

R

179

А. ГЕНС.

935

ПРОБЛЕМА АБОРТА В СССР



Г О С У Д А Р С Т В Е Н Н О Е
М Е Д И Ц И Н С К О Е И З Д А Т Е Л Ъ С Т В О

Главлит № А—28497

Тираж 3.000

8-я типография «Мосполиграф», ул. Фридриха Энгельса, 46.

ГЛАВА ПЕРВАЯ.

Абортной проблеме в последние годы посвящены многочисленные работы в буржуазных странах и у нас. В буржуазных странах абортная проблема обсуждается в печати с одной только точки зрения: должно ли искусственное прерывание беременности по социальным показаниям запрещаться уголовным законом? Наша литература об абортах занята прежде всего изучением социально-бытовой обстановки, вызывающей аборт, и последствий искусственного аборта для здоровья женщины.

Восемь лет прошло уже с того момента, как мы отказались от метода репрессии в борьбе с абортами, как абсолютно не достигающего цели, и взяли на себя ответственность за наиболее радикальное разрешение этого наболевшего вопроса. Легализация абортов настолько глубоко затрагивает интересы не только работниц и крестьянок, но и всего пролетарского коллектива, что всестороннее обсуждение этого вопроса, тщательное взвешивание практики нескольких лет должны дать нам ответ на вопрос: насколько наша советская политика в этом вопросе правильна и что следует изменить в ее практике в будущем?

И если буржуазные исследователи этого вопроса внимательно присматриваются к нашему опыту, то и мы не менее тщательно собираем факты об абортах в

буржуазных странах. И, сопоставляя два различных способа разрешения этой проблемы, ищем критерий, необходимый для проверки правильности нашей политики.

Каково положение вопроса об абортах в буржуазных странах? Прежде всего отметим факт постепенного понижения рождаемости в целом ряде государств.

Табл. № 1. Рождаемость на 1000 жит. за 1901—1927 гг.

	1900—1904	1910—1914	1920—1924	1925	1926	1927
Англия	28,4	24,3	21,3	18,3	17,8	16,7
Шотландия . .	29,3	25,9	24,3	21,3	20,9	19,8
Норвегия . . .	28,9	25,4	23,5	20,0	19,7	17,4
Швеция	26,2	23,7	20,3	17,5	16,9	16,1
Дания	29,2	26,4	23,1	21,1	20,5	19,6
Голландия . . .	31,8	28,2	26,5	24,1	23,8	23,1
Германия	34,7	28,2	23,1	20,6	19,5	18,3
Швейцария . .	28,2	23,8	19,9	18,4	18,2	17,3
Франция	21,4	19,0	20,1	19,1	18,8	18,1
Испания	35,3	31,2	30,3	29,3	29,9	28,6
Италия	32,6	32,0	29,9	27,5	27,2	26,4
Венгрия	37,4	35,0	30,0	28,3	26,6	25,2
ЧехоСловакия .	35,5	29,8	27,3	25,1	24,5	23,4

Обращает на себя внимание быстрое падение рождаемости в Англии и Германии, где в 1927 г. рождаемость уже столь же низкая, как и во Франции.

Мы не будем сейчас касаться всех причин понижения рождаемости, но необходимо фиксировать внимание на следующих обстоятельствах. В Германии в 1880 г. родилось на 1000 чел. населения 40 чел., в 1890 г.—37, в 1901 г.—34,7, в 1911 г.—28,2 и в 1924 г.—20,5. Сравнивая рождаемость в 1924 г. с таковой в 1890 г., мы видим, что она понизилась больше чем на 40%. И одновременно, по сообщению д-ра Зангорна, число абортс с количества 8—10 на каждую сотню родов в 1890 г. дошло до 15 в 1910 г. и до 25 в 1924 г. Таким образом мы видим, что между понижением рождаемости и ростом числа

абортов имеется непосредственная прямая зависимость. И что это действительно так, убеждают нас не только приведенные выше данные о падении рождаемости, но и возрастание из года в год: 1) числа привлеченных и осужденных за аборт и 2) увеличение числа женщин, поступающих в больницы с начатым на стороне абортom.

Рост числа осужденных за аборт: в Германии 243 чел. в 1885 г., 949—в 1911 г., 1467—в 1913 г., 4248—в 1921 г., 3565—в 1923 г., 5296—в 1924 г.; в Англии в 1913 г.—31, в 1921 г.—40, в 1923 г.—22; в царской России в 1910 г.—20, в 1911 г.—28, в 1912 г.—31, в 1913 г.—60, в 1915 г.—40, в 1916 г.—51 и по РСФСР в 1926 г.—66 мужчин и 805 женщин¹.

Рост числа поступлений в больницу с начатым на стороне абортom (по отношению всех принятых женщин в венских клиниках): в 1898 г.—18,9%, в 1908 г.—32,7%, в 1913 г.—57,2% (данные проф. Lazko).

В Страсбургской клинике было в 1905 г. 10,5% поступлений в состоянии выкидыша, в 1906 г.—12,7%, в 1907 г.—14,4%.

В Москве были приняты в родильный дом им. Лепехина в 1908 г. 3,4% с начатым абортom, в 1909 г.—

¹ Резкое увеличение числа осужденных в РСФСР в сравнении с довоенным временем не указывает на громадный скачок числа абортom после 1917 г., а на иное отношение розыскных и судебных властей к этому виду преступления: раньше царское правительство осуждало рабочих и крестьянок за то, что им произведен аборт, и оставляло почти безнаказанными абортмахеров; теперь, в СССР, сидят в тюрьмах только абортмахиры.

Ведь то же самое мы наблюдаем по отношению к осужденным за детоубийства, число которых до войны исчислялось, например, в Московской губернии единицами, а за последние годы их уже было 50—60 за год. Это только показывает, насколько судебно-следственные власти царского времени проходили хладнокровно мимо этого преступления и насколько чутко реагирует теперь наша советская общественность на это позорное общественное явление.

5,3%, в 1910 г.—6,7%, в 1911 г.—11,6%, в 1913 г.—13,5%. В больницу для послеродовых заболеваний им. Тимистера (Москва) принято: в 1910 г.—17,9%, в 1912 г.—20%, в 1912 г.—30,9%, в 1913 г.—41,8%. В 1914 г. в Москве было принято 5 537 больных после выкидыша. В Ленинграде с 1904 по 1909 г. число поступлений с выкидышами увеличилось в родовспомогательных заведениях с 10% в 1904 г. до 17% в 1909 г., а в гинекологических отделениях их число дошло в 1910 г. даже до 33% (Окинчиц); там же, в акушерской клинике Женского медицинского института, с 12% в 1896 г. оно поднялось до 30% в 1909 г. В одной только Обуховской больнице (Ленинград) были приняты в 1910 г. 1 331 женщина с кровотечением из-за начатого или неудачного выкидыша, а по данным Борхова в 1914 г. были приняты во всех больницах Ленинграда 1 734 женщины из-за аборта.

Необходимо указать, что среди поступающих с выкидышами в больницу женщин, большинство поступают вследствие начатого ими неудачного искусственного выкидыша. Так, Schofer, Nurnberg, Вампе считают, что из них 70—90% криминальных абортов, Ventin—89%, по нюрнбергской статистике—66%, по гамбургской—70%.

На основании вышеприведенных данных о поступлениях с выкидышем и на основании падения рождаемости некоторые авторы исчисляют число всех абортов. Так, мы уже привели данные Зандгорна, указывающего на увеличение числа абортов в Германии: Ventin считает, что в Германии было произведено в 1911 г. 240 700 абортов, Неупеманн для 1923 г. считает 500 000 и Liermann для 1924 г.—875 750. Для Берлина проф. Roesle считает ежегодно 23 000 абортов, при чем Freudenberg считает, что с 1909 по 1921 г. число абортов возросло с 10 до 40 на 100 рождений. Проф. Лакассень опре-

деляет число аборт в Париже (до войны) в 70 000, а по всей Франции—в 500 000 ежегодно. Долери считает, что 35—40% всех беременностей во Франции прекращается искусственно.

Все эти приведенные данные достаточно ясно указывают на непрерывный постепенный рост числа аборт за последние 50 лет.

Данные по Москве о родах и абортах (см. табл. 2 и диаграмму 1) представляют значительный интерес.

Табл. 2. Аборты в Москве.

Годы	Всего родилось	Было выкидышей	На 100 родов выкидышей	Всего населения	Процент абортов, проведенных в больн.	На 1 000 чел. населения:		Всего зачатий
						рождений	выкидышей	
1909	52 180	1 972	3,8	1 474 785		35,4	1,3	36,7
1910	53 715	2 459	4,6	1 526 900		35,2	1,6	36,8
1911	54 036	3 486	6,4	1 580 900		34,2	2,2	36,4
1912	54 806	3 743	6,8	1 636 850		33,5	2,3	35,8
1913	54 548	4 926	9,3	1 694 815		32,2	2,9	35,1
1914	54 405	5 537	10,2	1 754 900		31,0	3,2	34,2
1921	36 000	6 723	18,7	1 176 600		30,6	5,7	36,3
1922	35 328	7 646	21,6	1 380 700	43,0	25,6	5,5	31,1
1923	48 780	8 985 (4 367) (3 809)	19,2	1 620 600	57,6	30,1	5,5	35,6
1924	51 914	10 152 (3 809)	19,5	1 772 000	62,4	29,3	5,7	35,0
1925	57 537	18 071 (3 810)	31,4	1 855 000	80,0	31,0	9,7	40,7
1926	58 384	31 986 (3893)	54,7	2 019 453	87,8	28,9	15,8	44,7
1927	53 369	40 001 (5851)	75,0	2 083 000	85,4	25,6	19,2	44,8

В скобках—число неполных абортов.

Мы видим, что уже до войны с каждым годом растет число абортов (поступлений в больницы с кровотечением, т. е. начатых на стороне) и одновременно уста-

навливается ясно выросшая тенденция к понижению рождаемости с 35,4 (1909 г.) до 31,0 (1914 г.). Устанавливается несомненная связь между повышением числа абортс и понижением числа родов. Но после легализации абортс мы наблюдаем нарушение этого правила: резко, во много раз, увеличивается число абортс, но и рождаемость повышается с 25,6 (1922 г.) до 31,0 (1925 г.). Это позволяет нам сделать вывод о том, что в эти годы рост числа абортс объясняется главным образом извлечением абортс из подполья.

Но, без сомнения, мы наблюдаем и относительный рост числа абортс, который специфичен не только для Москвы, но наблюдается во всем мире. Наши данные позволяют нам путем анализа выразить в цифрах рост числа абортс.

Так, в 1913 г. рождаемость по Москве равнялась 32,2. Предположим, что в 1926 г. была бы такая же рождаемость, что на 2 019 453 жителей должно было бы соответствовать 65 000 родов; было же рождений 58 384,—следовательно, мы имеем дефицит в 7 000 родов, что составит на 1 000 чел. населения 3,4. Таким образом наш показатель числа выкидышей 15,8 на 1.000 чел. населения за 1926 г. (см. диаграмму 1) в сравнении с 1913 г. составляется из 2,9 абортс (взято столько же, сколько было в 1913 г.) плюс 3,4 абортс (рост абортс среди населения) и 9,5 абортс, извлеченных из подполья.

Обратно, применяя этот же способ рассуждения, мы можем считать, что в 1913 г. было явных абортс 2,9 на 1 000 чел. населения плюс 9,5 не обнаруженных.

Таким образом сумма всех зачатий была в 1913 г.— $32,2 + 2,9 + 9,5 = 44,6$ и в 1926 г.— $28,9 + 15,8 = 44,7$.

Сумма всех зачатий будет и в следующие годы стоять на одном и том же уровне (если только практи-

ка применений противозачаточных средств не понизит числа абортотв).

Резкий скачок, быстрый рост абортотв в Москве за 1925 и 1926 гг. получает свое объяснение в более интенсивном извлечении абортотв из подполья. На 100 абортотв, произведенных в больницах, было поступивших с начатым на стороне абортотвом в 1922 г.—57,0, в 1923 г.—42,4, в 1924 г.—37,6, в 1925 г.—20,0 и в 1926 г.—12,2.

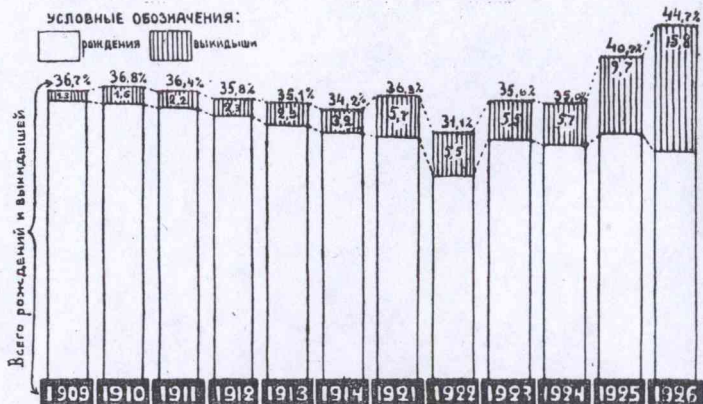


Диаграмма 1.

Рождения и выкидыши на 1000 душ населения г. Москвы.

Мы видим, что резкое увеличение числа коек для производства абортотв почти целиком ликвидировало подпольные абортотвы в Москве.

Еще больше отражает фактическое положение вещей показатель степени частоты абортотв в связи с возрастом женщин.

Эти данные показывают, что наиболее производительными являются женщины в возрасте 20—30 лет, что с повышением возраста женщин повышается также ча-

стота абортот. В возрасте 40—49 лет почти половина всех беременностей кончаются абортот.

Табл. 3. Плодовитость по Москве за 1926 г.

Возраст	Женщин в Москве в соответственном возрасте по переписи 1926 г.	Всех рождений (без мертворожденных)	Прошло жинсборта ми через больницы	На 1 000 женщин было			Из каждых 100 беременностей кончался абортот
				родов	абортот	зачатий	
15-19л.	102 809	2 593	1 151	25,2	11,2	36,4	30,8
20-29л.	212 314	39 611	20 216	145,4	74,3	219,7	30,8
30-39л.	182 675	14 622	9 436	80,0	51,7	131,7	39,2
40-49л.	104 992	1 588	1 183	13,9	12,2	26,1	46,3
Всего	662 790	58 384	31 986	88,1	48,3	136,6	35,6

Кроме того частота абортот в соответствующие возрасты возросла в 1927 г., но ввиду того, что эта частота не вызвала понижения плодовитости, остается это обстоятельство отнести главным образом за счет извлечения абортот из подполья.

Благодаря легализации абортот и связанной с ней обязательной их регистрации мы в СССР получили возможность оперировать (как видно из предыдущего) с более или менее точными данными, в то время как в буржуазных странах исследователи на основании косвенных показателей исчисляють чрезвычайно грубо и не точно число и частоту абортот.

Причины роста абортот достаточно ясны. Механизация производства дала возможность капиталистам применять неквалифицированную рабочую силу на заводах: они накнулись на детский и женский труд, как на наиболее дешевый,—и армия работниц с каждым годом растет, переваливая в настоящее время за 10 000 000 чел. Так, если в текстильной промышленности Германии было занято женщин в 1902 г. 27,1%, то в 1912 г. их стало

уже 29,9%, в 1913 г.—31,2%, в 1923 г.—34,6%, в 1924 г.—35,3%.

Дешевый женский труд в буржуазных государствах продолжал в послевоенное время еще более интенсивно конкурировать с мужским: так, в Германии, число женщин, занятых в производстве, непрерывно растет за счет растущего числа безработных мужчин.

В СССР женский труд также находит большое применение. В основных отраслях промышленности в настоящее время из всего числа занятых в ней лиц работницы и служащие женщины составляют 26,1%.

В СССР на 1 января 1927 г. было занято женщин в ценовой промышленности (по данным ЦСУ СССР):

Табл. 4. Женский труд в промышленности.

№№ по порядку	Отрасль промышленности	Всего занято лиц	Работниц и служащих	Процент числа работниц к общему числу занят. лиц
1	Добывание и обработка минералов	163 012	31 392	19,2
2	Горная и горнозаводская . .	406 284	34 256	8,4
3	Металлообрабатывающая . .	702 496	71 949	10,2
4	Обработка дерева	100 415	17 047	17,0
5	Химическая	98 575	30 916	31,3
6	Производство пищевых продуктов, напитков и наркотиков	277 416	63 996	23,1%
7	Обработка материалов животного происхождения . . .	7 242	1 107	15,5
8	Кожевенная и меховая . . .	39 548	5 705	14,6
9	Текстильная	722 056	394 488	54,6
10	Одежда и туалет	82 148	38 986	47,4
11	Бумажная	44 897	10 880	24,2
12	Полиграфическая	74 224	15 032	20,2
13	Научно-художественная . .	9 592	773	8,0
14	Производство физическ. сил	32 603	4 834	14,7
Всего по СССР . .		2 760 508	721 361	26,1%

Участие женщин в производстве неизбежно приводит их в глубокое противоречие с материнством. Для буржуазных государств это противоречие характерно, и как государство, так и общество мало заинтересованы в разрешении этого противоречия: на рынке достаточно безработных, чтобы не бить тревогу. Поэтому и мероприятия по охране материнства и младенчества носят чисто благотворительный характер, а страхование материнства в рабочем классе проводится настолько убого, что работнице, например, невыгодно использовать предоставляемый ей по закону отпуск по беременности и после родов. Яслей недостаточно, и они плохо оборудованы, плохо организованы. Кроме того, с каждым годом все более и более ухудшаются жилищные условия рабочего класса. Поэтому вполне понятно, что работница ради сохранения заработка, ради сохранения достигнутого материального уровня принуждена прибегнуть к аборту.

В советских условиях, когда мы считаем основным в деле охраны материнства и младенчества переустройство быта в сторону возможно большего облегчения совмещения женщиной материнства с трудом на производстве, когда у нас уже теперь вдвое больше яслей, чем в Германии, когда у нас в год тратится на страхование материнства почти 100 000 000 руб., когда отпуска по беременности и материнству полностью используются,—при этих условиях развитие женского труда в СССР имеет совершенно другие перспективы, чем в буржуазных странах. В СССР охрана материнства строится, чтобы дать возможность работнице совмещать материнство с работой на производстве, между тем в буржуазных государствах охрана материнства занимается почти исключительно борьбой с детской смертностью, и противоречия между материн-

ством и участием в производстве работниц с каждым годом усугубляются.

