

*Вологодская областная
психиатрическая больница.
1892- 1902.
Первые 10 лет.*



В 2007 году, когда Вологодская областная психиатрическая больница отмечала 115 лет со дня основания, были напечатаны воспоминания фельдшера Кирилла Филипповича Уханова. Прочитать их смогли работники больницы, наши гости и все, кому интересна история больницы. Из этих воспоминаний мы узнали о первых днях больницы, о людях, которые тогда в ней работали.

До наших дней сохранились и другие документы того времени. Часть из них хранятся в приемной главного врача, часть – в архивах. Посмотреть на них можно, но почти все они существуют в единственном экземпляре и прочитать их может не каждый. А в них столько интересного...

В этой книге мы собрали информацию о первых годах работы психиатрической лечебницы, о том, как она прожила свое первое десятилетие.

В книге использованы фрагменты фотографии «Вологодская психиатрическая лечебница в с. Кувшинове. 1899 год. Фото Л. Раевский».

Первым заведующим Вологодской земской лечебницей для душевно больных в с. Кувшинове стал Алексей Александрович Яковлев.



Он приступил к работе с октября месяца 1891 года. Проработал в Кувшиновской лечебнице до 1899 года – в течение 8 лет.

В своем первом отчете за 1891 год о работе по отделениям для душевно больных Вологодской губернской больницы Алексей Александрович Яковлев рассказывает, в каком виде он принял эти отделения.

«Можно почти без всякого преувеличения сказать, что в отделениях наших царит почти полное безделье со своим естественным спутником — скукой. За исключением нескольких больных, которые время от времени выполняют какие либо случайные работы, как например, шитье платьев на больницу, или же оказывают некоторую помощь служителям в уборке отделения, больные не делают ничего. Это обстоятельство ведет к тому, что грамотные больные почти поголовно заняты составлением и переписыванием различных просьб и прошений, которыми обыкновенно и нагружаются карманы всех посторонних посетителей больницы.

Безделье дает полный простор развитию и обострению бредовых идей, способствует обострению галлюцинаций, раздражает время от времени даже вполне спокойных хроников и, в общем итоге способствует поддержанию в отделениях того беспорядка, который временами рискует превратиться в полный хаос. Больные наполняют время взаимными спорами и пререканиями. Беспокойные рвут одежду, эпилептики устраивают заговоры, нравственно помешанные специально заняты отыскиванием повода для произведения грандиознейших скандалов в отделении и т. д. Безделье вкоренилось в больных настолько прочно, что весьма многие из них отказываясь от предлагаемой работы, непременно при этом добавляют, что они «не обязаны» работать на больницу. Всякий, исполнивший какую либо вполне мелочную работу, тотчас же возбуждает вопрос о плате, следуемой ему за его труд.

В общем, все это придает больнице общий склад старой, дореформенной, деморализованной богадельни и заставляет относиться в высшей степени осторожно к вопросу о приучении к труду нашей деморализованной массы бездельников.

Заговорив о деморализации больных отделения, я вынужден сказать несколько слов и о некоторых из тех моментов, которые хотя и кажутся не стоящими с нею ни в какой причинной связи, однако на самом деле являются в своей совокупности, весьма удобной почвой для ее развития.

Все наши больные находятся в совершенно одинаковой жизненной обстановке, мы имеем крайне узкие пределы возможности разбить их на отдельные категории, сообразно их душевным особенностям, создав для каждой из этих категорий свой особый жизненный строй, различающийся по степени относительной свободы, предоставляемой больным разных категорий, равно как и по другим моментам жизненной обстановки. Всем нашим больным живет одинаково стеснительно и плохо, ведет ли себя больной вполне прилично или же поведение его отличается распушенностью, относится ли он к одежде бережливо, или же рвет ее и пачкает, вполне ли он чистоплотен, или же назло больничной администрации стремится измазать не только себя, но и все отделение экскрементами, он все равно помещается наравне со всем остальным разнокалиберным людом, носит одинаковый с прочими безобразный желтый костюм в мужском отделении и костюм из тюфячного полосатого тика в женском, спит рядом с прочими, нередко пачкаясь против своей воли, по вине нечистоплотного соседа.

Говоря кратко, мы не имеем для наших больных никакого сдерживающего элемента, который лежал бы в самой основе нашего больничного строя, суррогаты его, имеющиеся в нашем распоряжении, отличаются слишком сильным характером случайности для того, чтобы производить на больных стойкое массовое влияние.

Люди, даже нормальные, помешанные в грубую и распушенную среду, с течением времени грубеют и деморализуются, начиная в свою очередь оказывать пагубное влияние на вступающих в их среду новичков с патологической болеющей душой, - деморализуются еще легче.

Отсюда вполне понятно явление, почему среди громадного большинства больных женского отделения нашей больницы убито вполне всякое чувство женской стыдливости, для больных не стоит ничего поднять юбки перед целым врачебным персоналом для того, чтобы указать на менструации или какой-либо синяк, причиненный больною сотоваркой.

Производится это вполне хладнокровно, без всякого эротического возбуждения, без всякого намека на желание причинить этим неприятность врачу, что убито чувство женской стыдливости и на обнажение себя перед мужчинами, больные женщины через некоторое время пребывания в отделении начинают смотреть как на дело вполне обыкновенное. Понятно, что бороться с этой деморализацией возможно лишь при условии, если, прежде всего больные вспомнят о своем человеческом достоинстве, вспомнят, что внешний мир, со всеми его человеческими особенностями не совсем закрыт для них, отделенный от них железными решетками и дверными замками отделения.

Людам, оторванным от всего человеческого и лишенным всяких радостей, нечего терять, ибо у них и без того ничего не имеется, за исключением возможности продолжать чисто растительное существование. Такие люди не станут ничего не бояться, ни стыдиться, ибо они являются стадом озлобленных и бесстыдных существ, напоминающих лишь по наружному виду прежние «образ и подобие Божие».

Безвкусная опостылевшая пища с удовлетворением расплещется по столу и стенам, безобразная одежда будет изорвана, ибо, не все ли равно быть в одном белье или же сверху прикрыться костюмом, которого боятся все посторонние наблюдатели и которого боялся, может быть, и сам больной, когда он находился еще на свободе, в среде здоровых людей; разве не все равно расплескать ли пищу по полу или же оставить ее в чашке не тронутой для того, чтобы ее служители выбросили уже на кухне. Ни в том, ни в другом случае больной не теряет ничего, но разрывая одежду, или расплескивая пищу, он находит выход своему тяжелому душевному настроению, он срывает свое озлобление на сумасшедшем доме, гнетущем его и испытывает в этом случае некоторое душевное удовлетворение.

Понятно, что при этих условиях беспорядки в отделениях будут часты и неустранимы никакими дисциплинарными мерами.

Исходя из этих соображений, нам приходится прежде всего озаботиться поднятием чувства человеческого достоинства в массе больных. Мы предоставляем больным возможно большую степень свободы сношения их с внешним миром: щедрою рукою мы дозволяем им хождение в местные приходские церкви, лишь в исключительных случаях отказываем в разрешении посещения больных родственниками, отпускаем многих из больных домой, на временное попечение родственников, отпускаем некоторых из больных за покупками в город под надлежащим надзором и пр. Во многих случаях лечебных мероприятий, сопряженных с нарушением чувства женской стыдливости, мы обращаемся за помощью фельдшерицы общей губернской больницы. Мы стараемся доставить больным максимум развлечения в форме ледяных гор, кружал, наконец, елки в сельце Кувшинове, на которой перебивала значительная часть наших больных. Кроме всего этого мы вынуждены обратить серьезное внимание и на то, чтобы вселить в больных стремление к обращению надлежащего внимания на свою внешность. С этой последнею целью нам пришлось обратиться в Управу с предложением ввести для больных мужчин черные суконные пиджаки и брюки на зиму, а для женщин — холстинковые платья. Управа согласилась с нашим предложением и перед рождественскими праздниками было закуплено около 200 аршин холстинки по разнообразным образцам, причем мы отвели возможно большую степень свободы проявлению личных вкусов больными и в выборе рисунка материала и в форме покроя костюмов.

Платья, сшитые по вкусу больных, заставляют последних относиться к себе в высшей степени бережливо. В течение 5 месяцев после этого мы не имели ни одного случая уничтожения или порчи нового платья, тогда как к прежним безобразным тюфячным костюмам больные относятся по-прежнему небрежно. Кройка и шитье платьев производились руками больных и превратили женское отделение наше недели на 2 в спокойный трудолюбивый муравейник.

Не смотря на весьма малые надежды на то, чтобы в данное время больные наши оказались способными к каким либо систематическим занятиям, мы все же рискнули завести в Кувшинове столярную мастерскую. Остановились мы именно на столярной, а не на другой какой-либо мастерской потому, что сами обстоятельства наталкивали нас на мысль о необходимости иметь при отделениях собственного столяра. Дело в том, что в отделениях наших требуются нередко различные мелочные ремонты, несвоевременной выполнение многих из этих мелочей грозит нередко крупными недоразумениями для отделения; имеется с тем переписка с конторой больницы, запаздывающие распоряжения последней и пр. неурядицы; к сожалению слишком хорошо знакомые врачам, заведующим отделениями для душевно больных, всегда и всюду являющимися пасынками для администрации общих губернских больниц — все это занимает слишком продолжительное время и ставит наши отделения в положение нередко крайне неприятное.

Наняв своего столяра на условия, чтобы он вместе со своей специальной обязанностью исполнял и общие служительские обязанности, т. е. участвовал в ночных дежурствах, в прислуживании за столом больных и пр. мы сразу избавились от целой массы мелочных недоразумений и неприятностей: вставка стекол, устройство форток, деревянных решеток в окна, всякий мелочный ремонт мебели и пр. — все это производится весьма своевременно, не говоря уже о том, лишним служителем усилился и надзор за больными, необходимость коего стоит в полной зависимости от отсутствия в Кувшинове каких-либо специальных приспособлений домов для умалишенных.

Вместе с тем оказалось, что 3 больных, знающих несколько столярное ремесло, стали охотно заниматься в мастерской и теперь мы предприняли подготовку кое-какой необходимой мебели для новых зданий лечебницы в селе Кувшинове, материалом для которых служат в большинстве случаев различные отбросы с построек, негодные для плотницких целей.

Служительский персонал наших отделений является, как и во всех неблагоустроенных домах для умалишенных весьма неустойчивым. Служители и сиделки оставляют места и по собственному желанию и потому, что некоторых из них приходится увольнять. У меня встречались случаи увольнения и за пьянство, и за непристойное поведение, и за грубое обращение с больными. Увольняя прислугу, вместе с тем сознаешь, что трудно требовать от нее более или менее добросовестного отношения к делу и надлежащей дисциплины при всей нашей теперешней неурядице и затруднительности надзора за разбросанными в разных местах отделениями.

Резюмируя все сказанное, мы видим, что общий строй наших отделений для душевно больных отличается высокой степенью неустойчивости, неопределенности и случайности.

Вместе с тем нам с ужасом приходится убеждаться, что постройкам в сельце Кувшинове не предвидится конца и что надежды на скорое переселение больных в

другие условия больничной обстановки суть надежды обманчивые. Над Кувшиновым как будто тяготеет чья-то роковая, невидимая рука, которая ставит какие-то непреодолимые препятствия к окончанию возводимых построек. Со времени начала построек число призываемых нами больных успело уже удвоиться, строящиеся дома будут в состоянии вместить лишь около половины призываемых нами в данное время больных, а здания все еще строятся и строятся.

В июне 1892 года больные все уже были сосредоточены в новых зданиях в с. Кувшинове. С октября 1992 года мы получили хозяйственную самостоятельность.

Благодаря ряду счастливых случайностей, да необыкновенной энергии со стороны средне-служебного персонала лечебницы дело переселения больных в Кувшиново и первое время их жизни здесь прошло не только без какого либо несчастья, но и без всяких особенно выдающихся неприятностей.

Новые формы быта наших душевно больных, прежде всего, выразились во введении в лечебнице массового физического труда больных.



Грубый физический труд на открытом воздухе уже издавна считается одним из кардинальнейших вспомогательных средств в терапии душевных болезней. Мышечный труд на открытом воздухе дает больному возможность испытывать на себе благотворное влияние света и чистого воздуха; он усиливает все функции организма, доставляет человеку хороший аппетит и крепкий сон, т.е. дает ему то, чего нередко не в силах доставить никакие лекарственные вещества, находящиеся в нашем распоряжении, и вместе с тем от чего зависит всецело психическое состояние больного. Мышечная работа, сосредотачивая на себе внимание субъекта – может отвлечь его от бредовых идей и при известной степени интереса работающего к процессу его деятельности – она может совершенно заглушить его

бред, - который снова вспыхнет с прежней силой, раз мы лишим больного его занятия. Мышечный труд может производить улучшение самочувствия меланхолика, - ибо он устраняет от него влияние скуки, которая присоединилась к его и без того уже тоскливому, печальному настроению, нередко доводит больного до настоящих бешеных порывов к самоизувечению. Тот же мышечный труд, предлагаемый умелою рукою возбужденному больному – служит руслом, в которое направляется болезненно повышенная энергия заболевшего, ищущая себе внешнего проявления каким бы то ни было путем и выражающаяся то в уничтожении окружающих предметов, то в драках с окружающими сотоварищами по несчастью, - то в необыкновенно энергичном разбрасывании снега лопатой, или в махании косой при косьбе, - в зависимости от того, куда направлена эта энергия окружающими больного лицами врачебного персонала.

