

Система военно-врачебных заведений и обеспечение их интендантским довольствием накануне и в годы Первой мировой войны

А. В. Аранович

Деятельность интендантской службы в сфере довольствия лазаретов и госпиталей заключалась в обеспечении их предметами интендантского заготовления. Активное участие в этом принимали и общественные организации. В Главном интендантском управлении довольствием военно-врачебных заведений занималось II отделение «по заготовлению и отпуску госпитальных, тёплых и годовых вещей и постельных принадлежностей» во главе с действительным статским советником П. П. Елсаковым¹.

Военно-врачебные заведения по своему характеру разделялись на два вида. Одни входили в состав войсковой организации и потому назывались войсковыми. Они открывались лишь тогда, когда в данном пункте не имелось самостоятельных военно-врачебных заведений, или тогда, когда наличные средства их были недостаточны. Это были войсковые (полковые) лазареты и приёмные покои. Другие состояли вне полковой организации, будучи самостоятельными или постоянными военно-врачебными заведениями, а именно военные госпитали и местные лазареты. К самостоятельным заведениям, но не постоянным, а открываемым лишь на известное время в году, преимущественно летнее, относились ещё и санитарные станции.

Войсковые лазареты открывались, когда, во-первых, в месте расположения войсковой части совсем не было постоянного или местного лазарета; во-вторых, таковой хотя и имелся, но штатное число больных в нём было больше, чем положено мест в лазарете этой воинской части; в-третьих, постоянный госпиталь или местный лазарет были переполнены больными. В первом случае войсковой лазарет открывался по распоряжению командира части, а во втором и третьем — с разрешения главного начальника военного округа². Войсковые лазареты в мирное время содержались из расчёта три места на 100 человек штатного состава части. Но кроме вещей, положенных лазарету по этому расчёту, они содержали ещё имущество по табелям военного времени.

В частях войск, не имевших собственных лазаретов или квартировавших в местах расположения постоянных военно-врачебных заведений, устраивались в случае надобности по усмотрению главного начальника военного округа приёмные покои для оказания первоначальной помощи заболевшим, а также для таких больных, отправление которых в госпиталь или лазарет оказалось излишним или невозможным. В приёмных покоях полагалось на батальон четыре места, на эскадрон и батарею — по два.

Войсковые лазареты находились в ведении старшего полкового врача, действовавшего под контролем полкового командира. Ближайшее заведование хозяйством лазарета лежало на классном медицинском фельдшере, которому

было присвоено звание заведующего хозяйством лазарета и который был подчинён во всех отношениях старшему полковому врачу. В пределах утверждённой сметы старший врач распоряжался сам той частью полковых сумм, которые были назначены на содержание лазарета, получая их по мере надобности от начальника хозяйственной части полка. При выступлении в поход лазареты мирного времени закрывались.

К постоянным военно-врачебным заведениям относились: постоянные госпитали, местные лазареты и санитарные станции. Военные госпитали в зависимости от величины разделялись на четыре класса³, из которых самыми большими были госпитали 4-го класса. Для каждого госпиталя штатом было установлено определённое число мест для больных офицеров и нижних чинов.

Управлял каждым постоянным госпиталем главный врач, на которого было возложено непосредственное попечение о состоянии госпиталя во всех отношениях. В госпитале у главного врача был помощник по общим вопросам, а также заведующий хозяйством госпиталя по хозяйственным делам. Последнему подчинялись все должностные лица по хозяйственной части госпиталя, а именно заведующий госпитальной командой, комиссар, бухгалтер и писмоводитель. Комиссар являлся приёмщиком, хранителем и расходчиком госпитальных вещей, всех припасов и материалов для продовольствия больных и содержания госпиталя. Госпитальную команду составляли все нижние чины госпиталя: фельдшеры, писари, госпитальные и палатные надзиратели и служители. Заведование хозяйством госпиталя ложилось на хозяйственный комитет госпиталя. В комитете председательствовал помощник главного врача, членами его состояли несколько врачей госпиталя и заведующий хозяйством.

Местные лазареты учреждались там, где не было постоянных военных госпиталей, или там, где кроме госпиталя требовалось открыть ещё другое постоянное военно-врачебное заведение⁴. В лазаретах на 50 мест и более был положен особый заведующий хозяйством лазарета (из офицеров или гражданских чиновников); он же являлся начальником команды нижних чинов, состоявших при лазарете. В лазаретах, рассчитанных на 100 мест и более, для заведования учреждался хозяйственный комитет под председательством старшего врача, двух ординаторов и заведующего хозяйством. Наибольший размер местного лазарета — 350 мест.

Санитарные станции были открыты в качестве вспомогательно-лечебных учреждений на определённое время в году для лечения больных, страдавших хроническими болезнями, а также для специального лечения некоторых заболеваний с помощью отечественных минеральных вод⁵. Эти станции подразделялись на: 1) санитарно-лечебные, 2) санитарно-гигиенические и 3) глазные. Управлял такой санитарной станцией старший врач.

Больные в военно-врачебных заведениях содержались за счёт казны, причём нормирование осуществлялось двояко: либо на содержание каждого больного казна отпускала определённый денежный оклад в сутки (так называемый посуточный оклад), либо на счёт казны относили расход на продовольствие для каждого больного, соответствующий стоимости порции, назначенной ему врачом.

На посуточные оклады содержались войсковые и местные лазареты, приёмные покои и санитарно-лечебные станции. Обслуживание больных на санитарно-гигиенических и глазных станциях производилось на приварочные оклады, причём довольствие больным могло улучшаться за счёт экономических средств войск или из сумм, отпускаемых в распоряжение главных начальников военных округов на усиление продовольствия войск.

На каждый день содержания одного больного нижнего чина в войсковом лазарете или приёмном покое поступала дневная казённая дача на его продовольствие в роте, включавшая указную дачу провианта, обыкновенный приварочный оклад и деньги на чайное довольствие; к этому от казны прибавлялось ещё 15 коп.⁶ Посуточные оклады, исчисленные на этих основаниях за округлением в целые копейки, утверждались ежегодно военно-окружными советами.

На таких же основаниях исчислялись и утверждались посуточные оклады на содержание больных нижних чинов в местных лазаретах и санитарно-лечебных станциях. Посуточный оклад на содержание офицеров в этих лечебных заведениях равнялся двойному солдатскому посуточному окладу. Из посуточного оклада рассчитывались не только продовольствие больных, но и другие расходы по содержанию их во врачебных заведениях, а именно ремонт и возобновление лазаретных вещей, стирка белья и т. д.

