**Проектно-исследовательская работа естественно-научного направления к конкурсу**

**«Бородинское поле русской славы», посвященного 200-летию со дня победы русского народа в Отечественной войне 1812 года**

**Тема:** «Медицинская служба русской армии в Отечественную войну 1812 г.»



**Проект выполнили суворовцы:**

Гришанов Д., Черненко Д., Гуров Г.

**Руководители:**

преподаватель физики Климова Ю.Х.

преподаватель химии Басиева А.А.

г. Владикавказ

**Оглавление:**

1.     История развития службы

2.     Структура медицинской службы

3.     Схема структуры медицинской службы

4.     Заключение

5.     Список литературы

[](http://tvtorrent.ru/pictures/max/7/30878.jpg)

**История развития службы**

Кадры врачей в начале 19 - века росли относительно быстро. Этому способствовало открытие ряда новых медицинских учебных заведений. Не только Московский университет и Медико-хирургическая академия, но и новые: Дерптский (1802), Казанский (1804), Харьковский (1805). Именно МХА сформировала костяк военно-врачебного корпуса русской армии, выпустив по Петербургскому отделению с 1801 по 1812 год более 550 лекарей, по Московскому - в 1811 и 1812 годах - 53 врача. Большинство из них, являясь во время обучения казенными воспитанниками, пополнили отряд врачей армии и флота. Благодаря реформам военно-медицинской подготовки президентов академии П. Франка (1805-1808 гг.) и Я. Виллие (с 1808 г.), по свидетельству современников, выпускники МХА были лучше других подготовлены к военно-врачебной деятельности, особенно в области хирургии. Около половины всех подготовленных врачей были военными.

С созданием министерств Медицинская коллегия (существовавшая ранее) в 1802 г. вводится в состав Министерства внутренних дел и теряет свою прежнюю самостоятельность. В следующем году она реорганизуется в Медицинский департамент, в котором по-прежнему объединялось руководство гражданским и военным здравоохранением. В августе 1805 г. в министерствах Военно-сухопутных и Военно-морских сил для руководства соответствующими медицинскими службами создаются медицинские экспедиции во главе с генерал-штаб-докторами и их помощниками - генерал-штаб-лекарями. Одновременно учреждаются должности медицинских инспекторов по армии и флоту, а также по войскам гвардии. С этого времени и до августа 1918 г. управление медицинской службой вооруженных сил России стало осуществляться отдельно от гражданского здравоохранения. Первым генерал-штаб-доктором Министерства военно-сухопутных сил стал Н.К. Карпинский. Однако уже в 1808 г. в целях устранения двоевластия в управлении военно-медицинским делом должности генерал-штаб-доктора и его помощника ликвидируются. Н.К. Карпинский увольняется, а вместо него в качестве управляющего Медицинской экспедицией Военного министерства и одновременно главного военно-медицинского инспектора по армии назначается Я.В. Виллие. В соответствии с "Учреждением для управления Большой действующей армией" (1812 г.) общее руководство медицинской службой войск осуществлял дежурный генерал (не медик), которому были подчинены генерал-штаб-доктор армии - главный полевой военно-медицинский инспектор, директор госпиталей (не медик) и главный комиссар. При полевом военно-медицинском инспекторе состояли главный медик, главный хирург, главный аптекарь и секретарь с канцелярией. Сам же дежурный генерал был подчинен начальнику главного полевого штаба (начальнику штаба армии). Выносом раненых с поля боя руководил шеф военной полиции - генерал-Девальдигер, их эвакуацией - генерал-Вагенмейстер, распоряжавшийся транспортом. Директор госпиталей отвечал за работу главных военно-временных госпиталей, а главный комиссар - за деятельностью развозных и подвижных военно-временных госпиталей. В действующих армиях полевые штаб-доктора несли ответственность за работу "перевязок" в дивизиях и корпусах, организацию военно-медицинского снабжения. Они подчинялись дежурному генералу полевой армии, а по специальным вопросам - главному доктору Большой действующей армии. Медицинскую службу дивизий и корпусов возглавляли соответствующие доктора, а полков - штаб-лекари. Для координации деятельности лиц, ведавших различными сторонами медицинского обеспечения войск, был создан Медицинский совет под председательством дежурного генерала.

Длительное отступление в начале войны; беспримерные по тем временам марши разрозненных русских армий для воссоединения (за полтора месяца 1 армия прошла 560 верст, 2 армия - 750 верст); упорные оборонительные бои, связанные с большими санитарными потерями (только в Бородинском сражении русская армия потеряла более 19 000 ранеными). Сложившаяся в заключительном периоде войны угрожающая эпидемическая обстановка; широкое применение в ходе военных действий огнестрельного оружия, особенно артиллерии - все это представляло для войсковых и госпитальных врачей значительные трудности.

Не последнюю роль в решении военными медиками своей профессиональной задачи сыграло то обстоятельство, что к 1812 году была, в основном, сформирована военно-санитарная организация русской армии. Ее основы были изложены в утвержденном 27 января 1812 года "Учреждении для управления большой действующей армии", подготовленном специальной конференцией во главе с военным министром Барклаем-де-Толли. Согласно "Учреждению ...", органом по управлению армией и ее хозяйством должен был служить главный полевой штаб армии, в ведение которого, в частности, входило устройство обозов, движение транспортов и госпиталей.

**Структура медицинской службы**

Важными составляющими частями "Учреждения ..." являлись " Положение для временных военных госпиталей при большой действующей армии" и "Положение о развозных и подвижных госпиталях армии". Суть этих положений можно свести к следующему:

1) в составе армии учреждались развозные и подвижные госпитали, а в тылу армии - главные временные госпитали;

2) снабжение лекарствами и врачебными припасами - централизованное: Петербургский главный аптечный магазин - армейские запасные аптекарские магазины - полковые аптеки;

3) общее руководство всей госпитальной частью по хозяйственной линии осуществлялось директором военных госпиталей, а по медицинской - главным доктором госпиталей;

4) непосредственно вблизи места сражения, в укрытиях или складках местности, развертывались полковые перевязочные пункты (ППП), обозначенные "флагом или другими какими-нибудь знаками, чтобы раненые, не блуждая, могли оное сыскать". Пункты предназначались для первичной перевязки всех раненых, остановки угрожающих кровотечений и подготовки раненых к эвакуации в развозные госпитали. Каждый пункт был оснащен перевязочным материалом, хирургическим инструментарием и обеспечивался медикаментами из полковой аптечной фуры;

5) за ППП следовала линия развозных госпиталей (РГ), предназначенных для оказания первой помощи раненым (обработка ран, операции, перевязки, иммобилизация), их питания и доставки в подвижные госпитали 1-й линии. В состав РГ, оснащенных лазаретными (на 4-6 тяжелораненых) и аптекарскими фурами, входил медицинский персонал, прикомандированный из войсковых частей. Во главе медицинской части каждого госпиталя назначались наиболее опытные дивизионные и корпусные врачи. Места для РГ определялись главнокомандующим в день сражения в трех пунктах за линиями армий, соответственно чему госпитали именовались: 1-й - центральным, 2-й и 3-й - фланговыми;

6) РГ в отношении направления раненых были прикреплены к подвижным госпиталям (ПГ), которые придавались корпусам и именовались по ним, а предназначались для лечения раненых и больных во время движения армии. В частности, ПГ 1-й линии обеспечивали размещение, питание и регистрацию раненых, производили необходимые операции, хирургическую обработку и перевязку ран, временную госпитализацию нетранспортабельных и окончательную - легкораненых, а также дальнейшую эвакуацию в ПГ 2-й линии. Последние, в свою очередь, госпитализировали раненых со сроками излечения до 40 дней и обеспечивали эвакуацию в главные временные госпитали всех, "долговременными болезнями одержимых", и тех, "которые и по излечении не в состоянии будут продолжать службу";

7) наконец, главные военно-временные госпитали занимались лечением всех присылаемых раненых и больных и развертывались в соседних губерниях, не затронутых непосредственно военными действиями.

Таким образом, в Отечественную войну 1812 года в русской армии, впервые в практике военно-врачебного дела, была введена новая лечебно-эвакуационная система, названная впоследствии дренажной.

В различных источниках мы неоднократно встречаем яркие описания работы полковых перевязочных пунктов в Бородинском сражении. В частности, у Л.Н. Толстого: "Перевязочный пункт состоял из трех раскинутых, с завороченными полами палаток на краю березняка... Вокруг палаток, больше чем на две десятины места, лежали, сидели, стояли окровавленные люди в различных одеждах... Из палаток слышались то громкие, злые вопли, то жалобные стенания. Изредка выбегали оттуда фельдшера за водой и указывали на тех, которых надо было вносить. Раненые ожидали у палатки своей очереди, хрипели, стонали, плакали, кричали, ругались, просили водки...". Для переноски раненых с поля боя на перевязочный пункт в каждом полку должны были иметься 20 или более нестроевых солдат с четырьмя носилками и с двумя лёгкими линейками. «место перевязки» назначалось «дневными приказами армии» и обозначалось «флагом или другими какими-либо знаками, чтобы раненые, не блуждая, могли оное сыскать». «Положением» 1812 г. Военной полиции поручалось наблюдать, чтобы перевязка раненых, «если сражение пространно, отправлялось в разные местах». На военную полицию возлагался и вынос раненных с поля боя. Генерал-гевальдингеру предписывалось перед боем «сделать цепь за линиями армии из особой конвойной команды, через которую доставлять он будет раненых в развозные госпитали для перевязки». Каждый перевязочный пункт был оснащён готовыми повязками, бинтами, корпией, хирургическими инструментами. В каждом полку имелась запрягаемая двумя лошадьми аптечная фура с аптечными ящиками. На переднем ящике сидел кучер, на заднем оставалось место для слабого больного. Аптечные ящики были пяти типов. Два типа ящиков (большой и средней величины) – так называемые полковые ящики старой и новой коллежской формы. Три типа (малый ящик с 19ю инструментами, весьма малый – с 10ю инструментами и кожаная сумочка с 10ю инструментами) - так называемые полковой ящик новейшей формы, батальонный ящик и фельдшерские инструменты. Все они были укомплектованы хирургическими инструментами. Также каждый лекарь имел карманный набор хирургических инструментов. За перевязочными пунктами следует система временных военных госпиталей. Развозные госпитали имели задачей оказание первой помощи раненым на поле сражения и доставку их в подвижные госпитали. Однако вместимость фур не отвечала их назначению и М.И. Кутузов, осмотрев, приказал сбросить кузова и слать помост для шести и более человек.

При развозных госпиталях во время боя находился и полевой генерал-штаб-доктор. В его обязанности входила организация медицинской помощи в частях войск в полевых условиях. Развозным госпиталям в системе организации медицинской помощи раненым придавалось весьма большое значение, так как именно они должны были обслуживать раненных, выносимых с поля боя, где их количество было трудно предусмотреть.

Интересна деталь, что главный медицинский инспектор армии Я.В. Виллие, которому приписывали все достижения по линии медицинского обеспечения русской армии, был принципиальным противником развозных госпиталей, считая их совершенно лишними и ненужными.

Подвижные временные госпитали были приданы корпусам и именовались по ним. Они предназначались для лечения раненых и больных во время движения армии. Эти госпитали имели отделение, которые развёртывались в день боя за центром и флангами армии и должны были иметь госпитальный запас и всё необходимое для оказания первой помощи раненым.

Вопросы, связанные с организацией медицинской помощи раненым и больным в боевых условиях, решались под руководством главнокомандующего армией многими инстанциями. В 1812 году непосредственное руководство работой госпитальной части осуществлял генерал-интендант Е.Ф. Канкрин (1774-1845).

Оказание медицинской помощи в полевых условиях организовывал в армии полевой генерал-штаб-доктор. Работой главных военно-временных госпиталей руководил директор госпиталей (не врач, из генералитета); выносом раненых с поля боя занимался генерал-гевальдигер, командовавший военной полицией; эвакуацию раненых и больных осуществлял генерал-Вагенмейстер, распоряжавшийся транспортом.

Это характерное для того времени распылённость затрудняла организацию лечебно-профилактической помощи раненым и больным, но она была единственно возможной: только совокупность мероприятий многих начальников под руководством главнокомандующего давало возможность наиболее полно использовать все возможные средства армии и страны.

Русские военные врачи самоотверженно спасали и соотечественников, и солдат армии Наполеона.

В битве русской армии с наполеоновскими войсками не на жизнь, а на смерть вместе с солдатами шли по полям сражений военные врачи. Под смертельным огнем выносили они раненых с поля боя, оказывали помощь, выхаживали в госпиталях. Причем лечили они как раненых русских воинов, так и французов.

Выдающийся русский врач Христофор Оппель за свой труд удостоился наград одновременно и от российского императора Александра Первого, и от Наполеона.

Христофор фон Оппель – основатель знаменитой врачебной династии русских врачей. Он был выходцем из Вюртемберга. На русскую службу прибыл в начале XIX века, и еще до Отечественной войны 1812 года был приглашен на должность главного врача московской Мариинской больницы для бедных.

