

Голод и его влияние на санитарное состояние деревни

(по данным III медицинского участка Спасского кантона).

Врача С. Зеленецкого.

Санитарное состояние деревни всегда оставляло желать много лучшего. Отсталость в культурном и экономическом отношениях вызывала высокий процент общей смертности и исключительно-высокую детскую смертность. За последние годы перед войной высота смертности стала значительно понижаться,—коэффициент смертности с 37,8 в пятилетие 1869—1873 гг. упал до 28,4 в пятилетие 1909—1913 г. (Б и н ш т о к). Последующие тяжелые события,—продолжительная война, эпидемии и голод,—не могли, конечно, не отразиться на санитарном благополучии страны. Ознакомление с современным санитарным состоянием деревни после пережитых событий и более точное выяснение причин этого состояния и являются задачами настоящей работы.

Основанием работы послужили наблюдения над III медицинским участком Спасского кантона с общим числом жителей на 1/I 1924 г. 31,552 чел. Такие наблюдения, хотя и не позволяют делать широких выводов, но, благодаря возможности подробного изучения всех условий санитарного быта и сравнения их с имеющимися наблюдениями над более обширным материалом,—несомненно представляют значительный интерес и убедительность. Большой разницы в культурно-бытовых условиях между русскими деревнями нет, так что эти условия можно считать общими. Что касается экономического состояния, то здесь наблюдается большее различие. Экономическое положение деревни определяется главным образом урожаем. Как мы увидим ниже, урожай в III участке мало отличается от среднего урожая Татреспублики, вследствие чего экономические условия этого участка с значительной степенью приближения можно считать общими для Татреспублики.

III медицинский участок Спасского кантона состоит из трех волостей, среди населения которых 12,573 русских, 15,015 татар и 4,264 чуваш и мордвы. Число деревень в участке—41, поселков—5.

Неурожай 1921 года в III участке был такой, что с некоторых культур не было получено ничего, с других же—в 3 и 4 раза менее количества посеянных семян. Только в 4 деревнях из 41 был частичный урожай проса и картофеля.

По данным отчета ТЦИК за 1922—1923 г.г. урожай (с десятины) в последние годы был, в среднем, для Татреспублики, по сравнению с довоенным, таков:

Таблица I.

Название хлебов	Г о д ы				
	Средний урожай за 10 лет в довоенное время.	1920 г.	1921 г.	1922 г.	1923 г.
рожь	52 п. 24 ф.	20 п. 32 ф.	2 п. 12 ф.	40 п. 4 ф.	15 п.
овес	40 п. 28 ф.	19 п. 12 ф.	1 п.	33 п.	17 п. 6 ф.
пшеница	34 п. 28 ф.	22 п. 16 ф.	1 п. 30 ф.	27 п. 8 ф.	15 п. 8 ф.

Для III участка средний урожай с казенной десятины в 1921, 1922 и 1923 гг. был таков:

Таблица II.

Название хлебов	Г о д ы		
	1921 . .	1922 г.	1923 г.
рожь	от 1/2 п. до 4 п.	55 п.	25 п.
овес	не уродился	40 п.	35 п.
пшеница	не уродилась	35 п.	40 п.
просо	в 37 деревнях не уродилось, в 4 деревнях урожай около 60 п.	20 п.	80 п.

Сравнивая обе таблицы, можно видеть, что недород 1921 г. в III участке мало отличался от среднего для всей Татреспублики, так как сбор с десятины 1 пуда овса и 1 пуда пшеницы при ограниченном посеве не имеет никакого значения. Урожай же 1922 и 1923 гг. в III участке был выше среднего для Татреспублики.

Для суждения об экономическом состоянии населения надо принимать еще во внимание отхожие промыслы и ремесла. В III

участке отхожие промыслы и ремесла не развиты, население в громадном большинстве занимается исключительно земледелием.

Неурожай 1921 г. принято считать небывалым. Насколько это верно,—стоит сравнить голод 1921 г. с другими голодными годами. Для этого я приведу таблицу урожая 5 деревень III же участка в 1898 и 1901 гг. из работы д-ра Шибкова:

Таблица III.

Г о д ы Название хлебов	1898 г.	1901 г.
	рожь	от 1 до 6 п.
овес	от 1/2 до 1 п.	от 16 п. до 21 п.
горох	не более 1 п.	от 12 п. до 21 п.
пшеница	не уродилась	сведений нет
греча	не уродилась	от 6 п. до 12 п.
просо	от 1/2 п. до 1 1/2 п.	8 п.

