškodb, povzročenih po mrazu. Znan je Igmanski pohod v januarju 1942, ko je prva proletarska brigada izgubila 14 % svojega moštva zaradi mraza.

V postojankah SCVPB se je po ohranjenih popisih zdravilo 184 borcev zaradi omrzlin. To število znaša 2,6 % od vseh zdravljenih.

Okoli 90 % poškodb zaradi mraza, zdravljenih v postojankah SCVPB, je bilo na spodnji okončini, druge na gornji okončini, ušesih, nosu itd. Vse so bile II. ali III. stopnje.

V tabeli 14 so razvrščene vojne poškodbe zaradi delovanja mraza na telo, ki so jih zdravili na postojankah SCVPB.

Tabela 14
Omrzline, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Število	Zdravljenje				Izid zdravljenja			
	konserv.	amputacije prstov	večje	ozdr. v enote	v za- ledje	eva- kuiran	umrl	nezn.
184	142	40	2	131	27	24	1	1

Zdravljenje omrzlin v postojankah SCVPB je bilo v glavnem usmerjeno v preprečevanje okužbe. Po toaleti omrzline in eventualnem posutju omrzlega dela telesa s sulfonamidnim prahom so napravili sterilni povoj. Ranjenec je dobil serum proti tetanusu in serum proti plinskemu prisadu ter tablete sulfonamidov. Na nekaj dni so omrzline previjali in čakali, da so se demarkirale. Po demarkaciji so odstranili odmrlo tkivo.

Konservativno zdravljenje omrzlin je bilo v 142 (77,2 %) primerih, v 40 (21,7 %) primerih so bile potrebne amputacije prstov in v 2 (1,1 %) primerih amputacija goleni.

Izidi zdravljenja poškodb, povzročenih zaradi delovanja mraza na telo, so bili v SCVPB tile:

70,3 % (121) poškodovancev je odšlo ozdravljenih v svoje enote, 14,7 % (27) jih je bilo odpuščenih v lažjo službo v zaledje, 14,0 % (24) jih je bilo zaradi nadaljnjega zdravljenja

ali kot invalidi evakuiranih, 0,5 % (1) jih je umrlo (splošna ohladitev), za 0,5 % (1) pa izid zdravljenja ni znan.

b) Opekline

Telesnih poškodb zaradi delovanja zvišane temperature v armadah v zadnji svetovni vojni ni bilo veliko, več jih je bilo med civilnim prebivalstvom po bombardiranih mestih. V povojnih lokaliziranih vojnah (Korejska, Vietnam, Srednji vzhod itd.) pa jih je bilo tudi v armadah že mnogo več. O eventualni prihodnji svetovni vojni pa domnevajo vojaški strokovnjaki, da bodo opekline zaradi razvoja modernega uničujočega orožja pomenile glavni problem vojne kirurgije (napalm bombe, nuklearno orožje, laserski žarki itd.).⁶⁵

Opeklina v slovenski partizanski vojski ni bilo veliko. V postojankah SCVPB se je zdravilo 29 ranjencev z opeklinami, kar pomeni 0,4 % od vseh oskrbovancev.

Tabela 15
Opekline, zdravljene v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Število	Zdravljenje		Izid zdravljenja				
	konser- vativno	opera- tivno	ozdr. v enoto	v za- ledje	eva- kuiran	umrl	nezn.
29	29		21	5		1	1

Kot etiološki faktor je bila skoraj pri vseh opeklinah, zdravljenih v postojankah SCVPB, eksplozija oziroma vnetje smodnika in nesreče s signalnimi raketami. Večina opeklina je bila II. ali III. stopnje.

Zdravljenje je bilo v vseh primerih konservativno: toaleta opeklina, vazelinska gaza, sterilni povoj, ukrepi za preprečevanje okužbe itd. Opečenec je obvezno dobil serum proti tetanusu. Dajali so mu infuzije fiziološke raztopine in glukozne raztopine v žilo ter po potrebi sredstva proti bolečinam.

Od 29 ranjencev z opeklinami, ki so jih zdravili v postojankah SCVPB, jih je 21 odšlo ozdravljenih v svoje enote,

⁶⁵ Papo I.: Ratna hirurgija danas, Od nas zavisi, Zdravstveni radnik u odbrani zemlje. Vojno štamparsko poduzeće, Beograd 1959, stran 96.

5 začasno v lažjo službo v zaledje, eden je umrl, za enega pa izid zdravljenja ni znan. Ranjenec, ki je pri eksploziji smodnika dobil opekline II. in III. stopnje po vsem telesu, je umrl zaradi šoka in izgube telesnih tekočin.

13. Obolenja

V tem poglavju je v dveh tabelah podan kratek pregled obolenj, zdravljenih v postojankah SCVPB v vseh treh letih njenega obstoja. Obolenja so razdeljena na tako imenovana »kirurška obolenja«, to je obolenja, pri katerih je bil ali bi lahko bil zaradi narave obolenja potreben kak večji ali manjši kirurški poseg, ter internistična obolenja.

Od skupnega števila 2276 bolnikov, ki so našli zavetje, zdravniško pomoč in vso potrebno oskrbo v postojankah SCVPB, jih je bilo 625 ali 27,5 % takih, ki so zboleli zaradi katerega tako imenovanega kirurškega obolenja, in 1651 ali 72,5% takih, ki so imeli kako internistično ali drugo obolenje.



Drugo pokopališče na Zgornjem Hrastniku. Kočevski Rog. September 1944

a) Kirurška obolenja

V tabeli 16 so razporejena posamezna tako imenovana kirurška obolenja, zdravljena v postojankah SCVPB. Tabela kaže način in izide zdravljenja.

Tabela 16
Kirurška obolenja, zdravljena v SCVPB
Način in izid zdravljenja

Obolenje	Število	%	Zdravljenje			Izid zdravljenja			
			konser- vativno	opera- tivno	ozdr. v v enoto	z ledje	eva- kuiran	umrl	nezi
Lokalizirana vnetja									
in gnojenja	417	66,8	228	189	349	42	19		7
Kile	61	9,8	22	39	39	21			1
Vnetje slepiča	41	6,6	17	24	30	5	4	2	
Krčne žile	26	4,2	26		21	4	1		
Vnetje srednjega ušesa	39	6,2	38	1	25	10	2		2
Osteomielitis (netravmatski)	4	0,6	4		1	2	1		
Hemeroidi	15	2,4	12	3	13	1	1		
Zločeste tvorbe	3	0,5	3				3		
Splav	2	0,2		2	1	1			
Krvavitev iz maternice	17	2,7	17		12	2	3		
Skupaj	625		367	258	491	88	34	2	10

