

ВРХУНСКИ ДОМЕТИ СРПСКЕ ХИРУРГИЈЕ У БАЛКАНСКИМ РАТОВИМА

Миле Игњатовић

Војномедицинска академија, Клиника за општу хирургију.

Сажетак

Увод/Циљ. Утисак је да никада нису довољно промовисани успеси српске хирургије у балканским ратовима. Циљ овог рада је да анализира српско ратно хируршко искуство из балканских ратова (1912–1913).

Методe. Ретроспективно су анализирани доступни подаци о збрињавању повређених у балканским ратовима. Добијени подаци су упоређени и са искуствима других армија из тог доба и каснијим сазнањима. Статистичка анализа података обављена је Стјудентовим Т-тестом пропорција.

Резултати. У балканским ратовима (1912–1913), српски војни губици износили су око 88.000 људи, погинуло је 14.000, рањено је 54.000, а 17.000 умрло од рана и болести (5.000 од колере). Доминирају повреде настале пушчаном муницијом (85%), ређе су експлозивне повреде (14%), а повреде нанете хладним оружјем чине мање од 1% свих повреда. Повреде главе су заступљене са 9%, повреде трупа са 13%, повреде руку са 40,5%, повреде ногу са 37,5%, а повреде трбуха чине близу 5% од свих повреда. У врло кратком периоду, у Првом светском рату, дошло је до промене у карактеру ратне ране са преминацијом експлозивних повреда (73,7%; $p < 0,001$), са чешћим повредама главе (20,9%; $p < 0,05$) и нешто мање повредама руку (17,1%; $p < 0,05$). Хируршке новине до којих су дошли српски хирурзи у балканским ратовима су: активан став према ратној рани, активан став према повредама главе, лица и трбуха, конзервативан став у повредама грудног коша, битне новине у лечењу прелома дугих костију, шав крвних судова, прве описане ратне бласт повреде, значај евакуације и организације хируршког рада итд. За битан напредак у војној хирургији признања су јој одали конгреси у Берлину, Петрограду и Лондону 1913. године.

Закључак. Српска ратна хирургија остварила је врхунске резултате у балканским ратовима.

Кључне речи: Србија; медицина, војна; хирургија, ратна; хирургија, оперативне процедуре; болнице, војне; црвени крст; медицинске мисије.

Key words: Serbia; medicine, military; surgery, military; surgical procedures, operative; hospitals, military; red cross; medical missions, official.

Увод

Прошло је 100 година од балканских ратова. Утисак је да овим ратовима није никад придаван потребан значај, а да све до 2012. године нису посебно ни обележавани. Аутору ових редова често су падале на ум речи Стевана Сремца изречене после бледе прославе стогодишњице Првог српског устанка: „Та да смо слободу добили као слепац маријаш у капу, па би требало лепше прославити. Жалости ме доказ да су наши стари умели умирати за ову земљу а потомци њихови не умеју ни славити...“. Балкански ратови и то доба вредни су анализе и из другог угла: Како су пре 100 година Срби били омиљен народ у Европи, а после 100 година – омражен и сатанизован? Како смо пре 100 година освојили своје Косово, а после 100 година га изгубили? Да ли Срби стварно „прошлост своју добро не познају, о будућности мало мисле“, како каже Михаило Обреновић (1868). Зашто ови ратови нису никад довољно наглашени?

Тек после 100 година српска држава се сетила ових ратова и некако их назначила. Српски санитет, као што је увек пратио свој народ у свим недаћама, и до сада се сећао и обележавао свој рад у балканским ратовима, највише кроз рад Српског лекарског друштва. И ову годишњицу је лепо обележио организовањем значајних стручних и научних скупова, као и публиковањем две значајне монографије о балканским ратовима [1,2]. У те значајне скупове спада и овај скуп Секције за историју медицине у Соко граду. Ипак, утисак је да поједине теме још нису довољно истражене и назначене. Неисцрпна тема је и улога и значај страних санитетских мисија и Црвеног крста у Србији, потом значај и улога жена у овим ратовима, организација збрињавања итд. А осим тога зашто су остали недовољно запажени врхунски домети српске (војне, ратне) хирургије из балканских ратова?

Циљ овог рада је да анализира и истакне успехе и домете српске хирургије која је сматрана водећом у свету после балканских ратова.

Општа историја

Први балкански рат (октобар 1912 – мај 1913) водиле су чланице Балканског савеза: Србија, Црна Гора, Грчка и Бугарска против Турске, уз подршку и потпору Русије. Србија је мобилисала 356.378 људи (300.970 бораца). Једна од одлучујућих битака била је Кумановска (23. и 24. октобра 1912) када су Турци принуђени на повлачење, а српска војска брзо продрла ка Скопљу и Овчем пољу. Нова значајна победа српске војске остварена је 16. новембра 1912. код Битоља. У априлу 1913. српска и црногорска војска у садејству освојиле су Беране, Рожаје, Пећ и Ђаковицу.

Турска је потписала мир 30. маја у Лондону и одрекла се изгубљених територија, уз стварање албанске државе. Србија је у овом рату изгубила 43.000 људи (војни губици: погинули, рањени, заробљени, нестали). Према другим изворима [3]: погинуло је око 5.000 војника, подофицира и официра, рањено је преко 18.000, а 7.000–8.000 умрло је од рана и болести. Према подацима бригадног санитетског ђенерала др Симе Карановића у овом рату је погинуло 3.600, умрло 4.000, а рањено 18.000 војника, подофицира и официра. Према извештају генерала Мишића који је поднео Николи Пашићу, у Првом балканском рату: погинуло је 6.645, рањено 17.949 и било болесно 3.601 војника, подофицира и официра.

Други балкански рат (јун–јул 1913) изазвала је Бугарска нападом на Србију и Грчку, којима се одмах придружила Црна Гора, а касније Румунија и Турска. Србија је мобилисала 372.000 људи. Бугарска је уз подршку Аустроугарске одбијала преговоре са Србијом и Грчком око спорних територија, и на крају се одлучила за рат. Брегалничка битка (завршена 8. јула 1913) је била највећа и најкрвавија битка у српској историји до тада. Бугари су после пораза безуспешно напали Пирот и Књажевац. Операције су прекинуте 31. јула, а уговор о миру потписан је у Букурешту 10. августа 1913, којим се Бугарска одрекла свих спорних територија [4]. Српски војни губици били су 44.500 људи. Према подацима ђенерала др Симе Карановића у овом рату погинуло је 9.000, умрло (од колере) 5.000, а рањено 36.000 војника, подофицира и официра.

Организација збрињавања

Српски војни санитет значајно се повећао од прошлог рата, али био је недовољан. Министар војни у писму српском Црвеном крсту од 29. новембра 1912, пише: „У целој Србији има свега 370 лекара¹, од ових је ратним распоредом одређено 296 за војиште тако, да за позадину остаје свега 74 лекара. Како од овог броја мора да се одузму лекари који су у централној управи (6), лекари који су услед старости и болести сасвим неспособни (8) и лекари, који су давно лекарски позив напустили (3), то за лекарску службу у целој позадини, у грађанству и у војсци, остаје свега 57 – у тај број урачунато је и 16 женских. Са овако малим бројем лекара не би се могла отпављати лекарска служба ни у редовним а камоли ратним приликама“. Велика већина цивилних доктора је мобилисана и у рату је учествовало 296 лекара. Међутим, неки хирурзи распоређени су на највише административне дужности у штабовим, па је трпела хируршка служба на бојишту. Поред тога, за цивилне лекаре је последњи курс из ратне медицине одржан 1897. године², за време грчко-турског рата [5]. Због тога је тадашњи нечелник војног санитета пуко-

1 Сви они нису задовољавали 50% потреба мобилисане војске.

2 Овај податак се често среће, али је нетачан. Последњи војно-санитетски курс за лекаре одржан је 1908. године у време анексионе кризе.

