

КЪ ВОПРОСУ
ОБЪ
ОПЕРАТИВНОМЪ ЛѢЧЕНІИ
ВЫПАДЕНІЯ МАТКИ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ
ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
ВРАЧА
Арнольда Августовича Христіани.

ОППОНЕНТЫ:
Проф. д-ръ **А. А. Муратовъ.** — Проф. д-ръ **В. Г. Цеге фонъ Мантейфель.** —
Проф. д-ръ **К. К. Дегіо.**

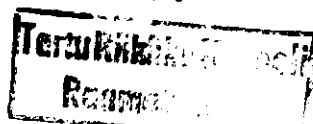


Юрьевъ.
Печатано въ типографіи **К. Маттисена.**
1900.

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго факультета
ИМПЕРАТОРСКАГО ЮРЬЕВСКАГО Университета.

Юрьевъ, 10 мая 1900 г.
№ 612.

Деканъ В. Курчинскій.



154938

Матери мосѣ

и воспитательницѣ

Госпожѣ фонъ Шейнфогель.

Всѣмъ моимъ учителямъ, профессорамъ Юрьевского университета, которымъ я обязанъ своимъ медицинскимъ образованіемъ, приношу мою глубокую благодарность.

Особенной благодарностью за свое гинекологическое образованіе обязанъ я профессорамъ Küstner'у и А. П. Губареву, ассистентомъ которыхъ я имѣлъ честь состоять.

Считаю также своимъ пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность профессору А. А. Муратову за цѣнныя указанія при составленіи настоящей работы.

Въ 1886 году, на съѣздѣ естествоиспытателей въ Брауншвейгѣ, Соhn¹⁾ читалъ докладъ о 105 случаяхъ выпаденія женскихъ половыхъ органовъ. Докладъ этотъ начинается слѣдующими словами: „Къ законченнымъ отдѣламъ гинекологіи принадлежитъ ученіе о выпаденіяхъ влагалища и матки и объ оперативномъ лѣченіи этихъ болѣзненныхъ состояній“. Поводомъ для такого утвержденія послужили ему результаты послѣоперационнаго наблюденія упомянутыхъ 105 случаевъ, оперированныхъ въ Берлинской университетской клиникѣ за 82—86 года, — результаты, лучше которыхъ, по его мнѣнію, нельзя ожидать. Они дали 56,6% излѣченія. Въ этомъ выводѣ выпаденія матки рассматриваются вмѣстѣ съ случаями выпаденія одного влагалища. Замѣтимъ мимоходомъ, что для первыхъ въ отдѣльности число излѣченій было, повидимому, значительно ниже, такъ какъ изъ 10 случаевъ полного выпаденія матки, которые Соhn отдѣльно приводитъ, излѣченіе получено только въ 4 случаяхъ, что представляетъ всего 33%. Примѣнена была операція Simon²⁾ - Hegar'a³⁾, Colporrhaphia anterior, Colporrhaphia и ампутація влагалищной части матки. То обстоятельство, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ Colporrhaphia была произведена по способу Martin'a⁴⁾, не имѣетъ большого значенія, такъ какъ эта послѣдняя операція, какъ извѣстно, представляетъ лишь незначительную модификацію Hegar'овской пластической операціи.

Хотя доклад *Cohn'a* относится еще къ тому времени, когда, вѣдствие недостаточнаго или ужъ слишкомъ цѣдраго примѣненія антисептическихъ средствъ, операція часто давала плохіе непосредственные результаты, сильно понижающіе процентъ полныхъ излѣченій, однако выраженіе его относительно операцій суживающихъ влагалище имѣетъ силу и въ настоящее время. Съ введеніемъ асептики, имѣвшей большое значеніе и для пластическихъ операцій, первичные результаты улучшились: 70% неудачныхъ операцій *Cohn'a* *Kieme*⁵⁾, *Asch*⁶⁾, *Humpf*⁸⁾ противопоставляютъ только 5%. Но число излѣченій у большинства гинекологовъ относительно уменьшилось, такъ какъ осталось тѣмъ-же самымъ. Такъ, *Fehling*⁷⁾ сообщаетъ въ 1897 году изъ клиники въ *Halle* о 61,8% излѣченій; *Meinert*⁹⁾ въ томъ-же году пишетъ изъ *Greifswald'a* даже только о 52%; французы *Bonilly*¹⁷⁾ и *Jacobs*¹⁸⁾ при „классическихъ“ операціяхъ выпаденія отмѣчаютъ еще 30% рецидивовъ; *Münchmeyer*¹¹⁾ изъ клиники *Leopold'a* сообщаетъ о лучшихъ результатахъ: *Негаг'овскій* методъ далъ 82,5% излѣченій. Самые лучшіе результаты даетъ этотъ методъ, повидимому, все еще въ рукахъ самого автора. Уже въ 1880 году *Dorff*¹²⁾ при своихъ послѣоперационныхъ изслѣдованіяхъ могъ констатировать 84% излѣченій. *Sonntag*¹³⁾, публикуя оперативные случаи *Freiburg'ской* клиники за тотъ-же періодъ времени, какъ и вышеазванный *Берлинскій* матеріалъ, насчитываетъ даже 89% излѣченій. Изъ числа же оперированныхъ, доставившихъ о себѣ письменныя свѣдѣнія, но не явившихся въ клинику для изслѣдованія, оказались здоровыми 92%. Самъ-же *Негаг*¹⁴⁾ въ новѣйшемъ изданіи своего руководства къ оперативной гинекологіи утверждаетъ, что онъ уже больше почти не имѣетъ неудачныхъ исходовъ.

Новѣйшими статистическими данными *Gareiner'a*¹⁵⁾, изъ *Prag'ской* клиники, и *Westermarck'a*¹⁶⁾ — относительно результатовъ большинства шведскихъ хирурговъ, —

къ сожалѣнію, я не могу здѣсь воспользоваться; хотя ббольшая часть матеріала оперирована по методамъ стуженія влагалища и особенно по методу Simon-Negar'a, но въ этихъ данныхъ случаи выпаденія влагалища и выпаденія матки не разграничены.

Итакъ, почти всѣ гинекологи, производившіе, съ цблью устранения выпаденій, операціи только надъ влагалищемъ, съ ампутаціей шейки или безъ такового, получали весьма неудовлетворительные результаты; и только одна Freiburg'-ская клиника говоритъ о блестящихъ исходахъ. Что касается Munchmeyer'овскихъ цифровыхъ данныхъ, то они не даютъ намъ ясной картины результатовъ, получаемыхъ Leopold'омъ при лбченіи выпаденій. Наибольше трудные случаи выпаденій, которые именно и даютъ возможность правильно судить о пригодности того или иного способа, были, какъ это можно видѣть изъ сообщенія Wolff'a¹⁹⁾, оперированы по другимъ методамъ. Поэтому и относительно благоприятный результатъ, — — лишь 17,5% рецидивовъ, — слбдуетъ отнести главнымъ образомъ насчетъ выпаденій влагалища съ незначительнымъ опущеніемъ матки или безъ такового.

Такимъ образомъ, результаты Negar'a рбзко отличаются отъ результатовъ, получаемыхъ всбми другими операторами. Позднбше я еще буду имѣть случай возвратиться къ этому противорбчію; теперь же позволю себб отмбтить слбдующее. Negar применяетъ свою операцію къ каждому, даже и незначительному опущенію стбнокъ влагалища, по возможности, тотчасъ по наступленіи болбзненного явленія; такимъ образомъ, большинство опубликованныхъ Dorff'омъ и Sonntag'омъ случаевъ представляетъ начальныя стадіи выпаденія лишь съ незначительнымъ перембщеніемъ матки. А если, напр., исключить изъ статистики Sonntag'a случаи дбйствительнаго выпаденія матки, то окажется, что и самъ Negar получаетъ для нихъ лишь 80% излбченій. Далбже, слбдуетъ обратить вниманіе на

то, что и Негар своими результатами, повидимому, не такъ ужъ доволенъ, какъ онъ въ этомъ хотѣлъ бы насъ увѣрить: изъ диссертациі Браутлехта²⁰⁾ видно, что за последнее время Негар примѣнялъ и другіе методы, и именно методы фиксаціи матки.

Вполнѣ понятно, что такіе результаты не могли удовлетворить гинекологовъ. Тѣ изъ нихъ, которые и по настоящее время держатся той точки зрѣнія, что суженіе влагалища съ ампутаціей влагалищной части матки или безъ нея представляетъ единственно примѣнимую въ подобныхъ случаяхъ операцію, пытались достигнуть цѣли, т. е. лучшихъ результатовъ, при помощи всевозможнѣйшихъ модификацій способа. То шовъ, то фигура освѣженія, то передняя или задняя стѣнка влагалища или *septum recto-vaginale* служили предметомъ особаго вниманія. Lawson Tait²¹⁾ изобрѣлъ свой лоскутный методъ, и этотъ методъ, введенный Säger²²⁾ въ Германію и тотчасъ-же модифицированный, получилъ довольно широкое распространеніе. Lawson Tait въ своей операціи обращаетъ главное вниманіе на образованіе крѣпкой промежности, не касаясь въ остальномъ тазоваго дна и не резецируя излишней слизистой оболочки; Säger²²⁾ и Fritsch²³⁾ расширили операцію, распространяя освѣженіе по образованіи лоскута далеко въ полость влагалища и резецируя излишекъ слизистой оболочки. Frank²⁴⁾ не резецируетъ влагалищнаго лоскута, а образуетъ изъ него крѣпкую *columna*, соединяя его поперечно. Gelbke²⁵⁾ старается получить сильный перегибъ влагалища впереди посредствомъ особаго направленія разрыва и шва. Губаревъ²⁶⁾, справедливо оцѣнивая важность мышцы поднимающей задній проходъ для запирающаго влагалище аппарата, обращаетъ вниманіе на точное соединеніе ея; Säger²⁷⁾ въ 1897 году уже во 2-ой разъ энергично выступаетъ на защиту своего метода, — возможно высокаго расщепленія влагалищнаго лоскута. Въ томъ же сообщеніи въ *Centralblatt für Gynäkologie* Säger хвалитъ аккуратное исправленіе *cystocele*, при которомъ онъ, удерживая

живая Simon'овскую фигуру освѣженія, пришиваетъ пузырь глубокими захватывающими мышечный слой швами, чѣмъ надѣется вызвать запусѣваніе cystocele. Fehling²⁸⁾ еще за много лѣтъ передъ тѣмъ надѣялся предупредить рецидивъ, сохраняя columna и производя двойное освѣженіе по обѣимъ сторонамъ ея. Въ последнее время Marsi²⁹⁾ и Theilhaber³⁰⁾ перенесли центръ тяжести операціи выпаденія на Colporrhaphia anterior. Marsi, подобно тому какъ это дѣлаетъ Frank съ columna posterior, старается увеличить передній влагалищный валикъ посредствомъ сшиванія влагалищной стѣнки, а Theilhaber — тѣмъ, что распространяетъ фигуру освѣженія боковыхъ стѣнокъ влагалища до паравагинальной ткани. Lawson Tait³¹⁾ модифицируетъ уже ранѣе предложенный Tuffier³²⁾ и Dumoret³²⁾ способъ прикрѣпленія пузыря къ брюшному покрову передней брюшной стѣнки, — онъ прикрѣпляетъ брюшинный лоскутъ, остающійся въ связи съ symphysis pubis и заключающій въ себѣ urachus и lg. vesicalia lateralia, къ задней стѣнкѣ пузыря. Наконецъ, Amand Routh³³⁾ предлагаетъ отодвинуть пузырь отъ удлиненной шейки матки вверхъ и тамъ укрѣпить швами.

Возвращались и къ старымъ методамъ удержанія выпадающаго органа посредствомъ суженія влагалища. Такъ, Zweifel³⁴⁾, Martin³⁵⁾ и другіе операторы пробовали Colporrhaphia mediana по Neugebauer-Le Fort'y, съ различными результатами. Ott³⁶⁾, напр., пишетъ въ 1891 году, что онъ получилъ очень плохіе результаты. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Freund junior³⁷⁾ предложилъ свою операцію циркулярнаго суженія влагалища, которая, собственно, не представляетъ новаго способа, а лишь освѣжаетъ въ памяти, по справедливому выраженію Schramm'a³⁹⁾, старую Bellini'евскую³⁸⁾ Colpodermorrhaphi'ю. Какъ и у старыхъ авторовъ, методъ этотъ далъ плохіе результаты въ рукахъ Gaertig'a⁴⁰⁾ Flatau, Mathaei и Staudе⁴¹⁾, такъ что онъ и снова будетъ по достоинству преданъ забвенію. Губаревъ⁴²⁾ опубликовалъ въ 1896 году подобный

же способъ, по которому на передней и задней стѣнкѣ влагалища образуется два валика, долженствующіе оттянуть матку вверхъ. Абражановъ⁴³⁾ пробовалъ подобнымъ же образомъ задержать выпадающую матку посредствомъ суженія верхней части влагалища, но для этой цѣли онъ освѣжаль на передней и задней стѣнкѣ, равно какъ и на боковыхъ поверхностяхъ влагалища, по четырехугольнику, которые затѣмъ онъ зашивалъ и т. обр. суживалъ влагалище. Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть, что въ самое послѣднее время французъ Pollet⁴⁴⁾ пробуетъ задерживать выпаденіе помощью сильнаго круговаго суженія влагалища въ формѣ рубцового кольца, образуемаго изъ переднихъ пучковъ *musculi levatoris ani*, который онъ называетъ *levator ani et vaginae*, разумѣя подъ этимъ именемъ, повидимому, *sphincter vaginae Luschka*. P. Müller⁴⁵⁾ пользуется самой маткой для закрытія влагалищнаго отверстія, причемъ онъ резецируетъ слизистую оболочку влагалища на обширномъ пространствѣ, погружаетъ ретрофлексированную матку въ образованный дефектъ и закрываетъ остающееся воронкообразное углубленіе глубокими и поверхностными швами.

Отсюда, при полной бесполезности перечисленныхъ методовъ, недалеко уже было до полной экстирпаціи матки съ обширной резекціей влагалища. Послѣ того какъ Kaltenbach⁴⁶⁾ въ 1880 г. произвелъ полную экстирпацію изъ-за выпаденія, Fritsch⁴⁷⁾ и Martin⁴⁸⁾ вступили на этотъ путь. Quérin⁴⁹⁾ пошелъ еще дальше и соединилъ швами *lig. lata* съ влагалищемъ. Наконецъ Gottschalk⁵⁰⁾ произвелъ свою въ высшей степени сложную операцію, чтобы застраховать себя отъ рецидива. Въдь, даже и полная экстирпація даетъ неудовлетворительные результаты въ 26⁰/₀; къ этому присоединяется еще значительная смертность (8,8⁰/₀ Rauhut;⁵²⁾ 6,9⁰/₀ Schlatter⁵³⁾).

Итакъ, мы видимъ, что всѣ направленія противъ выпаденія матки операціи, стремящіеся достигнуть цѣли путемъ суженія влагалища или половой щели, даютъ со-

всѣмъ не идеальныя результаты, и что даже удаленіе выпадающаго органа влечетъ за собою едва-ли лучшія послѣдствія, причемъ и опасность *quo ad vitam* чрезвычайно усиливается.

Стоитъ вспомнить, что всѣ названныя методы совершенно оставляютъ безъ вниманія самую матку, и тогда не удивительно будетъ, что они даютъ плохіе результаты. Уже Kleinwächter⁵⁴⁾ совершенно справедливо замѣчаетъ, что матка, находящаяся въ ненормальномъ положеніи выше суженнаго мѣста, дѣйствуетъ на послѣднее какъ клинъ, стремясь его расширить. Дѣйствующей силой при этомъ является внутрибрюшное давленіе, и это послѣднее у рабочаго класса, къ каковому и принадлежитъ большинство женщинъ, страдающихъ выпаденіемъ половыхъ органовъ, слишкомъ часто и весьма значительно повышается. Говоря о неправильномъ, патологическомъ положеніи матки, я разумѣю *retroversi*ю, при которой матка дѣйствуетъ какъ клинъ, тогда какъ при физиологической *anteflexio-versi*и брюшное давленіе дѣйствуетъ на заднюю поверхность матки, вслѣдствіе чего тупой уголъ, образуемый между маткой и влагалищемъ, уменьшается, и это явленіе скорѣе предохраняетъ отъ выпаденія, чѣмъ способствуетъ ему. Правда, при извѣстныхъ условіяхъ матка даже и въ положеніи *anteflexi*и можетъ выпадать, — это фактъ извѣстный, и къ нему мы еще возвратимся позднѣе.

На сколько я могу судить по доступной мнѣ литературѣ, перемѣщеніе матки кзади повсюду разсматривается какъ благопріятный для выпаденія моментъ. Возрѣніе Seyfert'a и Aveling'a⁵⁵⁾, что искусственная *retroflexio-versi*я можетъ пѣлѣчить выпаденіе, конечно, слѣдуетъ считать опровергнутымъ. Но мысль, что выпаденіе почти безъ исключеній является лишь послѣдующей стадіей такого ненормальнаго положенія, какъ это доказалъ Schultze⁵⁶⁾, далеко еще не сдѣлалась общимъ достояніемъ гинекологовъ. Напротивъ, какъ это можно видѣть изъ нашихъ гинеколо-

гическихъ руководствъ, первичному выпаденію матки отводится лишь второстепенное мѣсто, и громадное большинство случаевъ выпаденія сводится къ стягиванію матки внизъ первично выпавшей передней стѣнкой влагалища, или же, какъ недавно заявили Winter⁵⁷⁾, Theilhaber⁵⁸⁾ и Arx⁵⁹⁾, первично образовавшимся cystocele.

Взглядъ, что разбираемое болѣзненное явленіе происходитъ въ слѣдствіе стягиванія матки внизъ передней стѣнкой влагалища, основывается главнымъ образомъ на томъ фактѣ, что въ значительно болѣе части случаевъ выпаденіе матки наступаетъ послѣ родовъ, причемъ прежде всего обнаруживается передняя стѣнка влагалища. По мнѣнію Fritsch'a⁶⁰⁾, — а оно лишь въ несущественныхъ подробностяхъ отличается отъ взгляда Kaltenbach'a⁶¹⁾, Hegar'a⁶¹⁾, Veit'a⁶²⁾, Славянского⁶³⁾, — выпаденіе развивается слѣдующимъ образомъ. Во время родового акта передняя стѣнка влагалища и portio vaginalis uteri оттягиваются впередъ, и въ слѣдствіе этого влагалище укорачивается. Всѣ связи передней стѣнки съ соседними тканями разрыхляются. Въ слѣдствіе сильнаго растяженія во время родовъ levator ani расслабляется или даже дѣло доходитъ до разрыва промежности, въ слѣдствіе чего передняя стѣнка влагалища лишается опоры, влагалище свѣшивается свободно въ introitus vaginae. Наступаетъ застой, гиперемія и гипертрофія стѣнки, послѣдняя становится тяжелѣе, опускается все болѣе и болѣе внизъ и наконецъ тянетъ за собою матку. Подобно нижней части влагалища, можетъ, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, первично опуститься и верхняя часть. Далѣе, если инволюція матки и поддерживающей ее брюшины идетъ какъ слѣдуетъ, если влагалище снова становится ригиднымъ и крѣпкимъ, стягивается и удлиняется, то portio vaginalis uteri снова поднимается вверхъ, и передняя стѣнка влагалища становится упругой.

Этому такъ называемому вторичному выпаденію матки названные авторы противопоставляютъ первичное выпаденіе,

происходящее влѣдствіе недостаточности брюшинныхъ поддерживающихъ органъ связокъ. Относительно этого послѣдняго болѣзненнаго явленія Негар⁶⁴⁾ говоритъ, что наблюдалъ его только у нерожавшихъ. Для діагностики этого болѣзненнаго явленія характерна инверсія влагалища или образование незначительнаго Cystocele (Winter)⁶⁵⁾, безъ гипертрофіи и удлинненія шейки.

Но возвратимся къ вышеприведенному представленію о происхожденіи вторичнаго выпаденія матки. Оно производитъ такое впечатлѣніе, что Fritsch какъ будто склоненъ раздѣлять старинное воззрѣніе Leuret⁶⁶⁾, Chiari⁶⁷⁾ и Kiwisch'a⁶⁸⁾, по которому влагалище поддерживаетъ матку. Уже болѣе 50 лѣтъ тому назадъ Virchow⁶⁹⁾ совершенно отклонилъ такое воззрѣніе. Онъ ставитъ вопросъ: „На столько-ли плотно влагалище, чтобы, будучи поставлено вертикально, оно могло удержать приданное ему положеніе?“ и далѣе говоритъ: „Если влагалище само нуждается въ поддерживающихъ соединеніяхъ, то тоже самое имѣетъ мѣсто и относительно матки“. Такъ оно и есть въ дѣйствительности. Влагалище только въ самомъ нижнемъ отдѣлѣ спереди довольно крѣпко соединено съ symphysis pubis посредствомъ septum urethro-vaginale; кверху-же оно повсюду соединено съ окружающими органами лишь рыхлой соединительной тканью и только съ portio vaginalis uteri оно снова вступаетъ въ плотное соединеніе. Такимъ образомъ, именно матка и держитъ влагалище въ его нормальномъ положеніи, и за опущеніемъ матки должно слѣдовать опущеніе влагалища. Изолированныя опущенія передней или задней стѣнки влагалища принадлежатъ къ ежедневнымъ діагнозамъ гинеколога, и этому патологическому явленію почти во всѣхъ руководствахъ отведены особыя главы. Оно развивается послѣ родовъ, съ одной стороны влѣдствіе разрыхленія связи влагалища съ symphysis pubis, съ другой — влѣдствіе растяженія вульвы или разрываніи ромежности. Передняя стѣнка лишается своей поддержки, опускается въ introitus vaginae и наконецъ выпадаетъ

наружу. При выпадении образуется *cystocele*, слизистая оболочка влагалища становится отечной и может даже гипертрофироваться. Но *portio vaginalis uteri* стоит высоко сзади, матка остается в своем нормальном *anteversio-flexio*. В таком состоянии держится целые годы, не причиняя пациентке особенно больших затруднений и не вызывая выпадения матки. И только вследствие последующих причин, — напр., продолжительной болезни, а особенно часто, как это справедливо замечает Veit⁷⁰⁾, по наступлении менопаузы, — вдруг образуется полное выпадение матки. Позднее мы еще вернемся к этому. Если точнее исследовать такие случаи, то мы найдем в них, кроме нормального положения матки, обыкновенно также и совершенно неповрежденный, хорошо сокращающийся *levator ani*; здесь будут только большей или меньшей величины кожные надрывы промежности *resp.* более или менее сильное растяжение *constrictoris cunni*, без значительных надрывов *levatoris ani*. Известно, что именно при полных разрывах промежности выпадение наблюдается крайне редко. Küstner⁷¹⁾, Славянский⁷²⁾ и др. объясняют это тем, что образующийся упругий рубец дает матке достаточную опору. Однако, мне кажется, не слѣдует упускать из виду, что при известной этиологии — *ruptura perinei completa*, быстрые роды, ягодичные положения, — повреждения *levatoris ani* от продолжительного давления на него подлежащей части (что может случиться, напр., и при слишком энергичной защите промежности) не так значительны, и тонус его может остаться совершенно незатронутым, — факт этот, по моему мнению, имеет принципиальную важность.

Что при известных обстоятельствах, как это особенно подчеркивает Küstner в руководстве Veit'a, постоянно увеличивающееся *cystocele* будет тянуть матку вниз и последняя может выпасть, — это само собою понятно.

Если мы видим, что с одной стороны, не смотря на

выпадение передней стѣнки влагалища, при нормальномъ положеніи матки выпаденія послѣдней не происходитъ, съ другой, — что при prolapsus uteri матка постоянно оказывается въ положеніи ретроверси (Schültze, Küstner⁷¹), Schauta⁷³), Winter, Lehr⁷⁴), Winkel⁷⁵)), то вполне позволительно заключить, что выпаденіе матки находится въ причинной связи съ ея отклоненіемъ кзади. Schültze⁷⁸) первый установилъ эту связь, а Küstner снова указалъ на то, что отклоненіе матки кзади представляетъ первую стадію выпаденія ея. Ясное изложеніе Küstner'a въ руководствѣ Veit'a⁷⁹), подкрѣпленное позднѣе стереоскопическими изображеніями, не оставляетъ мѣста сомнѣнію въ томъ, что существуетъ, за немногими исключеніями, только одинъ путь образованія выпаденій матки, именно путь первичнаго отклоненія названнаго органа кзади. Выпаденія у нерожавшихъ происходятъ тѣмъ-же путемъ, какъ и у многородящихъ или у роженицъ. Въ однихъ случаяхъ мы получаемъ гипертрофію шейки, сильный отекъ и даже гипертрофію влагалищной стѣнки; въ другихъ случаяхъ инвертированное влагалище сохраняетъ свою нормальную консистенцію; такое различіе зависитъ отъ состоянія, въ какомъ выпаденіе матки застигаетъ влагалище. Гипертрофія шейки есть явленіе застоя, сильное увеличеніе матки есть слѣдствіе нарушенія кровообращенія. Мы наблюдаемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ и дѣйствительно вытянутую шейку, именно послѣ оперативнаго подвѣшиванія матки. Но въ такихъ случаяхъ, какъ справедливо замѣчаетъ Ott⁷⁶), вытянутая шейка бываетъ въ толщину карандаша приблизительно и не представляетъ ничего общаго съ длинной застойной шейкой, имѣющей въ толщину до нѣсколькихъ сантиметровъ. Естественнымъ является вопросъ, недавно снова поставленный Theilhaber'омъ⁷⁷): почему, при поразительной частотѣ отклоненій матки кзади, выпаденіе наблюдается сравнительно рѣдко? По статистическимъ даннымъ клиники Schröder'a Theilhaber вычисляетъ, что на 10

случаевъ *retroflexio-versi* приходится одно выпаденіе. Не говоря уже о томъ, что известная часть случаевъ отклоненія матки кзади изымается прежде чѣмъ дѣло дойдетъ до выпаденія, слѣдуетъ замѣтить, что этиологія этихъ двухъ болѣзненныхъ явленій не вполне совпадаетъ. Изъ пяти приведенныхъ Schultze⁷⁸⁾ этиологическихъ моментовъ для развитія ретрофлексіи только одинъ имѣетъ значеніе для выпаденія, — расслабленіе поддерживающаго матку аппарата, и при томъ не одно только это явленіе, а по большей части при одновременномъ существованіи недостаточности тазоваго дна. Ни разрывъ промежности, ни выворотъ преддверія или влагалищнаго входа, ни расслабленіе вульвы (Kehrer)⁷⁹⁾, ни малое наклоненіе таза (Zweifel)⁸⁰⁾ не обуславливаютъ выпаденія матки при недостаточности поддерживающаго аппарата и при отклоненіи матки кзади, хотя совместное дѣйствіе этихъ условій и каждое изъ нихъ въ отдельности и могутъ имѣть вліяніе на развитіе разбираемаго болѣзненнаго явленія. Рѣшающее значеніе имѣетъ цѣлость и тонусъ *levatoris ani*.

Приведемъ вкратцѣ современное состояніе вопроса о томъ, что удерживаетъ матку въ ея нормальномъ положеніи. Fehling⁸¹⁾, до сихъ поръ считающій главной поддержкой матки верхнюю и среднюю трети влагалища, смѣниваетъ причину со слѣдствіемъ и возвращается къ точкѣ зрѣнія Duncan'a⁸²⁾. Вопросъ о вліяніи брюшины resp. широкихъ связокъ на положеніе матки можно считать рѣшеннымъ. Rouget⁸³⁾, Richet⁸⁴⁾, Luschka⁸⁵⁾ доказали въ широкихъ связкахъ присутствіе большого количества мышечныхъ волоконъ; но уже E. Martin⁸⁶⁾ отрицалъ за ними всякое вліяніе на нормальное положеніе матки. Mackenrodt⁸⁷⁾ обращаетъ вниманіе на то, что *alae vesperilionis* въ ихъ нормальномъ положеніи въ тазу горизонтально лежащей женщины направлены къ крестцу и потому скорѣе могли-бы способствовать ретроверсіи матки. Съ тѣхъ поръ какъ Rainey⁸⁸⁾ доказалъ присутствіе поперечнополосатыхъ

мышечныхъ волоконъ въ круглыхъ связкахъ, а Spiegelberg⁸⁹⁾ произвелъ свой опытъ электрическаго раздраженія круглыхъ связокъ 26 дѣтней только-что обезглавленной женщины, причемъ эти связки сокращались и оттягивали матку впередъ, — за ними всегда признавалось нѣкоторое вліяніе на положеніе матки. Но такъ какъ онѣ проходятъ дугообразно (какъ въ этомъ можно убѣдиться при каждой лапаротоміи), то само собою понятно, что онѣ не могутъ имѣть никакого вліянія на матку въ ея нормальномъ положеніи, и только тогда вступаютъ въ дѣйствіе, когда матка приподнята и отклонена къзади, произойдетъ-ли это въ дѣйствіе наполненія пузыря или какихъ-нибудь иныхъ причинъ. Уже E. Martin полагать, что связки эти могутъ вліять главнымъ образомъ на беременную матку, не отрицая, впрочемъ, совершенно ихъ значенія и для матки нормальной. Lehrs, Mackenrodt, Грамматикати⁹⁰⁾ не признаютъ за ними никакой роли въ нормальной антефлексіи матки и полагаютъ, что онѣ могутъ дѣйствовать только во время беременности и родовъ (Грамматикати⁹⁰⁾. Lig. sacro-uterina или Douglas'овы складки, впервые старательно описанныя Boivin'омъ⁹¹⁾ и затѣмъ названныя Muschko'ю именемъ musculi retractores uteri, всегда играли нѣкоторую роль въ статикѣ матки. Уже Malgaigne⁹²⁾ и Henry Savage⁹³⁾ указали, что эти связки удерживаютъ матку на должной высотѣ, такъ какъ при опытахъ стягиванія матки внизъ онѣ сначала напрягаются и затѣмъ даже разрываются. Правда, Ziegenspeck⁹⁴⁾ изъ своихъ опытовъ, произведенныхъ имъ по предложенію Schultze, выводитъ, что мускульный аппаратъ этихъ связокъ совсѣмъ не имѣетъ значенія и что матка удерживается заложенными въ этихъ связкахъ сосудами и нервами; но его опыты не убѣдительны, такъ какъ они были произведены на трунахъ, слѣдовательно при отсутствіи мышечнаго тонуса. Присутствіе мышечныхъ волоконъ въ retractores uteri доказано, и весьма вѣроятнымъ является предположеніе, что они должны играть,

по крайней мѣрѣ, нѣкоторую роль въ установкѣ матки при ежедневно повторяющихся физиологическихъ смѣщеніяхъ ея. Rosthorn⁹⁵⁾ полагаетъ, что имъ можно приписывать лишь весьма ограниченное дѣйствіе, на томъ основаніи, что они не имѣютъ опредѣленно выраженныхъ точекъ прикрѣпленія ни на крестцѣ, ни у прямой кишки. Позднѣе, при обзорѣ fascia pelvina visuralis, мы увидимъ, что такія точки имѣются.

Намъ остается еще упомянуть о lig. pubo-vesico-uterinum, которое Lehr считаетъ самой дѣйствительной частью поддерживающаго аппарата матки, такъ какъ послѣ перерѣзки всѣхъ другихъ соединеній маточное рыльце можно бываетъ извлечь изъ половой щели всего только на 2 cm. (опытъ Ziegenspeck'a). Эти связки рѣшительно не имѣютъ никакого самостоятельнаго значенія, — вѣдь ихъ, на примѣръ, при каждой colpotomia anterior приходится перерѣзать, и тѣмъ не менѣе матка не измѣняетъ своего положенія.

Совсѣмъ иначе приходится разсматривать ту часть связочнаго аппарата, которая описывается подъ именемъ lg. pubo-vesicale; она не всегда можетъ быть изолирована, составляетъ часть trigonum vesicale и чрезъ него вступаетъ въ связь съ diaphragma pelvis, къ которой мы теперь перейдемъ.

