

колхозникам непрочищенное зерно; 6) в каждом колхозе, а также отдельных группах крестьян мы разъясняли, как очищать зерно от рожков спорыньи и тут же организовывали очистку; 7) на каждой мельнице был установлен постоянный контроль, на обязанности которого было наблюдение за недопущением помола непрочищенного зерна. Одновременно от всех мельников отбиралась подписка не принимать к помолу зерно, содержащее рожки спорыньи; 8) Широко ставились наши лекции об эрготизме; 9) из тех крестьян, которые никак не желали видеть разницу между рожью и рожками спорыньи, организовывалась группа для экскурсии в больницу. Эти обработанные селяне становились потом на селе лучшими агитаторами в деле борьбы с эрготизмом.

Интересно привести цифры процентного содержания спорыньи в хлебе и муке по некоторым селам, по данным повторных анализов: с. Оврахово—2%, с. Колонтаево—1,9%, с. Григорьевка—1,8%, с. Кобзаривка—1,5%, с. Семигорье—1,2%, с. Малая Березовка—1,2%, с. Снизково—0,9%. Просматривая эти цифры можно сделать заключение, что наиболее пораженными оказались те села, которые предварительно подверглись бедствию градобоя.

Для открытия спорыньи в муке мы пользовались методом Гофмана. Принимая во внимание, что мы исследовали исключительно свежие сорта муки, метод этот оказался достаточно точным. Кроме того, метод этот очень прост, не требует ни сложной аппаратуры, ни сложных реактивов, что было очень важно для быстроты наших исследований. Специальных лаборантов также не потребовалось, ибо к этой работе весьма скоро удалось приучить трех лекпомов больницы, которые и были прикреплены к этой работе на весь период эпидемии. К производству анализов также привлекались работники аптеки.

Для очистки зерна от рожков спорыньи чаще всего применялся солевой способ проф. Кургинского. Способ этот, основанный на разнице удельного веса спорыньи и хлебного зерна, оказался весьма практичен и общедоступен. Характер урожая (крупные зерна) благоприятствовал очистке соевым способом. Однако, местами, где рожки спорыньи были такой же величины, как и хлебные зерна или даже меньше, приходилось проводить очистку ручным способом, широко используя нетрудоспособных, а также школьников и пионеротряды.

Показания и противопоказания к искусственному выкидышу.

Проф. В. С. Груздева.

(Доклад в пленарном заседании Краевой научной медицинской ассоциации АТССР 14/IV 33).

За последние 10-летия во всех буржуазных странах наблюдается резкое снижение прироста населения, обусловливаемое катастрофическим падением рождаемости, обгоняющим падение смертности. В Швеции, напр., с 1891 по 1926 г. рождаемость упала с 26,3% до 12,6%, при понижении смертности с 19,1% до 11%. Особенно уменьшился этот прирост, несмотря на понижение процента смертности, во Франции: в 1913 г., напр., число рождений здесь равня-

лось 790 тыс., а в 1923 г.—761 тыс., почему численность населения, несмотря на присоединение Эльзаса и Лотарингии, понизилась с 41.476 тыс. в 1913 г. до 39.209 тыс. в 1923 г.

Что касается способов ограничения деторождения, то они довольно разнообразны: здесь мы видим и полное воздержание женщин от половой жизни, и т. наз. полудевство („demivierge“ M. Prevôt), и широкое применение презервативов, и, главное, искусственные выкидыши, т. е. прерывание беременности в той ее стадии, когда плод является неспособным к внеутробной жизни. В настоящее время во всех капиталистических странах господствует настоящая пандемия последних. Во Франции, напр., ежегодное число производимых аборт-ов равняется minimum 500 тыс., в Германии по Bumby и Vollmannу оно равно такому же числу, а по Hansbergу—1 миллиону. Такое возрастание числа аборт-ов наблюдалось и у нас в дореволюционной России: по Якобсону, напр., за 17 лет до 1912 г. % выкидышей у нас увеличился в 10 раз. Тщетно буржуазные правительства как на Западе, так и у нас в царское время боролись с этим злом при помощи карательных мер как для лиц, производящих аборт-ы, так и для беременных, прибегающих к ним,—результатом такого способа борьбы с аборт-ами было лишь то, как говорится в декрете от 18/XI 1920 г., что аборт „был загнан в подполье“, и женщина сделалась жертвой корыстных и часто невежественных аборт-истов, которые из тайной операции создали себе промысел“. В руках этих аборт-истов операция искусственного аборт-а сделалась грозящей не только здоровью, но и самой жизни огромного числа женщин. По Maugrièr процент смертей после подпольных аборт-ов в 100 раз превышает смертность от легального аборт-а, производимого в надлежащей обстановке, руками врачей. Winkler нашел, что в Германии от последствий выкидышей ежегодно гибнет от 6 до 10 тыс. женщин, а заболевает более или менее серьезно 75—100 тыс. То же самое было и у нас в дореволюционное время.

Видя, что запретительные меры против искусственных аборт-ов несколько не ограничивают их числа, а только увеличивают процент подпольных выкидышей, к громадному вреду для женского населения, рабоче-крестьянское правительство, в лице наркомздрава Семашко и наркомюста Курского, уже упомянутым декретом от 18/XI 1920 г. разрешило производство искусственного выкидыша у нас по социальным показаниям с тем, чтобы он производился в обстановке советских больниц, где обеспечивается максимальная его безвредность, и притом исключительно врачами.

Со времени появления этого декрета прошло более 12 лет, за какой период времени у нас накопилась обширная литература по вопросу об искусственном легальном выкидыше по социальным показаниям. К каким же общим выводам можно прийти на основании данных этой литературы? Повидимому, можно считать несомненным, что легализация аборт-а в значительной мере достигла той основной цели, с которою она была у нас введена, т. е. уменьшения числа подпольных выкидышей с их колоссальным вредом. Это доказывается и прямыми статистическими данными разных авторов нашего Союза, и косвенными данными преимущественно заграничных авторов (загра-

ницей искусственный аборт по-прежнему разрешается производить исключительно по медицинским показаниям, несмотря на голоса таких представителей науки, как Max Hirsch, требующих разрешения и у них производить аборт по социальным показаниям). По Roesle, напр., смертность от родильной горячки в Берлине относительно в 4 раза выше, чем в Ленинграде, причем $\frac{4}{5}$ смертей приходится на подпольные аборты. Нельзя поэтому не пожалеть, что и у нас, несмотря на легализацию аборта, подпольное производство его далеко еще не является совершенно изжитым.

Что касается, далее, вопроса о том, как легализация аборта отразилась у нас на рождаемости, то вопрос этот до сих пор является нерешенным: в то время, как одни авторы, напр., Бойко, Генс, Фейгель и др., утверждают, что легализация аборта несколько не отразилась у нас на приросте населения, другие, как Емельянов, Благодаров, Карпов, Кордобовский и др., держатся противоположного мнения.

За то вряд-ли можно сомневаться, что искусственный аборт, даже и будучи производим со строгим соблюдением требований декрета 18/XI 1920 г., т. е. в советских больницах и притом руками врача-специалиста, чреват вредными последствиями, если не для жизни, то для здоровья женщины. Не говорю о таких, относительно редких, осложнениях его, как перфорации матки, острые септические заболевания, восходящая гоноррея и пр.,—как мои личные наблюдения, так и наблюдения многих авторов неоспоримо свидетельствуют, что даже якобы вполне благополучно прошедшие аборты все же в дальнейшем существенно отражаются на здоровье женщины, вызывая бесплодие, расстройства месячных, нервные расстройства, благоприятствуя возникновению внематочной беременности, предлежания последа и др. серьезных осложнений последующих беременностей и родов. Особенно вредными в этом отношении являются, по моим наблюдениям, аборты, имеющие целью прерывание первой беременности у женщин с инфантильной половой сферой, а также аборты, производимые путем внутриматочных впрыскиваний t-rae jodi, интеррумпина и т. п. средств. Сравнительно опасными, уже в связи с технической трудностью их выполнения, являются и поздние аборты, т. е. производимые позже 3 месяцев беременности.

Такого взгляда держится и наше советское правительство, которое, видя и в легальном аборте зло, хотя и меньшее, чем подпольный аборт, проводит мероприятия, направленные к уменьшению числа абортов. Так, постановлением Наркомздрава РСФСР, опубликованным в № 4 Бюллетеней НКЗ* за 1926 г. разъяснено, что „производство искусственного выкидыша по истечении 3-х месяцев беременности, при отсутствии опасных для жизни показаний, не допускается“. Главным образом, однако, советская власть борется с тем злом, каким является аборт, не запретителными или карательными мероприятиями, а такими, как охрана материнства и младенчества, снабжение населения презервативами против нежелательной беременности или, по крайней мере, ознакомление женщин в консультациях с этими средствами и т. п.