Все предметы, называемые санитарным имуществом интендантского заготовления⁷, отпускались войскам одновременно при формировании войсковых частей или при увеличении их штатного состава; затем предметы этого имущества ремонтировались и возобновлялись самими войсками на посуточные оклады. Но вещи, которые были уничтожены по актам после заразных болезней, а также истреблённые при пожарах, отпускались интендантской службой в возврат натурой или деньгами. Предметами медицинского заготовления, а именно медикаментами, аптечными предметами, хирургическими инструментами и аппаратами лазареты снабжались ежегодно по установленным каталогам распоряжением окружных военно-санитарных управлений⁸.

Содержание больных в госпиталях осуществлялось также за счёт казны⁹. На продовольствие больных в госпиталях казна принимала на себя расход по продовольствию каждого больного, необходимый для назначения ему врачом порции, которая выбиралась из указанной таблицы. Для каждой порции по таблице указывалась и подробная раскладка продуктов, входившая в состав порции. По этим данным ежедневно исчислялось, сколько и каких продуктов должно быть израсходовано на больного. Деньги на содержание больных госпиталя передавались через военно-санитарные управления¹⁰.

Снабжение госпиталей предметами вещевого довольствия больных, т. е. госпитальными вещами, лежало на интендантской службе и производилось на следующих основаниях. Госпиталь при своём открытии получал полный комплект госпитальных вещей, а некоторые заготавливал сам на отпущенные ему деньги. Все вещи изначально имели определённые примерные сроки годности, но действительную негодность вещей каждые четыре месяца свидетельствовала комиссия, составленная из членов хозяйственного комитета. Требование на новые вещи за подписью всех членов хозяйственного комитета направлялось в Окружные интендантские управления, которые и распоряжались

отпуском их с вещевых складов. Санитарно-лечебные станции довольствовались посуточными окладами, получая вещевое довольствие от интендантской службы. На время закрытия станций всё их имущество передавалось ближайшему уездному воинскому начальнику.

Итак, система лазаретного и госпитального довольствия была не столь совершенна, как система вещевого довольствия, что ярко проявилось уже во время войны, но тем не менее справлялась с возложенными на неё обязанностями.

От рассмотрения общей структуры интендантского довольствия лазаретов и госпиталей перейдём к конкретным мероприятиям по обеспечению интендантским довольствием. Перед началом Первой мировой войны организация военно-медицинской помощи в России была делом сравнительно новым. Она основывалась на опыте, полученном во время Русско-японской и других войн, во время которых русская армия несла колоссальные потери не только убитыми в боях, но и умершими от ран и болезней.

В августе 1864 г. в Женеве одиннадцать государств подписали соглашение об улучшении участи раненых и больных воинов в действующих армиях Швейцарии, Бадена, Бельгии, Дании, Испании, Швеции и Норвегии, Нидерландов, Пруссии, Гессена и Португалии. Эта конвенция легла в основу создания Международного общества Красного Креста. В постановлениях Женевской конвенции, в частности, говорилось:

«1. Сражающиеся должны заботиться о находящихся в их власти больных и раненых воинах без различия национальностей, о людях, принадлежащих вражеской армии, не содержащихся в качестве военнопленных, не способных продолжать службу.

2. Нельзя проявлять враждебные действия против лазарета.

3. Нельзя брать в качестве военной добычи имущество лазарета.

4. Служащие госпиталей объявляются нейтральными; нельзя запрещать им исполнять их обязанности.

5. Кроме флага страны, к которой принадлежит лазарет, обязателен белый флаг с красным крестом посередине.

6. Общества Красного Креста разных стран должны помогать друг другу»¹¹.

Россия присоединилась к Женевской конвенции в 1867 г. и вошла в состав Международного общества Красного Креста. До 1879 г. российская организация носила название «Общества попечения о больных и раненых воинах», создание которого инициировали фрейлины М. С. Сабина и баронесса М. П. Фредерикс, лейб-медики П. А. Наранович и Ф. Я. Карель. В Русско-турецкую войну 1877–1878 годов Общество активно проявило себя, после чего оно было переименовано в Российское общество Красного Креста (РОКК). С 1881 г. РОКК находилось под покровительством императрицы Марии Фёдоровны. Цель РОКК во время войны заключалась «в содействии отечественному военному ведомству в уходе за ранеными и больными воинами», а в мирное время велась подготовка к этой деятельности¹².

Таким образом, в последней четверти XIX века в России существовали две структуры, официально занимавшиеся организацией медицинской помощи армии, — Военно-медицинское управление Военного министерства¹³ и Российское общество Красного Креста.

В начале XX в. обострение политической ситуации на Дальнем Востоке привело к разработке планов действий РОКК и Военно-медицинского управления во время предполагаемой войны. Особенное распространение получила идея «летучих отрядов», или идея «веера»¹⁴. Суть её сводилась к существованию одного крупного стационарного госпиталя-склада, от которого веером в направлениях следования войск оперативно перемещались бы медицинские отряды, оказывая помощь и эвакуируя тяжелораненых в центральный госпиталь. Однако в 1904 г. этой идее не суждено было реализоваться из-за плохих коммуникаций и недостатка железных дорог.

Санитарные отряды Красного Креста во время Русско-японской войны действовали на территории Маньчжурии и без специального плана. Активное участие и героизм проявил санитарный отряд, находившийся в осаждённом Порт-Артуре¹⁵. В этой связи была учреждена серебряная медаль за медицинскую службу во время Русско-японской войны.

Действия санитарных отрядов в Русско-японскую войну стали репетицией к предстоящим событиям 1914 г. и чётко обозначили все слабые стороны организации санитарной службы: слабое финансирование, отсутствие единого руководства, неразвитая система транспортной связи, недостаточное количество подготовленного медицинского персонала и т. д.

Казалось бы, опыт войны 1904–1905 годов заставил власти принять соответствующие меры. Главным управлением Генерального штаба и Военно-санитарным ведомством совместно с Главным управлением Российского общества Красного Креста в межвоенный период разрабатывались специальные мобилизационные и эвакуационные планы¹⁶, в аптеках заготавливались медикаменты и перевязочные средства, создавались склады для обеспечения различных резервных лечебных учреждений, оборудовались санитарные поезда, велась подготовка медицинских кадров по уходу за ранеными.