Хотя уже въ 1854 году Luschka въ своей анатоміи таза описалъ основанія широкихъ связокъ, назвавъ ихъ плотными соединительнотканными тяжами, но особенное вниманіе было обращено на нихъ лишь въ послѣднее время. Поразительно, что опыты Kocks'a⁹⁶⁾, произведенные въ 1880 г. съ цѣлью выясненія значенія этого связочнаго прибора (называемаго имъ ligamenta cardinalia) для фиксаціи матки, не обратили на себя должнаго вниманія, и только Rosthorn въ Nothnagel'евскомъ сборникѣ впервые вполне оцѣнилъ высказанную Kocks'омъ мысль, что матка поддерживается главнымъ образомъ этими связками. Связки эти, такъ называемое parametrium Virchow'a, однимъ концемъ прикрѣпляются по бокамъ таза, на другомъ переходятъ непосредственно въ ткань шейки матки. Какъ показали

ислѣдованія Freund'a⁹⁷⁾, Waldeyer'a⁹⁸⁾, Губарева⁹⁹⁾, Rosthorn'a¹⁰⁰⁾, эти соединительнотканые пучки представляютъ по бокамъ матки объемистыя образования, постепенно утолщающіяся къ периферіи; ихъ подкрѣпляетъ fascia visceralis pelvis, постепенно переходящая и теряющаяся въ нихъ. Fascia visceralis pelvis, которую Waldeyer считаетъ дифференціальной частью подбрюшинной соединительной ткани, образуетъ самый верхній листокъ тазовой диафрагмы. Это не есть заворотъ отъ fascia pelvis parietalis старыхъ авторовъ (Luschka, Henle. Waldeyer тоже удерживаетъ эту номенклатуру). Rosthorn называетъ еѣ fascia diaphragmatica superior). Это самостоятельный листокъ, который спереди прикрѣпляется къ лонному сочлененію и между послѣднимъ и пузырьмъ дифференцируется какъ lig. pubo-vesicale. По бокамъ фасція, прикрѣпляясь къ arcus tendineus, вступаетъ въ связь съ fascia diaphragmatica superior (Rosthorn), сзади она на высотѣ 4-го крестцового позвонка прикрѣпляется къ скелету. Заднія части этой фасціи, дугообразно окружающія савин Douglasii, образуютъ lig. sacro-uterina, въ которыхъ, какъ выше упомянуто, есть гладкія мышечныя волокна. Отъ своихъ периферическихъ точекъ прикрѣпленія фасція загибается на идущіе къ маткѣ сосуды и нервы и теряется въ ихъ влагалищахъ (Waldeyer). Это обстоятельство объясняетъ взглядъ Ziegenspeck¹⁰¹⁾-Winkel'я, будто матка поддерживается идущими къ ней сосудами. Ислѣдуя трупы новорожденныхъ, Mackenrodt¹⁰²⁾ нашелъ, что отъ шейки матки идутъ шнурообразные пучки волоконъ, содержащіе также и гладкую мускулатуру, частью на стѣнки таза къ arcus tendineus, частью къ пузырю, частью вдоль влагалища къ промежности. Этотъ связочный приборъ, подкрѣпляемый гладкими мышечными волокнами, онъ называетъ lig. transversale colli и считаетъ его главнымъ поддерживающимъ аппаратомъ матки. Очевидно, дѣло идетъ о только-что описанной fascia visceralis. Фасція эта, какъ то доказали Губаревъ и Снегиревъ¹⁰³⁾

своими инъекционными опытами, тѣсно связана съ fascia diaphragmatica superior не только посредством arcus tendineus и diaphragma urogenitale: кромѣ этого, обѣ фасціи соединяются еще вѣерообразными волокнистыми пучками, проникающими въ различныхъ отдѣлахъ сквозь заложенную между ними жировую прокладку; такимъ путемъ образуется одно прочное цѣлое. Связь fascia diaphragmatica съ fascia visceralis можно прослѣдить вдоль ея прикрѣпленія къ крестцовой кости. Какъ я уже упомянулъ выше, fascia visceralis подкрѣпляетъ lig. cardinale, причемъ волокна фасціи, оставили свое сагиттальное направленіе, поднимаются прямо вверхъ по связкѣ, переплетаясь съ ея соединительнотканными волокнами (Waldeyer¹⁰⁴), Nagel¹⁰⁵); подобнымъ-же образомъ можно прослѣдить переходъ волоконъ изъ fascia diaphragmatica superior въ основанія широкихъ связокъ. Но такъ какъ fascia diaphragmatica лежитъ непосредственно на musc. levator ani, покрывая его верхнюю поверхность, то и этотъ мускулъ (какъ доказалъ Губаревъ¹⁰⁶)) вступаетъ въ тѣсную связь съ поддерживающимъ аппаратомъ матки.

Чтобы правильно оцѣнить значеніе для замыканія женскаго тазоваго пространства мышцы поднимающей задній проходъ, необходимо обратить вниманіе на анатомическую разницу между мужскимъ и женскимъ мускуломъ. У женщины мускулъ этотъ имѣетъ форму не воронки, какъ у мужчины, а плоскаго лотка; онъ запираетъ тазовое пространство снизу вмѣстѣ съ обоими отверстіями, для прямой кишки и для влагалища (Budge¹⁰⁷), Ziegenspeck¹⁰⁸), Pincus¹⁰⁹). Лоткообразная форма позволяетъ ему при своемъ сокращеніи суживать отверстія, а не расширять, какъ то имѣетъ мѣсто у мужчины. Соответственно большей работѣ, выпадающей на его долю, онъ и развитъ, какъ доказалъ Лесгафтъ¹¹⁰), на $\frac{1}{4}$ сильнѣе, нежели у мужчины. Спереди снизу levator ani подкрѣпляется мускулатурой промежности; съ боковъ онъ покоится на значительно развитомъ жировомъ слое, выполняющемъ cavum subcutaneum pelvis.

Какъ видно изъ приведенныхъ анатомическихъ отношеній, матка своею шейкой втиснута въ крѣпкую соединительнотканную связку, дѣлящую малый тазъ пополамъ, и способствуетъ закрытію брюшинной полости снизу (на что указалъ Mackenrodt¹¹³). Поэтому, мнѣніе, что въ замыкающемъ тазъ аппаратѣ остается отверстіе для прохожденія матки, равно какъ и сравненіе процесса съ образованіемъ грыжи, не вѣрны. При увеличеніи внутрибрюшного давленія нормально лежащая матка еще больше сгибается впередъ, вслѣдствіе чего *portio vaginalis uteri* отступаетъ къзади, а переднія связки, напрягаясь, оказываютъ болѣе значительное сопротивленіе внутрибрюшному давленію. Такимъ образомъ, при нормальномъ положеніи матки, иначе говоря, при ненарушенной функціи широкихъ маточныхъ связокъ и *fascia visceralis*, часть внутрибрюшного давленія поглощается этими образованиями, и на долю *levatoris ani* выпадаетъ лишь остающаяся часть сопротивленія. Чѣмъ собственно обуславливается антефлексія матки, — при современныхъ анатомическихъ данныхъ рѣшить невозможно. Вызывается-ли это положеніе разницей высоты точекъ прикрѣпленія связокъ у шейки матки, или оно является слѣдствіемъ эмбриональных условій, въ томъ смыслѣ, какъ это понимаютъ Arx,¹¹⁴) Nagel,¹¹²) Mackenrodt,¹¹³) — кажется мнѣ вопросомъ открытымъ. По моему, позволительно думать, что нормальное положеніе матки обуславливается различной степенью напряженія переднихъ и заднихъ отдѣловъ *lig. cardinalia*. Насколько можно судить по опытамъ Губарева и Снегирева¹¹⁵) (инъекціи), связку эту именно можно раздѣлить на двѣ части: переднюю и заднюю. Въ такомъ случаѣ матку можно бы разсматривать втиснутой наподобіе палки между двумя сухожиліями, и смотря потому, которое изъ нихъ будетъ прикрѣплено выше на шейкѣ, матка приметъ положеніе антеверсии или ретроверсии; и наклоненіе органа можно бы считать лишь слѣдствіемъ внутрибрюшного давленія; а за такой взглядъ говоритъ всѣмъ извѣстное обстоятельство, что матка послѣ оперативнаго

удаленія ея изъ полости таза всегда является выпрямленною.

Оставляя въ сторонѣ измѣненія положенія матки, вызываемыя различными воспалительными процессами, слѣдуетъ сказать, что поврежденія верхняго связочнаго аппарата, обуславливающія его расслабленіе, должны вызвать отклоненіе матки кзади. Разъ наступило расслабленіе *fasciae visceralis* и *lg. cardinalia*, слѣдствіемъ его явится, что все внутрибрюшное давленіе будетъ дѣйствовать на *levator ani* и органы служащіе ему опорой. Если онъ самъ и покрывающая его фасція, равно какъ и служащія ему опорой промежность и боковая жировая клѣтчатка не повреждены, то, хотя къ нему теперь и будутъ предъявлены гораздо большія, чѣмъ въ нормѣ, требованія, и хотя внутрибрюшное давленіе будетъ дѣйствовать на матку, расположившуюся по оси таза, на подобіе клина, онъ всетаки будетъ въ состояніи удерживать органы на соответствующихъ имъ мѣстахъ. Но если его тонусъ пониженъ, если его фасція (Губаревъ ¹¹⁵) или самъ онъ разорваны, если служащая ему опорой жировая клѣтчатка исчезла (Lehr), то онъ долженъ будетъ уступить, и изъ нормальнаго для ретрофлексіи опущенія матки дѣло дойдетъ до выпаденія. Что при совершенномъ исчезаніи жировой подкладки матка можетъ выпасть также и въ положеніи антефлексіи, — это не только теоретически мыслимо, но и дѣйствительно происходитъ: явленіе это наблюдалось, и не особенно рѣдко, при атрофіи матки, напр. по наступленіи менопаузы. Возможно, повидимому, выпаденіе въ положеніи антефлексіи и до климактерія, особенно при незначительномъ наклоненіи таза и патологической фиксаціи матки. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ съ Негар'овскою гипертрофіей влагалищной части матка при выпаденіи рыльца можетъ оставаться въ нормальномъ положеніи.

Такъ какъ роды соединяютъ въ себѣ всѣ условія, способствующія образованію выпаденія, — расслабленіе

верхней части связочного аппарата, разрывы, растяжение покрывающей levator ani фасции, разрывы и растяжение самой названной мышцы, — то естественно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ выпаденіе развивается вслѣдъ за родами. Но и другія вредныя причины, какъ напр. слишкомъ частый coitus puellarum publicarum (Schauta¹¹⁶), мастурбація и проч., ведутъ въ концѣ концовъ къ настолько значительнымъ разстройствамъ связочного аппарата, что дѣло доходитъ до выпаденія. Нельзя также отрицать и вреднаго вліянія на мускулатуру тазоваго дна тяжелыхъ истощающихъ болѣзней, идущихъ рука объ руку съ истощеніемъ тазовой жировой клетчатки. Въ этомъ отношеніи Lehr особенно настойчиво говоритъ о значеніи тазоваго жира, служащаго для мышцы поднимающей задній проходъ опорой противъ внутрибрюшнаго давленія. И дѣйствительно, у молодыхъ женщинъ мы видимъ образованіе выпаденія вслѣдъ за родами лишь въ томъ случаѣ, если женщина была сильно истощена, или если она имѣла продолжительный лихорадочный послѣродовой періодъ; обыкновенно же послѣ 1-хъ до 7-хъ родовъ развивается лишь ретрофлексія, изъ которой уже въ позднѣйшіе годы образуется выпаденіе. Для выясненія роли состоянія питанія въ развитіи выпаденія весьма поучителенъ случай Proschownik'a¹¹⁷), въ которомъ чахоточная пациентка избавилась отъ выпаденія вслѣдствіе лѣченія усиленнымъ питаніемъ (Mastkur).

Если въ общемъ этиологическіе моменты образованія выпаденія у нерожавшихъ и многорожавшихъ одни и тѣже, то и механика выпаденія (возьмемъ и этотъ факторъ, какъ аргументъ въ пользу Schultze-Küstner'овскаго воззрѣнія) будетъ одинакова, а потому и для терапіи должно исчезнуть различіе между первичнымъ и вторичнымъ выпаденіемъ.

Возвращаясь теперь къ Hegar'овской операціи выпаденія и принимая во вниманіе отношеніе levatoris ani и его

фасціи къ *ligamentum cardinale*, мы поймемъ, почему Негар, не смотря на то, что онъ совершенно оставляетъ безъ вниманія матку, всетаки получалъ 80% излѣченія въ случаяхъ истиннаго выпаденія матки. Sanger хвалитъ въ его методѣ то, что онъ производитъ *colporrhineorrhaphi*ю на 9—10 cm. вверхъ по влагалищу, чѣмъ снова соединяетъ фасцію съ *levator ani* и такимъ образомъ создаетъ приблизительно тѣ-же отношенія, что и при нормальной *retroflexio-versi*и. Освѣженіе, простирающееся вверхъ до задняго влагалищнаго свода, можетъ при извѣстныхъ условіяхъ фиксировать *portio vaginalis uteri* сзади и придать маткѣ нормальное положеніе. Обыкновенно же мы получаемъ борьбу между давящей внизъ на подобіе клина маткой и сопротивляющейся этому давленію мышцей поднимающей задній проходъ. А такъ какъ большинство пацієнтокъ принадлежитъ къ рабочему классу, то у нихъ часто въ этой борьбѣ одерживаетъ верхъ матка съ внутрибрюшнымъ давленіемъ, и образуется рецидивъ.

Если мы сопоставимъ терапевтическіе приемы суживающихъ влагалище операцій съ приведенными анатомическими и этиологическими данными выпаденія матки, то насъ не удивятъ неудачныя послѣдствія этихъ операцій, не смотря на превосходные, какъ я желалъ бы ихъ назвать, непосредственные результаты.

Операція, имѣющая цѣлью получить прочный результатъ, должна, какъ и во всѣхъ другихъ отдѣлахъ хирургіи, считаться съ анатоміей и этиологіей устраняемаго болѣзненнаго состоянія, въ данномъ случаѣ выпаденія матки. А чтобы имѣть возможность правильно судить о результатахъ нашихъ операцій, мы прежде всего не должны смѣшивать выпаденія матки съ выпаденіемъ влагалища. *Retroversio-flexio* съ опущеніемъ матки и выпаденіемъ влагалищныхъ стѣнокъ принципиально слѣдуетъ лѣчить точно такъ-же, какъ и частичное или полное выпаденіе матки; однако, въ этой стадіи болѣзни оказываются еще достаточными обык-

новенные приемы, направленные против отклонений матки (пессарий, оперативное прикрѣпление матки, перинеопластика), и поэтому мы отдѣляемъ такіе случаи отъ тѣхъ, гдѣ необходима специальная операція, и которые, слѣдовательно, даютъ намъ возможность судить о ея достоинствахъ. Изолированныя выпаденія влагалища, при которыхъ матка остается въ нормальномъ положеніи, не имѣютъ ничего общаго съ выпаденіемъ матки. Подъ выпаденіемъ матки мы понимаемъ состояніе, въ которомъ расслабленіе подвѣшивающаго аппарата матки и тазоваго дна настолько значительны, что по меньшей мѣрѣ *portio vaginalis uteri* появляется въ половой щели. Поэтому при оцѣнкѣ достоинствъ того или иного оперативнаго приема, направленнаго противъ выпаденія матки, мы должны принимать въ расчетъ только эти случаи.

На основаніи вышеприведенныхъ анатомическихъ данныхъ, мы должны при выпаденіи матки удовлетворить слѣдующимъ показаніямъ.

1. Возстановленіе поддерживающаго матку въ нормальномъ положеніи связочнаго аппарата, *resp.*

2. Фиксація матки въ нормальной *anteversio-flexio*.

3. Возстановленіе тонуса и функціональной способности тазоваго дна, главнымъ образомъ *levatoris ani* и покрывающей его фасціи, равно какъ и служащей ему опорой промежности.

И пропускаю ортопедическіе приемы, равно какъ и терапію посредствомъ пессаріевъ, однихъ или въ комбинаціи съ хирургическимъ вмѣшательствомъ, хотя въ послѣднее время Ratschinsky¹¹⁸⁾ снова выступилъ на ихъ защиту, и хотя при извѣстныхъ обстоятельствахъ, въ связи съ діететическими предписаніями и при особенно благоприятныхъ соціальныхъ условіяхъ отъ нихъ и можно бы ожидать кое-какихъ результатовъ.

Ограничиваясь хирургической терапіей, я буду обращать вниманіе лишь на операціи удовлетворяющія вышеприведеннымъ показаніямъ.

Первому показанію стремятся удовлетворить двѣ операціи: операція Kocks'a¹¹⁹⁾, практикуемая имъ съ 1897 г., и операція введенная въ Швеціи Westermарk'омъ¹²⁰⁾.

Второму показанію удовлетворяютъ все способы фиксаціи, употребляемые при retroflexio-versi'i. Обходя болѣе старыя операціи Frommel'я¹²¹⁾, Freund'a¹²²⁾, Schücking'a¹²³⁾ и др., мы должны рассмотреть слѣдующія три:

1. Vaginaefixatio, къ которой принадлежитъ также и vesicofixatio.

2. Операцію Alexander-Adams'a съ внутрибрюшинной модификаціей Wertheim-Bode.

3. Ventrifixatio.

Наконецъ, третьему показанію отвѣчаютъ все способы colporrhineorrhaphi'i, принимающіе во вниманіе levator ani, причемъ будетъ уже дѣломъ второстепенной важности, произведемъ-ли мы освѣженіе по способу Hegar'a или Freund'a; модификаціи, предложенныя Fritsch'емъ, Sängер'омъ, Губаревымъ имѣютъ значеніе лишь техническихъ улучшеній.

Что касается перваго показанія, то при выполненіи его мы встрѣчаемся съ наибольшими затрудненіями. Если бы мы могли, укоротивъ lig. cardinalia и различные пучки fasciae visceralis, возстановить функціональную способность верхняго листка діафрагмы, то задачу при операціи вынашенія матки можно бы считать рѣшенной; оставалось бы только вернуть тканямъ ихъ нормальную эластичность.

Къ сожалѣнію, относительно операціи Kocks'a, имѣющей цѣлью укороченіе ligam. cardinalia пришиваніемъ ихъ впереди матки, мы имѣемъ только сообщенія самого автора, такъ что объ этой операціи я могъ-бы судить лишь теоретически.

Способъ Westermарk'a¹²⁰⁾ *), вытекающій изъ правильныхъ положеній, даетъ повидимому, хорошія послѣд-

*) Westermарk, по отдѣленіи пузыря, ампутируетъ шейку, проводитъ по обѣимъ сторонамъ ея во влагалищѣ параллельные разрѣзы, изстѣкаетъ слизистую оболочку и разрываетъ пальцемъ возможно дальше боковую параметральную кѣтчатку, послѣ чего оба разрѣза зашиваются.

ствія, какъ о томъ свидѣтельствуютъ результаты самого автора и другихъ операторовъ. Къ сожалѣнію, операція очень трудна и небезопасна вслѣдствіе возможности побочных поврежденій; кромѣ того, она, повидимому, не вполне гарантируетъ правильное положеніе матки, такъ какъ мы не можемъ разсчитать степень сокращенія тканей, вызываемаго воспаленіемъ ихъ; къ тому же, неизвѣстно, какъ долго можетъ противостоять внутрибрюшному давленію неэластическій рубецъ.

Такъ какъ въ настоящее время мы не знаемъ ни одного способа выполнѣ удовлетворяющаго первому показанію, да и едва-ли скоро найдемъ его, то приходится довольствоваться тѣмъ, что мы фиксируемъ матку въ ея нормальномъ положеніи, исправляя ретрофлексію, столь важную въ этиологій выпаденія. Но фиксация матки даетъ намъ возможность прійти на помощь верхнему связочному аппарату діафрагмы, тѣсно соединенному съ маткой, такъ какъ при этомъ расслабленію названнаго аппарата противопоставляется искусственная поддерживающая связь. При помощи *vaginal fixation* и достигается только *anteflexio-versio* органа; способъ *Alexander-Adams'a* и *Ventrifixatio* укрѣпляютъ матку и связанные съ нею органы вверху, обезпечивая въ то-же время за маткой ея нормальное положеніе. Въ послѣднее время *Alexander'*овская операція особенно часто примѣнялась при выпаденіяхъ. Но она, какъ замѣчаетъ *Küstner*, не свободна отъ недостатковъ. Именно, для достиженія надежнаго результата необходимо, чтобы пациентка въ теченіе первыхъ нѣсколькихъ недѣль послѣ операціи носила пессарій, — пріемъ, не особенно удобный при *colporrhaphy*. Вторымъ неудобствомъ *Alexander'*овской операціи является ея сравнительно большая продолжительность, тѣмъ болѣе, что послѣ нея надо еще дѣлать *colporrhaphy*. Въ третьихъ, какъ показали результаты этой операціи (7% рецидивовъ при ретрофлексіи), не слѣдуетъ игнорировать и степени крѣпости круглыхъ связокъ.

Такимъ образомъ, изъ подходящихъ операций намъ остается разсмотрѣть *ventrifixati*ю.

Операциа эта была впервые произведена Koeberle¹²⁴⁾ въ 1877 г. по совершенно инымъ показаніямъ, а затѣмъ на собраніи естествоиспытателей въ Берлинѣ рекомендована Ohlshausen'омъ¹²⁵⁾ при *prolapsus uteri*. Хотя реферированный Ohlshausen'омъ случай и окончился неудачей, тѣмъ не менѣе операциа скоро сдѣлалась общимъ достояніемъ гинекологовъ, особенно съ тѣхъ поръ, какъ усовершенствованные способы стерилизаціи свели опасность при ней *quo ad vitam* почти къ нулю. При оцѣнкѣ операции, разумѣется, рѣшающее значеніе имѣла прочность фиксаціи. Послѣ того какъ достаточнымъ количествомъ случаевъ были подтверждены теоретическія соображенія относительно образованія прочной фиксаціи, Ter-Mikalianz¹²⁶⁾ доказалъ и экспериментально на кроликахъ, что возможно полное и крѣпкое сращеніе между *peritoneum parietale* и *serosa uteri*. При его опытахъ выяснилось, что обѣ серозныя поверхности неотдѣлимо спаиваются одна съ другою, причемъ для крѣпости сращенія совершенно не важно, была-ли *serosa* раздражена соскабливаніемъ или нѣтъ. И что особенно интересно и важно, --- вторичныя и третичныя лапаротоміи беременныхъ животныхъ показали, что спайки способны къ растяженію; именно, Ter-Mikalianz нашелъ, что по мѣрѣ увеличенія матки гипертрофируются и фиксирующія связки, увеличиваясь въ толщину и длину, чтобы затѣмъ послѣ родовъ вмѣстѣ съ инволюціей матки снова возвратиться къ своей нормальной величинѣ.

Ради полноты, я позволю себѣ сказать здѣсь нѣсколько словъ объ операции, которую за послѣднее время Freund (Strassburg) и вѣнскіе врачи (Wertheim) рекомендуютъ, какъ особенно пригодную при выпаденіяхъ. Операциа эта представляетъ, если можно такъ выразиться, очень глубокую *ventrifixati*ю, хотя матка здѣсь уже прикрѣпляется не къ брюшнымъ покровамъ: она сильно сгибается впередъ и фи-

ксируется на *trigonum urogenitale*. Конечно, въ этой прочной связкѣ матка найдетъ себѣ достаточную опору; однако, только будущее можетъ рѣшить, въ состояніи-ли расправляющаяся матка натянуть *lig. lata* и Дугласовы складки, и могутъ-ли онѣ уже въ расслабленномъ состояніи противостоять внутрибрюшному давленію. Опубликованные результаты хороши, но время истекшее послѣ операціи еще слишкомъ коротко.

По основаніи вышеизложеннаго мы можемъ принять, что пригодной при выпаденіи матки операціей является главнымъ образомъ *ventrifixati'a* въ комбинаціи съ *colporrhaphi'e*. Что во многихъ случаяхъ является полезной и даже необходимой также и передняя *colporrhaphia*, а въ нѣкоторыхъ весьма рѣдкихъ случаяхъ и ампутація влагалищной части матки, объ этомъ мы будемъ говорить при критическомъ обзорѣ нашего матеріала.

За періодъ, истекшій со времени доклада Ohlshausen'a относительно *ventrifixati'i* появились отдѣльные сообщенія объ этой операціи почти во всѣхъ странахъ (Германія: Müller¹²⁷), Küstner, Leopold¹²⁸), Czerny¹²⁹); Англія и Америка: Haward A. Kelly¹³⁰), John Philipps¹³¹); Франція: F. Terrier¹³²), Tuffier¹³³), Lanwers¹³⁴), Pollailon¹³⁵); Швеція: Engstroem¹³⁶); Россія: Küstner¹³⁷), Феноменовъ¹³⁸), Муратовъ¹⁴¹) и другіе) и съ 1890 г. она приобрѣла себѣ полныя права гражданства въ гинекологіи и доставила гинекологической литературѣ большой запасъ свѣдѣній, подобно операціямъ суженія влагалища и восстановленія тазового дна. Я не буду здѣсь вдаваться въ подробности относительно исторіи *ventrifixati'i*, показаній, различныхъ методовъ ея выполненія, результатовъ, смертности и проч., и буду при случаѣ разбирать соотвѣтственную литературу лишь постолько, поскольку она представляетъ интересъ для насъ. Въ диссертацияхъ и сообщеніяхъ Engelhardt'a¹³⁹), Ter-Mikalianz'a¹⁴⁰), Муратова¹⁴¹), Rauhut'a¹⁴²), Bion'a¹⁴³),

Kleinwachter'a¹⁴⁴), Engstroem'a¹³⁶) читатель найдетъ всю литературу, касающуюся вентрификсацій. Здѣсь я могу только вмѣстѣ съ Boije¹⁴⁵) констатировать, что вентрификсація одна не пользуется всеобщимъ признаніемъ, что она дала только 66% прочихъ результатовъ, что результаты ея, повидимому, хуже получаемыхъ при полной экстирпаціи матки. И не хочу останавливаться на перечисленіи различныхъ видоизмѣненій фиксаціи матки, опубликованныхъ со времени сообщеній Ohlshausen'a и Leopold'a и Czerny, равно какъ не буду разсматривать способа слѣбной фиксаціи Assaky¹⁴⁷), безъ вскрытія брюшинной полости, снова принятаго Czernin'омъ¹⁴⁶). Я хочу только констатировать, что Boije въ своемъ сообщеніи изъ клиники Engstroem'a видитъ главную причину превосходныхъ результатовъ, достигаемыхъ означенной клинкой, не въ комбинаціи *ventrifixati*и съ перинеопластикой, а въ способѣ предбрюшинной фиксаціи, который тамъ принять. Изъ 8 случаевъ, оперированныхъ интраперитонеально (такъ Boije называетъ способъ Czerny resp. Ohlshausen'a) въ 3-хъ наступилъ рецидивъ, тогда какъ изъ 24 случаевъ такъ называемой Engstroem'овской фиксаціи*) не наблюдалось ни одного рецидива. Однако, изъ упомянутыхъ 8 случаевъ рецидивъ наступилъ въ тѣхъ, гдѣ произведена была только *ventrifixati*я, одна или съ позднѣе присоединеннымъ суженіемъ влагалища; тогда какъ во всѣхъ случаяхъ Engstroem'овской фиксаціи, за исключеніемъ двухъ, дня за два до фиксаціи были слѣланы *perineorrhaphia*, *colporrhaphia anterior*, *amputatio portiois vaginalis uteri* или *curettage*.

Какъ уже сказано, я желать бы констатировать, что даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ *ventrifixati*я съ *perineorrhaphi*ей дали хорошіе результаты, какъ это было у Engstroem'a и другихъ операторовъ, значеніе этого метода не оцѣни-

*) Engstroem фиксируетъ матку, по его собственному выраженію, предбрюшинно, т. е. прикрѣпляетъ ее къ мускулатурѣ брюшной стѣнки.

вается вполне по достоинству. Küstner¹⁴⁸⁾ одинъ со времени своихъ первыхъ опытовъ лѣченія выпаденій посредствомъ ventrifixati'i систематически практикуетъ этотъ методъ и отъ времени до времени выступаетъ на его защиту, что можно видѣть по нѣсколькимъ его собственнымъ сообщеніямъ, а также по диссертациамъ его учениковъ Engelhardt'a¹³⁹⁾ и Lion'a¹⁴⁹⁾. Диссертация Engelhardt'a обнимаетъ только 15 случаевъ изъ Деринтской клиники. Lion'у для его диссертации Küstner могъ уже предоставить 76, върше 74 случая. 2 случая изъ таблицъ Lion'a я считаю себя вправе вычеркнуть по слѣдующимъ соображеніямъ. Küstner всегда стремился опубликовать только полныя излѣченія выпаденій матки и кромѣ того, какъ это и необходимо для научной оцѣнки достоинствъ того или иного метода, онъ всегда строго отдѣляетъ случаи выпаденія влагалища, съ опущеніемъ матки или безъ такового, отъ выпаденій самой матки. А упомянутые 2 случая представляютъ только выпаденіе влагалища. Engelhardt могъ получить свѣдѣнія о послѣдствіяхъ операціи только въ 9 изъ своихъ 16 случаевъ; ни въ одномъ изъ нихъ рецидива не наступило. Къ сожалѣнію, часть этихъ случаевъ описана спустя короткое время (нѣсколько мѣсяцевъ) послѣ операціи. Lion изъ своихъ 76 случаевъ 8 изслѣдовалъ лично, и относительно 43 получить письменныя увѣдомленія, такъ что въ общемъ онъ могъ собрать свѣдѣнія относительно 67% своихъ оперированныхъ пацієнтовъ, и при этомъ констатировалъ только 2 рецидива. Къ сожалѣнію, собранный имъ матеріалъ изложенъ не въ особенно удобной для обзора формѣ, какъ показываетъ уже и вышеупомянутое неумѣстное включеніе двухъ случаевъ выпаденія влагалища. Такъ какъ онъ главнымъ образомъ ограничивается тѣмъ, что объективно констатируетъ излѣченіе и степень работоспособности пацієнтки, то его трудъ не вноситъ никакихъ новыхъ данныхъ для оцѣнки достоинствъ операціи.

Со времени выхода въ свѣтъ диссертации Lion'a по

апрѣль 1898 года въ Breslau'ской клиникѣ были оперированы еще 88 случаевъ выпаденія матки. Большинство этихъ случаевъ оперировано по принципу Küstner'a, нѣкоторая же часть — иначе, по соображеніямъ, о которыхъ будемъ подробно говорить послѣ.

Съ цѣлью получить общій обзоръ результатовъ лѣченія выпаденія матки по практикуемому въ названной клиникѣ способу, профессоръ Küstner въ январѣ 1899 года поручилъ мнѣ изслѣдовать снова весь собранный матеріалъ. Да будетъ мнѣ позволено выразить здѣсь глубокую благодарность моему высокоуважаемому учителю за помощь и руководство при выполненіи настоящей работы, равно какъ и за предоставленіе мнѣ его клиническаго матеріала.

Прежде чѣмъ перейти къ разбору полученныхъ клиникой результатовъ, я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ о самыхъ операціяхъ, такъ какъ нѣкоторая часть собранныхъ случаевъ была оперирована не по типическому методу, а другими способами.

Описывать со всѣми деталями операцію ventrifixati'i и операцію суженія влагалища я не буду, ибо какъ самыя операціи, такъ и приготовленіе къ нимъ больной и послѣдовательное лѣченіе подробно изложены въ диссертациі Engelhardt'a, а съ тѣхъ поръ не было введено въ употребленіе ничего существенно новаго. Само собою понятно, что завоеванія въ области асептики были въ частности весьма полезны и для операціи выпаденія. Уже нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ Breslau'ской клиникѣ (какъ это, вѣроятно, вѣсѣмъ извѣстно изъ другихъ сообщеній) алкоголь-сулемовая дезинфекція была съ успѣхомъ замѣнена алкоголь-лизоловой стерилизаціей рукъ и операціоннаго поля. Въ самое послѣднее время къ этому присоедиенъ былъ еще іодъ, которымъ въ послѣдній моментъ приготовления къ операціи импрегнируются брюшные покровы пациентки и руки оператора. Извѣстно, вѣроятно, также и то, что проф. Küstner съ 1896 года оперируетъ въ нитяныхъ

перчаткахъ, которыя съ одной стороны, при частой смѣнѣ, служатъ надежной защитой противъ вторженія бактерій, по-немногу отдѣляющихся съ рукъ оператора, съ другой стороны значительно облегчаютъ обращеніе со скользящими инструментами и *vice versa* защищаютъ руки отъ поврежденій при затягиваніи нитокъ и проч. Что матка сначала фиксировалась сквозными нитями *silk'a*, позднѣе погружаемыми шелковыми нитями и въ самое послѣднее время неньковыми, — это, повидимому, не имѣетъ большого значенія; но замѣна сквознаго шелковаго нити трехъ-этажнымъ при закрытіи брюшной полости, безъ сомнѣнія, повліяетъ весьма существенно противъ образованія грыжъ. Отмѣчу также, что матка и прежде и позднѣе фиксировалась по методу Leopold-Szerny, а въ новѣйшее время, въ подходящихъ для того случаяхъ, она фиксировалась шейкой, и что Breslau'sкая клиника придаетъ большое значеніе окончанію обѣихъ операцій, — *ventrifixati'i* и суженія влагалища, — въ одинъ сеансъ. Продолжительность оперированія этимъ удлинняется всего минутъ на 10—15, — время, потребное для выполненія неосложненной *ventrifixati'i*; что же касается результата операцій, то для него такая одновременность представляетъ выгоды, которыми не слѣдуетъ пренебрегать; не говорю уже о томъ, что пациентка сохраняетъ и время и деньги. Раздѣленіе обѣихъ операцій недѣльнымъ промежуткомъ времени, какъ это дѣлаетъ, напр., Engstrom, помимо необходимости вторичнаго наркоза, вводитъ пациентку въ излишніе расходы; выписка изъ клиники послѣ одной внутрибрюшной операціи или одной операціи суженія влагалища во многихъ случаяхъ дѣлаетъ эффектъ лѣченія сомнительнымъ, и возможно, что въ концѣ концовъ все-таки потребуется одновременная операція на маткѣ и влагалищѣ. Впрочемъ, при эпикритическомъ обзорѣ нашего матеріала мы увидимъ, что при нѣкоторыхъ спеціальныхъ показаніяхъ операція производилась въ два приѣма, а иногда дѣло и оканчивалось только одной *ventrifixati'ei*.

