

Шейнис Вениамин Николаевич

**Хирургическая помощь во
французской армии в мировую
войну 1914-1918 гг**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 291
ББК 86.3
В29

В29 **Вениамин Николаевич Ш.**
Хирургическая помощь во французской армии в мировую войну 1914-1918 гг / Шейнис
Вениамин Николаевич – М.: Книга по Требованию, 2024. – 148 с.

ISBN 978-5-521-30884-2

ISBN 978-5-521-30884-2

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2024
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2024

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг — не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель — вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания — решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

Таким образом, уже одно краткое перечисление содержания труда д-ра Шейниса показывает, что он с большим интересом будет встречен всеми советскими хирургами, так как оборонные задачи одинаково близки как тем из них, которые состоят в кадрах Красной Армии, так и тем, которые пополняют их в нужный момент. Не меньший интерес настоящий труд представляет и для организаторов военно-санитарного дела. Автор прежде всего поставил себе целью представить вниманию советских врачей все то из опыта французской санитарной службы, что может быть ценным и полезным для нас как при организации хирургической работы, так и для ее практики в военных условиях. С этой своей основной задачей автор справился весьма удачно.

Заслуженный деятель науки проф. *Гирюла*

Ленинград, 1938 г.

ВВЕДЕНИЕ

Санитарная служба французской армии вступила в мировую войну, опираясь на ряд априорных положений, предопределивших ее деятельность и организацию на первых этапах военных действий.

Эти положения, почерпнутые, в основном, из опыта предыдущих войн и данных военных игр, были изложены в «Санитарном уставе 1910 г.», долженствовавшем служить основным руководством для санитарной службы.

Но устав этот исходил из неверных предпосылок, основными из которых были: а) предположение о маневренном характере будущей войны и связанных с ним постоянных и значительных передвижениях войск и б) оценка характера ранений как «гуманного», не сопряженного с обширным повреждением тканей и развитием раневой инфекции, что было опровергнуто развитием военной техники, эволюционировавшей в сторону подавляющего господства артиллерийского огня. Поэтому этот устав при столкновении с действительностью, по характеристике Миньона (автора обширного труда «Санитарная служба в войну 1914—1918 гг.»), оказался «бесплодным трудом, безжизненной и бездушной грамматикой».

Последующее развитие санитарной службы французской армии в мировую войну было ознаменовано непрерывным изменением форм и принципов ее организации и осуществления ее хирургической деятельности применительно к условиям военной обстановки и клиническим данным, вытекавшим из накапливавшегося хирургического опыта.

Одним из основных выводов из опыта хирургической деятельности французской санитарной службы в войне 1914—1918 гг. является, как мы это постараемся показать в дальнейшем, тот, что развитие военно-полевой хирургии, хирургическая тактика и клиническое ее содержание не могут быть чем-либо заранее данным во всем своем объеме, сборником непоколебимых схем и рецептов, по

лишь результатом непрерывного и живого взаимодействия влияющих друг на друга факторов. Таковыми являются: обстановка и характер военных действий, имеющие доминирующее значение в построении лечебно-эвакуационного плана; клинические данные, вытекающие из опыта хирургической работы и изучения биологии военно-полевых ранений, и определяемая ими и, в свою очередь, определяющая содержание лечебной деятельности отдельных этапов организации санитарной службы.

В соответствии с этим положением развитие военно-полевой хирургии во Франции в годы мировой войны определялось, в первую очередь, непредвиденным позиционным характером военных действий, чрезвычайным развитием артиллерии, огнем которой причинялось подавляющее большинство ранений, появлением новых видов оружия, порожденных траншейной войной: минометов, ручных гранат и т. п. Характер ранений, наблюдавшихся в мировой войне, принудил отказаться от взгляда на огнестрельные ранения, как на не инфицированные первично, в пользу положения о первичной инфекции ран, вызванных осколками артиллерийских снарядов, мин и ручных гранат. Констатирование этого факта повлекло за собой принципиальное разграничение патологии и терапии ран «с большой и малой зонами повреждения» (по классификации проф. Гирголав) не только в области ран мягких тканей, но и полостных ранений, особенно грудной клетки.

Организационно это отразилось в утверждении доктрины о систематической ранней хирургической обработке ран, как единственно рациональном методе; предупреждающем развитие основной опасности — инфекции.

