

Положеніе душевно-больныхъ въ Степномъ генераль-губернаторствѣ

(области Акмолинская, Семипалатинская и Семирѣченская) за періодъ времени отъ 1893 по 1897 годъ включительно.

М. Шайкевича.

Введение.

Степное генераль-губернаторство большею своею частью, именно областями Акмолинскою и Семипалатинскою, раньше административно входило въ составъ Западной Сибири, а Семирѣченская область принадлежала Туркестану. Западную же Сибирь составляли губерніи Тобольская и Томская. Первоначально цѣлью моею было разслѣдовать области прежней Западной Сибири, но впоследствии пришлось отказаться отъ намѣченной задачи и ограничиться областями Степного генераль-губернаторства. Сдѣлать мнѣ это пришлось, потому что не смотря на письма, посланныя мною гг. врачевнымъ инспекторамъ Тобольской и Томской губерній съ приложеніемъ программныхъ вопросовъ¹⁾, не смотря на обращеніе со стороны лица, по своему общественному положенію крайне заинтересованнаго положеніемъ душевно-больныхъ, тѣмъ не менѣе я до сихъ поръ не удостоился даже отвѣта, хотя бы и отрица-

¹⁾ См. ниже.

тельного. Поэтому изслѣдованіе наше будетъ касаться только выше названныхъ трехъ областей. Но и здѣсь, какъ будетъ видно ниже, намъ придется представлять по преимуществу факты, дѣлая только самые необходимые и притомъ вполне относительные выводы. Изслѣдованіе степныхъ областей въ намѣченномъ отношеніи могло бы представить большой интересъ. Важно бы выдѣлить вліяніе мѣстности (степей), своеобразнаго климата, заболѣваемость въ инородческомъ населеніи, вліяніе осложняющихся экономическихъ отношеній съ проведеніемъ желѣзной дороги и развитіемъ переселенческаго движенія и т. д. Сильное распространеніе сифилиса, хотя бы въ одномъ Омскѣ, вслѣдствіе отсутствія маломальски рациональнаго надзора за проституціею (что можетъ подтвердить заболѣваемость сифилисомъ въ Омскомъ гарнизонѣ) и незначительная еще осложненность жизни съ небольшою сравнительно напряженностью борьбы за существованіе позволили бы получить кое-какія данныя относящіяся къ связи сифилиса съ прогрессивнымъ параличемъ помѣшанныхъ. Но какъ увидитъ читатель ниже, намѣченныя положенія большею частью останутся *ria desideria*, представивъ свое разрѣшеніе дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ. Я буду счастливъ, если мой несовершенный трудъ вызоветъ дальнѣйшую разработку поставленной задачи и тѣмъ улучшить положеніе несчастныхъ неудачниковъ жизни душевно-больныхъ, исправивъ нѣкоторые погрѣшности и упущенія въ дѣлѣ ихъ призрѣнія и леченія.

Матеріалы, положенные въ основу изслѣдованія.

„Въ фактахъ, даваемыхъ жизнью больницъ, пишетъ проф. Янсонъ ¹⁾, мы должны различать двѣ совершенно особыя группы: съ одной стороны больныхъ—ихъ распредѣленіе по вре-

¹⁾ Ю. Янсонъ. Аварія статистики Спб. 1891 г. стр. 412.

мени поступления, по болѣзнымъ, по возрасту, полу, времени проведенному въ больницѣ и пр.—Это социальныя вопросы, вопросы общественной гигиены; и съ другой стороны—лечение больныхъ—результаты наблюдений терапевтическаго характера. Первая группа фактовъ должна быть достояніемъ общей статистики, ибо она составляетъ одну изъ сторонъ социальной жизни; вторая имѣетъ специально медицинскій интересъ и т. д.“ Согласно изложенному взгляду, наше изслѣдованіе будетъ имѣть своимъ предметомъ статистическую и специально медицинскую сторону вопроса. Говоря объ изданіи статистическаго матеріала, проф. Янсонъ однимъ изъ условій со стороны его содержанія ставить наличность „предисловія, или введенія къ изданію, разъясняющаго весь процессъ наблюденія и сводки, въ результатъ которыхъ получились излагаемыя данныя и содержащее всѣ законы, распоряженія и инструкціи, на основаніи которыхъ производилось собраніе свѣдѣній. Это совершенно необходимо для правильнаго сужденія о достоинствахъ полученнаго матеріала: не зная, кто собиралъ данныя, какъ собирались они, какой былъ принятъ порядокъ регистраціи и повѣрки, наука лишена главныхъ основаній для опредѣленія сравнительной степени точности и достовѣрности тѣхъ фактовъ, съ которыми ей приходилось имѣть дѣло“¹⁾. Мнѣ кажется, все сказанное *mutatis mutandis* приложимо и къ нашей работѣ.

Въ виду этого я и перехожу къ изложенію матеріала, съ которымъ я имѣлъ дѣло и къ способамъ его обработки. Но прежде считаю своею нравственною обязанностью выразить мою искреннюю благодарность директору Медицинскаго Департамента Л. Ф. Рагозину за его обращеніе къ врачевнымъ инспекторамъ означенныхъ областей предоставить въ мое распоряженіе необходимыя данныя, а также Омскому окружному военно-медицинскому инспектору В. И. Лукомскому за полученіе свѣдѣній изъ военно-лѣчебныхъ заведеній Омскаго воен-

¹⁾ Янсонъ *ibidem* стр. 461.

наго округа. Безъ ихъ просвѣщенной помощи мнѣ врядь ли удалось бы получить даже и эти данныя.

Прежде всего какъ было уже сказано, я послалъ письма на имя врачебныхъ инспекторовъ указанныхъ областей съ просьбою, по возможности, дать свѣдѣнія, согласно прилагаемой программѣ. Вотъ она:

Краткая программа для собиранія свѣдѣній о положеніи душевно-больныхъ въ Западной Сибири за періодъ времени отъ 1893 года по 1897 включительно.

А. Спеціальныя лечебныя заведенія.

- 1) Скорбные листы (копіи)
- 2) планъ устройства заведеній, медицинскій персоналъ (вознагражденіе) и прислуга (вознагражденіе), способы содержанія и леченія больныхъ, употребляемые средства (изоляция, постельное содержаніе, физическій трудъ — полевая работа, ремесла), развлеченія и т. п.

Б. Общія лечебныя заведенія.

- 1) скорбные листы (копіи)
- 2) тоже см. спеціальныя заведенія.

В. Свѣдѣнія о свидѣтельствуемыхъ душевно-больныхъ въ областныхъ правленіяхъ.

Г. Свѣдѣнія о непризрѣваемыхъ въ лечебныхъ заведеніяхъ, находящихся въ частныхъ рукахъ:

- 1) въ христіанскомъ населеніи: ихъ число, полъ, возрастъ, способы содержаній и т. п.
- 2) подобныя же свѣдѣнія въ инородческомъ населеніи *).

*) Считаю не лишнимъ привести здѣсь копію съ моего письма, показывающаго, мнѣ кажется, не особенную обременительность моей просьбы.

Многоуважаемый товарищ! Желая составить работу на тему: «положеніе душевно-больныхъ въ Западной Сибири», я нуждаюсь въ свѣдѣніяхъ по этому предмету, а потому обращаюсь къ Вамъ, Многоуважаемый товарищ, съ просьбою не отказать мнѣ въ доставленіи всего, что изложено въ прилагаемой программѣ. Присланные скорбные листы будутъ возвращены въ цѣлости, за что могу поручиться. Всѣ издержки по пересылкѣ на мой счетъ. Уважающій Васъ М. Шайкевичъ.

Адресъ: Г. Омскъ. Млад. ординатору Омскаго воен. госпит. М. О. Шайкевичу.

Спустя нѣкоторое время я получилъ желаемое. Наибольшей полнотой отличаются данныя, доставленныя Семирѣченскимъ областнымъ врачебнымъ инспекторомъ д-ромъ Г. И. Соболевскимъ, которому тутъ же приношу мою искреннюю благодарность, а также свѣдѣнія изъ Семипалатинской психіатрической лечебницы. Наименьшее количество данныхъ и въ наиболѣе несовершенномъ видѣ я получилъ изъ Акмолинской области. Какъ увидитъ читатель ниже, наиболѣе цѣнныя данныя какъ въ статистическомъ, такъ и специально медицинскомъ отношеніи, могущія быть заимствованными по преимуществу изъ скорбныхъ листовъ, для Акмолинской областной лечебницы останутся только *ria desideria*. То же нужно сказать и про военныя лазареты. Сплошь и рядомъ изъ исторіи болѣзни ничего нельзя узнать или же описаніе картины болѣзни очень мало соотвѣтствуетъ выставленному діагнозу. Поэтому намъ пришлось принять группу „неизвѣстныхъ“, какъ по отношенію къ формѣ болѣзни, такъ и другимъ даннымъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ картина болѣзни, по нашему мнѣнію, болѣе соотвѣтствовала какой-либо опредѣленной формѣ, а не той, которая выставлена въ листѣ, мы останавливались на нашемъ предположеніи и такъ уже регистрировали. Что касается формы таблицъ и раздѣленія, полученнаго матеріала по группамъ мы пользовались работою д-ра Игнатъева¹⁾ и отчетами по отдѣленію душевно-больныхъ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеній д-ра Грейденберга²⁾.

Мнѣ кажется, всего сказаннаго достаточно для знанія въ общихъ чертахъ, съ какого рода матеріаломъ мы имѣли дѣло, при какихъ условіяхъ работали, какъ группировали собранныя свѣдѣнія и какъ къ нимъ относились и относимся. Дальнѣйшее изложеніе только уяснить въ подробности только что сказанное.

¹⁾ *Игнатъевъ*. Опытъ статистическаго изслѣдованія о душевно-больныхъ въ Россіи. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи 1895 г. Вып. 1 и 1896 г. Вып. II.

²⁾ *Грейденбергъ*. Ibidem.

Остановимся сначала на специальной медицинской стороне нашей задачи и рассмотрим, въ какомъ положеніи находится дѣло призрѣнія и леченія душевно-больныхъ по областямъ.

Призрѣніе, уходъ и леченіе душевно-больныхъ по областямъ.

Семирѣченская область.

За означенный періодъ времени съ 1893 года по 1897-ой включительно получены свѣдѣнія изъ Вѣрненской областной лечебницы для душевно-больныхъ, Вѣрненскаго, Джаркентскаго, Пржевальскаго и Нарынскаго мѣстныхъ лазаретовъ.

Спеціальная лечебница для душевно-больныхъ въ г. Вѣрномъ открыта 1 декабря 1896 года на 5 постоянныхъ и 5 запасныхъ кроватей на счетъ областныхъ денежныхъ земскихъ повинностей. По штату положено и состояло на лицо медицинскаго персонала: 1) одинъ врачъ съ содержаніемъ 1500 руб. въ годъ 2) смотритель-фельдшеръ съ содержаніемъ 500 руб. въ годъ. Прислуга—4 служителя и 2 сидѣлки съ содержаніемъ 100 руб. въ годъ каждому на всемъ собственномъ содержаніи и одна кухарка съ жалованіемъ 84 руб. въ годъ, тоже на собственномъ содержаніи. Вознагражденіе даже при Вѣрненской дешевизнѣ и, принимая въ расчетъ опасности, сопряженныя съ уходомъ за душевно-больными, можно сказать, недостаточное. Въ 1896 году ассигновано по смѣтѣ областныхъ денежныхъ земскихъ повинностей 5000 рублей, изъ которыхъ къ 97-му году за покрытіемъ всѣхъ расходовъ осталось 1343 р. 14 коп. Въ 97-мъ году ассигновано 3734 рубля, которые всѣ были и израсходованы. Въ числѣ расходовъ нужно отмѣтить въ 96-мъ году на медикаменты 81 р. 14 к., книги и научныя пособія 60 руб. и инструменты 70 руб. Въ 97-мъ году на журналы 32 р. 58 коп.

Не входя въ детальную оцѣнку устройства, мнѣ кажется, необходимо отмѣтить нѣкоторыя неудобства размѣщенія больныхъ и служительскаго персонала. Такъ на мужской и женскихъ половинахъ комната прислуги находится тутъ же между помѣщеніемъ больныхъ и залой. Общая мужская и комната фельдшера выходятъ въ одинъ корридоръ. Не знаю, насколько это рационально, но врядъ ли прислуга, вѣроятно еще неопытная и мало обученная будетъ постоянно закрывать свою комнату, въ которую можетъ зайти больной, схватить вилку или шило и нанести вредъ себѣ или другому. Если даже эти комнаты не служатъ постояннымъ помѣщеніемъ для прислуги, а являются только какъ бы дежурными комнатами, то и такая близость, мнѣ кажется, можетъ вести къ несчастнымъ случаямъ. То же можно сказать и про помѣщеніе фельдшера.

Воспользовавшись нечаянно незапертою дверью, больной можетъ войти и выпить то или другое сильно дѣйствующее лекарство. Другое большое неудобство, если эти комнаты предназначены для постоянного жительства прислуги и фельдшера—это несомнѣнное вліяніе на душевное спокойствіе самаго персонала со стороны больныхъ. Я видѣлъ Вѣрненскую лечебницу въ 96-мъ году, когда постройка ея уже была закончена, но сама больница еще не была открыта. Не знаю, измѣнилась ли она въ настоящее время, но тогда, насколько ея внѣшній видъ былъ пріятенъ и веселъ, настолько же внутри она казалась мрачной и непривѣтливой. Преобладающій цвѣтъ стѣнъ, дверей и оконъ темно-коричневый, у оконъ рѣшетки съ прутьями толщиною въ палецъ; въ изоляторахъ стѣны обиты клеенкой темно-коричневаго цвѣта съ мелкой подстилкой, но тутъ же вокругъ желѣзной печки желѣзная оправа съ толстыми торчащими винтами. Мнѣ кажется послѣднія приспособленія врядъ ли могутъ быть терпимы, да и рѣшетки безъ ущерба дѣлу могли бы быть замѣнены металлическою рамою съ вставленными стеклами.

Изъ отчета же мы узнаемъ, что лечение примѣнялось лекарственное, ванными и изоляціею въ отдѣльныхъ палатахъ

и изоляторахъ; въ послѣдніе больные помѣщались преимущественно вслѣдъ за поступленіемъ, т. к. доставлялись обыкновенно въ крайнемъ возбужденіи, благодаря связыванію, заковычанію и т. п. мѣрамъ; въ изоляторѣ выдерживались 2—3 часа, а затѣмъ переводились въ особую палату; постельное содержаніе за весь годъ примѣнялась только одинъ разъ. Физическій трудъ и развлечения не были организованы изъ за недавняго еще существованія больницы, новизны дѣла, а главное отсутствія достаточныхъ средствъ. По поводу сказаннаго возбуждаетъ нѣкоторое недоумѣніе, кѣмъ помѣщались въ изоляторы прибывавшіе больные. Такъ какъ въ больницѣ одинъ врачъ и одинъ фельдшеръ, которые, конечно, не могутъ постоянно находиться въ лечебницѣ, то неужели больные изолировались служителями? Конечно, затруднительные случаи могли быть, въ особенности при такой миниатюрной, можно сказать, постановкѣ дѣла, но во всякомъ случаѣ изолировать допустимо только врачу.

Что касается положенія душевно-больныхъ въ военныхъ лазаретахъ Семирѣченской области, то мы имѣемъ свѣдѣнія только относительно Вѣрненскаго. Въ бытность мою въ прикомандированіи къ Вѣрненскому мѣстному лазарету съ іюля 96-го года по январь 97-го въ лазаретѣ было 5 человѣкъ, которые помѣщались въ арестанскомъ отдѣленіи.

Арестанское отдѣленіе состояло изъ корридора и нѣсколькихъ отдѣльныхъ палатъ съ толстыми рѣшетками въ окнахъ. Тутъ же довольно большая комната, гдѣ помѣщается караулъ; около палатъ въ корридорѣ, какъ полагается, ходитъ постоянно часовой, отъ времени до времени заглядывающій въ „окошечко“. Какъ видитъ читатель обстановка мало подходящая.

Переходя къ самимъ больнымъ, узнаемъ, что въ Вѣрненской специальной лечебницѣ со дня открытія по 97-ой годъ влючительно показано 20 человѣкъ, но т. к. въ это число зачислено три повторныхъ поступленія, то всѣхъ больныхъ нужно считать 17 человѣкъ. Въ Джаркентскомъ мѣстномъ лазаретѣ за пятилѣтній періодъ времени было 10 человѣкъ,

Нарынскомъ—1 и Вѣрненскомъ показано 2. Послѣдняя цифра вызываетъ недоумѣніе. Въ тѣ полгода, когда я могъ лично наблюдать въ лазаретѣ перебывало 5 человѣкъ, изъ которыхъ 4 были переведены въ специальную лечебницу съ ея открытіемъ. Мнѣ думается, что въ такомъ большомъ лазаретѣ, какъ Вѣрненскій на 200 кроватей, при отсутствіи психіатрическаго отдѣленія во всемъ Омскомъ военномъ округѣ навѣрно въ лазаретѣ было больше, чѣмъ 2 человѣка. Кромѣ того въ населеніи душевно-больныхъ значителенъ: въ Пржевальскомъ уѣздѣ 27 человѣка, Вѣрненскомъ—13 и Ленсинскомъ 27. Всего 99 человѣкъ; изъ нихъ въ лечебныхъ заведеніяхъ 35 или 35,3%.

Просматривая скорбные листы Вѣрненской специальной лечебницы, нужно сказать, что велись они довольно удовлетворительно.

Необходимо отмѣтить кое-какія особенности въ лечебныхъ мѣропріятіяхъ, чисто мѣстнаго бытового характера. Такъ начинается исторія болѣзни одного меланхолика. „Заболѣлъ въ первыхъ числахъ іюня непонятной для себя тоской, которая не давала ему покоя ни днемъ, ни ночью; приступы этой тоски были настолько велики, что онъ, ища избавленія, бросался всѣхъ бить и разрушать, что попадалось подъ руку; такая склонность къ насилию вызывала примѣненіе связыванія, которое еще болѣе усиливало тоску и раздраженіе; такимъ путемъ больной дошелъ до настоящаго неистовства и былъ отправленъ въ Джаркентъ, гдѣ пробылъ 8 дней въ полиціи, а затѣмъ былъ переведенъ въ лазаретъ и пролежалъ тамъ 35 дней ¹⁾, но безъ особеннаго облегченія выписался и отецъ увезъ его въ Вѣрный. Въ Вѣрномъ ему не удалось поступить ни въ одно изъ лечебныхъ заведеній за недостаткомъ мѣстъ и онъ уѣхалъ въ Подгорный, гдѣ на цѣпи и связанный провелъ 15 дней; потомъ отецъ отдалъ его киргизу для леченія въ ауль; тамъ, какъ говоритъ Ф. надъ нимъ *шаманили*, т. е. ночью тушили въ юртѣ огонь и человѣкъ 10 джигитовъ кру-

¹⁾ Свѣдѣній о немъ изъ лазарета нѣтъ.

