



Николай Склифосовский

Спасая жизни.
Дневник военного хирурга



Записки врача

Николай Склифосовский
**Спасая жизни. Дневник
военного хирурга**

«Алисторус»

УДК 821
ББК 84

Склифосовский Н. В.

Спасая жизни. Дневник военного хирурга /
Н. В. Склифосовский — «Алисторус», — (Записки врача)

ISBN 978-5-907024-84-7

Николай Васильевич Склифосовский родился на хуторе Карантин. Уже в 24 года молодой выпускник медицинского факультета был вынужден заменить на посту главного врача в небольшой областной больнице. В 1860-х годах великий русский хирург понял, что более всего его знания пригодятся раненым солдатам. Работая военно-полевым хирургом ученый принял участие в трех военных компаниях и получил неоценимый опыт в проведении срочных операций. Именно в условиях боевых действий ученый разработал инновационное учение о микробах и предложил использовать при проведении операций антисептики. На войне были разработаны и совершенно уникальные и инновационные для своего времени методы проведения сложных операций. Предлагаемая книга представляет собой собрание избранных работ военно-полевого хирурга, в которых описываются наиболее интересные и сложные случаи.

УДК 821
ББК 84

ISBN 978-5-907024-84-7

© Склифосовский Н. В.
© Алисторус

Содержание

Вступление	6
Дневник военно-полевого хирурга	10
Из наблюдений во время славянской войны 1876 года	10
I. Транспорт раненых	10
II. Лечение огнестрельных повреждений	14
III. Частная помощь на войне	22
Наше госпитальное дело на войне	27
Конец ознакомительного фрагмента.	29

Николай Склифосовский

Спасая жизни. Дневник военного хирурга

© ООО «Издательство Родина», 2019

Вступление

Вступительная лекция Н. В. Склифосовского, читанная в Московском университете 10/IX 1880 г. после избрания его на должность директора факультетской хирургической клиники Московского университета. Была напечатана в еженедельной медицинской газете «Врач» 25/IX 1880 г., № 39.

«...» Хирургия русская имеет свою историю, традиции и образцы для подражания, а колыбелью ее был Московский университет. Преимущественно в Московском университете получил свое медицинское образование великий современный хирург Н. И. Пирогов. Хотя профессорская деятельность Николая Ивановича и не принадлежит Московскому университету, тем не менее последний имеет право считать его своим, так как Николай Иванович его воспитанник. Значение Н. И. Пирогова как ученого принадлежит всему цивилизованному миру; а литературные произведения его останутся классическими. Не пришло еще время произнести полную критическую оценку значения маститого нашего хирурга; полагаем, однако же, что народ, в среде которого родился Пирогов, имеет право сказать: да, мы имеем своего знаменитого учителя хирургии, мы имеем Пирогова.

Вспомним, что в стенах Московского университета учил незабвенный Ф. И. Иноземцев. Это был учитель в высоком, идеальном значении этого слова. Как ученый, он был верен своему призванию и убеждениям; как профессор, «он обладал даром энергического слова и владел тайною пользоваться юностью, восприимчивостью и никогда не закрытыми для таланта симпатиями своих слушателей».

У некоторых народов есть обычай – разумею главным образом французов – говорить похвальное слово (eloge) сошедшему в могилу общественному деятелю. Смысл этого обычая, между прочим, поддержание преемственности между отошедшим, отходящим и грядущим поколениями. Только в сознании развитого народа может родиться и окрепнуть мысль о том, что молодое учащееся поколение составляет надежду нации: отсюда естественным образом должно вытекать сознание в обществе высоких своих обязанностей по отношению к учащемуся поколению; отсюда же вытекает и стремление к поддержанию непосредственной преемственности между учащими и учащимися. В похвальном слове многое, может быть, субъективируется, иногда невольно преувеличивается; но в нем сокрыто всегда что-то сердечное, теплое, родное: оно создает духовное единение нарастающего поколения с деятелями отошедшими, оно представляет нам образцы для подражания. И если образцы эти не всегда идеальны в положительном смысле, то нередко представляют немало поучительного и отрицательными своими сторонами. На арене самобытности, самопознания и самостоятельности приобретает свою долю только тот народ, который умеет ценить своих общественных деятелей и дорожит наследством, ими завещанным.

Одним из весьма заметных деятелей на поприще хирургии в Московском университете был покойный Василий Александрович Басов. Малообщительный и всегда суровый на вид, В. А. имел редкое, мягкое и доброе сердце, что особенно проявлялось в обхождении его с больными из среды простого народа. Внешняя суровая и подчас мрачная оболочка была привита покойному профессору той неприглядной обстановкой тяжелого жизненного пути, по которому пришлось ему проходить для достижения университетского порога. В. А. Басов родился в Орле в 1812 г. Он был сыном мещанина и в раннем детстве лишился отца. Первоначальным воспитанием и учением обязан он был слепому старику – деду своему, по распоряжению которого обучался сначала в орловском уездном училище, а потом в гимназии. Окончив курс гимназии 15 лет, В. А. хотел поступить непосредственно в университет; но он принадлежал к податному сословию и не имел средств для существования. И вот 15-летний юноша, сгорав-

ший от нетерпения вступить скорее в университетскую аудиторию, столкнулся снова, уже не в первый раз, с горьким испытанием на жизненном пути. Неудачи и испытания не подавляли, однако же, духа: они возбуждали только энергию в сердце молодого человека к дальнейшей борьбе. Два года он трудился в качестве учителя в частных домах, для того чтобы заработать себе право на существование и учение. В 1829 г. он получил, наконец, увольнительное свидетельство от орловского мещанского общества. И с небольшой суммой денег в кармане, заработанной тяжким двухлетним трудом, молодой человек поступил на медицинский факультет Московского университета. В 1833 г. В. А. получил звание лекаря, в 1834 – ветеринарного врача, в 1835 – медико-хирурга и, наконец, в 1841 был удостоен степени доктора медицины и хирургии.

Докторская диссертация В. А. *Delithiasi* обратила внимание на молодого ученого не только в России, но и за границей. Основная мысль диссертации внушена была В. А., во-первых, чрезвычайно частым заболеванием каменной болезнью в Москве, а во-вторых, замечательными успехами оперативного течения этой болезни в руках тогдашних представителей хирургии в Москве – Гильдебрандта, Рихтера, А. М. Альфонского и А. И. Поля. В. А. был оставлен при университете сначала в качестве помощника прозектора, а позднее в звании прозектора. Это положение было особенно благоприятно для дальнейшего научного развития В. А., потому что давало ему как будущему хирургу возможность заниматься основательно анатомией.

Первые литературные труды его ясно свидетельствуют, что он рано оценил выгоды своего положения и разумно воспользовался ими. Несколько лет сряду он занимался анатомией и производил опыты над животными; последние он первым стал производить в Московском университете.

В 1843 г. молодой доктор отправился за границу для дальнейшего изучения хирургии в иностранных университетах. Вернувшись на родину в 1846 г., В. А. занял место преподавателя хирургии в том же университете, в котором получил свое образование. Чтобы сделать более полезным и наглядным преподавание теоретической хирургии, молодой профессор производил хирургические опыты над животными, а для пояснения своих лекций составил особые таблицы с изображениями хирургических болезней, приготавливал патолого-анатомические препараты и слепки. Последние составляют памятники и собственность нашего университета. Но В. А. оставил и более научные памятники своей ученой и преподавательской деятельности – это литературные труды, напечатанные в разных периодических изданиях.

Вот они:

1) *De anate tetrapode commentatio*, Mosquae, 1840.

Подробное анатомическое описание уродства молодой утки: утка имела 4 ноги и представляла некоторые отклонения от нормы в строении костей таза, кишечного канала и мочеобразовательных путей. Написано по-латыни.

2) *De lithiasi vesicae urinariae in genere et in specie de extractione calculi per sectionem perinaei, cum tab.*, Mosquae, 1841.

Диссертация читается с большим интересом и до сих пор. Также написана по-латыни.

3) Замечания об искусственном пути в желудок животных – в «Записках по части врачебных наук», С.-Петербург, 1843. То же было напечатано и по-французски.

Имея в виду случайный опыт природы над человеком в наблюдении Beaumont'a, В. А. стал производить искусственный свищ в желудок собак для более удобного изучения желудочного пищеварения. Он подробно описал способ производства операции, ничем почти не отличающийся от ныне употребляемого. Но что особенно замечательно – В. А. тогда уже высказал мысль о возможности образования такого искусственного пути в желудок у человека при развитии в пищеводе новообразований, суживающих просвет его.

4) Новый прибор для лечения перелома заднего отростка локтевой кости – в «Записках по части врачебных наук», С.-Петербург, 1843.

Испробовав в одном случае *fracturae transversae olecrani* безуспешное применение бинтовых повязок по способу Dupuytren'a, Cooper'a и Wanderburg'a, В. А. выпрямил конечность, сблизил отломки и, уложив конечность в особо заготовленный деревянный ящик, залил разведенным гипсом. Он тогда уже верно оценил достоинство гипса в неподвижных повязках. Тут же он выразил, что только благодаря абсолютной неподвижности отломка, достигнутой при помощи заливания конечности в гипс, удалось получить костную спайку. Обыкновенно же при переломах локтевого отростка получается спайка волокнистая.

5) О значении хирургии в кругу врачебных наук. «Военно-медицинский журнал», С.-Петербург, 1848.

6) Отрывок из воспоминаний путешественника: о Парижском ботаническом саде; об анатомических собраниях и искусственных препаратах; о медицинском исследовании. В журнале «Москвитянин», 1851 г.

7) О могуществе природы и спасательном соединении ее с хирургией при лечении болезней. «Московский врачебный журнал», 1851 г.

8) О подвздошной жировой грыже; о бродящей внутренней роже. «Московский врачебный журнал», 1851.

Описан у молодой 25-летней женщины слюнной камень левого стенового протока. Камень громадных размеров представлял *unicum*: никогда еще не наблюдалось ничего подобного. Длина камня 1 1/8 вершка, ширина 7/8 вершка, а толщина 5/8 вершка. Покровы щеки были изъязвлены, и камень отчасти торчал из язвы.

По исследованиям проф. Ляковского, камень этот состоял из фосфорнокислой и углекислой извести преимущественно, но содержал также весьма ограниченное количество и некоторых других солей (железа и магнезии) со следами белковых веществ и жира.