Все это заставляет нас смотреть на физический труд не только как на лечебное средство, - хотя этого и одного уже было бы совершенно достаточно, чтобы стремиться всеми силами к тому, дабы в деле лечения душевно больных физическому труду было отведено широкое место; мы должны смотреть на работу больных, как на средство, имеющее не только чисто медицинское, но и дисциплинарное значение, - ибо подавляя бредовые идеи больных, улучшая их самочувствие, надлежащий выход болезненно усиленной энергии – физический труд дает лечебнице значительную дозу тишины и спокойствия: уменьшается число попыток на самоизувечение, реже происходят драки, уменьшается шум, нет необходимости вязать больных, наполнять ими изоляционные камеры, прибегать к крайне щедрым назначениям снотворных и пр. Лечебница перестает быть сумасшедшим домом со всеми его существующими ужасами и приобретает характер благоустроенного заведения.

Дисциплинарное значение физического труда, систематично проводимого в лечебнице, усиливается еще и тем обстоятельством, - что в ней находится значительное количество больных, болезнь которых уже прошла острой стадией, - оставила следы на психике больных, - не редко весьма значительные и неизгладимые и которые нуждаются уже не в лечении, в прямом значении этого слова, - а в известном присмотре за собою со стороны лечебного персонала, который и ставит себе задачей сохранять в таких больных от окончательного распада те остатки духовной жизни их, которые имеются еще на лицо, удержать за такими больными их образ и подобие Божие хотя бы с внешней только, чисто формальной стороны. Благотворное значение физических занятий для подобных больных – в высшей степени велико: работа вносит в их среду порядок и устраняет деморализацию, к которой столь склонен психически больной человек.

Введение физического труда больных в лечебницах представляется еще желательным и с экономической стороны. Правда – мы не имеем никакого нравственного права эксплуатировать труд больных, как доходную статью и должны на него смотреть иначе, как с чисто врачебной стороны: он должен быть для нас лишь таким же медицинским средством, каким являются ванны, бромистый калий и пр. и ни одна из уважающих себя лечебниц не допустит, чтобы на труд больных, вверенных ее попечению, смотрели иначе, как с этой точки зрения. Но все же, практика наших старейших лечебниц для душевно больных показывает, что в данном случае интересы и лечебной, и экономической стороны дела совершенно совпадают.



На основании всего этого – физическому труду больных отводится широкое место в наших лучших психиатрических заведениях.

Труд больных с течением времени распался на 4 главные отрасли:

1. Полевое хозяйство.
2. Мастерские мужского отделения.
3. Внутренние работы женского отделения.
4. Внешние работы мужского отделения.

Полевые работы начались с расчистки места под огород, для которого были нам отведены сад прежнего владельца и с доставки в Кувшиново надежного количества удобрения из города, без чего нельзя было рассчитывать на удовлетворительный результат огородного хозяйства.

Вначале работы двигались крайне туго; больные работали неохотно, нередко даже совершенно отказывались от работ, - так что опасения мои за то, что наша деморализованная масса бездельников больных должна заставить относиться врачебную администрацию крайне осторожно к делу приучения их к труду – совершенно оправдались. Пришлось из общей массы больных делать выбор более или менее добросовестных работников и создать из них отдельные небольшие рабочие кадры, организовав вместе с ним для них совершенно особый жизненный строй, ради которого эти кадры пополнились бы новыми лицами, - до сего времени отказывавшимся от исполнения ими неприятной обязанности, - работы на открытом воздухе. С течением времени больные стали привыкать к работе и наши рабочие кадры хотя и медленно, но все же неуклонно возрастали.

С наступлением осени и с прекращением огородных и полевых работ пришлось прибегнуть к организации мастерских, дабы не оставить больных уже начавших было привыкать к работе, без всякого дела.

С наступлением осенней дождливой погоды вся масса больных, вчера еще разбитая на отдельные группы, каждая занятая своим делом, сегодня уже слонялась из угла в угол по коридорам лечебницы, скучала и нетерпеливо ожидала времени, когда отопрутся спальни и можно будет идти спать.

При таких условиях надо было спешить с организацией мастерских, - как с единственной формой труда больных при условиях почти постоянного пребывания больных в стенах лечебницы.

Изо всех отраслей ремесел были мною выбраны портное и сапожное на том основании, что ремесла эти знакомы нашим крестьянам, - составляющим главный контингент больных лечебницы, чаще всех других ремесел. К этим двум типам мастерских, долженствующим таким образом служить базисом работ мужского отделения лечебницы была мною присоединена и третья мастерская – переплетная, возникшая более или менее случайно, благодаря тому, что в числе больных оказался переплетчик, взявшийся не только работать в мастерской, но и обучать больных.

Для больных, работающих в мастерских, пришлось создать особый жизненный строй, несколько отличавшийся от общего больничного строя: больным допущены некоторые льготы, ставящие их вне общего больничного порядка заведения – они имеют право пить чай в мастерской, не сходя в общую столовую, пить его, так сказать, в своей семье; им разрешено пить чай трижды в день, а не дважды, - как это допущено для остальных обитателей лечебницы; они могут отдыхать после обеда в постелях наряду с больными, работающими на открытом воздухе, чего не допускается для неработающих больных; они, наконец, получают на руки ежемесячно небольшие суммы в форме жалованья на мелкие свои потребности: табак, церковные свечи, просфоры, бумагу, на отсылку родственникам и пр. Словом, они стоят вне общего казенного режима и составляют свой особый кружок, имеющий некоторые льготы.

Специальных мастерских в женском отделении нами пока еще не заведено. Больные женщины шьют, плетут кружева, вяжут чулки, прядут и исполняют различные домашние работы как мытье полов, уборки постелей и пр.

В мастерских наших принимает участие лишь незначительный процент общего числа мужского персонала больных (около 12%).

В силу этого условия нам приходится обратить серьезное внимание на общие внешние работы, являющиеся в данном случае суррогатом полевых и огородных занятий, - работы, в которых может принимать участие значительно большее количество больных. Это последнее обстоятельство находит себе вполне удовлетворительное объяснение, во-первых, в несложном характере этих работ, не требующих, в силу этого, от больных никаких специальных сведений и, во вторых, в том, что работы эти могут служить общим массовым делом, независимым до известной степени от формы психического заболевания работающих. На основании этого мы заставляем возможно большее количество больных участвовать в возке дров, копании торфа для компостных ям, в очистке дорог и дворов, в распиливании и приборке в одно место старого хлама бывшего скотного двора и пр. с ежедневной отчетностью дежурных по больнице лиц средне-служебного персонала о том, какое количество больных участвовало в работе.

В данное время, когда составляется нами настоящий отчет, - у нас в лечебнице готовится к открытию новая мастерская: женская ткацкая. Мы имеем все основания надеяться, что дело и здесь пойдет не менее успешно, чем в мастерских

мужского корпуса.

Покончив с вопросом о работах больных — нам следует сказать об остальных новых формах быта наших душевно больных, т. е. говоря иначе о всем внутреннем строе нашей лечебнице во всей его совокупности, установленном нами с момента перехода больных в лечебницу в с. Кувшинове. Непосредственное ведение всего врачебного дела нашей лечебницы лежит на враче, заведующем ею.

Он отвечает за благосостояние лечебницы в медицинском, административном и хозяйственном отношениях и, сообразно с этим, имеет широкие полномочия в этих отношениях.

Ближайшим помощником врача в ведении больничного дела являются лица фельдшерского и надзирательского персонала, - из которых каждый является пред врачом ответственным за благосостояние своего отделения в медицинском, административном и хозяйственном отношениях, сообразно чему пользуется известной самостоятельностью в этих отношениях в пределах своего отделения.

Независимо от сего непосредственного заведывания своим отделением каждый из лиц фельдшерского или надзирательского персонала принимает участие в надзоре за правильным ходом жизни всей лечебницы при посредстве очередных суточных дежурств при лечебнице.

В виду особой важности надлежащего питания больных по отношению к их психическому состоянию, мною учреждено, независимо от общего дежурства средне-служебного персонала по лечебнице очередное дежурство на кухне. Дежурный на кухне находится в ней со времени отпуска провизии на кухню, до окончательной ее раздачи по отделениям. Он снабжается требовательными ведомостями за подписью врача по отделениям и отпускает пищу не иначе, как по надлежащей ее проверке и расчислении. Во время обеда каждый из фельдшеров и надзирателей присутствует в столовой своего отделения, удостоверяясь в том, что пища, правильно отпущенная с кухни, правильно дойдет до тех, кому она предназначена.

Больничный день распределяется в лечебнице так: в 8-м часу утра больные встают и пьют утренний чай с 1/4 фунта белого хлеба, после чая часть больных отправляется на внешние работы, часть идет в мастерские, часть выводится на прогулку, часть остается в отделениях. Ко времени окончания утренней визитации, т. е. к 12 часам больные собираются к обеду. После обеда работающие больные отдыхают в постелях в течение 1 часа времени, - остальные остаются на коридорах. Около 2 часов пополудни больные снова принимаются за работу и к 4 часам вечера снова собираются в лечебницу, - где рабочим больным предлагается второй чай. С 4 часов и до 7 больные снова выходят на воздух, в 7 часов ужинают и к 9 часам ложатся спать.

В воскресные и праздничные дни больные партиями отправляются к обедне в приходскую церковь и некоторые из них в послеобеденное время получают на руки гармонии; в последнее время нами заведено среди больных хоровое пение; больные после ужина остаются в столовой и поют хором народные песни.

В зимнее время больные пользуются катанием с ледяной горы. И некоторые бегают на коньках на нарочно устроенном для этой цели катке.

Прислуга представляла в этом году ту же неустойчивость, что и в прошлом отчетном году. Наиболее удерживаются на местах семейные служители и служанки. К сожалению, таких находится мало. При частой смене прислуги из последней не успевают выработаться умелых в обращении с больными служащих, и

в силу этого в лечебнице нередко случаи грубого обращения прислуги с больными. Летом этого года одна из сиделок была привлечена к судебной ответственности за нанесение больной Антуфьевой побоев во время помещения ее в ванну и присуждена земским начальником к 3-месячному аресту. После этого случаи самоуправства в лечебнице стали встречаться значительно реже прежнего. Несчастливых случаев в лечебнице за отчетный год не было.

Удавшихся побегов из больницы было два. В одном случае дело касалось Тотемского мещанина Т., уже выздоровевшего больного, которого через несколько дней мы намеревались препроводить на место родины с попутчиком. Больной, не дождавшись попутчика, 24 декабря ушел самовольно и по прибытии в Тотму прислал письмо с извещением о своем благополучном прибытии.

Во втором случае — ушел 30 сентября из лечебницы Тотемский мещанин М., слабоумный от рождения. Несмотря на то, что лечебница тотчас же известила о происшедшем Полицейское Управление, - больной не разыскан до сего времени. По частным известиям, больной этот находится в услужении на заводе Гелленшмидта. Так как больной этот совершенно спокоен и безопасен по отношению к окружающим и был принят в лечебницу исключительно в силу нежелания родственников иметь над ним попечение, - то мы не считаем нужным принимать какие либо особые меры к возвращению больного в лечебницу, за исключением уже принятых ранее в форме извещения о происшедшем Полицейских Управлений.

Горячешная рубаха была применена в лечебнице 6 раз. Все случаи ее применения касались буйных больных при переселении их из красного дома в Вологде в Кувшиново в июле отчетного года. Отсутствие надлежащих экипажей, пятиверстное расстояние от города, необходимость переправлять больных на пароме через реку Вологду, все это поставило нас в необходимость прибегнуть к этой нежелательной мере. По переселении в Кувшиново — горячешные рубахи сданы в цехгауз — откуда они вероятно и поступят непосредственно в ветошь.

В последующие годы в лечебнице продолжалось строительство деревянных барачков для больных, дальнейшее развитие огородного дела: строительство парников и теплиц, оборудование подвала для хранения выращенных овощей.

За лето 1895 года было заготовлено сена 480 пудов, овса 150 пудов, картофеля 234 четверти. На огороде росли брюква, капуста (белая, брюссельская, цветная, красная), свекла, морковь, огурцы (было собрано 7 тысяч штук), лук, томаты, редька, спаржа, вызрели 92 дыни и 5 арбузов.



В июле-августе 1895 года в лечебнице отмечалась эпидемия брюшного тифа. Всего заболело 6 человек, из них один служитель. Из числа заболевших двое больных умерли. В 1896 году началось переселение больных во вновь построенные деревянные бараки и избы. Одна из вновь построенных изб была отведена под столярную, сапожную, швейную и переплетную мастерские. В другой избе, отведенной под помещение 10 больных, была введена система «открытых дверей»:

«Больные, занимающиеся в мастерских, равно как и живущие в избе — пользуются почти неограниченной свободой: двери этих помещений для больных всегда открыты. Случаев злоупотребления этой свободой — до сего времени еще не наблюдалось».