При colporrhineorrhaphi'яхъ всегда производилось обширное расщепленіе septi recto-vaginalis и считалось важнымъ зашити тазовое дно возможно дальше кверху. Въ случаяхъ со старыми рубцами промежности таковыя экстирпировались по принципу Küstner'a. Въ этомъ смыслѣ и слѣдуетъ понимать въ таблицахъ обозначеніе: colporrhineorrhaphia. Въ случаяхъ съ болѣе или менѣе значительными cystocele производилась colporrhaphia anterior по старому Simon'овскому методу, въ послѣднее время — съ пришиваніемъ пузыря по Sänger'у. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ имѣлись показанія къ удаленію влагалищной части матки, и тогда производилась ампутація влагалищной части, причемъ заднія ножки влагалищнаго сѣченія окружали влагалищную часть и встрѣчались снизу, а не впереди отъ нея.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ это видно изъ таблицъ, вмѣсто укрѣпленія тазоваго дна производилось двустороннее освѣженіе по Winkel'ю или операція Neugebauer-Le Fort'a съ цѣлью полученія опыта относительно этихъ операцій. Если къ сказанному я прибавлю, что въ послѣднее время нѣкоторое число женщинъ, страдавшихъ выпаденіемъ матки, было, ради полного излѣченія, кастрировано, а также что иногда, по опредѣленнымъ показаніямъ, производились vaginaefixatio, операція Alexander-Adams'a и даже полная экстирпація, то этимъ будутъ исчерпаны все оперативныя приемы, результаты которыхъ намъ предстоитъ разсмотрѣть.

Такъ какъ я поставилъ себѣ задачей при изслѣдованіи результатовъ произведенныхъ операцій разсматривать, кромѣ времени рецидива, гдѣ таковой имѣлъ мѣсто, и работоспособности нашихъ пациентовъ, также и причины неудачъ, гдѣ эти послѣднія оказывались, и такъ какъ я пытался составить себѣ взглядъ и относительно нѣкоторыхъ другихъ вопросовъ, какъ напр. о пользѣ cervicofixat'iи, кастраціи, о состояніи сращеній послѣ родовъ, и дѣйствительности ventrifixat'iи самой по себѣ и т. под., то я долженъ быть изслѣдовать возможно бѣльшее число случаевъ объективно.

По примѣру Abel'я⁽⁵⁰⁾, я долженъ былъ посѣтить въ некоторую часть пацієнтовъ клиники на мѣстѣ ихъ жительства, если нельзя было ихъ убѣдить пріѣхать въ Breslau. Но такъ какъ, къ сожалѣнію, я располагалъ лишь сравнительно небольшимъ количествомъ времени, то я ограничилъ свои личные посѣщенія только тѣми случаями, которые письменно извѣстили о неудовлетворительности результата. Тѣмъ не менѣе, я надѣюсь, что мои изслѣдованія не могутъ дать ложной картины относительно удачныхъ или неудачныхъ исходовъ операцій, такъ какъ пацієнтки всегда склонны представить свое состояніе скорѣе въ худшемъ, чѣмъ въ лучшемъ свѣтѣ. Уже одна возможность пользоваться инвалидной рентой, гдѣ это могло имѣть мѣсто, должна была побуждать ихъ скорѣе симулировать болѣзненное состояніе, когда его не было, чѣмъ выставять себя болѣе здоровыми, нежели они были на самомъ дѣлѣ. За исключеніемъ умершихъ пацієнтовъ, я не могъ получить никакихъ свѣдѣній еще относительно 21 случая, не смотря на любезное содѣйствіе общины. Часть ихъ были иностранки, и относительно ихъ мѣста жительства совсѣмъ ничего не извѣстно; другихъ невозможно было разыскать потому, что это были служанки, часто мѣняющія мѣста, да къ тому и носящія очень часто встрѣчающіяся имена. Такъ какъ я, къ сожалѣнію, не располагалъ временемъ въ такой мѣрѣ, какъ это было возможно для Abel'я, то въ некоторыхъ случаяхъ, чтобы получить вообще объективный результатъ изслѣдованія у пацієнтовъ, живущихъ очень далеко, я пользовался любезностью товарищей врачей, взявшихъ на себя трудъ произвести изслѣдованіе по моимъ указаніямъ; ихъ я прошу здѣсь принять мою глубокую благодарность за любезное содѣйствіе. Только первое свое изслѣдованіе я произвелъ при помощи печатной карты съ вопросами; въ дальнѣйшемъ теченіи работы я написалъ около 250 писемъ. Въ заключеніе, не могу не сожалѣть, что Lion не велъ отдѣльныхъ протоколовъ по каждому

изъ своихъ изслѣдованій: его протоколы были бы весьма желательнымъ дополненіемъ къ моей работѣ и помогли-бы заполнить нѣкоторые пробѣлы въ ней.

Какъ бы то ни было, я полагаю, что собралъ достаточно хорошій матеріалъ, такъ какъ мнѣ удалось получить свѣдѣнія относительно 84% находящихся въ живыхъ нашихъ пацієнтовъ. Относительно 63% имѣются объективныя изслѣдованія; и именно, 53% изслѣдованы мною лично, остальные 9 пацієнтовъ товарищами врачами. 37% оперированныхъ извѣстили письменно о своемъ состояніи. Какъ уже сказано, я полагался на эти письменныя извѣщенія всюду, гдѣ сообщалось о безукоризненномъ результатѣ. Къ сожалѣнію, не обошлось безъ того, что нѣкоторые случаи, несмотря на извѣщеніе о неудачномъ результатѣ, не могли быть объективно изслѣдованы. Если сравнить статистическія данныя Dorff'a, Sonntag'a, Westermarck'a, Boije съ моими, то оказывается, что названные авторы основываются почти исключительно на письменныхъ извѣщеніяхъ, и что ни одинъ изъ нихъ не приводитъ хотя бы отдаленно приближающагося къ моему % собственныхъ изслѣдованій; точно такъ-же ни одному изъ нихъ не удалось получить настолько же ясную картину относительно дѣйствительности и пригодности примѣненной операціи. Мы не знаемъ о результатѣ операціи только у 16% нашихъ пацієнтовъ; у названныхъ авторовъ не имѣется свѣдѣній относительно болѣе 40%. Далѣе, позволю себѣ обратить вниманіе на то, что въ упомянутыхъ статистикахъ приводятся и сравнительно свѣжіе случаи; мои же изслѣдованія касаются лишь пацієнтовъ оперированныхъ минимум 3/4 года назадъ. Кромѣ того слѣдуетъ отмѣтить, что мои изслѣдованія распространяются исключительно лишь на случаи выпаденія матки, при чемъ я исключилъ даже и тѣ два случая, приведенные въ таблицахъ Lion'a, гдѣ дѣло идетъ только объ опущеніи матки съ выпаденіемъ влагалища.

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію полученныхъ

результатовъ, я скажу еще нѣсколько словъ относительно приложенныхъ здѣсь таблицъ. Всѣ случаи выпаденія матки, оперированные съ ноября 1893 г. по апрѣль 1898, приведены въ таблицахъ въ хронологическомъ порядкѣ. Кромѣ номеровъ по порядку, каждый случай снабженъ журнальнымъ номеромъ и цифрой академическаго года. Въ анамнезѣ я ограничился краткими замѣтками о числѣ родовъ, лихорадочномъ послѣродовомъ періодѣ, если таковой имѣлъ мѣсто, развитіи выпаденія вслѣдъ за родоразрѣшеніемъ или позднею и т. под.; болѣе подробныя свѣдѣнія, какъ, напр., относительно времени вставанія послѣ родовъ, равно какъ и отвѣты на другіе важныя въ этиологическомъ отношеніи вопросы — относительно продолжительности менструацій, той или иной степени болѣзненности ихъ послѣ родовъ вплоть до появленія выпаденія, не вполне надежны. Діагнозъ и status praesens не обработаны съ одной общей точки зрѣнія: редакція ихъ принадлежитъ тому или другому ассистенту, въ соотвѣтственное время завѣдывавшему составленіемъ скорбныхъ листовъ. Къ рубрикамъ: операція, теченіе, время выписки — прибавить нечего, развѣ только пожалѣть, что время выписки обозначено лишь въ немногихъ случаяхъ. Двѣ послѣднія рубрики таблицъ заключаютъ въ себѣ изложеніе того, что я нашелъ при изслѣдованіи; въ первую изъ нихъ внесены, кромѣ того, и письменныя извѣщенія, полученныя отъ оперированныхъ. Въ первую рубрику подъ именемъ субъективныхъ результатовъ изслѣдованія внесены работоспособность, отсутствіе болей, характеръ менструацій, мочеиспусканіе и дефекація, далѣе всѣ сообщенія касательно родовыхъ процессовъ, если они были. Въ случаяхъ съ грыжами я старался обстоятельно выяснить, насколько настоятельныя затрудненія, причиняемая грыжей, больше или меньше прежнихъ, обусловленныхъ выпаденіемъ. Письменные отвѣты оперированныхъ также касаются всѣхъ этихъ вопросовъ. Конечно, пациѣнтки сообщали иногда о такихъ измѣненіяхъ, которыя вполне доступны объективному изслѣдова-

нію. Вторая рубрика содержитъ въ себѣ найденное мною при объективномъ изслѣдованіи. Состояніе рубца брюшныхъ покрововъ, высота и крѣпость промежности, длина рубцовъ *colpotomy* и, гдѣ таковая была произведена, состояніе влагалищной части матки, ея объемъ, длина, толщина шейки, состояніе матки и величина ея полости опредѣлены самымъ тщательнымъ образомъ посредствомъ осмотра, комбинированнаго (бимануальнаго) изслѣдованія и измѣренія. Точно также и фиксація матки у брюшной стѣнки опредѣлена съ возможной аккуратностью. Нормальное состояніе зарегистрировано всюду, гдѣ при давленіи и натуживаніи ничего не выступало изъ половой щели и передняя стѣнка влагалища не опускалась. Всякое же выступаніе слизистой оболочки влагалища наружу отъ *introitus vaginae* названо выпаденіемъ.

Предпославъ эти предварительныя замѣчанія, привожу самыя таблицы.

Таблицы.

— 111 —

№ по порядку	Журналы №	Имя, Возраст	Анамнез. Симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выписк.	Результаты исследования. Субъективно.	Объективно.
1.	410. 93/94	A. B. 48 а. н.	VI родов. Постбродовые периоды нормальны. Выпадение 1 год. Никаких страданий.	Промежность короткая, вялая. Retroflexio-versio uteri; inversio vaginae; prolapsus uteri partialis. Cav. 12 1/2 cm.	3. XI. 93. Ventrifixatio. 3 шелк. шва. Colporrhaphia Hegar.	Без лихорадки. Выписана на 22-й день.	Матка 6 1/2 cm. длины, спаяна с брюшн. ст. р. р. Рана промеж. и влагалищ. хорошо зажила.	Чувствует себя вполне хорошо.	Линейн. рубец брюшной ст. б. Промежность 5 см. Матка в положении ante-flexio-versio, спаяна с брюшной ст. б.
2.	424. 93/94	D. F. 44 а. н.	III род. Постброд. периоды нормальны. Явления выпадения со врем. I-го родоразрешения.	Inversio vaginae totalis; prolapsus uteri partialis; retroflexio-versio uteri. Cav. uteri 13 1/4 cm.	8. XI. 93. Ventrifixatio. 3 шелк. погруж. шва. Colporrhaph. anter. Colporrhaphia Hegar (только Catgut).	Без лихорад. Промеж. разорвалась. 28. XI. вторичный шов. Выписана на 24-й день.	Матка высоко, вверху; выпадения нет.	Чувствовала себя вполне хорошо посл. опер. Умерла от случайн. бо-лезни. (Письмо от мужа-пациентки.)	
3.	435. 93/94	A. O. 34 а. н.	I искусственн. роды. Лихорадоч. постбродов. период. Спусти 1 год. выпадения. Сильн. страдания.	Inversio vaginae. Ulcera decubitis ad port. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Cav. uteri 13 1/2 cm.	4. XI. 94. Ventrifixatio. 3 шелк. погруж. шва. Colporrhaphia ant. Colporrhaphia Hegar (только Catgut).	Без лихорад. Разрыв. промеж. 28. XI. вторичн. шов. Выписана на 24-й день.	Матка высоко, 6 1/2 cm. длины. На промежности незна-чительный дефект.	Вполне хоро-шая самочувствие и работо-способность (прачка). Паци. страдает ле-гочн. болезнью.	Промежн. 4 cm., вялая; кожная пром. 2 cm. Незначит. брюшная грыжа. Матка в пол. ante-flex.-versio, спаяна с бр. ст. В полов. щели видна portio.
4.	480. 93/94	P. F. 30 а. н.	II произв. род. Постброд. пер. нормальны. Выпадение посл. 2 родов, 7 лет тому назад.	Промежн. сильно укорочена. Inversio dextra. Ventrif. part. pariet. vag. ant. et post. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Elongatio cervicis. Tumor ovar. dextra.	Ovariectomy. Ventrifixatio. 3 шелк. погруж. шва. Colporrhaphia Freund.	Без лихорад. Выписана на 17-й день.	Матка при-поднята, в полож. ante-flexi. спаяна с бр. ст. Выпадения влагалищ. нет.	Хорошая само-чувствие и работо-способность, не смотря на возвра-ще выпадения.	Лин. рубец бр. ст. Пром. 3 см. Выпад. передней сильно отечной ст. влагалищ. Передняя губа при давлении видна во влагалищ. Матка в пол. ant.-versio, спаяна с бр. ст. Полость 12 cm.
5.	483. 93/94	H. R. 56 а. н.	VI род. из-внх 3 со шпидцами. Постброд. периоды норм. Выпадение 23 года.	Дефект промежн. 2-й степени. Prolapsus uteri retroflexi totalis. Cystocele.	15. XII. 93. Ventrifixatio. 2 шелк. погруж. шва. Colporrh. ant. Colporrhaphia Hegar. Шелк., catgut.	Без лихорад. Выписана на 21-й день.	Крылатая промежность. Матка в пол. ante-flexio-versio, спаяна с брюшной ст. б.		
6.	499. 93/94	P. M. 33 а. н.	II род. произв. Постброд. пер. нормальны. За посл. 2 года частые позывы к мочеиспуск. Боли. Выпаден. внутренних под. органов.	Defectus perinei II gradus. Prolapsus pariet. vagin. ant. et posterioris. Cystocele. Prolapsus uteri retroversi partialis.	30. I. 93. Ventrifixatio. 3 шелк. шва. Colporrhaphia Hegar. Op. Dr. Sch.	Без лихорад. Выписана на 22-й день.	Выписана излеченной.	Муж больной пишет: „Сим. извещаю, что жена моя вполне здо-рова“.	
7.	539. 93/94	L. N. 57 а. н.	VI род. произв. Постброд. пер. нормальны. За 3 года — менопауза, и с тех же пор выпадение.	Prolapsus partialis uteri retroflexi. Prolapsus pariet. vaginae anter.	21. I. 94. Ventrifixatio. 2 погруж. шва. silk. Colporrhaphia Hegar. Op. Dr. Sch.	Без лихорад. Выписана на 16-й день.	Выпущена излеченной.	Пациентка пишет: „Мое сост. со врем. л.б. удовле-в. Сожалею, что не могу явиться лично“.	17. II. 95. Найдена в безупречном состоянии.
8.	596. 93/94	A. Sch. 51 а. н.	V род. произв. Постброд. пер. норм. Выпад. 3 года.	Промежность слабая. Prolapsus pariet. vag. anter. Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio uteri. 3 погруж. шва. silk. Colporrhaphia anter. Colporrhaphia Hegar.	Без лихорад. Выписана на 18-й день.	Промежность широкая и кр. Матка в полож. ante-flexio-versio, спаяна с бр. ст. б. в положении ante-flexi.	Пациентка сооб-щает: „Мое состояние посл. лечения сносно. Дальнейшего лечения не было“.	
9.	612. 93/94	M. L. 50 а. н.	VI род. произв. Постброд. пер. за исключ. посл. дня, нормальны. Выпадение 6 лет (со врем. посл. дня. род.). Сильны страдания.	Defectus perinei II gradus. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri totalis. Hypertrophia portio-nis.	Ventrifixatio. 3 погруж. шва. silk. Colporrh. ant. Colporrhaphia Freund.	Без лихорад. Выписана на 18-й день.	Промежность широкая, кр. Матка вполне хорошо в полож. ante-flexio-versio, спаяна с бр. ст. б. Portio нормальной величины.	Пациентка чувствует себя вполне хорошо. Тяжелых ра-бот не может выполнять.	Брюшная грыжа с кулак величиной. Промежн. 4 1/2 cm., кр. Descensus parietis anterioris. Матка в полож. ante-flexio-versio, спаяна с бр. ст. Portio на 5 cm. выше vulva.

№ по порядку	Имя, Возраст	Анамнез, Симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты исследования
10	С. Л. 93/94 43 а. н.	Nullipara. Выпадение 3 м-ца назадъ.	Очень слабая про- межн. Prolapsus uteri partialis. In- versio pariet. vaginae anter. et posterioris. Anteflexio versio uteri. Adnex- itis duplex.	31. I. Ventrifixatio ut. Больш. старая плывеонергиче- скаго ретинейо- ритического хро- ническаго про- стита и т. п. мения и т. п. стѣнокъ влагалища).	Безъ лихор. 19. II. Colpor- rhaphia Negar спаяна съ бр. стѣнкой. Vulva хуже, чѣмъ до операции.	Матка безъ укороченно хорошо спаяна съ бр. стѣнкой. Vulva хуже, чѣмъ до операции.	Операция не особенно уда- лась; мое со- стояние гораздо лучше, чѣмъ до операции.
11	А. Н. 93/94 31 а. н.	II родовъ. Постродовые периоды оба септические. Выпадение со- врем. I родовъ Сильная стра- дания.	Defectus perinei II gradus. Prolapsus magn. pariet. vag. anter. et poster. Pro- lapsus uteri retrofl. rharphua Negar. II intention. Выписана на 28-й день.	Ventrifixatio. 3 погр. шва silk. Colporrh. ant. Colporrhineor- rhaphua Negar.	Безъ лихор. Рана про- стита зажила Выписана на 28-й день.	Выписана здоровой.	Мужъ пац. сообщ.: „Извѣ- щая Васъ, что жена моя со- вр. опер. здо- рова, поживаетъ для изстѣд. не желаетъ.“
12	S. St. 93/94 25 а. н.	II родовъ. I-ые роды со шип- цами и затѣмъ 6-недѣльн. лихорадка. Съ тѣмъ поръ опу- щение поло- выхъ органовъ. (съ годуб. яичн).	Defectus perinei II gradus. Inversio pariet. vag. ant. et post. totalis. Pro- lapsus uteri retrofl. Cav. ut. 8 cm. Tumor ovarii dexte- re (съ годуб. яичн).	Ovariectomy Ventrifixatio. Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporrhineor- rhaphua Negar.	Безъ лихор. Выписана на 24-й день.	Выписана на 24-й день.	
13	R. N. 93/94 50 а. н.	VI родъ, норм., постродовые периоды тоже. Выпадение 6 лѣтъ.	Defectus perinei totalis. Defectus recti 2 cm. Inversio pariet. vag. ant. et post. totalis. Huper- trophia pariet. vag. Prolapsus totalis uteri retroflexi. Cavum 11 cm.	Ventrifixatio. Epioroplastica по Künster'у, съ резекціей вла- галищной стѣнки.	Безъ лихор. Нагноение брюшной ст. Выписана на 31-й день.	Матка 7 ^{1/2} смт. въ длину. спаяна съ бр. стѣнкой. Про- межность высокая и упругая.	+

14.	651. 93/94	М. 46 а.п.	1 роды пять лет назад; щипцы. Посты-родов. периодъ 5 недель. Съ тѣхъ поръ полное выпад. и постоянное истечение.	Defectus perinei. Invers. pariet. vag. ant. et post. totalis. Fistula vesico-vagin. permagna. Prolapsus uteri partialis. Cavum 8 1/4 cm.	30. III. 94. Безъ liquor. Выписана раца 18-й день. 24. IV. 94. Выписана Ventrifixatio.	Матка 7 смт. въ длину.	Пад. лишеть: "Я чувствую выпадения влагалища. операци конер-стенокъ не шенно здоровой и благодарю Ваш".	Старый дефектъ промежности I степи. Полов. щель открыта. При очень мбсачи. сильномъ натужности. При вавия значительное опусканіе по-работъ незначит. опусканіе перед. стѣнки. съ бр. ст. Portio на 5 смт. выше полон. щели. Линейный рубецъ на животѣ.
15.	45. 94/95	Е. Н. 49 а.п.	IV род; посты-род. периоды нормальны. Явления выпад. со времени послѣднихъ род.	Defectus perinei II grad. Inversio pariet. vag. ant. et post. totalis. Prolapsus uteri retroflexi totalis. Cavum uteri 10 cm.	16. IV. 94. На 3-й день Ventrifixatio. ant. Colporrhaph. ut. I = 38,0. Выписана на 16-й день.	Вполнѣ хороши само-чувствіе и работоспособность. Мбсачи. сильномъ натужности. При вавия значительное опусканіе по-работъ незначит. опусканіе перед. стѣнки. съ бр. ст. Portio на 5 смт. выше полон. щели. Линейный рубецъ на животѣ.	Вполнѣ хороши само-чувствіе и работоспособность. Мбсачи. сильномъ натужности. При вавия значительное опусканіе по-работъ незначит. опусканіе перед. стѣнки. съ бр. ст. Portio на 5 смт. выше полон. щели. Линейный рубецъ на животѣ.	
16.	63. 94/95	М. Р. 32 а.п.	1 роды: щипцы; послѣ род. пер. лихорадочный; тѣхъ поръ боли въ крестцѣ и животѣ.	Defect. perinei I gr. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. et uteri retroversi partialis. Tumor adnex. dextr.	23. IV. 94. Безъ liquor. Выписана на 17-й день. Ventrifixatio. ant. Colporrhaph. ut. I = 38,0. Выписана на 16-й день.	Вполнѣ хороши само-чувствіе и работоспособность. Мбсачи. сильномъ натужности. При вавия значительное опусканіе по-работъ незначит. опусканіе перед. стѣнки. съ бр. ст. Portio на 5 смт. выше полон. щели. Линейный рубецъ на животѣ.	Вполнѣ хороши само-чувствіе и работоспособность. Мбсачи. сильномъ натужности. При вавия значительное опусканіе по-работъ незначит. опусканіе перед. стѣнки. съ бр. ст. Portio на 5 смт. выше полон. щели. Линейный рубецъ на животѣ.	
17.	67. 94/95	Р. Л. 42 а.п.	IV род. I-ые роды со щипцами. лихорадочный пост-род. пер. Съ тѣхъ поръ явления опущенья.	Prolapsus uteri partialis. Cavum uteri 10 cm.	Castratio duplex. Безъ liquor. Кръпка промежности. Выписана на 18-й день. Ventrifixatio. silk. Colporrh. ant. Colporrhaph. ut. Colporrhaph. uteri.	Вполнѣ хороши само-чувствіе и работоспособность. Мбсачи. сильномъ натужности. При вавия значительное опусканіе по-работъ незначит. опусканіе перед. стѣнки. съ бр. ст. Portio на 5 смт. выше полон. щели. Линейный рубецъ на животѣ.	Вполнѣ хороши само-чувствіе и работоспособность. Мбсачи. сильномъ натужности. При вавия значительное опусканіе по-работъ незначит. опусканіе перед. стѣнки. съ бр. ст. Portio на 5 смт. выше полон. щели. Линейный рубецъ на животѣ.	

№ по порядку	Имя, Возраст	Анамнез, Симптомы, и диагноз.	Status	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты наблюдения.
18.	72. Н. Н. 94 95 59 а. н.	II род., норм., какъ и послѣд. периоды. Со времени вторыхъ родовъ, 19 лѣтъ назадъ, явления выпадения и боли.	Prolapsus pariet. vag. et uteri totalis. 3 погр. шва silk. Colporrhineorrhaphia. Hegar.	Ventrixfixatio.	Безъ лихорадки. Выписана на 29-й день.	По болязнь не можетъ явиться для наблюдения. Состояние сносно, могу справиться домашняя работа.	Объективно.
19.	80. А. Р. 94 95 42 а. н.	I рода съ норм. малымъ послѣд. периодомъ, 19 лѣтъ назадъ. Явления выпадения и боли; съ тѣхъ поръ менсесъ очень обильны.	Inversio pariet. vag. totalis. Prolapsus uteri totalis. Tumor sinistri ovarii sinistri.	5. V. 94. Ovariectomy. Ventrixfixatio. Neugebauer-Lefort.	Безъ лихорадки. Выписана на 15-й день.		
20.	100. F. Sch. 94 95 20 а. н.	I роды норм. Съ тѣхъ поръ явления выпадения.	Defectus perinei II gradus Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolapsus partialis uteri retroflexi.	11. 5. 94. Ventrixfixatio (on ascitectomy). Colporrhineorrhaphia. Hegar (оп. ассистентъ).	Безъ лихорадки. Выписана на 25-й день.	26. VI. 96. Матка стоитъ высоко и спаяна на обширномъ пространстве. Rotio стоитъ высоко.	
21.	127. R. B. 94 95 39 а. н.	VI род., изъ нихъ 1-ые со щипцами. Съ тѣхъ поръ явления опущения.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis vaginae. Prolapsus uteri retroflexi totalis. Cav. uteri 8 1/2 cm.	Ventrixfixatio Neugebauer-Lefort.	Безъ лихорадки. Выписана на 15-й день.		
22.	138. А. Т. 94 95 38 а. н.	VI род., со вторымъ II родовъ явления выпадения. Последний послѣд. пер. лихорадочный.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. totalis. Oedema pariet. Ulcera decub. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Cav. uteri 16 1/2 cm.	Ventrixfixatio. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Вторичный выпад. на промежность. разорвавш. промежн.	Cavum uteri 10 cm. Боль. Вторичный выпад. на промежность. дение. Несмотря на то, могу выпустить все грыжи не было.	Пад. писать. Все еще есть небольшая, выпад. дение. Несмотря на то, могу выпустить все грыжи не было.
23.	144. B. G. 94 95 30 а. н.	VI род.; послѣд. род. периоды нормальны. Со врем. I род. явления выпадения. Заноръ. Частые позывы къ мочеиспуск.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. part. Prolapsus uteri retroflexi partialis. Tumor ovarii sin. Cav. uteri 12 cm.	Ovariectomy sinistra. Ventrixfixatio. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Вып. на 26-й день.	Cavum uteri 8 cm.	Извѣщаю, что я въ наст. вр. чувствую себя вполне хорошо и потому не являюсь для излѣчения. Выражаю Вамъ мою глубокую благодарность.
24.	187. А. К. 94 95 33 а. н.	Nullipara. Явления выпадения 15 лѣтъ. I годъ назадъ произведена операция въ Берлинѣ. Вскоръ рецидивъ.	Imbecies hyem. annularis necro-вреднен. Desensus pariet. vag. ant. Prolapsus part. uteri. Retroflexio versio uteri.	19. VI. 94. Ventrixfixatio.	Безлихорадочное. Вып. на 20-й день.		Сообщаю, что мнѣ постѣ операции недавно стало плохо, и что я совершенно неспособна къ работѣ.
25.	188. S. D. 94 95 27 а. н.	I роды: шипцы. Постродовой периодъ лихорадочный. Съ тѣхъ поръ выпадения. 98 г. amputatio portiones et perineoplastica.	Жесткая высокая промежность. Пузырный фистула. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. et port. uteri. Ulcera decub. in portione. Retroflexio-versio uteri.	26. VI. 94. Ventrixfixatio.	Безлихорадочное. Нагноение сращившихъ покрововъ.		Со времени операции было 2 дѣтей; чувствую себя очень хорошо и приношу сердечную благодарность.

№ по порядку	Журналы №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выписке.	Результаты исследования.	
								Субъективно.	Объективно.
26.	211. 94,95	P. W. 29 а. н.	VII род. Со времени III род. соверш. при врачебной помощи, явления выпадения.	Defectus perinei II gr. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. et port. uteri. Retroversio uteri.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Freund.	На 4-й день веч. t=38,4°. Вып. на 26-й день.		Dr. K. пишет: „Самочувствие пац. хорошо. Со врем. операции 1 аборт и 1 роды, плод мацерированн., роды протекали легко. Предъ опер. 1 аборт и 2 преждевр. родовъ“. (2-ое письмо Dr. K.)	Промежи. 4 ¹ / ₂ смт. Передняя стѣпка влаг. видна въ полов. щели. Portio на 6 ¹ / ₂ смт. выше полов. щели. Матка спаяна съ брюшн. ст. Рубецъ брюшн. ныхъ покр. линейный.
27.	213. 94,95	C. P. 28 а. н.	VI род., норм., какъ и послѣ-род. периоды. Со врем. 2-го ребенка явления выпадения и болезненные menses.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. ant. et post. oedemat. totalis. Prolapsus uteri totalis. Ulcus decub. Retroversio uteri.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Freund.	На 6-й день веч. t=39,0°. На 7-й—38,2. Вып. на 17-й день.		„Мое состояние спосно; послѣ операций дѣтей не было“.	
28.	271. 94,95	H. S. 35 а. н.	III род., 1-ые роды со щипцами; послѣ-род. периодъ лихорадочный; оба послѣдние послѣрод. пер. нормальны. Выпад. 2 года Menes крайне болезненны.	Defectus perinei II gr. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolapsus port. uteri. Retroflexio-versio uteri.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Freund.	Безлихора-дочное. Вып. на 29-й день.		„Сообщаю, что чувствую себя вполне хорошо. Желала бы явиться для из-слѣдованія, но не имѣю воз-можности“.	
29.	280. 94,95	H. K. 28 а. н.	IV род. 1-ые со щипцами; при 4-хъ — перф-рация. Выпа-дение 3 года.	Inversio totalis pariet. vag. ant. et post. Hypertrophia pariet. vag. Retroflexio-versio uteri. Prolapsus totalis uteri. Cavum uteri 11 смт.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Freund.	Безлихора-дочное. Незначит. нагноеніе брюшныхъ покрововъ. Вып. на 31-й день.		„Извѣщаю, что чувствую себя совершенно здоровой. Вы-падения нѣтъ. Было 2 родовъ, 1 преждевр. При родахъ ни-чего непо-рмального“.	
30.	285. 94,95	M. K. 66 а. н.	IV род. Роды и послѣр. пер. нормальны. Выпадение въ сколько лѣтъ.	Inversio totalis pariet. vag. ant. et post. Hypertrophia. Prolapsus uteri senilis totalis. Hypertrophia portionis.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia.	На 2-й день лихорадка T=39,2. 7-й и 8-й день — 38,0. Вып. на 25-й день.		По словамъ сестры, пац. стала очень слаба и дряхла, и потому не можетъ явиться для изслѣдо-ванія. Выпа-дения нѣтъ.	
31.	299. 94,95	E. H. 43 а. н.	VII род., изъ нихъ 2 со щип-цами; 1 разъ gemelli 5 лѣтъ назадъ. Явле-нія опущенія 8 лѣтъ. Боли внизу живота. Весьма обиль-ные menses.	Ruptura perinei inveter. II gr. Inversio totalis pariet. vag. ant., partialis pariet. vag. poster. Pro-lapsus portionis hypertroph. Cavum uteri 12 смт. Матка по оси таза.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Hegar.	Впродолж. 4-хъ дней t=38,8 — 38,0. 2 шва нагноились. Вып. на 26-й день.	Выписана здоровой.	Пац. пишетъ: „Извѣщаю, что послѣ операций чувствую себя хорошо, за что еще разъ благодарю“.	

№ по порядку	Имя, Возраст	Анамнез, Симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты исследования
32.	308. 94.95	Ж. К. 50 а. н.	XII род. После IV-хъ явлений родовъ. Portio retroflexa. Видна впереди половой щели, uteri retroflexi et pariet. vagin. На обыкн. сторахъ большіе разрывы шейки. Матка приблизительно нормальная, величина, въ среднемъ полов. жен. почти retro. versio.	Ventrifixatio. Оп. ассистентъ. NB. Оперативно эффект. vaginaefixati, кѣ сожальнѣ, ничего не занесено въ протоколъ.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Выписана здоровою.	Ехр. страдаетъ 27 лѣтъ жеду-дочными явленіями. Въ послѣднемъ со-вершено здо-рова и работо-способна. Стулъ anteversus, связанная мочеиспуск. и мочеиспуск. рубецъ бр. стѣнки линейный.
33.	319. 94.95	Н. В. 53 а. н.	VI род. После родовъ 12 лѣтъ назадъ. Съ тѣхъ поръ боли въ крестцѣ; позднѣе — выпаденіе. Матка выпрямлена по осн.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis pariet. vag. ant. et post. hyper-trophica. Cavum uteri 15 cm. Hyper-trophia portionis. Матка выпрямлена по осн.	Безлихорадочное. Вып. на 22-й день.	Какъ субъективно, и работоспособность вполне хороше. Матка въ полож. anteversio, спаена съ бр. ст. линейный рубецъ брюшн. покров.	Промежность 4 см., крѣпкая. Portio на 5 см. выше полов. щели. Матка въ полож. anteversio, спаена съ бр. ст. линейный рубецъ брюшн. покров.