Василий Александрович по образованию принадлежал тому периоду времени, когда преобладало влияние французской хирургии. Это заметно было, но только в том смысле, что он усвоил себе все, что представляла наилучшая французская хирургия, между прочим, и ее систематичность, ясность и живость клинических картин болезней при сжатой и всегда доступной форме изложения, которыми до сих пор отличаются французские ученые. Но никогда не довольствовался В. А. ролью подражателя и слепого поклонника готовых образцов: крепкая северная его натура не поддавалась постороннему влиянию до обезличения. Он всегда оставался характером цельным и самобытным, с богатым запасом внутренних побуждений к самостоятельности. Молодой доктор рано уже начинает производить опыты на животных и делает это в то время, когда о рассечении живых животных никто еще не думал в Московском университете. Как профессор, едва вступив на кафедру, В. А. для большей наглядности в преподавании хирургии производит на глазах своих слушателей хирургические опыты над животными, prepares патолого-анатомические препараты, рисунки и слепки и все это делает для того, чтобы придать преподаванию характер наглядности и объективности. В. А. вступил на кафедру тогда, когда субъективный способ исследования больных в клинике был господствующим и лучшие умы того времени едва начинали указывать на преимущества и необходимость объективного метода.

Если представить себе все это, то нельзя не придать высокого значения тем приемам, которыми руководствовался В.А. уже в самом начале профессорской своей деятельности.

34 года преподавательской деятельности посвящено было покойным профессором Басовым Московскому университету, 34 поколения студентов прошли через его аудиторию. Смеем думать, что все то, что высказано было мною о В. А., разделяется и всеми бывшими его уче-

никами. Воздадим же признательную дань уважения памяти почтенного деятеля Московского университета: предлагаю почтить память В. А. вставанием с мест¹.

Мне остается представить программу, которой я намерен руководствоваться при изложении клинической хирургии. Идеальная постановка клинического преподавания должна бы состоять в том, чтобы вместо 50 кроватей предоставлено было в распоряжение преподавателя по крайней мере 300. Тогда представилась бы возможность подобрать болезненные случаи систематически по известным отделам хирургической патологии и излагать эти отделы по данным образцам болезней. Но эта желательная, идеальная постановка покамест неосуществима: мы должны ограничиваться 50 кроватями. Это возлагает на нас обязанность воспользоваться ими с наибольшей пользой для учащихся. По необходимости придется подбирать по преимуществу случаи, представляющиеся особенно поучительными, и избегать таких, которые, не представляя особого научного интереса, могут занимать клиническую кровать на долгое время. Для того, однако же, чтобы клиническое изучение имеющихся случаев получило значение по возможности законченного и округленного учения, мы предполагаем сопровождать клинические чтения еще особым систематическим курсом хирургических болезней по известным отделам. В предстоящем академическом году мы предполагаем изложить хирургические болезни головы, лица, шеи и кишечника.

Наглядность составляет неперемнное условие клинического преподавания. Ввиду этого мы должны развить нашу амбулаторную клинику, которая и будет служить дополнением клиники постоянных больных. Приходящие больные представляют нередко довольно однообразный материал, обусловливаемый бытовыми условиями, характером промышленности, ремесел, обыденных занятий. Но однообразие это только кажущееся, а возможность провести перед глазами слушателей в короткое сравнительно время много хирургических форм заболевания представляет могущественное образовательное средство. Мы предполагаем широко пользоваться и этим средством при клинических наших занятиях.

¹ Все присутствовавшие в аудитории поднялись мгновенно. (Прим. сост.)

Дневник военно-полевого хирурга

Из наблюдений во время славянской войны 1876 года

После двухмесячного пребывания в Черногории во время Славянской войны 1876 г. Н. В. Склифосовский опубликовал свои впечатления. Первая статья вышла под названием «Из наблюдений во время Славянской войны 1876 г.» в «Военно-медицинском журнале», ч. СХХVII, кн. II, 1876, стр. 253–286

После двухмесячного почти пребывания в Черногории я имел возможность осмотреть на обратном пути в Россию и военно-полевые лазареты Сербии. Санитарное дело в Черногории предоставлено было нам вполне; почти то же самое было и в Сербии за немногими исключениями. Мы были полными хозяевами и имели возможность применить в широких размерах средства частной благотворительности русского общества. Едва ли повторится когда-нибудь подобная возможность. Частная помощь всегда будет занимать видное место во время войны, и обществу Красного Креста предстоит, без сомнения, постоянное расширение его деятельности. Трудно предвидеть пределы этой деятельности ввиду вводимой во всех государствах Европы всеобщей воинской повинности. В теснейшей кровной солидарности всех слоев общества с войском лежит мотив постоянного расширения деятельности Общества Красного Креста. Кроме Общества Красного Креста в деле санитарных учреждений Черногории и Сербии принимали участие и другие общества, о которых буду иметь возможность говорить в другом месте.

Каждая война последних десятилетий вносила богатый вклад в летописи науки; опыт каждой предшествовавшей войны отражался на врачебной деятельности последующей. Прогресс в этом отношении выразился всего более применением начал сберегательного лечения в военно-полевой хирургической практике. Применение этих начал стало возможным только благодаря введению в военно-полевую практику неподвижной повязки и строго сберегательных операций (*resectiones*), сокративших в значительной мере число ампутаций. Вслед за тем и старый вопрос о достоинствах ранней или поздней ампутации потерял значительную долю своего значения, потому что круг показаний для ампутации сильно сузился. Если вопросы дня – способы перевязывания ран – и не стали еще вполне достоянием военно-полевой хирургии, то нельзя не заметить отражения их на деятельности современного хирурга у постели раненого. Это отражение обнаружилось и в применении обеззараживающей повязки, гигроскопической ваты, заменяющей корпию, в лечении раны без всякой повязки, в применении струнной нити для перевязки артерий и пр. Наши хирурги имели за собой богатый опыт предшествовавших войн и рационально воспользовались плодами его. Мы вправе надеяться, что результаты врачебной деятельности во время настоящей войны будут не менее плодотворны, чем результаты предшествовавших войн; и во всяком случае, они внесут и свою долю вклада в летописи науки.

I. Транспорт раненых

Если я позволил себе прежде всего заговорить об этом вопросе, то сделал это ввиду громадной важности его для современных войн². Никакая армия в наше время не решится выступить в поход, не снабдив себя хорошо организованными перевозными и переносными средствами, а главное – санитарными ротами. Постоянно совершенствуемое огнестрельное оружие

² Транспорт раненых составляет первый шаг врачебно-санитарной деятельности на войне. (Прим. авт.).

и огромные массы сражающихся требуют таких больших жертв, что правильно организованное подавание первой помощи на поле сражения должно стоять на первом плане. Но, говоря о Черногории, нужно заметить прежде всего, что там мы действовали при исключительных условиях. Те строгие требования, которые естественны по отношению ко всякой европейской армии, не могут быть применены к армии черногорской. Армия черногорская не имеет санитарных рот: товарищи обязаны выносить из огня раненых. В Черногории считается большим несчастьем, если приходится покинуть раненых на произвол судьбы. Причина такого взгляда – господствующее среди народа убеждение, что раненому турки не дадут пощады; а может быть, она кроется и в рыцарском духе черногорца, считающего позорным обстоятельством оставление на произвол неприятеля павшего соратника. Такой обычай должен невыгодно отражаться на боевых силах маленького черногорского войска, которое ослабляется численно при вынесении из огня раненых³. Но если раненые и вынесены, то помощь им дается не тотчас, а спустя некоторое время после сражения. При таком способе ведения войны, который до сих пор практикуется в Черногории, не может быть и речи об организации правильной врачебной помощи в тылу армии. Внезапные и до невероятности быстрые переходы войска, драка враспыленную или преобладание в драке индивидуальных качеств над действием в стройной массе – все это исключает возможность устройства перевязочного пункта непосредственно за действующей армией. Врач, состоявший при особе князя, подавал иногда первую помощь раненым, но часто приходилось встречать в лазаретах следы помощи, оказанной на поле сражения народными врачами⁴. Врачебными познаниями обладает в Черногории род Личковичей. Познания их эмпирические, очень ограниченные, но во всяком случае выше познаний обыкновенного народного знахаря. Врачи Личковичи вырезают пули, употребляют разные травы при лечении ран, зондируют даже раны и накладывают простые и неподвижные повязки. Неподвижные их повязки грубы (состоят из деревянных лубков), но накладываются так, что свидетельствуют о некоторых анатомических сведениях народного хирурга. Говорят, что врачи Личковичи производят даже трепанацию.

Как бы то ни было, редко попадал в лазарет раненый на другой день после ранения, обыкновенно же только на третий или даже на четвертый день. Таким образом, нам почти не приходилось наблюдать свежие ранения, непосредственно после нанесения их. При отсутствии сколько-нибудь сносных путей сообщения в Черногории невозможно было применение транспортных средств, употребляемых во время войны вообще. Транспорт раненых, получивших кое-какую повязку, а иногда и вовсе без повязки, производился следующим образом: легко раненные являлись в лазареты пешком или верхом. Лошадь, мул и осел служили для транспорта. Седла попадались редко; обыкновенно же вместо седла употреблялся деревянный каркас, набрасываемый на спину животного и служащий для прикрепления к нему перевозимых тяжестей. Все же тяжело раненные черногорцы, т. е. представлявшие переломы костей нижних конечностей, полостные раны груди и живота или тяжелые ранения черепа, переносились на руках. При этом употреблялись обыкновенные наши носилки⁵ или местные черногорские. Для переноски одного тяжелораненого отряжалось 8 человек. До какой степени это могло расстраивать ряды войска, легко себе представить, приняв во внимание еще и то обстоятельство, что для транспорта раненого в Цеттинский лазарет требовалось не менее трех или четырех суток

³ Известно, что это обстоятельство побудило образовать особые санитарные отряды во всех европейских войсках. (Прим. авт.)

⁴ Попытки устройства перевязочных пунктов в тылу действующей черногорской армии не увенчались успехом: нужно быть черногорцем, чтобы драться в черногорских войсках, и необходимо быть черногорцем-врачом, чтобы суметь подать непосредственную первую помощь раненому черногорцу, поспевая за ним по скалам недоступными для европейца тропами. (Прим. авт.)

⁵ Общество Красного Креста имело в Черногории около 100 обыкновенных наших носилок военного ведомства. (Прим. авт.)

