

ный, или делился на несколько обособленных канальцев и щелей. Дал ее эпителий по соседству с лигатурой сохранялся в виде сплошных, лиш^енных просвета островков, или совершенно исчезал, а канал трубы представлялся сплошь выполненным соединительной тканью. Такой рубцовый тяж на месте трубного канала тянулся обычно на протяжении 1—2 миллиметров, а затем на следующих срезах эпителий опять начинал появляться—сначала в виде сплошных островков, потом в виде образований, снабженных просветом; в дальнейших срезах появлялись и складки—вначале низкие, потом нормально присущие данному отрезку трубы. Параллельно с этим шло и восстановление мышечной ткани.

Из всех исследованных нами 26 труб полная атрезия трубного канала была обнаружена нами в 19 случаях, что составляет приблизительно 73%; далее, значительное сужение просвета могло быть установлено в 6 наших случаях, т. е. в 23%; наконец, в одном случае трубный канал оказался не представляющим грубых нарушений. Повидимому, время, протекшее от начала наложения лигатуры до момента резекции трубы, существенного значения не имеет.—атрезия трубного канала может наступить как через 24 часа (рис. № 2), так и через 1, 2, 3, 4, 6 месяцев и, наконец, через 1 год (рис. № 3) после наложения лигатуры на фаллопиеву трубу.

Результаты наших опытов довольно резко отличаются, таким образом, от результатов аналогичных опытов, произведенных другими исследователями, и хотя, как уже сказано выше, эти результаты не могут быть безоговорочно переносимы на женщин, тем не менее, нам кажется, они позволяют прийти к следующим выводам:

1. Оперативная перевязка трубы, как метод стерилизации женщин, не может вполне гарантировать бесплодия последней, почему и не должна применяться с этой целью.
2. В виду сравнительно большого процента полученных нами после перевязки атрезий трубного канала надо думать, что парадоксальная перевязка труб с целью восстановления проходимости их канала в случаях его зарощения обычно не ведет к цели.
3. Сужения просвета труб на месте их перевязки, при отсутствии полной облитерации трубных каналов, могут быть источником и без того увеличивающейся с каждым годом эктопической беременности.

Литература. 1) L. Fraenkel. Archiv f. Gyn., 1897, Bd. 58, S. 374, 404.—2) Pissensky. Zbl. f. Gyn., 1897, S. 519.—3) Kalliwoda. Archiv f. Gyn., CXIII. H. 3.—4) Labhardt. Zbl. f. Gyn., 1911, S. 540.—5) Schiffmann. Zbl. f. Gyn., 1921, S. 464.—6) Flatau. Zbl. f. Gyn., 1921, S. 467.—7) Pankow. Halban-Seitz, Bd. III, S. 901—909.—8) Haskin. Zbl. f. Gyn., 1930, S. 1194.

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

О современных методах подпольного аборта.

Д-ров М. Магида и М. Венцовского.

Легализация аборта преследовала важную цель—извлечь его из подполья. Но вместе с тем результаты легализации открыли для научного исследования новую область. Явление, которое до этого скрывалось

О котором, несмотря на его колоссальное распространение, и иначе, как с многочисленными умолчаниями,—внезапно ок ступным научному анализу. Этим объясняются многочисленные работы русских авторов, посвященные изучению всех сторон легального аборта.

Однако, есть еще одна область, которая сделалась доступной научному изучению после легализации аборта, но которая оставалась неисследованной до самого последнего времени, и этой областью является—*подпольный аборт*. Поскольку сама беременная ни при каких условиях не наказуема за плодизгнание, оказалось возможным получить сведения как о тех абортах, которые были произведены до легализации, так и о тех сравнительно немногочисленных абортах, которые были произведены женщинами уже после легализации, но в условиях подполья.