Но уровень хозяйственного и культурного развития в СССР в настоящее время еще не настолько высок, чтобы работа по охране материнства и младенчества могла быстро расти. Противоречия между участием женщин в производстве и материнством и у нас еще дают себя остро чувствовать, и отчасти поэтому число абортот среди работниц у нас еще довольно значительно.

Повышение культурности, стремление принять участие в общеполитической жизни, а в особенности жилищный кризис—все это, вместе взятое, также повышает стремление к ограничению деторождения.

Ввиду того, что противозачаточные средства из-за дороговизны распространены на Западе только среди господствующего класса, среди буржуазии, ввиду того, что буржуазия всевозможными путями ведет борьбу с распространением противозачаточных средств, работницы и крестьянки ограничивают там деторождение единственно возможным для них путем—путем абортов.

Понижение деторождения явно невыгодно для капиталистического общества, которому нужна резервная армия безработных, чтобы держать заработную плату на нужном уровне, и нужна резервная армия мужчин в качестве пушечного мяса для империалистических войн¹.

Эти тенденции капиталистического общества нашли свое отражение в религии, в буржуазной морали, буржуазной семье, объявившей святость, незы-

¹ В книге «Германия в опасности» д-р Гартвиг взывает к увеличению деторождения: необходимо подготовиться к следующей войне.

блемость брака, объявившей аборт грехом против бога капиталистов, против капиталистического общества.

Поэтому-то легализация аборт, разрушающая «святость» брака, незыблемость религиозных основ и изменяющая буржуазную мораль, а главное понижающая рождаемость, неприемлема для буржуазных государств,—и там борьба с абортами продолжается путем репрессивных мер.

Эти репрессивные меры довольно жестоки: женщина, которой произвели аборт, карается несколькими годами тюремного заключения. Для иллюстрации мы приводим полностью тексты законов о наказуемости за производство выкидыша во Франции, Германии, Италии и Англии.

Новый французский закон 1923 г. о наказуемости за производство выкидыша.

Кто произведет или сделает попытку произвести посредством пищи, питья, особых приемов или какого-либо иного способа выкидыш у беременной женщины, с ее согласия или без такового, подлежит тюремному заключению на срок от 1 до 5 лет и штрафу в размере от 500 до 10 000 франков.

Подлежит тюремному заключению на срок от 6 месяцев до 2 лет и штрафу от 100 до 2 000 франков женщина, которая произвела себе выкидыш или согласилась употребить указанные способы для этой цели, если выкидыш состоялся.

Врачи, фельдшера, акушерки, зубные врачи, фармацевты, как и студенты-медики, студенты-фармацевты, аптечные служащие, гербаристы, бандажисты и торговцы хирургическими инструментами, которые укажут, как произвести, помогут или сами произведут выкидыш, будут караться согласно ст. 1.

Кроме того виновные могут быть временно или навсегда лишены диплома. Наконец трибунал может приговорить виновных к выселению на срок от 2 до 10 лет.

Германский закон о наказуемости за производство выкидыша ¹.

Преступление и проступки против жизни. § 218. Беременная, умышленно вытравляющая плод или убивающая его в своей утробе, наказывается каторжной тюрьмой сроком до 6 лет.

¹ В 1926 г. этот закон был изменен в сторону смягчения наказания.

При наличии смягчающих вину обстоятельств виновный подлежит тюрьме не ниже 6 месяцев.

Тому же наказанию подлежит тот, кто с согласия беременной применит в отношении ее средства с целью аборта или умерщвления плода или введет таковое.

§ 219. Каторжной тюрьмой сроком до 10 лет карается тот, кто за вознаграждение доставил беременной, которая вытравила или умертвила плод, средства, применил их или ввел их ей.

§ 220. Тот, кто без ведома или против воли умышленно вытравит или умертвит плод, карается каторжной тюрьмой не ниже 2 лет.

Если последствием указанного выше деяния будет смерть беременной, то виновный подлежит каторжной тюрьме не ниже 10 лет или бессрочно.

Итальянский закон о наказуемости за производство выкидыша.

381. Если женщина сама или при помощи кого бы то ни было с ее согласия (382) какими угодно средствами производит себе аборт, она наказывается от 1 до 4 лет арестом.

382. Тот, кто произвел женщине аборт с ее согласия, наказуется тюремным заключением от 30 месяцев до 5 лет. Если последствием произведенного аборта или средств, примененных для этой цели, происходит смерть женщины,—наказание: тюремное заключение от 4 до 7 лет или от 5 до 10 лет, если применялись средства более опасные, нежели те, на которые согласилась женщина (384, 385).

383. Если кто применяет abortивные средства без прямого на то согласия женщины или против ее воли, наказуется тюремным заключением от 30 месяцев до 6 лет и от 7 лет до 12, если аборт произошел. Если же последствием аборта или средств, примененных для его производства, произошла смерть,—наказание: от 15 до 20 лет. Наказание увеличивается на шестую часть, если виновником является муж (384, 385).

384. Если виновником преступления, предусмотренного в двух предыдущих параграфах, является лицо, занимающееся санитарной профессией, или другой профессией, подчиняющейся санитарному надзору, за применение средства, из-за которого вызван аборт или произошла смерть, наказания, указанные в этих параграфах, увеличиваются на одну шестую. При чем наказание заключается в запрещении занятия или профессии на срок, равный тюремному заключению (385).

Законодательство Англии об абортах.

Каждая беременная женщина, если она с целью вызвать у себя выкидыш примет противозаконно яд или вообще какое-либо вредное вещество или же прибегнет к помощи какого-нибудь инструмента или другого предмета для той же цели, а также если

другое лицо с целью вызвать выкидыш у женщины, будет ли беременность действительная или мнимая, даст ей или предоставит ей возможность получить яд или другое какое-либо вредное вещество или применит для той же цели какой-нибудь инструмент или другой предмет, совершают уголовное преступление, которое, если таковое будет доказано, по приговору суда наказывается каторжными работами или пожизненными, или на срок не менее 3 лет, или тюремным заключением на срок не выше 2 лет, с применением принудительных работ или без таковых, а также с применением одиночного заключения или без такового.

Лицо, которое снабдит женщину или достанет для нее яд или другое вредящее вещество, или инструмент, или что-нибудь другое подобное, зная, что они будут незаконно употреблены или использованы для прерывания беременности, будет ли беременность действительной или мнимой, совершает преступное деяние, которое, будучи доказанным, наказывается по приговору суда каторжными работами на срок в три года или тюрьмой на срок не выше 2 лет, с принудительными работами или без таковых.

Затем существует разъяснение от 1915 г. комитета терапевтов, что «врач должен стараться убедить женщину признаться, что выкидыш сделан искусственно и кем он сделан. Если женщина отказывается отвечать, то закон не обязывает врача сообщать об этом судебным властям. Но если женщина умрет, то врач не должен выдавать свидетельства о смерти, не сообщив об этом предварительно судебной власти».

Интересен факт, что еще недавно, в 1925 г., съезд германских врачей высказался против легализации абортов¹. Это доказывает, что и они стали в защиту интересов своих господ. И наши врачи в 1920 г., в момент обострения классовой борьбы, еще бессознательно стояли на точке зрения буржуазии и приводили много «научно-обоснованных» мнений против легализации абортов. У нас, в СССР, в 1925 г. редко можно было встретить врача, выступающего против легализации абортов: врачи, став советскими, основательно забыли свои научные возражения против легализации абортов.

Итак, оказывается, что в условиях буржуазного государства аборт неминуемо должен быть наказуем, должен быть в подпольи. Посмотрим на примере, скажем, Германии, к чему приводит борьба с абортами путем

¹ См. «Die Fruchtabtreibung als Volkskrankheit» д-ра Vollmann, написанную по поручению этого съезда в 1925 г.

репрессивных мер. Мы уже раньше указывали, что число аборт, несмотря на их наказуемость, из года в год растет—это первое. Второе—аборт в буржуазных государствах загнан в подполье и находится в руках абортмахеров. Третье—женщина с кровотечением после подпольного аборта оттягивает как можно дольше срок своего поступления в больницу, боясь быть привлеченной к судебной ответственности¹. Это обстоятельство, а также антисанитарная домашняя обстановка при производстве подпольных абортов привела к тому, что в Берлине из каждой сотни абортирующих, попавших в больницу, 50 поступают с высокой температурой, 36 из них тяжело больных и 4 умирает (данные Бумма). Кроме того, ежегодно в Германии 75 000 женщин заболевает сепсисом и умирает от сепсиса при подпольном аборте до 7 000 женщин в цветущем возрасте (по данным Гансберга и Гротьяна).

Проф. Липман даже считает, что во всей Германии в 1924 г. умерло от подпольного аборта 43.782 женщины (по нашему мнению, явно преувеличенные данные). Но особенно показательным является следующий факт: все сепсисы после абортов и после родов дали в Берлине на 1 000 родов 13,7 случаев смерти, в 1923 г.—14, в 1924 г.—11, тогда как в Ленинграде умирало от послеродовых сепсисов (включая и случаи смерти от абортов) в 1922 г.—3,92, в 1923 г.—3,55, в 1924 г.—2,76 и в 1925 еще меньше—2,45.

Таким образом у нас, в Ленинграде, при нашей еще сравнительно бедной санитарно-технической обстановке умирают в 2—3 раза меньше от сепсиса после родов и

¹ Даже представитель науки, немецкий профессор Винкель, внес предложение подвергать судебно-медицинскому следствию всех женщин, поступающих в больницы в состоянии выкидыша (см. „Tort mit der Abtreibungsstrafe“ Stoecker, Staber u. Weinberg, (S. 10).

абортов, чем в Берлине, где, конечно, санитарная техника в больницах прекрасно обставлена. Этот высокий процент смертей от послеродового сепсиса в Берлине объясняется только повышенной смертностью от под-

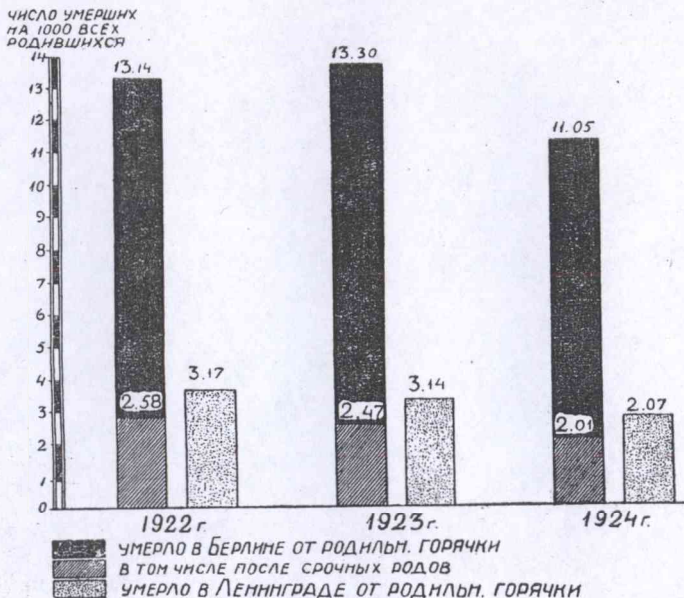


Диаграмма № 2.

полных абортов. Немецкий врач Латар Вольф по этому поводу пишет: «1845 г. стал для акушеров знаменательным тем, что в этом году д-р Семельвейс сделал открытие о том, что послеродовой сепсис—инфекционное заболевание и что его можно предупредить строгой асептикой; 1920 г. стал акушерам знаменательным тем, что выяснилась возможность резко понизить число послеродовых сепсисов и также резко понизить вообще смертность от послеродового сепсиса путем легализации абортов».

Мы уже ранее привели данные о числе осужденных в Германии за аборты, и хотя в настоящее время (1929 г.) наказания за них сильно понижены, но все-таки несколько тысяч работниц и крестьянок сидят в тюрьмах за то, что им произвели аборт. А женщин буржуазного класса и абортмахеров—их почти нет в тюрьмах: законы буржуазия писала, не забывая своих интересов.

Непрекращающийся рост числа абортов, несмотря на карательные мероприятия, рост числа послеабортных заболеваний, рост числа смертей от сепсиса после абортов и, наконец, рост числа женщин, брошенных в тюрьмы,—вот иллюстрация борьбы с абортами в буржуазных государствах путем репрессивных мер. И там, по образному выражению проф. Гернета (одного из первых поборников легализации абортов еще в 1914 г. ¹), «аборт продолжает оставаться преступлением, а на скамье подсудимых оказываются те случайно выхваченные из массы в сотни тысяч человек abortирующие женщины, которые были искалечены бабками в подпольи и привезены истекающими кровью в эти распределительные за границей пункты abortировавших женщин между кладбищами и тюрьмами: умерших — на кладбище, выживших — в тюрьмы».

¹ На съезде русских криминалистов в 1914 г.

ГЛАВА ВТОРАЯ.

Перейдем теперь к вопросу легализации абортв в СССР. Мы уже в 1920 г. решительно отвергли борьбу с абортами путем репрессий и вот уже семь лет, как проводим эту новую в мире практику легализации абортв. Нас интересует прежде всего, не вызвала ли легализация роста абортв у нас, в СССР? Мы уже приводили ранее (см. стр. 6) данные о том, что рост абортв уже давно начался, еще в царской России. Точных данных мы не имеем, но мы можем судить об этом по тому громадному числу женщин, поступавших уже тогда в больницы Москвы и Ленинграда. Вполне понятно, что легализация абортв должна была, извлекая абортв из подполья, увеличить общее их число: уже в наши больницы попадали не только женщины с маточными кровотечениями, но и для производства абортв. Так, было подпольных абортв (поступления в больницы с начатым абортв) в 1923 г. 42%, в 1924 г.—37% (в губернских городах—29,0% и уездных 32,3%, сельских местностях—46,1%) и в 1925 г.—28,8% (в губернских городах—25,1%, уездных—27,9%, в сельских местностях—42,8%).

Еще более резкое снижение подпольных абортв было в Москве—с 43,3% в 1924 г. до 15,5% в 1925 г. (вследствие большого увеличения числа коек для абортв) и 12,2% в 1926 г. ¹.

¹ В общее число подпольных абортв входит около 5—7% самопроизвольных выкидышей.

Данные таблицы на стр. 22 в значительной степени освещают динамику абортов. Число абортов по этим губ. городам растет из года в год: 1924 г.—24.881 аборт; 1925 г.—38.692 аборта; 1926 г.—58.343 аборта; 1927 г.—77.577 абортов.

К характеристике этих данных следует сказать, что в их число вошли, во-первых, также аборты, произведенные в губ. городах приезжим, особенно, из сельских местностей. В разных городах процент приезжих колеблется и довольно высоко—от 10 до 20. Затем, в число этих абортов вошли и повторные. Так, в Луганске ¹ в 1927 году было 2.656 абортов, относящихся к 2.307 женщинам: 1.985 имели по 1 аборт; 296 по 2 аборта; 25—по 3 аборта и 1—4 аборта (в настоящее время, с декабря 1928 года, повторные аборты разрешаются не ранее как через 6 месяцев после произведенного). Следовательно, рост абортов по губ. городам включает в себя приезжих, главным образом, крестьянок и частично повторные аборты.

Далее, вышеприведенные данные дают постепенное снижение числа неполных абортов в этих губгородах— в 1924 году—32,1% (на 100 всех абортов); в 1925 г.—24,5%; 1926 г.—17,5% и в 1927 г.—17,0%. Не объясняется ли этот большой рост легализацией абортов, извлечением их из подполья? Мы это утверждение уже доказывали на движении абортов в Москве (см. стр 7), и приведенные данные губернских городов подтверждают это положение. Такой быстрый рост абортов неминуемо должен был бы вызвать сильное понижение рождаемости. Между тем, мы видим, что в то время, как число абортов с 1924 года увеличилось втрое

¹ Кордобский, «Аборты в Луганске», Журн. по изучению «раннего возраста. 1929 года.

Таблица 5.

В губ. городах	Аборты полные				Число родов			
	Аборты неполные				1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.
	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.				
Астрахань . . .	377	941	930	1 166	5 850	6 362	6 394	6 465
	365	541	312	465				
Вятка	67	186	309	537	2 204	2 360	2 327	2 155
	182	343	482	396				
Ивано-Возн. . .	575	870	1 033	2 481	3 232	3 990	4 126	4 385
	325	448	560	1 600				
Кострома . . .	361	700	986	1 104	2 380	2 325	2 186	2 458
	86	257	169	112				
Пенза	525	852	2 536	3 447	2 647	2 880	2 642	2 736
	415	582	1 053	774				
Рязань	203	218	305	425	1 352	1 461	1 566	1 616
	249	175	310	318				
Самара	232	1.030	1 569	2 815	5 260	6 251	6 188	6 291
	26	821	872	1 396				
Смоленск . . .	1 012	367	405	449	2 089	2 195	1 987	1 751
	750	368	360	484				
Сталинград . .	557	1 009	1 412	2 091	4 696	5 718	6 103	6 144
	307	586	779	402				
Тверь	780	1 424	683	2 214	3 195	3 585	3 878	3 528
	789	1 111	900	837				
Ярославль . . .	1 179	1 526	1 697	2 919	3 788	4 023	3 868	4 022
	485	181	146	210				
Симферополь.	272	1 011	3 143	3 781	2 109	2 247	2 425	2 358
	56	87	371	240				
Казань	597	993	1 132	1 052	6 245	6 851	6 260	6 418
	150	184	16	10				
Москва	10 152	18 071	31 986	40 001	51 914	57 537	58 384	53 309
	3 809	3 810	3 893	5 851				
Всего	16 887	29 198	48 126	64 482	96 961	107 785	108 334	108 696
	7 994	9 494	12 217	13 095				

Население				Число умерших за			
1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.
148 865	159 549	170 906	181 164	4 076	4 333	4 281	4 313
55 812	58 292	60 860	62 000	1 297	1 360	1 403	1 338
82 832	93 355	105 428	114 864	1 903	1 844	2 374	2 434
64 382	67 863	71 650	74 836	1 073	1 494	1 098	1 289
83 947	87 118	90 395	92 751	1 517	1 517	1 579	1 998
48 668	49 611	50 513	51 364	768	837	1 122	936
159 710	165 477	172 240	179 298	3 895	3 799	3 991	433 3
72 932	75 083	77 385	79 000	1 265	1 272	1 032	1 069
119 511	129 697	141 860	151 441	2 554	2 858	3 257	2 376
92 168	97 261	103 241	108 474	2 117	1 732	1 808	1 971
98 501	104 508	111 041	115 991	1 999	2 138	2 181	2 364
76 535	80 569	85 588	89 000	1 112	1 379	1 306	1 539
168 434	172 926	177 205	181 376	3 402	3 963	3 940	4 084
1 771 000	1 855 000	2 019 453	2 083 000	27 635	24 857	27 605	27 912
3 043 397	3 196 509	3 437 765	3 564 559	54 614	53 383	56 977	5 8856

число родов потерпело только незначительное понижение. И следовательно, рост абортот вызван главным образом легализацией абортот и только отчасти понижением рождаемости, но и это понижение вызвано почти исключительно резким понижением детской смертности. Тут имеется прямая связь: высокая детская смертность вызывает высокую рождаемость; уменьшение детской смертности вызывает уменьшение рождаемости, которая пока еще производится путем абортот. Следовательно, наблюдающееся резкое падение детской смертности является отчасти причиной роста абортот.