Из этой таблицы видно, что неурожай 1898 г. в III участке был почти таков же, как в 1921 году, а считаемые благополучными по урожаю 1920, 1922 и 1923 гг. очень похожи на голодный 1901 г.

Неурожай 1921 года, хотя и не был „небывалым“, но, в виду подорванности сельского хозяйства продолжительной войной и пр., вызвал „небывалый“ голод. В то время в деревне считалось роскошью примесь ржаной муки к лебеду. Большинство питалось одной лебедой, а к концу зимы стали исчезать и запасы лебеды. В это время голод достиг своего апогея. Вместо лебеды пошло все, что только можно было, хотя и с трудом, разжевать, даже древесная кора. До каких ужасов доходило дело,—можно представить, если вспомнить случаи убийства с целью ограбления полупуда сухарей и людоедства. В III участке было официально зарегистрировано около 10 случаев последнего.

Ели трупы умерших от голода. Совершались и убийства с целью людоедства. В д. Б. Тиганы был случай убийства мужем своей жены с целью людоедства; в убийстве и трапезе принимал и сын убитой; при судебно-медицинском осмотре трупа обнаружено, что внутренности были убраны,—убийцы заявили, что начали есть

с внутренностей, так как не было силы отрубить конечности. В другой деревне (Арбузово) одна старуха убила с целью людоедства своего внука. Что же говорить про отношения голодных к другим, неродным людям! В д. Б. Тиганы были люди, нарочно заманивавшие случайных прохожих „погреться“ с целью убийства их для людоедства.

Имущество продавалось за безценок. Избы, посеы озими, инвентарь расценивались несколькими фунтами ржаной муки, а иногда и чистой лебеды. Многие, распродав имущество и чувствуя еще силы двигаться,—отправлялись, неизвестно куда, „кормиться“. Часть их вскоре вернулась обратно, часть же пропала без вести.

По собранным сведениям в 10 селениях Лягушкинской волости на 1/1 1924 г. из 2092 дворов было 101 (4⁰/₀) пустующих, брошенных во время голода. На то же количество дворов приходилось 1157 (55⁰/₀) безлошадных. В наиболее благополучных по экономическому состоянию деревнях ⁰/₀ безлошадных дворов в 1924 г. равнялся 38, в наиболее пострадавших от голода—88.

В декабре 1923 г. мною было обследовано санитарно-экономическое состояние д. Крешеный Баран, Ромодановской волости, в связи с поголовным осмотром населения с целью выяснения количества трахоматозных больных. Эта деревня принадлежит к разряду средних деревень по экономическому состоянию. Из осмотренных мною 153 дворов безлошадных было 71 (39⁰/₀), 7 дворов имели лошадь исполу, и только в 2 дворах из 153 было по 2 лошади. Более двух лошадей не было ни в одном доме. Коровы имелись в 101 дворе (65⁰/₀), в том числе 16 дворов имели по 2 коровы, в 5 было по 3 коровы и в 7 дворах коровы исполу. 17 дворов (11⁰/₀) не имели никакой скотины. В 17 же дворах был только мелкий скот, и то по одной голове.

Интересно сравнить эти цифры с цифрами других послеголодных годов. К сожалению, я не мог найти аналогичных сведений, касающихся более обширной области. В работе д-ра Ш и б к о в а, относящейся также к III участку, имеются данные обследования д. Кармалы в 1903 г., т. е. после голода 1898 и 1901 гг. По этим данным на 175 дворов этой деревни безлошадных приходилось 23 (13⁰/₀). После же голода 1921 года в наиболее благополучных деревнях того же участка, как ты видели, ⁰/₀ безлошадных дворов равнялся 38. Из 152 лошадных дворов в 1903 г. в пострадавшей от голода деревне было 52 двора с 2 лошадьми и 4 двора с тремя и более лошадьми; коровы тогда имелись в 125 дворах (78⁰/₀).

Убыль скота произошла главным образом под влиянием голода 1921 г., что видно из отчета ТЦИК за 1922—1923 гг. По всей Татареспублике количество скота по отдельным годам было таково:

Таблица IV.

