

щелей при узком плотном и прочно укрепленном дугообразными волокнами наружном паховом кольце.

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

### О борьбе с подпольным абортom. \*)

Д-ра М. И. Магид.

Хотя локализация аборта и ограничила значительно число нелегальных абортов, тем не менее известное количество последних и до настоящего времени производится в условиях подполья. Процент их падает из года в год. Генс считает, что в Москве (1928 г.) почти 90% абортов производится в больницах; по его же данным на селе в 1925 г. еще 50—60% абортов производилось в условиях подполья.

Интересуясь вопросом о том, сколько среди поступающих в больницы неполных абортов есть подпольных, мы на материале нашего послеродового инфекционного отделения произвели соответствующие наблюдения. Но так как женщины нередко скрывают подпольное вмешательство, то нами выработана специальная методика, которая в главном сводится к тому, что мы весьма тщательно расспрашиваем больную по определенной схеме, указывая ей, что эти данные нам нужны лишь в интересах оказания помощи самой больной, спрашивая не *кто* делал, а *как* был произведен аборт, причем по возможности выясняем, была ли это акушерка, сама больная и т. д.

Мы считаем, что своевременное и полное признание больной во вмешательстве значительно облегчает как диагноз, так и рациональную терапию. Например, нам удалось в 186 случаях заведомо подпольного *лихорадочного аборта* добиться понижения смертности до 4,3%; по отношению же к общему числу лихорадочных абортов смертность за то же время составляла менее 1,6%, а включая нелихорадящие аборты, лишь 0,6%. Вышеприведенные наблюдения явились материалом для самостоятельной работы (см. Каз. мед. ж. 1930 № 10.).

Хотя процент подпольных абортов оказался у нас значительно меньше, чем у иностранных авторов, что, очевидно, является благоприятным эффектом легализации аборта, тем не менее количество их составляло среди лихорадочных абортов все же около 30% всех случаев.

Возникает вопрос, какими мерами располагает больничный врач для борьбы с подпольным абортom?

Поскольку, благодаря легализации, сама abortирующая наказанию не подлежит, то наиболее простой мерой здесь, казалось бы, является уведомление судебных органов о всех тех случаях, где больная признается врачу в постороннем вмешательстве, либо врач с несомненностью констатирует таковое. Однако, как учит наш опыт, этот метод в *руках врача* особенного успеха дать не может.

За границей, где аборт по социальным показаниям запрещен, закон требует от врача сообщать суду о всех, ставших ему известными, случаях подпольного аборта, с целью наказания самой abortирующей. Как известно, это требование приводит к тому, что больные скрывают от врача вмешательство; с другой стороны, врач в интересах больных

\*) В порядке дискуссии. *Ред.*

бывает принужден воздерживаться от опубликования соответствующих данных (Löppe).

Как же обстоит дело у нас? Обязан ли врач сообщать соответствующим органам, когда он узнает от больной, что аборт был произведен ей подпольно с нарушением ст. 143 УК (УССР), но *больная требует сохранения тайны?*

У Николаева и Рапопорта, Люблинского, Брона мы находим разбор случаев, когда закон *обязывает* врача раскрыть сведения, полученные им в порядке осуществления им врачебной деятельности. Николаев и Рапопорт указывают, что «согласно закона, медицинская тайна должна быть открываема по требованию судебных властей, а также в тех случаях, когда сохранение тайны явно угрожает здоровью окружающих. Подобные правила... устанавливаются особой инструкцией. Инструкция эта до настоящего времени не издана». Далее, они указывают на необходимость определенной сдержанности в смысле неразглашения без надобности сведений о характере заболевания и различных данных анамнеза, но что в зависимости от обстоятельств дела и целесообразности сообщение подобных сведений третьим лицам «зависит исключительно от усмотрения врача».

У Люблинского мы находим разбор всех случаев, когда врач обязан по закону в интересах правосудия нарушать врачебную тайну. Исходя из господствующей у нас теории *относительного* значения обязанности сохранять врачебную тайну, Люблинский полагает, что случаи, где больная требует сохранения в тайне подпольного аборта, относятся к области, регулируемой не законом, а профессиональным или индивидуальным пониманием врачом своего долга. В данном случае врачебная тайна вступает в конфликт с публичными интересами. Если врач узнает от больной, что аборт произведен с нарушением ст. 143 УК, то «закон не обязывает врача сообщать об этом органам здравоохранения, но он в праве сделать это, если усмотрит, что случай этот является не единичным и что население испытывает опасность от противозаконной деятельности того или иного абортиста».

