

3821

Серия докторских диссертаций, допущенных къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ
Военно-Медицинской Академіи въ 1901—1902 учебномъ году.

№ 10.

7-1886 2002

33

БИБЛИОТЕКА
Харківського Медич. Інстит.
№ 4649
Шифр 13-75

ГЕМОРРОЙ (ПЕРЕВІРЕНО 19.

(Къ его патологiи и леченію).

3821
1941

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

А. А. Воробьева.

Изъ Госпитальной Хирургической Клиники проф. В. А. Ратимова.

Экземплярами диссертациі по порученію Конференціи были: профессоръ
А. Вельяминовъ, приватъ-доцентъ Р. Р. Вреденъ и приватъ-доцентъ
В. Н. Гейнацъ.

Переучет
1966 г.

Имя. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№ 1-го Харьк. Ин-та
ПРОВЕРЕНО

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Электро-Типографія Н. Я. Стойковой. Шпалерная ул., д. № 14.
1901.

1950

Персучен-60

Докторскую диссертацию, доктора **Арсения Аполлоновича Воробьева** под заглавием „Геморрой“ (за его патологич. и лечен.) печатать разрешается съ тѣмъ, чтобы въ отпечатанн. было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 400 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ въ канцелярію, 275 экземпляровъ — въ академическую бібліотеку) и 300 отдельныхъ оттисковъ краткаго резюме ея (выводовъ). С.-Петербургъ, ноября 3 дня 1901 года.

Ученый Секретарь, Офицарный профессор А. Діанинъ.

Много вѣковъ прошло съ тѣхъ поръ, когда пылливый чело-вѣческій умъ впервые пожелалъ объяснить себѣ, что такое геморрой и каковъ его патогенезъ. Имена Гиппократы, Цельза, Галена и другихъ великихъ умовъ древности выступаютъ въ исторіи геморроя. Предлагая для объясненія его патогенеза часто темныя и неясныя теоріи, древніе врачи, въ лицѣ отца медицины и хирургическаго леченія геморроя Гиппократы, не далеки были отъ современнаго взгляда на анатомическую его натуру. „Hemorrhoides nihil aliud sunt, quam varices venarum ani“, превозгласилъ Valeus¹⁴³, формулируя въ краткихъ словахъ мысли Гиппократы. Чѣмъ же объясняется образованіе подобнаго рода varices?

Мы не будемъ останавливаться на старинныхъ взглядахъ (желчи, флегмъ и т. п.), утратившихъ теперь всякое значеніе. Остановимся мы: 1) на теоріи „механической“, 2) на теоріи Stahl'я и его учениковъ, 3) на теоріи „первой“ и 4) на теоріи „инфекціонной“.

Съ теоріей „механической“, которая и теперь имѣетъ многочисленныхъ сторонниковъ связаны имена: J. L. Petit¹⁰⁴), Gos-selin⁴⁴), Verneuil⁴⁷), Duret³⁶), Fontan⁴⁰), Eicchorst¹⁰²), Hueter-Lossen¹⁰⁷) и друг. Въ ней различныя причины повышающія кровяное давленіе и вызывающія стазъ въ геморроидальныхъ венахъ, ставятся на первое мѣсто въ происхожденіи геморроя. Причины эти весьма разнообразны и многочисленны: 1) отвѣсное положеніе прямой кишки и затрудненный поэтому оттокъ крови, противъ силы собственной тяжести; 2) отсутствіе клапановъ въ v. portarum⁴⁶); 3) положеніе венъ среди крайне растяжимой сплизистой и крайне рыхлой подслизистой

⁴⁶) Waldeyer¹⁴⁴) доказалъ, что у этихъ венъ есть клапаны.

клетчатки; 4) давленіе на начала геморроидальных венъ мускулатуры прямой кишки, чрезъ которую онѣ проходятъ; 5) давленіе каловыхъ массъ, гонящихся кровъ въ венахъ сверху внизъ, что при запорѣ имѣетъ еще болѣе важное значеніе, ибо кровъ верхнихъ и среднихъ геморроидальныхъ венъ, при натуживаніи безъ раскрытія сфинктера не прогоняется въ нижнія вены, сообщающіяся съ первыми только чрезъ сфинктеръ (ученіе о важномъ значеніи сфинктера). Gosselin ⁴⁴⁾, Duret ³⁹⁾ и друг. сторонники „механической теоріи“ указываютъ на патологическія причины, какъ источники геморроя напр. болѣзнь печени, селезенки, перегибы матки назадъ, опухоли таза живота и т. п. Rokitsanski ¹¹¹⁾, приводитъ цѣлый рядъ доводовъ противъ механической теоріи, изъ которыхъ слѣдуетъ, что однихъ механическихъ моментовъ для возникновенія геморроя едва ли достаточно. Теорія о важномъ значеніи сфинктера [Verneuil ¹⁴⁾, Fontan ⁴⁰⁾], возникла на основаніи благоприятнаго вліянія операціи наслѣственного растяженія и встрѣтившая подтвержденіе въ анатомическихъ изысканіяхъ Duret ³⁹⁾ о венахъ прямой кишки едва ли вѣрна. Эффектъ операціи объясняется несомненно иначе, анатомическія же изысканія другихъ авторовъ, Заставинскаго ⁶⁶⁾, Quénu ¹⁴⁰⁾ и друг. показываютъ въ кавернозномъ соединеніи находятся верхнія и нижнія геморроидальные вены, анастомозирующія между собой двумя способами: подкожно-подслизистымъ и межъ-мышечными.

Другая теорія Stahl'я ⁴⁴⁾ (XVII ст.). По этой теоріи активная приливъ къ геморроидальнымъ венамъ трактуется какъ причина ихъ расширенія. Геморроиды, по мнѣнію Stahl'я и его учениковъ, служатъ для отдѣленія различнаго рода продуктовъ скопляющихся въ крови въ зависимости отъ діатезовъ, каковы, подагра, ревматизмъ и т. п. Теорія эта, оспариваемая въ свое время Gosselin'омъ, въ настоящее время, благодаря ученію о вазомоторахъ, имѣетъ извѣстные права на существованіе. Вообще она въ настоящее время тѣсно связана съ теоріей, гдѣ **нервные разстройства** выступаютъ въ качествѣ причинъ геморроя. „Геморрой есть ангионеврозъ“ — пишетъ проф. Захарьинъ ⁴³⁾. „Приливъ къ геморроидальнымъ венамъ вызывается вазомоторными разстройствами“ говоритъ Duplay ⁴⁹⁾ и приводитъ въ

качествѣ этиологическихъ моментовъ геморроя эксцессы, злоупотребленіе алкоголемъ, слабительными и т. п.

„Вмѣстательство вазомоторовъ“ пишетъ Vulpien ¹¹²⁾ — несомѣнно во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ происходятъ выпарныя кровотеченія. Согласно механизму кровотеченій, приливъ который ихъ вызываетъ, есть результатъ вліянія сосудорасширителей периферическаго происхожденія“.

Тотъ фактъ, что varices образуются у беременныхъ, когда еще о давленіи увеличенной матки не можетъ быть и рѣчи, подать поводъ утверждать многимъ, что образованіе varices при этомъ состояніи тѣсно связано съ состояніемъ нервной системы (Dubois ⁷⁵⁾, Barnes ⁷⁵⁾, Guéniot ⁷⁵⁾, Leonardi ⁷⁵⁾ и друг.). Извѣстно много случаевъ (Potain ⁷³⁾, Sonenburg ⁷³⁾, Babinski ⁷³⁾ и друг.) острого развитія варикозныхъ расширеній подъ вліяніемъ страданія нервовъ. Нервная система можетъ служить возникновенію геморроидовъ, вызывая приливы крови къ геморроидальнымъ венамъ, вызывая параличъ, потерю тонуса или трофическія разстройства со стороны венозной стѣнки. Доказательствъ прямыхъ этому однако нѣтъ. О геморроидальныхъ приливахъ Quénu ⁴⁹⁾ пишетъ, что надо еще доказать, что такіе приливы встрѣчаются у людей нестрадающихъ геморроемъ и что, такимъ образомъ, приливы эти не послѣдствіе, а причина геморроя.

Теорія о **важномъ значеніи инфекціи** въ возникновеніи геморроя принадлежитъ Quénu ¹⁰⁴⁾, поставившему механическія условія на второе мѣсто и приписавшему всѣ явленія геморроя эндوفлебиту, явившемуся результатомъ мѣстныхъ, прямокишечныхъ прививокъ (bact. coli comm. и staphylococ). По мнѣнію этого автора вены расширяются потому, что онѣ болѣзны и не могутъ въ должной степени сопротивляться напору крови.

Не входя въ оцѣнку всѣхъ этихъ теорій, мы должны напомнить, что онѣ только тогда имѣютъ мѣсто, когда за патолого-анатомическую основу геморроя мы признаемъ расширенія прямокишечныхъ венъ, varices. Онѣ точнѣе же, однако, сводятся къ нулю, если мы признаемъ согласно изслѣдованію Reinbach'a ¹⁰²⁾ сущность геморроя въ новообразованіи сосудовъ при этомъ въ строгомъ смыслѣ этого слова: „Das Wesen der Hämorrhoidalaffection besteht nicht, wie bisher angenommen wurde, in einer Varicenbildung der Hämorrhoidalvenen; es han-

delt sich vielmehr um echte Geschwülste gutartigen Characters... also um Angiome"—пишет Reinbach. Смотри на геморроиды, как на ангиомы, мы сталкиваемся съ вопросом о происхождении вообще опухолей, съ вопросом темным и становимся далеки от пониманія патогенеза геморроя. Взгляды на геморроиды, как на ангиомы, не новы; на сходство геморроидовъ съ сосудистыми опухолями указывали: Oppolzer⁹⁴), Virchow¹⁴³) (das varicose anal angioma), König¹⁰⁷), Strumpell¹⁰²), Bryant¹⁴⁵), Склифасовскій и друг. Lisfranc⁶¹), еще въ 1844 году на одной изъ своихъ лекцій оспаривалъ сходство геморроидовъ съ пещеристой опухолью (cavernoma).

Такъ или иначе, но, во всякомъ случаѣ, мы видимъ, какъ различенъ по взглядамъ анатомическій объектъ, на которомъ строятся различныя теории о сущности процесса. Зависитъ это отчасти отъ того, что изслѣдованіе натуры геморроидовъ производилось или макроскопическимъ изученіемъ выпяченныхъ узловъ или при помощи способа ихъ инъекцій черезъ вены. Способъ послѣдній старый, испытанный Gosselin⁴⁴), Verneuil¹⁴¹), Duret³⁶) и друг.

Только недавно сравнительно для изученія геморроидовъ прибѣгли къ микроскопу. Большая заслуга въ этомъ отношеніи принадлежитъ Quénu¹⁰⁴). Обратимся постѣ этого отступленія къ нашему прямому вопросу, какова анатомическая натура геморроя.

Большинство классическихъ авторовъ по этому вопросу не сомнѣвались въ правильности взгляда Гипократа. Тѣмъ не менѣе не всегда такое мнѣніе раздѣлялось всѣми. Cullen⁴⁴), Récamier⁴⁴), Dellaroque⁴⁴) и друг., основываясь на неудавшихся инъекціяхъ геморроидальныхъ узловъ черезъ геморроидальныя вены, думали, что геморроиды образованы изъ осумковавшихся крововизляній въ рыхлую кѣтчатку. Bell¹⁴³), Asthon¹⁴³), причисляли геморроиды къ роду aneurysma per anastomosin. Оба эти мнѣнія въ настоящее время совершенно оставлены, благодаря Gosselin⁴⁴), Virchow¹⁴³) и друг. „Мои опыты позволяютъ всѣмъ сосудистымъ опухолямъ ануса причислить къ одной категоріи, varices“, пишетъ Virchow въ своемъ классическомъ трудѣ о геморроѣ. Но Virchow изслѣдовалъ геморроиды макроскопически, не входя въ детали гистологическаго изслѣдованія.

Различая геморроиды подслизистые, подкожные и смѣшанные, онъ утверждаетъ, что подкожные встрѣчаются рѣдко, они, какъ правило, „blind“ (слѣпы), т. е. не кровоточатъ, тогда какъ внутренніе кровоточивы (offen). Венный аппаратъ прямой кишки участвуетъ въ образованіи геморроидовъ, причемъ, главнымъ образомъ, вѣтями v. сава, тогда какъ v. portarum участвуетъ лишь своими анастомозами. Варикозныя мѣста соответствуютъ, главнымъ образомъ, мѣстоположенію columnae Morgagni. Внутри венозныхъ узловъ имѣются полости, отъ точки до верхней косточки величиной. Каждый геморроидальный узелъ извѣстной величины по Virchow'у состоитъ изъ двухъ главныхъ составныхъ частей: эктазическихъ сосудовъ и изъ окружающей ихъ ткани (Umhüllungsgebe). Такъ какъ послѣдняя содержитъ артеріи, которыя могутъ еще сильнѣе со своей стороны развиваться, то этотъ Bruch sack (грыжевой мѣшокъ)—интензивно краснаго цвѣта.

Соборовъ¹²⁵), по предложенію проф. Руднева, въ 1869 году представилъ диссертацию о строеніи варикозныхъ венъ вообще. На 7 случаевъ варикозныхъ расширеній v. saphena interna ему пришлось изслѣдовать на одномъ трупѣ (изъ клиники профессора Богдановскаго) и геморроидальныя вены. Разрѣзывая препаратъ геморроидальнаго узла, и найдя въ немъ множество кругловатыхъ полостей, наполненныхъ кровью, автору удалось установить прежде всего связь ихъ съ венами, а затѣмъ, заливъ въ желатину, изслѣдовать узелъ микроскопически. Подтвердивъ сходство микроскопическихъ измѣненій геморроидальнаго узла съ измѣненіями при varices v. saphena, авторъ указываетъ: 1) отложеніе соединительно-тканевыхъ элементовъ во внутренней оболочкѣ (intima); 2) увеличеніе количества связующаго вещества въ слоеъ мышцъ (интерстиціальныя процессы); 3) въ adventitia порядочное число vasa vasorum со стѣнками изъ веретенообразныхъ элементовъ. Изолировавъ 36° растворомъ ѣдкаго кали отдѣльныя мышечныя волокна, онъ нашелъ, что они при незначительной длинѣ были болѣе широки и плоски, ядра большей частью овальной формы, часто съ ядрышками и иногда, какъ бы раздѣленные на—двое. Вены геморроидовъ Соборовъ отнесъ къ разряду варикозныхъ венъ съ толстыми стѣнками. Результатъ изслѣдованія Соборова былъ тотъ,

что во всех случаях варикозных вен постоянно наблюдается гипертрофия отдельных гладких мышечных волокон и неизменность эпителиальной выстилки. Таким образом, по мнению автора, в развитии расширения, варикозности, внутренняя оболочка не играет никакой роли.

Объяснить только что названные работы для нашей цели представляют мало существенного; первая — по отсутствию микроскопического исследования, вторая потому, что касается геморроя лишь стороной, насколько он служит вообще пониманию строения varices.

Выдающийся интерес представляет работа Quenu¹⁰⁴. Пользуясь способом налития заднепреходных и прямых вен, уже употреблявшимся ранее с этой целью Verneuil, Gosselin, автор пришел к выводам: 1) геморроиды образованы варикозным изменением начальных ветвей геморроидальных вен, как верхних, так и нижних; 2) каждый геморроид образован из маленьких, неправильных расширений, захватывающих протяжение мелких вен и их ветвей; можно отлично охарактеризовать геморроиды, говоря, что он образован из varices начальных веточек; 3) внутренние геморроиды образованы начальными ветвями верхних геморроидальных вен и стволами, соединяющими последние с нижними геморроидальными венами; наружный геморроид занимает область тех же стволов из v. hemorrh. inferior под сфинктером; 4) часто наружные геморроиды образуются после образования внутренних; 5) наружные геморроиды могут существовать без внутренних самостоятельно, сочетаясь иногда у женщин с varices влагалищных вен. Инъекциями автору удалось установить, как частое сопутствие геморроя, расширения в венах prostatæ, сменных пузырьков, иногда ягодицы, ven. ischiadica и т. д. Первоначальные расширения маленьких вен по Quenu имеют разнообразную форму: то они имеют вид зерен и, сидя на венѣ, образуют как бы ряд чешуек, то расширенные венки извиваются змѣйкой, то отходят от нее в виде кисточки, отходять маленькие веточки. Переплетаясь между собой всевозможным образом, эти первично расширенные вены и образуют маленькие опухоли пакеты, геморрой дальних шишечки.

Изучив топографию и макроскопический вид геморроидов, автор затем прибег к гистологическому исследованию.

Вены подслизистого слоя по Quenu бывают двойного рода: одни с утолщенными стенками, другие с тонкими. В толстых лишь редко определяется гиперплазия гладких мышечных волокон; гораздо чаще мышечная ткань совсем исчезает, а утолщение происходит на счет эндотелия, образованием ткани эмбрионального характера. Редко утолщение образуется на счет соединительной ткани. Утончение стенок чаще наблюдается на сосудах с большим просветом, происходит на счет исчезновения собственной стенки вен и превращения ее в фиброзную ткань, образованием из последней перегородок между смежными венами, так что это может дойти до образования каверн перепрестой ткани.

В слизистой и подслизистой капилляры расширены, извилисты, стенки их часто с фиброзным влагалищем, явившимся на счет размножения клеток соприкасающихся с эндотелием. Околососудистая клетчатка в состоянии хронического воспаления. В железах автор отмечает перигландулярные и интерстициальные изменения. В мышцах мышечно-слизистого слоя гипертрофия пучков, но чаще уменьшение их и атрофия. На поперечнополосатых мышцах отмечена пролиферация ядер сарколеммы и плохая пестречность первичных пучков. В первых отмечаются явления периневрита и изменения варикозных vasa nervorum. Артерии, по автору, нормальны, как в калибр, так и в строении, иногда лишь воспаление окружающих артерий часто вызывает явления periarteritis. Наблюденные изменения позволили автору заключить, что в стенках вен имеется процесс воспалительный, начинающийся с эндотелия intima, ведущий к утолщению оболочки вен, а затем наступает соединительно-тканное перерождение, исчезновение мышечной и упругой ткани сосуда, с последующим образованием в истонченных местах, под влиянием напора крови, варикозных расширений.

Вены расширяются потому, что они больше и больше эндотелиальными, явившимися, как результат частых, малых

прямоышечныхъ прививокъ (*bacterium coli comm.*, *staphylococcus*). Свою теорію Quénu подкрѣпляетъ клиническими доводами: 1) указывая на первѣность геморроя у лицъ ведущихъ активный, подвижной образъ жизни; 2) рѣдкость геморроя у страдающихъ атрофическимъ циррозомъ печени; 3) частія сочетанія геморроя съ хроническими воспалительными процессами прямой кишки и сосѣднихъ органовъ, какъ-то: дизентерія, ракъ прямой кишки, циститъ, простатитъ, воспаление матки и т. п.

Проф. Субботинъ¹³¹⁾, дѣлая оцѣнку теоріи Quénu замѣчаетъ, что трудно по найденнымъ измѣненіямъ венозныхъ стѣнокъ доказать, явились ли они первично или вторично. Профессоръ, склоненъ скорѣе на основаніи своего клиническаго опыта, въ основѣ всѣхъ явленій геморроя, видѣть явленія „трофическія“, не имѣющія ничего общаго съ воспалительными. Онъ убѣжденъ въ большой жизнеспособности и энергіи (при заживленіи) слизистой оболочки recti. Съ точки зрѣнія Quénu замѣчаетъ профессоръ совершенно непонятно, почему геморрой не развивается во рту, влагалищѣ, при давно продолжающихся выпаденіяхъ прямой кишки, у нашихъ деревенскихъ крестьянъ мало, какъ извѣстно, заботящихся о чистотѣ задняго прохода вытирающихъ его соломой, сѣномъ и часто наносящихъ себѣ этимъ путемъ настоящія раны.

Тщательность работы Quénu, его авторитетное имя, а главное совершенно новый взглядъ на столь распространенное страданіе побудило д-ра Reinbach'a¹⁰²⁾, изъ клиники профессора Mikulicz'a къ гистологическому изслѣдованію. Геморроиды были подучены имъ въ хирургической клиникѣ послѣ перевязки основанія шишки лигатурой. Всего изслѣдовано 15 случаевъ; изслѣдованіе производилось макроскопически и микроскопически. Прежде всего для сравненія Reinbach произвелъ изслѣдованіе нормальной заднепроходной области у субъектовъ различнаго возраста. Макроскопическое изслѣдованіе самихъ геморроидовъ дало возможность заключить автору, что субстратъ, подлежащій изслѣдованію въ анатомическомъ отношеніи различенъ (напр. 3 типа) и что есть такіе геморроиды, у которыхъ отсутствуютъ всякія *venectasiae*. Микроскопическій анализъ далъ возможность установить полную индивидуальность наблюдаемыхъ измѣненій (4 типа и ихъ пе-

реходныя ступени). Общимъ для всѣхъ случаевъ было новообразование сосудовъ. Хотя какая-нибудь опредѣленная фаза развитія сосудовъ не найдена, но изобиліе сосудовъ не можетъ быть объяснено вызываніемъ застоя, ибо среди нихъ есть и спавшіеся; отпрыски, отходящіе отъ большихъ венъ (*Ausbuchtungen*), особенно дѣлящіеся на-двое; скопленіе ядеръ по направленію побѣга этихъ отпрысковъ; конфигурація ихъ широкихъ у основанія и узкихъ къ периферіи—доказываютъ, по мнѣнію автора, новообразовательный процессъ. Дугообразное соединеніе сосудовъ, соединеніе толстыхъ сосудовъ другъ съ другомъ при помощи тонкаго капилляра подкрѣпляютъ это предположеніе. Образование пещеристой ткани похожей на ткань *urethra* съ многочисленными капиллярами въ окружности и перегородкахъ, указываютъ на настоящее новообразование пещеристой ангиомы. Какой же характеръ этого новообразования? Воспалительный или такой же какъ при опухоли, или воспалительный и опухолеобразный вмѣстѣ? Отсутствіе воспалительныхъ явленій въ околососудистой кѣтчаткѣ даетъ автору съ положительностью утверждать, что новообразование сосудовъ при геморроѣ точно такого же характера, какъ при всякой ангиомѣ.

Бываютъ случаи, гдѣ есть слѣды хроническаго воспаления, но это встрѣчается рѣдко, тогда какъ новообразование сосудовъ имѣетъ мѣсто всегда. Ошибка Quénu и заключается въ томъ, что онъ, соблазнившись преобладающими иногда явленіями воспаления увидѣлъ въ нихъ сущность процесса. Темнокрасный цвѣтъ узловъ, расширеніе маленькихъ железокъ, напряженное состояніе пещеристыхъ полостей указываютъ на существованіе застоя. Сущность геморроя, по автору, заключается въ образованіи настоящей доброкачественной ангиомы въ строгомъ смыслѣ этого слова.

Нахожденіе ангиоматозныхъ новообразованій у *anus'a* одного ребенка и вообще фактъ существованія геморроидальныхъ узловъ у грудныхъ дѣтей (случай Hoffmann'a, Lannelongue) позволяютъ думать, что геморрой имѣетъ много общаго съ ангиомой губъ, щекъ, лица. Многіе случаи необъяснимаго происхожденія геморроя дѣлаются понятными. Понятенъ фактъ съ точки зрѣнія доброкачественной ангиомы, почему геморроидальный узелъ не даетъ возвратовъ

послѣ него удаленія, хотя застои выше этого мѣста операціей не устранены. Вообще геморрой есть чисто мѣстное страданіе, послѣ чего онъ выходя изъ анального канала. Взглянемъ критически на только что изложенную работу д-ра Reinbach'a. Все гистологическія доказательства этого автора о новообразованіи сосудовъ для насъ нисколько не убѣдительно. Увеличеніе числа сосудовъ понятно, какъ явленіе кажущееся, послѣ перетягиванія геморр. узла лигатурой у основанія. Спавшіеся сосуды не доказываютъ противнаго на препаратъ подвергнутому уплотненію и т. п. Большое число сосудовъ на препаратѣ, кромѣ того, должно явиться непремѣннымъ слѣдствіемъ извилистости ихъ, о чемъ говорилъ уже Quénu, основываясь на своихъ инъекціяхъ. Наконецъ, увеличеніе числа видимыхъ сосудовъ въ такой области, гдѣ предполагается застой, скорѣе говорить за послѣдній чѣмъ за новообразование. Отпрыски, отходящіе отъ большого сосуда, дѣлящіеся на двое, скопленіе ядеръ по направленію побѣга, конфигурація ихъ легко понятны, какъ результатъ микроскопической техники. Въ самомъ дѣлѣ—дѣленіе отпрысковъ хотя-бы на двое легко показать на сморщенномъ сосудѣ съ измѣненными стѣнками. У насъ имѣются подобнаго рода препараты. Зерна, сопровождающія побѣги, какъ видно изъ рисунковъ самого автора, суть капилляры, усѣченные такимъ образомъ, что полость ихъ не вскрыта, а верхняя эндотелиальная стѣнка лежитъ въ оптическомъ срѣзѣ микроскопа. Почему эти капилляры толсты у основанія и истончены къ концамъ, всемъ понятно, если капилляръ уходитъ глубже, такъ сказать, къ столику микроскопа. Дугообразное соединеніе двухъ параллельныхъ тонкихъ сосудовъ и двухъ толстыхъ венъ тонкимъ капилляромъ развѣ говорятъ хоть чѣмъ-нибудь за новообразование, когда извѣстно существованіе анастомозовъ, и можно разсѣкая толстыя вены поперекъ на микротомѣ, разсѣчь соединяющую ихъ вѣтвь въ верхней части, такъ что получится какъ бы капилляръ съ тонкимъ просвѣтомъ (стѣнка перерождена). Наконецъ, будемъ считать доказательнымъ фактъ новообразования капилляра среди двухъ толстыхъ венъ, но это встрѣтилось у Reinbach'a, какъ исключеніе, а не какъ правило. Что касается новообразованія пещеристой ткани, то это

еще зависитъ отъ того, какъ смотрѣть на дѣло. Quénu называетъ это пещеристымъ перерожденіемъ, мы назовемъ это сдвигіемъ смежныхъ венъ, послѣ разрушенія перегородокъ между отдѣльными varices, быть можетъ найдутся и другія объясненія. Новообразовательнаго процесса здѣсь, во всякомъ случаѣ, вѣроятно, весьма мало. Капиллярные сосуды въ перегородкахъ можно, съ большою увѣренностью считать за vasa vasorum.