(считая путь вперед и обратно). Обе черногорские армии находились приблизительно в одинаковом расстоянии от Цеттинских лазаретов. Черногорские носилки заслуживают внимания. Они устраиваются *ex tempore* при представившейся надобности.

Для этого вырубается две жерди длиной немного более сажени; они делаются обыкновенно из дубового дерева, потому что другого дерева в стране почти не существует. Жерди связываются несколькими поперечными прутьями так, что образуется род лестницы. Покрыв импровизированные носилки соломой или сеном, кладут у изголовья свернутую струку раненого (род пледа – непременная часть наряда всякого черногорца), а затем самого раненого. Получил ли он какую-нибудь повязку или нет, в том и другом случае его прикрепляют к носилкам, обвив все туловище и нижние конечности пасом (широкий пас, или пояс, есть также непременная часть наряда всякого черногорца). Такой пояс имеет длину в 10–12 аршин, иногда и более. Благодаря упругости жердей, прикрепленных к носилкам, раненый подвергается во время несения более или менее равномерным колебаниям, как в хорошем рессорном экипаже. Если эти незатейливые носилки порядочно сколочены, раненый чувствует себя на них несравненно лучше, чем на обыкновенных холщовых. Это зависит главным образом от упругости жердей и от фиксирования всего туловища. В некоторых случаях можно было убедиться, что подобные носилки ослабляли в значительной мере вред от недостатка неподвижной повязки. В 1871 г. я видел у фабриканта Фишера в Гейдельберге носилки, предназначенные для фиксирования всего туловища (при ранениях позвоночника, костей таза и пр.). Они представляют вдоль складывающийся матрац, состоящий из отдельных вальков. В каждый валец вделана деревянная шина длиной в человеческий рост. Раненый завертывается в этот матрац и стягивается ремнями при помощи пряжек. Такой матрац дорог. Он занимает много места в обозе. Я готов отдать в подобных случаях предпочтение черногорским носилкам, которые могут доставить большую неподвижность туловищу, чем складной матрац. Упругость жердей в носилках может значительно поднять достоинство этого существенно необходимого транспортного средства. Преимущественно такие упругие жерди следовало бы употреблять при переноске раненых в горной местности, не имеющей удовлетворительных путей сообщения.

Ни *sacolets*, ни *litières* не употреблялись в Черногории. Их у нас не было. Вероятно, тощие животные, бывшие в нашем распоряжении, и не выдержали бы тяжести двух человек при употреблении *sacolets* – пришлось бы добывать других, более сильных животных.

Отправляясь в Данилоград для принятия раненых в сражении близ Подгорицы 2-го августа, я взял с собой все необходимое для накладывания, между прочим, и неподвижных повязок. Мы накладывали гипсовые повязки и сухие шинные. Гипсовые повязки, наложенные на нижние конечности штанами с поясом вокруг таза увеличивали значительно тяжесть ноши; они легко ломались, особенно в тех случаях, когда раненый переносился в обыкновенных носилках и оставался в пути от полутора до двух суток. Вторые, т. е. сухие шинные, довольно хорошо удовлетворяли цели, хотя, разумеется, нельзя их сравнивать с гипсовыми. Покрыв член обильным слоем ваты, мы прилаживали 2 или 3 полосы луба, скрепленные марлевым крахмальным бинтом, который был предварительно смочен в воде. После высыхания бинта повязка делалась довольно прочной и довольно хорошо удерживала переломленный член. Пробовали мы применять и готовые проволочные или жестяные шины для транспорта раненых с переломами нижних конечностей. Такие шины составляют весьма хорошее средство при лечении сложных переломов в госпиталях; они годятся и для транспорта по железным дорогам или по воде. Но не советую употреблять их при транспорте раненых по дурным дорогам или на руках носильщиков. В такой шине невозможно достигнуть прочного фиксирования отломков; иногда же в ней смещаются отломки кости в большей мере, чем без всякой повязки.

Испытав разные способы, я пришел к заключению, что все-таки гипсовая повязка в огромном большинстве случаев и при нашем исключительном положении представлялась наиболее надежной. Имея, однако же, в виду указанное неудобство гипсовой повязки, сравни-

тельную тяжесть ее и ломкость, я предложил употребить войлочную и думаю, что именно в Черногории или вообще в горной местности эта повязка составит весьма хорошее средство для фиксирования не только переломленных конечностей, но и костей туловища. Войлок, насыщенный спиртным раствором обыкновенного лака, требует почти суток для высыхания; раз окрепнув, он дает прочную и легкую неподвижную повязку. Нельзя оставлять раненого, предназначенного для транспорта в отдаленный лазарет, на перевязочном пункте до высыхания повязки. Но, наложив войлочную повязку, можно подкрепить ее несколькими лубочными шинами снаружи: во время пути повязка успеет окончательно окрепнуть, не потеряв своей формы. Жалею, что не имел возможности сам осуществить это предложение. Оно было, впрочем, принято всеми врачами в Черногории так сочувственно, что нашло применение, вероятно, при первой представившейся возможности. В тех же случаях, где не потребуется транспортировать раненого непосредственно, применение войлочной повязки в горной местности может представить огромные выгоды при всяком способе дальнейшего перемещения раненых⁶.

В Сербии условия были иные. Сербия – сравнительно богатая страна. Она прорезана очень порядочными шоссейными путями, соединяющими между собой главные города страны. В Сербии можно было всегда найти достаточное число лошадей и быков для перевозки раненых. Кроме того, в Сербии сражались две дисциплинированные армии; следовательно, организация первой врачебной помощи в тылу действующего войска было и возможно, и удобно. Тем не менее я встретил заявление одного почтенного врача, действовавшего на перевязочном пункте, что раненые доставлялись на перевязочный пункт поздно. После сражения 16 сентября к нему на перевязочный пункт доставлено было, между прочим, около 20 трупов. Судя по кровавым пятнам на одежде и носилках, нужно полагать, что они истекли кровью во время переноски. Говорят, что сербы неохотно шли в огонь, чтобы выносить раненых. Может быть, это объясняет вышеприведенный факт, но вероятнее, что перевязочные пункты устанавливались слишком далеко от боевой линии. Обстоятельство это важно в том отношении, что при нем исключается возможность подания первой помощи таким раненым, жизнь которых хотя и подвергается величайшей опасности (от кровотечения), но может быть еще спасена.

Если верно, что сербские санитары-носильщики неохотно шли в огонь для поднятия и вынесения раненых, то это служит опять-таки доказательством, что нельзя создавать санитарные случайные отряды непосредственно во время войны; необходимо организовать и подготовить этот персонал заранее и непременно из дисциплинированных людей. Только в исключительных случаях, как, например, при осадных войнах, возможна организация таких санитарных отрядов из добровольцев. Дальнейшая транспортировка раненых производилась в крестьянских телегах (колах). По устройству своему сербская кола не отличается от нашей малороссийской телеги. В нее впрягается пара лошадей или пара волов. Если на телеге постлано достаточно сена или соломы, то перевозка еще довольно сносна благодаря шоссейному пути; в противном случае тряска в такой телеге невыносимая. Из двух способов запряжки более сносным оказался второй на том основании, что на лошадях езда более быстрая и тряска очень сильная. Подводы поставлялись для армии путем реквизиций; понятно, что крестьянин торопился отбыть свою повинность и гнал лошадей.

Кроме этого способа перевозки раненых употреблялись и рессорные кареты. Сербское правительство имело 6 таких карет – число, слишком ничтожное для перевозки такого огромного числа раненых, какое получалось после некоторых сражений. Эти кареты устроены прочно, на тонких колесах, нетяжелы, требовали двух лошадей. Задняя часть кареты устроена для 4 тяжело раненных, и имеется еще 3 места для легко раненных спереди. Почти такого же устройства и английские кареты. Заложив лазарет в Белграде, англичане отправили к Дели-

⁶ Войлок у нас дешев и повсюду может быть найден. В обозе он не займет много места. Но можно найти войлок и в других государствах. Нам в Черногорию прислали войлок Триеста; он был отличного качества. (Прим. авт.)

граду 6 собственных карет для принятия раненых⁷. В английских каретах находятся еще следующие, весьма практичные, по моему мнению, приспособления: под дном кареты вделан просторный ящик, в котором помещается большой сосуд (для воды или вина); этот железный ящик придает больше устойчивости карете, понижая центр ее тяжести. Кроме того, в задней части кареты, предназначенной для 4 тяжело раненных, устроены складные лавки. Последние поднимаются вдоль боковых стен, и тогда вместо 4 тяжело раненных удобно помещаются сзади 8 легко раненных. В Ягодине показывали мне еще одну карету, которая была вдвое больше описанных и предназначалась для 8 тяжело раненных и 4 легко раненных (спереди). Мне говорили, что эта карета доставлена была румынским правительством и не была еще в употреблении. Полагаю, что и не будут употреблять ее, потому что она слишком тяжела. Нагруженная ранеными, она может быть сдвинута с места только четверкой или шестеркой лошадей, и то по хорошему шоссе пути. Вообще самыми удобными каретами оказались английские. Немалое значение имеет практическое применение лавок для легко раненных в задней части кареты: на войне должно предвидеть всякие случайности, и карета, предназначенная для принятия только тяжело раненных, может оказаться лишнею там, где потребуются перевезти легко раненных. Недостаточно, если частная помощь предлагает санитарный персонал и денежные средства; необходимо, чтобы эта помощь реализовалась более существенным образом. Общества, являющиеся на места военных действий с готовыми лазаретами, аптеками, транспортными каретами, оказывают самую существенную помощь, а главное, они имеют возможность оказать ее немедленно.

В Сербии для транспорта раненых употреблялся еще плавучий барак, устроенный доктором Мунди. Дощатый барак устроен был на палубе обыкновенной деревянной баржи. В бараче находились места (кровати) для 20 тяжело раненных и сверх того в трюме можно было принять около 50 легко раненных. На палубе плавучего барака находилось помещение для сопровождающего санитарный отряд, для кухни и аптеки. Это, без сомнения, один из самых удобных и дешевых способов перевозки раненых. Жаль, что сербское правительство могло применять его на самом ограниченном пространстве, перевозя раненых только по Дунаю. Где имеются водные пути, должно непременно пользоваться плавучими бараками для транспорта раненых. Устройство их так просто, приспособление так удобно, что всякая барка и речное судно легко могут быть превращены в плавучий барак в течение самого короткого времени. Необходимо при плавучих бараках иметь все приспособления для приготовления пищи и помещения санитарного персонала; в таком случае плавучие бараки могут служить для транспортирования раненых на большие расстояния.