Признавая, на основании всего вышесказанного, полезность сохранения у нас,—хотя бы в виде временной меры,—искусственного аборта по социальным показаниям, перейду теперь к обзору медицинских показаний для искусственного выкидыша. Перечислю эти показания, помимо личного опыта, главным образом на основании данных, имеющих в новейшей монографии по этому вопросу, принадлежащей Winter'y (W.) и помещенной в многотомном руководстве Halban'a и Seitz'a *Biologie und Pathologie des Weibes*, Bd. VIII, T. 2, а также на основании данных, имеющих в других отделах этого руководства, в обширном *Handbuch der Geburtshülfe* Winkel'я, где глава об аборте принадлежит Sarwey'ю (S.), в руководстве по оперативному акушерству Hammerschlag'a (H.), в статье т. Близнянской (Б.) („Охрана материнства и младенчества“, 1932, № 9) „Медицинские показания и противопоказания к производству аборта“ (Б), в какой-то статье мы находим схему, разработанную бригадой в составе т. Близнянской, проф. Илькевича, т. Лазаревича, т. Леви, проф. Сердюкова, проф. Малиновского, т. Михайлова, проф. Хольцмана и т. Моджугинского по поручению Московской областной акушерско-гинекологической комиссии, и др.

Предварительно замечу при этом, что обыкновенно медицинские показания к искусственному аборту делятся на две группы: абсолютные, где жизнь беременной подвергается в данное время несомненной опасности, устранения которой можно ожидать исключительно от прерывания беременности, и относительные, где такой опасности можно ожидать лишь в дальнейшем течении беременности или при родах. При наличии показаний первого рода аборт должен быть произведен немедленно, если же налицо имеются лишь относительные показания, то больная должна быть направлена в стационар для наблюдения и лечения, причем прерывание беременности надо произвести лишь в случае безуспешности последнего (Б). Строгой дифференцировки показаний в указанном смысле впрочем провести нельзя, почему в дальнейшем я, подобно большинству авторов, и не буду пытаться делать это.

Замечу еще, что западные акушеры,—немецкие и особенно французские,—гораздо ниже, чем мы, расценивают интересы матери по сравнению с интересами утробного плода, допуская,—по крайней мере на бумаге,—производство аборта лишь при таких заболеваниях, при которых беременность грозит опасностью лишь жизни матери, но не ее здоровью.

Приступая теперь к перечислению *медицинских показаний к искусственному выкидышу*, разгруппирую их соответственно той их классификации, которую мы находим в монографии Winter'a. В первую группу их войдут, стало быть:

1. Заболевания плодного яйца, а именно:

1. *Пузырный занос*, опасность которого для беременной и невозможность получения живого ребенка оправдывают, по W., принципиальное прерывание беременности в каждом случае данного заболевания, коль скоро оно распознано. Такой активный образ действия

должен применяться, не взирая на то, что в $1/2$ — $2/3$ всех случаев пупырный занос выталкивается самопроизвольно. Со своей стороны могу вполне присоединиться к образу действий, рекомендованному при данном заболевании Winter'ом.

2. *Маточные кровотечения травматического происхождения.* Кровотечения эти требуют применения выжидательного образа действий, но если они длятся долго и ослабляют женщину,—тогда вместе с W. я считаю их показывающими прерывание беременности.

3. *Кровотечения при предлежании последа.* Наиболее серьезная форма pl. praeviae, pl. praevia centralis, дает кровотечение уже в первые месяцы беременности, причем в дальнейшем последняя при этой форме часто прерывается преждевременно, а если дойдет до конца,—роды осложняются чрезвычайно обильным кровотечением. В виду всего этого W. совершенно справедливо считает данную форму предлежания последа показывающею прерывание беременности в ранних ее стадиях.

4. *Кровотечения из матки неизвестной природы,* которые, по W., составляют значительное большинство маточных кровотечений, а именно, $3/4$ их, показывают прерывание беременности в тех случаях, когда они вызывают у больной прогрессирующую анемию с падением количества гемоглобина ниже 50%.

5. *Смерть плода* сама по себе не показывает прерывания беременности, но последнее является желательным, по W., в тех случаях, где она сопровождается сильным кровотечением, а по H.,—когда она вызывает явления интоксикации (альбуминурию и т. п.).

6. *Острый hydramnion,* если он вызывает у беременной расстройство дыхания и кровообращения, показывает, по общепринятому в акушерстве взгляду, прокол плодного яйца, что, по совершенно верному замечанию W., равнозначуще прерыванию беременности.

II. Заболевания половых органов.

1. *Ретрофлексия и пролапс беременной матки* в случаях ущемления последней показывают, по W., не аборт, который здесь опасен и труден технически, а вправление матки, при невозможности же его,—вследствие, напр., наличности фиксирующих матку сращений,—лапаротомию; по S. же при безуспешности вправления ущемившейся ретрофлексированной матки показан искусственный аборт; со своей стороны я, вместе с московской бригадой, присоединился бы к первому мнению.

2. *Децидуальный эндометрит,* обуславливающий кровотечения и лихорадку вследствие скоплений гноя между оболочками, делает, по W., желательным удаление яйца, но надо иметь в виду, что оно здесь может быть очень опасным вследствие распространения инфекции. Я считал бы здесь рациональным тот же образ действия, какой сам W. рекомендует при инфицированном аборте, т. е. сначала применить такие средства вызвать изгнание яйца, как хинин.

3. *Фибромиомы матки,* прежде фигурировавшие среди показаний к выкидышу, в настоящее время, по общепринятому взгляду, показывают не аборт, а радикальное оперативное вмешательство,—тем бо-

лее, что, по моему мнению, последнее здесь является и не более опасным, и не более трудным технически, чем, напр., вычерпывание яйца.

4. Равным образом и *операбельные раки матки* показывают или радикальную операцию (удаление матки вместе с плодным яйцом), или облучение с оставлением беременности, но не аборт.

5. Оперативного удаления требуют и *опухоли яичников*, прерывания же беременности при них, по взгляду W., вполне разделяемому мною, никогда не требуется.

6. При *воспалительных заболеваниях маточных придатков*, как острых, так и хронических, прерывание беременности W. считает принципиально неправильным,—взгляд, к которому вполне присоединяюсь и я.

III. Токсикозы беременности.

Среди этих заболеваний, которые особенно часто требуют прерывания беременности, на одном из первых мест стоит:

1. *Неукротимая рвота беременных*, требующая производства искусственного выкидыша в тех случаях, когда она не поддается консервативному лечению,—лучше в стационаре, как то требуют московские товарищи,—и вызывает аритмию пульса, лихорадку, альбуминурию, мозговые симптомы, желтуху и тяжелые расстройства общего состояния. Учащение пульса и падение веса беременной не показывает, по W., искусственного выкидыша, по взгляду же, проводимому Б., стойкое учащение пульса (до 100 и выше) и аритмия показывают последний; я лично держусь того мнения, что здесь необходима строгая индивидуализация отдельных случаев.

2. *Саливация*, часто связанная с *hyperemesis gravidarum*, по W., не повышает опасности последней и не показывает прерывания беременности; Novak же и Döderlein считают пtiализм, связанный с *hyperemesis*, показывающим аборт; по моему сильный пtiализм, не уступающий никаким другим лечебным мерам, также требует прерывания беременности в форме искусственного аборта.

3. *Отёки у беременных* сами по себе, по W., неопасны и требуют не прерывания беременности, а соответствующего лечения; где оно, однако, не помогает, показывается прерывание беременности. Прерывания этого некоторые авторы требуют и при начинающейся *гангрене вульвы на почве отёка*, хотя по-моему здесь сначала надо испробовать насечки.

4. *Нефропатия* сама по себе, по W., не должна служить показанием к прерыванию беременности за исключением высоких степеней *гидроторакса* и *гидроперикардия*, не поддающихся хирургическому лечению путем прокола и лечению бессолевой диетой. Опасность перехода нефропатии в хронический нефрит W. считает ничтожной. Не показывают искусственного аборта, по W., и такие симптомы, как *альбуминурия* и *цилиндрурия*,—взгляд, которого не разделяют московские товарищи, считающие значительную альбуминурию с появлением эпителиальных и зернистых цилиндров показанием к аборту, если постельное содержание больных и диета не дадут результата.