Вся почти осень 1896 года была посвящена посадке кустов и деревьев. Улица, образуемая зданиями, пространства между бараками и избами были засажены кустами и деревьями, которые были выписаны из специального садового заведения или пожертвована некоторыми из соседей помещиков.

Очень остро к 1896 году стал вопрос постройки бани и прачечной при лечебнице. Первоначально для этих целей использовался небольшой флигель, который построен был из старого леса, выбранного из одной из хозяйственных построек прежнего владельца Кувшинова. Постоянная сырость и высокая температура в этих помещениях через 4 года привели к необходимости основательного ремонта.

В том же 1896 году А.А. Яковлев поднимает перед Земским собранием вопрос об оплате труда ординаторов:

«Ординатор вверенной мне лечебницы получает в год вознаграждения 1200 рублей с квартирой, отоплением и освещением. Ординатор, живя от города в 5 верстах, никак не может рассчитывать на мало мальски регулярную частную практику, - которая служила бы ему дополнением к ограниченному гонорару, особенно же если ординатор лечебницы — семейный человек. В силу этого лечебнице грозит опасность постоянно терять ординаторов, которые без сомнения будут вынуждены менять свое место на лучше вознаграждаемое служебное место и, таким образом, лечебница постоянно имеет мало опытных, привычных к делу ординаторов.



Общие жизненные условия Кувшинова таковы, что лечебница может рассчитывать на более или менее долговременную службу ординатора только при том условии, если ординатор человек семейный. Понятно, почему это так. Лечебница отстоит от города на 5 верст, т.е. почти оторвана от общества и всех его жизненных условий. Круг служащих лечебницы весьма ограничен. Врачей при лечебнице всего двое. Очевидно, что ординатор молодой, не семейный человек, не может на более или менее длительное время мириться с такою изолированной жизнью. Половину дня бывать среди душевно больных, а другую половину проводить в пустой квартире; сталкиваясь с ограниченным кружком людей, изо дня в день одних и тех же; рассуждать изо дня в день об одних и тех же условиях больничной жизни и не иметь ничего отвлекающего от этой однообразной обстановки, - все это невыносимо в течении более или менее продолжительного времени. Жить в подобных условиях может только семейный человек, имеющий свое гнездо, свои семейные интересы, которые и будут служить ему противовесом против однообразно-тяжелой больничной обстановки.

Итак, ординаторствовать в лечебнице в течение более или менее продолжительного времени может только семейный человек. Но для семейного – наше ординаторское жалованье безусловно мало. Воспитание детей, при условиях жизни в Кувшинове, есть задача весьма нелегкая и не дешевая. Детей, достигших школьного возраста, приходится отдавать или в закрытое учебное заведение, или куда-нибудь на хлеба. Все это требует больших затрат и представляется для семейного человека делом весьма нелегким.

Понятно, что без частной практики, при недостаточном вознаграждении за службу в интересах семьи ординатор будет вынужден менять свое место на лучшее при первой же возможности.».

Жизнь лечебницы в 1897 году Алексей Александрович Яковлев описывает так:

«В отчетном году в лечебнице несчастных случаев: убийств, самоубийств, тяжелых самоизувечений и пр. – не наблюдалось.

Мне все же приходится отнести к числу если не несчастных, то во всяком случае исключительных происшествий, - следующее печальное событие,

окончившееся вполне благополучно, но все же требующее упоминания о себе в годовом отчете по лечебнице.

Виновником, хотя и косвенным, этого происшествия явился я сам и обвинять кого либо из служащих в этом случае ч не имею ни малейшего права.

Дело в том, что в ноябре месяце, во время одного из моих больничных обходов, - мне пришлось пройти в отделение для буйных больных в неурочное время. Неожиданное посещение мною отделения – вызвало некоторое смятение среди служителей, сидевших за чаем в комнате для дневного пребывания больных, в котором, за отсутствием отдельного служительского помещения, служителям приходится обедать и пить чай. Торопясь разместиться по своим обычным местам – служители оставили на столе посуду, - чем и воспользовался один из больных. Быстро схватил со стола чайник, он ударил по голове другого больного (К.), хотел нанести ему и еще удар, но был после первого удара обезоружен. Поранение больного К., в форме разрыва кожи и подкожной клетчатки в лобной области оказалось настолько незначительным, что можно было обойтись даже без наложения шва. Рана зажила сама собой.

Случаев более или менее резко выраженного скорбута в лечебнице в 1897 году не было.

С июля месяца лечебницей был приглашен регент для обучения больных хоровому пению. Наконец, в последнее время у нас начинает организовываться дело больничных спектаклей, оказывающих в высшей степени благотворное влияние на массу наших больных, служащих несомненно хорошей школой, очеловечивающей служителей и служанок и вносящих в их поистине тяжелую жизнь светлые моменты и, наконец, доставляющих хорошее и полезное развлечение для нашего средне-служебного персонала, - обыкновенно принимающего на себя исполнение даваемых в лечебнице пьес.»

Одновременно в лечебнице продолжало развиваться выращивание овощей, цветов. В 1887 году сена заготовлено было уже 600 пудов, арбузов вырастили 25 штук, кроме овощей собрали 2 пуда малины и 1000 штук шампиньонов. В этом же году при лечебнице было откормлено 5 свиней, из которых 4 штуки проданы, а одна употреблена для питания больных. Овощи с Кувшиновского огорода подавались к столу начальника губернии, предводителя дворянства и других чиновников.

Результаты своей деятельности Алексей Александрович Яковлев подвел, отчитываясь перед Земским собранием в 1899 году:

«Вологодскому Земству я очень много обязан нравственно: я приобрел в Кувшинове надлежащий опыт по самостоятельному заведыванию крупным лечебным учреждением; я видел воочию, как наше учреждение быстро и неуклонно развивалось и улучшалось; как из прежних грязных, неприспособленных городских отделений для умалишенных – выростала специальная лечебница-колония; я никогда не имел повода жаловаться на отказы Земства моим, хотя и правильным, но нередко крупным требованием на нужды лечебницы, - ибо подобных отказов со стороны Земства не было. Вся моя деятельность в Кувшинове, не смотря на некоторые тяжелые стороны – отличалась полным нравственным удовлетворением, вытекавшим из сознания ее продуктивности. Время, проведенное мною на службе в Вологодском Земстве – будет для меня всегда одним из самых светлых

неизменных воспоминаний. Мои семейные обстоятельства, главным образом назревшие требования по воспитанию детей заставляют меня искать перемены места службы или деятельности».

С 1899 года заведовать лечебницей назначен врач Александр Петрович Петров, который до этого работал ординатором в этой же лечебнице.



В ноябре 1899 года в лечебнице имела место эпидемия сыпного тифа, которая продолжалась с 12 до 30 ноября, развившись в бараке для слабых и неопытных больных. Карантинные меры в отношении барака, полная изоляция его, прекращение всякого сообщения и дезинфекция, а по окончании дезинфекции - ремонт (побелка), - эти меры позволили остановить эпидемию. Для борьбы с эпидемией в лечебницу прибыл врач Н.А. Ершов, служивший до этого времени в Старо-Екатерининской больнице в Москве, и две сестры милосердия. Всего заболело 30 человек. В январе следующего года вновь появились случаи заболевания сыпным тифом, на этот раз заболевание шло из главного мужского корпуса. Справиться полностью с эпидемией удалось лишь в марте 1900 года.

Значительную часть своего отчета за 1900 год Александр Петрович Петров посвящает работе с обвиняемыми и осужденными, таких среди пациентов лечебницы накопилось к концу 1900 года 61 :

«Фиксируя внимание Губернского Земского собрания на положении лиц с судебной-уголовной ответственностью, содержащихся по гроб жизни в Кувшинове, я позволю себе указать Губернскому Земскому собранию, что люта змея пригрелась на земском бюджете. То учреждение, которое призвано карать за посягательство на

чужую собственность, само жадно прильнуло к земскому бюджету, найдя в нем неиссякаемую руду для незаконного пользования в силу лишь превратного толкования статей закона, в ущерб прямому земскому делу.

Контингент обвиняемых и осужденных, слывающих под кличкой арестантов, достиг в лечебнице в настоящее время почтенной цифры. Стоимость больного обходится Губернскому Земству с капитальным ремонтом в 200 с лишком рублей, а 40 человек обойдется около 10 тысяч рублей в год, что в течение десятилетия составит капитал в 100 тысяч рублей. Кроха не малая.

Вопрос о правильности затраты со стороны Губернского Земства на больных этого рода вполне назрел и некоторые Земства возбудили уже ходатайство перед Правительством об организации судебно-психиатрического дела в связи с пересмотром законоположений о душевно-больных в психиатрических больницах и об освобождении Земства от необязательных для него расходов на этот предмет.»

С 1902 года заведующим лечебницей стал Осип Васильевич Антекман.



Ко времени приезда в Кувшиново Осипу (Иосифу) Васильевичу Антекману исполнилось 53 года. За плечами была необычная, полная приключений, лишений и страданий жизнь.

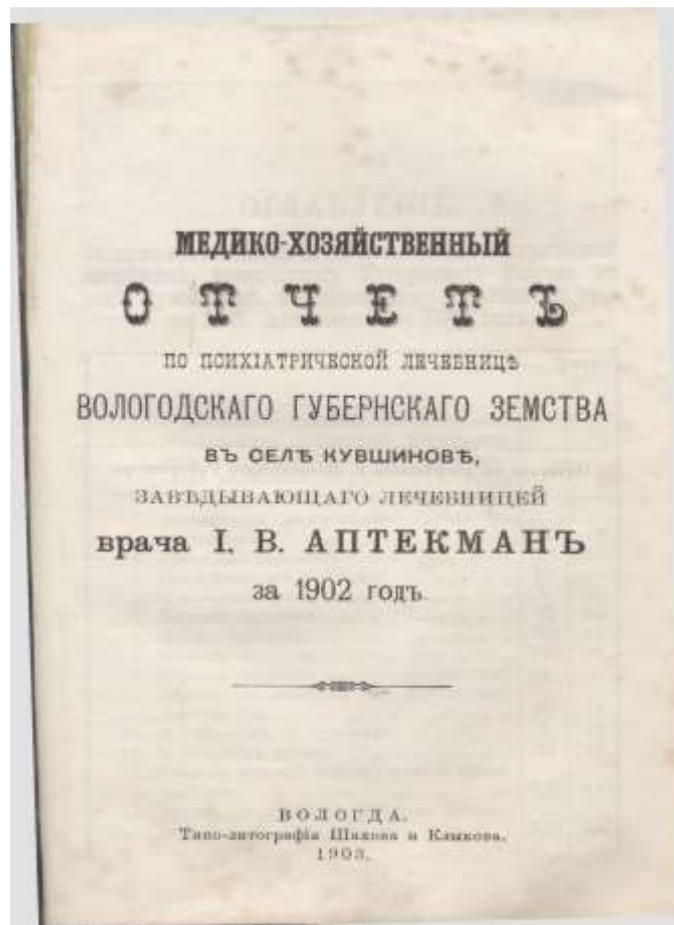
Родился О.В. Антекман в городке Павлограде (Екатеринославская губерния). Поступил в Харьковский университет в 1870 г., в 1871 г. перешёл в Петербургскую медико-хирургическую академию, участник «хождения в народ», в 1874—1875 г.г. вёл пропаганду в Псковской и Пензенской губерниях. С 1876 г. член харьковско-ростовского кружка «Земли и воли». В 1877—1879 гг. участвовал в «деревенском поселении» землевольцев (Саратовская и Тамбовская губернии), вёл революционную работу в Санкт-Петербурге. Один из организаторов «Чёрного передела» (1879), член редакции его печатного органа. Арестован 28 января 1880 г. в Санкт-Петербурге и выслан в Якутскую губернию на 5 лет, где написал первую редакцию своих записок о «Земле и воле».

После окончания ссылки завершил медицинское образование в Мюнхене (1887—1889). С начала 1890-х гг. работал земским врачом. Участвовал в создании организации «Народное право», с конца 1890-х гг. — социал-демократ. Активно

участвовал в революции 1905—1907 гг. в Виленской губернии, арестован. В 1906 г. эмигрировал в Швейцарию, был связан с меньшевиками. После начала Первой мировой войны разошёлся с ними, заняв интернационалистскую позицию. Вернулся в Россию в 1917 г. Работал врачом, принимал участие в борьбе с эпидемиями.

В Вологду приехал в 1902 году, проработал в должности заведующего лечебницей до 1903 года.

Приступив к работе в психиатрической лечебнице, О.В. Аптекман подробно проанализировал состояние дел и результаты деятельности лечебницы за первые десять лет ее существования. Приводим здесь его отчет почти полностью, чтобы показать, какой увидел лечебницу новый заведующий.



Из отчета заведующего лечебницей врача И.В. Аптекмана:

Г Л А В А I.

О размещении больных по отделениям. Коэффициенты квадратной поверхности пола и кубической емкости. Характеристика помещений.

«Хроническое зло всех земских психиатрических учреждений - это из года в год нарастающее переполнение больницы душевно больными.