II. Лечение огнестрельных повреждений

Сберегательный способ лечения применялся в Черногорских лазаретах в самых широких размерах. Правильная врачебная помощь не была известна в Черногории до приезда наших врачей; неудивительно, что в первое время народонаселение относилось к нам с недоверием, предпочитая пользоваться советами своих народных лекарей. Выжидательный способ лечения имел, между прочим, основания свои и в бытовой стороне жизни народа. Воином, юнаком не может быть калека; всякая операция, требующая отнятия члена или превращающая его в негодный, пугает черногорца. Да оно и естественно, потому что в этой бедной стране, среди голых скал, при отсутствии путей сообщения калека делается и беспомощным, и лишним членом своего общества. Постепенным и осторожным действием, благодаря такту наших врачей, удалось победить вековой предрассудок; между русским врачом и черногорцем установились

⁷ Я обзирал лазареты Сербии от 20 до 26 сентября. Кроме упомянутых 6 сербских и 6 английских карет, не было других для перевозки раненых. (Прим. авт.)

отношения, при которых всякий совет первого принимался с полным доверием. Мы, русские, сделали первые ампутации в этой воинственной стране. Как велико было недоверие к нашим врачам вначале, можно судить по тому, что в первое время почти не производились большие кровавые операции. Зато две-три благополучно окончившиеся операции произвели громадное впечатление и изменили радикально отношение населения к нашим врачам. Не раз приходилось видеть примеры такого безграничного доверия к врачу, какое нечасто встречается в нашем отечестве среди населения, привыкшего пользоваться врачебной помощью. Сберегательное направление имело место и в сербских лазаретах, и вообще я видел сравнительно немного ампутаций, зато много чисто сберегательных операций, как выпиливания суставов (resectiones).

Перевязка ран производилась все так же, т. е. рана покрывалась каким-либо перевязочным веществом, удерживаемым при помощи бинта или косынки. Герметически обеззараживающая повязка Листера не применялась, да и трудно применить ее на войне при огромном числе раненых, где обыкновенно чувствуется недостаток рук и времени. Не применялся и способ лечения ран без перевязки, по крайней мере в больших размерах. А мне кажется, что применение последнего способа возможно было, несмотря даже на то, что мы действовали в стране, мало цивилизованной и сравнительно более проникнутой предрассудками. Раны покрывались корпией чаще всего, но покрывались и гигроскопической ватой, карболизированной нитью, корабельным канатом. Вещества эти прикладывались на раны в сухом виде или, чаще, смоченные в воде, в легком растворе карболовой кислоты, в камфорном спирте. Резкой разницы при употреблении всех этих веществ на ранах не замечалось. Карболизованная юта и гигроскопическая вата оставляют на ране и в окружности ее множество мельчайших волоконцев, которые не смываются струей воды. При снятии их пинцетом трудно избежать раздражения раны⁸. Трепаный корабельный канат представляет грубую покрывку для раны, несмотря на свое обеззараживающее достоинство от содержания смолистых начал. Чаще всего употреблялась корпия. Почему она употреблялась чаще всего? Потому что нелегко расстаться с рутинными приемами. Сколько труда и времени потрачено было на заготовление корпии в достаточном количестве для раненых Сербии и Черногории! Если представить себе, что огромная часть этой корпии заготавливалась из запасов старой негодной ветоши, не всегда безукоризненно чистой или полученной из неизвестного источника, что эта корпия щипалась руками, не всегда чистыми, то не знаешь, чему следует больше удивляться – отсутствию ли логической последовательности или страсти к рутине? Везде говорится о заразе, мы окружены заражающими вредными началами, раны стараемся очищать и покрывать обеззараживающими веществами, дошли даже до применения герметически обеззараживающей листеровской повязки при лечении ран – и все-таки не можем расстаться с корпией. А между тем, что может быть проще и чище гигроскопической ваты? Она чиста, берется, так сказать, непосредственно, благодаря обработке получает гигроскопические свойства, не уступающие гигроскопическим свойствам корпии, да и заготовление ее несравненно легче, чем заготовление корпии. При тех громадных цифрах раненых, какие получаются в современных войнах, невозможно заготовить достаточное количество свежей корпии; приходится пользоваться запасами старых годов. Но эти запасы дают затхлую негодную корпию, которую опасно прикладывать на свежую рану⁹. Военное министерство будет иметь порядочную экономию при замене корпии ватой. Оно избавится от неприятностей делать запасы и сберегать их в складах: вата обыкновенная и гигроскопическая может быть заготовлена в достаточном количестве незадолго до начала войны.

⁸ Помочь в этом отношении нетрудно – стоит положить на рану кусок ветоши на кусок вымытой марли и потом уже прикладывать юту или вату. (Прим. авт.)

⁹ В Черногорию прислано было однажды 19 тюков затхлой корпии, которая тут же была сожжена: мы не могли решиться прикрывать ею раны. Корпия эта хранилась, кажется, 3 года в магазинах Каменец-Подольского. (Прим. авт.)

а) Перевязывание больших артериальных стволов составляет одну из важнейших операций в военно-полевой практике. За все время пребывания моего в Черногории я видел 5 перевязок артерий (*art. brachial.* – 2 раза, *art. femor.* – 2 раза, *art. axillaris* – 1 раз). Во всех случаях употреблялась карболизированная струнная нить (*catgut*). Концы нити срезались коротко, у самого узла. Раны соединялись посредством шва, а в одном случае *ligat. art. femoralis* зашитая рана покрыта была даже листеровской повязкой. Ни разу не наблюдалось полного сращения ран *per primam intentionem* – было обыкновенно нагноение в ране; но не наблюдалось также никаких осложнений операции. Все перевязки артериальных стволов сделаны были по причине поздних последовательных кровотечений, в одном случае даже спустя 32 дня после ранения. В сербских лазаретах показывали мне несколько случаев перевязки артериальных стволов; здесь употреблялся шелк, карболизированная струнная нить не была в употреблении. Теперь нельзя делать каких-либо выводов относительно преимуществ того или другого способа перевязки артерий; подождем подробных отчетов по каждому лазарету. При скоплении раненых в военных лазаретах, при обилии гноящихся поверхностей и особенно спустя несколько недель после начала военных действий гораздо выгоднее зашить рану, нежели оставлять ее открытой с висящими концами лигатурной нити. В Смедеровском лазарете доктор Марконет говорил мне, что после перевязки шелковой нитью *art. iliacae externae* наступило кровотечение из-под узла на 5-й день после операции. Больной умер от кровотечения. Нельзя возводить этого требования в правило; но можно желать, чтобы в военных лазаретах при скучении гноящихся поверхностей употреблялись все средства, уменьшающие нагноение. Всякий прогресс в этом направлении есть прогресс в военно-полевой хирургии.

В одном из лазаретов Ягодины я видел ранение навылет в области подъязычной кости. Пуля прошла справа налево, раздробив кость, поранив корень языка и разрушив, вероятно, обе подъязычные артерии. Сильное артериальное кровотечение. Д-р Коломнин перевязал накануне правую общую сонную артерию. Во время посещения мною лазарета показалось снова артериальное кровотечение. В моем присутствии была затянута петля и на левой общей сонной артерии (нить под левую сонную артерию была подведена накануне одновременно с перевязкой правой сонной артерии). Левая общая сонная артерия была перевязана спустя 19 часов после перевязки правой. Больной перенес операцию хорошо, по крайней мере в нашем присутствии. Непосредственно за стягиванием нити не обнаружилось никаких припадков.

Я упомянул об этом случае смертельного кровотечения из-под петли, стягивавшей *art. iliacam externam*. Здесь употреблена была шелковая нить. Ни разу не наблюдал я подобного явления при употреблении струнной карболизированной нити, несмотря на то что более двух лет употребляю при перевязке сосудов исключительно струну. Кровотечение показывается вследствие раннего прорезывания артериальной стенки или изъязвления ее. Под карболизированной струнной нитью не замечается язвенного процесса; опыты на животных показывают постоянно образование воспалительного инфильтрата, в массе которого позднее исчезает через всасывание струнная нить. Воспалительный инфильтрат организуется в соединительную ткань, но не дает нагноения. Полагают, что перерезыванием артериального сосуда (между двумя лигатурами) можно предотвратить преждевременное прорезывание стенки его и избежать последовательного кровотечения. Это предположение будет верно для тех случаев, в которых нельзя ослабить перевязанную артерию. Д-р Рейер (в Свилайнаце) показывал мне несколько препаратов, представлявших вырезанные куски артерий. Так, при перевязке *art. carotidis communis* он вырезал кусок ее в 274 см; этот кусок соответствовал огнестрельной ране, обнимавшей почти в периферии сосуда. Для перевязки сосуда употреблена была шелковая нить. Больной на 11-й, кажется, день после операции находился в удовлетворительном состоянии; рана выполнена была хорошей грануляционной тканью. Другой препарат представлял кусок *art. tibialis posticae*. Оба препарата поучительны в том отношении, что на месте ранения не замечалось в просвете сосуда образования пробок; края прострела артерии представлялись как бы изъязвленными.

Рассчитывать на остановление кровотечения в подобных случаях нечего – в перевязке артериального ствола единственное спасение раненого. Но следует ли вырезать целые куски артерий? Это вопрос, на который можно отвечать так или иначе. В свежих огнестрельных ранениях подобная операция еще возможна; по прошествии нескольких дней отыскать кровоточащую артерию в ране есть дело весьма трудное, даже при употреблении эсмарховского бинта. В таком случае вырезывание куска артерии не может быть предпринято. Кроме того, через несколько дней после ранения при начавшемся воспалительном процессе развивается боковое кровообращение, причем мелкие веточки артерии могут разрастаться до таких размеров, что при высечении главного артериального ствола дадут обильное и опасное кровотечение. Если перевязка одного центрального конца артерии недостаточна, то можно перевязать и центральный, и периферический ее концы. Наложив перевязку на центральный и периферический концы артерии близ самой раны (когда это возможно), умеренным прижатием можно достигнуть, полагаю, лучшего результата, чем вырезыванием куска сосуда. Наконец, такое вырезывание возможно только на некоторых артериальных стволах.