Od kirurških obolenj so v SCVPB zdravili največ raznih lokaliziranih septičnih vnetij in gnojenj [zagnojeni žulji, razna gnojna žarišča (abscesi in flegmone), tvorijo, vraščeni nohti itd.) 189 (45,3%) teh obolenj je bilo zdravljenih operativno, ostalih 228 (54,7%) pa konservativno. Kadar so vojno-taktične razmere dopuščale (ni bilo prevelikega priliva ranjenec), so v postojankah SCVPB operirali tudi kile. V arhivu IZDG sem našel popise 39 bolnikov, večinoma s postojanke Zgornji Hrastnik, ki so jim z uspehom operirali kilo. Bolnike s kilo, ki jih zaradi prenapolnjenosti postojank niso mogli operirati, so poslali v lažjo službo v zaledje in operacijo preložili na ugodnejši čas. Vse operativne rane po operaciji kile so se zacelile primarno brez gnojenja. Lahko trdimo, da do tedaj še v nobeni gverilski vojski niso v skritih bolnišnicah nekaj kilometrov od sovražnikovih zased in položajev z us-

pehom operirali kile in opravljali druge aseptične kirurške operacije. Za uspeh operacije je bila nujno potrebna določena doba mirovanja in intenzivna pooperativna nega. Vse to so imeli operiranci v postojankah SCVPB vedno zagotovljeno. Eden od edinstvenih in veličastnih uspehov slovenske partizanske sanitete je bil, da se ji je posrečilo bolnišnice tako organizirati in skriti, da so imeli operiranci vedno primerno oskrbo in zadosti dolgo pooperativno nego.

Seveda so v SCVPB delali tudi operacije slepičev, če so se med borci pojavila vnetja slepiča. Od 41 primerov bolnikov z vnetjem slepiča je bilo v SCVPB operiranih 24 bolnikov, pri drugih pa se je že razvil peritifilitični absces, tako da takojšnja operacija ni bila več možna in so jih zdravili konservativno. Dva bolnika z vnetjem slepiča sta prišla na zdravljenje prepozno z že razvitim obsežnim vnetjem trebušne mrene in se je obolenje pri obeh končalo s smrtnim izidom.

Zločeste tvorbe so bile ugotovljene tri (dva primera raka na želodcu in en primer na limfnem sistemu). Vse tri so zaradi nadaljnjih preiskav in eventualne operacije oziroma obsevanja evakuirali v južno Italijo.

Izidi zdravljenja drugih bolnikov s tako imenovanimi kirurškimi obolenji so razvidni iz tabele 16.

Večina teh bolnikov — 491 (78,5 %) je bilo odpuščenih ozdravljenih ali tolikoboljšanih, da so bili spet sposobni za službo v bojnih enotah. Začasno v lažjo službo v zaledje jih je odšlo 88 (14,2 %). Zaradi nadaljnjega specialističnega zdravljenja je bilo evakuiranih 34 (5,4 %) bolnikov. Umrli sta dva (0,3 %), za 10 (1,6 %) bolnikov pa izid zdravljenja ni znan.

b) Internistična in druga obolenja ter porodi

Tabela 17 daje pregled internističnih, nalezljivih in drugih obolenj ter porodov v postojankah SCVPB. Patologija je bila raznovrstna. Ker je v NOB šlo za množičen upor vseh naprednih Slovencev proti okupatorju in je bila NOV in PO Slovenije izrazito ljudska vojska, je bilo tudi v borbenih enotah veliko starejših ljudi, katerih zdravstveno stanje ni bilo vselej najboljše; zato je bilo med internističnimi obolenji precej kroničnih bolezni. Izid zdravljenja je bil temu primeren. Za posamezne skupine obolenj so izidi zdravljenja v postojankah SCVPB razvidni iz tabele 17.

Tabela 17
Internistična in druga obolenja, zdravljena v SCVPB, ter porodi

Obolenje	Število	%	ozdr. ali zbolj. v enoto	Izid zdravljenja			
				v za- ledje	eva- kuiran	umrl	nezn.
Prehladna obolenja (pljučnice, angine, plevritisi itd.)	246	14,9	198	24	19	2	3
Bolezni prebavil	165	10,0	97	37	26	1	4
Srčne bolezni	64	3,9	14	33	17		
Revmatizem	254	15,4	149	56	47		2
Bolezni ledvic in sečnih izvodil	103	6,2	42	21	35		5
Obolenje ščitnice (Basedow)	6	0,4	2	4			
Sladkorna bolezen	1	0,1		1			
Avitaminoze	8	0,5	7	1			
Oslablost - Bolezen internirancev	69	4,2	19	37	13		
Trebušni tifus	94	5,7	61	20	7	6	
Pegavica	2	0,1	1	1			
Malarija	36	2,2	22	7	6		1
Davica	38	2,2	33	4			1
Zlatenica	9	0,5	6	3			
Meningitis	1	0,1		1			
Ulcerozni stomatitis in obolenja zob	36	2,2	28	8			
Kožne bolezni	149	9,0	128	16	5		
Spolne bolezni	32	1,9	27	3	2		
TBC pljuč	139	8,4	17	42	76	2	2
Glistavost	2	0,1	2				
Očesne bolezni	28	2,2	11	23	4		
Psihonevroze	48	2,9	19	17	11		1
Ploske noge	5	0,3	1	4			
Nosečnost - mater	53	3,3	1	17	35		
porod novoro- jenčkov	53	3,3		15	35	3	
Skupaj	1651		885	395	338	14	19

Iz skupine internističnih in drugih obolenj, ki so jih zdravili v postojankah SCVPB, je bilo ozdravljenih oziroma izboljšanih in za vojno službo spet usposobljenih nekaj nad polovico vseh bolnikov — 885 ali 53,7 %. Začasno ali za trajno poslanih v lažjo službo v zaledje je bilo 395 (23,8 %) bolnikov. Zaradi nadaljnega zdravljenja evakuiranih je bilo 338 (20,6 %) bolnikov, umrlo jih je 14 (0,8 %), za 19 (1,1 %) bolnikov pa izid zdravljenja ni znan.

Zanimiva je skupina psihonevroz. Zaradi te vrste obolenja se je v SCVPB zdravilo le 48 bolnikov. Če upoštevamo, da so postojanke SCVPB zdravile vse ranjence in bolnike, to je, da so obravnavale vse medicinske izgube iz enot VII. korpusa, nekaj pa tudi iz enot IX. korpusa in enot IV. operativne cone, je to število za tri leta obstoja SCVPB res minimalno. Ameriška armada je na primer v drugi svetovni vojni imela od vseh medicinskih izgub (ranjeni, oboleli) nad 30 % takih, ki so jih za izvrševanje vojne službe onesposobile vojne psihoze in nevroze. Enak odstotek teh obolenj navajajo tudi za britansko in kanadsko armado v drugi svetovni vojni. Po podatkih iz sovjetske Vojno-medicinske enciklopedije je celo sovjetska armada imela od vseh medicinskih izgub 20 % onesposobljenih zaradi psihičnih motenj in po zdravljenju so jih morali kar 15 % odpustiti iz armade.⁶⁶



Matere z dojenčki odhajajo iz bolnišnice Spodnji Hrastnik na letališče. Poletje 1944

⁶⁶ Kandič B. Rat i psihotraume, Od nas zavisi, Zdravstveni radnik u odbrani zemlje. Vojno štamparsko poduzeće, Beograd 1959, stran 126.