вник др Лазар Генчић у свом предавању у Официрском дому, уочи самих ратова 1912, закључио: „Ми у ствари немамо војни санитарет, већ једну малу групу грађанског лекара обучених у униформи санитарских официра“. Стручна спрема болничара није била на потребном нивоу, а осим тога болничари су се налазили само у дивизијским завојиштима, пуковским превијалиштима и пољским болницама. У позадинским болницама радиле су добровољне болничарке и трећепозивци.

Средства за евакуацију била су недовољна и неприлагођена. Батаљонска рањеничка двоколица („финска“, једноосовинска) била је неподесна за брдско-планинске терене будући лако превртљива, а велика, двоосовинска рањеничка кола која су чинила „дивизијску санитарску колону“, набављена од Црвеног крста, била су велика, гломазна и нису могла да прате дивизијску војну колону [6]. Поново су најјаче коње добили артиљерија, коњица и муницијска комора, а „коњовидне мачке“ једва су вукле санитарска кола³. Због тога, коришћена су често реквирирана сеоска кола, најчешће са воловском запрегом⁴. Добро опремљен санитарски воз из прошлог рата био је очерупан: без грејања, без могућности да се скува чај рањеницима, без медицинског и хируршког вагона. Међутим, по краљевом наређењу, у нишкој радионици овај воз је брзо поправљен. Тако је на пругама нормалног колосека Србија имала три санитарска воза. Значај ових возова био је велики: сваки воз је могао да прими до 400 рањеника, а сва три санитарска воза превезла су више од 11.000 рањеника и сваки је прешао више од 40.000 километара. Овим возовима превожени су и заробљеници, а један од возова је превозио и грчке рањенике између Скопља и Солуна, касније је потпуно уступљен грчкој војсци, заједно са особљем [7]. Значај санитарских возова за брзу евакуацију рањеника до болница у Београду⁵ посебно су истицали хирурзи др Војислав Субботић [8] и др Јулије Будисављевић [9]. Било је и поморских евакуација. У току операција у северној Албанији, из Медове је руски болнички брод „Петербург“ евакуисао 550 српских рањеника и 250 оболелих од пегавог тифуса из две руске болнице које су радиле у Љешу.

Да је организација евакуације битан фактор успешности хируршког деловања, говоре два примера. Др Јулиус (Јулије) Будисављевић (у то време асистент професора Хаберера) у предавању у Инсбруку 1913. године, непосредно после београдског ратног искуства (где „смо могли наше хируршко знање ратним искуствима усавршити“), одушевљен значајем санитарских возова у транспорту рањеника, истиче: „Да се прикаже, како је лагано транспортовање, ако је у близини железница, нека послужи овај пример: после велике битке код Куманова приспео је први

3 Свака дивизија је имала 12 санитарских кола, шест на два точка и шест на четири точка, који су чинила санитарску колону.

4 Воловској запрези требало је пуна два дана од Прилепа до Велеса, а до Битоља три дана.

5 Рањеници из Кумановске битке, рањени 23. октобра 1912, у Београду су били већ 25. октобра, увече!

транспорт од 700 рањеника већ за 36 сати након свршетка битке у Београд. Из Новог Пазара, напротив тек после 5-6 дана, јер се највећи део пута морао преваљати колима (запрежним)“. Др Драјфус, шеф Болнице Црвеног Полумесеца у Солуну (пре тога шеф-хирург Општинске и Хиршове болнице у Солуну) изнео је своја искуства у збрињавању турских војника из Балканског рата 1912. године, у Друштву војне медицине Француске. При том, о транспорту рањеника из исте, Кумановске, битке каже: „Октобра 27, у 4 часа изјутра болница је примила прве рањенике. Они су долазили с битке на Куманову. Путовали су три дана железницом, нису пили ни јели од дана битке, сломљени и изнурени. ... Транспорти рањеника били су онакви какви могу бити у војске која бега. Ни хране, ни неге, нити какве такве санитарске службе. Рањеници су доношени натрпани у вагоне или у кола и, уверен сам да је огромна већина издисала на путу од Куманова до Солуна. За растојање од 250 километара требало је три дана страшнога путовања“ [10,11].

Опрема и средства намењена првој помоћи, опште медицинском и хируршком раду на бојишту, по оцени српских и страних хирурга, била су задовољавајућа. Набављен је и на време подељен холандски Унтермеленов (Untermöhlen) први завој⁶ (по два код сваког војника). Било је довољно удлага за фиксацију фрактура [12] које су махом одговарале својој намени. Нису се показали прикладним за транспортну имобилизацију: гипс и разне импровизације (дашчице, картон, жица и сл) [13].

Санитарска ратна материјална средства, потрошна и непотрошна, била су набављена у потребној количини, али су неравномерно распоређена, често недовољно попуњена и неприкладно пакована (у гломазне сандуке). Велики проблем је био непостојање санитарских складишта, те се често морало долазити у Ниш [14]. Снабдевање храном било је лоше, па је др Михаило Петровић на једном реферисању 1912. године као начелник санитета Моравске дивизије, изјавио: „да се трупа хранила добро, увек кад је није Интендантура снабдевала“. Опрема за превентивну медицинску заштиту, на брзину набављена у Аустрији, била је гломазна за брдско-планинске терене, а апаратима за дезинфекцију воде нико није знао руковати. Размештај, смештај, хигијена и контрола свега тога нису били адекватни, што је и разлог избијања епидемија. У току Првог балканског рата, у српској војсци било је спорадичних епидемија дизентерије, тифуса, рекуренса и пегавца. Велика епидемија колере избила је у бугарској војсци новембра 1912, после судара са турском војском. У српској војсци је избила велика епидемија колере после судара са бугарском војском на Брегалници. Од колере у српској војсци боловало је око 15.000 људи, а умрло је око 5.000 [15]. За гашење епидемије најбитнија су била два фактора: брз противнапад и успех српске војске, пренос ратних операција из долине Брегалнице на планинске терене и кратко трајање рата [16,17].

Ратна организација збрињавања рањеника била је: превијање рањеника на бојишту, брзо извлачење и евакуација у позадинске (резервне) болнице, претежно у Београду.

6 Два повећа јастучића са по две дупле траке.

Српске пољске болнице (по четири на сваку дивизију) имале су санитетског материјала за 100 рањеника (оболела) и под шатором (када се нису развијале у зиданим објектима) простор за 14–16 кревета. Санитетска чета је развијала завојиште, по једно на дивизију, у коме је било: четири лекара, један апотекар, један медицинар и 450 војника болничара, од којих су упућивани болничари у пукове). У сваком пуку било је 1–2 лекара, 56 болничара војника и 64 носиоца рањеника. Сви рањеници су долазили у завојиште. У завојиштима (у зони борбеног дејства) рађени су само хитни оперативни захвати, контрола завоја и имобилизације.

У почетку рата збрињавање рањеника одвијало се у регионалним болницама, школама и прикладним зградама. Од 12. до 25. септембра 1912. активирано је 13 резервних болница са укупно 3.295 постеља, а само у Нишу било је 1.500 постеља. Према првобитној замисли, у Нишу је требало да буде главно санитетско складиште, а војна болница⁷ – централна ратна болница. Међутим, како су померана ратна дејства формиране су и друге болнице. Веће болнице биле су у: Лесковцу (300 кревета), Врању (300), Пироту (200), Чачку (190), Ужицу и Прокупљу (по 150). После ослобађања Скопља, уређиване су и болнице на ослобођеној територији, а према извештају од 7. јануара 1913, највећа и најбоља је била војна болница у Битољу са 560 постеља. За све време рата оформљене су укупно 93 болнице. Децембра 1912. у Београду је радило више од 100 лекара у 24 болнице са око 5.000 кревета⁸. До краја јануара 1913. у Београду је збринуто око 7.000 рањеника.

