

рых—на почве многих и часто следующих друг за другом родов. Согласно таблице № 4 при суждении о норме прямого размера выхода таза надо всегда иметь в виду и конституцию индивида.

В заключение я позволю себе сделать следующие выводы:

1) Опущение женских половых органов свойственно всем конституциональным группам без заметного предрасположения к проляпсу какой-либо отдельной группы.

2) Угол наклона таза не играет существенной роли в этиологии проляпса.

3) За среднюю цифру угла наклона таза надо считать цифру, данную Martin'ом, т. е. 44° .

4) У женщин всех конституциональных типов при опущении половых органов имеется налицо увеличение прямого размера выхода таза. Повидимому, это увеличение играет далеко не последнюю роль в этиологии опущения женских половых органов.

Из родильного отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
(Зав. д-р В. А. Хатунцев).

О дифференциальном диагнозе между самопроизвольным и подпольным абортom.

Д-ра М. И. Магид.

Начиная с 90-х годов прошлого столетия, стал обнаруживаться непрерывный рост искусственных абортов, и количество неполных абортов, поступающих в больницы, стало резко увеличиваться.

Неоднократно делались попытки установить, сколько же среди поступающих в больницы неполных абортов есть подпольных, однако, в виду трудности получить соответствующие данные, различные авторы (Benthin, Schäfer, Dubrowitsch, Jaeger, Nürnberger, Peyser, Siegel, Sternberg, Лурье, Мажбиц и др.) пришли к весьма разноречивым данным.

У этих авторов мы находим самые разнообразные цифры, что отчасти зависит и от различия материала. Если прибавить, далее, что женщины нередко скрывают факт аборта, то следует признаться, что о частоте подпольного аборта среди общей массы самопроизвольного, мы почти ничего не знаем. Некоторые авторы (Витт и др.) доходят до того, что они чуть ли не каждый случай поступающего в больницу неполного аборта считают подпольным.

Следует иметь в виду, что разноречие данных указанных авторов зависит также и от различных методов учета подпольного аборта. Учет можно вести двояким путем: 1) опрашивая женщин, сколько у них в анамнезе было спонтанных и подпольных абортов; 2) выясняя, сколько среди женщин, поступивших с абортom, есть таких, которые вызвали аборт искусственно. Мы в нашей работе придерживались второго метода.

Вопрос о частоте подпольного аборта на больничном материале нас интересовал с двух точек зрения.

1. С терапевтической, так и с дифференциально-диагностической точки зрения врачу часто крайне важно выяснить, было ли в данном случае вмешательство и какого рода. Без правильного диагноза не может быть рациональной терапии. А между тем, когда больная искажает анамнез умышленно, сообщая ложные данные, то дифференцирование весьма затрудняется и, пока клиническое наблюдение выяснит дело, терапия может запоздать. В качестве иллюстрации приведу пример.

Больная 26-ти лет, замужем 4 года, беременна была два раза, 2 аборта. Доставлена в отделение с явлениями внутреннего кровотечения. По словам больной, последние месячные были полтора месяца тому назад. Сегодня утром внезапно обморок и одновременно небольшое кровотечение из матки.

Внутр. иссл. Матка—как при полуторамесячной беременности, мягковата, болезненна, зев слегка приоткрыт, из него небольшие кровянистые выделения. Левый свод резко болезненный, слегка выпячен. В грудях молоко. Больная отрицает беременность. Пункция заднего свода обнаружила свежую кровь. В виду подозрения на внематочную беременность была произведена операция. На операции слева, в области внутреннего зева обнаружено *прободное отверстие* и гематома широкой связки. В брюшной полости много крови из разорванной ветви арт. uterinae. Матка ампутирована, в ней обнаружено плодное яйцо. Впоследствии мы узнали, что врач производил выскабливание на дому у больной и при расширении гегаром вызвал прободение, после чего прервал операцию. Больная отрицала вмешательство и беременность, скрывая ее от мужа, который на-днях должен был вернуться из командировки. Случай закончился излечением.

При желании количество подобных примеров можно было бы увеличить во много раз. Таким образом, значение признания во вмешательстве для диагностики и терапии преуменьшать не приходится.

2. Вторая цель, которая нами руководила—это было желание узнать, насколько легализация абортс уменьшила удельный вес подпольных абортс по отношению к общему числу неполных абортс, поступающих в больницы. Как известно, мнения авторов в этом отношении резко расходятся и некоторые (Генс и др.) считают, что подпольные абортс составляют 93—95% всех случаев неполного абортс, поступающих в больницу.

Таким образом, перед нами стояла задача, как же отличить самопроизвольный неполный аборт от подпольного? Конечно, наилучшим доказательством является признание самой больной, но как быть в тех случаях, когда она отрицает вмешательство?