жили его до полнаго изнеможенія, таская въ концѣ концовъ на рукахъ; такая процедура продолжалась ежедневно часа по два; у киргизъ онъ прожилъ 35 дней, при чемъ кромѣ вечернихъ сеансовъ шаманства они давали ему черезъ два дня въ третій утромъ на тощакъ по порошокъ какого-то желтаго цвѣта. Ф. говоритъ, что порошки эти китайскіе, но названія ихъ не знаетъ; облегченіе они доставляли ему значительное, какую то легкость, какъ онъ выражается“. Другого больного инородца (Вали Исаковъ), страдавшаго *amentia Meynert'a*, отецъ посадилъ на цѣпь и на цѣпи же привезъ въ лечебницу.

Остановимся нѣсколько на военныхъ лазаретахъ:

Діагнозъ на скорбномъ листѣ изъ Нарынскаго мѣстнаго лазарета выставленъ—„Душевное разстройство“. Судя по неполному описанію, можно предположить *stupor* (Meinert). Изъ исторій болѣзни о 10 душевно-больныхъ, доставленныхъ Джаркентскимъ мѣстнымъ лазаретомъ 8 человекъ значатся съ діагнозомъ *hypocondria*, одинъ—*melancholia* и одинъ—*epilepsia-mania*. Относительно первыхъ нѣтъ никакого основанія у всѣхъ предположить ипохондію, т. е. въ скорбномъ листѣ нѣтъ и намѣка на означенное страданіе. Кромѣ того всѣ эти больные были казаки одного приблизительно призыва и почти одновременно поступившіе въ лазаретъ.

Всего вѣроятнѣе ихъ третировать за симулянтовъ, что отчасти подтверждается ихъ скорой выпиской изъ лазарета по собственному желанію. Подобные случаи не рѣдки въ военно-госпитальной практикѣ, особенно съ молодыми казаками. Одного больного, у котораго выставленъ діагнозъ *epilepsia-mania*, я впоследствии наблюдалъ въ Омскомъ военномъ госпиталѣ. У него была ясно выраженная *melancholia*, перешедшая въ *dementia secundaria*. Скорбные листы изъ Вѣрненскаго и Пржевальскаго лазаретовъ вызываютъ нѣкоторые вопросы, такъ напр., въ одномъ случаѣ поставленъ діагнозъ *dolor*. Вотъ и все, что можно было извлечь изъ имѣвшихся у меня свѣдѣній.

Какъ видно, положеніе и леченіе душевно-больныхъ въ

военныхъ лазаретахъ Семирѣченской области нельзя назвать удовлетворительнымъ, оправданіемъ чему можетъ служить то обстоятельство, что лазареты преслѣдуютъ совершенно иныя цѣли. Значительно лучше, по всей вѣроятности, живется больнымъ въ специальной лечебницѣ. Нѣкоторые недостатки, вѣроятно, имѣютъ чисто временный характеръ, вполне устранимы и объясняются, очевидно, новизною и молодостью самаго дѣла. Во всякомъ случаѣ полученныя свѣдѣнія изъ Вѣрненской специальной лечебницы заставляютъ видѣть аккуратное веденіе дѣла съ желаніемъ поставить его въ возможно правильныя условія.

Семипалатинская область.

По Семипалатинской области свѣдѣнія имѣются изъ Семипалатинской областной лечебницы для душевно-больныхъ, Семипалатинскаго и Павлодарскаго мѣстныхъ лазаретовъ.

Семипалатинская психіатрическая лечебница открыта 1 мая 1896 года на пять штатныхъ кроватей и пять запасныхъ, кромѣ того въ 97-мъ году добавлена одна временная кровать. Медицинскій персоналъ лечебницы состоялъ изъ одного врача, завѣдывающаго лечебницей съ содержаніемъ 1500 рублей въ годъ и медицинскаго фельдшера, онъ же и смотритель съ содержаніемъ 300 рублей. Прислуги было: четыре служителя, изъ которыхъ одинъ занималъ должность дворника, а на трехъ лежала обязанность ухода за больными мужчинами и три женщины, изъ нихъ одна кухарка и двѣ сидѣлки. Служителя получали по 180 рублей въ годъ, сидѣлки по 120 и кухарки 60 рублей. Всѣ пользовались пищею изъ общаго котла съ больными. На содержаніе лечебницы за исключеніемъ денежнаго довольствія служащихъ, отпускалось ежегодно по смѣтѣ 2410 рублей, въ томъ числѣ на продовольствіе одного фельдшера, 4 служителей, 2-хъ сидѣлокъ и кухарки 480 рублей, на медикаменты и припасы 150 руб. и на газеты и журналы 25 руб. Продовольствіе больныхъ составляла обыкновенная смѣ-

шанная пища, съ нѣкоторымъ разнообразіемъ въ составѣ приготовления блюдъ. Обыкновенно въ 8 часовъ утра чай съ бѣлымъ пшеничнымъ хлѣбомъ, приготовленнымъ тутъ же въ лечебницѣ, сахаромъ и молокомъ, въ 12 часовъ дня обѣдъ, въ составъ котораго входили два блюда: 1) обыкновенные русскіе щи или супъ, или лапша или же борщъ и 2) каша (сарачинская, пшеничная, гречневая и ячменная) съ масломъ или же картофель съ масломъ и яйцами; въ 4 часа вечера чай, какъ и утромъ и въ 8 часовъ вечера ужинъ изъ одного блюда за исключеніемъ второго. Первое блюдо готовилось всегда изъ мяса, но нѣкоторые больные по желанію получали рыбу. Смотря по физическому состоянію больного назначалось молоко, какъ добавочное къ обыкновенной порціи, а при отказѣ отъ пищи молоко вводилось черезъ зондъ въ смѣси съ сахаромъ и яйцами. Въ трехъ случаяхъ для леченія примѣнялся душъ, ванны же служатъ только для ежедневнаго купанія всѣхъ больныхъ, т. е. вслѣдствіе нѣкоторыхъ недостатковъ въ устройствѣ ея приходится, по возможности, ограничить частое ея примѣненіе. Изоляція примѣнялась во всѣхъ случаяхъ буйнаго помѣшательства, а вслѣдствіе характера постройки лечебницы почти во всѣхъ этихъ случаяхъ приходилось употреблять смирительную рубашку, которая служила въ нѣкоторыхъ случаяхъ способомъ для временнаго удержанія больного въ постели. Постоянное постельное содержаніе было примѣняемо въ одномъ случаѣ. Физическимъ трудомъ занимался одинъ мужчина (помогалъ служителямъ, при домашнихъ работахъ)—и пять женщинъ—женскія ручныя работы (шитье, вязаніе и т. п.) Для развлеченія употреблялось гуляніе во дворѣ, какъ зимой, такъ и лѣтомъ, чтеніе журналовъ и книгъ, карты, шашки, зимой катанка, въ Рождество ёлка и въ подходящихъ случаяхъ—отпускъ въ церковь, на островъ и къ родственникамъ.

Таковы свѣдѣнія, доставленныя администраціею лечебницы. При ихъ разсмотрѣніи невольно является желаніе сравнить ихъ съ данными Вѣрненской лечебницы. Почти одновре-

менное открытіе и нѣкоторое единообразіе во всемъ предпріятіи казалось бы должно было дать и болѣе или менѣе одинаковые результаты. Тѣмъ не менѣе при ближайшемъ разсмотрѣніи оказываются различія и довольно значительныхъ размѣровъ. Начнемъ съ самого зданія. Какъ видитъ читатель Семипалатинская лечебница вышла двухъ этажной. Въ первомъ находятся комнаты, предназначенныя для хозяйственныхъ цѣлей, помѣщенія смотрителя и надзирателей (вѣроятно, служителей?) и палаты для буйныхъ больныхъ. Второй занятъ только палатами и изъ передней входъ ведетъ въ пріемную и аптеку. Такое распредѣленіе несравненно удобнѣе Вѣрненскаго. Прежде всего, конечно, выгоднѣе имѣть два этажа. Далѣе больные не помѣщаются рядомъ съ служительскимъ персоналомъ, и тѣмъ слѣдовательно устраняются указанные неудобства Вѣрненской лечебницы. Удобнымъ является также отдаленность палатъ для буйныхъ (изоляция?).

Близость смотрительскаго и надзирательскаго помѣщенія къ буйнымъ больнымъ имѣетъ свою хорошую сторону въ смыслѣ лучшаго и болѣе постояннаго надзора, въ особенности, если въ лечебницѣ практикуется держать изоляторы открытыми даже совершенно со снятыми дверями, какъ это введено въ клиникѣ для душевно-больныхъ въ С. - Петербургѣ. Но такое положеніе дѣла при открытыхъ дверяхъ въ настоящемъ случаѣ имѣло бы свою и обратную сторону—близость кухни и смотрительскаго помѣщенія. При закрытыхъ же дверяхъ, какъ и при открытыхъ еще выступаетъ неблагоприятное вліяніе на служебный персоналъ постоянно живущій—вблизи больныхъ. Пространство, находящееся между палатами, какъ въ верхнемъ, такъ и въ нижнемъ этажахъ, очевидно нужно считать за корридоръ. Не знаю, какъ распредѣляются больные мужчины и женщины. Но мнѣ кажется такое близкое ихъ сосѣдство врядъ ли цѣлесообразно. По моему нѣкоторое преимущество въ послѣднемъ отношеніи на сторонѣ Вѣрненской лечебницы. Обращаетъ на себя вниманіе садъ и отдѣльные дворики для больныхъ. Послѣдніе, особенно, являются при-

годными и умѣстными при желаніи отдѣлить больных и вмѣстѣ съ тѣмъ доставить имъ возможность пользоваться свѣжимъ воздухомъ. Про мѣсто прогулокъ въ Вѣрненской лечебницѣ намъ, къ сожалѣнію, ничего не извѣстно. Въ общемъ за вычетомъ нѣкоторыхъ сравнительно небольшихъ неудобствъ Семипалатинская больница устроилась лучше и рациональнѣе. Сравнивая положеніе служебнаго персонала, мы видимъ тоже немаловажныя различія съ нѣкоторымъ опять преимуществомъ на сторонѣ Семипалатинской лечебницы. Такъ смотритель-фельдшеръ въ ней получаетъ 300 руб. въ годъ на больничномъ иждивеніи; на продовольствіе же его и всего остальнаго персонала выдается 480 руб. Если вычесть отсюда причитающееся на его долю, то все таки въ общемъ онъ не будетъ получать тѣхъ 500 руб., которые получаетъ смотритель въ Вѣрномъ; и во всякомъ случаѣ 200 руб. натурою нельзя сравнять съ таковыми въ деньгахъ. Поэтому ясно, что смотритель здѣсь вознаграждается хуже. Нѣкоторымъ неудобствомъ является, что одинъ изъ служителей, онъ же и дворникъ, по несравненно большому вознагражденію служителей смягчаетъ это обстоятельство и дѣлаетъ положеніе прислуги значительно лучшимъ. Недостаточно, мнѣ кажется, ассигнуется на журналы и при томъ еще неизвѣстно на медицинскіе только или же на эту сумму высылаютъ журналы и обще-литературнаго содержанія.

Что касается продовольствія больныхъ, то при доставкѣ доброкачественныхъ продуктовъ и хорошемъ приготовленіи большаго требовать невозможно.

Переходя къ уходу и леченію больныхъ остается пожалѣть о рѣдкомъ примѣненіи ваннъ. Всѣмъ извѣстно благотворительное ихъ вліяніе во многихъ случаяхъ душевныхъ заболѣваній особенно во время неистовства при маніи, состояніяхъ спутанности и др. а также на обмѣнъ веществъ у заболѣвшихъ. Наконецъ, употребленіе ваннъ болѣе популярно и менѣе сложно сравнительно съ душами, особенно при мало еще опытной прислугѣ; для больныхъ тоже онѣ должны казаться болѣе пріятными и менѣе страшными (у параноиковъ съ иде-

ями преслѣдованія). Вообще думается мнѣ „нѣкоторый недостатокъ въ ея устройствѣ“ слѣдуетъ устранить и пользоваться ваннами не только для купанія. Болѣе широкое пользованіе послѣдними вѣроятно сократило бы частоту примѣненія изоляціи и, особенно, смирительной рубашки. Непонятнымъ кажется, какое особенное устройство лечебницы вызываетъ частое ея примѣненіе. Въ психіатрическомъ отдѣленіи при Омскомъ военномъ госпиталѣ, не смотря не всѣ неблагоприятныя условія, какъ увидить ниже читатель, за послѣдніе 1½ года ни разу не примѣнялась смирительная рубашка, такъ что данный фактъ по нашему мнѣнію является и отрицательной стороной въ жизни Семипалатинской лечебницы, въ общемъ выше стоящей таковыхъ въ Вѣрномъ и Омскѣ. Относительно физическаго труда и развлеченій, конечно, кромѣ хорошаго ничего нельзя сказать. Можно бы исключить карты, какъ могущія вести къ аферекту, но за бѣдностью развлеченій вообще съ ними можно помириться.

Теперь перейдемъ къ чисто клинической сторонѣ вопроса, насколько это возможно сдѣлать на основаніи скорбныхъ листовъ. Какъ уже извѣстно, въ данный періодъ времени въ Семипалатинской областной лечебницѣ значилось 37 человекъ, Семипалатинскомъ и Павлодарскомъ мѣстныхъ лазаретахъ по одному, итого 39 человекъ. Просматривая скорбные листы, замѣчаемъ какъ бы два періода въ ихъ веденіи.

Второй, гдѣ листы непосредственно подписаны завѣдующимъ лечебницей, отличается полнотою изложенія, какъ анамнестическихъ данныхъ, такъ и объективнаго изслѣдованія. встрѣчающіеся протоколы вскрытія при вѣроятномъ отсутствіи необходимыхъ приспособленій для точнаго микроскопическаго изслѣдованія не оставляютъ желать бѣльшаго. Для образца приведу протоколъ въ одномъ случаѣ развитія *paralysis progressivae*:

1) *Haemorrhagia ventriculi hemisphaerae dextrae. Meningoencephalitis chronica; hyperaemia cerebri.*

2) *Plevritis adhaesiva totalis pulmonis dextri; circumscripta pulmonis sinistri.*

- 3) Arteriosclerosis atheromatosa, thrombus arcus aortae.
- 4) Pneumonia hypostatica pulmonis dextrae.
- 5) Perihepatitis fibrosa.
- 6) Infarctus albus chronicus lienis, tumor lienis.
- 7) Anaemia organorum.

Нѣкоторое сомнѣніе возбуждаетъ диагнозы *catatoniae* и *heberphreniae*, формъ, какъ извѣстно далеко не частыхъ; извѣстно также, что гебефренія и кататонія во многихъ классификаціяхъ вовсе не значатся напр. у Krafft-Ebing'a. Вотъ что по поводу кататоніи читаемъ у Эрлицкаго ¹⁾. „Изъ классификацій, появившихся послѣ напечатанія работы Kahlbaum'a, за исключеніемъ классификаціи Spitzka, гдѣ кататонія имѣетъ свое мѣсто рядомъ съ меланхоліею и описывается, какъ самостоятельная форма, во многихъ другихъ кататонія вовсе не значится, напр. у Kirchhoff'a, Krafft-Ebing'a, Regis; Ball'a, Worcester'a, Savage'a Saukey'a и у Schüle, а въ другихъ напр. у Clouston'a, Kraepelin'a, Zichen'a, Ковалевскаго, Бехтерева, Корсакова она фигурируетъ въ различныхъ группахъ, сообразно отдѣльнымъ характернымъ симптомамъ, а не всему своему циклу; наконецъ, въ последнее время Maitne прямо говоритъ, что кататонія (Kahlbaum'a) нѣтъ, такъ какъ то, что должно быть характерно для этой болѣзни, въ психическомъ отношеніи представляетъ картину оцѣпененія (*stupor*); специальное же, будто бы, для кататоніи физическое явленіе напряженія мышечнаго аппарата есть ничто иное, какъ каталептическое состояніе, которое по наблюденіямъ автора бываетъ во всѣхъ формахъ душевныхъ заболѣваній.

Несогласіе и прямо даже разногласіе между авторами на счетъ кататоніи можетъ быть объяснено тѣмъ, что дѣйствительно кататонія въ такомъ клиническомъ, законченномъ видѣ, какъ ее представляетъ вышеприведенное описаніе Kahlbaum'a, составляетъ среди клиническихъ наблюденій величайшую рѣд-

¹⁾ А. Эрлицкій. Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ. 96 г. стр. 210.

кость". Наконецъ и описанная картина болѣзни въ скорбныхъ листахъ мало соотвѣтствуетъ кататоніи и гебефрениі. Все сказанное, конечно, не должно уменьшать общее пріятное впечатлѣніе отъ веденія исторій болѣзни въ Семипалатинской лечебницѣ. Къ сожалѣнію нельзя того же сказать про упомянутый первый періодъ веденія скорбныхъ листовъ. Въ большинствѣ случаевъ картина болѣзни очень мало соотвѣтствуетъ выставленному діагнозу, анамнестическія данныя почти отсутствуютъ, изъ описанія психическаго состоянія или ничего нельзя узнать, или же его совершенно нѣтъ, встрѣчаются только указанія на отравленія желудочно-кишечнаго канала, а въ лучшемъ случаѣ узнаешь, какъ себя ведетъ больной спокойно или же буйно. Въ леченіи помимо упомянутаго уже частаго употребленія изоляціи и смирительной рубашки, которая не исчезаетъ и во второмъ періодѣ, а въ одномъ случаѣ было даже привязываніе къ кровати, здѣсь почти постоянно видишь многократное примѣненіе мушки на затылокъ.