Гипертония, которая, по W., чрезвычайно редко достигает у беременных опасных степеней, также, по этому автору, не должна служить показанием к аборту, по другим же авторам, как Eskelt, по-казует таковой; очевидно, здесь все зависит от степени гипертонии.

О таких проявлениях нефропатии, как *амавроз*, *альбуминурийный ретинит* и *отслойка сетчатки*, я скажу ниже, при перечислении показывающих аборт заболеваний глаза.

5. *Eclampsia gravidarum* требует прерывания беременности лишь при тяжелом течении, не уступающем консервативному лечению (способ Струганова, кровопускания); для профилактики эклампсии W. считает прерывание беременности ненужным, я же со своей стороны скорее бы присоединился в предложению Heупетанп'а считать и преэклампсию, не поддающуюся консервативному лечению, показывающей прерывание беременности.

6. *Хорея*, по W., требует прерывания беременности, во-первых, во всех остро наступающих тяжелых случаях, во-вторых, и в протекающих сначала легко случаях, если болезнь ведет к судорогам глотательных и дыхательных мышц, или тяжелому истощению, а также если она осложняется заболеваниями сердца, легких и почек, и если при ней наступают острые психозы или симптомы токсэмии.

7. *Острая желтая атрофия печени* требует немедленного прерывания беременности при обнаружении первых же признаков интоксикации (кроме желтухи—учащение пульса, мозговые явления, тяжелые расстройства деятельности почек, кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки и пр.). Сама по себе *желтуха*, однако, не требует, по W., прерывания беременности, если она даже проявляет тенденцию повторяться при нескольких беременностях; катарральная желтуха, по этому автору, требует искусственного аборта лишь тогда, когда она вызывает сильный общий зуд кожи, холемические кровотечения, тяжелый энтерит и психическое возбуждение беременной.

8. Из *кожных болезней*, относящихся к числу токсикозов беременности, pruritis, prurigo, эритема, herpes, крапивница и impetigo, по W., не должны вести к прерыванию беременности, но тяжелые формы impetigo herpetiformis с лихорадкой, ознобами и упадком общего состояния по взгляду большинства авторов составляют в этом отношении исключение. Кулигин считает показанием к аборту также herpes zoster linguae gangraenosus, а Иордан—волчанку.

IV. Заболевания, зависящие от расстройств внутренней секреции

1. По W. *Базедова болезнь*, вызывающая расстройства со стороны сердца, показывает прерывание беременности в тех случаях, где оперативное лечение ее почему-либо невозможно, а равно там, где она осложняется неукротимой рвотой и нефритом, Jagie же и Freund считают его показанным во всех тяжелых случаях зоба, а московская бригада—в случаях, где имеется ухудшение состояния больной в смысле нарушений работы сердечно-сосудистой системы.

2. *Диабет*, по Б., является показанием к прерыванию беременности, когда лечебные мероприятия не улучшают состояния больной,

что указывает на тяжелую форму заболевания,—положение, к которому я считаю вполне возможным присоединиться. W. несколько иначе формулирует здесь показания к прерыванию беременности: по его мнению оно показуется лишь при наступлении диабетической комы, а также при осложнении диабета токсическим нефрозом и некротимой рвотой. Профилактическое применение искусственного аборта при диабете W. считает непоказанным за исключением случаев, где плод мертв; равным образом не показывают его, по W., возрастание содержания сахара в моче, быстрое исхудание и др. симптомы диабета. Впрочем сам W. в 1 случае с успехом произвел аборт при угрожающей диабетической коме.

3. *Тетания* сама по себе, по W., не требует применения искусственного аборта, у Б. же она фигурирует в числе заболеваний, показывающих последний. Напротив, W. считает аборт показанным только в тех случаях, где судороги переходят на мышцы глотки и гортани.

4. *Остеомаляция*, хотя она нередко и ухудшается во время беременности, W. не причисляет к болезням, требующим прерывания беременности, за исключением тех случаев, где она развивается у молодых женщин, причем внутренние средства остаются при ней безуспешными. Я же со своей стороны считал бы эту болезнь всегда показывающей прерывание беременности.

5. Рогго к числу болезней, показывающих прерывание беременности, относит также *острую гипертрофию грудей* у беременных.

V. Болезни внутренних органов.

1. Вопрос о применении прерывания беременности при *tbc легких* до сих пор решается различными авторами различно. Хольцман и Б. формулируют показания к нему при легочном *tbc* так: а) компенсированные формы *tbc* с рентгеноскопическими и физическими признаками (отсутствие выделения *tbc* бактерий перед наступлением беременности, стойкая нормальная t^0 , отсутствие тахикардии, нормальная реакция РОЭ до беременности, стойкий вес) не дают показаний к прерыванию беременности. б) В случаях с обширными фиброзно-цирротическими изменениями беременность может быть оставлена только при благоприятных социально-бытовых условиях. в) Субфебрилитеты *tbc* происхождения (железисто-плевральная форма и формы с хронической интоксикацией) без явлений генерализации (глаза, железы, кожа и пр.) при условиях удовлетворительного питания, отсутствия тахикардии, нормальных показателей РОЭ, также не дают показаний к прерыванию беременности. г) Случаи с более обширными инфильтративными изменениями, диссеминированные формы или выраженная кавернозная легочная чахотка, случаи с резко выраженной токсемией подлежат прерыванию беременности. д) При субкомпенсированной форме *tbc* с незначительными явлениями продуктивного характера без значительного распада и с нерезко выраженной интоксикацией беременность может быть сохранена; устанавливая показания к прерыванию беременности или к ее сохранению в таких случаях, необходимо принимать во внимание социально-бы-

товые условия больной, желание женщины иметь ребенка, а также возможность длительного санаторного лечения. При этом прерывание беременности необходимо производить, по X. и Б., в первые 10 недель ее; прерывание во второй половине беременности в тяжелых случаях тbc легких бесцельно, так как к тяжести тbc заболевания прибавляется тогда опасность полостной операции.

Короче формулирует показания к прерыванию беременности при тbc легких W., по мнению которого латентный тbc легких не показывает аборта, при явном же тbc показывается прерывание беременности до VII месяца.

2. *Тbc гортани*, по единогласному мнению всех, показывает прерывание беременности, но W. допускает отступление от этого правила для исключительно-благоприятных случаев.

3. *Пороки сердца* сами по себе, по W., не требуют прерывания беременности, которое по этому автору показывается лишь а) при острой опасности для жизни, зависящей от слабости сердца, отека легких, скопления жидкости в перикарде, грудной и брюшной полостях, б) при тяжелых расстройствах компенсации, в) при остром, впервые во время беременности возникающем или рецидивирующем эндокардите, г) при полном блоке сердца в атрио-вентрикулярной системе, д) при осложнении пороков хроническим нефритом, е) при осложнении их острыми или хроническими болезнями легких.

По другим авторам, как указывает Jagič, *митральный стеноз* даже и при отсутствии расстройств компенсации показывает прерывание беременности, а равно показывается последнее при *комбинации нескольких пороков*, при *резком миокардите*, *сильном ожирении сердца*, отражающемся на состоянии сердца, *выраженном кифосколиозе грудной части позвоночника* и *адгезивном перикардите*.

Из *болезней сосудов* Jagič считает показывающими прерывание беременности *артериосклеротическую гипертензию и кардиопатию*, а также *сильный цианоз*. Показывается оно также при *mesaortitis luetica*.

Б. и Михайлов, которыми составлены показания к прерыванию беременности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы по поручению Московской комиссии, полагают, что в основу суждения об этих показаниях должны быть положены данные функционального состояния сердца и сосудов, анатомо-морфологический же диагноз не решает вопроса о необходимости прервать беременность. Общими показаниями для такого прерывания они считают: а) явления декомпенсации независимо от характера заболевания сердца, являющегося причиной этой декомпенсации; б) явления субкомпенсации сердечной деятельности, особенно при наличии декомпенсации в прошлом (компенсированные формы заболеваний сердца при наличии стойких изменений сами по себе не являются поводом для прерывания беременности); в) эндокардит при наличии симптомокомплекса отечности (наличие некоторой возбудимости сердца не служит показанием к аборту); г) аритмическая деятельность сердца при наличии диагноза мерцания предсердий, являющаяся безусловным показанием к аборту, экстрасистола же, при отсутствии других признаков заболевания сердца, не должна приниматься в расчет); д) склеротические изменения сердца при наличии твердо установленного симптомокомплекса.