Объективные данные далеко не всегда дают определенные указания на этот счет. Несомненным доказательством являются повреждения матки (разрывы шейки, перфорации, гематомы широкой связки) и плода, нахождение в матке, влагалище или брюшной полости инородных предметов, однако, это наблюдается относительно редко. Так, введенные катетеры и наконечники обыкновенно извлекаются бабкой или больной до поступления в больницу. К моменту поступления плод нередко уже отошел. Принятие внутренних средств и применение таких манипуляций, как влагалищное спринцевание обыкновенно ничем установить нельзя. Правда, сепсис и лихорадка чаще встречаются при подпольном абортс, однако, нормальная температура еще никоим образом не говорит против вмешательства, а с другой стороны, повышение температуры может зависеть и от вторичной инфекции при самопроизвольном абортс. Точно также наличие или отсутствие местных воспалительных явлений непатогномично для определенного вида абортс. Nürnbergger считает, что между лихорадящим абортс и подпольным абортс должен существовать параллель-

лизм. Положение несомненно правильно, но оно не дает ответа, был ли в данном случае аборт спонтанный или подпольный. Hirsch рассматривает каждый аборт, где нельзя установить причину его, как подпольный, мнение, с которым мы согласиться не можем. Причины, которые *могут* вызвать аборт столь разнообразны (Nürnbergger в Halban-Seitz 7, I), что при достаточно подробно собранном анамнезе и тщательном исследовании можно почти у всякой женщины, даже у той, что созналась в подпольном аборте, найти данные, которые *могли бы* вызвать спонтанный аборт. С другой стороны, наличие какого-либо интеркуррентного заболевания, *могущего* быть причиной аборта, еще не является доказательством того, что аборт в данном случае самопроизвольный. Так, например, подпольное вмешательство может иметь место у сифилитички, в инкубационном периоде брюшного тифа, у женщин с миомой, ретрофлексией матки и т. д.

I.

Мы для отличия спонтанного аборта от подпольного решили воспользоваться, наряду с тщательным общим исследованием, анамнестическими указаниями. Однако, для учета тех случаев, где женщина умышленно скрывает вмешательство, мы выработали специальную методику.

При этом нами руководило следующее соображение: если больная скрывает вмешательство, то она при распросе врача о предварительном течении заболевания: 1) опасаясь за свою жизнь и здоровье, охотно сообщает те сведения, которые, по ее мнению, помогут врачу оказать ей помощь и 2) не желая признаться во вмешательстве, скрывает или искажает те сведения, которые, по ее мнению, непосредственного отношения к терапии не имеют и которые могли бы раскрыть ее тайну. Однако, при тщательном распросе, благодаря умолчанию об одних фактах (вмешательстве) и приведению других (клиническая картина) получается резкое несоответствие, которое, будучи незаметным для мало интеллигентной женщины, обращает на себя внимание врача, знакомого с клинической картиной подпольного и спонтанного аборта. Чем точнее и полнее собран анамнез и исследована больная, тем, естественно, более многочисленны и резки эти противоречия.

Исходя из этих соображений, мы выработали следующую схему собирания анамнеза. При поступлении больной тщательно собирается общий анамнез, выясняются результаты предыдущих беременностей, считала ли она себя беременной, как протекала настоящая беременность, какие симптомы предшествовали аборту, что, *по мнению больной*, способствовало аборту, когда поднялась у нея температура и был первый озноб, обращалась ли она к врачам, каковы были их назначения и как больная их исполняла? Переходя к вопросу о возможности вмешательства, мы никогда не прибегаем к запугиванию, а, наоборот, стараемся успокоить больную и указываем, что наш распрос преследует лишь одну цель—оказать ей помощь. При этом мы подчеркиваем, что нам важно знать, не *кто* делал аборт, а *как* он был произведен. В результате часто больные признаются уже при поступлении.

Если же больная со сбивчивым анамнезом отрицает вмешательство, то мы, не высказывая какого-либо недоверия к ее словам, переводим ее в общую палату и назначаем соответствующее лечение. В общих палатах

у нас почти всегда лежит несколько женщин, признавшихся во вмешательстве. Полежав день-другой и убедившись на примере других, что признание ей абсолютно ничем не грозит, больная обыкновенно через пару дней перестает скрывать вмешательство. За это время мы часто успеваем расспросить мужа или родных больной о начале и характере ее заболевания, причем не задаем им вопросов, наводящих на мысль о подпольном аборте, так как опыт учит, что часто больные abortируют по секрету от родных. Таким образом мы проверяем правильность показаний больной. Много помогло нам и то обстоятельство, что к отделению прикреплены в качестве экстернов врачи из нескольких консультаций для беременных, под наблюдением которых многие больные находились до наступления аборта и через которых мы могли узнать, правдивы ли показания больных, в частности хотели ли больные прервать беременность.