Въ общемъ впечатлѣніе отъ постановки дѣла въ Семипалатинской психіатрической лечебницѣ получается утѣшительное. Къ сожалѣнію нельзя того же сказать про Акмолинскую, къ которой мы и перейдемъ.

Акмолинская область.

Свѣдѣнія по Акмолинской области мы имѣемъ изъ Акмолинской областной лечебницы и Омскаго военнаго госпиталя. Все ниже изложенное, какъ и въ предыдущемъ приводится исключительно на основаніи свѣдѣній, доставленныхъ администраціею заведеній, а также благодаря отчасти личнымъ наблюденіямъ. Акмолинская областная лечебница на 19 постоянныхъ кроватей основана въ 1892-мъ году и содержится на земскія средства. Медицинскій персоналъ составляютъ: врачъ-психіатръ, завѣдывающій больницей съ содержаніемъ 1500 рублей въ годъ, смотритель - фельдшеръ 480 руб. и фельдшеръ—200 руб. Остальные служащіе: сидѣлка старшая, она

же кастелянна получаетъ жалованія 144 руб. въ годъ, сидѣлка младшая 100 руб., кухарка 60, судомойка 60 руб.; палатныхъ служителей пять человекъ по 100 руб. и дворникъ—100 руб. При этомъ всѣ служащіе за исключеніемъ врача получаютъ казенное продовольствіе изъ общаго котла, т. е. ординарную порцію; насколько намъ извѣстно, они пользуются также помещеніемъ тутъ же при больницѣ.

Что касается пищи больныхъ, то согласно смѣтѣ (?) она раздѣляется на два вида: ординарную порцію и экстрапорцію:

1. Ординарная: Утромъ въ 7 часовъ чай, при чемъ каждому полагается на одинъ разъ: чаю $\frac{1}{2}$ золотн., сахару $1\frac{1}{2}$ з., пшеничной булки $\frac{1}{2}$ фун., молока по $\frac{1}{4}$ стакана; въ 12 часовъ завтракъ: крупы ячменной или гречневой $\frac{1}{2}$ фун., масла скоромнаго $1\frac{1}{2}$ золотн., хлѣба ржаного $\frac{1}{2}$ фун.; въ 3 часа дня обѣдъ: мяса 1-ый сортъ 1 фун., супъ или щи, борщъ 2 кружки, хлѣба ржаного $\frac{1}{2}$ фун. и въ 8 часовъ вечера чай, какъ и утромъ.

2. Экстрапорція: къ утреннему въ 7 часовъ чаю каждому полагается: чаю $\frac{1}{4}$ золотн., сахару $1\frac{1}{2}$ зол., крушчатой булки $\frac{1}{2}$ фун. и молока $\frac{1}{4}$ стакана. Въ 12 часовъ завтракъ: крупы манной или рисовой $\frac{1}{2}$ фун., скоромнаго масла $1\frac{1}{2}$ золотн., пшеничной булки $\frac{1}{3}$ фун. Въ 3 часа обѣдъ: супъ, щи или борщъ съ мясомъ 2 кружки, мяса $\frac{3}{4}$ фун., битки или котлеты или жаркое— $\frac{3}{4}$ фун. и пшеничная булка— $\frac{1}{2}$ фун. Въ 8 часовъ чай, какъ и утромъ. Ординарная порція дается больнымъ низшаго сословія, а тѣмъ, которые не привыкли къ простымъ блюдамъ—экстрапорція.

Кромѣ того по усмотрѣнію врача для возстановленія питанія и упадка силъ назначается усиленная діета, которая состоитъ изъ той или другой порціи, но сверхъ того еще даютъ молоко, яицы, вино и т. п. На зиму припасаютъ овощи, лѣтомъ пользуются зеленью.

Одежда. Бѣлье приготовляютъ изъ ревендука, блузы и панталоны изъ сѣрой шведской матеріи, платья у женщинъ изъ тика. Сверхъ того лѣтомъ выдаются (вѣроятно для

прогулокъ?) халаты изъ сѣраго сукна, фуражки и полушалки, зимою валенки-сапоги, шалки и шубы. По праздникамъ мужчины носятъ пары изъ коричневаго сукна, а женщины кофты изъ синяго сукна и юбки изъ тика. Что касается полотенець, а также ножей и вилокъ, то во избѣжаніе несчастныхъ случаевъ, особенно у меланхоликовъ, склонныхъ къ самоубійству, они на руки больнымъ не выдаются. Постельное содержаніе: въ отчетѣ перечисляется слѣдующее: набивные матрацы, байковыя одѣяла, простыни изъ ревендука, наволочки изъ бѣлаго холста и каждому по 2 подушки, одна набитая перьями, другая соломой. Привилегированнымъ выдаются мочальные матрацы. У нечистоплотныхъ подъ простыни подкладываются клеенки. Въ отдѣленіи для буйныхъ неподвижныя диваны, набитые мочалой и волосомъ, а кругомъ обитыя кожей. Насильное бѣлье мѣняется два раза въ недѣлю, а постельное разъ въ недѣлю, у нечистоплотныхъ по мѣрѣ надобности.

Переходя къ изложенію употреблявшихся способовъ леченія мы не будемъ дословно приводить, что имѣется въ „краткомъ отчетѣ“, а постараемся изложить все, измѣняя только фразировку.

И такъ, въ леченіи старались прежде всего удовлетворить причинному показанію. При неисполнимости послѣдняго прибѣгали къ средствамъ согласно *indicatio morbi*.

Всѣ средства распались на физическія и лекарственныя. Изъ физическихъ за неимѣніемъ мастерскихъ больные исполняли только болѣе или менѣе простую работу, какъ то носили дрова, воду, разбрасывали снѣгъ, а лѣтомъ работали въ саду. Абсолютный покой въ постели примѣнялся въ случаяхъ сильнаго возбужденія и истощенія. Изолировали буйныхъ, опасныхъ для окружающихъ, сильно нечистоплотныхъ и умирающихъ, при чемъ къ изоляціи прибѣгали по возможности рѣдко. Смирительной рубахой пользовались только въ случаяхъ покушенія на самоубійство или же порчи окружающихъ предметовъ, какъ то дивановъ, стѣнъ, оконныхъ рѣшетокъ.

Въ діететическомъ отношеніи при истощеніи усиленно кормили, а при упорномъ отказѣ отъ пищи, какъ *ultimum refugium* употреблялось насильственное кормленіе черезъ желудочный зондъ. Ваннами пользовались довольно широко, какъ для поддержанія чистоты, такъ и съ чисто лечебною цѣлью. Кромѣ того алкоголики получали холодныя ванны и души. Изъ лекарствъ употреблялись слѣдующія:

1) бромиды при эпилепсіи, неврастеніи и періодическихъ возбужденныхъ состояніяхъ,

2) опій и морфій при анемичныхъ состояніяхъ мозга, особенно при меланхоліи,

3) сульфональ употреблялся раньше, но вслѣдствіе его нежелательнаго побочнаго дѣйствія замѣненъ тріоналомъ.

4) Паральдегидъ и хлоралгидратъ при недѣйствительности первыхъ двухъ.

5) Гіосцинъ и скополаминъ подкожно, когда требовались быстрое успокоеніе и сонъ,

6) стрихнинъ въ нервѣдкихъ случаяхъ у алкоголиковъ.

Кромѣ выше названныхъ употреблялись и другія средства по мѣрѣ надобности. Изъ развлеченій упоминаются: игра въ шахматы, шашки, карты, чтеніе журналовъ, а также музыка умѣющихъ играть. Про психическое леченіе въ отчетѣ ничего не говорится.

Приведя все сказанное въ отчетѣ, считаемъ не лишнимъ остановиться на нѣкоторыхъ подробностяхъ и дополнить описанную картину на основаніи того, что намъ довелось лично видѣть. Прежде всего относительно самого помѣщенія. Распредѣленіе палатъ и больныхъ не встрѣчаетъ особенныхъ возраженій.

Небольшое указанное уже неудобство видимъ здѣсь, какъ и въ разсмотрѣнныхъ нами больницахъ—это квартира фельдшера и фельдшерицы¹⁾ (?) тутъ же въ одномъ корридорѣ съ палатами. Квартира смотрителя нѣсколько лучше обставлена, т. е. она достаточно изолирована отъ больныхъ. Прочитавъ сдѣланное нами изложеніе отчета, никакъ нельзя придти

¹⁾ Вѣроятно старшей сидѣлки, см. отчетъ.

къ заключенію о неудовлетворительномъ, какъ раньше было упомянуто, состояніи лечебницы. Больницу я посѣщалъ нѣсколько разъ въ декабрѣ 97-го года и одинъ разъ былъ въ 98-мъ году. Вотъ картина, которую я наблюдалъ въ прошломъ году.

Прежде всего поражаетъ какъ бы сжатость всего зданія и какой-то общій страшно тягостно дѣйствующій мракъ. Вообразите себѣ небольшія, узкія палаты съ непропорціонально устроеннымъ почернѣвшимъ деревяннымъ потолкомъ, грязныя выштукатуренныя стѣны, столь же грязныя почти черныя двери, довольно высокое окно, съ внутренней стороны котораго устроена рама съ металлической проволочной рѣшеткой. Въ такихъ ординарныхъ палатахъ помѣщаются отъ одного до двухъ больныхъ, въ общихъ отъ четырехъ до пяти; общія немногимъ кажутся большими, особенно при такомъ числѣ больныхъ. Тутъ же въ крайне узкой ванной комнатѣ масса всякаго сору и грязи, и ванна ничѣмъ непокрытая стоитъ на одномъ своемъ боку, прислоненная къ печкѣ. Судя по ея виду она не часто употреблялась. Всѣ постельныя принадлежности имѣли такой же видъ, какъ и палаты. Платье и бѣлье на больныхъ изодрано, грязно. Въ палатахъ у нечистоплотныхъ стоять было трудно изъ за вони. Ко всему этому нужно добавить, что двери между мужскимъ и женскимъ отдѣленіемъ запирались очень неплотно, иногда же бывали открытыми. Въ отдѣленіи для буйныхъ та же картина; между прочимъ одна неистовая, которая при входѣ тутъ же набрасывалась на васъ, застегивала себѣ халатъ мѣдной булавкой, длиною въ обыкновенный карандашъ. Прислуга крайне недисциплинирована. Отъ фельдшера неоднократно на значительномъ разстояніи несло водкой. Въ октябрѣ 98-го года я засталъ больницу, когда въ ней заканчивался ремонтъ. Исключая нѣкоторый "обычный" беспорядокъ, связанный съ ремонтомъ, лечебница приняла болѣе веселый видъ, но все же, не смотря на выбѣленные стѣны и потолки, подбѣленные двери и вновь устроенные асфальтовые полы, ея сжа-

тость и тѣснота осталась прежнею. Всякій посѣтитель, а тѣмъ болѣе больной долженъ себя въ ней чувствовать стѣсненнымъ, какъ бы въ заключеніи. Я уже не говорю про уютность, общую привѣтливость, которая возможна и въ небогатой обстановкѣ, еслибы при постройкѣ лечебницы имѣли въ виду слѣлать ее похожей на обыкновенную больницу. Изоляторы не имѣютъ мягкихъ стѣнъ, а все сплошь выкрашены въ грязножелтую краску, мало, вѣроятно, своимъ видомъ и цвѣтомъ успокаивающую больныхъ. Окна въ нихъ такой же величины, какъ и въ палатахъ и также снутри заставлены проволочной сѣткой, что обычно не бываетъ въ изоляторахъ. Особенно мрачнымъ и непріятнымъ дѣлаетъ помѣщеніе для буйныхъ—это чрезвычайно узкій корридоръ съ висячими противъ каждой комнаты лампами, обѣ стѣны котораго, вѣроятно, неоднократно ударяются больные при ихъ помѣщеніи въ изоляторы и при обычномъ съ ихъ стороны сопротивленіи. Одежда на больныхъ и постельныя принадлежности въ томъ же видѣ, что и въ прошломъ году. Переходя къ непосредственному уходу и леченію, мы не можемъ согласиться съ необходимостью примѣнять смирительную рубаху въ случаяхъ порчи окружающихъ предметовъ, т. е. число ихъ при нуждѣ можетъ быть сведено до minimum'a, а усиленный надзоръ ограничить насильственныя стремленія даже и при покушеніи на самоубійство. Холодными ваннами и душами пользовались почему то одни только преимущественно алкоголики; интересно также знать, почему останавливаясь на перечнѣ употреблявшихся фармакологическихъ средствъ, замѣчаешь слишкомъ большую обобщенность, нѣкоторую неполноту въ изложеніи показаній къ ихъ употребленію, поэтому трудно что-либо извлечь для практики дѣла.

Обращаетъ на себя вниманіе предпочтеніе, которое оказывается тріоналу предъ сульфоналомъ и хлоралгидратомъ, такъ что послѣдній ставится даже на одномъ уровнѣ съ паральдегидомъ. Хлоралгидратъ, какъ светворное, пріобрѣлъ себѣ достаточную популярность. Хорошія и дурныя его

стороны изучены несравненно больше, чѣмъ другихъ средствъ, въ доказательство чего стоитъ заглянуть хотя бы въ учебныхъ фармакологіи Nothnagel'я и Rossbach'a ¹⁾. Въ курсахъ психіатріи Krafft-Ebing'a, Kraepelin'a и др. хлоралгидратъ стоитъ на первомъ мѣстѣ. Правда между новѣйшими работами есть нѣкоторыя, которыя указываютъ особенно на тріональ. Между ними упомянемъ, напр. Z. Hoest'a ²⁾. Но на ряду съ тріоналомъ онъ ставитъ хлораль и особенно паральдегиль, который будто бы оказывается наиболѣе пригоднымъ въ леченіи душевныхъ заболѣваній. Д-ръ Hoest кромѣ того рекомендуетъ почаще мѣнять снотворныя, т. к. при болѣе продолжительномъ примѣненіи больные къ нимъ скоро привыкаютъ. Теперь умѣстно перейти къ разсмотрѣнію скорбныхъ листовъ. Какъ уже было упомянуто изъ большинства исторій болѣзни ничего опредѣленнаго нельзя было извлечь, поэтому регистрируя больныхъ по формамъ заболѣванія пришлось выдѣлить большую группу „неизвѣстныхъ“. Для иллюстраціи наудачу приведу дословно нѣкоторыя мѣста:

„Скорбный листъ дѣвицы Г. А. Урожнецъ. Тарскаго округа Такманской волости. Лѣтъ отъ роду 24. Семейное положеніе—дѣвица. Вѣроисповѣданіе православное. Прибыла въ больницу 20 января 1897 года. Выбыла 16 февраля 1897 года. Болѣзнь hysteria. Больная средняго роста, удовлетворительнаго тѣлосложенія, подкожный жиръ развитъ посредственно. Костный скелетъ правиленъ, наружныхъ паталого-анатомическихъ измѣненій не замѣчается. Кольносухожильные рефлексъ нормальные, зрачки реагируютъ правильно и равномерно. Знакомый ей человекъ говоритъ, что она захворала вдругъ, прибѣжала въ полицію и объявила, что она отравлена сулемой, хотя на самомъ дѣлѣ не было, пришедши домой стала быть окна, посуду, все это она дѣлала не крича и не давая никакого отчета. 21. Больная находится

¹⁾ *Nothnagel u Rossbach*. Handbuch der Arzneimittellehre, рус. пер. 1895 г.

²⁾ *Z. Hoest*. Deutsche medizinische Zeitschrift 98 г. № 5.

въ взволнованномъ видѣ, много говорить и хохочеть, на вопросы большею частью отвѣчаетъ внопадъ и ориентирована, она знаетъ, гдѣ находится и съ кѣмъ говоритъ, но при томъ легко замѣтно, что она сильно разсѣяна, рѣзко переходитъ во время разговора съ одного предмета на другой. Она рассказываетъ, что знакомый ей человѣкъ хотѣлъ ее отравить сулемой, поэтому прибѣжала въ полицію просить помощи. Окружающіе люди ей кажутся поддѣльными, но галлюцинація не замѣтна.

Сонъ тревоженъ, аппетитъ хорошъ, отправленія нормальны. 22. Бредъ и безпокойствіе продолжается. 23 *idem* 24. Больная сначала тише, переведена въ спокойное отдѣленіе. 25. Гоньба идей продолжается. 26 *idem*. 27. Больная въ присутствіи сидѣлки здраво говоритъ, но въ присутствіи доктора и фельдшера принимаетъ совсѣмъ другой видъ и разговоръ. 28. Безъ перемѣнъ. 29, 30 *idem*. 31 Больная стала спокойнѣе и разумнѣе. 1. На вопросы отвѣчаетъ болѣе внопадъ. 2. *idem*. 3. Больная чувствуетъ себя хорошо и призвуковъ болѣзни почти не проявляетъ. 4. Больная стала поправляться. 5 *idem*. 7. Ведетъ себя тихо. 8 *idem*. 9. Чувствуетъ себя хорошо. 10. Безъ перемѣнъ 11. Больная выписана по желанію знакомой. Лечение не обозначено.

Приведу еще одну исторію болѣзни: „Больной, какъ сынъ его рассказываетъ, раньше всегда былъ здоровъ, но передъ Рождествомъ Христовымъ 1894 г. у него былъ ударъ, послѣ чего лишился способности говорить. Онъ все понимаетъ, но не можетъ передать смысла словъ. ⁶/viii Больной средняго роста и питанія. На вопросъ онъ старается отвѣчать, но нельзя понимать, что онъ говоритъ. Обѣ половины лица симметричны. На вопросъ „покажи языкъ! онъ не могъ высунуть его изо рта. Ходитъ плохо и съ трудомъ. Марается подъ себя и ѣсть хотя плохо, но безъ посторонней помощи. Аппетитъ хорошій.—7. *idem*-вочью хорошо спалъ. 8 *idem*-зрачки плохо реагируютъ 9. перемѣны нѣтъ. 10—15 *idem* 16 Все время лежитъ и спитъ. 17—5 *idem*. 6. Больной

начинаеть ходить по комнатѣ“. Дальше ничего не обозначено и только 4 іюня больной умеръ въ 12 часовъ дня, по желанію родныхъ вскрытіе не производилось, не смотря на то, что больному было 104 года и одинъ возрастъ представляетъ большой анатомическій интересъ. Диагнозъ въ данномъ случаѣ поставленъ: старческій параличъ. Теперь приведу наудачу выбранные протоколы вскрытія: прижизненный діагнозъ: *dementia paralytica* и милиарный туберкулезъ. Вскрытіе: „при вскрытіи грудныхъ органовъ обнаружился въ обоихъ легкихъ всеобщій милиарный туберкулезъ. Въ верхушкахъ праваго легкаго найдена каверна величиною въ кулакъ взрослога челоуѣка. Верхняя доля л. л. размягчена и безъ воздуха. Сердце дрябло. Клапаны нормальны“. Про мозгъ ни слова. Прижизненный діагнозъ: *Melancholia atonita*. При вскрытіи найдено: Всеобщее истощеніе. Черепъ утолщенъ и тяжелѣе обыкновеннаго. Твердая оболочка утолщена и мѣстами срослась съ черепомъ, подъ ней образовались нѣсколько пузырей, наполненныхъ серозною жидкостью. Вещество нормально. Желудочки боковые и четвертый немного расширены. Правое легкое свободно, но мѣстами затвердѣвшее малыми узлами, особенно въ верхушкѣ, тѣже самыя перемѣны обнаруживались и въ лѣвомъ. Сердце вялое меньше. Клапаны нормальны“.