Жене лекари

Према подацима војног министра на почетку рата у Србији је било 16 жена лекара. Све су мобилисане али нису слале на ратиште. Оне су обављале значајне дужности у резервним и војним болницама, често као једини лекари. У рату је учествовала 21 жена лекар: др Драгиња Бабић (управник и једини лекар резервне болнице у Ваљеву), др Божана Бартош (управник резервне болнице у Краљеву, а од 1913. лекар у заразним баракама у Београду), др Зорка Бркић-Поповић (управник II резервне болнице 1912, а 1913 управник III резервне болнице у Шапцу), др Марија Прита-Вучетић (општински лекар у Београду), др Љубица Ђурић (лекар у Општој државној болници у Београду), санитетски мајор др Марија Фјодоровна Зиболд (Siebold), др Ана Бркић-Милијановић (у војном санитету у Београду), др Катарина Јакшић-Радулашки (добровољац из Сарајева, резервна војна болница у Крагујевцу), др Неда Јовановић (управник резервне војне болнице у Ђуприји 1912, а 1913 управник окружне болнице у Јагодини), др Станислава Јововић (управник сталне војне

⁷ У то време (1895–1926) са називом Моравска стална војна болница.

⁸ Madwin Summers, амерички конзул у Београду, известио је State Department да је у Београду обезбеђен смештај за 14.000 рањеника (?).

болнице у Београду и једно време резервне војне болнице у Ужицу), др Даринка Крстић (лекар у Београду), санитарски поручник др Драга Љочић (лекар у Београду), др Вера Марковић (управник и једини лекар XII резервне болнице, а од маја 1913 лекар опште војне болнице у Београду), др Радмила Милошевић (кћи Драге Љочић, лекар хируршког одељења Опште државне болнице у Београду), др Славка Михаиловић-Клисић (управник резервне војне болнице у Нишу), др Наталија Николајевић-Давидовић (лекар у Београду), др Јелена Попадић (управник и једини лекар резервне војне болнице у Алексинцу и округа), др Надежда Стојановић (управник и једини лекар резервне болнице и града Пирота), др Десанка Стоиљковић (асистент др В. Субботића), др Стака Чубриловић (добровољац из Сарајева, лекар резервне војне болнице у Крагујевцу) и др Евица (Ева) Хаљеца (лекар резервне војне болнице у Нишу).

Стране санитарске мисије

По избијању рата, у Србију су похрлиле многе санитарске мисије из читаве Европе. Већина тих мисија дошла је у организацији Црвеног крста (преко Међународног комитета Црвеног крста у Женеви, а на молбу Српског друштва Црвеног крста). Било је, међутим, доста и лекара добровољаца, који су долазили појединачно а било их је најмање 20. Као појединаца највише је дошло Руса и Срба из ондашње Аустроугарске, али и из других европских држава. Међу њима су били и Ристо Јеремић, Атанасије Пуљо, Миливоје Костић и други. До данас није познат тачан број тих мисија, лекара, хирурга и осталог медицинског особља. Подаци се много разликују, обједињени подаци Црвеног крста нису потпуни, а данас их је врло тешко објединити на основу радова објављених пре скоро једног века. Апроксимативно, једну трећину тих лекара плаћао је српски Црвени крст, трећину њихове националне организације Црвеног крста, а трећина је дошла добровољно, из најдубљих хуманитарних разлога. Мотиви доласка су, ипак, били различити, иако су хуманитарни били основни. Један од битних мотива била је и жеља да се нешто научи, да се обогате властита хируршка искуства. А, у Србији се имало шта научити.

Чланови свих ових мисија и многобројне дипломате у Београду могли су да се увере о хуманом поступању према ратним заробљеницима и рањеницима, који су у Београду су често били у истим собама. Руски, амерички и француски конзул, имали су прилику, дан после изненадног напада Бугара на Брегалници, да посете бојно поље и виде несхватљива унакажења на српским рањеницима: одсечене уши и нос, многобројне прободе бајонетом, спаљивања живих итд. Због тога су овај рат оценили као „*рат за ослобођење, који је дегенерисао у рат за деобу, и на крају у рат за истребљење*“.

У току 1912. године у Србији било је најмање 16 мисија (са укупно око 100 лекара) и то: седам мисија руског Црвеног крста (са 32 лекара, 57

сестара и 89 болничара) [18], швајцарски Црвени крст три мисије [19,20], а по једну мисију имали су белгијски, италијански, британски, аустријски⁹, угарски, чешки, немачки и француски Црвени крст. Не рачунајући руску и швајцарску мисију, остале су имале укупно: 34 лекара, 36 сестара и пет болничара. У току 1913. године у Србији је била 21 мисија и то: по три мисије имали су белгијски, дански, шведски, норвешки и холандски Црвени крст¹⁰, две руски Црвени крст, две мисије су биле америчке [21,22], а по једну мисију енглески и шкотски Црвени крст, са укупно око 85 лекара, најмање 70 сестара и 60 болничара. У оба рата било је око 185 лекара, око 170 сестара и 160 болничара [23].

Мисија руског Црвеног крста била је најбројнија у Србији, а према речима др Егона Фибера (Egon Fieber) и убедљиво најбоље опремљена. Руске мисије су међу првима стигле у Србију и то московска мисија у Београд, а мисија књегиње Јелене Петровне Романове у Врање. Руски Црвени крст у овом рату имао је мисије у: Бугарској (најбројнија), Србији, Грчкој и Црној Гори. Мисија у Србији (Софатеров, Сервиков, Александров и други) врло похвално се изразила о организацији санитарске службе, хируршком раду и уопште збрињавању повређених и оболелих. Др Софатеров, говорећи о тријажи, евакуацији и транспорту рањеника каже: „Док број рањеника стално расте, број медицинског персонала се све више смањује. На бојном пољу глас лекара је глас вапајућег у пустињи“. Мисија у Бугарској (Свитаљски, Стромберг, Новочељников) је организацију и рад бугарске санитарске службе оценила као „немогућу и страшну“, а др Стромберг каже: „Сазнање о важности што хитнијег транспортовања рањеника у добро опремљене пољске болнице, ради предузимања ургентних мера, изгледа да није било у свести многих бугарских војних лекара“. Шеф мисије у Грчкој био је познати научник доц. др Николај Иванович Напалков, који за грчки санитар каже да није био организован нити спреман за рат, да су збрињавање и евакуација били лоши, да је број инфицираних рана био велики. Према речима др Јововића, члана руске мисије, Црна Гора није ни имала санитарске службе, рањенике је износила и лечила родбина. Посебно се истиче мисија коју је водила руска књегиња др Софија Александровна Долгорукова са два лекара и пет сестара. Она је била лоцирана у центру епидемије колере у Кочану и лечила 2.000 болесника (преживело 1.200), заједно с три српске пољске болнице и др Пшиходом из Беча.

Мисија швајцарског Црвеног крста стигла је прва у Београд, пет дана после избијања рата. Мисију је сачекао др Војислав Субботић у

⁹ *Црвени крст из Беча* је упутио мисију на чијем челу је био др В. Гринфелд (V. Grünfeld), аустријски војни лекар. Мисија је радила у новој, модерно направљеној, још не коришћеној згради санаторијума за туберкулозу где је формирана XI резервна болница. У мисији је био и др Егон Фибер (Egon Fieber) и 10 изучених милосрдних сестара. У једној од мисија био је и др Милан Фигартнер.

¹⁰ У једној од холандских мисија Ф. Хијамнс (F. Hijmans), асистент хируршке клинике проф. Ланца (Lanz) у Амстердаму, са екипом која је радила два месеца у резервној болници у III београдској гимназији.

Земуну, а чинило ју је три хирурга са клинике у Базелу: проф. др Фишер (Adolf L. Vicher), др Социн (Christian Socin) и др Штирлин (Eduard Stierlin). Дошли су уз подршку и помоћ свог шефа, познатог хирурга Декервена (Fritz deQuervain). Одмах по доласку др Роман Сондермајер их је распоредио за рад у болници формираној у Војној академији (на месту недавно порушене зграде Генералштаба). Били су једини хирурзи у болници која је већ имала триста рањеника. После месец дана проведених у Београду, на њихово тражење, упућени су у зону борбеног дејства и обишли су све болнице од Ниша до Врања, Скопља, Битоља, Прилепа и Куманова. Своје утиске и запажања Социн је изнео већ 1913. у *Српском архиву за целокупно лекарство*. Друга швајцарска мисија радила је болници у Краљеву, а на њеном челу је био др Ребер (Karl Reber). У Краљеву су затекли у болници 60 рањеника и 40 амбулантно лечених рањеника, без хирурга и инструментаријума. Реберова искуства су врло интересантна. Трећа швајцарска мисија, са читавом болницом радила је у Нишу, где је у једној касарни формирана резервна болница са 1.000 кревета у којој је касније радио др Ребер.