Имея в своем распоряжении данные от врачей, лечивших ранее больную, и от родных, мы снова весьма тщательно расспрашиваем больную и нередко получаем признание во вмешательстве. Расспрос ведется либо с глазу на глаз, либо в общей палате, в зависимости от случая. Расспрос, как правило, производится не во время обходов, а в вечерние часы, что придает беседе менее „официальный“ характер. При этом во время расспроса мы никогда ничего не записываем в историю болезни, а соответствующие заметки делаем немедленно после этого. Анамнез мы собирали всегда лично. При вторичном подробном расспросе мы останавливались на всех противоречиях между показаниями больной, ее родных и клинической картиной болезни. В тех случаях, когда признания не поступало, мы на основании всех данных либо считали аборт „предположительно-подпольным“, либо исключали вмешательство.

Исследования мы производили на больных нашего септического отделения, куда поступают лишь лихорадочные случаи (t° от $37,6^{\circ}$ и выше), среди которых а priori можно было ожидать большое количество подпольных абортов. Опросу подвергались все без исключения случаи абортов и послеабортных заболеваний. Одно лишь наличие побочных заболеваний (брюшной тиф, грипп, миома и т. д.) еще не давало оснований считать подобный аборт за спонтанный. Действительно, среди больных с неполным абортом, признавшихся во вмешательстве, было три сл. гриппа, 2 сл. разных воспалительных гинекологических заболеваний, 1 сл. миомы, 2 сл. малярии, 1 сл. туберкулеза легких, 1 сл. брюшного тифа и 7 сл. фиксированной ретрофлексии матки. Следует иметь в виду, что многие лихорадочные заболевания (грипп, ангина и т. д.) могут не только предшествовать, но и впоследствии присоединиться к подпольному аборту. Любопытно отметить, что у трех женщин, поступивших с неполным абортом, но имевших на руках ордер на производство легального аборта, нам все же удалось выяснить, что в ожидании получения ордера они „на всякий случай“ производили над собой различные внутриматочные манипуляции.

Наш опыт учит, что уже по характеру ответов можно в большинстве случаев отличить спонтанный аборт от скрываемого подпольного. Богатый материал в этом отношении нам представили те случаи, где больные, вначале отрицавшие вмешательство, при повторном опросе признавались. Ниже мы приводим типичные ответы при спонтанном и при

скрываемом подпольном аборте. Следует, впрочем, иметь в виду, что особенно существен не столько характер ответа на тот или иной вопрос, сколько наличие, resp. отсутствие логической связи как между отдельными ответами, так и между анамнезом и объективными данными.

От вмешательства следует отличать случаи, где больная применяет те или иные благоприятствующие аборту мероприятия не умышленно, а по незнанию, например, кладет горячие бутылки на живот при начинающихся схватках, неосторожно спринцуетя при беременности по поводу белей и т. д. Разумеется, во всех случаях надо выяснять, не приводится ли это объяснение в целях „самоизвинения“.

Самопроизвольный аборт.

Скрываемый подпольный аборт.

I. Как протекал предшествовавший аборту период?

Нередко имеется какое-либо предшествовавшее аборту общее заболевание, иногда отмечает, что чувствовала себя некоторое время нездоровой; часты жалобы на обильные бели, особенно усилившиеся с момента беременности.

До наступления аборта, resp. причины, вызвавшей аборт („падения“), была вполне здорова.

II. Как начался аборт?

К предшествовавшему заболеванию присоединились схватки или кровотечение, которые постепенно стали усиливаться. Аборт развивается постепенно. Если кровотечение наступило внезапно, то обыкновенно в результате внезапной резкой травмы (см. ниже).

Аборт начался и стал развиваться внезапно и „остро“.

III. Что, по мнению больной, явилось причиной аборта?

Нередко затрудняется ответить, приводит с неуверенностью несколько причин.

Ответ категорический — причиной явилось падение, работа и т. д. Какие-либо другие возможности больная исключает. Травма, как правило, наступает тогда, когда дома никого не было.

IV. Какого рода была травма (инсульт)?

Сильное сотрясение тела, падение на ноги с высоты, падение на седлищные бугры, удар непосредственно в живот, сильное натуживание. На соответствующих местах нередко удается обнаружить следы повреждения. Больная отвечает немедленно.

Отвечает медленно, обдумывая ответ. С неуверенностью приводит самые различные места ушиба. Повреждений на этих местах нет.

V. Когда был первый озноб?

Температура была повышена до аборта или аборт протекал несколько дней при нормальной температуре, а затем, обыкновенно уже после внутреннего исследования врача, в момент рождения плода или через один-два дня после этого — стало знобить. Часто озноб бывает через 6—8 дней после начала аборта. Часто отмечает, что озноба не было, а был лишь жар. При внутреннем исследовании зев всегда более или менее раскрыт.