Итак, хотя закон и *не обязывает* врача, однако он *предоставляет ему право* сообщать соответствующим органам о случаях подпольного аборта, произведенных с нарушением ст. 143 УК.

Когда же врачу следует воспользоваться своим правом? Мы полагаем, что врач должен при этом руководствоваться следующими соображениями: 1) наиболее быстрое и рациональное оказание помощи женщине, пострадавшей от подпольного аборта и его последствий; 2) окончательное извлечение аборта из подполья. Разумеется, очень просто было бы, если бы абортирующие соглашались сообщать врачу, а затем суду о том, кто вызывал подпольный аборт. Очевидно, что о всех подобных случаях врач будет ставить в известность судебные органы. Однако, такие случаи весьма редки и в нашей практике не превышают трех-четырех случаев за год, причем иногда после выписки больные отказываются от своих первоначальных показаний. При этом у нас создалось впечатление, что мотивом этого отказа являются различные компенсации материального характера со стороны лиц, на которых вначале указали пострадавшие. Не особенно утешительный опыт мы получили в одном таком случае, дошедшем до суда:

Б. 24 л., поступившая в отделение с неполным двухмесячным абортom, призналась, что данный аборт она произвела у акушерки путем выпрыскивания йода, и согласилась фигурировать на суде в качестве свидетельницы. Дело было передано нами в суд, акушерка была обнаружена, призналась во вмешательстве и была осуждена. На суде выяснилось, что больная вымогала у акушерки деньги, соглашаясь за известную сумму изменить свои показания в ее пользу. Через 8 месяцев больная снова попала в наше отделение. За это время она успела произвести аборт у другой акушерки, а к нам поступила по поводу третьего аборта, который она пыталась вызвать приемами хинина.

Разумеется, задача врача заключается не только в том, чтобы обезвредить ту или иную бабку. Относительным успехом мы считаем, если женщина меняет аборт, как средство для регулирования деторождения, на сравнительно безопасные контрацептивы, или же, в крайнем случае, прибегает к *легальному* аборту вместо подпольного.

Как мы уже выше говорили, случаи, где пострадавшая соглашается фигурировать в суде, очень редки. Если даже у больной удастся узнать, *как* был произведен аборт, то *кто* делал, она почти никогда не говорит. Несколько наших попыток в этом отношении привели лишь к тому, что больные, находившиеся часто в тяжелом состоянии, боясь огласки, требовали выписки под расписку. Подпольные аборты, в отличие от легальных, производятся очень часто по секрету от мужа и родных, и больная часто обуславливает свое признание условием «ничего не говорить мужу». Поэтому она заинтересована в сохранении тайны *в своих собственных интересах*. В таких случаях попытки привлечь бабку к суду приводят лишь к тому, что больные вообще отрицают вмешательство, умышленно искажают анамнез, что весьма затрудняет и диагноз, и терапию. Таким образом оказание своевременной помощи абортировавшей весьма затрудняется, а подпольный аборт еще глубже уходит в подполье, т. е. получаются результаты, прямо противоположные тому, чего мы хотели достигнуть.

Чего может достигнуть врач, борясь судом с последствиями аборта, показывает анализ нашего материала.

За время с 1/I до 31/XII — 1929 г. поступило в инфекционное отделение с неполным абортom и послеабортными заболеваниями (считая в том числе лихорадочные заболевания и после легального аборта) 578 больных, причем в 356 сл. мы имели основание считать аборт спонтанным (см. соотв. работу). Остальные 222 сл. распределяются следующим образом (см. таб.).

| Кто вызывал аборт                           | Число случаев |         |
|---------------------------------------------|---------------|---------|
|                                             | абсолютно     | в 0/0/0 |
| Легальный аборт . . . . .                   | 36            | 16 0/0  |
| Врач вне больницы . . . . .                 | 31            | 14 0/0  |
| Акушерка . . . . .                          | 11            | 5 0/0   |
| Бабка и проч. . . . .                       | 20            | 9 0/0   |
| Сама больная . . . . .                      | 66            | 30 0/0  |
| Предположительно подпольный аборт . . . . . | 58            | 26 0/0  |
| Всего . . . . .                             | 222           | 100 0/0 |

Из этих 222-х случаев, поступивших с лихорадочным абортom, в 16% заболевание произошло в результате *легального* аборта, произведенного по ордеру в Киевских больницах с соблюдением всех требуемых декретом правил, в том числе у трех больных аборт был произведен в нашем нормальном отделении, больные выписались в удовлетворительном состоянии на 3—4 день, а заболевание развилось уже дома. Разумеется, эти 16% случаев не имеют никакого отношения к подпольному аборту, но являются напоминанием, что даже *lege artis* произведенный аборт отнюдь не безопасное вмешательство.