Благодаря своей энергии и милосердию ему удалось сохранить больницу, ряд других медицинских учреждений, в частности Екатерининскую, от разграбления во время вторжения Наполеона в российскую столицу, рассказал кандидат исторических наук, старший научный сотрудник Военно-медицинского музея Министерства обороны России Дмитрий Журавлев:

[](http://www.proza.ru/pics/2009/01/22/623.jpg)"Немаловажным стало и то обстоятельство, что в Мариинской больнице были размещены раненые и больные французские военнослужащие. Так вот, Христофор Оппель оказывал медицинскую помощь как многочисленным русским солдатам и офицерам, которые остались в Москве, так и французским военнослужащим. Позже внук знаменитого русского медика, продолжатель династии военных врачей Владимир Оппель, считал, что его дед "раньше Женевской конвенции стал на точку зрения нейтралитета врачей при подаче помощи раненым".

Оценил милосердие Оппеля и Наполеон. Видя хирургическое мастерство русского врача, он предложил ему переехать во Францию. Однако Христофор Оппель был патриотом своей второй Родины и ответил французскому императору, что присягал России и останется с русскими ранеными. За самоотверженный труд и мужество Христофор Оппель был удостоен награды российского императора Александра Первого, получил дворянское звание и вошел в историю как герой Отечественной войны 1812 года".

Нельзя не упомянуть и Якова Виллие – главного медицинского инспектора русской армии и президента Медико-хирургической академии России, ставшего впоследствии лейб-медиком трех русских императоров.

"Он был отличным руководителем, сумевшим собрать самые лучшие кадры и выстроить эффективную систему военно-медицинского обслуживания, - продолжил Дмитрий Журавлев. - По разным данным, порядка 60-70 процентов русских солдат и офицеров было возвращено в строй. Это очень высокий показатель. Примерно такой же, какой был в годы Великой Отечественной войны, когда медицина шагнула далеко вперед.

Яков Васильевич был не только организатором, но и хорошо оперировал на театре военных действий. В частности, в Бородинском сражении он сделал порядка 80 операций. В Военно-медицинском музее есть картина, на которой запечатлен эпизод Бородинского сражения и оказание первой медицинской помощи Петру Багратиону, где присутствует Яков Виллие. Он одним из первых осмотрел рану Багратиона и высказался за ампутацию ноги. К сожалению, этого не было сделано и Багратион погиб от гангрены".

Война, конечно же, это не время для гуманизма, сказал Дмитрий Журавлев, хотя войны, предшествующие Первой мировой войне, все-таки отличались соблюдением особых, чаще всего неписанных правил. Есть разные мнения о том, как действовали французы в Москве. Имеются свидетельства, что они выкидывали раненых и больных из госпиталей.

Но есть и другие данные о том, что противник относился уважительно к русским солдатам и офицерам, которые находились в госпиталях. Вторая точка зрения также имеет право на существование. Интересную деталь отметил Дмитрий Журавлев: в русской хирургии лечение проводилось медикаментозными средствами, хирургическое вмешательство применялось в крайних случаях.

"Для русской военной медицины того времени было свойственно консервативное лечение. Врачи, прежде всего, стремились сохранить раненую конечность. Во французской армии, напротив, что таить, довольно часто проводились ампутации. Русские врачи старались как можно мягче действовать в этих условиях и ампутацию делали в крайних случаях, потому что это могло привести и к летальному исходу.

Кроме того, не стоит забывать, что до середины XIX века наркоз как таковой отсутствовал. В романе великого русского писателя Льва Толстого "Война и мир" ярко описано, в каких условиях проводились операции, когда хирургам и другому медицинскому персоналу приходилось изо всех сил удерживать раненого, который испытывал жуткие мучения, лежа на операционном столе. Главным "врагом" русских врачей была боевая травма", - сказал Дмитрий Журавлев.

"С развитием военной техники, с изменением масштабов и характера боевых действий резко возросли потери от ранений. В войне 1812 года широко применялась артиллерия, стрелковое оружие и, конечно же, военным врачам приходилось придумывать что-то новое, чтобы спасти солдат и офицеров. Кроме того, - продолжил Дмитрий Журавлев, - русские врачи довольно достойно действовали с "невидимым противником" - инфекционными заболеваниями.

Они преследовали русскую армию, но не так как французскую, которая сильнее страдала от различных инфекций и цинги. Русская армия была в этом отношении более подготовлена. Профилактические мероприятия, которые проводились медиками совместно с командованием, позволили избежать серьезных заболеваний".

Знание и опыт русских врачей и всего медицинского персонала, их самоотверженность и высокий патриотизм помогали им творить настоящие чудеса и преодолевать любые трудности, отметил Дмитрий Журавлев. Очень ярко и эмоционально оценил труд русских военных медиков во время Отечественной войны 1812 года император Александр Первый.

В своем манифесте он заявил, что "военные врачи разделяли на поле сражения наравне с военными чинами труды и опасности, явив достойный пример усердия и искусства в исполнении своих обязанностей, и стяжали справедливую признательность от соотечественников и уважение от всех образованных наших союзников".

**«Болезни, ранения, лечение и военная медицина**

**в наполеоновскую эпоху»**

|  |
| --- |
| В санитарной палатке на Бородинском поле. Иллюстрация к роману Л.Н. Толстого «Война и мир». Художник А. Апсит. 1912 г.  **В санитарной палатке на Бородинском поле** |

Если смерть была окончанием страданий, то ранение часто становилось их началом: русскому генералу Ерофею Остен-Сакену в бою под Аустерлицем француз снес саблей часть затылка, но генерал выжил и страдал от этой своей раны еще три года.

При явно смертельном ранении несчастному помогали умереть. Французский офицер Пьон де Комб в сражении при Бородино увидел польского офицера:

«Разорвавшаяся граната отрезала ему позвоночник и бок, эта ужасная рана, казалось, была нанесена острой косой». Поляк умолял добить его. Де Комб не смог выполнить просьбу раненого, однако дал ему пистолет. «Я все же успел заметить, с какой дикой радостью схватил он пистолет, и я не был от него ещё на расстоянии крупа лошади, как он пустил себе пулю в лоб».

Авраам Норов, летописец войны 1812 году, а во время нее – семнадцатилетний артиллерийский юнкер, вспоминал другой эпизод Бородинской битвы: «упал к моим ногам один из егерей. С ужасом увидел я, что у него сорвано все лицо и лобовая кость, и он в конвульсиях хватался за головной мозг. «Не прикажете ли приколоть?» - сказал мне стоявший возле меня бомбардир». Норов приказал оттащить солдата в кустарник - приказать добить, видимо, по молодости не хватило духу. (Через некоторое время самому Норову ядром оторвало ступню).

Кроме ранений, были еще и контузии. Барон де Марбо описывает, как в битве при Эйлау ядро оторвало задний угол его шляпы (одетой, как у всякого адъютанта «в поле» - носом вперед): «Удар был тем более ужасным, что моя шляпа держалась на крепком кожаном подбородочном ремне. Я был совершенно оглушен. Кровь текла у меня из носа, из ушей и даже из глаз».

Надо помнить, что поле боя тогда было заполнено не только людьми, но и лошадьми, которые от страха и запаха крови совершенно зверели. Когда Марбо все в той же битве под Эйлау пытался штыком заколоть пехотинец, спасла барона его лошадь Лизетта, которая «бросилась на русского и, вцепившись зубами ему в лицо, одним махом вырвала у него нос, губы, веки, содрала всю кожу с лица, так что он превратился в живой череп, весь красный от крови»...

Ранения холодным оружием - саблями, палашами, пиками – часто не причиняли раненому особого вреда: видимо, нелегко было колоть или рубить движущуюся «мишень» да еще самому находясь на лошади. Петербургский ополченец Рафаил Зотов в своих воспоминаниях описал, как в бою под Полоцком 6 октября 1812 году его пытались зарубить несколько французских латников:

«С первых двух ударов палашами по голове я, однако, не упал, а невинной своей шпагой оборонялся, и помню, что одного ранил по ляжке, а другого ткнул острием в бок; не знаю, кто из них наградил меня за это пистолетным выстрелом, потом другим, но один вскользь попал мне в шею, а другой – в ногу. Тут я упал, и тогда-то удары и ругательства посыпались на меня как дождь. На мне был сюртук, мундир и фуфайка, а сверх всего еще ранец. Все это было изрублено как в шинкованную капусту, и изо всех ударов только два еще по голове были сильны, один в руку самый незначащий, и один с лошади ткнул меня в спину острием палаша. Все прочие удары даже не пробили моей одежды». Когда же Зотова осмотрел лекарь, выяснилось, что опасным для жизни и вовсе был только один удар по голове.

Казалось бы, очень велико должно быть количество раненых штыком - ведь считается, что часто (а уж в 1812 году почти всегда) судьба схватки решалась штыковым ударом. Однако это, видимо, некоторое романтическое преувеличение. Пойти в штыки, пойти на штыки, ударить в штыки - эта формула встречается в мемуарах 1812 года нередко, однако как часто штыковая атака приводила к рукопашному бою? Тот же Зотов так описывает штыковую атаку ополчения на баварскую пехоту под Полоцком: «Неприятельский фронт не устоял, дрогнул и, не дождавшись нас, пустился со всех ног отступать».

Одна из причин, заставлявших офицеров командовать отход, была необходимость для сохранения управляемости войсками держать линию, строй, который в рукопашном бою неминуемо распадался. Зотов описывает, как спустя около часа после своей атаки ополченцы приняли бой с пошедшим в штыки неприятелем и из-за расстройства линии это едва не обернулось большими неприятностями: «человек 20 баварцев вдруг прорвались сквозь наш фронт. Офицерская шпага была вовсе не равным оружием противу их штыков».

Впрочем, оставались живы и после штыков - известно, что генерал Бонами, взятый на батарее Раевского, был весь исколот штыками («я его видел; лицо его было так изрублено и окровавлено, что нельзя было различить ни одной черты», - писал Николай Муравьев, в 1812 году служивший квартирмейстером). Анджей Неголевский, один из тех улан, который на глазах Наполеона, штурмовали неприступную позицию испанцев под Сомосьеррой, упав с убитой лошади, получил 11 ран штыками прежде чем к нему подоспели свои, и тоже остался жив.

Даже после более серьезных ранений, при минимуме средств и возможностей, были случаи удивительного спасения. В битве под Фридландом полковнику Санкт-Петербургского драгунского полка Михаилу Балку картечью снесло часть черепа. Полковник по общему мнению был явно «не жилец2, но врачи заменили разбитые кости серебряной пластинкой и Балк однажды вернулся в полк! Потрясенные солдаты решили, что у полковника весь череп из серебра и пули ему теперь не страшны. Серебряная пластина отчасти спасла Балка в 1812 году, когда в бою у местечка Громы французская пуля попала ему в голову. Но даже после этого Балк снова вернулся в строй(!), участвовал в Заграничном походе и умер в 1818 году в возрасте 54 лет, что для его биографии совсем неплохо.

Особая история - с ранениями Михаила Кутузова. 24 июля 1774 года в бою с турками под Алуштой пуля, ударив его с правой сторону между глазом и виском, «вышла напролет в том же месте на другой стороне лица». Удивительным образом Кутузов после этого не только не умер, но и глаз его продолжал видеть. 18 августа 1787 году Кутузов в бою с пошедшими на вылазку из Очакова турками снова был ранен в голову в то же место. В книге Николая Троицкого «Фельдмаршал Кутузов: мифы и факты» приводятся слова принца де Линя о Кутузове: «Этот генерал вчера опять получил рану в голову, и если не нынче, то, верно, завтра умрет». Но Кутузов опять выжил, и даже оправился от второй раны быстрее - вместо года за шесть месяцев. Известны слова главного хирурга русской армии Массо: «Должно полагать, что судьба назначает Кутузова к чему-нибудь великому, ибо он остался жив после двух ран, смертельных по всем правилам медицинской науки».

Офицеров и генералов без рук или без глаз тогда было немало во всех армиях (адмирал Горацио Нельсон и вовсе не имел ни руки, ни глаза). Австрийский граф Нейперг, покоривший покинутую Наполеоном Марию-Луизу, так же потерял глаз в одном из боев.

Но вот безногие офицеры в эпоху, когда все передвижения осуществлялись верхом на лошади, были большой редкостью. У французов это Луи Мари Жозеф Максимильен Каффарелли ду Фалга. Ногу он потерял на войне в Европе (в некоторых книжках пишут, будто в боях с армией Суворова, однако в надиктованной самим Наполеоном книге «Египетский поход», сказано, что в Самбро-Мааской армии). В Египетский поход Каффарелли отправился уже на деревянном протезе, за что солдаты звали его «Генерал Деревянная нога». Когда в начале похода солдаты пришли в уныние от жары, жажды, постоянных боев, Каффарелли, желая приободрить их, говорил «о красотах страны, о великих последствиях этого завоевания». Один из солдат сказал ему на это: «Вам хорошо – у вас одна нога во Франции!», и эти слова «передававшиеся с бивака на бивак, заставили смеяться все лагеря». Он мог бы получить и прозвище «Генерал Деревянная рука» - при осаде Акры пуля раздробила ему локоть и пришлось отнять руку. Но началась гангрена и 18 апреля 1799 года Кафарелли умер (через много лет среди безымянных французских могил на окраине Акры недалеко от Бохайских садов останки генерала опознают именно по отсутствию руки и ноги). В надиктованной Наполеоном книге «Египетский поход» о Кафарелли сказано: «умирая, он просил, чтобы ему прочитали предисловие Вольтера к Духу Законов, что показалось весьма странным главнокомандующему».