Для изучения методов подпольного прерывания беременности мы прибегли к анамнестическому методу. Для этого при обычном больничном опросе женщин мы выяснили—сколько из тех абортотворцев, которые у них были в анамнезе (последний аборт, с которым больная поступала в больницу—если это была абортирующая—исключался), было вызвано искусственно, кто и какими средствами его вызывал. Благодаря легализации аборта женщины не имели никаких оснований скрывать характер вмешательства, имевшего место к тому-же иногда 5—10—15 лет тому назад. Наш материал касается тех женщин, на которых мы изучали взаимоотношение между легальным и подпольным абортотворством (см. Казанск. мед. ж. 1931, № 8), в виду чего мы здесь не будем более подробно останавливаться на методике собирания материалов.

Наш материал касается 891 женщины, имевших в анамнезе 4.264 аборта, в том числе было 607 спонтанных, 1578 было произведено легально, 1524—врачом вне больницы, 308—акушеркой, 114—бабкой и 133—самой больной.

Хотя методы прерывания беременности чрезвычайно разнообразны, но в конечном итоге механизм их действия сводится к тому, что вызванные ими маточные сокращения изгоняют плодное яйцо. Исключение представляет выскабливание и малое кесарское сечение, при которых плодное яйцо удаляется в момент вмешательства. Так как нас интересовал не механизм наступления самого аборта, а вид вмешательства и его воздействие на организм матери, то все разнообразные методы плодизгнания мы разбили на следующие 5 групп.

1.—*Общий метод*, где воздействие прилагается ко внешним покровам тела—сюда относятся ванны, разминание живота, умышленное поднятие тяжестей и т. д. Осложнением этого метода могут явиться механические и термические повреждения общих покровов тела.

2.—*Пероральный метод*, где женщина пытается добиться эффекта внутренним приемом р. оз разнообразнейших веществ. Для матери эти манипуляции представляют опасность в смысле возможности различных отравлений—хинином, иодом, сулемой, фосфором и т. д.

3.—*Влагалищный метод*, состоящий в применении влагалищных спринцеваний различными веществами. Метод этот может вызвать различные местные ожоги (напр., при спринцевании горячей водой); при предварительно раскрытой шейке он нередко приводит ко вторичной инфекции содержимого матки.

4.—*Внутриматочный метод* (кроме выскабливания)—различного рода внутриматочные впрыскивания и введение инородных тел. При этих методах на лицо опасность инфекции—внесения внешней *вирулентной* бактериальной флоры непосредственно в полость матки гесп. плодного яйца. Опасность механических повреждений (перфорация) при этом сравнительно невысока.

5.—*Выскабливание*, при котором содержимое матки непосредственно удаляется в один прием. На первый план выступает здесь опасность механических повреждений, а при несоблюдении требований асептики и инфекции.

Эти основные *методы* в дальнейшем допускают разнообразные *модификации*. Модификацией перорального метода будет принятие хинина или *extr. secalis corn.* и проч.; модификацией внутриматочного—впрыскивание мыла или йода или введение бужа и т. д. Возможно также сочетание различных методов или различных модификаций одного метода или, наконец, многократное повторение одной и той же модификации.

В данной работе мы рассматриваем лишь те методы и модификации прерывания беременности, которые применяются акушерками, бабками и самой беременной.

Как показывает наша табл. № 1, общее количество неврачебных аборт равно было 555; из них 55% приходилось на акушерку, 21%—на бабку и 24%—на саму больную. Что касается методов прерывания беременности, то бросается в глаза сильное превалирование внутриматочных методов: так, акушерка во всех 100% случаев применяла внутриматочное вмешательство, причем из 308 абортов в 29 даже выскабливание! Пероральный метод был применен акушеркой лишь в 2-х случаях—сюда мы отнесли те случаи, где акушерка заставила больную в своем присутствии принять то или иное лекарство, так сказать, „влила ей в рот“. Те случаи, где она ограничилась лишь советом, который больная потом осуществила на дому,—мы отнесли к абортам, вызванным самой беременной. Переходя к бабкам, мы видим, что и они во всех 100% применяют внутриматочное вмешательство, но выскабливание здесь места уже не имеет. Прочие методы (1 раз—*per os* и 3 раза—*влагалищный*) применяются ими весьма редко и то лишь в виде вспомогательных.