Из числа *болезней почек острый нефрит*, по W., не показывает прерывания беременности, по другим же авторам, напр. по H., иногда показывает; по B., он является относительным показанием к такому прерыванию. Хронический же нефрит по Fehling'у и Hofmeier'у всегда требует прерывания беременности, которое при нем надо производить возможно раньше; по B. к нему надо прибегать особенно когда имеется недостаточность функции почек, а по W. а) при значительных скоплениях жидкости в плевре или перикардии; б) при грозящей уремии (узнаваемой по амаврозу, усиливающимся головным болям, рвоте, повышенному кровяному давлению); в) при расстройствах компенсации сердца; г) при прогрессирующем альбуминурийном ретините; д) при отслойке сетчатки и е) при амаврозе.

Гематурия сама по себе, по Eckelt'у, требует прерывания беременности лишь тогда, когда она, повторяясь, ведет к развитию прогрессирующей анемии у беременных.

Пиэлит, по W., показывает искусственное прерывание беременности лишь при безуспешности лечения промываниями лоханок, наличии сильной инфекции и явлениях упадка общего состояния беременной. Пиэлит, комбинирующийся с ileus'ом беременных, по новейшим данным всегда показывает немедленное прерывание беременности.

При *пионефроне* и *абсцессах* почек W требует хирургического лечения с сохранением беременности.

Что касается tbc почек, то при одностороннем процессе этого рода показывается, по W., нефротомия (sic! В. Т.) с сохранением беременности, при двустороннем же требуется применение искусственного аборта.

VI. Болезни крови.

Из этих болезней, по W., требуют прерывания беременности *лейкемия*, именно, острая, возникающая во время беременности (хроническая же, возникшая еще до начала беременности, показывает его лишь в тяжелых случаях), и все случаи *пернициозной анемии*. H. считает также этот образ действий показанным при *гемофилии*.

VII. Болезни нервной системы.

Из *психозов* W. считает показывающими прерывание беременности лишь а) *маниакально-депрессивные состояния*, если они связаны с мыслями о беременности и ее последствиях, а также с мыслями о самоубийстве, и если они не улучшаются при пребывании больных в специальных закрытых учреждениях (такого же взгляда придерживается и Wollenberg); б) те случаи *dementiae praecoxis*, в которых раньше болезнь ухудшалась под влиянием беременности и родов, и где она рецидивировала при настоящей беременности.

Эпилепсия по Curschmann'у во время беременности иногда даже улучшается. То же бывает по Siemerlin'у и с *истерией*. Впрочем тяжелый status epilepticus требует, по Ewald'у, прерывания беременности, а E. Meyer считает эпилепсию показывающей стерилизацию женщины.

Из органических болезней головного мозга случаи благоприятного влияния прерывания беременности описаны в литературе при *hydrocephalus externus* и кортикальном энцефалите.

Среди органических болезней спинного мозга показывают прерывание беременности, по W., а) миелит беременных, обыкновенно токсического происхождения,—при тяжелом течении и восходящем характере и б) множественный склероз—если эта болезнь заметно ухудшается во время беременности и грозит даже жизни больных.

Из заболеваний нервных стволов прерывание беременности показывается, по W. при восходящем параличе Landry, неврите блуждающего нерва и п. *rhenici* и при полиневрите, сопровождающемся рвотой, желтухой и психозами.

VIII. Болезни органов внешних чувств.

Из глазных болезней требуют прерывания беременности: *Nevritis n. optici*—по Б. преимущественно двусторонний, по W.—если он вызывает значительные расстройства зрения, причем прерывание беременности показывается здесь и профилактически.

Отслойка сетчатки, осложняющая нефропатию и хронический нефрит.

Уремический амавроз—тогда как экламптический амавроз, по W., никогда не показывает прерывания беременности.

Альбуминурийный ретинит—когда он появляется уже в ранних стадиях беременности и обнаруживает склонность к ясному прогрессированию.

Некоторые авторы, по Novaк'у, считают также показанием к аборту быстро прогрессирующую при беременности миопию, другие—наличность глаукомы и, наконец, кровоизлияния в сетчатку.

Из ушных болезней при отосклерозе, по W., надо воздерживаться от прерывания беременности на том основании, что болезнь эта продолжает прогрессировать и по окончании беременности; Naike, однако, считает отосклероз показанием прерывание беременности, если во время последней болезнь значительно ухудшается, а в статье Б. отосклероз фигурирует в числе абсолютных показаний к аборту, так как он ведет во время беременности к полной глухоте.

Не считает W. показанным прерывание беременности и при *нагноении среднего уха*.

IX. Хирургические болезни.

Аппендицит, по W., не показывает прерывания беременности, ибо оно может вести к распространению процесса. Не считает его показанием к аборту и Б.

При операбильном раке прямой кишки Novaк считает наилучшим образом действий—сначала произвести аборт, а через 1—2 нед. радикальную операцию.

При *tbc костей и суставов* W. считает искусственный аборт непоказанным, Novaк же—показанным при фторидном, прогрессирующем течении болезни, а Б. и Хольцман полагают, что законченные формы костно-суставного *tbc* не дают показаний к прерыванию

беременности, случаи же с явлениями интоксикации и открытыми свищами показывают его.

При *желчно-каменной болезни* прерывание беременности, по W., не показуется ни с лечебной, ни с профилактической целью. Не показывает его по Б и *простая желтуха*, по W. же катарральная желтуха требует аборта, если она сопровождается сильным зудом, холемическими кровотечениями, тяжелым энтеритом и психическим возбуждением беременной.

Не требуют также, по W., прерывания беременности *грыжи, varices нижних конечностей, arthritis deformans и опухоли брюшной полости.*

Х. Опасность предстоящих родов и др. показания.

Сужение таза какой бы то ни было степени W. не считает показывающими искусственный выкидыш, так как в настоящее время мы имеем в кесарском сечении относительно безопасный для матери способ родоразрешения, при помощи которого можно почти наверное получить живого ребенка при любых размерах таза. Однако опыт показывает, что операция эта при современных условиях дает гораздо более высокую заболеваемость и смертность матерей, чем операция искусственного выкидыша. Поэтому в тех случаях, где размеры таза у женщины не допускают рождения живого доношенного ребенка *per vias naturales*,—т. е. имеется или абсолютное сужение таза (С. v. при плоском тазе равна 6 см. и ниже, а при общесуженном— $6\frac{1}{2}$ и ниже), или относительное 2-й степени (С. v. ниже $8\frac{1}{2}$ см.),—мы должны предложить беременной на выбор либо подвергнуться риску кесарского сечения, но за то получить живого и жизнеспособного ребенка, либо избежать этого риска ценою жизни плода; в последнем случае беременность прерывается путем искусственного выкидыша.

Такого же образа действий врач-акушер должен держаться и при *стенозах мягких частей родового канала* у женщины, не допускающих рождения доношенного плода *per vias naturales*, но позволяющих извлечение яйца, находящегося в ранних стадиях развития, где W. также не допускает применения искусственного выкидыша.

Не считает W. показанным производство аборта и в тех случаях, где у женщины, уже перенесшей раз или несколько раз операцию кесарского сечения, донашивание беременности до конца и срочные роды сопряжены с риском *разрыва матки*, или женщина, как показывает опыт предыдущих родов у ней, склонна к опасным *последующим кровотечениям*. Между тем в отдельных случаях этого рода, особенно у женщин многосемейных, я считал бы искусственное прерывание беременности в таких случаях вполне допустимым.

Прерывания беременности *по социальным показаниям* W., подобно другим западно-европейским акушерам, не допускает, хотя все же признает их подкрепляющими медицинскими показания, особенно у женщин, страдающих тbc. У нас, как уже было сказано выше, дело обстоит иначе.

Не вяжется с нашими взглядами и защищаемая W. недопустимость аборта *по евгенетическим показаниям*, при наличии у родителей

болезней, передающихся детям, каковы сифилис, эпилепсия, атрофия зрительного нерва, психозы (напр. *dementia praecox*), а равно в случаях, где женщина оказывается *забеременевшею против ее желанья* (изнасилование, *coitus* с женщиной, находящейся под наркозом и т. п.)

Разберу теперь вкратце *противопоказания к производству искусственного аборта*, причем перечислю их в том порядке, как они изложены в статье Б., где перечень их составлен проф. Сердюковым и д-ром Моджугинским.