Не буду читателя утомлять этими цитатами. Въ заключеніе подѣлюсь только нѣкоторыми замѣчаніями, которыя я сдѣлалъ, просматривая исторіи болѣзни и которыя заслуживаютъ нѣкотораго вниманія. Такъ изъ одного скорбнаго листа нельзя ничего извлечь, судя же по приложеннымъ письмамъ, г-жа Х. ничего ненормальнаго не обнаруживала, тѣмъ не менѣе значитъ она подъ діагнозомъ: *психопатка*. Въ одномъ случаѣ укуса бѣшеною кошкою выставленъ діагнозъ: *delirium febrile*. Разъ отмѣчено одновременное помѣшательство напоминающее паранойу у мужа и жены. Одинъ случай „*Melancholicae periodicae*“ описывается такъ: „больной задумчивъ, сидитъ угрюмо, опустивъ голову; раньше

впалъ въ апатичное состояніе, мало ѣсть“. Потомъ узнаемъ, что припадокъ продолжается и больше почти ничего.

Всего сказаннаго, мнѣ кажется, достаточно, чтобы имѣть право при распредѣленіи больныхъ по формамъ заболѣванія выдѣлить большую группу „неизвѣстныхъ“. Теперь перейдемъ къ Омскому военному госпиталю.

Омскій военный госпиталь 2-го класса на 325 мѣстъ. Официальнаго отдѣленія для душевно-больныхъ въ немъ нѣтъ, тѣмъ не менѣе за рассматриваемый періодъ времени въ немъ пребывало 54 человекъ съ психическими заболѣваніями. Принимая въ расчетъ довольно значительный военный округъ, а также тотъ фактъ, что всеѣмъ принадлежащимъ къ казачьему сословію медицинская помощь оказывается, какъ военнымъ, страннымъ является отсутствіе психіатрическаго отдѣленія во всемъ военномъ округѣ и въ частности въ Омскомъ госпиталѣ. Все поступающіе въ госпиталь душевно-больные мужчины помѣщаются въ особенно приспособленныхъ, т. е. „отдѣльныхъ“ палатахъ терапевтическаго отдѣленія“. Вотъ ихъ устройство: изъ длиннаго корридора 1-го терапевтическаго отдѣленія дверь ведетъ въ просторный, свѣтлый съ бѣлыми стѣнами и такимъ же высокимъ потолкомъ недлинный корридоръ. Въ обѣихъ наружныхъ стѣнахъ его по одному большому, пропускающему много свѣта окну съ желѣзными рѣшетками съ наружной стороны. Такія же окна въ палатахъ: по одному въ отдѣльныхъ и по два въ общей. Палаты большія съ вполне достаточнымъ количествомъ воздуха. Бѣлая окраска стѣнъ, не смотря на свою нѣкоторую однообразность и, *sine venia verbo*, казенный видъ, при обилии свѣта и воздуха, дѣлаетъ пребываніе въ этихъ палатахъ болѣе приятнымъ, особенно по сравненію съ Акмолинской областной лечебницей. Изоляторъ устроенъ слѣдующимъ образомъ! Въ обыкновенной отдѣльной палатѣ, немногимъ больше аршина не достигая потолка, устроена внутренняя деревянная (изъ крѣпкихъ досокъ) обшивка съ небольшимъ вверху окномъ. Дверь изъ изолятора, ведущая въ корридоръ, запирается на два крѣпкіе засова.

Стѣны изолятора выкрашены въ сѣробѣлую масляную краску. Посрединѣ комнаты стоитъ прикрѣпленный плотно къ полу обыкновенный кожаный диванъ съ закругленными краями. По мѣрѣ надобности туда ставится обыкновенный госпитальный столикъ, но безъ ящичковъ. Такой же диванъ находится еще въ палатѣ, первой отъ входа. Въ остальныхъ палатахъ обстановка та же, что и въ другихъ отдѣленіяхъ госпиталя. Бѣлье, одежда, пища общая со всѣми соматическими больными согласно госпитальному положенію. Ванна и ватерклозетъ общій съ 1-мъ терапевтическимъ отдѣленіемъ. Поступавшіе офицеры и лица привилегированныхъ сословій, направлялись въ то же, отдѣленіе, получая только офицерское довольствіе. Женщины помѣщались въ особо отводимой и всякій разъ спеціально приспособляемой палатѣ въ женскомъ отдѣленіи, которая по своему устройству, отопленію и освѣщенію можетъ считаться сравнительно удовлетворительною. Трудность ухода за женщинами состояла въ томъ, что въ женскомъ отдѣленіи имѣется всего одна сидѣлка, которая едва успѣваетъ справляться съ другими больными, такъ что, если у поступившей душевно-больной не было своей прислуги или сидѣлки, доставленной ей родственниками, положеніе становилось въ высокой степени затруднительнымъ. До насъ отдѣленіемъ для душевно-больныхъ завѣдывали попеременно, смѣняясь, то ординаторы госпиталя, то прикомандированные къ такому врачу. Вслѣдствіе значительныхъ переменъ за послѣднее время въ штатахъ госпиталя, подробностей объ общемъ веденіи дѣла нельзя было добыть. Скорбные листы въ этомъ отношеніи ничего не говорятъ, касаясь, понятно, только спеціальной клинической стороны дѣла.

Нужно отмѣтить только, что послѣдніе велись большею частью весьма обстоятельно, нѣкоторые же изъ нихъ пріятно поражаютъ полнотою своего изложенія. Съ Апрѣля мѣсяца 97-го года отдѣленіе несмѣнно находится подъ нашимъ наблюденіемъ. Постоянное число больныхъ простирается отъ 4 до 7-и мужчинъ и одной, рѣдко двухъ женщинъ, часто же

послѣднихъ вовсе не бываетъ. При отдѣленія состоитъ фельдшеръ, которому, какъ и намъ, всегда приходится заниматься и въ другихъ отдѣленіяхъ. Помимо этого ординаторы въ Омскомъ госпиталѣ большею частью дежурятъ черезъ два дня въ третій, иногда въ четвертый. Больныхъ, особенно въ зимніе мѣсяцы на долю врача приходится до 60, 70-и, иногда и больше. Конечно, при такомъ обиліи постороннихъ обязанностей, невозможно вполне отдаться душевно-больнымъ. Кромѣ того фельдшера часто мѣняются. То же бываетъ и съ четырьмя служителями и пятымъ старшимъ, подчиненнымъ надзирателю терапевтическаго отдѣленія, заставляющему ихъ работать и на другихъ больныхъ. Смирительная рубаша у насъ ни разу не употреблялась, не смотря на то, что были больные крайне буйные и съ разрушительными наклонностями. Къ изоляціи прибѣгали въ крайнихъ случаяхъ и то большею частью съ открытыми дверями. Запирали же въ исключительныхъ случаяхъ на самое короткое время до успокоенія больного. Изъ водолеченія употребляются только ванны, за немѣніемъ другихъ приспособленій. Электризаціей не пользовались, т. к. машины оказались испорченными, а въ городѣ ихъ некому починить. Лекарственное леченіе примѣнялось обычное: бромиды, наркотическія, изъ снотворныхъ преимущественно хлоралгидратъ (единственный по положенію) съ хорошимъ успѣхомъ. Изъ наркотическихъ благоприятное дѣйствіе наблюдалось отъ употребленію extracti opii aquosi подкожно при меланхоліи. При психозахъ съ упадкомъ общаго питанія, при астенической спутанности прекрасныхъ результатовъ достигали отъ совмѣстнаго назначенія бромидовъ съ f-ra conval. majalis, liquoris ferri albuminati, мышьяка, ваннъ и ароматическихъ обтираній. Также нужно отмѣтить успѣшное дѣйствіе бромидовъ съ сердечными (формула проф. Бехтерева) при эпиленсіи даже съ значительными нарушеніями въ психической сферѣ.

Физическимъ трудомъ спокойные больные занимались только лѣтомъ, главнымъ образомъ работали въ довольно

хорошемъ госпитальномъ саду. Изъ развлеченій больные пользуются только шашками и пѣшками и книгами изъ госпитальной библіотеки. Большое затрудненіе встрѣчается съ прогулками въ холодное время года. За отсутствіемъ оффиціального психіатрическаго отдѣленія въ госпиталь нѣтъ приспособленныхъ костюмовъ. Имѣющіяся же шубы для перевода соматическихъ больныхъ по отдѣленіямъ отличаются настолько своеобразнымъ (по положенію) видомъ, что душевно-больные въ высшей степени неохотно ихъ одѣваютъ. Помимо всѣхъ изложенныхъ неудобствъ, уходъ и правильное веденіе дѣла въ значительной степени затрудняется вслѣдствіе причинъ общаго свойства, именно: крайнею несамостоятельностью ординатора въ своихъ дѣйствіяхъ, а также автономнымъ положеніемъ хозяйственнаго отдѣленія въ госпиталяхъ. Подчиненность служительскаго персонала и фельдшеровъ смотрителю госпиталя, въ особенности если послѣдній (какъ это часто, къ сожалѣнію бываетъ), не стоитъ на высотѣ должнаго образованія, дающаго возможность лучше понять свое мѣсто и назначеніе въ лечебномъ заведеніи, часто и часто ведетъ къ ущербу всего дѣла. Открытіе отдѣльнаго психіатрическаго отдѣленія и нѣкоторыя измѣненія въ общемъ госпитальномъ положеніи, ставящимъ врачебный персоналъ въ подчиненіе лицамъ, ничего общаго съ медициной не имѣющимъ, устранить указанные наудобства и затрудненія. Что касается больныхъ въ воен. госпиталь, которые могли бы представлять особенный клиническій интересъ, нужно упомянуть одну больную, страдавшую типичною *amentia Meunert'a*, вскорѣ перешедшей въ выздоровленіе. Но спустя 3 недѣли больная снова явилась въ госпиталь съ рѣзкой картиною *stupor'a* и ясно выраженной каталепсіею¹⁾. Отъ послѣдняго заболѣванія Ш. довольно скоро оправилась и въ настоящее время успѣшно исполняетъ свои обязанности

¹⁾ М. Шайкевичъ. Къ казуистикѣ астеническихъ психозовъ» Военно-мед. журн. декаб. за Февр., также протоколы Омск.: мед. Общества за Февр.

сельской учительницы. Заслуживаетъ вниманія заимствованіе содержанія бреда одного прогрессивнаго паралитика отъ другого. У послѣдняго между прочимъ наблюдалось т. н. „громкое мышленіе“, родъ психическихъ галлюцинацій. Больше къ сожалѣнію ничего не приходится отмѣтить. На этомъ мы и закончимъ нашъ обзоръ Асмолинской области.

Все сказанное позволяетъ сдѣлать тотъ выводъ, что на ряду съ извѣстными хорошими сторонами положенія душевно-больныхъ въ Степномъ генераль-губернаторствѣ есть и свои недостатки и притомъ немаловажныя. Прежде всего бросается въ глаза нѣкоторая неудовлетворительность самой постройки спеціальныхъ лечебницъ, дѣлающая ихъ мрачными, темными и непривѣтливими, болѣе напоминающими мѣста заключеній.

Мнѣніе это не относится цѣликомъ къ Семипалатинской больницѣ, т. к. ее мы не видѣли, но зная общій съ другими планъ ея устройства, можно предположить, что она врядъ ли составляетъ исключеніе. Конечно тѣмъ будетъ пріятнѣе, если мы ошибаемся.

Недостатки въ постройкѣ могутъ быть устранены только при капитальномъ ремонтѣ, но при условіи, чтобы не было забытъ голосъ врача-спеціалиста, знакомаго съ требованіями психіатрической науки. Что касается другихъ пробѣловъ, непосредственно касающихся самого содержанія и клинической постановки дѣла, то объясняются они, по нашему мнѣнію нѣкоторымъ несовершенствомъ всей организаціи. Несовершенство же выражается въ слишкомъ миниатюрномъ размѣрѣ самихъ лечебницъ и ихъ чрезчуръ изолированной жизни. И дѣйствительно д-ръ Игнатьевъ въ Европейской Россіи на 1000 жителей считаетъ 0,9 душевно-больныхъ. Предполагая, напр. въ Семиреченской области въ 4 раза меньше (слишкомъ, конечно, преувеличено), т. е. 0,2 мы получимъ при 705,347 жителей въ 1896 году цифру душевно-больныхъ 141, 06. По свѣдѣніямъ добытымъ нами всѣхъ душевно-больныхъ за 5 лѣтъ отчетнаго періода числилось 99 человекъ, изъ нихъ во всѣхъ лечебныхъ заведеніяхъ области 35 человекъ, въ спе-

ціальной лечебницѣ съ ея открытіемъ 17 человекъ. Если допустить наличное число всѣхъ душевно-больныхъ въ 140 человекъ, то процентъ призрѣваемыхъ въ лечебницѣ составить всего 12,1%.

Можно бы сдѣлать подобное вычисленіе и для другихъ двухъ областей. Кромѣ того намъ лично извѣстно, что Акмолинская лечебница постоянно переполнена, особенно изъ сосѣдней Тобольской губерніи. То же переполненіе наблюдаютъ и въ Тобольской и Томской. Ясно, кажется что такой размѣръ лечебницъ не можетъ удовлетворить потребностей области, отсюда неизбѣжно переполненіе. Послѣднее же на ряду съ миниатюрностью постановки дѣла ео ipso должно вести къ несовершенствамъ всякаго рода. Изъ полученныхъ отчетовъ нельзя узнать, для какихъ больныхъ предназначены вновь открытыя больницы и какія вообще онѣ преслѣдуютъ цѣли. Но такъ какъ во всей Сибири нѣтъ ни одной центральной лечебницы, нужно заключить, что каждая такая больница предназначена удовлетворять всевозможныя потребности психіатрической практики, въ области, какъ чисто лечебной, такъ и судебного свойства. А въ такомъ случаѣ, какъ уже было сказано, дѣло врядъ ли можетъ идти успѣшно. Понятно, что и врачу при подобныхъ условіяхъ трудно справиться съ поставленною задачею, тѣмъ болѣе что онъ по своему положенію, вслѣдствіе обширныхъ пространствъ, отдѣляющихъ его отъ научно-культурныхъ центровъ при несовершенныхъ путяхъ сообщенія, а главное отсутствіи центральной больницы, какъ высшей лечебной единицы, поставленъ слишкомъ изолированно, если не одиноко.

Изъ всего сказаннаго вытекаетъ, что указанные несовершенства могутъ быть устранены или при расширеніи и увеличеніи мѣстнаго по областямъ призрѣнія душевно-больныхъ или же суженія задачи имѣющихся уже лечебныхъ заведеній (но все же въ увеличенномъ размѣрѣ), но при непремѣнномъ условіи открытія центральной, окружной больницы, куда бы направлялись всѣ непризрѣваемые по тѣмъ

или другимъ условіямъ въ мѣстныхъ лечебницахъ. Желательно также, чтобы связь центральной лечебницы съ мѣстными выражалась и въ широкомъ научно-клиническомъ общеніи. Мѣсто для такой лечебницы, конечно въ Томскѣ. Тамъ она также сослужитъ свою службу и медицинскому факультету, психіатрическая клиника котораго, какъ извѣстно, далеко не можетъ считаться благоустроенной. Мы нарочно остановились на центральной лечебницѣ, т. к. думаемъ, что устройство ея болѣе осуществимо, чѣмъ расширеніе мѣстнаго, областного призрѣнія душевно-больныхъ. При такой организаціи увеличится число душевно-больныхъ, пользующихся лечебными заведеніями, урегулируется болѣе правильное ихъ распредѣленіе, сама клиническая постановка дѣла повысится вуровень съ требованіями науки и врачебный персоналъ почувствуетъ себя болѣе тѣсно связаннымъ на почвѣ служенія одному дѣлу. Что касается военно-лечебныхъ заведеній, то, какъ уже сказано, устройство психіатрическаго отдѣленія для Сибири является фактомъ, несомнѣнно настоятельно необходимымъ, особенно съ формированіемъ новыхъ частей на дальнемъ Востокѣ. Достаточно одного числа, даже гораздо меньшаго противъ дѣйствительности, именно 74 человекъ только въ указанныхъ трехъ областяхъ, не считая остальной части Омскаго военнаго округа и другихъ мѣсть обширной Сибири, чтобы открытіе отдѣленія для душевно-больныхъ при одномъ изъ большихъ госпиталей считать дѣломъ величайшей и неотложной необходимости.

Осуществленіе всего сказаннаго дастъ больнымъ правильно устроенную лечебницу, наукѣ новый источникъ матеріала и работниковъ, а жизни уменьшеніе печальныхъ исходовъ душевныхъ разстройствъ и облегченіе населенія въ отношеніи содержанія душевно-больныхъ.