С к о т	Г о д ы		
	1917 г.	1922 г.	1923 г.
лошадей	571,607 голов	172,347 голов	232,040 голов
крупн. рогатого скота	734,800 „	285,074 „	351,160 „
мелк. скота (без свин.)	2,224,299 „	273,170 „	621,300 „

Естественно ожидать, что голод должен был оказать большое влияние на динамику населения—в смысле уменьшения рождаемости и повышения смертности не только в голодный год, но и в следующие за ним более благополучные годы. Относительно движения населения в III участке мною собраны сведения из всех трех волостных отделов участка по записям актов гражданского состояния с 1920 г. О причинах смертности по этим данным отделов я говорить не буду, так как, хотя эти причины и отмечались в каждом регистрационном листе, но правильность их подлежит большому сомнению в виду того, что они отмечались в большинстве случаев сельскими советами. Движение населения в участке видно из следующей таблицы:

Таблица V.

Г О Д ы	рождаемость	коэфф. рождаем. на 1000 населения	умерло	коэфф. смертности на 1000 населения	абсолютные	
					прирост	убыль
1920 г. . . .	1,452	34,5‰	1,292	30‰	160	—
1921 г. . . .	1,021	24,5‰	1,645	39‰	—	624
1922 г. . . .	377	9,4‰	1,554	40,7‰	—	1,177
1923 г. . . .	1,062	33,0‰	641	23‰	421	—

Из этой таблицы видно, что за 4 последних года убыль населения в III участке (1801 г.) более, чем в 3 раза, превышала прирост (581 ч.). Средний коэффициент рождаемости за время с 1920 по 1923 г. включительно был равен 23‰, средний коэффициент смертности—33‰.

Для сравнения с прошлыми голодными годами я сначала приведу данные д-ра Шибкова относительно той же деревни Кармалы (1,116 чел.), пострадавшей от голода в 1898 и 1901 гг.

Таблица VI.

Г О Д Ы	родилось	умерло
в 1897 г. . . .	46	28
„ 1898 г. . . .	37	15
„ 1899 г. . . .	33	33
„ 1900 г. . . .	41	29
„ 1901 г. . . .	42	16
„ 1902 г. . . .	32	14
„ 1903 г. . . .	38	6

Эти данные, хотя и не могут относиться ко всему участку, но позволяют заключить, что в прошлые голодные годы (до 1921 г.) убыль населения не превышала прироста.

Об отношении смертности к возрастному составу жителей имеются данные за 1923 г. из 10 деревень Лягушкинской волости с общим количеством жителей 9,251 чел. Общий коэффициент смертности в этих деревнях равнялся $230/_{00}$ (в 1923 г.), общий коэффициент рождаемости в том же году — $270/_{00}$.

Таблица VII.

население			родилось	умерло			коэффиц. смертности		
до 1 г.	от 1 до 16 л.	от 16 л. и старше		до 1 г.	от 1 до 16 л.	от 16 л. и старше	до 1 г.	от 1 г. до 16 л.	от 16 л. и старше
250	3,588	5,407	256	73	83	63	$285/_{00}$	$230/_{00}$	$110/_{00}$

Для всей России смертность детей до 1 года спускалась до $24/_{00}$, чаще же всего достигала $310/_{00}$ (Губерт). Таким образом наши цифры детской смертности являются приблизительно средними. Высокая детская смертность до 1-го года объясняется

главным образом нерациональным уходом за грудным ребенком. Обычно прикармливание в деревне начинается с первого же месяца. На грудное молоко в деревне смотрят, как на питье.

Низкая рождаемость и значительная смертность в голодный год объясняются главным образом голодом. Аборты и средства, предупреждающие зачатие, в деревне не распространены и, следовательно, не могли повлиять на рождаемость. Эпидемия тифа не могла вызвать значительной смертности в 1921 и 1922 гг., так как эпидемии эти наблюдались, как мы увидим ниже, главным образом в 1920 году. Не смотря на это, в самый разгар эпидемии 1920 г. коэффициент смертности равнялся лишь 30/100, и все же наблюдался известный прирост населения.

Прошлые эпидемии по всей России, напр., холерные (1908—1911 гг.), также не оказывали резкого влияния на общую смертность. По Новосельскому коэффициент смертности по всей России в холерные годы даже продолжал падать.

Таблица VIII.

	1892—1895 гг.	1908—1911 гг.	1911 г.
Общий коэффициент смертности в России .	36,30/100	29,30/100	27,30/100

Остается заключить, что повышение коэффициента смертности и понижение рождаемости в 1921 и 1922 гг. зависели почти исключительно от голода.