34.	369. 94.95	Н. Н. 55 а. н.	IX род. Со времени первыхъ родовъ чув-ствуетъ себя дурно. Затруд-нены все воз-растные и окон-чили ощуще-ніемъ половыхъ орг. Запоръ. Затрудненное мочеиспуск.	Defectus perinei II gr. Prolapsus vaginalis. Prolapsus partialis uteri retroflexi.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Самочувствіе вполне хорошее. Не смотря на появленіе брюшн. грыжи, пад. работоспо-собна. Стулъ и мочеисп. нор-мальные (прежде же были въ versio, спаена съ высш. степені трудны).	Промежность толстая и крѣпкая 4 см. Незначит. опущеніе перед-ней ст. влг. Portio на 5 см. выше входа. Матка anteversio, спаена съ бр. ст. Cavum 13 см. Шейка длинная, тонкая. На животѣ грыжа величиной въ марку (монета).
35.	440. 94.95	С. В. 29 а. н.	III род. Со вре-мени первыхъ родовъ боли въ крестцѣ и опущеніе пол. орг. Пад. про-лежала 4 нед. въ постели. Въ наст. вр. выпаденіе и при ле-жаніи.	Prolapsus totalis uteri. Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Freund.	Матка въ норм. полож. Рана промеж-ности хорошо зажила.	Пад. чув-ствуетъ себя вполне хорошо; опущеніе и выпад. только кѣ тя-желой работѣ. Годъ назадъ норм. роды; съ влагалница корот-кихъ поръ не-значит. явленія опущенія.	Половая щель 3 см. Промеж-ности хорошо опущеніе и выпад. стѣнки влг. Не-значит. cystocèle. На задней стѣнкѣ влагалница корот-кихъ рубецъ. Матка въ положеніи anteversio, спаена съ бр. ст. Cav. uteri 11 cm. Corpus uteri 6 cm. выше полов. щели. Линейный рубецъ брюшн. ст.
36.	462. 94.95	Е. Ж. 37 а. н.	XI род. Каждый разъ долго въ постели. Рабо-таетъ съ тру-домъ. Внутр. полов. органы выпали 1-й разъ 8 лѣтъ назадъ.	Prolapsus pariet. vag. ant. totalis. Cystocèle. Prolaps. partial. uteri. Retrof. versio. Промежность цѣла.	На 10-й день 38.2°. Вып. на 17-й день.	+	

№ по порядку.	Журнал №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
37.	508. 94 95	A. Z. 43 а. п.	IV род. Выпа- деніе 2 года; сначала коль- цо, ухудшеніе. Теперь снова сильныя за- трудненія.	Prolapsus pariet. vag. post. Recto- cele. Prolapsus partial. uteri. Retroflexio-versio uteri mobilis. Cav. uteri 7 cm.	Ventrifixatio. Colpoperineor- rhaphia Freund.	На 4-й день 39,2° С. Остальное время безъ лихорадки.		Страдаетъ сильнѣе лег- кихъ. Въ остальномъ чувств. себя хорошо и рабо- таетъ исправно (прачка).	Прожежность 4 cm., толстая. Матка въ полож. anteflexio-versio, спаяна съ бр. ст. Portio на 5 cm. выше introitus. Линейн. руб. бр. ст.
38.	532. 94 95	A. Sch. 29 а. п.	II род. послѣдн. 9 мѣ. назадъ; послѣ нихъ ра- ботала съ тру- домъ; затѣмъ наступило вы- паденіе полов. органовъ.	Defectus perinei II gr. Prolapsus pariet. vag. ant. Prolapsus portionis. Матка отклонена вправо, въ сред- немъ положеніи.	Ventrifixatio. Colpoperineor- rhaphia Freund.	Два дня выше 38,0. Нагноеніе брюшной ст. Выписана на 24-й день.	Отпущена съ гранулирую- щей раной. Выпаденія влагалища нѣтъ.	Со врем. опе- раціи чувств. себя хорошо. Но образо- валась брюшн. грыжа.	
39.	575. 94 95	H. M. 49 а. п.	IX род.; послѣ каждыхъ двѣ недѣли въ по- стели. Со вре- мени 7 родовъ сначала боли въ крестцѣ, затѣмъ явленія опущенія.	Defectus perinei I gr. Inversio tota- lis pariet. vag. post. et part. ant. Retro- cele. Hernia umbili- calis. Prolapsus port. uteri. Retrofl- versio uteri. Tumor ovariorum dextri.	По излѣченіи грыжи. ventri- fixatio. Тампонъ Mikulicz'a. Снизу, по сла- бости нащ., ничего не сдѣ- лано.	Безлихора- дочное. Вып. на 18-й день.	Грануляціи въ нижнемъ углу раны.	+	
40.	586. 94 95	P. K. 49 а. п.	XI род. Послѣ- род. периоды коротки. Выпа- деніе 22 года. Menses 14 дней. Сильныя моли- мина.	Defectus perinei I gr. Cystocele per- magna. Prolapsus port. uteri. Retrofl- versio ut. mobilis. Cavum ut. 7 cm. Tumor ovariorum dextri.	Ovariectomy dextra. Ventri- fixatio.	Безлихора- дочное. Вып. на 18-й день.		Вполнѣ хорошія само- чувствіе и ра- ботоспособ- ность. Мено- пауза насту- пила приплнз. 2 м-ца назадъ.	Промежность нѣсколько рыхлая. 3 cm. Матка въ полож. antefl.-vers. спаяна съ бр. ст. Cavum uteri 8 cm. Portio на 5 cm. выше introitus. Лин. рубецъ бр. ст.
41.	607. 94 95	J. R. 40 а. п.	VII род. Послѣ- род. пер. по 3 дня. Современ- нѣе широко рас- крыта. Выпаденіе 1-хъ род. болѣз- ненность жи- вота. Выпаденіе съ годъ назадъ, особенно значи- тельно при тя- желой работѣ.	Defectus perinei II gr. Половая щель широко рас- крыта. Prolapsus pariet. vag. ant. Prolapsus portion. uteri. Retrofl.-vers. uteri mobilis. Cav. uteri 10 cm.	Ventrifixatio. Colpoperineor- rhaphia Hegar.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.		Пад. пишетъ: „17. XII. 93 родила здоро- ваго ребенка; въ наст. вр. чувствую себя вполнѣ здо- ровой“.	
42.	660. 94 95	L. H. 58 а. п.	VII род. Со врем. послѣдн. родоразрѣ- шенія, 13 лѣтъ тому назадъ, опущеніе поло- выхъ органовъ. При тяжелой работѣ насту- паетъ сильное набуханіе поло- выхъ органовъ.	Промежность не- значит. укорочена. Inversio totalis pariet. vag. Pro- lapsus totalis uteri. Retroversio uteri. Cavum 10 cm. Portio гипертро- фирована, при всякомъ прикосно- веніи легко крово- точить.	Ventrifixatio. Amputatio por- tionis alta.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.		Пад. пишетъ: „Выступаетъ грыжа величиной съ дѣтск. головку. Тяжелой ра- боты не могу выполнять. Частая рвота (muss sehr viel brechen).“	
43.	670. 94 95	M. K. 44 а. п.		Defect. perinei II gr. Inversio vag. totalis. Portio и cervix впереди полов. щели, ги- пертроф. и отечны. Corpus uteri въ полости таза. На portio-decubitus.	Ventrifixatio. 3-этапн. шовъ на бр. стѣнку. Colporrh. ant. Colpoperineor- rhaphia Freund.	Безлихора- дочное. Вып. на 19-й день.		Вполнѣ хорошее само- чувствіе.	Промежн. 4 cm. Выпаденія влаг. нѣтъ. Матка въ полож. antefl.-vers. нѣсколько при- поднята, нормальн. велич. Portio на 5 cm. выше полов. щели. Линейный рубецъ бр. ст.
44.	672. 94 95	M. F. 44 а. п.	IX род.; послѣдніе — 12 л. назадъ. Выпаденіе 3 года. Сильн. боли.	Retroflexio-versio uteri. Cavum ut. 10 cm. Prolapsus port. uteri. Pro- lapsus pariet. vag. hypertrophicae. Промежность рыхлая.	Ventrifixatio.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.			cf. табл. № 95.

№ по порядку.	Журнальн. №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
45.	703. 94/95	Р. М. 31 а. п.	I род. два года назадъ. Съ тѣхъ поръ снач. боли въ крестцѣ, затѣмъ опущеніе, какъ будто матка выступаетъ наружу. Въ наст. вр. — выпаденіе полов. частей.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. oedem. totalis. Prolapsus total. uteri. Hypertrophia cervicis et portionis. Лѣвый яичникъ увеличенъ.	Castratio sinistra. Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Freund. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.		Вполнѣ хороша самочувствіе и работоспособность, хотя со врем. операциі наступило снова пезначительное опущеніе.	Промежность крѣпка, нѣсколько втянута. Матка въ полож. anteflexio и спаяна съ бр. ст. Незначит. опущеніе передн. ст. влагалища. Линейн. рубецъ бр. стѣнки.
46.	716. 94/95	М. К. 47 а. п.	VII род.; послѣдніе 6 лѣтъ наз. Выпаденіе 8 л. Сначала удерживалось Müller'овск. кольцо. Съ 1/2 года назадъ все выпадаетъ.	Inversio pariet. hypertroph. totalis. Prolapsus totalis uteri. Cav. uteri 8 cm. Правый яичникъ увелич.	Castratio dextra. Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Hegar.	4-й д. — 38,2. 5-й д. — 38,4. 6-й д. — 38,2. далѣе безлихорадочн. Вып. на 19-й день.			
47.	734. 94/95	W. W. 47 а. п.	V род. Послѣдн. 5 л. назадъ. Менопауза 4 года. Выпаденіе 1 годъ.	Inversio pariet. vag. partialis. Prolaps. portionis uteri. Ulcera decub. in portione. Матка увеличена плотна.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Заживленіе р. р.	Самочувствіе и работоспособность вполнѣ хороша. Мочеиспусканіе и стулъ нормальны.	Промежн. 5 cm. Portio мала, высоко сзади. Матка не велика, въ полож. antef. vers., спаяна съ бр. ст. Рубецъ бр. ст. — р. р.
48.	743. 94/95	Th. J. 48 а. п.	II род. Послѣдн. роды 21 г. назадъ. Выпаденіе 23 г. Сильн. затрудн. мочеиспуск. и дефекаціи.	Defectus perinei. Prolapsus totalis uteri et vaginae. Uleus decub. ad. orif. ext. Hypertrophia portionis.	8. II. 95. Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Freund.	10-й д.) выше 11-й д. 38 °0. Вторичное заживаніе промежн. 26. II. Вып. на 31-й день.	Промежность р. prim. int.		

49.	782. 94/95	Th. Th. 61 а. п.	V род. Послѣдн. 28 лѣтъ назадъ. 7 лѣтъ опущеніе матки. Боли въ крестцѣ и сильныя кровотоечения 1 годъ назадъ.	Defectus perinei II gr. Inversio vag. totalis. Ad. orif. ext. ulcera decub. Prolapsus totalis uteri.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia. Оп. ассистентъ.	На 2-й день абсцессъ; 38,2. Далѣе безлихорадочно. Вып. на 16-й день.		Несмотря на незначит. опущеніе, пац. чувств. себя очень хорошо. Носитъ пессарій.	Промежн. 2 1/2 cm. Короткій рубецъ на задней ст. влаг. Сильное выпаденіе задней ст. влаг. Portio высоко во влаг. сзади, норм. величины. Матка спаяна съ бр. ст. Брюшная ст. р. р.
50.	811. 94/95	В. Н. 36 а. п.	II род. Послѣдн. 13 л. назадъ. Опущеніе 11 лѣтъ.	Prolapsus pariet. vag. ant. et post. part. Cystocele. Prolapsus portionis uteri.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Hegar.	Заживленіе раны безъ реакціи. На 17-й день thrombophlebitis venae cruralis. Вып. на 51-й день.		Dr. Sch.: „Menses нормальны. Mictio безъ затрудненій. Послѣ опер. въ теченіе около 2-хъ лѣтъ сильн. fluor. Род. послѣ операциі не было“.	Промежность высокая и крѣпка. Незначит. опущ. передней ст. влаг. и cystocele. Матка спаяна съ бр. ст. anteflexio. Рубецъ бр. ст. линейный.
51.	815. 94/95	А. Н. 28 а. п.	II род., послѣдн. 1/2 г. назадъ. Первые роды со шипцами. Лихорадка in puerperio. Съ тѣхъ поръ боли въ крестцѣ и явленія опущенія.	Влагалище зияетъ. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolapsus portionis uteri. Матка жестка, нѣсколько увеличена.	Ventrifixatio. Colporrhaphia anterior. Оп. ассистентъ.	1-й и 2-й д. веч. t выше 38 °0; далѣе безъ лихорадки. Вып. на 17-й день.		Пац. жалуется на явленія выпаденія, сост. въ ощущеніи посторонняго тѣла въ полов. щели. Работать можетъ. Послѣ операц. родила 1 разъ.	Половая щель зияетъ. Въ ней видны выпавшія и отечныя передн. и задн. стѣнки влагалища. Сильное cystocele. Промежность рыхлая. Матка въ полож. anteflexio-versio, fundus ея спаянъ съ бр. ст. Полость матки 12 cm. Маленькая portio помѣщается на 3 cm. выше introitus. Шейка матки тонкая. Руб. бр. ст. лин., кромѣ мѣста, откуда удаленъ шовъ 2 1/2 года спустя послѣ опер.

№ по порядку	Имя, Возраст	Анамнезъ, Симптомы	Status и диагнозъ	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты изслѣдованія. Субъективно. Объективно.
52.	825.	1 родъ 12 л. паз. Лахора, доя послѣрод. періодъ. Menses съ сильными болями въ крестцѣ и животѣ, 8 дней, весьма обильны. Выпаденіе 1 годъ.	Промежн. не повреждена, очень вала. Выворотъ обихъ стѣнокъ влагалища. Проларсус port. uteri. Hypertrophia portionis et cervicis. Pelveoperitonitis duplex.	Castrat. sinistra (Hydrosalpinx). Ventrifixatio. Оп. ассистентъ.	3 дня по вечерамъ т доходить до 38° 3. Вып. на 16-й день.	Полная работоспособность. Vulva зябеть и въ ней видна выпавшая передняя влагалищ. стѣнка. Состояніе хорошо. Со врем. операции Portio не менструировала.	Промежн. 2 смт. Vulva зябеть и въ ней видна выпавшая передняя влагалищ. стѣнка. Состояніе хорошо. Со врем. операции Portio не менструировала. Полов. щепл. Матка въ положеніи ante-flexiоn, приподнята, спаяна съ бр. стѣнкой. Cav. ut. 11 смт. Линейн. рубецъ бр. ст.
53.	827.	IX род. Menses весьма обильны. Паз. безумная. Тяжелая работа. М. Н. выпадаетъ. Cav. ut. 12 смт.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. hypertroph. Ulcus decub. larsus totalis uteri retroversi. Cav. ut. 12 смт.	Castratiodextra. Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 16-й день.	Легкая работа 2 смт.; на ней стоять можетъ. Выпадный рубецъ. Поднять. Жалуются на выворотъ влагалища въ ж. галища, въ которомъ и крестцѣ ромб. опухаетъ и сильныя колоссально утонч. кровотеченія. ченная вытянута. Выпад. снова шейка. Разстояние образовалось отъ orif. ext. до черв. змѣяца orif. intern. 11 смт. Черезъ змѣяца orif. intern. 4 смт. постъ операции спаянъ съ бр. ст.	Промежн. 2 смт.; на ней стоять можетъ. Выпадный рубецъ. Поднять. Жалуются на выворотъ влагалища въ ж. галища, въ которомъ и крестцѣ ромб. опухаетъ и сильныя колоссально утонч. кровотеченія. ченная вытянута. Выпад. снова шейка. Разстояние образовалось отъ orif. ext. до черв. змѣяца orif. intern. 11 смт. Черезъ змѣяца orif. intern. 4 смт. постъ операции спаянъ съ бр. ст.
54.	39.	5 л. наз. Боли въ крестцѣ и явлении опущ. со времени 1-хъ родовъ. Menses очень обильны, 3 ведъли.	Inversio totalis pariet. vag. Retroflexio-versio uteri. Elongatio cervicis. Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Freund.	На 2-й и 3-й день вечер. t выше 38,0. Дать безлихорадочн. Вып. на 26-й день.	Паз. нащеть. Чувствую себя здоровой, за исключеніемъ судорогъ въ тѣлѣ. Тяжелой работы выполнять не могу.	Паз. нащеть. Чувствую себя здоровой, за исключеніемъ судорогъ въ тѣлѣ. Тяжелой работы выполнять не могу.

55.	65.	III род. послѣдн. 17 л. наз. Съ тѣхъ поръ опущеніе. Менопауза 7 л. парialis. Elongatio cervicis.	Defectus perinei II gradus. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri partialis. Elongatio cervicis.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Паз. пишеть, что со времени операции она чувствуетъ себя относительно живота вполне хорошо, и что выпаденія не бываетъ.	Самочувствіе Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. величина въ климбѣ. Матка въ легкихъ, роды, полож. ante-flexio, versio, спаяна съ стужъ и menses бр. ст. Cavum uteri безъ затрудненій. Рубецъ бр. ст. линейный.
56.	66.	1 родъ 1 1/2 года назадъ. Послѣдн. род. пер. лихорадочн. Явленія опущенія 1 1/2 года.	Промежн. вала, не укорочена. Retroflexio-versio uteri. Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio.	На 4-й и 5-й день t выше 38,0. Выписана на 18-й день.	Никакихъ затрудненій и выпаденій. Утверждаетъ, что можетъ дѣлать только легкую работу. Матка въ положеніи ante-flexio, versio, атрофична, инвазивной (тонка, спаяна съ бр. ст. Брюшина стѣнка р. р.	Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. величина въ климбѣ. Матка въ легкихъ, роды, полож. ante-flexio, versio, спаяна съ стужъ и menses бр. ст. Cavum uteri безъ затрудненій. Рубецъ бр. ст. линейный.
57.	76.	IX род. послѣдн. 12 л. наз. Выпаденіе 1 годъ, одновременно образовалась паховая грыжа.	Промежн. вала. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri totalis. Ulcera decub. ad portionem.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Никакихъ затрудненій и выпаденій. Утверждаетъ, что можетъ дѣлать только легкую работу. Матка въ положеніи ante-flexio, versio, атрофична, инвазивной (тонка, спаяна съ бр. ст. Брюшина стѣнка р. р.	Промежн. 4 1/2 смт. Portio норм. величина въ климбѣ. Матка въ легкихъ, роды, полож. ante-flexio, versio, спаяна съ стужъ и menses бр. ст. Cavum uteri безъ затрудненій. Рубецъ бр. ст. линейный.
58.	84.	IV род. изъ нихъ 1 со шп. цами. Послѣдн. родъ 13 л. наз. Выпаденіе 4 года.	Inversio vag. totalis. Prolapsus uteri retroflexi. Cav. uteri 10 смт.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	На 2-й и 3-й день веч. t выше 39,0. Дать безлихорадочн. Выписана на 24-й день.	Паз. жалуются на возвратъ явлений выпаденія, но по стѣнка не въ такой степени, какъ до операции.	Паз. жалуются на возвратъ явлений выпаденія, но по стѣнка не въ такой степени, какъ до операции.

№ по порядку.	Журнал. №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
59.	95. 95,96	Е. Н. 44 а. п.	III род.; со времени 1-хъ род. опущеніе, которое позднѣе улучшилось; пац. посила пессарій. Со времени послѣдн. род. въ 1890 г. снова выпаденіе.	Промежн. цѣла, но слаба. Сильная отечность передней ст. влагалища, выпадающей на всемъ своемъ протяженіи. Prolapsus portionis uteri retroflexi.	Ventrifixatio. Оп. ассистентъ.	На 2-й и 3-й день t = 38,0. Далѣе безъ лихорадки. Вып. на 17-й день.		Выпаденіе снова наступило 2 года назадъ, и съ тѣхъ поръ пац. неспособна къ работѣ.	Промежн. слабая, 2 cmт. Обѣ стѣнки влагалища выпадаютъ, особенно передняя. Cystocele. Portio въ зіяющей половой щели. Матка антефлексирована и спаяна съ бр. ст. Cav. uteri 12 cmт. Брюшная ст. р. р.
60.	100. 95,96	С. Н. 44 а. п.	III род. Говоритъ, что уже съ 17-лѣтн. возраста страдала выпаденіемъ. Въ теченіе 23 лѣтъ удавалось удерживать выпаденіе при помощи кольца.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. oedem. ant. et post. Prolapsus uteri partialis. Cav. uteri 11 cmт. Myoma pariet. post. corp. uteri.	Enucleatio myomatis. Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Freund.	На 1-й и 2-й д. веч. 38° 2. Выписана на 21-й день.		Dr. Lentze пишетъ: „Пац. говоритъ, что не можетъ поднимать тяжелыхъ предметовъ. Другихъ затрудненій не имѣетъ“.	Промежн. 4 cmт., Передн. влагал. ст. опускается. Portio на 4 1/2 cmт. выше introitus. Матка въ полож. antelexio-versi, въ состояніи старческой инволюціи, спаяна съ бр. покровами. Въ нижнемъ углу разрыва незначит. грыжа.
61.	115. 95,96	Р. Р. 31 а. п.	III род.; со времени послѣднихъ въ 1890 г. явленія выпаденія и боли въ крестцѣ.	Defectus perinei II gr. Prolapsus pariet. vag. ant. Cystocele. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Cav. uteri 12 cmт.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.		Пац. пишетъ: „Состояніе моего здоровья до сихъ поръ превосходно. Вслѣдствіе расхожд. одного шва образов. незнач. грыжа“.	

62.	120. 95,96	Е. W. 44 а. п.	V род., изъ нихъ 2 оперативныхъ. Со времени послѣднихъ (87) опущеніе. Мочеиспусканіе и стулъ свободны.	Defectus perinei III gr. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri retroflexi totalis. Cav. uteri 11 cmт. Ulcus decubit.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 25-й день.	Отпущена съ кольцомъ.	Можетъ исполнять домашнія работы. Чувствуетъ себя вполне хорошо. Мочеиспусканіе, стулъ и мenses безъ затрудненій. Menses еще правильны.	Defectus perinei II gr. Промежн. 1 cmт. Выпаденіе передней стѣнки влагалища. Cystocele въ гусиное яйцо. Portio, губы которой сильно эктропированы и утолщены на 5 cmт. выше introitus. Матка въ положеніи antelexio-versi и спаяна съ брюш. покровами. Cav. uteri 12 1/2 cmт. Брюшн. стѣнка зажала р. р.
63.	175. 95,96	Р. D. 42 а. п.	VIII род.; послѣдніе 8 л. назадъ. Выпаденіе впервые замѣчено 7 л. назадъ. Безъ репозиціи мочеиспусканіе невозможно. Сильныя боли.	Inversio vaginae totalis. Cystocele permagna. Prolapsus uteri retroflexi totalis.	Ovariectomy sinistra. Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Hegar.	На 2-й день веч. t = 38,2. Выписана на 17-й день.		Никакихъ болѣе совершенно. Полная работоспособность, несмотря на снова наступившее небольшое выпаденіе. Menses регулярны.	Промежн. слабая, 3 cmт. Vulva широка. Промежн. только кожная. Cystocele. Выпаденіе передней отечной стѣнки влагалища. Portio на 6 cmт. выше introitus, гипертрофирована. Матка антефлексирована, приподнята, спаяна съ бр. ст. Cav. uteri 12 cmт. Cervix длинная и толка. Брюшной разрывъ зажилъ р. р.

№ по порядку	Журнал №	Имя, Возраст	Анамнез, Симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выписк.	Результаты исследования	
								Субъективно	Объективно
64.	182. 95,96	W. R. 45 а.п.	III род., последние 8 л. назад. Выпадение 20 л. и со времени перитифлита, бывш. 17 л. назад, особенно сильно. Затруднение мочеиспускания.	Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolaps. part. uteri. Retroflexio-versio uteri. Cystocele. Rectocele. Cav. ut. 10 1/2 cm.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Cavum uteri 8 1/2 cm.	Самочувствие и работоспособность вполне хороши. Моча и стул нормальны.	Прожежи. 5 cm. Portio стоит несколько глубоко в заднем влагалище. свод. Матка в положении anteфлексии, приподнята, дномъ спаяна с брюшными покровами. Cavum uteri 10 cm. Рубец бр. стѣнки линейный.
65.	187. 95,96	S. G. 46 а.п.	II род. Явления опущения 13 л. наступили вскоре послѣ 1-х родов. Боли в крестце и животѣ, затруднение мочеиспуск.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis vaginae. Prolapsus part. uteri. Hypertrophia et oedema portionis. Cystocele. Rectocele.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar.	2-й и 3-й д. веч. 38,2. Выписана на 20-й день.			
66.	194. 95,96	S. Sch. 34 а.п.	I роды, со шипцами, разрыв промежности. Послѣ род. сильные боли в крестце и затѣмъ опущение внутр. пол. органовъ. Menses весьма обильны, 7 дней, болезненны.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis vaginae. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Hypertrophia portionis. Cystocele. Rectocele. Cav. ut. 13 cm.	Alexander-Adam. Colpoperineorrhaphia Freund. Оп. ассистентъ. Послѣ операции portio еще видна.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Матка в полож. anteфлексии, еще увеличена. Portio почти за introitus.	Пациентка пишетъ: „Послѣ сделанной операции я здорова и счастлива“.	
67.	221. 95,96	O. G. 42 а.п.	IX род., последние 7 л. назад. Опущение внутр. полов. органовъ 1 1/2 года.	Промежность вялая, не укорочена. Prolapsus portionis. Retroflexio-versio uteri. Hypertrophia portionis.	Ventrifixatio.	2-й д. в. 38,6. 3-й д. в. 38,2. 5-й д. в. 38,0. Нагноение швовъ на протяжении 6 см. Выписана на 18-й день.	Выписана съ грануляцией брюшной шва на протяжении 4 см.	Dr. Sch.: „Довольно долго существовала фистула брюшной стѣнки, закрывавшаяся по удалении нитокъ silk'a.“	Промежн. вялая, несколько низка. Незначит. опущение передней стѣнки влагалища. Portio на норм. мѣстѣ. Матка в полож. anteфлексии спаяна съ брюшн. покр. Брюшная грыжа.
68.	309. 95,96	J. V. 55 а.п.	VIII род. Выпадение, по словамъ больной, образовалось 2 года назад, и именно вследствие тяжелой работы.	Defectus perinei II gradus. Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri atrophici totalis.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Freund. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Выписана излѣченной.	Судя по письму, она можетъ выполнять всѣ трудныя работы. Только образовалась брюшн. грыжа.	
69.	310. 95,96	A. A. 54 а.п.	IV род., послѣдн. 4 г. наз., съ лихорадочн. послѣрод. периодомъ, продолжавшимся 6 нед. Вслѣдъ затѣмъ опущение матки.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis vaginae. Prolapsus totalis uteri retroversi. Ulcus decub. ad port. Tumor adnexi sinistri.	Pyosalpinx sinistra, кругомъ сращения; не экстирпиров. Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.	Pyosalpinx уменьшился до величины куриного яйца.	Впродолж. года чувствовала себя пациентка совершенно здоровой. 27. VII. 96 при исследовании в клин. вникъ найдены норм. границы.	Полная инверзия влагалища, и въ немъ матка длиною 8 см. Отъ orific. urethrae до края выпавш. орг. 24 см. Брюшная грыжа величиной въ яблоко.
70.	345. 95,96	C. B. 46 а.п.	IV род., послѣдн. 16 л. наз. Выпадение 1 годъ. Menses правильны.	Defectus perinei II gr. Inversio vag. totalis. Hypertrophia pariet. vag. Ulcera decub. ad portionem et pariet. ant. Cavum uteri 14 cm. Prolapsus partialis uteri.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 18-й день.		Dr. T.: „Весьма мало работоспособна. Боли в животѣ. Затруднение мочеиспуск. и стула“.	Промежн. 3 cm., очень вялая. Выпадение обѣихъ стѣн. влагалища. Portio видна в половой щели. Матка соединена перемычкой съ брюшной стѣнкой.

№ по порядку.	Журнал. №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
71.	346. 95/96	Е. А. 32 а. п.	V род., послѣдн. 4 года наз. Выпаденіе 1 годъ. Мочеиспуск. и стулъ не затруднены.	Prolapsus vag. Prolapsus portionis uteri. Cav. uteri 12 cm.	Ventrifixatio. Оп. ассистентъ.	2-й д. веч. 38,4. Выписана на 19-й день.		Пациентка пишетъ: „Лѣчение не дало улучшенія и все осталось по старому“.	
72.	372. 95/96	Л. Т. 25 а. п.	III род. Со времени послѣдней беременности выпаденіе.	Defectus perinei II gr. Inversio partial. pariet. vag. ant. et post. Prolapsus partial. uteri. Cav. uteri 12 1/2 cm. Retroflexio-versio uteri.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	На 11-й день веч. 39,0. Остальные дни безъ лихорадки. Выписана на 19-й день.		Послѣ операции были роды, совершившіеся легко. Со времени род. снова опущеніе половых органовъ.	Разрывъ промежности 2-й степ. Выпаденія обѣихъ стѣнокъ. Матка въ полож. ante-flexio, спаива съ брюшн. покр. Линейн. рубецъ брюшн. ст.
73.	354. 95/96	Е. С. 22 а. п.	II род.; со времени послѣднихъ опущеніе. Menses 4—5 дн., сильная dysmenorrhea.	Defectus perinei II gr. Inversio totalis pariet. vag. hypertroph. et oedemat. Prolapsus uteri retroflexi. Cav. uteri 14 cm. Tumor ovarii sinistri.	Ovariectomy sinistra. Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Выписана на 19-й день.			
74.	373. 95/96	М. В. 49 а. п.	V род. Выпаденіе 26 лѣтъ. Менопауза 4 мѣсяца.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. hypertroph. totalis. Prolapsus uteri retroversi partialis.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. 2 шва про- рѣзались. Некрозъ брюшныхъ покрововъ. Выписана на 28-й день.	Выписана съ небольшимъ дефектомъ брюшнаго покрова. Промежность высокая и крѣпкая.	Пациентка жалуется на сильныя боли въ животѣ.	Очень большая брюшн. грыжа. Выпаденія полов. орг. нѣтъ. Положеніе матки вслѣдствіе сильныхъ болей не опредѣлимо.
75.	400. 95/96	Р. В. 47 а. п.	VI род.; послѣдн. 19 л. наз. съ лихорадкой. 2 раза ручное отдѣленіе послѣда. Выпаденіе 24 года; 7 лѣтъ особенно сильно.	Defectus perinei II gr. Inversio pariet. vag. hypertroph. totalis. Ulcera decub. Prolapsus uteri totalis. Cav. uteri 13 cm.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. Выписана на 35-й день, такъ какъ на промежность потребовался вторичный шовъ.	Выписана излѣченной.	Пациентка сообщаетъ, что со времени выхода изъ клиники она чувствуетъ себя вполне хорошо.	
76.	430. 95/96	А. Ф. 37 а. п.	III род. Выпаденіе 11 лѣтъ. послѣ 1-хъ род. Мenses весьма болѣзненны и крайне нерегулярны.	Prolapsus pariet. ant. hypertroph. et oedemat. longitudo 6 cm.; pariet. post. 5 cm. Prolapsus portio. uteri. Retroflexio-versio uteri hypertroph.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Вып. на 16-й день.	Излѣчена.	Др. К.: „Пациентка чувствуетъ себя вполне хорошо, за исключеніемъ наступившихъ послѣдствій климактерическихъ недомоганій“.	Матка въ полож. ante-flexio-versio, спаива съ брюшн. ст. Portio около 10 cm. выше половой щели. Выпаденія влагалища нѣтъ. Рубецъ брюшн. ст. линейный.
77.	478. 95/96	М. Р. 34 а. п.	II род. изъ нихъ одни со щипцами. Съ тѣхъ поръ опущеніе полов. орган. Menses нерегулярны, очень болѣзненны.	Defectus perinei totalis; 1 1/2 cm. pariet. recti desunt. Inversio pariet. vag. totalis. Hypertroph. et oedema pariet. vag. Prolapsus uteri part. Retroflexio-versio uteri.	Ovariectomy dextra. Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia Küstner.	Безлихорадочное. Вып. на 20-й день.		Со времени операции чувствуетъ себя вполне хорошо.	
78.	481. 95/96	Е. К. 39 а. п.	Nullipara. Одины выкидыши 2-хъ мѣс. Съ тѣхъ поръ опущеніе полов. органовъ. Менсесочень болѣзненны, неправильны.	Inversio vaginae. Prolapsus portionis virginilis. Въ мѣсто матки твердая узловатая опухоль, не доходящая на 1 1/2 поперечн. пальца до пупка.	Ventrifixatio uteri myomatosis. Матка почти не смѣстима кверху.	Безлихорадочное. Некрозъ брюшн. покрововъ. Вып. на 28-й день.	Фистула въ очень жирной брюшн. ст. Orif. ext. на уровнѣ половой щели.		