Русскому герою повезло больше. Сергей Непейцын еще в 17 лет, во время штурма Очакова в 1788 году, получил тяжелое ранение, в результате которого ему отняли ногу выше колена. В 1791 году Непейцын, выправлявший себе в Петербурге пенсию, встретился со знаменитым уже изобретателем Кулибиным.  В разговоре Непейцын будто бы сказал Кулибину: «Вот, Иван Петрович, много ты разных диковин вымудрил, а нам, воякам, приходится таскать грубые деревяшки». Кулибин принял вызов и взялся сделать герою протез: первую в мире механическую ногу, которая позволяла Непейцыну ходить без трости, садиться и вставать, и вообще оказалась настолько эффективной, что Непейцын остался в военной службе, хотя и в инвалидной команде. В 1807 году Непейцын стал городничим Великих Лук. В 1812 году отставной подполковник Непейцын поступил волонтером в 24-й егерский полк, в составе которого отличился в боях против французских войск, шедших на Петербург. Получив в командование кавалерийский отряд, Непейцын устраивал набеги на французов, и даже дважды разгромил их крупные отряды. Уже в сентябре 1812 года Непейцын был восстановлен в службе, а в октябре получил чин полковника и с ним был переведен в лейб-гвардии Семеновский полк, что было большим отличием  - обычно армейский полковник мог стать в гвардии капитаном или майором. Непейцын участвовал в боях при Кульме, Лейпциге, вошел с гвардией в Париж. В отставку вышел в чине генерал-майора. Звали ли его солдаты «Деревянной ногой» - неизвестно.

Хотя первым сконструировал практически пригодный металлический протез, сгибавшийся в коленном шарнире и осуществил принцип опорности и неопорности культи именно Кулибин, изготовление качественных протезов не стало в России массовым. Более того, наработки Кулибина по слухам были выкрадены и потом доставляли немалый доход европейским ортопедам.

Случаи с Балком, Кутузовым и другие тем более удивительны, если знать, что военная медицина в конце XVIII века, а потом и в наполеоновские времена была довольно примитивной, и почти на все сто процентов состояла из хирургии, которая к тому же тогда считалась не совсем медициной, как и хирурги считались не совсем врачами, а иногда ими и не были (хирургией занимались полковые цирюльники (парикмахеры) - учеником одного из них был Доминик Жан Ларрей).

Военные врачи не жалели своих пациентов ни во время операции, ни после нее. В средние века рану прижигали кипящим маслом – при этом немало раненых умирали от болевого шока. Однако и в новое время врачи еще не знали слова «гуманизм». В 1767 году в конкурсе на лучшую работу по лечению ран, объявленном французской Академией наук, первую премию получил доктор Буасье, который рекомендовал для лечения гнойной раны выжигание ее краев. А доктор Берденей, рекомендовавший применять повязки с обеззараживающими составами из скипидара, алоэ и спирта, оказался вторым.

Наркоз еще не был изобретен, операции проводились «на живую». Для раненого это был кромешный ад. Жан-Батист де Марбо во время осады Сарагосы был ранен пулей, засевшей между ребер. Когда хирург, сделав надрез, увидел ее, он не смог ее достать - так сильно трясло Жана-Батиста от боли (и, надо полагать, от ужаса). Дальше, по воспоминаниям Марбо, было так: «один из моих товарищей садится мне на плечи, другой на ноги, и доктор извлекает наконец свинцовую пулю»... Надо было иметь каленые нервы, чтобы выдерживать такую медицину.

Кое-какие методы анестезии были известны и тогда: передавливали сонную артерию, чтобы человек впал в забытье, некоторые врачи имели при себе специального «вышибалу», умевшего ударом в определенное место «отключить» пациента. Французский хирург Вардроп заметил однажды, что при большом кровопускании пациент впадает в обморочное состояние, при котором не чувствует манипуляций хирурга. Ларрей во время битвы при Эйлау заметил, что на холоде (мороз в те февральские дни достигал минус 19 градусов) раненые при ампутациях страдали меньше. Этот эффект был назван «холодовая анестезия», но широкого применения не нашел. Как, впрочем, и многие другие. (Даже позднее, в 1839 году известный французский хирург Вельпо публично заявил, что «устранение боли при операциях - химера, о которой непозволительно даже думать; режущий инструмент и боль - два понятия, не отделимые друг от друга. Сделать операцию безболезненной - это мечта, которая никогда не осуществится»).

Между тем, именно в это время человечество стояло в шаге от изобретения сразу нескольких видов наркоза. Еще в 1799 году 21-летний англичанин Хемфри Дэви получил закись азота, названную тогда же за одну из форм воздействия «веселящий газ». Хемфри Дэви, ставя опыты на животных и на себе, выяснил, что после вдыхания газа терялась чувствительность к боли. Однако Дэви был не врач, а химик и физик, и о том, чтобы приспособить «веселящий газ» к медицине, видимо, просто не подумал. (В науке он, однако, остался – как человек, взявший к себе в лабораторию Майкла Фарадея). Веселящий газ перешел в цирк и служил на забаву публике до 1845 года, когда пришедший на представление зубной врач Гораций Уэллс вдруг увидел в этом медицинскую перспективу. (Однако и Уэллсу не повезло - закись азота не давала глубокого сна, и после того, как при операции один из пациентов дантиста проснулся от боли, метод обезболивания Уэллса был осмеян, а сам дантист разорился).

В 1805 году 20-летний немецкий аптекарь Фридрих Вильгельм Сертюрнер, разлагая опий, получил вещество, погружавший подопытный животных в сон, при котором они не реагировали на боль. Сертюнер назвал вещество морфий – в честь сына древнегреческого бога сна Гипноса. Однако и это вещество не получило распространения. Возможно, потому, что еще Сертюнер отметил скорое привыкание к нему – «страстное желание наркотика». К тому же, проблема была в том, каким образом пичкать морфием человека. Собакам Сертюнер подмешивал морфий в еду - однако в случае с человеком этот способ явно не годился хотя бы потому, что точная дозировка становилась невозможной. Однако вряд ли можно сомневаться в том, что если бы имелся «общественный запрос» на обезболивание, то способы доставки морфия в кровь были бы изобретены довольно быстро. Тем более, внутривенные впрыскивания в то время были уже известны, а шприц еще в 1648 году изобрел Блез Паскаль.

Правда, по большому счету, изобретение это осталось незамеченным. Возможно, потому, что медицинское по сути изобретение в который раз было сделано человеком, от медицины далеким, а возможно потому, что врачи в общем-то еще долго не знали, какие препараты годятся для внутривенной инъекции (уже в 20-х годах XIX века английский врач Гейл, впрыснул себе в вену слабительное - рициновое масло - после чего три недели провалялся в лихорадке и едва не умер).

Применявшиеся в XIX веке для внутривенных инъекций шприцы были примитивны и представляли собой подобие клизмы с полой металлической трубкой (полая игла была изобретена только в 1845 году ирландским врачом Фрэнсисом Ридом). К тому же, надо учитывать, что укол в вену был в те времена мероприятием совершенно невиданным и представлялся пациенту неизмеримо более опасным, чем сейчас.

Главная причина того, что медицина, в первую очередь, военная, не стремилась облегчить страдания пациентов состояла в тогдашних взглядах на мир, человека, его предназначение. «Страдание мудро предусмотрено природой, больные, которые страдают, доказывают, что они здоровее других и скорее поправляются», - говорил, например, один из врачей XIX века.

К тому же, для людей того времени избегать боли было так же постыдно, как избегать опасности. Боль и умение героически переносить самые нечеловеческие мучения - это была одной из возможностей показать свое мужество. Когда под Дрезденом генералу Моро ампутировали раздробленные ядром ноги, он курил сигару и ни разу не застонал. В бою при Кульме, где семь тысяч русских гвардейцев весь день бились с 35-тысячным корпусом Вандама, командиру русского отряда генералу Александру Остерман-Толстому в руку ударило французское ядро. Врачи предлагали ехать в Теплиц и сделать операцию в более-менее сносных условиях. Но Остерман велел резать здесь же, на командном пункте, в виду войск. При этом Остерман приказал лекарям переговариваться вместо латыни по-русски - чтобы он мог все понимать. Он же распорядился привести еще и песельников - может, на случай, если он все же не сможет удержаться от крика, а может, чтобы отвлечься. Для нынешнего человека все это - картина сюрреалистического ужаса, а для того времени - одна из богатырских легенд.

 Главной послеоперационной проблемой в те времена был «антонов огонь» (гангрена). Антоновым огнем называли всякое заражение тканей, выражавшееся в том, что человек гнил заживо. Болезнь эта известна была с 1129 года - тогда во Франции из-за неведомых черных наростов на колосках ржи 14 тысяч человек умерли страшной смертью: «Невидимый, скрытый под кожей огонь отделял мясо от костей и пожирал его. Кожа членов становилась синеватой, цвета шелковичных ягод... - писал современник. - Позже пораженные части чернели, как уголь, в них начиналось омертвение или они гноились и пожирались отвратительным гниением. Мясо отпадало от костей, запах заражал воздух. В обоих случаях следствием было отпадение членов, преимущественно рук и ног». За больными ухаживали монахи ордена святого Антония - отсюда и название.

Спустя многие годы ученые выяснили, что рожь была поражена грибком, вызывающим сужение сосудов крови с последующим омертвением тканей. Однако тогда природа болезни была неизвестна: видели следствие, но не понимали причин. В результате из тех мер предосторожности, которые соблюдаются сейчас даже при простейшем хирургическом вмешательстве (например, при выдергивании зуба) не предпринималось в общем-то ничего.

Обработка раны была интуитивной: здравый смысл подсказывал, что рану надо промыть и удалить из нее все лишнее. Для промывки использовалась чаще всего простая вода (иногда это была вода с добавлением извести, иногда – теплый солевой раствор, однако в условиях битвы эти растворы быстро кончались и в дело шла вода из ближайшего водоема или из водовозной бочки). Промыв и удалив инородные тела (осколки, пулю, грязь), на рану в мякоти накладывали корпию (иногда - с травами или мазью), а затем бинтовали. У всех врачей был свой взгляд на перевязки: Ларрей считал, например, что рану не нужно часто тревожить и менял повязку в среднем раз в неделю.

Йод был открыт в 1814 году, а для обработки ран его стали применять только через 40-50 лет - когда врачи задумались о необходимости антисептической обработки ран, инструментов и помещений (да и то помещения долго еще обрабатывались карболкой, которая почти яд).

Марля (кисея) была известна издавна, но применить ее как преревязочный материал еще долго никому не приходило в голову - пока врачи не поняли, что рана нуждается в доступе воздуха, и потому повязка должна быть из воздухопроницаемой ткани. До тех пор, если была возможность, перевязывали согласно чину: генералов - батистовыми платками, а солдат – простым тряпьем.

Французы видели в Египте и вату - это в общем-то всего лишь комок хлопка. Однако в Европе еще долго вместо ваты использовали корпию - нащипанную в нитки ткань. Едва начиналась война, дамы высшего света садились «щипать корпию» - это был их вклад в борьбу. В дело шло в основном старое тряпье - хирург Иван Пирогов через сорок лет, когда человечество свыклось с мыслью о микробах, ужасался тому, сколько заразы должно было быть на такой корпии. (Вату и марлю вместо корпии стали применять только в 1870 году).

Оперируя на поле боя, хирурги не успевали даже мыть свои инструменты (служивший в Великой Армии врач Генрих Росс пишет, как под Бородиным он и его товарищи по «кровавому ремеслу», «работали руками и инструментами, часто спускаясь к ручью помыть их» - но ведь часто не означает «всегда»).

Стерилизация инструментов в виде хотя бы кипячения была неизвестна совсем. К тому же, хирургические инструменты часто изготовлялись на заказ и для красоты рукояти, например, обивали бархатом - легко представить, что скапливалось в этом бархате уже после первого десятка операций.

Немудрено, что антонов огонь считался практически неминуемым при серьезном ранении, и тем более при огнестрельном переломе. Солдатам руки и ноги ампутировали, не спрашивая их согласия. Офицеров и тем более генералов все же уговаривали, расписывая «преимущества» ампутации так, будто это некое удовольствие и вообще пустячная вещь. «Можно с некоторым шансом на успех постараться сохранить вам руку. А при ампутации ваша рана прекрасно зарубцуется через две недели!» - так знаменитый французский хирург Ларрей убеждал под Бородиным раненого генерала Дессе. (Тот, однако, от ампутации отказался, и руку сохранил, хотя раздробленные кости выходили из нее еще десять лет).

На помещенной в книге Олега Соколова «Армия Наполеона» картине неизвестного художника запечатлено, как Ларрей ампутирует руку французскому офицеру (Соколов предположил, что это лейтенант Каунт Ребсомен из 2-го полка пеших егерей Гвардии). Видно, что ампутацию Ларрей делает с большим запасом: у Ребсомена раздроблены кисть и запястье левой руки, а врач отнимает ему руку по самое плечо. (Правая нога у него в крови и лоскутьях кожи, однако Ребсомену повезло - ногу Ларрей помиловал. После крушения Наполеона Ребсомен уехал в Америку, и отсутствие левой руки не только не помешало сделать ему военную карьеру (Каунт Ребсомен стал генералом), но даже от музыки он не отказался - с помощью им же изобретенного механизма играл на флейте одной правой рукой).