Переходя къ статистическому изслѣдованію, мы изложимъ данныя, касающіяся душевныхъ заболѣваній во всемъ степномъ генераль-губернаторствѣ. Останавливаться на обзорѣ отдѣльныхъ областей не будемъ на томъ основаніи, что

цифры получались крайне малыя, благодаря недавнему еще открытію спеціальныхъ лечебницъ въ Вѣрномъ и Семипалатинскѣ. Свѣдѣній о душевно-больныхъ, находившихся раньше въ городскихъ больницахъ мы къ сожалѣнію не получили; трудно же въ самомъ дѣлѣ предположить, чтобы ихъ не было или они всѣ содержались въ частныхъ рукахъ. И такъ, за періодъ времени съ 1893 года по 1897-ой включительно въ Омскомъ военномъ госпиталѣ показано 54 человекъ, Акмалинской областной лечебницѣ 74, Семипалатинскомъ и Павлодирскомъ мѣстныхъ лазаретахъ по 1-му, Семипалатинской областной лечебницѣ 37, Джоркентскомъ мѣстномъ лазаретѣ 10, Вѣрненскомъ—2, Пржевальскомъ—5, Нарынскомъ—1 и Семерѣченской областной лечебницѣ—17. Всего въ лечебныхъ заведеніяхъ генераль-губернаторства 202 человекъ, что по отношенію къ общей цифрѣ населенія въ 2,247,486 чел. составляетъ 0.008 ‰.

Теперь обратимся непосредственно къ составленнымъ нами таблицамъ:

Годъ	Число душевно-больныхъ	Число душевно-больныхъ на 1000 жителей
1893	54	0.0024
1894	74	0.0033
1895	107	0.0047
1896	137	0.0061
1897	202	0.0090
Всего	568	0.0025

ТАБЛИЦА № 1.

Движеніе больныхъ по годамъ.

Годы.	ПРИВЫЛИ.		ВЫБЫЛИ.		УМЕРЛИ.		ОСТАЛИСЬ		Общее число провѣдены дней на болѣн.				
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.			
											Всего.	Всего.	Всего.
1893	12	7	19	8	2	10	—	2	—	—	3143	165,4	
1894	39	5	44	26	6	32	4	1	5	—	6888	156,5	
1895	13	4	17	7	2	9	5	—	5	—	2465	145	
1896	36	20	56	25	14	39	8	2	10	—	9865	176,3	
1897	44	16	60	41	19	60	8	1	9	13	2721	45,3	
Итого.	144	52	196	107	43	150	25	6	31	13	5	18	

Кромѣ того изъ поступившихъ у 2-хъ мужчинъ оказался неизвѣстнымъ срокъ поступления, одинъ поступилъ въ 91-омъ году и одинъ въ 92-мъ, а также двѣ женщины поступили въ 92-мъ году. Изъ выбывшихъ неизвѣстно когда выписался 1 мужчина и неизвѣстно когда умерли 2-ое мужчинъ. Просматривая приведенную таблицу, видимъ, что общее число поступленій возросло, исключая 95-го года. Значительное увеличеніе въ 96-мъ и 97-мъ годахъ объясняется главнымъ образомъ открытіемъ лечебницъ въ Вѣрномъ и Семипалатинскѣ. Если исключить 95-й годъ и сравнить отдѣльно 93-й и 94-ый съ одной стороны и 96-ой и 97-ой съ другой, можно сдѣлать заключеніе объ увеличеніи числа поступленій. Къ тому же придемъ, поставивъ эти четыре года рядомъ. Слѣдовательно степное генераль-губернаторство въ этомъ отношеніи не представляетъ исключеній. И дѣйствительно, какъ свидѣтельствуетъ д-ръ Игнатьевъ ¹⁾ „въ послѣдніе 15 лѣтъ съ каждымъ годомъ число пользовавшихся постепенно увеличивалось въ такой степени, что приблизительно съ 11,880 человекъ, бывшихъ на пользованіи въ 1879 году число пользовавшихся возросло въ 1692 г. до 29,500 человекъ“. Сравнивая поступившихъ мужчинъ и женщинъ, мы видимъ во всѣ годы перевѣсъ на сторонѣ первыхъ, явленіе преобладающее всюду. Такъ у насъ въ общемъ на 148 мужчинъ было 54 женщины. Въ клиникѣ душевныхъ болѣзней Военно-медицинской академіи съ 1870 по 1890 годъ 414 женщины приходилось на 1038 мужчинъ ²⁾. Въ дѣсятилѣтіе (1885 по 1894) въ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ перебивало 1,943 мужчинъ и 858 женщинъ, а за послѣднее пятилѣтіе, близкое къ нашему (1890—1894)—1002

¹⁾ *Игнатьевъ*. Опытъ статистическаго изслѣдованія о душевно-больныхъ въ Россіи. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи выпущекъ 1895 годъ стр. 273.

²⁾ *Гадзякскій*. Матеріалы для статистики душевныхъ болѣзней въ Россіи 1893 г. стр. 2.

мужчинъ и 418 женщинъ ¹⁾. Число выбывшихъ, если не считать 95 года тоже увеличивалось, безъ особенной правильности и съ довольно рѣзкими колебаніями, такъ въ 94-мъ году съ 10-и сразу поднялось до 32, потомъ слѣдуетъ незначительное увеличеніе до 39, а потомъ опять видимъ 60. Разматривая выбывшихъ по поламъ, неправильность эта еще болѣе обнаруживается. Такъ число мужчинъ въ 94-мъ году поднялось до 26-и, въ 96-мъ упало до 25-и, въ 97 мѣ опять увеличилось до 41. Число выбывшихъ женщинъ шло болѣе или менѣ параллельно съ общимъ количествомъ выбывшихъ больныхъ. Наибольшее число смертей, какъ видно, падаетъ на 96-ой годъ, что по отношенію ко всему числу больныхъ составляетъ 570, а по отношенію къ общему количеству смертей 30,3%. Про общее, какъ и среднее число проведенныхъ дней ничего особеннаго нельзя сказать, кромѣ того, что 96-ой годъ и въ этомъ отношеніи былъ болѣе несчастливъ.

¹⁾ *Грейденбергъ* Отчетъ по отдѣленію душевно-больныхъ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеній за 1894 годъ. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи 96 г. Вып. II стр. 334,

Также 1 мужчина умеръ неизвѣстно въ какомъ мѣсяцѣ.

Изъ прилагаемой таблицы видно, что число поступлений росло въ первой половинѣ года (съ небольшимъ пониженіемъ въ мартѣ до 15-и), достигнувъ своего maximum'a въ іюнѣ мѣсяцѣ, съ котораго начинается уменьшеніе, исключая ноября, когда цифра ихъ снова достигаетъ 23-хъ.

Сравнивая число поступлений по четвертямъ года, мы получимъ, что во вторую четверть прибыло 68 человекъ, четвертую 48 и остальные двѣ по 43. Вотъ, что по этому поводу читаемъ у д-ра Грейденберга ¹⁾: „Такой же порядокъ распределенія поступлений по мѣсяцамъ и временамъ года, съ рѣзкимъ повышеніемъ ихъ во второй четверти, съ апрѣля по іюнь, можно найти въ отчетахъ и нѣкоторыхъ другихъ земскихъ психіатрическихъ заведеній, напр. Херсонскаго, Тамбовскаго, Полтавскаго. Въ отчетѣ о послѣднемъ за пятилѣтіе 1890—1894 года это распределеніе очень наглядно представлено въ формѣ кривой. Garnier объясняетъ это увеличеніе душевныхъ заболѣваній во второй четверти года критическимъ вліяніемъ весенняго времени на всѣ проявленія душевной дѣятельности человека, какъ въ нормальномъ, такъ и паталогическомъ отношеніяхъ (См. по *La folie à Paris* 1890 г. стр. 20). Но для земскихъ психіатрическихъ заведеній, съ преобладаніемъ среди больныхъ сельскаго элемента, должны быть при этомъ приняты въ соображеніе и спеціальныя причины: затруднительность сообщенія въ зимніе мѣсяцы, препятствующая своевременной доставкѣ больныхъ въ заведеніе, съ другой стороны трудность надзора за ними въ лѣтніе мѣсяцы, когда всѣ взрослое населеніе занято внѣ дома срочными полевыми работами, отчасти экономическія причины и пр.“ Такъ какъ населеніе Степного края по своимъ занятіямъ большею частью приближается къ таковому южной полосы Европейской Россіи и такъ какъ отмѣченные обстоятельства въ первомъ должны сильнѣе проявляться, то тѣже при-

^{1) См. ibidem} р. 343.

чины можно предположить дѣйствующими и въ степномъ генераль-губернаторствѣ. Что касается числа выбывшихъ и умершихъ, то особенной правильности въ нихъ нельзя отмѣтить. Наибольшее число смертей, какъ видно, падаетъ на апрѣль, май, июнь. Осталось на 1898-ой годъ 13 мужчинъ и 5 женщинъ, всего 18 человекъ; т. е. 9% общаго числа бывшихъ больныхъ.

Таблица № 3. Распредѣленіе больныхъ по званіямъ.

	Число	%		Число	%
Казачьяго сословія	40	20,0	Казачьихъ офицеровъ	7	3,5
Солдатъ	37	18,5	Офицеровъ	6	3,0
Мѣщанъ	31	15,5	Вольноопредѣляющихся	2	1,0
Крестьянъ	26	13,0	Медицин. фельшеровъ	2	1,0
Чиновниковъ	21	10,5	Студентъ	1	0,5
Неизвѣстныхъ	15	7,5	Дворянинъ	1	0,5
Иностранцевъ	13	6,5		<u>202</u>	

Если изъ неизвѣстныхъ считать 10 человекъ, то всего непривилегированныхъ сословій получимъ 157 человекъ (казачьяго сословія 40, солдатъ 37, иностранцевъ 13, мѣщанъ 31, крестьянъ 26), или 78,5%. Къ подобному же выводу приходитъ большинство авторовъ. Отмѣченный фактъ станетъ еще болѣе рельефнымъ, если мы сопоставимъ распредѣленія больныхъ по сословіемъ съ таковымъ по занятіямъ и образованію, хотя послѣднія группы у насъ далеко не отличаются полнотою.

Таблица № 4. Распредѣленіе больныхъ по образованію.

	Число	%		Числа	%
Высшее	1	1,5	Техничес. учил.	1	0,5
Среднее	16	8,0	Сельское учил.	1	0,5
Не грамотныхъ	2	1,0	Неизвѣстныхъ	<u>161</u>	90,5
				<u>202</u>	

Таблица № 5 Распредѣленіе больныхъ по занятіямъ.

	Число	%		Число	%
Неизвѣстныя зан.	101	50,5	Студентъ	1	0,5
Солдатъ	24	12,0	Сторожъ	1	0,5
Домашн. хозяйс.	21	10,5	Приставъ	1	0,5
Хлѣбопашеств.	9	4,5	Служащій на копяхъ	1	0,5
Торговцевъ	7	3,5	Ремесленникъ	1	0,5
Работн.	5	2,5	Возчикъ	1	0,5
Военная служба	4	2,0	Гормонщикъ	1	0,5
Чиновниковъ	9	4,5	Пчеловодъ	1	0,5
Учителей	3	1,5	Каретникъ	1	0,5
Фельдшеровъ	2	1,0	Швея	1	0,5
Прислугъ	2	1,0	Прикащикъ	1	0,5
Лѣсничій	1	0,5	Столяръ	1	0,5
Фармацевтъ	1	0,5	Гимназистъ	1	0,5
				<u>202</u>	

Если изъ занимающихся домашнимъ хозяйствомъ въ таблицѣ № 5 мы будемъ считать 5 человекъ, принадлежащихъ къ привилегированнымъ сословіямъ или вообще снискивающихъ себѣ пропитаніе не физическимъ трудомъ, сюда же причислимъ 9 чиновниковъ, 3-хъ учителей, 2-хъ фельдшеровъ, 1-го фармацевта, 1-го студента, 1-го лѣсничаго, 4-хъ военно-служащихъ, 1-го пристава, 1-го гимназиста и изъ неизвѣстныхъ 15 человекъ, въ общемъ получимъ 43 человека или 21, 5%, слѣдовательно на долю физически трудящихся останется 78,5%. Въ 4-ой таблицѣ, выдѣляя получившихъ высшее, среднее и ниже средняго, но выше нисшаго образованія и присоединивъ къ нимъ предполагаемые 15 человекъ изъ неизвѣстныхъ, получимъ 33 человека или 16, 5% съ образованіемъ выше нисшаго и 83, 5% на остальныхъ съ

¹⁾ Я, конечно, понимаю, что можно принадлежать и къ непривилегированнымъ сословіямъ и не жить исключительно физическимъ трудомъ, но въ Россіи, по крайней мѣрѣ, большинство умственно трудящихся, такъ или иначе, являются привилегированными, будучи или кулаками или лицами свободныхъ профессій.

нисшимъ и не грамотныхъ. Вездѣ средній процентъ для разсмотрѣнныхъ трехъ (таблицъ) группъ получимъ 80,16% для лицъ, добывающихъ себѣ пропитаніе физическимъ трудомъ. Сдѣлаемъ нѣкоторыя литературныя справки и посмотримъ, какъ они относятся къ только что отмѣченному факту. Среди душевно-больныхъ въ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ за 93-й годъ крестьяне, мѣщане и поселяне составляютъ $\frac{3}{4}$ общаго числа больныхъ; по занятіямъ они распредѣлялись такъ, что занимавшіеся физическимъ трудомъ составляли 58,4%¹⁾ По отчету медицинскаго департамента М. Вн. Д. за 91 годъ въ психіатрическія лечебницы Имперіи поступило неграмотныхъ 45%, съ высшимъ и среднимъ образованіемъ около 10%, значить ниже средняго было 45%, что вмѣстѣ съ неграмотными составляетъ 90%. Въ 92-мъ году по свѣденіямъ того же департамента неграмотныхъ было 2051, грамотныхъ 1878, средняго образованія 313, высшаго 75, неизвѣстно какого 240²⁾. Въ психіатрическомъ отдѣленіи Тифлискаго военнаго госпиталя за 96—97-ой годы нижнихъ чиновъ было 87%, офицеровъ 9%, другихъ военно-служащихъ, семействъ офицеровъ и пр. 4%³⁾. Таковы цифры. Тотъ же взглядъ встрѣчаемъ и въ учебникахъ. Такъ Krafft-Ebing⁴⁾ пишетъ: „На долю нисшихъ сословій выпадаютъ крайняя бѣдность: недостаточное питаніе, дурныя жилища и какъ результатъ всего этого рахитизмъ, золотуха, бугарчатка; къ этому присоединяется еще злоупотребленіе алкоголемъ, обыкновенно въ видѣ дурно очищенной водки, дѣйствующей самымъ губительнымъ образомъ на здоровіе потребителей. При такой бѣдственной жизненной обстановкѣ

¹⁾ *Грейденбергъ*. Вѣстникъ клинич. и судебн. психіатріи 95 г. стр. 298—299.

²⁾ Отчеты Медицин. департамента Мин. Внут. Дѣлъ за 91 и 92 годы

³⁾ *Эриксонъ* Краткій отчетъ по психіатрическому отдѣленію Тифлискаго военнаго госпиталя 96—97 г. Военно-Медицинскій журналъ 98 г. Августъ стр. 1186.

⁴⁾ *Krafft-Ebing*. Учебникъ психіатріи 90 г. стр. 207.

люди изъ простаго народа часто не выдерживаютъ борьбы за существованіе и погибаютъ въ ней помѣшанными“. Люди умственного труда болѣе расположены къ психическому заболѣванію, чѣмъ простые ремесленники; однакоже сильное умственное напряженіе, взятое въ отдѣльности отъ другихъ условій, едва ли можетъ служить у взрослого здороваго чело-вѣка достаточною вызывающею причиною помѣшательства“. Такимъ образомъ, процентъ заболѣваемости среди рабочаго класса, найденный мною относительно степнаго края близокъ къ отмѣченному въ литературѣ. Причины же, въ общемъ вѣроятно, вездѣ однѣ и тѣ же, которыя такъ ясно выразилъ Krafft-Ebing въ только что цитированныхъ словахъ.

Таблица № 6. Распределеніе больныхъ по семейному положенію.

	муж.	жен.	всего	%.
Женатыхъ и замужнихъ	81	31	112	55,0
Холостыхъ и дѣвицъ	53	17	70	35,0
Вдовцовъ и вдовъ	2	4	6	3,0
Неизвѣстныхъ	12	2	14	7,0
	148	54	202	

Изъ этой таблицы видно, что женатые и замужнія дали большее число заболѣваній сравнительно съ холостыми. Имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи данныя другихъ изслѣдователей мало подходятъ къ моимъ, а также не согласны и между собою. Такъ у Hagen'a ¹⁾ видимъ слѣдующія цифры:

	муж	жен.
Женатыхъ и замужнихъ	35,8 ⁰ / ₁₀₀	33,6 ⁰ / ₁₀₀
Холостыхъ и дѣвицъ	61,7 ⁰ / ₁₀₀	54,9 ⁰ / ₁₀₀
Вдовцовъ и вдовъ	2,5 ⁰ / ₁₀₀	11,1 ⁰ / ₁₀₀

Д-ръ Грейденбергъ ²⁾ за десять лѣтъ (1885—1894) изъ

¹⁾ Hagen. Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten» 1676 г. стр. 153.

²⁾ Грейденбергъ. Вѣстникъ клинической и судебной психіатріи 96 г. Вып. II стр. 337.

2590 больныхъ въ Симферопольскомъ психіатрическомъ отдѣленіи насчитываетъ:

	мужчинъ,	женщинъ,	всего,	%.
Женатыхъ и замужнихъ	843	429	1272	49,1
Холостыхъ и дѣвицъ	842	210	1052	40,6
Вдовцевъ и вдовъ	115	151	266	10,3
	1800	790	2590	100.

У д-ра Горязцаго ³⁾ видимъ слѣдующую таблицу:

	мужчинъ	женщинъ,	всего,	%.
Женатыхъ и замужнихъ	249	209	448	41,5
Холостыхъ и дѣвицъ	425	107	602	54,6
Вдовцовъ и вдовъ	10	30	40	3,6
Разведенныхъ	3	—	3	0,2
Неизвѣстныхъ	214	6	220	—

Сравнивая приведенныя четыре таблицы, мы видимъ, что всё они между собою не сходятся. Такъ по Hagen'у выходитъ, что вообще холостые обоихъ половъ болѣе подвержены душевнымъ заболѣваніямъ и объясняетъ онъ этотъ фактъ тѣмъ обстоятельствомъ, что возрастъ, къ которому принадлежать холостые является болѣе склоннымъ къ душевнымъ заболѣваніямъ, далѣе, что бывшее душевное разстройство часто препятствуетъ вступленію въ бракъ и что въ бракѣ находится много условій профилактическаго свойства. Кромѣ того данный возрастъ въ численномъ отношеніи сильнѣе представленъ въ населеніи. ²⁾ По даннымъ д-ра Грейденберга видимъ почти одинаковое заболѣваніе среди мужчинъ, какъ женатыхъ, такъ и холостыхъ и въ 2 раза большее заболѣваніе замужнихъ женщинъ. Последнее обстоятельство объясняется имъ такъ: „Фактъ этотъ находитъ себѣ, мнѣ кажется, самое простое объясненіе въ томъ, что различіе и количественное и качественное въ суммѣ вредныхъ вліяній, которымъ под-

¹⁾ *Гадзяцкий* Матеріалы для статистики душевныхъ болѣзней въ Россіи 93 годъ стр. 5.