Так, на 1000 населения перечисленных выше губ. городов было

Таблица 6.

	Рождений	Абортот	Всего
1924 г.	31,8	8,1	39,9
1925 г.	33,7	12,1	45,8
1926 г.	31,5	17,3	48,8
1927 г.	29,1	21,7	50,8

Мы наблюдаем при незначительном падении рождаемости большой рост числа абортот со стр. 25 наблюдаем одновременно незначительное падение прироста населения. Так, в этих губ. городах, на 1000 населения прирост равнялся в 1924 году—18,0; 1925 году—17,0; 1926 году—16,6; 1927 году 16,5.

Между прочим, в приведенных губернских городах (см. табл. 5) как уже было выше указано, мы при большом росте абортот, небольшом понижении рождаемости.

Частоту абортов правильнее всего было бы вычислять по плодовитости. Так, на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет приходилось¹:

Таблица 7.

	Абор.	1925 г.	Всего	Абор.	1926 г.	Всего	Аб.	1927 г.	Всего
		Род.			Род.			Род.	
Москва	25,4	96,5	121,9	49,9	91,2	141,1	68,8	79,0	147,8
Ленингр.	36,7	84,8	121,5	43,0	84,6	127,6	63,0	74,0	137,0
Яросл.	53,6	126,4	180,0	54,5	114,4	168,9	88,6	113,8	222,4
Рязань	26,9	100,3	127,2	41,4	105,4	146,8	49,3	107,0	156,2
Костр.	43,8	106,3	150,1	49,8	94,7	144,5	50,4	101,8	152,2
Саратов	67,5	106,4	173,9	93,1	102,9	196,0	н. св.	91,5	н. св.
Ростов	49,7	н. св.	н. св.	49,3	83,8	133,1	72,8	79,6	152
н/Д,									
Сталинград.	39,9	143,0	182,9	50,2	139,7	189,9	53,4	131,7	185

Следовательно, мы наблюдаем падение плодовитости, что отражается понижением рождаемости.

Следовательно, с каждым годом растет число легальных абортов, что связано с тем, что наши больницы уже начинают справляться с большим спросом на койки для производства абортов, вызванного легализацией абортов (в первые годы, 1920—1923, много больниц еще были заняты инфекционными больными, и часть из них не функционировала вследствие хозяйственной разрухи): всего без данных за 1924 г. по Северо-Кавказ-

¹ По данным Песчанского, см. Статистическое обозрение, № 11.

скому краю, Уральской области и по губерниям Вологодской, Курской и Нижегородской попали в наши больницы 131 572 женщины, в 1925 г. их число достигло 200 000, и, по неполным данным, за 1926 г. по 30 губерниям их число уже свыше 300 000.

Хотя число абортот растет, но, как вполне резонно указывает Паевский, «значительная доля видимого увеличения числа абортов должна быть отнесена за счет улучшения дела статистической регистрации абортов и за счет распространения в массе населения сведений о возможности больничного производства операций». В этом убеждает нас и стабильность показания рождаемости: так, в наших столицах мы имеем такую же рождаемость теперь, как в 1911—1913 гг.

Таблица 8.

Г о д ы	Родил. на 1000 ч. насел.	
	Москва	Ленинград
1911—1913	33,9	27,7
1925	31,0	28,8
1926	28,9	28,2

Затем коэффициент рождаемости по СССР: 1911 г.—43,8, 1923 г.—42,2, 1924 г.—42,9, 1925 г.—44,2, 1926 г.—43,28. Эти данные чрезвычайно показательны. Целый ряд авторов указывает, что падение рождаемости может быть объяснено, во-первых, применением противозачаточных средств, но их изучение показывает, что они в этом играют незначительную роль; во-вторых, отчасти за счет увеличения числа бесплодных мужчин и женщин (как следствие венерических заболеваний и подпольных абортов у женщин) и, в-третьих, и главным образом за счет увеличения абортов. И если мы падения рождаемости в СССР почти не наблюдаем, то мы в праве заявить, что рост числа абортов приходится

в громадном большинстве случаев отнести за счет извлечения абортов из подполья.

Как и в буржуазных государствах, так и у нас отмечается рост числа осужденных за производство подпольных абортов (см. стр. 5). В буржуазных государствах это рост осужденных работниц и крестьянок, которым произвели аборт; у нас—рост осужденных бабок, акушерок и отчасти врачей, произведших подпольные аборты.

В буржуазных условиях подпольный аборт часто приводит к смерти, а у нас искусственный аборт, проведенный в больничной обстановке, кончается в большинстве случаев благополучно, а очень редкие, неизбежно случающиеся перфорации (прободение матки) кончаются выздоровлением. Так, в 1926 г. в Москве на 31 986 абортов 29 306 искусственных абортов не дали ни одного смертного случая, а из 2 683 поступивших в состоянии выкидыша было 35 смертных случаев (1,2%), то же в Саратове (1925 г.): полных абортов было сделано 2 366, смертные случаи не имели места, было три случая прободения матки, кончившиеся через 7 дней выздоровлением, и там же на 1 026 поступивших с неполным абортом было 7 смертных случаев (0,7%) от сепсиса.

В то время как искусственные выкидыши, производимые врачами в больничной обстановке, дают такую же заболеваемость, как и после родов, подпольные аборты дают громадное число хронических заболеваний, а иногда приводят и к бесплодию.

В первые годы легализации абортов число коек для абортов было недостаточно, и поэтому в целях удовлетворения спроса со стороны наиболее социально нуждающихся женщин, а также для агитации против абортов оказанием женщине социальной помощи постановлением Народного комиссариата здравоохранения

и Народного комиссариата юстиции (от 3 ноября 1924 г.) предложено на местах организовывать комиссии для выдачи разрешений на бесплатное производство аборт в государственных больницах с установлением очередности, а именно: 1) безработные-одиночки, 2) одиночки-работницы, имеющие одного ребенка, 3) многодетные, занятые в производстве, 4) многодетные, жены рабочих, 5) все остальные категории застрахованных и 6) остальные гражданки. Таким образом наиболее нуждающиеся женщины в первую очередь обеспечиваются бесплатным производством аборт. Женщины, получившие отказ, вынуждены были обращаться в немногочисленные частные больницы, а больше—к врачам, акушеркам и другим лицам, занимающимся подпольным производством аборта, чем наносился ущерб их здоровью. Поэтому большинство губздравотделов за последние 2—3 года в целях удовлетворения спроса для горожанок, не имеющих социальных показаний для производства аборт, взимает с них плату за эту операцию, а за счет этой платы увеличивает число коек для производства аборт.

Абортные комиссии в деревнях не организовывались, и крестьянкам для получения разрешений на аборт приходилось ездить в уездные города. Это имело отрицательное влияние в деле борьбы с подпольными абортами среди крестьянок. Вполне справедливы были указания участковых врачей, что это ограничение, эти поездки больше всего отражаются на менее состоятельных крестьянках и особенно на безлошадных. Участковые врачи считали, что не следует бояться передачи выдачи разрешений на аборт в их руки. Они лучше знают местных жителей, местные условия, и в сомнительных случаях участковый врач может пригласить делегатку женотдела для окончательного разрешения или отказа

в производстве аборта. В соответствии с этими взглядами Наркомздрав циркуляром от 17 марта 1925 г. дал право участковым врачам самостоятельно разрешать производство аборт при наличии медицинских и социальных показаний.

Мы уже раньше указывали (см. стр. 20), что хотя число подпольных аборт и уменьшается, но что резче всего это понижение происходит в губернских городах, затем в окружных городах и слабее всего в сельских местностях. Конечно, это объясняется лучшей постановкой лечебного дела в городах и худшей в сельских местностях: нехватает коек для удовлетворения спроса на аборт со стороны крестьянок. В связи с большим числом подпольных аборт уместно поставить вопрос, какова же должна быть роль абортных комиссий в деле борьбы с подпольными абортами? Ведь ясно, что извлечение их из подполья является нашим основным делом, а этого можно добиться путем увеличения числа коек для аборта, путем широкой раздачи разрешений на бесплатное производство аборт. Такой путь вызывал несколько лет тому назад опасения, что чем меньше будет препятствий к производству аборт, тем их число будет увеличиваться.

Другие же утверждали, что число женщин, идущих на аборт, зависит исключительно от социальных мотивов, что их число ежегодно более или менее постоянно и что женщина, решившаяся на аборт, все равно его сделает, несмотря на наш отказ. Абортные комиссии стали на путь почти безотказной политики, и в результате число подпольных аборт резко уменьшается, т. е. легализация свела к минимуму контингент женщин, идущих к подпольным абортистам. Правильность этой политики подтверждается еще и тем, что в Берлине при наказуемости аборт, их количество

исчисляется в 5—6 на 1 000 чел. населения, а в Ленинграде при легализации абортaв мы имеем то же самое отношение: 5—6 абортaв на 1 000 чел. населения.

Постановление 1920 г. о легализации абортaв извлекло значительное число абортaв из подполья и дало нам возможность статистического изучения этого явления, причин его и благодаря этому наметить пути к борьбе с абортaми. Поэтому Наркомздрав с июля 1924 г. установил обязательное заполнение в комиссиях по выдаче разрешений на аборт «карточки об абортe». Эта же карточка должна заполняться и на женщину, поступившую в больницу в состоянии выкидыша (внебольничный аборт). В карточке имеются вопросы о возрасте, национальности, профессии, местожительстве (город или деревня), семейное положение—одинокая, живет с мужем, брак зарегистрирован, незарегистрирован, жилищные условия, количество беременностей и их исход, выкидыш, роды в порядковом номере с указанием года, когда были роды, выкидыш и месяц настоящей беременности. На карточке указываются причины (мотивы), вызывающие желание произвести аборт, и решение комиссии о бесплатном производстве абортa или отказе; в случае отказа—результат патронажного обследования судьбы беременности (производится через 2—3 месяца после отказа). Изучение этих карточек положило начало статистическому исследованию абортной проблемы, но проведение повсеместной обязательной регистрации потребует еще несколько лет. В губернских городах эта регистрация в настоящее время более или менее установилась, частью проводится в уездах и слабо поставлена в сельских местностях.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

Статистическое изучение абортной проблемы на основании карточки на абортировавших женщин дало нам ценный материал для освещения этой проблемы.

Табл. 9. Возраст прерывавших беременность в 1925 г. (В процентах к итогу).

	Москва	Ленинград	Губернские города	Прочие города	Сельские местности
17 лет и моложе	0,2	0,2	0,3	0,3	0,6
18—19 лет	2,6	2,5	3,7	3,2	3,4
20—29 »	61,9	61,8	62,1	60,1	47,6
30—39 »	31,5	31,6	29,1	31,5	39,1
40 лет и выше	3,8	3,9	4,8	4,9	9,3
Итого . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Табл. 10. Интенсивность абортности на 1000 женщин каждого возраста в 1926 г.1.

	до 17 лет.	18-19 лет.	20-29 лет.	30-39 лет.	40-49 лет.	15-49 лет.	
В г. Москве . . .	1,52	18,76	61,88	43,12	9,40	40,77	
В г. Ленинграде	1,28	13,44	53,17	38,59	7,63	34,06	
По 8 губерниям	{ сельск. насел. { городск. насел.	0,11	1,16	4,73	5,54	1,84	3,38
		0,92	11,69	48,35	40,41	10,19	35,4

В то время как повозрастное распределение в столичных городах показывает почти полное совпадение, можно отметить, что, начиная от губернских городов, растет группа прерывавших беременность от 30 лет

Возраст прерывавших беременность (1925)

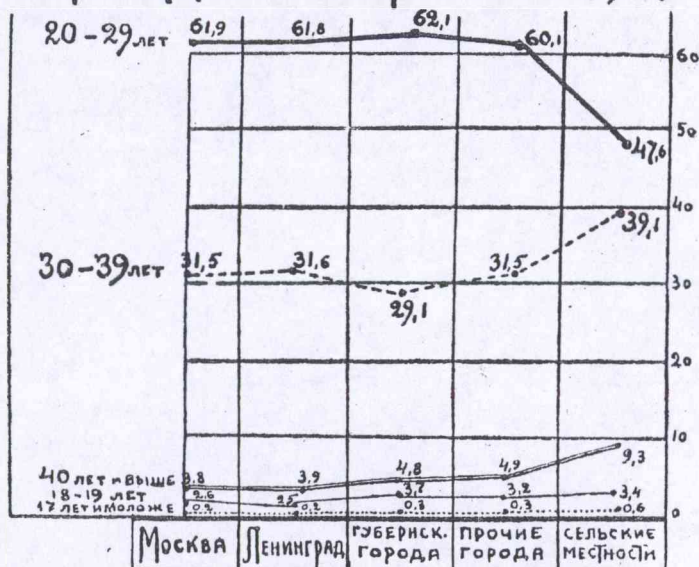


Диаграмма 3.

и выше: в губернских городах—33,9%, прочие города—36,4% и сельские местности—48,4%. Таким образом оказывается, что крестьянки чаще abortируют в старших возрастах, чем горожанки.

Интенсивность же abortов приходится в городах на наиболее плодовитый возраст от 20 до 30 лет, а в сельских местностях от 30 до 40 лет.

Прочность брачных отношений, состояние в зарегистрированном или незарегистрированном браке, имеет

определенное влияние на частоту абортов в том или ином возрасте, что видно из следующих данных:

Таблица 11.

Возраст	Зарегистрированн. брак				Незарегистриров. брак			
	Ленинград	Губернские города	Прочие города	Сельские местности	Ленинград	Губернские города	Прочие города	Сельские местности
	В процентах к итогу.							
17 лет и моложе . .	0,1	0,2	0,2	0,2	1,0	0,7	0,6	1,7
18—19 лет . .	1,9	3,1	3,0	2,1	0,9	6,6	4,3	7,3
20—29 » . .	59,7	61,6	60,1	45,8	68,7	66,3	59,0	53,3
30—39 » . .	33,8	29,9	31,5	41,1	23,5	24,3	32,9	32,4
40 лет и выше . .	4,5	5,2	5,2	10,8	1,9	2,1	3,2	5,3
Итого .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Мы видим, что неустойчивость брачных отношений заставляет женщин в более молодом возрасте (до 30 лет) чаще обращаться за абортom; особенно это отмечается в сельских местностях, где бытовые моменты еще играют большую роль.

Уже эти данные о возрастном распределении абортировавших показывают, что неустойчивость брака оказывает влияние на большую обращаемость за абортom.

Вообще из 100 абортировавших оказываются в незарегистрированном браке (1925 г.):

В Москве	18,1
» Ленинграде	24,1
» губернских городах	16,6
» прочих »	21,6
» сельских местностях	24,8

Они дают нам полное право признать влияние неустойчивости брака на частоту обращаемости за производством аборт, но еще более нас в этом убеждают ленинградские данные, где оказалось число аборт на

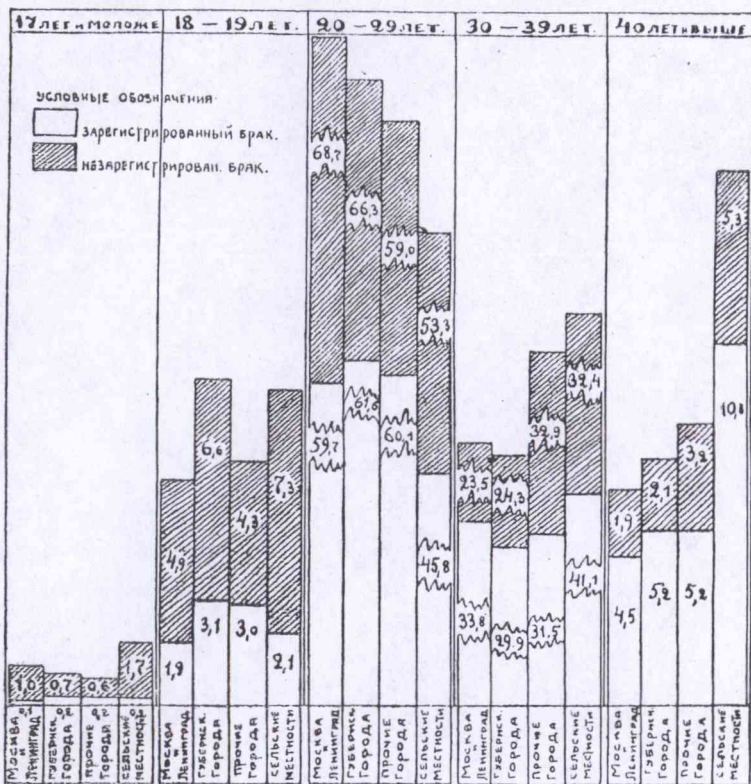


Диаграмма 4.

100 зарегистрированных браков 31,5 и на 100 незарегистрированных—47,2. Последние, несомненно, включают в себя—«подавляющую долю чисто случайных половых связей, не имеющих характера брака» (Паевский).

Табл. 12. Социальное положение абортировавших женщин, искусственно прерывавших беременность¹.