Немачка мисија је била у обе године рата, а први је дошао др Мизам (Mizam) из Берлина са два лекара. Из Берлина су били и проф. Лин (Linn), проф. Золмерс (Solmers) и др фон Гетинген (von Gettingen), а из Келна др В. Гебел (W. Goebel). Вођа једне од мисија био је др Михсам (Müchsam), шеф хирургије у болници Моабит у Берлину, а мисија је радила у Шећерани у Београду и збринула 333 рањеника. Др Гебел је радио у IV резервној болници са др Гетиером (Goetier), а потом са др Гринфелдом (Grünfeld). На састанку Берлинског војно-лекарског друштва 21. фебруара 1913. године и у Берлинском хируршком друштву 3. марта 1913, своја ратна искуства износили су: др Зоч (Sotsch) (о бугарском санитету), др Михсам, др Л. Шлајеп (L. Schleier), др фон Гетинген и др Гебел. Њихова искуства су великим делом заслужна за врхунске оцене рада српске ратне хирургије.

О боравку и раду *америчких мисија* мало се зна и мало је писано. Мисија је организована тек 1913. године и то уз велико лично ангажовање и пожртвованост Самерса (Madwin Summers), америчког конзула у Београду. У то време у Србији је било већ неколико америчких доктора, који су дошли као неплаћени добровољци. Међу њима, највише се истицао и најпознатији је Бенџамин Јаблонс (Benjamin Jablons, 1887–1971), хирург и бактериолог из Њујорка. Покушај Самерса да ангажује хируршке екипе преко Стејт Департмента и америчког Црвеног крста је пропао. Уз помоћ Џексона (John Jackson), америчког министра у Букурешту (задужен за Румунију, Бугарску и Србију) и Лисмана (John Liesman), америчког амбасадора у Берлину, најзад, априла 1913, стигла је из Берлина екипа од осам хирурга из Медицинске резерве америчке армије, које је предводио др Њутон (Avery E. Newton). Одмах је др Роман Сонденмајер половину екипе са Њутоном одвео у Пирот, а другу половину Самерс је одвео у Крагујевац. Међутим, сутрадан се вратила екипа из Пирота, уз образложење да др Њутон има обавезе у приватној пракси, да су услови

тешки, а да остали чланови екипе немају услова за стручно напредовање. Молбе Сондермајера и Самерса нису помогле, као ни заједнички одлазак у Крагујевац. Њутонова екипа се вратила за Берлин. Сондермајер је био изузетно разочаран и у Пирот је телеграфски прекомандовао швајцарску екипу. Сондермајер и Самерс су истицали да је ова мисија „морала да пропадне јер је недостајао хуманитарни осећај. ...Дошли су не са идејом да се уклоне патње и болови рањеника и оболелих, већ да унапреде њихове студије“. Екипа у Крагујевцу је остала и радила, а у њој су били: др Розенкранц (Harry A. Rosenkranz), из Лос Анђелоса, хирург и уролог, асистент професора Гоуана (Granville McGowan), касније председник америчког уролошког удружења) и хирурзи: Џилкрест (Edgar Gillkrest), Венинг (Theodore Wenning) и Бојл (William Boyle). Др Розенкранц је касније прешао из Крагујевца у Ниш.

Из тадашње *Аустроугарске* дошло је више хируршких екипа и појединаца.

Др Атанасије Пуљо (1878–1944) је прешао из Земуна још почетком рата. Радио је у војним болницама у Нишу и Београду и основао прво одељење максилофацијалне хирургије („Одељење за изломљене и повређене вилице“). Изменио је доктринарни став из руско-јапанског рата да се максилофацијалне повреде збрињавају накнадно, после зарастања меких ткива. Бројним публикацијама и излагањима промовисао је нову методу примарног збрињавања ових повреда („балканска метода“ и „балканска клацкалица“) и тиме допринео уздизању српске хирургије на светски врх [24,25].

Др Миливоје Костић (1883–1974) као добровољац почетком Првог балканског рата је радио у Београду, у резервној болници, убрзо је добио дозволу за рад у Скопљу, где је распоређен да ради у пољској болници врло близу линије фронта. Своје искуство је описао „*Рад лекара на завојшту ограничио се на први завој, провизорно намештање фрактура, заустављање крви и најбржу евакуацију у пољске болнице, које су смештене неколико километара иза бојшта. Ту су лекари вршили најнужније операције, правили комплициране завоје и сортирали рањенике*“. У оваквим условима, између осталог, оперисао је седам рањеника (од 14) са фрактуром лобање, урадивши трепанацију и дебридман, и конзервативно лечио 16 рањеника са „пенетрирајућим ранама плућа“, све без смртног исхода. У другом Балканском рату радио је све време у Београду.

Др Ристо Јеремић (1869–1952) први хирург из Босне и Херцеговине, наш познати историчар медицине, културни и јавни радник, почасни доктор Београдског универзитета, прешао је из Сарајева и радио у Београду.

Проф. др Рудолф Једличка (Rudolf Tomáš Jedlička) са екипом од 10 лекара стигао је у Београд убрзо по избијању рата [26]. Поред збрињавања рањеника одржао је више предавања. Београд је напустио крајем јануара 1913, а чешка мисија је све време рата била једна од најбројнијих. После одласка, велики пријатељ српског народа организовао је прикупљање помоћи, па је само једном приликом, преко чешког Црвеног

крста, послао два вагона санитетског материјала. Према белешкама Јулија Будисављевића, проф. Једличка био је у Београду и 1913. године.

Прим. др Ватрослав Флоршиц (Florschütz) дошао је 11. јула 1913. у Београд са својом хируршком екипом из Осијека, уз дозволу Аустроугарских власти и подршку др Алфонса Мужа, управника болнице у Осијеку. У екипи су били др Деановић, инструментарка Елизабета Флоршиц (супруга) и лекар Даниел Минл. Са собом су донели велику количину санитетског материјала коју су прикупили Срби из Осијека. Екипа је радила у тадашњој основној школи у Дечанској улици, где ова екипа завршава организацију XXIV резервне болнице. Као санитетско особље радили су глумци београдског позоришта. Екипа је боравила месец дана (до примирја) и збринула 170 рањеника. Флоршиц у пуној мери промовише своју методу лечења фрактура надколенице екстензијом натколенице у семифлексији. Методу прихватају и српски хирурзи, а од њих на Солунском фронту и француски (*La methode balkanique*) и енглески хирурзи (*Balkan beam, Balkan frame*). Метода је убрзо примењена на клиници проф. Ајзелберга у Бечу, проф. Јирасека у Прагу, проф. Зауербриха у Берлину, а и данас се користе у различите техничке модификације [27,28].

Др Јулије Будисављевић са Хируршке клинике у Инсбруку дошао је у Београд јула 1913, са екипом у којој су били доц. др Саг (Saag), вођа екипе, асист. др Пфанер (Pfanner) и др Ђурица Ђорђевић. Екипу је дочекао прим. др Војислав Субботић. У то време на лечењу у Београду је било око 10.000 (?) рањеника. Екипа је радила у VIII и XXIV резервној болници (у старој и новој згради тадашње Војне академије). Др Флоршиц, који је раније радио у Инсбруку, монтирао је рендген који су раније донели и оставили доц. Тобиашек (Tobiášek) и проф. Једличка. У својим болницама имали су сале за превијања и мање хируршке интервенције, а за веће интервенције др Субботић им је уступао своју операциону салу у Општој државној болници. Поред осталог особља додељени су им и др Јовановић и др Беричић. За време боравка екипа је много сарађивала са руским лекарима проф. Бабасиновим (из Москве), др Муфлом (Muffl) и др Ростовицевим, др Милославићем из Беча, др Едом Шлајмером из Љубљане, проф. Рајхом (Reich) и познатим берлинским хирургом проф. др Клапом (Rudolf Klapp) који је водио Друго хируршко одељење београдске војне болнице [29]. Већ 1914. године др Јулије Будисављевић је опширно изнео своја искуства и запажања, штампаним у *Лијечничком вијеснику* [30].