Первыми из этих противопоказаний они считают *инфантилизм и гипоплазию матки*. Со своей стороны я также считал бы производство искусственного аборта при этих аномалиях нежелательным, так как опыт свидетельствует, что оно очень часто ведет здесь к таким последствиям, как полное бесплодие.

Противопоказуют, по С. и М., прерывание беременности также *острые и подострые воспалительные заболевания половых, тазовых и брюшных органов*, напр., гнойники в области мочевого канала, гнойные бартолиниты, свежая гоноррея, аппендицит в острой и подострой стадиях и т. п. Конечно, едва ли можно оспаривать, что производство аборта в подобных случаях безопаснее отложить до того времени, пока гнойники не будут опорожнены и их полости не будут обеззаражены, больной червеобразный отросток не будет удален, половой канал не будет освобожден от гонококков (иначе травма при аборте может повести к развитию восходящей гонорреи и пр.).

Нельзя не признать также рациональным требование названных авторов, чтобы у женщин, перенесших *воспалительные заболевания после родов и аборта*, искусственное прерывание следующей беременности производилось после известного времени, напр, месяцев 6-ти, по выздоровлении, особенно при наличии анатомических изменений в тазовых органах и ускоренной РОЭ, а равно—чтобы при всех лихорадочных повышениях t^0 у беременных без диагноза производство аборта откладывалось на 3-дневный срок после того, как у них установится нормальная t^0 .

Что касается таких *фокальных инфекций*, признаваемых С. и М. также за противопоказания к производству искусственного аборта, как ангина, грипп, флюс, фурункулез, гнойный отит, гноящиеся раны и язвы, то, конечно, лучше избегать этой операции, пока беременные не излечатся от них, но если прерывание беременности почему-либо не терпит отлагательства, к нему можно прибегать и до полного излечения больных, приняв лишь меры, чтобы во время операции инфекция не попала в полость матки. Сказанное впрочем относится и к некоторым другим противопоказаниям из числа приведенных выше.

Нежелательным считал бы я, вместе с С. и М., и *слишком частое* производство искусственных аборт, — чаще, чем 2 раза в год, — ибо оно действительно ведет к изнашиваемости организма женщины и неблагоприятно влияет как на соматическую, так и на нервно-психическую сферу женщины.

Относительно противопоказанности искусственного аборта при таких аномалиях, как *graviditas cervicalis*, где единственно действи-

тельным средством борьбы с кровотечением является полная экстирпация матки, или *graviditas extrauterina*, конечно, двух мнений быть не может.

Наконец, о прерывании беременности при *опухолях яичников* и *фибромиомах матки* мною уже было сказано выше.

Прения.

В дискуссии по докладу проф. В. С. Груздева приняли участие профф. Р. И. Лепская, Э. И. Малкин, Н. К. Горяев, Р. Я. Гасуль, А. В. Вишневский, И. И. Русецкий, доц. М. П. Андреев, профф. А. Н. Мурзин, В. Е. Адамюк, И. Ф. Козлов, Я. Д. Печников, Ф. Г. Мухамедьяров и С. М. Шварц и доц. Мустафин.

Проф. Р. И. Лепская, остановившись на некоторых токсикозах беременности, часто связываемых с поражениями почек и печени, указала, что с современной точки зрения клиническая картина в этих случаях является не результатом местного поражения одного органа, а отражением сложных общих расстройств. Перестройка организма беременной, начавшись под ведущим влиянием эндокринной системы, может, при отсутствии соответствующих корреляций, привести к таким, напр., патологическим реакциям, как дисрегуляция сосудистого тонуса (гипертония), как понижение осмотического давления протеинов крови и повышение способности к набуханию коллоидов тканей (факторы, ведущие к отеку); даже такой симптом, как альбуминурия, может объясняться экстра-ренальными причинами, а именно сдвигом в белковом составе крови. Клиническая картина токсикоза может т. о. быть чрезвычайно разнообразной — от моносимптома, каковы *hydrops*, *hypertonia*, *albuminuria gravidarum*, до пестрой комбинации этих симптомов, которая осложняется еще сочетанием с местными изменениями в почках и в печени. Изложенная точка зрения существенно повлияла и на терапевтические установки. Ни отек, ни гипертония не считаются абсолютными показаниями к прерыванию беременности с тех пор, как современная терапия располагает методами лечения, направленными на эти экстра-ренальные моменты. Лишь упорство и нарастание указанных симптомов, несмотря на терапию, могут стать показаниями к прерыванию беременности. Еще менее того изолированная альбуминурия может служить указанием на угрожающие явления, требующие такого прерывания. Что касается желухи беременных, то она одна также не служит показанием к прерыванию беременности. Современная инсулино-углеводная терапия позволяет улучшить функцию печени, предупредить тяжелые осложнения и даже купировать иногда уже выраженные явления полной недостаточности этого органа.

Проф. Э. И. Малкин высказал, что при решении вопроса о показаниях к прерыванию беременности со стороны сердечно-сосудистой системы необходим тщательный анализ каждого отдельного случая. С этой точки зрения даже декомпенсация не всегда является абсолютным показанием к такому прерыванию. Так, стеноз дуги сердца, — порок, при котором особенно страдает диастолическое наполнение сердца, по мнению многих авторов показывает прерывание беременности уже при первых признаках декомпенсации. Между тем М. н. у известен случай, где беременная на VII месяце, поступившая в клинику с резко выраженными явлениями декомпенсации на почве стеноза дуги сердца (большими отеками, значительным расширением сердца, резкой тахикардией), будучи подвергнута лечению наперстянкой, продолжавшемуся с небольшими перерывами до родов, благополучно перенесла последние, продолжая себя хорошо чувствовать и после родов. Проф. М. не сказал бы, однако, этого относительно аортальных пороков, при которых, правда, сердце значительно дольше сопротивляется факторам, выводящим его из состояния декомпенсации, но при которых гораздо труднее справиться с уже развившейся декомпенсацией.

Проф. Н. К. Горяев указал, что некоторые формулировки авторитетнейших акушеров относительно прерывания беременности, казавшиеся почти бесспорными немного лет тому назад, требуют существенных поправок в настоящее время. В частности требуют пересмотра показания к прерыванию беременности при анемиях. Переливание крови, получающее все более и более широкое распространение, и обогащение наших лечебных мероприятий при анемиях введе-

нием лечения печенью и свиным желудком—должны повести к резкому ограничению показаний к прерыванию беременности при анемиях. В августе 1926 г. появились первые сообщения Minot и Murphy о результатах лечения печени пернициозной анемии, а уже в конце 1927 г. Mouzon сообщил о случае Deschamps'a, где пернициозная анемия у беременной улучшилась под влиянием печени, и беременность благополучно окончилась в срок. Позднее аналогичные случаи были сообщены в американской литературе.

Проф. Р. Я. Гасуль, отметив важность рентгенологического исследования для установки заболеваний, показывающих искусственный выкидыш, особенно туберкулезки легких, добавил к перечисленным в докладе показаниям еще одно, а именно, по его мнению аборт показан у женщин, подвергавшихся частым снимкам области таза или освещению по поводу воспалительных процессов в половой сфере. Здесь искусственный выкидыш диктуется теми соображениями, что поврежденные х-лучами половые клетки яичников могут дать неполноценный плод.

Проф. А. В. Вишневский отметил, что хирургические заболевания у беременных в конечном счете не так уж часто вынуждают ставить показания к аборту. Зависит это оттого, что многие из этих заболеваний успешно лечатся и устраняются хирургическим путем в течение самой беременности, особенно на первых ее сроках. Таковы аппендицит, гнойные процессы в почках, заболевания желчных путей. Поэтому при указанных заболеваниях у беременных чаще приходится ставить вопрос о ликвидации этих заболеваний, чем о ликвидации беременности. Особенно в этом отношении стоят заболевания желчных путей, связанные с обтурационной желтухой. В практике проф. В-го был случай, где он оперировал беременную больную с хронической закупоркой общего желчного протока в состоянии резкой холемии, не зная об ее беременности; после операции у больной развился самопроизвольный аборт, сопровождавшийся тяжелой кровотечением, от которого она погибла; возможно впрочем, что здесь было бы плохо и с искусственным абортом, если бы последний был предпослан операции. Из других, сопутствующих беременности, хирургических заболеваний В. считает показавшим искусственный выкидыш лишь рак прямой кишки.