Спрос населения в общественно организованном, научно поставленном призрении и лечении душевно больных не соответствует предложению со стороны

общественных учреждений, призванных отвечать на этот запрос. Это факт капитальной важности. Это весьма печально как с общественной точки зрения, т. е. с точки зрения удовлетворения насущных общественных потребностей, так и с точки зрения специально лечебной: невозможно поставить на надлежащую научную высоту лечение и призрение душевно больных в переполненных учреждениях, в которых на первый план выступает болезненная форма, вместо индивида, личности масса, группа личностей!... В таких учреждениях по необходимости господствует режим ненужной принудительности, совершенно обесцвечивающий без того опустошенную и обедневшую психику душевно-больного, господствует шаблон, рутинность и инертность. Не миновала эта чаша, к несчастью, и нашей Кувшиновской лечебницы. Горькие lamentации на чрезмерное переполнение лечебницы раздаются уже накануне, так сказать, открытия лечебницы, т.е. уже 11 лет тому назад! Врач, заведывавший тогда лечебницей, д-р А. Яковлев, горько жалуется на то, что в лечебницу, рассчитанную лишь на 80 человек (50 муж. + 30 жен.), приходится перевести 160 больных, т. е. вдвое больше против сметного числа!.. Жалобы эти не прекращаются и дальше. «1895г., - пишет д-р Яковлев, - характеризовался весьма значительной степенью скученности больных в зданиях лечебницы. 27 марта я был вынужден обратиться в Управу с ходатайством о созыве экстренного Земского собрания с целью разрешения вопроса о расширении лечебницы путем новых необходимых построек...». «Скученность больных, - продолжает доктор Яковлев, - в настоящее время достигает такой значительной степени, при которой в дальнейшем нельзя ожидать ничего утешительного». (см. «Краткий обзор деятельности Вологодского губернского земства при призрении душевно больных» д-ра А. Яковлева).

10 лет минуло со дня основания Кувшиновской лечебницы, этого единственного в губернии центрального учреждения, призванного обслуживать психические нужды населения, и сейчас, спустя 10 лет роковой этот вопрос о переполнении больницы, о крайней скученности ее, стоит перед нами, как и в начале, властно требуя от нас ответа!..

В каком состоянии находилась больница в истекшем году? Как велика была скученность в больнице? Чтобы ответить на этот вопрос объективно, мы предприняли ряд измерений объема и площади всех отделений больницы. Данные этих измерений сгруппированы нами в нижеследующей таблице. (Табл. 1-я). Считаем нужным оговориться. Коэффициенты кубической емкости и площади пола определялись нами во всех спальнях и местах дневного пребывания. В тех отделениях, где местом дневного пребывания служат коридоры, мы измеряли и эти последние, включая добытые цифры в итоги измерения спален. Не приняты лишь во внимание те коридоры, которые имеют исключительно служебный характер. За единицу емкости и площади взята сажень.

Таблица 1-я.

№№ отделений	Среднее ежедневное число больных		Объем помещения		На 1 человека		Квадратная площадь пола		На 1 человека	
	М	ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
I	53	42	142	106	2,6	2,5	63	56,5	1,1	1,2
II	50	48	127,1	138,6	2,5	2,8	65,1	76,2	1,3	1,5

III	25	31	66,6	129	2,6	4,1	37,1	62,7	1,4	2
IV	26	-	61	-	2,3	-	31,2	-	1,2	-
V	50	-	103,9	-	2	-	47,9	-	0,95	-
VIa	10	-	14,8	-	1,48	-	8,7	-	0,87	-
VIb	20	-	29,6	-	1,4	-	17,4	-	0,87	-
Итого	234	121	545	373,6	2,3	3	270,4	195,4	1,1	1,6

Проанализируем нашу таблицу. Начнем с итогов. Как показывает таблица, содержание воздуха в среднем на 1-го больного в мужских отделениях равнялось 2,3 куб. саж. Оно не только ниже той нормы, которая требуется гигиеною для соматических больных, но оно, к слову сказать, ниже даже той нормы, которая принята в военных казармах, в которых обязательно полагается не менее 2,5 куб. саж., при хорошей искусственной вентиляции. Если такова норма для самой здоровой части нашего населения, то уже а priori можно сказать, что для больных, а тем паче душевно больных, это крайне недостаточно и грозит серьезными последствиями, вытекающими из этого недостатка воздуха. Не следует забывать, что душевно-больной, прежде всего инвалид, плохо или совсем неприспособленный к окружающей среде. Недостаток приспособления или полное отсутствие его делает душевно-больного игрушкой в руках различных возбудителей внешней среды. Вспомним, как он реагирует на колебания атмосферного давления, температуры воздуха, увеличение или уменьшение атмосферных осадков и прочие метеорологические явления! Психиатрическим лечебницам хорошо известны те печальные моменты из жизни лечебниц, когда массовое возбуждение больных, массовое увеличение эпилептических припадков и прочее тянутся полосами, совпадая с теми или иными метеорологическими явлениями. Мало того. Душевно больной не только биологически выродившаяся и вырождающаяся особь, но он вместе с тем, с точки зрения патологии, и соматически больной субъект. Помимо специального заболевания центральной нервной системы, обуславливающей непосредственно душевное расстройство, у психически больного человека констатируется еще масса тяжелых телесных расстройств: болезни легких, особенно чахотка, болезни сердца и сосудов, печени, почек и проч. % душевно-больных с соматическими заболеваниями пока с точностью не определен еще. По статистике доктора Игнатьева следует считать по меньшей мере 35% душевно больных с более или менее тяжелыми соматическими заболеваниями. (Исследование о душевно больных по отчетам русских психиатр. заведений». Диссертация д-ра М.В.Игнатьева).

И далее. Смертность среди душевно больных громадна. Так, Наден, на основании сопоставления с данными о смертности населения в Баварии, приходит к заключению, что смертность душевно-больных в 5 раз больше смертности здорового населения соответственных возрастов. По вычислениям д-ра Игнатьева, в России общая смертность душевно больных в больницах приблизительно в 4,5 — 5 раз больше смертности здоровых того же возраста. Резюмируя все вышесказанное, мы приходим к следующему заключению: и биологические соображения, и клинические наблюдения, и патологоанатомические исследования, и, наконец, статистические данные приводят нас к следующему положению: душевно-больной индивид, не приспособленный или мало приспособленный к среде, душевно больной - субъект, легко ранимый, весьма предрасположенный к

разного рода тяжким телесным расстройством, а потому — в окончательном анализе, - и смертность среди душевно-больных значительно больше, чем среди здоровых того же возраста.

Принимая все это во внимание, мы выставляем следующий тезис: *нормы, рекомендуемые для здоровых людей, с целью сохранения телесного и душевного их равновесия, недостаточны для этой же цели, для душевно больных, недостаточны сугубо: ибо душевно больной вместе с тем и соматический больной, нормы же патологические не покрываются нормами физиологическими.*

Возвращаясь теперь к нашим больным, мы утверждаем на основании вышеуказанных теоретических соображений, что 2-3 куба на 1 больного мужчину представляет величину, недопустимую ни в какой больнице, а тем более психиатрической. Факты подтверждают это. В английских и шотландских психиатрических больницах приняты следующие, установленные законодательным порядком нормы: в госпитале — 5,83 куб. саж. на 1 больного, а в приюте (колонии) — 3,5 куб. саж. на одного больного. Таковы нормы на 1 больного в Гортлах. В Клейбери на одного больного приходится от 3,4 куб. саж. До 4 куб. саж. (П. Кошенко, отчет по осмотру психиатрических учреждений в западной Европе и России, выпуск 2-й). Наши отечественные психиатры тоже принимают такую меру емкости. Если принять такую норму (в среднем 4 куба), то окажется, что причитающееся на 1 больного в нашей больнице количество воздуха в 1,7 (почти в 2 раза) меньше обязательно требуемого наукой и осуществленного практикой. Какой вывод из этого следует? Чтобы восстановить в мужских помещениях нормальное отношение емкости, следует вывести из отделений 98 больных, которые теперь оказываются лишними. Такой вывод получается из данных емкости помещений. Анализ коэффициента квадратной поверхности пола помещений мужских отделений приводит в сущности к тому же: для установления нормального соотношения между площадью и числом больных, необходимо вывести из мужских отделений 84 человека.

Рассматривать женские отделения особо, как мы делали выше по отношению к мужским отделениям, мы считаем лишним, ибо придется повторять то же самое, только несколькими иными словами.

Глава II.

Группировка больных по разным категориям и распределение групп по отделениям.

А) начнем с мужских отделений.

1 мужское отделение. Здесь сгруппированы спокойные хроники и временно выздоравливающие.

Режим отделения таков: все спальни на день запираются; больные выводятся в коридоры для дневного пребывания. Конечно, такое порядком лишь терпим по необходимости, потому что в этом отделении не имеется специальной комнаты для дневного пребывания. О гигиенических достоинствах этих коридоров я уже выше говорил. В хорошую погоду больные выводятся на прогулку или на работу. Больные этого отделения систематично и настойчиво приучаются к работе. Некоторый успех в этом направлении положительно наблюдается.

II мужское отделение. Здесь помещаются полуспокойные и многие эпилептики.

III отделение. Здесь помещается группа беспокойных и буйных хроников. Сюда же направляются все вновь поступившие и все без исключения острые беспокойные. В отделении имеются две наблюдательные палаты. Все вновь поступившие укладываются в постель. Постельный режим проводится здесь систематично, но не шаблонно. Насильственное удержание больного в постели безусловно воспрещается. К изоляции мы здесь редко прибегаем, в крайних случаях лишь на несколько часов. Единственный больной, занимающий постоянно изолятор, это — старый паранойик С.П. Он ни за что не хочет приобщиться к общей жизни отделения. Раньше он был совсем недоступен, а теперь гуляет особо с прислугой по двору и в окружности Кувшинова, ходит в соседнюю церковь версты за 2-3. Думаю, что и его удастся вырвать из изолятора.

IV мужское отделение. Здесь помещаются слабые неопрятные больные. Это больные большей частью прикованные к постели, больные в которых едва-едва теплится жизнь сознания, больные медленно угасающие и физически...

Летом в хорошую погоду все больные выводятся в садик, окруженный палисадником. Слабые больные выносятся с кроватями, и более крепкие гуляют, сидят на скамейках и т. д.

От солнцепека слабые больные защищены особым образом приспособленным пологом из брезента.

V мужское отделение. Спокойные хроники и полуработники. Из этих больных рекрутируются рабочие силы для колонии и пополняются ряды последней. Режим здесь полусвободный для работоспособных больных. Работоспособные составляют здесь около 40-45% наличного числа больных.

VI отделение. Работоспособные больные этого отделения размещались в двух избах. В колонии больные пользовались системой открытых дверей в течение года. Здесь же с больными жили и чернорабочие, совместно работавшие с больными. 6 декабря 1902 года был освящен новый барак. Колония переведена туда. Насколько непривлекательно было помещение рабочих больных в названных избах, настолько теперь обстановка в новом бараке представляется удобной.

В) Женские отделения.

Женские отделения размещаются в каменном павильоне и в бараке. В корпусе находятся два отделения: I и II-е, а в бараке — III-е отделение. Уже это недостаточное число отделений указывает на значительный пробел в группировке больных по формам душевного расстройства и в размещении этих групп по разным отделениям. Минимальное число отделений, установленное психиатрической практикой, — это 4-членная группировка больных, а именно: спокойные, беспокойные, буйные и неопрятные слабые.

С увеличением числа использованных больных, все более и более выступает настоятельная необходимость в более тщательной классификации больных, в более детальной, так сказать, *индивидуализированной* их группировке, что само собою ведет к образованию большего числа отделений и под-отделений, в которых и размещаются дифференцированные таким образом группы. Чем группы в отделениях более дифференцированы, тем больше групповое, массовое третирование душевно больных уступает на задний план, тем более, вместе с тем, осуществляется возможная индивидуализация больных, что служит одним из лучших объективных показателей рациональной постановки дела призрения лечения душевно-больных.

В мужском отделении, понимая его в целом, это требование, в известной

мере реализовано.

Не то в нашем женском отделении. Обособленным и выдержанным, с точки зрения психиатрической группировки является только III женское отделение. I и II же женские, за отсутствием свободного помещения в каменном павильоне, не отличаются выдержанным характером: в обоих отделениях имеется пестрота, разнокалиберность в составе больных.

С точки зрения психиатрической, так сказать, техники, такая пестрота больных в одном отделении, представляется нежелательной и ненормальной. Дело в том, что пестрота крайне затрудняет уход за больными: работа надзирательниц и сиделок становится интенсивнее; внимание рабочих сил раздваивается и рассеивается, что делает, конечно, работу мало производительной. Производительна лишь та работа, которая совершается с наименьшей тратой сил и энергии. Всякая же лишняя трата ведет только к переутомлению работающих. Возможно ли, скажем, с одинаковым вниманием одновременно следить за больными разного патологического характера?

Есть больные спокойные, работоспособные, не требующие почти никакой опеки, есть просто спокойные - не рабочие, нуждающиеся лишь в легком надзоре, есть слабые — неопрятные, требующие тщательного физического ухода, есть, наконец, с тихими формами на депрессивной подкладке — эти требуют зоркого наблюдения и т. д.

Как же уследить за всеми этими больными, когда они сосредоточены в одном отделении?

Как организовать правильный, выдержанный режим во всем отделении — в целом?