№ по порядку.	Журнал №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
79.	483. 95.96	E. Sch. 40 a. n.	IV род., со времени послѣднихъ, бывшихъ 11 л. назадъ. явленія опущенія. Менопауза $\frac{3}{4}$ года.	Inversio totalis vag. Hypertrophia et oedema pariet. vag. Prolapsus totalis uteri retroversi.	Ventrifixatio. Colpokl. mediana. Neugebauer-Lefort.	2-й д. веч. 38°0. Вып. на 19-й день.		F. Sch. пишетъ: „Такъ какъ я со времени операции здорова, то новое изслѣдованіе является излишнимъ“.	
80.	492. 95.96	B. N. 53 a. n.	IV род., послѣдн. 4 г. наз. Выпаденіе 2 года.	Inversio vag. Prolapsus partial. uteri.	Ventrifixatio. Colpokl. mediana. Neugebauer-Lefort.	2-й д. в. 38,0. 3-й д. в. 39,0, далѣе безлихора- дочно. Некрозъ бр. покрововъ. Вып. на 18-й день.		D. N. сообщаетъ, что пад. счита- етъ себя со- вершенно излѣ- ченной отъ прежняго стра- данія и чувств. себя хорошо.	
81.	500. 95.96	A. F. 34 a. n.		Prolapsus uteri totalis. Defectus perinei II.	Ventrifixatio. Colporrhaphia bilateralis Winkel.	Безлихор. При пере- вязкѣ на 4-й день въ нижней углу раны сальникъ. Выписана на 34-й д.			
82.	517. 95.96	L. H. 44 a. n.	VIII род., послѣдн. 4 г. наз., съ тѣхъ поръ опущеніе. Боли въ крестцѣ.	Defectus perin. I. Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio. Colporrhaphia bilateralis Winkel.	1-й д. в. 38,0. Затѣмъ без- лихор. Не- значит. на- гноеніе раны. Вып. на 17-й д.			
83.	569. 95.96	B. G. 56 a. n.	VI род.; послѣдн. 17 л. наз. Форсирс. Съ тѣхъ поръ опущеніе и наконецъ вы- паденіе. Мено- пауза 6 лѣтъ.	Prolapsus totalis uteri retroflexi. Ulcera decub. ad port.	Ventrifixatio. Colpoperineor- rhapia.	2-й д. в. 38,6. 3-й д. в. 38,2. 4-й д. в. 38,2. Нагноеніе бр. стѣнки. Вып. на 17-й день.	Фистула въ нижней углу раны.	Хорошее состояніе, за- искл. неприят- ной мокроты изъ фистулы и незначительн. затрудненій вслѣдствіе грыжи. Рабо- тоспособна. Моче- испуск. и стулъ нормальны.	Промежи. втянута, низка. 3 cm. Очень короткіе рубцы отъ colporrh. Вы- паденіе передней отечной стѣнки влагалища. Portio гипертрофирована, на 5 cm. выше vulva. Матка въ положеніи ante- верзій, припод- нята, спаяна съ бр. ст. Cav. uteri 10 cm. Фистула въ нижней углу ведетъ прямо на матку; въ фистулѣ шелковая нитка. Брюшная грыжа въ величину татера. Паховая грыжа.
84.	587. 95.96	E. L. 39 a. n.	V род., всѣ со- щипанія. 3 года явленія выпаденія.	Prolapsus pariet. vag. partialis. Prolapsus portio- neri. Retroflexio- versio uteri.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpo- perineorrhaphia Freund.	Безлихор. Вып. на 17-й день.	Colpoperi- neorrh. плохо зажила; большой де- фектъ, влѣд- ствіе чего выпаденіе задн. ст. вла- галища.	E. L. сообщаетъ, что она чувств. себя вполне хорошо.	
85.	621. 95.96	J. Sch. 38 a. n.	III род., первые съ поворотомъ. Выпаденіе со врем. первыхъ родовъ.	Prolapsus partialis pariet. vag. ant. et post. Prolaps. part. uteri. Retroversio- flexio uteri.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineor- rhapia.	2-й д. в. 38,2. 3-й д. в. 38,0. Вып. на 17-й день.	Хорошее заживленіе.	Пад. 2 года наз. родила легко; съ тѣхъ поръ она чувств. небольш. опу- щеніе, но ни- какихъ затруд- неній не имѣетъ.	Descensus передн. ст. влагалища. Матка въ полож. anteверзій спаяна съ бр. ст. Portio на 6 cm. выше полов. шеи. Линейней рубецъ бр. ст.

№№ по порядку	Журнал №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
86.	650. 95,96	Ch. G. 62 a. n.	III род.; послѣдн. 33 г. наз. Съ тѣхъ поръ явленія выпаденія. Сильныя боли въ крестцѣ и животѣ. Безъ репозиціи мочеиспусканіе невозможно.	Inversio vaginae. Prolapsus part. uteri. Retrofl.-versio uteri.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhaphia Freund.	2-й д. веч. 38,2. Бронхитъ. Выписана на 17-й день.	Промежн. въ среднѣ разошлась; осталась только перемычка.	Мужъ пац. пишетъ: „Послѣ операциі моя жена здорова, никакихъ затрудненій и болей не имѣетъ“.	
87.	671. 95 96	E. M. 37 a. n.	II род., послѣдн. 2 г. наз. съ поворотомъ. Послѣ родов. періодъ 14 дн. Съ тѣхъ поръ выпаденіе велич. въ дѣтскую головку.	Inversio vaginae totalis. Cav. uteri 17 cm. Retroflexio-versio uteri. Колосальная oedema portio. Опухоль обонхъ придатковъ.	Salpingotomia duplex. Изъ дѣт. трубы выливается гной въ брюшн. пол. Микр. изсл. показ. streptococcus. Amputatio uteri supravaginalis et ventrifixatio cervicis.	на 3-й день.	 Peritonitis.		
88.	674. 95,96	S. R. 45 a. n.	II род., послѣдн. 7 мѣс. наз. Выпаденіе въ несколько лѣтъ.	Prolapsus pariet. ant. vag. Retrofl.-versio uteri. Prolapsus portio. n. s.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 24-й день.	На промежности фистула.		
89.	683. 95,96	F. W. 30 a. n.	I роды, 1 1/2 года назадъ, шиппы, разрывъ пром., съ тѣхъ поръ выпаденіе. Fluor, боли въ крестцѣ. Сильное затрудненіе менструаціи 1 годъ.	Inversio totalis pariet. ant. vag. Prolapsus partial. uteri retroflexi. Cav. uteri 15 cm. Ulcera decubita. Длина выпаденія 9 cm., ширина 7 cm.	Ventrifixatio (матка почти не увеличена). Colp. ant. Colporrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Мужъ пац. пишетъ, что его жена со врем. операц. чувств. себя вполне хорошо; только во время менструаціи, каждыя 4 нед., чувств. она давленіемъ внизъ.		
90.	689. 94 95	J. R. 36 a. n.	I р. 6 лѣтъ назадъ. Лихорадочн. послѣ род. періодъ. Съ тѣхъ поръ постепенноразвивалось выпаденіе. Molimina menstrualia.	Prolapsus totalis uteri retroflexi. Cav. uteri 11 cm. Prolapsus totalis vaginae. Oedema portio. n. s. Ulcus decubitale.	Ventrifixatio. (Захвачено очень мало ткани матки). Colp. ant. Colporrhaphia Hegar. Оп. ассистентъ.	4 дня по вечерамъ 38,0° и 39,0. Бронхитъ, за два дня до операциі 38,2. Вып. на 24-й день.	Мѣсяцевъ Промежн. 5 cm. черезъ 6 послѣ Orig. ext. на 7 cm. операциі по выше introitus въ явилось не-зади. влаг. сводѣ. большое выпаденіе. Сф. клин. вертикальная длиннымъ шнуромъ соединена выпад. задн. ст. съ бр. ст. Cav. 7 cm. влаг. Кромѣ Линейный рубецъ того ампутированна въ несколько увеличенная portio. Матка найдена въ норм. полож. Теперь пац. чувств. себя вполне хорошо и выполняетъ тяжелыя работы. Менструаціи нормальны.		

№ по порядку	Журнал №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
91.	711. 95 96	M. Sch. 45 а. н.	II род.: первые съ разр. промежн., который остался незащитымъ. Выпадение съ 1885 г. Incontinentia urinae.	Defectus perinei II. Prolapsus uteri partial.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia.	Безлихор. Некрозъ брюшныхъ покрововъ. Вып. на 24-й день.		За исключеніемъ затрудненій отъ фистулы, пациентъ себя чувствуетъ хорошо. Работоспособна. Мочеиспускание и стулъ нормальны.	Промежн. 4 1/2 смт. При сильн. давленіи незначит. опущеніе передн. влаг. ст. и небольшое cystocele. Portio на 4 смт. выше полов. щели. Матка въ положеніи anteversio, спаяна съ бр. ст., приподнята. Въ нижнемъ углу раны фистула. Грыжи нѣтъ.
92.	760. 95 96	R. B. 34 а. н.	III род., при 2-хъ разрывѣхъ промежности; послѣдн. роды 6 л. наз. Съ тѣхъ поръ затрудненные мenses и затѣмъ выпаденіе.	Defectus perinei II. Inversio totalis pariet. vag. ant. Prolapsus uteri retroflexi partialis. Oedema portionis.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia.	2-й д. в. 38.0. На 9-й день удалены промежн. швы. Пром. zieht. Вторичн. шовъ. Выписана на 30-й день.	Промежн. зажила безъ укоричненія.	Полная работоспособность и хорошее самочувствіе.	Промежн. 4 смт. Матка антефлексирована и отклонена влѣво, приподнята, спаяна съ бр. стѣнкой. Влагалница нормально. Линейный рубецъ брюшн. стѣнки.
93.	24. 96 97	E. R. 40 а. н.	IV род. Выпаденіе со врем. 3-хъ род.; теперь стало хуже. Затрудненіе мочеиспуск. и стула. Menses нормальны.	Defectus perinei II. Inversio vag. totalis. Prolapsus uteri totalis. Tumor capit. viri magnus in abdomine.	Злокачественная забрюшинная опухоль; не экстирпирована. Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia. Оп. ассистентъ.	4 дня отъ 38,0° до 39,0. Вып. на 17-й день.	p. int.		въ мартѣ 1897 г.
94.	51. 96 97	M. F. 44 а. н.	X род., произвольн. Постъ-род. періодъ нормальный. Въ 1895 г. въ клиникѣ произведена операція, — conf. № 72, — вскорѣ послѣ которой выпаденіе обр. разовалось снова.	Выпаденіе 10 cmт. въ длину. Матка совершенно выпадаетъ, ретрофлексирована. Cystocele. Постъ-репозиціи съ прав. стор. матки ощущается опухоль.	Amputatio portionis. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное. Вторичный шовъ на промежн. Вып. на 27-й день.	Выписана излѣченной.		
95.	111. 96 97	A. W. 53 а. н.	Сильныя боли въ животѣ 4—5 лѣтъ. причиняемъ выпаденіемъ пол. орг.	Prolapsus totalis vag. et uteri. Hypertrophia portionis.	Ventrifixatio. Neugebauer-Lefort.				
96.	191. 96 97	R. W. 47 а. н.	XI род., послѣдн. 6 л. наз. 3 года явленія опущенія и затѣмъ выпаденіе внутренн. пол. органовъ.	Prolapsus pariet. vag. ant. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Hypertrophia portionis.	Vaginaefixatio. uteri. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Вып. на 15-й день.	Сильная секречія. Выполаскиванія влагалница.	Никакихъ затрудненій. Полная работоспособн. Мочеиспускание и стулъ нормальны.	Промежность 4 1/2 смт. крѣпкая. Матка въ полож. anteфлексии-верзиі спаяна съ передней влаг. ст. Незначит. cystocele.
97.	219. 96 97	J. K. 63 а. н.	IV род., послѣдн. 20 л. назадъ. Выпаденіе 9 л. 4 года назадъ — colporrhaphia: затѣмъ рецидивъ.	Prolapsus uteri totalis. Ulcus decubitale ad orif. ext.	Ventrifixatio.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Хорошее заживленіе.	Субъективн. состояніе вполне удовлетворительно. Тер-работы пациентъ можетъ выполнять. Мочеиспускание и стулъ нормальны.	Выпаденіе передн. ст. влагалн. Незначит. cystocele. Portio на 5 смт. выше introitus. Матка антефлексирована, отклонена вправо, спаяна съ бр. ст. длиннымъ шнуркомъ. Cav. ut. 9 cmт. Линейный рубецъ бр. стѣнки.

№ по порядку	№	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.		
98.	264.	Р. J.	II род. Постл-род. периоды 4—6 нед. Со врем. постл-д. род. 1 годъ наз., выпадение пол. органовъ.	Prolapsus partial. pariet. vag. ant. Prolapsus portionis uteri. Retroflexio versio uteri.	Ventrifixatio. Крестообразный разрывъ надъ symphisis. Colporrh. ant. Colporrhineor-thaphia.	Безлхорадочное. Выписана на 18-й день.	Матка прощупывается сверху. Промежн. въ верхн. частяхъ нѣсколько разошлась.	Пац. нищеть, что чувств. себя вполнѣ хорошо и только тяжелой работы не можетъ дѣлать.	Объективно.	
			96 97 23 а. п.							
99.	274.	В. К.	II род., послѣдн. 5 л. наз. Съ тѣхъ поръ сначала опущение, затѣмъ выпадение. Боли въ крестцѣ и лѣвой сторонѣ.	Prolapsus vag. et ut. partialis. Retroflexio-versio uteri. Cav. uteri 10—11 cm.	Vaginaefixatio. Colp. ant. Colporrhineor-thaphia.	Безлхорадочное. Выписана на 15-й день.	Рана хорошо зажила.	Безъ пессарія сильная затрудненія.	Высокая промежн. Матка мала, спаяна съ передн. стѣн. влагалища. Выпадение всей передней стѣнки вмѣстѣ съ маткой, удерживаемое помощью пессарія.	
			96 97 44 а. п.							
100.	333.	L. W.	I роды въ 1894 г., шилцы, разрывъ промежности. Выпадение 2 года. Пессарій не помогаетъ.	Prolapsus uteri partialis.	Крестообр. разрывъ надъ symphisis. Ventrifixatio. Colporrhineor-thaphia.	Безлхорадочное. Некрозъ брюшного покрова. Выписана на 17-й день.				
			96 97 25 а. п.							
101.	345.	J. P.	I роды 30 л. назадъ. Выпадение 20 лѣтъ. Попытки репозиции напрасны. Менопауза.	Выпадение II cm. Оквозъ задн. ст. ощущается ретрофлексиров. матка. Зондирование зондомъ № 3 собою съ бр. ст. удаётся только на 4 cm. Реноинция даже подъ наркозомъ не удаётся, такъ какъ полость таза совершенно инфильтрирована.	14. VI. По вскрыти бр. пол. опредѣляется, что петли кишекъ сросшимися между собою съ бр. ст. и придатками, Exitus на 24-й день. Экссудатъ въ брюшн. полости.	Послѣ первой операціи — безлхорадочное. Послѣ второй — versio. Exitus на 24-й день. Экссудатъ въ брюшн. полости.				
			96 97 52 а. п.							
102.	366.	K. H.	VI род., двое оперативн. Постл 3-хъ липидочн. постл-род. періодъ. Выпадение 23 года. Сильная затрудненія. Менопауза 19 лѣтъ.	Inversio totalis vag. Prolapsus totalis uteri retroversi. Cavum uteri 8 cm.	Ventrifixatio. Colporrhaphia anterior. Colporrhineor-thaphia.	Незначит. повыш. т. Абсцессъ бр. ст. Промежностный мексикостный позв. разошлись. Выписана на 22-й день.	Гранулирующая рана бр. ст. Промежность не зажила.	Черезъ 6 нед. послѣ опер. снова опущение, но далеко не такъ велико, какъ прежде. Задрудненія отъ выпадения бр. ст. инуркомъ. На брюшн. ст. рубцовъ не имѣетъ.	Промежн. 1 1/2 cm. Почти полное выпадение передн. и задн. стѣнки влагалища. Удлиненная матка находится въ выпавшей воронкѣ, соединена съ бр. ст. инуркомъ. На брюшн. ст. рубцовъ не имѣетъ. Грыжи нѣтъ.	Пром. 1 cm.
			96 97 66 а. п.							
103.	423.	P. K.	IV род., послѣдн. въ 95 г. Выпадение, по словамъ пач., наступило сразу, встѣдствие сильнаго напряженія.	Defectus perinei II. Inversio totalis vag. Prolapsus totalis uteri retroflexi. Cav. uteri 13 cm.	Крестообр. разрывъ надъ symphisis. Colporrh. ant.	Безлхорадочное. Вып. на 17-й день.	Валикъ мочевого канала еще виденъ въ пол. шели. Матка спаяна. Рубецъ бр. стѣнки гладкий.	Пац. можетъ вымолчать начало еще работу, при чемъ незначит. выпадение ее не затрудняетъ. Постлѣ мочеиспусканія чувствуется облегченіе.	Полов. шель звѣсть и въ ней при натуживаніи видна передн. ст. влагалища. Незначит. cystocele. Portio надъ introitus. Матка въ положении anteф.-versio сна- на ст. передн. бр. ст. Cav. 9 1/2 cm. Линейн. руб. бр. ст.	Пром. 1 cm.
			96 97 32 а. п.							

№ по порядку	Журнал №	Имя, Возраст	Анамнез, Симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выписк.	Результаты исследования
								Субъективно. Объективно.
104.	427. 96 97	S. O. 31 a. n.	IV род., посл. 1 1/2 года наз. Выпадение со врем. I-хх род. Затруднение мочеисп. Menses каждые 4 нед. по 3 дня.	Prolapsus partialis pariet. vag. et port. Ulc. decubit. ad portioneu. Retroflexio-versio uteri.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia.	3 дня выше 38°, 0. Бронхит. Выписана на 20-й день.		По выходе из клиники сильный флюор. Были боли в ногт. Других затруднений не имела. Graviditas mens. VI. Выпадения влагалищ. Portio нить на нормальном для нея мѣстѣ, очень высока сзади. Линейн. руб. бр. ст.
105.	476. 96 97	A. M. 48 a. n.	V род., посл. 11 л. наз. Prolapsus прежде удерживался пессарием. 1 г. наз. была оперирована. Кратковрем. улучш.	Prolapsus partialis. (Другихъ свѣдѣній не имѣется.)	Ventrifixatio.			Dr. Heise: Пром. 2 cmт. Передн. ст. влаг. выпадаетъ. Portio на 5 cmт. выше полов. щели. Матка въ полож. антефл. спаяна съ бр. покровами. Руб. бр. ст. линейн. Полов. щель зияетъ. Промеж-ность низка, рых-лая. Незначит. вы-падение влагалищ. стѣнки. Влагалище въ среднѣй на протяжении 3 cmт. зарощено. Слѣва отверстие проходимо для 2 пальцевъ. Матка въ полож. антефл.-верзи, мала, от-клонена вправо, пинуркомъ соед. съ бр. ст. надъ тазомъ. Линейн. руб. бр. ст.
106.	554. 96 97	B. B. 37 a. n.	Картина, всегда очень болѣзненная. Со времени наступления менструаций 18 л. развитие выпадения. Сильное затруднение мочеиспускания. Пункция пузыри и влагалищ.	Полная инверзия влагалища. Въ воронкѣ маленькая матка, окруженная пузырями, которая послѣ катеризации оказалась мочевымъ пузыремъ. Подъ наркозомъ репозиція удается не вполне, такъ какъ космически суженный тазъ представляетъ препятствіе для матки.	7. X. Ventrifixatio uteri. 5. X. Neugebauer-Lefort		Чувств. себя хорошо. Menses правильны и безболѣзненны.	

107.	612. 96 97	L. F. 47 a. n.	VII род.; один щипцы; I посл. род. періодъ съ 4-хъ недельной лихорадкой. Съ тѣхъ поръ выпадение. 12 л. наз. носила кольцо, безполезно. Затруднение мочеисп. и стула.	Prolapsus portione uteri. Retroflexio-versio uteri. Увеличение правого яичника.	Крестообр. раз-рѣзъ надъ Symphisis. Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineorrhaphia Hegar.	Безлихорадочное.	Матка лежитъ хорошо. Пром. хорошо зажила. Линейный рубецъ брюш. стѣнки.	Несмотря на незначит. выпадение, пац. довольна своимъ состояніемъ. Полная работоспособность. Menses регулярны.	Промежн. 5 cmт. Передняя стѣлка влагалища видна въ полов. щели. Portio отчетна, на 3 cmт. выше introitus. Матка въ полож. anteфlexio-versio, передней поверхностью спаяна съ бр. ст. Cavum uteri 10 cmт. Линейн. рубецъ брюшн. ст.
108.	616. 96 97	M. Sch. 30 a. n.	I роды 8 л. наз. Съ тѣхъ поръ выпадение. Операция влагалища 7 л. наз. въ Бреславской клиникѣ. 2 мѣс. наз. репозиція стала невозможной. Частые позывы на мочеиспуск.	Inversio vaginae totalis. Prolapsus uteri totalis. Cav. uteri 9 cmт. Пузырь почти весь выпадаетъ. Выпадение 17 cmт. въ длину, 37 cmт. въ окружности.	16. XI. Ventrifixatio. 5. XII. Colpoperineorrhaphia Freund.	Безлихорадочное. Выписана на 30-й день.	Промежн. хорошо зажила. Матка въ антефлексии. Portio еще отчетна.	Субъективно вполне хорошее состояние и полная работоспособность. Мочеиспуск. и стулъ нормальны. Menses правильны.	Промежн. 6 cmт. Незначит. опущ. передней ст. влаг. Portio сзади, матка въ полож. антефлексии. Cav. uteri 10 1/4 cmт. Линейный рубецъ брюшной стѣнки.

109.	706. 96 97	M. B. 36 a. n.	V род., посл. 2 года наз., и съ тѣхъ поръ, по слов. пац., существ. выпадение. Посл. род. пер. по 14 дней, по причинѣ слабости. Menses 4-5 дней.	Prolapsus totalis uteri. Retroflexio uteri. Rectocele.	Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia.	2-я и 3-я д. веч. 38,0. Вып. на 17-й день.	Брюшная рана и промежность зажили.	Хорошее самочувствие и полная работоспособность. Menses, стулъ и мочеиспуск. со врем. операции вполне нормальны. По посл. 3 мѣс. назадъ.	Промежн. 5 1/2 cmт. Полов. щель немного зияетъ, незначит. опущение передней ст. влаг. Portio на 6 cmт. выше introitus. Uter. gravidus mens. III, въ полож. антефлексии, приподнята, спаяна съ брюшн. ст. Линейный рубецъ бр. ст.
------	---------------	-------------------	---	--	--------------------------------------	--	------------------------------------	--	--

№ по порядку	Имя, возраст.	Анамнезъ. Симптомы.	Status и диагнозъ.	Операция.	Течение.	Состояніе при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.
110.	709. Ch. S. 96 97 51 a. n.	VIII род. Выпадение со времени 1-хъ родовъ 11 смт. сзади род. 28 л. наз. 10 смт. Матка Затрудн. мочеиспусканія.	Prolapsus uteri totalis. Длина спереди 11 смт. сзади 10 смт. Матка сравнительно мала.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Выписана на 16-й день.	Закливленіе.	Вполнѣ здорова и работоспособна. Ступль 8 смт. позади introitus. Матка в антефлексіи. Приподнята, шнуркомъ соединена съ бр. ст. Cav. uteri 7 смт. Въ нижнемъ углу разрыва бр. ст. грыва величиной въ ладонь, вслѣдствіе фистулы.
111.	740. J. H. 96 97 35 a. n.	II род. послѣдн. 11 л. наз. съ тѣхъ поръ понемногу развитіе выпаденіе.	Prolapsus totalis uteri retroflexi.	Ventrifixatio. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 16-й день.	Закливленіе. Матка фиксирована.	Вполнѣ хорошия самочувствіе и работоспособность, хотя при очень трудной работѣ ощущается пезна-чит. опущеніе. Мочеиспуск. и ступль нормальны.
							Промежн. 3 смт. На frenulum съ-жій рубецъ. При натуживаніи очень трудной передн. влаг. ст. Portio на 6 смт. выше introitus. Матка въ позлож. антеflexio-versio. Мочеиспуск. и ступль нормальны. Въ связи съ бр. ст. Cav. uteri 8 1/2 смт. Длинный рубецъ брюшн. ст., за-ключеніемъ ве-большой фистулы, изъ которой уда-лена щетковая нитка.

112.	750. A. H. 96 97 32 a. n.	III род. первые со щипцами, разрывъ промежности. Выпадение со врем. послѣдн. въ 1896 г. Боли въ крестцѣ. Менсесъ каждыя 4 нед.	Defectus perinei II. Prolapsus partialis uteri retroflexi.	Alexander-Adams. Colp. ant. Episiorrhaphia. Асептичность.	Безлихорадочное. Вып. на 22-й день.	Промежн. не зажила. Матка въ антефлекс.	При первомъ же испражненіи послѣ операціи (11-й д.) по ст. пац. промежность разорвалась, почему и обработалось снова опущеніе. Мочеисп. и ступль нормальны. Послѣдн. регулы 8 мѣсяцевъ назадъ.
113.	764. A. S. 96 97 47 a. n.	IV род. Незашитый разр. промежн. при 1-хъ род. Выпаденіе со врем. послѣдн. род. 16 л. наз. Сильн. затрудненіе мочеиспусканія. Molimina menstrualia.	Prolapsus uteri totalis. Retroflexio-versio uteri. Rectocele pernagna.	Castratio duplex. Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихорадочное. Выписана на 17-й день.	Промежн. хорошо зажила. Незнач. cystocele. Матка фиксирована на бр. ст.	
114.	768. C. B. 96 97 47 a. n.	VII род. два септическихъ послѣдн. периода. Послѣдн. роды 7 л. наз. Выпаденіе 3 г. Затрудн. мочеисп. и ступля. Менсесъ 8 дней.	Prolapsus uteri retroflexi partialis. Rectocele. Cavum uteri 12 смт.	Castratio duplex. Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	Нѣсколько дней отъ 38° 0 до 39° 0. Выписана на 25-й день.		

№ по порядку.	Журнал №	Имя. Возраст.	Анамнез. Симптомы.	Status и диагноз.	Операция.	Течение.	Состояние при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія.	
								Субъективно.	Объективно.
115.	778. 96/97	O. F. 66 a. n.	У род., изъ нихъ одинъ со щипцами и сеп- тическ. послѣ- род. периодомъ. 3 года назадъ боли въ крест- цѣ и выпадѣ- ніе. Затрудне- нія со стороны пузыря.	Prolapsus totalis. Rectocele.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineor- raphia.	Нѣсколько дней выше 38.0. Выписана на 19-й день.		Вполнѣ хороша само- чувствіе и ра- ботоспособ- ность, несмотря на грыжу.	Промежн. 5 cmт. Portio высоко сзади. Матка ма- ленькая, старче- ская, спаяна съ бр. ст. Никакого выпаденія нѣтъ. Брюшная грыжа въ 10 cmт. въ діаметрѣ.
116.	813. 96/97	Ch. B. 20 a. n.	Nullipara. 1 годъ назадъ унала, съ тѣхъ поръ боли въ крестцѣ и явленія опу- щенія.	Prolapsus totalis vag. hypertroph. Prolapsus totalis uteri.	Ventrifixatio. Colpoperineor- raphia.	Безлихора- дочное. Выписана на 15-й день.		Вполнѣ хоро- шее самочу- ствіе. При очень тяжелой работѣ незна- чит. боли. Men- ses съ неболь- шими molimina	Промежн. 5 cmт. изъ нихъ 1 1/2 cmт. приходится на кожную промежн. Передняя ст. вла- чит. боли. Men- ses съ неболь- шими molimina 6 cmт. выше полов- щели. Матка въ антефлексіи, при- поднята, спаяна съ бр. ст. Cav. uteri 11 cmт.
117.	824. 96/97	J. M. 47 a. n.	II род. послѣдн. 11 л. наз. Вы- паденіе 3 года. Боли въ живо- тѣ. Затрудне- ніе мочеиспуск.	Prolapsus uteri. Cystocele. Rectocele.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineor- raphia Hegar.	3-й д. в. т. 39.0 затѣмъ без- лихорадочн. Вып. на 19-й день.	Брюшная рана за- жита. Про- межность хороша. Hernia ingui- nalis.	„Моя болѣзнь не улучшилась. Я еще не могу работать“.	
118.	838. 96/97	P. K. 45 a. n.	VII род., всегда длинныя послѣрод. пе- риоды. Послѣд- ніе роды 4 г. назадъ. Выпаденіе нѣ- сколько лѣтъ. Боли въ жи- вотѣ. Затрудн. мочеиспуск.	Prolapsus uteri retroflexi.	Abrasio. Vaginaefixatio. Colpoperineor- raphia.	Безлихора- дочное. Выписана на 15-й день.	Промежн. хорошо за- жита. Матка въ анте- флексіи, фи- ксирована.	Хорошее само- чувствіе. При тяжелой работѣ незначи- тельное опу- щеніе. Menses нерегулярны.	Промежн. 4 cmт. крѣпкая. Влага- лище очень ко- ротко. Выпаденіе задней ст. влаг., опу- щеніе перед- ней. Матка въ антефлексіи, сро- щена съ влагали- щемъ, очень глу- боко стоитъ. Portio на 4 cmт. позади vulva, отечна.
119.	839. 96/97	J. W. 31 a. n.	I роды 3 года назадъ, со щип- цами. Выпа- деніе со вре- мени родовъ. Menses по 4 дня. Сильныя molimina.	Ruptura perinei III. Prolapsus uteri partialis. Hyper- trophia portionis. Retroversio uteri.	Ventrifixatio. Episoplastika.	Безлихора- дочное. Выписана на 17-й день.	Матка лежитъ хо- рошо, соеди- нена съ бр. ст. Промежн. хорошо за- жита.		
120.	6. 97/98	M. G. 51 a. n.	VII род., по- слѣдніе 7 лѣтъ наз., и съ тѣхъ поръ выпадѣ- ніе. Затруд- неніе моче- испусканія. Менопауза 3 г.	Inversio vag. totalis. Prolapsus uteri retrofl. totalis. Rectocele.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colpoperineor- raphia.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.	Промежн. плохо за- жита, соеди- нена вто- ричн. швомъ.	При очень тяжелой работѣ боли въ животѣ, по словамъ пациѣнтки.	Промежн. 2 1/2 cmт. При натуживаніи незначит. выпад. передней стѣнки влаг. Незначит. cystocele. Матка въ антефлексіи, соединена съ бр. ст.: шейка очень тонка. Cav. uteri 11 cmт. Orif. ext. на 4 cmт. позади vulva. Линейный рубецъ бр. ст.

№ по порядку	Журналы №	Имя. Возраст.	Анамнезъ. Симптомы.	Status и диагнозъ.	Операция.	Течение.	Состояніе при выпискѣ.	Результаты изслѣдованія. Субъективно. Объективно.
121.	24.	J. K.	XV род., послѣдн. 1 г. наз. Выпаденіе 30 лѣтъ. Боли въ крестцѣ. Затрудненіе мочеиспуск.	Inversio totalis vaginae. Матка метритически утолщена въ анте-верзій. Выпаденіе неуправимо.	Полная экстирпация.	Безлихора- дочное. Вып. на 19-й день.	Легкое опу- щеніе стѣ- лни.	
122.	34.	J. S.	IV род. 2 послѣд. род. съ лихорадкой. послѣдніе роды 2 1/2 г. назадъ. Выпаденіе 8 л. со времени 2-хъ родовъ. Носить пессарій. Затрудненіе мочеиспуск.	Inversio partialis pariet. ant. vag. Cystocoele parva. Prolapsus partialis uteri.	Ventrixfixatio. Colp. ant. Colporrhineog- raphia.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.	Влагалище очень узко. Матка въ потогеніи антефлексин- верзій.	„Имѣю честь увѣдомить, что я до сихъ поръ здорова и ни- какихъ не- приятныхъ явленій не на- ступило“.
123.	54.	J. F.	IV род. послѣдн. 10 л. наз. Выпаденіе 12 л. Никакихъ болѣз. При работѣ затруд- ненія со сто- роны пузыря. Molimina men- strualia.	Prolapsus uteri partialis. Elongatio cervicis, на 6 смт. впереди полов. щели. Retroflexio uteri. Nupterograp- hia coli.	Ventrixfixatio. При налужива- нии portio еще выступаетъ на- ружу; поэтому amputatio por- tionis и пере- вязка матки. Colporr. ant. Colporrhineog- raphia.	2-й д. в. 38.2. 3-й д. в. 38.0. Вып. на 18-й день.	Нормальное состояніе.	Вполнѣ хороша само- чувствіе и работоспособ- ность. Моче- испуск. и ступъ нормальны.

124.	66.	97,98	37 а.п.	II род. 1-й послерод. периодъ 4 нед., 2-й 14 дней. Со времени 2-хъ род. опу- щение и затѣмъ выпадение. Men- ses регулярны.	<i>Prolapsus uteri anterior partialis.</i> <i>Prolapsus pariet. vag. partialis</i>	<i>Vaginae fixatio.</i> <i>Colp. ant.</i> <i>Colporrhineog- thaphia.</i>	Безлихора- дочно. Вып. на 17-й день.	Матка фик- сирована, въ анте- флексіи. Промежн. хорошо за- жата.	При подъѣмѣ тяжелее за- являются за- труднения; въ остальн. пац. своимъ состоя- ніемъ довольна.	Матка въ анте- флексіи, сращена съ влагалищ. Ротъ безъ надуживания на 1 смт. выше <i>introitus</i> ; при на- туживаніи появляется въ половой щели.
125.	70.	97,98	44 а.п.	V род., по- слѣдн. 9 л. наз. со щенцами. Послѣрод. пе- риодъ 9 недѣль Съ 6-хъ поръ выпадение. Menses весьма богаты.	<i>Prolapsus uteri partialis.</i>	<i>Castratio duplex.</i> <i>Ventrixfixatio.</i> <i>Colp. ant.</i> <i>Colporrhineog- thaphia.</i> Оп. ассистентъ.	3 первые дня по веч. 38,0—38,4. Некрозъ бр. покрововъ. Вып. на 28-й день.	Пром. хоро- шо зажила. Разрѣзъ бр. стыжки за- жаты, за- искл. низ- няго угла, гдѣ грану- ляция. Мат- ка въ анте- флексіи, сое- динена съ бр. ст.	Dr. K. Вполнѣ хоро- шее самочув- ствіе. Ника- кихъ затрудне- ній.	Матка въ анте- флексіи, спаяна съ бр. ст. Незначит. опу- щение передней стыжки влагалищ. Грыжи нѣтъ.
126.	72.	97,98	36 а.п.	X род. Выпа- дение со врем. 3-хъ родовъ бл. наз. операция влагалища; затѣмъ еще 3 родовъ. Ре- цидивъ тотъ- часъ послѣ операции.	<i>Prolapsus totalis uteri retroflexi.</i> Рубцы отъ перед- ней и задней <i>colporrhaphia</i> .	<i>Castratio duplex.</i> <i>Ventrixfixatio.</i> <i>Colporrhineog- thaphia Hegar.</i>	2-й д. в. 38,2. 3-й д. в. 38,4. Вып. на 20-й день.	Пром. хоро- шо зажила. Матка въ антефлексіи, соеди- нена съ бр. стыжкой.	„Мое состояніе вполнѣ хорошо. 3/4 года спустя антефлексіи послѣ на живогъ об- разованіи, изъ котораго выдѣ- лилась витка.“	
127.	118.	97,98	27 а.п.	II род. При первыхъ ро- дахъ и 8 недѣль въ постели, съ тѣмъ поръ (2 г.) выпадение. Лѣжение въ обстоят. таза.	<i>Prolapsus uteri partialis.</i> Отъ ваги- налы до моченосца. какала до оуф. extern. 7 смт. <i>Retroflexio-versio uteri.</i>	<i>Ventrixfixatio.</i> <i>Colporrhineog- thaphia.</i>	Безлихора- дочно. Вып. на 16-й день.	Матка въ антефлексіи, соеди- нена съ бр. ст. <i>Colp. хо-</i> <i>рошо за-</i> <i>жата.</i>	Хорошее само- чувствіе и поз- ная работоспо- собность.	<i>Uterus ante flexus,</i> <i>gravidus mens.</i> Промежность крѣпкая, 4 смт. Линейный рубецъ б. ст. швы.