Število 48 primerov psihonevroze, ki so jih zdravili v postojankah SCVPB, pomeni komaj 0,6 % vseh oskrbovancev, je torej pokazatelj, ki nedvomno ilustrira visoke moralne borbene kvalitete slovenske partizanske vojske, ki je imela dobro motivacijo in jasno določene bojne cilje.

V publikacijah psihiatrov zahodnih armad iz druge svetovne vojne najdemo navedbe, da mora vsak vojak, ki zdrži 200—300 borbenih dni, nujno reagirati z nevrozo. Za to imajo nazive »psihična izčrpanost borca« in »sindrom starega narednika«. Izkušnje iz NOB pa kažejo, da je mogoče pod določenimi okoliščinami zdržati več kot 300 borbenih dni, ne da bi se pojavili ti sindromi. Važna je bila jasna in utemeljena motiviranost boja. Borci NOV so vedeli, da se borijo za biti ali ne biti, da se borijo za goli obstoj svojega naroda in zato so bili navajeni drugače reagirati na psihične in fizične obremenitve zaradi bojov, saj ni malo prvorcev, ki so vzdržali prek 1200 dni bojov od vstaje pa do osvoboditve.

14. Povzetek

Ker so gole suhe številke včasih najboljši pokazatelj delovnih uspehov, navajam v tabeli 18 izide zdravljenja vseh iz ohranjenih popisov v arhivu IZDG znanih oskrbovancev postojank SCVPB od ustanovitve pa do osvoboditve, to je za razdobje treh let njenega obstoja.

Tabela 18
Oskrbovanci SCVPB — izid zdravljenja

Oskrbovanci	Število	Izid zdravljenja				
		ozdravljen v enoto	v zaledje	evakuiran	umrl	nezn.
Ranjenci	5199	3193	616	1101	179	110
Bolniki	2276	1376	483	372	16	29
Skupaj	7475	4569	1099	1473	195	139

Od vseh ranjencev, ki so bili zdravljeni v postojankah SCVPB, 5199 po številu jih je 61,4 % odšlo ozdravljenih v svoje enote in bilo spet sposobnih vršiti bojne naloge 11,8 % jih je odšlo začasno ali za trajno v lažjo službo v zaledje,

21,2 % jih je bilo evakuiranih, 3,4 % jih je umrlo za posledicami ranitve, za 2,2 % ranjencev pa izid zdravljenja ni znan.

Od obolelih jih je 60,5 % odšlo ozdravljenih ali izboljšanih v svoje enote, 21,2 % v zaledje, 16,3 % jih je bilo evakuiranih, 0,7 % jih je umrlo, za 1,3 % pa izid zdravljenja ni znan.

Povzetek: Od skupnega števila 7475 zdravljenih ranjencev in bolnikov v postojankah SCVPB jih je 4569 ali 61,1 % odšlo ozdravljenih v svoje enote, 1099 ali 14,7 % začasno ali za trajno v lažjo službo v zaledje, 1473 ali 19,7 % jih je bilo evakuiranih in potrebnih nadaljnjega specializiranega zdravljenja ali invalidov, 195 ali 2,6 % jih je umrlo, za 139 ali 1,9 % zdravljenih v SCVPB pa izid zdravljenja ni znan.

Spet usposobljenih za službo v vojski, v operativnih in zalednih enotah, je bilo torej 5668 ranjencev in bolnikov, ali 75,8 %, kar je vsekakor visok odstotek.

Zanimivo bi bilo ugotoviti še, kolikšna je bila poprečna ležalna doba oziroma poprečna doba zdravljenja pri ranjencih, zdravljenih v postojankah SCVPB. Vendar je poprečno dobo zdravljenja posameznih kategorij ranjencev v SCVPB zelo težko realno oceniti. Mnogi ranjenci so bili po ozdravitvi prevedeni med osebje postojank. Datum, kdaj so ozdraveli in prišli med osebje pa ni točno označen, ker so verjetno postopoma začeli z delom že med rekonvalescenco. Na realno oceno poprečne dobe zdravljenja vplivajo tudi evakuiranci — ranjenci s hujšimi kompliciranimi poškodbami, ki so bili zaradi specialističnega zdravljenja evakuirani že kmalu po sprejemu v bolnišnico. Zaradi tega izračunana poprečna doba zdravljenja za posamezne kategorije ranjencev ne bi bila povsem realna.

Račun poprečja iz dosegljivih oziroma iz ohranjenih podatkov pokaže, da je bila poprečna doba zdravljenja pri ranjencih v postojankah SCVPB 52 dni. Ta doba je dokaj visoka zaradi tega, ker so morale postojanke SCVPB zadržati v oskrbi skoraj vse invalide iz prvih dveh let vse do tedaj, dokler ni bila omogočena evakuacija v južno Italijo. Tako so bili nekateri invalidi iz leta 1942 v postojankah SCVPB vse do poletja 1944, ko so jih evakuirali v Italijo. Najdaljša doba zdravljenja je tako znašala 692 dni pri ranjencu oziroma invalidu z amputiranim spodnjim udom.

Pri bolnikih, zdravljenih v postojankah SCVPB, pa je znašala poprečna ležalna doba oziroma poprečna doba zdravljenja 17 dni, torej je bila precej krajša kot pri ranjencih.

IV.

SKLEP

Ker so postojanke SCVPB sprejemale in oskrbovale vse ranjence s področja VII. korpusa, delno pa tudi s področja IX. korpusa in IV. operativne cone, lahko z analizo vojnih poškodb, zdravljenih v postojankah Slovenske centralne vojno partizanske bolnice v Kočevskem Rogu, dobimo nekatere objektivne sklepe o vojnem travmatizmu v slovenski partizanski vojski.