Единственный способ реализовать в известной мере на практике эти требования, - это — увеличение штата прислуги и, в крайней необходимости, и надзирательского персонала: при большем числе рабочих сил, возможно большее разделение труда, большая дифференциация функций работающих, а с этим вместе и специализация ухода, присмотра и надзора за больными, сообразно характеру больных. Это именно и сделано во всех женских отделениях.

I женское отделение. Здесь помещаются спокойные работоспособные, спокойные нерабочие, полуспокойные и неопрятные слабые.

Слабые неопрятные помещаются в особой палате. Днем все спальни, кроме палаты слабых, запираются. Больные выводятся в коридор. Теснота, отсутствие хорошего воздуха здесь чувствуются также остро, как в мужском отделении. В этом же отделении помещается мастерская (швейная). Тесно, душно в швейной; здесь работают не только больные этого отделения, но и приходящая снизу больная.

II женское отделение. Здесь группируются работоспособные хронички, больные требующие тщательного наблюдения, т. е. вновь поступившие спокойные и депрессивные хронички.

Тон жизни в этом отделении задают спокойные работоспособные, преобладающие здесь и численно. Они группируются между собою по симпатиям, живя вместе в одних комнатах, ведут собеседования, угощают друг друга чаем и другими лакомствами, которые на свой счет покупают, радушно принимают у себя некоторых спокойных больных с I-го отделения, иной раз пьют совместно, а в последнее время организована небольшая школа грамотности бывшей учительницей, больной К. Обучение идет недурно. Во всяком случае удовлетворены обе стороны и больная учительница, нашедшая себе работу по

душе, и больные ученицы, увлекающиеся обучением грамотности. При этом отделении имеется кухня для кулинарных надобностей больных и служащих. Больным открыт свободный доступ в кухню, где они кипятят себе молоко, подогревают пищу и пекут пироги и т. д.

В общем, отделение это, не смотря на невыдержанность характера его, производит впечатление уюта, домовитости и семейственности. Правда, и здесь бывают порою весьма бурные вспышки ссор и всяческих столкновений и недоразумений, но без этого уж никак обойтись нельзя. Некоторые из больных этого отделения пользуются полной свободой движения в пределах Кувшиновской колонии. Одна из больных (статейных) этого отделения состоит с августа истекшего года палатной прислугой. Прислуга вышла отличная: надежная и толковая.

III женское отделение. Хронические беспокойные, буйные, острые больные. Преобладают хронические, запущенные, трудно дисциплилируемые. В новых больницах этого типа больных вообще мало, а если и встречаются, то это наследье или дореформенной психиатрии, или устаревшей уже. Психиатрам хорошо знакомы эти окаменевшие разновидности хронических буйных и беспокойных больных. Достаточно 3-4 таких больных в отделении и физиономия отделения становится отталкивающей. Женское буйное отделение в этом отношении представляет какой-то печальный психиатрический пережиток. Уже один план его архитектурный в виде «покоя» с 12-ю изоляторами и с единственной лишь палатой на 8 человек *maximum* представляет собой вопиющий анахронизм. Все, по-видимому, было рассчитано на то, чтобы каждую буйную или просто беспокойную непременно изолировать. Что может быть проще этой системы? Больная быстро вводится в изолятор, изолятор затемняется, двери крепко запираются — и кончен бал! Больная обнажается, пачкается, дичает, душа ее опустошается — ничего!.. Она тем не менее, остается день — другой - третий, пока настолько свыкнется со своей «одиночкой», «темной», как больные называют изолятор, что уже сами не желают выходить оттуда. Многие больные живут годами так... Еще характерная черта из прошлого. В буйном дворе, назначенном для прогулок, так-же имеются два изолятора, т. е. две переборки в деревянном заборе, без навеса, с земляным полом, - словом, какие-то два загона... При поступлении моем на службу я в первое время находил здесь то одну, то другую больную в загоне — грязными, отвратительными, валяющимися на голой, пропитанной выделениями человеческими, земле. Раз или два я был поражен, когда при ночном обходе я увидел, что больная Б. была «изолирована» в этом загоне на всю ночь. В оправдание мне с эпическим спокойствием ответили, что «больная сама просится, больная привыкла к этому, летом всегда так»... Полгода я работаю над этим отделением, но не могу сказать, положив руку на сердце, чтобы я многое сделал в противоположном смысле. Велика сила рутины. Но начало положено. Старые больные исподволь отучиваются от изоляторов и выводятся каждый день на несколько часов и более в коридор, столовую или укладываются в постель в общей (наблюдательной) палате. Некоторые больные настолько начинают привыкать к кроватям, что в настоящее время в наблюдательной палате 13 кроватей, занятых больными. Больные теперь оспаривают друг у друга кровати, ложатся вдвоем на кровать или совсем не оставляют кровати, боясь, что ее займет первая претендентка. С декабря истекшего года мы, чтобы хоть как-нибудь компенсировать вред изоляции, стали практиковать изоляцию при открытых дверях. Палатная прислуга как-будто начинает понимать,

насколько этим облегчается их работа.

За недостатком общих палат, число спящих на полу в коридорах средним числом равняется 10-12 человек. Не говорю уже о том, что это коробит эстетическое чувство, но что существеннее — это прямо не безопасно в зимнее время, когда затапливаются печи в коридорах: близость к печкам спящих на полу больных грозит опасностью пожара, с вытекающими отсюда последствиями для больных (ожоги и проч.). Кроме того, на полу страшно холодно и сильно сквозит через полярно противоположные двери центрального коридора.

Г Л А В А Ш.

Врачебный персонал.

Распределение отделений между врачами к концу отчетного года установилось такое: IV, V и VI мужскими отделениями заведовал ординатор В.В. Троицкий, бывший земский врач Грязовецкого уезда. Женскими отделениями заведовала женщина-врач Е.А. Маркова, служившая раньше в качестве ординатора в частной лечебнице для душевно больных д-ра Фрея. Мужской корпус (I, II и III отделения) находился в непосредственном заведывании врача, заведующего лечебницей.

Г Л А В А IV.

Надзирательский персонал.

Громадное значение фельдшерско-надзирательского персонала в общей организации психиатрического дела слишком уже хорошо известно, чтобы об этом распространяться здесь. Он является ближайшим исполнителем всех врачебных распоряжений, касающихся благоустройства всех отделений лечебницы.

Работа его, в особенности при той обстановке труда, которая положением вещей создана к нас, - велика и интенсивна. Нервы его треплются и обнажаются. Силы его быстро изнашиваются — в той или другой форме... Эти земские работники заслуживают полного нашего участия. Чтобы хоть как-нибудь сохранить силы надзирательского персонала, необходимо прежде всего создать такие условия труда, при которых труд его был наиболее производителен для того дела, к которому он приставлен. А это значит: прежде всего не надо его доводить до переутомления и отупения. Практически это сводится к точному определению количества больных, приходящихся на одного надзирателя. Психиатрическая практика установила определенные на этот счет нормы: в громадном числе больниц, в которых институт помощников надзирателей не введен, приходится на одного надзирателя в среднем около 30-35 больных.

I и II мужские отделения, вмещающие в себя средним числом 103 человека, находятся в заведывании надзирателя А.И. Иванова, ротного фельдшера по

образованию. Если припомнить то, что мы выше говорили, то чрезмерная, совершенно непосильная работа, выпавшая на его долю, становится очевидной для всякого непредубежденного. Ведь число больных этого отделения превышает почти втрое ту норму, которая полагается в среднем на 1 надзирателя, т. е. вместо одного надзирателя здесь должны быть три, или один с двумя помощниками. Только при последних условиях работа надзирателя действительно была бы продуктивна: надзиратель знал бы своих больных до тонкостей, не было бы недосмотров и разных пробелов, неизбежных при такой непосильной работе. В 6 часов утра надо надеяться, чтобы присутствовать при пробуждении больных от сна, при утреннем чае их, надо обязательно присутствовать на обеде, ужине больных; надо раздавать лекарства и исполнять массу дел по отделению чисто административно-хозяйственного характера и т. д. Кроме того, на надзирателе лежит еще нелегкая обязанность очередных суточных дежурств по всем отделениям, дежурства на кухне и т. д. Вся эта многосторонняя работа надзирателя так размещивает его силы, что порою получается какое-то толчение воды в ступе. И это не только специфическая особенность надзирателя I и II отделения, а одинаково применимо в большей или меньшей мере ко всем.

Обязанности у всех одинаковые и общие. Надзиратель Иванов нами взят лишь для иллюстрации. Чтобы как-нибудь облегчить положение надзирателей, я установил для них суточные отдыхи после каждого дежурства. Но нельзя сказать, чтобы этот корректив, смягчая несколько трудовое положение надзирателей, улучшил бы ведение дела в отделениях.

Можно одно лишь сказать: в такой больнице преобладает режим служительский, тон психиатрической жизни задают служители. Так дело оставаться дольше не может. Единственный исход из этого — пригласить пока на службу еще одного фельдшера, которому и поручить одно из двух отделений А.И. Иванова.

III буйным и беспокойным отделением заведует надзиратель С.В. Иванов, специально медицинского образования не имеющий. Число больных в его отделении в среднем 25.

В IV неопратно-слабом отделении надзирателем состоит фельдшер В.П. Тяпин. Он же заведует аптекой. Масса дела в слабом отделении и не мало в аптеке. Последняя сильно отрывает его от непосредственного дела, что весьма чувствительно для отделения слабых и неопратных. В дни отдыха надзирателя Тяпина страдает и отделение и аптека. Кроме фельдшера Уханова, никто не может заменить Тяпина, так как остальные надзиратели не знают аптечного дела. Но и Уханов, кроме массы работы в своем отделении, вмещающем в себя 50 человек, состоит еще делопроизводителем медицинского стола, участвует во всех дежурствах, следовательно не может всегда заменять фельдшера Тяпина в аптеке. В поселке же с 500 приблизительно жителями, как Кувшиново, нельзя ни на один час оставаться без аптекаря.

V отделение находится в ведении лекарского помощника К.Ф. Уханова. Здесь 50 больных в среднем.

VI отделением ведал надзиратель, не имеющий специальных знаний медицинских, М.А. Ионин.

Все то, что мы говорили об положении надзирателей, применяется и к надзирательницам.

По давности службы фельдшерско-надзирательский персонал

распределяется так:

К.Ф. Уханов с 1 июня 1888 года,
А.И. Иванов с 23 августа 1900 года,
М.А. Ионин с 25 апреля 1901 года,
С.В. Иванов с 21 августа 1902 года,
В.П. Типин с 1 сентября 1902 года,
А.И. Сивцова с 1 сентября 1902 года,
С.М. Верболова с 20 октября 1902 года,
М.А. Фомина с 26 октября 1902 года,
С.И. Беляева с 1 ноября 1902 года.

Г Л А В А V. О палатной прислуге.

Мы переходим к самому слабому, больному месту Кувшиновской лечебницы. Впрочем, это не исключительная особенность Кувшинова: на тяжелое и ненормальное положение прислуги больничной жалуются повсюду.

Вопрос этот более сложный, чем думают.

Низкий культурный уровень народных масс, из которых рекрутируется исключительно палатная прислуга, является на пути улучшения положения палатной прислуги большим тормозом. А между тем на палатную прислугу при современной организации психиатрического дела, при громадном переполнении больниц, при необходимости считаться экономическими соображениями всякого рода и т. д., возлагается страшно ответственная работа: она, прислуга, не только исполняет черную работу, что собственно и полагалось бы, но и уход, присмотр, надзор за больными. Другими словами, палатная прислуга в силу фактического ее положения в больнице и действительных отношений ее к больным, является не только прислугой, но и помощницей медицинского персонала. Чтобы удержать прислугу на требуемой высоте, необходимо улучшить ее положение и в материальном, и в духовном отношениях. А потому актом справедливости было бы, если бы в отношении палатной прислуги были приняты следующие меры:

1) Увеличение оклада прислуге, как в мужских, так и в женских отделениях до 10 рублей в месяц минимум. Различные оклады жалования, получаемые мужской палатной прислугой и женской, считаем положительно несправедливым. Сиделки не менее работают, чем мужчины, наоборот: ближе к истине будет сказать, что они больше надрываются в работе, ибо душевно больные женщины требуют более интенсивности в работе, чем душевно-больные мужчины — от палатных служителей. Здесь, как и во многих случаях, играет роль рутинная. Ведь уравнены же в окладах фельдшера и фельдшерицы, ординаторы мужчины и ординаторы женщины?

2) Необходимо выдавать прислуге отдельную кровать с матрацем, подушкой и постельным бельем.

3) Необходимо иметь для палатной прислуги особое внебольничное помещение, где бы могла поселиться и семейная и холостая прислуга.

При помещении должен быть обязательно общий зал для занятий по уходу за больными, для вечерних школьных занятий, для чтения с волшебным

фонарем, для увеселений (вечеринок, танцев и проч.) и, наконец, для литературных музыкально-вокальных вечеров и спектаклей.

Все это подымет прислугу вверх по культурной лестнице и не даст ей падать все ниже и ниже... Одним словом, надо приобщать палатную прислугу к высшим формам наслаждения знанием и жизнью...

4) Необходимо, по истечении 5-летнего срока непрерывной службы, увеличивать жалованье прислуги на 25%.

5) Необходимо, по истечении 15-летнего срока непрерывной службы выдавать пенсии в размере 1/2 жалованья годовичного.