Озноб следует почти непосредственно за абортом, обыкновенно не позднее 1—2 дней (при внутриматочном вмешательстве). Чем раньше озноб, тем более вероятно вмешательство. Лихорадочный аборт с выделением частей разложившегося плодного яйца при почти закрытом при внутреннем исследовании зеве почти всегда является доказательством вмешательства.

VI. *Обращалась ли по поводу аборта к врачу?*

Так как кровотечение является неожиданностью, то обыкновенно обращается к врачу, указывает фамилии врачей, отмечает, что лежала, применяла свечи, опий, сообщает, что нашел врач при внутреннем исследовании.

Так как больная подготовлена к кровотечению, то обыкновенно она ожидает несколько дней, „авось само собой пройдет“ и обращается к врачу лишь при затянувшемся или осложнившимся аборте.

VII. *Были ли в прошлом аборт и какие (спонтанные, подпольные, легальные)?*

VIII. *Применяет ли профилактику беременности?*

IX. *Хочет ли сохранить эту беременность?*

X. *Не вызвала ли этот аборт искусственно? (Задается последним).*

При вопросах 7, 8, 9 важен не столько характер ответа (положительный или отрицательный), сколько *ответная реакция* больной. Женщины с самопроизвольным абортом отвечают на них безразлично, „просто“; больные со скрываемым подпольным абортом отвечают чрезвычайно осторожно, кратко, не вдаваясь в подробности. В ответе сквозит подозрение.

Вопросы мы задаем так, что больная не улавливает, какое значение для нас в общей картине заболевания имеет тот или иной ответ. Разумеется мы даем лишь схему, которая в сущности отличается от обычной схемы собирания анамнеза лишь своей полнотой.

II.

Согласно вышеизложенным принципам мы обработали за время с 1/I 1929 года до 1/I 1930 года весь материал нашего послеродового инфекционного отделения, куда поступают больные с лихорадящим абортом (температура 37,6 и выше) и послеабортные лихорадящие заболевания. При этом оказалось, что часть случаев представляла собою неполные аборт, в некоторых случаях в матке частей плодного яйца уже не было. Нас интересовало, главным образом, насколько можно считать подпольными случаи неполного аборта, т. е., *если женщина обратилась с абортным кровотечением и повышенной температурой, то насколько мы имеем право считать, что в данном случае было вмешательство*. Отбрасывая случаи послеабортных осложнений (где плод уже отошел), мы тем самым искусственно преуменьшали бы как действительное число подпольных абортов, так и смертность от них. Поэтому мы приводим данные по каждой из этих групп. (См. табл.).

Как видно из таблицы, общее количество больных, поступивших с лихорадящим абортом и его последствиями, составляло 578. Из них 36 сл. в результате легального аборта и 186 в результате подпольного. Из последних в 128 сл. больные признались во вмешательстве и в 58 сл. мы это вмешательство считали весьма вероятным. Таким образом можно считать, что на нашем материале в среднем в 6,2% сл. лихорадящему аборту или послеабортному заболеванию предшествует легальное и в 32% сл. нелегальное вмешательство.

Иначе обстоит дело, если взять лишь неполные аборт. Если отбросить легальные аборт (неполные среди них встречаются редко—на нашем материале всего два; кроме того легальные аборт *никогда не скрываются*), то мы получим на 487 неполных абортов 145 подполь-

ных, причем в 90 сл. женщины признались во вмешательстве и в 55 сл. такое вмешательство было весьма вероятно, т. е. среди неполных аборт—подпольный составляет не более 30%; иными словами *лишь каждый третий случай лихорадочного неполного аборта можно считать подпольным.*

Характер заболевания и срок аборта	Кто вызвал аборт	Срок беременности—включительно												
		Неполный аборт	Послеабортное осложнение	Аборт и послеаборт, осложнен.	Умерло	До 2-х	До 3-х	До 4-х	До 5-ти	До 6-ти	До 7-ми	Неизвестен	Беременность отсутствовала	Внеаборная беременность
						месяц.	месяц.	месяц.	месяц.	месяц.	месяц.			
Легальный		2	34	36	—	21	8	—	—	—	—	7	—	—
Врачебный (вне больниц)		5	26	31	3	18	7	1	—	—	—	5	—	—
Акушерка		9	2	11	1	6	2	1	—	1	—	1	—	—
Бабка и пр.		15	5	20	2	12	6	—	—	—	—	1	1	—
Сама больная		61	5	66	1	32	20	3	1	—	1	2	5	2
Предположит. подпольные		55	3	58	1	27	24	2	1	—	1	3	—	—
Всего искусствен., кроме легальных		145	41	186	8	95	59	7	2	1	2	12	6	2
Самопроизвольных		342	14	356	3	145	65	63	37	29	6	11	—	—
Сумма		489	89	578	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Интересно выяснить, какой процент скрывааемых подпольных аборт—удаётся установить с помощью нашего метода. Всего неполных аборт—где *вмешательство отрицалось*, было 397, причем мы исключили вмешательство в 342 сл., т. е. в 86,2% и считали его доказанным в 55 сл.—13,8%. По отношению к общему числу подпольных аборт—(145 сл.) эти 55 сл. составляют 38%, т. е. *признание удаётся по нашему методу получить не менее, чем в 62% всех случаев.*