Vojne poškodbe v slovenski partizanski vojski so imele vse značilnosti vojnega travmatizma, ki je karakterističen za gverilske armade. Glede na etiološki faktor je bilo v slovenski vojski največ vojnih poškodb povzročenih z izstrelki lahkega strelnega orožja. V postojankah SCVPB je bilo zdravljenih 2789 ranjencev, ranjenih z izstrelki lahkega strelnega orožja, To število pomeni kar 56,9 % vseh vojnih poškodb. Ranjencev, ranjenih z drobcem eksplozijskega orožja, je bilo 1934 ali 37,8 %. Ranjencev, ranjenih s hladnim orožjem, je bilo 23 ali 0,5 % in ranjencev z zaprtimi topimi vojnimi poškodbami 240 ali 4,8 %. Spričo specifičnih razmer partizanskega bojevanja na Slovenskem so, kot vidimo, v slovenski partizanski vojski močno prevladovale vojne poškodbe, povzročene z izstrelki lahkega strelnega orožja, medtem ko so v drugi svetovni vojni v velikih armadah prevladovale vojne poškodbe, povzročene z drobcem eksplozijskega orožja (v nemški armadi na zahodni fronti je bilo na primer takih kar 74 % vseh vojnih poškodb).

Vojne poškodbe, povzročene z izstrelki lahkega strelnega orožja, so v slovenski partizanski vojski prevladovale na vseh regijah telesa ranjencev razen na glavi (kraniocerebralne poškodbe, poškodbe obraza in poškodbe oči.) Vzrok, da so pri vojnih poškodbah glave prevladovale poškodbe z drobcem eksplo-

zijskega orožja, je bil med drugim prav gotovo tudi v tem, da slovenski partizani niso nosili jeklenih čelad. Svoj delež pa so k temu prispevale tudi značilnosti partizanskega bojevanja. Med topniškim in minskim obstreljevanjem ter bombardiranjem iz zraka se partizani niso mogli zateči v varne fortifikacijske objekte kot na frontah, ampak so morali ves čas budno opazovati sovražnika, da jih ni obkolil in uničil. Glava je bila tako najbolj izpostavljena in so zato na njej prevladovale poškodbe z drobcu eksplozijskega orožja. Druge sprejemljive razlage ni, zakaj naj bi prav ta regija izkazovala drugačen vojni travmatizem kot pa vse druge telesne regije.

Zanimivo je, da je bilo v postojankah SCVPB zelo malo registriranih ranjencev, ranjenih s hladnim orožjem (nož, bajonet, sablja, sekira itd.). Iz tega bi lahko sklepali, da je bilo tovrstnih vojnih poškodb v slovenski partizanski vojski zelo malo. Resnica je verjetno malo drugačna. V številnih spopadih iz bližine partizanov s sovražnikom, v zasedah in napadih na sovražnikove postojanke so bile verjetno tudi med borci slovenske vojske vojne poškodbe s hladnim orožjem. Sovražnik pa ni prizanašal ranjencem in je v spopadih iz bližine, če je bil v premoči in je obvladal bojišče, vse ranjene s hladnim orožjem pobil, še preden se je bolničarkam oziroma bolničarjem posrečilo odvleči jih iz bojne črte.

Lokalizacija vojnih poškodb glede na posamezne regije telesa je bila pri borcih slovenske partizanske vojske podobna tisti pri ranjencih nemške in sovjetske armade. Pri tem se zdi, da značilne razmere partizanskega bojevanja niso imele tolikšnega pomena, da bi bila lokalizacija vojnih poškodb pri partizanskih borcih bistveno drugačna kot pri vojaki frontnih armad. Človek se verjetno precej podobno vede, krije in izpostavlja v napadu ali obrambi, skratka v spopadu večjih frontnih razmer in manjših partizanskih akcij. Pri tem verjetno tudi različne stopnje vojaškega drila oziroma vojaške »izobrazbe«, to je usposobljenosti za boj, nimajo bistvenega pomena. V afektu spopadov na življenje in smrt izbruhnemo na površje atavistični pragoni, ki vodijo in uravnavajo vedenje borca v prizadevanju, da ubije nasprotnika in ohrani lastno življenje. Enako kot nemški vojak je tudi slovenski partizan znal zadeti »v živo«.

Študij ustanovitve, razvoja in delovanja Slovenske centralne vojno partizanske bolnice nedvomno kaže dejstvo, da je

tudi v najhujših razmerah partizanskega bojevanja izvedljivo in možno uspešno organizirati sodobno medicinsko pomoč in oskrbovanje velikega števila ranjenih in bolnih borcev, tako da je zagotovljena njihova varnost in da jih medicinsko dobro oskrbujejo. Iz primera SCVPB vidimo, da je v razmerah partizanskega bojevanja možno zadovoljivo stacionarno oskrbovanje ranjencev in bolnikov na samem bojnem teritoriju oziroma na zemljišču, ki ga stalno ogroža sovražnik. Dobro organizirana partizanska vojska je torej sposobna skrbeti za svoje ranjence in bolnike, pa čeprav nima pravega, varnega zaledja. S preciznimi, daljnovidno preračunanimi in do vseh podrobnosti izdelanimi ukrepi za konspiracijo partizanskih bolnišnic, s požrtvovalnim, neuklonljivim in iznajdljivim sanitetnim osebjem ter vsestransko podporo prebivalstva lahko partizanska saniteta premaguje vsako, na videz tudi nerešljivo oviro in ustvarja nove oblike »zaledja« tam, kjer ga praktično ni. To nazorno kaže primer SCVPB.

Zgraditi sredi sovražnikovih položajev in postojank na samem torišču hudih in uničujočih brezkompromisnih bojev kompleks bolniških objektov z okoli 700 ležišči za ranjence



Transport ranjencev iz bolnišnic IX. korpusa na Notranjsko. Foto E. Šelhaus, avgust 1944

in bolnike in zagotoviti nemoteno in uspešno poslovanje bolniških objektov za dobo treh let do konca vojne je več, kot bi človek lahko štel za mogoče. In vendar je slovenskim partizanskim zdravnikom to uspelo in v tem je veličina in edinstvenost slovenskega partizanskega zdravstva, SCVPB in vseh drugih slovenskih partizanskih bolnišnic.

Že dejstvo, da je slovenska partizanska saniteta praviloma vedno razbremenjevala partizanske bojne enote skrbi za vse ranjence s hudimi vojnimi poškodbami in bolnike ter za vse negibljive lahke ranjence, je velik in edinstven uspeh. Še večji uspeh pa je, da je slovenskim partizanskim zdravnikom uspelo vsem tem ranjencem in bolnikom dati varno zavetje, stacionarno oskrbo in sodobno medicinsko pomoč. Kljub izredno hudim razmeram in pogojem zdravljenja jim je uspelo veliko večino teh ranjencev in bolnikov ozdraviti in jih ozdravljene vrniti bojnim enotam.