б) В современных войнах употребляются почти исключительно разрывные артиллерийские снаряды, гранаты, действие которых разрушительно в высокой степени. Поражают они и непосредственно осколками и посредственно, взрывая землю и окружающие предметы. В сражении 16 сентября сзади русского капитана М. упала граната и разорвалась. Г. М. упал. Вынесен из огня в бессознательном состоянии и с явлениями паралича правой половины тела. На другой и третий день постепенно стало возвращаться сознание. Исследование спустя 5 дней после сражения; *hemiplegia dextra*, более или менее выраженное притуплением чувствительности в области правого тройничного нерва; *paralysis nervi facialis dextri*. Волосы на голове сбриты. При самом тщательном исследовании черепа мы не могли открыть ни малейших следов ушиба или вообще каких-либо объективных изменений. Но при слабом давлении на остистые отростки III и IV спинных позвонков наступали мгновенно потеря сознания, *strabismus convergens*, искривление рта и тетаническое сокращение спинных мышц. Через несколько секунд возвращалось сознание, исчезали и все другие явления. Подобную картину можно было вызвать всякий раз не только при давлении на упомянутые остистые отростки, но даже при слабом прикосновении к ним.

Другой случай. В сражении 16 сентября, когда г. С. (русский офицер) наклонился, чтобы осведомиться о состоянии только что раненного товарища, сзади него упала граната и разорвалась. Непосредственно после разрыва гранаты г. С. упал, потеряв сознание. Вынесен из огня в бессознательном состоянии при сильных общих судорогах. Судороги и потеря сознания продолжались 3 дня. Исследование через 5 дней после сражения: тоническое сокращение преимущественно разгибающих мышц левых верхних и нижних конечностей; верхняя конечность сильно вытянута в локтевом суставе, пальцы руки также вытянуты, торчат; *extensores* нижней конечности сильно напряжены, но конечность слабо согнута в коленном и тазобедренном суставах. Язык сжат в комок, не может быть расправлен, не высовывается изо рта. Больной сильно картавит, так что с трудом можно понять речь его. А прежде г. С. говорил совершенно отчетливо и ясно. При самом тщательном осмотре больного мы не могли открыть никаких объективных изменений и нашли только на коже спины несколько рассеянных поверхностных ссадин величиной в 2 и 3 мм.

Оба случая представляют много общего. В обоих при одинаковых обстоятельствах развился целый ряд припадков, указывающих на поражение мозговых центров. А между тем в обоих случаях нельзя было открыть ни малейших объективных изменений. Оба эти случая для верующих в контузии мимолетных огнестрельных снарядов могли бы представить сильные аргументы. Очевидцы-соратники, дравшиеся вместе с г. М., показали, что граната, ударившись о землю, проникла на некоторую глубину и вслед за тем непосредственно взорвала и выбросила глыбы земли. Комками земли забросало г. М. Приведенные примеры свидетельствуют, что в

современных войнах, благодаря употреблению разрывных артиллерийских снарядов, контузии могут встречаться гораздо чаще, чем в прежнее время, когда употреблялись круглые неразрывные снаряды. Хотя теперь меньше говорят о контузии, но случаи, подобные описанным, могут встречаться нередко. Вероятно, в обоих случаях вследствие ушиба произошло излияние крови в полость черепа и позвоночного канала; при этом кровоизлиянии как мягкие части в глубоких слоях, так и части скелета могли представить нарушение целостности ткани. Снаружи в общих покровах ни малейших следов ушиба. Дальнейшая судьба описанных случаев может представить много поучительного. Оба контуженных давали одно и то же объяснение своего состояния: они были убеждены, что их поразило действие мимолетного снаряда.

в) Относительно ранений головы и лица скажу немного. Как в лазаретах Черногории, так и в Сербии лечение было выжидательное: осколки черепных костей извлекались поздно, когда путем нагноения освобождались от связи с окололежащими частями. Я встретил случай ранней трепанации в одном из сербских лазаретов; исход был смертельный. Показанием для трепанации служило раздробление лобной кости с засевшей в глубине пулей. Хотя до сих пор и не установлены еще твердые показания для трепанации, видно, однако же, что область этих показаний суживается все более и более. Выжидательно-сберегательное направление в лечении огнестрельных повреждений вообще отразилось и на лечении огнестрельных повреждений черепа; хирурги, с которыми пришлось мне говорить об этом, отдавали большей частью предпочтение поздней трепанации.

г) Уже после франко-немецкой войны 1870–1871 гг. высказано было, что сквозные раны грудной полости далеко не так опасны, как сложилось было о них мнение хирургов. Меньшую сравнительно опасность этих ранений следует приписать тому обстоятельству, что стали употреблять огнестрельные снаряды меньшего калибра. При малом калибре снаряд может произвести ранение грудной клетки на вылет, пробив легкое, но не поранив ребер. Если и последует ранение ребра при вылете снаряда, т. е. у выходного отверстия, то важности это не имеет. Опасны ранения грудной клетки на вылет в тех случаях, когда во входном отверстии раздробляется кость и осколки ее увлекаются в пулевой канал. У меня отмечено несколько случаев выздоровления после проникающих ран грудной клетки. Такие случаи наблюдаемы были как в черногорских, так и в сербских лазаретах. Почти вся турецкая армия вооружена была одинаковым оружием. Турецкая ружейная пуля немалого калибра: основание ее равно 14 мм, длина снаряда 25 мм. В редких случаях такой снаряд может пройти чрез межреберное пространство, не задев ребра. А между тем, как я заметил уже, случаи выздоровления наблюдались довольно часто. Выздоровление возможно при двояких условиях: во-первых, вслед за ранением обнаруживается большее или меньшее кровотечение из раны, кровохарканье в течение двух или трех дней. Затем обнаруживаются явления воспаления легкого и подреберной плевы на ограниченном пространстве близ раны. При умеренном нагноении пулевой канал закрывается. Позднее исчезают постепенно явления выпота в грудной полости и воспаления легочной ткани. Во-вторых, непосредственно за ранением грудной клетки на вылет обнаруживается кровохарканье и наступает картина излияния крови в грудную полость. Спустя несколько дней показывается лихорадочное состояние и развивается картина гнойного скопления в грудной клетке (pyothorax). Иногда гнойное скопление в грудной полости развивается и без предшествовавших явлений излияния крови. В этом случае раненые погибали через несколько недель; но и выздоравливали. Широкие разрезы в грудной клетке и свободное излияние гноя очень помогали благоприятному исходу. Все это представляет картину обыкновенного патологического процесса, путем которого это важное ранение может иногда оканчиваться счастливым исходом. Помощь хирурга должна быть направлена к тому, чтобы поставить раненого в наивозможно лучшие условия, при которых описанный процесс мог бы протекать без всяких неблагоприятных осложнений. Но в чем должны состоять эти условия? Мы видели, что самые счастливые исходы и скорое выздоровление получаются тогда, когда наступающее воспаление дает

спайки, при посредстве которых весь последовательный патологический процесс фиксируется у пулевого канала. Еще во время войны 1870–1871 гг. я невольно обратил внимание на то, что проникающие раны грудной клетки протекали благоприятнее и вообще при них наблюдались чаще счастливые исходы тогда, когда раненые или вовсе не транспортировались, или переносили только небольшой транспорт. При строго выжидательном лечении самое существенное требование должно состоять в том, чтобы эти раненые не транспортировались.

Я убежден, что еще больший процент выздоровлений можно получить тогда, когда все случаи проникающих грудных ран будут оставляемы близ перевязочного пункта. Здесь следовало бы устроить особые этапы для подобного рода раненых. Держась анатомо-патологической почвы в рассуждении об этих ранениях, нельзя не согласиться, что случайности транспорта весьма часто разрушают усилия организма, направленные для ограничения воспалительного процесса. Современный способ ведения войны и права Красного Креста дают возможность применить рациональные требования науки для лечения тех несчастных, которые делаются жертвою усовершенствованных орудий истребления ближнего во второй половине XIX столетия. В войне с турками невозможно осуществить предположение о ближайших этапах; но это возможно, я полагаю, во время всякой другой европейской войны.

д) Почти то же самое должно сказать относительно проникающих ран брюшной полости. У меня отмечено несколько случаев счастливого исхода при ранении кишечного канала с истечением каловых масс. И при ранениях толстой кишки, и при ранениях тонкой возможен счастливый исход. Что касается до условий, при которых наступало выздоровление, то они суть те же самые, т. е. предварительная спайка кишечника с брюшной стенкой и фиксирование воспалительного процесса у пулевого канала. В черногорских лазаретах подобные исходы наблюдались, кажется, чаще, чем в сербских. Требование, поставленное относительно сквозных ранений грудной клетки, с неменьшей строгостью должно быть применено и к лечению проникающих ран брюшной полости. При выполнении этого требования выжидательный способ лечения и наивозможно меньшее активное вмешательство со стороны врача в первые дни после ранения всего больше могут способствовать благоприятному исходу.

В подтверждение высказанного положения, с одной стороны, и в подтверждение правила, предлагающего крайнюю осмотрительность при исследовании пулевых повреждений, особенно тех, которые лежат вблизи полостей, расскажу следующий случай: 17 августа умер раненый при явлениях ущемления кишечного канала (ileus) в правой паховой области. Явления ущемления продолжались 5 дней. Входное отверстие огнестрельной раны находилось вблизи правого лонного бугорка; пулевой канал проходил между пупартовой связкой и горизонтальной ветвью лобковой кости. Он был так узок, что даже на трупе нельзя было ввести в него указательный палец. При вскрытии брюшной полости найдена спайка тонкой кишки с салником и с передней брюшной стенкой близ пупка, на 1/2 поперечные пальца ниже его, по белой линии живота. Спайка представляла довольно плотный комок величиной в сливу. При разрезе спайки в центре ее найдено около 3 г густого гноя. На высоте спайки просвет тонкой кишки сдавлен совсем: ниже сдавления спадение кишечника, выше – сильное вздутие его газами. Гиперемия брюшины вообще. Внизу справа, по правой безымянной линии таза, замечается несколько ложных оболочек, которые склеивают тонкие кишки со стенкой таза. При разрезе пулевого канала найдено: непосредственно под брюшиной, близ правой наружной подвздошной артерии и соответственно спайке кишок со стенкой таза, лежал кусок свинцовой пули весом в 3 г. Покрывавшая пулю брюшина была немного утолщена. Но при малейшем смещении пулевого осколка она разорвалась бы неминуемо Sarpientisat.