Разбирая вопрос о показаниях и противопоказаниях к прерыванию беременности при нервных болезнях, проф. И. И. Русецкий отметил большое значение нарушения нервных механизмов, связанных с беременностью и родами, особенно механизмов пояснично-крестцового спинного отдела, каковые нарушения наблюдаются при поражениях спинного мозга, сопровождающихся расстройствами вегетативных функций последнего и нижними параплегиями (сдавления спинного мозга, миелиты, менинго-миелиты и пр.); при всех этих нарушениях показано прерывание беременности, равно как и в тяжелых случаях полиневритов, двусторонних пояснично-крестцовых плекситов, а также в редких случаях поражения п. phrenici и п. vagi.

Из заболеваний большого мозга проф. Р. считает прерывание беременности показанным в тяжелых случаях опухолей и менинго-энцефалита.

Вопрос о прерывании беременности при гиперкинезах (хорея, эпилепсия) может быть, по его мнению, разрешен в положительном смысле при тяжелом эпилептическом состоянии или выраженных гиперкинезах мышц, вредящих беременности и родам (мышцы живота, приводящие мышцы бедра и пр.).

Из рассеянных заболеваний нервной системы, показывающих прерывание беременности, Р. на первом месте ставит сифилис центральной нервной системы, а также металюес и множественный склероз—в случаях выраженных нижних параплегий.

Наконец, вопрос о прерывании беременности может быть предметом обсуждения при наследственных заболеваниях нервной системы, передающихся по доминантному типу и при тяжелых заболеваниях вегетативной нервной системы с вазомоторными и трофическими нарушениями в брюшной области.

Доц. М. П. Андреев заметил, что психиатру приходится принимать участие в разрешении вопроса о прерывании беременности с трех точек зрения—собственно-психиатрической, евгенической и психологической. 1) В отношении показаний со стороны психозов можно в основном согласиться с осторожными положениями докладчика и Winter'a; в настоящее время только еще более подчеркиваются редкость и относительность показаний к прерыванию беременности при психозах (Masurkiewicz, Cole), даже и таких, как шизофре-

ния и ман.-депр. психоз (Bumke, Horstmann). 2) Евгенические показания, как отмечено и докладчиком, вообще не являются определенными и решающими. Это особенно следует подчеркнуть в отношении психических заболеваний (Cole, Horstmann и др.), так как в этой области наблюдается иногда несколько-паническое отношение среди врачей, при котором отбрасывается общее положение о том, что „законы наследственности (по крайней мере в человеческой патологии) дают возможность многое объяснить, но немного предсказать“. 3) Практически-важнее соображения психологического порядка, отчасти уже затронутые в выступлениях профф. Н. К. Горяева и З. И. Малкина. Установка женщины на продление и естественное завершение беременности часто является важным моментом в ее психической жизни, и игнорирование этой установки, как факта, противоположающего искусственное прерывание беременности, при относительности многих других показаний (о чем говорили некоторые оппоненты), может создать психическую травму, являющуюся источником развития разного рода психоневротических состояний у женщины.

Присоединившись к положению относительно показанности прерывания беременности при осложняющей нефропатию и хронический нефрит отслойке сетчатки и уремическом амаврозе, проф. А. И. Мурзин дополнил, что и возникающая на всякой другой почве у беременных отслойка сетчатки показывает искусственный выкидыш. Что касается альбуминуричного ретинита, то, если он возникает у беременной, страдающей хроническим нефритом, то, по мнению проф. Мна, требует немедленного прерывания беременности; если же эта болезнь развивается на почве нефропатии беременных, то в таких случаях возможно выжидание. Показуется, по М., немедленное прерывание беременности и после установки диагноза воспаления зрительного нерва,—конечно, при условии отсутствия другого этиологического фактора,—причем, в виду склонности неврита зрительного нерва рецидивировать при последующих беременностях, искусственный выкидыш должен быть применяем здесь и в виде профилактической меры. Наконец, в отдельных случаях прерывание беременности является показанным и при таких заболеваниях глаза, как стоящие в связи с беременностью кератоконус, экзофтальм, глаукома, язва роговицы и пр., хотя здесь возможна индивидуализация.

Проф. В. Е. Адамюк считает нужным добавить к показующим прерывание беременности заболеваниям глаза гнойные кератиты у очень истощенных, анемичных женщин, принимающие характер кератомалиции. Кроме того проф. А. отметил шаткость разграничения не прогрессирующих ретинитов от прогрессирующих, необходимость в случаях неврита выяснения наличия других этиологических моментов и неотложность вмешательства при отслойках сетчатки.

Проф. И. Ф. Козлов, приветствуя своевременность доклада, в виду его обобщающего значения вопроса о медицинских показаниях к аборту для врачей Союза, высказал, что при решении этого вопроса должны быть учтены профессия и характер труда беременных. Для лучшей установки медпоказаний к аборту в отдельных случаях проф. К. рекомендует улучшение работы консультаций для беременных и более тесную связь их с представителями различных медицинских специальностей.

Проф. Я. Д. Печников заметил, что специалисту дерматологу чрезвычайно редко приходится сталкиваться с вопросом о производстве аборта. К дерматозам, показующим производство последнего, относится специальный дерматоз беременных, *impetigo herpetiformis* Hebra: каждый случай этого заболевания должен быть предметом совместного обсуждения гинеколога и дерматолога по поводу необходимости производства аборта. Что касается второго специального дерматоза беременных—*herpes gravidarum*, то надо согласиться с Winterom, что обычно этот дерматоз не служит показанием к прерыванию беременности. Указания Wintera на зуд кожи при катаральной желтухе у беременных, как показующий производство аборта, надо расширить и углубить по отношению к целому ряду дерматозов. Современная дерматология стремится к пониманию последних в связи с их генезом и общей динамикой жизни организма. Большинство дерматозов являются лишь вывеской, внешним синдромом различных процессов внутри организма и его заболеваний в целом. Поэтому вопрос о прерывании беременности может возникнуть при ряде банальных дерматозов в том случае, когда данный дерматоз будет являться внешним отражением серьезного нарушения функций организма. Для примера можно взять тот же зуд

кожи у беременных: при существующем общем нервном расстройстве зуд этот может быть настолько нестерпим, что, при отсутствии эффекта от применения различных методов и средств лечения, может сделать необходимым прерывание беременности. Т. о. центр тяжести вопроса о прерывании беременности при дерматозах должен быть перенесен от статического диагноза самого дерматоза к динамическому диагнозу нарушения функции организма при нем.

Проф. Ф. Г. Мухомедьяров: Всякие процессы, происходящие в человеческом обществе, обуславливаются социально-экономической структурой данного общества и подчиняются социальным закономерностям. Поэтому при освещении и анализе демографических процессов, а также связанных с проблемой населения вопросов, как-то показаний и противопоказаний к искусственным выкидышам, мы должны исходить из социально-экономических основ, увязав так называемое биологическое с социальным. С этой точки зрения проф. Грузде в своей правильно построенный доклад, осветив вначале социальные корни абортов. Но, к сожалению, докладчик слишком мало уделил внимания вопросам социального порядка, а самое главное, нет никакой увязки как в докладе, так и в выступлениях между социальными и медицинскими показаниями, и получается впечатление, что оба они существуют параллельно независимо друг от друга. Это есть голая абстракция, являющаяся результатом чисто-биологического подхода к человеку, и не соответствует действительности.

Говоря о тенденции женщины к сокращению деторождений, на что было указано докладчиком, мы должны ее рассматривать, как историческую категорию, обусловливаемую общественно-производственными отношениями в социально-классовом разрезе, ибо стремление к сознательному ограничению рождаемости— явление, хотя общее всем классам, в особенности буржуазии и пролетариату и в меньшей степени крестьянству, но по разным мотивам в зависимости от положения того или иного класса в обществе.

С другой стороны на практике мы встречаемся главным образом с абортами по социальным показаниям, ибо удельный вес искусственных выкидышей по медицинским показаниям слишком невелик, и по данным отдельных авторов колеблется в пределах 1—4% (А н у ф р и е в).

Касаясь вопроса об удельном весе абортов по отношению к родам, необходимо отметить, что в городах нашего Советского Союза процент искусственных выкидышей достаточно высок и по данным отдельных авторов по крупным городам (Москва, Ленинград, Ростов-на-Дону) колеблется в пределах 17—37½% (Баткис) в то время, как в сельских местностях этот процент является весьма незначительным, составляя 1,9%—2,1%—2,7% (Сенкевич, Баткис, Мухомедьяров).