Ларрей на картине орудует чем-то вроде гигантских клещей с загнутыми по форме руки остриями, пытаясь, видимо, перекусить кость. Однако в наборах хирургических инструментов того времени подобных «кусачек» нам видеть не довелось. Возможно, кто-то из врачей и правда предпочитал клещи, но большинство перепиливало кость ножовкой (формой похожа на нынешние ножовки по металлу). Так как анестезии не было, то хирурги старались работать как можно быстрее, однако даже Ларрей под Бородиным, где, пишут, он достиг необычайной скорости и автоматизма, тратил на ампутацию семь минут. (Впрочем, английский представитель при русской армии Томас Вильсон, описывая, как в Тарутино хирург русской армии Яков Виллие отнимал руку раненому казаку, отмечает: «у доктора Виллие ушло на все меньше четырех минут»).

Впрочем, бывали и другие доктора. В 1812 году в сражении при Арапилах в Испании маршал Мармон был тяжелейшим образом ранен: осколки ядра раздробили ему руку и пробили, как писал сам Мармон, «две широких и глубоких раны с правой стороны в пояснице». На вопрос маршала придется ли ампутировать руку, доктор Фабр отвечал: «Если я отрежу вам руку, вы не умрете и через шесть недель опять будете в седле, но руки у вас уже никогда не будет. Если я не отрежу вам руку, вы будете долго страдать и есть вероятность, что вы умрете. Но вы - храбрый человек, и мне кажется, что стоит побороться за свой шанс, чтобы потом не быть всю жизнь калекой». Мармон, как известно, выжил. И рука ему пригодилась: в марте 1814 года именно Мармон подписал капитуляцию Парижа.

Интересно, что Ларрей в Египте видел и сам применял повязку, с помощью которой там лечили переломы: ткань пропитывалась особым составом (по рецепту Ларрея - яичный белок, камфарный спирт и свинцовый сахар), который, затвердев, образовывал вокруг сломанной конечности каркас. Правда, эта повязка не создавала равномерного кругового давления и иногда кость при срастании искривлялась. Но ведь и гипс, в конце концов, был известен с давних времен - что же мешало начать гипсовать переломы на 40 лет раньше, чем это начал делать Пирогов?

Страх перед антоновым огнем - это только часть ответа. Главная причина состоит в том, что в наполеоновскую эпоху военная медицина отставала от потребностей войны как в способах и методах лечения, так и (может быть, главное) в численности медицинского персонала. От этого врачи вынуждены были делать самое простое.

С другой стороны, человеческий потенциал воюющих государств в эту эпоху еще не был исчерпан, поэтому никому - ни Наполеону, ни Ларрею, ни Виллие, - даже в голову не приходило, что задача военной медицины - не калечить, а лечить, что тяжело раненые в общем-то могут вернуться в строй. Зачем возиться с раненым, если на его место можно призвать новобранца?

В конце эпохи вопрос этот по причине истощения государств вот-вот мог стать актуальным (в России тогда в армию брали и косых, и сухоруких, и даже беззубых - лишь бы имелись передние зубы, чтобы можно было скусывать патрон), однако в 1815 году возвращение Наполеона кончилось на поле Ватерлоо.

Процент возвращавшихся в строй после ранения или болезни был невелик даже по самым радужным рапортам. Так, в декабре 1812 году главнокомандующий русской армией Михаил Кутузов писал царю: «Выздоровевших из разных госпиталей и отсталых, по дорогам собранных, которых подлинное число определить не могу, но надеюсь, что таковых прибудет в скорости не менее 20.000». Надо отметить осторожность Кутузова («подлинное число определить не могу», «надеюсь»). Вполне вероятно, цифрой в 20 тысяч он хотел хоть как-то подправить горестные цифры: русская армия, выйдя в октябре из Тарутина в числе 100 тысяч человек, к Вильно имела в своих рядах только 20 тысяч, и это при том, что Кутузов всячески уклонялся от боя с французами. Даже при оптимистической цифре вернувшихся в строй получалось, что около 60 тысяч либо погибли, либо больны и ранены, либо разбежались.

Только в конце XIX века, когда армии стали большими, а войны долгими, взгляды военной медицины изменились - главным для нее стало вылечить солдата и вернуть его на войну.

 Помощь раненым в те времена была чистым актом человеколюбия, при котором человека спасали не для армии и не для войны, а для него самого. В результате и организована эта помощь у всех воюющих сторон была в общем-то кое-как.

Нельзя сказать, что ее не было вообще (точно так же, как нельзя сказать, что, например, на «Титанике» вообще не было шлюпок). В принципе медицинская помощь была организована при всех армиях. Французская система помощи раненым началась с Пьера-Франсуа Перси, главного хирурга Рейнской армии, создавшего «передовые подвижные хирургические отряды», которые прямо во время битвы выносили раненых на специально изобретенных Перси носилках. Новаторством было все - и носилки, и работа санитаров во время боя - прежде раненых выносили только после него. Ларрей добавил к системе Перси легкие повозки - так родились «амбулансы». Пишут, что Ларрей придумал их, увидев конную артиллерию.

Однако система убийства совершенствовалась быстрее систем спасения, так что, повторюсь, возможности военной медицины изрядно отставали от потребностей армии. Француз Луи-Гийом Пюибюск, в Русскую кампанию служивший интендантом, сетовал: «Прежде, бывало, ни один генерал не вступит в сражение, не имея при себе лазаретных фур, а теперь все иначе: кровопролитнейшие сражения начинают когда угодно, и горе раненым – зачем они не дали себя убить. Несчастные отдали бы последнюю рубашку для перевязки ран, теперь у них нет ни лоскутка, и самые легкие раны делаются смертельными».

У русских имелась система Якова Виллие. Согласно его «Положению для временных военных госпиталей при Большой Действующей армии», выпущенному в 1812 году, госпиталя делились на развозные, подвижные и главные. По Положению, первую помощь еще на поле боя раненый получал от хирургов, которые на легких повозках с некоторым набором медикаментов следовали за войсками. Далее раненый попадал в «лазаретный обоз» (подвижный госпиталь). При легком ранении он в нем и оставался, при тяжелом - переводился в главный подвижной госпиталь. Пишут, что эта система была «прогрессивной для своей эпохи». Однако не пишут, что судя по воспоминаниям, она в большей степени оставалась на бумаге, и спасение утопающих все равно чаще всего было делом рук самих утопающих.

Раненый на Бородинском поле во время боя за флеши генерал граф Михайла Воронцов писал: «Мне перевязали рану прямо на поле, извлекли пулю и первые три или четыре версты везли в небольшой крестьянской телеге, одно из колес которой было сбито пушечным ядром, и мы умудрялись ехать на оставшихся трех».

Если так эвакуировали генерала, наследника одного из самых больших состояний России, то понятно, что офицеры и тем более нижние чины могли рассчитывать только на себя. В некоторых сражениях помощников при одном раненом могло быть двое-трое - солдаты использовали относительно честный способ улизнуть из-под огня - но под Бородиным, проводив товарища, многие шли обратно в огонь. Когда раненый юнкер Авраам Норов, с помощью бомбардира Козлова добравшийся до лазарета, просил его остаться рядом, тот ответил: «Позвольте вернуться на батарею: людей много бьет, всякий человек нужен», - и снова вернулся в огонь.

Поведение русских раненых после Бородина показывает, что они не обольщались насчет возможности получить медицинскую помощь. По описанию Муравьева, кто мог идти, шел сам. Многие разбредались в стороны, рассчитывая, что им помогут в окрестных деревнях. «Лекарей недоставало. Были между ними и такие, которые уезжали в Можайск, чтобы передохнуть от переносимых ими трудов (у людей, видимо, просто сдавали нервы, но тогда и слова такого не знали - *С.Т.*), отчего случилось, что большое число раненых оставалось без пособия. Хотя и много было заготовлено подвод, но их и на десятую долю раненых недостало»... - пишет Муравьев.

Часть проблемы, возможно, состояла в том, что дело эвакуации раненых в русской армии в 1812 году было разделено по разным, да еще и не медицинским, ведомствам: за организацию выноса раненых с поля боя отвечал генерал-девальдигер (шеф военной полиции), а за организацию вывоза – уже генерал-вагенмейстер (по нынешнему - начальник транспортной службы).

К тому же, и за госпиталя разного уровня отвечали разные чиновники: за развозные и подвижные - главный комиссар, а за главные временные – директор госпиталей. Неудивительно, что русские тыловики то и дело забывали раненых в самых разных местах (в Смоленске, а больше всего - в Москве): один госпиталь «отправил» их в другой, который об этом, видимо, и не догадывался. Раненые терялись между ведомствами как письма.

 Отступающая армия в таких ситуациях всегда рассчитывала на то, что победители проявят великодушие. В Европе с XVIII века существовали соглашения о неприкосновенности военных госпиталей. Впервые таковое было подписано в 1743 году Англией и Францией. Затем в ходе Семилетней войны стороны на условиях взаимности обязались не захватывать военных медиков друг друга и оказывать помощь неприятельским раненым.

Повелевавший умами Жан-Жак Руссо в 1762 году написал в книге «Об общественном договоре»: «Война - это не отношения между людьми, но между государствами, и люди становятся врагами случайно, не как человеческие существа и даже не как граждане, а как солдаты; не как жители своей страны, а как ее защитники... Если цель войны - уничтожение враждебного государства, то другая сторона имеет право истреблять его защитников, пока они держат в руках оружие, но как только они бросают его и сдаются – они перестают быть врагами или инструментом в руках врагов и вновь становятся просто людьми, чьи жизни не позволено никому отнимать».

К этой мысли Руссо прислушались не только привычные для него короли: в 1793 году Англия и уже республиканская Франция заключили «франкфуртский картель» о неприкосновенности военных госпиталей. Правда, с началом наполеоновских войн картели подписывались все реже, но писанное право заменилось неписанным: раненые и больные, а также медицинский персонал, оставшиеся на территории врага, не считались пленными. (В 1805 году Кутузов после Аустерлица оставил французам русских и австрийских раненых с врачами).

Известный на всю тогдашнюю Европу доктор Ларрей задавал тон, оперируя после боя и своих, и чужих. В кампанию 1807 года он лечил попавшего в плен прусского офицера Франца Бернхарда Иоахима Блюхера. Сделанное им добро вернулось ему в самый нужный момент: в 1815 году при Ватерлоо пруссаки, наплевав на статус врача, взяли Ларрея в плен и собирались его расстрелять. Согласно легенде, спас его то ли кто-то из прусских офицеров, который когда-то в Берлине слушал лекции доктора, то ли сам фельдмаршал Блюхер, чьим сыном был спасенный в 1807 году Франц Бернхард Иоахим.

Впрочем, уже начиная с Пиренеев законы гуманизма не действовали. В октябре 1810 года Массена оставил в Коимбре три тысячи раненых под защитой всего лишь 80 солдат из морского батальона. Вечером 3 октября в Коимбру вошли португальские ополченцы. Раненые забаррикадировались в госпитале. Командир моряков собрал всех, кто мог держать оружие в руках, и до 6 октября держал оборону. Утром 6 октября командовавший ополченцами английский генерал Трент предложил французам сдаться, гарантируя жизнь. Была подписана письменная капитуляция, но она никого не спасла: сразу после разоружения ополченцы убили около тысячи французов, а остальные погибли по дороге в город Опорту.

В 1812 году как русские, так и французы, оставляя своих раненых на территории неприятеля, могли догадываться, что с ними будет. Пока была возможность, с ранеными старались обходиться хорошо: Ларрей после вступления французов в Москву лечил оказавшихся в Воспитательном доме русских вместе с французами. Однако большая часть русских раненых, оставленных при отступлении на улице кто в телегах, а кто прямо на обочине, была обречена умереть или от голода и ран, или от пожара.

Впрочем, до войны нужно было еще дойти. В воспоминаниях врача баварской кавалерии Генриха Росса о Русском походе показано, как превосходные войска постепенно обращаются в толпу полуинвалидов. Из-за отсутствия привычной пищи - хлеба, муки, молока, вина и водки; из-за постоянной жажды, в результате которой люди бросались на все, что могло дать им влагу (например, сосали лед из помещичьих погребов), у многих солдат начался понос, который Росс лечил настоями: чай из мяты и ромашки, а если их не было - то из мелиссы и бузины. Однако лучшим лекарством была легкая еда: «многим при подобных приступах оказывались очень полезными простые похлебки с мукой или размазня. (...) будь они у нас все время, многие из наших уцелели бы». Особо страдавшим Росс давал опий или гофманские капли (известное с 1660 года средство, состоящее на 90 процентов из спирта, а на остальную часть - из эфира, использовавшееся как легкое обезболивающее до 1820-х годов). «Пока все эти средства были налицо, люди шли довольно сносно», - пишет Росс. К счастью, к тому времени, когда у Росса кончился запас лекарственных трав, войска вступили в местность, богатую скотом, и «напиток из трав был заменен мясным бульоном».