В 26% случаев больные не только отказались сказать, кто произвел аборт, но вообще отрицали всякое вмешательство, хотя, судя по всему, оно имело место. Разумеется, тут всякое расследование было бы безнадежно, так как то, что больная не говорит врачу, она не скажет и суду. В 30% случаев женщина вызвала аборт сама, т. е. совершила поступок, ненаказуемый по закону. В 14% случаев аборт производил врач вне больницы. Хотя производство абортom вне больницы еще и не является наказуемым деянием, однако не приходится сомневаться, что некоторая часть этих абортom производилась «в ненадлежащих условиях». Наконец, в 5% делала аборт акушерка и в 9% бабка. Таким образом о судебной ответственности могла идти речь максимум в  $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$  всех наших случаев. Следует, однако, иметь в виду, что за редкими исключениями мы в этих случаях кроме общих указаний («делала акушерка, бабка, знакомая» и пр.) дальнейших подробностей узнать не могли.

Разумеется, было бы неправильно на основании наших наблюдений считать, что судебная репрессия мало пригодное средство для борьбы с подпольным абортom. Что это не так, говорит хотя бы тот факт, что число подпольных абортom все время падает, а число судебных «абортных» дел все время растет. Однако эти дела возникают обыкновенно по заявлениям родных потерпевшей, без ведома врача. Сколько из наших абортom дошло потом до суда, мы не знаем.

Мы хотели лишь указать, что *врачи*, борясь судом с подпольным абортom, вряд ли может рассчитывать на радикальный успех. Разумеется, большой ошибкой была бы противоположная крайность—«непротивление злу»; во всяком случае, при этом не следует нарушать *жизненные интересы* женщины, пострадавшей от подпольного аборта.

Какие же другие *конкретные* меры есть в распоряжении врача для борьбы с подпольным абортom? Мы считаем, что в нашем распоряжении имеются 2 метода: 1) *пассивный* и 2) *активный*, причем особенное значение мы придаем второму.

I. За истекшее время у нас было 8 случаев смерти после подпольного аборта. В то время как обычно смертные случаи подвергаются больничному патолого-анатомическому вскрытию, все случаи *exitus'a* после аборта мы направляем на *судебно-медицинское* вскрытие. Такому вскрытию подвергаются как те случаи, где больные признались во вмешательстве, так и те, у которых вмешательство подозревалося, и где его нельзя было с *несомненностью* исключить. Изредка в подобных случаях следствие устанавливает виновного. Следует указать, что и тут мы имели однажды неблагоприятный опыт, который в силу своего интереса заслуживает более детального рассмотрения:

Больная К. обратилась в отделение 31/III в 9 час. вечера с жалобами на начинающийся аборт и кровотечение и требовала приема в отделение. Вмешательство категорически отрицала.

Данные осмотра: матка в ante flexio, увеличена как при 1½ мес. беременности, шейка закрыта, своды свободны, кровей нет, t° 37,2; П. 80. В виду отсутствия каких-либо симптомов начинающегося аборта больной было отказано в приеме, а на дом было дано соответствующее назначение.

1/IV в 7 час. утра она снова обратилась с t° 38,5 и была принята в послеродовое инфекционное отделение. В дальнейшем у нее развились явления общего сепсиса, от которых она и погибла. Незадолго до смерти она призналась нам, что аборт ей делала акушерка, впрыскивая в матку какую то жидкость (еще до первого обращения к нам); назвать фамилию акушерки больная отказалась, однако назвала № дома и этаж. Показания больной были нами зафиксированы и переданы в суд.

На суде дело осложнилось тем, что в указанном больной доме жило две акушерки, и защита высказала предположение, что больная в виду тяжелого состояния могла ошибиться этажом. Любопытно, что муж покойной не знал, что больная делала аборт, и обвинял не акушерку, а нас за то, что первый раз больной было отказано в приеме. Акушерка была оправдана. Относительно нас суд вынес следующее постановление (in extenso):

Констатируя, что первый раз больной было отказано в приеме, а второй раз она прибыла с t° 38,5 и диагнозом sepsis post abortum, суд сделал вывод, что «если бы больная была принята 31/III вечером... то ее, возможно, удалось бы спасти. Кроме того непонятно, почему за 10 часов до того, как больная была принята в очень тяжелом состоянии, первый врач не обнаружил никаких признаков заболевания, и могло ли так быть в действительности; в виду вышеозначенного суд постановил: довести до ведома РКИ и Здраводела об этом случае, чтобы установить все обстоятельства и избежать подобных случаев в будущем». В результате нам же еще пришлось оправдываться через РКИ!