Др Едо Шлајмер из Љубљане, оснивач модерне словеначке хирургије, радио је у нишкој Окружној болници, са још два доктора и три лекара. За време свог боравка (29. октобар – 8. децембар 1912) збринули су близу 1.300 рањеника. После тога др Шлајмер је отишао за Београд, касније био примаријус хируршког одељења земунске болнице, а своја искуства је изложио већ 1913. године у *Српском архиву за целокупно лекарство* [31].

Многобројне стране санитетске мисије Црвеног крста и посебне хируршке екипе једнодушно су хвалиле топао колегијални пријем, српс-

ку гостопримљивост и захвалност, скромне, али пристојне услове живота. За српске рањенике говорили су да су: снажни, жилави, отпорни, предусретљиви, разборити, доброћудни, стрпљиви, скромни, интелигентни и да је анестезија лака, јер нису алкохоличари.

Све екипе у Београду дочекали су др Роман Сондермајер, који је организовао рад и распоређивао екипе и др Војислав Субботић, који је практично био њихов домаћин у Београду. Др Војислав Субботић, у то време председник Српског лекарског друштва, организовао је 11 састанака домаћих и страних лекара ради наставе, размене искуства и критичке процене примењених метода и поступака у лечењу рањеника. Сви страни лекари изузетно похвално говоре о овим састанцима и организованим посетама другим болницама, јер су само тако могли да виде ретке случајеве рањавања или њихових компликација. Још у Београду су почеле дискусије о изузетно малој учесталости инфекције рана, тетануса и црвеног ветра код српских рањеника. Наиме, према подацима др Субботића, код више од 7.000 рањеника лечених у београдским болницама до краја јануара 1913, еризипел је запажен само код 13 рањеника (сви су излечени), а тетанус код четири рањеника (сви су умрли). Најчешће су прављена поређења са искуствима санитетских мисија у бугарском санитету, где је била неприхватљива учесталост инфекција рана, црвеног ветра, тетануса, ампутација и хоспитална смртност рањеника. Организовани су и велики састанци и конгреси на којима се дискутовало о овим разликама, нпр. велики састанак Берлинског војно-лекарског друштва 21. фебруара 1913, затим Берлинског хируршког друштва 3. марта 1913. и велики конгрес у Петрограду маја 1913. Јединствена оцена тих састанака и конгреса, на основу ратних искустава учесника у рату, била је да је српска ратна хирургија остварила максималне резултате и достигла сам врх у ратној хирургији захваљујући доброј организацији санитетског збрињавања рањеника, брзој евакуацији и, пре свега, правилном приступу у обради ратне ране и каснијем њеном лечењу.

Ратна хирургија

Сви хирурзи пристигли у Београд заступали су мање или више строг конзервативни, асептички приступ у лечењу ратне ране, што је последица Бергмановог учења. Први хирург који у овом рату прелази са конзервативног на активни став у обради ратне ране је др Михаило Петровић и то као хирург у зони борбеног дејства, где је једино и могао да дође до својих сазнања.

Према нашим анализама [32,33], и у овом рату доминирају повреде настале пушчаном муницијом (85%), много су ређе експлозивне повреде (14%), а повреде нанете хладним оружјем чине мање од 1% свих повреда. Повреде главе су заступљене са 9%, повреде трупа са 13%, повреде горњих удова са 40,5%, повреде доњих удова са 37,5%. Повреде трбуха чине близу 5% од свих повреда.

Слични су и налази хирурга страних мисија. Према извештају др Михсама било је 80,4% пушчаних рана, 19,2% експлозивних (гранате, шрапнели) и 0,5% од хладног оружја. Није уочио разлику у повредама код шиљатог и цилиндричног зрна. Било је 20% (10–50% зависно од дужине евакуације) инфицираних рана и 80% неинфицираних. Ватрени је присталица да рана не сме да се тампонира, а да вађење заосталих пројектила треба да се ради само у позадинским болницама и то када праве „*компликације: болови, поремећај функције, гнојење*“. Видео је два еризипела која су излечена. Имао је повреда главе у 7,5%, груди 15,2%, абдомена 6,1% (од 18 повреда само је један умро), урадио је само две ампуације (код 0,7% рањеника).

А, према извештају др Драјфуса, шеф болнице Црвеног полумесеца у Солуну, где су збрињавани 1912. године турски рањеници, доминирале су повреде од пушчаног наоружања са 91% свих повреда, следиле су експлозивне повреде (бомбе, артиљерија) са 9%, а повреде од хладног оружја су биле заступљене са мање од 1%. Др Драјфус наглашава да није видео ниједну склопетарну рану услед дестабилизације и окретања зрна, а претпоставља да је било много више повреда нанетих хладним оружјем, на основу приче преплашених Турака о српским ножевима (бајонету), али да они нису стигли живи до болнице. Турски рањеници су наглашавали и ефекте српских ручних бомби. Дистрибуција повреда по деловима тела била је: глава и врат 13,2%, горњи удови 33,3%, доњи удови 47,4% и труп 6,1%. Абдоминалних повреда било је 4,9% од свих повреда.

У почетку овог рата доминирао је конзервативни приступ рани, а на самом Утермеленовом првом завоју је писало „*не дирај рану*“. Поступало се по свим принципима асепсе и антисепсе, али др Михаило Петровић пише: „...из очекиваног става прешли смо у активнији, јер смо видели, да ако не отварамо и не проширимо само погођено место, може да се јави ретенција. Овде нам више није био од користи асептички Утермеленов завој... ране нису долазиле у најбољем стању, мада се још код нас ни тада не јавља нигде гасна флегмона, која се тако често јављала у европском рату“. Ране су испиране 2% карболном киселином, инфициране са већом концентрацијом или се користио јод и јодоформ-газа. Управо у Србији, али у српско-бугарском рату 1886. год промовисана је примена јодоформа у лечењу ратних рана [34].

Значај дренаже ратне ране који је истакао др Михаило Петровић прихватили су и други хирурзи (др Фибер¹¹, др Михсам и др) истичући да ране не треба никад тампонирати, да морају бити добро обрађене и широко отворене. Др Михаило Петровић је истицао да је неопходно скратити време евакуације, ми бисмо данас рекли време до примарне

¹¹ Др Егон Фибер истиче добар асептични приступ рани од стране српских хирурга на бојишту (као знак добре аустријске школе), значај добре пољске хирургије, да је било мало инфекције рана јер се ране нису тампонирале, „*еризипела и тетануса у Београду је било мало, а 'Ruouapeus' је био бенигне нарави*“. Фибер има строг конзервативни, асептични приступ.

обrade ратне ране. Тај став прихватају и други хирурзи доказујући да је то битан фактор учесталости инфекције ратне ране¹², појаве септичних компликација, учесталости ампутација и смртности.