Социальное положение	Москва и Ленинград		По губерн. городам ²⁾		Прочие города		Сельские местности		Итого	
	Абс.	% к итогу	Абс.	% к итогу	Абс.	% к итогу	Абс.	% к итогу	Абс.	% к итогу
Работницы и жены рабочих . . .	12 104	38,9	3 664	36,7	1 467	26,6	1 252	18,4	18 487	34,6
Служащие и жены служащих . . .	9 604	30,9	3 373	33,8	2 278	41,3	1 333	19,6	16 588	31,1
Хозяйки в сельских хозяйствах и жены сельских хозяев . . .	91	0,3	10	0,1	93	1,7	3 374	49,6	3,568	6,7
Другие хозяйки и жены других хозяев	573	1,8	370	3,6	408	7,2	238	3,5	1 589	3,0
Безработные и жены безработн.	3 721	11,9	1 228	12,3	572	10,4	224	3,3	5 745	10,8
Учащиеся и жены учащихся . . .	1 736	5,6	318	3,2	44	0,8	27	0,4	2 124	4,0
Свободные профессии и жены лиц свободных профессий . . .	786	2,5	19	0,2	28	0,5	34	0,5	867	1,6
Прислуга и жены прислуги	371	1,2	—	—	—	—	—	—	—	—
Жены военных	983	3,3	1 008	10,1	63	11,5	320	4,7	4 421	8,2
Инвалиды и жены инвалидов . . .	176	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—
Прочие и неизвестные	930	0,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Итого	31 075	100,0	9 990	100,0	5 523	100,0	6 802	100,0	53 390	100,0

1) Данные за 1925 г. по Московской, Ленинградской, Иваново-Вознесенской, Костромской, Нижегородской, Рязанской, Тверской и Ярославской губерниям, по Ростову н/Д., Крыму, Татарской Республике. Данные не исчерпывающие.

2) Без данных Москвы и Ленинграда.

Из данных этой таблицы видно, что большинство (65—70%) абортировавших женщин—работницы и служащие или же жены рабочих и служащих, затем следуют безработные и их жены (11,9%), учащиеся и

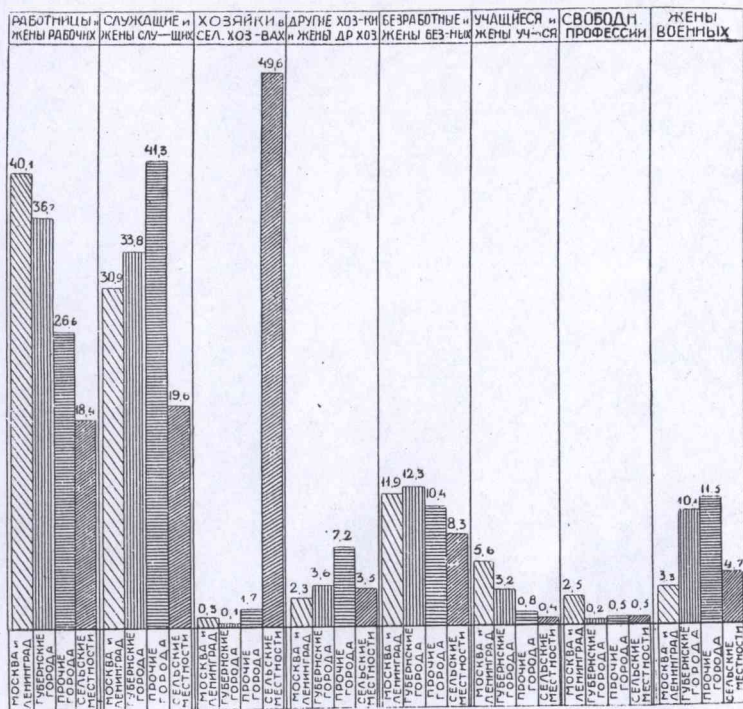


Диаграмма 5.

жены учащихся, жены военных и другие (в незначительном количестве) социальные группы.

Начиная от столичных городов в последовательном порядке к сельским местностям постепенно понижается группа работниц и жен рабочих (от 38,9% доходит

до 18,4% в сельских местностях); наоборот, группа служащих и жен служащих имеет тенденцию к повышению от столичных городов (30,9%) к прочим городам (до 41,3%) и резко снижается среди сельского населения. В этих фактах сказывается влияние индустриальных центров, с одной стороны, и необеспеченность служащих в периферии—с другой. В городах крестьянки почти не abortируют (1,7% в прочих городах). Безработные дают довольно стойкую группу в городах, а в сельских местностях они составляют вчетверо меньшую группу. Группа учащихся и жен учащихся участвует среди abortирующих только в столичных и губернских городах, где сосредоточены наши вузы.

Эти данные показывают только, каково социальное положение abortировавших женщин, но отнюдь не показывают, какая социальная группа населения чаще всего прибегает к абортам. Наши выводы подтверждаются также данными переписи в Москве за 1926 г. и числом abortов в Москве за этот же год.

Эти, более точные данные (чем по переписи 1923 г.) дают на 1 000 работниц 51 abort; на 1 000 лиц свободных профессий 68 abortов; жен лиц свободных профессий 22 abortа.

Наиболее часто (см. табл. 12) к abortу прибегают жены учащихся, затем учащиеся, лица свободных профессий и жены безработных; реже всего жены хозяев (кустарей), кустари и жены лиц свободных профессий.

Наиболее частой причиной, заставляющей прибегать к abortу, является недостаток материальных средств и, главным образом, у жен безработных (4,11%), учащиеся (3,93%) и жены учащихся (7,31% см. табл. 13).

Болезненное состояние также является частой причиной abortа у тех же групп. Желание же скрыть беременность чаще всего встречается у учащихся. Наличие

Табл. 13. Мотивы абортов в отдельных социальных группах (в процентах к численному составу данной социальной группы согласно данным переписи 1926 г.).

Социальное положение	М о т и в ы						И т о г о
	Недостаток мат. средств	Болезненн. состояние	Желание скрыть бер.	Наличие грудн. дет.	Прочие мотивы	Мотив не-известен	
Работницы	1,8	0,6	0,06	0,34	0,7	1,6	5,1
Жены рабочих	1,51	0,38	—	0,24	0,24	1,33	3,7
Служащие	1,3	0,5	0,04	0,13	0,49	0,74	3,2
Жены служащих	1,38	0,55	0,01	0,2	0,27	0,79	3,2
Хозяйки	0,75	0,27	0,06	0,05	0,15	0,72	2,0
Жены хозяев	0,51	0,27	0,01	0,12	0,15	0,44	1,5
Безработные	1,5	0,25	0,02	0,09	0,09	0,85	2,8
Жены безработных	4,11	0,41	—	0,32	0,18	1,58	6,6
Учащиеся	3,93	1,4	0,17	0,39	1,57	2,24	9,7
Жены учащихся	7,31	2,24	—	1,13	0,2	4,52	15,4
Лица свободных профессий . .	1,81	1,64	0,09	0,04	1,05	2,17	6,8
Жены лиц свободных профессий	0,93	0,41	—	—	0,23	0,63	2,2
Другие и неизвестные	1,13	0,24	0,06	0,02	0,04	0,51	2,0
По всем социальным группам .	1,48	0,46	0,01	0,18	0,34	0,98	3,45

грудных детей, как мотив к аборту чаще встречается у жен безработных, учащихся и жен учащихся, и так как они же abortируют чаще по недостатку материальных средств—следует считать, что оба мотива в данном случае играют роль. И если работницы также чаще abortируют из-за наличия грудного ребенка (0,34%), то в данном случае это приходится связывать с ее

работой в производстве, но не недостатком материальных средств.

Мы считаем неправильным объединение в одну социальную группу при изучении абортной проблемы самодеятельного населения с несамодеятельным: работниц соединять в одну группу с женами рабочих, безработных—с женами безработных. Участие женщины в наемном труде не может не остаться без особого влияния на материнство, на плодovitость, на частоту абортов. Поэтому было бы интересным выяснить, каково численное участие работниц и служащих в массе абортировавших. Нам удалось их выделить на железнодорожном транспорте, где оказалось 3,7% работниц и 5,5% служащих.

В Москве (1925 г.) мы имели следующие соотношения: среди абортировавших оказалось 13,9% работниц, служащих—15,3%—всего 29,2%; жен рабочих было 21,1% жен служащих—23,8%—всего 44,9%.

Но, как мы уже указывали, из этих данных нельзя еще сделать вывод, что жены рабочих и служащих (44,9%) чаще абортируют, чем работницы и служащие (29,8%). Для выяснения этого вопроса мы воспользовались данными переписи Москвы за 1923 г. (что, конечно, не дает точных данных, но выясняет все же общую картину).

Оказалось, что на

1 000 рабочих было абортировавших	жен рабочих—21;
» работниц »	» работниц . . —31;
» служащих »	» жен служащ.—25;
» служащих женщин »	» служ. женщ. —31.

Тут тенденция ярко вскрывается: работницы и служащие, занятые непосредственно в наемном труде, чаще прибегают к аборту, чем жены служащих и рабочих, при чем аборт больше распространен у жен служащих (25), чем у жен рабочих (21).

Табл. 14. Мотивы абортов (данные 1925 г., в процентах к итогу).

	Москва	Ленинград	Губернские города	Прочие города	Сельские местности
Недостаток материальн. средств	53,7	62,6	66,4	59,1	58,2
Болезненное состояние . . .	12,7	12,3	19,3	32,8	29,7
Желание скрыть беременность	0,6	0,4	1,6	2,9	7,3
Наличие грудных детей . . .	11,9	8,8	12,7	5,2	4,8
Нежелание иметь ребенка по другим причинам	21,1	15,9	—	—	—
Итого . . .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Что заставляет вышеуказанные социальные группы женского населения прерывать беременность? Главным мотивом является материальная необеспеченность, затем следуют медицинские показания (этот мотив дает повышение от крупных городов к мелким городам до сельских местностей—12,7% в столичных городах, 29,7% в сельских местностях; возможно, что это стоит в связи с лучшей постановкой медицинского дела в городах и худшей в сельских местностях и мелких городах); желание скрыть беременность меньше всего играет значение в городах, больше всего в сельских местностях, где еще сказываются старые бытовые предрассудки; наличие грудных детей является мотивом к прерыванию больше всего в городах, меньше в сельских местностях.

Но в отдельных социальных группах женского населения мотивы к прерыванию беременности проявляются неравномерно: так, из-за недостатка материальных средств идут на аборт главным образом безработные и учащиеся, меньше рабочие и служащие.

Табл. 15. Аборты из-за недостатка материальных средств.

Социальные группы	Москва	Ленинград	Губернские города	Прочие города	Сельские местности
Безработные и жены безработных	65,6	80,0	83,4	81,9	79,9
Учащиеся и жены учащихся	45,0	62,2	73,4	64,1	73,7
Работницы и жены рабочих	51,8	60,4	64,6	63,0	61,5
Служащие и жены служащих	52,3	54,8	69,4	51,6	54,5

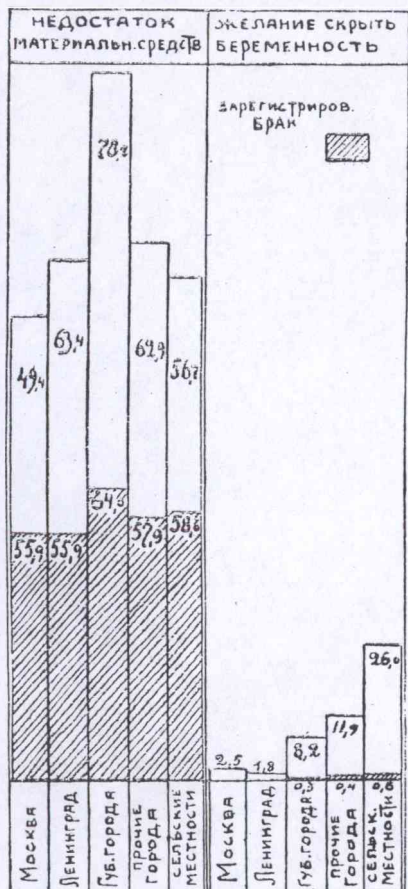
Желание скрыть беременность служит причиной абортов чаще всего у крестьянок—10,3%, у работниц—только 5,2%, у служащих—3,0 и у безработных—2,2%.

Семейное положение также играет известную роль при мотивах к аборту, что видно из нижеследующей таблицы:

Таблица 16.

Местность	Из 100 женщ. делают аборт по причин.					
	Недост. матер. средств		Желание скрыть бер.		Многодетность	
	Зарегистр. браков	Незарегистр. браки	Зарегистр. браки	Незарегистр. браки	Зарегистр. браки	Незарегистр. браки
Москва	55,9	49,4	—	2,5		
Ленинград	55,9	63,4	—	1,8	7,3	1,7
Губернские города	64,0	78,7	0,3	8,2		
Прочие города	57,9	62,9	0,4	11,9		
Сельские местности	58,6	56,7	0,6	26,9		

Если незарегистрированность брака в общем незначи-
тельно повышает число абортсв из-за недостатка ма-
териальных средств,



то непрочность брака является почти исключительной причиной аборта из-за желания скрыть беременность или нежелание иметь детей. Это подтверждается ленинградскими данными, где многодетность является в 7,3% причиной абортов при зарегистрированном браке и только в 1,7%—при незарегистрированном.

Вопрос о связи обра-
щаемости к аборту с числом детей пред-
ставляет большой ин-
терес. Тут выясняется следующее характер-
ное обстоятельство: в
городах же н щ и н ы
больше всего обра-
щаются за абортами
после первого ребе-
нка, в возрасте 20—27 лет ¹; в сельских местностях
абортируют при наличии 3—4 детей и в более старших

Диаграмма 6.

¹ Генс, «Аборт в РСФСР», стр. 13.

возрастах (30 лет и старше). Мы имеем следующее распределение абортировавших по количеству живых детей в семье:

Таблица 17.

Местности	Бездетные	Имеющие:				Итого
		1 ребенка	2 детей	3 детей	4 и более	
Москва	17,2	32,4	22,7	14,6	13,1	100,0
Ленинград	17,3	34,0	25,2	13,1	10,4	100,0
Губернские города	18,8	33,3	22,5	12,1	13,3	100,0
Прочие города	19,4	31,8	22,4	12,3	14,1	100,0
Сельские местности	21,6	19,2	19,8	14,7	24,7	100,0

Повышение группы бездетных от столичных городов до максимума среди сельского населения находит в себе вероятное объяснение в повышении числа бездетных женщин, прибегающих к аборту вследствие неустойчивости брачных отношений, из-за предрассудков старого быта, особенно в сельском быту.

Одним из лучших показателей распространения частоты абортов, является частота обращаемости за первым абортом: чем она больше, тем обращаемость меньшая.

Таблица 18.

	С первым абортом	Со вторым абортом	С третьим абортом
Губернские города	61,7%	23,3%	8,0%
Прочие »	65,5%	22,7%	7,1%
Сельские местности	72,6%	17,9%	5,7%

Таким образом выясняется, что крестьянки реже обращаются за абортами, нежели горожанки.

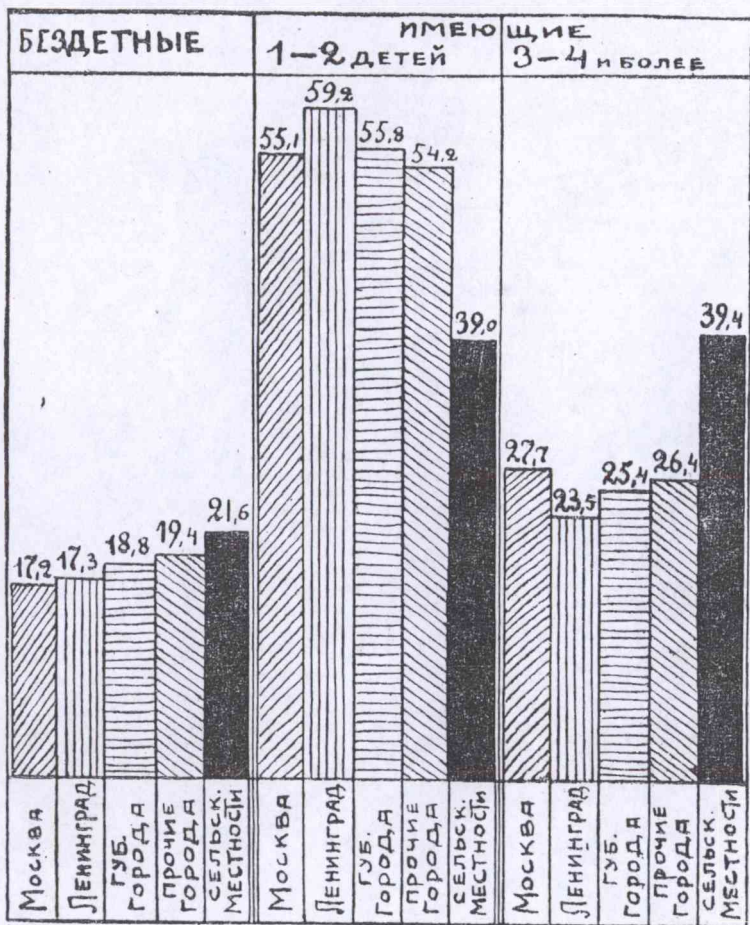


Диаграмма 7.

Затем о распространенности абортс можно судить по данным о повторных абортс.

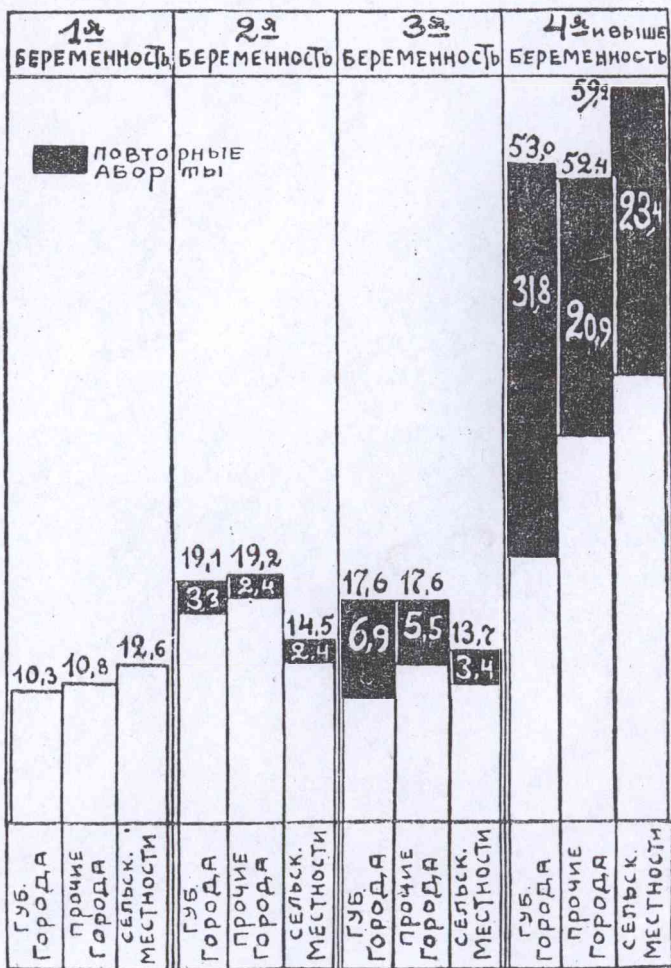


Диаграмма 8.