В канун Первой мировой войны, по данным главного военно-санитарного инспектора, армия была обеспечена в полном объёме на четыре месяца неприкосновенным запасом медико-санитарного имущества, а именно медикаментами, дезинфекционными средствами, срочными и бессрочными аптечными предметами, перевязочными материалами и хирургическим инструментарием. Дополнительно к этому имелся четырёхмесячный запас медицинского имущества, положенного по каталогу, для 76 корпусов численностью в 50 000 каждый, 122 лазаретов, 850 полевых и 79 крепостных госпиталей, 74 военно-санитарных транспортов, 100 военно-санитарных поездов и на 76 020 коек для крепостей¹⁷. Вдовствующая императрица Мария Фёдоровна оптимистично заявляла, что «гроза военных событий застала Российское общество Красного Креста вполне подготовленным к многотрудному делу помощи больным и раненым воинам»¹⁸.

Все расчёты по подготовке к грядущему мировому конфликту проводились по примеру русско-японской кампании, но, как писал в 1916 г. известный журналист того времени Борис Фроммет: «В сравнении с войной 1914–1916 гг. русско-японская война была не более как военная прогулка»¹⁹. Последствия недальновидности расчётов Военного ведомства по организации медицинской помощи не заставили себя долго ждать. Из-за того, что не была учтена

ни очевидная масштабность войны, ни появление новых эффективных средств поражения (пулемётов, огнемётов, танков, отравляющих веществ, разрывных пуль), увеличилось число пострадавших с новым характером ранений, что привело к изменению эвакуационной системы.

В журнале заседания Главного управления РОКК от 14 сентября 1914 г. отмечалась «необычная прежде всего длительность боя, ведущегося непрерывно, в то время как в прежние войны, в том числе и в русско-японскую, бои велись лишь периодами, а остальное время было посвящено маневрированию, укреплению позиций и т. д. Необычная сила огня, когда, например, после удачного шрапнельного залпа из 250 человек остаётся не получившими ранения всего 7 человек»²⁰.

В первую же неделю ведения боевых действий стало ясно, что Россия к войне в целом не готова, а состояние военно-медицинской службы стало быстро приближаться к катастрофическому. Обозначился круг проблем, влияющих на уровень организации медицинской помощи, выявились просчёты и недостатки, возникали всё новые трудности колоссального масштаба. «В России все ужасы войны благодаря специфическим условиям русской жизни приняли прямо катастрофический характер», — говорил на заседании Государственной думы 1 ноября 1916 г. Н. С. Чхеидзе²¹.

На основании Временного положения об эвакуации раненых и больных воинов от 5 августа 1914 г.²² задачи по обеспечению армии медицинской помощью возлагались только на Военно-санитарное ведомство и Красный Крест, но уже с начала ведения боевых действий выяснилось, что они были не в состоянии предоставить достаточное количество лечебных учреждений и транспорта и не могли самостоятельно выполнить взятые на себя обязательства по обслуживанию фронтов и тыла.

При разработке системы медицинского обеспечения русской армии, как уже отмечалось выше, основывались на опыте войны 1904–1905 годов, в частности, организация военно-санитарной службы предполагала эвакуацию раненых с театра военных действий в глубь страны. Для Русско-японской войны с её территориальными особенностями и методами ведения боевых действий эвакуационная система была действительно самой рациональной. После 1905 г. получила развитие идея эвакуации «во что бы то ни стало», мотивированная тем, что «при теперешнем способе ведения войны и теперешнем способе передвижения на первом плане стоит эвакуационная система с небольшим уклоном в пользу тяжелораненых и больных, которых даже в случае отступления следует оставить под защитой Женевской конвенции»²³. Таким образом, эвакуационная система легла в основу военно-медицинской службы России. Ошибочность данного выбора проявилась в полной мере в ходе войны 1914–1918 годов. Эвакуационная система явилась одной из основных причин неудовлетворительной работы военно-санитарной службы.

В сентябре 1914 г. при Военном ведомстве указом Совета министров было организовано Особое межведомственное совещание, специальной целью которого было рассмотрение смет и открытие кредитов Всероссийскому союзу городов (ВСГ) и Всероссийскому земскому союзу помощи больным и раненым воинам (ВЗС). На 1 января 1916 г. ВЗС получил от правительства 152 млн. руб.²⁴

Ряд финансовых проектов шёл также через межведомственное совещание для рассмотрения проектов представлений гражданских ведомств в Совет министров об ассигновании чрезвычайных сверхсметных кредитов на расходы военного времени. К примеру, на заседании данного совещания 21 апреля 1915 г. рассматривался вопрос «об отпуске 50 000 руб. на расходы по ведению эвакуации больных и раненых воинов и связанных с ней мероприятий, проводимых общественными и частными организациями в деле помощи означенным воинам»²⁵.

Во Временном положении об эвакуации раненых и больных воинов отмечалось, что «действующая армия нуждается в постоянном удалении от неё раненых и больных, дабы их присутствие не стесняло её подвижности и не оказывало неблагоприятного влияния на находящиеся в её рядах чины. Удовлетворение как этого требования, так и необходимости избежать скопления раненых и больных в тылу армии и тем предупредить возможность возникновения здесь эпидемий и заражения путей сообщения составляет задачу эвакуации раненых и больных»²⁶. Устанавливалось четыре типа эвакуационных пунктов.

I тип. Головной эвакуационный пункт был предназначен для приёма и временного размещения раненых и больных, доставляемых из корпусных районов, до их отправки на тыловой эвакуационный пункт.

II тип. Тыловой эвакуационный пункт занимался сортировкой пострадавших по степени тяжести для дальнейшей отправки на распределительные пункты и их временного размещения.

III тип. Распределительный эвакуационный пункт располагался во внутреннем районе, в узле железной дороги, как можно ближе к границе тылового района. Отсюда раненые подлежали дальнейшей эвакуации в окружные эвакуационные пункты.

IV тип. Окружной эвакуационный пункт имелся в каждом военном округе, где раненые должны были находиться до полного выздоровления.

Но для обеспечения выполнения поставленной задачи требовалась стройная, планомерная система эвакуации, которая предусматривала бы «пути сообщения шоссейные и железнодорожные, когда в тылу есть города с хорошо оборудованными госпиталями, а на фронте достаточное количество помещений для этапных и подвижных лазаретов»²⁷, когда армия обеспечена в нужном количестве санитарными поездами, автотранспортом.