е) Прежде, нежели стану говорить о некоторых видах ранения конечностей, замечу, что судьба такой сберегательной операции, как выпиливание суставов, все еще представляется вопросом в смысле раннего или позднего производства операции. Большинство наших хирургов, с которыми приходилось мне говорить по этому вопросу, разделяет мнение, что поздняя

операция выпиливания выгоднее ранней. Выгода поздней операции состоит преимущественно в том, что представляется возможность легче сохранить неповрежденные части скелета, надкостницы и связочного аппарата сочленения, не говоря уже, что и производство операции в техническом отношении значительно облегчается. Тем не менее встречал я и таких хирургов, которые защищали ранние выпиливания; в числе последних был и хирург английского госпиталя в Белграде т. Мак Келлар. Это горячий защитник ранних выпиливаний при огнестрельных ранах суставов. Но из беседы с ним я узнал, что он сделал на перевязочном пункте две или три подобные операции локтя и не видел исхода этих операций. А я после беседы уже видел один из его случаев: член оказался негодным, болтающимся. Если бы английский хирург узнал судьбу своих ранних выпиливаний локтевого сустава, думаю, он сделался бы менее горячим защитником их. Поздние выпиливания локтевого и плечевого суставов давали такие хорошие исходы, что едва ли следует еще поднимать вопрос о ранней операции при ранениях этих двух суставов. Далеко нельзя сказать того же относительно коленного и тазобедренного сочленений. Ранения других сочленений, как запястно-лучевого, голеностопного, могут быть лечимы и выжидательно. Выжидательно-сберегательный способ лечения давал отличные результаты преимущественно на верхних конечностях. Рациональные хирургические приемы и уход существенно способствовали счастливым исходам даже в тех случаях ранений, которые еще недавно составляли безусловные показания для ампутации. Так, у меня отмечено 2 случая раздробления ручной кисти с разрушением запястно-лучевого сустава; в обоих случаях при выжидательном лечении наступило выздоровление. В одном случае была разрушена *art. radialis*, в другом — *art. ulnaris*.

ж) Не стану останавливаться на лечении отдельных видов ранений на конечностях и позволю себе поговорить только о некоторых. Прежде всего, беру проникающие раны коленного сустава. Это одно из самых больных мест военно-полевой хирургии; оно представляет повреждение, с которым сплошь и рядом приходится хирургу бороться безуспешно. Проникающие раны коленного сочленения могут оканчиваться выздоровлением; причем отправление коленного сустава только мало расстраивается, остается неполный анкилоз. В черногорских лазаретах мы могли констатировать подобный исход несколько раз. Такой исход возможен тогда, когда прободается сумочная связка, но не ранятся суставные концы костей. Вслед за ранением обнаруживается воспаление в полости колена, образуется серозный выпот, переходящий даже в серозно-шовный. При благоприятных условиях у молодых субъектов воспалительные явления начинают ослабевать к исходу второй и третьей недели после ранения, входное и выходное отверстия раны закрываются, а далее начинает мало-помалу всасываться и выпот. Выздоровление наступало после 5–8 недель. Бывали случаи, что эта картина менялась, развивалось гнойное воспаление в полости колена при бурном лихорадочном состоянии и в последнем случае наступал смертельный исход, нередко спустя много недель после ранения. В Цеттинском лазарете мы имели один случай выздоровления при затянувшемся гнойном воспалении колена. Здесь же был наблюдаем и один случай выздоровления после поздней резекции колена (отд. д-ра Ковалевского). В других случаях выпиливание коленного сустава кончалось смертью. Я нашел 3 случая выпиливания колена в лазаретах Сербии, но они были свежие, несколько дней спустя после операции. Судить об их исходе нельзя было.

Лечение проникающих ран колена было выжидательное, с применением льда; накладывали иногда неподвижные гипсовые повязки с поясом вокруг таза; в других случаях ограничивались употреблением металлической или деревянной шины. При развитии нагноения в полости колена делались боковые разрезы. Производилось и выпиливание сустава не только в виде поздней операции, но и скоро после ранения. При всех этих способах лечения результаты были приблизительно одинаковые. В Свилайнаце, в бараках д-ра Рейера, я встретил в 3 случаях проникающих ран колена применение способа лечения, который с теоретической точки зрения имеет очень многое за себя. Способ этот состоит в следующем; когда констатирована

проникающая рана коленного сустава, делается поперечный разрез ниже коленной чашки, как при обыкновенном способе выпиливания коленного сустава. Вскрыв полость сустава, рассекают боковые связки колена и крестообразные и затем проводят еще дренажные трубки через мягкие части так, что одна трубка проходит близ сухожилья двуглавой мышцы бедра, другая – близ сухожилья полусухожильной мышцы. Вскрытая таким образом полость сочленения предоставляется заживлению через нагноение. Конечность удерживается в вытянутом положении на шинах.

Если в полости какого-либо сочленения развивается нагноение, то ткани, входящие в образование сочленений, подвергаются изменениям, в силу которых сочленение перестает существовать в анатомо-физиологическом смысле. При счастливом исходе этого процесса остается анкилоз, сращение между концами сочленяющихся костей; сращение будет или соединительнотканное, или иногда костное. Нагноение в полости сочленения аналогично нагноению во всякой другой серозной полости или среди тканей вообще. Задача лечения при образовании гнойника состоит в том, чтобы дать свободный выход гною и затем не расстраивать процесса восстановления. Эта задача должна найти применение и при гнойном воспалении коленного сустава: дать вовремя свободный выход гною, накопившемуся в полости колена. Широкие разрезы с боков колена не достигают цели. Полость коленного сустава слишком обширна и сложна; кроме того, небольшие синовиальные сумки, лежащие в подколенной впадине, могут сообщаться с полостью сумочной связки колена и участвовать одновременно в нагноительном процессе. Боковыми разрезами далеко нельзя дать свободного выхода гною из задней части сумочной связки и из синовиальных ее сумочек. Вскрытие сочленения в том виде, как производит его д-р Рейер, всего скорее может помочь достижению цели. Виденные мною случаи были свежие, нельзя еще судить об исходе. Вероятно, из подробного отчета мы узнаем о судьбе этих раненых.

Я слишком далек от мысли предлагать один какой-либо способ для лечения всех вообще ранений коленного сустава. Об этом не может быть и речи. Но предложенный способ, думаю, найдет успешное применение во многих случаях. Проникающие огнестрельные раны коленного сустава представляют большое разнообразие благодаря обширности сустава с одной стороны и сравнительной сложности его анатомического строения – с другой. По отношению к лечению можно бы различить следующие три группы. Группа 1: проникающие раны колена со вскрытием только сумочной связки. Группа 2 обнимет те случаи, в которых при вскрытии полости сустава существует большая или меньшая степень нарушения целостности костей, входящих в образование колена, т. е. мышечков бедра, большеберцовой кости, коленной чашки. В 3-ю группу следует отнести все те случаи проникающих ран колена, в которых раздробление мышечков бедра занимает все губчатое вещество и доходит до трубчатого канала бедренной кости. Все случаи 1-й группы подлежат выжидательно-сберегательному лечению; и только при развитии бурной картины воспаления колена следует вскрыть вышеописанным способом. Случаи 2-й группы с самого начала подлежат лечению через вскрытие сустава, потому что здесь невозможно рассчитывать на выздоровление при обыкновенном выжидательном лечении. Другими словами, здесь предлагается почти то же самое, что при выпиливании. Я говорю «почти то же самое», потому что ограничусь всякий раз только очищением коленной полости, удалением случайно попавших посторонних тел и костных осколков, не спиливая без нужды неповрежденных сочленовных концов костей. При значительном раздроблении мышечков придется выполнить обыкновенное выпиливание (*resectio*). Что касается случаев 3-й группы, то здесь возможно только одно показание – *amputatio femoris*. Едва ли можно рассчитывать на успешный исход выпиливания, если придется распилить бедро в пределах трубчатого его канала. Впрочем, и в этом случае возможность счастливого исхода не исключается, когда в месте раздробления бедра начинается образование костной мозоли, так что распил придется провести через костную мозоль. Блестящее доказательство подобной возможности мы наблюдали в Цет-

тинском лазарете (отд. д-ра Ковалевского), где сделана была пересадка пяточной кости (спилена была тонкая пластинка верхней сочленовной ее поверхности) на распил костей голени, сделанный на 7,5 см выше сочленовной их поверхности, следовательно, далеко выше губчатого строения концов. Распил проведен был чрез костную мозоль. Огнестрельное ранение с переломом обеих костей голени произошло за 7 недель до операции.

Другое, не менее важное по последствиям ранение представляют проникающие раны бедренно-тазового сочленения. Те же самые основания должны быть применены и здесь. Выжидательный способ лечения возможен тогда, когда вскрыто сочленение и нет повреждения скелета. При развившемся нагноении должно дать свободный выход гною, вскрывая сочленовную сумку сзади большого вертела: чем свободнее разрез, чем более будет раскрыта суставная полость, тем лучше условия для счастливого исхода. При раздроблении костей – широкое раскрытие суставной полости и удаление разрушенных частей скелета, т. е. *resectio*. Операция эта дает лучшие результаты в тех случаях, когда производится поздно, при развившемся уже нагноении.

III. Частная помощь на войне

Никакое правительство не может обладать достаточными средствами, чтобы создать санитарные учреждения в таких размерах, при которых можно было бы оказать помощь всем раненым и больным при современных войнах. Только содействием всего народа, путем широкой частной благотворительности можно пополнить недостаток в санитарных учреждениях, который неизбежно обнаруживается с первыми битвами. Отсюда становится понятным громадное значение частной помощи во время войны. Частная благотворительность должна прийти на помощь для устройства лазаретов, снабжения их госпитальными принадлежностями, перевязочными средствами; она должна взять на себя заботы и о пополнении санитарного персонала. На войне всегда бывает недостаток во врачах. Вдруг нельзя создать средства, которые дали бы возможность удовлетворить указанным нуждам. Общество должно заранее подготовляться: и материальные средства, и люди должны быть готовы по первому требованию. Роль Общества Красного Креста громадна. Сфера деятельности его должна расширяться все более и более; это вытекает естественным образом из того, что война нашего времени есть война всего государства, всего народа, потому что войско современное есть народ.