№№ по порядку	Журнал №	Имя, Возраст	Анамнез, Симптомы	Status и диагноз	Операция	Течение	Состояние при выпискѣ	Результаты изслѣдованія	
								Субъективно	Объективно
128.	136. 97/98	J. N. 25 а.п.	I роды въ Окт. 1895 г. Шипцы, шовъ на промежн. 14 дней въ постели. Выпадение со врем. родовъ. Incontinentia urinae 9 лѣтъ (переломъ таза).	Prolapsus uteri partialis. Defectus perinei II. Fistula vesico-vaginalis.	Ventrifixatio. Episio-plastika.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Брюши. рана p. prim. Матка въ антефлексіи, соединена съ бр. ст. Промежность хорошо зашита. Вслѣдствіе фистулы новая операц.		
129.	194. 97/98	O. K. 54 а.п.	VIII род. 2-лихорадочныхъ послѣрод. пер. Выпадение образцов. 8 нед. назадъ, тогда же 8-дневн. сильное кровотечение. Менопауза 15 лѣтъ.	Prolapsus uteri.	Ventrifixatio. Colporrh. ant. Colporperineorrhaphia.	2-й д. } веч. 3-й " } выше 4-й " } 38,0. Вып. на 17-й день.	Брюши. рана p. prim. Промежн. p. prim. Матка высоко, соединена съ бр. ст.	Хорошее самочувствіе. Мочеиспусканіе и стулъ нормальны.	Высокая крѣпкая промежн. 4 1/2 смт. на 6 смт. позади vulva. Матка въ антефлексіи, соединена съ бр. стѣнк. Cavum 11 смт. Брюшной разръзъ p. p.
130.	296. 97/98	M. G. 52 а.п.	III род. Послѣрод. пер. 8—14 дней. Выпадение наступило послѣ родовъ, изъ которыхъ послѣдніе были 18 л. назадъ. Затрудненія 1/2 года. Менопауза 4 г.	Prolapsus pariet. vag. ant. Cystocele Prolapsus uteri retroflexi partial.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporperineorrhaphia.	Безлихорадочное. Выписана на 16-й день.	Брюши. рана p. prim. Матка въ антефлексіи, соедин. съ бр. ст. Задняя ст. влагал. въ окружности colp. инфильтрирована.	Пациентъ чувствуетъ себя хорошо; работоспособна. Мочеиспусканіе нѣсколько затруднено.	Промежность втянутая, 2 1/2 смт. Vulva зияетъ. Передн. ст. влагал. опускается. Portio мала, на 6 смт. сзади introitus. Матка въ антефлексіи, приподнята, спаяна съ бр. ст. Cavum 8 смт. Брюшной разръзъ p. p.
131.	447. 97/98	V. K. 40 а.п.	I роды, 7 л. назадъ. Послѣрод. періодъ очень длиненъ. Вслѣдъ за нимъ развитіе выпаденія. Molimina menstrualia. Затрудн. мочеиспусканія.	Prolapsus uteri partialis.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporperineorrhaphia.	Безлихорадочное. Выписана на 21-й день.	Матка въ антефлексіи, соединена съ бр. ст.	 Длительная чахотка.	
132.	470. 97/98	A. P. 39 а.п.	II род., послѣдн. 9 л. ваз. Послѣрод. пер. 8 недѣль. Съ тѣхъ поръ сначала явленія опущенія и затѣмъ выпаденіе. Сильныя molimina menstrualia.	Ruptura perinei II. Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolapsus portio-nis uteri. Oedema portio-nis. Retroflexio uteri.	Castratio duplex. Ventrifixatio. Colporraph. ant. Colporperineorrhaphia.	Нѣск. вечеровъ повышеніе t вып. на 21-й день.	Раны бр. ст. и влагалница p. p. Матка въ антефлексіи, спаяна съ бр. ст.		
133.	479. 97/98	A. R. 42 а.п.	III род. Выпадение 6 лѣтъ, послѣ аборт. Затрудненіе мочеиспуск. и стула. Menses очень обильны, каждыя 4 нед.	Inversio totalis pariet. vag. ant. partial. pariet. vag. poster. Prolapsus partialis uteri retroflexi. Придатки здоровы.	Castratio duplex. Ventrifixatio. Colp. ant. Colporperineorrhaphia.	Безлихорадочное. Вып. на 17-й день.	Матка дов. высоко соединена съ брюши. по кровами.	Мужъ паци. пишетъ: „Жизнь стала легка для моей жены; все время она чувствуетъ себя здоровой“.	
134.	500. 97/98	H. S. 47 а.п.	IV род., послѣдн. 14 л. ваз. Съ тѣхъ поръ чувствуется опущеніе. Выпадение 3 года.	Окружность выпаденія 32 смт., длина отъ symphysis 17 смт. Inversio totalis vag. Cystocele. Prolapsus totalis uteri.	Ventrifixatio cervicis uteri. Neugebauer-Lefort.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Брюшной разръзъ p. p. Выпадение вполне излѣчено.		

№ по порядку	Имя	Возрастъ	Анамнезъ, Симптомы	Status и диагнозъ	Операция	Течение	Состояніе при выискѣ	Результаты изслѣдованія	
135.	595.	E. Z.	X род., послѣдн. 8 л. ваз. Выпадение partial. pariet. post. 1 годъ. Сильное затрудненіе uteri. Cystocele permagna. Боли въ животѣ.	Inversio totalis pariet. ant. vag., Prolapsus uteri partialis. Oedema portionis. Retroflexio-versio uteri. Придатки здоровы.	Castratio duplex. Ventrifixatio cervicis uteri. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихора- дочное. Вып. на 22-й день.	Брюшина и промежн. р. р. Матка себя вполне хорошо и свободно выпя- нута, спаяна съ бр. ст.	Цап. шнети: „Я чувствую себя вполне хорошо и сердечно благо- дарю“.	Объективно.
	97, 98	49 а. н.	VI род., по- слѣдн. 1 г. ваз. Выпадение 4 г. Боли въ крестцѣ и жи- вотѣ. Menstr. регуляры.	Prolapsus vaginae partialis. Prolapsus uteri partialis. Oedema portionis. Retroflexio-versio uteri. Придатки здоровы.	Ventrifixatio cervicis uteri. Colp. ant. Colporrhineor- rhaphia.	2-й и 3-й д. вѣч. выше 38° 0. Выписана на 22-й день.	Брюшной разръзъ и промеж- постъ р. р. Матка въ антефл., вы- соко, фикса- рована.	Хорошее сахо- чувствіе и работоспособ- ность. Моче- испуск. и стулъ нормальны. Менсес тоже.	Промежн. 5 смт. Незначит. опущ. передн. ст. Естат- лища, которыя отъ отца. Рубецъ отъ солр. очень короткий. На 6 смт. сзади отъ introitus — инертрофиро- ванная portio. Шейка удлинена. Матка фиксиро- вана на бр. ст. на уровнѣ otif. int. Дно матки ретро- вертировано и отклонено направо. Линейный рубецъ бр. стѣны.
136.	684.	O. W.	33 а. н.						

137.	677.	A. N.	26 a. n.	I роды 3 года наз. Построд. пер. ваз. послѣдн. 3 нед. 3 мѣс. назадъ retroflexi partialis. Recto-cystocele. Rectocele.	Inversio pariet. vag. ant. et post. Prolapsus uteri retroflexi partialis. Cystocele. Rectocele.	Ventrifixatio cervicis uteri. Colp. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихора-дочное. Вып. на 17-й день.	Брюшная раиа и про-жность межностъ р. р. Матка фи-ксирована спереди. Даже и при сильномъ натужива-нии выпя-денія нѣтъ.	Хорошее само-чувствіе и работоспособ-ность. Мочепуск. и стулъ нор-мальны.	Промежи. 4 смт., влагалище 8 смт. въ длину; высокая маленькая ность. Сав. uteri portio. Сав. uteri 6 смт. Матка при-поднята, антевер-тирована, корот-кимъ шнуромъ, идущимъ отъ нижняго полюса тѣла, соединена съ бр. ст. Брюш-ной разръзъ р. р.
138.	692.	C. L.	70 a. n.	2 послѣдн. пер. ваз. послѣдн. 2 г. ваз. сь лихорадкой. retroversus. Елон-Постлн. роды gatio cervicis. Cav. 30 л. назадъ. 12 смт. Cystocele. Rectocele.	Prolapsus uteri et vag. totalis. Uterus retroversus. Elop-gatio cervicis. Cav. 30 л. назадъ. 12 смт. Cystocele. Rectocele.	Ventrifixatio cervicis uteri. Colporrh. ant. Colporrhineorrhaphia.	Безлихора-дочное. Выписана на 17-й день.	Брюшной разр. и про-жность межностъ р. р. Матка ксирована вперед. При натуживаніи ничего не выступ. наружу.	Хорошее само-чувствіе и работоспособ-ность. Мочепуск. и стулъ нор-мальны.	Промежи. 4 смт. Ротіо на 4 смт. выше introitus. Матка въ анте-флексіи, несколько приподнята, кон-цомъ правой трубы фиксиро-вана на бр. ст. Брюшной рубецъ сдва замѣтит.
139.	719.	B. J.	28 a. n.	VI род., послѣдн. 2 г. наз.; съ тѣхъ, нортъ выпадение внутр. поло-выхъ органовъ. 1 годъ назадъ оперирована задняя маленькая фи-вь крестцѣ. Боли въ крестцѣ. Затрудненіе мочеиспуск. Molimina men-strualia.	Матка въ полож. retrof.-versio, уве-личена. Выпаденіе portionis. На пе-редней ст. влагал. прямой рубецъ, на задней нѣсколько меньшихъ фи-гур. Стѣнки влагалища не выпадаютъ.	Ventrifixatio cervicis uteri.	Безлихора-дочное. Вып. на 19-й день.	Брюшной разр. р. р. Матка фиксиро-вана на бр. ст. Ротіо на нормальномъ высотѣ.	Занимается от-тажной рабо-той. Чувствуетъ себя вполне хорошо. Моче-флексіи, несколько приподнята, кон-цомъ правой трубы фиксиро-вана на бр. ст. Брюшной рубецъ сдва замѣтит.	Промежи. 4 смт. Ротіо на 4 смт. выше introitus. Матка въ анте-флексіи, несколько приподнята, кон-цомъ правой трубы фиксиро-вана на бр. ст. Брюшной рубецъ сдва замѣтит.

№№ по порядку.	Журналы №	Имя. Возраст.	Анамнез.	Status	Операция.	Течение.	Состояние при	Результаты изслѣдованія.	
			Симптомы.	и диагнозъ.			выпискѣ.	Субъективно.	Объективно.
140.	731. 97/98	M. G. 57 а.п.	II род.; выпадение со врем. послѣдн. род. Выпадение стало меньше 14 л. назадъ, когда пац. замѣтила, что начала полнѣть.	Prolapsus pariet. vag. ant. et post. Prolapsus portionis uteri. Cystocele. Матка мала, подвижна, прижата къ symphysis пузырчатой опухолью.	Удаление пузырчатой опухоли, развившейся между связками. Ventrifixatio.	3-й д. в. 38,0. Выписана на 19-й день.	Брюшн. разр. р. prim. Матка высоко фиксирована спереди. Cystocele средней степени.	Г-жа G. пишетъ: „Относительно моей прежней болѣзни я чувствую себя вполне хорошо“.	
141.	743. 97/98	E. J. 40 а.п.	VII род. Со времени 1-хъ боли въ крестцѣ. Позднѣе развитие выпадения.	Передняя стѣнка влагалища вся выпадаетъ, задняя частично. Prolapsus uteri retroflexi partialis. Cav. uteri 14 cm. Cystocele. Rectocele.	Ventrifixatio. Colp. ant. Colporrhaphia. Оп. ассистентъ.	Безлихорадочное. Вып. на 18-й день.	Брюшн. разрѣзъ и промежность р. prim. Матка хорошо фиксирована впереди. Portio въ нормальномъ положеніи.	D. J. пишетъ, что пациентка, не смотря на тяжелую работу, чувствуетъ себя вполне хорошо.	

142.	749. 97/98	J. N. 55 а.п.	VII род.; по- слѣдніе 10 л. наз. Выступаніе внутр. полов. органовъ 3 г. Затрудненіе мочеиспуск. Менопауза.	Defectus perinei II. Cystocele. Rectocele. Prolapsus uteri retroflexi.	Ventrifixatio cervicis uteri. Colporrhaphia anterior. Colporrhaphia. Оп. ассистентъ.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.	Брюшная рана хорошо зажила. Матка фикса- рована высоко впе- реди.	Чувств. себя вполне хорошо; тяжелыми ра- ботами не зави- малась.	Промежность 2 1/2 cm., плохая. Незначительное выпаденіе задней стѣнки влагалища. Portio на 6 1/2 cm. сзади introitus. Матка шейкой фиксирована на бр. стѣнкѣ. Corpus отклоненъ вправо. Линейный рубецъ бр. стѣнки.
143.	782. 97/98	M. E. 34 а.п.	II род., послѣдніе въ 1889 г. Выпа- деніе опериро- вано 7 л. наз. (Colp. ant. et post.) 1 г. наз. рецидивъ. Все время сильныя боли.	Prolapsus uteri retroflexi.	Ventrifixatio cervicis uteri. Castratio duplex. Colporrhaphia.	Безлихора- дочное. Вып. на 17-й день.	Брюшной разр. и про- межность р. prim. Матка въ антефлексіи, фикса- рована на бр. стѣнкѣ.	Хорошее само- чувствіе и пол- ная работоспо- собность.	Промежность 4 cm. Portio на 6 cm. сзади vulva. Матка въ анте- верзии, припод- нята, спаяна съ брюшн. стѣнкой. Cav. uteri 8 cm. Брюшной разрѣзъ р. р.

какъ видно изъ приведенной таблицы, въ Breslau-ской клиникѣ за почти 5-лѣтній періодъ времени оперировано 143 случая выпаденія матки. Изъ нихъ въ 51 было полное выпаденіе, въ 92 — частичное. Иѣтъ надобности говорить о томъ, что къ полнымъ выпаденіямъ отнесены лишь такіе случаи, въ которыхъ fundus uteri лежалъ ниже плоскости выхода таза. Къ сожалѣнію, я не могъ представить точныхъ данныхъ о частотѣ разрывовъ промежности, cystocele, rectocele, oedema portionis и т. д., такъ какъ часть скорбныхъ листовъ, при происходившихъ за этотъ періодъ времени передѣлкахъ въ клиникѣ, была затеряна, и я въ нѣкоторой части случаевъ долженъ былъ ограничиться лишь краткими свѣдѣніями, записанными въ главный журналъ. Равнымъ образомъ и положеніе матки записано не во всѣхъ этихъ случаяхъ; данныя послѣдняго рода я нашелъ только въ 95, при чемъ 89 матокъ помѣчены смѣщенными кзади, 6 — антепонированными. Такимъ образомъ въ 93% матка оказалась въ положеніи retroversio-flexi'i — и только въ 7% въ anteversio-flexi'i. Касательно сравнительной частоты того и другаго изъ названныхъ положеній матки я только у Winkel'я¹⁵¹⁾ нашелъ указаніе, что онъ наблюдалъ лишь какъ исключеніе антефлексію при выпаденіи матки. Küstner въ руководствѣ Veit'a относительно этого вопроса говорить, что антефлектированная матка при выпаденіи всегда бываетъ мала и дрябла и можетъ принимать самыя разнообразныя положенія. И въ 6 нашихъ случаяхъ отмѣчено, что матка или очень мала, или, самое большее, достигаетъ лишь нормальной величины. Большинство нашихъ пациентокъ, какъ это и понятно само собою, имѣли роды; нерожавшихъ было только 6. Далѣе, изъ анализа видно, что у 67 женщинъ выпаденіе наступило вслѣдъ за родами, у 30 развилось только во время менопаузы; у 34 — выпаденіе развилось черезъ годъ или нѣсколько лѣтъ послѣ родовъ. Въ послѣдней группѣ часто встрѣчаются отмѣтки, что вслѣдъ за родоразрѣшеніемъ появились болѣзненные

регулы и боли внизу живота, — симптомы, позволяющія сдѣлать заключеніе объ отклоненіи матки кзади. Въ первой группѣ, состоящей изъ 67 случаевъ, слѣдуетъ обратить вниманіе на частоту искусственныхъ родовъ и лихорадочныхъ послѣродовыхъ періодовъ.

Подробно разсматривать значеніе этихъ цифръ не позволяютъ мнѣ рамки моей работы, — я желаю бы лишь констатировать, что приведенныя данныя вполне согласуются со взглядами, высказанными въ первой части работы.

Ради сравненія найденныхъ мною цифръ съ данными прежнихъ авторовъ относительно частоты выпаденія матки у перожаившихъ и многородящихъ я приведу здѣсь нѣкоторыя изъ нихъ. Цифры Scanzoni¹⁵²⁾ и особенно E. Martin'a¹⁵³⁾, — 87% и 96%, — довольно близки къ моимъ 95% у многородящихъ. Цифра же Verdier, — 33% для перожаившихъ слишкомъ высока. Приведенныя данныя заимствованы мною изъ диссертации Taggensch'a, гдѣ имѣется также указаніе Heftler'a относительно частоты выпаденія послѣ первыхъ родовъ. Такія указанія, какъ мы уже видѣли прежде, имѣютъ большое значеніе для выясненія этиологій выпаденія, и потому я нахожу не лишнимъ сравнить ихъ съ данными нашихъ таблицъ. Heftler написалъ, что 25—35% выпаденій развиваются вслѣдъ за первыми родами. Изъ нашихъ случаевъ только 17% относятъ свое заболѣваніе ко времени первыхъ родовъ. Именно, такихъ паціентовъ было всего 24, и изъ нихъ 14 имѣли лихорадочный послѣродовой періодъ или же разрѣшились при помощи оперативныхъ приѣмовъ.

Рамки работы не позволяютъ мнѣ входить во всѣ подробности, и потому я ограничусь указаніемъ, что изъ анамнеза нашихъ случаевъ невозможно сдѣлать никакихъ выводовъ для утвержденія, что слишкомъ раннее вставаніе съ постели послѣ родовъ, играетъ большую роль въ этиологій выпаденія, какъ это обыкновенно принимается. Къ сожалѣнію, я не могу привести здѣсь безупречныхъ цифръ,

такъ какъ при собираніи анамнестическихъ данныхъ на этотъ пунктъ не было обращено должнаго вниманія. И такъ какъ нашъ матеріалъ, повторяю, не даетъ никакихъ точекъ опоры для упомянутого утвержденія, то я, по крайней мѣрѣ, желалъ бы воспользоваться этимъ случаемъ, чтобы обратить вниманіе на то, что весьма важно собирать безупречныя данныя по этому вопросу, чтобы содѣйствовать его разрѣшенію также и помощью цифръ, а не однихъ только теоритическихъ разсужденій. Вопросъ этотъ, по моему мнѣнію, имѣетъ большой интересъ относительно дѣятельности послѣродоваго періода. Взглядъ Küstner'a¹⁵⁶⁾ на этотъ вопросъ на послѣднемъ гинекологическомъ конгрессѣ признанъ невѣрнымъ большинствомъ членовъ съ Ohlshausen'омъ¹⁵⁷⁾ во главѣ. Но насколько справедливо такое отрицаніе причинной связи между опущеніемъ половыхъ органовъ и раннимъ вставаніемъ съ постели послѣ родовъ, — покажетъ будущее.

Послѣ этого краткаго отклоненія въ сторону, я возвращаюсь къ моей темѣ.

Изъ числа включенныхъ въ таблицу 143 случаевъ выпаденія, въ одномъ была предпринята полная экстирпация матки; въ двухъ произведена операція Alexander-Adams-Koscher'a, а именно въ одномъ вмѣстѣ съ colporrhineorrhaphi'ей, въ другомъ съ передней и задней влагалищной пластикой и увеличеніемъ промежности; у четырехъ пациентокъ произведены vaginofixatio uteri и вслѣдъ за послѣдней необходимыя операціи влагалища. Въ случаѣ № 94 дѣло ограничилось операціями влагалища и высокою ампутаціей шейки матки. Въ случаѣ № 101 брюшная полость была вскрыта для выполненія ventrifixati'i, но закрыта снова вслѣдствіе вирулентнаго воспаленія придатковъ, послѣ чего черезъ двѣ недѣли сдѣлана высокая ампутація маточной шейки и вслѣдъ за тѣмъ colporrhineorrhaphia. Во всѣхъ остальныхъ 134 случаяхъ произведена ventrifixatio uteri. Въ прилагаемой табличкѣ я раздѣляю эти послѣдніе случаи на группы по ихъ комбинаціи съ той или другой операціей суженія влагалища.

Таблица I.

Произведена ventrifixatio.	Полное выпадение	Частичное выпадение.
1. Безъ другихъ операций	2	18
2. Съ colporrhaphia anterior	2	1
3. Съ colporerineorrhaphia	19	26
4. Съ colporrhaphia ant. и colporerineorrhaphia	17	38
5. Съ ампутаціей влагалищн. части матки	1	1
6. Съ операцией Nengebauer - Le Fort'a	6	1
7. Съ двустороннимъ освѣженіемъ по Winkel'ю	1	1
	48	86

Далѣе, въ 14 случаяхъ, вслѣдствіе болѣзни яичниковъ произведена, смотря по показаніямъ, односторонняя или двухсторонняя кастрація. 8 пацієнтокъ кастрированы исключительно съ цѣлью благопріятнаго вліянія на исходъ операций выпаденія. Въ одномъ случаѣ portio vag. uteri ампутирована передъ ventrifixati'ей. У нѣкоторыхъ пацієнтокъ кромѣ ventrifixati'и произведено вылущеніе маленькихъ міомъ. У восьми пацієнтокъ сдѣлана cervicofixati'я; вообще же, какъ выше сказано, производилась фиксация на передней брюшной стѣнкѣ нѣсколько ниже дна матки.

Изъ числа всѣхъ оперированныхъ пацієнтокъ четыре умерли непосредственно послѣ операций, что составляетъ 0,5% смертности. Но въ случаѣ № 87 дѣло идетъ собственно объ операциіи придатковъ, такъ какъ сначала были удалены обѣ трубы, выполненныя вирулентнымъ гноемъ, а затѣмъ уже произведена ventrifixati'я. Въ случаѣ № 101 брюшная полость была закрыта безъ фиксаціи матки и безъ всякаго прикосновенія къ наполненнымъ гноемъ абсцессамъ. Заживленіе разрѣза брюшной стѣнкишло совершенно хорошо. Но пацієнтка умерла черезъ 17 дней вслѣдствіе сепсиса, послѣдовавшаго за ампутаціей влагалищной части матки и colporerineorrhaphi'ей, произведенными за 7 дней до смерти. Непосредственный результатъ въ отношеніи фиксаціи матки былъ во всѣхъ нашихъ случаяхъ благопріятенъ. 11 пацієнтокъ выписались съ гранулирующими ранами брюш-

ной стѣнки. У 7 пациентокъ разрывающаяся промежность зажила вторично. Изъ этихъ 7 случаевъ одна промежность не зажила. Въ случаѣ № 10 по выздоровленіи пациентки оказалась необходимой *colporrhineorrhaphia*, такъ какъ выпадала стѣнка влагалища. 6 пациентокъ отпущены съ плохо заживленной промежностью. Далѣе въ 4 случаяхъ результаты при выпискѣ также не были безупречны, а именно, — въ одномъ случаѣ операціи по методу Alexander-Adams'a, въ которомъ въ день выписка *portio vaginalis uteri* еще была видна въ половой щели; затѣмъ въ случаѣ № 77 съ сильно увеличенной міоматозной маткой, которую вообще невозможно было смѣстить; въ этомъ случаѣ маточное рыльце осталось въ *introitus vaginae*; далѣе въ случаѣ № 62, — пациентка вследствие выпаденія влагалищныхъ стѣнокъ отпущена съ нессариѣмъ; и наконецъ въ единственномъ случаѣ полной экстирпаціи матки образовалось опущеніе стѣнокъ влагалища, какъ только пациентка встала съ постели. Такимъ образомъ, результаты при выпискѣ у 10 пациентокъ, что составляетъ 7% всѣхъ случаевъ, были не безупречны. Далѣе, какъ сказано выше, 11 пациентокъ отпущены съ гранулирующими ранами брюшныхъ стѣнокъ или фистулами брюшныхъ покрововъ. А такія осложненія заживленія служатъ, какъ извѣстно, излюбленными мѣстами образованія грыжъ. Если причислить эти 11 случаевъ къ вышеупомянутымъ 10 съ неудовлетворительнымъ исходомъ влагалищной операціи, то въ общемъ мы получимъ 19 пациентокъ (2 случая совпадаютъ) или 13% общаго числа случаевъ, въ которыхъ результаты при выпискѣ оставляли желать лучшаго.

Если принять во вниманіе, что нашъ оперативный пріемъ представляетъ комбинацію двухъ совершенно различныхъ операцій, изъ которыхъ каждая сама по себѣ можетъ дать неудачный результатъ, то станетъ понятнымъ, почему наши результаты при выпискѣ пациентокъ отстаютъ отъ цифръ Asch'a¹⁶⁷⁾, Meinert'a¹⁶⁸⁾, Kaltenbach'a¹⁶⁹⁾, получающихъ въ 92—95% хорошіе непосредственные результаты.

Впрочемъ, и въ Breslau'ской клиникѣ за послѣдніе три года, со времени замѣны сквознаго шва этажнымъ и введенія погружнаго шва для вентрификсаціи, не наблюдалось больше нагноенія брюшныхъ покрововъ, такъ что первичный результатъ значительно улучшился.

Большинство пацієнтокъ оставляло клинику на 17-й или 18-й день послѣ операціи. Такъ какъ большинство страдающихъ выпаденіемъ половыхъ органовъ принадлежитъ, какъ извѣстно, къ рабочему сословію, то важно, чтобы лечение оканчивалось въ возможно короткій срокъ. И въ этомъ отношеніи комбинація *ventrifixati*и съ операціей суженія влагалища даетъ не худшіе результаты, чѣмъ одна операція суженія влагалища сама по себѣ, такъ какъ все операторы выписываютъ своихъ больныхъ не раньше третьей недѣли, Göttingen'ская клиника (Humpf)¹⁶²⁾ даже черезъ четыре недѣли. Заживленіе, конечно, замедлялось въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо было вторичное зашиваніе тазового дна; далѣе, болѣе продолжительное пребываніе въ клиникѣ вызывалось также нагноеніемъ брюшныхъ покрововъ; у одной пацієнтки (№ 50) на 17-й день послѣ операціи образовался тромбофлебитъ, приковавший еѣ къ постели почти на два мѣсяца; но въ этой несчастной случайности винить приходится, конечно, не *ventrifixati*ю, а операцію суженія влагалища. У 36 пацієнтокъ наблюдалось незначительное повышеніе температуры (до 38,5°) на 2-й или 3-й день послѣ операціи. 10 пацієнтокъ лихорадили выше 38,5. Большею частью это было обусловлено мѣстнымъ раздраженіемъ влагалища, а въ нѣкоторыхъ немногихъ случаяхъ — абсцессомъ брюшныхъ покрововъ. Кромѣ упомянутыхъ двухъ смертныхъ случаевъ, не разу не наблюдалось какой бы то ни было угрожающей жизни инфекціи.

Обращаясь къ обзору конечныхъ результатовъ операціи, я позволю себѣ здѣсь снова сказать нѣсколько словъ о способѣ изслѣдованія и лежащихъ въ основѣ его принципахъ. Къ рецидивамъ отнесены только такіе случаи, въ

которыхъ матка совершенно отдѣлилась отъ брюшной стѣнки и выпала. Если же матка оставалась въ связи съ брюшной стѣнкой, и эта связь обуславливала нормальную *anteflexio-versio* органа, то случаи опущенія влагалищной части матки вслѣдствіе растяженія шейки, выпаденія стѣнокъ влагалища, *cystocele*, *rectocele*, — я, согласно нашему воззрѣнію, относили къ небезупречнымъ результатамъ нашихъ операцій, но не къ рецидивамъ.

Оправданіемъ для этого служить съ одной стороны нашъ взглядъ на значеніе того или иного положенія матки въ этиологіи выпаденія, съ другой — субъективное состояніе нашихъ пацієнтокъ. 15 пацієнтокъ изъ 21 съ влагалищными рецидивами не чувствовали никакихъ затрудненій и были вполне работоспособны.

Самые свѣжіе изъ принятыхъ въ расчетъ случаевъ перенесли операцію почти за годъ до начала моей работы. Рецидивы и ухудшенія состоянія, если таковыя вообще имѣли мѣсто, наблюдались, какъ видно изъ таблицъ, почти всегда въ первые послѣ операціи мѣсяцы, такъ что годовой срокъ является вполне достаточнымъ, чтобы судить о конечномъ результатѣ операціи. Только позднѣйшіе роды могутъ измѣнить результатъ влагалищной пластики даже и спустя продолжительное время послѣ операціи. Но если заботѣванію подвергаются и совершенно здоровыя женщины, то понятно, что не могутъ быть отъ него застрахованы пацієнтки излѣченныя отъ выпаденія. Но въ то время какъ здоровыя женщины, помимо поврежденія тазоваго дна, подвергаются послѣ родовъ и опасности отклоненія матки кзади со всеми возможными его послѣдствіями, *ventrifixatio* я, по видимому, и послѣ родовъ обезпечиваетъ нормальное положеніе матки. Но крайней мѣрѣ, въ нашихъ случаяхъ не наблюдалось ни одного рецидива вслѣдъ за родами; конечно это не даетъ права думать, что и дальнѣйшіе роды не испортятъ результата операціи.

Какъ я уже упоминалъ выше, изъ 111 случаевъ, о которыхъ я могъ собрать свѣдѣнія, 62 изслѣдованы мною лично,

8 — товарищами врачами и 41 пациентка доставили письменныя извѣщенія о своемъ состояніи. Если сравнить результаты личнаго изслѣдованія съ письменными извѣщеніями, то невольно обращаетъ вниманіе на тотъ фактъ, что изъ 41 пациентки, приславшихъ письменныя свѣдѣнія, только 6 женщинъ или 14% недовольны своимъ состояніемъ, тогда какъ изъ изслѣдованныхъ 70 случаевъ 32 пациентки или 47% не представляютъ объективно удовлетворительнаго результата. Такое несоотвѣтствіе можетъ навести на мысль, что письменныя извѣщенія пациентокъ о своемъ состояніи не отвѣчаютъ дѣйствительности и редактированы черезъ-чуръ оптимистически. Но это кажущееся противорѣчіе легко объясняется тѣмъ, что личному изслѣдованію была подвергнута каждая пациентка, которая въ своемъ письменномъ сообщеніи жаловалась хотя бы на малѣйшія затрудненія со стороны половыхъ органовъ или брюшныхъ стѣнокъ, или на уменьшенную работоспособность. Чтобы убѣдиться, что пациентки не прикрашиваютъ своего состоянія, я изслѣдовалъ повторно тѣхъ изъ нихъ, которыя, по ихъ словамъ, были совершенно здоровы; и я ни разу не могъ констатировать плохаго результата операціи; напротивъ, довольно часто приходилось убѣждаться, что пациентки стараются представить свое состояніе въ худшемъ видѣ, чѣмъ оно было въ дѣйствительности. Такимъ образомъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о хорошемъ результатѣ, мы смѣло можемъ поставить письменныя извѣщенія на одну ступень съ объективными изслѣдованіями. Но совсѣмъ иначе дѣло стоитъ съ плохими результатами. Изъ 6 пациентокъ, жаловавшихся на вновь наступившія явленія выпаденія, я только въ одномъ случаѣ, № 22, съ полной увѣренностью могу принять, что это былъ влагалитный рецидивъ. Остальные 5 случаевъ я долженъ былъ отнести къ полнымъ рецидивамъ. Замѣчу, что у нѣкотораго числа пациентокъ, извѣстившихъ первоначально письменно о своемъ состояніи въ тѣхъ же самыхъ выраженіяхъ, какъ и нѣкоторые изъ упомянутыхъ 5 случаевъ,

я позднѣе нашелъ лишь выпаденіе влагалища. Но уже и помню того мнѣ кажется невѣроятнымъ, чтобы изъ 40 женщинъ рецидивъ наступилъ у 5, т. е. въ 12%, тогда какъ изъ 65 точно изслѣдованныхъ пациентокъ полная неудача операціи оказалась только у 4, что представляетъ 6%. Въ своихъ письменныхъ сообщеніяхъ пациентки жаловались главнымъ образомъ на неспособность къ работѣ (№№ 10, 24, 42, 117). Но насколько эта неспособность къ работѣ обусловлена дѣйствительно вновь образовавшимся выпаденіемъ и въ какой мѣрѣ она зависитъ отъ стараго пельвеоперитонита (№ 10) или брюшной грыжи (№ 42), конечно, нельзя рѣшить на основаніи письменныхъ сообщеній. Названные 5 случаевъ при обсужденіи объективныхъ результатовъ я долженъ былъ отнести къ полнымъ рецидивамъ, хотя съ увѣренностью можно бы принять, что по крайній мѣрѣ часть ихъ туда не относится. Конечно, при опредѣленіи работоспособности они удерживаютъ полную силу. Привожу двѣ таблицы, въ которыхъ я перечисляю вентрификсированныя выпаденія въ ихъ комбинаціи съ операціями суженія влагалища. Въ первой изъ нихъ приведены результаты письменныхъ справокъ, во второй --- объективнаго изслѣдованія.