Эти клинические воззрения послужили исходной точкой для реорганизации и перераспределения функций органов санитарной службы в 1916—1917 гг.

Переход от стабилизации фронтов к маневренным действиям в конце 1917 г. и в 1918 г. вынудил приспособлять организационные формы, возникшие с целью обеспечения рациональной хирургической помощи в условиях позиционной войны, к новой обстановке, заставив изыскивать новые методы осуществления лечебно-эвакуационного обеспечения.

Эта эволюция форм и методов лечения, эвакуации и т. д., не прекращавшаяся ни на один день, обязывает нас и в дальнейшем к учету опыта мировой войны лишь с определенными оговорками, условно. Мы обязаны заранее пред-

видеть поправки и изменения, подчас кардинальные, которые будут внесены в воззрения, сложившиеся в итоге мировой войны, реальной обстановкой и характером военных действий в будущем.

Обстановка, в которой развивалась хирургическая деятельность французской санитарной службы в 1914 — 1918 гг., вряд ли повторится в будущей войне.

Особо важное значение для советской военно-полевой хирургии имеет учет того факта, что территориальные масштабы французского театра военных действий были весьма ограничены. Не говоря уже о позиционном периоде, или периоде стабилизации (по терминологии французских авторов), маневренные действия на французском фронте развивались на весьма незначительных по протяженности участках.

Наступление французской армии во Фландрии в июле—августе 1917 г. разворачивалось на фронте в 25 км шириной и 8 км глубиной; наступление под Мальмезоном в октябре 1917 г. было на фронте шириной в 12 км.

В результате немецких наступлений весной и летом 1918 г. между Уазой и Шельдой (март — апрель), на Эн (май), в Шампани (июль) французские войска были потеснены, но линия фронта перемещалась в среднем лишь на 30—50 км.

Наконец, во время наступления французской армии, начавшегося в июле 1918 г. и закончившегося в ноябре заключением мира, размеры продвижения французских армий не превышали 110 км (10-я армия), 140 км (1-я армия), причем эти расстояния проходились за 5—7 приемов, чередовавшихся с интервалами, задержками на месте, использованием для подтягивания санитарных учреждений.

Столь незначительные передвижения сочетались с чрезвычайной насыщенностью действовавших войск медперсоналом и санитарным снабжением. При наступлении во Фландрии на 2 дивизии, проводившие наступление, было развернуто 17 630 человек, т. е. больше, чем бойцов в частях первой линии; санитарные учреждения стояли «локоть к локтю»; в них работало 53 хирургических бригады, 15 рентгеноустановок и т. д. То же имело место и под Мальмезоном.

Все это, естественно, создавало для деятельности санитарной службы условия, на которые отнюдь не всегда можно рассчитывать.

Однако, эти соображения ни в каком случае не могут служить поводом для «исторического пигмализма» и не дают права на вывод о том, что опыт хирургической деятельности французской санитарной службы не может или не должен быть использован в последующем.

Напротив, это обязывает нас к изучению достижений военно-полевой хирургии во французской армии в мировую войну, но, прежде всего, в сопоставлении их с конкретными условиями обстановки и организации санитарной службы, к вскрытию взаимозависимости между этими моментами и к разграничению эпизодических частных явлений от принципиальных и общих для всех случаев положений, видоизменяющихся лишь по своему внешнему выражению, в зависимости от обстановки данного периода.

Эволюция санитарной службы и характера ее деятельности, в первую очередь, определялась обстановкой и характером военных действий, претерпевавших за время войны коренные изменения.

В соответствии со взглядами большинства французских авторов развитие военных действий на французском фронте можно разделить на следующие этапы (Миньон):

1. Траншейная война, позиционный период, период стабилизации — 21 месяц с начала войны. Начало этого периода — осень и зима 1914—1915 гг. — знаменуется сначала отступлением французской армии под натиском немцев, затем отпором на Марне и занятием и оборудованием ею позиций для дальнейшего ожесточенного и длительного сопротивления.

2. Период маневренной войны — с 1 июля 1916 г. по 11 ноября 1918 г., окончание войны. Этот период, по отношению «маневренности» которого мы уже указывали, переплетающийся с позиционной войной (осада Вердена длилась до октября 1916 г.), Миньон делит на три фазы:

а) Попытки прорыва французскими войсками немецкого фронта (сражение на Сомме — июль — ноябрь 1916 г., на Эн — апрель 1917 г., наступление во Фландрии — июль — август 1917 г. и под Матьезоном — октябрь 1917 г.).