²⁾ Также *Krafft-Ebing* Учебникъ психіатріи 90 г. стр. 293.

вергается нервная система женщины, гораздо рѣзче проявляется до и послѣ замужества (беременность, роды, кормленіе), нежели у мужчинъ до и послѣ брака. Впрочемъ здѣсь нужно имѣть въ виду то обстоятельство, что вслѣдствіе раннихъ браковъ въ сельскомъ быту число дѣвушекъ, находящихся въ возрастѣ, съ котораго начинается предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ, обыкновенно въ деревняхъ не бываетъ велико¹⁾ Большую заболѣваемость среди холостыхъ мужчинъ и обратное явленіе у женщинъ д-ръ Гадзяцкій²⁾ объясняютъ тѣмъ обстоятельствомъ, что холостые мужчины, особенно военные больше обыкновеннаго предаются всякимъ излишествамъ, какъ in Baccho, такъ in Venere, вредно дѣйствующіе же моменты въ бракѣ для женщинъ онъ видитъ тѣ же что д-ръ Грейденбергъ. Наши выводы прямо противоположны цифрамъ Нagen'a. Чѣмъ же объяснить такое разногласіе? Мнѣ кажется, если исключить мѣстныя и многія другія условія и стать на точку зрѣнія социально-экономическую, такъ настойчиво выдвигаемую за послѣднее время многими изслѣдователями³⁾, можно сдѣлать предположеніе, которое отчасти примирить указанныя разногласія. Съ ростомъ и упроченіемъ капиталистической структуры общества, условія къ добыванію матеріальныхъ средствъ въ жизни становятся труднѣе, и вмѣстѣ съ растущимъ самосознаніемъ дифференцированной личности, потребности и ихъ утончен-

¹⁾ Грейденбергъ *ibidem* стр. 333.

²⁾ Гадзяцкій *ibidem*.

³⁾ Prof. Erb. Ueber die wachsende Nervosität unser Zeit. рус. пер. 94 г. Kraft-Ebing Современная нервозность 85 г.

Онь же. Причины развитія прогрессивнаго паралича. Обзорнія психіат. 97 г. № 9.

Онь же. Ueber die Zunahme der progressiven Paralyse, in Hinsicht auf die sociologischen Factoren. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie XIII 23. 1885 г.

Грейденбергъ Объ общемъ нарастающемъ параличѣ у женщинъ Вып-97 г. № 35.

Также труды Нivta (Die Krankheiten der Arbeiter), Эрисмана, Святловскаго, Деминтѣва и др.

ность увеличивается. ¹⁾ Понятно при такихъ обстоятельствахъ къ заключенію браковъ все больше и больше является препятствій, и слѣдовательно должно оставаться больше людей живущихъ внѣ брака. Лишенные всѣхъ профилактическихъ свойствъ брака современные люди большею частью горожане подвергаются всевозможнымъ вреднымъ вліяніемъ непосильной борьбы за существованіе, различнымъ эксцессамъ и, конечно, даютъ большій процентъ заболѣваній физическихъ и душевныхъ. Женщины же, какъ надѣленная менѣ стойкою организаціею, поднавъ подъ выше указанныя условія, должно сильнѣе реагировать. Принявъ въ расчетъ все сказанное, не трудно будетъ объяснить большее заболѣваніе среди холостыхъ и незамужнихъ у Hagen'a статистическій матеріалъ котораго большею частью составлялся по даннымъ большихъ культурныхъ центровъ западной Европы. Отсюда же понятна и большая заболѣваемость холостыхъ по вычисленіямъ д-ра Гадзяцкаго. Что касается женщинъ, то какъ мы видѣли, какъ д-ръ Гадзяцкій, такъ и д-ръ Грейденбергъ расходятся съ Hagen'омъ, цифры которыхъ указываютъ противоположное, именно большую заболѣваемость среди замужнихъ и объясненіе этому факту они ищутъ въ физиологическихъ условіяхъ брака. Не отричая, конечно, послѣднихъ, я думаю, что положеніе дѣвушки, или вообще незамужней, съ каждымъ днемъ все болѣе и болѣе выступающей на арену борьбы за существованіе во всевозможныхъ отрасляхъ труда, является болѣе предрасполагающимъ къ душевному заболѣванію, чѣмъ физиологическая сторона брака сама по себѣ. Подтвержденіемъ моей мысли служить фактъ большаго заболѣванія вдовъ по вычисленіямъ многихъ авторовъ. И д-ръ Грейденбергъ въ своемъ объясненіи оговаривается, ссылаясь на то, „что вслѣдствіе раннихъ браковъ въ сельскомъ быту число дѣвушекъ, находящихся въ возрастѣ, съ котораго начинается предрасположеніе къ душевнымъ заболѣваніямъ, обыкновенно въ де-

¹⁾ *Зимель.* Проблемы философіи исторіи 98 г.

ревняхъ не бываетъ велико“. Ко всему этому Krafft-Ebing присоединяетъ у незамужнихъ „дѣйствующее потрясающимъ образомъ на чувство и причипяющее глубокія душевныя раны столь частое разочарованіе въ надеждахъ на счастье въ жизни, въ особенности семейное“. Не поддается объясненію равное число заболѣваній холостыхъ и женатыхъ и большее вдовцовъ у д-ра Грейденберга. Самъ онъ тоже не даетъ объясненія. Возможно предположить какія либо мѣстныя вліянія часто національнаго характера, т. к. 34,2% приходится на долю не русскихъ, изъ нихъ 9,7% дали евреи и 6,9% татары. Также изъ 22,5% хлѣбопашцевъ, вѣроятно большинство было женатыхъ. Переходя съ моимъ даннымъ, получаемъ цифры какъ разъ обратныя тому, что мы только что утверждали, именно процентъ заболѣвшихъ женатыхъ и замужнихъ съ одной стороны равнялся 56,0%, а холостыхъ и дѣвицъ съ другой 35,0%. Но принимая въ соображеніе, что въ изслѣдуемыхъ нами областяхъ преобладающее занятіе большинства жителей хлѣбопашество и скотоводство, городская жизнь слабо развита, условія жизни простыя, хозяйство болѣе приближается къ типу натурального,—если гдѣ и замѣчается капиталистическое вліяніе, то главнымъ образомъ въ обмѣнѣ,—повторяю, принимая все это въ соображеніе, не трудно объяснить себѣ, что число браковъ должно быть болѣе, совершаться они должны въ болѣе раннемъ возрастѣ, а слѣдовательно и число заболѣваній должно падать въ болѣемъ числѣ не состоящихъ въ бракѣ.

Таблица № 7. По національности.

	Число	%.		Число	%.
Русскихъ	178	89,0	Поляковъ	4	2,0
Киргизъ	12	6,0	Сартъ	1	0,5
Татаръ	4	2,0	Неизвѣстныхъ	3	1,5
				<u>202</u>	

По отношенію ко всему русскому населенію данное число заболѣваній русскихъ составляетъ 0,03%. Процентъ забо-

лѣваній среди киргизъ, преобладающаго инородческаго племени, равенъ 0,0006⁰/о.

Такое незначительное число объясняется вѣроятно тѣмъ, что киргизы, какъ и вообще могометане частью вслѣдствіе причинъ религіознаго характера не поступаютъ больницы, а кромѣ того душевныя заболѣванія среди нихъ должны встрѣчаться въ меньшемъ количествѣ, благодаря ихъ кочевому образу жизни, а также ограниченному употребленію спиртныхъ напитковъ и вообще болѣе воздержанному поведенію сравнительно съ христіанскимъ населеніемъ.

Таблица № 8. По возрасту.

муж.				жен.				всего				%			
муж.	жен.	всего	%.	муж.	жен.	всего	%.	муж.	жен.	всего	%.	муж.	жен.	всего	%.
10—15	1	1	0,5	65—70	2	2	1,0								
15—20	8	4	12	6,0	70—75										
20—25	40	7	47	23,5	75—80										
25—30	12	8	20	10,0	80—85										
30—35	20	9	29	14,5	85—90										
35—40	25	11	36	18,0	91—95										
40—45	10	3	13	6,5	95—100										
45—50	5	2	7	3,5	100—105	1	1	0,5							
50—55	10	4	14	7,0	неизвѣстнаго	13	3	16	8,0						
55—60	1	1	2	0,5		148	54	202							
60—65	1	1	2	1,5											

Согласно изслѣдованіямъ большинства авторовъ наибольшее количество заболѣваній падаетъ у мужчинъ въ возрастъ отъ 35—50 лѣтъ, возрастъ „физиологической тургенценціи мозга и наибольшей интенсивности и разнообразія раздраженій“ (Krafft-Ebing), женщины же заболѣваютъ преимущественно въ періодѣ времени отъ 25 до 35-и лѣтъ. Большее число заболѣваній по моимъ изслѣдованіямъ, какъ видно изъ таблицы, встрѣчается между 21-ю и 40 годами, а изъ этого времени отъ 20 до 25-и, давъ 47 заболѣваній изъ общаго числа 202-хъ больныхъ, или 23,5⁰/о. Мужчинъ болѣе всего заболѣло отъ 20 до 25 лѣтъ, а женщинъ отъ 35 до 40-а. Близкій процентъ къ нашему по количеству заболѣваній мужчинъ ви-

димъ у д-ръ Гадзяцкаго, у котораго тоже наибольшее количество заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 20 до 25-и лѣтъ. Объясняетъ онъ это обстоятельство отчасти наплывомъ солдатъ. Послѣдній фактъ имѣетъ несомнѣнное вліяніе на наши цифры, т. к. солдатъ заболѣло 24 человекъ или 12%, кромѣ того, если изъ 40 лицъ казачьяго сословія считать по крайней мѣрѣ человекъ 20 призывныхъ, то значеніе отмѣченнаго факта станетъ еще болѣе очевиднымъ. Наконецъ болѣзнетворныя вліянія (дѣловыя и семейныя заботы и всевозможныя эксцессы), губительное дѣйствіе которыхъ по Krafft-Ebing'у наиболѣе оказывается могущественнымъ въ возрастѣ отъ 35 до 50 лѣтъ, въ степномъ краѣ при болѣе простыхъ формахъ жизни должны сказываться на людяхъ, въ болѣе раннемъ возрастѣ выступающихъ на жизненное поприще.

Интересно бы остановиться на одномъ заболѣваніи до 15-и лѣтъ и одномъ 104, но къ сожалѣнію сдѣлать это намъ не удастся, т. к. изъ скорбныхъ листовъ этихъ больныхъ, бывшихъ въ Автолинской областной лечебницѣ ничего поучительнаго ни въ клиническомъ, ни въ какомъ другомъ отношеніи извлечь нельзя.

Таблица № 9. По мѣсту рожденія и жительства

Акмолинская обл.	68	34,0	Екатеринославская	1	0,5
Неизвѣстныхъ	27	13,5	Уфимская	1	0,5
Семипалатин. обл.	24	12,0	Тамбовская	1	0,5
Тобольская губ.	22	11,0	Иркутская	1	0,5
Гномская	15	7,5	Черниговская	1	0,5
Пермская	12	6,0	Владимірская	1	0,5
Семирѣченская обл.	10	5,0	Казанская	1	0,5
Пензенская губ.	4	2,0	Самарская	1	0,5
Вятская	3	1,5	Калужская	1	0,5
Воронежская	2	1,0	Оренбургская	1	0,5
Минская	2	1,0			202
Виленская	2	1,0			
Ярославская	1	0,5			

Изъ приведенной таблицы видно, что большее число больныхъ приходится на долю Акмолинской области, именно 68 человѣкъ, или 34,0%. Если не считать Семипалатинской и неизвѣстныхъ (большая часть которыхъ, вѣроятно, придется на Акмолинскую же область и сосѣднія съ нею губернии), то слѣдующія по числу идутъ губерніи Тамбовская и Томская. Такимъ образомъ и статистически мы подтвердили отмѣченный выше фактъ переполненія больницъ преимущественно изъ этихъ губерній. Если сложить число больныхъ въ разсматриваемыхъ областяхъ, то получимъ 102 человѣка значить, на долю другихъ губерній придется 100 человѣкъ, или 49%, почти половина,—обстоятельство прямо говорящее, что больницы генераль-губернаторства праспространяютъ свое призрѣніе далеко за свои географическія границы и тѣмъ еще ностойчивѣе указываетъ на необходимость центральной окружной лечебницы.

Если сложимъ число всѣхъ больныхъ въ Сибирскихъ областяхъ и губерніяхъ и изъ 27-и неизвѣстныхъ сюда же причислимъ приблизительно 20 человѣкъ, то получимъ 180. Слѣдовательно на долю пришлыхъ изъ Европейской Россіи придется 22 человѣка, или 11,0%, процентъ довольно большой и объясняется онъ, вѣроятно наплывомъ населенія изъ Европейской Россіи съ цѣлью найти заработокъ. Число это, мнѣ кажется, съ каждымъ годомъ будетъ возрастать, вслѣдствіе увеличивающихся затрудненій въ борьбѣ за существованіе. Попадать въ Сибирь будутъ, конечно, непристроившіеся въ Европейской Россіи, а съ другой стороны усложняющаяся мѣстная жизнь для попавшихъ сюда и пострадавшихъ вслѣдствіе тѣхъ или другихъ обстоятельствъ на родинѣ послуживъ мѣстомъ новыхъ неудачъ, а слѣдовательно заботъ, огорченій и заболѣваній

Распределение больныхъ

Таблица № 10.

прибыло.

	1893				1894				1895				1896				1897			
	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%
Melancholia . . .	—	—	—	—	2	—	2	1,0	—	1	1	0,5	5	1	6	3,0	2	—	2	1,0
Mania	—	1	1	0,5	1	—	1	0,5	1	1	2	1,0	—	3	3	1,5	1	1	2	1,0
Paranoja acut. . .	2	—	2	1,0	1	—	1	0,5	—	—	—	—	4	1	5	2,5	8	3	11	5,5
— chronic. . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	3	1	4	2,0	3	—	3	1,5
Dementia secund	1	—	1	0,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—	2	1	3	1,5	2	1	3	1,5
— organica . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	2	—	2	1,0
— senilis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5
Paralys. progres.	4	2	6	3,0	8	1	9	4,5	2	—	2	1,0	5	—	5	2,5	3	—	3	1,5
Psychos. hyster. .	—	1	1	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0,5	1	1	2	1,0
— epileptic . . .	—	2	2	1,0	1	1	2	1,0	—	—	—	—	3	—	3	1,5	1	—	1	0,5
— periodicae. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	1,5	1	1	2	1,0
Delirium tremens	—	—	—	—	2	—	2	1,0	1	—	1	0,5	2	1	3	1,5	1	—	1	0,5
Imbecillitas . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	—	—	—	—	2	—	2	1,0
Idiotismus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	—	—	—	—
Особые случаи . .	1	—	1	0,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—	2	1	3	1,5	5	—	5	2,5
Неизвѣстные . . .	4	1	5	2,5	14	3	17	8,5	7	2	9	4,5	7	8	15	7,5	11	9	20	100
Здоровые	—	—	—	—	8	—	8	4,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	12	7	19		39	5	44		13	4	17		36	20	56		44	16	60	

2-ое мужинь прибыла неизвѣстно когда, въ какомъ году и съ какой дороги.

1 мужина прибылъ съ paranoja chronica въ 91-мъ году.

1 — — съ особымъ случаемъ въ 92-мъ году.

1-а женщина прибыла съ paralysis progressiv. въ 92-мъ году.

1-а женщина — съ melancholia въ 92-мъ году.

ПО ФОРМАМЪ БОЛѢЗНИ.

Осталось.

Выбыло.

Таблица № 11.

1898				1893				1894				1895				1896				1897			
М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%
					1	1	0,5	1		1	0,5					2	2	4	2,0	4		4	2,0
								1	1	2	1,0					1	1	2	1,0	1	4	5	2,5
2	1	3	1,5	1		1	0,5					1		1	0,5	3		3	1,5	8	3	11	5,5
1		1	0,5	1		1	0,5									3	1	4	2,0	3		3	1,5
2		2	1,0	1		1	0,5									2	1	3	1,5	1	1	2	1,0
2		2	1,0																				
1		1	0,5																				
1		1	0,5	2		2	1,0	3		3	2,5		1	1	0,5					3		3	1,5
	1	1	0,5						1	1	0,5						1	1	0,5	1		1	0,5
					1	1	0,5	1	1	2	1,0					1		1	0,5	2		2	1,0
																				2	3	5	2,5
								2		2	1,0	1		1	0,5	2	1	3	1,5	1		1	0,5
																1		1	0,5	2		2	1,0
																1		1	0,5				
				1		1	0,5	1		1	0,5					1		1	0,5	5		5	2,5
4	3	7	3,5	2		2	1,0	8	3	11	5,5	4	1	5	2,5	8	7	15	7,5	8	8	16	8,0
								7		7	3,5	1		1	0,5								
13	5	18		8	2	10		26	6	32		7	2	9		25	14	39		41	19	60	

1 мужчнна неизвѣстно, когда въ какомъ году выбылъ и съ какою формою.

Таблица № 12.

Умерло.

	1893				1894				1895				1896				1897			
	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%	М.	Ж.	Всего	%
Melancholia	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5	1	—	1	0,5	—	—	—	—
Mania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paranoja ac.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— chronic	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dementia secund.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— organica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,5
— senilis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paralys. progres.	2	2	4,0	—	1	1	2,0	—	2	—	2,0	—	4	—	4,0	—	4	—	4,0	—
Psychos. hyster.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— epileptic	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2,0	—	—	—	—	—
— periodicae.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Delirium tremens	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Imbecillitas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Idiotismus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Особые случаи	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2,0	—	1	—	1	0,5
Неизвѣстные	—	—	—	—	3	—	3,5	—	2	—	2,0	—	1	—	1,0	—	2	1	3,0	0,5
Здоровые	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	2	2			4	1	5		5	—	5		8	2	10		8	1	9	

2-ое мужинь умерло неизвѣстно въ какомъ году и съ какою формою.