В тылу армии ситуация была тяжелее: «понос захватил их настолько сильно, что нельзя было проводить ученья, больше того - едва возможно было отправлять обычную службу. Все дома были наполнены больными, многие умирали, а в самом лагере было заметно такое беспрерывное беганье из фронта, как будто всем полкам сразу дали слабительное», - такую картину записал Росс со слов полкового аудитора Крафта.

При этом, по наблюдениям Росса, русских понос не брал: «оставленные человеческие и животные отбросы за фронтом лагерного расположения русских указывали на совершенно удовлетворительное состояние здоровья», - записал он, уже после Инкова увидев брошенный русский лагерь.

Традиционно армию сопровождали вши. В 2001 году в Вильнюсе при строительстве была обнаружена братская могила солдат Великой Армии. Результаты проведенного в Марселе исследования останков были опубликованы в научной газете «Journal of Infections Diseases». В земле нашли вшей, три из пяти которых имели ДНК бартонеллы квинтана - возбудителя окопной лихорадки. Кроме того, ученые обнаружили возбудителя тифа. По заключению исследователей, теми или иными заболеваниями в Русском походе страдали 29 процентов солдат наполеоновской армии.

Неудивительно, что в отчете Дарю о работе администрации Великой Армии в 1806-1807 годах, приведенном в книге Олега Соколова «Армия Наполеона», раненых среди населения госпиталей меньшинство - четверть. Остальные - это горячечные, венерические и чесоточные.

Потери от болезней почти всегда в ту эпоху оказывались больше боевых. Была даже армия, погибшая почти полностью практически не успев повоевать: такая участь выпала армии Леклерка, высадившейся на острове Сан-Доминго (Гаити) для борьбы с восставшими рабами Туссен-Лувертюра. Основу этого отряда составили поляки, перешедшие на французскую службу по предложению Первого консула Бонапарта. На Гаити поляков начала косить желтая лихорадка, которую солдаты прозвали «тетка». Одни умирали мгновенно: так, подпоручик Бергонзони явился к командиру части, вытянул руки по швам и заявил: «Явился доложить, что умираю». Командир начал было успокаивать своего офицера, но тут Бергонзони упал замертво. Нередко офицеры умирали прямо посреди бала, который устраивала Полина Бонапарт, жена генерала Леклерка. «Мертвеца зарывали прямо за оградой дворца. Танцы при этом не прерывались. Прекрасным дамам и веселой толпе офицеров говорили, что такой-то вышел отдохнуть под сенью пальм и магнолий», - так описывал участь своих земляков Стефан Жеромский в романе «Пепел». Прекрасные дамы и веселые офицеры делали вид, что верили…

Другим приходилось страшно мучиться: на первый день – озноб, слабость, ломота в суставах. На второй: лицо отекало и желтело. На третий изо рта, носа, ушей, а иногда прямо через кожу начинала идти кровь. Потом была кровавая рвота, гангрена рук и ног и, наконец, смерть, которую больной к тому времени уже сам вымаливал у Господа.

Болезни любви были тогда серьезной проблемой. Их тогда знали две - гонорея и сифилис. Армию сопровождали проститутки, да к тому же в захваченных с боем городах солдаты брали женщин силой - это был один из обычаев войны. Еще в середине XVI века эпидемия сифилиса вынудила людей задуматься о средствах защиты: итальянский врач Габриэль Фаллопий (кстати, это именно в его честь маточные трубы называются фаллопиевыми) изобрел прототип презерватива - чехол из льняной ткани, который он замачивал в специальном химическом растворе и затем высушивал. Фаллопий в своей книге «О французской болезни» писал о том, что проверил свое устройство на 1100 людях, и, пишет, никто не заболел. По всему выходит, что болен был сам Фаллопий, умерший в 39 лет. Французы деликатно называли изобретение Фаллопия «un petit linge» («маленький кусочек ткани» - прямо как маленькое черное платье Шанель), и под этим названием упоминали в романах и пьесах.

Впрочем, кроме льна, презервативы делали и из кишок животных. В 1666 году Английский Комитет по Рождаемости впервые назвал этот предмет «кондон», что было уже близко к нынешнему названию «кондом».

Впрочем, из-за цены презервативы в начале XIX века были предметом некоторой роскоши - пользовались ими средний и высший классы, к каковым солдаты не относились. Неудивительно, что по отчету Дарю «венериков» в Первую Польскую кампанию в госпиталях было почти 16 процентов, а в Русском походе эти болезни будто бы свели в могилу около 15 тысяч французских солдат (по числу убитых - прямо Бородино какое-то).

Лечение любовных болезней в те времена отнимало порой не меньше сил, чем болезнь: тот же сифилис, например, лечили солями ртути, втираниями серой ртутной мази (хорошо всасываемой через кожу), арсенатом или йодидом калия и другими препаратами, способными вместе с болезнью убить и больного. Однако выбора не было - либо рисковать и лечиться, либо не иметь контактов с противоположным полом. Некоторые и правда предпочли последнее - например, Жан-Жак Руссо будто бы утешался мастурбацией.

Одним из знаменитых сифилитиков той эпохи был Стендаль: он заразился при первом же сексуальном опыте в 1800 году и с перерывами мучился всю жизнь. (Возможно, именно ослабление организма во время лечения сделало Стендаля таким впечатлительным - когда он попадал в красивые города, у него от этой красоты перехватывало дыхание, кружилась голова и даже начинались галлюцинации - в медицине это получило название «синдром Стендаля»).

Гонорея была известная еще с античных времен, и тогда же получила свое название, которое в переводе на русский означает «семяистечение». Симптом был известен, а вот причины болезни - нет (возбудителя гонореи – бактерию диплококк - только в 1879 году открыл известный немецкий дерматовенеролог Альберт Людвиг Нейссер). Пишут, что Наполеону было трудно мочиться, в 1815 году для него это превратилось в целый процесс. Между тем, один из признаков гонореи - задержка мочи из-за страха болей во время мочеиспускания.

Злопыхатели пишут, будто Наполеона не миновал и сифилис, указывая на чесотку, донимавшую его под Тулоном, как на один из признаков. Маршан приводит слова Наполеона, объяснявшего происхождение своей чесотки иначе: «Рядом со мной упал убитый артиллерист; я схватил его банник, чтобы стрельба из моего орудия не приостанавливалась, но заодно заразился от артиллериста чесоткой». (Это же объяснение дает в своих мемуарах Меневаль).

Другое указание на любовную болезнь есть у Андре Кастелло в биографии «Сын Наполеона»: ссылаясь на отчет прусского генерала Вальдбурга-Трушесса, сопровождавшего Наполеона на остров Эльба, Кастелло пишет, что император лечил себя от «любовной болезни» сам, прямо в карете, на глазах у вынужденных попутчиков. (Напомню, что тогдашние препараты надо было втирать в кожу). Врач императора пояснил Вальбург-Трушессу, что заразился Наполеон еще зимой 1813 года в Париже. Кастелло относится к этому воспоминанию пруссака интересно: будто бы сомневается, но тут же указывает, что наличие «любовной болезни» отлично объясняет, почему Наполеон в первые дни апреля 1814 года не призвал к себе в Фонтенбло Марию-Луизу с сыном – «любовная болезнь» означала измену, которую пылкая эрцгерцогиня безусловно ему никогда бы не простила».

Многие биографы полагают, что, соединившись с семьей, Наполеон имел неплохие шансы на сохранение французского престола за своей династией: при воцарении Наполеона Второго регентшей становилась Мария-Луиза, что должно было устраивать императора Франца, ее отца. Проект этот тем более вероятен, что император Александр Первый симпатий к Бурбонам не питал: он шел к Парижу через Аустерлиц, Тильзит, Бородино, Москву и Лейпциг, в то время, как они без особых хлопот и лишений просто ждали своего часа. Однако вместо того, чтобы призвать Марию-Луизу к себе, Наполеон постоянно оставлял решение за ней, зная при этом, «что его жена сделана из воска». В конце концов она покорилась силе обстоятельств: для Наполеона Первого это кончилось островом Святой Елены, для Марии-Луизы - герцогством Пармским, а для Наполеона Второго - титулом герцога Рейхштадского и смертью в 21 год.

Если Наполеон и правда был болен и из-за этого опасался встретиться с Марией-Луизой, то он в полном смысле слова проиграл империю, и не только ее.

Если предположить, что в роду Наполеонов отлично знали об этом, тогда легко объяснить энтузиазм, проявленный Наполеоном Третьим (сын Луи Бонапарта и Гортензии Богарнэ), увидевшим на Всемирной выставке 1855 года в Париже процесс вулканизации резины, и первым делом организовавшим производство дешевых презервативов. Но история опять посмеялась над Наполеонами: первая массовая пропаганда «резинок» началась в немецкой армии, которая в 1870 году разгромила французов под Седаном и взяла в плен Наполеона Третьего.

 Наполеону приписывают немало мифических болезней. Например, согласно одной из теорий, Наполеон болел эпилепсией. Эта версия появилась еще в 1838 году, а в конце XIX века ее развил итальянец Чезаре Ломброзо, создавший казавшееся многим солидным учение о том, что внешность человека позволяет определять как физические, так и психические его болезни (он же считал, что по лицу, глазам и форме черепа можно разглядеть преступника). Ломброзо считал Наполеона эпилептиком из-за малого роста, глубоких глазных впадин, коротких ног, сутуловатости и по разным другим, не менее убедительным причинам. В России эту версию поддерживал Григорий Сегалин, издававший с 1925 по 1930 год в Свердловске журнал «Клинический архив гениальности и одаренности». Версия об эпилепсии живет и сейчас, причем, в подтверждение приводятся обрывки разных воспоминаний, которые, однако, при тщательном рассмотрении, оказываются не о том.

Примеряют к Наполеону и более диковинные недуги. Так, пишут, будто у него было гиппофобия (боязнь лошадей) и лейкофобия (страх белого цвета).

Да, у Наполеона были проблемы с лошадьми - он был неуверенный ездок. «Император садился верхом на лошадь очень неизящно, - пишет Констан, - и я думаю, что он никогда бы не чувствовал себя на ней в полной безопасности, если бы в его распоряжение не доставляли только тех лошадей, которые были уже безупречно натренированы. (...) Их тренировали выдерживать, не шелохнувшись, самые различные мучения, удары хлыстом по голове и ушам, барабанный бой и стрельбу из пистолетов, размахивание флагами перед глазами; к их ногам бросали тяжелые предметы, иногда даже овцу или свинью».

При этом, в мемуарах есть множество упоминаний о том, как Наполеон ездил верхом - даже тогда, когда по генеральскому чину, а уж тем более, императорскому сану, вполне мог передвигаться в карете. И было это не только на поле боя, где коляска все же выглядела бы нелепо: Меневаль пишет, как в конце января 1802 года Наполеон, осматривая строительство канала на реке Урк, проехал верхом почти 90 километров. Кстати, он потратил на это пять часов, а значит, ехал примерно в двое быстрее, чем обычно ездили на лошадях. В общем, даже если он когда-то боялся лошадей, то, видимо, имея большую практику, притерпелся к ним как к неизбежному злу.

Боялся ли он белого цвета, установить вряд ли возможно (хотя при этом ему пришлось бы нелегко в парижских гостиных и во дворцах - ведь общепринятый цвет женских платьев был именно белый). Те, кому эта версия нравится, утверждают, что именно из лейкофобии Наполеон предпочитал лошадей какой угодно масти, кроме белой. Однако в Милан после победы при Лоди Бонапарт въезжал на белом коне по кличке Бижу. Правда, потом найти белую лошадь под Наполеоном и правда нелегко: при Аустерлице Наполеон был на Сириусе – серый в яблоках арабский скакун, при Эйлау - на сером в гречку (в крапину) Визире (он же был с императором на острове Святой Елены, а теперь чучелом стоит в Париже в Музее Великой Армии), на Эльбе - на вороном жеребце по имени Ваграм, которого звал еще «Мой кузен» (за это на него обижались его маршалы из числа героцогов и королей - к ним в письмах Наполеон также обращался «мой кузен»). При Ватерлоо под императором был светло-серый жеребец Маренго.

Однако Наполеон предпочитал лошадей не вороных или рыжих, а арабских - Маренго, Визирь, Ваграм, и еще десятки тех лошадей, которые готовились для императора под седло, были арабскими скакунами. Император выбирал не масть, а породу. Арабские скакуны были на тот момент лучшими лошадьми - жеребец Копенгаген, на котором с 1812 года ездил Артур Уэллсли (будущий герцог Веллингтон) тоже в ближайших предках имел арабов и был серой масти - одной из самых распространенных у этой породы лошадей.

Впрочем, версия о том, что император боялся белых лошадей, меркнет перед предположением о том, что Наполеон к концу жизни стал женщиной!