Много дискусија међу хирурзима, у време ових ратова, било је о новоуведеним мецима у Турској војсци са шиљатим врхом, претенциозно названим „хуманим мецима“, јер наводно изазивају мања оштећења него муниција са затупастим (заобљеним) зрном. Руски ратни хирурзи су дошли до закључка да ови изазивају много већа оштећења, нарочито на костима, цревима и крвним судовима. Дискусије је прекинуо др Михаило Петровић доказујући да нема битне разлике у тежини ране нанетих једним или другим зрном. Његово мишљење први је подржао др Војислав Субботић, а такво мишљење имали су и други хирурзи у Београду: др Михсам, др Ребер, др Гебел¹³ и др. Одмах, почетком рата др Михаило Петровић описао је тешке, мутилантне ране нанете пушком у борбама са Арнаутима. Разјаснио је и њихову „етиологију и механизам дејства“. Ране су наносене старим француским пушкама „мартинкама“ („мартиначе“) или још старијим пушкама острагушама. Ране су биле изузетно тешке не због тих пушака, него због муниције која је коришћена, звана „синцирлија“: два зрна у једном метку, поређана једно иза другог и међусобно повезана ланчићем, која су летела паралелно, и данас бисмо рекли, при удару ослобађала одједном велику енергију.

Већ у овом рату, активан приступ при повредама трбуха има др Михаило Петровић [35], а код повреда главе и др Леон Коен [36]. Активан став у овим повредама био је забрањен код већине великих армија и у Првом светском рату, а хирурзи су их тешко прихватили и у Другом светском рату. Др Петровић истиче и: „...трепанисање сваког случаја, без довољно разлога, не би се могло оправдати, јер најзад, за индивиду-у не може бити свеједно, да ли има на глави вештачку фонтанелу или не“, а „...код трбушних повреда има да се врши пошто по то хируршка интервенција јер је то оправдано и логично, пошто се само тим начином болесник може избавити и утврдити, да ли има перфорација или не?“ и истиче да се операција мора урадити у периоду краћем од 12 часова од повређивања. Др Коен је у балканским ратовима урадио 50 трепанација и дебридмана код повреда главе са смртношћу од 16%. Резултати се само могу упоредити са Барњијевим [37] и Кушинговим (Cushing) из Првог светског рата [38].

За повреде груди прихваћен је став о конзервативном лечењу који је постављен у руско-јапанском рату.

Др Никола Крстић у предавању одржаном у Reunion des chirurgiens des alliés у Солуну, поред истицања радова др Војислава Субботића, истиче да су у зони борбеног дејства (на завојишту) у неколико наврата урађене сутуре и анастомозе крвних судова Кареловим шавом, годину

12 Др Гринфелд је истакао да су флегмоне биле чешће после Битољске битке, услед дужег транспорта, али истиче и одличне резултате конзервативног лечења.

13 Према извештају др Гебела, пушчана зрна су често налажена у телу рањеника у обрнутом положају, али без разлике у односу на облик зрна.

дана пошто је Алексис Карел (Alexis Carrel) добио Нобелову награду за свој експериментални рад на васкуларним анастомозама. Без обзира на (не)функционалност тих анастомоза, ово је сигурно прва примена шави крвног суда у ратној хирургији.

Значај рада прим. др Војислава М. Субботића у васкуларној хирургији, у овом рату, сврстао га је међу великане светске (војне) хирургије. Иако је код нас критикован као „београдски хирург“ (хирург који нема значајног ратно-хируршког искуства са повредама у зони борбеног дејства) [39], он је, радовима објављеним у *Ланцету* (*Lancet*) [40] и код нас [41,42], и иступом на Међународном конгресу у Лондону 1913. године, обезбедио завидно место нашој ратној хирургији. На овом конгресу у Лондону, у хируршкој секцији, на сесији „Хирургија артеријског система“, чувени Матас (Rudolph Matas) је рекао: *„Др Субботић је начинио правовремени и највреднији допринос хирургији ратних повреда крвних судова. Балкански рат му је омогућио ретку прилику да опсервира васкуларне повреде задобијене модерним војним оружјем, и потпуковник Субботић извештава о свежем искуству са бојних поља, са пуним убеђењем, да би овај протекли рат, да се догодио у близини добро опремљених хируршких центара, такође, пружио велику могућност за изучавање најнапреднијих метода лечења повреда крвних судова. Извештај показује да Балкански рат није био изузетак и да су васкуларне повреде, посебно артеријске и артериовенске анеуризме, нарочито истакнуте у модерној војној хирургији, и да морају бити предмет највеће пажње данашњег војног хирурга. Један од карактеристичних података из овог извештаја је да је сутура (циркуларна и латерална) чешиће коришћена у Балканском рату него у било ком претходном. Судећи и по статистици др Субботића, успех хирурга његове екипе у Српској војној болници у Београду далеко премашује оне које су остварили војни хирурзи у претходним ратовима...“* [43,44]. Резултати Војислава Субботића из 1912. године [45,46], начињени непосредно након Карелових експерименталних радова [47], нису превазиђени нигде у свету ни у Другом светском рату, а први покушаји су начињени тек у Корејском рату [48,49]. До радова Војислава Субботића у лечењу трауматских анеуризми примењују се поступци Антилуса и Филагиуса из III и IV века. Такође, мало је познато да су на Субботићев предлог замењени називи „*Varix aneurysmaticus*“ и „*Aneurysma varicosum*“ са „*Aneurysma arterio-venosum directum*“ и „*Aneurysma arterio-venosum indirectum*“, које данас срећемо у свим светским уџбеницима васкуларне хирургије [50]. Норман Рич (Rich), кога можемо сматрати оснивачем модерне ратне васкуларне хирургије, у сваком свом раду истиче допринос др Војислава Субботића светској ратној васкуларној хирургији. Не може се објаснити, зашто нису раније искоришћени фантастични Карелови експериментални и клинички радови на васкуларним анастомозама, за које је и добио Нобелову награду 1912. године? Ни 40 година после тих радова, у Другом светском рату, од 2.471 повреде артерија код америчких војника, репарирана је само 81 повреда! Не може се објаснити ни зашто нису искоришћени

изванредни, запажени и признати радови др Војислава Субботића на васкуларним анастомозама у балканским ратовима. После великог успеха приказивањем својих резултата у Лондону 1913. године, др Субботић је у току 1916. године, после изгнанства из Србије¹⁴, одржао много предавања о својим резултатима у Француској, Белгији, Енглеској и Египту [51,52].

Др Лазар Генчић, начелник санитета и хирург, после ових ратова је оценио: „Хируршки део свог задатка тј. брзо указивање прве помоћи рањеницима, њихово прикупљање и спремање за брзи транспорт и евакуацију у позадину, њихово размештање у болницама, добро спремљеним за даље хируршко лечење, српски војни санитет је у Првом балканском рату свршио доста добро, и то уз припомоћ многобројних страних лекарских мисија и хирурга“.

Оваква оцена др Генчића, на први поглед врло похвална, у ствари је превише скромна. У Балканским ратовима српска ратна хирургија избила је на сам светски врх и постала водећа са својим ставовима, методама, поступцима и погледима. За то морамо захвалити пре свега др Михаилу Петровићу и др Војиславу Субботићу, али и др Леону Коену, др Николи Крстићу, др Јордану Стајићу [53,54], др Чеди Ђурђевићу [55], др Соломону Алкалају, др Ђорђу Нешићу и многим другим [56] ученицима велике школе Михаила Петровића и Војислава Субботића.

Хируршке школе др Михаила Петровића и др Војислава Субботића дефинисане су њиховим различитим животним путевима и разликама њихових личности. Оне се само на први поглед разликују. Уосталом др Михаило Петровић је најбољи и најталентованији ученик др Субботића, који је ту школу само надоградио нечим њему својственим. Др Војислав Субботић се поуздао у своје велико знање, проицљивост и аналитичко размишљање о сваком болеснику, о свакој дијагнози. Био је присталица постављања тачне преоперативне дијагнозе и јасних индикација, а велики противник тзв. дијагностичких експлоративних лапаротомија, које је називао „пробаторија“. Др Михаило Петровић је истицао постојање хируршког инстинкта, али није олако радио ниједан оперативни захват, а сваки исход болести и лечења је најозбиљније анализирао. По угледу на свог учитеља много је и знао. Уосталом да ли уопште постоји хируршки инстинкт (или хируршка интуиција) или је он последица наталоженог великог знања и искуства? Велике дилеме у хирургији су и мудрост хирургије: Да ли оперисати? Када оперисати? Како оперисати?...