С первым потоком раненых, которых старались срочно переместить в тыл, эвакуационная система начала давать сбои. Причиной являлось отсутствие системы и плана в перевозке раненых с головных эвакуационных пунктов. Раненые при большом наплыве скапливались на головных эвакуационных пунктах, иногда сутками ожидали отправления. «Часто почти от позиций шли до тыловых пунктов транзитом или от головных пунктов в глубь страны»²⁸. Подтверждением этому служит большое количество свидетельств. 18 сентября 1914 г. начальник Генерального штаба Н. Н. Янушкевич телеграфировал начальникам снабжения армий Северо-Западного и Юго-Западного фронтов: «Поезда с ранеными следуют не по расписанию, без предварительного уведомления эвакуационных и продовольственных пунктов, без медикаментов, перевязочных средств»²⁹.

Отсутствие расписания поездов, естественно, приводило к так называемым эвакуационным пробкам. Хирург действующей армии В. А. Оппель считал, что «при достаточном количестве санитарных поездов, увозящих раненых на тыловые эвакуационные пункты, пробки раненых могут быть прекращены», но поездов не хватало (Военное ведомство располагало всего 259 военно-санитарными поездами)³⁰. Начальник Виленского жандармского полицейского управления железных дорог просил начальника Барановичевского отделения 1 сентября 1914 г. немедленно доложить начальнику Штаба армии о сложившейся ситуации: «На станции Пинск вторые сутки скопление более 3000 раненых. Есть эшелоны по два дня некормленные. У эвакуационной комиссии перевозка, кормление и дальнейшая эвакуация не организованы. Среди раненых растёт недовольство»³¹.

Член Государственной думы А. И. Шингарёв в своём докладе на заседании бюджетной комиссии от 10 декабря 1915 г. отмечал: «Развозка раненых была неправильна, поезда шли, например, не по заранее намеченным направлениям, их не встречали питательные пункты, и на местах остановок не приспособлено было кормление. Первое время приходили в ужас от этой картины. В Москву приходили поезда с некормленными несколько суток людьми, с неперевязанными ранами, а если перевязывали однажды, в течение нескольких дней не перевязывали вновь. Иногда даже с таким количеством мух и червей, что трудно даже медицинскому персоналу выносить такие ужасы, которые обнаруживались при осмотре раненых»³².

Непосредственный участник событий, хирург действующей армии Н. Н. Теребинский делился на XIV Съезде российских хирургов своими наблюдениями: «Значительное большинство прибывало в виде, часто заставлявшем удивляться крепости и живучести человеческого организма»³³. Всё это происходило на фоне нехватки санитарных поездов, вследствие чего раненых зачастую перевозили «в возвращавшихся порожняком составах, только что освободившихся от воинских эшелонов, не очищенных иногда от конского навоза, без соломы, фонарей, сходней и других необходимых принадлежностей»³⁴.

В результате эвакуации «транзитом» при отсутствии обязательной по Положению об эвакуации сортировки раненых в тыловых эвакуационных пунктах, в Петрограде и в Москве в сентябре 1914 г. обнаружилось, что из громадного количества раненых около 80% в принципе не подлежали такой глубокой эвакуации³⁵. Короче говоря, проводилась лишняя перевозка. Следовательно, можно предположить, что если нормальная грузоподъёмность поезда составляла от 450³⁶ до 500 раненых³⁷, то каждый поезд в начале войны привозил 360–400 человек, не подлежащих необходимой эвакуации, но которых необходимо было где-то разместить.

Помимо непродуманной ситуации на железных дорогах существовал ещё один негативный фактор. Как правило, люди, получившие относительно серьёзное ранение, но способные сами передвигаться, отправлялись к ближайшему месту, где можно было получить первую помощь (перевязочные отряды, передовые отряды Красного Креста). Затем они, не заходя в полковые пункты или в госпиталь, самостоятельно отправлялись в эвакуационный пункт. Тяжелораненые были вынуждены ждать наступления ночи, когда закончится бой,

в надежде, что их найдут и подберут санитары, поскольку подбирали раненых только в тёмное время суток. Это вносило не только путаницу в отчётность, но и, безусловно, влияло на правильность эвакуации.

Понятно, что разобраться в опасности ранения в каждом отдельном случае на головном эвакуационном пункте при массовом поступлении раненых не представлялось возможным. Отсутствие контроля порождало вышеописанную ситуацию. К тому же имелись случаи, когда люди причиняли себе повреждения по «злому умыслу». Многие считали себя счастливыми, если получали рану. «Разбитые нравственно, всеми силами рвутся в глубь страны, заползают в пустые вагоны, не принадлежащие санитарным поездом, лишь бы быть перевезёнными»³⁸.

Возникает вопрос о готовности лечебных учреждений разного типа к приёму раненых. Из телеграммы главного начальника снабжения армии Юго-Западного фронта в Ставку, датированной 6 сентября 1914 г., становится понятным состояние обеспечения полевыми лечебными учреждениями русской армии в начале войны. В телеграмме говорилось: «...согласно мобилизационному расписанию, в тыловой район Юго-Западного фронта должны были прибыть 100 госпиталей, из них подвижных — 26, запасных — 74. В действительности в указанный район прибыло всего 54 госпиталя, недослано 46 госпиталей. Нужда в госпиталях огромная, недостаток их отражается крайне вредно на деле. Телеграфировал главному военно-санитарному инспектору просьбу безотлагательно направить недостающие госпитали»³⁹. По всей видимости, подобное отсутствие лечебных учреждений в начале войны имело место по всем трём фронтам.

Не хватало самого необходимого. Срочно требовалось заготовить большое количество госпитальных палаток для налаживания системы полевых госпиталей. Этим занималось Интендантское управление. Оно в 1915 г. заготовило 1000 штук госпитальных палаток гессенского типа на сумму 2470000 руб. для снабжения ими военно-врачебных заведений. В том же году для довольствия военно-врачебных заведений интендантским имуществом было заготовлено различных госпитальных вещей на сумму до 4 млн. руб. Кроме того, Интендантское управление отдало распоряжение заготовить «в потребность» до 1 июня 1916 г. на сумму до 8 млн. руб., включая и целые комплекты военно-врачебных заведений на случай экстренных требований⁴⁰.

Госпитали и лазареты внутренних районов в конце августа 1914 г. ещё не были полностью развёрнуты, так как волна эвакуации из действующей армии туда в полной мере ещё не дошла. Однако из рапорта начальника Эвакуационного управления Генерального управления Главного штаба начальнику Генерального управления Главного штаба от 23 августа 1914 г. следует, что «учреждения внутренней эвакуационной организации совершенно не готовы к приёму и размещению больных и раненых; распределительные и окружные пункты не устроены; предназначённые для их организации госпитали не отправлены; личный состав для госпиталей, медицинского и хозяйственного разряда не предназначен и не командирован по местам; больничных мест для постоянного лечения больных и раненых в распоряжении Военного ведомства не имеется, и для открытия их мобилизационным планом не предусмотрено

ни необходимых для этого госпиталей, ни личного состава. Очевидно, что при таком условии органы внутренней организации не имеют возможности ни принимать раненых, ни размещать их для лечения»⁴¹.