Analiza vojnih poškodb, zdravljenih v postojankah SCVPB, kaže, da je slovenskim partizanskim zdravnikom uspelo v izjemno napornih in neusmiljenih razmerah zdraviti vse, tudi najhujše vojne poškodbe po sodobnih metodah vojnomedicinske doktrine. Dalje ta analiza kaže, da izidi oziroma uspehi zdravljenja vojnih poškodb v postojankah SCVPB niso kaj dosti zaostajali za tistimi, ki so jih dosegale moderne vojnosanitetne službe takratnih velikih tako imenovanih regularnih armad. To predvsem vidimo, če statistične rezultate izidov oziroma uspehov zdravljenja vojnih poškodb v postojankah SCVPB primerjamo s tistimi v nemški in sovjetski armadi. Vidimo namreč, da so bili ti uspehi v postojankah SCVPB vsaj enaki, nikakor pa ne slabši. Dokaz za to je statistična primerjava rezultatov zdravljenja penetrantnih kranio cerebralnih poškodb ter penetrantnih poškodb trebuha in prsnega koša.

Tudi probleme zdravljenja hudih obsežnih strelnih prelomov dolgih kosti stegna in goleni so v SCVPB izvrstno rešili z disciplino in skrbno kirurško oskrbo strelin in smotrno izbrano terapevtsko imobilizacijo (improvizirane opornice, razne ekstenzije — direktne skeletne in indirektne z levkoplastom, mavčev povoj itd.). Doktrina oskrbovanja vojnih poškodb kostnega sistema in sklepov v SCVPB je bila za tedanji čas in razmere zelo dobra, kar potrjujejo tudi uspehi.

Po dr. Lunačkovih analizah⁶⁷ se je med štiriletnimi narodnoosvobodilnim bojem Slovencev v vseh slovenskih partizanskih bolnišnicah zdravilo okoli 22.000 ranjenih in bolnih partizanov.

Iz analize ohranjenih popisov ranjencev in bolnikov, ki so jih zdravili v postojankah SCVPB, vidimo, da jih je bilo 61,1 % odpuščenih ozdravljenih v svoje enote, 14,7 % jih je odšlo začasno v lažjo službo v zaledje, 19,7 % jih je bilo evakuiranih, 2,6 % jih je umrlo, za 1,9 % pa izid zdravljenja ni znan.

Poskušajmo to procentualno razmerje aplicirati na število vseh ranjencev in bolnikov zdravljenih v slovenskih partizanskih bolnišnicah in v sanitetnih enotah NOV po vsej Sloveniji. Po takem računu naj bi od 22.000 ranjencev in bolnikov, kolikor jih je po Lunačku imela partizanska vojska, kakih 13.000 odšlo spet ozdravljenih v svoje enote in kakih 3000 začasno ali za trajno v lažjo službo v zaledje. Račun je dokaj verjeten in po njem je torej slovenski partizanski sanitetni službi uspelo okoli 16.000 ranjenih in bolnih borcev NOV in PO Slovenije spet usposobiti za službo v vojski (v operativnih in zalednih enotah). V resnici je bilo to število morda nekoliko nižje. Razmere in pogoji, v katerih so delale partizanske bolnišnice na Štajerskem, Gorenjskem in Primorskem so bile največkrat veliko hujše, kot pa okoliščine, v katerih so delovale postojanke SCVPB v Kočevskem Rogu, kar je seveda vplivalo tudi na izide zdravljenja. Vendar tudi če je število ozdravljenih nekoliko nižje, je še vedno obćudovanja vredno in prepričljivo ilustrira napore in uspehe slovenske partizanske sanitete.

V hudih, vendar veličastnih dneh narodnoosvobodilnega boja, ko se je kalila, razvijala in moderno oblikovala uspešna, odlično in funkcionalno organizirana slovenska partizanska saniteta, so se zbrale bogate izkušnje. Le-te bodo povezane in izpopolnjene z dosežki in izsledki sodobne medicinske znanosti, pomagale če bo treba organizirati sanitetno službo v morebitni bodoči vojni. V lokaliziranem konvencionalnem spopadu ali pa v splošni nuklearni vojni bi imele partizanske akcije na Slovenskem verjetno spet veliko vlogo. Analize delovanja in uspehov slovenskih partizanskih zdravnikov v postojankah SCVPB nazorno in prepričljivo kažejo, kaj lahko v hudih ne-

⁶⁷ Lunaček: Delež slovenske sanitete v NOV, stran 13.

usmiljenih razmerah partizanskega bojevanja stori za ranjence in bolnike dobro organizirana sanitetna služba. Slovenski partizanski zdravniki so nedvomno dokazali, da ni ovire ali težave, za katero ne bi bilo mogoče najti rešitve.

Viri

1. Kartoteka ranjencev in bolnikov SCVPB. Arhiv Inštituta za zgodovino delavskega gibanja, mapa I, II, III, IV, V in VI. (IZDG), Ljubljana.

2. Fascikli št. 157, 222, 302, 355, 356, 357, 359 a, 359 b, 360, 361, 362, 364, 365, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 412, 416, 417, 418 in 484. Arhiv IZDG, Ljubljana.

3. Ljubljana v ilegali, I in II. Državna založba Slovenije, Ljubljana 1961.

4. Partizanski zdravstveni vestnik. Glasilo Sanitetnega oddelka Glavnega štaba NOV in POS, letnik 1944.

5. Slovenski zbornik 1945. Državna založba Slovenije, Ljubljana 1945.

6. Zbornik dokumentov in podatkov o narodnoosvobodilni vojni jugoslovanskih narodov VI, knjiga 3 in 4, IZDG, Ljubljana 1956.

7. Ratna hirurgija I in II, Sanitetna uprava JNA, Beograd 1953.

8. Zbornik dokumenata sanitetske službe u NOR-u jugoslovenskih naroda I in II, Sanitetska uprava JNA, Beograd 1952.

9. Banaitis S. I.: Voenno polevaja hirurgija po opitu Velikoj otečestvenoj vojni. Medgiz, Moskva 1946.

10. Bratož H.: Spomini partizana II, Borec, Ljubljana 1961.

11. Breclj B.: Kako so nastajale partizanske bolnišnice. Poslanstvo slovenskega zdravnika, Slovenska matica, Ljubljana 1965.

12. Carl Franz: Lehrbuch der Kriegschirurgie, Springer, Berlin 1936.

13. Churchill E. D.: The surgical management of the wounded in the Mediterranean Theater at the time of the fall of Rome, Ann. surg., 120, 1944.

14. Debenedetti R.: La médecine militaire, Paris 1961.

15. Derganc F.: Ali več zdravnik svoj dolg, Poslanstvo slovenskega zdravnika, Slovenska matica, Ljubljana 1965.

16. Dragić D.: Bolnice u narodnoosvobodilačkom ratu, Enciklopedija Jugoslavije I, Zagreb 1956.

17. Dragić D.: Sanitetska služba u partizanskim uslovima ratovanja, Vojna biblioteka, Beograd 1965.

18. Favre I. G. R.: *Tactique sanitaire et méthodes thérapeutiques en cas d'afflux massif de blessés*, Revue Internationale des Service de Santé, Paris 1958.