Таблица 19.

Порядковый номер прерываемой беременности (в 1925 г.)	Губернские города		Прочие города		Сельские местности	
	Всего аборт	Из них повторных	Всего аборт	Из них повторных	Всего аборт	Из них повторных
1-я	10,3	—	10,8	—	12,6	—
2-я	19,1	3,3	19,2	2,4	14,5	2,4
3-я	17,6	6,9	17,6	5,5	13,7	3,4
4-я и больше	53,0	31,8	52,4	26,9	59,2	23,4
Итого	100,0	42,0	100,0	34,8	100,0	29,2

Так, было повторных аборт 42 из 100 всех бывших в губернских городах, 34,8%—в прочих городах и 29,2%—в сельских местностях, при чем число повторных аборт возрастает с увеличением количества беременностей.

Неустойчивость брака сказывается также на частоте прерывания беременности.

Табл. 20. Из 100 аборт прерывали первую и вторую беременность.

Семейное (брачное) состояние	В губернск. городах		В прочих городах		В сельских местностях	
	1-я беременность	2-я беременность	1-я беременность	2-я беременность	1-я беременность	2-я беременность
Состоявшие в зарегистрированном браке.	7,2	17,9	6,1	18,5	6,3	12,8
Не состоявшие в зарегистрированном браке.	25,9	24,9	24,5	20,6	31,3	19,8

Так, не состоящие в зарегистрированном браке прерывали 1-ю беременность в губернских городах в 3—6 раз чаще, чем зарегистрировавшие свой брак, в прочих городах—в 4 раза чаще и в сельских местностях—в 5 раз чаще. Тут в сельских местностях опять отражается неустойчивость незарегистрированных браков и влияние на них старых бытовых предрассудков.

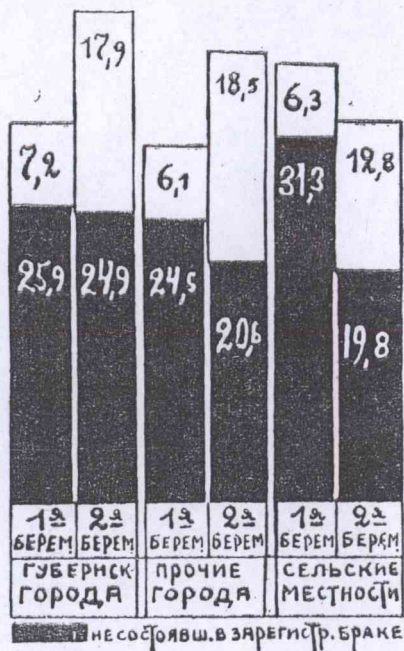


Диаграмма 9.

Интересным является сопоставление числа абортов на 100 беременностей с средним числом всех беременностей на 1 женщину в связи с социальным положением (Ленинград—1924 г.)¹.

¹ Данные Паевского.

Таблица 21.

	Среднее число всех беременностей на 1 женщину	На 100 быв- ших бере- менностей приходится аборт
Учащиеся и жены учащихся	2,05	62,1
Жены военных	2,92	46,6
Безработные и жены безработных .	3,34	41,3
Прислуга и жены прислуг	3,65	38,5
Служащие и жены служащих	3,72	41,3
Инвалиды и жены инвалидов	3,91	35,8
Работницы и жены рабочих	3,99	35,5

Мы видим, как в отдельных социальных группах растет число всех беременностей, при чем больше всего их приходится на социальную группу работниц и жен рабочих.

Частота беременности обратно пропорциональна частоте аборт: чем меньше беременностей приходится на 1 женщину в той или иной социальной группе, тем большая частота аборт имеет место в этой группе.

Это значит, что первые четыре социальные группы (учащиеся, жены военных, безработные, прислуга—см. таблицу 21) находятся в таких неблагоприятных социальных условиях, что вообще избегают беременности и при наличии последней стремятся от нее избавиться.

Установившийся порядок, по которому комиссии разрешали аборт только в первые три месяца беременности, дает в сопоставлении с абортами, произведенными помимо комиссий (подпольные аборт), следующие данные:

Табл. 22. Распределение полных и начатых на стороне абортов по периодам беременности в процентах к общему итогу.

Период беременности	Москва и Ленинград		Губернские города		Прочие города		Сельские местности	
	Полный аборт	Начатый на стороне аборт	Полный аборт	Начатый на стороне аборт	Полный аборт	Начатый на стороне аборт	Полный аборт	Начатый на стороне аборт
1-й мес. бер.	1,7	1,8	7,8	4,7	5,3	5,2	3,7	1,9
2-й » . .	84,2	51,3	81,7	46,7	79,8	56,2	73,0	47,1
3-й » . .	13,8	31,0	9,7	30,9	13,6	27,6	20,9	34,5
4-й » . .	0,2	9,3	0,4	10,2	7,0	7,5	1,8	10,6
Свыше 4 месяцев . .	0,1	6,6	0,4	8,2	0,3	3,5	0,6	5,9
Итого .	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Оказывается, что женщины, поступающие с начатым на стороне абортom, прибегают часто к нему в поздние сроки беременности,—так, поступили с беременностью свыше 3 месяцев с начатым на стороне абортom: в столицах—15,9% (всех подпольных абортов), в губернских городах—18,4%, в прочих городах—11,0 и в сельских местностях—16,5%. И поэтому права Авдеева¹, когда пишет, что «следует и в дальнейшем увеличивать возможность искусственного прерывания беременности в надлежащей медицинской обстановке и таким образом, вырвать подпольный аборт из рук невежественных кустарей, калечащих и умерщвляющих тысячами женщин».

¹ См. «Аборты в 1925 г.».

Полные и начатые аборт.

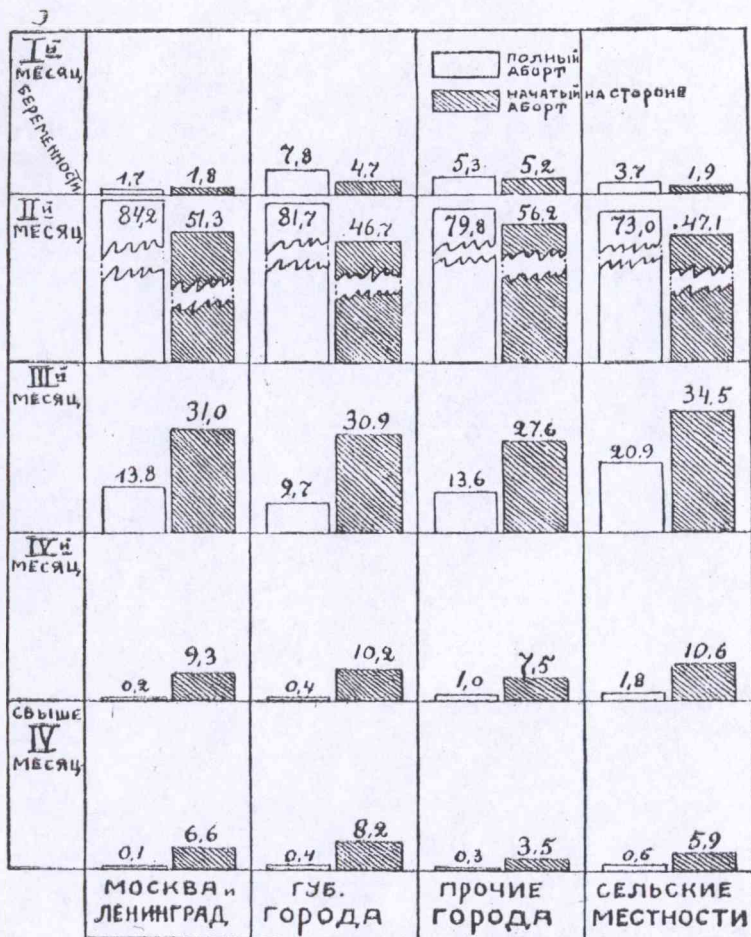


Диаграмма 10.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

Мы привели выше целый ряд статистических данных, характеризующих отчасти аборт в деревне. Для характеристики положения вопроса в деревне мы имеем целый ряд показаний и мнений участковых врачей. Отдел охраны материнства и младенчества Наркомздрава провел в 1925 г. анкету среди участковых врачей по вопросу об абортах: удалось собрать ценный материал, освещающий положение вопроса в деревне. Для характеристики материала мы воспроизводим одну из заполненных анкет целиком.

Анкета об абортах в деревне.

1. Обращаются ли к вам крестьянки с просьбой произвести аборт: *да.*

2. Какие вы слышали от обращающихся мотивировки необходимости аборта: 1) *от замужних—социальные причины (многосемейность, бедность); 2) от незамужних—скрыть беременность.*

3. Производите ли аборт в участковой больнице: *да.*

4. Если производите, то сколько было произведено аборт в участковой больнице за 1922, 1923 и 1924 гг.: *1922 г.—сведений не имею, в 1923 г.—12, в 1924 г.—10.*

5. Поступают ли к вам в больницу больные с начавшимся вне больницы аборт: *да.*

6. Сколько было поступлений с начавшимся вне больницы аборт за 1922, 1923 и 1924 гг.: *1922 г.—сведений не имею, 1923 г.—19, 1924 г.—29.*

7. Обращаются ли крестьянки к бабкам, акушеркам для производства аборта: *да.*

8. Считаете ли вы, что аборт в последнее время стал более частым, и чем вы это объясняете: *нет, не считаю.*

9. Не были ли на вашем участке случаи смерти от аборта: *да, были,—в 1923 г. умерла одна из поступивших с начавшимся аборт, в 1924 г. из таковых умерло 2.*

Подпись: врач Скалабан.

Примечание. Ваши дополнения на обороте.

Дополнение.

1. Популярность производства аборта врачом большая, поэтому и обращаемость к врачу частая.

2. Законные формальности для производства аборта (абортные комиссии, больничная обстановка) замужних отталкивают в подавляющем числе, а незамужних—почти всех из-за нежелания огласки. Пренебрежение конспиративностью аборта наблюдается в незначительном количестве.

3. Большой спрос на конспиративный аборт породил и большие предложения: наличие в деревнях среди рядовых крестьянок абортмахеров. В числе указанных в настоящей анкете с начавшимся абортom значительное большинство: а) диффузное маточное кровотечение, в) крайняя степень анемии, с) инфекции.

Из 41 случая поступлений в больницу по поводу неполного аборта значительное число падало на вину бабок или акушерок, и только в одном случае (сознание абортировавшей) удалось привлечь виновную бабку к суду. Вообще же абортирующие упорно отказываются указать виновников аборта, объясняя причину аборта поднятием тяжести, падением и пр.

Врач Парического участка, *Белоруссия*.

Всего нами получено 2 207 анкет на 3 761 сельский участок, что дает нам 58,6% наличного количества участков. Такой процент следует признать для нашей анкеты очень высоким. Анкета была принята участковыми врачами очень серьезно: они отнеслись к ней, как врачи-общественники и не только внимательно заполняли графы вопросов своими ответами, но к нашей просьбе дать свои дополнения отнеслись весьма вдумчиво. Так, почти в половине анкет мы находим дополнения участковых врачей, где они поделились с нами своими наблюдениями и запросами по вопросу об абортах в деревне. Наиболее характерные дополнения участковых врачей мы приводим тут полностью: они дают дополнительное освещение нашему вопросу, и мы не сочли возможным обезличить этот материал.

Качество материала и даже количество полученных нами анкет имеет прямую зависимость от того положения, в котором мы застали в момент проведения нашей анкеты сельскую участковую врачебную организацию,

Мы знаем, что участковая врачебная организация численно и качественно росла до 1914 г. Затем последовал ряд мобилизаций на военную службу в период империалистической войны, оставивших буквально почти все участки без врачей. Положение немногим улучшилось после первой демобилизации 1917 г., но гражданская война все еще задерживала большинство врачей на военной службе. Лишь с 1920 г. постепенно начинается обратная тяга врачей на сельские участки. Тяга эта была очень замедлена: крайне низкая оплата труда, с одной стороны, отсутствие ремонта, топлива для больниц, голод, отсутствие самых необходимых медикаментов и инструментария—все это, вместе взятое, отпугивало врачей от работы в деревне.

Все эти отрицательные моменты нашли свое отражение и в нашей анкете. Одновременно с этим наш материал доказывает, что уже в конце 1923 г. и за весь 1924 г. начался перелом: участковая врачебная организация начинает выходить из своего тяжелого положения.

Так, врачи на 314 врачебных участках, появились лишь в 1924 г.,—раньше их там не было. В 33 случаях имеются указания, что больничный участок работает еще лишь как амбулаторный пункт, больничное же отделение все еще не функционирует за отсутствием средств для ремонта. С другой стороны, в 16 случаях имеются указания, что больничные отделения снова начали функционировать в 1924 г., даже наблюдается некоторый рост: 10 врачебных амбулаторий открыто впервые в 1924 г.

И если сейчас мы, с одной стороны, констатируем довольно быстрое заполнение врачами участковых больниц и амбулаторий, то, с другой стороны, плохо обстоит дело с оборудованием больниц: в 51 участковых больницах аборт не производится, за отсутствием необходимых хирургических инструментов, а в 4—вследствие плохого оборудования.

Почти ко всем участковым врачам (1968—98%) крестьянки обращаются с просьбой произвести аборт. Обращаются «по секрету» сплошь да рядом—с просьбой произвести аборт тайно: крестьянки боятся огласки.

Частые обращения массами чуть ли не ежедневно отметили 292 врача (из 1968). Они указывают, и вполне логично, что обращаемость была бы еще больше, если все просьбы удовлетворялись бы.

Обращаются редко также вследствие неосведомленности о легализации аборт, из-за боязни операции, из-за необходимости получить разрешение на аборт в уездной комиссии, из-за стыда. Всего 399 врачей (из 1968) отметили небольшую обращаемость за аборт.

Не обращаются для производства аборта к 199 участковым врачам, при чем некоторые (4) врача отмечают, что «после голодных годов обращения прекратились». Перестают также обращаться, получив отказ.

Таким образом приходится констатировать, что аборт в деревне стал бытовым явлением: к большинству участковых врачей обращаются с просьбой произвести аборт; эти явления чаще носят массовый характер, и незначительная обращаемость отмечается лишь в 20%.

Последняя группа, как и небольшая группа участков, в которых вообще не обращаются за производством абортов, более или менее искусственна: достаточно на этих участках начать производство абортов, чтобы появилась обращаемость.

Повидимому, в тех районах, где был раньше голод, недород, обращаемость, если не совсем прекратилась, то, во всяком случае, понизилась.

При разработке вопроса об обращаемости крестьянок за производством аборта мы получили материал, освещающий также вопрос об обращаемости за производством аборта среди национальных меньшинств.

Так, по материалам нашей анкеты видно, что абортов не делают, не обращаются за производством аборта, следующие национальные меньшинства: калмычки, мордовки, татарки, башкирки, немки, киргизки, и бурятки.

Все эти нацменки (кроме немки)—мусульманки. «Женщина-мусульманка еще настолько темна и отстала в силу религиозно-бытовых условий, что врачу с трудом удается получить от нее разрешение произвести тот или иной осмотр и исследование при обращении за медицинской помощью».

Несомненно, религиозные верования имеют еще большое влияние на отношение этих нацменок к аборту. Отсутствие у них абортов объясняется также громадной детской смертностью, ведущей некоторых из этих нацменьшинств даже к вымиранию.

Так, некоторые участковые врачи сообщают, что «киргизки любят детей, поэтому обращения их за абортами составляют крайнюю редкость... Калмыцкое население настолько дорожит приростом детей, что за все время своей службы, в течение 12 лет, не получил ни одной просьбы от калмычки-женщины сделать ей аборт.. Врачебный участок обслуживает в большинстве бурятское население, которое ввиду социальной болезни сифилисом идет к вырождению, поэтому об абортах, бурятские женщины не допускают мысли. Наблюдаются преждевременные роды у буряток и смертность детей ввиду их болезненного состояния и неправильного ухода за детьми; бесплодие среди бурятских женщин—позор».

Что касается немки-крестьянок, то у них наблюдается умеренное количество абортов, что приходится объяснять тем, что немецкое население живет еще строго религиозно с твердо сохранившимися традициями» (участковый врач области Немцев Поволжья). «Аборт среди немецкого населения, в толще крестьянской земледельческой массы, не пользуется успехом; если и бывают случаи аборта, то они вызываются лишь патологическими причинами или же производятся искусственно только среди так называемой деревенской интеллигенции. Неудача аборта, очевидно, объясняется большой традиционностью немецкого населения, а также, может быть, и более крепким экономическим его положением».

Каковы же были мотивы крестьянок, обратившихся к участковым врачам с просьбой произвести аборт?

1-я группа. Вполне понятно, что указания на материальную нужду являются превалирующими в общей массе мотивировок необходимости аборт. Ведь империалистическая и гражданская войны, голод 1923 г. и недород 1924 г. достаточно сильно подорвали и без того экономически слабое крестьянское хозяйство¹. К этой группе относится 33% всех ответов.

Мы приводим формулировки всех ответов по этой группе:

«Скверное социальное положение»—140 ответов; «материальная нужда», «необеспеченность», «недостаток средств к существованию»—1007 ответов; «бедность»—378; «из-за малоземельности»—4 ответа; «голод 1922 г.», «недород»—14; «безработица»—12; «невозможность воспитать ребенка»—60; «трудно прокормить ребенка»—29; «нежелание плодить нищих», «не во что завернуть (одеть) ребенка»—8; «погорельцы»—2.

2-я группа. В сущности те же экономического характера причины диктовали мотивировку необходимости аборта в случаях многосемейности, многодетности, наличие грудного ребенка.

К этой же группе следует отнести и тех, которые, вероятно, из-за многодетности не желают иметь детей,—таких мотивировок 29%.

И если мы полагаем, что в будущем, с улучшением экономического положения крестьянского хозяйства, снизится количество и, даже более—будут сведены на-нет экономические мотивировки аборт, то, с другой стороны, одновременно будет происходить поднятие культурного уровня среди крестьянок, что в некоторых случаях послужит пробуждающим мотивом к ограничению деторождения. И возможно, что если к тому времени не получат распространения противозачаточные средства, то аборты во второй группе, многодетных, будут продолжаться.

¹ Анкета проведена в 1925 году.