Следует иметь в виду, что уже сам по себе тщательный расспрос повышает количество признаний.

Какова же в таком случае частота подпольных вмешательств среди *нелихорадящих аборт—*, где а priori можно ожидать еще меньших цифр?

За истекшее время через наше нормальное отделение прошло 1335 неполных аборт—, причем призналось во вмешательстве 84 человека, т. е. 6,3%. Поскольку в нормальном отделении такой тщательный опрос не производился, нам трудно указать число предположительно подпольных аборт—, но даже если увеличить эту цифру не на одну треть, как мы это установили на лихорадочных аборт—, а даже в 2—2½ раза, то и то *среди нелихорадящих аборт—число подпольных не превышает 12,5—16%.*

Где же гарантия того, что в случаях, где мы исключаем вмешательство, такое в действительности не имело места? Не были ли мы, просто говоря, обмануты? Мы полагаем, что нет, и вот почему:

1) Как мы выше указывали, опрос велся весьма тщательно и всякое сомнение или нелогичность толковались *в пользу вмешательства*. Правда, впоследствии нам стало известно об одном случае подпольного аборта, где больной удалось нас обмануть—мы приняли его за спонтанный, однако, с другой стороны, среди 58 сл. предположительно подпольного аборта было несколько случаев, где сбивчивый анамнез был получен просто в силу малой интеллигентности больной; в большинстве это были селянки, которые нередко без всякой задней мысли дают крайне сбивчивые ответы. Поэтому мы вправе считать, что наше число предположительно подпольных абортот не только не меньше, но быть может даже несколько больше, чем в действительности.

2) Интеркуррентным заболеваниям, как уже выше сказано, мы не придаем особенного значения в смысле фактора, *исключающего* вмешательство, однако любопытно отметить, что на 356 спонтанных абортов мы могли отметить 168 раз в качестве возможной причины аборта: травму 89 раз (падение 41 раз, поднятие тяжестей 15 раз, тяжелая физическая работа 23 раза, удар в живот 8 раз, тряская езда 2 раза); общие заболевания 34 раза (грипп 9 раз, пневмония 1 раз, малярия 8 раз, люэс 2 раза, брюшной тиф 2 раза, активный туберкулез 3 раза, менингит 1 раз, лихорадочные заболевания с неясной картиной 6 раз, острый поливартрит 1 раз, некомпенсированный порок сердца 1 раз); заболевания гениталий 35 раз (missed abortion 2 раза, хронический периметрит 9 раз, воспаление придатков 7 раз, бартолинит 2 раза, ретрофлексия 7 раз, миома 1 раз, привычный аборт 6 раз, частичная атрезия влагалища 1 раз); заболевания по соседству с гениталиями 8 раз (острый аппендицит 5, ангиохолит 1, язвенный колит 1, субдиафрагмальный абсцесс 1 раз), кроме того один случай отита и один случай после цистотомии. При этом мы взяли лишь те случаи, где заболевание было резко выражено, а при травмах часто имелись следы повреждения. Мы, впрочем, не утверждаем, что *именно эти* моменты и вызвали спонтанный аборт, так как особенно при травме часто приходится выяснять, что еще до этого шли обильные бели, иногда даже с примесью крови и в действительности травмы особенно проявляется при наличии тенденции к спонтанному аборту.

3) Очень убедительным является тот факт, что из 11 умерших после аборта, 7 случаев признались во вмешательстве; все они погибли от сепсиса или перитонита. Из остальных 4-х в одном случае был спонтанный аборт при тяжелом туберкулезе гортани (аборт начался в больнице), больная погибла от своего основного заболевания, во втором случае abortus imminens присоединился к тяжелому менингиту, что было подтверждено на секции. Два других случая мы вкратце приводим.