19. Guleke N.: *Kriegschirurgie und Kriegschirurgen im Wandel der Zeiten*, Fischer, Jena 1945.

20. Jarc J.: *Partizanski Rog*, Obzorja, Maribor 1967.

21. Kandič B.: *Rat i psihotraume*, Od nas zavisi, Zdravstveni radnik u odbrani zemlje, Vojno štamparsko poduzeće, Beograd 1959.

22. Kanoni J.: *In memoriam*, Poslanstvo slovenskega zdravnika, Slovenska matica, Ljubljana 1965.

23. Lunaček P.: *Delež slovenske sanitete v NOV in njen pomen za razvoj medicinske fakultete*, Rokopis v arhivu IZDG, Ljubljana, fasc. 417.

24. Lunaček P.: *Kako sem prišel v partizane*, Rokopis v arhivu IZDG, Ljubljana, fasc. 417.

25. Mikuž M.: *Oris partizanske sanitete na Slovenskem*, Borec, Ljubljana 1967.

26. Milčinski J.: *Mednarodno humanitarno pravo in Ženevske konvencije*, Zdravstveni vestnik IV/38, Ljubljana 1969.

27. Milčinski J.: *Mi pa nismo se uklonili*, Poslanstvo slovenskega zdravnika, Slovenska matica, Ljubljana 1965.

28. De Muth W. E. in Smith J. M.: *High-velocity Bullet Wounds of muscle and bone: The Basis of rational early Treatment*, The Journal of Trauma 6, 744, Baltimore 1966.

29. Nikoliš G.: *Razvoj sanitetske službe u našoj Armiji*, Beograd 1945.

30. Nikoliš G.: *Ka pitanju jedinstvene hirurške doktrine*, Vojnosanitetski pregled br. 1, Beograd 1945.

31. Nikoliš G.: *Opšti problemi zdravstvene službe u ratu*, Od nas zavisi, Zdravstveni radnik u odbrani zemlje, Vojno štamparsko poduzeće, Beograd 1959.

32. Papo I.: *Ratna hirurgija danas*, Od nas zavisi, Zdravstveni radnik u odbrani zemlje, Vojno štamparsko poduzeće, Beograd 1959.

33. Pohar E.: *Partizansko zdravstvo na Gorenjskem*, Poslanstvo slovenskega zdravnika, Slovenska matica, Ljubljana 1965.

34. Ring F.: *Zur Geschichte der Militaermedizin in Deutschland*, Deutscher Militaerverlag, Berlin 1962.

35. Rogers L.: *Guerilla Surgeon (a New Zeland Surgeon's War-time Experiencies with the Yugoslav Partizans)*, Collins, London 1957.

36. Small J. M., Turner E. A. in Watt A. C.: *The Management of brain wounds in the forward area*, British Journal of Surgery, War surgery suppl. — No. 1, London 1944.

37. Smirnov E. I.: *Problemi voennoj medicini*, Medgiz, Moskva 1944.

38. Smirnov E. I.: *Sovetskie voennie vrači v otečestvennuju vojnu*, Medgiz, Moskva 1945.

39. Trueta J.: *The Principle and Practice of War Surgery*, Hamish Hamilton, London 1946.

KAZALO KRAJEV, ENOT IN IMEN

A

Afrika — 107
 Ahčin dr. Marjan-Matjaž — 78
 Ambrus — 109
 Armade:
 — ameriška — 168
 — angleška — 73, 80, 83, 105, 107, 125, 168
 — britanska, glej angleška
 — jugoslovanska (sremska fronta) — 87, 104, 105, 125, 137
 — kanadska — 168
 — nemška — 31, 73, 74, 83, 97, 101, 102, 104, 105, 107, 125, 158, 161, 172 173, 175
 — sovjetska — 73, 74, 78, 97, 101, 102, 104, 105, 107, 125, 137, 168, 173, 175

B

Banaitis S. I. — 102, 105
 Bataljoni:
 — udarni Toneta Tomšiča — 14
 — jurišni XVIII. divizije — 66
 Bebler dr. Aleš — 33
 Bela krajina — 20, 23, 59, 63, 135
 Benedik dr. Martin — 12, 42, 51, 66, 148
 Beograd — 15, 83, 106, 163, 168
 Berlin — 11, 31
 Bolnišnice
 partizanske:
 — Ajdovec — 41, 57—60, 63, 71, 80, 142, 149

— Barje — 63
 — Daleč hrib — 34, 42, 52
 — Franja — 20
 — Hrastnik — 36—39, 48
 — Jelenbreg — 34, 36—39, 41, 42, 59
 — Jelendol — 38, 39, 41, 52, 53, 59, 60, 62, 69, 78, 151, 152
 — Jelenžleb — 34, 36—40, 42, 43, 45
 — Kremen — 63
 — Lašče — 36—38, 41, 45, 47, 48, 59
 — Lesen Kamen — 15, 38, 39, 41, 45, 48, 54, 55, 59, 60
 — Nova vas — 40, 56, 86
 — Novi Ajdovec — 57
 — Planina — 19, 20, 41, 49, 59 do 61
 — Pugled — 36—41, 47
 — SCVPB — 10, 20, 32—34, 36—42, 44, 46, 48, 53, 55—65, 68, 70—72, 76—79, 81—90, 92—102, 104, 106, 108, 111 do 132, 134—137, 139—147, 149, 150, 152, 155—176
 — SHVPB — 19, 51
 — SVPB-B (Bobovec) — 63, 71
 — SVPB-E Topolovec — 19, 20
 — SVPB-R — 63
 — SVPB-S — 63
 — Smuka — 94, 95
 — Sošice — 37
 — Spodnje Lašče — 38, 41, 45 do 47, 69
 — Spodnji Hrastnik — 40, 41, 48, 49, 59, 60, 81, 82, 124, 168

— Stari log — 38, 39, 41, 43,
53, 54, 59, 100
— Stari trg — 90
— Škrlj — 40, 48, 52
— Toplice — 40, 45, 56, 57
— Vinica — 36—39, 41, 44, 45,
55, 59, 60, 70, 71, 147
— Zgornje Lašče — 38, 39, 41,
45—47
— Zgornji Hrastnik — 9, 18,
40, 41, 48—51, 59, 60, 62, 68,
71, 74, 83, 84, 91, 94, 98, 109,
138, 148, 154, 160, 164, 165

civilne:

— Emona — 10, 13
— Kanižarica — 23
— Novo mesto — 40
— Polje — 13
— Splošna Ljubljana — 13
— Stari trg — 23
— Trebnje — 23

Bratož Hinko-Oki — 142
Bregant Juga — 43, 45, 47
Brecelj dr. Bogdan — 20, 53,
56, 65, 83, 84, 86, 161