Приступая къ разсмотрѣнію таблицъ съ распредѣленіемъ больныхъ по отдѣльнымъ формамъ заболѣванія, приходится отмѣтить прежде всего значительную относительность полученныхъ данныхъ.

Какъ видитъ читатель, большую группу въ 68 человѣкъ, или 34,0% составляютъ неизвѣстные, прибавимъ еще 6% на ошибочность сужденій, какъ съ нашей, такъ и со стороны непосредственно наблюдавшихъ, значить только 60% изъ всѣхъ 202-хъ зарегистрированныхъ получаютъ статистическое значеніе. Такой небольшой % на ошибки мы беремъ потому, что слишкомъ строго относились къ изложенному въ скорбныхъ листахъ и только наиболѣе ясные случаи зачисляли въ ту или другую форму.

Изъ всѣхъ классификацій мы выбрали предложенную С.-Петербургскимъ обществомъ психіатровъ, какъ наиболѣе упрощенную. Въ рубрику *paranoia acuta* я зачислялъ всѣ разновидности *amentiae* по Meynert'у ¹⁾. Подъ особыми случаями разумѣлись *alcoholismus chronicus*, *neurasthenia gravis*, *hypochondria*, *catatonia* и *heberphrenia*. Послѣ всего сказаннаго перейдемъ къ непосредственному разсмотрѣнію таблицъ.

Наибольшее число заболѣваній падаетъ на прогрессивный параличъ помѣшанныхъ, именно 26 человѣкъ, или 13,0%, по отношенію ко всему числу зарегистрированныхъ больныхъ. Если же не считать неизвѣстныхъ, среди которыхъ вѣроятно много было съ прогрессивнымъ параличемъ, то процентъ ихъ возрастетъ до 18,2.

Эрлицкій ¹⁾ считаетъ, что на прогрессивный параличъ приходится 30—50% всѣхъ душевныхъ заболѣваній, Krafft-Ebing ²⁾ пишетъ: „наиболѣе давняя статистика Althaus'a показываетъ, что за 1838—1840 г.г. процентъ паралитиковъ англійскихъ заведеній составлялъ 12,6, а за 1867—1871 г.

¹⁾ Meynert. Клиническія лекціи по психіатріи. Переводъ подъ ред. Ко-валевскаго 1890 г.

²⁾ Эрлицкій. Клиническія лекціи по психіатріи 96 г. стр. 333.

³⁾ Krafft—Ebing Причины развитія прогрессивнаго паралича. Обзоръ-ніе Психіатріи 97 г. № 9, стр. 645.

общее количество душевно - больныхъ увеличилось приблизительно лишь на 0,2%.

Въ концѣ 70-хъ годовъ Mendel (въ Берлинѣ) опредѣлялъ слѣдующее процентное отношеніе паралитиковъ въ заведеніяхъ:

Въ Пруссіи для мужчинъ	16,3%	для женщинъ	3,6%
Во Франціи — —	19,9	— —	8,0
Въ Англіи — —	18,0	— —	6,0

Въ сравненіи съ этими цифрами процентные отношеніе за послѣднія два десятилѣтія обнаруживаетъ въ разныхъ мѣстахъ значительный процессъ. Такъ напр. въ Баварскомъ заведеніи Деггендорфъ, получающимъ своихъ больныхъ преимущественно изъ сельскаго земледѣльческаго населенія за 1869—1074 г.г. цифры паралитиковъ составляла 9,3% для мужчинъ и 5,2% для женщинъ, а за періодъ 1885—1090 г.г. оно поднималось до 23,2% и 9,3%. Въ Нассаускомъ заведеніи Эйхбергъ число поступленій паралитиковъ почти удвоились.

Подобныя же данныя представили Suell для Ганновера, Regis для нѣкоторыхъ французскихъ заведеній, Huppert для Соксоніи, Towubvidge для Англіи.

Но еще гораздо рѣзче представляетъ возрастаніе прогрессивнаго паралича въ большихъ городахъ.

Изъ приведенныхъ мною сопоставленій явствуетъ, что за 1888—1892 г.г. процентъ поступающихъ паралитиковъ составлялъ въ Гамбургскихъ заведеніяхъ 21,5 для мужчинъ и 8,5 для женщинъ, въ Берлинскихъ 34,6 и 17,5, въ Мюнхенскихъ 36,3 и 11,2, въ Буда-пештскихъ 36,5 и 7,5 по отношенію къ общему числу поступленій. Это процентное возрастаніе соотвѣтствуетъ убыли другихъ функциональных и доброкачественныхъ психическихъ заболѣваній.

Процентное отношеніе, полученное нами, близко къ нѣкоторымъ изъ цитированныхъ цифръ. Наиболѣе оно приближается къ даннымъ Althaus'a, относящимся къ періоду времени отъ 38-го по 40-ой годъ, а также къ цифрамъ изъ заведенія Деггендорфъ, получающаго своихъ больныхъ преимущественно изъ сельскаго населенія.

шественно изъ сельскаго земледѣльческаго населенія. Въ Симферопольскихъ богоугодныхъ заведеніяхъ въ 1894 году паралитиковъ прибыло 17,8%, самое большее число въ сравненіи съ другими формами. Но принимая въ соображеніе, что въ Англіи около 40-го года, въ Баваріи въ началѣ 70-хъ годовъ и въ Таврической губерніи въ 24-мъ году экономическія отношенія и вся жизнь отличалась бѣльшимъ развитіемъ и сложностью, чѣмъ въ разсматриваемый нами періодъ, въ Степномъ генераль-губернаторствѣ, такой процентъ долженъ казаться бѣльшимъ, чѣмъ можно было ожидать. Объясненіе отчасти, мнѣ кажется, возможно найти въ слѣдующемъ предположеніи. Прежде всего трудно исключить вліяніи усложняющейся жизни въ Европейской Россіи за послѣдніе годы, а также нельзя не отмѣтить, что въ Степномъ краю сильно распространено пьянство, особенно среди казаковъ, и сифились, борьба съ которымъ, какъ профилактическая, такъ и непосредственно лечебная крайне слаба.

Такъ что, если въ другихъ мѣстахъ наиболѣе сильнымъ факторомъ являются особенныя соціальныя условія, въ Степномъ краѣ—выдвигается пьянство и предоставленный большею частью самъ себѣ сифились. Конечно, объясненіе наше чисто апіорное, но думается мнѣ, недалекое отъ дѣйствительности.

Изъ числа всѣхъ 26 паралитиковъ мужчинъ было 22 и женщинъ 4, или въ процентахъ 11% мужчинъ и 2% женщинъ. Отношеніе между полами составляло на 5,5 мужчинъ 1 женщина. Послѣднія статистическія данныя показываютъ слѣдующее: „у Jung'a, напр., это отношеніе равно 4,5: 1, у Sirverlirig'a 3,5: 1; у Kaes'a и Meynert'a 3,4: 1; но у Krafft Ebing'a оно поднимается уже со 6: 1, а у Schüle даже до 7: 1“. „Въ частности для Россіи И. Д. Ждановъ, на основаніи разбора болѣе чѣмъ 10,000 душевно-больныхъ, нашель, что нарастающій параличь у мужчинъ даетъ 13,8% поступленій, а у женщинъ 4,38% по отношенію къ другимъ душевнымъ болѣзнямъ, такъ что отношеніе заболѣваній параличемъ меж-

ду обоими полами равняется $3,15 : 1$ ¹⁾). По д-ру Грейденбергу „отношеніе между обоими полами было : безотносительное $272 : 68$ или $4 : 1$, т. е. на каждых 100 поступивших паралитических больныхъ мужчинъ приходилось 25 женщинъ, а относительное $15,15 : 8,76$ или $1,73 : 1$, т. е. на каждых 100 заболѣвшихъ параличемъ мужчинъ приходилось 58 женщинъ“²⁾). Такъ что д-ръ Грейденбергъ находигъ возможнымъ сказать, что его цифры въ сравненіи съ цифрами д-ра Жданова оказываются вдвое большими.

Такимъ образомъ отношеніе, полученное нами ближе къ таковому у Krafft-Ebing'a. Дать всему этому объясненіе довольно затруднительно. По возрасту больные паралитики распредѣлялись такъ, что наибольшее ихъ число, именно 11 человекъ, или $42,3\%$ приходится на возрастъ отъ 35 до 40 лѣтъ. Средній же возрастъ нашихъ больныхъ равенъ 41,8. Къ подобнымъ же результатамъ приходятъ и другіе авторы. Такъ „Colmeil во франціи опредѣлилъ въ 20-хъ годахъ нашего столѣтія средній возрастъ заболѣванія прогрессивнымъ параличемъ въ 44,5. Въ концѣ 80-хъ годовъ Arnaud установилъ цифру въ 39,5, Régés—38, а Kaes (Hamburg) нашелъ наибольшую заболѣваемость въ возрастѣ 36—40 лѣтъ.“³⁾ Такимъ образомъ и по нашимъ изслѣдованіямъ оказывается, что прогрессивный параличъ выхватываетъ свои жертвы въ раннемъ сравнительномъ возрастѣ. Изъ сословій наибольшее число приходится на казачье, именно 10 человекъ, или $38,4\%$ изъ числа всѣхъ паралитиковъ. По семейному положенію больные распредѣлялись такъ, что женатыхъ было 18 человекъ, или $69,2\%$. Что касается причинъ заболѣваній прогрессивнымъ параличемъ, то здѣсь, какъ и вообще у всѣхъ остальныхъ нашихъ больныхъ трудно найти что либо опредѣленное. Такъ въ трехъ случаяхъ упоминается сифились, въ одномъ сифились и пьян-

)²⁾ В. С. Грейденбергъ. Обь общемъ нарастающемъ параличѣ помѣшанныхъ у женщинъ. Врачъ 97 г. № 35.

³⁾ Krafft Ebing. Обзорѣніе психіатріи 97 г. № 9 стр. 646.

тво, въ одномъ сифились и невропатическая наслѣдственность, въ трехъ случаяхъ пьянство, въ одномъ смерть дочери, въ остальныхъ причины не обозначены. Конечно, наши больные, вѣроятно, не представляютъ исключенія изъ общаго правила. Что сифились является однимъ изъ необходимыхъ условій прогрессивнаго паралича—послѣ доклада Krafft-Ebing'a на послѣднемъ между народномъ конгрессѣ въ Москвѣ,—врядъ ли является нужда въ новыхъ подтвержденіяхъ и доказательствахъ.

Изъ таблицъ №№ 11 и 12 видно, что выбыши паралитиковъ было 11, 1 остался на 98-ой годъ и 14 умерло, значить число смертей отъ прогрессивнаго паралича равнялось нѣсколько больше, чѣмъ половинѣ, именно 53,8%. Близкій къ нашему процентъ видимъ въ Симферопольскомъ отдѣленіи для душевно-больныхъ, именно 53,0. И такъ, полученные нами данныя о прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ, какъ видитъ читатель, не противорѣчатъ таковымъ, отмѣченнымъ въ литературѣ, въ большинствѣ же случаевъ сходятся съ ни-

Въ изложеніи другихъ формъ заболѣваній мы будемъ болѣе кратки, вслѣдствіе ихъ болѣе, такъ сказать, индивидуальнаго характера, соціальное значеніе которыхъ менѣе рѣзко проявляется. Клиническая же сторона, насколько она представлена въ скорбныхъ листахъ, по нашему мнѣнію, даетъ мало матеріала, заслуживающаго особеннаго вниманія.

Болѣзненная форма, слѣдующая за прогрессивнымъ параличемъ по количеству заболѣваній есть *paranoja acuta*. Какъ уже было сказано сюда мною, согласно Meinert'у, занесены значущіяся подъ названіями: *paranoja acuta*, *mania hallucinatoria acuta*, *amentia hallucinatoria*, *amentia Meynerti*, острое галлюцинаторное помѣшательство, *stupor* и *delirium acutum*. И такъ, всѣхъ съ *paranoja acuta* поступило 19 человекъ или 9,5% по отношенію ко всему числу поступившихъ; изъ нихъ мужчинъ было 15 человекъ и женщинъ 4, что въ процентномъ отношеніи составитъ 7,5 и 2,0. Изъ этого видно, что заболѣваемость данною формою у насъ встрѣчается

чаще у мужчинъ. Смертныхъ случаевъ не было, по 28-ой годъ осталось трое, значитъ выписалось поправившимся 16 человекъ, или 84,2%. Полученный нами процентъ выздоровлений (вѣрнѣе поправлений) вполне подтверждается словами Meynert'a ¹⁾: „Исходы аменціи, пишетъ онъ, очень благоприятны въ смыслѣ излеченія. Простыя формы ея пользуются наиболѣе благоприятнымъ предсказаніемъ по сравненіи съ остальными исходами, даже и при рецидивахъ“.

Переходя къ слѣдующимъ группамъ заболѣваній, остановимся на двухъ доброкачественныхъ формахъ меланхолии и маніи. Мы видимъ, что первою заболѣло 12 человекъ или 6% общаго числа заболѣваній и второю 9 или 4,5%. По поламъ заболѣваніе распредѣлялись такъ, что мужчинъ меланхоликовъ было 9 человекъ или 4,5%, женщинъ 3 или 1,5 и маниаковъ мужчинъ 3 или 1,4% и женщинъ 6 или 3,0% къ общему числу заболѣваній. Обращаясь къ литературѣ, мы встрѣчаемъ разногласія. Такъ Эрлицкій ²⁾ говоритъ, что манія, также часта, какъ и меланхолія, наблюдаются какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. Точно также высказывается и проф. Чижъ ³⁾, У Ziehen'a ⁴⁾ читаемъ слѣдующее: „Манія, включая сюда и періодическую ея форму, представляетъ довольно рѣдкое заболѣваніе. На 100 больныхъ, находящихся на леченіи въ психіатрической клиникѣ, приходится 3—4 страдающихъ маніей. У женщинъ она встрѣчается чаще, чѣмъ у мужчинъ“.

Данныя д-ра Гадзяцкаго ⁵⁾ очень далеки отъ только что цитированныхъ словъ проф. Ziehen'a, а также не подтверждаютъ взглядовъ проф. Чижъ и д-ра Эрлицкаго. Такъ по его

¹⁾ *Meynert*. Клиническія лекціи по психіатріи. Переводъ подъ редакціею проф. Ковалевскаго 1890 г. стр. 131.

²⁾ *Эрлицкій*. Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ 96 г. стр. 219.

³⁾ *Проф. Чижъ*. Ученія записки Имп. Юріев. Универ. 1893 г. № 2.

⁴⁾ *Проф. Ziehen*. Psychiatrie. Рус. пер. 97 г. стр. 325.

⁵⁾ *Гадзяцкій*. Матеріалы для статистики душевныхъ болѣзней въ Россіи, 1893 г. стр. 12—13.

изслѣдованіямъ мрачное помѣшательство дало 25,5% заболѣваній, при чемъ мужчинъ было 218, а женщинъ 119 человекъ; процентъ заболѣваній манією равнялся 12-и, изъ нихъ мужчинъ было 78, а женщинъ 79 человекъ. Наконецъ д-ръ Игнатъевъ¹⁾ приходитъ къ такимъ результатамъ: „среди поступившихъ, пишетъ онъ, больные меланхолією составляли не менѣе—мужчины 5,7%, женщины 9,7%, больныхъ манією—мужчины не менѣе 5,4%, женщины—7,9%.

Но и при такомъ предположеніи, получающіяся отношенія остаются довольно близкими къ выведеннымъ нами выше среднимъ отношеніямъ. Какъ бы то ни было, мы вправѣ утверждать, что среди женщинъ больныхъ этими психозами значительно больше, чѣмъ среди мужчинъ (приблизительно въ 1¹/₂ раза), при чемъ манією женщины болѣютъ въ меньшемъ нѣсколько процентѣ, чѣмъ меланхолією.“ У насъ же, какъ мы видѣли, меланхолією заболѣли мужчины въ 3 раза больше, а манією женщинъ въ 2 раза. Такое разногласіе въ взглядахъ различныхъ авторовъ и небольшія цифры въ нашихъ изслѣдованіяхъ заставляютъ меня въ настоящемъ случаѣ отказать отъ попытки какихъ бы то не было объясненій и ограничиться только константированіемъ факта.

Что касается исхода этихъ заболѣваній, то всѣ страдавшіе манією выписались поправившимися, давъ такимъ образомъ 100% выздоровленій. Изъ меланхоликовъ 2-ое мужчинъ умерло, т. е., процентъ выздоровленій равнялся 83,3%.

Конечно фактъ выздоровленія всѣхъ маниаковъ является исключительнымъ, благодаря главнымъ образомъ небольшому числу больныхъ. По этому же самому и отношенія среди меланхоликовъ не имѣютъ особеннаго, даже сравнительнаго статистическаго значенія. Цифры эти, какъ и вообще всѣ выведенныя мною, могутъ быть приняты въ расчетъ, какъ подтверждающія тотъ или другой отмѣченный уже аналогичный фактъ даже на незначительныхъ цифрахъ.

¹⁾ *Игнатъевъ*. Опытъ статистическаго изслѣдованія о душевно-больныхъ въ Россіи. Вѣстникъ клинической и судебн. психіатріи 1895 г. Вып. I стр 287.

Теперь, минуя группу особыхъ случаевъ, какъ крайне неопредѣленную по составу разновидностей формъ ее составляющихъ, перейдемъ къ первичному помѣшательству (paranoja chronica) или какъ его не совсѣмъ правильно, по нашему мнѣнію, называетъ д-ръ Игнатъевъ „хроническому безсмыслию,.. Мужчинъ параноиковъ было 8 и женщинъ одна.