Случай 1. Больная 41 года, 13 родов и два аборта, 1 искусственный, один спонтанный. Последние месячные около трех месяцев тому назад. 29/I якобы после физической работы начался спонтанный аборт, а 30/I отошел плод с оболочками. Четыре дня чувствовала себя здоровой, 4/II вечером появилась внезапно нестерпимая боль и отек в левой стопе, сопровождавшийся потрясающим ознобом. Температура поднялась до 40°. Вмешательство категорически отрицает. 5/II температура 39,8°, пульс 120, за день несколько раз озноб. Левая стопа отекает, цианотична. Посев из крови оказался стерильным. Внутренние органы в норме. Матка, как при 2-х месяцах беременности, зев пропускает палец, своды свободны, следов повреждения нет. 6/II состояние резко ухудшилось, пульс прощупывается с трудом на art. radialis—150. Температура 39,3°. Левая нога за сутки отекала на два

пальца выше колена, посинела, покрыта пузырями, слегка болезненна. Бедро и паховые сгибы неболезненны. Кровь стерильна, в мазке из пузырей на коже голени — стрептококк. Больной предложена ампутация ноги, от которой она отказалась. Вечером дня отек ноги почти на глазах поднимался выше и к вечеру достиг пахового сгиба. 7/II в 1 ч. 30 м. ночи внезапная смерть, предположительно от эмболии.

Судебно-медицинское вскрытие: левая нога и нижняя часть живота очень отечны. Левый желудочек пустой, в предсердии немного свертков крови, в правом желудочке пенистая кровь, клапаны норма, сосуды сердца проходимы. Селезенка 4,5×9,5×2 сантиметра, капсула ее напряжена, ткань селезенки грязноватого цвета, разрыхлена. Большие легочные сосуды проходимы. Матка 12,5×8,5×4 см., в полости ее грязно-черный детрит. В теле небольшие остатки плаценты, сильно разложившиеся. Брюшинный покров матки блесит, влагалище без особенностей. В обоих трубах гной. В правом яичнике желтое тело. Vena и art. femoralis проходимы, в них густая темная кровь без сгустков. В vena и art. poplitea, vena iliaca и выше точно также жидкая кровь. Таким образом нигде следов тромбоза обнаружить не удалось и причина гангрены ноги осталась невыясненной. Кровь, взятая из сердца трупа на аэробную и анаэробную среду, оказалась стерильной. Кровь, взятая из бедренной вены, дала рост бактерий, но как потом выяснилось, речь шла о случайном загрязнении.

Предположительно был поставлен диагноз «сепсис, повидимому, в связи с выкидышем». Родные сомневались в возможности подпольного аборта. Судебное следствие точно также ничего установить не могло.

Случаи гангрены конечностей на почве сепсиса хотя и описаны, однако любопытно, что в нашем случае кровь все время была стерильна, и тромба в сосудах мы не обнаружили. Если даже данный случай считать результатом подпольного аборта, то все же следует такое молниеносное течение (смерть через 48 часов после первых симптомов заболевания) считать чем-то исключительным.

Осторожности ради мы занесли этот случай в графу лиц, скрывающих аборт.

Случай 2. Больная 19 лет, замужем два года. Одна беременность закончилась родами один год тому назад. Последние месячные 6 месяцев тому назад. Три дня т. н., стирая белье, простудилась, после чего поднялась температура и начались схватки. Вмешательство отрицает, указывая, что при желании могла без труда сделать аборт и раньше, имея малолетнего ребенка. В отделении у больной родился шестимесячный плод. На плоде, последе и гениталиях следов вмешательства нет. Выписалась через два дня домой при еще повышенной температуре под расписку в связи с болезнью ребенка. Через четыре дня снова доставлена к нам с явлениями пневмонии и септико-пиемии. Погибла на 6-ой день. Диагноз при вскрытии: септико-пиемия, исходящая из гениталий.

Муж покойной отрицал вмешательство — оба они хотели иметь второго ребенка и никаких контрацептивов не применяли. Мы выяснили, что действительно больная явилась в консультацию при 2-месячной беременности, посещала консультацию аккуратно и желания прервать беременность ни разу не высказывала. Мы склонны считать данный случай аборта спонтанным. Быть может, exitus'у благоприятствовали большой срок аборта и преждевременная выписка из больницы.

4) Наконец, весьма типично то, что если судить по признавшимся больным, то подпольное вмешательство чаще всего производится, как и легальный аборт, до 3-х месяцев.

Соотношение между абортом до и выше 3-х месяцев составляет:

Вид аборта	До 3-х мес.	Выше 3-х мес.	Отношение	
Легальный	29 сл.	—	—	—
Подпольный	103 сл.	8 сл.	12,9:1	(1)
Предполож. подпольный	51 сл.	4 сл.	12,8:1	(2)
Спонтанный	210 сл.	135 сл.	1,6:1	(3)

Таким образом, соотношение между случаями беременности различных сроков на безусловно-подпольном и предположительно-подпольном материале почти тождественно (12,9 и 12,8) и резко отличается от соотношения—в случаях выделяемых нами в рубрику спонтанных аборт (1,6). Если бы среди предположительно-подпольных были бы спонтанные, либо наоборот среди наших спонтанных много подпольных, то либо соотношение 2 приближалось бы к соотношению 3, либо соотношение 3 к соотношению 1. Поскольку этого не наблюдается, мы имеем право утверждать, что возможность обмана со стороны больных исключена.