Таблица 2.

Результаты письменныхъ извѣщеній.

Ventrifixatio.	Безувречный результатъ.		Влагалищный рецидивъ.		Маточный рецидивъ.	
	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.	Полное выпаденіе.	Частичное выпаденіе.
1. Безъ влагалищной операціи	"	2	"	"	"	№№ 24 и 71
2. Съ colporrhaph. ant. . .	"	"	"	"	"	"
3. Съ colporrhaph. ant. . .	6	9	"	"	"	№ 10
4. Съ colporrh. anterior и colporrhaph. ant.	4	11	"	№ 22	"	№ 117
5. Съ amputatio portionis .	"	"	"	"	№ 42	"
6. Neugebauer - Le Fort . .	1	1	"	"	"	"
7. Съ двусторонн. освѣженіемъ по Winkel'ю .	"	"	"	"	"	"
	11	23	"	1	1	4

Таблица 3.
Результаты объективного исследования.

Ventrifixatio.	Безупречный результат.		Влагалищный рецидивъ.		Маточный рецидивъ.	
	Полное выпадение.	Частичное выпадение.	Полное выпадение.	Частичное выпадение.	Полное выпадение.	Частичное выпадение.
1. Съ верхней влагалищной операцией.	"	5	"	№№ 52, 59, 67, 97, 105	"	№ 44
2. Съ colporrhaphia anterior.	"	"	№№ 57, 103	№ 51	"	"
3. Съ colpoperineorrhaphia.	6	9	№№ 35, 49, 53, 63, 83	№№ 5, 51, 72	№ 69	"
4. Съ colporrh. anterior и colpoperineorrhaphia.	4	14	№ 120	№№ 4, 60, 62, 70, 142	№№ 58, 102	"
5. Съ amputatio portio-nis uteri.	"	2 (*)	"	"	"	"
6. Съ Neugebauer-Le Fort.	"	"	№ 106	"	"	"
7. Съ двусторонн. ослаб-женіемъ по Winkelfo.	"	"	"	"	"	"
	10	28	9	14	3	1

Сюда включены и случаи, исследованные товарищами-врачами.

Кромѣ перечисленныхъ въ таблицахъ случаевъ, имѣются еще свѣдѣнія относительно двухъ операций Alexander Adams'a и о четырехъ vaginaefixati'яхъ. Одна изъ пациентокъ, оперированныхъ по способу Alexander Adams'a въ комбинаціи съ colpoperineorrhaphi'ей чувствуетъ себя, согласно ея письму, вполне здоровой; у другой, лично мною исследованной, оказался влагалищный рецидивъ. 4 случая vaginaefixati'и я исследовать самъ и напечать одинъ полный и

*) Кромѣ amputatio portio-nis сдѣлана была colpoperineorrhaphia, и случай отнесенъ въ послѣднюю рубрику.

три влагалищныхъ рецидива. Разсматривая въ цѣломъ полученные клиникой результаты, мы находимъ слѣдующія цифры. Изъ 111 пацієнтокъ, которымъ была сдѣлана *ventrifixati'a* съ операцией суженія влагалища или безъ таковой, операція Alexander Adams'a или *vaginaefixati'a*, 73 выполнѣ излѣчены. У 28 пацієнтокъ слова образовалось выпаденіе половыхъ органовъ, но матка осталась въ нормальномъ положеніи. Въ 5 случаяхъ матка выпала и оказалась отклоненной кзади. 5 остальныхъ случаевъ, по вышеприведеннымъ соображеніямъ (только письменныя извѣщенія) мы должны также отнести къ полнымъ рецидивамъ. Переводя эти цифры на проценты, мы находимъ, что Breslau'ская клиника въ леченіи выпаденій матки помощью названныхъ методовъ получила 65,7% безупречныхъ излѣченій, 25,2% влагалищныхъ рецидивовъ и 9% полныхъ рецидивовъ. Но ни операція Alexander-Adams'a, ни *vaginaefixati'a*, ни *ventrifixati'a* одна или въ комбинаціи съ передней *colporrhaphi'e* не соотвѣтствуютъ терапевтическимъ приѣмамъ, которые клиника находитъ нужнымъ примѣнять при леченіи выпаденій матки. Какъ мы уже говорили выше и какъ увидимъ подробнѣе при критическомъ обзорѣ отдѣльныхъ методовъ, эти отклоненія отъ обычно употребительныхъ оперативныхъ приѣмовъ имѣютъ за собою извѣстныя основанія. Но такъ какъ руководящимъ принципомъ было всегда исправленіе положенія матки, безразлично, по какому-бы методу ни производилась операція, то мы съ полнымъ правомъ можемъ сравнивать общіе результаты Breslau'ской клиники съ результатами другихъ операторовъ. Но при такомъ сравненіи, какъ и уже упоминалъ о томъ во введеніи, затруднительнымъ является то обстоятельство, что авторы, за немногими исключеніями, не дѣлаютъ различія между выпаденіемъ влагалища и выпаденіемъ матки, и всякое выступленіе влагалищнаго валика наружу считаютъ за рецидивъ, не обращая вниманія на положеніе матки; въ случаяхъ же съ объективно безупречными результатами

ничего не упоминается о работоспособности. Негг¹⁷⁰⁾ въ своемъ статистическомъ докладѣ на съѣздѣ естествоиспытателей въ Мюнхенѣ отдѣляетъ работоспособность отъ объективныхъ результатовъ операціи, но о степени выпаденія онъ упоминаетъ лишь вскользь. Его объективные результаты лучше достигнутыхъ Breslau'скою клинкою, — онъ сообщаетъ о 75 — 78% излѣченій. Но при этомъ онъ приходитъ къ своеобразному заключенію, что наиболѣе легкія степени выпаденія, устранимыя помощью одной влагалищной операціи, хотя и даютъ научнѣйшій операціонный результатъ, но въ то же время наименѣе хорошія послѣдствія относительно работоспособности, именно работоспособность достигается только въ 37%. Ventrifixati'a, произведенная только въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ выпаденія, дала 53% работоспособныхъ, vaginafxati'a — только 41%. Breslau'ская клиника получила только 65, 7% безупречныхъ объективныхъ результатовъ операціи, но за то 83% работоспособности, и это при излеченіи истинныхъ выпаденій матки. Эти цифры даютъ право на заключеніе, что для послѣдствій операціи рѣшающее значеніе имѣетъ исправленіе положенія матки и что болѣе или менѣе дѣйствительное исправленіе достигается только при помощи ventrifixati'a; незначительный процентъ работоспособныхъ послѣ vaginafxati'a несомнѣнно указываетъ на склонность къ рецидиву. Какъ мало значенія имѣютъ выпаденія влагалища сами по себѣ, показываютъ наши влагалищные рецидивы; съ другой стороны, какъ мало пользы приносятъ объективно безупречные результаты влагалищной пластики, о томъ говорятъ цифровыя данныя Негг'а¹⁷⁰⁾. Такъ какъ остальные болѣе или менѣе извѣстные статистики придаютъ меньшее значеніе работоспособности сравнительно съ оперативными результатами, то я и говорю о нихъ при обезучаженіи употреблявшагося у насъ комбинированнаго приѣма.

Результатовъ vaginafxati'a, равно какъ и операціи Alexander-Adams'a, я коснусь здѣсь лишь нѣсколькими

словами, такъ какъ при незначительномъ числѣ наблюденій невозможно дѣлать какія — бы то ни было заключенія. Теоретическія соображенія, заставляющія насъ недовѣрчиво относиться къ *vaginaefixati*и вполне подтверждаются нашими 4 случаями. Вполнѣ безупречнаго объективнаго результата мы не получили ни въ одномъ изъ нихъ; въ одномъ оказался полный рецидивъ; въ другомъ матка, оставшаяся въ положеніи антефлексіи, выдавливается своей влагалищной частью изъ половой щели; въ обоихъ остальныхъ случаяхъ наступило выпаденіе влагалища. Въ отношеніи работоспособности только эти два послѣдніе случая дали удовлетворительный результатъ; обѣ первыя пациентки жаловались на сильныя затрудненія. Если причислить сюда еще № 32 съ рецидивомъ послѣ ранѣе произведенной *vaginaefixati*и и излѣченный помощью *ventrifixati*и, то эти опыты, хотя и немногіе, но исключительно съ неудачными результатами, вполне оправдываютъ недовѣрчивое отношеніе Breslau'ской клиники къ *vaginaefixati*и, не говоря уже о невыгодахъ этой операціи для послѣдующихъ родовъ. Специальное обсужденіе этого послѣдняго пункта и относящихся сюда противорѣчивыхъ воззрѣній завело бы насъ слишкомъ далеко въ сторону; въ этомъ послѣднемъ отношеніи въ новѣйшее время на *vaginaefixati*ю начинаютъ смотрѣть болѣе благосклонно; что же касается значенія этой операціи для выпаденія матки, то о немъ, по моему, и рѣчи быть не должно; а насколько она дѣйствительна при *retroflexio-versio uteri* съ выпаденіемъ влагалища, это еще предстоить установить дальнѣйшими наблюденіями. Что опасность рецидива даже и въ этихъ случаяхъ очень велика, это доказывается цифрами Herff'a¹⁷⁰⁾ съ 41% работоспособности; ибо я увѣренъ, что мы едва ли сдѣлаемъ ошибку, если примемъ, что въ большинствѣ его случаевъ дѣло идетъ о выпаденіи влагалища съ *retroflexio-versio uteri*. Относительно операціи Alexander-Adams'a я долженъ совершенно отказаться отъ всякихъ выводовъ изъ нашихъ

случаевъ и отсылаю читателя къ ранѣе сказанному. По-видимому, надо согласиться, что операція должна имѣть по крайнѣй мѣрѣ нѣкоторое значеніе вслѣдствіе присущихъ ей фізіологическихъ условій. Недостатками этого метода являются слишкомъ большая продолжительность операціи и весьма ограниченная возможность подъема матки, къ чему присоединяется еще и крайне сомнительная прочность связокъ. Результаты операціи могутъ быть ухудшены различными осложненіями, какъ это можно видѣть изъ наблюденій профессора Муратова¹⁷⁴).

Если въ нашемъ случаѣ № 66 *portio vaginalis uteri* послѣ максимальнаго укороченія связокъ все еще была видна въ половой щели, а потомъ по минованіи застоя подверглось обратному развитію, то это доказываетъ только, что данный органъ былъ увеличенъ вслѣдствіе отека. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ матка вся измѣнена вслѣдствіе метрита, такого послѣдующаго укороченія не можетъ произойти, и тогда въ глубокомъ стояніи органа будетъ заключаться зародышъ рецидива. Какъ ни сильно увеличилась за последнее время литература по вопросу объ укороченіи круглыхъ маточныхъ связокъ, а свѣдѣнія о выполненіи этой операціи и ея значеніи при выпаденіи матки еще очень скудны. Въ сообщеніяхъ Werth'a¹⁷²), Schmidt'a,¹⁷¹) K ö t s c h a u¹⁷³) Муратова¹⁷⁴) приводятся отдѣльные случаи, по которымъ невозможно сдѣлать никакого вывода.

Для оцѣнки результатовъ *ventrifixati*и у насъ имѣется матеріалъ изъ 105 случаевъ (таблицы 1 и 2). Изъ этихъ 105 случаевъ дѣйствительный рецидивъ изслѣдованіемъ опредѣленъ только въ четырехъ (№№ 44, 58, 69, 102). Пять другихъ случаевъ (№№ 10, 24, 42, 71, 117), о которыхъ имѣлись только письменныя сообщенія, я долженъ былъ, какъ сказано, отнести тоже къ полнымъ рецидивамъ. У 24 пациентокъ матка найдена въ нормальной *anteflexio-versi*и, но тѣмъ не менѣе снова образовалось выпаденіе влагалища. Такимъ образомъ, въ общемъ лѣченіе выпаденія

денія матки помощью *ventrifixati*и дало 69% безупречныхъ результатовъ, 22,5% влагалищныхъ рецидивовъ и 8,5% полныхъ рецидивовъ. Если же принять въ расчетъ только 65 точно излѣдованныхъ случаевъ, то процентъ рецидивовъ понижается до 6,1. Это число, по ранѣе изложеннымъ соображеніямъ, и слѣдовало бы считать настоящимъ. Чѣмъ собственно обуславливается рецидивъ, къ сожалѣнію, нельзя опредѣлить точно. Въ случаяхъ №№ 58 и 102 нагноеніе брюшинныхъ покрововъ можно бы, пожалуй, считать причиннымъ моментомъ для освобожденія швовъ, прежде чѣмъ сращеніе достигло надлежащей крѣпости. Въ случаѣ № 67 я не могъ найти никакой другой причины, кромѣ ненормальной вялости брюшинныхъ покрововъ и пониженной жизнеспособности тканей. Въ случаѣ № 44 неудачу можно приписать слишкомъ раннему вставанію пациентки съ постели, равно какъ и тому, что не сдѣлано было *perineoauchesis*. О высокой степени расслабленія тазоваго дна и связочнаго аппарата матки въ этомъ случаѣ говоритъ *status*, равно какъ и то обстоятельство, что, вопреки остальнымъ фиксаціямъ, здѣсь для укрѣпленія матки были употреблены четыре шва изъ *silk'a*. Здѣсь будетъ уместно еще разъ въ немногихъ словахъ коснуться способа фиксаціи матки, такъ какъ въ ближайшее время снова стало замѣтно стремленіе замѣнить брюшинныя сращенія серо-фиброзными спайками. Но еще прежде того необходимо сказать нѣсколько словъ о матеріалѣ для швовъ, равно какъ о сквозныхъ и погружныхъ швахъ. Такъ какъ *catgut* уже оставленъ всѣми операторами за исключеніемъ *Engström'a*, то надо рассмотреть главнымъ образомъ шелкъ и *silkworm*. Опыты съ пенькой начались еще очень недавно, и потому о ней пока нельзя сдѣлать опредѣленнаго заключенія. Лучшимъ матеріаломъ для сквозныхъ швовъ признается всею *silkworm*, такъ какъ при употребленіи его всего надежнѣе исключается вторичная инфекция по отсутствію капиллярности. Далѣе является вопросъ, слѣдуетъ ли вообще употреблять сквозные швы.

Конечно, весьма пріятно не оставлять въ операционномъ полѣ никакого перазсасывающагося матеріала; однако, сквозной шовъ имѣетъ тотъ недостатокъ, что шитки приходится удалить лишь спустя шесть недѣль послѣ операціи, следовательно, паціѣнтки уже послѣ выписки должны снова возвращаться въ клинику. Далѣе, вслѣдствіе сильнаго стягиванія и прекращенія кровообращенія между фиксирующими шитами часто наступаетъ гангрена поверхностныхъ брюшныхъ покрововъ, чѣмъ создается предрасположеніе къ образованію грыжъ. Вторичная инфекция брюшины при употребленіи *silkworm'a*, какъ уже сказано, менѣе угрожаетъ, хотя *Ohlshausen*¹⁷⁵⁾ и *Zweifel*¹⁷⁶⁾ наблюдали подобные случаи зараженія. Для погружныхъ швовъ можно употреблять шелкъ или *silkworm*. Но и здѣсь по количеству нагноеній и образованію фистулъ преимущество надо отдать *silkworm'у*. То неудобство, что остающіеся жесткіе концы шитей колютъ и раздражаютъ соедѣнія ткани, можно ослабить обвязываніемъ шитей (*Sänger*). Оставленіе въ операционной области перазсасывающагося матеріала можетъ навести на мысль объ опасности въ случаѣ наступленія беременности вскорѣ послѣ операціи; но эта опасность въ большинствѣ случаевъ исключается уже возрастомъ паціѣнтокъ; такъ что погружной шовъ слѣдуетъ предпочесть сквозному. Чтобы увеличить прочность брюшинныхъ сращеній матки, нѣкоторые производили еще внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ [*Charut*¹⁷⁷⁾, *Cushing*¹⁷⁸⁾ *Ward*¹⁷⁹⁾]; пріемъ этотъ не нашелъ широкаго распространенія; онъ кажется намъ совершенно излишнимъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ могъ бы послужить поводомъ къ ущемленію кишокъ.

Въ послѣднее время снова производились попытки образовать серо-фиброзныя спайки матки съ брюшными покровами. *Leopold*, какъ извѣстно, съ этой именно цѣлью сначала раздражалъ царапаніемъ переднюю поверхность гѣла матки прежде чѣмъ наложить швы; но онъ вскорѣ, и не безъ основанія, оставилъ этотъ методъ. *Engström*

въ настоящее время пришиваетъ матку прямо къ нижнему листку фасціи, выключая *peritoneum parietale*. Замѣна серо-серозныхъ сращеній серо-фиброзными при *vaginaefixati*и несомнѣнно выгодна; но мы не должны упускать изъ виду и опасностей, которыя влекутъ за собою серо-фиброзные спайки. Engström¹⁸⁰⁾ началъ примѣнять этотъ методъ, названный имъ предбрюшинной фиксаціей, вслѣдствіе трехъ неудачныхъ исходовъ изъ 8 случаевъ *ventrifixati*и при выпаденіи. Изъ 24 оперированныхъ по этому методу случаевъ онъ не получилъ ни одного рецидива. Но при ближайшемъ разсмотрѣніи его случаевъ оказывается, что изъ упомянутыхъ трехъ неудачныхъ случаевъ въ двухъ онъ имѣлъ дѣло съ влагалищнымъ рецидивомъ, тогда какъ матка оставалась фиксированной на брюшной стѣнкѣ. Изъ названныхъ 8 серо-серозныхъ *ventrifixati*и въ пяти случаяхъ не было сдѣлано операціи влагалища; между тѣмъ, со времени введенія предбрюшинной фиксаціи онъ почти всегда незадолго до пришиванія матки или дня два спустя послѣ этой операціи производилъ *colporrhineorrhaphi*ю. Не говоря уже о томъ, что выпаденіе влагалища не можетъ служить критеріемъ прочности спаекъ матки, хорошій результатъ можно приписывать комбинаціи прикрѣпленія матки съ операціей тазоваго дна. Изъ ранѣе упомянутыхъ опытовъ Теръ-Микаліанца¹⁸¹⁾ мы знаемъ, что прочность спаекъ зависитъ исключительно отъ ширины ихъ; различія въ этомъ отношеніи между серо-серозными и серо-фиброзными спайками онъ не нашелъ. Но существуетъ другое различіе между обоими родами спаекъ, — и различіе не маловажное, — именно въ ихъ способности къ растяженію. Опытами Теръ-Микаліанца доказано, что серо-серозныя спайки во время беременности гипертрофируются въ соотвѣтствіи съ другими тазовыми органами, увеличиваются значительно въ длину и ширину, а во время пуерперія подвергаются инволюціи и такимъ образомъ снова фиксируютъ матку на прежнемъ мѣстѣ. Нельзя не допустить, что въ отдѣльныхъ случаяхъ

вслѣдствіе слишкомъ большого растяженія можетъ образоваться то, что Fritsch называетъ *ligamentum uteri mediale*. Слѣдствіемъ этого явленія въ самомъ худшемъ случаѣ будетъ только опущеніе матки; тогда какъ Engström'овскія спайки въ формѣ рубцовыхъ тяжей влекутъ за собою новыя опасности для беременности и родовъ. Boije¹⁸²⁾, опубликовавшій случаи Engström'а, на основаніи наблюденія трехъ беременностей изъ упомянутыхъ 24 случаевъ, утверждаетъ, что послѣ операции Engström'а беременность протекаетъ безъ всякихъ непріятныхъ симптомовъ. Однако, изъ трехъ забеременѣвшихъ женщинъ одна имѣла преждевременные роды съ поперечнымъ положеніемъ на 8 мѣсяцѣ, другая выкинула уже на 3 мѣсяцѣ, и только третья родила, повидимому, доношеннаго ребенка. Абортъ и преждевременные роды въ количествѣ 66% можно считать непріятными симптомами беременности, и я полагаю, что между подобными разстройствами беременности и предбрюшинной фиксацией существуетъ причинная связь. За такое утверждение, помимо наблюденій и опытовъ, говорятъ также и анатомическія данныя. Серо-серозныя спайки появляются, какъ это доказываютъ опыты Graser'а^{183 и 184)} безъ всякой воспалительной реакціи, посредствомъ образованія фибрина изъ погибающихъ эндотеліальныхъ клѣтокъ. При образованіи фибрина и склеиваніи пронеходитъ лишь сильное серозное пропитываніе и ясно выраженное разрыхленіе соприкасающихся тканей. Въ дальнѣйшемъ теченіи къ этому присоединяется развитіе новообразованныхъ сосудовъ и появленіе жира. Между тѣмъ, предбрюшинныя спайки должны развиваться по типу образованія соединительной ткани съ реактивнымъ воспаленіемъ, и такой воспалительный процессъ, какъ и ожидаетъ Engström, не ограничится одной брюшной стѣнкой, но захватитъ и прилежащую къ ней ткань матки. Такимъ путемъ образуется плотный рубецъ, связывающій мускулатуру матки съ брюшной стѣнкой и стѣсняющій экскурсіи матки. Послѣ неудачныхъ опытовъ

vaginaefixati'и не слѣдовало прибѣгать къ такимъ сомнительнымъ средствамъ для увеличенія прочности снаекъ, а надо было, какъ это сдѣлалъ и самъ Engström, хотя, повидимому, и безсознательно, помощью возстановленія физиологической опоры матки въ болѣе широкомъ смыслѣ, т. е. тазового дна, облегчить связочный аппаратъ, поддерживающій матку и всю тазовую діафрагму. Причина первоначальныхъ неудачъ Engström'а лежитъ не въ серо-серозныхъ спайкахъ, а въ томъ, что онъ не дѣлалъ *colporrhaphi*'и.

Недостаточность одной *ventrifixati*'и для леченія выпаденія матки и была причиной, почему операція эта до сихъ поръ не нашла должнаго признанія. Но требовать отъ фиксирующихъ матку снаекъ, чтобы онѣ замѣнили собою функциональную работу *levatoris ani* въ его противоудѣльномъ внутрибрюшному давленію, — было бы ужъ черезъ-чуръ много. Если верхняя тазовая діафрагма, находящаяся послѣ операціи въ связи съ брюшной стѣнкой посредствомъ матки и ея снаекъ, снизу не находитъ никакой опоры, то или спайки будутъ растянуты, или шейка матки вытянется въ пинурокъ толщиною въ карандашъ, и это произойдетъ не вслѣдствіе стягиванія внизъ, а подъ вліяніемъ силы дѣйствующей сверху, т. е. внутрибрюшного давленія. Естественно, что вслѣдъ за опущеніемъ влагалищной части матки, обусловливающимъ укороченіе передней стѣнки влагалища въ сагиттальномъ направленіи, послѣдняя также опускается ниже и въ свою очередь, вмѣстѣ съ образующимся при этомъ *cystocele*, начинаетъ растягивать шейку и спайки. Съ теоретической точки зрѣнія являются одинаково нераціональными какъ *ventrifixati*'я одна сама по себѣ, такъ и комбинація ея съ передней *colporrhaphi*'ей или ампутаціей влагалищной части матки. Въ нашихъ таблицахъ всѣ три случая съ передней влагалищной пластикой дали влагалищные рецидивы (№№ 51, 57, 103). Въ одномъ случаѣ (№ 42) ампутація влагалищной части матки въ комбинаціи съ *ventrifixati*'ей дала, повидимому, полный рецидивъ.

Такъ какъ, на основаніи только что сказаннаго, передняя colporrhaphi'a, какъ и ампутація влагалищной части матки, для ventrifixati'i не имѣютъ значенія, то я буду разсматривать вмѣстѣ случаи ventrifixati'i въ комбинаціи съ той и другой изъ названныхъ операций. Изъ 19 пацієнтокъ 4, слѣдовательно 21%, дали рецидивъ (№№ 24, 42, 44, 71); въ 8 случаяхъ произошло выпаденіе влагалища, что составляетъ 42%, и только 7 случаевъ или 37% дали безукоризненный результатъ. Какъ ни недостаточенъ объективный результатъ операции, однако возстановленная работоспособность достигаетъ 63%, такъ какъ только 8 пацієнтокъ жалуются на пониженную способность къ работѣ. Это также можетъ служить доказательствомъ, на сколько мало значенія имѣетъ выпаденіе влагалища при нормальномъ положеніи матки или если она, по крайней мѣрѣ, не смѣщена кауд.

Вполнѣ позволительно будетъ задать вопросъ, почему же сравнительно большое число случаевъ было оперировано по методу, признанному недостаточнымъ. И вопросъ этотъ особенно умѣстенъ относительно случаевъ съ передней colporrhaphi'ей. Въ нѣкоторой части случаевъ выпаденія матки была сдѣлана только ventrifixati'a ради опредѣленія достоинства метода. Нѣкоторые случаи были оперированы ассистентами, и при этомъ, повидимому, не было обращено должнаго вниманія на тазовое дно, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наружная промежность, какъ это можно видѣть въ таблицѣ подъ рубрикой „status“, не была повреждена. Въ случаяхъ выпаденія матки у нерожавшихъ тоже была сдѣлана только ventrifixati'a. Но въ этихъ случаяхъ даже и приверженцы дуалистической этиологіи выпаденія считаютъ опуценіе матки первичнымъ явленіемъ, почему и ventrifixati'a признается достаточной для этихъ операций. Однако, оказывается, что и въ этихъ случаяхъ одного подвѣшиванія матки недостаточно для устраненія выпаденія; напротивъ, здѣсь требуется особенно тщательная colporerineorrhaphi'a, такъ какъ образованіе выпаденія является слѣдствіемъ необычайно

сильнаго разслабленія тазовой діафрагмы. Въ нашихъ таблицахъ отмѣчены два рецидива (случаи №№ 10 и 24); сюда же принадлежитъ и случай № 60 таблицы Lion'a, не принятый мною въ расчетъ. Въ литературѣ я тоже нашелъ описаніе двухъ случаевъ рецидива, — одинъ у Brautlecht'a¹⁸⁵), другой у Холмогорова¹⁸⁶). При рѣдкости выпаденій матки у нерожавшихъ вообще пять случаевъ рецидива представляютъ большой процентъ.

Обратимся теперь къ операциі выпаденія, принципиально предпочитаемой въ клиникѣ съ тѣхъ поръ какъ она находится подъ управленіемъ профессора Küstner'a. Если не отдѣлять случаевъ ventrifixati'i съ colpoperineorrhaphi'eй отъ тѣхъ, въ которыхъ она производилась въ комбинаціи также и съ передней влагалищной пластикой, то мы будемъ имѣть 83 случая. Изъ нихъ въ 5 получился рецидивъ, и именно въ трехъ — полное выпаденіе (№№ 58, 69 и 120) и въ двухъ частичное (№№ 10 и 117); слѣдовательно 6% рецидивовъ. Далѣе, въ 15 случаяхъ наступилъ влагалищный рецидивъ, что представляетъ 18%. Безупречный результатъ полученъ въ 63 случаяхъ, т. е. въ 78%. Но одинъ случай изъ числа полныхъ рецидивовъ (№№ 102) и три изъ влагалищныхъ рецидивовъ (№№ 5, 62, 120) дали плохой первичный результатъ. Такимъ образомъ остается 79 чистыхъ случаевъ съ 4 полными и 12 влагалищными рецидивами. Переводя эти цифры на проценты, мы получаемъ 5% полныхъ рецидивовъ, 15% влагалищныхъ рецидивовъ и 80% безукоризненныхъ излѣченій. Если же разсматривать объ оперативныя комбинаціи порознь, то мы получимъ слѣдующія цифры:

	Рецидивъ.	Влагалищн. рецидивъ.	Излѣченіе.
1. Ventrifixatio и Colpoperineorrhaphia	5 %	20 %	75 %
2. Ventrifixatio. Colpoperineorrhaphia. Colporrhaphia ant.	5,1 %	10 %	84,9 %

Изъ такого сопоставленія видно, что присоединеніе передней colporrhaphi'i не понижаетъ процента полныхъ ре-

цидивовъ, влагалищные же рецидивы сокращаются до 10%, а вмѣстѣ съ тѣмъ и процентъ излѣченій при примѣненіи обѣихъ влагалищныхъ операцій возрастаетъ съ 75 почти до 85. Эти цифры снова указываютъ на то, что *colporrhaphia ant.*, какъ средство предупредить полный рецидивъ, не имѣетъ значенія. Однако, и образованіе влагалищныхъ рецидивовъ гораздо больше зависитъ отъ недоброкачественной пластики тазоваго дна, чѣмъ отъ того, была или не была примѣнена *colporrhaphia anterior*. Только въ случаяхъ №№ 5 и 50 вновь образовавшееся *cystocele* было обусловлено непримѣненіемъ передней пластики; во всѣхъ же остальныхъ причиной рецидива является недостаточное возстановленіе тазоваго дна. Въ сколь высокой степени дѣло зависитъ при этой операціи отъ технической опытности оператора, показываетъ сравнительно большое число оперированныхъ ассистентами случаевъ, въ которыхъ тазовое дно было образовано недостаточно прочно. Большею частію въ этихъ случаяхъ было сдѣлано слишкомъ короткое освѣженіе стѣнки влагалища, такъ что фасціи *levatoris ani* не могли быть снова пришиты. Кожная промежность, хотя бы и высокая, конечно не можетъ компенсировать отсутствія крѣпкаго тазоваго дна, какъ это показываетъ, напримѣръ, случай № 63, гдѣ была только кожная промежность въ 3 cm. Въ случаяхъ №№ 49, 53, 62, 69, 70, 73, 84, 142 вездѣ оказалась плохо сформированная низкая промежность; по отсутствію рубцовъ *colporrhaphiæ* видно, что предварительнаго спиванія тазоваго дна выполнено не было. Въ случаѣ № 22 причиной влагалищнаго рецидива можно, пожалуй, считать то обстоятельство, что не была произведена ампутація влагалищной части матки, хотя полость матки при выпискѣ пациентки еще имѣла 10 cent. въ длину. Въ Breslau'ской клиникѣ примѣненіе этого уродующаго приема ограничивается лишь тѣми немногими случаями, въ которыхъ дѣйствительно имѣется соединительнотканное увеличеніе шейки или всего органа. Кромѣ этого случая, въ

которомъ ампутація шейки матки не была примѣнена по неизвѣстнымъ причинамъ, операція эта оказалась необходимой лишь въ весьма немногихъ случаяхъ. Среди изслѣдуемыхъ оперированныхъ пацієнтокъ мнѣ встрѣтился одинъ случай частичнаго выпаденія съ двойной влагалищной операціей и высокой ампутаціей маточной шейки. Результатъ былъ хорошъ. Если мы между влагалищными рецидивами снова встрѣчаемъ длину матки въ 10 cent. и болѣе, то не слѣдуетъ думать, что это явленіе можно предотвратить интравагинальной ампутаціей влагалищной части матки. Явленіе это, какъ мы подробно говорили выше, представляеть вытягиваніе шейки, уступающей дѣйствию внутрибрюшнаго давленія. Примѣрами могутъ служить случаи №№ 4, 51, 52, 53, 63, 120.

Кромѣ метритическихъ измѣненій матки, показаніемъ къ высокой ампутаціи маточной шейки могло бы служить еще то обстоятельство, что при колоссальномъ расслабленіи тазовой діафрагмы высокая фиксація матки является сомнительной; сокращая матку снизу, мы получаемъ то преимущество, что діафрагма будетъ держаться на мускульной части матки, а не на легко растяжимой шейкѣ. Но той же причинѣ высокую ампутацію шейки слѣдуетъ предпочитать и примѣнявшейся иногда *servicexaltati*o. Никакихъ преимуществъ за этой модификаціей я не вижу; напротивъ, болѣзненные явленія въ случаѣ №№ 142 я склоненъ отнести на счетъ ретроверсии матки, перегнутой надъ мѣстомъ фиксаціи. Кастрація, повидимому, производитъ особенно благоприятное вліяніе на результатъ операціи. Во всякомъ случаѣ, получается такое впечатлѣніе что у двусторонне-кастрированныхъ женщинъ результатъ операціи идеально хорошъ. Съ одной стороны, это зависитъ, вѣроятно, отъ прекращенія періодически наступающаго полнокровія половыхъ органовъ, съ другой — нельзя отрицать и вліянія преждевременно вызваннаго климактерія на состояніе питавія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (см. табл. 1 и 2) *ventrifixati*я комбинировалась съ операцией *Neugebauer-Le Fort*'а, въ другихъ — съ двустороннимъ освѣженіемъ по *Winkel*'ю. Относительно послѣдней операціи позднѣйшихъ изслѣдованій не имѣется. О результатахъ *colporrhaphiae medianae* я собралъ данныя въ 3-хъ случаяхъ. Изъ нихъ двѣ пациентки дали удовлетворительныя письменныя свѣдѣнія о своемъ состояніи, третью (№ 106) я изслѣдовалъ самъ и нашелъ влагалитный рецидивъ; хотя влагалитце и было сращено въ срединѣ, но съ боковъ стѣнки его выпадали на довольно больномъ протяженіи. Помимо того, что эта операція примѣнима лишь для женщинъ могущихъ отказаться отъ брачной жизни, и результаты послѣ нея получаются несколько не лучшіе, чѣмъ послѣ одной *ventrifixati*и. Примѣнялась она только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по какимъ либо причинамъ продолжительная влагалитная пластика была противопоказана.