Славянская война дала возможность русскому Обществу Красного Креста показать свои средства, умение пользоваться ими и плоды своей деятельности. В самом деле, едва ли повторится когда-нибудь то положение, в которое поставлена была во время этой войны деятельность частной благотворительности русского народа. Мы были полными хозяевами в Черногории, в стране, не имевшей никаких санитарных учреждений; да и санитарное дело Сербии почти также всецело отдано было в наше распоряжение. Впрочем, это не был первый пробный опыт для деятельности нашего Общества Красного Креста – во время войны 1870–1871 гг. оно оказывало свое содействие, помогая и прусским, и французским раненым. Был урок, естественно ожидать, что уроком воспользовались. Но так ли это?

Все санитарные учреждения Черногории сосредоточены были в руках уполномоченного от Общества Красного Креста. Созданы были лазареты. Устройство их, снабжение всеми госпитальными принадлежностями, содержание раненых и больных – все производилось на средства Общества Красного Креста. Содержание наших черногорских лазаретов было отличное, и трудно требовать чего-нибудь большего. Если когда-нибудь наш раненый и больной солдат будет пользоваться в военных лазаретах таким содержанием, какое мы давали нашим братьям-черногорцам, то это будет доказательством огромного прогресса наших военно-санитарных учреждений. И подобный прогресс возможен только при деятельном участии со стороны Общества Красного Креста или частной благотворительности вообще. Во всех черногорских

лазаретах больной или раненый пользовался следующим содержанием: утром стакан кофе с молоком и белым хлебом¹⁰. Обед в полдень: мясной суп, отдельно кусок мяса, белый хлеб, стакан красного вина или кофе по назначению врача или по желанию больного. В 8 часов вечера подавался ужин, состоявший также из супа, куска мяса, стакана вина или кофе. Два раза в день, перед обедом и ужином, больной получал рюмку ракии (виноградной местной водки). На каждого больного отпускалось полтора фунта мяса в сутки¹¹. Что касается до снабжения лазаретов лекарствами, перевязочными средствами, бельем постельным и носильным, то во всем было изобилие. При таком отличном содержании в лазаретах, при образцовом уходе за ранеными следовало ожидать и отличных результатов. Ожидания оправдались.

В Черногории легко было, по-видимому, ориентироваться относительно места и числа лазаретов, потому что территория невелика, выбор места и возможности для устройства лазаретов весьма ограничен, число раненых и больных сравнительно было невелико. Во всех 3 лазаретах (2 в Цетинье и один в Негуше) цифра раненых и больных только на короткое время достигала 300 человек, за исключением выздоравливавших, находившихся в кучах (в частных домах). На это ограниченное число раненых имелось в Черногории 6 врачей, а позднее – даже 10. Несколько фельдшеров и 10 сестер милосердия составляли тот санитарный персонал, при помощи которого врачи могли организовать вполне образцовый уход за ранеными. Заведывание всеми лазаретами сосредоточено было в лице уполномоченного от Общества Красного Креста. Когда в конце августа прибыло еще 3 врача от Московского славянского комитета, то встретилось затруднение в приискании для них деятельности: наличный состав врачей удовлетворял совершенно санитарным нуждам страны. Присланные врачи имели при себе 4 фельдшеров, но не имели никаких средств для организации врачебной помощи. Санитарный отряд примкнул к Обществу Красного Креста. Общество снабдило его лекарственными и перевязочными средствами, дав ему, таким образом, возможность устроить перевязочный пункт в Данилограде. Позднее, уже в начале сентября, прислан был еще один санитарный отряд, состоявший из врача, двух студентов и фельдшерицы. И этот отряд, подобно санитарному отряду Московского славянского комитета, был обеспечен только средствами на личное содержание персонала в течение двух месяцев. Отряд снаряжен был на частные средства, пожертвованные обществом бурят. Он примкнул к Обществу Красного Креста и был пристроен к одному из лазаретов в Цетинье.

Снаряжали врачей или целые санитарные отряды для отправления в Черногорию. Уполномоченный от Общества Красного Креста узнавал об этих снаряжениях тогда, когда персонал находился уже на пути в Цетинье. Нужно ли было усиливать врачебный персонал или нет, об этом главное управление Общества Красного Креста не считало нужным предварительно осведомиться. Какие затруднения и недоразумения могли происходить от подобного образа действий, нетрудно представить себе. В маленькой Черногории многое осталось незаметным, а то, что могло тормозить дело, по счастью, устранялось содействием лиц, имевших в виду интересы дела¹² прежде всего.

Не то вышло в Сербии. Если санитарное дело Черногории создано было на средства Общества Красного Креста исключительно, то в Сербии мы видели уже другое. Благотворительность русского общества была направлена преимущественно в Сербию, сюда же направлены были и главные врачебные силы.

Гораздо прежде прибытия в Сербию санитарного отряда Общества Красного Креста уже поспели туда санитарные отряды, снаряженные на частные средства. Санитарный отряд проф.

¹⁰ В Черногории народонаселение употребляет в пищу преимущественно кукурузный, малопитательный хлеб. (Прим. авт.).

¹¹ Табаку отпускалось для больных вдоволь. Каждый черногорец курит. (Прим. авт.)

¹² Так, между прочим, выжидали дела и врачи санитарного отряда Общества Красного Креста и просидели около 12 дней без дела в Белграде. (Прим. авт.).

Боткина открыл прежде других свой лазарет в Ягодине. Вскоре затем явился санитарный отряд от Общества московских старообрядцев и устроил свои лазареты в Смедереве. Новгородский, харьковский, отряд дамского петербургского общества и другие санитарные отряды являлись один за другим и скоро доставили на место военных действий достаточный по количеству врачебный персонал. Администрации оставалось только изучить средства врачебного персонала и воспользоваться ими наивыгоднейшим образом.

Все частные санитарные отряды, направленные в Сербию, можно подразделить на две категории: к первой принадлежат отряды, у которых, кроме средств для содержания личного состава, имелись и средства для устройства и содержания лазаретов (отряд проф. Боткина, санитарный отряд московских старообрядцев). Ко второй относится большинство санитарных отрядов, которые составлялись таким образом, что личный состав отряда обеспечивался содержанием на два или три месяца, давались деньги на проезд в Сербию, а далее предоставлялось санитарному отряду устраиваться, где угодно и как угодно. Ни снаряжавшие санитарные отряды, ни снаряженные не знали, по-видимому, действительных нужд санитарных учреждений Сербии, не имели возможности или не желали узнать что-либо предварительно, а руководствовались собственными соображениями, построенными на основании газетных сообщений. Прибыв в Сербию, подобный санитарный отряд начинал искать и выжидать дела. Иному удавалось пристроиться при лазаретах сербского правительства; другому – на случайные средства (новгородский санитарный отряд, барак в Чуприи). Иногда такие отряды, истощив свои маленькие средства и не получая поддержки со стороны сербского правительства, примыкали к Обществу Красного Креста (харьковский санитарный отряд в Ягодине, отряд дамского Петербургского общества в Пожареваце и др.). Однако же некоторые общества не считали возможным присоединять свои санитарные отряды к Обществу Красного Креста и искали самостоятельности. Говорят, что московский славянский комитет снабдил шефа санитарного отряда, снаряженного в Черногорию, такой инструкцией, на основании которой он не должен был подчиняться никому. Но московский славянский комитет, вручая свою инструкцию, не дал отряду никаких средств для организации какой-нибудь врачебной помощи! При таком порядке ведения дела не было возможности достигнуть единства действия, неурядица и упущения должны были обнаружиться неизбежным образом. Слабая правительственная (сербская) администрация не могла дать прочной связи этим разнородным элементам, а самые эти элементы являлись врозь, из различных мест обширного нашего отечества и не вносили с собой никаких задатков для образования взаимной связи. Те санитарные отряды, которые обладали достаточными средствами для устройства лазаретов и содержания своих раненых, изолировались и действовали в своей сфере самостоятельно: они были в наивыгоднейшем положении, потому что имели возможность приступить к делу непосредственно. Положение же других было неопределенное, невыгодное, а иногда самое комичное: я встретил врача, оставшегося без занятий и отправленного по распоряжению уполномоченного в ближайший город для занятий в лазаретах Р. Оказалось, что в лазаретах этих не было для него места, да и самые лазареты в день его прибытия сданы были румынскому санитарному отряду.

Вообще, для содержания санитарных учреждений в Сербии созданы были огромные средства. Некоторые лазареты представляли образцовое содержание больных и раненых, деятельность врачей в этих лазаретах была рациональная и строго научная выше похвал. Сказанное должно быть отнесено к лазаретам, устроенным на частные средства. Нельзя сказать того же о лазаретах Общества Красного Креста и о тех вообще, которые по недостатку средств должны были стать в зависимость от этого общества. Распоряжения этого общества приходили все или не вовремя, или не в пору. А причина этого лежала в недостатке распорядительности, в отсутствии рациональных административных приемов, одним словом, в незнакомстве с делом.

Не стану более утомлять читателя изложением отдельных эпизодов бывшей неурядицы, а перейду к изложению соображений, путем которых, полагаю, возможно было бы избежать

всех этих беспорядков. Беспорядки вроде указанных наблюдались уже в 1866 г. Пруссаки воспользовались указаниями опыта и устранили по возможности повторение некоторых случайностей во время войны 1870–1871 гг. Во время французско-немецкой войны и наше русское Общество Красного Креста выступило на помощь раненым. Многие помнят о пререканиях и недоразумениях, возникавших тогда между уполномоченным от Общества Красного Креста и заведовавшим медицинской частью. Когда я приехал к заведовавшему медицинской частью покойному проф. Гюббенету в Мангейм, то он стал горько жаловаться на созданные порядки и невозможность предпринять что-либо действительно полезное. Все меры его парализовались. Но мы, кажется, не воспользовались указаниями опыта так, как наши западные соседи.