Brigade NOVJ:

— Cankarjeva — 44, 69
— Prešernova — 123
— Prva proletarska — 162
Brod Moravice — 29
Bukova gorica — 48

C

Carl Franz — 11

Č

Čabar — 28
Črešnjevec — 19
Črmošnjice — 40, 57, 60, 118,
146
Črnomelj — 28, 29

D

Daleč hrib — 34, 37, 42, 52
Dalmacija — 20, 23, 74, 117,
125, 139

Deržaj dr. Peter — 57, 131

Divizije:

— I. slovenska — 16
— II. slovenska — 16
— XIV. NOVJ — 16
— XV. NOVJ — 16
— XVIII. NOVJ — 47
Dolenjska — 33
Dragić Djordje — 15, 29

E

Evropa — 74

F

Francija — 13

G

Gerbec dr. Miroslav-Borut —
44
Glavni štab NOV in PO Slove-
nije — 16—24, 25
Gorenjska — 20, 176
Gorski Kotor — 63
Goščinski Boleslav — 66
Gradac — 135
Grossmann dr. Božena-Vida —
48, 49, 81, 82
Grosuplje — 138

H

Hemingway Ernest — 146
Hinje — 66
Hrib — 63
Hrvatska — 72

I

Ihan — 138
Iowa — 68
Italija — 7, 16, 19, 20, 21, 23,
40, 42, 43, 49, 52, 56, 57, 61,
62, 71, 76, 107, 117, 125, 139,
142, 150, 155, 166, 170

J

Jakac Božidar — 28, 29, 40, 47,
49, 60, 70, 100, 136, 147, 158,
159

Jelenica — 37, 54

Jeras Marija — 51, 55, 84

Jerina-Lah dr. Pavla — 12

Jezusova cerkev — 63

Jugoslavija — 7, 8, 162

Južnič dr. Niko — 43

K

Kanc dr. Pavel — 53

Kandić dr. Branko — 168

Kanižarica — 23

Klanjšček Zdravko — 12

Klinc dr. Ladislav — 44

Kočevje — 64

Kočevski Rog — 10, 19, 32 do
34, 36, 37, 39, 43, 44, 46, 53,
58, 59, 63, 64, 94, 95, 147, 151,
164, 172, 176

Komarna vas — 30, 48, 74, 114

Komolec — 41, 57,

Koprivnik — 63

Kordun — 20, 21, 72

Koreja — 163

Korpusi NOVJ:

— sedmi — 16, 18, 24, 41, 51,
58, 61, 63—65, 148, 168, 172

— deveti — 16, 18, 168, 172, 174

Kosanović B. — 88, 105, 107

Košak Martina — 59

Kraigher dr. Emica-Mariča —
42

Kumrova vas — 63

L

Leonov dr. V. T. — 42, 44, 71

Lika — 20, 21, 72

Ljubljana — 7, 8, 10, 12—14,
16, 20, 21, 33, 34, 56, 57, 62,
63, 82, 83, 86, 94, 107, 115, 124,
142, 147, 160

Lokar Mohor — 69

London — 58

Loški potok — 28

Lovšin dr. Janez — 55

Lunaček dr. Pavel-Igor — 10,
21, 23, 31, 33, 34, 41—43, 52,
56, 57, 109, 176

M

Magajna dr. Bogomir — 131

Marinčič dr. Ivan — 117

Martelanc dr. Drago — 44, 49,
54

Maselj dr. Cirila-Mica — 49

Medvešček Dolfe-Šumski — 42

Mihelčič dr. Lojze — 16, 44

Mikuž dr. Metod — 7, 12, 33,
35, 61, 64

Milavec dr. Karel — 45, 46

Milčinski dr. Janez-Peter — 8,
12, 15, 18, 30, 37, 42, 47, 48,
50, 51, 53, 55—57, 59, 80, 84,
86, 94, 109, 118, 135, 146, 148,
154, 155, 160

Mirna — 67

Moskva — 73, 102

N

Nemčija — 7

Nikoliš dr. Gojko — 106

Novak dr. France-Luka — 37,
42, 48, 55, 57, 94, 109, 131

Novi Tabor — 40, 56, 86, 146

Novo mesto — 16, 40

Nordio dr. August — 51, 71

O

Obračunč dr. Rudolf-Cedrik —
38, 41

Odredi NOV:

— Belokranjski — 44

— Notranjski — 44

Operativne cone:

— četrti — 18, 168, 172

— dolenski — 35

Osilnica — 29

P

Papo dr. Izidor — 163

Petelin Stanko — 123

Petit J. John — 68
 Pezdevšek Franc — 55
 Pintarič dr. Ivan — 34, 42, 43,
 45, 46, 55, 57, 78
 Pirnat Niko — 9
 Pišot dr. Václav — 90
 Podgorica — 138
 Podstenice — 34, 40, 45, 52, 54,
 60
 Podturn — 34, 43
 Pogorelec — 34, 43
 Pohorje — 20
 Polje — 13
 Poljska — 66
 Ponikve — 36
 Praproče — 70
 Primorska — 20, 176

R

Ravnihar dr. Božena-Nataša —
 12, 34, 47, 55, 109
 Resa — 38, 54
 Ribnica — 64
 Ring Franz — 31, 73, 83, 101,
 102, 104, 105, 107, 158
 Rogers dr. Lindsay — 42, 58,
 71, 79—81, 124, 152, 153, 161
 Rotar Janez — 138
 Rotar Marija — 138
 Rusija — 162

S

Sanitetni oddelek glavnega šta-
 ba NOV in PO Slovenije —
 17—22, 24, 65
 Scalinci dr. Amilcare — 71
 Senica Franc-Andrej — 42
 Sernec dr. Božena — 49, 53
 Slak Karl — 66
 Slovenija — 7, 10, 11, 13—21,
 29, 30, 37, 63, 71, 72, 76, 81, 85,
 90, 97, 108, 142, 166, 172
 Smirnov E. I. — 73
 Smrečnik — 36, 39, 40, 48, 49
 Srednja vas — 28, 29, 60, 118,
 133, 136, 158, 159
 Srednji vzhod — 163

Stalingrad — 30
 Stari trg — 23
 Stariha Jože — 70
 Staro Brezje — 63
 Suha krajina — 45

Š

Šavelj Marta — 52
 Šegedin dr. Ruža-Meta — 12,
 42, 53
 Šelhaus E. — 23, 174
 Škodlar Črt — 26
 Štajerska — 176
 Štale — 36, 40, 41, 48, 52
 Štrancar dr. Lojze — 44, 47, 55