6) Необходимо обеспечить прислугу, получившую тяжкое увечье во время палатной ее службы — сколько бы служба эта ни продолжалась.

Этими мерами, конечно, не исчерпывается все то, что следует делать обязательно для прислуги, чтобы ее поднять из той беспроектной ямы, в которой она теперь сидит...

Обязанности палатной прислуги в существенных чертах таковы: вся палатная прислуга, за исключением буфетчиков, буфетчиц, ванщиков и ванщиц, обязательно участвуют в дневных и ночных дежурствах.

Рабочий день прислуги в среднем за неделю не превышает 12 часов. За ночным дежурством обязательно дается суточный отдых; также дается отдых в 6 часов минимум перед каждым ночным дежурством.

Кроме суточного отдыха, мною установлены еще троякого рода отпуска: случайные, на 2-3 дня, в виду экстренной необходимости, и постоянные на 1 неделю и 2 недели. Однонедельный отпуск дается после 1/2 года службы, 2-недельный по истечении года непрерывной службы.

На случай серьезной болезни прислуги, она отправляется на излечение в губернскую больницу с сохранением жалованья.

Жалованье выдается мужской прислуге 8 рублей в месяц, женской — 6 рублей. На это жалованье не сразу поступают, а по истечении лишь 2-3-4 месяцев, смотря по данному конкретному случаю; к концу 1/2 года службы все доходят до высшего оклада. Штрафы не практикуются. Пища прислуге была мною улучшена несколько, а именно: по праздникам установлено было выдавать 1/2 ф. белого хлеба всем рабочим, как палатным, так и не палатным. Во всем остальном, в положении прислуги не произошло никаких перемен за время моей службы. Квартирный вопрос для прислуги у нас — старый, но, тем не менее, жгучий вопрос. Особенно тяжела жизнь прислуги, живущей у нас семьями — таковых у нас 9 человек служителей.

Г Л А В А VI.

Доставка больных.

Доставка больных в Кувшиновскую лечебницу находится в настоящее время в таком же хаотическом состоянии, как и 10 лет тому назад. Утвержденные Губернским Земским Собранием 19 января 1896 года Правила приема в Кувшиновскую лечебницу, по нашему мнению, не оправдали надежд, возложенных на них. Они не только не удержали нарастающего потока поступлений, но лишь в самой малой степени оказали услугу в смысле урегулирования этого потока.

Правда, доктор Яковлев в своей книге («Краткий обзор деятельности Вологодского губернского Земства по призрению душевно-больных») уверяет, что «правила эти (предложенные им) были введены в губернии и в настоящее время исполняются более или менее регулярно». Факты, к сожалению, говорят против этого. Да уже а priori можно сказать, что никакими ограничительными, репрессивными мерами нельзя задержать естественным путем назревшего запроса народа на общественную психиатрическую помощь. Это, во-первых. А во-вторых, для урегулирования этого запроса недостаточны «правила», а необходимо, прежде всего ввести психиатрическое дело в общую систему организации медико-санитарного дела во всей губернии, необходимо сделать земскую и общественную психиатрию интегральной частью целого — всего медико-санитарного строя губернии и городов.

Лучшей иллюстрацией всего сказанного служит фактически практиковавшийся способ доставки больных в Кувшиново:

От судебного ведомства (через полицию)	23 чел.
« тюремного	10 чел.
« военного	1 чел.
При отношении полиции	63 чел.
« » волостных правлений	21 чел.
« » других учреждений	67 чел.
« . . . » заявлениях врачей	20 чел.
По личной просьбе родственников и самих больных .	70 чел.
При вопросных листах исключительно	8 чел.
Без всяких документов	13 чел.

Рассматривая эту таблицу, мы видим, что первое место в доставке больных занимают различные полицейские учреждения. 28,3% больных доставлены в Кувшиново названными ведомствами. Этим учреждениям собственно мало дела до «Правил», сельские же власти и не знают их. Больные или доставляются совсем без полицейского акта или предварительного осмотра врача, или, если при акте, то с роковыми словами «опасен для себя или окружающих». Значит надо принимать больных, во что бы то ни стало, ибо решение такого щекотливого вопроса, как «опасен в общественном отношении» не всегда легко.

Второе место после полицейских учреждений занимает доставка больных по просьбе родственников — 23,6%. Эти в большинстве случаев имеют весьма смутное представление о «Правилах» и ищут в больнице или желанной врачебной помощи своим близким или избавления от того гнета, экономического и нравственного, который душевно-больной накладывает на свою семью. Третье место в доставке больных занимает сборная группа: «другие учреждения», куда входят и Уездные Земские Управы нашей губернии, и общественные и земские учреждения других губерний, а равно и другие учреждения (военные, духовные, морские и проч.). Этой группой доставлены 22,6% всех прибывших

Все же прочие учреждения, конечно, не руководствуются нашими «Правилами»

Четвертое место занимают больные, присылаемые в лечебницу по определению Судебных властей — 7,7% всех поступивших. Доставляются подобные больные также через полицию. Прием таких больных обязателен. Далее

следует доставка больных при отношении врачей (6,7%), без документов (4,3%), тюремным ведомством (3,3%), и, наконец, при вопросных листах только (2,7%).

Что касается самого способа доставки больных, то он различен. Родственники, обыкновенно доставляют больных сами и редко в сопровождении постороннего лица или представителя полиции. Наши земские учреждения доставляют больных или в сопровождении фельдшера, или надежного вполне человека. Нередко за раз доставляется несколько больных. Доставка ничего лучшего не оставляет желать. Путевые издержки за счет Губернского Земства.

Полицейские учреждения, тюремное ведомство доставляют больных со своими провожатыми (конвоем) и не всегда с соблюдением элементарных требований человеколюбия: зарегистрированы за время моей службы здесь 2 случая, когда больные были доставлены связанными бечевою и в смиренной рубашке. Желательно во имя права и справедливости, чтобы названные учреждения, доставляя к нам больных — в большинстве случаев тяжких — прикомандировывали бы к ним в качестве провожатых еще лиц медицинского образования (фельдшеров), которые обязательно имеются в этих учреждениях.

Г Л А В А VII.

Прием больных.

Самый прием больных совершается следующим образом: больного обыкновенно привозят в дежурную комнату; немедленно дается знать заведующему больницей, который сам лично принимает больного; за отсутствием заведующего, принимает один из ординаторов; больной тщательно осматривается и, с соответственными указаниями отправляется в ванную, а оттуда в наблюдательное отделение. В большинстве случаев больной взвешивается на другой день, если не оказывает этому сильного сопротивления. Температура измеряется немедленно, если больной состоянием своего здоровья внушает подозрение.

Если больной доставлен «при вопросном листе», то обыкновенно отмечаются наиболее серьезные и опасные симптомы больного и тут же сообщаются дежурному надзирателю с определенными указаниями. При доставке же больного без «вопросного листа», предварительные сведения о больном (анамнез) собирается, если только это возможно, от лиц, сопровождающих больного. Не могу не заметить здесь попутно, что в громадном большинстве случаев больные доставляются или совсем без предварительных сведений, или со сведениями, составленными крайне неполно: отсутствуют нередко такие важные сведения, как «наследственность» и «давность заболевания» и проч. Были даже случаи, когда «вопросные листы» заполнялись не врачами, как этого разумно требуют «Правила», а фельдшерами или другими лицами. Неполный же анамнез или небрежное составление его представляют важный пробел в деле лечения и призрения душевно-больных. Без анамнеза не приступает к делу и соматический врач. А тем более это необходимо психиатру.

Г Л А В А VIII.

Выписка больных. (Эвакуация их).

Выписка или эвакуация больных из лечебницы производится разными способами. Многих больных по выздоровлении их, или в светлом промежутке, или же в состоянии ремиссии, а равно с улучшением только, берут домой сами родственники. Нередко, по тем или иным причинам, родственники берут больного даже тогда, когда это по состоянию здоровья нежелательно.

Выписка больных самими родственниками обыкновенно практикуется в тех случаях, когда родственники, а следовательно и их больные, живут недалеко от Кувшинова — в соседних уездах.

В случае проезда по железной дороге или на пароходе, принимая во внимание имущественное состояние родственников, больному выдаются деньги на билет. Изредка больные сами выписываются по выздоровлении. Что касается дальних больных, то они обыкновенно не выписываются родственниками, а отправляются партиями — летом на пароходе, а зимою — на лошадях, в сопровождении надзирателя или другого надежного человека за счет Губернского Земства. В некоторых случаях мы пользуемся попутчиком, доставившим к нам больных, и через него обратно отправляем выздоровевших или отданных на попечение родственникам с пособием от Земства. Это уменьшает расходы на доставку больных. Всех больных, выписанных за счет Земства, в истекшем году было 18 человек. Израсходовано на них в итоге 452 руб.76 коп., что составляет 9 руб. 43 коп. на больного, считая в этом и путевые расходы туда и обратно на провожатых, и содержание их (харчи, ночевки).

Вообще, при всякой выписке, тем или иным путем, больного, немедленно сообщается Уездным Уpravам на предмет врачебного наблюдения на месте родины за больным. Насколько такое наблюдение фактически осуществляется, при современной организации участковой медицины в губернии, нам трудно судить. Во всяком случае, было бы весьма желательно, чтобы заведующий Кувшиновской лечебницей непосредственно вступил в сношения с участковыми врачами. Вступая с ними в правильное сношение, заведующий мог бы с выпиской больного сообщать врачам *status praesens* (настоящее состояние) при поступлении, состояние при выписке, лечение, применявшееся в больнице, возможный прогноз и меры, к которым следует прибегать в случае рецидива или ухудшения, а также лечение, если таковое необходимо продолжать и после выписки.

Г Л А В А IX.

Выписка больных на попечение родственников с пособием от Губернского Земства.

Прогрессирующее из года в год переполнение Кувшиновской лечебницы больными, давным-давно обратило на себя просвещенное внимание Губернского Земского Собрания. Вопросы о возможном выходе из этого положения обсуждались еще с 1898 года самым тщательным образом.

В числе других мер, способствующих эвакуации больных из переполненной больницы, Земским Собранием, между прочим, указано еще в 1898 году на отдачу больных родственникам с пособием в размере 3-х рублей в месяц.

Мера эта, однако, на первых порах, не увенчалась успехом: на такое

предложение откликнулась лишь одна семья.

Совместное заседание Губернской Управы с Ревизионною Комиссиею и врачами 21 августа 1900 года, в виду неуспешности предложения 1898 года, решила увеличить пособие до 5 рублей в месяц, и на такое предложение отозвались уже гораздо больше родственников. На этих условиях сдано родственникам 7 больных. В 8-м заседании 23 января 1901 года сессия XI трехлетия Губернского Земского Собрания вопрос этот снова дебатировался горячо. Собрание согласилось с Управой и постановило возвысить плату до 5 рублей в месяц.

В настоящее время больные и отдаются на попечение родственников с означенным пособием.

Из общего числа 52 больных, отданных на поруки, возвращены в больницу 3 больных.

По моему глубокому убеждению, эта мера — патронаж в собственных семьях — ничего устойчивого и прочного в себе не содержит, и рассчитывать на большой ее успех не следует. Да оно и понятно. Больные снова возвращаются в ту родную среду, которая сделала их таковыми, в ту среду, где нередко встречаются еще и другие душевно-больные — дегенфанты, истерики, падучные и проч. Но пока, за неимением другого способа эвакуации, будем с необходимыми предосторожностями практиковать этот способ.

Не могу здесь не провести параллели между патронажем в родных семьях и патронажем в чужих.

Мы отдаем последнему безусловное предпочтение.

Практика западно-европейских стран и собственный русский опыт вполне оправдал то доверие, которое этот способ призрения душевно больных внушал к себе как по теоретическим, так и практическим соображениям. Если же я сейчас не рекомендую его Вологодскому Губернскому Земству, то это по совершенно иным мотивам: я считаю его пока преждевременным, так как подходящих больных для патронажа в чужих семьях пока не имеется в наличности в нашей лечебнице.

Можно было сейчас смело отдать на патронаж 60-70 человек, но в таком случае мы бы остались без колонии.

А это значило бы разрушить то дело, которое с такой настойчивостью 10 лет организовало Вологодское губернское Земство. Только после того, как колония вполне окрепнет и твердо встанет на ноги, настанет время для реализации посемейного призрения, как одного из способов в общей системе организации призрения душевно-больных.

Г Л А В А X.

О свиданиях с больными.