Сложившееся положение с недостатком лечебных учреждений являлось закономерным. Это становится понятным из доклада Военно-санитарного отдела Наблюдательной комиссии при Особом совещании для обсуждения и объединения мероприятий по обороне государства от 25 декабря 1915 г. Всего войскам полагалось 227 подвижных и 454 запасных госпиталя, входящих в состав дивизий и бригад и включённых в мобилизационное расписание. К началу мобилизации было имущества только на 191 подвижной и 428 запасных госпиталей, т. е. не хватало 62 госпиталей. Недостаток объясняется тем, что число дивизий, а соответственно и число госпиталей, было увеличено при реорганизации армии в 1910 г., а кредиты на изготовление имущества отпускались воинским частям начиная лишь с 1912 г.⁴²

В том же году были испрошены кредиты на изготовление имущества для 100 сводных эвакуационных госпиталей на 420 мест каждый, т. е. 42 тыс. коек. К началу войны это имущество было почти всё заготовлено, однако хранилось оно в Петрограде. Потому требовалось некоторое время для его рассылки, и к формированию госпиталей приступили только в сентябре 1914 г. Потребовалось два месяца для того, чтобы все госпитали были развёрнуты⁴³.

Характеризуя работу эвакуационной системы санитарной службы русской армии в начале войны, можно утверждать, что при отсутствии надлежащей подготовки, плана организации и координации работы система эвакуации вместо спасения пострадавших наносила колоссальный ущерб людским ресурсам, не говоря уже о нерациональном использовании и без того скромной технической базы.

Количество мест в лечебных учреждениях также не оправдало ожиданий ввиду их изначальной малочисленности. По подсчётам Военного ведомства, общее число коек, подготовленных для приёма раненых, должно было составить 280 тыс. Очевидно, что Военное ведомство не могло самостоятельно организовать такое количество больничных мест. Положение нормализовалось после того, как в дело организации медицинской помощи сначала в тылу, а затем и на театре военных действий вступила земская и муниципальная общественность — Всероссийский земский и городской союзы. Они взяли на себя организацию 2/3 больничных мест из необходимых 280 тыс., что составило 155 400 мест⁴⁴. В отчёте Главного комитета Земского союза говорилось, что «Военное ведомство направило свои силы и средства на удовлетворение потребностей действующей армии в отношении её боевого снаряжения и организации санитарной части на театре военных действий, а всё дело помощи больным и раненым во внутренних районах было поручено общественным организациям»⁴⁵.

Совместными усилиями фронтовые и тыловые учреждения военно-санитарного ведомства, РОКК, ВЗС, ВСГ и ряда других общественных и частных организаций в течение первого месяца войны могли принять до 330 тыс. больных и раненых. Но уже в конце августа — начале сентября 1914 г. после боёв в Галиции последовал сильный наплыв раненых — около 280 тыс. человек⁴⁶.

Иначе говоря, в первые же месяцы войны был использован основной резерв больничных мест и государственных средств. Опять потребовалось срочно развернуть старые и сформировать новые госпитали и лазареты.

По расчётам Главного управления Генерального штаба, которые были доведены до сведения начальника штаба Московского военного округа в отношении от 20 июля 1914 г. за № 3801, ожидалось, что «ежемесячный привоз больных и раненых при нормальном течении военных операций будет не менее 22 000 в Воронежский эвакуационный пункт и 35 000 в Московский, следовательно, всего на Московский военный округ — 57 000»⁴⁷. Можно предположить, что при таком расчёте уже только Московский, Петроградский, Киевский военные округа могли бы удовлетворить возникшую потребность в местах для раненых, если бы времени на подготовку военно-санитарной части было больше, как и предполагалось по мобилизационному плану, на один год⁴⁸.

При этом интендантская служба предпринимала со своей стороны всё возможное для обеспечения военно-врачебных заведений. Так, только в 1916 г. в Московском и Петроградском военных округах были заготовлены материалы для 216 военно-врачебных заведений на сумму 3 767 000 руб.⁴⁹ Причём заготовление материалов и нахождение мастерских или отдельных лиц для пошива белья, а также заготовления одеял, гессенских палаток, носилок, халатов, туфель производилось распоряжением главного интенданта. Заготовление же прочих вещей произвольных образцов и из материалов произвольного качества с единственным непременным условием соответствия заготовленных предметов своему назначению осуществлялось через окружного интенданта Московского военного округа и начальника Военно-окружного интендантского управления Петроградского военного округа.

Сложившаяся ситуация ещё раз показывает, чего стоило России изменение её стратегических планов в угоду союзникам и «преждевременное» вступление в мировой конфликт. Вместе с тем можно признать, что нехватка больничных коек в первый месяц войны, по-видимому, возникла из-за неудовлетворительной организации медицинской помощи и контроля в ближайшем тылу действующей армии.

К концу 1914 г. положение с больничными местами нормализовалось. По этому поводу Военно-санитарный отдел Наблюдательной комиссии в заключении об обеспечении коечной сетью писал: «... общее количество мест для раненых воинов представляется достаточным, однако следует иметь в виду, что из числа коек — всего 738 261, 375 980 находятся в учреждениях Военного ведомства, и почти такое же количество — 362 281 числится в учреждениях РОКК и Всероссийского земского и городского союзов; лишь благодаря этому недостатка в койках не наблюдается»⁵⁰. Но оказалось, что решение данного вопроса не сняло всего комплекса проблем.

Нехватка транспорта, недостаточная протяжённость железных дорог не давали возможности равномерно распределить больных и раненых на больничные места в лечебных учреждениях. Раненые накапливались в распределительных пунктах, куда их свозили с передовых позиций, в результате чего близлежащие эвакуационные пункты были переполнены, а лечебные учреждения

в отдалённых районах пустовали. Средний процент заполнения коек внутренней эвакуации в первый период войны составлял около 50%, а затем колебался от 70 до 77%⁵¹.