¹⁴ Прим. др Војислав Субботић прошао је сву голготу Првог светског рата и повлачења преко Албаније, а затим, као резервни пуковник српске војске, заједно са др Михаилом Петровићем, учествовао у пробоју Солунског фронта и победоносном повратку у Београд. На упорна убеђивања др Михаила Марковића да напусти Солунски фронт због болести срца, пуковник др Војислав Субботић, после обиласка српских војника на самој линији фронта, одговорио је: „Атисе, наши су војници дивови – мученици. Ја остајем овде да им се одужим колико могу“. Др Војислав Субботић је уживао несумњиво поштовање од свих водећих светских хирурга, али највеће поштовање успео је да задобије као члан српске владе на Интералијалној конференцији у Паризу, када је заступао наше интересе.

Полагање наде и веровање у хируршки инстинкт, поготову без довољно медицинског и хируршког знања, трагично је за хирургију и хирурга, а погубно за болеснике. Ако се сложимо да постоји хируршка мудрост, онда је неки хирурзи имају, неки је стекну рано, неки касније, а неки је никад немају. Велики хирурзи то могу назвати како хоће, јер они су једноставно велики.

Српски ратни хирурзи, захваљујући богатом искуству из балканских ратова, спремно су ушли и у Први светски рат. Неприкладан први завој, замењен је Есмарховим првим завојем, који је био много једноставнији за постављање. Активни став у односу на ратну рану промовисан од др Михаила Петровића, прихватио је и др Војислав Субботић који пише: „Консервативна терапија показала се као недовољна, све смо више били упућивани на активно хируршко лечење. То је сада био ‚септичан рат‘. ...услед нагомилавања рањеника, многих артилеријских повреда, позиционе борбе на загађеном земљишту, повлачења и других отежавајућих околности, почели су се јављати случајеви са мање више тешким компликацијама: гасним флегмонама и гангренама, тетанусом и другим инфекцијама рана. Повреде су биле силне, веома многобројне... Компликације су биле веома честе, страшне, умирање је било поражавајуће“. Очигледно променио се и карактер ратне ране. Доминирале су сада експлозивне ране. Њихова учесталост је била статистички високо значајно већа него у Балканским ратовима (14% : 82,5%; $p < 0,001$). Такође, значајно се повећала учесталост повреда главе (9% : 20,9%; $p < 0,05$), а смањила учесталост повреда руку (40,5% : 17,1%; $p < 0,05$). Поред свега, описане су тешке повреде пушчаном муницијом, начињене забрањеним експлозивним мецима [57].

У Првом светском рату је динамичан преображај схватања карактеристика ратне ране чији се карактер променио за непуних годину дана. На неопходност активног става у лечењу ратне ране указали су српски ратни хирурзи још у балканским ратовима, то је био закључак и великих конгреса у Паризу (1917) и Бриселу (1915) у току Првог светског рата, али мишљење хирурга се тешко мењало. Немци су и у Други светски рат ушли са конзервативним ставом у лечењу ратних рана и платили су високу цену.

Српско ратно хируршко искуство, у овом периоду изузетно је богато. Српска ратна хирургија у свим ратовима на највишем нивоу је пратила своју нацију. Најчешће у немогућим условима и подносећи највеће жртве достигла је светски врх. Многи светски хирурзи су долазили у Србију јер „*ту се имало шта научити*“.

Међутим, врхунски резултати српске ратне хирургије из балканских ратова, нису били довољно запажени из више разлога: непосредно се надовезала општа катаклизма светског рата и српска национална катастрофа; затим, дошло је до промена карактера ратне ране због промена у војној техници и тактици. Не би требало заборавити ни скромност твораца доктрине и тежње савезника за доминацијом. Наиме, иако су одлично били упознати са могућностима српске војне хирургије, уз

велика противљења формирана је само једна српска болница и то тек пред пробој Солунског фронта (Прва пољска хируршка болница у Драгоманцима).

Можемо само да пробамо да сумирамо хируршке новине до којих су дошли српски хирурзи у балканским ратовима: активан став према ратној рани, активан став према повредама главе, лица (и чељусти) и трбуха, конзервативан став у повредама грудног коша, битне новине у лечењу фрактура дугих костију, шав крвних судова, прве ратне бласт повреде (званично први пут, описане су у Балканском рату, мада их срећемо један век раније у бици на Чегру), значај евакуације и организације хируршког рада итд. Организовани су и велики састанци и конгреси на којима се дискутовало о разликама у збрињавању рањеника, нпр. велики састанак Берлинског војно-лекарског друштва 21. фебруара 1913, затим Берлинског хируршког друштва 3. марта 1913. и велики конгрес у Петрограду маја 1913. Јединствена оцена тих састанака и конгреса, на основу ратних искустава учесника у рату, била је да је српска ратна хирургија остварила максималне резултате и достигла сам врх у ратној хирургији захваљујући доброј организацији санитетског збрињавања рањеника, брзој евакуацији и, пре свега, правилном приступу у обради ратне ране и каснијем њеном лечењу.

Литература

- [1] *Недок АС*. Балкански ратови 1912–1913. Рад српског војног санитета. Београд: Медија центар „Одбрана“; 2012.
- [2] *Поповић Б, Тодоровић В (уредници)*. Српски војни санитет у балканским ратовима. Београд: Медија центар „Одбрана“; 2012.
- [3] *Stanojević V*. Rad našeg saniteta u Balkanskom ratu 1912. i 1913. godine. U: 700 godina medicine u Srba. Beograd: Srpska akademija nauka i umetnosti; 1971. str. 218–26.
- [4] *Luković J*. Balkanski ratovi 1912–13. U: *Gažević N*, gl. urednik. Vojna enciklopedija. Drugo izdanje. Tom 1. Beograd: Redakcija vojne enciklopedije; 1970. str. 449–58.
- [5] *Nikolić ĐJ*. Naš vojni sanitet u balkanskim ratovima. U: *Stanojević V*. Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. p. 252–85.
- [6] *Petrović M*. Iz mojih ratnih iskustava (1912–1918. g.). Vojno-Sanitetski Glasnik 1930: 1: 1–21.
- [7] *Petrović M*. Sanitetski vozovi u ratovima 1912–18. U: *Stanojević V*. Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 763–771.
- [8] *Subbotić V*. Ratno-hirurška iskustva u ratu 1912. U: *Stanojević V*. Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 241–6.