Приводим формулировки ответов врачей по второй группе ответов:

«Многосемейность»—124; «многодетность»—865; «желание избавиться от лишних едоков»—15; «частые роды»—98; «наличие грудного ребенка»—67; «преклонный возраст беременной и наличие взрослых детей»—41; «нежелание иметь детей»—225; «нежелание обременять себя заботой о детях»—54; «женщинам стало совестно иметь много детей», «образованные давно не рожают, только мы, дуры, рожаем», «создавшиеся жизненные условия настолько тяжелы, что нет возможности воспитать тех детей, которые имеются», «вот ведь горе—замучили дети, куда их деть, не надо бы более», «для всех крестьянок поголовно беременность ухудшает их положение, так как они работают до последнего дня», «беременность и малые дети мешают работе»—26; «тяжелые условия труда»—17; «нежелание родить ребенка в страдную пору»—9; «недосуг смотреть за ними»—7; «падение нравов»—23; «люди-де так все делают».

От замужних крестьянок: «тяжелые условия труда, особенно в семьях, выехавших на хутора, где требуется от каждого члена семьи усиленная работа, при которой беременность и затем дальнейший уход за новорожденными выводят мать на продолжительное время из числа работающих».

3-я группа. Все еще держатся крепко старые устои крестьянской семьи, все еще является позором внебрачная беременность,—она является «грехом», результатом «незаконного сожителства». И им, «вдовам и девицам», совестно перед людьми», боятся общественного мнения и родителей. Все еще внебрачная беременность считается большим позором, кладущим пятно на всю жизнь ребенка. Затем—вдовы: их много осталось после всех войн, мы их насчитываем в деревнях сотнями тысяч, и вполне понятно, что с их стороны еще долго будет существовать спрос на аборт в силу ли экономической слабости одиночного, вдовьего хозяйства, религиозной косности или еще слабого внедрения нашего законодательства об алиментах. Несомненно, что и «девицы», т. е. вступающие в половую связь до брака, будут продолжать давать большой контингент в смысле спроса на аборт. Возможно даже, что в дальнейшем борьба с религиозными предрассудками, снятие завесы с понятия «греха» еще увеличат этот контингент лиц для

аборта. Но, с другой стороны, эта группа скорее других будет отражать успехи советского строительства в деревне и главным образом в области охраны материнства и младенчества, и чем больше успеха у нас будет в этой области, тем меньше будет спроса на аборт от этой группы.

Всего в этой группе мотивировок 20%.

Формулировки ответов 3-й группы:

«Желание скрыть последствия внебрачной беременности»—50%; «незаконное сожительство»—10; «незамужняя», «из-за ложного стыда», «боязни позора, родителей, общественного мнения», «совестно перед людьми»; «при внебрачной беременности у девиц»—458; «нет отца ребенка»—4; «обманута—после этого не выйдешь замуж»—19; вдовы—112; изнасилованные—6; стыд и опасение, что будет выгнана из дома, так как беременность внебрачная—6; отец приводит свою дочь 14 лет, обольщенную «по глупости» и оба желают избавиться от ребенка, как от «сраму на всю деревню».

4-я группа. Отсутствие правильно поставленного родовспомогательства в деревне, недостает родильных коек, малое число акушерок ставит крестьянку-роженицу в очень тяжелое положение. Отсюда и ряд хронических заболеваний женской половой сферы, отсюда и боязнь родов. И если принять во внимание тяжелые эпидемии за время гражданских войн, оставившие глубокий след на здоровье крестьянки, и рост венерических заболеваний, то нам станет ясной группа мотивировок абортов: болезненное состояние, слабое здоровье (511), тяжело прошедшие предыдущие роды (40) и отсюда и вообще страх за тяжелые роды (23); болезни родителей, мужа (24).

Всего по этой группе мотивировок 11% к общему их числу.

5-я группа. Если «девицы» уже отчасти отражают изменения в семейном быту и самобытную реакцию на происходящую ломку, то имеется и еще ряд данных, показывающих, что в старой крестьянской

семье наступил перелом. Тут прежде всего надо учесть значение того громадного факта, что с 1914 по 1920 г. на селе осталась громадная армия «солдаток», потом и вдов, в связи с чем там особенно усилился спрос на аборт, впервые вызвавший (спрос вызывает предложение) профессию бабок по абортам.

Ненарушимость, «святость» церковного брака в деревне уже поколеблена. Стали частым явлением разводы, бросание жен и т. д. Все эти признаки неустойчивости брака, распада прежнего уклада семейной жизни крестьянки отразились в наших анкетах. К этой группе мотивировок относится 9%.

Формулировка ответов по 5-й группе:

Семейные обстоятельства—59; нелады с мужем—12; пьянство мужа—7; «муж бросил»—56; разводы с мужем—64; неустойчивость брака—179; нежелание мужа иметь детей—6; смерть мужа—10.

Производится ли аборт в участковой больнице? В 909 (41%) участковых больницах аборт производится, при чем в 49 из них производится только по медицинским показаниям. В 65 участках они производятся очень редко, в исключительных случаях. Таким образом надо считать, что легальный аборт производится только в 800 врачебных участках, а в большинстве случаев (1158) аборт на участках не производится.

А между тем, на основании всего нашего материала по абортуре в деревне, для нас стало несомненным, что потребность со стороны населения существует и удовлетворяется тем или иным путем. И то обстоятельство, что в большинстве участков аборт не производится, является лишь показателем того, что наша участковая сеть еще слаба, неподготовлена к выполнению новых функций. Иллюстрацией этого является частая жалоба участковых врачей на отсутствие хирургических инструментов (51 случай), на то, что больница не функционирует (20 случаев), слабое оборудование (8) и т. п.

Рост нашей участковой сети, укрепление ее, разрешит вопрос борьбы с подпольными абортами на селе, разрешит вопрос борьбы с бабками и даст начало планомерной борьбе с абортами среди крестьянок.

Перейдем теперь к подсчету числа легальных больничных абортов в участковых больницах за 1922, 1923 и 1924 гг.,—мы получили следующие данные:

По 10 участкам за 1922 и 1923 гг.	произведено	76 абортов	
» 7 » » 1923 г.	»	25	»
» 14 » » 1923 »	»	51	»
» 25 » » 1923 и 1924 гг.	»	606	»
	(вместе)		
» 122 » » 1923 г.	»	2 237	»
» » » 1924 »	»	3 443	»
» 364 » » 1922 »	»	10 060	»
» 364 » » 1923 »	»	13 997	»
» » » 1924 »	»	16 771	»
» 108 » за все 3 года вместе	»	4 511	»
» 254 » только за 1924 г.	»	3 543	»

Всего по 904 участкам произведено за 1922, 1923 и 1924 гг. 55 532 аборта.

Если мы обратим внимание на данные по 364 участкам (6-я группа) за каждый год в отдельности, то они ясно указывают на рост числа легальных абортов в деревне. При разработке мы подсчитали количество участков из этих 364, в которых отмечается рост абортов, а также тех, в которых отмечается уменьшение. Оказалось все же, что по 112 участкам (из 364) за эти годы отмечается постепенное уменьшение количества абортов, а по остальным—увеличение. Это вносит небольшую поправку: без сомнения, рост абортов отмечается, но не во всех районах РСФСР.

Обратимся к подсчету внебольничных абортов, т. е. начавшихся вне больницы, но потом попавших вследствие кровотечения в больницу.

Вполне понятно, что эти больные попадали также и к врачам сельских амбулаторий. Мы получили следующие данные:

По 618 участкам	в 1922 г.	10 676	внебольничных	абортов
» » »	» 1923 »	14 296	»	»
» » »	» 1925 »	16 712	»	»
» 190 »	» 1923 »	3 043	»	»
» » »	» 1924 »	3 965	»	»
» 57 »	» 1923 и			
	1924-гг.	21 075	»	»
» 288 »	» 1922, 23 и			
	1924 гг.	10 626	»	»
» 485 »	» 1924 г.	6 282	»	»
Всего по 1 658 участкам	—	66 375	»	»

Таким образом в массе, вероятно, вследствие того, что в большинстве врачебных участков аборты не производятся, подпольный аборт превалирует над легальным.

При учете всех абортов мы выделили группу ответов, где указано число их за каждый год в отдельности:

	Легальные аборты	Внебольничные аборты	Всего
1922 г.	10 060	10 676	20 736
1923 »	13 997	14 296	28 293
1924 »	16 771	16 712	33 483
	по 363 уч.	по 618 уч.	
			Всего . . 82 512

Эти данные показывают, что число абортов, произведенных полностью в сельских больницах, и число внебольничных абортов, несомненно, растет. Отчасти это, конечно, объясняется лучше поставленной статистикой абортов за последние годы.

Таким образом на 3 772 врачебных участка, получены данные о внебольничных абортах по 1 658 (43%) участкам, т. е. от меньшей половины. Поэтому будет далеко не ошибкой, даже преуменьшением, если будем

считать, что внебольничных абортс за три года было вдвое больше, т. е. около 140 000.

В ответах отмечается, что громадное большинство внебольничных абортс криминальные, сделанные большей частью бабками; много абортс началось также из-за поднятия тяжестей или вообще вследствие тяжелых условий труда. Факт подпольного абортс тщательно скрывается и очень редко удается добиться признания.

К кому же обращаются крестьянки с просьбой произвести аборт?

Большинство врачей (1 193) ответило, что крестьянки обращаются к акушеркам и бабкам. Кроме того 96 врачей отметили, что эти обращения носят частный характер, а 47 врачей отметили малую обращаемость.

К кому же обращаются крестьянки больше—к акушеркам или бабкам? С одной стороны, по дополнениям в нашей анкете участковых врачей, с несомненностью выясняется, что в деревнях, в деле производства абортс главными специалистами являются бабки: так, 281 врач прямо указывают, что крестьянки преимущественно и большей частью обращаются к бабкам, и только в 78 ответах имеются указания на акушерок.

Имеются указания, что даже во врачебной амбулатории крестьянки стесняются обращаться к врачу и первым делом обращаются к акушерке, как женщина к женщине (1). Интересно, что все крестьянки, поступившие в участковую больницу с кровотечением после подпольного абортс, отрицают искусственность его и даже перед смертью не говорят, к какой бабке обращались (4). Крестьянка в силу своей некультурности смотрит на аборт, как на дело очень тайное, часто не обращается к врачу, опасаясь разглашки своей тайны в больнице. И это также является одной из причин

частого обращения к бабкам, которых они тщательно и упорно скрывают, никогда не выдают, так что борьба с бабками очень трудна: они, по выражению одного участкового врача,—«неуловимые бабки», и редко, очень редко, удается установить виновниц.

Повидимому, одной из основных причин обращаемости к бабкам являются отказы врачей в производстве аборт. Один врач прямо указывает на это: «Так как у нас амбулаторный пункт, где аборт не производятся, то крестьянкам приходится обращаться к бабкам».

Другой врач пишет:

«В связи с тем, что в 1924 г. нам запретили производить аборт, случаи обращения к акушеркам и бабкам заметно увеличились, что видно из увеличения числа поступлений с внебольничным аборт».

Приведем еще одну выписку из другой анкеты:

«Если бы больница отказала девице или вдове, они непременно обратились бы к бабкам».

По нашему материалу ясно, что подпольные аборт очень часто, может быть, даже в большинстве случаев, вызывают серьезные заболевания, а иногда кончаются смертью. Это обстоятельство отпугивает крестьянок от бабок, и они, с легализацией аборт и улучшением участковой сети, начинают в последние годы чаще обращаться в больницы.

Нужно отметить еще одну причину обращаемости к бабкам—это нередкая необходимость поехать за получением разрешения на бесплатное производство аборт очень далеко—за 50—70 верст, в уездный город, куда население не в состоянии еще обращаться в силу безлошадности и бедности. На это обстоятельство указывали многие участковые врачи и говорили, что это является тормозом в борьбе с бабками, в борьбе с подпольными абортами.

Подпольный аборт до того больно ударяет по здоровью крестьянок, что они вообще стали бояться аборт

та, даже в больничной обстановке: поэтому они часто обращаются за тайным средством, чтобы, по их словам, вызвать, задержавшиеся из-за простуды, крови.

Участковые врачи отмечают, что бабки охотно делают аборт, ввиду их полной безнаказанности, ввиду недостаточных административных взысканий.

Только 123 врача из всей массы ответили, что крестьянки к бабкам и акушеркам за абортом не обращаются. 145 врачей не ответили на этот вопрос.

Таким образом приведенный выше материал говорит за то, что в большинстве случаев крестьянки обращаются к бабкам за производством аборта. Тут играют роль наши отказы, желание крестьянок сохранить свою тайну, затем бывшая тогда волокита для получения разрешения на легальный аборт, а также неустройство еще наших врачебных участков, недостаток в них больничных коек. Из этих данных ясно, что необходима борьба с бабками, а это возможно добиться только путем большей доступности производства абортов в условиях больничных сельских участков: это — главное в деле борьбы с подпольными абортами в деревне.

По материалам наших анкет удалось собрать целый музей «инструментария» для производства аборта бабками. Так они вставляют бужи, тычут вязальной спицей, зондом, прядильным веретеном (последним чаще всего, особенно в случаях поздней беременности.—А. Г.), проволокой, каким-то образом пальцем, крючком для застегивания ботинок, смазывают нодом (специальность акушерки), гусиным пером, впрыскивают раствор сулемы. Дают внутрь порошки пороха, сулемы, хинин, шафран, ментиленовую синьку и спорынью в больших дозах. Приведем несколько иллюстраций со слов участковых врачей:

1. «Не могу умолчать,—сообщает участковый врач,—об интересном приеме производства выкидыша, который мне пришлось наблюдать в участке,—вернее, прием вызова аборта. Это такой: лекарка устроила прибор, который представлял из себя два столба, укрепленных в вертикальном направлении, на $1\frac{1}{2}$ аршина друг от друга. На этих столбах горизонтально ребром лежит толстая доска. Доску эту можно поднять и опустить в случае надобности. Женщина, которой производится аборт, становится перед доской, а лекарка наводит эту доску так, чтобы верхнее

ребро доски находилось на уровне пупка. Потом бросает на землю какую-нибудь вещь и просит достать ее, перегнувшись через доску, обязательно ртом,—и, как рассказывали некоторые больные, аборт готов. Теперь этот станок уничтожен, но убедиться, что подобных ему нет, трудно. Кроме этих приемов принимают различные отвары, как отвар из перьев лука, вставляют в цервикальный канал веретено, спицу, корень растения под названием просвирник и др.»

2. «Кроме прокола плодного пузыря бабки пользуются и таким «хирургическим» приемом: в цервикальный канал втискивается морковь и там оставляется, пока не последует выкидыш».

3. «Крестьянки приноровились делать выкидыш самыми разнообразными способами: принимают внутрь спорынью, пьют настой шпанских мушек, а чаще вставляют сами или при посторонней помощи корень просвирника—это самый «усовершенствованный» способ. Корень этот есть выдернутое растение, гладкий, прямой; при введении в шейку матки исполняет роль ляминария. Приходилось подавать помощь в таких случаях, когда этот корень находился уже в полости матки».

В нашей анкете мы ставили также вопрос: не стали ли аборт в последние годы более частым явлением и чем это объясняется?

Разберемся вначале в ответах тех врачей, которые ответили на этот вопрос положительно. Так, 882 ответа объясняют эти более частые случаи аборта материальной нуждой, ухудшением материальных условий, обеднением населения, безработицей, дороговизной жизни, тяжелыми социальными условиями, тяжестью работ и т. п.

161 ответ указывает, как на причину большей обращаемости за абортом, на многодетность, многосемейность. 50 ответов—на болезненное состояние, слабость здоровья и т. д. 110 ответов отмечают влияние нового быта: учащение разводов (46), семейные раздоры (10), неналаженность и распад семьи, непрочность браков (54).

Особенно сказывается влияние нового быта в следующих 474 ответах: ослабление, падение религиозных предрассудков (48); влияние революции, желание женщины раскрепощения от семейных уз, страх за личную свободу в связи с появлением ребенка (102); свободное отношение полов (20); взгляд крестьянки на аборт, как на нечто незаконное, уменьшился (33); падение нравов, распущенность (109); увеличение числа внебрачных связей и беременностей (56); и в связи с этим участились аборты у девиц—боязнь перед родителями и обществом (78); у одиночек—желание скрыть беременность (28). Особенно участились аборты вследствие их легализации (299), а также потому, что крестьянки стали больше

доверять больнице, ввиду благоприятных исходов легальных аборт (88). Другими причинами роста являются незнание вреда абортов,—это отмечено в 67 ответах; легкая возможность производства их у бабок и акушеров. Затем 137 врачей просто отметили, что аборт стал бытовым явлением и обращаемость увеличилась.

Не ответили на этот вопрос анкеты 315 врачей.

Приведенный материал указывает, что в учащении абортов прежде всего играет роль материальная нужда и связанная с ней многодетность—таких 1043 ответа; затем сказывается влияние проникновения в деревню нового быта; разрушение старой семьи—477 ответов и, наконец, легализация абортов, извлекая аборт из подполья, также увеличила число абортов.

Теперь перейдем к рассмотрению другой группы ответов, указывающей, что число абортов на селе понижается. Всего получено 415 ответов, в четыре раза меньше, чем по предыдущей группе.

262 врача не замечают роста абортов, считают положение неизменным, и 81 врач даже отмечают, что количество абортов уменьшилось, стало реже; 10 же врачей считают, что число абортов только кажется меньше, что аборт ушел в подполье, так как крестьянкам приходится пройти комиссию; 18 врачей указывают на уменьшение числа абортов вследствие большой против них пропаганды, 39—вследствие улучшения материального положения крестьянства, 5—вследствие поднятия культурного уровня.

Надо полагать, что все же в некоторых губерниях, вероятно, вследствие урожая, количество абортов действительно уменьшилось, но по всей РСФСР наш материал указывает на их увеличение.

Мы уже в начале статьи указывали, что дополнения участковых врачей к этой анкете являются весьма ценным материалом.

Поэтому мы приведем некоторые, наиболее характерные по этому вопросу ответы:

1. «За последнее время отмечается уменьшение абортов. Главная причина—материальное улучшение. Некоторую роль сыграла пропаганда среди населения, что аборт есть зло для здоровья матери. Противозачаточные меры, особенно среди городского населения, широко развиваются. Этот вопрос начинает интересовать сильнее и деревню».

2. «Аборт стал более уловимым для регистрации благодаря легализации его и перемене отношения к нему женщин, и, очевидно, подпольный аборт сокращается. Увеличивается ли общее количество, сказать трудно».