Можно было-бы думать, что прирост населения будет понижен даже до отрицательной величины и в послеголодные годы. Однако на самом деле мы этого не замечаем, а сравнивая наши цифры с прошлыми послеголодными годами, мы наблюдаем такое же явление и по всей России. После голода 1906 года из 26 губерний, пострадавших от голода, неблагополучными по отношению к движению населения оказались только шесть. Это обстоятельство нельзя было объяснить частичностью неурожая и первых губерниях, так как недород захватил все уезды их (Отчет о состоянии народного здоровья в России за 1907 г., цит. по журн. „Гигиена и санитария“, 1910, № 1).

Нижеследующая таблица движения населения в России, взятая из того же источника, подтверждает сказанное:

Таблица IX.

Г О Д Ы	средн. коэфф. на 1000 жит.			Г О Д Ы	средн. коэфф. на 1000 жит.		
	рождаем.	смертность	прирост		рождаем.	смертность	прирост
средний коэфф. за 1887—1891 гг.	48,8	33,6	15,0	средний коэфф. за 1899—1904 гг.	47,6	30,0	17,6
„ 1892 г. . . .	45,3	39,8	5,5	„ 1905 г. . . .	44,0	30,9	13,1
„ 1893 г. . . .	47,9	33,4	14,5	„ 1906 г. . . .	45,9	29,2	16,7
„ 1894 г. . . .	48,3	33,4	14,9	„ 1907 г. . . .	49,3	27,8	18,5
„ 1895 г. . . .	49,1	34,3	14,8				
„ 1896 г. . . .	49,3	32,1	17,2				

Из этой таблицы видно, что после голода 1892 г. и после революции 1905 наблюдалась быстрая реакция повышения рождаемости и прироста населения. Природа старалась пополнить недостаток, не считаясь с качеством (пополнения). „Стремление к жизни личной и видовой и ее сохранению присуще всему живому. А если личная жизнь становится невозможной, то последним обломком спасается от крушения видовая жизнь, путем усиленного воспроизведения, если только не поражена генеративная плазма“ („Гигиена и санитария“, 1910, № 1, Всероссийские эпидемии последних лет).

Помимо того, что такой прирост является хилым, он ведет, при плохих санитарных условиях, к распространению эпидемий. Разнообразные и обширные эпидемии в 1908—1909 гг. по всей России холеры, скарлатины, дифтерии—явились результатом неустойчивости прироста и взрослого населения после голода 1906 г. („Гигиена и Санитария“, 1910). Колоссальное распространение малярии в последние годы по всей России даже в тех местах, где ее раньше не было (север России и Сибирь), вероятно, также объясняется неустойчивостью организма после голода 1921 и 1922 годов. Эпидемии тифа во время голода и в первые годы после него не приняли громадных размеров, по всей вероятности, только потому, что плохие санитарные условия во время гражданской войны вызвали

эпидемию в 1919 и 1920 гг. и таким образом иммунизировали население до голодного года.

Эпидемии тифа, как мы видели, не вызвали значительного изменения в приросте населения, но вследствие небывалого распространения не могли оказать влияния на общее санитарное благополучие населения. В виду этого я считаю нелишним привести здесь данные о распространении сыпного тифа в участке (остальные тифы в последнее время не имели большого распространения).

Сведения о заболеваемости сыпным тифом до 1914 года я имею только по отчетам Спасской земской управы для всего уезда. В 1906 г. в последнем был зарегистрирован всего 1 случай сыпного тифа, в 1907 г.—7, в 1910 г.—случаев сыпного тифа не зарегистрировано, в 1911 г. их было 9, в 1913—12, в 1914 г.—13, а с 1918 г. по 1923 г. влнчительно распространение сыпного тифа только в одном III участке было таково:

Таблица X.

	1918 г.	1919 г.	1920 г.	1921 г.	1922 г.	1923 г.
сыпной тиф в III мед. участке . .	11 сл.	279 сл.	2,765 сл.	466 сл.	314 сл.	69 сл.

Смертность от сыпного тифа среди стационарных больных Полянской участковой больницы равнялась 7,60/0 (всего с 1918 г. по 1923 г. стационарных больных сыпным тифом было 573 чел., из них умерло 44).