Такимъ образомъ, Reinbach, какъ намъ кажется, доказывая новообразование сосудовъ, совершенно не доказалъ, что оно встрѣчается въ геморроидальномъ узлѣ, какъ правило; во всякомъ случаѣ, каждое изъ его доказательствъ можетъ быть оспариваемо и объяснено въ другую сторону.

Мы не ждаемъ совершенно отрицать идею Reinbach'a, но мы нисколько не убѣждены его гистологическими соображеніями. Что касается клиническихъ доказательствъ, главнымъ образомъ, существованія геморрой у дѣтей, то въ виду достовѣрныхъ фактовъ, представленныхъ Ball'емъ, Allingham'омъ, Ogston'омъ, Lannelongue, Hoffmann'омъ, Quénu и др. мы не сомнѣваемся въ существованіи геморрой даже у новорожденного. Мы должны однако напомнить Reinbach'у, что и varices могутъ быть врожденными. Такие varices встрѣчаются, какъ правило, у венъ плаценты (по Thoma—Ueber das Aneurysma¹³⁵). Аневризмы, имѣющія много общаго съ varices венъ, какъ врожденные явленія описаны феноменальнымъ¹³⁶ и друг. Думается дальше, что, если геморрой ребенка и носить характеръ новообразованія сосудовъ, еще болѣе важный вопросъ, одинаковы ли это геморрой новорожденного съ геморроемъ взрослого по своей гистологической картинѣ? Quénu¹³⁴ считаетъ варикозными распиреніями у новорожденныхъ тѣ ампулы, въ которыхъ, по Duret³⁶), начинаются у hemorrhoidales superiores. Геморрой у новорожденныхъ и у дѣтей во всякомъ случаѣ рѣдкость, сравнительно съ геморроемъ взрослого; по Reinbach'у, однако, выходитъ, что геморроидальная ангиома развивается съ годами подъ вліяніемъ опредѣленныхъ причинныхъ условий.

Считать, что, называя геморрой ангиомами, мы что-нибудь поднимаемъ въ геморроидальномъ процессѣ—мы рѣшительно, вопреки Reinbach'у, отказываемся.

Reinbach отмѣчаетъ, что съ точки зрѣнія „angioma“, понятно почему геморрой, какъ мѣстное страданіе, крайне рѣдко, почти совсѣмъ не даетъ возвратовъ послѣ операціи, по намъ это понятно съ точки зрѣнія варикозныхъ венъ, уничтоженныхъ операціей, неизвѣстно на какомъ протяженіи облитерированныхъ. Кромѣ того, невѣрно наблюденіе о почти полномъ отсутствіи возвратовъ послѣ удаленія узловъ. Каждый изъ хирурговъ можетъ насчитать такіе случаи изъ своей практики. Мы сами видѣли неоднократно такіе случаи.

Ко всему сказанному прибавлю, что съ точки зрѣнія ангиома совершенно непонятно, почему эти ангиомы являются у беременных и исчезаютъ послѣ родовъ; почему при ракъ прямой кишки развиваются геморроидальныя узлы, которые исчезаютъ тотчасъ же послѣ удаленія опухоли; почему эти ангиомы у женщинъ повидимому рѣже, чѣмъ у мужчинъ; почему онѣ связаны съ такими причинными моментами, какъ запоръ и проч. Такимъ образомъ, теорія Reinbach'a а priori мало доказательна.

Въ настоящее время соображенія Reinbach'a встрѣчаютъ поддержку въ изысканіяхъ Gunkel'a ⁴⁵). Онъ также устанавливаетъ 4 типа геморр. узловъ и приходитъ къ выводу, что геморроиды есть ангиома.

Подробно доводы этого автора еще не опубликованы.

Постараемся теперь, на основаніи собственныхъ наблюденій надъ гистологической картиной геморроидальныхъ узловъ, очертить существующіе взгляды на геморрой.

Всего нами изслѣдованы геморроидальные узлы отъ 10 больныхъ изъ клиники нашего учителя проф. В. А. Ратимова. Изслѣдованные нами случаи касались геморроидовъ, находящихся въ самыхъ различныхъ стадіяхъ развитія. Среди нихъ однако только въ одномъ случаѣ можно было говорить о начальной стадіи геморроя; въ большинствѣ же приходилось имѣть дѣло съ развитыми формами; въ четырехъ случаяхъ имѣлось болѣе или менѣе выраженное выпаденіе слизистой гесті. Для изслѣдованія мы брали куски во время операціи отжиганія, срѣзая узелъ послѣ зажатія его основанія щипцами Langenbeck'a. Кромѣ того, вырѣзываніе всей слизистой съ венами при операціи Whitehead'a дало намъ возможность получить куски для изслѣдованія меньше под-

вергнувшіеся травмѣ и довольно значительной величины. Для сравненія строенія нормальной венозной стѣнки съ венами геморроидалистовъ, мы микроскопически изслѣдовали прямую кишку у нѣсколькихъ труповъ, гдѣ геморрой нельзя было опредѣлить. Изъ уплотняющихъ и фиксирующихъ средствъ нами употреблялись: Мюллерова жидкость, жидкость Zenker'a, 10% растворъ формалина въ Мюллеровой жидкости, алкоголь (при повышающейся концентраціи), жидкость Флемминга. Приобрѣтя извѣстную опытность, мы съ наибольшей охотой для изслѣдованія изъ этихъ жидкостей примѣняли чистую Мюллерову жидкость и жидкость Zenker'a. Послѣ нихъ обычно мы получали наилучшіе цѣнные для насъ препараты. Уплотненные и обезвоженные куски тканей заливались въ целлоидинъ. Срѣзы большей частью въ 15 μ получались на микротомѣ Jung'a. Для окраски мы примѣняли: гематоксилинъ Böhmer'a, гематинъ Mayer'a, никрокарминъ, лигильный карминъ Orth'a, сафронинъ и др. Изъ двойныхъ окрасокъ нами обычно употреблялись гематоксилинъ съ эозиномъ и окраска по van Gieson'y. Эластическія волокна мы красили по Weigert'y ⁴⁶). На нѣкоторыхъ препаратахъ мы окрасили фибринъ по Weigert'y.

Мы не будемъ приводить описаніе cadaго макроскопически и микроскопически изслѣдованнаго нами случая. Находя въ противоположность Reinbach'у весьма много общихъ чертъ въ состояніи различныхъ частей изслѣдуемой области, мы постараемся изложить общее составившееся у насъ впечатлѣніе.

Макроскопическое изслѣдованіе взятыхъ кусковъ привело насъ къ слѣдующимъ выводамъ. Каждый геморроидальный узелъ состоитъ изъ одѣвающихъ его слоевъ слизистой или кожи, затѣмъ сосудовъ и промежуточной ткани. Плотный въ своихъ поверхностныхъ слояхъ узелъ по мѣрѣ удаленія отъ нихъ дѣлается рыхлѣе и рыхлѣе. Объ одѣвающихъ слояхъ, чаще всего кожи и слизистой вмѣстѣ, можно сказать, что мѣстами они тонки и не представляютъ рѣзкой границы отъ подлежащей ткани. Это часто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ геморроидальномъ узлѣ одновременно много развитыхъ сосудовъ и много промежуточной ткани. Къ покрывающимъ слоямъ обычно прилагается слой различной толщины болѣе

или менее плотной ткани, которая разрывается по мѣрѣ удаленія и превращается въ отдѣльные пучки, составляющие болѣе или менее развитыя перегородки между отдѣльными сосудами. Лежа среди этой ткани сосуды, наполненные кровью, по своей величинѣ обычно обратнѣе тѣмъ болѣе развиты, чѣмъ дальше отъ покрывающихъ слоевъ. Величина ихъ колеблется отъ едва замѣтной точки до величины булавочной головки, до коноплянаго зерна и болѣе. Общее число ихъ на разрывѣ шишки колеблется въ значительныхъ размѣрахъ. Болѣе развитыя сроднительно сосудовъ встрѣчается отъ 3 до 15, смотря по величинѣ изслѣдуемаго куска. Стычка такихъ сосудовъ представляется или рѣзко очерченной отъ окружающей ткани или чаще сливается съ ней. Болѣе мелкіе сосуды располагаются чаще поверхностно и представляются въ видѣ едва замѣтныхъ линий, точекъ и т. п. Геморроиды такого устройства встрѣчались довольно часто. Попадались однако случаи, гдѣ подъ слизистой или подъ кожей не было ни одного крупнаго сосуда, а прилегающая ткань являлась однородной и довольно плотной. Такого типа у насъ часто попадались подкожные узлы. Встрѣчались еще геморроиды, у которыхъ вся промежуточная ткань была окрашена въ темный цвѣтъ, въ зависимости отъ инфильтраціи кровью.

Вообще получается впечатлѣніе, что каждый разрывъ узла имѣетъ свой особый видъ, но эта разница зависитъ отъ соотношенія между числомъ поперечно разрыванныхъ сосудовъ, ихъ величиной и отъ количества и качества промежуточной ткани. Если бы намъ предложили установить типы геморроидальныхъ узловъ по ихъ устройству, на основаніи макроскопическаго изученія, то мы выдѣлили бы, 1) типъ гдѣ преобладаютъ сильно развитыя и многочисленные сосуды и 2) типъ, гдѣ преобладаетъ промежуточная ткань. Каждый изъ этихъ типовъ можетъ представлять двѣ разновидности: 1) разновидность гдѣ стычка сосуда рѣзко очерчена отъ окружающей ткани и 2) разновидность, гдѣ она сливается съ ней. Уже изъ такой классификаціи, легко понятно какъ много возможно различныхъ сочетаній и какъ разнообразна поэтому виѣшняя картина геморроидовъ. Общихъ чертъ однако во всѣхъ этихъ разновидностяхъ, весьма много.

Обратимся теперь къ микроскопическому послѣдованію. Начнемъ съ поверхностныхъ слоевъ: кожи и слизистой.

Въ эпителиальномъ покровѣ кожи существенныхъ измѣненій нѣтъ. Есть, однако, мѣста, гдѣ эпителиальный покровъ сильно истонченъ. Обычно въ этихъ мѣстахъ подъ эпителиемъ находится большая полость, выстланная эндотелиемъ и наполненная красными кровяными шариками. Истонченная кожа состоитъ въ глубокихъ частяхъ изъ кѣттокъ веретенообразной формы, постепенно переходящихъ къ периферіи въ ороговышія. Веретенообразныя кѣттки плотно прилегаютъ другъ къ другу, интенсивно красятся гематоксилиномъ въ темно-синій цвѣтъ и образуютъ пластъ, рѣзко отдѣленный, отъ глубже лежащихъ слоевъ соединительной ткани.

Въ слизистой задняго прохода также нами найдено мѣсто, гдѣ огромная полость, приподнявъ эпителиальный покровъ и сплюснувъ трубчатую железу, понавшую между эпителиемъ и ею, сильно истончила послѣдній. Здѣсь истонченіе эпителиальнаго слоя произошло на счетъ глубокаго слоя, ибо оставшіеся слои соломенно-желтаго цвѣта. Трудно окрашивается, съ трудно различными границами кѣттокъ. Железа между полостью содержащей кровяные шарики и эпителиальнымъ покровомъ сильно растянута наполняющей ее слизью и выстлана железистыми кѣтками, продуцирующими слизь.

Слизистая гесті представляетъ слѣдующія особенности. Межъ трубчатыми железами ея имѣется масса графуляционныхъ элементовъ. Послѣдніе мѣстами образуютъ объемистые фолликулы. Сами железы представляются большей частью въ состояніи дѣятельной продукціи слизи. Однѣ изъ нихъ наполнены ею, сильно растянуты, причемъ слизистые шарики, то представляются рѣзко обособленными, то сливающимися въ одну общую массу. Железки выставы рядами бокаловидныхъ кѣтокъ съ ядрами и остатками протоплазмы у основанія и прозрачной частью, обращенной въ просвѣтъ железъ. Между железами во многихъ случаяхъ удается видѣть расширенныя капилляры, выстланные эндотелиемъ и набитые красными кровяными шариками. На одномъ изъ препаратовъ удается видѣть, какъ довольно широкіе капилляры между железами, разрушивъ мембрану propria и сидящихъ на ней цилиндрической эпителий, изливаютъ кровяные шарики наружу.

Обратимся теперь къ изслѣдованію состоянія сосудовъ. Подобно Quén и мы могли установить почти на всѣхъ препаратахъ что существующіе сосуды, число которыхъ довольно значительно, двухъ родовъ: одни—съ толстыми стѣнками, другіе съ сильно истонченными.

Капилляры съ толстыми стѣнками располагаются обычно подъ эпителиемъ. Утолщенная ихъ стѣнка въ 5—6 и болѣе разъ часто превышаетъ просвѣтъ. Разсѣченныя поперекъ, продольно, косо, они даютъ возможность рассмотреть строеніе ихъ стѣнки. Обычно мы видимъ нѣсколько рядовъ веретенообразно вытянутыхъ, заходящихъ своими отростками другъ на друга, черепицеобразно, эндотелиальныхъ клѣтокъ. Вокругъ этихъ клѣтокъ толстое безструктурное, какъ бы гіалиновое, кольцо, гдѣ при большомъ увеличеніи видны вытянутыя палочкообразно ядра. Кольцо къ периферіи дѣлается рыхлѣе, переходя въ околососудистую соединительнотканную клѣтчатку. Рѣже утолщеніе капиллярной стѣнки происходитъ за счетъ гладкой мышечной ткани. Только въ нѣсколькихъ случаяхъ намъ удалось это наблюдать на косо разсѣченныхъ, небольшихъ сосудахъ. Клѣтки *intima* въ этомъ случаѣ располагались тонкимъ слоемъ.

Капилляры съ тонкими стѣнками обычно образованы однимъ рядомъ эндотелиальныхъ клѣтокъ, съ довольно широкимъ просвѣтомъ, густо набиты красными кровяными тѣльцами. На всѣхъ препаратахъ капилляры эти имѣютъ крайне неправильную форму; представляются дѣлящимися на двѣ, три вѣтви; идутъ дугообразно; иногда уходятъ изъ оптического сръза микроскопа въ глубину, такъ что только скопленіе ядеръ обозначаетъ дальнѣйшій ходъ сосуда. Нѣкоторые изъ такихъ капилляровъ разсѣченные по длинѣ сильно напоминаютъ тѣ первичныя расширенія маленькихъ венъ и капилляровъ, которыя находитъ Quén на инъекціяхъ. Такъ, намъ попадались сосуды съ тонкими стѣнками, набитые кровью, имѣющіе четко-образные, правильно расположенные перехваты. Встрѣчались капилляры стѣнки которыхъ, образовавъ неправильной формы расширенія, снова сближаясь и шли параллельно дальше.

Относительная величина просвѣта капилляровъ съ тонкими и толстыми стѣнками подвержена значительнымъ колебаніямъ. Начиная съ просвѣта едва замѣтнаго, можно видѣть,

капилляры на одномъ и томъ же препаратѣ съ просвѣтомъ, превышающій послѣдній въ 10 и болѣе разъ. Въ общемъ, однако, можно сказать, что капилляры съ тонкими стѣнками обычно расширены, а съ толстыми имѣютъ линейный просвѣтъ. По мѣстоположенію они не представляютъ ничего особеннаго: одни встрѣчаются въ кожныхъ сосочкахъ, другіе располагаются между трубчатыми железами слизистой recti или у основанія железъ. Много капилляровъ между гладкими мышцами и т. д. Эластическія волокна у многихъ капилляровъ не наблюдаются. У нѣкоторыхъ, однако, имѣются тонкія волокна, идущія подъ эндотелиемъ, близко къ просвѣту сосуда.

Сосуды, болѣе объемистые, **большія и среднія вены** располагаются на большей части препаратовъ въ болѣе глубокихъ мѣстахъ. Въ слизистой оболочкѣ recti онѣ расположены надъ продольными гладкими мышечными пучками внутреннего сфинктера. Еще болѣе объемистые сосуды расположены подъ этимъ мускуломъ между нимъ и наружнымъ сфинктеромъ, состоящимъ изъ поперечнополосатыхъ мышцъ. Эта правильность въ распредѣленіи сосудовъ сверху внизъ по своему калибру перѣдко нарушается, такъ что подъ слизистой или кожей идутъ, большіе сосуды, за ними маленькіе и т. п.

По своей **величинѣ, формѣ, содержанию и строенію**, всѣ эти венозные сосуды представляютъ большое разнообразіе. Одни изъ нихъ представляются спавшимися, съ линейнымъ просвѣтомъ, дающихъ массу бухтъ и отростковъ. Среди такихъ спавшихся венъ имѣются и такіе отростки которыхъ дѣлятся вторично на 2—3 и болѣе вѣтвей и сильно напоминаютъ фотографическія изображенія Reinbach'a, приводившаго подобныя дѣленія, повидимому, за доказательства новообразования сосудовъ. Достаточно однако взглянуть на препараты окрашенные по Weigert'y, чтобы видѣть, что всѣ эти бухты отростки окружены однимъ кольцомъ обходящихъ ихъ эластическихъ волоконъ съ главнымъ сосудомъ.

Располагаясь перѣдко другъ подлѣ друга, эти сосуды образуютъ цѣлый рядъ полостей перѣдко огромныхъ, отдѣленныхъ между собой болѣе или менѣе толстыми или тонкими перегородками. Въ послѣднихъ встрѣчаются продольно и поперекъ разсѣченные капилляры. На нѣкоторыхъ препаратахъ такіе 2 кровяныя полости сообщаются между собой, а между

ними находится остаток перегородки. Должно замѣтить, что мѣсто нарушенія цѣлости перегородки имѣетъ часто довольно типичный видъ. Остатки перегородки имѣютъ неправильный видъ, какъ бы послѣ разрыва. Одна половина такой перегородки часто дѣлится на концѣ на двѣ равныя части. Получается впечатлѣніе будто разрывъ произошелъ въ томъ мѣстѣ гдѣ находится маленькій сосудъ (*vasa vasorum*). Есть у насъ препаратъ, гдѣ со стороны одной полости кровь разрушивъ половину толщи перегородки переходитъ въ лежащій здѣсь капиллярный сосудъ. При большемъ увеличеніи видно, какъ сильно скручены и оттянуты иногда соединительнотканная и эластическія волокна на мѣстахъ такого сообщенія полостей.

Дѣло можетъ идти при сліяніи полостей до того, что подъ слизистымъ или эпителиальнымъ слоемъ имѣются перегородки, ихъ остатки и полости, наполненныя кровью, что дѣлаетъ ткань похожей на пещеристую. Остатки мышцъ еще усиливаютъ сходство.

Содержимымъ этихъ полостей является большей частью кровь. На многихъ мѣстахъ однако вся полость является заполненной фибриномъ, образующимъ пробку, заполняющую просвѣтъ сосуда. Иногда часть просвѣта занята кровью, часть фибриномъ (послѣдній большей частью даетъ окраску по Weigert'у).

Рѣзко разграниченный съ эндотелиемъ, фибринъ на цѣlotыхъ препаратахъ, вмѣстѣ съ кровью сдвигивается съ разросшимъ эндотелиемъ, захватывающимъ изъ него гнѣздами отдѣльные участки и такимъ образомъ подвигающимся къ центру. Есть сосуды, просвѣтъ которыхъ совершенно заполненъ новообразованными эндотелиальными клѣтками. Здѣсь дѣло идетъ, такимъ образомъ, объ организаціи тромба и его послѣдствіи. У основанія разрастающагося эндотелия въ стѣнкѣ сосудовъ видна масса расширенныхъ капиллярныхъ, *vasa vasorum*, а въ тромбѣ новообразующіеся капилляры. Въ окружности такого сосуда обычно наблюдается скопленіе грануляціонныхъ элементовъ.

Изучая строеніе стѣнокъ такихъ, среднихъ и большихъ, венъ мы видимъ, что часто наружные контуры ихъ неясны и сливаются съ окружающею тканью. На препаратахъ, однако, гдѣ окрашена эластическая ткань, стѣнка всегда ясно

ограничена послѣдней, образующей болѣе или менѣе развитую съѣтъ волоконъ, переходящихъ непосредственно въ эластическую ткань окружающую клѣтчатки. Помимо эластической сѣтъ стѣнка сосуда образована изъ слоя эндотелиальныхъ клѣтокъ, выстилающихъ его внутри, затѣмъ изъ слоя, на первый взглядъ, какъ бы гомогенной и часто сильно развитой ткани. Только при большемъ увеличеніи можно опредѣлить, что этотъ слой состоитъ изъ сѣтъ соединительнотканыхъ волоконъ и клѣточныхъ ядеръ. Сливаясь въ однородную массу внутри, съѣтъ волоконъ этого слоя дѣлается рѣже кнаружи и здѣсь переплетается съ отдѣльными упругими волокнами, отходящими отъ своего кольца. Ни на одномъ изъ препаратовъ нормальной стѣнки подслизистой вены мы не видимъ такого развитого слоя соединительной ткани подъ эндотелиемъ. Имѣется поэтому полное основаніе заключить объ утолщеніи подэндотелиальнаго слоя *intima*. Мышечная оболочка стѣнки сосуда, которая хотя и не всегда, но все-таки довольно часто встрѣчается нормально у венъ подслизистой recti, на всѣхъ почти нашихъ препаратахъ у венъ отсутствовала.

Что касается свойствъ эластической ткани, то мы можемъ отмѣтить:

1) трудную окрашиваемость волоконъ венозной стѣнки; такъ нерѣдко на одномъ и томъ же препаратѣ, при хорошо окрасившейся эластической ткани артерій и клѣтчатки, упругія волокна венъ едва замѣтны;

2) въ количественномъ отношеніи эластической ткани вообще очень мало въ стѣнкѣ венъ, а по характеру расположенія она весьма часто не обнаруживаетъ той правильной волокнистости, которая наблюдается на препаратахъ нормальныхъ венъ.

Vasa vasorum на многихъ большихъ сосудахъ представляются расширенными, въ видѣ полостей выстланныхъ, эндотелиемъ и наполненныхъ кровью. Располагаются они въ большихъ венахъ или въ толщѣ подэндотелиальнаго, вновь образованнаго слоя или въ его, кнаружи отъ эластической сѣтъ.

На большинствѣ сосудовъ вообще ихъ много, и они по виду ничѣмъ не отличаются отъ капилляровъ съ тонкими или толстыми стѣнками.

Кромѣ полостей, содержащихъ кровь, почти на всѣхъ препаратахъ встрѣчаются полости большей или меньшей величины, наполненные фибриномъ. Стѣнка этихъ полостей состоитъ изъ эндотелиальныхъ элементовъ, окруженныхъ соединительной тканью, не имѣющей рѣзкихъ границъ, и тонкаго часто кольца эластическихъ волоконъ.

Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ полостей замѣчаются кромѣ фибрина, красные, кровяные шарики; въ нѣкоторыхъ содержится и нѣтъ.

Расположены онѣ различно: часто встрѣчается подъ эпителиальнымъ покровомъ, часто подъ гладкой мышечной тканью и т. п. Полости эти есть ничто иное, какъ расширенные лимфатические сосуды.

Артеріи, легко распознаваемые по рѣзкимъ контурамъ своихъ слоевъ и по болѣе толстымъ стѣнкамъ, встрѣчаются на препаратахъ большей частью рѣдко. *M. elastica interna* ихъ обычно рѣдко окрашена по Weigert'у, *m. elastica externa* красится часто съ трудомъ и представляется слабо развитой.

Въ межсосудистой клѣтчаткѣ можно найти на многихъ препаратахъ присутствіе грануляціонныхъ элементовъ; это обычно, какъ правило въ поверхностныхъ слояхъ около эпителия. Не всегда однако воспалительныя явленія выступаютъ весьма рѣдко. На нѣкоторыхъ препаратахъ соединительнотканнныя пучки лежатъ весьма рыхло, изобилуютъ щелями, инфильтраціи не видно. Среди промежуточной ткани встрѣчаются иногда жировыя клѣтки, иногда старые остатки кровяного пигмента. Иногда вся соединительная ткань представляетъ рядъ трабекулъ между отдѣльными кровяными полостями. Это — въ случаяхъ пещеристаго перерожденія.

Мышцы. Гладкія мышечныя клѣтки представляются часто многоядерными (2—3 ядра), иногда между ними порядочно соединительной ткани. На нѣкоторыхъ препаратахъ слой гладкихъ мышцъ подслизистой какъ бы отбѣсненъ, находящимся надъ нимъ сосудомъ и тонкимъ слоемъ прилегаетъ къ одной изъ его стѣнокъ. Поперечно-полосатыя мышцы хорошо исчерчены, вообще безъ уклоненій.

Нервы встрѣчаются на препаратахъ рѣдко (по Флемингу). По ихъ виду нельзя было сказать, что они представляютъ какія-либо особенности.

Какія же существенныя измѣненія найдены были нами въ изслѣдованныхъ случаяхъ геморроя?

Прежде всего, мы съ полнымъ основаніемъ имѣемъ право отвергнуть идею Reinbach'a о сущности геморроя. Явленія новообразованія встрѣчены были нами на препаратахъ лишь при организациіи тромба. Изучая мѣста, приводимыя Reinbach'омъ, какъ доказательства новообразовательнаго процесса, мы всегда могли объяснить ихъ иначе, считать за послѣдствія микроскопической техники (уплотненія, направленія срѣза и т. п.) или ставить ихъ въ зависимость отъ тѣхъ измѣненій, которыя наблюдаются со стороны сосудистой стѣнки вѣнь. Одновременно съ нами и совершенно независимо идеи Reinbach'у были опровергнуты д-ромъ Суетиновымъ¹³⁹. Въ своей диссертациіи, представивъ анатомическую картину геморроидальныхъ узловъ на основаніи 16 микроскопически изслѣдованныхъ имъ случаевъ изъ клиники проф. Дьяконова, авторъ пишетъ: „что геморроидальная шишка представляетъ изъ себя самостоятельную опухоль, какъ думаетъ Reinbach, мнѣ кажется, не можетъ быть и рѣчи“.