б) Оборонительная кампания союзников и немецкие наступления (на Сомме, Уазе, Эн и в Шампани — с 21 марта до середины июля 1918 г.).

Военные эпизоды этих двух фаз имеют частный ограниченный характер и представляют собой скорее переходный этап к третьей фазе.

г) Наступление союзников — «истинная маневренная война» (Миньон), развертывавшаяся с 18 июля 1918 г. между Соммой и Уазой, Эп и Марной, Реймсом и Аргонами. Это наступление, развивавшееся в несколько при-
смов, почти не встречало сопротивления немцев, сопровож-
далось систематическим продвижением союзных войск и
привело к заключению мира в ноябре 1918 г.

Соответственно этим фазам развития военных действий
мы и рассмотрим схематически сопряженные с ними изме-
нения в организации и хирургической деятельности сани-
тарной службы французской армии.

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ

Французская санитарная служба вступила в мировую войну с теми средствами (материальными и персоналом), которые имелись у нее к моменту начала военных действий, и с заранее выработанной концепцией своей деятельности, сводившей, на основании ошибочных предположений о подвижности фронта и псевдогуманном характере ранений, задачи войсковых санитарных учреждений к всеобъемлющей, перманентной и массовой эвакуации раненых в глубокий тыл.

В полковом районе должны были развертывать свою деятельность размещавшиеся в палатках батальонные и полковые «посты помощи», выполнявшие, кроме организации уборки и выноски раненых, идентичную задачу обеспечения транспортабельности раненых и ускорения их эвакуации: общая оценка состояния раненого, проверка наложенных жгутов, дополнительные мероприятия по временной остановке кровотечения, наложение асептической повязки, временная иммобилизация переломов. Выполнение этой задачи постами помощи явилось тем более ответственным, что, по утверждению Миньона, самопомощь и взаимопомощь оказались на деле «гуманитарной утопией предвоенного времени», неосуществимой под пулеметным и артиллерийским огнем; индивидуальный пакет использовался, как правило, врачом при первой перевязке им раненого.

Попытки развернуть хирургическую работу на передовом посту помощи (Ля-Аразе в 3-й армии) обречены были на неудачу ввиду обстрела. Поэтому основным положением, определявшим работу постов помощи, явилось то, что быстрая эвакуация есть лучший метод предупреждения инфекции в передовых учреждениях (Миньон, Пруст).

В дивизионном и корпусном районах помощь должна была оказываться амбулансами (перевязочными отрядами), имевшимися из расчета по 4 амбуланса на дивизию в составе корпуса и 2—3 — на резервную дивизию; половина

из них была хирургическими, половина же предназначалась для оказания помощи и лечения больных и нехирургических случаев.

По предположению, эти учреждения должны были оказывать квалифицированную лечебную помощь и частично госпитализировать раненых. На деле эти задачи в период первоначального отступления не осуществлялись. В сентябре 1914 г. амбулансы работали, как расширенные пункты первой помощи, ставя себе задачей возможное ускорение эвакуации.

Эвакуация в районе дивизии и корпуса осуществлялась дивизионными группами носильщиков, состоявшими в различные периоды из 5—10 врачей, 132 — 177 носильщиков и десятка повозок, замененных впоследствии 4 автомашинами; эти группы усиливались за счет корпусных групп носильщиков, в состав которых входило 2 — 3 врача, 150 — 215 носильщиков и другого персонала, между прочим связистов, и несколько повозок.

Армейский район располагал некоторым числом амбулансов (однотипных с дивизионными и корпусными) и эвакуационными госпиталями, имевшимися в армии по числу корпусов. Каждый из эвакогоспиталей был рассчитан на 200 человек раненых (2 секции по 100 человек), обслуживался 8 врачами, 2 фармацевтами, 44 санитарями и располагал двойным запасом медикаментов дивизионного пехотного амбуланса, 100 подставками для носилок и 100 подпрессоривающими приспособлениями для санитарных поездов. Эвакогоспиталь предполагался в основном как эвакуационный орган, использующий для госпитализации и лечения не столько свои средства, сколько придававшиеся ему вспомогательные и временные госпитали, развертывавшиеся, главным образом, на основе уже существовавших лечебных учреждений.

Но и эти учреждения не смогли быть использованы в должной мере в стратегических условиях начального периода войны: в сентябре 1914 г., во время отступления, 4 эвакогоспиталя 3-й армии стояли свернутыми.