Поэтому проблема борьбы с абортами главным образом в городах приобретает весьма актуальное значение, и неотложной нашей задачей в этой области является прежде всего изучение и классификация социальных показаний к производству выкидышей, а также освещение и уточнение медицинских показаний в разрезе социальном. Наряду с этим необходимо принять все меры к более организованному и рациональному проведению тех мероприятий, которые у нас практикуются, как-то: укрепление и расширение сети женских консультаций, расширение применения, а также производство противозачаточных средств на базе социалистической перестройки быта при систематическом и неуклонном повышении культурного уровня трудящихся женщин. Такой метод борьбы с абортами, проводимый в нашем Советском Союзе с 1920 года, дал свои положительные результаты, выразившиеся в сокращении процента неполных (начатых вне больницы) абортов с 88,7% до 26,0%, соответственно чему процент абортов, произведенных в б-це, повысился с 0,3% до 74,0% (Бравая); по данным Федера число подпольных абортов по Москве с 1922 по 1931 г.г. сократилось в 6 раз, послеперинатальная смертность по той же Москве составляет 1 случай на 25000 абортов. Таким образом легализация абортов является единственным рациональным методом борьбы с ними с точки зрения уменьшения тайных абортов и их последствий.

Репрессивные меры в деле борьбы с абортами, являясь пережитком реакционного клерикализма, приносят непоправимый вред, калеча сотни женщин, обрекая их на частые и непосильные роды и загоняя аборт в подполье. Не приведя к положительным результатам, этот метод борьбы, практикуемый в капиталистических странах, загнал эту операцию в подполье и сделал женщину жертвой корыстных и часто невежественных абортистов, которые из тайны сделали

себе профессию. В результате до 50% женщин заболевают от заражения и до 4% из них умирают (Брава я).

В заключение необходимо отметить, насколько легализация абортс у нас отразилась на рождаемости и естественном приросте населения и каковы результаты репрессивных методов борьбы с ними в капиталистических странах. За последнее 25-летие мы имеем резкое падение рождаемости во всех странах Западной Европы и Америки за исключением СССР, где это падение является весьма незначительным, составляя 41,8% за 1930 год против 44,4% за 1908—1913 гг. В результате резкого снижения смертности у нас мы имеем весьма значительное повышение естественного прироста населения, достигающее 22% в 1930 году против 16% за 1870—1910 гг. и 13,9% за 1800—1870 гг.

Если взять Западно-Европейские страны, то в Германии за тот же период времени (1908—1913 гг. и 1930 г.) рождаемость снизилась с 29,5% до 17,5%, в Англии—с 24,9% до 16,3%, во Франции—с 19,5% до 18,1%, в Швеции—с 24,4% до 15,2%, в Австрии—с 31,9% до 16,8% и т. д. В соответствии со снижением рождаемости в этих же странах наблюдается резкое падение естественного прироста населения: во Франции с 0,9% до минус 0,2%, в Англии с 11,2% до 5,1%, в Германии с 11,3% до 6,5%, в САСШ с 20,5% до 14,3% и т. д. (Д и в р и х о н).

Таким образом легализация абортс у нас ничуть не отразилась в смысле отрицательном на рождаемости и естественном приросте населения; наоборот, она дала весьма благоприятные результаты во многих отношениях, в том числе и в отношении естественного движения населения. Следовательно, разговоры и предположения об отрицательном влиянии легализации абортс на рождаемость и прирост населения лишены всякого основания, в противном случае не было бы такого исключительного роста населения СССР при чрезвычайном его падении во всех капиталистических странах.

Проф. С. М. Шварц: Интересный доклад проф. В. С. Груздева и выступления виднейших научных работников Мединститута и Гидува показали, как различно относятся к трудящейся женщине советские научные работники, советские врачи—с одной стороны и врачебная масса капиталистических стран—с другой. Установка Советской власти, советского здравоохранения о максимально заботливом отношении к трудящейся женщине, к ее здоровью—усвоена советскими врачами и практически претворяется в жизнь. В капиталистических странах подавляющее большинство врачей послушно выполняет социальный заказ капиталистов (забота о „пушечном мясе“ для империалистических войн и резервной армии труда достаточных размеров) и действует против интересов женщины-пролетарки, крестьянки. В этом отношении ярким примером может служить Германия. Врачебные массы (в большинстве своем) и врачебные организации Германии активно поддерживают § 218, запрещающий, под страхом тюремного заключения в 5 лет, производство абортс за исключением случаев, когда беременность грозит жизни матери, и § 184, запрещающий пропаганду противозачаточных средств. Производство абортс по социальным показаниям квалифицируется врачебными организациями и многими врачами, как убийство. Так, д-р Goertz пишет в Aertzliche Vereinsblatt: „Назовем же, наконец, аборт его настоящим именем,—это есть ничто иное, как убийство..... Прерывание беременности может иметь место только, если беременность угрожает жизни матери“. Кельнский (1931 г.) съезд врачей, объединяемых Hartmannbund'ом (свыше 40000 членов), вынес резолюцию, всецело поддерживающую § 218. Съезд высказался против легализации абортс по социальным показаниям, и это несмотря на тяжелейший экономический кризис и наличие уже в 1931 г. 6—7 миллионов безработных. Результатом преступной политики буржуазного государства является, конечно, не снижение числа абортс, а резкое нарастание количества подпольных абортс. По вычислениям Freudenberg'a в Берлине 40% всех беременностей кончаются абортс. По всей Германии число абортс в год исчисляется в миллион случаев. Подпольный аборт производится в большинстве случаев акушерками и знахарями. Так, курфюшер (знахарь) Schagein признан на суде, что им произведено около 7000 абортс. Естественно, что последствия подпольного абортс для здоровья женщины очень плачевны. Подсчитано, что в Германии погибает ежегодно не менее 20.000 женщин от абортс, произведенных лицами, не имеющими медицинского образования, и совершенных в антисанитарной обстановке. Сотни тысяч женщин расплавляются за такие абортс своим здоровьем и нередко инвалидизируются. Таковы размеры

аборта несмотря на то, что буржуазная юстиция не церемонится с женщиной, и в Германии присуждаются ежегодно 4000—5000 женщин к тюремному заключению за произведенный аборт. Но вполне понятно, что острое буржуазного суда направлено только против женщины-пролетарки и крестьянки. Дочери и жены помещиков, фабрикантов, крупных чиновников и торговцев имеют все возможности произвести аборт в прекрасно оборудованных частных клиниках. Формальная же сторона дела обходится очень легко: „свой врач“ дает в таких случаях удостоверение, что находящаяся у него под наблюдением пациентка страдает заболеванием, показывающим прерывание беременности, и клиника, конечно за солидную плату, спокойно производит аборт даже в том случае, когда у пациентки нет никакого заболевания.

Несмотря на все это, находятся в Германии врачи и научные работники, которые позволяют себе выступать с клеветой на политику советского здравоохранения. В повседневной и медицинской прессе делаются заявления, что легализация аборт в Советском союзе себя не оправдала, что в результате роста числа аборт прискорбно население СССР уменьшается, что врачи Советского союза против легализации аборт, но что они вынуждены производить аборт по социальным показаниям под давлением органов здравоохранения и т. п. небылицы.

Полагаю, что доклад проф. В. С. Груздева и выступления участвовавших в прениях являются лучшим ответом на эту клевету. Необходимо доклад и выступления напечатать в „Казанском мед. журн.“, дополнив их, однако, данными, характеризующими влияние легализации аборт на снижение смертности после выкидыша и уменьшение последующих заболеваний женской половой сферы. Следует дать цифры, характеризующие динамику рождаемости и прироста населения в СССР, кот. показывают, что, несмотря на легализацию аборта, у нас наиболее высокая рождаемость и прирост населения по сравнению со всеми европейскими странами. Необходимо, наконец, показать, какие мероприятия мы проводим, чтобы уменьшить количество аборт, являющихся несомненно злом, кот. нужно свести до возможного минимума. К сожалению, докладчик и выступавшие в прениях не дали статистических данных, кот. осветили бы вопросы с достаточной полнотой, что нужно сделать при подготовке материала к печати.

Доц. Мустафин: Доклад профессора В. С. Груздева и ряд выступлений профессорско-клиницистов г. Казани, широко осветившие вопрос о медицинских показаниях и противопоказаниях к производству операции аборта, недостаточно осветили социальную сторону этого вопроса. Только начало доклада проф. Груздева в выступлениях проф. Мухамедьярова Ф. Г., проф. Шварца С. М. затронули социальную сторону этой проблемы. Мы считаем, что на сегодняшний день советскую врачебную общественность должна больше интересовать не „чисто-медицинская“ сторона этого вопроса, а социальная.