Въ этомъ отношеніи, слѣдовательно, мы вполне подтверждаемъ другъ друга и можно утверждать, что сущность геморроя не въ новообразованіи сосудовъ.

Въ изслѣдованныхъ случаяхъ геморроя, мы должны отмѣтить слѣдующія наиболѣе цѣнныя наблюденія.

На основаніи сильного утолщенія подъэндотелиальнаго слоя въ среднихъ и крупныхъ венахъ, утолщенія значительнаго, на счетъ того же слоя въ капиллярахъ, не говоря уже объ явленіяхъ организациіи тромба, мы можемъ признать, что эндотелий имѣетъ мѣсто при геморрое.

Такъ какъ такія измѣненія стѣнки вѣнь встрѣчались часто, почти на всѣхъ препаратахъ, даже полученныхъ отъ больного съ несильно развитыми, начальными геморроидами, то приходится допустить, что эндотелий частое, обычное явленіе при этомъ страданіи.

Другой важный фактъ, найденный нами, это застойныя явленія. За существованіе застоя въ этой области говоритъ многое: значительное число видимыхъ сосудовъ, растянутые широкіе капилляры съ тонкими стѣнками, масса растянутыхъ лимфатическихъ полостей, сліяніе смежныхъ сосудовъ,

путемъ разрушенія истощенныхъ перегородокъ между ними, истончение эпителиальнаго покрова, приподнимаемаго растянутымъ сосудомъ, сдавление трубчатой железы, попявшей между эпителиемъ и кровью содержащей полостью, сдвинутый какъ бы въ сторону пластъ гладкихъ мышцъ подъ влияниемъ расширения сосуда, рыхлая иногда и какъ бы отечная промежуточная ткань и т. д. Образование бѣлыхъ тромбовъ въ венахъ (иногда пристѣночныхъ) можетъ указывать на замедленное движеніе крови и на измѣненіе сосудистой стѣнки.

Частая наличность воспалительныхъ явленій въ промежуточной ткани, обычно наблюдаемая явленія воспаления въ слизистой, около железъ, также растянутые капилляры и лимфатическія полости говорятъ, что роль инфекции и воспаления при геморроѣ вообще не должна быть опускаема изъ виду.

Застойныя явленія, эндофлебитъ, воспалительныя явленія въ слизистой и часто въ промежуточной ткани—вотъ что выяснилось для насъ послѣ изученія препаратовъ. Какому изъ этихъ фактовъ мы должны придать первенствующее значеніе въ ученіи о патогенезѣ геморроя?

Имѣемъ-ли мы право, подобно Quénu, въ эндофлебитѣ видѣть сущность процесса? Сильное утолщеніе intima на счетъ разрастанія эндотелиальныхъ кѣтокъ, въ случаѣ организации тромба понятно, какъ слѣдствіе тромбоза.

Здѣсь эндофлебитъ ясно носитъ характеръ осложненія вызваннаго тромбомъ, а иногда къ тому же и воспаления нерешающаго на сосудъ съ поверхностныхъ слоевъ кожи и слизистой. Но есть утолщеніе intima безъ тромба и безъ явныхъ воспалительныхъ явленій въ окружности. Вотъ здѣсь какъ смотрѣть на эндофлебитъ? Изъ патологій извѣстно, что ученіе Thoma¹²³⁾ о компенсаторномъ эндартеритѣ въ работахъ его учениковъ и имъ самимъ было перенесено затѣмъ на вены. Теорія эта вкратцѣ можетъ быть изложена такимъ образомъ. Всякое замедленіе движенія крови въ артеріяхъ и венахъ, которое не можетъ быть сглажено влияниемъ срединной оболочки сосуда въ силу ея ослабленія, вызываетъ утолщеніе intima путемъ новообразованія соединительной ткани просвѣтъ сосуда чрезъ это суживается и скорость движе-

нія крови болѣе или менѣе вполне восстанавливается. Первымъ явленіемъ компенсаторнаго эндартерита, по Thoma, является расширение и увеличеніе числа vasa vasorum. При сильномъ развитіи процесса этого рода, наступаетъ фиброзное перерожденіе срединной и наружной оболочекъ сосуда, какъ это было доказано Koester'омъ. Нормально или безъ воспалительныхъ явленій этотъ компенсаторный эндартеритъ, мы видимъ, какъ указалъ Thoma, на сосудахъ ампутаціонной культы, на Баталловомъ протоцѣ, пупочной артеріи.

Справедливость ученія Thoma для венъ была доказана впервые Simon Ebstein'омъ³⁷⁾. Изслѣдуя варикозныя, цилиндрическія и циреонидныя вены, авторъ пришелъ къ выводу, что уменьшеніе сопротивленія tunica media въ венахъ ведетъ къ расширенію просвѣта сосуда, компенсаторному эндофлебиту и эксцентрической гипертрофіи мышечнаго слоя, въ которомъ, однако, при сильномъ расширеніи наступаетъ эксцентрическая атрофія. Въ дальнѣйшемъ ученіе Thoma для венъ было подтверждено Sack'омъ¹²⁴⁾, при флебосклерозѣ, заболѣваніи системномъ, аналогичномъ артеріосклерозу (нѣтъ по Sack'у, узловой формы). Между прочимъ Sackъ признаетъ, кромѣ общаго флебосклероза, какъ системнаго заболѣванія еще хроническій фиброзный эндофлебитъ, какъ мѣстное страданіе, развивающееся въ мѣстахъ съ затрудненнымъ оттокомъ крови (на ногахъ—при опухлостяхъ матки ascites *). Затемъ Mehnert⁸²⁾, (допускающій узловатый первичный и вторичный флебосклерозъ), Bregmann¹²⁵⁾ подтвердили теорію и нѣсколько расширили наблюденіе Sack'a для венъ при флебосклерозѣ. Какъ мы видимъ, ученіе о компенсаторномъ эндофлебитѣ подверглось довольно значительной и основательной разработкѣ. Во всякомъ случаѣ, мы видимъ, что Quénu, найдя утолщеніе intima, долженъ былъ считаться съ ученіемъ Thoma въ такой области, гдѣ онъ самъ констатировалъ застой, чего не отрицаетъ и Reinbach. Почему Quénu, найдя утолщеніе intima не обратилъ вниманіе на уменьшеніе и даже полное исчезновеніе мышечныхъ элементовъ и измѣненіе эластической ткани сосудистой стѣнки. Потому, что нашелъ въ

* Das die chronische fibrose Endophlebitis in manchen Fällen als Localerkrankung auftritt in Folge localer stauungen in Venensystem.

окружающей клетчаткѣ явленія хроническаго воспаленія. Мы видѣли, что воспалительныя явленія, дѣйствительно, часто здѣсь встрѣчаются, хотя рѣдко, въ сравненіи съ явленіями застоя, отступаютъ на задній планъ и иногда совершенно отсутствуютъ. Но, если и есть воспалительныя явленія, слѣдуетъ ли изъ этого, что инфекция непременно первично поразитъ стѣнку сосуда, а послѣдній расширится отъ существующихъ механическихъ моментовъ и затѣмъ дастъ найденныя микроскопомъ картины. Инфекція имѣетъ мѣсто во многихъ областяхъ нашего тѣла, часто имѣются и условія въ этихъ областяхъ для затрудненнаго кровообращенія, но нигдѣ напр. во влажныхъ, глоткѣ и т. п. не появляются столь часто образованія, похожія на геморроиды.

Это возраженіе противъ объясненія Quénu, приводимое проф. Субботинымъ, имѣетъ на нашъ взглядъ большую цѣну. Однако во вѣдь, кромѣ того, дѣло можно объяснить и иначе. Обратномъ порядкѣ, основываясь на изслѣдованіи однихъ только геморроидовъ. Механическіе моменты при слабости или даже полномъ отсутствіи срединнаго слоя въ стѣнкѣ сосудовъ повели къ расширенію ихъ и затрудненію кровообращенія, а это дало шансы возбудителямъ инфекции проникнуть вглубь, къ стѣнкѣ сосуда и вызвать ея воспаление. Заболѣваніе сосуда по этому объясненію будетъ имѣть вторичное происхожденіе. Получается однимъ словомъ кругъ, гдѣ мы не въ силахъ рѣшить—произошелъ эндофлебитъ первично или вторично.

Придерживаясь строго найденной картины измѣненія сосудистой стѣнки, видя ея утолщеніе на счетъ разрастанія соединительной ткани при исчезновеніи мышечныхъ элементовъ и упругихъ волоконъ, мы имѣемъ, намъ кажется, полное право охарактеризовать имѣющийся процессъ названіемъ „**флебосклерозъ**“.

Все дѣло только въ томъ, какъ смотрѣть на него. Зависитъ ли этотъ „флебосклерозъ“ отъ мѣстной инфекции или къ нему приложима во всей своей силѣ теорія Thoma. Самъ Thoma предполагалъ наличность такого процесса при геморроѣ, какъ видно въ одной изъ его многочисленныхъ работъ *).

*) Ueber Gefäß- und Bindegewebsneubildung in der Arterienwand. Beiträge zur. Path. Anat. von. Ziegler Bd. X.

Обратимся однако за рѣшеніемъ вопроса къ ученію о varices вообще.

Измѣненія стѣнки венъ, похожія на найденныя нами при геморроѣ, при varices находили почти все авторы, занимавшиеся ихъ изслѣдованіемъ. Помимо, однако, разрастанія соединительной ткани (Rokitonski¹¹¹), Cornil²⁷), Billroth⁵¹), Epstein³⁷) и друг.), многие изъ нихъ отмѣчаютъ въ извѣстномъ періодѣ развитія varices процессы гипертрофіи и гиперплазіи со стороны мышечныхъ элементовъ и упругихъ волоконъ. Такъ на это указываютъ, Сборовъ¹²⁵), Lobaroff⁵⁹), Hodara⁵¹), Briquet¹¹³) и друг.

Hodara⁵¹) представляетъ напр. образованіе varices въ слѣдующемъ порядкѣ: на увеличенный напоръ крови сначала реагируетъ гипертрофіей и гиперплазіей упругая ткань, а затѣмъ мышечная. Расширенная вена путемъ „наружной гипертрофіи“ превращается въ вену съ толстыми стѣнками. Къ этой гиперплазіи и гипертрофіи элементовъ венозной стѣнки, присоединяется новообразованіе соединительной ткани въ intima, что съ разрастаніемъ мышцъ и эластическихъ элементовъ ведетъ къ „внутренней гипертрофіи“. Если и такъ измѣненная вена не выдерживаетъ напора, то или она тромбируется или атрофируются мышцы и упругая ткань, новообразованные слои и стѣнка вены образуетъ выпячиваніе. Мускульная ткань здѣсь обычно исчезаетъ вполне. Новообразованная соединительная ткань дѣлается гомогенной, дурно красится, ядра исчезаютъ.

Мы напомнимъ здѣсь, что при геморроѣ утолщеніе media, на счетъ мышечныхъ элементовъ хотя и рѣдко, но встрѣчается: Quénu¹⁰⁴), Суетиновъ¹²⁹). Но нельзя ожидать у подслизистыхъ венъ при геморроѣ, лишенныхъ иногда мускульнаго слоя, чтобы у нихъ можно было бы видѣть часто такое разрастаніе мышцъ. Такимъ образомъ, сходство найденныхъ измѣненій для венъ геморроидальныхъ съ varices другихъ областей этимъ не нарушается. Помимо такого сходства, самое наблюденіе той извилистости, тѣхъ расширеній разнообразной формы, которыя представляютъ капилляры и мелкія вены, не позволяютъ намъ сомнѣваться, что геморроиды образовались варикозными венами.

Какіе взгляды существуютъ на образованіе вообще varices?

Одного повышения кровяного давления для возникновения их недостаточно обь этомъ говорилъ еще Cooper ¹¹⁷⁾, обь этомъ свидѣлствуютъ Rokitsanski ¹¹⁸⁾, Billroth ¹¹⁹⁾ Weber ¹²⁰⁾, Ziegler ¹²¹⁾ и друг.

Lesser ¹²²⁾ послѣ своихъ опытовъ съ инъекціями гипса въ вены собакъ, думалъ, что varices имѣютъ много общаго съ ангиомами. Строгихъ доказательствъ этому онъ однако представить не могъ.

Cornil ¹²³⁾ думалъ, что varices есть послѣдствіе хроническаго воспаления внутренняго слоя срединной оболочки сосуда.

Въ слабости media сосуда, ея мышечныхъ и эластическихъ элементовъ причину образованія varices видѣли: Соборовъ ¹²⁴⁾, Lobaroff ¹²⁵⁾, Förster ¹²⁶⁾, Schämbacher ¹²⁷⁾ и мног. друг. Virchow ¹²⁸⁾ пишетъ: „при образованіи varices дѣло идетъ не о первичномъ пораженіи внутренняго слоя, какъ учили въ наше время, а обь измѣненіяхъ, находящихся въ эластической и мышечной ткани средняго слоя“. Въ уменьшеніи эластичности средняго слоя Thoma, Ebstein и друг. видѣли, какъ мы помнимъ, первоначальную причину компенсаторнаго эндартерита и эндофлебита.

Подобно тому, какъ аневризмы могутъ образоваться отъ разрывовъ эластическихъ пучковъ стѣнки артерій, на что указывали въ свое время, Recklinghausen ¹²⁹⁾, Meyer ¹³⁰⁾, Manchot ¹³¹⁾, такъ тѣ же разрывы могутъ быть привлечены для объясненія образованія varices. Въ недавнее время теорія эта разсматривалась Schambacher'омъ ¹³²⁾, какъ едва ли заслуживающая довѣрія.

Одна изъ послѣднихъ работъ о строеніи варикозныхъ венъ Janni ¹³³⁾ доказываетъ, что эндофлебитъ есть первичное измѣненіе варикозныхъ венъ и что невозможно смотрѣть на него, какъ на компенсаторный. Авторъ вообще вполне подтверждаетъ картину измѣненій стѣнки венъ при varices, описанную Epstein'омъ. Изслѣдуя однако вену въ начальной стадіи расширенія, онъ нашелъ, что и въ этой начальной стадіи существуетъ новообразование соединительной ткани въ intima безъ одновременныхъ регрессивныхъ измѣненій въ

media, тогда намъ по Epstein'у эти измѣненія должны предшествовать или сопровождать измѣненія intima. Теорія Thoma гласитъ, что эндофлебитъ можетъ наступить отъ уменьшенія эластичности сосудистой стѣнки, ясно отсюда, что мы можемъ найти компенсаторный эндофлебитъ тогда, когда анатомическихъ измѣненій въ media еще не имѣется, но эластичность ослаблена. Janni наконецъ находитъ участки срединнаго слоя сосудистой стѣнки, гдѣ при старомъ процессѣ регрессивныхъ измѣненій не было, но едва ли это опровергаетъ теорію Thoma, по которой соединительная ткань медленно заглушаетъ собственные элементы сосудистой стѣнки сначала въ intima и только позднѣе въ media. Вообще далеко не правъ Janni, желавшій на основаніи одного гистологическаго анализа, не изслѣдовавъ всесторонне эластичность сосуда, опровергнуть теорію, доказанную различными методами и освѣщенную многочисленными работами проф. Thoma и его учениковъ.

Какъ мы видимъ вопросъ обь образованіи varices имѣетъ еще много неясныхъ сторонъ. Изъ всѣхъ объясненій насъ лично больше всего удовлетворяетъ теорія Thoma и его ученика Epstein'a. Она доказана различными способами изслѣдованія и едва ли во всей своей цѣлости можетъ быть опровергнута.

Измѣненія сосудистой стѣнки въ геморроидальныхъ венахъ, найденныя Quénu, подтвержденныя нашими препаратами и изслѣдованіемъ др. Суегинова крайне похожи на тѣ, которыя встрѣчаются вообще при varices. Выше мы сказали обь этомъ. При существованіи теоріи Thoma, работы Epstein'a для varices другихъ частей тѣла, очевидно можно и при геморроѣ видѣть въ эндофлебитѣ лишь компенсаторное значеніе. Это тѣмъ болѣе въ такой области, гдѣ имѣются явныя застойныя явленія, стѣнка нормальныхъ венъ часто представляется довольно слабой, иногда не имѣющей media. Но неужели, только благодаря компенсаторному вліянію, возникнуть тѣ значительныя утолщенія стѣнки капилляровъ на счетъ соединительной ткани, которыя превышаютъ просвѣтъ ихъ въ 10 и болѣе разъ? Трудно себѣ это представить. Необходимо согласиться, что при наличности воспалительныхъ явленій, извѣстную роль въ измѣненіи сосудистой

¹⁾ Cell. Pathol. 1858. s. 110.

стѣнки капиляровъ, а слѣдовательно и вѣнь, играетъ и мѣстная инфекция. Но, если геморроиды varices, для варикозныхъ вѣнь, теорія Thoma—Erstein'a весьма вѣроятна, воспалительныя явленія въ окружающей кѣтъчаткѣ часто уступаютъ первенство застойнымъ—вѣроятнѣе и проще для мѣстной инфекціи отвести второе мѣсто, дѣятелей на благоприятной почвѣ. Въ виду всего этого, весь механизмъ образования геморроидальныхъ узловъ для насъ представляется въ слѣдующемъ порядкѣ.

Подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ опредѣленныхъ этиологическихъ моментовъ, иногда быть можетъ послѣдственныхъ, мышечная и упругая ткань венозной стѣнки геморроидальныхъ вѣнь не въ состояніи оказать должное сопротивление повышенію давления крови въ воротной или половой системахъ.

Такое повышеніе давления, какъ учитъ Duret ³⁶⁾, можетъ быть отъ физиологическихъ и патологическихъ причинъ, уже раньше нами упомянутыхъ.

Наступаетъ расширеніе геморроидальныхъ сосудовъ и замедленіе движенія крови. Если такое замедленіе кровообращенія повторяется часто, то эластичность сосуда страдаетъ, онъ начинаетъ расширяться.

На это реакціи наступаетъ компенсаторный эндифлебитъ. Thoma ³⁵⁾ предполагалъ, что послѣдній развивается отъ того, что чувствительныя концевыя аппараты сосудистой стѣнки отъ замедленія движенія крови испытываютъ перемѣну въ вибраторныхъ движеніяхъ и чрезъ это отраженно развивается гиперемія vasa vasorum. Усиленный притокъ крови къ сосудистой стѣнкѣ вызываетъ разрастаніе соединительной ткани въ intima и суженіе просвѣта сосуда. Скорость кровяного потока отъ этого выравнивается, но при продолжающихся причинахъ повышенія давления въ венахъ, разрастаніе соединительной ткани идетъ дальше. Собственные элементы сосудистой стѣнки мышцы и упругая ткань вначалѣ, быть можетъ, также разросшіеся, прорастаютъ соединительной тканью, исчезаютъ, наступаетъ то, что самъ Quénu называлъ соединительно-тканнмъ перерожденіемъ сосудистой стѣнки.

Какъ компенсаторный эндифлебитъ явился слѣдствіемъ слабой эластичности сосуда, такъ инфекціонныя начала, благодаря той же слабости сосуда и застою найдя благоприятныя условія для своего развитія въ мѣстныхъ тканяхъ могутъ получить возможность вліять на стѣнку сосуда. Въ результатъ можетъ развиваться воспалительный эндифлебитъ.

Компенсаторный и хроническій воспалительный эндифлебитъ идутъ рядомъ и слѣдствіемъ ихъ тотъ фактъ, что венозная стѣнка состоитъ изъ одной соединительной ткани и остатка эластическихъ волоконъ. Название „мѣстный флебо-склерозъ“ вполне сохраняетъ свою силу.

При перерожденіи, однако, сосудистая стѣнка не въ состояніи противиться напору крови; образуются расширенія, выпячиванія—varices. Быть можетъ, иногда вены расширяются и равномерно; тогда онѣ, удлинившись, всевозможно извиваются, а соприкасающіяся мѣста такой извитой вены сливаются и образуется пещеристая ткань (Ziegler ⁴⁸⁾). Cruveilhier ²⁸⁾, относилъ геморроиды къ роду ампулярныхъ и капилярныхъ varices, образующихъ иногда эректильную венозную ткань. Наблюдаемые въ клиникѣ геморроиды представляютъ различныя ступени этого процесса.

Геморроиды, такимъ образомъ, являлись собраніемъ болѣе или менѣе мелкихъ варикозныхъ вѣнь, связанныхъ соединительной тканью и покрытыхъ кожнымъ или слизистымъ покровомъ (varices hemorrhoidales).

Вены расширяются потому, что онѣ болѣзны, но только не эндифлебитъ первичная причина такого расширенія какъ учитъ Quénu.

Придерживаясь ученія Thoma мы видимъ въ слабости, въ уменьшеніи упругости всей венозной стѣнки (muscularis et elastica)—причину, благодаря которой механическіе моменты, повышающіе давление въ vena portarum, cava inferior и ихъ вѣтвяхъ, а наряду съ ними компенсаторный эндифлебитъ и инфекция вызываютъ всѣ анатомическія измѣненія при геморроѣ. Какіе моменты могутъ быть обвинены въ ролю факторовъ, вліяющихъ на измѣненіе кровяного давления въ геморроидальныхъ венахъ, мы уже перечислили, говоря о патогенезѣ геморроя.

Уменьшение же сдерживающей силы мышечных и упругих элементов зависит от цѣлаго ряда, часто общихъ причинъ въ родѣ наследственности, предшествовавшихъ болѣзней и т. п. Ихъ должно выяснитъ разработкой ученія о этиологій геморроя.

Этиологія геморроя.

Рѣдко, кто изъ людей, перейдя средній возрастъ, не имѣетъ геморроя. Какъ часто хирургу изслѣдуя прямую кишку приходится наблюдать геморроидальные узлы у человѣка, совершенно не предполагавшаго о ихъ существованіи. Нѣкоторые авторы утверждали, что рѣшительно все люди извѣстныхъ лѣтъ страдаютъ геморроемъ.

Если вѣрить Bodenhamer'у ¹⁷⁾, изъ всѣхъ представителей животнаго царства геморрой исключительно свойствененъ виду „homo sapiens“. Причина этого по Bodenhamer'у—отвѣсное положеніе туловища. Поражая людей всевозможнаго рода занятій, званія, тѣлосложенія и т. п. геморрой приписывается разнообразнѣйшимъ этиологическимъ моментамъ. По мѣрѣ силъ мы постараемся выяснитъ участіе и значеніе того или другого фактора въ этиологій геморроя.

Возрастъ. Геморроемъ поражаются люди большей частью пожилого возраста—вотъ мнѣніе, которое въ настоящее время можно признать господствующимъ. Chassaignac ¹⁴³⁾, Bryant ¹⁴⁴⁾, Virchow ¹⁴⁵⁾ считали періодъ между 30—50 годами періодомъ развитія геморроя. Quénu ¹⁰⁴⁾—періодъ между 30—40 годами считаетъ временемъ, когда главнымъ образомъ наблюдаются геморроиды. „Рѣдко, можно встрѣтитъ чиновника, ученаго или писателя 35—40 лѣтъ безъ болѣе или менѣе выраженнаго геморроя“ говоритъ проф. Субботинъ ¹³²⁾. Вотъ таблица распределенія больныхъ по возрастамъ, изучавшихся статистически Мандельбергомъ ⁷⁹⁾, (610 случаевъ изъ Кіевской еврейской

больницы) и Лезинымъ ⁷⁹⁾, (102 больныхъ изъ Александровской Общ. сестеръ Краснаго Креста).

ВОЗРАСТЪ:	У Мандельберга: общее число.	въ ‰.	У Лезина: общее число.	въ ‰.
до 20	7	1,16‰	1	0,9
20—30	73	12,16‰	8	7,8
30—40	186	31,16‰	43	42,1
40—50	193	32,16‰	33	32,3
50—60	106	17,16‰	16	15,6
60—70	31	5,16‰	1	0,9
70 и выше	4	0,66‰	—	—

Изъ нихъ видно, что хирургу чаще всего приходится имѣть дѣло съ больными въ возрастѣ между 30—50 годами. Много больныхъ приходится также на возрастъ между 50—60 годами.

Все эти цифры, однако, говорятъ скорѣе о возрастѣ, когда заболѣваніе достигло извѣстной степени развитія и составляетъ больного искать помощи у хирурга. Для пониманія, однако, страданія, было бы гораздо важнѣе знать возрастъ начала болѣзни.

Gosselin ⁴⁴⁾ говорить, что заболѣваніе возникаетъ между 25—30 годами; Quénu ¹⁰⁴⁾ указываетъ, что анатомически геморрой раннее страданіе, клинически обнаруживаемое лишь въ зрѣломъ возрастѣ. Суеитиновъ ¹³³⁾, на основаніи 253 случаевъ, въ которыхъ было указано начало страданія, приходитъ къ выводу, что періодъ между 20—25 годами—есть періодъ наиболѣе частаго появленія страданія, при чемъ, періоды между 15—20 и 25—30 по частотѣ случаевъ почти равняются первому. Для всѣхъ трехъ группъ, слѣд. отъ 15 до 30 лѣтъ, ‰ начала геморроя былъ почти одинаковъ (именно: отъ 15—20 въ 19,7‰; отъ 20—25 въ 21,3‰; отъ 25—

30 въ 18,9%. На основаніи своей таблицы авторъ принужденъ бытъ прийти къ выводу, что „заболѣваніе геморроемъ относится къ болѣе раннему возрасту, чѣмъ до сихъ поръ принимали“.

Здѣсь же мы напомнимъ, что опредѣлить возрастъ начала страданія совершенно невозможно. Можно лишь болѣе или менѣе вѣроятно говорить о времени появленія первыхъ припадковъ болѣзни. Поэтому, если у Суетина вышло, что возрастъ между 15—30 годами есть какъ бы возрастъ начала болѣзни, то мы должны помнить, что это въ дѣйствительности возрастъ появленія первыхъ припадковъ геморроя, но не самой болѣзни. Такимъ образомъ, выходить, что заболѣваніе начинается еще раньше и слѣдовательно господствующее мнѣніе о пожиломъ возрастѣ въ настоящее время—нужно считать или опровергнутымъ, или по меньшей мѣрѣ недоказаннымъ.

Обратимся къ своимъ случаямъ. Въ слѣдующей таблицѣ больные расположены по возрастамъ своего поступленія въ клинику проф. Ратимова и по возрасту появленія первыхъ припадковъ болѣзни. (Табл. 1).