Остается лишь объяснить причину повышения температуры у наших спонтанных аборт; последняя, как правило, исчезала после выскабливания и очевидно зависела от инфекции плодного яйца. Каким образом попала в полость матки инфекция? Наши наблюдения учат, что она чаще всего попадает туда двумя путями:

1) При долго длящемся спонтанном аборте и задержке кусков яйца, как правило, мы наблюдаем вторичную инфекцию со стороны влагалища. При этом может пройти довольно много дней, иногда даже до 10—12, в дальнейшем же неизбежно плодное яйцо инфицируется. Нередко в таких случаях температура повышается в момент изгнания яйца, resp. сейчас же после абразии, чтобы затем пасть до нормы.

2) Второй весьма частый источник инфекции, это внутреннее исследование. Мы, к сожалению, в истории болезни далеко не всегда отмечали внутреннее исследование, произведенное врачами вне больницы, и поэтому не можем привести точных цифровых данных, однако, когда мы в дальнейшем обратили на это внимание, то выяснилось, что за редким исключением почти все абортирующие подвергаются предварительно (чаще всего в поликлиниках) внутреннему исследованию (разумеется выяснилось, что имело место именно внутреннее исследование, а не вмешательство). Инфицирующая роль внутреннего исследования при родах достаточно известна, чтобы на ней останавливаться; однако как-то забывается, что при начинающемся аборте мы имеем принципиально аналогичную картину.

При неполном нелихорадящем аборте, при слегка приоткрытом зеве исследующий палец, как правило, попадает в канал шейки, а нередко и в полость матки; при амбулаторной работе говорить о действительно строжайшей асептике, конечно, не приходится; кроме того в канал шейки втираются бактерии из влагалища и налицо неизбежная инфекция полости матки. Правда, она не столь опасна, как при родах, но причиной потрясающих ознобов она является весьма часто. Эти две причины могут без натяжки объяснить подавляющее количество повышений температуры при спонтанных абортах.

Выявление тех случаев, где аборт был произведен подпольно, а равным образом и выяснение характера вмешательства играет большую роль в терапевтическом отношении. Мы вообще придерживаемся активного метода и не выскабливаем лишь при резких перитонеальных явлениях и в безнадежных случаях. При спонтанном аборте мы выскабливаем всегда немедленно. Старые воспалительные изменения не являются противопоказанием. При подпольных абортах с явлениями раздражения брюшины или острого процесса в придатках мы придерживаемся выжидательной терапии и действуем активно лишь в случаях угрожающего

жизни кровотечения. При этом мы стараемся делать выскабливание *in situ* по возможности меньше низводя матку. Особенно осторожны мы при лихорадящих абортах с внутриматочным вмешательством в тех случаях, когда канал шейки еще закрыт, так как по нашим наблюдениям в таких случаях форсированное расширение шейки, вероятно, благодаря многочисленным мелким разрывам часто является толчком к общему сепсису. В таких случаях мы по возможности выжидаем раскрытия шейки под влиянием хинина и проч. При какой температуре скоблить—при нормальной или при повышенной—этому мы особенного значения не придаем. Общая терапия представляется обычной—колларгол, риванол, большие количества алкоголя и т. д. При несомненно и предположительно подпольных абортах мы к энергичной общей терапии приступаем немедленно и в этом отношении наш метод дифференциации подпольного аборта от спонтанного вполне себя оправдывает, так как при этом главная масса внимания уделяется наиболее опасным—подпольным абортам. Кроме того, мы подпольные аборты задерживаем на более продолжительное время в отделении, так как они особенно склонны к появлению различных осложнений, которые часто обнаруживаются не только в ближайшие, но и в последующие дни (на 5—6 день и позднее).

Как мы видим, эта система дала свои результаты, и смертность от подпольного лихорадочного аборта составила 8 : 186, т. е. 4,3%—цифра весьма благоприятная, если учесть, что мы имели дело в большинстве случаев с исключительно тяжело инфицированным материалом.

На основании наших наблюдений мы приходим к следующим выводам:

1) Взгляд, согласно которому все или большинство неполных абортов обязаны своим происхождением подпольному вмешательству—должен у нас, в условиях легализации, быть отброшен. На нашем материале процент больных со вмешательством составлял среди лихорадящих неполных абортов до 30%, среди нелихорадящих, вероятно, не превышал 12—16%.

2) Систематический опрос больной, ее родных наряду с данными объективного исследования, как правило, дают возможность выяснить факты вмешательства. Мы получили признание во вмешательстве не менее, чем в 62% сл. всех вмешательств.