Как известно, во всех буржуазных государствах, основанных на частной собственности, освященной церковью, и нуждающихся в резервной армии безработных и людском резерве на случай войны, до последнего времени законодательством предусматриваются суровые наказания за производство искусственного аборта; к ответственности привлекается как лицо, производившее эту операцию, так и женщина, решившаяся на искусственное изгнание плода. Наказания эти своим острием направлены против пролетарских женщин, вынужденных прибегать к этой операции. Так, например, в Австрии на 100 женщин, осужденных за аборт, 92 принадлежали к группе „несостоятельных“. Эти же данные, нам кажется, проливают некоторый свет на социальные корни аборта. Несмотря на существование карательных мер, в капиталистических странах целый ряд статистических данных говорит о том, что количество аборт как абсолютно, так и относительно увеличиваются из года в год. Так, например, покойный проф. социальной гигиены 2 МГУ З. П. Соловьев говорит (БСЭ, т. I), что в настоящее время (1920-25 гг.) ежегодное число искусственных аборт доходит до 500.000 во Франции, до 160.000—в Германии. В столицах капиталистических государств искусственные аборт исчисляются десятками тысяч; так, по самым скромным подсчетам в Париже в течение года проводится до 70.000, в Нью-Йорке—до 80.000 и в Берлине—до 23.000 искусственных аборт. По данным шведской уголовной статистики в 1851-80 гг. на каждую тысячу населения приходилось 3,04 искусственных аборта, в 1900 году эта цифра дошла уже до 19,01. По данным венских клиник в 1898 году число поступивших в больницу с начатым на стороне абортom составляло 18,9% всех поступлений, к

1913 году эта цифра повышается до 57,2⁰%. Карательная система не снижает количества искусственных абортов, а загоняет их в подполье и делает женщину жертвой корыстных и часто невежественных абортистов; здесь нет необходимости доказывать большую вредность и опасность проведения этой операции в неблагоприятной обстановке подполья.

Такое большое количество абортов, производимых в разных странах, вызвано в основном социально-экономическими, бытовыми условиями, в которых находится пролетариат в капиталистических странах.

Удельный вес абортов по медицинским показаниям, по имеющимся литературным данным, представляется весьма незначительным, аборты по социальным показаниям составляют подавляющее большинство всех абортов. Вот почему необходимо нам обратить особое внимание на аборты по социальным показаниям, выявлять детальные причины и устранять их. В этом отношении Советской властью проведен и проводится ряд мероприятий: пособия по беременности и родам, на воспитание новорожденного, предусмотренные социальным страхованием, привлечение отца к расходам по воспитанию ребенка, целый ряд мероприятий в системе охраны материнства и младенчества, обеспечивающих нормальные условия для воспитания ребенка, являются действительными средствами борьбы с искусственным абортom. Огромное значение в этом отношении имеет широкое распространение противозачаточных мероприятий и популяризация их через женскую консультацию.

Легализация абортов, предусмотренная в нашем законодательстве, содействует максимальному снижению вреда операции искусственного аборта и освобождает женщину от притязаний корыстных подпольных абортмахеров. Удельный вес поступающих в наши больницы с начатым на стороне абортom с каждым годом уменьшается. Так, например, в Москве на 100 абортов, произведенных в больницах, было поступивших с начатым на стороне абортom в 1922 году—57,0, в 1923—42,4, в 1924—37,6, в 1925 г.—20,0, в 1926 г.—12,2.

Некоторые буржуазные ученые обвиняют Советскую власть за легализацию абортов, утверждая, что это мероприятие снижает рождаемость и притормаживает население и тем самым ведет к уменьшению народонаселения. Несостоятельность этих обвинений можно было бы доказать целым рядом статистических данных, но мы ограничимся приведением данных естественного движения населения в Москве.

Анализ таблицы ¹⁾ зачатий, родов, абортов, смертей и прироста населения в Москве за период с 1909 по 1926 год показывает, что, несмотря на рост абортов,—с 1,3⁰% в 1909 г. до 15,8⁰% в 1926 году,—мы не имеем сильного снижения рождаемости (35,4⁰% в 1909 году, 28,9⁰% в 1926 году). Прирост же населения у нас не только не снижается, а непрерывно увеличивается с 7,7⁰% в 1911 году до 15,1⁰% в 1926 году. Объяснение этому положению мы находим в той же таблице: за эти годы число зачатий на 1000 населения остается стационарным, а к концу вышеуказанного периода имеет тенденцию к увеличению, смертность же из года в год падает (с 26,5⁰% в 1911 году до 13,8⁰% в 1926 году).

Имея в виду, что в дореволюционной России в связи с запрещением абортов, как и в других капиталистических странах, надо полагать, что большая часть подпольных абортов не попадала в регистрацию, и легализация абортов после Октябрьской революции дала возможность более полного учета искусственных

Годы	На 1000 населения			Смертей	Прирост
	Зачатий	Родов	Абортов		
1909	36,7	35,4	1,3	—	—
1910	36,8	35,2	1,6	—	—
1911	36,4	34,2	2,2	26,5	+ 7,7
1912	35,8	33,5	2,3	24,4	+ 9,1
1913	35,1	32,2	2,9	24,7	+ 7,5
1914	34,2	31,0	3,2	23,2	+ 7,8
1921	36,3	30,6	5,7	25,5	+ 5,1
1922	31,1	25,6	5,5	23,9	— 3,3
1923	35,6	30,1	5,5	14,0	+16,1
1924	35,0	29,3	5,7	15,3	+14,0
1925	40,7	31,0	9,7	13,4	+17,6
1926	44,7	28,9	15,8	13,8	+15,1

выкидышей. Некоторую часть роста количества абортов следует отнести за этот счет; это положение подтверждается и тем, что число зачатий у нас остается почти стационарным, а в конце рассматриваемого периода увеличивается параллельно с ростом числа абортов.

На основе вышесказанного мы с категоричностью можем утверждать, что некоторый рост числа абортов у нас идет не за счет снижения рождаемости, а за счет увеличения количества зачатий.

В отношении же прироста населения у нас в СССР мы констатируем, что ряд мероприятий Советской власти, направленных к оздоровлению условий труда и быта трудящихся, широкое развитие мероприятий по охране материнства и младенчества, дают быстрое и неуклонное снижение смертности и, сохраняя почти на том же уровне рождаемость, из года в год повышают прирост населения, как было указано выше.

В заключение мы должны со всей категоричностью утверждать, что борьба с абортами должна вестись не путем запретительных, карательных мероприятий, ухудшающих положение матери, а путем непрерывного улучшения социально-экономических условий рабочего класса, вовлечения женщин в производительный труд и поднятия культурного уровня населения.

Из Физиологической лаборатории Астраханского мединститута.

О влиянии безусловного рефлекса на условный отрицательный рефлекс¹⁾.

Доцент В. В. Петровский.

В основе образования временной связи лежит одно из главных условий: совпадение во времени действия индифферентного агента с действием безусловного раздражителя. При этом совпадение должно происходить таким образом, чтобы начало действия индифферентного агента хотя бы немного, но предшествовало во времени действию безусловного раздражителя. В случае, если совпадение происходит с предшествования действия безусловного индифферентному агенту, выработать из последнего условный раздражитель не удается (Крестовников, Подкопаев). Факт этот нужно понимать так, что во время действия безусловного раздражителя центр безусловного рефлекса, в силу механизма отрицательной индукции, обуславливает торможение, распространяющееся на полушария головного мозга, и индифферентный раздражитель падает на клетку, находящуюся в состоянии торможения. В связи с этим находит себе объяснение и то обстоятельство, что, помимо невыработки условного раздражителя из индифферентного агента при сочетании его с безусловным по указанному способу, сам индифферентный агент после ряда проведенных таким образом сочетаний или покрытий, как такие сочетания специально называют, приобретает тормозные свойства (Подкопаев). Давно было установлено, что после совместных применений отрицательного условного раздражителя с индифферентным агентом, последний получает тормозные свойства (Фольборг²⁾). В данном случае только тормозные свойства индиф. агент получает от внутреннего торможения, при покрытиях же индифф. агента безусловным тормозные свойства приобретаются от внешнего торможения. Хотя приведенные данные

¹⁾ Доложено на III Поволжском съезде врачей в Астрахани в июне 1930 г.

²⁾ Приведено по лекциям ак. И. П. Павлова.