Изъ цифровыхъ данныхъ, показывающихъ распредѣленіе больныхъ по возрастамъ поступленія въ клинику, можно сдѣлать выводъ, что намъ приходится чаще всего имѣть дѣла съ больными въ возрастѣ между 20—45 годами. Всѣ эти больные на каждые 5 лѣтъ распредѣляются почти равномерно. Съ больными до 20 лѣтъ, равно какъ съ больными перешедшими 50 лѣтній возрастъ, приходилось встрѣчаться сравнительно мало.

Фактъ этотъ, мнѣ кажется, понятнымъ съ той точки зрѣнія, что вообще рѣдко, кто до 20 лѣтъ, равно какъ и старше 50 рѣшается обращаться къ хирургу и искать операціи при заболѣваніи, которое успѣшно лечится терапевтами.

Основанная на больныхъ, большинство которыхъ указанаго возраста, таблица появленія первыхъ припадковъ страданія могла бы прекрасно подтвердить мнѣніе Суетина. Глядя на нее, казалось, мы имѣемъ убѣдительныя цифры, дабы сдѣлать слѣдующій выводъ: чаще всего геморрой заявляетъ о своемъ существованіи между 15—35 годами (въ 78,87%.

ВОЗРАСТЪ:	Число больныхъ поступившихъ въ этомъ возрастѣ:	Идемъ въ %	Число больныхъ съ началомъ лѣтъ въ этомъ возрастѣ:	Пасажировъ:	Друг. бол. (губеркулезъ и пр.)	Проф. (Итъ насѣдств.)	Безъ ясныхъ этиологич. указаній.	% отношенія больныхъ къ общему числу начавъ бол.	% отношенія больныхъ къ общему числу этого возраста.	Тоже, по даннымъ, для другихъ заболеваний, связанныхъ съ общимъ состояніемъ больной.	Тоже, по даннымъ, для другихъ заболеваний, связанныхъ съ общимъ состояніемъ больной.
Отъ рожд. до 10	—	—	2	2	—	—	—	1,12	100%	—	0
" 10—15	1	0,48	7	2	—	2	3	3,88	28,5	—	28,5
" 15—20	5	2,42	31	9	2	12	8	17,22	29,3	6,45	38,7
" 20—25	34	16,4	51	7	4	25	15	28,33	13,7	7,84	40,0
" 25—30	35	16,99	26	2	4	13	7	14,44	7,7	15,4	50,0
" 30—35	32	15,5	34	6	3	13	12	18,88	17,6	8,8	38,2
" 35—40	35	16,99	11	5	1	5	—	6,09	45,4	9,9	45,4
" 40—45	29	14,07	10	—	—	10	—	5,55	0	—	100%
" 45—50	15	7,2	3	—	—	3	—	1,66	0	—	100%
" 50—55	8	3,8	3	—	—	2	1	1,66	0	—	66,6%
" 55—60	9	4,3	1	—	—	—	1	0,55	0	—	—
" 60 и выше.	3	1,38	1	—	—	—	1	0,55	0	—	—
	206		180 +26 206	33 18,3% 206	14 7,8% 206	85 26,6% 206	—	—	—	—	—

30 въ 18,9%. На основаніи своей таблицы авторъ принужденъ былъ прийти къ выводу, что „заболѣваніе геморроемъ относится къ болѣе раннему возрасту, чѣмъ до сихъ поръ принимали“.

Здѣсь же мы напомнимъ, что опредѣлить возрастъ начала страданія совершенно невозможно. Можно лишь болѣе или менѣе вѣроятно говорить о времени появленія первыхъ припадковъ болѣзни. Поэтому, если у Суетинова вышло, что возрастъ между 15—30 годами есть какъ бы возрастъ начала болѣзни, то мы должны помнить, что это въ дѣйствительности возрастъ появленія первыхъ припадковъ геморроя, по не самой болѣзни. Такимъ образомъ, выходить, что заболѣваніе начинается еще раньше и слѣдовательно господствующее мнѣніе о пожиломъ возрастѣ въ настоящее время—нужно считать или опровергнутымъ, или по меньшей мѣрѣ недоказаннымъ.

Обратимся къ своимъ случаямъ. Въ слѣдующей таблицѣ больные расположены по возрастамъ своего поступленія въ клинику проф. Ратимова и по возрасту появленія первыхъ припадковъ болѣзни. (Табл. 1).

Изъ цифровыхъ данныхъ, показывающихъ распредѣленіе больныхъ по возрастамъ поступленія въ клинику, можно сдѣлать выводъ, что намъ приходится чаще всего имѣть дѣло съ больными въ возрастѣ между 20—45 годами. Всѣ эти больные на каждые 5 лѣтъ распредѣляются почти равномерно. Съ больными до 20 лѣтъ, равно какъ съ больными перешедшими 50 лѣтній возрастъ, приходилось встрѣчаться сравнительно мало.

Фактъ этотъ, мнѣ кажется, понятнымъ съ той точки зрѣнія, что вообще рѣдко, кто до 20 лѣтъ, равно какъ и старше 50 рѣшается обращаться къ хирургу и искать операціи при заболѣваніи, которое успѣшно лечится терапевтами.

Основанная на больныхъ, большинство которыхъ указанного возраста, таблица появленія первыхъ припадковъ страданія могла бы прекрасно подтвердить мнѣніе Суетинова. Глядя на нее, казалось, мы имѣемъ убѣдительныя цифры, дабы сдѣлать слѣдующій выводъ: чаще всего геморрой заявляетъ о своемъ существованіи между 15—35 годами (въ 78,87%).

ВОЗРАСТЪ.	Число больныхъ поступив- шихъ въ этомъ воз- растѣ.	Число больныхъ съ нача- ломъ бо- лѣзни въ этомъ воз- растѣ.	Наслѣдственность:		Всѣ ясныхъ этиологич. указаній.	% отно- шеніе за- болѣванія къ общему числу на- чала бол.	% отно- шеніе на- стоящихъ геморро- въ къ общему числу это- го возраста.	Тоже, по даннымъ для дру- гихъ на- стоящихъ болѣзней.	Тоже, по даннымъ для приоб- рѣтеннаго геморроя.
			Геморрой.	Друг. бол. (туберку- лезъ и др.)					
Отъ рожд. до 10	—	2	2	—	—	1,12	100%	—	0
" 10—15	1	7	2	—	3	3,88	28,5	—	28,5
" 15—20	5	31	9	2	8	17,22	29,3	6,45	38,7
" 20—25	34	51	7	4	15	28,33	13,7	7,84	49,0
" 25—30	35	26	2	4	7	14,44	7,7	15,4	50,0
" 30—35	32	34	6	3	12	18,88	17,6	8,8	38,2
" 35—40	35	11	5	1	—	6,09	45,4	9,9	45,4
" 40—45	29	10	—	—	—	5,55	0	—	100%
" 45—50	15	3	—	—	—	1,66	0	—	100%
" 50—55	8	3	—	—	1	1,66	0	—	66,6%
" 55—60	9	1	—	—	1	0,55	0	—	—
" 60 и выше.	3	1	—	—	1	0,55	0	—	—
	206	180	33	14	85	—	—	—	—
		+26 гдѣ начало 18,3%	неизвѣстно 7,8%						
		206							

затѣмъ отъ 35—50 лѣтъ появляется значительно рѣже (въ 13%) и у людей за 50 лѣтъ—въ видѣ исключенія (въ 2,76%). До 15 лѣтъ даетъ о себѣ знать въ 5% всѣхъ случаевъ. Мнѣніе Суетинова о сравнительно раннемъ развитіи геморроя — встрѣчается какъ бы въ нашихъ таблицахъ подтвержденіе. Но дѣлая подобнаго рода выводъ, мы не принимаемъ отношеніе вообще людей между собой по возрастамъ. Эмпирически легко допустимо, что людей вообще достигшихъ 50 лѣтъ меньше, чѣмъ людей вообще зрѣлаго 20—30 лѣтняго возраста. На дѣлѣ это такъ и есть; преобладаніе производительнаго возраста надъ непроизводительнымъ мы видимъ въ статистическихъ данныхъ: Янсона ¹⁵⁷⁾, Орглерта ⁹³⁾ и друг. Очевидно поэтому и лицъ, страдающихъ геморроемъ, перешедшихъ за 50 лѣтъ должно быть меньше, чѣмъ въ возрастѣ 20, 30 лѣтъ. Необходимо такимъ образомъ знать соотношеніе народонаселенія какой-нибудь страны, большого города и т. п. по возрастамъ и сравнить полученныя числа съ соотношеніемъ страдающихъ геморроемъ между собой того же возраста—дабы сказать какому возрасту геморрой по преимуществу свойственнѣе.

Имѣя въ рукахъ достовѣрныя таблицы распредѣленія народонаселенія по возрастамъ въ городѣ С.-Петербурѣ за 1890 г. ¹²⁸⁾ и таблицы возрастнаго состава народонаселенія въ некоторыхъ мѣстѣхъ Курской губерніи ⁹³⁾, имѣющую много общаго съ возрастнымъ составомъ народонаселенія всей Россійской Имперіи, что для нашихъ цѣлей вполне достаточно, мы сопоставимъ съ ними цифровыя данныя, полученныя у лицъ, одержимыхъ геморроемъ. Сравненіе будемъ производить тѣхъ возрастныхъ группъ, въ которыхъ численныя соотношенія лицъ, страдающихъ геморроемъ, представляютъ значительную количественную разницу: именно, мы сопоставимъ данныя, показывающія сколько лицъ приходится въ періодахъ: отъ рожденія до 15 лѣтъ, отъ 15—35 и отъ 35—50, на общее число лицъ, перешедшихъ 50 лѣтній возрастъ.

Соотношеніе народонаселенія этихъ группъ, сравниваемое съ соотношеніемъ между собой лицъ, страдающихъ геморроемъ, даетъ слѣдующую таблицу:

Таблица 2.

	Въ возрастѣ отъ 35 до 50.	Въ возрастѣ отъ 15 до 35.	Въ возрастѣ отъ рожденія до 15 лѣт.
По даннымъ перенесъ гор. С.-Петербурга на одного жителя перешедшаго за 50 лѣтъ приходится:	1,71	4,31	2,0
По возрастному распредѣленію жителей мѣстностей изучаемыхъ д-ромъ Орглертомъ на одного жителя за 50 лѣтъ приходится: . . .	1,58	3,32	4,07
На одного больного геморроемъ перешедшаго за 50 лѣтъ по даннымъ взятымъ изъ дисс. Суетинова приходится:	6,4	23,4	1,26
На одного больного геморроемъ за 50 лѣтъ по даннымъ нашей клиники приходится:	4,8	28,4	1,8

Ясно слѣдуетъ изъ этой таблицы, что соотношеніе между собой изслѣдуемыхъ группъ для нормальнаго народонаселенія и больныхъ геморроемъ далеко не одинаково. Если бы всѣ наши больные были жители Петербурга, то мы получили бы: на одного жителя города за 50 лѣтъ приходится 4,31 человѣкъ въ возрастѣ отъ 15—35 лѣтъ, тогда какъ на одного больного геморроемъ за 50 лѣтъ приходится 28,4 больныхъ геморроемъ въ возрастѣ отъ 15 до 35 лѣтъ.

Точныя цифры и величина соотношенія, конечно, не играетъ никакой роли. Но фактъ отклоненія соотношенія у страдающихъ геморроемъ въ сторону молодого возраста остается несомнѣннымъ. Мы его получали, пробуя вычислять процентныя колебанія нормальнаго народонаселенія по возрастамъ и больныхъ геморроемъ. Приходится, такимъ образомъ, и при подобной поправкѣ лишь подтвердить мнѣніе

Суетинова о началѣ развитія геморроя въ сравнительно молодые годы.

Въ дѣтскомъ возрастѣ, какъ видно изъ нашихъ таблицъ, равно какъ изъ таблицы соотношенія между собой больныхъ геморроемъ по возрастамъ—геморрой развивается сравнительно рѣдко. Случаи геморроя у дѣтей описаны многими авторами. Virchow¹⁴³) указываетъ на Jemmett'a, наблюдава-
шаго среди 1260 молодыхъ преступниковъ 2 больныхъ геморроемъ 13 и 14 лѣтъ. Онъ же напоминаетъ случаи Hoffmann'a, Vogel'я, Frank'a. Asthon самъ наблюдалъ ребенка 2 лѣтъ съ наружными геморроидами и приводитъ много случаевъ геморроя у 5—7 лѣтнихъ дѣтей. Sömmerring¹⁴³) указываетъ, что геморроидальные кровотечения у дѣтей особенно часто встрѣчаются въ Россіи. Gosselin¹⁴⁴) отрицать существованіе геморроя у дѣтей, оспаривая Delarguette, наблюдава-
шаго геморрой у дѣтей. Quénu¹⁴⁵) приводитъ случаи Ball'я (2 случая у 6- и 8 лѣтняго реб.), Allingham'a (у 3-хъ лѣтняго), Ogston'a (врожденный геморрой). Lannelongue (черезъ нѣсколько дней послѣ рожденія) и свой собственный у дѣвочки 13 мѣсяцевъ, имѣвшей при расширеніи венъ еще трещину задняго прохода. Гиппиусъ¹⁴⁶) наблюдалъ 4 случая геморроя у дѣтей на 2-мъ, 3-мъ и 6-мъ году жизни. Авторъ увѣренъ, что геморрой у дѣтей встрѣчается чаще, чѣмъ думаютъ, и что онъ часто просматривается. Причинами геморроя помимо наслѣдственности авторъ считаетъ: затвердѣніе кала и сдавливаніе венъ, слизистые поносы и раздраженіе экскрементами, вялую перистальтику благодаря богатой казеиномъ и крахмаломъ пищи, боязнъ горшка. Reinbach¹⁴⁷), изучая гистологически область задняго прохода у дѣтей въ двухъ случаяхъ у 17 дневнаго и 5 мѣсячнаго ребенка, нашелъ въ submucosa и subcutanea массу развитыхъ, ненормально увеличенныхъ въ числѣ капилляровъ. Согласно своимъ взглядамъ на геморрой авторъ склоненъ ихъ считать за настоящія ангиоматозныя новообразованія.

Вообще геморрой дѣтей одно изъ доказательствъ Reinbach'a въ пользу новообразованія сосудовъ, какъ причинъ геморроя.

Изъ нашихъ случаевъ, какъ видно, изъ приведенной выше таблицы, геморрой заявившій себя тѣмъ или другимъ сими-

томомъ до 10 лѣтъ отмѣченъ у 2-хъ больныхъ, до 15 лѣтъ у 7. Въ обоихъ первыхъ случаяхъ отмѣчена наслѣдственность. Что касается 7 случаевъ появленія геморроя до 15 лѣтъ, то наслѣдственность, какъ видно отмѣчена только 2 раза, что составляетъ 28,5% на общее число случаевъ этого возраста.

Наши случаи касаются, однако, взрослыхъ людей, у которыхъ путемъ анамнеза мы узнали о раннемъ началѣ геморроя. Эти случаи, конечно, менѣе цѣнны, чѣмъ непосредственно наблюдаемые у дѣтей геморроиды путемъ изслѣдованія anus'a. Такихъ случаевъ привести лично мы не можемъ.

Изъ всего сказаннаго, согласно гл. образомъ литературнымъ даннымъ о геморрое у дѣтей, мы отмѣтимъ слѣдующіе пункты, которые намъ кажутся несомнѣнными: 1) геморрой у дѣтей—существуетъ и какъ таковой можетъ быть найденъ даже у новорожденнаго; 2) кромѣ наслѣдственности для развитія геморроя у дѣтей имѣется рядъ другихъ этиологическихъ моментовъ, приводимыхъ напр. Гиппиусомъ.

Что касается болѣе или менѣе пожилого возраста, то на основаніи таблицъ Мандельберга⁷⁹) и Лезина⁷⁶) можно было бы думать, что у людей перешедшихъ 50 лѣтній возрастъ (до 60) геморрой представляетъ еще довольно высокой процентъ (15%—17%) заболѣвшихъ. Но мы выше сообщили уже, что таблицы ихъ отмѣчаютъ возрастъ, въ которомъ больные ищутъ хирургической помощи и что у людей за 50 лѣтъ геморрой несравненно развивается рѣже, чѣмъ въ болѣе ранніе годы. Изъ нашихъ больныхъ, нѣкто ксензъ, 64 лѣтъ, утверждать, что геморроидальные припадки у него впервые появились на 61-мъ году.

Изъ всего что нами сказано, относительно возраста развитія геморроя, мы видимъ, что колебанія въ этомъ отношеніи весьма значительны.

Во всѣхъ возрастахъ, начиная отъ новорожденнаго и кончая старцемъ за 60 лѣтъ, могутъ впервые появиться припадки болѣзни. Чаще однако страданіе начинается развиваться, какъ доказываютъ наши цифры въ сравнительно молодые годы и въ періодѣ между 15—35 годами обращаютъ вниманіе большого извѣстными припадками. Въ возрастѣ отъ 20 до 50, слѣдовательно въ довольно обширный періодъ

жизни, геморрой заставляет больного искать хирургической помощи.

Въ возрастъ за 35 лѣтъ и еще болѣе за 50 появленіе впервые припадковъ геморроемъ сравнительно рѣже, чѣмъ въ болѣе ранніе годы.

Геморрой, такимъ образомъ, есть болѣзнь не пожилого возраста, а болѣзнь среднихъ, болѣе молодыхъ лѣтъ жизни.

Наслѣдственность. Въ числѣ моментовъ, благопріятствующихъ возникновенію геморроя, почти во всѣхъ руководствахъ, а часто и въ специальныхъ работахъ по геморрою упоминается геморроидальная наслѣдственность. Въ подтвержденіе такого предположенія обычно приводятся случаи, гдѣ геморрой составляетъ какъ бы семейную болѣзнь. Virchow ¹⁴²⁾ напр. указываетъ на случаи Larroque, Hoffman'a, Vibert'a, наблюдавшихъ семьи, всѣ члены которыхъ родители, предки и дѣти страдали геморроемъ. Суетиновъ ¹⁴³⁾ цитируетъ изъ Московской факульт. хирург. клиники случай одного больного, у котораго геморроемъ страдалъ дѣдъ, мать, отецъ, братъ и 4 дѣтей, изъ которыхъ младшему было 4 года. Изъ нашихъ больныхъ встрѣчались такіе, геморрой у которыхъ являлся въ видѣ семейной болѣзни, такъ напр., мы имѣли исторію болѣзни одного студента, караима, 22 лѣтъ, оба родителя котораго, братья и сестры имѣли геморрой; у самого же больного геморрой обнаружился въ раннемъ дѣтствѣ.

На ряду, однако, съ подобными случаями встрѣчаются больные геморроемъ, всѣ родные которыхъ совершенно свободны отъ этого заболѣванія. Интересно поэтому знать, какъ часто наслѣдственность фигурируетъ въ качествѣ этиологическаго момента у больныхъ геморроемъ.

Цифровыя данныя въ этомъ отношеніи получаются часто весьма противорѣчивы: такъ напр. на 74 больныхъ Спизарнаго наслѣдственность помѣчена у 19 больныхъ, т. е. въ 25,6%; у Reinbach'a изъ 81 случая, наслѣдственность помѣчена 5 разъ, т. е. въ 6,1%; у Суетинова на 250 случаевъ, наслѣдственность помѣчена 89 разъ, т. е. въ 35% и т. д.

Противорѣчіе зависитъ отъ того, съ какого рода больными приходится имѣть дѣло врачю, каково ихъ развитіе и знаніе кроющихся въ семьѣ болѣзней.

Часто кромѣ того, въ исторіяхъ болѣзни о наслѣдственности у геморроидалистовъ совершенно ничего не упоминается въ зависимости отъ того, что наслѣдственности врачи часто не придаютъ должнаго значенія. У насъ получились сравнительно низкій процентъ наслѣдственнаго геморроя: изъ 180 случаевъ, геморроемъ, гдѣ имѣлись указанія на гемор. наслѣдственность, 33 случая, т. е. 18,3%; остальные 47,3% приходились на геморрой, гдѣ геморроидальная наслѣдственность отрицалась, въ 26,6% о наслѣдственности ничего не упомянуто; въ 7,8% имѣлось наслѣдственное предрасположеніе къ туберкулезу, алкоголизму, lues и т. п. Вывода, въ виду разногласія на основаніи нашей и другихъ статистическихъ данныхъ въ отдѣльности о частотѣ наслѣдственнаго геморроя, въ сравненіи съ ненаслѣдственнымъ, мы сдѣлать не можемъ. Если, однако, мы соберемъ всѣ извѣстные намъ случаи свои и изъ литературы (Спизарный, Reinbach, Суетиновъ), въ которыхъ частота наслѣдственнаго геморроя помѣчена, то получимъ, что на 585 случаевъ наслѣдственность упоминается 146 разъ, т. е. въ 24,9%, иначе говоря почти у четверти всѣхъ больныхъ геморроемъ. Число это будетъ болѣе близко къ истинѣ, какъ основанное на болѣе позднѣйшихъ цифрахъ, благодаря чему парализуются вышеупомянутыя причины разнорѣчія.

Изучая % отношеніе наслѣдственнаго и приобретеннаго геморроя, къ общему числу случаевъ каждаго возраста отдѣльно, мы можемъ, какъ это видно изъ таблицы 1, сдѣлать такой выводъ: геморрой, начавшій развиваться въ сравнительно поздніе годы большей частью или почти всегда приобретенный (это за 40 лѣтъ по нашей таблицѣ); въ юные и средніе годы развивающійся геморрой (это отъ 10 до 40 лѣтъ у насъ) можетъ быть наслѣдственнымъ и приобретеннымъ; въ молодые же годы (особенно до 10 лѣтъ у насъ) всегда наслѣдственный. Конечно, эти положенія, какъ основанныя на сравнительно небольшомъ числѣ случаевъ каждаго возраста, нуждаются въ дальнѣйшей повѣркѣ. Цифры эти, во всякомъ случаѣ, подтверждаютъ мнѣніе Суетинова о наслѣдственности геморроя въ молодомъ возрастѣ.

Если послѣднее положеніе вѣрно, а изъ сказаннаго о возрастѣ слѣдуетъ, что геморрой заболѣваніе сравнительно мо-

принять во вниманіе: 1) численное соотношеніе половъ между собой (въ большей части Европейской Россіи, особенно же въ такихъ городахъ, какъ Петербургъ и т. п. преобладаютъ мужчины. Янсонъ ¹⁵¹) стр. 42); 2) число мѣстъ въ лечебномъ учрежденіи часто неодинаковое для обоихъ половъ (въ клин. проф. Ратимова на 80 мужскихъ мѣстъ, приходится 20 женскихъ); 3) большую стыдливость женщинъ и ихъ нежеланіе обращаться къ врачу при подобномъ заболѣваніи. Вводя подобныя поправки, мы, навѣрное, еще болѣе уменьшили бы полученное соотношеніе половъ. Сдѣлать названныя поправки, конечно, никоимъ образомъ невозможно. Но и полученная — цифра разницы не особенно велика, а поэтому мнѣніе Quénu ¹⁰⁴), что геморрой свойственнее одинаково обоимъ поламъ, едва ли можно, на основаніи статистики сильно оспаривать.

Беременность. На основаніи только что сказаннаго, мы думаемъ сильно неправъ Мандельбергъ ⁷⁹), который, видя изъ своихъ статистическихъ данныхъ, какъ рѣдко приходится имѣть дѣло съ геморроемъ женщинъ, отрицалъ мысль, что беременная матка можетъ служить причиной геморроя. Между тѣмъ Virchow ¹⁴³) считаетъ фактъ вліянія беременности на острое развитіе венозныхъ расширеній (въ томъ числѣ и геморроидальныхъ) достаточно извѣстнымъ. Esmarch ⁸⁹) пишетъ, что беременная матка въ особенности часто служитъ поводомъ къ расширенію венъ не только нижнихъ конечностей, но и прямой кишки и смежныхъ органовъ. Когда послѣ родовъ давленіе на вены прекращается—кровообращеніе дѣлается свободнѣе, но расширенные корешки большей частью остаются таковыми навсегда. Въ цѣломъ рядѣ руководствъ вліяніе беременной матки на развитіе геморроидовъ приводится какъ прочно установленный фактъ такъ напр. у Tillmanns'a, Quincke ¹⁰⁵), Bergmann, Bruns и Mikulicz'a ¹⁴). Quénu ⁹²) приводитъ наблюденіе Budin, что болѣе одной трети беременныхъ женщинъ имѣютъ геморроиды. Budin, изслѣдовавъ съ этой цѣлью болѣе 300 женщинъ, нашелъ, что геморр. расширенія рѣже у беременныхъ, чѣмъ varices нижнихъ конечностей; они большей частью послѣдствіе упорныхъ запоровъ. По Cazin ⁴⁹) такіе геморроиды чаще въ болѣе зажиточныхъ классахъ. Изъ нашихъ 206 случаевъ—женщинъ встрѣтилось всего 17; 12 изъ нихъ замужемъ и изъ этихъ

у 6 отмѣчены беременность и роды, иногда повторно до 11 разъ. Ограниченное число случаевъ не позволяетъ сдѣлать никакихъ выводовъ. Но изъ нашихъ больныхъ мы можемъ отмѣтить 2 случая: въ одномъ—у жены священника, 30 лѣтъ появленіе геморроидовъ сама больная ставила въ связь съ первой беременностью; въ другомъ—у жены офицера 39 лѣтъ, геморроидальные узлы появлялись только во время мѣсячныхъ и во время беременности, въ остальное же время больная совершенно забывала объ ихъ существованіи. Такие случаи, повидимому не рѣдкость.

Но какъ смотрѣть на нихъ: беременность равно какъ и мѣсячныя, связанныя съ приливомъ крови къ тазовымъ органамъ, являются ли реактивомъ, обнаруживающимъ анатомически существующее заболѣваніе или напротивъ сами эти обстоятельства являются производителями геморроя. На это отвѣтитъ крайне затруднительно. Теоретически легко допустить развитіе геморроя подѣ вліяніемъ самой беременности. Состояніе это сопровождается увеличеніемъ матки, приливомъ крови къ тазовымъ органамъ, запоромъ, измѣненіемъ состава крови и т. п. У беременныхъ же для появленія varices, помимо механическихъ моментовъ, можно допустить непосредственное вліяніе нервной системы. Значеніе послѣдней при образованіи varices у беременныхъ изучено въ рядѣ работъ Lesquillons ⁷⁵), Cazin ⁷⁵), Budin ⁷⁵), Leonardi ⁷⁵) и друг.