Здѣсь намъ кажется умѣстнымъ привести интересное наблюдение, сдѣланное д-ромъ Игнатъевымъ ¹⁾. На страницѣ 72-ой онъ пишетъ: „Болѣе высокій процентъ мужчинъ параноиковъ сравнительно съ женщинами обращаетъ на себя особое вниманіе при сопоставленіи съ процентными отношеніями больныхъ острыми формами. Въ то время, какъ среди меланхоликовъ и маниаковъ процентъ женщинъ является значительно преобладающимъ, это преобладаніе женщинъ меньше среди больныхъ аменціею, въ числѣ формъ которой бредовая форма, или такъ называемая „paranoja acuta“ составляетъ, какъ мы видѣли, приблизительно $\frac{1}{3}$ всѣхъ случаевъ аменціи. Въ „paranoja chronica“ (по терминологіи отчетовъ), т. е. въ психозѣ бредовомъ по преимуществу,—процентъ больныхъ женщинъ, какъ мы видимъ, уже меньше процента мужчинъ. Приводимое мною сопоставленіе, въ связи съ высказаннымъ объ аменціи замѣчаніемъ о меньшей заболѣваемости женщинъ острою параноїею, выясняетъ особенность въ характерѣ душевныхъ заболѣваній женщинъ сравнительно съ душевнымъ заболѣваніемъ мужчинъ: женщины въ среднемъ выводѣ заболѣваютъ чаще мужчинъ психозами съ преимущественнымъ пораженіемъ сферы чувства; мужчины же наоборотъ, болѣютъ чаще женщинъ психозами бредовыми“. Таковъ выводъ д-ра Игнатъева. Но дальше онъ оговаривается, замѣчая: „Имѣющіяся данныя къ сожалѣнію, не таковы, чтобы дать право считать указываемую особенность достаточно доказательною.“ Въ приведенныхъ мною литературныхъ справкахъ мы видѣли разногласія. Наши личныя выводы, если бы не обратное от-

¹⁾ *Игнатъевъ* Вѣстникъ Клинич. и судеби. психіатріи 96 г. Вып. 2 стр. 72.

ношеніе въ группѣ маніи, вполне соответствовали бы изслѣдованіямъ д-ра Игнатъева. Такимъ образомъ въ виду всего сказаннаго, положенія д-ра Игнатъева приходится считать апріорнымъ. Тѣмъ не менѣе положеніе это, хотя и апріорное и не подкрѣпляемое, повидимому, статистическими данными, очень привлекаетъ къ себѣ своею правдоподобностью. И дѣйствительно, повседневный опытъ учитъ насъ „что заболѣваемость вообще, а душевные болѣзнями въ особенности въ значительной степени зависятъ отъ условій нашей общественной жизни.

Вотъ что по этому поводу пишетъ М. М. Шершевскій ¹⁾ въ своей превосходной и заслуживающей всеобщаго вниманія статьѣ: „Къ симптоматологіи функціональныхъ заболѣваній“— „Условія жизни нашего времени, громадныя требованія, предъявляемыя къ ней и обусловленная этими требованіями вѣчно нарастающая борьба за существованіе—все это такія вліянія, съ которыми врачу приходится считаться, и несомнѣнно близко время, когда значеніе ихъ выразится не только неопредѣленными формами, а предстанетъ и въ видѣ опредѣленной, строго очерченной соціальной патологіи, первыя указанія на которую даны уже и теперь тѣми функціональными разстройствами, въ основѣ которыхъ лежитъ непосильная борьба за существованіе“. И такъ, продолжая, общественная жизнь до самаго послѣдняго времени была и есть такова, что на долю мужчинъ главнымъ образомъ выпадалъ умственный трудъ „*par excellence*“, женщина же жила болѣе чувствомъ. Отсюда и понятно, какая сфера душевной дѣятельности и у кого должна больше страдать.

Что касается исхода заболѣваній *paranoja chronica*, то при взглядѣ на таблицу можно придти въ нѣкоторое недоумѣніе, что изъ всѣхъ 9 человѣкъ 8 выписались и одинъ только остался. Но фактъ этотъ объясняется тѣмъ случайнымъ обстоятельствомъ, что почти всѣ выписавшіеся съ нѣкоторымъ

¹⁾ М. М. Шершевскій. Къ симптоматологіи функціональныхъ заболѣваній. Врачъ 1898 г. № 46. стр. 1338.

улучшеніемъ были отданы родственникамъ на попеченіе изъ за постоянного недостатка мѣстъ.

Полученныя цифры остальныхъ группъ заболѣваній такъ малы, что врядь ли возможно на нихъ особенно останавливаться. Намъ могутъ возразить, что число больныхъ только что приведенныхъ группъ тоже не велико и очень незначительно разнится отъ остальныхъ. На это я отвѣчу, что первыя группы возможно было соединить вмѣстѣ, выдѣляя съ одной стороны преимущественное поражение сферы чувства съ другой интеллекта; другія же группы, мнѣ кажется, труднѣе комбинировать для тѣхъ или другихъ возможныхъ изображеній, поэтому я и ограничусь упоминаніемъ о нихъ, указавъ только на бѣольшую заболѣваемость женщинъ въ истерическихъ психозахъ, а мужчинъ въ группѣ *delirium tremens*.

Переходя къ одному изъ важнѣйшихъ вопросовъ, именно причинамъ душевныхъ заболѣваній, мы, къ сожалѣнію, не будемъ въ состояніи сказать что либо опредѣленное.

Таблица № 13. Причины заболѣваній.

	Число.	%.		Число.	%.
Неизвѣстно.	134	57,1	Пьянство и испугъ	1	0,5
Пьянство.	16	8,0	Укусъ бѣш. кош. . .	1	0,5
Неблагопріят. на- слѣдственность	7	3,5	Голодь	1	0,5
Дурныя семейн. от- ношенія	6	3,0	Денежная растрата	1	0,5
Испугъ	6	3,0	Сифил. и пьянство	1	0,5
Падучая	4	2,0	Тоска по дѣтямъ . .	1	0,5
Тифъ	3	1,5	Испугъ и падучая . .	1	0,5
Разгульный образъ жизни	3	1,5	Инфлуенца	1	0,5
Травма	2	1,0	Душевн. заболѣв. . .	1	0,5
Сифились	2	1,0	Неблагоп. наслѣд. и сифилиса	1	0,5
Онанизмъ	2	1,0	Укусъ бѣшин. соб.	1	0,5
Неблагопріятн. на- слѣдственнос., онанизм. и пьян.	2	1,0	Венеричес. болѣз. . .	1	0,5
			Побои	1	0,5
			Усиленныя занятія	1	0,5
			Смерть дочери	1	0,5

Изъ прилагаемой таблицы читатель видитъ, что въ болѣе-шей части случаевъ, именно 134, или 67,0⁰/₀, на причины заболѣваній нѣтъ никакихъ указаній. Въ остальныхъ упоминаются отмѣченныя обстоятельства, но т. к. почти у каждаго больного видимъ особую причину, то понятно, что для статистическихъ выводовъ тутъ мѣста быть не можетъ. Обращаетъ на себя вниманіе фактъ укуса бѣшенною собакою и кошкою, а также голода, но за неимѣніемъ какихъ либо болѣе или менѣе точныхъ данныхъ въ скорбныхъ листахъ, случаи эти такъ и должны пропасть, не давъ ничего столь бѣдной въ этомъ отношеніи клиникѣ.

Теперь остановимся на душевно-больныхъ, живущихъ внѣ лечебныхъ завѣденій. Свѣдѣнія эти я получилъ только изъ областей Семирѣченской и Семиполатинской и то изъ послѣдней только относительно свидѣтельствовавшихся въ областномъ правленіи.

Всѣхъ свидѣтельствовалось въ Семиполатинскомъ областномъ правленіи за рассматриваемый періодъ времени 19 человекъ и Семирѣченскомъ 12, всего 31, изъ нихъ 23 мужчины и 8 женщинъ. По званіямъ они распредѣлялись такъ:

	число	%
Казачьяго сословія	7	22,4
Чиновниковъ	4	12,8
Солдатъ	2	6,4
Инородцевъ	2	6,4
Мѣщанъ	3	9,6
Офицеровъ	1	3,2
Учитель гимназіи	1	3,2
Политически-административно		
ссылный	1	3,2
Крестьянъ	1	3,2
Арестантовъ	9	28,8

Изъ этого видно, что наибольшее число падаетъ на арестантовъ и казаковъ. По національностямъ свидѣтельствовав-

шіеся распредѣлялись такъ, что русскихъ было 23 и инородцевъ 8. По возрасту и формамъ заболѣваній мы имѣемъ свѣдѣнія только изъ Семирѣческой области, вотъ они:

По возрасту

	мужчинъ,	женщинъ,	всего,	процентъ.
20—35	—	2	2	10,4
25—30	5	1	6	31,1
30—35	—	—	—	—
35—40	1	1	2	10,4
40—45	3	1	4	20,8
45—50	—	1	1	5,2
65—70	1	—	1	5,2
90—95	1	—	1	5,2
Неизвѣстно	1	1	2	10,4

19

По формамъ заболѣванія

	муж.	жен.	всего	%.
Dementia secundaria	1	3	4	20,8
Neurasthenia	2	—	2	10,4
Sclerosis multiplex	1	—	1	5,2
Dementia senilis	1	—	1	5,2
Paranoja religiosa.	1	—	1	5,2
Encephalitis chronica	1	—	1	5,2
Epilepsia	—	1	1	5,2
Psychosis periodica	1	—	5	5,2
Здоровые	4	3	7	36,4
	12	7	19.	

Такъ какъ изъ приведенныхъ таблицъ трудно сдѣлать какіе либо выводы, вслѣдствіе крайне небольшихъ цифръ, то мы ограничимся только тѣмъ, что ихъ приведемъ ради полноты.

Теперь обратимся непосредственно къ больнымъ, живущимъ въ частныхъ рукахъ, внѣ лечебныхъ заведеній. Объ нихъ мы также имѣемъ свѣдѣнія только изъ Семирѣченской области.

1. По уѣздамъ.

	мужчинъ,	женщинъ,	всего
Пржевальскій	22	2	24
Вѣрненскій	11	2	13
Ленсинскій	22	5	27
	55	9	64.

2 По званіямъ больные распредѣлялись такъ:

	число	%.
Иностранцевъ	47	70,5
Казачьяго сословія	6	8,0
Крестьянъ	8	12,0
Неизвѣстно	3	4,5
	64	

Изъ этой таблицы видно, что иностранцевъ было 47 человекъ, или 70,5%, что подтверждаетъ отчасти высказанное нами предположеніе о неохотномъ помѣщеніи иностранцами своихъ больныхъ въ лечебныя заведенія. Но съ другой стороны отмѣченный фактъ говоритъ какъ бы и за то, что среди иностранцевъ заболѣваемость душевными болѣзнями не меньшая, чѣмъ среди христіанскаго населенія. На самомъ же дѣлѣ, существуетъ, вѣроятно, отношеніе обратное. Полученныя же цифры объясняются съ одной стороны вѣроятно ¹⁾ большимъ числомъ иностранческаго населенія въ Семирѣчій, а главное неточностью статистическаго матеріала и крайне незначительными данными.

¹⁾ Намъ извѣстны только цифры осѣдлаго и кочеваго населенія, изъ которыхъ подъ первымъ показаны только Русскіе и вторымъ только киргизы, тогда какъ въ Семирѣчій живутъ еще: сарты, дунганы и таранчи.

По возрасту

			По возрасту		
	Число	%		Число	%
5—10	3	4,5	45—50	7	10,5
10—15	4	6,0	50—55	2	3,0
15—20	9	13,5	55—60	3	4,5
20—25	4	6,0	60—65	1	1,5
25—30	15	22,5	65—70	2	3,0
30—35	7	10,5	70—75	2	3,0
35—40	1	1,5	75—80	1	1,5
40—45	1	1,5	Неизвѣ.	2	3,0

64

Какъ видно наибольшее число заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 25 до 30 лѣтъ. Приблизительно съ тѣмъ же фактомъ мы встрѣтились при обзорѣннн заболѣваній въ лечебныхъ заведеніяхъ. Обращаетъ на себя вниманіе довольно большая заболѣваемость въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ. Такъ въ возрастѣ отъ 5 до 10 лѣтъ было 3 человѣка, или 4,5%, отъ 10 до 15—4, или 6,0%, что вмѣстѣ составить 7 человѣкъ, или 10,5%,—процентъ очень высокій.

„По Тэрычаму, напр. на 21,333 поступленій въ заведенія для умалишенныхъ вообще приходится 8 душевно-больныхъ дѣтей моложе 10-и лѣтъ и 1,161 между 10—20-ю годами. Delasiéub насчитываетъ между своими душевно-больными 0,9% дѣтей въ возрастѣ отъ 5—9 лѣтъ; 3,5% отъ 10—14 и 20% отъ 15—19 лѣтъ“¹⁾. Krafft Ebing²⁾ пишетъ: „Психическія разстройства въ дѣтскомъ возрастѣ, т. е. съ первыхъ лѣтъ жизни до періода полового развитія—явленіе рѣдкое“. Съ тѣмъ же взглядомъ встрѣчаемся и во всѣхъ извѣстныхъ курсахъ психіатріи. Чѣмъ же объяснить такой большой процентъ заболѣваній въ населеніи Семирѣченской области? На вопросъ этотъ мы, къ сожалѣнію, не можемъ дать

¹⁾ Дроздъ. Матеріалы для психопатологін юношескаго возраста. Вѣстникъ Клиникъ и Судебн. психіатріи 1883 г. Годъ I Выпускъ I стр. 5—6.

²⁾ Krafft Ebing Учебникъ психіатріи 90 г. стр. 194.

положительнаго отвѣта, т. к. болѣе подробныхъ свѣдѣній о заболѣвшихъ дѣтяхъ не имѣемъ. На этомъ и закончу обзорѣніе положенія душевно больныхъ въ Степномъ генераль-губернаторствѣ за періодъ времени отъ 1893-го по 1897 годъ.

Первая половина нашего труда, какъ видѣлъ читатель касалась спеціально клинической и тѣсно съ нею связанной хозяйственной стороны вопроса. Тамъ я отмѣтилъ свои хорошія стороны положенія душевно-больныхъ въ Степномъ краѣ, но не забылъ и нѣкоторыхъ темныхъ. Тамъ же я высказалъ взглядъ, что послѣднія болѣею частью происходятъ отъ нѣкотораго несовершенства во всей организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Сибири, или вѣрнѣе отсутствія организаціи, т. к. нельзя же за такую считать разсѣяныя по областямъ и губерніямъ отдѣльныя лечебницы, далекія отъ благоустройства. Устраненіе всѣхъ представленныхъ недостатковъ, повторяю, будетъ достигнуто, съ улучшеніемъ мѣстнаго пообластнаго призрѣнія больныхъ и съ устройствомъ одной центральной лечебницы, конечно въ Томскѣ. Желательно, чтобы не были забыты и земледѣльческія колоніи стали пригодныя, думается намъ, въ настоящее время для нашей русской дѣйствительности.¹⁾ Посмотримъ теперь, какіе въ общемъ можно сдѣлать выводы изъ второй части нашего труда. Тутъ мнѣ приходится оговориться; цифры наши настолько малы, что значеніе ихъ выступаетъ исключительно какъ подтверждающее тѣ или другія отмѣченныя положенія въ литературѣ. Ни не что больше претендовать онѣ не могутъ.

И такъ, число поступленій въ областяхъ Степнаго генераль-губернаторства съ годами увеличивалось и вѣроятно будетъ увеличиваться, при чемъ перевѣсъ, какъ и вездѣ былъ на сторонѣ мужчинъ. Раздѣливъ всѣхъ поступившихъ больныхъ по званіямъ, занятіямъ и образованію, мы получили

¹⁾ *Ермолюкскій*. Вопросы земскаго призрѣнія душевно-больныхъ. Обзорніе психіатріи 93 г. №№ 8 и 9.

значительное преобладаніе среди лицъ непривилегированныхъ сословій, снискивающихъ себѣ пропитаніе физическимъ трудомъ. Также мною было отмѣчена бѣлая заболѣваемость женатыхъ и замужнихъ, удовлетворительно объясняемая особенными условіями мѣстной жизни. Что касается племеннаго различія и мѣсты рожденія, то наибольшее число было русскихъ, переполненіе же больницъ отчасти обуславливалось поступлениями изъ Европейской Россіи и сосѣднихъ Табольской и Томской губерніи. Изъ всѣхъ формъ душевныхъ заболѣваній мы видѣли преобладаніе прогрессивнаго паралича, фактъ отмѣченный большинствомъ изслѣдователей. Знакомство съ другими формами даетъ намъ нѣкоторое основаніе примкнуть къ высказанному д-ромъ Игнатьевымъ предположенію, что мужчины заболѣваютъ больше бредовыми психозами, у женщинъ же поражается преимущественно сфера чувства.

Таковы въ общемъ выводы, къ которымъ привело насъ статистическое изслѣдованіе о душевно-больныхъ въ Степномъ генералъ-губернаторствѣ.

Выводы эти, какъ видѣлъ читатель, не противорѣчатъ запсеннымъ въ спеціальную литературу. Если и встрѣчаются отклоненія, то онѣ въ значительной степени объясняются мѣстными условіями, что не умоляетъ, понятво, основныхъ положеній. Положенія же эти, если не считать индивидуальныхъ и побочныхъ причинъ, находятъ себѣ достаточное объясненіе въ соціально-экономическихъ условіяхъ общества.

И дѣйствительно общество, въ которомъ господствующими силами является принципъ „laissez faire, laissez passer“, милитаризмъ, обостренность сословнаго и имущественнаго неравенства, напряженность борьбы за существованіе со всѣми губительными экономическими и нравственными послѣдствіями, должно представлять постоянный ростъ числа заболѣваній тѣлесныхъ и душевныхъ, падающихъ главнымъ образомъ на мужчинъ бѣднѣйшихъ слоевъ населенія и выхватывающихъ свои жертвы въ самомъ цвѣтущемъ возрастѣ. Приведенныя слова можно бы подтвердить ссылками на многихъ авторовъ,

но мы ограничимся упоминаніемъ только такихъ именъ, какъ Krafft—Ebing, Erb, Strümpel, Эрисманъ, Святковскій, Дементьевъ, Португаловъ, не считая, конечно, всѣхъ новѣйшихъ экономистовъ, начиная съ Радбертуса, Маркса и др. Въ заключеніе мы смѣло можемъ повторить вмѣстѣ съ Дидро: „Toute question d'hygiène est aussi une question morale,“ понимая гигиену въ самомъ широкомъ и благодѣтельномъ смыслѣ этого слова.