При оцѣнкѣ непосредственныхъ результатовъ операціи мы должны были обратить вниманіе на сравнительно часто наступающій некрозъ брюшныхъ покрововъ и нагноеніе. Подобнымъ же образомъ приходится считаться и съ образующимися вѣдѣтъ за операцией грыжами, омрачающими конечный результатъ. Это осложненіе важно потому, что оно можетъ обусловить рецидивъ. Для двухъ изъ нашихъ случаевъ познанаго рецидива (№№ 69 и 102) съ довольно большой вѣроятностью можно принять, что причиной ихъ было расхожденіе брюшной стѣнки; сюда же слѣдовало бы причислить и случай № 42, но здѣсь не возможенъ сколько-нибудь надежный контроль, такъ какъ объ этомъ случаѣ имѣется лишь письменное извѣщеніе. У остальныхъ брюшныхъ грыжъ не повліяли на желаемый результатъ операціи и имѣютъ для насъ значеніе лишь настолько, насколько они вызываютъ затрудненія сами по себѣ. Итакъ, среди 105 случаевъ *ventrifixati*и мы наблюдали 12 грыжъ, что составляетъ 11,4%. Такъ какъ грыжи, особенно маленькія,

въ большинствѣ случаевъ не причиняють имѣющему ихъ субъекту никакихъ затрудненій, то возможно, что среди неизслѣдованныхъ лично пацієнтокъ найдется одна — другая съ грыжей, о которой она ничего не сообщила, потому что грыжа не мѣшаетъ ей работать. За исключеніемъ трехъ полныхъ осложненныхъ грыжами рецидивовъ и одного влагалищнаго рецидива № 76, на затрудненія со стороны грыжи жаловались при безупречномъ во всѣхъ остальныхъ отношеніяхъ результатѣ операціи, только двѣ пацієнтки №№ 9 и 74; остальнымъ шести грыжа нисколько не мѣшала (№№ 34, 38, 68, 83, 110 и 115). Выдающуюся роль играетъ въ этиологіи этихъ грыжъ нагноеніе швовъ и некрозъ брюшныхъ покрововъ. Изъ нашихъ 12 случаевъ 6 образовались послѣ нагноенія брюшной стѣнки (№№ 38, 67, 74, 83, 102 и 110), а пацієнтка № 115 имѣла въ продолженіи нѣсколькихъ дней температуры выше 38. Abel¹⁸⁷⁾ указываетъ, что и въ такихъ случаяхъ дѣло состоитъ въ некрозѣ болѣе глубокихъ слоевъ брюшной стѣнки, затрудняющихъ *prima intentio* фасции. Причину некроза брюшныхъ покрововъ, поверхностнаго или глубокаго, все равно, помимо инфекции, представляющей вторичный процессъ въ омертвѣвающей ткани, слѣдуетъ искать въ слишкомъ крѣпкомъ узлѣ шва. Весьма поучительны въ этомъ отношеніи соображенія Parreut'a¹⁸⁸⁾, къ которымъ я и отсылаю читателя. Онъ, помимо самой тщательной асептики, настоятельно рекомендуетъ избѣгать слишкомъ сильнаго затягиванія даже и глубокихъ фиксирующихъ швовъ. Если и не будетъ нагноенія, то все таки крѣпкій шовъ, наложенный на фасцію, ткань и безъ того не особенно хорошо питаемую, неизбѣжно вызоветъ некрозъ. Не этому ли обстоятельству слѣдуетъ приписать полученные въ клиникѣ Zweifel'я послѣ *ventrifixati*и 21% грыжъ безъ предварительнаго нагноенія брюшныхъ покрововъ? Во всякомъ случаѣ, такой результатъ слишкомъ бросается въ глаза сравнительно съ нашимъ, при чемъ слѣдуетъ имѣть въ виду, что Breslau'ская

клиника вплоть до послѣднихъ двухъ лѣтъ пользовалась массовымъ (сквознымъ) швомъ. Невыгоды послѣдняго доказаны работами Abel'я¹⁸⁷⁾, Рачинскаго¹⁸⁹⁾ Winter'a¹⁹⁰⁾ Строгая асептика, трехъ-этажный брюшной шовъ, не слишкомъ крѣпкое затягиваніе фиксирующей нити или, по меньшей мѣрѣ, примѣненіе болѣе сильнаго стягиванія только для самой нижней лигатуры, — сократятъ, вѣроятно, число грыжъ до минимума.

Къ неудачнымъ исходамъ нашихъ операцій въ отношеніи работоспособности я долженъ причислить и обѣ вышеупомянутыя грыжи, хотя въ остальныхъ отношеніяхъ результаты безупречны. Какъ я уже упомянулъ при обзорѣ общихъ результатовъ, Breslau'ская клиника отмѣчаетъ 82% возстановленной работоспособности и хорошаго самочувствія. Специально для 105 случаевъ *ventrifixati*'и дѣло представляется въ слѣдующемъ положеніи. Кромѣ двухъ вышеупомянутыхъ пацієнтокъ съ брюшной грыжей (№№ 9 и 74), жалуются на отсутствіе или ослабленіе работоспособности 9 полныхъ рецидивовъ, 6 влагалищныхъ рецидивовъ (№№ 51, 53, 57, 59, 67, 70) и еще 2 пацієнтки (№№ 29 и 54), не имѣющія ни выпаденія, ни грыжи, но утверждающія, что, не смотря на хорошее самочувствіе, они не могутъ выполнять обычныхъ работъ. Такимъ образомъ, и для *ventrifixati*'и процентъ возстановленной работоспособности равенъ 82. Четыре случая изъ числа полныхъ рецидивовъ и четыре изъ влагалищныхъ приходятся на долю *ventrifixati*'и одной или въ комбинаціи съ передней *colporrhaphi*'ей; такимъ образомъ, на 83 *ventrifixati*'и съ *colporrhaphi*'ей приходится 11 пацієнтокъ, не достигшихъ послѣ операціи прежней работоспособности. Слѣдовательно, изъ числа нашихъ бывшихъ пацієнтокъ работоспособными оказались 87%. Даже если мы будемъ разсматривать отдѣльно въ отношеніи работоспособности результаты полныхъ выпаденій, а въ этихъ случаяхъ дѣло часто идетъ о старыхъ женщинахъ, страдающихъ различными хроническими болѣзнями, то все таки

получимъ въ 78,2% случаевъ хорошее самочувствіе и работоспособность. Изъ 33 случаевъ полного выпаденія на уменьшенную работоспособность жалуются 7 (№№ 9, 53, 56, 58, 69 и 102); у пациентки № 9 затрудненія прямо обусловлены грыжей; №№ 29 и 54 жалуются на пониженную работоспособность при хорошемъ самочувствіи и удовлетворительномъ результатѣ операціи. Я умышленно не употребляю выраженій: работоспособность уменьшенная вдвое, вчетверо и т. д., ибо въ такой классификаціи много субъективнаго и произвольнаго. Если рассмотримъ въ отношеніи работоспособности результаты *ventrifixati*и въ комбинаціи съ *colporrhineorrhaphi*ей отдѣльно отъ результатовъ той же операціи въ комбинаціи съ передней и задней влагалищными операціями, то для первой группы получается 12,5% неудачныхъ исходовъ, для второй 13,8%, — разница не существенная.

Если мы теперь сравнимъ полученные нами цифры (87% возстановленной работоспособности при 80% объективно безупречныхъ результатовъ операціи; для *ventrifixati*и въ комбинаціи съ одной только *colporrhineorrhaphi*ей 75% при 87,5%) со статистикой Hegff'а относительно влагалищныхъ операцій, свидѣтельствующей о 37% работоспособности при 78% результатовъ операціи, то мы неизбежно должны будемъ признать, что такія въ высшей степени благоприятныя послѣдствія достигнуты благодаря *ventrifixati*и. Но какъ наши собственные случаи, такъ и данныя другихъ операторовъ ясно доказываютъ, что *ventrifixati*я одна по анатомическимъ причинамъ не можетъ гарантировать достигаемаго ею результата на продолжительное время, и что только *colporrhineorrhaphi*я, возстановляя тазовое дно, сохраняетъ и обезпечиваетъ этотъ результатъ. *Colporrhaphia anterior* улучшаетъ объективный результатъ операціи въ отношеніи влагалищнаго рецидива на 10%, но не имѣетъ никакого вліянія на возстановленіе работоспособности. Все таки, во всѣхъ случаяхъ съ *cystocele* болѣе или менѣе зна-

чительныхъ размѣровъ слѣдуетъ тщательно пришивать пузырь обратно, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ cystocele можетъ вызвать влагалитный рецидивъ, особенно, если промежность восстановлена недостаточно аккуратно. Если cystocele при нормальномъ положеніи матки и не причиняетъ никакихъ страданій, то все-таки не исключена возможность, что оно вслѣдствіе уступчивости шейки или *ligamenti medialis uteri* будетъ приобрѣтать все большіе и большіе размѣры и наконецъ начнетъ тяготить пациентку.

Пока *ventrifixati*'я, сопряженная съ вскрытіемъ брюшной полости, принадлежала къ операціямъ подвергающимъ довольно значительной опасности жизнь оперируемаго субъекта, было вполне законно ограничиваться болѣе безопасными оперативными приемами; теперь же, когда такой опасности не существуетъ, въ интересахъ пациентки не слѣдуетъ отказываться отъ преимуществъ этой операціи, къ тому же и очень непродолжительной.

Единственная причина, по которой можно было бы воздержаться отъ этой операціи у молодыхъ женщинъ, — это опасность во время родовъ. Изслѣдуя нашъ матеріалъ въ этомъ отношеніи, мы находимъ, что изъ 105 пациентокъ 9 родили, и изъ нихъ 2 уже по 2 раза. За исключеніемъ одного поперечнаго положенія и однихъ преждевременныхъ родовъ, ни одна пациентка не имѣла болѣе или менѣе серьезныхъ осложнений. Со времени сообщенія *Miländera* ¹⁹²), наблюденій относительно несприятныхъ осложнений родового акта при *ventrifixati*'и накопилось за короткое время довольно много. Но мало-помалу врачи привыкли относиться къ дѣлу объективнѣе и въ настоящее время пришли къ убѣжденію, что болѣе или менѣе серьезныхъ опасностей операція эта не создаетъ, если она выполнена въ техническомъ отношеніи правильно.

Опыты Теръ-Микаліанца, на которые я уже неоднократно ссылался, также убѣдительно говорятъ противъ того, чтобы фиксирующія спайки непременно должны были препятствовать увеличенію объема матки. Трудные роды, по-

дававшие даже поводъ къ кесарскому сѣченію, слѣдуетъ отнести на счетъ техническихъ ошибокъ при фиксаціи матки. Къ такимъ ошибкамъ прежде всего слѣдуетъ причислить образованіе серо-фиброзныхъ спаекъ. Спайка должна занимать не болѣе 1 квадратнаго сантиметра на передней поверхности тѣла матки. Не слѣдуетъ, какъ справедливо говоритъ Sanger, фиксировать дно матки; на *crista uteri* брюшина плотно срастается съ тканью матки, и расширение полости послѣдней можетъ совершаться лишь насчетъ передней и задней стѣнокъ. Сомнительнымъ кажется мнѣ также и предложеніе Gräfe¹⁹³⁾ фиксировать по Kelly не переднюю, а заднюю стѣнку матки. Противъ примѣненія фиксаціи Ohlshausen'a говорятъ, повидимому, опубликованные Schütte¹⁹⁴⁾ два случая, вполне согласующіеся съ опытами Теръ-Микаліанца. Именно, вслѣдствіе неодинаковаго растяженія обѣихъ спаекъ создается крайне неправильная конфигурація матки, въ одномъ случаѣ Schütte потребовавшая даже разсѣченія.

Остается сказать нѣсколько словъ о рецидивахъ послѣ родовъ. Мы видѣли, что въ 4 изъ нашихъ 9 случаевъ образовался влагалищный рецидивъ; маточнаго рецидива не было ни въ одномъ изъ нихъ. По моему мнѣнію, и въ этомъ отношеніи *ventrifixati*'я имѣетъ большія преимущества предъ влагалищными операціями, такъ какъ эффектъ этихъ послѣднихъ при каждахъ родахъ можетъ быть совершенно уничтоженъ.

Въ заключеніе, я долженъ коснуться отношенія клиники къ полной экстирпаціи матки. Примѣненіе этой операціи ограничивается исключительно случаями невправимаго выпаденія, такъ какъ она ни въ какомъ отношеніи не представляетъ преимуществъ сравнительно съ принятой въ клиникѣ операціей. Напротивъ, 6,9% смертности при ней ставятъ ее далеко позади *ventrifixati*'и. Не удаденіемъ матки, участвующей въ замыканіи тазоваго дна, а восстановленіемъ анатомическихъ отношеній надо стараться устранить выпаденіе брюшныхъ органовъ.

Литтература.

1. C o h n. Über die primären und definitiven Resultate der Prolapsoperation. Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie. XIV.
1. S i m o n. Prager Vierteljahresschrift 1867. S. 125.
3. H e g a r. Operative Gynäkologie. Hegar-Kaltenbach IV Aufl.
4. M a r t i n. Gynäkologie. II Aufl. S. 149.
5. K i e m e. Bericht über die vom März 1887 bis März 1894 in Halle ausgeführten Prolapsoperationen. Dissertation. 1895.
6. A s c h R. Über Prolapsoperationen. Diss. 1886.
7. F e h l i n g. Festschrift der Stuttgarter Aerzte. 1897. S. 6.
8. H u m p f. Die Methoden der Prolapsoperationen in der Göttinger Klinik. Diss. 1895.
9. M e i n e r t. Zur Prognose der Prolapsoperationen. Diss. 1897.
10. A s c h. R. Conf. 4.
11. M ü n c h m e y e r. Über die in der königl. Frauenklinik zu Dresden etc. Cntrbl. f. Gynäk. 1892.
12. D o r f f. Wiener med. Blätter, 1879, №№ 47—52; 1880, №№ 4—5.
13. S o n n t a g. Plastische Operationen zur Heilung des gerissenen Dammes und der Vorfälle. Beiträge zur Geb. und Gyn. A. Hegar gewidmet 1889.
14. H e g a r u n d K a l t e n b a c h. Operative Gynäkol. IV Aufl.
15. G a r e i n e r. Prager medicin. Wochenschrift 1898.
16. W e s t e r m a r k. Über Prolapsoperationen und ihre Ergebnisse in Schweden. Cntrbl. für Gyn, 1898. S. 945.
17. B o u i l l y. Verhandlungen des franz. Chirurgencongresses zu Paris 1896.
18. J a c o b s. Jbidem.
19. W o l f f. Zur Totalexstirpation des Uterus mit Entfernung gross. Scheidenlappen wegen Totalprolaps d. Uterus. II Bd. der Arbeiten aus d. Königl. Frauenkl. zu Dresden. 1895.
20. B r a u t l e c h t. Zur Ventrifixatio uteri. Diss. Freiburg i/B.

21. Lawson-Tait, митт, по Sänger: Neuere (besser englische) Methoden d. Perineorrhaph. etc. Arch. f. Gyn. XXXI S. 450.
22. Sänger. Über operative Behandlung etc. Cntrlbl. f. Gyn. 1888, №№ 2 u. 3; 1889, № 30.
23. Fritsch. Lehrbuch d. Gynäkologie. VII Aufl. 1896.
24. Frank. Über Prolapsoperationen. Arch. f. Gynäkol. XXXI S. 453.
25. Gelpke. Correspondenzblatt für Schweizer Aertzte. XXII.
26. Goubareff. Die chirurg. Behandlung d. Vorfälle etc. (russisch) Journ. f. Geb. Decemberheft 1896.
Губаревъ. О хирург. леченіи выпаденій матки. Журн. Акуш. и Гинекол. Декабрь 1896.
27. Sänger. Zur Technik der Prolapsoperation. Cntrlbl. f. Gyn. 1898, S. 33.
28. Fehling. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1893.
29. Marsi. Verhandlungen d. internationalen Congresses zu Moskau.
30. Theilhaber. Zur Prolapsoperation. Monatsschr. f. Gyn. Bd. V.
31. Lawson-Tait. British med. Journal. July 1898.
32. Tuffier et Dumoret. Annales de Gyn. T. XXXIV.
33. Amand Routh. Cntrlbl. f. Gyn. 1899, S. 124.
34. Zweifel. Vorlesungen über Gynäkologie. 1892.
35. Martin. Lhrb. der Frauenkrankh. 1893.
36. Ott. Pathologie und Therapie der fehlerhaften Lageveränderungen der Gebärmutter. (russisch) 1890, S. 148.
Оттъ Патологія и терапія неправильныхъ положеній матки, 1890, стр. 148.
37. Freund jun. Eine neue Prolapsoperation. Cntrlbl. f. Gyn. 1893.
38. Bellini Schmidt's Jahrbücher. 1837.
39. Schramm. Bemerkungen zur neuen Prolapsoperation. Cntrlbl. f. Gyn. 1894, S. 1121
40. Gaertig. Cntrlbl. f. Gyn. 1895, S. 599.
41. Matthaei, Flatau, Stande. Hamb. Gyn. und Geb. Gesellschaft. Cntrlbl. f. Gyn. 1899.
42. Goubareff. Journ. f. Geb. (russisch). April 1896.
Губаревъ. Журн. Акуш. и Гин. Апрель 1896.
43. Abraschianoff. Journ. f. Geb. (russisch). Sept. 1896.
Абражановъ. Журн. Акуш. и Гин. Сентябрь 1896.
44. Follet. X Congress der franz. Chirurgen zu Paris 1896.
45. P. Müller. Cntrlbl. f. Gyn. 1896, S. 1095.
46. Kaltenbach. Hegar und Kaltenbach. Operative Gynäkol. IV Auflage.
47. Fritsch. Cf. Asch, Archiv f. Gyn. XXXV, S. 187.

48. Martin. Berlin. kl. Wochenschr. 1891. Heft 44 u. 45.
49. Quérin. Annales de Gyn. et d'Obst. 1894. XII. S. 28.
50. Gottschalk. Cntrlbl. f. Gyn. 1899.
51. Solotnizky. Hysterect. vaginal. Thèse de Paris. 1894.
52. Rauhut. Die neueren Prolapsooperationen Diss. Halle. 1895.
53. Schlatter. Cntrlbl. f. Gyn. 1899. S. 1024.
54. Kleinwächter. Zur Frage d. operativ. Behandlung etc.
Zeitschr. f. Gyn. und Geb. XXI.
55. Seyfert und Aveling. — mit. no Engelhardt. Behandlung
d. Prolapsus uteri et vaginae. Diss. Dorpat. 1893.
56. Schultze. B. S. Lageveränderungen d. Gebärmutter. Berlin
1882.
57. Winter. Zur Pathologie des Prolapses. Festschr. f. P. Ruge. 1896
58. Theilhaber, l. c. ad 30.
59. Arx. Über die Ursachen der natürl. Lage des Gebärorgans.
Volk. Vort. N. F. Heft 210.
60. Fritsch. Lehrb. der Frauenkrankheiten. VII Aufl.
61. Kaltenbach. Hegar. Operative Gynäkologie.
62. Veit. Handbuch der Gynäkologie.
63. Славянскій. Частн. патологія и терапія женскихъ болѣзней.
64. Hegar. l. c. ad 61.
65. Winter. l. c. ad 57.
66. Leuret. mit. no Tarrasch. Zur Aetiologie d. Uterusprolapses.
Diss. Würzburg. 1888.
67. Chiari. Klinik für Geburtskunde und Gynäkologie 1855.
68. Kiwisch. Klin. Vorträge. Bd. I.
69. Virchow. Verhandlungen der Gesellschaft f. Geburtskunde
Bd. II — IV. Berlin.
70. Veit. Handbuch der Gynäkologie.
71. Küstner. Veit's Handbuch und Grundzüge d. Gynäkol 1893.
72. Славянскій. Частн. патол. и терап. женск. б. 1888.
73. Schauta. Lehrbuch d. gesamten Gynäkologie. 1896.
74. Lehr. Zur Aetiologie d. Uterusprolapses. Diss. Berlin. 1893.
75. Winkel. Lhrb. der Frauenkrankh. 1890.
76. Ott. l. c. ad. 36, стр. 129.
77. Theilhaber, l. c.
78. Schultze. l. c.
79. Kehler. Berliner klin. Wochenschr. 1893, Heft 37.
80. Zweifel. Vorlesungen der Gynäk. 1892. S. 387 und ff.
81. Fehling. Lhrb. der Frauenkrankh. 1893.
82. Matthew Duncan. On the displacement of the uterus 1854.

83. Rouget. Цит. по Martin: Die Neigungen und Beugungen der Gebärmutter 1866,
84. Richet. Traité pratique d'anatomie med.-chirurg. Paris, 1880.
85. Luschka. Die Anatomie des Menschen. II Bd. 2 Abth.
86. E. Martin. Neigungen und Beugungen d. Gebärmutter. 1866,
87. Mackenrodt. Über die Ursachen der normalen und patholog. Lage des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. XLVIII.
88. Rainey. Edinbourgh. Journal. Oct. 1851.
89. Spiegelberg. Monatsschr. f. Geburtsk. 1864. Heft 1.
90. Грамматикати. Основы къ изученію акушерства и женск. бол. 1893.
91. Boivin. Цит. по E. Martin'y. Cf. 86.
92. Malgaigne. Цит. по Küstner'y изъ Veit's Handbuch.
93. Henry Savage. On the femal pelvic organs. London. 1863.
94. Ziegenspeck. Arch. f. Gyn. XXXI. S. 1—51.
95. Rosthorn. Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. inner. Medicin v. Nothnagel.
96. Kocks. Die norm. und path. Lage und Gestalt d. Uterus. 1880.
97. Freund. Das Bindegewebe im weibl. Becken etc. Gyn. Kl. 1885.
98. Waldeyer. B. Lhrb. der topogr. Anatomie. Theil II. 1898.
99. Губаревъ. Журн. Ак. и Гин. Апрель 1896.
100. Rosthorn. Veit's Handb. d. Gynäkologie.
101. Ziegenspeck. Arch. f. Gyn. XXXI. S. 1—54.
102. Mackenrodt. l. c. 87.
103. Goubareff et Snegireff. Anatomie topographique des ligaments larges. Congrès intern. de Gyn. Bruxzelles. 1892.
104. Waldeyer. B. l. c. 98.
105. Nagel. Arch. f. Gyn. Bd. XLI S. 244.
106. Губаревъ. Журн. Ак. и Гин. Апрель 1896.
107. Budge, J. Über die Functionen d. levator ani etc. Berlin. klin. Wochenschr. 1875.
108. Ziegenspeck. l. c. 101.
109. Pineus. Über Constipatio etc. Arch. f. Gyn. Bd. XIII.
110. Lesshaft. Über die Muskeln und Fascien der Dammgegend beim Weibe. Morph. Jahrb Bd. IX.
111. Kleinwächter. l. c. 54.
112. Nagel, l. c. 105.
113. Mackenrodt. l. c. 87.
114. Arx. l. c. 59.
115. Goubareff. l. c. 106.
116. Schauta. l. c. 73.

117. Prochownik. Цит. по Lehr'y. Cf. 74.
118. Рачинскій. Массажъ и гимнастика при ж. бол. 1895.
119. Kocks. Über die künstliche Verkürzung der lig. cardinalia etc. Cntrlbl. f. Gyn. 1896.
120. Westermarck. Über Prolapsoperationen in Schweden Cntrlbl. f. Gyn. 1898.
121. Frommel. Über operative Behandlung der retroflexio uteri. Cntrlbl. f. Gyn. 1890.
122. Freund. Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI. S. 519.
123. Schücking. Über vaginale Fixation bei Retroflexio und Prolaps. Cntrlbl. f. Gyn. 1890.
124. Küberlé. Retrov. de la matrice irréductible. Bulletin de la société de chirurgie. 1877. p. 64.
125. Ohlshausen. Über ventrale Operat. bei Prolaps etc. Cntrlbl. f. Gyn. 1886.
126. Ter-Mikalianz. Къ вопросу объ операцин „Hysteropexia abdominalis ant. intraperit.“ Дисс. Казань, 1892.
127. Müller. Arch. f. Gyn. Bd. XXXVI., S. 547.
128. Leopold. Cntrlbl. f. Gyn. 1888. S. 160.
129. Czerny. Beitrag zur klin. Chirurgie. 1888—89. IV. S. 230.
130. Howard A. Kelly. Hysterorrhaphy. The John Hopkin's Hospital Bull 1890.
131. John Philipps. The Lancet. № XVI, vol. II. p. 760.
132. F. Terrier. Revue de Chirurgie. 1889. № 3.
133. Tuffier. Цит. по Dumoret Laparohysteropexie contre le prolapsus uteri. 1889.
134. Lauwers. Revue médicale. 1889. № 2.
135. Pollaillon. Bull. et mémoires de la société de chirurgie. Paris. 1889. p. 66.
136. Engstroem. Annales de Gyn. T. XXXVII.
137. Küstner. Цит. по Grünberg. Ein Beitrag zur Behandlung d. Prolaps. Diss. Dorpat. 1890.
138. Феноменовъ. Сто чревосъченій. (2-ая серия). Врачъ 1890. № 19.
139. Engelhardt. Zur chirurg. Behandlung d. Prolapses. Diss. Dorpat. 1893.
140. Теръ-Микаліянцъ. I. с. 126.
141. Муратовъ. О пришиваніи матки къ передней брюшной стѣнкѣ etc. Мед. Обозр. 1893.
142. Raubut. I. с. conf. 52.
143. Bion. Die Resultate der Ventrif. uteri. Bern. 1893.

144. Kleinwächter. Uterusverlagerungen. Operative Uterusfixation
Berlin. 1899.
145. Boije. Ueber eine neue Methode der Ventrifixur. Mittheilungen aus der Gyn. Klinik Engstr. II, 1.
146. Czempin. Cntrlbl. f. Gyn. 1895. S. 482.
147. Assaky. Cntrlbl. f. Gyn. 1890. S. 163.
148. Küstner. 1) Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Leipzig. 1889--1890.
2) Die Behandlung kompl. Retrofl. etc. V. kl. Vort. VI. № 9.
3) Ventrifixatio uteri. St. Petersburg. med. W. 1890. № 15.
149. Lion. Diss. Breslau. 1896.
150. Abel. Ueber Bauchnaht u. Bauchnarbenbrüche. Arch. f. Gyn. XLI.
151. Winkel. Handbuch der Frauenkrankheiten. 1890.
152. Scanzoni
153. Ed. Martin
154. Verdier
155. Heftler
156. Küstner.
157. Ohlshausen.
158. Ohlshausen.
159. Engström. См. Boije l. c. 145.
160. Kötschau. Cntrlbl. f. Gyn. 1899. Referat über die Verhandlung der Naturforscherversammlung zu München.
161. Rauhut, l. c. conf. 52.
162. Humpff, l. c. conf. 8.
163. Engelhardt, l. c. conf. 139.
164. Муратовъ, l. c. conf. 141.
165. Bion. Resultate der Ventrifixur etc. Dissert. Bern, 1893.
166. Löhlein. D. med. W. 1894. S. 242.
167. Asch, l. c. conf. 6.
168. Meinert l. c. conf. 9.
169. Kaltenbach l. c. conf. 61.
170. Herff. Cntrlbl. f. Gyn. 1899. Verhandlungen der Naturforscherversammlung zu München.
171. Schmidt. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1899.
172. Werth. См. Lanz, Arch. f. Gyn. Bd. XLII.
173. Kötschau, l. c. conf. 160.
174. Муратовъ. О некоторых осложненияхъ послѣ операций укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ и т. д. Русск. Арх. Патологii, Клин. Медицины и Бактерiологii. 1899, XI и XII.

175. Ohlshausen. } Congress f. Gyn. Leipzig, 1897.
176. Zweifel. }
177. Chaput. *Révue Obstétr. et Gyn.* 1892, p. 177.
178. Cusching. *Frommel's Jahresbericht* 1894, S. 78.
179. Warde. *De l'intervention chirurgicale etc.* Thèse de Paris. 1893.
180. Engström. Цит. по Boije, conf. 145.
181. Теръ-Микалианпъ, l. c. conf. 126.
182. Boije. l. c. conf. 145.
183. Graser. *Die erste Verklebung der serösen Häute.* Congress f. Chir. XXIV. 1895.
184. Idem. *Untersuchungen über die feineren Vorgänge bei der Verwachsung peritonealer Blätter.* Deutsche Zschr. f. Chir. Bd. 27. S. 533.
185. Brautlecht, l. c. conf. 20.
186. Холмогоровъ. *Выпаденіе матки и влагалища у перо-жавшихъ.* Врачъ, 1895.
187. Abel. *Ueber Bauchnaht und Bauchnahtbrüche.* Archiv f. Gyn. Bd. LVI.
188. Poppert. *Ueber Seidenfadeneiterung etc.* D. med. W. 1897. S. 787.
189. Рачинскій. *Журн. Акушерства и Женск. Бол.* Октябрь 1897.
190. Winter. *Verhandl. des VI gyn. Congr.* S. 577.
191. Abel, l. c. conf. 187.
192. Miländer. *Zschrift f. Geburtsh.* Bd. XXXIII, S. 464.
193. Gräfe. *M. f. Geburtsh.* 1899, Heft VII.
194. Schütte. *M. f. Geburtsh.* 1899, Heft VIII.

Арнольдъ Августовичъ Христіанн, получивъ аттестатъ зрѣлости въ 1885 г. въ Екатерининской гимназій въ С.-Петербургѣ, въ августѣ того-же года поступилъ на медицинскій факультетъ Юрьевскаго Университета. Курсъ медицинскихъ наукъ окончилъ и экзамены на степень д-ра медицины сдалъ въ маѣ 1893 года. Съ осени 1893 г. до сентября 1894 г. состоялъ ассистентомъ Юрьевской Университетской Гинекологической Клиники, послѣ чего до весны 1895 года работалъ въ качествѣ сверхштатнаго ассистента въ Breslau'ской Университетской Клиникѣ; затѣмъ до осени 1898 г. занимался врачебной практикой въ Гельметѣ (Helmet); далѣе, до мая 1899 г. снова работалъ въ Breslau'ской Клиникѣ; въ настоящее время занимается врачебной практикой въ г. Либавѣ. Настоящую работу представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

Положенія.

1. Эклампсія не должна считаться инфекціонной болѣзью.
 2. Боли при выпаденіи женскихъ половыхъ органовъ въ большинствѣ случаевъ вызываются измѣненіемъ положенія матки.
 3. Полная экстирпація матки при выпаденіи ея должна ограничиваться лишь случаями неуправимаго выпаденія.
 4. Справедливость мнѣнія, что молоко матери, не страдающей какими-либо органическими разстройствами, всегда хорошо переносится ея ребенкомъ, не доказана.
 5. При изслѣдованіи болѣзней женскихъ половыхъ органовъ на общее состояніе пацієнтокъ слѣдуетъ обращать больше вниманія, чѣмъ это обыкновенно дѣлается.
 6. Образованіе брюшной грыжи послѣ операции *ventrifixati*и матки зависитъ въ значительной мѣрѣ отъ техники наложенія шва на брюшную стѣнку.
 7. Вторичное введеніе Liebig'овскаго солодоваго отвара въ дієтетику дѣтскаго питанія, сдѣланное Czerny, представляетъ несомнѣнный шагъ впередъ.
 8. Въ лѣченіи желудочныхъ и кишечныхъ разстройствъ у дѣтей слѣдовало бы примѣнять обильное выполаскиваніе желудка и кишечника.
-

О п е ч а т к и.

Стран.	Строка.	Напечатано.	Должно быть
8	9 сверху	70 %	36 %
8	3 снизу	Gareiner	Gmeiner
12	2 сверху	валина	валика
12	14 снизу	методовъ	методовъ
14	3 сверху	случевъ	случаевъ
15	15 снизу	shmphisis	sympphisis
25	16 "	1-хъ до 7-хъ	1-хъ или 2-хъ
28	2 сверху	1897	1892
31	9 "	Ho	Ha
33	8 "	15	16
34	2 "	88	68
52	14 снизу	Retro-	Recto-
53	5 "	№ 93	№ 94
69	9 "	№ 72	№ 672
89	15 "	четыре	два
90	10 сверху	№ 77	№ 78.
95	Табл. 3, рубр. 3	№ 5	№ 4
95	" " " 4	№ 4	№ 3
96	6 сверху	слова	снова
97	17 "	83 %	82 %
106	21 "	№ 5	№ 4
107	10 "	5	4
107	23 "	№ 65	№ 63
107	24 "	69, 70, 73, 84	70, 72, 83
110	7 "	№ 76	№ 67
110	12 снизу	Rappert	Roppert
112	3 сверху	№№ 9, 53,	№№ 9, 29, 53.
112	4 "	56.	54,
112	13 снизу	результатовъ	хорошихъ результатовъ

На стр. 93 пропущено примѣчаніе:

*) Въ дальнѣйшемъ изложеніи я не принимаю въ расчетъ 4 случ. vaginaefixati'i и 2 случ. операціи Alexander-Adams'a, какъ не представляющіе особаго интереса, и ограничиваюсь только 105 случаями ventrifixati'i.