Такимъ образомъ на вышеприведенный вопросъ: можетъ ли беременность сама по себѣ повести съ развитіемъ varices, мы, на основаніи приведенныхъ фактовъ, и полной теоретической возможности, склонны отвѣтить утвердительно. Но вопросъ этотъ несомнѣнно требуетъ болѣе положительныхъ фактическихъ данныхъ и окончательно рѣшеннымъ считаться не можетъ.

Народность, религія, климатъ. По Wedel'ю ¹⁴²) геморроиды свойственны иудеямъ и народамъ жаркихъ странъ Европы. Pet. Frank ¹⁴³), напротивъ думаетъ, что геморрой встрѣчается часто у сѣверянъ. По Hirsch'ю ¹⁴³)—негры свободны отъ заболѣванія геморроемъ. Oppolzer ⁹⁴), пишетъ, что во Франціи, Италіи, Швеціи геморрой встрѣчается не такъ часто, какъ въ Германіи. Въ полярныхъ странахъ и восточныхъ, по мнѣнію этого автора, геморрой болѣе частое заболѣваніе. Quénu ¹⁴³),

говорить, что геморроиды болѣе часто встрѣчаются въ Америкѣ, Египтѣ Турціи; теплый и влажный климатъ можетъ считаться предрасполагающей причиной. Большинство авторовъ, имѣвшихъ дѣло съ евреями, говорятъ о большомъ распространеніи геморроя среди нихъ; такъ на это указываетъ Vigow¹⁰⁾, Trzebicki¹²⁶⁾, Шалита¹²⁷⁾, Мандельбергъ⁷⁹⁾ и друг. Причиной этого по Шалита, является сидячій образъ жизни въ школахъ за талмудомъ во время первыхъ лѣтъ жизни и полное отсутствіе гимнастики; сюда же надо отнести и пищевой режимъ евреевъ, употребляющихъ много хлѣба, приностей, мало мяса и жировъ. Trzebicki¹²⁶⁾ къ этому прибавляетъ—обычай ортодоксальныхъ евреевъ, согласно толкованію писанія, предъ утреннимъ моленіемъ имѣть стулъ, благодаря чему многимъ изъ евреевъ приходится это исполнять послѣ частыхъ и долгихъ попытокъ и съ большимъ напряженіемъ. Мы прибавили бы ко всѣмъ этимъ причинамъ чрезвычайную нечистоплотность. Полную противоположность евреямъ въ распространенности геморроя представляютъ магометане, которые, согласно требованіямъ религіи, строго выполняютъ обрядъ „обмыванія“. Такъ напр. наши башкиры и татары, по словамъ Дмитріева³²⁾ совершенно свободны отъ геморроя.

Частота геморроя у іудеевъ и рѣдкость у магометанъ наводятъ насъ на мысль, что не расовыми и быть можетъ не климатическими особенностями обусловливается распространенность страданія, а отъ тѣхъ привычекъ, обрядовъ, соединенныхъ съ вѣрованіемъ, занятій, рода пищи, образа жизни и т. п., которые процвѣтаютъ въ томъ или другомъ народѣ.

Изъ нашихъ 206 больныхъ—большинство были русскіе и православные (183). Между остальными: 7 евреевъ, 6 нѣмцевъ, лютеранъ, 5 армянъ и 4 поляка, католиковъ.

Занятіе и званіе. Въ большинствѣ руководствъ обычно повторяется распространенное среди общества убѣжденіе, что геморрой свойствененъ лицамъ ведущимъ по преимуществу сидячій образъ жизни. Всѣмъ извѣстна пословица выражающая мысль о распространеніи геморроя у чиновниковъ и о совпадении появленія его съ извѣстнымъ чиномъ, орденомъ и т. п. „У чиновниковъ, ученыхъ, литераторовъ, геморрой въ пожиломъ возрастѣ, почти обязательная болѣзнь, какъ корь

у дѣтей,“ говоритъ проф. Субботинъ. Объясняется частота геморроя у лицъ сидячаго образа жизни обычно существованіемъ привычнаго запора, затрудненіемъ кровообращенія въ брюшной полости при сидячій отъ поджиманія живота, у лицъ пользующихся мягкой мебелью еще въ зависимости отъ развивающейся теплоты и отъ активнаго прилива крови къ rectum и anus'у. Убѣжденіе о преобладаніи среди больныхъ геморроемъ лицъ ведущихъ по преимуществу сидячій образъ жизни далеко не раздѣляется всѣми. Опытъ показываетъ, что и среди лицъ физическаго труда, связаннаго съ занятіемъ по преимуществу стоя, геморрой не рѣдкость. Chassaigiac¹⁴³⁾, напр. нашелъ, что изъ его больныхъ большее число занималось работой стоя. Esmarch³¹⁾, отмѣчаетъ частоту геморроя у таможенныхъ чиновниковъ, которымъ при ихъ занятіяхъ приходится много стоять. Онъ же ссылается на наблюденіе Smith'a объ особенной частотѣ геморроя у парикмахеровъ и зубныхъ врачей.

Въ цѣломъ рядъ работъ по геморрою Oppolzer'a¹⁴⁴⁾, Quénu⁴²⁾, Rotter'a¹⁴⁵⁾ и друг. положеніе по преимуществу стоя ставится въ числъ этиологическихъ моментовъ на одинаково важное мѣсто съ занятіемъ по преимуществу сидя. Затрудненный оттокъ крови, при стояніи противъ силы собственной тяжести, въ сочетаніи съ другими моментами, какъ запоръ, раздражающее дѣйствіе фекальныхъ массъ и проч., приводятся обычно, какъ причины частоты геморроя у лицъ подобныхъ профессій. Наши больные, распределенные въ 3 группы въ зависимости отъ положенія тѣла во время исполненія служебныхъ обязанностей, даютъ слѣдующую таблицу:

Т а б л и ц а 4.

Изъ 206 случаевъ занятіе обозначено у 189. Въ 12 случаяхъ въ графѣ „занятіе“ стоятъ названія мало объясняющія профессию, напр., мѣщанъ, отставныхъ солдатъ и т. п. Въ 5 совершенно ничего не указано.

Изъ 17 женщинъ: 15 занимались домашнимъ хозяйствомъ, 1 была сестрой милосердія, 1 конторщица,

Мужчины распределяются так:

Занятія преимущественно на ногах.	Занятія преимущественно сидя.	Занятія, гдѣ выступаютъ оба положенія тѣла одинаково.
Офицеры 42	Чиновники . . . 19	Лица духовнаго званія 5
Солдаты, юнкера . 9	Писари 10	Артисты пѣвцы . . 2
Землепашцы . . . 21	Контрщикъ . . . 1	Врачи 3
Заводск. мастеров . 8	Студенты . . . 12	Инженеры 2
Швейцары, лакеи . 3	Адвокаты . . . 1	Помѣщики 1
Почтальоны . . . 1	Портные . . . 2	Исправникъ 1
Купцы и прикащики . 5	Сапожники . . . 1	
Фельдшера 4	Кучера 2	
Аптекарь 1		
Сторожъ 1		
Кондукторъ 1		
Токарь 1		
Столяръ 1		
Слесаря 4		
Кожевникъ 1		
Наборщикъ 1		
Бронзовщикъ . . . 1		
Пожарный 1		
Переpletчикъ . . . 1		
Шкиперъ 1		
Чернорабочій . . . 1		
Всего 110	Всего 48	Всего 14
+1 сестра милосердія.	+1 контр-щикъ.	+15 — домаш. хоз.
111 т. е. 58,7%	49 т. е. 25,9%	29 т. е. 15,3%

Изъ таблицы этой видно, что геморрой у лицъ, принужденныхъ обязанности свои выполнять на ногахъ, встрѣтился въ 58,7%, т. е. гораздо чаще (въ 2 раза), чѣмъ у лицъ сидячихъ профессій и у лицъ, отправляющихъ обязанности настолько же на ногахъ, насколько и сидя. Сдѣлать выводъ, однако, что у лицъ послѣднихъ двухъ категорій геморрой гораздо рѣже — абсолютно нельзя.

Вотъ причины, по которымъ выводъ, особенно его количественную точность, можно оспаривать: 1) число больныхъ (189), на основаніи котораго сдѣланъ выводъ не велико; 2) больные выбирались съ извѣстнымъ подборомъ согласно требованіямъ клиники числу мѣстъ простыхъ, офицерскихъ и т. п. число которыхъ не одинаково; 3) число лицъ разныхъ профессій каждаго государства, селенія далеко не одинаково; (въ Европейской Россіи 87% сельскихъ хозяевъ, 9% занимаются про-

мышленною, 1,5% торговлей, 1% войска и т. д. Янсонъ⁴³⁾, стр. 54); громадное большинство населенія Россіи лица физическаго труда работающіе на ногахъ и слѣдовательно, на каждое мѣсто изъ клиникъ, больницъ лицъ подобнаго рода — больше, чѣмъ лицъ сидячей профессіи; 4) названіе профессіи весьма часто не опредѣляетъ характеръ труда напр. слова „офицеръ“ и „чиновникъ“ только на основаніи общаго взгляда на ихъ профессіи позволяютъ отнести ихъ къ разнымъ группамъ, но нельзя поручиться, что наши офицеры были кавалеристы или служили въ канцеляріяхъ т. е. вели сидячей образъ дѣятельности, а чиновники предположимъ изъ таможни, слѣд. работали на ногахъ. Эти и другія подобныя возраженія и даютъ намъ право не довѣрять полученному соотношенію.

Мы видимъ, однако, изъ нашей таблицы, что крестьянъ землепашцевъ, лечившихся у насъ было больше, чѣмъ чиновниковъ. Солдаты, юнкера и т. п. лица составляютъ группу не меньшую, чѣмъ группа военныхъ писарей.

Если бы мы подсчитали всѣхъ ремесленниковъ, то изъ общаго числа 22 — 19 ремесленниковъ (токаря, столяра 2, слесаря 4, заводскіе мастера 8, кожевникъ 1, наборщикъ 1, бронзовщикъ 1, переpletчикъ 1), несли свой трудъ стоя на ногахъ и только 3 (2 портные, 1 сапожникъ) принуждены были цѣлый день за работою сидѣть.

Только вотъ такого рода факты позволяютъ намъ думать, что у лицъ сидячей профессіи геморрой едва ли чаще, чѣмъ у лицъ работающихъ на ногахъ, и только, благодаря имъ мы можемъ до извѣстной степени поддержать мнѣніе Chassaig-nac'a, Esmarch'a. Несомнѣннымъ остается лишь тотъ фактъ, что не только лица работающія сидя, но и трудящіеся на ногахъ, подвержены геморрою. Которыя заболѣваютъ чаще трудно сказать, такъ какъ статистическіе выводы могутъ быть всегда оспариваемы въ этомъ отношеніи. Мы привели примѣры подобнаго рода возраженій.

Но вотъ другой вопросъ — у лицъ какого сословія привилегированнаго или непривилегированнаго, геморрой встрѣчается чаще? Esmarchъ пишетъ, что въ высшихъ классахъ общества геморрой чаще, чѣмъ въ рабочемъ сословіи. Проф. Субботинъ, опровергая теорію Quénu, говоритъ о рѣдкости

геморроя у нашихъ деревенскихъ крестьянъ. Мандельбергъ *), говорить, что изъ его 610 больныхъ только 24 не занимались физической работой, т. е. принадлежали къ интеллигентнымъ лицамъ. Какія данныя въ этомъ отношеніи представляютъ наши случаи?

Оказывается, на 86 лицъ непривилегированнаго сословія приходится 115 больныхъ, которые могутъ быть отнесены къ привилегированному классу, т. е. приблизительно на 2 лица нижнихъ классовъ общества приходится 3 лица высшаго сословія. Если мы тутъ же прибавимъ, что общее число лицъ рабочаго сословія въ Россіи гораздо больше, чѣмъ лицъ, привилегированныхъ классовъ, (въ клиникѣ нашей „простыхъ“ мѣстъ также больше, чѣмъ „благородныхъ“), то полученное отношеніе ниже дѣйствительнаго и несомнѣнно среди лицъ привилегированныхъ классовъ геморрой долженъ быть на дѣлѣ еще чаще. Мы должны допустить, однако, что уклоненіе это въ полученномъ отношеніи съ другой стороны компенсируется тѣмъ, что лица неинтеллигентныя (большой частью низшаго класса) рѣже обращаются за хирургической помощью, чѣмъ интеллигенты. Такимъ образомъ, найденное отношеніе, будучи во всякомъ случаѣ не ниже дѣйствительнаго, можетъ быть весьма близко къ истинѣ.

Мы склонны признать на основаніи сказаннаго, что люди непривилегированные заболѣваютъ геморроемъ сравнительно рѣже, чѣмъ люди привилегированнаго класса.

Принадлежность къ тому или другому сословію совершенно не опредѣляетъ родъ занятій. Поэтому тѣ же случаи геморроя, при изученіи отношенія лицъ занятіе коихъ связано съ физическимъ напряженіемъ, къ лицамъ, занятіе которыхъ сводится къ умственной работѣ, при малой подвижности тѣла, дало нѣсколько другое отношеніе.

Оказывается, изъ нашихъ больныхъ—68 занимались физическимъ трудомъ, а 121 умственнымъ, т. е. на 4 человѣка работающихъ физически приходится 7 человѣкъ, трудъ которыхъ, главнымъ образомъ, заключается въ умственной работѣ. Тѣ же моменты, которые приведены нами при изученіи отношенія сословій и въ данномъ случаѣ имѣютъ значеніе, т. е. количество народонаселенія по роду занятій, составъ больныхъ клиники, боязнь больницъ среди лицъ фи-

зическаго труда. Вліяя другъ на друга въ обратномъ смыслѣ, они во всякомъ случаѣ не измѣняютъ общій смыслъ пропорціи и быть можетъ оставляютъ найденную величину близкой къ истинѣ.

Изъ всего, что нами сказано о распространеніи геморроя среди лицъ сообразно ихъ занятію, званію, положенію тѣла во время работы, мы можемъ сдѣлать выводы: 1) геморрой среди лицъ физическаго труда встрѣчается рѣже, чѣмъ среди лицъ умственной работы (у насъ отношеніе 4 : 7); 2) геморрой среди лицъ привилегированныхъ классовъ общества чаще, чѣмъ непривилегированнаго (у насъ отношеніе 2 : 3); 3) занятіе по преимуществу „сѣдя“ или „сидя“ вліяютъ такъ, что при обоимъ рода занятіяхъ геморрой возможенъ, но при какомъ чаще едва ли можно сказать утвердительно.

Гигиеническія привычки. Лица непривилегированныхъ сословій заболѣваютъ, какъ мы выше доказывали, геморроемъ рѣже, отсюда позволительно сдѣлать заключеніе, что растительная по преимуществу пища, которой питаются люди подбнаго рода, не является дѣятелемъ способствующимъ появленію геморроя болѣе, чѣмъ мясная. Чрезмѣрное введеніе пищи, какъ мясной, такъ и растительной у обжоръ, вызывая активный приливъ крови къ кишечнику и затрудняя ея оттокъ, приводитъ почти всѣми авторами, какъ этиологическій моментъ геморроя, (напр. Virchow ¹⁴), проф. Rotter ¹⁵), Сиботинъ ¹²) и др.)

Активнымъ приливомъ къ кишечнику крови объясняется обычно частота геморроя у лицъ злоупотребляющихъ спиртными напитками, пряностями, слабительными въ родѣ aloë coloquinta, ревеня и проч. Изъ нашихъ 206 случаевъ, у 162 больныхъ было отмѣчено: злоупотребляли они спиртными напитками или нѣтъ.

Оказывается, 50 изъ нихъ могли быть названы potatorами, что составитъ 30,9%. На основаніи таблицы III Статистическаго Ежегодника С.-Петербурга за 1898 г., стр. 86, мы видимъ при распредѣленіи алкоголиковъ по возрастамъ, что алкоголиковъ между 31—35 годами является наибольшее количество, именно на 1000 жителей этого возраста мужчинъ и женщинъ 68,5, т. е. на 100—0,685 (63,2 муж. + 5,3 женщ.).

или меньше одного процента. Въ остальной части Россіи пьянство распространено меньше, такъ напр., въ томъ же Ежегодникѣ видно среднее душевное потребление вина въ Петербургѣ 2, 3 ведра, тогда какъ въ Европейской Россіи 0,62 ведра. Полученный процентъ алкоголиковъ среди геморроидалистовъ, такимъ образомъ, превышаетъ значительно найденный наивысшій процентъ алкоголиковъ въ С.-Петербургѣ. Можно-ли, однако, положиться на подобный фактъ и утверждать, что алкоголь способствуетъ развитію геморроя.

Это можно съ положительностью отвергнуть, на основаніи слѣдующаго: нами доказано, что геморрой начинается развиваться въ сравнительно молодые годы жизни, когда о злоупотребленіи алкоголемъ у большинства едва-ли можно говорить: число наблюдений, на которомъ основанъ выводъ невелико, и оно опредѣляетъ вообще, *rotator* или не *rotator* больной, не касаясь времени, до появленія геморроя больной былъ таковымъ или послѣ его развитія. Найденный фактъ высокаго процента алкоголиковъ среди больныхъ геморроемъ скорѣе долженъ насъ наводить на мысль, что среди нихъ людей невоздержанныхъ, слабой воли, вообще больше, чѣмъ среди людей свободныхъ отъ геморроя. Допуская, что такими они были и до развитія геморроя, мы можемъ безъ особой натяжки подтвердить фактъ важнаго значенія излишествъ въ пищѣ, питьѣ и проч., въ развитіи изучаемаго страданія. Такъ какъ геморрой среди лицъ привилегированнаго сословія чаще и среди нихъ же чаще и всевозможная излишества въ пищѣ и проч., то этими излишествами, помимо проч., повидимому, и должна объясняться разница въ распространеніи геморроя среди высшаго и низшаго сословія, а самымъ фактомъ подобной разницы лишь подтверждается важное значеніе излишествъ. Брюшное полнокровіе, токсическое вліяніе на стѣнку венъ пищевыхъ веществъ, вліяніе на печень, вотъ причины по Quénu⁴³⁾, которыя объясняютъ дѣйствіе пищевыхъ излишествъ.

Мы сильно сомнѣваемся, подобно Quénu, однако, чтобы слабительныя въ родѣ, *aloë*, *gummi gutti*, *scamoniū* и пр. вызывали катарральное раздраженіе слизистой recti и это вело затѣмъ къ развитію пассивнаго застоя въ геморроидальныхъ венахъ (Gosselin⁴⁴⁾, Esmarch⁴⁵⁾). Скорѣе запоръ, по по-

воду котораго принимались слабительныя, могъ быть обвиненъ въ этомъ. Мы доказали, что геморрой развивается въ сравнительно молодые годы и едва ли возможно въ это время привычное злоупотребленіе слабительными.

Изъ нашихъ больныхъ, только у 5 изъ 206 помѣчено въ листкахъ, что они страдали запорами употребляли постоянно глауберову соль, ренель.

Злоупотребленіе in Venere, чрезмѣрное куреніе табаку, треніе платья объ анальные части, раздраженіе *anus'a* глистами (*oxyuris vermicularis*), употребленіе газетной, толстой, грубой бумаги послѣ дефекаціи (Quénu), стулъ въ дурно устроенномъ сыромъ, холодномъ отхожемъ мѣстѣ (Prof. Lauder Bruton⁴⁶⁾)—обычно приводятся въ книгахъ, какъ этиологическіе моменты геморроя. Мы лично не имѣемъ доказательствъ въ пользу этихъ моментовъ или противъ нихъ и говорить поэтому о нихъ воздержимся. Для тѣхъ кто пожелалъ бы статистически доказывать вліянія половыхъ сношеній на развитіе геморроя, мы можемъ сообщить слѣдующія свои цифры: изъ 206 больныхъ нашихъ 76 были люди семейные, 84 были холостые. У остальныхъ—46 о семейномъ положеніи ничего не обозначено. На тоже общее число только у одного больного было обозначено въ анамнезѣ онанизмъ и у другого *abusus in Venere*. Изученіе этого вопроса представляется весьма интереснымъ. Virchow⁴⁷⁾, напримѣръ указывать на наблюденіе Stiebel'a о возникновеніи геморроидальныхъ узловъ съ первымъ *coitus'омъ* и позднѣйшемъ увеличеніи ихъ съ раздраженіемъ genitalia.

Если значеніе на возникновеніе геморроя всѣхъ приведенныхъ только-что моментовъ можетъ быть оспариваемо, то вліяніе запора по мнѣнію всѣхъ авторовъ, кромѣ пожалуй Reinbach'a, писавшихъ о геморроѣ кажется несомнѣннымъ. Gosselin⁴⁴⁾, Verneuil⁴⁴⁾, Virchow⁴⁴⁾, Duret⁴⁸⁾, Oppolzer⁴⁴⁾, Esmarch⁴⁵⁾, Quénu⁴⁶⁾, Субботинъ⁴²⁾ и масса другихъ, все видятъ въ существованіи запора у больныхъ геморроемъ важный факторъ его. Затрудненіе оттока и повышеніе кровяного давленія въ геморроидальныхъ венахъ, при задержкѣ фекальныхъ массъ, необходимость большого напряженія и большей продолжительности для изгнанія ихъ, вліяніе

чисто механическое на стѣнку recti болѣе сухого, густого кала, его химическое вліяніе въ зависимости отъ далеко зашедшихъ процессовъ разложенія на стѣнку кишки, сосуды подслизистой recti и сокращеніе мышечной ткани кишки и сфинктера—вотъ тѣ моменты, которыми запоръ можетъ способствовать развитію геморроидальныхъ узловъ. Изъ нашихъ случаевъ на 165 больныхъ, гдѣ отравленіе кишечника обозначено, запоръ отмѣченъ въ 109 случаяхъ, т. е. въ 66%; у двухъ больныхъ запоры смѣнялись поносами, т. е. въ 1,20%, въ 3 случаяхъ больные почти всю жизнь страдали легкими поносами (т. е. въ 1,80%). У остальныхъ 51 отравленія кишечника не вызывали жалобъ, это слѣд. въ 30,9%. Запоромъ наши больные почти во всѣхъ случаяхъ страдали съ дѣтства, у нѣкоторыхъ запоръ достигалъ продолжительности въ 6—7—12—16 дней.

На основаніи подобнаго высокаго процента среди геморроидалистовъ лицъ, страдающихъ запоромъ, мы смѣло можемъ приписать важное значеніе запору въ этиологіи геморроя. Намъ могутъ возразить, что запоръ является однимъ изъ симптомовъ геморроя и поэтому не мудрено, что среди геморроидалистовъ, мы нашли подобный высокій процентъ. На это мы можемъ, однако, отвѣтить, что, конечно, запоръ можетъ развиться и послѣ появленія геморроя, но только тогда, когда геморрой вызываетъ боль у anus'a, спазмъ сфинктера и т. п. Больные въ этихъ случаяхъ, какъ-бы щадятъ anus, задерживаютъ стулъ, у нихъ появляется нѣчто похожее на „боязнь горшка“ у дѣтей. Но запоръ подобный, лишь только исчезнетъ болѣзненность около anus'a, исчезаетъ самъ по себѣ, безъ всякихъ какихъ-либо терапевтическихъ мѣропріятій. Такой запоръ по нашимъ наблюденіямъ сравнительно рѣдкость. Чаще запоръ зависитъ отъ атоніи кишечника, слабости брюшного пресса, вообще отъ недостаточности изгоняющихъ силъ. Не достаточно для возстановленія отравленій кишечника уничтожить у геморроидалиста узлы.

Необходимо, какъ извѣстно, послѣ радикальной операціи геморроя еще долго лечить геморроидалиста, дабы уничтожить продолжающійся запоръ, который обычно представляется въ этихъ случаяхъ, какъ-бы самостоятельное не связанное съ геморроемъ заболѣваніе.

Подобнаго рода фактъ и заставляетъ насъ признать, что запоръ предшествуетъ, сопровождается геморроемъ и нѣрѣдко остается послѣ уничтоженія геморроя. Это то и даетъ намъ возможность признать, что запоръ какъ весьма частое явленіе у больныхъ геморроемъ—часто явленіе первичное и имѣетъ значеніе важнаго этиологическаго момента заболѣванія.

Насколько поносъ можетъ способствовать возникновенію геморроя, здѣсь важны скорѣе для рѣшенія вопроса отдѣльныя наблюденія, чѣмъ цифровыя данныя. Мы видѣли изъ нашей статистики, какъ мало больныхъ, у которыхъ продолжительный поносъ могъ быть поставленъ въ этиологическое соотношеніе съ геморроемъ. Изъ нашихъ больныхъ имѣется случай развитія геморроя послѣ кровавого поноса.

Содать 25 лѣтъ, православный, холостой, заболѣлъ на 35-мъ году жизни лѣтнимъ дизентеріей. Поправившись отъ нея, онъ скорѣе (черезъ недѣлю) замѣтилъ около anus'a какіе-то узелки и при стулѣ замѣтилъ кровь. Врачъ лечившій его констатировалъ геморрой. Въ это время у больного существовалъ запоръ, испражненія были богаты слизью, вообще имѣлись явленія хронической colitis. Объективно: у больного хорошаго тѣлосложенія и питанія найдено у anus'a вѣсички геморроидальныхъ узловъ, сидящихъ на выпавшей слизистой ani.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлано насильственное растяженіе зеркаломъ Trelat (не въ нашей клиникѣ). Въ послѣоперационномъ теченіи была задержка мочи. Больной всталъ на четвертый день. На девятый день однако послѣ операціи, у anus'a опять появились сильно воздущившіеся синеватые узлы. Рѣшено было сдѣлать отжиганіе. Черезъ шестнадцать дней послѣ этой операціи больной выпулся; слизистая recti имѣла отличный видъ, около anus'a не было ни опухоли, ни отека.