3. «Аборт, безусловно, в деревне стал более частым. Прежде сдерживал закон (страх наказания), религия и прежняя мораль. Теперь, с изменением отношения со стороны закона, религии и морали, аборт распространяется. Сюда нужно прибавить то, что претензии населения на лучшие материальные условия безусловно растут, и население не хочет рожать кучу бедняков, а меньшее количество детей в лучших культурных условиях». Увеличение числа абортов есть признак культурного роста деревни».

4. «Несомненно, участились: одни не желают иметь много детей, вследствие материальной необеспеченности, другие, в большинстве случаев вдовы, солдатки,—женщины-одиночки, необеспеченные, имеющие 2—3 или больше детей или живущие в семьях под началом строгих стариков, которые узнав о таком позоре, не задумываются выбросить женщину на улицу».

5. «Да. Объясняется тем, что за период революции среди крестьян отмечалось много разделов, так что образовывались семьи-одиночки—муж, жена, один или два ребенка при хозяйстве необорудованном и неустроенном; поэтому беременность, роды и уход за ребенком отнимают мать от работы, что наносит большой ущерб неокрепшему хозяйству. Также аборты участились ввиду легкости разрыва брака».

6. «Несомненно, более частым с германской войны, когда много солдаток обращалось по поводу аборта; позже у крестьян уменьшился снова».

7. «Да. Особенная нетерпимость к детям сказывается у женщин, которые состоят в союзах и вообще интересуются общественной работой».

8. «Крестьянская среда очутилась на перепутьи: то, что десятилетиями лет чтилось, потеряло свое обаяние, но итти в разрез с мнением общества пока не решаются, а это-то мнение пока еще мало изменилось».

Смертность от подпольных абортов¹.

Большая половина участковых врачей (1253) отметила, что случаев за эти три года не было, и 39 врачам неизвестно, были ли случаи смерти на их участке.

¹ В полученных положительных ответах на этот вопрос почти всегда указывается, что ответ дается о случаях смерти от нелегального аборта, начавшегося вне больницы.

Остальные дали положительные ответы. Так, 34 участковых врача отметили, что было несколько случаев смерти. Считая «несколько случаев» равным хотя бы трем, получим на 34 участка 102 смертных случая. 289 участковых врачей отметили, что смертные случаи были; в этом случае мы принимаем ответ «были» за два случая—получим на 289 участках 578 смертных случаев. Кроме того по одному случаю было в 290 участках, точно указано по два случая в 101 участке, по три в 57 участках, по четыре в 16 участках, пять и более случаев в 47 участках.

Таким образом за 1922, 1923 и 1924 гг. на 2 207 участках было не менее 1 700 смертных случаев от подпольного аборта.

В ответах на этот вопрос имеются также дополнения участковых врачей, из которых оказалось возможным выяснить, кто производил аборты, кончившиеся смертью. 125 участковых врачей прямо указывали, что смерть последовала от аборта, произведенного бабкой; 12 указывали на знахарок, 8—на акушерок, 3—на фельдшеров, 10—на санитарок, и в 3 случаях сами женщины сделали себе этот аборт.

В анкетах имеются частые указания на то, что много смертных случаев ускользает от учета, так как в деревне родители и родные, как правило, к умирающим от преступного аборта врача не вызывают, боясь судебного следствия. Почти все попавшие в больницу с начатым бабкой абортom тщательно скрывают, не указывают бабок, произведших аборт; даже когда им известно, что они лежат при смерти, они стараются скрыть виновников. Только в 24 случаях смерти от аборта, по нашему материалу, бабки были выяснены и отданы под суд; из них, по сообщению врача, «в двух случаях бабки были преданы суду, но и по сие время

находятся на свободе». В одном случае бабка, виновная в аборте, кончившемся смертью, приговорена к заключению на год, но условно.

Из одного участка сообщают, что в связи с мытарствами по комиссиям случаи смерти от абортов участились. Пострадавшие бабок не выдают.

Очень многие врачи указывают, что к ним в больницу с начавшимся абортом поступают довольно поздно, в тяжелом состоянии, часто с сепсисом. Очень часто больные держатся на ногах даже до смерти,—лишь бы не заметили родные; при чем только наличие медицинской помощи спасло многих от смерти, но женщины остались искалеченными на всю жизнь, с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Один участковый врач сообщает, что «редко встретишь женщину, которая после 1—2 абортов, произведенных бабкой, осталась бы здоровой».

Приведенный материал вскрывает перед нами подпольный аборт на селе, как большое социальное зло: десятки, а может быть, сотни тысяч искалеченных на всю жизнь крестьянок и несколько тысяч жизней, прерванных рукой невежественной, некультурной бабки. К этим фактам нечего прибавлять. Они достаточны для того, чтобы наметить в дальнейшем нашу политику по вопросу об абортах в деревне по линии укрепления участковой сети, чтоб сделать в необходимых случаях эту операцию доступной для крестьянки.

Хорошей иллюстрацией, дающей освещение затронутого нами вопроса, являются дополнения к нашей анкете участковых врачей, которые мы приводим ниже полностью. Тут выясняется, что необходимость поездки в город для получения разрешения на аборт играет скорее отрицательную роль.

Вполне справедливы указания участковых врачей, что это ограничение, эти поездки, больше всего отражаются на менее состоятельных крестьянках, так как громадное количество беднейших хозяйств не имеет даже лошадей для поездки в город.

Повидимому, придется отдать вопрос о выдаче разрешений на аборт в руки самих участковых врачей. Они лучше всех знают местных жителей, местные условия работы, и в сомнительных случаях участковый врач может пригласить делегатку женотдела для разрешения вопроса производства аборта в том или другом случае.

По амбулаторным приемам, куда являются женщины-крестьянки с просьбой сделать аборт или по поводу кровотечения уже от сделанного где-то на стороне аборта, видно, что аборт в деревне стал столь же частым явлением, как и в городе, но здесь он связан с еще большим риском для жизни и здоровья женщины: обращаемость к бабкам и частным лицам процветает, и бороться с ней нет возможности. Тяжелые материальные условия, тысячи женских болезней, непосильные беременности при отсутствии охраны материнства и младенчества дают все шансы для производства аборта.

В участковой больнице аборт производится только по разрешению уездной комиссии, что для крестьянки связано с большим неудобством: расстояние 30—40 верст, жизнь в городе 3—4 дня и нежелательная огласка в деревне—все это толкает ее к бабкам. С риском для своей жизни она под влиянием всех условий по советам своих соседок часто предпринимает преступные меры; введение бужей и посторонних предметов в полость матки очень распространено среди населения, при чем вводятся они самой же женщиной без посторонней помощи.

Широкой агитации среди населения, чтения санитарно-просветительных лекций о вреде аборта участковым врачом мало для борьбы с этим бедствием. Нужны более радикальные меры, организация участковых комиссий по борьбе с абортами, проведение в жизнь охраны материнства и младенчества в деревне и улучшения быта крестьянки.

Врач Тверской губ.

«В деревне каждый человек на виду, каждый шаг известен и большие формальности в вопросе об абортах, придирчивость и наказуемость медперсонала за производство аборта уменьшают лишь больничную статистику аборта. При существующей громадной детской смертности глупо вынашивать и рожать четвертого или пятого ребенка,—все равно нехватает сил вырастить и углядеть за имеющимися уже ребятами. Мне казалось бы, что каждая женщина родившая уже четверых детей, имеет право притти

в больницу и потребовать произвести себе аборт, также и вдова с детьми или девушка. И для аборта по медицинским показаниям не нужно бы заставлять женщину ездить за 25 верст ко второму участковому врачу: она не поедет, а пойдет и сделает у бабки—проще, дешевле и меньше огласки. Отсутствие социального страхования для крестьян, неудовлетворительная охрана материнства и младенчества в деревне, сокращение и ослабление участковой врачебной сети и недостаточное снабжение деревни медикаментами и медперсоналом—вот почему идет к бабке за абортom темная бедная крестьянская женщина.

Врач Тверской губ.

«Я считаю, что те комиссии, которые находятся при женотделах, на местах приносят известный вред для желающих абортиться женщин, в особенности из деревень, желающих сохранить тайну, и, по их убеждениям, тайна не будет сохранена, если ее знают несколько человек, и очень часто случается так, что больная во время приема умоляет врача чуть ли не со слезами на глазах сделать ей аборт, и когда ей дашь адрес в женотдел, в комиссию по абортom, то ее уже больше не увидишь, и скорее всего она делает их на стороне у бабки. За все время пребывания в больницах было около 6 случаев, когда больные поступали уже с начавшимся абортom, но категорически объясняют начало аборта поднятием тяжести и другими подобными явлениями. Я считаю, что эти комиссии на участковой работе нецелесообразны и должны быть упразднены, при чем для нетрудового элемента можно будет устраивать их при женотделе для выяснения нуждаемости в бесплатном производстве. Упразднением комиссии мы привлечем скорее крестьянку к специалистам-врачам и оттолкнем их от специалисток-бабок и тем самым принесем большую пользу, сохранив на дольше время рабочую силу.

Врач Белоруссии.

«В заключение—мой скромный взгляд на аборты в деревне. Аборт должен, безусловно, разрешаться и впредь в сельских больницах. Аборт должен быть абсолютно доступен каждой крестьянке. Индивидуализация аборта в деревне должна быть делом такта и чуткости деревенского врача. Она должна предоставляться только и исключительно одному врачу, без обязательного участия каких бы то ни было учреждений, вроде женотдела, КСМ и т. п., так как при отсталости сельской женщины вмешательство в это дело всякого третьего лица отучивает крестьянку от больницы и бросает ее в руки деревенских бабок, губивших и губящих не одну жизнь деревенской женщины-матери».

Врач Воронежской губ.

Повидимому, если бы участковому врачу представилась возможность производить аборты (инструментарий, обстановка, опыт), то число обращений к различным бабкам и знахаркам, безусловно, сократилось бы, а также сократилось бы и число поступающих в больницы с нарушенной беременностью и последствиями абортов.

Хотя я не сторонник аборта, однако не могу не сказать, что в некоторых случаях (помимо медицинских показаний) аборт следовало бы произвести и тем избавить семью от «лишнего рта» а мать—от лишних мучений, а главное противопоставить врача и соответствующую обстановку невежественным и корыстолюбивым личностям».

Врач Ярославской губ.

«В дополнение к анкете можно сказать и необходимо высказать следующие показания:

1. Широкое общее просвещение деревни.

2. Создание в каждой волости женотдела с энергичными преданными делу работницами.

3. Через эти женотделы сделать деревенскую женщину элементарно-грамотной юридически и через участковый медперсонал—санитарно-грамотной.

4. Кроме существующей уездной абортной комиссии при уздравах создать таковые при каждом медицинском участке, хотя бы с несколько ограниченными правами.

5. Неограниченно прямо из центра по первому требованию снабжать медучастки популярной литературой по охране материнства и младенчества, предварительно, конечно, выслав в участки образцы таковой, уже изданной применительно к деревне».

Врач Рязанской губ.

«Желание избежать деторождения никак не уменьшается, и я бы сказал—прогрессирует. И последние мероприятия, как учреждение комиссий по социальному показанию аборта, мало достигают успеха.

Женщина, решившая избавиться от беременности, идет на все: у меня было 5 случаев отказа произвести аборт с полным объяснением вреда и необходимости родить, в особенности первого; узнав о своей беременности и получив отказ, все эти случаи вернулись ко мне с начавшимся абортом, а в 2 случаях—с тяжелым параметритом».

Врач Кубано-Черноморской области.

«Думаю, что аборт в данной местности распространения не получит, так как здесь народ очень религиозен (благодаря своей темноте), поэтому не рожать и делать аборт считается грехом; девушки же могут рожать свободно,—это не считается стыдом, а, наоборот, родившая в девушках считается очень хорошей невестой».

Врач Уральской области.

«Считаю необходимым устроить консультации для беременных с широкой пропагандой вреда аборта (это ведется во время амбулаторного приема, но необходимо устройство самостоятельных консультаций, так как в текущей амбулаторной работе нельзя уделять этому много времени).

В случае упорного нежелания матери родить, невзирая на убеждения, считаю за лучшее разрешить ей прервать беременность в родильном отделении, чем толкнуть ее на обращение к бабкам или акушеркам (секретный аборт), что влечет за собой опасность для здоровья женщины.

Врач Московский губ.

Что же предлагают участковые врачи для правильного подхода к разрешению положения вопроса об абортах в деревне. Мы уже указывали на почти единодушное мнение участковых врачей, что необходимо прежде всего повести борьбу с подпольным абортom. Мы привели наиболее характерные дополнения участковых врачей по вопросу о борьбе с абортами в деревне.

Из этих дополнений выясняется, что для борьбы с абортами в деревне необходимы следующие мероприятия:

1. Широкое общее просвещение в деревне и общесанитарное, в частности.

2. Широкая санитарно-просветительная пропаганда о вреде аборта вообще, о вреде абортom вне больниц в особенности.

3. Широкое распространение через участковых врачей популярной литературы по вопросам охраны материнства и младенчества.

4. Усилить работу женотделов в деревне энергичными и преданными делу работницами.

5. Широкое ознакомление крестьянок, особенно одиночек, и молодежи по вопросу о советском законодательстве, о браке и семье.

6. Организовать при каждом медицинском участке абортную комиссию или же передать ее права участковым врачам.

7. Увеличить снабжение врачебно-больничных участков гинекологическими инструментами и расширить число коек для гинекологических больных при участках.

8. Усилить вылавливание и репрессивные меры по отношению к лицам, производящим преступный аборт.

9. Устройство консультаций для беременных с широкой пропагандой вреда абортот.

Каковы же наши общие выводы по вопросу об абортах в деревне?

1. На основании всего нашего материала нам приходится констатировать, что аборт в деревне стал бытовым явлением.

2. В последние годы замечается рост числа абортот в деревне, при чем подпольный аборт сильно превалирует над легальным.

3. Крестьянки идут на аборт больше всего из-за материальной нужды. С последней связана также многодетность, являющаяся частой причиной абортот. Многочисленные вдовы дают большой контингент абортотующих и в силу экономической слабости одиночек и в силу того, что в деревне еще не изжито понятие «греха» и «позора» в случаях внебрачной беременности. Последнее обстоятельство является частой причиной абортот у «девиц».

4. Вследствие слабости еще нашей участковой сети, вследствие необходимости терять время и деньги на поездку в город для получения разрешения на аборт и отчасти из-за ложного стыда крестьянок, желающих избежать огласки факта производства абортот, последний находится в цепких и грязных руках бабок. Спрос вызывает предложение, и мы имеем указания на то, что в деревнях появилось много профессионалок-бабок, занимающихся абортот.

5. Подпольный аборт в деревне почти всегда вызывает тяжелые последствия для здоровья крестьянок и

ввиду многочисленности абортот среди них оставляет ежегодно десятки тысяч крестьянок искалеченными на всю жизнь. Очень часто подпольный аборт кончается смертью крестьянки.

6. Большинство сельских врачей в настоящее время не производят аборт и отказывают крестьянкам. В силу этого последние принуждены идти к бабкам и скрывают их даже в случае неудачного аборта.

7. Срочной задачей в деле оздоровления вопроса об аборте в деревне является снабжение всех врачебных участков необходимым гинекологическим инструментарием, улучшение снабжения и оборудования больниц. Затем необходимо отменить всякие ограничения для получения разрешения на аборт. Право производства аборта должно быть передано всецело участковому врачу, который в сомнительных случаях привлекает для разрешения вопроса—производить ли аборт или отказать—представителя женотдела.

8. Необходимо признать, что лишь дальнейшее развитие и укрепление участковой сети может вырвать аборт из рук бабок.

9. И, наконец, лишь постепенно путем развития мероприятий по охране материнства и младенчества мы сможем проводить борьбу и против легальных абортов.

ГЛАВА ПЯТАЯ.

Те же производственные отношения, та же борьба классов, определяющих, с одной стороны, отношение буржуазии, с другой стороны, пролетариата к абортной проблеме, остаются в силе в проблеме противозачатий.

Каждая женщина в возрасте 17—50 лет может иметь около 30 детей и вполне понятно стремление к ограничению их числа. Фактически в буржуазных странах это ограничение деторождения является монополией капиталистов, обладающих монополией на орудия производства, на образование, на власть. Буржуазия ограничивает свое деторождение не только в силу стремления иметь небольшое количество детей—нет, буржуазии невыгодно дробить свою частную собственность между многими детьми. Для буржуазии это является экономической необходимостью.

Пролетариат, являющийся орудием обогащения буржуазии, по мнению буржуазии, не должен ограничивать свое деторождение, пролетариат должен воспроизводить свою рабочую силу для обогащения буржуазии.

«Капитал требует постоянное присутствие рабочей силы на рынке, продающий ее рабочий должен стать вечным при помощи размножения. Рабочая сила, которую рынок теряет благодаря изнашиванию и смерти, должна постоянно заменяться новой и в таком же

количестве. Сумма пищевых продуктов, необходимых для содержания рабочей силы, включает в себя таким образом и продукты, необходимые для ее смены, т. е. для детей рабочих»¹.

Если работница и рабочий ограничивают деторождение, они отнимают у капиталиста предмет эксплуатации; они саботируют капитализм.

Капитализм нуждается в рынках сбыта, в источниках сырья, отсюда империалистические войны, для которых нужно пушечное мясо, поставщиком которого отнюдь не желает быть буржуа.

Отсюда—для воспроизводства рабочей силы, для создания резервной армии безработных, для создания армии—борьба буржуазии против ограничения деторождения в рабочей среде.

«Нельзя, конечно, поставить над каждой любовной парочкой полицейского, который бы с саблей начал следить за ней, чтобы она не обкрадывала капиталиста и не лишала государство подданных². Но можно путем религиозного дурмана, через подтасованную науку убедить трудящихся, что ограничение деторождения является «грехом» и чрезвычайно опасно для здоровья, не гигиенично, не этично и т. п.

Мы уже указывали раньше, что при таком положении вещей буржуазия сама широко практикует аборт, оставаясь безнаказанной и еще более — применяет противозачаточные средства, одновременно запрещая их распространение, их применение для пролетарских масс. И трудящиеся в буржуазных условиях принуждены прибегать к нелегальному аборту, как к единственному способу урегулирования деторождения.

¹ Маркс, «Капитал», часть I.

² Виграснер, «Kindersegen».