Желательно, чтобы во время войны частная благотворительность являлась на помощь в самых широких размерах; пусть собираются капиталы, снаряжаются санитарные отряды от обществ, городов или отдельных лиц. Первенствующая роль в святом деле организации частной помощи на войне будет принадлежать Обществу Красного Креста, как более богатому и подготовленному для санитарной деятельности. Частная благотворительность на войне будет достигать своей цели тогда только, когда деятельность всех частных обществ будет направлена дружно к этой цели, когда в деятельности их будет известная солидарность, единство действий. Единство действий не предполагает подчиненности, подначальной зависимости, которой, скажем мимоходом, так боятся у нас и на возможность которой указывали многие врачи в Сербии. Нет. Каждое из обществ действует самостоятельно в своей сфере, если имеет для того средства. В противном случае оно подчиняется главному по материальным средствам обществу, т. е. Обществу Красного Креста. Представим себе, что начинается сербская война. Общество Красного Креста становится главным фактором частной помощи. Оно немедленно создает учреждение (бюро), которое входит в непосредственное сношение с сербским правительством. Оно узнает действительные нужды воюющей страны и получает точные указания, где и каким образом можно всего легче удовлетворить этим нуждам. Сношение с сербским правительством поддерживается непрерывно, и в указанном бюро во всякое время имеются самые точные сведения о состоянии санитарного дела страны. Являются предложения помощи от различных частных обществ. Эти предложения должны проходить через бюро и должны распределяться при содействии того же бюро. Если предложение обеспечено вполне материальными средствами, то создается лазарет в местности, указанной бюро, и в этом лазарете функционирует самостоятельно санитарный его отряд. В противном случае санитарный персонал и имеющиеся при нем материальные средства обращаются на усиление врачебных сил в существующих уже санитарных учреждениях правительственных или устроенных на средства других обществ. Понятно, что в последнем случае необходимо предварительное соглашение, и невозможным станет повторение упомянутых выше эпизодов. Едва ли когда-нибудь повторится положение, в которое поставлена была русская частная помощь во время черногорско-сербско-турецкой войны 1876 г. Но частная помощь всегда будет иметь обширное применение на войне. Эта помощь может являться или в виде устройства собственных госпитальных учреждений, или в виде вспомоществования существующим правительственным учреждениям. Роль центрального бюро или Общества Красного Креста как в первом, так и во втором случае остается одинаковой. Деятельность частных обществ должна подлежать, безусловно, правительственному контролю в административном отношении.

Общество Красного Креста имеет своего уполномоченного на месте военных действий. Во время настоящей войны оно имело одного уполномоченного в Сербии, другого – в Черногории. Кроме уполномоченного, Общество Красного Креста имеет еще и главного врача, заведующего всеми лазаретами в медицинском отношении. Нет другой области знаний, в которой, как в медицине, всякое лицо считало бы себя более или менее компетентным. В медицине всякий считает себя вправе подавать советы не только для лечения частных случаев заболевания, но и для решения самых сложных санитарных вопросов, устройства госпиталей и пр. Обще-

ство Красного Креста избирает своими уполномоченными самых благонамеренных и самых почтенных людей, но... неподготовленных для дела, незнакомых с требованиями санитарных вопросов. Уполномоченный считает себя вправе кассировать требования заведующего медицинской частью, критиковать сделанные им распоряжения; уполномоченный вместе со своим секретарем (не врачом) отправляется отыскивать место для учреждения нового лазарета, не предупредив даже об этом заведующего медицинской частью. Тот же уполномоченный приказывает эвакуировать больных и транспортировать их в другое место по собственному соображению и на другой день, между прочим, заявляет об этом заведующему медицинской частью. Можно бы указать еще длинный ряд подобных несообразностей, которые, естественно, должны вызвать крайнюю неурядицу в ущерб санитарному делу. Что произошло в течение этой войны, о том мы узнали уже многое из газетных сообщений, но мы узнаем еще больше, когда акты нашей деятельности будут закончены.

А все это произошло от того, что мы никоим образом не можем отрешиться от предубеждений, которым так сильно проникнуто наше общество. Нам необходима представительность прежде всего: без представительности не может совершиться никакое дело. Общество дает средства, общество вправе требовать, чтобы эти средства находили наилучшее применение. Оно вправе требовать, чтобы делом заправляли компетентные лица. Не представительность нужна для такого дела, как санитарная помощь во время войны, а люди дела, люди, подготовленные к уразумению того поручения, которое общество на них возлагает. Я глубоко убежден, что все недоразумения, пререкания и неурядица легко могли бы быть избегнуты, если бы в качестве уполномоченного от Общества Красного Креста стояло компетентное лицо. Таким лицом может быть только хорошо образованный санитарный врач, особенно если этот врач обладает еще и хорошими административными способностями. Это вопрос огромной важности; он заслуживает самого основательного и многостороннего обсуждения. Знаю, что предложение мое встретит мало сочувствия в среде Общества Красного Креста, подвергнется нападкам, но тем не менее я настаиваю на нем. Не представительность, не высокий чин и не видное общественное положение нужны, а знание дела. Если во главе дела будет стоять хорошо подготовленный санитарный врач, то не будет надобности назначать профессоров хирургии в должности заведующих лазаретами в административно-санитарном отношении. Профессор хирургии принесет гораздо больше пользы там, где дана будет ему возможность применить специальные свои познания. Возложите на профессора хирургии обязанности консультанта, отдайте в непосредственное его заведывание военный госпиталь, лазарет: здесь, руководя врачами, помогая и словом и делом менее опытным врачам и хирургам, он принесет пользу несравненно высшую, чем та польза, которой ожидают от него, как от администратора. Дело подавания частной помощи на войне требует реорганизации. Пользуясь опытом других государств и своим собственным, мы получим богатый материал, на основании которого можно выработать более или менее прочные указания для руководства. Но во всяком случае эти указания побудят избрать иной путь и оставить тот способ эксплуатации огромных материальных средств, которым Общество Красного Креста руководствовалось до сих пор.

Наше госпитальное дело на войне

Статья «Наше госпитальное дело на войне» напечатана в «Медицинском вестнике», 1877, № 45, стр. 501–505; № 46, стр. 513–516.

Потери нашей действующей армии от начала военных действий до конца сентября месяца превышали 50 тысяч человек; в этом числе раненых было более 35 тысяч. Приняв это положение и допустив даже, что сопоставление цифр не положительно точное, а только наиболее вероятное, мы имеем все-таки выражение значительного прогресса в санитарном состоянии: во все войны всегда действующие армии несли потери, гораздо более чувствительные от влияния эпидемических болезней, чем от действия неприятельского оружия. Эпидемическое развитие болезней следовало по пятам двигавшихся армий; в нашей же дунайской армии не наблюдается влияния эпидемий до настоящего времени. Наиболее чувствительные потери несет армия от заболеваний вследствие влияния малярии.

Другое доказательство прогресса в санитарном отношении нашей армии видно из того, что недостаток врачей, который всегда ощущался в наших армиях, не существует в настоящее время. Русская армия снабжена только русскими врачами, и снабжена в таком количестве, которое соответствует действительной потребности. Говорят, что число врачей нашей действующей армии превышает относительное число врачей армии прусской во время войны 1870–1871 гг. Известно, что Пруссия могла поставить в то время такое количество врачей, какого не выставляла еще ни одна армия. В действующей нашей армии на Дунае нет иностранных врачей. В прежние войны мы принуждены бывали приглашать иностранных врачей и прибегали к мере, которая нарушала одно из наших прекрасных узаконений, в силу которого всякий иностранный врач приобретает право практики в России только после получения диплома в одном из отечественных университетов. Во время Крымской войны приглашено было для армии более 100 иностранных врачей, между которыми большинство оказалось крайне невежественным; к тому же все они не знали русского языка и были, следовательно, бесполезны для больного русского солдата. Можно пожалеть, что из опасений насчет недостатка врачей произвели ускоренный выпуск, оторвав молодых людей от правильных школьных занятий преждевременно. Обнаружилось, что крайняя эта мера не оправдалась на деле и предпринята была слишком торопливо. Если бы почувствовалась действительно нужда во врачебном персонале, пополнить его можно было бы без труда студентами выпускных курсов, которые фактически исполняли обязанности младших ординаторов во многих военно-временных госпиталях Болгарии. По миновании войны молодые люди возвращаются в школы для полного окончания медицинского своего образования. Нужно желать прекращения на будущее время практики ускоренных выпусков, которые не приносят существенной пользы, но оставляют положительный вред.

Немалое значение в ряду условий хорошего состояния санитарной части получает и то обстоятельство, что современный солдат есть крепкий молодой человек, возраст которого представляет наилучшие задатки для борьбы с неблагоприятными влияниями военно-походной жизни. Статистик-врач при сравнении санитарного состояния нашей армии с состоянием ее во время прошлых войн не должен упускать из виду этого важного момента, иначе сравнение будет грешить тем, чем грешат обыкновенно статистические выкладки – сравнением данных неодинакового свойства. Молодой солдат наш обставлен теперь несравненно лучше, чем прежний солдат, и это должно быть понимаемо в самом широком смысле относительно его содержания, одежды, пищи и санитарных мер. В последнем отношении новые идеи получили самое широкое применение, благодаря которому армия наша до сих пор не подвергалась еще влиянию эпидемических болезней. Отсутствие эпидемических влияний благотворно отразилось

на состоянии раненых: бичи военно-временных госпиталей, следующие непосредственно за накоплением больших масс раненых, рожа и госпитальная нечистота (*gangraena posocomialis*), не наблюдались до настоящего времени, т. е. до конца сентября. За все время пребывания нашего на театре военных действий, от половины мая до конца сентября месяца, нам пришлось видеть только один случай рожи и один случай госпитального омертвления. Оба случая наблюдаемы были в Свищове, в госпитале, размещенном в покинутых турецких домах. В первом рожа осложнила ампутацию предплечья, во втором – госпитальное омертвление обнаружилось на культе голени спустя недели полторы после ампутации (летальный исход). Чувствительны были потери наши от гнилостного заражения, под влиянием которого погибали раненые в первые дни после больших битв. Гнилостное заражение убивает многих раненых; не всякий раз предотвращается губительное влияние его и операциями. Много оперированных погибло от гнилостного заражения после битвы под Плевном, 18 июля. Чем совершеннее обставлен первоначальный уход за ранеными, чем лучше организованы способы перевозки их, чем менее подвергаются они влиянию перевозки вообще, тем слабее проявляется влияние гнилостного заражения (*septhaemia*). В 63-м и 47-м госпиталях в Зимниче после битвы под Плевном, 18 июля, наблюдалось такое гибельное опустошение от гнилостного заражения между ранеными и оперированными, какого не приходилось нам наблюдать ни в одном госпитале ни раньше, ни позже этого времени. Мы указывали уже на существенные причины этого явления. Они даны были в крайне неудовлетворительном состоянии перевозочных наших средств в Болгарии, в панике 19 июля, во время которой обозы с ранеными неслись вскачь на пространстве нескольких верст; раненые не получали пищи в течение двух дней, потому что не было сделано заранее никаких приспособлений для кормления их на пути следования от Плевна до Свищова на пространстве 60 верст.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.