Американский врач-эндокринолог Роберт Гринблат доказывает, что Наполеон погиб от болезни Золлингера-Эллисона, которая вызывается гормональными нарушениями. Однако аргументация Гринблата не слишком убедительна: он пишет, например, что с 1810 года нет ни одного достоверного подтверждения того, что Наполеон имел сексуальные контакты. Между тем, уже больше ста лет известен тот факт, что Наполеон на Святой Елене соблазнил жену Монтолона Альбину и от этой связи была рождена девочка, названная с довольно прозрачной конспирацией Жозефиной. Ги Бретон, хотя и беллетризовавший историю, но всегда придерживавшийся фактов, писал в романе «Наполеон и Мария-Луиза»: «26 января 1818 года мадам де Монтолон произвела на свет девочку. Тотчас же все стали говорить, что у Орленка появилась сестра. По правде говоря, Альбина ничего не сделала, чтобы остановить пересуды. Напротив, когда ее посещали, чтобы полюбоваться очаровательной малюткой, она никогда не упускала случая с улыбкой произнести: «Она похожа на его величество, не так ли? Посмотрите, абсолютно его подбородок и его рука».

Стоит ли придумывать Наполеону экзотические заболевания? Не проще ли принять во внимание очевидные факты: с 1798 года и вплоть до отречения в марте 1814 года Наполеон беспощадно испытывал себя на прочность. Ни от кого из великих до него и после жизнь не требовала столько здоровья.

При этом, император был далек от того образа, который запечатлен на живописных полотнах. У него была несоразмерно большая голова. Дергалось правое плечо. Он вовсе не был здоровяком. Наоборот, по большому счету, Наполеон был насквозь больным человеком. Чесотка, полученная им еще под Тулоном, видимо, сопровождала Наполеона всю жизнь. По свидетельству Меневаля, именно она стала причиной «чрезвычайной худобы Наполеона и его плохого внешнего вида во время кампаний в Италии и Египте». Только в 1801 году Наполеон по настоянию своего друга Ланна обратился к доктору Корвизару. Тот хотя и был создателем первой во Франции (а может, и в Европе) кафедры внутренних болезней и основателем французской школы терапевтов, но лечил пациента явно наугад: заявив, что причина – «избыток телесной жидкости, которую необходим удалить из организма», ставил ему нарывные пластыри. Страдания от чесотки облегчились, исчез и донимавший Наполеона кашель, зато он начал набирать вес и уже к 1804 году, по словам Меневаля, стал «сравнительно тучным».

Однако до конца чесотку победить не удалось: Маршан описывает следы расчесов на ногах у Наполеона, называя их «полосатые шрамы». Относящаяся к ссылке на остров Эльба запись рассказывает о том, как Наполеон время от времени начинал «скрести ногтями эти шрамы, и его не смущало, если они начинали кровоточить: он считал, что это хорошо для здоровья как легкая форма кровопускания».

Возможно, из-за этого недолеченного дерматического заболевания у Наполеона была очень чувствительная кожа: Констан пишет, что новые шляпы приходилось не только подбивать мягкой подкладкой, но потом еще и разнашивать несколько дней. Шляпы разнашивал Констан, а другой слуга разнашивал для Наполеона туфли.

Что было причиной приступов зуда и чрезвычайной чувствительности кожи Наполеона, так и не выяснилось. Надо признать, что Наполеон не вылечил болезнь, а просто притерпелся к ней, так и не узнав толком, чем болен. Впрочем, для тогдашнего состояния медицины это вполне объяснимо.

Маршан указывает, например, что многие годы император сильно потел во сне, и причины этого выяснены не были. Между тем, обильная потливость – признак проблем с легкими, прежде всего неизвестного тогда туберкулеза. Интересно, что чрезмерная потливость исчезла только на Святой Елене. Это неудивительно: император резко сменил образ жизни - он больше не ночевал в палатке осенью и зимой, не ездил целыми днями на лошади под проливным дождем.

Он хорошо питался и жил по режиму. К тому же, Святая Елена это (при всей неприязни к ней императора) тропики: температура не опускается ниже плюс 19 градусов, но и не поднимается выше 30-ти, свежий морской воздух. Туберкулез - одна из немногих болезней, лекарством от которой может быть размеренная жизнь и хорошая еда.

К букету его болезней надо прибавить совсем не подобающие императору проблемы с мочеиспусканием. Сходить «по-маленькому» было для него огромной проблемой. Датский доктор Арне Соеренсен в своей книге «Почки Наполеона» утверждает, что «с юного возраста Наполеон страдал хроническим сужением мочеиспускательного канала, хроническими инфекциями, а его нездоровый мочевой пузырь, заболевание почек и обструктивная нефропатия привели к развитию смертельных осложнений». Под заболеванием почек Соеренсен имеет в виду, надо полагать, камни: в воспоминаниях Констана говорится, что в течение всей Бородинской битвы император «ощущал приступы, напоминавшие боли от прохождения камней в мочевом пузыре». Он же добавляет: «его часто донимало это заболевание».

Немудрено, что уже после Аустерлица он будто бы сказал: «Меня хватит еще на два-три года». Почти так и вышло. После сорока лет организм его начал сдавать в самые неподходящие моменты. Накануне Бородино он промок, простыл, и наутро после битвы потерял голос, так что вынужден был «писать малоразборчивыми каракулями на клочках бумаги разнообразные приказы». (На нескольких страницах «Войны и мира» Лев Толстой размышляет о том, насколько насморк помешал Наполеону выиграть битву. Интересно, что и при Ватерлоо у Наполеона был насморк: есть версия, что причиной его была не простуда, а аллергия на цветущие летом полынь и лебеду). В мемуарах Меневаля упоминается, как после битвы при Дрездене Наполеона, уже готового выступить для преследования деморализованных союзников, поразило «жестокое недомогание» с частыми приступами рвоты. Наполеона отвезли в Дрезден «в состоянии абсолютного духовного и физического истощения». Маршан пишет: «Во время пребывания на Эльбе император дважды страдал от приступов рвоты. Точно такой же приступ случился у него вскоре после нашего прибытия на остров Святой Елены». Маршан предполагал, что это могли быть «первые симптомы болезни, которая унесла его от нас».

Маршан намекает на общепринятую версию, согласно которой Наполеон умер от рака желудка. Во многих мемуарах говорится о предчувствии Наполеона, что его постигнет смерть его отца, умершего от рака. Однако проблемы с желудком сопровождали Наполеона всю жизнь и он создавал их себе сам. При внимательном чтении мемуаров замечаешь, что Наполеон в годы своей активной жизни старался не тратить время на еду. (Зная это, приглашенные на обед к императору дамы и господа на всякий случай предварительно обедали дома). В результате у него, видимо, был основательно испорчен желудок. «Привычка быстро есть иногда вызывала у его величества острые боли в желудке, которые почти всегда заканчивались приступом рвоты,» - пишет Констан о своем господине, который, похоже, глотал пищу не пережевывая, как чайка.

У Констана есть практически прямое указание на имевшиеся у Наполеона проблемы с желудком: «Его величество питал непреодолимое отвращение ко всем медицинским средствам; и когда он пользовался ими, что случалось очень редко, то это были куриный бульон, цикорий или винный камень». Винный камень применялся в те времена как слабительное, а цикорий - для улучшения пищеварения (и для улучшения обмена веществ, хотя вряд ли этот термин был тогда широко известен - польский химик, биолог, антрополог и врач Енджей Снядецкий ввел его в оборот в своей книге «Теория органических веществ», публикация которой началась в 1804 году). Бульон в этот список попал явно за легкость в усвоении и питательность.

Рак в книжках называют «проклятие рода Бонапарт», «общей болезнью Бонапартов». Однако, приглядевшись, можно понять, что не такая уж она и общая, и не такое уж и проклятие. У Карло и Летиции Бонапарт было восемь детей. Из сестер от рака умерли Полина (1825) и Каролина (1839). А вот третья из сестер, Элиза, умерла (1820), заразившись гнилостной лихорадкой на раскопках, которые были одним из ее «хобби».

Из братьев же рак взял только Наполеона. Остальные братья Бонапарт прожили по тем временам (да и по нынешним) долго и умерли от разных причин. У Жозефа в 1840 году был удар (инсульт), после чего он стал немощным стариком и умер в 1844 году в 78 лет. К инвалидной коляске был прикован в последние годы жизни и Луи, умерший в 1846 году во Флоренции в возрасте 68 лет. Люсьен Бонапарт умер в 1840 году 65-летним, а Жером Бонапарт - в 1860 году в очень почтенные для того времени 76 года. Трое из восьми - можно ли считать при таких результатах рак проклятием рода и общей болезнью клана?

Ученые считают, что заболеваемость раком желудка напрямую зависит от характера и режима питания. Что характер, что режим питания императора оставляли желать лучшего: во дворце он глотал куски, не пережевывая, а в походах нередко и глотать-то было почти нечего.

Однако эта болезнь в своей последней стадии имеет очень простое внешнее проявление: человек в последние недели не может есть, желудок не принимает пищу. Человек страшно худеет, становясь совершенно неузнаваемым внешне. По имеющимся посмертным маскам Наполеона трудно сказать, что он изможден. С этой точки зрения отчет английских врачей о вскрытии тела Наполеона 6 мая 1821 года выглядит удивительно: в нем есть взаимоисключающее «при беглом взгляде на вскрытое тело оно выглядит очень ожиревшим» и «почти вся внутренняя поверхность желудка поражена очагами злокачественного заболевания или доброкачественными опухолями, перераставшими в раковое заболевание». Врачи также обнаружили у него в желудке язву, размеры которой позволяли вставить в нее мизинец, «вполне позволявшая вставить внутрь ее мизинец».

Фактически у императора уже не было желудка. По мемуарам Маршана видно, что с начала апреля император почти не ел. Все, что ему удавалось проглотить, тут же провоцировало приступ рвоты. Почему же он не исхудал, как это обычно бывает с его товарищами по несчастью?

Стен Форсхувуд и Бен Вейдер считают это одним из подтверждений своей версии о смерти Наполеона от отравления мышьяком. Версия эта известна довольно широко, поэтому расскажу кратко: исследовав на высокоточных приборах локоны волос Наполеона, Вейдер и Форсхувуд с удивлением увидели, что количество содержащегося в них мышьяка явно чрезмерно. Возникло предположение о том, что кто-то долгое время давал императору яд в малых дозах. Однако англичане к Наполеону доступа не имели, а все его окружение заведомо считалось людьми беззаветно преданными. Но при ближайшем рассмотрении нашелся человек, которому в этом тесном кругу в общем-то нечего было делать - граф Шарль Монтолон, человек с небезупречной репутацией, изгонявшийся из армии за кражу и вдруг оказавшийся в окружении императора после разгрома при Ватерлоо. Именно он, полагают Вейдер и Форсхувуд, имел от англичан задание медленно травить своего господина этим ядом. (После того, как Альбина де Монтолон стала любовницей императора, у графа появились к нему и личные счеты). Задача была тем легче для исполнения, что Наполеон пил всегда одно и то же вино, специально для него привозившееся. Когда он угощал им кого-то, это сразу сказывалось на самочувствии человека.

Одна из особенностей мышьяка состоит в том, что отравляемый им человек набирает вес. Другая - мышьяк «консервирует» тело - а Наполеон, когда его гроб привезли в Париж для перезахоронения и открыли, лежал не тронутый тленом. И это - в 1840 году, через 19 лет после смерти.

Недавно версию это подтвердил потомок графа Франсуа де Канде-Монтолон, предоставивший в доказательство 273 различных документа (письма и дневники), найденных им на чердаке дома Монтолонов. Примечательно, что настольной книгой графа была «История маркизы Бренвилье» - об известной отравительнице XVIII века, также использовавшей мышьяк. А в дневнике графа есть запись от 5 декабря 1820 года: «Ему осталось жить не более полугода». Ровно через шесть месяцев Наполеон и умер.

Однако, если одна болезнь убила Наполеона, то другая привела его к славе и отдала ему в руки всю Европу. Известно, что Наполеон никогда не чувствовал биения своего сердца. Маршан пишет: «Мы никогда не могли ощутить даже еле заметную пульсацию сердца в груди императора. Другая странность организма Наполеона заключалась в том, что его пульс равнялся всего лишь сорока ударам в минуту». Видимо, из-за медленного тока крови в венах Наполеон мерз быстрее других. «Почти круглый год в его апартаментах обязательно топился камин, так как он был очень чувствителен к холоду», - пишет Констан. (Из-за жары в спальне Наполеона Мария-Луиза предпочитала спать отдельно).

Наполеон «подогревал» себя, принимая ванны. Процедура была такова: после того, как Наполеона забирался в наполненную ванну, слуги начинали подливать все более горячую воду, доводя температуру до нестерпимой обычному человеку. Наполеон подолгу нежился в такой воде. На Святой Елене губернатор острова Гудсон Лоу сказал по поводу этой привычки своего пленника: «Я и представить себе не мог, что ему вздумается кипятить себя часами».

Интересно, однако, что мерз Наполеон только в мирной части своей жизни. В военных же походах он словно не замечал ни дождя, ни снега, ни мороза, ни жары. Египетский поход, в котором люди сходили с ума от жары, зимний переход через перевал Сьюдад-Родриго в Испании, морозное отступление из России в возке, в который через щели залетал снег - все это только взбадривало его.