Наконец, армия располагала своеобразными учреждениями — приемниками для легко поврежденных¹, существовавшими в соответственно меньших размерах и в корпусах. В русской армии того времени некоторую аналогию с ними можно найти разве что в командах слабосильных.

¹ Dépôt d'éclopés — точный перевод „депо слабых ногам“.

Эти учреждения, находившиеся под управлением стрелкового командира, представлялись весьма громоздкими, в них скоплялись чрезвычайно разнокалиберные контингенты. По данным Миньона, в среднем во время войны распределение направляемых в эти приемники было следующим:

Общее утомление или слабость	70%
Желтуха	20%
Ревматизм	50%
Абсцессы	4%
Растяжения связок и т. п.	30%
Болезни ушей	0,50%
Выздоровливающие	150%
Желудочно-кишечные расстройства	370%
Заболевания дыхательных путей	80%
Случайные ранения и ушибы	80%
Грыжи	20%
Болезни глаз	10%
Болезни кожи	30%
Разные	4,50%

Направление пострадавших от оружия противника в эти учреждения было запрещено, что в известной степени дискредитировало находившихся в них лиц и влекло за собой расшатывание дисциплины среди них.

Плохая сортировка снижала количество людей, могущих быть возвращенными из приемников на фронт или нуждавшихся по тяжести состояния в переводе в госпитали; последние составляли 35% общего количества контингентов приемников 3-й армии.

Наконец, не было никаких объективных соображений, по которым лица, поступавшие в приемники, не могли бы лечиться в лечебных учреждениях общевойскового типа (амбулансы, госпитали).

Все эти соображения привели к прогрессивному сужению роли и объема работы приемников, из которых выписывалось в среднем (Миньон):

обратно в строй — 55 — 80%;

в госпитали по тяжести страдания — 10 — 20%;

в тыл по непригодности к военной службе — от 5 до 30%.

Итоги деятельности санитарной службы в начальном периоде войны оказались весьма неутешительными и полностью выявили ее неподготовленность к выполнению поставленных перед ней задач.

Массовая эвакуация, без развернутого оказания лечебной помощи в армейской зоне, в глубокий тыл производилась, быть может, даже последовательнее, чем это предполагалось.

лось заранее. Но в первые же месяцы выявилась и несостоятельность этой системы с клинической точки зрения: инфекция ран начала приобретать характер угрожающей эпидемии, не только дополнявшей, но и превосходившей «травматическую эпидемию».

Кроме того, эта по сути не эвакуация, а транспортировка раненых в глубокий тыл, без оказания им помощи на этапах эвакуации, явилась фактически следствием не столько заранее принятой концепции, сколько результатом несостоятельности санитарной службы в лечебном отношении.

Инициатива санитарной службы и организация лечебной помощи тормозились и неверными в основе своей установками санитарного устава и разобщенностью с командованием, не желавшим посвящать санитарных начальников в свои планы.

Низовые звенья санитарной службы оказались неподготовленными к оказанию помощи на месте. Санитарное снабжение было недостаточным: нехватало сывороток (противостолбнячной), портативных убежищ (палаток и т. п.), совсем не было рентгеновского имущества.

Нехватало и персонала: в резерве Верденской армии в первые месяцы войны было всего 16 врачей, 8 зауряд-врачей (*médecins et auxiliaires*), 250 санитаров, что было явно недостаточно и быстро исчерпалось. Кроме того, врачи использовались не по назначению: квалифицированные хирурги находились в войсковых частях; часть врачей из-за дефектов в системе мобилизации числилась на учете рядовых.

Транспортные возможности армии были переоценены и на проверку оказались недостаточными, несмотря на усиление корпусов к концу августа 1914 г. санитарно-автомобильными отрядами (по 1 отряду в 20 машин на корпус); пришлось опираться на обывательский транспорт, также недостаточный и неучтенный, и обратный порожняк. Эвакуация по железной дороге также не была обеспечена: поездов не хватало, они были ветхи и не приспособлены к перевозке раненых.

Словом, первые месяцы войны ознаменовались выявлением неподготовленности санитарной службы к рациональной деятельности и необходимости фактической реорганизации таковой. Хаотичность работы санитарной службы подчеркивается, между прочим, и тем фактом, что не только в первые месяцы войны, но и вплоть до 1916 г.