Чтобы составить себе более ясное представление о размерах эпидемии сыпного тифа в участке, достаточно сравнить ее с эпидемией тифа в Петербурге и пригородах его за 10 лет. По диссертации Гауля (в В.-Мед. Академии) всего за 10 лет (с 1900 по 1909 гг.) там было зарегистрировано 2,505 больных сыпным тифом, т. е. менее, чем за один 1920, в участке с 31,000 жителей. За 10 лет максимальной годовой цифрой было 480 случаев в 1903 г., минимальной—80 случаев в 1901 г.

Сыпной тиф положил начало санитарным бедствиям в деревне. Малярия, развившаяся после голода 1921 г., продолжает до настоящего времени подтачивать силы последней. Заболеваемость этой болезнью за 8 лет среди населения III участка выражается в следующих цифрах:

Таблица XI.

	1912 г.	1913 г.	1918 г.	1919 г.	1920 г.	1921 г.	1922 г.	1923 г.
число обратившихся за мед. помощью маляриков в участке . .	801	1,175	1,089	968	1,016	968	1,131	2,663
% отношение числа маляриков к числу первичных больных .	5%	7%	4,5%	4%	5%	7%	9,3%	18,7%

Из этой таблицы ясно значительное учащение случаев малярии.

При изучении современного санитарного состояния деревни надо принимать во внимание не только указанные факторы, но и то, что стойкость организма была уже до тяжелых событий последних лет ослаблена значительным распространением сифилиса, алкоголизма и туберкулеза.

Среднее годовое число сифилитиков, обратившихся за медицинской помощью в III участке, за 1912 г., 1913 г. и с 1917 г. по 1923 г. включительно равно 130, что составляет 41,2 на 10,000 жителей. По отношению к другим половым болезням (триппер и мягкий шанкр) число сифилитиков занимает первое место. Среднее годовое число больных триппером за тот же период времени (9 лет) равно 15, а больных мягким шанкром—3,8. Таким образом число больных сифилисом в 7 раз превышает число больных триппером и мягким шанкром. Одно это заставляет уже подозревать, что сифилис в деревне—не болезнь развратников, а болезнь, распространение которой зависит от бытовых условий.

С июня 1923 года по март 1924 года мною произведено подробное обследование 78 чел. больных сифилисом с целью более точного выяснения способа заражения и отношения больных к своей болезни. По полу, возрасту, форме болезни и давности ее больные разделялись таким образом: мужчин было среди них 37, женщин 41; в возрасте до 1 г.—4, от 1 до 16 л.—13, старше 16 л.—61; грамотных—35, неграмотных—43; в I периоде болезни оказалось 2 больных, во II—20, в III—56; продолжительность болезни менее 1 г. была в 12 сл., от 1 до 5 л.—в 20, неизвестною продолжительность оказалась в 24 сл. Среди больных семейных было 48, холостых—11, до 18 лет—19 чел. Из 48 семейств, где был найден lues, 11 семейств было бездетных (детей не было совершенно). В 14 семьях имелись больные члены семейства, в остальных 24 семьях состояние здоровья членов семьи осталось невыясненным. Способ заражения

в 19 сл. (24⁰/₀) был половой (большую часть в городе), в 21 сл. (26⁰/₀)—наследственный и в 38 сл. (48⁰/₀)—невыясненный. В последней группе, по всей вероятности, значительное число случаев падало на внеполовой сифилис. Сами больные не знают о существовании своей болезни и обращаются главным образом с явлениями III периода. Бытовые условия (скученность, еда из общего блюда, общая постель, общее полотенце и т. п.) и некультурность создают для внеполового сифилиса чрезвычайно благоприятные условия распространения. Это становится тем более вероятным, если принять во внимание следующие факты: 1) из 78 случайно подобранных больных только 23 знали, а 55 не знали ничего о сифилисе, и некоторые из них, имея гуммозные язвы, упорно считали свою болезнь „простудой“; из 38 больных с невыясненным способом заражения только 7 человек знали о своей болезни. 2) Из 66 человек с продолжительностью болезни не менее года раньше лечились только 20 (30⁰/₀); из 78 чел., начавших лечение, 24 прекратили его после 1—4 впрыскиваний 10⁰/₀ Hg salicylicі, 46 провели полный курс лечения, и 8 из них за год проделали по 2 курса ртутного лечения; 8 чел. продолжают лечение в настоящее время; из 38 человек с невыясненным способом заражения ранее лечилось только 7. 3) Больные сифилисом обращаются за помощью главным образом с явлениями III периода (71⁰/₀); явления же I и II периодов мало беспокоят больных, вследствие чего они считают себя здоровыми и, не принимая никаких мер предосторожности, заражают других.