3) Подпольный аборт, как и легальный, чаще всего производится в течение первых трех месяцев беременности.

4) Тщательное выяснение числа случаев с несомненно подпольным абортом даст возможность выяснить, насколько в настоящий момент аборт извлечен из подполья.

5) Дифференциация между подпольным и спонтанным абортом имеет не только теоретическое, но и практически-терапевтическое значение.

6) Своевременной терапией нам удалось понизить смертность от подпольного лихорадочного аборта (включая и послеабортные заболевания) до 4,3%.

7) За редкими исключениями большинство случаев смерти от сепсиса при неполном аборте следует отнести за счет имевшего место подпольного вмешательства.

8) Наиболее частой причиной повышения температуры при спонтанном аборте является вторичная инфекция яйца. Весьма часто плодное яйцо инфицируется врачом при амбулаторном исследовании.

Литература. 1) Benthin. D. m. W., 1916, Nr. 18, S. 539. — 2) Бубличенко. Сб. посв. Окинчицу, стр. 183. — 3) Bumm. Z. Geburtsh. 79 (1916), S. 343. — 4) Венцовский. Гинек., 1930, № 1, стр. 95. — 5) Генс. Проблема аборта в СССР. М., 1929. — 6) Dubrowitsch. Zbl. Gynäk. 1923, Nr. 33, S. 1327. — 7) Hirsch. Zbl. Gynäk. 1918, Nr. 3. — 8) Jaeger. Zbl. Gynäk. 1924, Nr. 10, S. 576. — 9) Леви. Тр. VII Съезда акуш. Л., 1927, стр. 596. — 10) Лурье. Сб. посв. Окинчицу, стр. 505. — 11) Магид. Гинек., 1930, № 1. — 12) Мажбиц. Лнгр. м. ж., 1928, № 4, стр. 32. — 13) Мгалобели. Mschr. Geburtsh. 80 (1928), S. 265. — 14) Nürnberger. Mschr. Geburtsh. 45 (1917), S. 23. — 15) Nürnberger. Zbl. Gynäk. 1917, Nr. 34, S. 833. — 16) Nürnberger. Halban-Seitz, 7, 1. — 17) Перетц. Урал. м. об., 3 (1924), № 4—5, стр. 67. — 18) Панченко. Mschr. Geburtsh. 83 (1929), 410. — 19) Подзоров. Сб. Казан. и-та усов. вр. 1 (1929), стр. 222. — 20) Поляк. Белоруск. м. мысль, 1 (1924), № 1, стр. 104. — 21) Смирнов. Омск. м. ж., 1926, № 6, стр. 28. — 22) Siegel. Zbl. Gynäk. 1917, Nr. 11, S. 257. — 23) Sternberg. D. m. W. 1926, Nr. 37, S. 1548. — 24) Цейтлин. Плодоизгнание при внематочной беременности.

Из клиники детских болезней 2 МГУ и 1-ой Московской детской туберкулезной больницы.

К вопросу о классификации так. наз. пурпуры у детей.

Проф. А. А. Киселя.

Есть болезни, которые как бы сопровождают педиатра в течение всей его деятельности, то потому что дети постоянно гибнут от них (туберкулезный менингит), или у них совершенно случайно наступает очень опасное для жизни состояние (инородные тела дыхательных путей), или, наконец, у них совершенно неожиданно развиваются болезни, природа которых неизвестна, как напр., так называемый кровоточивый диатез, болезнь Гочкина, злокачественная анемия и пр.

С кровоточивостью я начал встречаться с первого года своей медицинской деятельности, когда я поступил экстерном в Клинику детских болезней Военно-медицинской академии. Проф. Н. И. Быстров придерживался в то время взглядов преимущественно Венской педиатрической школы, которая в то время имела таких видных представителей, как Wiederhofer, Monti, Steiner. Вопрос о пурпуре у детей в то время только еще начал разрабатываться, и в то время он представлялся как бы довольно ясным. Под кровоточивым диатезом понимали все виды заболеваний, когда у детей ясно проявляется склонность к кровоизлияниям в кожу, слизистые оболочки или во внутренние органы. Сюда входили все виды пурпуры, гемофилия, цынга и болезнь Барлова (Baglow). Потом все более и более выяснялось, что гемофилия, цынга и болезнь Барлова должны быть выделены, как самостоятельные формы. Что касается пурпуры, то ее предлагали делить на следующие формы: а) простая пурпура (purpura simplex), б) геморрагическая пурпура или пятнистая Верльгофова болезнь (morbus maculosus Werlhofii) и, наконец, в) ревматическая пурпура (purpura rheumatica Schönleinii). Это деление, повидному, всех удовлетворяло и было очень распространено,