Когда мы подходим в условиях Советской России к проблеме противозачатий, то с самого начала мы должны резко отмежеваться от неомальтузианского движения. К этому движению буржуазия в последнее время стала питать нежные чувства, особенно это заметно у американской буржуазии. Объясняется это тем, что широко проводимая рационализация производства, повышение техники, широчайшие применения завоеваний техники для военных нужд армии—создало некоторый сдвиг во взглядах буржуазии на проблему воспроизводства рабочей силы. Острота этой проблемы ослабела, хотя и осталась неизбежно-необходимой.

И поэтому буржуазия осторожно зондирует почву в сторону проблемы ограничения деторождения. Но главным стимулом к неомальтузианству является убеждение, что ограничение деторождения, увеличивая состоятельность рабочей семьи, этим самым уменьшит классовую ненависть и отдалит опасность социальных потрясений.

Вот отчего почти во всех буржуазных государствах намечается тенденция к уменьшению размеров наказаний за аборт и производятся более либеральные взгляды на распространение противозачаточные средства.

В настоящее же время противозачаточные средства запрещены в буржуазных государствах. Но, несмотря на это, их можно купить в любом магазине. Их производство носит фабричный характер; они широко рекламируются как средства для ограничения деторождения для больных женщин и это является достаточной приманкой и для здоровых женщин. В Северо-Соединенных Штатах ввоз противозачаточных средств запрещен. В Германии большинство противозачаточных средств имеют штамп «только для экспорта» (при этом условии они разрешаются к производству), хотя и распространяются

в самой Германии. Единственно, где противозачаточные средства разрешены — это Голландия и отчасти Англия.

Научное изучение противозачаточных средств в буржуазных государствах чрезвычайно затруднено и может подвести любознательного исследователя к тюремному заключению. И в результате международный рынок переполнен целым рядом противозачаточных средств, имеющих фактически только рекламное значение и, сплошь да рядом, безусловно вредных для здоровья женщин.

У нас в советских условиях при легализации абортов к противозачаточным средствам противоположное отношение. Мы, отбрасываем неомальтузианское движение, считая, что только коренное социальное переустройство народного хозяйства может улучшить положение трудящихся и привести нас к коммунистическому строю.

Легализовав аборт, мы этим самым не стали и не остаемся сторонниками абортов. Мы остро сознаем, что аборт является вредным, опасным средством для регулирования деторождения и мы ищем и найдем другие пути.

В настоящее время мы еще не ставим во всей широте проблему регулирования деторождения, но можем и должны ставить вопрос о борьбе с абортами теми противозачаточными средствами, которыми мы научились манипулировать.

Третье Всесоюзное Совещание по охране материнства и младенчества (в декабре 1925 г.) по докладу д-ра Генс «проверка нашей политики по вопросу об абортах» постановило: «что в деле борьбы с абортами в ближайший период наиболее существенным является ознакомление женщин через консультации для женщин

и через гинекологические амбулатории с противозачаточными средствами, а также широкая социальная помощь нуждающимся в ней беременным».

Этому постановлению предшествовал циркуляр НКЗдрава в 1923 году подобного же содержания с указанием, что инициатива в деле назначения противозачаточных средств должна исходить не от врача, а от женщины. Следовательно, уже в 1923 году мы легализовали противозачаточные средства, остающиеся в буржуазных государствах под запретом.

Но не только борьба с абортom вызвала легализацию этих средств. В. П. Лебедева в своем докладе на VI съезде Здраводелов указала, что «одной из функций наших консультаций для женщин должны быть и врачебные советы по предупреждению беременности, иначе мы не сможем провести отдых для организма (после родов) и не сможем бороться с абортами, которые являются широким злом для здоровья женщин и которые растут и в деревне. Материнство должно быть сознательным и не зависеть от слепой игры случая».

Надо открыто признаться, что выдвинутые предложения о противозачаточных средствах на первых порах не могли быть проведены в жизнь. Мы тогда почти еще не знали этого дела. Созданная комиссия Рахманова по изучению противозачаточных средств подытожила те средства, которые применялись в частной практике врачей и не могла, конечно, дать их научную оценку. Эту работу проделала и продолжает проводить Центральная научная комиссия по изучению противозачаточных средств при отделе охраны материнства и младенчества НКЗдрава.

Приступая к этой работе, у нас было вполне справедливое опасение за положительное разрешение

поставленных задач. Мы имели перед собой опыт буржуазных государств, хотя бы к примеру, Германии, где высоко поставлено производство противозачаточных средств (этим делом занято несколько фабрик с большим числом рабочих), и где, несмотря на это, продолжается быстрый рост числа аборт. Чем объяснить, что в этой стране (Германии), где противозачаточные средства можно купить в любом аптекарском магазине они все же не сказываются на уменьшение числа аборт? Мы объясняем это, и вполне справедливо, тем, что распространение предохранительных средств основано там не на научной и практической их ценности, а исключительно на хорошо поставленной рекламе; что их распространение находится не только в руках любого врача (даже не акушера), но и акушеров и торговых агентов—и факт налицо: противозачаточные средства в Германии, несмотря на их большое распространение, не сказываются на уменьшении числа аборт.

Из этого факта сделаем два вывода: 1) необходимо внимательно изучать постановку дела предупреждения беременности в буржуазных государствах и особенно изучать причины их малого практического значения; 2) необходимо с самого начала так поставить организацию применения противозачаточных средств, чтобы своевременно учесть все отрицательные моменты, препятствующие успеху их применения.

Проведенная в 1927 году анкета через Губздравы выяснила практику мест по организации и применению противозачаточных средств.

Ответы показывают, что все Губздравы уже ведут работу по применению противозачаточных средств. Работа эта проводится в подавляющем большинстве случаев в консультациях для женщин, изредка в гинекологических амбулаториях и еще реже в родильных

домах. Во всех этих учреждениях советы даются на общем приеме; только в женских консультациях для этой работы выделен определенный день. Из противозачаточных средств более всего применяются химические средства. Они вводятся главным образом путем влагалищного спринцевания (31 отв.), глобуль (37 отв.), губок (12 отв.) и ватных тампонов (17 отв.). При влагалищных спринцеваниях применяются растворы молочной кислоты (1), древесного уксуса и уксусной кислоты (16), борной кислоты (5), марганцевокислого калия (5), квасцов (3), формалина (1), 3% карболовой кислоты (1), древесного спирта (1).

В трех губерниях применяются смазывания иодом. Влагалищные шарики вводятся следующих составов: (только из ответов на нашу анкету): 1) chinin pur., acid. boric, Fhymol, hydr-sabl. Согроб. 2) тот же состав и but-cacao, 3) глобули с хинином с последующим спринцеванием древесным уксусом (2 ответа), 4) глобули по рецепту профес. Окинчица, 5) Hydr. bichl. cor. 0,003, chinin и acid. boric. аа 0,003, but-cacao 2,0, 6) Acid. cibrici 0,05, chinin 0,3, but-cacao, 7) chinin 0,4, alum pulv., acid. bosri, acid. tannici 0,06 и but-cacao 20.

Ватные тампоны рекомендовалось смачивать молочной кислотой (1), уксусной (10), глицерином (1), древесным спиртом (1), сулемой (1); в трех ответах указывалось, что рекомендовалось после применения тампона спринцевание.

Из механических средств рекомендуется: мужские кондомы (28 отв.), женские резиновые и металлические колпачки (25 отв.). В одном ответе указывалось на совет последующего спринцевания после применения резинового колпачка. В одном ответе мы находим совет иметь половые сношения в отдаленные от регул периоды с применением влагалищных глобуль или

спринцеваний; в другом ответе — половое воздержание в первую неделю после менструальных кровей. В одной губернии наряду с другими средствами применяется также перевязка Фаллопиевых труб, а в другой их перерезка, что конечно, по социальным показаниям совершенно недопустимо. В виде опыта в одной губернии применяется Рентген; в четырех губерниях — спермовакцинация (в стадии клинического изучения).

Из отдельных ответов обращают внимание на себя следующие: «Вопрос об ознакомлении широких женских масс с противозачаточными средствами вызывает разноречивые мнения местных работников» (Вологда). «В некоторых случаях рекомендуется применение шариков, но за недостатком хинина в аптеках шарики изготавливаются только с получением визы облздрави» (Ижевск). «Обращаемость за предохранительными средствами крайне мала, что объясняется еще недостаточной легализацией противозачаточных средств в Киргизии» (г. Пишпек). «Организована выставка (А. Г.) всех противозачаточных средств. В некоторых уездах этот вопрос освещается на общих женских собраниях в результате настоятельных требований женщин» (Рязань).

«Создана комиссия из врачей специалистов для разработки вопроса о практическом применении противозачаточных средств. Выделен день в консультации. Всем женщинам, которым был разрешен аборт, рекомендуется после первых же регул, бывших после аборта, явиться в консультацию. Ведется точный учет достигнутых результатов по выработанной регистрационной карте» (Курск).

Какие же организационные выводы мы можем сделать из всех приведенных данных?

Первое, можно констатировать, что в настоящее время Губздравы уже подошли к организации и практическому продвижению противозачаточных средств. Затем — правильно взята линия на то, чтобы сосредоточить это дело в консультациях для женщин, но неправильно занимаются этим, между прочим, на общем приеме; необходимо выделить специальный день-два для советов по предупреждению беременности.

Затем необходимо законодательным порядком запретить применение некоторых противозачаточных средств (иодные смазывания, перерезка фаллопиевых труб).

И наконец пора учитывать эту работу. Надо учитывать число женщин, обращающихся за советами, число сделанных ими посещений, учет рекомендованных средств, результаты их применения и влияния их на здоровье и психику женщин.

Современное состояние вопроса о противозачаточных средствах может быть охарактеризовано следующим образом.

Одним из лучших методов получения стерилитета — это биологический метод. Этот метод состоит в том, что из сперматозоидов готовится эмульсия, которая вводится подкожно женщине и этим самым создается временный стерилитет в течение нескольких месяцев до года. Удобство такого способа, отсутствие для женщины необходимости думать о применении противозачаточных средств ставит этот метод одним из лучших. Но к сожалению применен е спермотоксинов еще не вышло из стадии лабораторного и клинического изучения.

Рентгеновские лучи также могли бы являться прекрасным противозачаточным средством, вызывая у женщин, подвергшихся облучению, временный стерилитет на год и более. Средство это было широко

рекламировано доктором Борман. Но отсутствие возможности точной дозировки лучей Рентгена, последствием чего может быть полная кастрация мужчин или женщин, мало изученный еще вопрос о возможности вредных последствиях на будущее потомство — эти обстоятельства заставили Центральную Комиссию по изучению противозачаточных средств вынести постановление о запрещении этого метода в целях получения временного бесплодия по социальным показаниям.

Несмотря на чрезвычайное разнообразие методов хирургической стерилизации, следует определенно сказать, что эти методы никогда не получают распространения для временной стерилизации. При применении этих методов женщина может навсегда остаться бесплодной и лишиться возможности при изменившихся обстоятельствах иметь ребенка и подвергается большой опасности. Эти хирургические методы остаются в силе при медицинских показаниях и, вероятно, будут применяться по социальным показаниям в случаях, когда женщина имеет много детей—4 и уже подходит к сорокалетнему возрасту¹.

Внутриматочные методы временной стерилизации состоят в том, что в матку вводят химические средства или механические (шелковую нитку, столбик) и этим самым создают искусственно бесплодие. Большинство видных акушеров считают всякие внутриматочные манипуляции безусловно вредными и даже опасными для здоровья женщин.

В настоящее время наиболее безвредными и наиболее удобными являются механические и химические противозачаточные средства, но эти средства, главным образом механические, требуют при их назначении

¹ Вопрос этот подлежит еще обсуждению Центральной комиссии.

строгую индивидуализацию в зависимости от строения и топографии женских половых органов. При этих средствах главная задача заключается в преграждении доступа спермы в шейку матки.

При назначении этих средств наиболее широкое распространение получили те средства, которые для женщин наиболее удобны, не требуют сложного обучения, которые в минимальной степени ставят женщин в зависимость от врача и наконец меньше всего будут мешать во время полового акта.

Из химических средств в настоящее время рекомендуются главным образом средства, выпущенные аптекой Отдела охраны материнства и младенчества НКЗдрава. Это «Вагинальные шарики» (Контрацентон), «прозрачные глицериновые шарики» (контрацентины), таблетки «Контрацентин» и паста «Преконсоль».

Из механических противозачаточных средств рекомендуются резиновые или твердые (из металла, слоновой кости, целлулоида) колпачки. Они дают больший эффект при комбинированном применении, т. е. с пастой «Преконсоль». Из механических средств следует отметить «противозачаточные губки», которые вводятся во влагалище, смоченные каким-либо раствором, вызывающим временный стерилитет. Мужские презервативы также имеют большое значение, как прекрасное и наиболее противозачаточное средство. Ввиду того, что принципиально более важным является, чтобы в деле предупреждения беременности женщина являлась решающей вопрос, то мужские презервативы особенно рекомендуются в тех случаях, когда женщина применяет противозачаточные средства, и необходимо установить перерывы в деле их применения. В этих случаях мужчины обязаны прибегнуть к мужскому презервативу.

Широко распространено прерванное половое сношение, но этот метод мало действителен в деле предупреждения беременности.

В проблеме противозачатий главным является в настоящее время, после того как мы уже обладаем определенным арсеналом противозачаточных средств,—вопросы организационного характера.

Выделенные почти во всех консультациях для женщин один или два дня для советов по предупреждению беременности могут вполне себя оправдать в небольших городах. Но, если мы ставим упор на борьбу с абортами путем применения противозачаточных средств, если мы считаем борьбу с абортом ударной, требующей быстроты действия, то мы должны признать совершенно недостаточным постановку этой борьбы в больших городах столичных и губернских. В этих городах необходимо немедленно организовать специальные консультации по предупреждению беременности с врачом и акушеркой с нормальным рабочим днем. Не надо забывать, что в настоящее время аборты вызывают большой расход по народному хозяйству. Примерно треть abortирующихся женщин—работницы. Следовательно на страховые кассы падает большой расход по оплате дней по временной нетрудоспособности (не менее 10 дней на каждый аборт). Так, по Ленинграду за 1924 год было 2 058 выкидышей среди работниц с 30387 оплаченных днями страхкассой (т.е. сумма не менее как в 60 000 рублей) и в 1925 году уже 3 899 выкидышей с 58 899 днями (минимум расхода 120 000 рублей), со средней продолжительностью заболевания в 15,1 дней. Одновременно и производства потеряли столько же дней, пропущенных этими женщинами, с убытком в неменьшую сумму, чем страхкассy. Губздравы понесли расходы, считая минимум 3 руб. койка и 3 дня

пребывания на койку — по 9 рублей на абортировавшую женщину, т. е. в 1924 году около 20 000 рублей; в 1925 году около 40.000 рублей, не считая расхода вдвое больше на незастрахованных за больничное лечение.

И наконец непоправимый вред для здоровья этих работниц.

Имея уже изученные противозачаточные средства, имея полную возможность резко уменьшить число абортотворцев — Губздравы обязаны немедленно (и в силу режима экономии) приступить к организации консультаций по предупреждению беременности в крупных городах. Такая организация вызывает минимальные расходы и быстро себя оправдывает.

Большим организационным вопросом являются пути распространения противозачаточных средств. В настоящее время каждая женщина может по своему выбору купить любое противозачаточное средство в любой аптеке, аптекарском магазине, в кооперативных уголках «Мать и Дитя» или кооперативных магазинах, имеющих косметическое отделение.

Эти женщины проходят мимо врачебного контроля; они иногда применяют средства, которые для них менее действительны или же в данное время противопоказаны.

Мы считаем, что временно этот порядок должен быть оставлен без изменения, но одновременно необходимо стремиться к тому, чтобы наладить продажу противозачаточных средств из консультации для женщин, главным образом из специальных консультаций по предупреждению беременности. Об этой продаже необходимо поставить в известность население. Женщина, придя в консультацию для покупки противозачаточного средства, при определенной постановке продажи, попадает в первичных случаях к врачу за

советом, а в случае повторных покупок—врач может установить контроль и даже научное изучение действия этих средств.

И только там, подчеркиваем, где эта продажа достаточно налажена через консультации, достаточно известна населению—там можно принять меры к ликвидации свободной продажи противозачаточных средств¹. Между прочим, такая система даст возможность консультации сохранять торговую скидку в свою пользу и из этого фонда выдавать противозачаточные средства бесплатно тем женщинам, которые не в состоянии их приобрести.

Нерешенным является еще организационный вопрос о способах продвижения противозачаточных средств в деревнях. Тут без сомнения проводниками будут участковые врачи и немногочисленные еще сельские врачи. Спорным является вопрос о предоставлении акушеркам права давать советы по предупреждению беременности.

Ввиду малочисленности медучастков в сельских местностях, в силу еще очень большого распространения подпольных абортов среди крестьянок, нам казалось бы правильным предоставить акушеркам это право, однако при соблюдении некоторых непеременимых условий. Это право необходимо давать в индивидуальном порядке тем акушеркам, которые получают специальную подготовку 2—3 недели (и с тем условием, чтобы они ограничились выдачей главным образом химических средств, рекомендованных НКЗдравом).

Наконец вопрос о популярной литературе по предупреждению беременности. Чуть ли не ежедневно мы

¹ Автор отмечает, что выдвинутое предположение является пока только дискуссионным и не принято еще органами здравоохранения.

находим в газетах рекламы о книгах по предупреждению беременности. Каждая из них уже выдержала по 5—6 изданий и уже разошлась в количестве более 100 000. Неужели при таком колоссальном спросе со стороны населения государственные издательства могут пройти мимо этого явления, считая их издание нежелательным. Ведь весь вопрос в том, чтобы дать такую книжку, которая резко подчеркнула те средства, которые безусловно являются вредными или сомнительными по своему действию и с другой стороны сагитировать женщину с достаточной убедительностью, что правильный совет по предупреждению беременности она не сможет вычитать из книги, а сможет получить только в консультации для женщин.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

Москва, ГСП, 1, М. Черкасский пер., 2/6.

ПРОФ. М. А. КОЛОСОВ.

ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА ДО РОЖДЕНИЯ.

Ц. 50 коп.

ПРОФ. М. А. КОЛОСОВ.

РОЖДЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА.

Ц. 40 коп.

ПРОФ. М. А. КОЛОСОВ.

СУЩНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ.

Ц. 50 коп.

ЗАКАЗЫ И ДЕНЬГИ НАПРАВЛЯТЬ:

Москва, 9, Проезд Художественного театра, 6

Книжному магазину Госмедиздата

«СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА».

Тел. 5-33-44, 3-42-73.