Число сифилитиков, обращающихся за медицинской помощью в участке, за последнее время не увеличилось.

Среднее число сифилитиков в Европейской России, по данным Управления Главного Врачебного Инспектора за 1902—1907 гг., составляет 63,4 (на 10,000 чел.), причем число это колеблется в пределах от 214,3 (Саратовская губ.) до 10,3 (Волинская губ.). Средняя цифра больных, обращающихся за помощью, с явлениями гуммозного периода—47⁰/₀ всех случаев для Европейской России. Таким образом число сифилитиков в нашем участке (41,2 на 10,000 чел.) несколько менее среднего числа для Европейской России. Принимая, затем, во внимание, что сифилис в деревне главным образом—бытового характера, и многие больные считают его „простудой“, можно предположить, что значительная часть сифилитиков не обращается за врачебной помощью, а потому действительное количество больных сифилисом должно быть много выше.

Что касается туберкулеза, то среднее годовое число обращавшихся за помощью больных этого рода в III участке равнялось 340 за 9 лет, что составляет 1,9⁰/₀ среднего годового числа пер-

вичных больных в участке (17,697) за тот же период времени. Обращаемость туберкулезных больных за последние годы тоже не увеличилась.

Культурно-бытовые условия деревни дают благоприятную почву для широкого распространения социальных и остро-заразных болезней. Нельзя не признать влияния на развитие указанных болезней и экономического состояния, но последнее, как мы увидим ниже, играет в этом не главную роль.

Обстановка жизни в деревне не изменилась за последнее время: те же тесные, темные, плохо вентилируемые избы, как было и несколько десятков лет тому назад, тот же обычай есть из общего блюда дома и в гостях, общие постели и общие полотенца. Так как тип деревенских построек—общий и за последнее время не изменился, то нелишним будет привести здесь некоторые данные обследования д-ром Шибковым жилищных условий деревни III участка в 1903 году. Объем воздуха на 1 чел. в большинстве изб был в $1\frac{1}{2}$ и в 2 раза менее нормы, недостаток света был также большой,—в большинстве изб отношение оконной поверхности и площади пола равнялось 1:15, т. е. было почти вдвое менее нормы.

Зимой недостаток воздуха и света в избах замечен особенно резко. Кроме людей, в избы вселяется мелкий скот (телята, поросята, ягнята). Для большего тепла окна зимой закрываются до $\frac{2}{3}$ своего размера. В таких условиях живут крестьяне более полугода, проводя почти все время в избах. Уборка помещений у большинства бывает только перед праздниками. Баня посещается обычно раз в неделю, причем нередко она служит рассадником чесотки, так как во многих банях вынуждены мыться по несколько семейств. В остальное время умывание совершается у большинства оригинальным способом: набирают воды в рот и понемногу выпускают ее на руки, а затем обмывают лицо.

При санитарном обследовании указанной выше деревни Крещеный Баран (153 двора) в декабре 1923 года обнаружено, что 90 дворов имели бани, 63 не имели ее. Рукомойники из 153 домов найдены только в 10 домах. Полотенце везде общее, в некоторых же домах полотенце нет совершенно. Постель везде общая и состоит из теплой одежды (тулупы, азамы и пр.). Указанная обстановка имеет место не только в бедных, но и богатых домах. Объясняется она, следовательно, не только экономическим положением, а главным образом некультурностью населения.

Если признать за мерило культуры населения грамотность, то окажется, что она имеет у нас очень малое распространение. В д. Кр. Баран (773 жит.) среди взрослого населения (344 чел.)

от 16 лет и старше оказалось 50⁰/₀ неграмотных мужчин и 90⁰/₀ неграмотных женщин. Среди детей школьного возраста от 9 до 16 л. (119 чел.) неграмотных было 73⁰/₀, причем неграмотных мальчиков—60⁰/₀, а неграмотных девочек—89⁰/₀. Деревня Кр. Баран, надо сказать, не принадлежит, по сравнению с другими, к отсталым деревням. В других деревнях, особенно татарских, положение с грамотностью не лучше, если не хуже.