Развившійся послѣ дизентеріи геморрой въ этомъ случаѣ зависѣлъ ли отъ жгленія, постоянного напряженія, высокой t°, при раздражающемъ вліяніи на слизистую и вены recti токсиновъ, или быть можетъ заболѣваніе только обратило вниманіе больного на anus, гдѣ уже раньше имѣлись ничѣмъ не заявляющіе себя геморроиды, сказать въ данномъ случаѣ трудно. Вообще теоретически легко себѣ представить вліяніе поносовъ на развитіе геморроя, но доказать это пока еще не представляется возможнымъ.

Общее состояние организма и состояние отдельных органов у больных геморроем в качестве этиологических моментов.

Общее состояние организма, каковы общая плетора, венозная конституция (кахексия, кравы) и т. п., нередко, особенно в старых работах, фигурируют в качестве этиологических моментов геморроя.

При подобных состояниях, пишет Virchow ¹⁴³⁾, „во многих частях тела замечается склонность к расширению вен“, что можно признавать за причину приобретенную, иногда внезапно появившуюся. Ambroise Paré ¹⁴⁴⁾ думал, что varices вообще зависят от „la multitude du sang“. Его сторонники Gueniot ¹⁴⁵⁾, Lacher ¹⁴⁶⁾ в серозной плеторе и гипертрофии сердца видят две причины образования varices: качественное и количественное изменение состава крови, повышенное внутри венозное давление (по Leonardi ¹⁴⁷⁾).

Исходя из подобных соображений, с незапамятных времен смотрели на геморроидальные кровотечения, как на нечто весьма полезное для общего здоровья. Сюда же относится влияние на образование геморроя „atra bitis“, „флегмы“, „геморроидальной материи“, выделение которых с кровотечением по Гиппократу предохраняет от колотья в боку, peripneumonia; меланхоликов и сумасшедших от сумасшествия (Gösselin ¹⁴⁸⁾).

„Vena portarum—porta malorum“ (Oppolzer ¹⁴⁹⁾; babent purgationem non morbum (Celsus ¹⁴³⁾) гласят старинные изречения о золотой геморроидальной вене (goldene ader). Доставляя нередко больным облегчение, кровотечение, объясняемое таким образом, часто приветствуется больным, радующимся, что геморрой его стал открытым.

В толих убеждение о пользе кровотечений держится и до сих пор. Мы не будем доказывать обратного, ибо это сдѣлано цѣлым рядом ученых: Boyer ¹⁵⁰⁾, Dupuytren ¹⁵¹⁾, Bérard ¹⁵²⁾, Chassaignac ¹⁵³⁾, Gösselin ¹⁵⁴⁾, и мн. друг. Мы напомним только одно, что уча о пользе геморроидов для общего состояния в старину не менее заботились, как видно из истории хирургического лечения геморроя, о их уничтожении, чѣм теперь.

Но как мы должны смотреть на больных геморроем, которые теряя регулярно кровь, как женщина послѣ мѣсячных, чувствуют себя отлично, в течение всей своей жизни. Обычно подобного рода люди пожилые, худощавые, чрезвычайно энергичные и живые в движениях, с цианотическими конечностями и ярким румянцем на щеках—предъ подобными кровотечениями чувствуют себя разбитыми, вялыми, или раздражительными, испытывая одновременно боль в головѣ, поясницѣ, цѣлый ряд вазомоторных расстройств и проч. Кровотечение у подобных людей точно освѣжает их, восстанавливает их в течение всей жизни. Типы людей подобного рода описаны Галеномъ, Stahl'емъ, Lannelongue ¹⁵⁵⁾, Захарынымъ ¹⁵⁶⁾ и мн. друг. Прекращение кровотечения у таких людей радикальной операцией не всегда полезно (см. ст. Picard'a ¹⁵⁷⁾, Turrier ¹⁵⁸⁾) напр. помини одного изъ своих больных, у котораго послѣ уничтожения геморроя, появились настоящие припадки мани. Очевидно, в этих сравнительно, однако, рѣдких случаях геморрой как бы оправдывал латинскія изрѣчения старых авторов. Но и в этих случаях едва ли геморрой слѣдствие плеторы и случаи эти подтверждали теорію А. Paré.

Изъ нашихъ 206 больных, только у 14, т. е. у 6,8%, имѣлось поражение другихъ венъ въ видѣ varices cruris, varicocele, флебектазиі верхнихъ конечностей т. е. сравнительно у немногихъ больных. Фактъ этотъ былъ бы мало понятенъ, если бы плетора играла большую роль въ возникновеніи varices. Въ случаи геморроя съ кровотечениями, приносящими какъ бы пользу, насколько мы имѣли возможность наблюдать, касались людей пожилыхъ или старыхъ. (У Захарьина ¹⁵⁹⁾ въ лекціяхъ 40 лѣтъ). Въ случаи геморроя у молодыхъ, видѣнные нами, сопровождаясь кровотечениями, сильно изнуряли больных; послѣдніе дѣлались вялыми, блѣдными, утрачивали бывшую трудоспособность и т. п. Очевидно, поэтому у людей вышеописаннаго полнокровнаго типа геморрой выработалъ ихъ такими; постоянныя кровотечения постепенно заставили приспособиться больного къ нимъ и усиленной работой кровотворныхъ органовъ пополнять потери. Итакъ мы не думаемъ, чтобы плетора являлась причиной геморроя.

Вообще объ общемъ тѣлосложеніи и питаніи нашихъ 206 больныхъ геморроемъ, мы должны сказать, что 153 изъ нихъ, т. е. 74.2% могли быть названы людьми средняго тѣлосложенія и питанія; 21 т. е. 10.2% отличались крѣпкимъ тѣлосложеніемъ, часто съ обильнымъ отложеніемъ жира; 32 т. е. 15.5% были люди плохого тѣлосложенія и питанія. У 56 больныхъ изъ общаго числа, т. е. въ 27.5% отмѣчается болѣе и менѣе выраженное малокровіе. Изслѣдованіе крови у одного изъ малокровныхъ субъектовъ показало, что красныхъ кровяныхъ шариковъ имѣется 3.500.000, бѣлыхъ—7640. Quénu ⁴⁹⁾ у одного изъ своихъ больныхъ, мужчины 30 лѣтъ, наблюдать такое сильное истощеніе и малокровіе, что больно производить впечатлѣніе раковой кахексіи. У другого больного 50 лѣтъ при счисленіи кровяныхъ шариковъ Quénu нашелъ, что число ихъ въ 1 куб. mill. достигало 60.0000.

Видя, что большинство больныхъ геморроемъ люди средняго тѣлосложенія или слабаго, и зная, что геморрой заболѣваніе, развивающееся въ сравнительно молодые годы, мы не имѣемъ права сдѣлать выводъ, что геморрой, какъ заболѣваніе, свойственнѣе по преимуществу людямъ подобнаго рода. Съ одинаковымъ правомъ вѣдь мы можемъ заключить и обратное, что геморрой задерживаетъ развитіе, и больные геморроемъ поэтому представляются подобнаго общаго состоянія. Въ силѣ остается лишь тотъ фактъ, что геморрой заболѣваніе поражающее, какъ людей крѣпкаго, такъ и слабаго тѣлосложенія, тучныхъ и тощихъ (Gosselin ⁴⁾).

Болѣзни прямой кишки, нѣкоторыхъ ближайшихъ къ ней органовъ, равно какъ и отдаленныхъ—большинство авторовъ приводятъ, какъ этиологическіе моменты геморроя. Относящіяся сюда случаи геморроя имѣютъ значеніе симптомовъ для заболѣванія того или другаго органа—поэтому, согласно принятой номенклатуры (Quénu ⁴⁹⁾, Ricard ¹¹⁹⁾, и друг.), такіе геморроиды мы будемъ называть „симптоматическими“.

Изъ болѣзней прямой кишки въ этиологіи геморроя выступаютъ: катарръ слизистой, суженія, полипы и особенно часто ракъ ея. Въ справедливости послѣдняго мы могли убѣдиться сами. Изслѣдуя 2 женщинъ, имѣющихъ ракъ прямой кишки, сидящей въ ампулярной части и захватывающей всю окружность кишки—мы въ обоихъ случаяхъ нашли сильно

напряженные, большіе, синеватые узлы по мѣстоположенію относящіеся къ внутреннимъ геморроидамъ. Замѣчательно, что при ракъ занимающимъ частично стѣнку прямой кишки сзади, напр., у крестца подобныхъ напряженныхъ геморроидовъ мы не наблюдали; въ большинствѣ случаевъ при подобныхъ условіяхъ имѣлись въ области Морганіевыхъ складокъ подъ опухолью лишь небольшіе, синеватые, легко сдавливаемые узелки. Фактъ появленія при злокачественныхъ опухоляхъ recti геморроидовъ, имѣетъ практическое значеніе: каждый врачъ, ставя діагнозъ геморроя, долженъ произвести пальцевое изслѣдованіе, дабы не имѣть неожиданныхъ суръ-призовъ. Появленіе геморроидовъ при катаррѣ слизистой recti можетъ быть оспариваемо, ибо трудно доказать, геморрой составляетъ послѣдствіе катарра или онъ причина его. Развитіе узловъ при суженіи, полипахъ—наблюдать намъ не приходилось. У одного больного мы наблюдали на задней стѣнкѣ recti выше сфинктера adenoma (микроск.), величиной съ сливу, подъ которой имѣлся небольшой геморроидальный узелъ, тогда какъ въ остальной части кишки такихъ узловъ не было.

Изъ болѣзней сосѣднихъ органовъ: заболѣванія мочеиспускательнаго канала, пузыря, prostata, у женщинъ матки, яичниковъ, опухоли малаго таза и т. п., иногда сопровождаются появленіемъ геморроидальныхъ узловъ. Изъ нашихъ больныхъ (206) только у 19, т. е. у 9.2% отмѣчены заболѣванія этихъ органовъ, изъ нихъ 12 разъ увеличеніе предстательной желѣзы, 2 раза cystitis, 2 раза metritis chronica, а затѣмъ по одному разу суженіе уретры и ея катарръ, fibroadenoma uteri, свищъ prostata. Увеличеніе предстательной желѣзы выступаетъ на первое мѣсто.

Фактъ этотъ до извѣстной степени совпадаетъ съ наблюденіемъ Quénu ⁴⁹⁾ о частотѣ совпаденія увеличенія prostata и геморроя. Quénu наблюдалъ, что увеличеніе предстательной желѣзы у нѣкоторыхъ больныхъ являлось вторично, послѣ появленія ясныхъ симптомовъ со стороны прямой кишки. На основаніи тѣсной связи обоихъ органовъ черезъ анастомозы (v. hemorrhoidales mediae et posteriores съ plexus prostaticus lateralis) анатомически такое явленіе вполнѣ допустимо. Мы можемъ однако представить себѣ дѣло нѣсколько иначе.

Изъ нашихъ 206 больныхъ 37 имѣли перелой до появления первыхъ признаковъ геморроя. Зная, какъ часто перелой вызываетъ увеличеніе *prostate*, мы можемъ поэтому представить себѣ дѣло слѣд. образомъ: перелой вызываетъ увеличеніе *prostate*, послѣдняя же давленіемъ на *rectum* можетъ благоприятствовать появленію геморроя. Правда въ нашихъ случаяхъ характеръ увеличенія *prostate* не позволялъ настаивать на этомъ, но во всякомъ случаѣ такая комбинація фактовъ вполне возможна. Что касается суженія уретры, цистита и друг., то такихъ случаевъ, какъ мы видимъ у насъ слишкомъ мало, чтобы можно было сдѣлать какой-нибудь выводъ. У Спичарнаго ¹²⁶⁾ изъ 74 больныхъ—23 имѣли перелой и стриктуры. Заболѣванія эти, равно какъ приводимые во всѣхъ учебникахъ камни мочевого пузыря, требуя при мочеиспусканіи нерѣдко усиленную работу брюшного пресса, диафрагмы и проч.—весьма вѣроятнo, играютъ въ этиологіи геморроя извѣстную роль.

Роль опухолей матки, малаго таза, яичниковъ, неправильныхъ положеній тазовыхъ органовъ (*retroflexio uteri*), экссудата и проч. на измѣненіе внутрибрюшного кровяного давленія, въ частности геморроидальныхъ венъ едва ли кѣмъ будетъ оспариваема. Quénu ⁹⁹⁾ и друг. авторы вполне допускаютъ возможность образованія геморроя подъ влияніемъ подобныхъ причинъ. Къ сожалѣнію мы не могли найти ни въ литературѣ, ни въ клиникѣ подобнаго случая, гдѣ опухоль таза появилась первично, а за ней развился бы геморрой. Подтвердить фактически, слѣдовательно, подобное предположеніе мы не можемъ.

Значеніе въ этиологіи геморроя отдѣленныхъ органовъ какъ то: печени, сердца, легкихъ, селезенки, почекъ и друг.—въ настоящее время далеко еще окончательно не выяснено.

J. L. Pétit ¹⁰⁴⁾ допускаетъ, что болѣзни печени, нарушающія кровообращеніе въ *v. portarum*, какъ напр. атрофическій циррозъ, должны вызывать расширеніе венъ *recti*. Vedel ¹²⁷⁾, Stahl ¹²⁸⁾, Hoffmann ¹²⁹⁾ считали, что болѣзни печени и селезенки играютъ роль въ развитіи внутреннихъ геморроидовъ. Monneret ¹³⁰⁾ пишетъ, что затрудненіе кровообращенія въ *v. portarum* расширяетъ коллатеральные пути, но развитіе геморроя рѣдко въ время цирроза печени. Hirne ¹³¹⁾ на 8

случаевъ цирроза печени, гдѣ было 5 аутопсій, ни разу не наблюдалъ геморроя. Duret ³⁶⁾ приводитъ наблюденіе, гдѣ при циррозѣ печени развился небольшой геморрой. Рѣдкость геморроя при этомъ страданіи зависитъ по Duret отъ существованія другихъ обходныхъ путей (*v. umbilicales, mamariae, epigastricae, oesophageae* и проч.). Esmarch ³⁵⁾ выражаетъ сомнѣніе о большомъ значеніи различныхъ болѣзней печени, легкихъ, сердца въ развитіи геморроя, ибо ни ему, ни другимъ опытнымъ практикамъ, спрошеннымъ имъ, не приходилось часто наблюдать геморрой при подобныхъ страданіяхъ. Ball ¹⁰⁴⁾, Cripps ¹⁰⁴⁾, Quinke ¹⁰⁵⁾ напротивъ допускаютъ развитіе геморроя отъ различныхъ болѣзней печени, цирроза и т. п. Virchow ¹⁴³⁾ не придавалъ большого значенія *v. portarum* въ развитіи геморроя; только своими анастомозами и въ видѣ исключенія послѣдняя принимаетъ здѣсь участіе. Онъ же однако приводитъ случаи Cruveilhier'a ²⁸⁾, гдѣ имѣлось 3 колѣды геморроидовъ, изъ которыхъ верхнее несомнѣнно принадлежало къ воротной системѣ. Reinbach ¹⁰⁷⁾ оспаривая теорію стаза говоритъ, что геморроиды почти ничего общаго не имѣютъ съ воротной веной и ея вѣтвями. Въ руководствахъ и работахъ, не занимавшихся специально этимъ вопросомъ значеніе печени въ этиологіи геморроя приводится, какъ правдоподобный, хотя и не имѣющій особенно постоянного характера, фактъ напр. у Oppolzer'a ⁹⁴⁾, Rotter'a ¹⁴⁾, Tillmans'a. Суботина ¹²²⁾ и друг.

Болѣзни печени у больныхъ геморроемъ дѣйствительно не играютъ выдающейся роли. У Мандельберга ⁷⁸⁾, изъ 610 больныхъ ни у одного не имѣлось болѣзни печени. Изъ нашихъ 206 больныхъ у 20 т. е. у 9,7%, отмѣчены уклоненія со стороны этого органа, именно: 15 разъ увеличеніе печени, 2 раза болѣзненность ея, 2 раза атрофическій циррозъ, 1 разъ желчные камни при увеличеніи печени.

Отсюда мы видимъ, что большого значенія болѣзни печени дѣйствительно не имѣютъ въ этиологіи геморроя и это тѣмъ болѣе, что увеличеніе печени приводится въ числѣ послѣдствій геморроидальныхъ кровотеченій (Duret ³⁶⁾). Тѣмъ не менѣе мы не думаемъ подобно Reinbach'у, чтобы затрудненіе въ кровообращеніи воротной вены не имѣло дѣйствительно никакого значенія для развитія геморроя. Доказатель-

ства противному слѣдующія: никто не станетъ оспаривать тѣсной связи внутреннихъ геморроидовъ, какъ это доказано вливаніями, хотя бы того же Quénu, съ верхней геморроидальной веной, вѣтвью v. portarum; опыты на животныхъ съ съ перевязкой v. portarum, какъ видно изъ протоколовъ вскрытія животныхъ, сопровождаются расширеніемъ венъ нижней отдѣла кишокъ, такъ напр. было у д-ра Соловьева¹²⁷⁾ въ его опытахъ, имѣвшихъ цѣлью вызвать у животныхъ циррозъ печени; клинически извѣстны случаи геморроя, гдѣ излеченіемъ болѣзни печени достигалось излеченіе и самого геморроя, такъ напр. извѣстно, полезное дѣйствіе душа изъ холодной воды на область печени; Duret²⁶⁾ приводитъ случаи, гдѣ послѣ исчезновенія увеличенной подъ вліяніемъ малярии печени, исчезъ и самъ геморрой. Да и теоретически невозможно себѣ представить, чтобы выключеніе или затрудненія кровообращенія въ такомъ важномъ венозномъ стволѣ, не оставались безъ вліянія на повышеніе давленія въ оныхъ путяхъ.

На основаніи всего сказаннаго мы думаемъ, что случаи, гдѣ геморрой явился слѣдствіемъ болѣзни печени существуютъ (Duret) хотя и крайне рѣдко. Оспаривать же участіе воротнаго кровообращенія въ развитіи геморроя, въ виду приведенныхъ фактовъ, едва ли возможно.

Болѣзни сердца и легкихъ, измѣняя кровяное давленіе, помогаютъ образованію геморроидовъ. Такъ говорится во многихъ руководствахъ. Затрудняя оттокъ крови заболѣванія этихъ органовъ прямо или косвенно напр. чрезъ отекъ печени, способствуютъ стазу, повышенію внутренняго давленія и образованію varices. Это допускали Duret²⁶⁾, Quénu⁴⁹⁾ и мн. друг. Но въ возникновеніи геморроя страданія эти едва ли играютъ большую роль. Изъ нашихъ 206 больныхъ, заболѣванія сердца были отмѣчены у 22, т. е. въ 10,6%, при томъ слѣдующаго характера: порокъ сердца 6; расширение и гипертрофія его 3; нервное сердцебіеніе у 5; cor adiposum 1, безъ обозначенія характера страданія 7 (перебои, акцентъ на aorta и т. п.). У 28 больныхъ наблюдались заболѣванія легкихъ т. е. въ 13,6% общаго числа, именно: туберкулезъ легкихъ 8; интерстиціальная пневмонія (у potatorовъ) 2; хроническій бронхитъ 16; эмфизема 3; плевроитъ 1. Изъ этихъ

заболѣваній сердца и легкихъ насколько, вызываемая ими разстройства имѣли значеніе въ развитіи геморроя остается далеко неяснымъ. Было бы очень интересно имѣть такой случай, гдѣ тотчасъ же за развитіемъ страданія сердца или легкихъ—стала развиваться геморрой. О такихъ случаяхъ намъ лично слышать не приходилось. Дать же мы напомнимъ, что геморрой начинается развиваться въ сравнительно молодые годы, когда многіе изъ нашихъ больныхъ были свободны отъ сейчасъ приведенныхъ заболѣваній. На основаніи теории и этихъ данныхъ, можно заключить, что болѣзни сердца и легкихъ въ качествѣ способствующихъ моментовъ развитія геморроя имѣютъ значеніе далеко не часто. Иначе, прибавимъ къ этому, у каждого больного геморроемъ мы имѣли бы еще и другіе varices напр. голени, развившіеся на почвѣ того же стаза, чего на дѣлѣ не наблюдается.

Роль селезенки и почекъ и этиологіи геморроя—весьма сомнительна. Теоретически легко конечно себѣ представить ихъ вліяніе на общее кровяное давленіе, внутрибрюшное, но фактически доказать ихъ значеніе трудно. Изъ нашихъ 206 больныхъ—увеличеніе селезенки отмѣчено у 2-хъ и одинъ только разъ хроническій интерстиціальныи нефритъ.

Изъ различныхъ другихъ заболѣваній указываютъ на болѣзни сальника, кишечника (thyphlitis), опухоли брюшныхъ внутренностей, забрюшинныхъ железъ и т. д. У нашихъ больныхъ помимо указанныхъ заболѣваній имѣлись: артериосклерозъ у 7 (1 аневризма aorta) т. е. у 3,4 % общаго числа больныхъ; болѣзни нервной системы у 14 (neurasthenia 6, ischias 3, melancholia у 2 polyneuritis alcoh.—1, impotentia coeundi—2) т. е. у 6,8%; болѣзни кишечника у 10 (катарръ желудка,—2, gastroenteritis 2, enterocolitis ch. 1, colitis ch. 1, appendicitis 1, метеоризмъ—3) т. е. у 4,7%, затѣмъ varia: rhinitis chr, laryngitis, ekzema, lipoma и т. п.

Вообще изъ 206 больныхъ 95 человѣкъ, т. е. 46,1% кромѣ геморроя имѣли пораженія и другихъ органовъ. На эти 95 человѣкъ приходилось 156 разнообразныхъ заболѣваній, изъ которыхъ на отдѣльные органы выпадало: на заболѣваніе сердца 14,1% (общаго числа заболѣваній), легкихъ 19,1%, печени 12,8%, артерій 4,5, венъ 8,9%, органы таза 12,8%, желудка и кишечника 6,4%, нервной системы 8,95% кровото-

ворныхъ органовъ (селезенки, лимф. железъ) 3,8%, varia—8,3%. Большинство сюда относящихся поражений могло быть поставлено въ связь съ предшествующими болѣзнями, изученіемъ которыхъ мы теперь и займемся.

Предшествующія геморрою болѣзни.

Въ этиологіи геморроя обычно не упоминается играютъ ли извѣстное значеніе въ его развитіи предшествующія болѣзни.

Между тѣмъ уже рѣдкіе вліяніе ихъ не должно быть опускаемо изъ виду. Повышеніе t° , инфекция и интоксикація, сопровождающія тѣ или другія инфекціонныя заболѣванія, которыя столь сильно распространены въ дѣтскомъ возрастѣ не могутъ не остаться въ теченіи извѣстнаго періода безъ вліянія на весь организмъ, его нервную, кровеносную, пищеварительную, дыхательную и проч. системы. Мутное набуханіе, жирное, гіалиновое и друг. перерожденія въ мускулахъ, кишечникѣ, печени, почкахъ, железахъ, въ нервной системѣ и проч. связанные съ измѣненіемъ метаморфоза во время борьбы съ инфекціей, нарушаютъ правильное отправленіе органовъ и требуется извѣстное время для возстановленія ихъ функцій. У сосудовъ могутъ, кромѣ того, появиться непосредственныя измѣненія стѣнокъ; извѣстно напр., что эластическая ткань артерій во время брюшного тифа подвергается измѣненіямъ, которыя исчезаютъ медленно, медленно, тѣмъ развивались (Дисс. д-ровъ: Сибирскаго ¹²⁴), Короповскаго ⁴⁵). Измѣненіе сосудистой стѣнки, измѣненіе кровяного давленія въ періодъ жара въ сторону подъема (Подвысоцкій, Томъ II), нарушеніе отправленій кишечника, печени, легкихъ—цѣлый рядъ благоприятныхъ условій для образованія varices. Невольно приходитъ въ голову случаи, гдѣ послѣ инфекціонной болѣзни спустя нѣкоторое время появляются геморроиды. Изъ нашихъ больныхъ напр., одинъ армянинъ, купецъ 21 года, при отсутствіи наслѣдственности, не страдая запорами, перенесъ брюшной тифъ, послѣ котораго въ скоромъ времени замѣтилъ у anus'a геморроиды. Всѣми авторами по

геморрою въ числѣ классическихъ причинъ его приводится дизентерія. Геморрой ставится однако здѣсь въ связь съ кишечными симптомами между тѣмъ, какъ общія явленія при этомъ заболѣваніи, какъ причина геморроя, въ видѣ хотя бы повышенной t° до 40° въ теченіи недѣли, упускаются совершенно изъ виду. А между тѣмъ можетъ быть эти факторы имѣютъ не меньшее значеніе. „Геморрой у появившихъ расстройствъ, какъ коръ у дѣтей“ говоритъ проф. Субботинъ, но кто поручится, что между этими двумя заболѣваніями есть дѣйствительно связь. Намъ, однако, могутъ справедливо возразить, что отчего же эти предшествующія заболѣванія, напр. лихорадочныя отражаются столь часто на такомъ мѣстѣ, какъ anus, а не на бедрѣ, верхней конечности, глоткѣ. На это мы должны напомнить, что для образованія varices необходимы два условія: измѣненіе сосудистой стѣнки и благоприятныя механическія условія повышающія кровяное давленіе. Гдѣ же, какъ ни у anus'a подобныя условія послѣ лихорадки складываются столь благоприятнымъ образомъ; нарушенное отправленіе кишечника, печени и т. п. при измѣненіи эластичности геморроидальныхъ венъ.

Вліяніе общихъ заболѣваній на развитіе геморроя не представляется новостью. Gosselin ⁴⁴) допускаетъ извѣстную связь подагры съ геморроемъ. Duret ³⁶) выделяетъ группу діатезическихъ причинъ геморроя, какъ подагра, ревматизмъ, герпетизмъ и проч.

Мы видѣли выше, какъ послѣдствія предшествующихъ болѣзней могутъ считаться этиологическими моментами геморроя, такъ напр. перелой вызывая циститъ, воспаленіе предстательной железы и проч.; ревматизмъ поражающій сердце, болюзная лихорадка вызывая увеличеніе печени, селезенки и т. п.

Такимъ образомъ, вліяніе непосредственно или косвенно предшествующія болѣзни могутъ служить причиной геморроя и поэтому характеръ ихъ, у больныхъ геморроемъ заслуживаетъ изученія. Вотъ наши больные въ этомъ отношеніи:

Изъ 206 больныхъ предшествующія болѣзни отмѣчены у 92 больныхъ т. е. у 44,6 %, слѣдовательно почти у половины всѣхъ больныхъ.