Но интереснее всего, что и в группе абортов, вызванных самой беременной, внутриматочный метод занимает высокое место, составляя 43%. Для того, чтобы вызвать остальные 76 абортов из общего числа в 133—женщинам пришлось проделать массу различных методов, нередко в различных модификациях, причем применять их приходилось неоднократно. Следует при этом иметь в виду, что часть абортов у них могла бы наступить спонтанно, без всякого вмешательства. Таким образом, мы видим, что эффективность всех невултиматочных методов, даже и в сочетании между собою, очень мала по сравнению с внутриматочным методом. И действительно, из 4.264 абортов этими средствами был вызван аборт лишь в 76 случаях, т. е. менее чем в 2% всех случаев.

Отсюда можно сделать вывод, что в настоящее время применяются наиболее эффективные и, разумеется, наиболее опасные методы прерывания беременности. Врачи, акушерки, бабки, а почти в 50% случаев и сами беременные—все применяют внутриматочное вмешательство, включая и выскабливание. Здесь же укажем, что из 1.524 врачебных внебольничных абортов в 1.489 случ. (97,7%) врач прервал беременность выскабливанием, а в 35 случаях—(2,3%) внутриматочным впрыскиванием йода, причем в 2-х случаях при этом понадобилось последующее выскабливание. Таким образом, методика прерывания беременности при больничном и врачебном внебольничном аборте приблизительно одна и та же, за исключением 2,3% случ., где применялось внутриматочное впрыскивание йода.

В табл. № 2 мы попытались изучить, в каком сочетании между собою применяются различные методы плодизгнания. Некоторую роль играет последовательность, с которой они применяются, но так как сведения собирались нами анамнестически, и женщины часто не помнили этой последовательности, то от изучения этого мы принуждены были отказаться. Практически, однако, всегда наблюдается переход от слабо действующих к сильно действующим средствам.

Мы видим, что современные средства для вызывания подпольного аборта отличаются высокой эффективностью. В 89,5% всех случаев аборт был вызван с помощью лишь одного метода, причем в 78,5% из них это были внутриматочные манипуляции (кроме выскабливания) и в 4,1%—выскабливание. Каждый из прочих методов, примененных в отдельности, давал лишь очень редко (в 2,0—2,9%) желаемый эффект.

Случаи, где плодизгнание было достигнуто путем применения 2-х методов, относительно немногочисленны—8,1% всех случаев или абсолютно—45 случаев. При этом внутриматочные манипуляции и выскабливание были применены в качестве одного из методов в 18 случаях, т. е. в 2/5 всех случаев этой группы.

в 3/5—эффект дали другие средства. Наконец, сочетание 3-х методов было применено в 2,4% всех аборт, и только в этой, абсолютно ничтожной, группе прочие методы превалируют над внутриматочными.

Переходим, наконец, к рассмотрению тех модификаций основных методов, которые еще находят распространение среди беременных женщин для вызывания внебольничного (не врачебного) аборта. Мы оставляем в стороне вопрос, насколько некоторые из этих средств действительны.

Из модификаций общего метода (см. табл. № 3) на 1-м месте стоят *горячие ванны*, значительно реже находят применение горчичники. Поднятие тяжести, на которое так часто любят ссылаться женщины, желая объяснить причину наступившего абортного кровотечения, как мы видим, для вызывания аборта теперь почти не применяется. Находимые во многих учебниках судебной медицины указания, что аборт иногда вызывают разминанием живота, повидимому, относятся к далеко прошедшим временам. Из пероральных средств на первом месте стоит *хинин*, из 47 случаев этой группы его применяли в 33. Все прочие средства стоят далеко позади. Изредка применяется отвар из шелухи простого лука и пеония („черная роза“). Шафран, знаменитое средство древности, почти забыт, о *drastica* вообще ничего не слышно. *Elix. secalis* почти совершенно не применяется.

Из влагалищных методов точно также мы имеем один излюбленный—это спринцевание иодом, несколько реже—горячей водой. Другие лекарственные растворы применяются для спринцевания значительно реже.