Нечего удивляться, что при таком положении у большинства населения, не исключая и некоторых общественных деятелей деревни, царит твердая уверенность, что масса болезней происходит от наговоров особых знахарей. Болезни эти известны под названием „вила“. К ним относят самые разнообразные заболевания—всевозможные опухоли, туберкулезные фистулы, иногда гуммозные язвы и гонорройный конъюнктивит и мн. др. Существуют вилы „рассыпные“ (полиартрит). „Килу“ может какой-нибудь недоброжелатель пустить „по ветру“; так нередко объясняют в деревне ларингиты. „Эти „килы“ может вылечить только особый человек, знающий „слово“. Лечение состоит в отговаривании. Иногда при этом выполняется особый ритуал. Недостатка в предприимчивых людях, выдающих себя за знающих „слово“, не встречается.

Степень культурного развития зажиточной части населения деревни так же, как и санитарное состояние ее, не отличается от положения остальной части населения. Разница между ними—только в большем разнообразии пищи и лучшей одежде. Встречаются, конечно, в деревнях семьи, отличающиеся от остальных более высоким развитием и чистотой обстановки, но такие семьи не составляют привилегии одной какой-либо части населения, а встречаются одинаково редко как среди зажиточных, так и среди бедных.

Меньшая зависимость санитарного благополучия деревни от экономического состояния по сравнению с культурным состоянием видна и из того, что экономические раны быстрее заживают, чем раны культурной жизни. За последнее время экономическое состояние деревни идет несомненно на улучшение,—увеличивается площадь засева, местами до полного посева всей площади, увеличивается количество скота, но параллельно с этим при неулучшающихся культурных условиях идет вырождение, несмотря на повышенную рождаемость после голода,—около третьей части всех родившихся умирает в возрасте до 1 года. Эта громадная детская смертность грудных детей вызывает частую беременность, частые же роды, истощая матерей, дают нежизнеспособное потомство. Нерациональный уход и тяжелая наследственность (факторы, зависящие гл. образом

от культурных условий) лишают значительную часть этого потомства возможности дожить до года.

Объяснить причину такого заколдованного круга деревня не может и считает высокую детскую смертность чем-то неизбежным. Летним поносам детей население дало название „страдные поносы“, хворать которыми, по мнению деревни, должен каждый ребенок.

Описанные санитарно-культурные условия дают широкую возможность всяким случайным и слабым инфекциям разгораться до размеров громадных эпидемий, подобно тому, как соломенные крыши деревенских изб при незначительных искрах вызывают пожары, уничтожающие до тла целые селения.

За последние годы перед войной общая и детская смертность по всей России стала заметно понижаться. Общая смертность, по Губерту, в 1901 г. равнялась 31,1 на 1000 жителей, а в 1908 г.—27,7. Причиной этого считали повышение культурного уровня населения и расширение врачебной сети (Биншток). Наряду с понижением коэффициента смертности понижался и $\%$ безграмотных: $\%$ безграмотных новобранцев в 1874 году достигал 79, а в 1912 г. выражался уже цифрой 33. Число медицинских участков с 530 в 1870 г. поднялось до 1440 в 1890, а в 1912 г. равнялось 2970.

Все изложенное заставляет утверждать: 1) что громадная убыль населения в настоящее время вызвана главным образом голодом, а не эпидемиями, несмотря на их небывалое распространение; 2) что повышенная рождаемость после голода не может считаться признаком санитарного благополучия деревни, так как дает неустойчивые, вырождающиеся группы вследствие тяжелого общего санитарного состояния деревни; 3) что последнее зависит в большей мере от культурного состояния, нежели от его экономического положения. Вследствие этого 4) забота о повышении культурного уровня населения деревни должна быть признана такой же важной, как и забота об экономическом улучшении.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Биншток. Рус. Вр., 1917, № 38—42.— 2) Шибков. Опыт санитарно-экономического исследования деревни в связи с заболеваемостью цингой. Казань. 1904.— 3) Губерт. Вр. Газ., 1911. № 43.— 4) Всероссийская Гигиеническая Выставка 1913 г. Вр. Газ., 1913 г., № 42.— 5) Всероссийская эпидемия последних лет, Гигиена и Санитария, 1910, № 1.— 6) Гауль. Заболеваемость и смертность от сыпного тифа в Петербурге и пригородах его с 1900 по 1909 г. Дисс. Цит. по Вр. Газ., 1911, № 46.— 7) Отчет о деятельности ТЦИК за 1922—1923 г.