Т а б л и ц а 5.

По своему характеру онѣ были слѣдующія:

	У какого числа болъ- ныхъ.	Въ % на 206.	Число забо- лѣваній.	Въ % на об- щее число заболѣваній.
сифилисъ	16	7,7 ⁰ / ₀	16	10,9 ⁰ / ₀
перелой	37	17,8 ⁰ / ₀	37	25,3 ⁰ / ₀
ревматизмъ	8	3,8 ⁰ / ₀	8	5,5 ⁰ / ₀
лихорадочн. формы	49	23,5 ⁰ / ₀	69	47,2 ⁰ / ₀
изъ нихъ:				
брюшной тифъ.	10 разъ	т. е. 14,5 ⁰ / ₀	общаго числа лихорад. формъ	
корь	9	" " "	13,0	"
крупозная пневмонія	8	" " "	11,6	"
болотная лихорадка	8	" " "	11,6	"
скарлатина	7	" " "	10,1	"
острый плевритъ	6	" " "	8,7	"
гнойный плевритъ	1	" " "	1,45	"
дифтерія	5	" " "	7,2	"
гастроэнтеритные остр. . . .	4	" " "	5,7	"
неизвѣст. лихор.	3	" " "	4,3	"
оспа, рожа, дизен- терія, influenza } по 1	"	" " "	1,45	"
нарывы, флегмон.	3	" " "	4,3	"
bronchitis (съ т ⁹).	1	" " "	1,45	"
Разныя заболѣванія (varia)	"	" " "	15	72 ⁰ / ₀
			16	10,9 ⁰ / ₀

Сюда относятся: *ulcus molle* 4 раза, бубоны 1 разъ, цититъ 2 раза, желтуха 1 разъ, фурункулезъ и проч.

Изъ этихъ данныхъ мы видимъ, что лихорадочныя формы даютъ 47,2⁰/₀ общаго числа перенесенныхъ до геморроя болѣзней, т. е. почти половину, а перелой 25,3⁰/₀ т. е. четверть. Остальныя заболѣванія значительно рѣже. Изъ лихорадочныхъ формъ на первое мѣсто выступаетъ тифъ, затѣмъ корь, крупозная пневмонія, болотная лихорадка, скарлатина и т. д. Мы увѣрены, что полученные числа всѣхъ вообще

заболѣваній ниже дѣйствительнаго, ибо на предшествовавшія болѣзни при такой формѣ, какъ геморрой, рѣдко при составленіи исторій болѣзни обращалось должное вниманіе: % напр. болѣвшихъ корью, несомнѣнно ниже дѣйствительнаго, различнаго рода страданія кишечника частія у дѣтей почти оставлены безъ вниманія. Несомнѣнно, такимъ образомъ, что въ полученныхъ числахъ допущены извѣстныя ошибки. Тѣмъ не менѣе и на основаніи ихъ не боясь болѣшихъ погрѣшностей мы можемъ сдѣлать нѣкоторые выводы.

Преобладаніе болѣвшихъ различнаго рода инфекціонными болѣзнями у страдающихъ геморроемъ есть до извѣстной степени естественное явленіе, ибо достаточно разсмотрѣть любые отчеты о заболѣваемости народонаселенія, чтобы убѣдиться о господствующемъ значеніи этихъ болѣзней, такъ напр. это видно въ Статистич. Ежегодникѣ С.-Петербурга ¹²⁸), аа 5 лѣтъ (стр. 76. 1896 г.), изъ отчетовъ о заболѣваемости арміи (Марво ⁸¹) стр. 52).

Брюшной тифъ среди заразныхъ болѣзней часто господствуетъ.

Далѣе, сравнивая между собой отношеніе числа болѣвшихъ перелоемъ и сифилисомъ, мы находимъ, что у насъ на одного сифилитика приходится 2,31 болѣвшихъ перелоемъ; такія же приблизительно данныя получаютъ во взаимномъ отношеніи этихъ заболѣваній въ С.-Петербургѣ (min. 1,7, maxim. 2,3), въ арміяхъ напр. французской (3,1), нѣмецкой (2,1) и т. д. (Марво. стр. 75).

На основаніи подобныхъ сравненій мы можемъ сдѣлать тотъ выводъ, что ни съ одной предшествующей болѣзнью, въ какое-либо тѣсное взаимное отношеніе геморрой поставить нельзя. У больныхъ геморроемъ тѣ же предшествующія болѣзни, которыя вообще господствуютъ въ народонаселеніи.

Приведенныя выше мысли, фактъ напр. острого развитія геморроя послѣ брюшнаго тифа, даютъ намъ возможность признать значеніе предшествующихъ болѣзней въ этиологіи геморроя. Теоретически мы подкрѣпили это рядомъ доводовъ. На основаніи же статистическихъ данныхъ, допуская вѣрность подобныхъ соображеній, можно заключить, что наиболѣе частая въ народонаселеніи болѣзнь въ этиологіи геморроя наиболѣе часто имѣютъ и значеніе. На первомъ

мѣстѣ поэтому мы должны поставить лихорадочныя формы, затѣмъ венерическія и т. д. Изъ нашей таблицы видно, прибавимъ къ этому, что ревматизмъ, который мы выдѣлили изъ лихорадочныхъ заболѣваній въ отдѣльную группу, въ виду мнѣнія Duret, уступаетъ въ этиологій геморроя по первенству мѣсто брюшному тифу.

Всѣ здѣсь высказанныя соображенія нуждаются, конечно, въ дальнѣйшей повѣркѣ, но мы убѣждены въ важномъ значеніи предшествующихъ болѣзней въ этиологій геморроя и поэтому настаиваемъ на томъ, что оставлять ихъ безъ вниманія не слѣдуетъ.

Соберемъ теперь всѣ полученные выводы въ одно цѣлое.

Возрастъ. Во всѣхъ возрастахъ, начиная отъ новорожденнаго и кончая старцемъ за 60 лѣтъ, могутъ впервые появиться признаки болѣзни. Чаще страданіе начинается, развиваясь въ сравнительно молодые годы и между 15—35 годами обращаетъ вниманіе больного извѣстными признаками. У людей за 35 лѣтъ, а тѣмъ болѣе за 50, появленіе первыхъ признаковъ геморроя рѣже, чѣмъ въ болѣе ранніе годы.

Наслѣдственность. Наслѣдственность въ этиологій геморроя имѣетъ несомнѣнное значеніе. По нашей таблицѣ въ 24,9%, т. е. почти въ четверти всѣхъ случаевъ наблюдается наследственный геморрой. Обнаруживается наследственный геморрой у больныхъ главнымъ образомъ въ юные и средніе годы, тогда какъ приобретенный появляется въ сравнительно позднемъ возрастѣ.

Полъ. Если врачу приблизительно въ 6,7 разъ чаще приходится имѣть дѣло съ геморроемъ мужчинъ, чѣмъ женщинъ, то сдѣлать выводъ отсюда о томъ, что геморрой болѣзнь главнымъ образомъ мужчинъ—нельзя. Вѣроятно онъ свойствененъ одинаково обоимъ поламъ.

Беременность и ея значеніе въ развитіи геморроя нуждается въ дальнѣйшемъ изученіи. На основаніи цѣлага ряда соображеній, нельзя отрицать ея значеніе въ возникновеніи геморроя.

Народонаселеніе, климатъ, религія, какъ таковыя играютъ роль въ этиологій геморроя настолько, насколько съ этими понятіями связаны обычаи, обряды, занятія, родъ пищи и т. п.

Званіе и занятіе. Геморрой среди лицъ физическаго труда

встрѣчается рѣже, чѣмъ среди лицъ умственной работы. Лица привилегированныхъ классовъ общества страдаютъ геморроемъ чаще, чѣмъ лица непривилегированныхъ сословій. Занятія по преимуществу „стоя“ или „сидя“ вліяютъ въ томъ отношеніи, что при обоихъ рода занятій геморрой возможенъ, но при какомъ чаще едва ли можно сказать утвердительно.

Гигиеническія привычки. Растительная по преимуществу пища едва ли способствуетъ развитію геморроя болѣе, чѣмъ мясная. Различнаго рода излишества, алкоголизмъ, пристрастіе—благоприятствуютъ возникновенію болѣзни. Роль слабительныхъ въ этиологій геморроя не доказана. Запоръ, какъ нѣчто самостоятельное, не связанное иногда съ существованіемъ геморроя и постоянно наблюдаемый среди больныхъ имъ, несомнѣнно имѣетъ значеніе этиологическаго момента. Поносъ, какъ причина геморроя возможенъ, но это не доказано.

Общее состояніе и состояніе отдѣльныхъ органовъ. Плетора не можетъ быть причиной геморроя. Онъ одинаково поражаетъ крѣпкаго, слабаго, тощаго, толстаго. Симптоматическій геморрой существуетъ, доявляется при болѣзняхъ прямой кишки (ея ракъ, особенно), предстательной желѣзы, пузыря, уретры, матки и т. д. При болѣзняхъ печени, хотя и рѣдко, но возможно развитіе геморроя. При болѣзняхъ сердца, легкихъ, почекъ, селезенки и друг. органовъ—вопросъ о возникновеніи геморроя не выясненъ.

Предшествующія болѣзни благоприятствуютъ развитію геморроя и изъ нихъ тѣ, которыя болѣе распространены, чаще фигурируютъ въ этой роли.

Можно ли, спросимъ мы теперь, сказать, какъ это сдѣлалъ Reinbach, что геморрой чисто мѣстное страданіе. Каждая доброкачественная опухоль какъ фиброма, ангиома и т. п., конечно связана съ цѣлымъ рядомъ условій со стороны наследственности, возраста, пола и т. п. Но существуетъ ли связь подобныхъ доброкачественныхъ опухолей съ такими моментами, какъ званіе, занятіе, запоръ, болѣзни другихъ органовъ и т. п. Возможенъ ли такой фактъ, чтобы ангиома поражала лицъ главнымъ образомъ умственной работы, высокаго класса общества, носила симптоматическій характеръ. Очевидно нѣтъ.

Для насъ, ясно, по крайней мѣрѣ, что геморрой настолько мѣстное страданіе, насколько его возникновенію благоприятствуютъ мѣстные условія, зависящія въ свою очередь отъ цѣлаго ряда общихъ причинъ.

Клиническая картина геморроидовъ у нашихъ случаевъ.

Какъ извѣстно, мѣстная клиническая картина геморроя представляетъ большое разнообразіе. Съ давнихъ временъ различаютъ геморроиды: „наружные“ и „внутренніе“.

Такъ ихъ раздѣлялъ Valeus ⁽⁴³⁾, и еще раньше Avicenna ⁽⁴⁴⁾, различая геморроиды: „externae naturae“, и „profundae“, а между послѣдними „sanguineae“ и „coecae“. Во всѣхъ руководствахъ геморроиды обычно различаются подобнымъ образомъ.

Французскіе авторы, классики по геморрою, и большинство англійскихъ строго разграничиваютъ эти двѣ формы. Gosselin ⁽⁴⁾, напр., обѣ разновидности геморроидовъ описываетъ совершенно отдѣльно, излагая отдѣльно для каждой формы анатомію, этиологію, симптомы, прогнозъ, леченіе.

Намъ думается, подобно Quénu, это не слѣдуетъ дѣлать въ виду однородности процесса. Геморроиды слѣдуетъ подраздѣлять на разновидности, но настолько, сколько это помогаетъ намъ усвоить, оцѣнить и понять степень страданія.

На основаніи изученія ряда литературныхъ источниковъ по составившемуся у насъ представленію мы предложили бы слѣдующую таблицу геморроидовъ и ихъ разновидностей (Таб. 6).

Смѣшанными геморроидами мы склонны называть не кожнослизистыя формы, какъ это часто дѣлается, а геморроиды комбинированные, гдѣ встрѣчаются нѣсколько формъ напр.: наружные и внутренніе сразу и т. п. Въ таблицѣ этой мы, исходя изъ анатомическихъ принциповъ, старались опредѣлить мѣсто развитія геморроида, и степень его развитія.

Изъ другихъ классификацій мы напомнимъ дѣленіе Chas-saignas'a ⁽⁴⁵⁾; геморроиды — латеральные, циркулярные, ампулярные; дѣленіе Allingham'a ⁽⁴⁶⁾ по характеру кровотеченій для внутреннихъ геморроидовъ: капиллярные (capillary haemorrhoid), артеріальные (arterial internal haemorrhoid), и веноз-

Таблица 6.
Стойкія формы, безъ осложненій.

		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
Наружные геморроиды:	Кожные: (v. hemorr. ext.)	Кожно-слизистые: (анастомозы v. hemorr. sup. и inf.)	Кожно-слизистые: (анастомозы v. hemorr. sup. и inf.)	1) Геморроиды варикозные. (Larssen ²¹); hemorrh. Pasques). Клинически: спинастый, просвѣтляющій, легко сдвигиваемый, плоскій узелокъ. Анатомически: фиброэктази и varices.	
	Кожные: (v. hemorr. int.)			2) Геморроиды пещеристые. (h. spongiosae, eteilles по Larssen). Клинически: спинастая опухоль, легко или трудно сдвигиваемая. Анатомически: кавернозное перерожденіе.	
Внутренніе геморроиды:	Кожные: (v. hemorr. ext.)	Кожно-слизистые: (анастомозы v. hemorr. sup. и inf.)	Кожно-слизистые: (анастомозы v. hemorr. sup. и inf.)	3) Геморроиды фиброзные. (fibrosae, h. verrucosae, по Gosselin). Клинически: плотная бородачкообразная возвышенія. Анатомически: фиброма безъ полости.	
	Кожные: (v. hemorr. int.)			4) Геморроиды кистозные. (?) Клинически: несдвигиваемый узелъ. Анатомически: одно или много-камерная киста.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.		Особенныя, множественныя, циркулярныя.	
		Разновидности.			

ные (venous internal haemorrhoid). Quénu инъекциями и микроскопически доказать, что артеріальных геморроидов не существует, что мы со своей стороны можем подтвердить на основании препаратов. Здѣсь же мы должны сказать, что приведенная въ таблицѣ группа „кистовидныхъ геморроидовъ“ далеко не всѣми признается. Virchow ¹²⁾, напр., сильно сомнѣвался въ основательности наблюденія Laguer ²⁸⁾, который видѣлъ, какъ у одного 30 лѣтняго мужчины, лопнула киста около anus'a и отсюда вытекла шоколаднаго цвѣта кровь.

„Серозныхъ геморроидовъ“ образовавшихся въ силу мѣстнаго раздвиганія клѣтчатки и кожи отъ раздраженія вблизи varix'a, которые наблюдать Verneuil, повидимому, совершенно не существуетъ.

Послѣ подобныхъ предварительныхъ замѣчаній обратимся къ своимъ случаямъ. Прежде всего, скажемъ о томъ, въ какомъ состояніи находился сфинктеръ у нашихъ больныхъ, настолько объ этомъ мы могли составить себѣ понятіе изъ исторій болѣзни.

Изъ 206 случаевъ у 19 больныхъ о состояніи сфинктера ничего не обозначено.

Въ 109 случаяхъ сфинктеръ былъ обычной сопротивляемости для пальца изслѣдующаго rectum. Въ 46 случаяхъ сфинктеръ былъ расслабленъ, въ одномъ изъ этихъ случаевъ существовало даже недержание газа и кала.

Въ 32 случаяхъ сфинктеръ былъ сильно сокращенъ, часто безъ болѣе не позволяя ввести палецъ въ кишку.

Въ % это выходитъ, что въ 58,2%, сфинктеръ былъ сокращенъ нормально, въ 24,6% былъ расслабленъ и въ 17,1% находился въ состояніи контрактуры (% на 187). Проф. Суботинъ ³²⁾ объясняетъ расслабленіе, атонію жомовъ, какъ послѣдствіе той чрезмѣрной работы, которую несутъ эти мышцы, компенсируя недостаточность мышечнаго аппарата самой стѣнки гестіи явившейся послѣдствіемъ запоровъ. „Съ наступленіемъ расслабленія жомовъ задняго прохода—пищеть профессоръ—геморроидальныя шишки начинаютъ уменьшаться, варикозные узлы запусѣваютъ“.

Далѣе мы сдѣлаемъ выводъ изъ нашихъ случаевъ, съ какого рода геморроидами по ихъ мѣстоположенію приходится чаще имѣть дѣло. Bryant ⁴²⁾ напр., отличалъ между

61 случаями: 19 наружныхъ, 31 внутреннихъ и 11 комбинарованныхъ формъ. Мандельбергъ ⁷²⁾ на основаніи 610 случаевъ дѣлаетъ такой выводъ, что чисто кожныхъ формъ геморроя совершенно не бываетъ. Встрѣчаются только 2 типа узловъ: 1) слизистокожные и 2) чисто слизистые. Классическіе авторы однако признаютъ и чисто кожную форму, напр. Gosselin ⁴⁴⁾.

Посмотримъ наши случаи въ этомъ отношеніи. Оказывается, что кожнослизистыя формы даютъ 69,9%, слизистая 22,8%, а кожная только 7,2%, общаго числа случаевъ. Кожнослизистые геморроиды являются такимъ образомъ наиболѣе частой формой. Процентъ однако различныхъ разновидностей геморроидовъ у насъ быть можетъ и не точенъ въ виду именно того обстоятельства, что часто кожнослизистыя формы называли смѣшанными геморроидами, за внутренніе геморроиды считали кожнослизистыя формы и т. п. Мы по возможности разбирались въ этихъ случаяхъ, но конечно далеко не гарантированы были отъ ошибокъ. Фактъ однако наиболѣе частаго существованія кожнослизистыхъ формъ по нашимъ личнымъ наблюденіямъ весьма вѣроятенъ.

До сихъ поръ мы говорили съ какого рода геморроидами намъ приходилось имѣть дѣло не касаясь степени ихъ развитія.

Случаевъ геморроя, гдѣ страданіе ограничивалось лишь неопредѣленными ощущеніями у anus'a, случаевъ въ начальной стадіи развитія у насъ было крайне мало. Въ громадномъ большинствѣ геморроиды были сильно развиты и сопровождались цѣлымъ рядомъ осложнений, благодаря которымъ больные исключительно и искали хирургической помощи. У 21 больныхъ изъ 206 въ исторіяхъ болѣзни помѣченъ вѣнчикъ геморроидовъ, гдѣ слизистая кожа носила характеръ настоящего пещеристаго перерожденія.

Таблица 7.

Вообще наблюдавшіеся мѣстныя осложненія были такого рода:

	изъ 206 больныхъ:
Proctitis (слабо или сильно развитый)	144 т. е. 69,9%
Кровотеченія	118 „ „ 57,2%
Выпаденіе шишекъ и слизистой recti	77 „ „ 37,3%

Ущемленіе выпавшихъ частей	15 т. е.	7,2%
Fissura ani	44 „ „	21,3%
Fistula ani	26 „ „	12,6%
Полипы слизистой	5 „ „	2,4%
Гангрена ущемленной шишки	3 „ „	1,4%
Появленіе нарывовъ около anus'a, переходящихъ въ флегмоны	4 „ „	1,9%

Изъ таблицы этой видно, что помимо катарра слизистой recti, наиболѣе частыми осложнениями были кровотечения въ 57,2%, выпаденіе шишекъ въ 37,2% и fissura ani въ 21,3%.

Что касается катарра, то сюда вошли всѣ тѣ случаи, въ которыхъ было отмѣчено увеличеніе отдѣленія слизи или наблюдались припухлость, покраснѣніе, разрыхленность слизистой. Ни у одного больного увеличеніе отдѣленія слизи не достигало такой степени, чтобы можно было говорить о „бѣлыхъ геморроидахъ“ (Oppolzer ⁹⁴).

О характерѣ кровотеченій у нашихъ больныхъ трудно что-либо сказать общее. Мы видѣли выше, у какого числа больныхъ наблюдалось малокровіе. Появленіе крови у многихъ больныхъ отмѣчено въ видѣ примѣси къ испражненіямъ во время акта дефекаціи. У нѣкоторыхъ больныхъ однако кровотечения являлись произвольно, безъ какихъ-либо видимыхъ причинъ. Количество теряемой крови также представляло большое разнообразіе; отъ нѣсколькихъ капель до бѣлой болѣе или менѣе долгое время струи. Здѣсь мы отмѣтимъ, что намъ приходилось видѣть больныхъ, которые въ теченіе долгихъ лѣтъ теряли чрезъ почти правильно чередующіеся періоды времени порядочно крови и до самой глубокой старости имѣли видъ полнокровныхъ людей, ведущихъ энергичный и трудовой образъ жизни. О кровотеченияхъ вообще мы напомнимъ, что источникомъ ихъ могутъ служить капилляры, пронизывающіе разрыхленную слизистую, находящуюся въ состояніи катарра. Легкое прикосновеніе пальца, эрозія, язвочка, иногда достаточны въ этихъ случаяхъ, дабы вызвать кровотеченіе, по характеру своему напоминающее кровотеченіе изъ воспаленныхъ слизистыхъ оболочекъ другихъ областей. Кровь въ этихъ случаяхъ появляется на извѣстномъ пространствѣ въ видѣ выступаю-

щихъ пятенъ, капель, которыя легко снять ватнымъ тампономъ и они замѣняются новыми. Это такъ называемыя капиллярныя кровотеченія. Другого рода кровотеченія наблюдаются изъ разорвавшихся, подъ влияніемъ изъязвленія или венозного напряженія, венъ или кавернозно перерожденной слизистой. Кровь въ этихъ случаяхъ нерѣдко бьетъ струей, точно изъ артерій, при этомъ смѣшиваясь съ воздухомъ, имѣетъ часто ярко-алый цвѣтъ. Бываетъ иногда, что разорвавшаяся вена изливаетъ кровь подъ слизистую и только послѣ разрыва послѣдней опорожняется наружу.

Кровотеченія второго рода иногда столь обильны, что ведутъ къ быстрой смерти. Мы на нашихъ препаратахъ имѣли возможность убѣдиться въ существованіи этихъ различныхъ точекъ кровотеченій.

Выпаденіе шишекъ и слизистой по своему характеру представляло у нашихъ больныхъ большое разнообразіе. У нѣкоторыхъ эти осложнения появлялись только при дефекаціи, у другихъ достаточно было какого-нибудь напряженія напр. кашля, чтобы узлы появлялись наружу. Въ большинствѣ случаевъ выпавшія части легко вправлялись. У 15 однако больныхъ отмѣчено ущемленіе ихъ. Способы, которыми больные вправляли выпавшія части были крайне разнообразны. Одни достигали этого покойнымъ положеніемъ, другіе пальцемъ; одинъ изъ нашихъ больныхъ становился на голову и этимъ приемомъ всегда достигалъ успѣха.

О характерѣ имѣвшихся трещинъ задняго прохода у нашихъ больныхъ можно отмѣтить, что почти во всѣхъ случаяхъ этого осложнения отмѣчается сильная болѣзненность и сильное сокращеніе сфинктера. О мѣстоположеніи ихъ, равно какъ анатомическомъ характерѣ ихъ, обычно ничего не упоминается. Мы лично наблюдали недавно у одного изъ больныхъ въ области наружнаго сфинктера, изъязвленіе слизистой, образовавшееся изъ разорванной вены и выставленное венозной стѣнкой. У Quénu ⁹⁵) есть специальная работа объ осложненияхъ сюда относящихся.

Что касается свищей, образовавшихся на почвѣ геморроидовъ, то изъ нихъ 1 свищъ открывался въ vagina, изъ другихъ 3 были полные наружные свищи, 8 неполныхъ внутреннихъ. Въ 14 случаяхъ характеръ ихъ не обозначенъ. Во

всѣхъ этихъ случаяхъ мы имѣли несомнѣнно свищи на почвѣ геморроидовъ, тщательно отбрасывая тѣ случаи, гдѣ можно было предположить туберкулезъ.

Полипы встрѣтившіеся у нашихъ больныхъ въ 3-хъ случаяхъ имѣли видъ фибромъ, образовавшихся изъ запустѣвшихъ геморроидальныхъ шишекъ, сидѣвшихъ въ области слизистой ані. Въ 2-хъ случаяхъ полипы имѣли характеръ рапиломъ, развившихся изъ гипертрофированныхъ и разросшихся кожныхъ сосочковъ.

Воспалительные процессы, какъ гангрена ущемленной шишки, образование флегмоны въ окружающей прямую кишку клѣтчаткѣ, благодаря тромбозу, наблюдались на общемъ числѣ нашихъ больныхъ довольно рѣдко, но осложнения эти всегда носили тяжелый характеръ и требовали всегда немедленной хирургической помощи. Одинъ больной молодой солдатъ 22 лѣтъ даже умеръ отъ пѣміи, несмотря на сдѣланное вскрытіе флегмоны. У другихъ заболѣвание протекало болѣе легко, но обычно съ общими явлениями, въ видѣ повышенной т° и т. п. Намъ приходилось наблюдать случаи въ клиникѣ, гдѣ флегмоны, развившіяся изъ-за воспаления геморроидъ, ула, влекли за собой смертѣіе всей клѣтчаткѣ *cavi ichio-rectalis* и только рядомъ широкихъ повторныхъ разрѣзовъ, а затѣмъ пластическихъ операций, имѣвшихъ цѣлью возстановить прямую кишку удавалось достигнуть излеченія больныхъ. Вообще, разсматриваемыя въ этой категоріи осложнения представляются намъ наиболѣе тяжелыми.

Приводимыя въ руководствахъ такіа осложнения, какъ воспаление брюшины, служение *recti* и т. п. наблюдать намъ не приходилось. О такъ называемыхъ „геморроидальныхъ приступахъ“ (*fluxion*), мы много говорить не будемъ, ибо они находятся въ тѣсной связи съ тѣмъ или другимъ изъ вышеприведенныхъ осложнений. Большинство больныхъ нашихъ страдало ими въ болѣе или менѣе тяжелой степени, какъ видно изъ жалобъ больныхъ. Ни у одного однако больного не отмѣчено, какъ часто появлялись явленія этого осложнения и какова при этомъ была мѣстная картина страданія.