Низкий сердечный ритм - это брадикардия, вызванная невыявляемым и неизлечимым по тем временам дефектом сердечной мышцы. Указанный Маршаном пульс в 40 ударов в минуту показывает, что у Наполеона скорее всего были нарушения проводимости между предсердием и желудочками, которые в этом случае сокращаются в разном ритме. Один из симптомов брадикардии – чувство тревоги и желание принять незамедлительные меры для устранения этих явлений. Если бы Наполеон был бухгалтером, то его страхи и их последствия вряд ли представляли бы опасность для окружающих. Но в том-то и проблема, что у Наполеона были сотни тысяч человек под ружьем в разных концах Европы. Наполеону снова и снова разжигал костер европейской войны просто чтобы «погреться». В стрессовой ситуации давление у него повышалось: то, что для всех было стрессом, для Наполеона было состоянием комфорта. Поэтому он боялся сквозняков во дворцах, но в походе невозмутимо спал практически на голой земле.

После Тильзита первым, а может и единственным, врагом Наполеона был он сам, а вернее - его болезнь. Брадикардия, как конвейер, поставляла ему страхи. Он видел заговоры там, где их уже не могло быть. Питт умер в 1805 году, Георг Третий время от времени сходил с ума, а принц-регент тратил на наряды больше, чем на армию. Англия радовалась миру не меньше Франции, так как в 1810 уже никто не хотел воевать: Пруссия и Австрия были раздавлены и унижены, Россия прикормлена Финляндией и после Тильзита находилась с Англией в состоянии войны. Только поиск новых проблем, желание новой опасности бросили Наполеона в Испанию. Но даже после этого система находилась в шатком равновесии, которое Наполеон сам и нарушил в 1812 году.

Брадикардия заставляла его видеть проблемы там, где их уже в общем-то никто не видел, опасаться давно смирившихся с ним противников, она гнала его в бой. Парадоксально, но именно брадикардия, другим симптомом которой является быстрая утомляемость, могла быть источником энергии Наполеона. Она была запалом, взрывавшим его энергетический заряд. Война была его лекарством, потребность в котором лишала его разума и не дала заключить мир с союзниками в 1813 году, когда они его еще довольно сильно боялись.

Странная и смешная борьба с Гудсоном Лоу на Святой Елене, которой Наполеон закончил свою удивительную жизнь, была всего лишь попыткой еще раз получить это лекарство, пусть и в совершенно крошечных дозах...

**Организация помощи раненым и пострадавшим**

• Военно-полевая хирургия. Название предмету дал великий русский хирург Н.И. Пирогов. После того как он закончил свою практическую деятельность он написал труд “Начало военно-полевой хирургии” в 2-х томах, где изложил все свои мысли, идеи и практику.   
• Оппель предложил назвать предмет военная хирургия.   
• Английский автор Труета написал после окончания 1-й мировой войны труд “Опыт первой мировой войны”, после чего стали всегда писать опыты войны. В СССР по указанию Сталина был написан “Опыт советской медицины во время Великой отечественной войны” в 35 томах.   
• Леонардов - известный деятель советской медицины называл военно-полевую хирургию как травматология на театре боевых действий.   
Военно-полевая хирургия - раздел хирургии, включающий организацию хирургической помощи и организацию лечения раненых и пораженных на войне. Словом полевой подчеркивается организационная сторона дела. Военно-полевая хирургия отличается от хирургии мирного времени:   
• массовостью хирургической работы. Может никого не быть, а потом может быть поступление большого количества раненых. Недаром Пирогов называл войну травматической эпидемией.

• В условиях массовости работы главное место принадлежит организации   
• врачи работающие в условиях действующей армии должны быть здоровыми, молодыми, храбрыми, находчивыми и сообразительными.   
• Все оборудование должно быть возимым, поэтому все оборудование стандартизировано и описано. Оно заключено в санитарные сумки и сумки фельдшера, ящики и укладки, в большие сундуки. Основные комплекты это: сумка санинструктора, ящик полевой фельдшерский, ВП1 и ВП2 - малая и большая перевязочная, Г8 - большая операционная - используется на этапах квалифицированной и специализированной помощи, в состав входят инструменты для всех операций; комплект Б1 - мешок, в котором имеется стерильный перевязочный материал в виде индивидуальных перевязочных пакетов, Б2 - мешок с транспортными шинами для иммобилизации 25 раненых (в мешок входят шина Крамера, шина Дитерихса, шина праща Энтина).

• В проведении массовой хирургической работы на войне используется определенный объем помощи. В военно-полевой хирургии все регламентировано. Объем помощи зависит от 2-х факторов:

1. боевой обстановки (наступление, отступление, позиционная война) и от применяемого оружия.  
2. От медико-тактической обстановки: имеется ввиду число поступающих раненых и состояние самого медицинского пункта (обеспеченность кадрами и готовность к работе).   
Чтобы обеспечить полный и необходимый объем помощи необходимо использовать медицинскую сортировку раненых.   
Несколько слов об истории развития военно-полевой хирургии.   
Известный московский профессор Юдин говорил что хирургия родилась и постепенно обособилась от хирургии военной, а не наоборот. Войны всегда были движущей силой прогресса в смысле развития средств ведения войны и в смысле развития хирургии: каждая война давала толчок хирургии.

**Этапы развития военно-полевой хирургии**

• Древний этап. Военно-полевая хирургия существовала в древнем Египте, что отражено на фресках. Занимались ею главным образом жрицы. В древней Индии существовала и существует книга “Аюрт веда”. Гиппократ (460-370 гг. д. н. э.) был современником великих Греко-персидских войн, занимался лечением раненых. Результатом явился труд “Трактат о ранах”. Лечил вывихи и предложил оригинальный метод вправления вывиха плеча. Лечил горбатых путем сбрасывания их с высоты на горб, при этом позвоночник ломался, а горб исправлялся.   
• Средневековье. Вмешательства на человеке были запрещены религией, хотя ранений было предостаточно, что описано в древне французском эпосе “Песнь о Роланде” о том, как войска Карла Великого попавшие в горы Испании подверглись нападению басков. В раннем средневековье лечением хирургических больных занимались цирюльники и самое модное средство было кровопускание.   
• В эпоху возрождения появилось огнестрельное оружие и соответственно огнестрельные раны. Эти ранения отличались особой тяжестью, они нагнаивались. Считалось что все раны отравлены, поэтому их заливали кипящим маслом, прижигали раскаленным железом. Появились раневые врачи, которые занимались исключительно лечением огнестрельных ран: Парацельс (1493-1541), Абруаз Паре (1517-1580) - французский хирург, был личным врачом Карла IX. Амбруаз Паре предложил применять жгут при кровотечении из конечности, делать рассечение огнестрельной раны для улучшения оттока, рекомендовал выполнять редкие перевязки т.к. лишние перевязки травмируют рану, предложил впервые в мире перевязку крупных сосудов. Тогда же появились госпитали, хотя они были и при Юлии Цезаре в древности (назывались валитудинариями, и были немногочисленны).   
• Во Франции появились передвижные и стационарные госпитали. Личный хирург Людовика 15-го во Франции в 1737 году опубликовал “Трактат о ранах”, где появилось понятие о первично хирургической обработке раны. Доминико Ларрей (личный хирург Наполеона Бонапарта) с его именем связано зарождение военно-полевой хирургии как определенной системы. Он ввел в практику носилки, санитарный транспорт, выделил в армии команды для выноса раненых. Но его тактика была - тактикой работы в одной точке, потому что войска двигались по территории, поэтому помощь оказывалась внутри армии. За одно Бородинское сражение Ларрей лично ампутировал более 200 конечностей, так как во время единственным лечением огнестрельных переломом была ампутация, поскольку почти всегда рана нагнаивалась. В русской армии была другая тактика: раненых транспортировали в города, были созданы определенные этапы оказания помощи: на передовых линиях были перевязочные пункты, были небольшие отряды военной помощи, лазареты, фуры, подвижные госпитали (в 10-15 верстах от линии фронта), главные госпитали находились в городах вокруг Москвы. Существовала система развоза раненых.   
• В условиях возрастания санитарных потерь в русско-турецкой войне развернул свою деятельность Н. И. Пирогов (1810-1881). С его именем связано развитие научной военно-полевой хирургии, он является основоположником, он установил законы военно-полевой хирургии, ввел медицинскую сортировку раненых (каждый должен получить помощь в зависимости от надобности и возможных осложнений), впервые применил обезболивание при операциях на ранах (эфир), ввел транспортную иммобилизацию, которая стала лечебной, стал широко применять гипсовую повязку (гипсовые повязки накладывали древние египтяне, Авиценна, Матиссан (франц.) предложил налипную алебастровую повязку: бинты накладывались по ноге, сверху покрывали жидким гипсом). Н. И. Пирогов стал применять женский труд.   
• В Германии был изобретен индивидуальный перевязочный пакет Эсмархом, кровоостанавливающий жгут с цепочкой. Все это способствовало лечению мелкокалиберных ранений. Эрик Бергман выдвинул неправильный тезис, что все огнестрельные раны стерильны. Это было опровергнуто во время первой мировой войны, когда появились тяжелые осколочные ранения. Петербургский профессор Н.И. Петров (позже основатель института онкологии) сделал доклад в Варшавском университете о том, что все раны являются микробно-загрязненными и являются потенциально опасными развитием инфекции.   
• Р. Р. Вреден (работа у нас в институте в 1931-1934 гг.) в 17 павильоне, заведовал отделением ортопедии и костного туберкулеза). Во время русско-японской войны предложил сортировочные марки (к раненому прицепляли талон, по которому он дальше следовал и получал соответствующий объем помощи);

• Н.А. Оппель (был в основном начальником кафедры военно-полевой хирургии в военно-медицинской академии) предложил этапное лечение, т.е. эвакуацию и одновременное лечение.   
  
Система организации хирургической помощи раненым во время Войны существующая в армии именуется этапным лечением с эвакуацией по назначению. Суть этапного лечения заключается в том, что раненым и пораженным прежде, чем они будут доставлены в учреждение, где получат полное лечение, проходят несколько медицинских учреждений или этапов эвакуации.   
Этап медицинской эвакуации - это силы и средства медицинской службы, расположенные на пути движения раненого с поля боя в тыл для оказания помощи. Для каждого этапа установлен определенный круг хирургических мероприятий, которые принято называть объемом помощи. Объем помощи - это сумма хирургических мероприятий к выполнению, которых предназначен и подготовлен данный этап. Объем помощи раз и навсегда полностью определить нельзя, он может меняться в сторону расширения и сужения, поэтому различаются три объема помощи:

1. Полный, когда делается все что положено   
2. Сокращенный, когда, например, поступает очень много раненых и приходится отказываться от некоторых манипуляций с тем чтобы обслужить всех   
3. Минимальный, такой объем, который приходится использовать, если использовано оружие массового поражения. В этих условиях оказывают помощь по жизненным показаниям.

**Виды помощи**

1. Первая медицинская помощь, оказывается на поле боя.   
2. Доврачебная медицинская помощь оказывается на медицинском пункте батальона (МПБ).  
3. Первая врачебная помощь оказывается на медицинском пункте полка (МПП).   
4. Квалифицированная помощь оказывается в отдельном медицинском батальоне и отдельном медицинском отряде.   
5. Специализированная помощь оказывается в зоне фронта - в передовой госпитальной базе фронта, и вне зоны фронта в тыловой госпитальной базе фронта.

На поле боя оказывают помощь санитар и санинструктор. У них на оснащении имеется сумка с индивидуальными перевязочными пакетами, стерильные повязки для живота, груди; ожоговые повязки (контурные), ампулы с антидотами, наркотиками, кровоостанавливающие жгуты. Транспортных шин нет. Это по существу на этап эвакуации, потому что это делается с ходу. Здесь используется само и взаимопомощь в большей мере (осуществляется только по указанию командира). Санинструктор организует гнездо раненых, оказывает помощь, из гнезд идет эвакуация на себя: полковой медицинский пункт высылает транспорт и перевозит раненых. Используется транспортер переднего края для эвакуации 2-х сидячих и 2-х лежачих раненых.

В МПБ работает фельдшер, он также оказывает помощь с ходу: накладывает транспортные шины или выполняет иммобилизацию с помощью подручных средств, аутоиммобилизацию (раненая рука после перевязки прибинтовывается к туловищу, нога фиксируется к другой ноге).   
Наложение жгута производиться не более чем на 3 часа, так как после этого срока могут развиться некрозы. Афганские моджахеды использовали оригинальный метод остановки кровотечения: брали иглу типа Дешана, прокалывали ткани под лонной костью, проводили трубку под сосуды и затягивали сосуды, кровоснабжение при этом шло через коллатерали.   
Из трех батальонов раненые эвакуируются в медицинские пункты полка: это утроение числа раненых называется потоком раненых. В МПП работает врач, который может выполнять хирургические манипуляции.   
На сортировочной площадке раненые распределяются на раненых имеющих травления отравляющими веществами и радиоактивными веществами, которые отправляются на площадку специальной обработки (ПСО), где проводится частичная специальная обработка.   
Тяжело раненые поступают в перевязочные, все остальные поступают в эвакуационную палату и отсюда далее.

В сортировочно-эвакуационном отделении выполняются:   
регистрация (заполнение карты первичной медицинской помощи: введение антибиотиков, сывороток, анатоксинов, антидотов, наркотиков. В зависимости от дополнительных повреждений оставляется цветная полоса на карте:

при облучении - голубая   
при стойком отравлении - желтая   
при бактериальном заражении - черная   
при кровотечении и жгуте - красная

Эта карта является паспортом раненого.

**МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМЫЕ ПРИ СОСТОЯНИЯХ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ:**

1. Временная остановка кровотечения и контроль за жгутами   
2. Транспортная ампутация   
3. Новокаиновые блокады поврежденной конечности, а также вагосимпатическая блокады на шее, паранефральная блокада что уменьшается явления шока.   
4. При шоке и большой кровопотере производится струйное переливание крови.   
5. При задержке мочи - катетеризация мочевого пузыря.   
6. При напряженном пневмотораксе и асфиксии необходимо проколоть межреберные пространства, откачать воздух и сделать клапанные дренаж.   
7. Частичная противохимическая обработка и введение антибиотиков, противостолбнячной сыворотки.   
При сокращенном типе помощи можно не делать блокады, вводить антибиотики вокруг раны, не менять повязки и иммобилизацию, и не заполнять документацию   
  
Этап квалифицированной медицинской помощи в ОмедБ и ОМО. Это госпиталь, со своими транспортными средствами. Здесь проводится:   
• сортировка: ходячие уходят, раненые в глаз относятся к тяжелым (т.к. бывает симпатическое поражение другого глаза, что может привести к слепоте).   
• выдаются талоны: Э1-Э2 - подлежать эвакуации сразу после перевязки. Это легкораненые, они отправляются в специализированные госпитали для легкораненых и таким образом поток сокращается на 20-25%. С талонами 1 и 2 красного цвета с тяжелыми ранениями груди и живота направляются в операционные. С талоном синего цвета 1 и 2 раненые направляются в перевязочные для тяжелораненых. Сюда направляются ранения конечностей которые нуждаются в ампутации или операции, комбинированные поражения со стойкими отравляющими веществами и радиоактивными веществами.   
Главное место - большая операционная, где оперируют ранения в грудь и живот. Если имеется тяжелый шок или пострадавший потяжелел его временно направляют в противошоковую палату: их две - одна для раненых, другая для обожженных с талоном Ш.   
Все кто прооперирован получают талон О.

**СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ В ГОСПИТАЛЯХ:**

• госпитали для легкораненых, здесь главным образом лечатся раненые в кисть, сроком не более 60 дней.   
• остальные госпитали формируются из военно-полевого хирургического госпиталя и отряда специализированной медицинской помощи (торакоабдоминальная, ожоговая, рентгеновские и др. группы)   
• специализированный хирургический полевой подвижной госпиталь - самый главный и большой, для раненых в голову, позвоночник, шею. Здесь раненые проходят санитарный пропускник и распределяются в хирургические отделения:   
1. нейрохирургическое отделение со спинальным, челюстно-лицевым отделениями.   
2. ЛОР-отделения   
3. глазное отделение   
• ортопедический госпиталь (с рентгеновским отделением и гипсовой группой)   
• торакоабдоминальный госпиталь   
  
  
**МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ.**

Медицина катастроф построена на принципах военно-полевой хирургии. Медицина катастроф - это раздел медицины предусматривающий разработку стратегии и тактики оказание экстренной помощи большому количеству пострадавших в экстремальных условиях при острой нехватке сил и средств медицинской службы. Это бывает при землетрясениях, наводнениях, взрывах, крушениях транспорта.   
  
  
**ФАЗЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ:**  
1. фаза изоляции: само и взаимопомощь, вынос из опасной зоны.   
2. фаза спасения: проведение спасательных работ отрядами извне, медицинская сортировка. Проводятся неотложные мероприятия по жизненным показаниям и по 3-му объему помощи. Диагностика проводится только по клиническим признакам.   
3. фаза восстановления: поступление пострадавших на этапы квалифицированной и специализированной помощи.

**ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ**:  
1. первая медицинская помощь. Первичная врачебная помощь может оказываться с элементами квалифицированной помощи, если есть соответствующие врачи. Работа бригад в автономном режиме. Бригады оснащаются медицинским имуществом, транспортом, электростанциями, автоперевязочными, палатками и полевой кухней. В сортировке очень важно выделение легко пострадавших и требующих длительного квалифицированного и специализированного лечения.   
2. поступление в многопрофильные полевые хирургические госпитали. Здесь определяются очередность и срочность операций, реанимационные мероприятия, подготовка к операциям, лечение шока и борьба с кровопотерей.   
3. поступление в специализированные госпитали, которые разворачиваются на базе крупных больниц, или гарнизонного военного госпиталя, в котором создаются специализированные группы медицинского усиления со своим оснащением. Оказывается медицинская помощь в полном объеме. Наиболее тяжелые пострадавшие эвакуируются с помощью авиации в центральные лечебные учреждения страны.

**ЭВАКУАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ**

В Калуге происходила сортировка прибывающих раненых и больных по тяжести ранения и   заболевания и распределение их по госпиталям.  
Калужский госпиталь размещался в крупных общественных зданиях (дом присутственных мест, казармы, часть здания гимназии, городской общественный дом, бывший воспитательный дом), а в октябре месяце после Тарутинского и Малоярославского сражений было занято 605 частных домов в Калуге и много изб в ближайших селениях. Число больных и раненых в Калуге доходило до 11 000 человек, а в Козельске до 6 000 человек. Чтобы разместить, в частности, в Козельске такое большое число раненых, под госпитали были использованы полотнянопарусная фабрика, частные дома и избы соседних селений.

О характере движения раненых и больных можно судить по ведомости Козельского военно-временного госпиталя:

Ведомость о больных нижних воинских чинах Козельского военно-временного госпиталя с 5 по 24 октября 1812 г.Из этого документа видно, что на протяжении: 19 дней в госпиталь прибыло около 4500 раненых и больных, причем в день прибывало от 32 до 1361 человека.. Всего в эти дни. в Козельском госпитале находилось 7470 человек, из которых за указанный период выздоровело 2032 человека, умерло 593 (8%). Для обслуживания большого числа больных в эти дни было всего четыре лекаря, из них два уездных.

Лечебными учреждениями Калужской, Тульской и Орловской губерний ведал штаб-доктор Вицман. Он доносил, что в его госпиталях умирало 9,5% раненых. В Орловских госпиталях одно время отмечалась значительная смертность, и о неблагополучии в них было доложено царю. Из 3500 человек больных и раненых Орловского госпиталя умерло 598—17%. Из 17 508 больных и раненых группы госпиталей, подчиненной Вицману, умерло 2504—15,3%. Причиной повышенной смертности было признано плохое питание, скученное размещение, недостаток медикаментов и другие отрицательные стороны бытового обслуживания раненых и больных. Генерал-кригс-комиссар, ответственный за размещение и питание больных, за снабжение всем необходимым госпиталей, получил замечание, но других мер, которые могли бы оказать действенную помощь раненым и больным, правительство не приняло.

В середине октября 1812 г. была налажена работа главных военно-временных госпиталей и во многих других губернских и уездных городах. Из них возвращались в армию тысячи выздоровевших.

Перед самым переходом армии в контрнаступление Кутузов отдал распоряжение о немедленном направлении в свои полки всех раненых офицеров и нижних чинов по их выздоровлении в госпиталях.

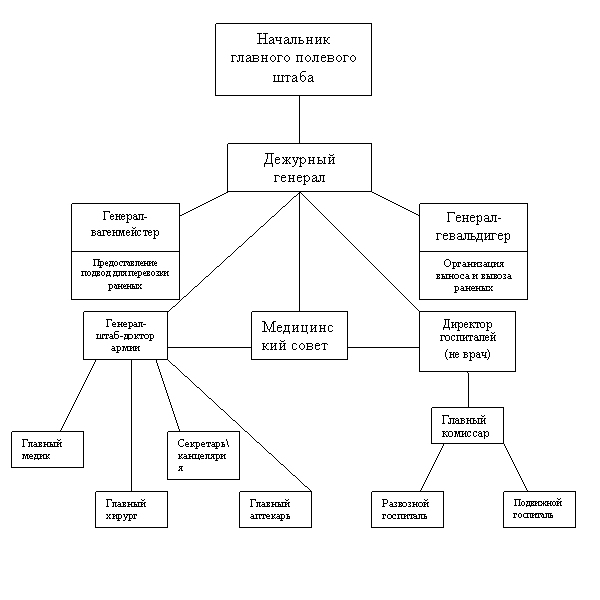
Во время контрнаступления русской армии положение раненых и больных солдат значительно улучшилось: отпала необходимость эвакуировать их на далекие расстояния, как было в период отступления. Госпитали организовывались по пути движения армии, и это намного облегчало транспортировку и лечение. Зато большие трудности стал переживать интендантский аппарат.

Почти через день надо было создавать новый госпиталь, чтобы принимать больных и раненых, а свободных людей для этой цели интендантская служба не имела. Генерал-интендант Канкрин писал:  
*«Когда начали преследовать неприятеля, часть госпитальная была самая печальная и вместе затруднительная. При жестоких морозах, сами едва живые, должны были почти через день учреждать госпитали в разоренных местах, будучи лишены всех способов»*.

Население оказывало весьма большую помощь медицинской службе. В местах организации госпиталей много сельских домов было представлено для размещения раненых и больных, за которыми самоотверженно ухаживало население. Следует отметить, что и по дальнейшему пути следования армии некоторые больные оставались на попечении местного населения, и здесь пострадавшие также получали медицинскую помощь, хотя врачей в сельских местностях не было.

Помощь раненым и больным оказывали священники, многие из которых, как говорилось ранее, были подготовлены в медицинском отношении благодаря прослушанному в семинарии курсу «первых начал врачебной науки».

Тяжелое положение с недостатком врачей было характерно не только для села, а и для всех тыловых городов и медицинских учреждений.

***Организация военно-медицинской службы перед войной 1812 года****:*

**Заключение**

В войну 1812 года положение медицинской службы  существенно изменилось по сравнению с предыдущими военными конфликтами. В связи с развитием военной техники резко возросли потери от ранений, увеличилось количество безвозвратных потерь. Уже в первом сражении под Витебском русская армия потеряла убитыми  1245 человек, 1184 пропавшими без вести, 2267 раненными. Бородинское сражение выбило из строя 42,5 тысячи человек. Французы оставили на поле боя 58 000 убитых и раненых или 43%. Таким образом, из различных источников можно сказать, что с 1812 по 1815 гг. русская армия потеряла 210.000-215.000 человек. Смертность среди раненых – 7-17%.

            Объективные показатели подтверждают мнение об вполне удовлетворительном медицинском обеспечении русской армии и о громадном превосходстве над медицинской службой французской армии. М. И. Кутузов дал благодарственный письменный отзыв о медицинской службе. Не последнюю роль в организации медицинской службы в предвоенный и военный период сыграл Я.В. Виллие. Шотландец по происхождению, он тридцать лет стоял во главе Медико-Хирургической академии. Длительное время пребывал на посту Главного по армии медицинского инспектора, участвовал как хирург и организатор во всех войнах, которые пришлось вести России в первой половине 19 столетия. Являлся лейб-медиком нескольких русских царей. Признанием заслуг Я.В. Виллие перед Россией, которую он считал своей второй родиной, явилось награждение его многими правительственными наградами, присвоение высшего для медиков звании действительного тайного советника и сооружение ему памятника перед главным фасадом Медико-Хирургической академии (ныне Военно-Медицинская академия) в Санкт-Петербурге.

            Врачей в русской армии, конечно, не хватало для своевременного и высоко качественного лечения раненных и больных. Особенно, недоставало их на ряде важных участков. Но, во-первых, достаточного количества врачей не было ни в одной войне. Во-вторых, большую помощь врачам оказывали школьные фельдшера, отряд которых составлял не менее 4000 человек. А по своей подготовке русские школьные фельдшера превосходили многих французских хирургов.

            Наконец, и это самое главное, решающую роль играло не столько количество, сколько качество! Знание и опыт русских врачей и всего медицинского персонала, их самоотверженность и высокий патриотизм помогали им творить настоящие чудеса и преодолевать любые трудности.

**Список литературы:**

1.      В.М. Корнеев Л.В. Михайлова Медицинская служба в отечественную войну 1812 года. Ленинград 1962

2.      А.В. Шабунин Яков Васильевич Виллие. С-Пб 1998 г.

3. Ассонов В.И. В тылу армии. Калужская губерния в 1812 г. Калуга, 1912

4. Щукин П. И. Бумаги, относящиеся до Отечественной войны 1812 г. М., 1897,. стр. 239, 244.

5. «Отчет за войну 1812—1815 гг.» Варшава, 1815.

6. В.М. Корнеев Л.В. Михайлова Медицинская служба в отечественную войну

1812 года. Ленинград 1962

7. А.В. Шабунин Яков Васильевич Виллие. С-Пб 1998

8. «Хрестоматия по русской военной истории». М., 1947, стр. 278.  
9 ЦГВИА, ф. ВУА, д. 3525, л. 47.  
10. Я. Говоров. Опыт краткого врачебного обозрения кампаний 1812—1815 гг. СПб., 1818, стр. X.  
11. Прингль. Наставление, руководствующее к предупреждению армейских болезней и сохранению здравия военнослужащих, находящихся в лагерях и гарнизонах. (Перевод и предисловие И. Андреевского). М., 1807.  
12. С. Ф. Гаевский. Медико-топографические сведения о Санкт-Петербурге. СПб., .1834.