Данные по заполняемости Петроградского распределительного округа (Вятская, Пермская и другие губернии) выглядели следующим образом⁵²: на 1 сентября 1914 г. из 89 241 места было занято 43 705 мест (49%), на 15 октября из 93 846 — 47 838 (51%), на 1 ноября из 103 621 — 66 950 (65%), на 1 декабря из 106 853 — 74 970 (70%), на 15 декабря из 111 702 мест было занято 834 509 мест (75%). Занятость лечебных учреждений в отдалённых районах до конца войны так и не составила 100%.

Неравномерная занятость госпиталей и лазаретов происходила из-за отсутствия точного учёта числа раненых и количества свободных коек. Нередко свободные больничные места находились в непосредственной близости от действующей армии. Например, в Киеве в октябре 1914 г. на средства киевского духовенства был организован лазарет, а 27 ноября «Церковный вестник» сообщил, что в лазарет не поступило ни одного раненого⁵³.

В телеграмме главного военно-санитарного инспектора военному министру В. А. Сухомлинову от 15 сентября 1914 г., в частности, говорилось о том, что в Москве «установить точное число мест невозможно по неполноте регистрации»⁵⁴, а в Петрограде вообще не имелось определённого плана устройства лазаретов, поскольку в начале войны считалось, что город будет находиться в сфере военных действий⁵⁵. Отсутствие контроля над ситуацией с количеством больничных мест в Москве и Петрограде затрудняло эвакуационную работу. Эти города наряду с Орлом, Курском и Харьковом (позднее ещё Екатеринославом и Ростовом-на-Дону) являлись центральными распределительными пунктами. Согласно плану эвакуации в них направлялись все санитарные поезда с театров военных действий, а оттуда больные и раненые распределялись во внутренние губернии России для дальнейшего лечения. Каждая из этих губерний была приписана к указанным пунктам и должна была получать раненых исключительно из своего округа⁵⁶.

В самих губерниях система учёта велась аккуратнее. Например, Тамбовская губернская земская управа, относившаяся к Московскому округу, предполагала организовать 2000 больничных мест с тем, чтобы «при крупных сражениях весь подсчёт удвоить до 4000». При этом имелись объективные расчёты: уездные земские больницы — 367 мест; лазареты, открываемые уездными земствами, — 345; городские лечебные учреждения — 212; учреждения Красного Креста — 63; лазареты, открываемые частными лицами, — 302 места (всего — 1289)⁵⁷.

Надо заметить, что меньшая часть подотчётных учреждений давала возможность на губернском уровне точно рассчитывать количество мест. В докладе Тамбовской губернской земской управы о помощи раненым говорилось: «Управе недостаёт во многих случаях точного учёта городских коек, коек Красного Креста и других учреждений, ведущих самостоятельный учёт. Наконец, надо предположить, что каждый день приносит с собой новые предложения со стороны частных лиц, и многие из жертвователей примыкают и попадают на учёт к другим организациям»⁵⁸. Из данного примера напрашивается ещё один немаловажный вывод. При отсутствии единой, централизованной системы регистрации

больничных мест возникали сложности в контроле ситуации на уровне губернской земской управы. Следовательно, на общероссийском уровне информация о количестве коек, где они исчислялись десятками тысяч, была необъективной, и тем самым создавались трудности в размещении больных и раненых воинских чинов, нарушалась работа по организации медицинской помощи.

Отсутствие налаженной системы по перевозке и распределению раненых и больных воинов являлось далеко не единственным деструктивным элементом в организации медицинской помощи — ещё одним из числа серьёзных недостатков существующей системы организации санитарной службы было обилие ведомств и учреждений, имевших различную подчинённость, но занимающихся одним делом — делом помощи больным и раненым воинам. Эвакуацией раненых и больных ведало Главное управление Генерального штаба; лечением в полевых и стационарных лечебных заведениях и эвакуацией на грунтовых участках занимались санитарные начальники фронтов и армий, РОКК, ВЗС и ВСГ; снабжением медицинским имуществом, учётом и распределением медицинских кадров — Главное санитарное управление; снабжением санитарно-хозяйственным имуществом — Главное интендантское управление.

В сентябре 1914 г. была сделана попытка объединить всю санитарную и эвакуационную деятельность. Верховным начальником санитарной и эвакуационной части стал принц А. П. Ольденбургский. Однако к качественным изменениям это не привело. «Острые недостатки до известной степени были устранены, но остальные — отсутствие плана организации, отсутствие достаточной приспособленности всех организаций к военно-санитарному делу — остались и поныне», — отмечал А. И. Шингарёв⁵⁹. Типичная ситуация на тот момент возникла в начале сентября в Москве, где главному уполномоченному Земского союза «внезапно заявлено было о том, что через 12 часов в Москву для размещения прибывает 21 поезд с ранеными в числе около 15000 человек»⁶⁰. И того, кто направлял эти поезда, совершенно не заботило ни количество больничных мест в городе, ни наличие продуктов, необходимых для питания раненых, и т. д.

Денежные пожертвования были самой распространённой формой участия в деле помощи пострадавшим воинам и их семьям. С начала августа и по 1 сентября 1914 г. в фонд Красного Креста поступило 1544 203 руб. 52 коп.⁶¹, с 1 сентября по 1 октября 1914 г. — 7 млн. 824 тыс. 701 руб. 61 коп.⁶² Приведём примеры особенно крупных пожертвований: в Москве Коммерческий банк И. В. Юнкер и К^о пожертвовал на нужды раненых 130 тыс. руб. (на них при Московской Мариинской больнице открыли 100 мест)⁶³; московская благотворительница Кеншина на дело помощи больным и раненым воинам передала 1 млн. руб.⁶⁴; Товарищество русско-американской фирмы «Треугольник» пожертвовало на Красный Крест 40 тыс. руб. с просьбой оборудовать госпиталь; Петроградская еврейская община выразила готовность израсходовать на дело Красного Креста сумму в 100 тыс. руб. и предложила организовать госпиталь Красного Креста, приняв на себя его содержание⁶⁵, и т. д.

С самого начала войны ежемесячно по постановлению Государственной думы отчислялось несколько процентов от жалованья членов Думы, что составляло 6 тыс. руб. На эти средства за 1914 г. были организованы при ближайшем содействии Красного Креста и отправлены на передовые позиции

два этапных лазарета имени Государственной думы⁶⁶. Служащие канцелярии Ведомства императрицы Марии постановили отчислять каждый месяц 1% от жалованья Российскому обществу Красного Креста «на время продолжения военных действий»⁶⁷.