Внутриматочный метод несомненно занимает доминирующее место,—почти 70% всех модификаций, а вместе с выскабливанием (произведенным неврачами) даже 73,7%. Во внутриматочном методе мы находим 2 основные группы модификаций—введение твердых предметов и введение жидкостей. На первом плане из твердых предметов стоят *бужси* и катетеры; при неимении их в дело идет „подручный материал“—булавки, проволока, деревянные палочки, корни, гусиные перья и т. д. Впрочем, эти модификации распространены в значительно более скромных пределах. Из жидких средств теперь особенно в ходу *впрыскивание мыльной воды*—11,7%, реже—раствора иода. Наконец, даже не-врачи (исключительно акушерки) стали теперь прибегать и к выскабливанию, хотя, конечно в скромных размерах—4,6%.

Суммируя наши данные, мы можем сказать, что в наше время для подпольного аборта выработался определенный „стандарт“. Многолетний опыт, передаваемый от женщины к женщине, выработал наиболее действительные и наиболее опасные средства. Вмешательство *почти всегда производится внутриматочно*—либо буж, либо мыльная вода. Все другие средства стоят далеко позади. Из общих средств—горячие ванны, из вагинальных—горячие спринцевания иодом, из пероральных—хинин.

Разумеется, мы не отрицаем, что существуют и другие средства и модификации; так, нам приходилось узнавать у женщин о внутриматочном *впрыскивании* керосина, изредка можно найти указания о пероральном приеме пороха или настоя махорки на самогоне; об одном случае влагалищного применения сулемы мы даже сами сообщили (Магид, Zbl. f. Gynäk, 1926, № 9), однако, все эти средства применяются весьма редко—в единичных случаях.

Уместен вопрос—не являются ли описанные нами методы и модификации типичными только для нас, не имеет ли каждая страна, каждая область свои излюбленные средства? К сожалению, в литературе мы не могли найти цифровых данных о преобладании того или другого метода, и поэтому у нас нет материала для сравнения. Если, однако, проследить наши и заграничные казуистические сообщения о плодизгнании, то обращает на себя внимание, что речь идет почти исключительно о *впрыскиваниях* мыла и введении бужей (на селе—кореньев и веточек) и реже—

о приеме внутрь хинина. Повидимому, человеческий опыт эмпирически всюду привел к одному и тому же выводу.

Т а б л и ц а № 1.
Метод вмешательства при подпольном аборте.

Аборт вызывала	Число абортов	М е т о д а б о р т а :				
		Общий	Пероральный	Влагалищный	Внутри-маточн. кроме выскаблив.	Выскабливание
Акушерка	308	—	2	—	279	29
Бабка и проч.	114	—	1	3	114	—
Сама больная	133	52	43	41	57	—
Всего	555	52	46	44	450	29

Т а б л и ц а № 2.

Методы вмешательства и их комбинации при подпольном аборте.

Число различн. методов	М е т о д в м е ш а т е л ь с т в а	Число случаев	
		Абс.	В %/о/о
О д н и . (497 случ.)	Общий	11	2,0
	Пероральный	11	2,0
	Влагалищный	16	2,9
	Внутриматочный (кроме выскабливания)	436	78,5
	Выскабливание	23	4,1
			<u>89,5</u>
Д в а (45 случ.)	Общий + пероральный	13	2,2
	„ + влагалищный	15	2,7
	„ + внутриматочный (кроме выскабливания)	1	0,2
	„ + выскабливание	1	0,2
	Пероральный + влагалищный	2	0,4
	„ + внутриматочный (кроме выскабливан.)	4	0,7
	Влагалищный + „ „ „	3	0,5
Выскабливание + внутриматочный (кроме выскаблив.)	6	1,1	
			<u>8,1</u>
Т р и (13 случ.)	Общий + пероральный + влагалищный	12	2,2
	„ + „ + внутримат. (кроме выскаблив.)	1	0,2
			<u>2,4</u>
	В с е г о	555	100,0

Т а б л и ц а № 3.
Модификация различных методов вмешательства при подпольном аборте.