- [9] *Budisavljević J.* Pod Crvenim Krstom. Ratno-hirurški prilozi. Predavanje održano 1913. u „Wissenschaftl. Aerztegesellschaft.“ Arhiv IVMNID VMA Beograd, 276-R (11 kucanih strana).
- [10] *Milićević M.* Stranci u našem vojnom sanitetu u balkanskom ratu. Arhiv IVNMID VMA Beograd, 275-R (14 kucanih strana).
- [11] *Ignjatović M.* O vojnoj i ratnoj hirurgiji. *Vojnosanit Pregl* 2003; 60(3): 267–72.
- [12] *Nešić Đ.* Bolnica u Dragomancima i njene improvizacije. U: *Stanojević V.* Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 814–8.
- [13] *Socin H.* Opaske o srpskoj sanitetskoj službi. U: *Stanojević V.* Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 233–40.
- [14] *Milić R.* Apotekarska i sanitetska sprema u našim ratovima. U: *Stanojević V.* Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 808–13.
- [15] Statistički podaci o koleri u balkanskim ratovima 1912–13 [editorial]. *Vojnosanit Pregl* 1958; 15: 411.
- [16] *Stanojević V.* Kolera u Balkanskim ratovima 1912–1913. U: *Stanojević V.* Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 309–13.
- [17] *Stanojević V.* Istorija ratnih zaraza. Od Napoleona do Evropskog rata završno. Beograd: Zlatibor; 1924.
- [18] *Velimirović M.* Iskustva ruskih lekara u Balkanskom ratu 1912. godine. U: Zbornik radova Prvog kongresa za istoriju zdravstvene kulture Jugoslavije; 1970 Oct 1–3; Sarajevo, Jugoslavija. Beograd: Naučno društvo za istoriju zdravstvene kulture Jugoslavije; 1970. str. 115–7.
- [19] *Đorđević M.* Hirurg i gerontolog prof. dr Adolf L. Fišer. Prolog proučavanju srpsko-švajcarskih veza. *Srp Arh Celok Lek* 1979; 107: 1079–92.
- [20] *Reber K.* Moja ratnohirurška iskustva iz Balkanskog rata. (Prevod članka: *Kriegschirurgische erfahrungen im Balkankriege. Blatt Schweiz Aerzte* 1914; 48). *Vojnosanit Pregl* 1961; 18: 1015–20.
- [21] *Živojinović D.* Američki hirurzi i lekari u Srbiji 1913. godine. *Acta Hist Med Pharm Vet* 1964; 4(1–2): 138–58.
- [22] *Živojinović D.* Nekoliko američkih dokumenata o sanitarnim i higijenskim prilikama u Srbiji, 1912–1913. god. *Srp Arh Celok Lek* 1966; 94: 613–21.
- [23] *Недок А.* Кнегиња Долгорукова лечила Србе. Политика, 21/10/2012. Доступно на: <http://www.politika.rs/rubrike/Drustvo/Knjeginja-Dolgorukova-lecila-Srbe.sr.html>
- [24] *Димитријевић Б, Недок А.* Прилог историји зубног лекарства у Србији. Доступно на: <http://www.rastko.rs/rastko/delo/14458>
- [25] *Димитријевић Б.* Др Атанасије Пуљо. Доступно на: <http://www.rastko.rs/istorija/medicina/delo/12059>
- [26] *Đurđević Č.* D-r Rudolf Jedlička. *Srp Arh Celok Lek* 1926; 28: 649–51.

- [27] *Florschütz V.* Sjećanje na ratnu kirurgiju leto 1913. godine u Beogradu. *Vojnosanit Pregl* 1963; 20: 604-5.
- [28] *Florschütz V.* Patologija preloma dugih kosti okrajnina i liječenje preloma. *Lijec Vjesn* 1934; 56: 367-72.
- [29] *Stojilković MP, Zeljković J, Tadić V.* Iz istorije Vojnomedicinske akademije: II – Prijemno i hirurška odeljenja. *Vojnosanit Pregl* 2002; 59: 437-41.
- [30] *Dorđević SP.* Sećanja na rad u vojnom sanitetu Srbije u toku II balkanskog rata 1913. godine. Iz sećanja dr Julija Budisavljevića i njegovih kolega iz Hirurške klinike u Insbruku. *Srp Arh Celok Lek* 1983; 111: 853-9.
- [31] *Šlajmer E.* Pod crvenim krstom. Ratno-hirurški prilozi. Arhiv IVMNID VMA Beograd, 277-R (10 kucanih strana).
- [32] *Ignjatović M.* Srpsko ratno hirurško iskustvo (1876-1918). IV deo: Ratna hirurgija u Srbiji u vreme balkanskih ratova. *Vojnosanit Pregl* 2004; 61(2): 217-229.
- [33] *Ignjatović M.* Srpska ratna hirurška doktrina u ratovima 1912-1918. Zbornik radova sa naučnog skupa „Srpski vojni sanitet 1917-1918“; 2008 Oct 31; Vojnomedicinska akademija Beograd, Srbija. *Vojnosanit Pregl* 2008; 65 (Suppl. 1): 49-58.
- [34] *Protić MF, Pavlović BB.* Prva primena jodoform-zavoja u našoj zemlji – zasluga doktora Mihaila Markovića. U: Zbornik radova XXI naučnog sastanka; 1971 Sep 16-18; Niš, Jugoslavija. Beograd: Naučno društvo za istoriju zdravstvene kulture Jugoslavije; 1971. str. 99-102.
- [35] *Petrović M.* Moja hirurška iskustva u ratovima 1912-18. U: *Stanojević V.* Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 623-66.
- [36] *Kojen L.* O trepanacijama u ratu. U: *Stanojević V.* Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 667-80.
- [37] *Ignjatović M.* Hirurzi dobitnici Nobelove nagrade (1901-2000). Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2001.
- [38] *Ignjatović M, Stanković N.* Srpsko ratno hirurško iskustvo (1876-1918). V deo: Ratna hirurgija u Srbiji u Prvom svetskom ratu. *Vojnosanit Pregl* 2004; 61(3): 331-42.
- [39] *Nikoliš G.* Prošlost i sadašnjost ratne hirurgije. U: *Brecelj B, Dimković D, Gušić B, Kralj I, Lavrič B, Nikoliš G,* и др, уредници. Ratna hirurgija. Deo I. Beograd: Sanitetska uprava JNA; 1953. str. 5-34.
- [40] *Subbotić V.* Military experience of traumatic aneurysm. *Lancet* 1913; 2: 720-1.
- [41] *Subbotić V.* Ratno-hirurška iskustva o traumatskim aneurizmama. *Srp Arh Celok Lek* 1914; 20: 1-21.
- [42] *Subbotić V.* Ratno-hirurška iskustva u ratu 1912. U: *Stanojević V.* Istorija srpskog vojnog saniteta. Naše ratno sanitetsko iskustvo. Beograd: Zlatibor; 1925. str. 241-6.
- [43] *Rich NM, Clagett P, Salander JM, Piščević S.* The Matas/Soubotitch connection. *Surgery* 1983; 93: 17-9.

- [44] *Davidović L.* Dosadašnja saznanja o posttraumatskim AV fistulama i pseudoaneurizmama. *Vojnosanit Pregl* 1997; 54: 155–60.
- [45] *Subbotić V.* Posle rata. Retrospektivni pogledi. *Srp Arh Celok Lek* 1919; 21(2): 49–54.
- [46] *Price BA.* The influence of military surgeons in the development of vascular surgery. *J R Army Med Corps* 1999; 145(3): 148–52.
- [47] *Rich NM, Hobson RW, Collins GJ.* Traumatic arteriovenous fistulas and false aneurysms: a review of 558 lesions. *Surgery* 1975; 78: 817–28.
- [48] *Hughes CW.* Arterial repair during the Korean war. *Ann Surg* 1958; 147: 555–61.
- [49] *Rich NM.* Management of venous trauma. *Surg Clin North Am* 1988; 68: 809–21.
- [50] *Piščević S.* Istorijski pregled lečenja povreda krvnih sudova. *Vojnosanit Pregl* 1975; 32: 598–604.
- [51] *Kallay J.* Sto dvadeset godina od rođenja Vojislava Subbotića. *Acta Hist Med Stom Pharm Vet* 1980; 20(1–2): 207–10.
- [52] *Petrović M.* O značaju rada pok. prof. Subbotića. *Srp Arh Celok Lek* 1934; 36(1): 1–5.
- [53] *Đorđević A.* Jordan Stajić (1863–1949). *Srp Arh Celok Lek* 1949; 47: 510–1.
- [54] *Tripković I, Živanović M.* Sto godina hirurgije u Valjevu. U: Zbornik radova sa stručnog sastanka hirurga Srbije povodom 100 godina hirurgije u Valjevu; 2001 Apr 20; Valjevo, Yugoslavia. str. 3–10.
- [55] *Petrović M.* Dr. Čeda Đurđević. *Srp Arh Celok Lek* 1940; 42: 583–5.
- [56] *Stanojević V.* Srpsko lekarsko društvo i njegovi članovi u narodnooslobodilačkim ratovima Srbije 1876–77–78. i 1912–1918. U: *Đurić DS*, гл. уредник. Spomenica Srpskog lekarskog društva 1872–1972. Beograd: Srpsko lekarsko društvo; 1972. стр. 114–24.
- [57] *Rajs A.* Kako su Austro-Mađari ratovali u Srbiji. In: *Đurić S, Stevanović V*, editors. Golgota i vaskrs Srbije 1914–1915. Beograd: Beogradski izdavačko-grafički zavod – Partizanska knjiga; 1986. str. 342–61.