Спустя два года после вступления России в войну вопрос о единой системе управления в деле обеспечения медицинской помощью оставался открытым и не менее актуальным. В декабре 1916 г. на XIV съезде российских хирургов профессор, лейб-хирург, член Главного управления РОКК Н. А. Вельяминов говорил об «отсутствии на фронте компетентного центрального органа, руководящего всеми делами врачебно-санитарной помощи в армии» и о необходимости «объединения деятельности различных ведомств и организаций, частных к санитарному делу»⁶⁸. На этом же съезде хирург П. Г. Корнеев в своём докладе отмечал: «Между учреждениями военно-санитарных и общественных организаций нет тесного контакта. Да он и невозможен. Постановка дела в военно-санитарном ведомстве достаточно выяснена. В учреждениях частной и общественной помощи также нет полного единства, каждая организация имеет свой центр, свой уклад, и связь устанавливается лишь чисто внешняя»⁶⁹.

К примеру, Военно-санитарное ведомство и Красный Крест, как уже отмечалось ранее, тесно сотрудничали в деле обеспечения медицинской помощью русской армии. Но одним из показателей лишь внешней связи их совместной деятельности служит факт, отражённый в приказе № 112 по 1-й армии от 14 сентября 1914 г.: «...в составе лечебных заведений и учреждений РОКК имеются этапные и подвижные лазареты, а также передовые летучие санитарные отряды, которые, находясь на передовых позициях, оказывают первую помощь. Несмотря, однако, на эту их деятельность, закон не предоставляет им права выдачи перевязочных свидетельств и тем лишает раненых возможности получить этот необходимый в будущем документ»⁷⁰. Правда, данное упущение было исправлено достаточно быстро приказом № 620 по Военному ведомству от 26 сентября 1914 г. «О распространении права выдачи перевязочных свидетельств на всё время войны на лечебные заведения Красного Креста на театре военных действий»⁷¹.

И лишь приказом № 417 Временного правительства по Военному ведомству от 29 июня 1917 г. для объединения военно-санитарного дела как на фронте, так и в тылу были сформированы Временный Главный военно-санитарный совет и Центральный санитарный совет фронтов⁷². В июне–августе 1917 г. был создан особый комитет для разработки проекта по объединению военных и общественных организаций на европейском театре войны. Об эффективности этих мер в свете бурных событий 1917 г. судить сложно. Можно предположить, что вряд ли они кардинально изменили ситуацию, потому что, во-первых, эти действия были слишком запоздалыми, и, во-вторых, из-за глубокого экономического кризиса (промышленности, сельского хозяйства, железнодорожного транспорта) невозможно было добиться успехов на отдельном направлении обеспечения армии.

Ввиду неудовлетворительной подготовки подготовки военно-медицинской службы к войне основная её цель — максимальное сохранение людских ресурсов — не могла быть достигнута. Общие санитарные потери русской армии в Первую мировую войну составляли 12–13 млн. человек, т. е. в среднем ежегодно из одного миллиона воюющих страна теряла около 800 тыс. человек. В. А. Оппель, пользуясь

данными, собранными им лично на Юго-Западном фронте, утверждал, что из 100 раненых в часть возвращалось 44 (сюда не вошли лазареты дивизий, откуда также попадали обратно в строй легкораненые), остальные раненые либо умирали (10%), либо, становясь инвалидами, были негодны к службе (40%)⁷³.

Несмотря на усилия медиков, работавших на передовой и в тылу, людские потери были огромны. Работу врачей затрудняли административные неурядицы. На XIV съезде российских хирургов в декабре 1914 г. говорилось: «У нас почти во всех ведомствах и организациях врачи оттесняются от административной и организационной деятельности, и нам, врачам, приходится меньше бороться со смертью, чем с теми препонами, которые нам ставят администраторы — не врачи, без целесообразно поставленной администрации и планомерной организации всего врачебно-санитарного дела, врачебное искусство на войне становится бессмысленным»⁷⁴.

О несогласованности действий разных инстанций и равнодушии ответственных чинов свидетельствует, например, один из приказов по 1-й армии за 1914 г. В нём указывалось на недопустимое отношение к раненым: «Неоднократно приказывал заведующему санитарной частью, действительному статскому советнику Федосееву, иметь наблюдение за поездами, доставляющими раненых, наблюдать за своевременностью их выгрузки и уходом за ними. <...> Сегодня около 7 часов утра прибыл товарный поезд с ранеными, которых начали переносить в госпиталь. Затем, от 11 часов до 4 часов дня был сделан перерыв. Раненые оставались лежать без соломы, без перевязки и пищи, действительный же статский советник Федосеев не счёл даже нужным мне об этом доложить, что подполковник Скомковский, распорядившись этим, пользуется большими правами»⁷⁵.

Такие ситуации возникали именно потому, что «по Положению от 16 июня 1914 г., в дело военно-санитарной помощи вступило большое количество чисто военных чинов: в настоящий момент около 500 офицерских чинов просто «болтаются» в военно-санитарных учреждениях, а это состав чуть ли не корпусный»⁷⁶. Подавляющее большинство этих людей, будучи военными чинами, естественно, не понимало важности учёта чисто медицинской стороны дела в организации санитарной помощи. Например, 3/4 ранений были повреждениями осколочного характера, которые сопровождалась тяжёлой инфекцией и требовали хирургического вмешательства не позднее 6–8 часов, но эвакуация «во что бы то ни стало» не давала такой возможности — известно, что поезда ехали сутками без остановок, прямо от позиций.

Своевременная хирургическая оперативная помощь раненым при таких условиях была невозможна, поезда являлись плохими лечебными заведениями, хотя бы потому, что вследствие скученности раненых доступ к ним в вагоне был просто затруднён. С точки зрения хирургии это было недопустимо, требовалась этапная хирургия. «Эвакуация без надлежащей организованной этапной хирургической помощи не только вредна для самих раненых, но и вредна с общегосударственной точки зрения, ибо может превращать в инвалидов таких людей, которые могли бы или быть почти здоровыми, или же мало пострадавшими»⁷⁷. Под этапным лечением, систему которого разрабатывал профессор В. А. Оппель⁷⁸, понималось лечение, идущее одновременно с эвакуацией, причём каждый раненый получал бы нужную ему хирургическую помощь

тогда, когда он в этом нуждался. Здесь мы опять подходим к тому, что система эвакуации была губительна для России в этой войне, к тому же она являлась дорогим и зачастую бессмысленным мероприятием.

«Инструкция по организации хирургической помощи раненым на фронте» вышла в 1916 г. Благодаря ей в действующей армии многие недостатки, связанные с хирургической помощью на первых этапах эвакуации, с организацией сортировки раненых и больных, с управлением потоками эвакуации, были устранены. Но базовые недостатки организации медицинской помощи русской армии всё-таки оставались.