Метод вмешательства	М о д и ф и к а ц и я	Число вмешательств	
		Абс.	В ‰/‰
Общий (68 сл.)	Ванны общие и местные	47	7,5
	Горчичники	16	2,5
	Умышленное поднятие тяжестей и физическая работа	3	0,5
	Смазывание живота иодом	1	0,1
	Банки на крестец	1	0,1
			<u>10,7</u>
Пероральный (47 случ.)	Хинин	33	5,3
	Отвар луковицы	4	0,6
	Пеония	3	0,5
	Иодная настойка	2	0,3
	Шафран	1	0,1
	Extr. secalis	1	0,1
	Неизвестно	3	0,5
			<u>7,4</u>
Влагалищный (52 случ.)	Спринцевание иодом	26	4,0
	„ горячей водой	12	2,0
	„ содой	9	1,5
	„ мылом	3	0,5
	„ ромашкой	1	0,1
	„ марганц.-кисл. кали	1	0,1
			<u>8,2</u>
Внутриматочный (кроме абразия) (438 случ.)	Введение катетера или бужа	269	42,4
	„ булавок, проволоки	21	3,2
	„ деревянных палочек, карандашей	20	3,2
	„ петрушки, кореньев, веточек	12	2,0
	„ гусиных перьев	3	0,5
	„ прочих предметов	6	1,0
	Впрыскивание мыльной воды	74	11,7
	„ растворов иода	32	5,0
	„ „ соды	1	0,1
			<u>69,1</u>
Абразия (29 сл.)	Выскабливание	29	4,6
			<u>4,6</u>
	В с е г о	634	100,0

Из психо-физиологической лаборатории Нижегородского краевого института по изучению профессиональных заболеваний. Консультант проф. С. М. Васильский. Директор института д-р С. И. Скундина.

К вопросу о профессиональном треморе¹⁾.

Д-ров Г. А. Ротштейна и И. А. Гущина.

При изучении невро-психического здоровья рабочих кузнечного цеха завода „Красный Якорь“ нами было обнаружено большое количество случаев сильно выраженного тремора рук у обследованных рабочих. С целью более детального изучения этого симптома и установления связи его с производственными вредностями, нами был поставлен эксперимент на различных профессиональных группах. Пользуясь материалом, которым был занят клинический отдел Института, нам представилась возможность провести эксперимент на следующих рабочих группах: 1) кузнецы завода „Красный Якорь“ в количестве 62 чел., 2) рабочие ковочного цеха завода „Красное Сормово“ 45 чел., 3) парикмахеры в количестве 50 чел. Таким образом, располагаем данными тремометрии 3-х профессиональных групп, находящихся в различных производственных условиях.

Методика эксперимента состояла в следующем: все рабочие, за исключением рабочих кузнечного цеха завода «Красный Якорь», проводивших до эксперимента в стационаре Института не менее 18 часов в полном покое, приходили в лабораторию в утренние часы, между 10 и 12 часами утра, непосредственно из дому, так что они не производили профессиональной работы также в течение 18 часов до эксперимента.

Тремор измерялся на 6 круглых отверстиях тремометра Медэ таким образом, что испытуемому предлагалось правой рукой удерживать штифт в отверстии в течение 10 секунд, стараясь не прикасаться краем отверстия. Измерение тремора производилось по два раза, с небольшим трехминутным перерывом между испытаниями. Тремор регистрировался с помощью электромагнитного счетчика.

Данные всех измерений суммировались и выводилось среднее арифметическое, характеризующее тремор каждого рабочего. За характеристику тремора той или иной группы рабочих мы принимали среднее арифметическое из суммы тремора данной группы. Средний тремор для каждой из обследованных групп рабочих приведен в таблице № 1.

Т а б л и ц а № 1.

Кузнецы „Красного Якоря“	Ковали „Красного Сормова“	Парикмахеры
55,0	40,9	30,8

В дальнейшем мы подвергли анализу ряд профессиональных факторов в их связи с тремором. Таблица № 2 представляет зависимость тремора от длительности стажа.

¹⁾ Доклад на I Всесоюзном съезде по психотехнике и прикладной психофизиологии.