Свидания даются больным ежедневно, начиная с 10 часов утра до 4-5 часов вечера — зимою и 7 часов — летом. Свидания даются только с разрешения врачей. При свидании с больным обязательно присутствует или надзиратель того отделения, где помещается больной, или же суточный дежурный в невизитационное время. Свидания вообще разрешаются широко и беспрепятственно. Если больной (-ая), к которому пришли на свидание, безпокоен или изолирован, или так слаб, что его из отделения в комнату для свидания нельзя вывести, то в таких случаях свидание, тем не менее, дается, но уже самими

врачами: родственники вводятся в отделение на 2-5 минут, с целью показать больного и успокоить родственников. Больному от этого вреда не может быть, а родственники уходят удовлетворенными. На окружающих больных, находящихся, скажем, в буйном отделении, эти свидания не оказывают тоже никакого вредного влияния. И даже наоборот: больные живо заинтересовываются новыми людьми и нередко выражают прямо свое сочувствие своему товарищу больному и участие родственникам. Приходящим на свидание к спокойным больным разрешается иметь свидание в самом помещении отделения, в комнате или палате, где больной помещается. Здесь родственники и больной устраиваются весьма удобно, семейственно: подается кипяток для совместного чаепития с угощениями. Конечно, это имеет и свои неудобства (может быть занесена зараза извне и т. п.), но положительные стороны подобных свиданий так очевидны, что не разрешать — прямо смелости не хватает. На спокойных больных свидание прямо действует обаятельно: некоторые присоединяются если не к угощению, то к беседам родственников с больными, в монотонную жизнь больничного режима, врывается таким образом свежая струя здоровой жизни...

Надо помнить, что свидание имеет 2 стороны: терапевтическую, касающуюся больных, для которых свидание должно быть целебным, и общественную, удовлетворяющую естественному чувству контроля со стороны близких к больному: родственники желают и имеют право знать, как живет их несчастному члену семьи в учреждении. Как учреждение третирует его, как течет его болезнь, какие надежды и опасения впереди и т. д. и т. д. Необходимо только, чтобы эти две стороны не пришли в конфликт между собою, а это очень легко избежать при такте, любви к больным и уважении общественного мнения со стороны врачебной администрации.

Все свидания записываются в «книгу для свиданий», куда заносятся число, месяц, лица. Пришедшие на свидание и фамилия больных.

Не могу не отметить весьма крупного неудобства, имеющего у нас в деле организации свиданий. Это — отсутствие специальной комнаты для свидания родственников с больными. В мужском, например, каменном павильоне, где в среднем помещается 108 человек, нет совсем комнаты для свидания, а родственники выдаются с больными в передней. Летом это еще, куда ни шло, но зимою — передняя становится совершенно непроходимой, так как в ней толпится масса разного народа, имеющего дело к заведующему.

В других зданиях есть кое-какие приспособления (в женском каменном павильоне в кабинете врача, в V мужском отделении — в передней, а когда холодно — в столовой и т. д.), служащая местом свидания.

Г Л А В А XI.

О пищевом режиме.

Утром в 7 часов больным дается чай с белым и черным хлебом *ad li bi tum* (сколько съест), смотря по назначению врача. В 12 часов обед с 2-х обыкновенно блюд; в 4 часа по полудня — послеобеденный чай и ужин в 7 час. (зимою в 6 час.). На ужин подается только горячее, жидкое, что от обеда; некоторым больным, смотря опять-таки по назначению врача, выдается молоко на ужин.

Рабочие больные пьют чай три раза в день: кроме того пользуются еще завтраком из одного горячего блюда; для скоромного и постного сезона

составляется особый меню завтраков. Система питания в нашей больнице смешанная, порционно-трактирная. Мы находим эту систему, при наших условиях, достаточно удовлетворительной: составляется недельное меню обеда, и затем готовятся несколько отдельных, дополнительных блюд или порций, которыми компенсируется в достаточной мере однообразие меню.

Меню составляется для так называемой у нас ординарной порции, которую получает громадное большинство наших больных. Больные, состоящие на означенной ординарной порции, получают еще дважды в день чай, и кроме того, трижды в неделю по 1/4 фун. белого хлеба в обеденное время.

Г Л А В А XII.

Главные моменты из внутренней жизни больницы.

Внутренняя жизнь лечебницы слагается из целой массы событий, фактов и явлений, неизбежно вытекающих из характера душевного строя наших больных, - из тех реакций, которые наши больные оказывают на действующие на них внешние и внутренние возбудители. Эти воздействия выражаются различно: то шумным, неудержимым двигательным возбуждением, то бурной, импульсивной агрессивностью, то наоборот, психическая реакция задерживается, уходит вглубь, замыкается в самых тайниках больной души, чтобы достигнув высшей степени напряженности, вырваться внезапным разрушительным потоком наружу... И т. д., и т. д.

А потому эта сторона жизни больницы должна бы была быть обработанной как можно полнее и подробнее. Всякая деталь во внутренней жизни психиатрического учреждения имеет свое значение. Из общей суммы таких деталей слагается физиономия больницы, ее характер.

К сожалению, в первом нашем отчете мы не можем дать полной картины внутреннего быта лечебницы, как это ни желательно.

Материал, полученный нами из «Дневников» и «Рапортов» оставляет много желать как в смысле полноты, так и определенности. А потому ограничимся возможным.

На нижеследующей таблице собраны имеющиеся у нас под руками факты, характеризующие в известной мере внутреннюю жизнь больницы.

В течение 1902 года наблюдалось следующее:

	У мужчин число случаев	У женщин число случаев
<i>Сон плохой</i>	1311	3737
<i>Бессонница полная</i>	760	206
<i>Аппетит плохой</i>	1914	833
<i>Отказ от пищи</i>	559	129
<i>Кормление зондом</i>	25	-
<i>Нечистоплотность</i>	5348	3850
<i>Нападения на больных</i>	416	215
« на прислугу	80	80
« на надзирателей (- ниц)	3	7

« на врачей	1	3
Рванье белья и платья	291	265
Битье окон	85	16
Ломка вещей	21	7
Битье посуды	10	57
Попытка к побегу	41	10
Побеги	7	9
Самоистязание	21	3
Покушение на самоубийство	2	11
Число ванн в среднем	12775	9125

Примечание: число «безпокойных» и число пользующихся постельным содержанием выражены такими, очевидно, субъективными цифровыми величинами, что я вынужден был выключить их из этой сводки.

Как ни неполна эта сводка данных, касающихся явлений жизни нашей больницы, но и она как-никак дает представление об этой жизни. Пополним ее некоторыми еще частностями:

1. 14 июня в 10 часов утра, *хронический алкоголик Жу-вин* обнаружен повесившимся в одной из пустых спален на спинке койки в петле, скрученной из штанов. В это время прислуга занималась уборкою отделения, и двери, ведущие в спальню, оказались случайно открыты.

2. 6 июля *меланхоличка Се-ва*, покушавшаяся еще 13 января этого года на самоповешение, обнаружена повесившейся на ручке дверей, ведущих из верхнего этажа в нижний. Петля сделана из крепко скрученного марлевого бинта, который больная сняла с покрытой язвами ноги своей.

3. 25 марта больной Гал-н, меланхолик, обрывком тикового одеяла затянул себе шею; 7 мая он вторично покушался удавиться.

4. 29 мая больная Гу-ва, меланхоличка, покушалась на самоубийство, затянув себе шею обрывком из платья.

5. 3 июля больная Люб-ова, меланхоличка, в 8 часов утра сделала из простыни петлю и сильно затянулась.

6. 27 июля. Больная Ох-ина с истерическим психозом оторвала кромку от рубашки, привязала ее к скобе, из свободного конца сделала петлю и сильно затянулась.

7. 28 июля. Она же оторвала от рубашки кромку, сделала петлю и под одеялом затянула ее на шее.

8. 29 июля она снова оторвала кромку от простыни, сделала петлю и затянула ее на шее под одеялом.

9. 2 августа та же больная снова из тесьмы, оторванной от рубашки, сделала петлю и затянулась под свободно повязанным на шее платком.

10. 21 сентября та же больная оборвала кромку от полотенца и обернула ею шею несколько раз очень туго.

11. 1 августа больная Леб-ева, паралитичка, сделала петлю и надела ее на шею.

12. 23 августа больная Кор-ева, эпилептической психоз, пыталась удавиться оторванной от платья оборкой.

13. 6 июля больная Пет-ская с хроническим помешательством, сделала

петлю из головного платка и пояса.

Итак, число больных, покушавшихся на самоубийство, ровно 7, а именно, 1м.+6ж. Из 6 женщин одна, Ох-ина, 5 раз покушалась.

Все эти попытки были своевременно замечены дежурившим персоналом и никаких вредных последствий для больных не имели.

Из побегов мужчин отметим наиболее характерные:

1. 18 мая больной Пог-ев, слабоумный, ушел с работы и бросился, не раздевшись в реку, в то время еще очень широкую, переплыл на другой берег и там был задержан и возвращен обратно.

2. 27 июня трое рабочих больных, сговорившись, ушли и спустя сутки были возвращены крестьянами.

3. Больной Чег-ев, (первичное слабоумие), ушел с работы 4 декабря в 5 часов вечера, а через сутки сам вернулся в лечебницу, в то отделение, в котором находился.

4. Больной Зайц-в, (периодическое помешательство) ушел с работы 14 декабря домой в Грязовец, где и остался у родных.

5. 26 августа больной Ман-ров, (вторичное слабоумие), ушел с прогулки и до сих пор не разыскан.

Из побегов женщин отметим следующие:

1. 21 июля больная Рыж-ова (*melanholia acitata*) выскочила из окна открытого изолятора, перескочила через забор, - и исчезла. 24 июля доставлена соседними крестьянами.

2. 2 декабря больная Ст-кова (*Dementio secundario*), проскользнула как-то через открытые двери, побежала куда глаза глядят — и очутилась в городе в участке. Доставлена обратно.

3. Упомянутая выше Рыж-ова, 15 декабря в 5 часов утра по недосмотру бежала из отделения, зарылась в солому, где пробыла до 7 часов. Озябшая, она окликнула проходившую мимо сиделку и вернулась обратно в отделение.

2). Соматические заболевания. Скорбут.

Наши душевно больные очень предрасположены ко всем возможным соматическим заболеваниям, как тяжелым, так и легким. К сожалению, мы не можем здесь привести статистику соматических заболеваний в нашей больнице, ибо не только такой статистики не оказалось, но просто записи серьезных больных не велось. Из выдающихся болезней я назову те, которые мне известны. В мужском отделении был один случай самопроизвольной гангрены стопы у табетика-паралитика М. Больной отправлен в хирургическое отделение губернской земской больницы, где он и поныне находится. Ампутирована голень в верхней 1/3. Исход операции, по-видимому, благоприятный, что очень редко бывает в таких случаях. Началась болезнь в форме *Mel perforant dupiod* (прободающая язва стопы) и захвачена вовремя.

Другой больной, хронический неврастеник, заболел костоедой тазовой кости и тоже находится на излечении в хирургической больнице. Была масса поражений кожи в виде бесчисленных и разнообразных трофических расстройств, но выразить их количественно, за недостатком данных не можем. Поражение туберкулезное лимфатических желез наблюдалось 2 раза.

Был один весьма интересный случай в IV мужском отделении хронической пиемии с метастатическими нарывами в суставах, в окружности сустава, под

клетчаткой и прочее. Источник пиемии — к глубокому моему сожалению, остался для нас невыясненным. Больной медленно угасал — и угас окончательно.

Самым тяжелым событием в жизни больницы в истекшем году несомненно был скорбут. Он омрачил наше существование, наложил какую-то особую печать унылости, тревоги и бессилия... Когда начался скорбут, как протекал во времени, какова была интенсивность его, - все это, опять-таки, за недостатком записей, осталось для нас неизвестным. При поступлении нашем на службу, мы, спустя несколько дней, зарегистрировали 30 случаев: 27 у мужчин и 3 у женщин. По справкам, наведенным нами, оказалось, что до этого времени (конца июня) болело около 20 чел., так что общее число установленных скорбутников можно принять за 50 человек. 50 человек скорбутников — это уже форменная эпидемия. По мнению большинства современных эпидемиологов, скорбут — заразная болезнь, хотя специфический его микроб до сих пор не открыт. Раз существует эпидемия заразной болезни, то рядом с массой ясно оформленных, вполне определившихся по характеру заболеваний, обязательно существует еще массовое заболевание людей с невыяснившимися, скрытыми формами болезни того же вида.

Это — основной закон эпидемиологии. И действительно. Помимо 30 человек, так сказать явных скорбутников, в более или менее тяжелой, но вполне типичной форме, мы каждый день открывали большое число больных с серым, тусклым, чахлым, совершенно кахектическим видом. Кто они? Это — или субъекты, перенесшие скорбут и оставшиеся для нас, врачей и надзирателей в сокровенном виде, или — субъекты, носящие в глубинах своего организма готовые или потенциальные зародыши возможного заболевания скорбутом. Сколько их было? Не знаю, точно не могу сказать, но я каждый день уходил с визитации с поникшей головой... Я об этом доложил Губернской Управе, советовался с ней; я просил у нее разрешения усилить питание больных. Конечно, Управа горячо откликнулась на мою просьбу — и усиленный пищевой режим получил свою формальную, так сказать, санкцию.

Получив поддержку от Управы, я приступил к борьбе со скорбутом. Как бороться? Верховный принцип борьбы с заразной эпидемической болезнью, это - усиленное питание всех обитателей той местности, где зараза развернула свои действия. Надо кормить больных, чтобы дать им возможность выйти победителем в борьбе их с заразой, надо кормить всех прочих, чтобы закалить их против возможности заболевания, - надо ослабить предрасположение здорового населения к заболеванию. Эта тактика борьбы и легла в основу наших мероприятий против скорбута. Но параллельно с этим мы не выпускали из виду таких мощных агентов, как свежий воздух, движение на воле, солнечный свет и тепло. Правда, лето прошлого года не очень-то благоприятствовало нам в этом отношении, но мы, что называется, ловили воздух и свет и давали его нашим больным. Одновременно с этим, чтобы локализовать заразу, мы перевели большую часть скорбутников в слабое IV отделение. Второе же мужское отделение, как очаг скорбутной заразы, было нами тщательно дезинфицировано, заново выбелено. А равно и панели заново выкрашены.