¹ Общий состав Главного интендантского управления Военного министерства. СПб., 1912. С. 18.

² ПВВ. 1908. № 518; 1911. № 49; 1912. № 303.

³ Положение о постоянных военных госпиталях // Там же. 1912. № 45, 324.

⁴ Положение о местных лазаретах // Там же. 1911. № 432; 1912. № 113, 324.

⁵ Положение о них // Там же. 1911. № 375.

⁶ Там же. 1909. № 432.

⁷ Положение о войсковых лазаретах. Ст. 513 // Там же. 1912. № 303.

⁸ Там же. 1908. № 537; 1909. № 289.

⁹ Там же. 1912. № 45; 1911. № 69, 70.

¹⁰ Там же. 1911. № 84.

¹¹ Там же.

¹² Там же. С. 30.

¹³ В 1910 г. переименовано в Военно-санитарное ведомство.

¹⁴ РГА ВМФ. Ф. 763. Оп. 1. Д. 431. Л. 5.

¹⁵ Махаев С. К. Подвижницы милосердия. М., 1914. С. 79.

¹⁶ Малис Ю. Г. Принципы эвакуации раненых // Вестник Красного Креста. Пг., 1914. № 10. С. 870–876.

¹⁷ Санитарная служба русской армии в войне 1914–1917 гг. Сборник документов. Куйбышев, 1942. С. 13.

¹⁸ Русское чтение. 1914. 23 июля. № 131.

¹⁹ Фроммет Б. Всероссийский земский союз как новое интендантство // Жизнь для всех. 1916. № 8. С. 948.

²⁰ Санитарная служба русской армии. С. 215.

²¹ Государственная Дума 1906–1917: Стенографические отчёты. Т. 4. СПб., 1917. С. 36.

²² Временное положение об эвакуации больных и раненых. Пг., 1914.

²³ Потираловский П. П. Краткий курс санитарной практики. М., 1911. С. 124.

²⁴ Краткий очерк деятельности Всероссийского земского союза. М., 1916. С. 47.

²⁵ РГИА. Ф. 1414. Оп. 1. Д. 1. Л. 208.

²⁶ РГА ВМФ. Ф. 763. Оп. 1. Д. 431. Л. 5.

²⁷ XIV съезд российских хирургов. Москва 16–19 декабря 1916 г. М., 1927. С. 49.

²⁸ Оппель В. А. Очерки хирургии войны. Л., 1940. С. 185.

²⁹ Санитарная служба русской армии. С. 214.

³⁰ Оппель В. А. Очерки хирургии войны. С. 183.

³¹ Санитарная служба русской армии. С. 210.

³² Там же. С. 14.

³³ XIV съезд российских хирургов. С. 17.

- ³⁴ Санитарная служба русской армии. С. 214.
- ³⁵ Там же.
- ³⁶ Краткий очерк деятельности Всероссийского земского союза. С. 14.
- ³⁷ РГИА. Ф. 1623. Оп. 1. Д. 453. Л. 3.
- ³⁸ Санитарная служба русской армии. С. 215.
- ³⁹ Там же. С. 211.
- ⁴⁰ РГВИА. Ф. 499. Оп. 1. Д. 1917. Л. 18.
- ⁴¹ Санитарная служба русской армии. С. 209.
- ⁴² Там же. С. 104.
- ⁴³ Там же.
- ⁴⁴ Краткий очерк деятельности Всероссийского земского союза. С. 5.
- ⁴⁵ Обзор деятельности Главного комитета Всероссийского земского союза с 1 августа 1914 г. по 1 февраля 1915 г. М., 1915. С. 37.
- ⁴⁶ Трескунова Б. Некоторые данные об организации госпитализации и эвакуации раненых во внутренних районах России в период 1914–1915 гг. // Военно-медицинский журнал. 1939. № 7. С. 47.
- ⁴⁷ РГИА. Ф. 1623. Оп. 1. Д. 529. Л. 1.
- ⁴⁸ Таленский Н. А. Первая мировая война 1914–1918 гг. // Военное искусство капиталистического общества (1789–1917). М., 1953. Вып. 2. С. 258.
- ⁴⁹ РГВИА. Ф. 499. Оп. 1. Д. 1926. Л. 100.
- ⁵⁰ Санитарная служба русской армии. С. 12.
- ⁵¹ Краткий очерк деятельности Всероссийского земского союза. С. 12.
- ⁵² Трескунова Б. Некоторые данные об организации госпитализации. С. 48.
- ⁵³ Церковный вестник. 1914. № 41, 48.
- ⁵⁴ Санитарная служба русской армии. С. 213.
- ⁵⁵ Очерк деятельности Всероссийского союза городов. М., 1916. С. 185.
- ⁵⁶ Краткий очерк деятельности Всероссийского земского союза. С. 10.
- ⁵⁷ РГИА. Ф. 1623. Оп. 1. Д. 529. Л. 1–2.
- ⁵⁸ Там же. Л. 1.
- ⁵⁹ Санитарная служба русской армии. С. 14.
- ⁶⁰ Там же. С. 215.
- ⁶¹ Вестник Красного Креста. 1914. № 7. С. 144.
- ⁶² Там же. № 8. С. 911.
- ⁶³ РГИА. Ф. 759. Оп. 90. Д. 1. Л. 31.
- ⁶⁴ Вестник Красного Креста. 1914. № 9. С. 200.
- ⁶⁵ Русское чтение. 1914. № 185.
- ⁶⁶ Там же. № 186.
- ⁶⁷ РГИА. Ф. 759. Оп. 90. Д. 1. Л. 23.
- ⁶⁸ XIV съезд российских хирургов. С. 16.
- ⁶⁹ Там же. С. 27.
- ⁷⁰ Приказы и приказания по 1-й армии за 1914 год. Пг., 1914.
- ⁷¹ Сборник приказов по Военному ведомству. Пг., 1914.
- ⁷² Сборник приказов по Военному ведомству. Пг., 1917.
- ⁷³ Оппель В. А. Очерки хирургии войны. С. 172.
- ⁷⁴ XIV съезд российских хирургов. С. 22.
- ⁷⁵ Приказы и приказания по 1-й армии за 1914 год.
- ⁷⁶ Санитарная служба русской армии. С. 12.
- ⁷⁷ Оппель В. А. Очерки хирургии войны. С. 175.
- ⁷⁸ Военно-медицинский журнал. 1915. Т. 10. С. 151.