Разумеется, если бы больная сразу же призналась во вмешательстве, она была бы принята и возможно, что ее и удалось бы спасти. Однако для этого необходимо, чтобы женщины были уверены, что дело не дойдет до суда. Получается заколдованный круг!

2. Мы полагаем, что в руках врача есть другое, значительно более действительное средство борьбы как с подпольным, так и легальным абортом, который, как мы видим, тоже не может рассматриваться как вполне безопасное средство. При расспросах часто приходится убеждаться, как мало распространены в населении сведения о противозачаточных средствах и как примитивны и мало действительны те средства, которыми пользуется население. В большинстве случаев это—coitus interruptus, реже различные влагалищные спринцевания и т. д.

Хотя инициатива в применении противозачаточных средств должна исходить от больной, а не от врача, однако, для того чтобы эту инициативу проявить, женщина должна *знать* о существовании таких средств.

Самый факт производства подпольного аборта является достаточным доказательством того, что имеется желание предупредить беременность. Мы поэтому выясняем у наших больных, думают ли они в ближайшем будущем рожать. Если они отвечают отрицательно, то мы указываем им, что аборт, даже *легальный* (не говоря уже о подпольном), таит в себе много опасностей и что им следует обратиться в консультацию для женщин за контрацептивами. Сами мы этих средств не назначаем, так как в первые дни после аборта, при еще незаживших ранениях полового тракта, какие-либо манипуляции на гениталиях, тем более еще производимые самой больной, совершенно недопустимы. Между тем для того, чтобы контрацептив дал эффект, мало сообщить о его существовании, *надо научить* женщину пользоваться им.

Какое-либо чтение лекции о противозачаточных средствах, или их широкую пропаганду в отделении мы считаем вредным. Соответствующие указания больной мы даем строго индивидуально, с глазу на глаз, обыкновенно за один-два дня до выписки.

Что же касается тех больных, которые отрицают вмешательство, но судя по всему вызывали аборт искусственно, то им мы рекомендуем контрацептивы в зависимости от особенностей случая. Всем им дается указание в случае беременности сразу же обратиться в консультацию для беременных.

Больной мы указываем, что после аборта половой жизнью нельзя жить не менее 3-х недель и что контрацептивы следует начать применять до первого сношения.

Мы этим достигаем нескольких целей. С одной стороны, больная обращается в консультацию в ближайшие дни после аборта, когда наблюдается главная масса послеабортных заболеваний; во вторых она научается рационально применять контрацептивы и если даже и забеременеет, то можно рассчитывать, что она обратится в консультацию и в крайнем случае прибегнет к не столь опасному легальному аборту. Наконец, роль консультации сводится, конечно, не к одной только рекомендации контрацептивов и выдаче разрешений на аборт, а к общей массе социально-профилактических мероприятий (совет социальной помощи, юридическая и материальная помощь и т. д.), которые в известном количестве случаев дадут возможность беременной женщине вообще не прибегать к аборту.

В такой совместной работе родильных отделений и консультаций для женщин лежит залог успешной борьбы как с подпольным, так и легальным абортом.

---

Из клиники кожно-венерических болезней Казанского государственного медицинского института.

## К вопросу о борьбе с волчанкой в Татарской Республике.

Доц. П. М. Батунина и асс. Н. Н. Чумакова.

Посвящается памяти дорогого учителя проф. М. С. Пильнова.

Волчанка (*lupus vulgaris*) в настоящее время широко привлекает внимание дерматологов по многим причинам, из которых необходимо отметить общественно-социальное значение вопроса, частоту поражения и последствия его, а также чрезвычайно хроническое течение болезни, упорство и неблагоприятность этого страдания в отношении терапии.

Капиталистический строй оставил нашей Республике весьма тяжелое наследство в виде социальных болезней — туберкулеза, венеризма, проституции, алкоголизма и высокой детской смертности по деревням. Советская медицина, родившаяся вместе с Октябрем, для борьбы с этим наследием выдвинула на первый план мероприятия социально-общественного порядка, широкое предупреждение болезней, оздоровление труда и быта, охрану матмлада и т. д.