Итак, наши мероприятия выразились в следующем: усиленное питание больных свежими пищевыми продуктами, локализация заболевших, воздух, свет, движение и, наконец, дезинфекция зараженного отделения. Каковы же результаты? Принимая во внимание, что скорбут — заразная, легко рецидивирующая, нередко весьма длительная болезнь, растягивающаяся нередко на 9-10 месяцев подряд, мы

склонны думать, что нашими мероприятиями нам действительно удалось приостановить дальнейшее шествие скорбута. И действительно. В течение 5 месяцев с июля по ноябрь новых случаев заболевания не констатировано. Все бывшие скорбутники шаг за шагом, постепенно, но верно шли по пути выздоровления — и совсем выздоровели. Питание всех больных, как скорбутников, так и прочих больных значительно улучшилось. Объективным критерием этого повышения послужил для нас вес больных.

При взвешивании мужчин 15 октября оказалось следующее:

<i>137 больных прибавили в весе</i>	} <i>сравнительно с весом их 15 июля</i>
<i>54 больных потеряли в весе</i>	
<i>30 больных остались без изменения</i>	
<i>9 больных отказались от взвешивания</i>	
<i>У женщин:</i>	
<i>51 больных с прибавкой веса</i>	} <i>То же</i>
<i>25 больных с потерей веса</i>	
<i>7 человек остались стационарными</i>	
<i>35 человек по разной причине не взвешивались</i>	

В среднем на каждого из прибывших в весе 137 человек — мужчин равняется 9,1 ф. На каждого в среднем потерявшего в весе мужчину приходится минус 4,1 фунта. У женщин средний прирост равняется 6,5, а убыль 5,8 фун.

Не смотря на то, что истекшее лето было не особенно благоприятно для наших скорбутников, что лето вообще ухудшает психическое состояние больных, обостряя их душевное расстройство, не смотря на то, что в наши весовые исчисления вошли хронические больные, - не смотря на все это, мы не можем не считать результаты нашего усиленного режима достаточно удовлетворительными.

3) *Удовлетворение нравственно-религиозных и общественных потребностей больных.*

Однообразная, подневольная жизнь подрывает жизненную энергию и психическую силу наших больных. Нравственная обязанность учреждения — смягчать по мере возможности казарменную жизнь больных, вносить в нее извне побольше нормальных здоровых возбудителей душевной жизни. Конечно, здесь, как и всюду, шаблон не уместен, догматизм вреден.

Психиатры всячески избегают этого.

Для удовлетворения религиозных запросов больных по праздникам их отпускали в соседний приход. Кроме того, священник являлся по приглашению администрации к тем или другим больным, нуждающимся в духовной помощи.



Со

циальные и умственные запросы удовлетворялись так: летом устраивались на открытом воздухе совместные гулянья с танцами, песнями и угощениями. С осени стали устраиваться по праздникам и воскресным дням, как вечеринки (клубы), так и чтения с туманными картинами. Всех чтений было 6. Прочитано: Песня о купце Калашникове (2 раза), Сайгадочный (1 раз), Майская ночь (1 раз), сказка о царе Салтане и сказка о рыбаке и рыбке по 1 разу.

В этих чтениях участвует, конечно, и прислуга, как палатная (свободная), так и чернорабочие и мастеровые с семьями и детьми — вообще служащие.

Чтения вообще очень нравятся больным, но больше, несомненно, пользы, действительной пользы, они приносят прислуге и служащим.

Нередко в будни больные собираются в кружок в своих отделениях и поют хором под руководством прислуги или надзирателя.

Раз в мужском каменном корпусе нами было устроено особое чтение с туманными картинами (Лермонтов. «Песня о купце Калашникове») для больных I, II и III отделений, не участвовавших по причине их душевного состояния в общих чтениях.



Умственные и эстетические потребности больные удовлетворяют чтением книг иллюстрированных, газет и журналов. Нередко кто-либо из больных читает вслух, а остальные слушают. Многие особенно жадно читают Евангелие и молитвенник. К услугам больных — карты и шашки для игр.

По воскресным дням и праздникам больные небольшими группами в 3-4 человека отправляются в город — погулять и чаю напиться, для чего им из жертвенных сумм выдается некоторая сумма (10-20 копеек на одного). Некоторым больным дается отпуск на 1-2-3 дня. В общем, здесь отпуска, по-видимому, не практиковались особенно широко. Был раз приглашен перед Рождеством граммофон; давались исключительно народно-русские песни и оркестровая музыка — все доступное для больных. На Рождестве была устроена обычная елка с угощениями, танцами, пением и музыкой. На другой день крещения приглашен был народный театр (Скоморох). Наша публика была в восхищении.

В 1902 году выписывались лечебницей следующие газеты и журналы общего содержания:

- 1) Журналы «Нива» с приложениями
- 2) « « «Родина» с приложениями
- 3) « « «Природа» и «Люди» с приложениями
- 4) « « «Новое дело»
- 5) « « «Русский паломник»
- 6) « « «Русское богатство»
- 7) « « «Юный читатель»
- 8) « « «Отдых»
- 9) « « «Журнал для всех»

- 10) Газеты «Северный край»
- 11) « «Русское слово» с «Искрой»
- 12) « «Биржевые ведомости».



Из приложений «Нивы» и других журналов образовалась у нас небольшая библиотечка, которой пользуются служащие, кое-кто из палатной прислуги, больные и т. д. К сожалению, точная запись всех читающих больных и прислуги не заведена пока у нас.

Заговорив об общей библиотеке, я не могу умолчать о нашей медицинской. Это — жалкое собрание одних старых медицинских газет и журналов на русском языке. Иностранных газет и журналов, как общемедицинского, так и специально психиатрического не имеется в нашей библиотеке. За исключением капитального Курса Психиатрии покойного С.С. Корсакова, нет почти никаких серьезных монографий по психиатрии ни на русском, ни на иностранных языках. В конце декабря из остатков приобретены два сочинения Крафт-Эбинга: Курс психиатрии и судебная психопатология. Вот и все. Все прочее, не преувеличивая, представляет собой книжный хлам, не имеющий никакой цены. Не скажу, чтобы такое явление для общественного учреждения, тратящего ежегодно на свое содержание десятки тысяч рублей, можно-бы назвать нормальным.



10 лет существует симпатичное и важное земское учреждение, единственное во всей губернии — Кувшиново, и в этом учреждении не заложен даже фундамент специально-научной психиатрической библиотеки. Если у врача нет своих собственных книг, то он совершенно лишен возможности освежить теоретически свои познания, делать ту или другую необходимую справку и т. п. Я не знаю ни одного земского психиатрического учреждения, в котором не имелась бы фундаментальная библиотека. Я не знаю ни одной психиатрической больницы, которая бы не выписывала с 1\2 десятка лучших психиатрических журналов на немецком, французском и английском языках.

К слову сказать, лично для меня отсутствие иностранной психиатрической литературы — тяжелое лишение. Но дело, конечно, не в личности. Современный научно-образованный врач, психиатр и не психиатр, положительно практически не может обойтись без непрерывного сношения с врачебной мыслью на Западе. Учреждение общественное, как больница, должна быть обставлена всеми необходимыми научными пособиями для того, чтобы работающие на это учреждение врачи стояли на высоте теоретико-практического знания. Общественные и земские учреждения сами хорошо это сознают, и систематические правильные командировки с научными целями, все более и более приводятся в жизнь названными учреждениями. Вологодское Губернское Земство, всегда чутко отзывающееся на общественные нужды. В ближайшем будущем выступит и на этот путь по отношению к своим специальным служащим. Кувшиновская же лечебница

пока просит весьма немного: ассигновать единовременную сумму в 100 рублей на образование фундаментальной библиотеки. Отсутствие такой библиотеки — аномалия. Молодой врач, попавший на службу в Кувшиново, рискует растерять все те небольшие знания по психиатрии, которые получил в университете.

Из медицинских журналов общих и специальных в истекшем году выписывались следующие:

- 1) Вопросы нервно-психиатрической медицины.
- 2) Обзорение психиатрии и неврологии.
- 3) Русский медицинский вестник.
- 4) Фельдшер с медицинским журналом.
- 5) Журнал Корсакова.



Г Л А В А XIII.

Аптека, лекарства и аптечные принадлежности.

Аптека помещается в отдельном домике, занимая одну лишь небольшую комнату.

Тесно, повернуться негде: летом душно, зимою до того все замерзает, что работать трудно.

Кладовой, где бы можно сохранить все, что полагается впрок, не имеется.

Специального служителя при аптеке не имеется, а для этой цели отрывается от очередной работы один из наличных служителей 4 отделения.

А между тем работы в аптеке ежедневно много.

Всего на лекарственные вещества, аптечные принадлежности, обеззараживающие вещества и перевязочные средства и проч. израсходовано 1052 рубля 20 копеек. Количество рецептов в Кувшиновской лечебнице было в истекшем году 4612 номеров. Распределяются они, номера, так:

По мужским отделениям 2057
По женским отделениям 1623

Частные номера распределяются так:

Для служащих в лечебнице 905 номер.
Для жителей ближайших деревень 27 «

Стоимость каждого рецепта, считая и частные номера, равна 22,8 коп.

Мы не знаем, сколько в предыдущие годы стоил каждый рецепт. Судя по стоимости одного номера в других психиатрических больницах (например, в Смоленской, стоимость одного номера в 1897 году была равна 31 коп., а в некоторые годы доходила даже до 41 коп.), можно нашу величину стоимости считать умеренной.

Следует принять во внимание, что наш психиатрический номер

предназначен, как правило, для целого отделения в среднем на 30-35 человек, так что стоимость нашего номера на самом деле весьма мала. Да и вообще наше сметное назначение на аптеку весьма мало. По данным практики земских больниц расход этот равняется 5 руб. 39 к. в среднем на человека. В городских больницах расходуется по 6 руб., а в правительственных — 8 руб. 14 коп. на человека. По смете же истекшего года (900руб.) приходится в Кувшиновской лечебнице на 1 больного (350 сметн. больных) 2 руб. 56 коп. Из лекарств чаще всего употребляются успокаивающие и снотворные: *Natrii bromati*, *Kalii bromati*, *Opii pulverati*, *Morfii muriatiei*, *Sulfonal* и др. Средним числом получали снотворные у нас только 3,8 или круглым счетом 4 чел., т.е. 0,61% всего числа пользовавшихся в истекшем году в Кувшиновской лечебнице. Эти цифры наглядно показывают, что мы сильно избегаем употребления снотворных и считаем химический *resfrain* весьма и весьма нежелательным терапевтическим агентом при лечении душевно больных.

Г Л А В А ХІУ.

Статистика движения больных.

В виду 10-летнего существования Кувшиновской лечебницы, не безинтересным представляется бросить ретроспективный взгляд на динамику больных, имевшую место в этот 10-летний период.

Годы	Состояло	Прибыло	Пользован о	Выбыло	Умерло
1893	150	184	334	152	46
1894	152	207	389	162	10
1895	227	201	428	180	31
1896	248	235	483	209	42
1897	274	287	561	291	49
1898	270	269	539	237	49
1899	302	258	560	257	56
1900	303	278	581	255	53
1901	326	302	628	275	67
1902	353	296	649	291	53

Проанализируем теперь данные этой таблицы, пополняя их, где понадобится, цифровыми, не вошедшими в таблицу, величинами. Из анализа этой таблицы следует:

1. Числа годовых поступлений больных, за исключением лишь 4-х лет 1895, 1898, 1899 1902 — возрастали из года в год и за десятилетний период дали общее увеличение в слишком полтора раза (1,6) — с 184 до 296, т. е. на 60,8%.

2. Числа всех пользовавшихся тоже прогрессивно, - за исключением лишь одного 1898г., - нарастали из года в год и за десятилетний промежуток времени дали увеличение в 2 почти (1,9) раза, т. е. на 94,3 %.

3. Числа годовых выбытий (выписок) также обнаруживали явную тенденцию — за исключением лишь двух годов — 1898 и 1900г. — к нарастанию и за тот же период также дали общее увеличение в 2 почти раза.

4. Обмен больных в отделениях, хотя и всегда был довольно живой, но вследствие постоянного превалирования — за исключением лишь 1897 года — поступавших над выбывшими, число оставшихся к концу каждого года больных непрерывно и прогрессивно возрастало и за 10 лет почти удвоилось с 182 до 358.

5. Отношение между полами в среднем за 10 лет равняется как 2:1, т.е., мужчин и поступало и выбывало ежегодно в среднем в 2 раза больше, чем женщин.

6. Средний % смертности за 10 лет — 9,25.

7. Числа проведенных больными дней естественно, с каждым годом возрастали, и за 10-летний период удвоились. Точно также и среднее ежедневное количество больных в отделениях удвоилось. Но среднее число дней, приходившихся на каждого больного, увеличилось сравнительно незначительно — с 179,2 до 199,8.