T

Tavčar dr. Igor — 42
 Terenske apoteke:
 — Bober — 21
 — Planina — 21
 — Plaz — 21
 Tisovec — 33
 Toplice — 40, 45, 68
 Travnik — 44
 Trebnje — 23

V

Varšava — 66
 Venišnik Milan — 38
 Vidmar dr. Boris — 12
 Vietnam — 163
 Vojska dr. Vlado — 78
 Vudler dr. Breda — 54

Z

Zadar — 19, 23, 61
 Zadnik dr. Zvezda — 59
 Zadrski polotok — 76
 Zagreb — 21

Ž

Žaga Rog — 38, 47, 54
 Žumberk — 19, 37, 55, 57
 Župančič dr. Andrej-Mike —
 34, 47

VSEBINA

UVOD	7
KRATEK ORIS RAZVOJA PARTIZANSKE SANITETE NA SLOVENSKEM	13
SCVPB — USTANOVITEV IN RAZVOJ	32
Postojanka Jelenbreg	42
Postojanka Jelenžleb	42
Postojanka Vinica	44
Postojanka Spodnje Lašče	45
Postojanka Zgornje Lašče	46
Postojanka Pugled	47
Postojanka Hrastnik	48
Postojanka Spodnji Hrastnik	48
Postojanka Zgornji Hrastnik	49
Postojanka Škrilj	52
Postojanka Jelendol	52
Postojanka Stari log	54
Postojanka Lesen Kamen	54
Bolnišnica Nova vas	56
Bolnišnica Toplice	56
Postojanka Ajdovec	57
Postojanka Planina	59
STATISTIČNI PREGLED IN ANALIZA VOJNIH POŠKODB ZDRAVLJENIH V POSTOJANKAH SCVPB	65
Vojne poškodbe glave	76
Vojne poškodbe obraza	84
Vojne poškodbe oči	87
Vojne poškodbe vratu	93
Vojne poškodbe prsnega koša	95
Vojne poškodbe trebuha	102

Vojne poškodbe hrbtenice	115
Vojne poškodbe medenice	118
Vojne poškodbe spolnih organov	122
Vojne poškodbe zgornje okončine	125
Vojne poškodbe spodnje okončine	140
Omrzline in opekline	161
Obolenja	164
Povzetek	169
SKLEP	172
VIRI	178
KAZALO KRAJEV, IMEN IN ENOT	181
VSEBINA	185

Knjižnica NOV in POS 44

Ureja komisija za zgodovino
sveta za razvijanje revolucionarnih tradicij
pri predsedstvu republiškega odbora ZZB NOV Slovenije

Predsednik komisije Zdravko Klanjšček

Ivan dr. Kalinšek

ZDRAVLJENJE RANJENCEV V SCVPB

Rokopis je odobrila komisija za zgodovino
na seji 9. decembra 1974

Strokovna recenzenta

Pavla dr. Lah in Zdravko Klanjšček

Lektor Ferdo Fischer

Opremil Vladimir Lakovič

Tehnični urednik

Jože Čertalič

Založila Partizanska knjiga Ljubljana
zanjo Milko Štolfa

Natisnila in vezala tiskarna Tone Tomšič v Ljubljani
aprila 1975 v 1000 izvodih

Klišeje izdelala klišarna »Ljudske pravice« v Ljubljani

Po mnenju št. 421-1/74 Republiškega sekretariata za prosveto in kulturo
je knjiga oproščena temeljnega davka od prometa proizvodov.

- TRETJA PREKOMORSKA BRIGADA
(Radule Butorovič, Albert Klun)
CETRTRA PREKOMORSKA BRIGADA
(Edvin Pervanje, Jože Hočevar)
PETA PREKOMORSKA BRIGADA (Jože Smit, Rado Bordon, Albert Klun)
ARTILERISTI PREKOMORCI (Karel Levičnik)
LETALCI PREKOMORCI (Rafael Perhauc)
TANKISTI PREKOMORCI (Manojlo Babič, Miroslav Luštek)
26. Partizanski odredi na Gorenjskem
JESENISKO-BOHINJSKI ODRED
(Mile Pavlin)
— SKOFJELOŠKI ODRED (Tone Lotrič)
Gorenjski odred
Kokrški odred
27. Partizanski odredi na Primorskem
— Istrski odred
Južnoprimorski odred
— Briško-beneški odred
28. Partizanski odredi na Koroškem
29. Partizanski odredi na Štajerskem
Kamniško-zasavski odred
Pohorski in Lackov odred
Kozjanski odred
30. Partizanski odredi na Dolenjskem
Vzhodnodolenjski odred
— Zapadnodolenjski odred
Dolenjski odred
Belokranjski odred
31. Partizanski odredi na Notranjskem
DOLOMITI V NOB (Rudolf Hribernik)
Notranjski odred

Problemski del »KNJIŽNICE NOV IN POS«:

32. OSVOBODITEV SLOVENSKEGA PRIMORJA (Stanko Petelin)
33. POHOD ŠTIRINAJSTE (L. Ambrožič)
34. KAPITULACIJA ITALIJE IN NARODNOOSVOBODILNA BORBA V SLOVENIJI JESENI 1943 (Tone Ferenc)
35. NACISTIČNA RAZNARODOVALNA POLITIKA V SLOVENIJI 1941—1945 (Tone Ferenc)
36. NARODNOOSVOBODILNI BOJ PRIMORCEV IN ISTRANOV NA SARDINJI, KORZIKI IN V JUŽNI FRANCIJI (Srečko Vilhar, Albert Klun)
37. PEVSKI ZBOR JUGOSLOVANSKE ARMADE SREČKO KOSOVEL (Ivan Jerman)
38. NARODNOOSVOBODILNI BOJ PRIMORCEV IN ISTRANOV V AFRIKI (Srečko Vilhar, Albert Klun)
39. SODELOVANJE SLOVENSКИH IN HRVAŠKIH NARODNOOSVOBODILNIH ENOT 1941—1945 (Stevo Sunajko)
40. PARTIZANSKE TISKARNE NA SLOVENSKEM — OSREDNJE TISKARNE (Jože Krall)
— PRIMORSKE TISKARNE (Jože Krall)
41. PRIMORCI IN ISTRANI OD PREGNANSTVA DO PREKOMORSKIH BRIGAD (Srečko Vilhar, Albert Klun)
42. NARODNOOSVOBODILNI BOJ NA JADRANU IN SLOVENSКИ POMORŠČAKI (Janez Tomšič)
43. ZDRAVLJENJE RANJENCEV V SCVPB (dr. Ivan Kalinšek)

V tisku:

ZIDANSKOVA BRIGADA (Mirko Fajdiga)
ISTRSKI ODRED (Maks Zadnik)

Pripomba: Komisija za zgodovino si pridržuje pravico manjših sprememb v naslovih ali razporeditvi vrstnega reda knjig.

45. - 28