Въ этомъ отношеніи мы можемъ напомнить, что при

„геморроидальныхъ приступахъ“ шишки обычно вздуваются, дѣлаются плотными, несдавливаемыми, чрезвычайно болѣзненными. Поверхность ихъ, то блестящая, то точно матовая, окрашена въ красновато-фіолетовый цвѣтъ. Обычно при этомъ, больные испытываютъ въ полости прямой кишки, какъ бы инородное тѣло и стараются при помощи брюшного пресса и другихъ изгоняющихъ силъ выгнать его наружу за сфинктеръ. Постоянно поэтому при „геморроидальныхъ приступахъ“, внутреннія шишки представляются выпавшими и благодаря рефлекторной контрактурѣ сфинктера сильно ущемленными. Если не послѣдуетъ вправленія и цѣлесообразнаго леченія, такіа шишки воспаляются, развивается тромбозъ, могущій или благополучно разрѣшиться, или привести къ гангрѣ, образованію парыва, свища, или столь опасному воспаленію ректальной клѣтчаткѣ. Общія явленія, напр. лихорадка, постоянно наблюдаются. До какой степени велика болѣзненность, видно изъ того, какіе приемы при этомъ принимаютъ больные, дабы облегчить страданія. Gosselin⁴⁴ рассказываетъ напр., что больные, дабы избѣжать давленія и прикосновенія ягодищъ къ выпавшимъ частямъ, становятся въ колѣнолоктевомъ положеніи. Quénu⁴⁵ пишетъ на основаніи своихъ изысканій, что всѣ эти стадіи „геморроидальныхъ приливовъ“ есть ничто иное, какъ различныя степени „геморроидальнаго флебита“. Бактеріологическія изысканія сгустковъ крови изъ шишекъ, дало возможность Quénu заключать, что для флебита обычно необходимо *bact. coli commune*, иногда въ сочетаніи съ стафилококками. Объясненіе Quénu намъ кажется весьма правдоподобнымъ. Клиническая картина этихъ приливовъ, явленія тромбоза флебита на препаратахъ—позволяютъ намъ вѣрить въ важное значеніе мѣстной инфекціи въ ихъ происхожденіи. Многія изъ вышеназванныхъ другихъ осложнений, есть только послѣдствіе этого воспаления, названнаго „геморроидальнымъ приступомъ“.

Указавъ на характеръ геморроидовъ и ихъ осложнений у нашихъ больныхъ, мы приступимъ теперь къ главѣ о леченіи геморроя, опираясь на тѣ фактическія данныя, которыя представляютъ наши случаи.

Лечение геморроя.

Далеко еще не сказано последнее слово о лечении геморроя. Сколько существует работ по этому поводу, сколько придумано различных методов лечения, как богат арсенал лекарственных веществ при этом страданіи—и все-таки мы не имѣемъ такого способа, средства, которые единодушно были-бы приняты врачами и получили бы всеобщее распространение. Мало того, взгляды на лечение этого страданія нерѣдко диаметрально противоположны, такъ, напр., д-ръ Гуринъ ⁴²⁾ считаетъ хирургическое лечение при геморроѣ, „ничѣмъ не оправдываемымъ насиліемъ надъ больнымъ“, тогда какъ д-ръ Суетиновъ ¹³³⁾ пишетъ: „всѣ палліативные методы лечения... должны быть оставлены и примѣнены болѣе радикальные, къ которымъ несомнѣнно относится хирургическое лечение“. Такое противорѣчіе во взглядахъ двухъ врачей на лечение одного и того же страданія—нерѣдкость, и мы могли-бы привести примѣры. Разногласіе во мнѣніяхъ врачей, однако, отражается на больныхъ. „Больные геморроемъ у насъ въ Россіи рѣдко подвергаются своевременно надлежащему лечению, вслѣдствіе чего болѣзнь прогрессируетъ и нерѣдко достигаетъ крайнихъ степеней развитія, при которыхъ уже никакое лечение не можетъ оказать существенной пользы“, пишетъ проф. Субботинъ. Но едва-ли виноваты врачи при томъ количествѣ способовъ лечения геморроя, которое существуетъ, что среди нихъ разногласіе. Каждый изъ врачей держится способа лечения сообразно своимъ убѣжденіямъ, своей вѣрѣ въ его цѣлесообразность, особенно когда этотъ способъ былъ имъ неоднократно испытанъ съ успѣхомъ. Справляясь въ ученыхъ работахъ по геморрою, врачъ среди хирурговъ увидитъ разногласіе о томъ, какой методъ операціи наилучшій, среди терапевтовъ—разногласіе о преимуществахъ того или другого средства. Такимъ образомъ понятны разногласія среди врачей, недовѣріе и скептицизмъ среди больныхъ.

Всѣ средства, всѣ способы лечения дѣйствительны лишь при надлежащемъ и умѣломъ примѣненіи. Геморрой есть заболѣваніе, зависящее не отъ одной какой-нибудь причины

и дающее крайне разнообразную, какъ общую, такъ и мѣстную картину. Очевидно поэтому, что здѣсь, какъ и вездѣ, врачъ, избирая средства и способы, долженъ „индивидуализировать“ — лечить больного, но не болѣзнь. Разработать показанія для терапевтическаго и хирургическаго лечения геморроя по имѣющемуся у насъ матеріалу, оцѣнить критически различныя средства и приемы—составляетъ предметъ нашей задачи.

Не слѣдуетъ-ли, разъ поставленъ діагнозъ „геморрой“, не дожидаться могущихъ произойти осложненій и всегда приступать къ операціи? Не будетъ-ли такое лечение наилучшее. Мы настаивали-бы на этомъ, если-бы геморрой былъ „angioma“, чисто мѣстное страданіе. Мы видѣли, однако, что это не такъ. Необходимость терапевтическаго лечения поэтому намъ кажется непреложной истиной. Мы посмотримъ, какъ на это смотрѣли авторы, писавшіе специально о геморроѣ.

Gosselin ⁴⁴⁾, различая наружныя и внутреннія геморроиды, для каждой группы, смотря по имѣющейся мѣстной картинѣ, предлагаетъ различное лечение. Именно при наружныхъ геморроидахъ: если они дряблы, безболѣзненны, можно ограничиться общими гигиеническими мѣрами, если они напряжены, но безболѣзненны — холодъ, если напряжены и воспалены — холодная вода, катоплазмы, клизмы сидячія ванны, мады, (какъ cold-krem), въ крайнемъ случаѣ, пункція или эксцизія ножницами; при дальнѣйшихъ стадіяхъ геморроидовъ съ ссадинами, уплотненныхъ формъ, съ выпаденіемъ слизистой—incisio, excisio и cauterisatio. Для геморроидовъ внутреннихъ Gosselin совѣтуетъ, если они не выпадаютъ—режимъ, слабительныя, если выпадаютъ, но легко вправляются тѣ же мѣры; если выпадаютъ, но кровоточатъ, болѣзненны, трудно вправимы—хирургическое лечение. Esmarch ³⁹⁾ пишетъ, что „наружныя узлы, даже значительной величины, могутъ исчезнуть безслѣдно, если причины застоя будутъ устранены“... „большинство случаевъ внутреннихъ геморроидальныхъ узловъ при цѣлесообразномъ лечении, доступно улучшенію или совершенному излеченію; только въ застарѣлыхъ тяжелыхъ случаяхъ, сопровождаемыхъ сильными кровотечениями и постоянно увеличивающимися

выпадениями, требуется оперативное устранение узловъ". Fontan⁴⁹⁾ различает *les hemorrhoides indifferentes, h. intolérables, h. dangereuses*, рекомендует для первыхъ группъ режимъ и души, для послѣдней оперативное вмѣшательство. Quénu¹⁰³⁾, исходя изъ того, что только у малаго числа больныхъ геморроемъ, заботлваніе достигаетъ такой степени, что необходима помощь хирурга, прежде всего настаиваетъ на „профилактическихъ“ леченіи.

Хирургическое леченіе показано по Quénu, если существуютъ внутренніе геморроиды, только при такихъ осложненіяхъ, какъ: повторныя обильныя кровотеченія, продолжительное выпаденіе или его легкое возникновеніе, напр. во время ходьбы, частое возобновленіе „геморроидальныхъ приступовъ“, ущемленіе и невраивимость геморр. пакета узловъ. При наружныхъ геморроидахъ при извѣстныхъ осложненіяхъ, какъ то боль, склонность къ трещинамъ и т. п. Quénu также совѣтуетъ оперировать. Вообще по Quénu два рода геморроидовъ: 1) одни не должно оперировать, 2) другіе должно.

Къ первой группѣ принадлежатъ такъ называемыя „симптоматическіе геморроиды“, о которыхъ мы уже говорили, геморроиды у беременныхъ и т. п.

Професс. Субботинъ²²³⁾ различаетъ геморрой легкій и тяжелый, простой и осложненный, излечимый и неизлечимый. Тяжелый геморрой сопровождается цѣлымъ рядомъ общихъ и мѣстныхъ припадковъ, какъ-то боли, кровотеченія, нарушеніе отпавленія кишечника, увеличеніемъ предстательной железы и т. п. Онъ всегда требуетъ оперативнаго леченія. Достаточно этихъ литературныхъ данныхъ, чтобы заключить, что терапевтическое леченіе всѣхъ вышеозначенныхъ хирургии допускали, давая для него показанія сообразно развитію страданія.

Въ слѣдующихъ случаяхъ мы думаемъ не слѣдуетъ оперировать геморрой, и это есть показанія для терапевтическаго леченія:

1) Если геморроиды „симптоматическіе“, зависящіе отъ болѣзни печени, сердца, легкихъ, пузыря, *prostate* и т. д. — (беременность), гораздо рациональнѣе и цѣлесообразнѣе обратить свое вниманіе на первичную причину. Мы напомнимъ случаи, приводимые Duret²⁶⁾, гдѣ, уничтожая, болѣзни пе-

чени (душъ), удалось уничтожить и геморроиды. Бываютъ однако случаи, гдѣ „симптоматическіе“ геморроиды требуютъ хирургическаго леченія. Quénu¹⁰⁴⁾ говоритъ напр. объ одной беременной женщинѣ, у которой геморроиды выпали, подверглись частичному омертвѣнію и потребовалось, несмотря на ихъ „симптоматическій“ характеръ, оперативное леченіе. Мы добавили бы поэтому къ этому противопоказанію, что „симптоматическіе“ геморроиды вообще не слѣдуетъ оперировать, но если они угрожаютъ общему состоянію больше, чѣмъ причина ихъ вызвавшая, то операція показана.

2) Начальный геморрой, не осложненный, легкій — не нуждается въ оперативномъ леченіи, такъ какъ рядомъ терапевтическихъ, вплоть иногда рациональныхъ, мѣръ можно остановить его развитіе и даже дать обратный ходъ существующимъ анатомическимъ измѣненіямъ. Это одинаково относится, какъ къ внутреннимъ, такъ и къ наружнымъ геморроидамъ, особенно къ той разновидности ихъ, которую мы назвали „варикозные геморроиды“.

3) Есть цѣлый рядъ такихъ общихъ состояній, когда оперативное леченіе невозможно безъ опасности для жизни больного. Рѣзкая степени малокровія, истощенія, высекая т° у лихорадящихъ отъ какихъ либо причинъ, напр. *malaria*, *phthisis pulmonum* и т. п. требуютъ сперва устраненія этихъ состояній и при леченіи геморроя довольствоваться рядомъ палліативныхъ мѣръ.

4) Всѣ случаи геморроя, гдѣ показано оперативное вмѣшательство, гораздо лучше протекаютъ, если передъ операціей рядомъ терапевтическихъ средствъ уничтожить или уменьшить существующія осложненія, напр. уничтожить катаръ слизистый, спазмъ сфинктера и т. п. Бываютъ случаи, напр. ущемленіе, гангрена выпавшихъ узловъ, гдѣ всякое насиліе около *anus'a* можетъ повести къ печальнымъ результатамъ. Здѣсь, слѣдовательно, рекомендуется также пока не оперировать, а обратиться къ терапевтическимъ средствамъ.

Этими 4-мя противопоказаніями навѣрно не исчерпываются всѣ возможные случаи, но ихъ достаточно, чтобы показать въ какомъ направленіи необходимо подумать прежде чѣмъ приступить къ операціи:

Какія же **терапевтическія мѣры и средства** находятся въ

нашемъ распоряженіи при такомъ заболѣваніи, какъ геморрой. Мы не будемъ стараться привести всё, что сюда относится, ибо это завело бы насъ слишкомъ далеко. Мы скажемъ о томъ, что намъ пришлось самимъ наблюдать и что изъ литературы намъ кажется наиболѣе цѣннымъ.

О леченіи „симптоматическихъ геморроидовъ“ говорить не приходится, ибо это значитъ говорить вообще обо всѣхъ болѣзняхъ и терапіи. Точный анализъ, разумное пониманіе оцѣнка общаго состоянія—вотъ могучее оружіе при подобной формѣ. Мы будемъ говорить о томъ, какъ необходимо дѣйствовать при „начальномъ“ „легкомъ“ геморроѣ. Въ сюда относящіеся мѣропріятія могутъ быть названы „гигіеной прямой кишки“, такъ ихъ называлъ Quénu, и мы думаемъ, лучшее названіе трудно придумать.

Одно изъ главныхъ условий подобной гигиены есть правильное отправленіе кишечника.

О выборѣ пищи мы можемъ сказать, что растительная діета, какъ дающая большое количество непереваренныхъ остатковъ, не только не противопоказана, но заслуживаетъ одобренія. Всѣмъ извѣстно послабляющее значеніе растительныхъ продуктовъ, напр., фруктовъ и т. п., и это не должно быть опускаемо изъ виду. „Твердые пищевые остатки, можно сказать, массируютъ прямую кишку и задній проходъ съ ихъ мускулатурой“, говоритъ професс. Субботинъ³²⁾. Въ этомъ отношеніи они иногда могутъ имѣть какъ бы непосредственно лечебное значеніе. Мы напомнимъ, что среди народныхъ средствъ противъ почечуя упоминаются такія средства, какъ льняное сѣмя, сѣмя тыквы, молодые плоды грецкаго орѣха (д. Кипіани³³⁾)—у грузинъ и т. п.—даже песокъ. Употреблять эти средства, конечно, не слѣдуетъ, но они говорятъ въ пользу высказанной мысли.

Кромѣ выбора пищи чрезвычайно важное вліяніе на отправленіе кишечника имѣетъ правильный, свободный отъ всякихъ излишествъ, регулярный образъ жизни, гдѣ физическій и умственный трудъ, чередуясь другъ съ другомъ, смѣняются отдыхомъ и т. п. Гимнастика, массажъ и т. п., вліяя на брюшную, дыхательную мускулатуру и перистальтику, способствуютъ правильнымъ отправленіямъ кишечника. Д-ръ Кіановскій³⁴⁾ въ своей диссертациі съ большой похвалой отзывается о мас-

сажѣ живота при геморроѣ и подробно говорить о его техникахъ. Массажъ можетъ вліять и на печень: при помощи прямыхъ мышцъ и діафрагмы можно „выжимать печень“, какъ это совѣтуетъ Lauder Bruton³⁵⁾, рекомендуя подниматься для этой цѣли на горы, доставать руками носки сапоговъ, не сгибая колѣнъ. Движенія на чистомъ воздухѣ, конечно, предпочтительнѣе передъ всѣми другими видами гимнастики.

Всѣмъ нашимъ больнымъ послѣ операціи геморроя въ виду продолжающагося запора, мы рекомендовали, помимо прочаго выпивать натошакъ 1—2 стакана воды (Oppolzer³⁶⁾) и могли убѣдиться, что эта мѣра, распространенная въ народѣ, имѣетъ фактическое основаніе.

Всѣмъ врачамъ извѣстно вліяніе слабительныхъ на кишечникъ и поэтому мы много говорить о нихъ не будемъ. Къ нимъ лучше всего обращаться лишь въ виду неотложной необходимости, на короткое время, стараясь побѣдить запоръ другими вышеназванными средствами, о которыхъ дѣйствительно можно сказать, что они „bene purgant и bene curant“ (Esmarch³⁷⁾).

Насколько полезны при геморроѣ такія средства, какъ настойка дикаго индійскаго каштана, воехваемая Arnault'омъ³⁸⁾ (t-ra aesculi hippocastani) или подобныя болѣе старыя средства, напр. extractum hamamelis fluidum (по 1—2 чайной ложкѣ), ergotinum и т. п., мы не беремся судить, не имѣя опыта.

Другія средства для поддержанія гигиены прямой кишки должны быть направлены на нее непосредственно. Сюда относятся всѣ средства для поддержки чистоты, слѣд. сюда относятся подмыванія чистой водой, 3% борной кислотой и т. п., баня, частая смѣна бѣлья и т. п. Для этой же цѣли рекомендуется избѣгать холодныхъ, сырыхъ и грязныхъ отхожихъ мѣстъ (Lauder Bruton); вата, компрессы или особая бумага, вмѣсто газетной и другой грубой бумаги. Извѣстна роль теплой мягкой мебели въ этиологіи геморроя; мы имѣли возможность убѣдиться, что она дѣйствительно благопріятствуетъ появленію геморроидальнаго приступа.

Въ настоящее время врачами признается важное значеніе массажа задняго прохода въ этомъ періодѣ геморроя. Въ самомъ дѣлѣ эта есть та же операція насильственнаго растя-

жения, но производимая постепенно и незаметно для больного. Важность массажа у детей отмечена Гиппиусом⁴¹⁾. Проф. Субботин¹³²⁾ указывает на следующую технику массажа: имъ дѣлается разминаніе и растягиваніе задняго прохода однимъ или двумя пальцами, сперва 2—4 минуты черезъ день, а затѣмъ ежедневно минутъ по 5. Д-ръ Manley послѣ обезболеванія 1% кокаиномъ растягиваетъ anus и затѣмъ массируетъ отдѣльные узлы пальцами (не нужно имѣть никакого ассистента, нѣтъ никакой опасности кровотеченія и т. п.).

Для массажа задняго прохода придуманы въ настоящее время особые инструменты. Д-ръ Krause⁶⁷⁾ напр., придумалъ противогеморройный тампонъ: это есть два свертка ваты, укрѣпленных на деревянной палочкѣ и обернутыхъ гутаперчевой бумагой и ватой. Меньшій тампонъ вводится въ rectum, большій лежитъ снаружи. Тампонъ можетъ быть употребляемъ для введенія и лекарствъ, дѣйствующихъ на слизистую. Aghina⁴⁾ и Palasne de Champeaux⁹⁵⁾, послѣ опорожненія прямой кишки клизмой, вводятъ на половину въ неё ежедневно тонкостѣнный каучуковый пузырь, смазанный вазелиномъ. Въ пузырь этотъ черезъ женскій катетръ нагнетаютъ воздухъ. Сжимаемый сфинктеромъ, каучуковый пузырь принимаетъ бисвитообразную форму и производитъ на геморроиды равномерное давленіе. Продолжительность сеанса опредѣляется выносливостію больного. Нѣкоторые изъ подобныхъ приборовъ приводятся даже въ учебникахъ хирургіи, такъ въ руководствѣ Bergmann'a, Bruns'a, Mikulicz'a¹⁴⁾, рекомендуется такъ называемый „Hantelpeccare“, сдѣланный изъ плотнаго каучука, имѣющій форму гимнастической гири съ двумя шарами на концахъ. Одинъ изъ шаровъ этого пещарія вводится въ rectum, другой лежитъ у anus'a. Продолжительность пребыванія подобнаго пещарія въ rectum отъ часа въ началѣ, достигаетъ, спустя нѣкоторое время, цѣлаго дня.

Перечисленными видами подобнаго рода инструментомовъ не исчерпывается всё существующее въ этомъ родѣ, но и сказаннаго достаточно, чтобы понять идею ихъ устройства. Мы не знаемъ, насколько приводимые нами инструменты удовлетворяютъ своему назначенію. Польза, приносимая простымъ пальцевымъ массажемъ, кажется намъ несомнѣнною.

Насколько массажъ способствуетъ исчезновенію самихъ геморроидовъ, хотя мы и не имѣли возможности убѣдиться, но зато исчезновеніе спазма сфинктера, болей и другихъ субъективныхъ припадковъ послѣ массажа, мы неоднократно наблюдали.

Этихъ общихъ и мѣстно примѣнимыхъ мѣръ, въ случаѣ, „начальнаго“ геморроя, можетъ быть, вполне достаточно, дабы предотвратить дальнѣйшее теченіе заболѣванія.

Какъ мы помнимъ терапевтическое леченіе должно быть примѣняемо въ случаяхъ и осложненнаго геморроя, если оперативное пособіе невозможно въ виду тяжелаго общаго состоянія больного. Оно невозможно также въ виду высокой степени развитія осложнений, въ силу чего операція не всегда даетъ хорошіе результаты. Наконецъ, даже передъ операціей мы всегда бываемъ вынуждены устранить мѣстныя осложненія для достиженія хорошихъ результатовъ. Объ общемъ леченіи говорить мы не будемъ. Какіе въ этихъ случаяхъ примѣнимы мѣстные способы и средства леченія?

Въ случаѣ имѣющихся **припадковъ воспаления, выпаденія, ущемленія слизистой, геморроидальныхъ узловъ и т. п.**, показаны общія и мѣстныя ванны, примѣненіе тепла или холода, антисептическія средства, цѣлый рядъ теплъ, суппозиторій, кровоизвлеченія и т. п. Остановимся на главнѣйшихъ: мѣстно примѣняемое тепло быстро уменьшаетъ напряженіе тканей и ведетъ къ исчезновенію болевыхъ ощущеній. По мнѣнію д-ра Moty⁹⁰⁾ при воспалительныхъ процессахъ лучше вообще примѣнять теплую воду, а при кровотеченияхъ холодную. Verneuil¹⁴¹⁾ говоритъ, что тепло дѣйствуетъ антиспазматически, тогда какъ холодъ обратно можетъ вызвать спазмъ сократительныхъ элементовъ. Тепло, примѣняемое въ той или другой формѣ, переносится хорошо больными, даже при высокихъ температурахъ, такъ въ 45—50° до 55° Ц. При геморроѣ тепло примѣняется въ видѣ мѣстныхъ ваннъ, обмываній изъ прирigatorа, компрессовъ, пульверизацій пара [у Verneuil¹⁴¹⁾: теплая пульверизація растворомъ карболовой кислоты], припарокъ (Д-ръ Alvin⁶⁾ употребляетъ напр., губку, смоченную въ водѣ t. 53—60°), иногда клизмъ и т. п. У насъ въ клиникѣ нѣрѣдко при ущемленіи геморроидовъ, образованіи околоректальныхъ флегмонъ, спазмѣ сфинктера и т. п.

употребляются припарки из горячей глины, дающія болѣею частью очень хорошіе результаты. (Густо замѣшанная простая глина, лучше всего „сизовка“, съ водой завертывается въ тряпку и затѣмъ, нагрѣтая на плитѣ, прикладывается къ анусу и закрывается снаружи дурными проводниками тепла). О примѣненіи холода при подобныхъ процессахъ собственнаго опыта мы не имѣли. Gosselin ⁴⁾, Esmarch ³⁹⁾, Oppolzer ²⁴⁾ одобряютъ при катаррѣ recti методическое употребленіе клистировъ изъ холодной воды. При воспалительныхъ же процессахъ рекомендуются „промывательныя“ и „промыванія“ прямой кишки. Проф. Субботинъ ¹³²⁾ и многіе другіе авторы горячо ихъ рекомендуютъ. Промыванія recti проф. Субботинъ послѣ раскрытія ануса двухстворчатымъ зеркаломъ дѣлаетъ при помощи чистой стерилизованной воды. У насъ въ клиникѣ они производятся обычно 3% растворомъ борной кислоты. Будучи студентомъ, мы слышали на лекціи одного изъ профессоровъ, какъ онъ горячо рекомендуетъ употребленіе при геморрѣя мягкаго резинового наколенника для промывательныхъ, благодаря чему, удается предохранить больного отъ многихъ осложнений. Мы думаемъ, что на это необходимо обратить вниманіе. Вліяніе почечуевой (восходящей) души на организмъ, его рефлексъ, силу, чувство мѣста и т. п., изучено впервые Fleury, а въ Россіи д-ромъ Воронинымъ ²⁶⁾, пришедшимъ къ выводу, что назначеніе ея при запорѣ, геморроидальныхъ узлахъ вполне оправдано.

Изъ лекарственныхъ средствъ, имѣющихъ цѣлью повліять на воспалительныя явленія мѣстно употребляются цѣлый рядъ мазей, суппозиторій и т. п. Одни изъ нихъ содержатъ антисептическія вещества, другія—наркотическія. Naegeli-Ackerblom ¹⁾, Brindley James ²⁰⁾, Quénu ¹⁰⁴⁾, Клевцовъ ⁶¹⁾ и многіе другіе съ большою похвалою отзываются о вліяніи каломеля на геморроидальные узлы и ихъ осложнения. Впервые (по Ackerblom'у) это средство въ 1865 году было испробовано проф. Massini, который примѣнялъ его въ видѣ присыпки. Употребляется въ настоящее время каломель въ видѣ порошка, 10% вазелиновой мази, въ свѣчкахъ (по 0,3), палочекъ, на бужахъ, пессаріяхъ и т. п. Мы не пробовали свѣчъ съ каломелемъ (Rp. calomelan. 0,3 + cocaini mur. 0,01 + butyri

cacao 2,0) на многихъ больныхъ и по составившемуся у насъ представленію думаемъ, что свѣчъ подобнаго рода уменьшаютъ катарральныя явленія, уничтожаютъ зудъ, болевые ощущенія. Вліяютъ-ли онѣ на самыя геморроидальные узлы въ смыслѣ ихъ обратнаго развитія, мы не знаемъ. У одного изъ нашихъ больныхъ, подъ вліяніемъ каломеля настолько исчезли всѣ тяготившіе его симптомы, что больной отказался отъ операціи, считая себя совершенно излеченнымъ. Изслѣдуя его въ день выписки изъ клиники, несмотря на то, что леченіе продолжалось около мѣсяца, мы могли легко найти геморроидальные узлы, но они были сухими, спавшіеся и катарральныя явленія почти совершенно отсутствовали. Средство это, во всякомъ случаѣ, заслуживаетъ вниманія.

Изъ другихъ сюда относящихся средствъ надо отмѣтить: танинъ, argentum nitricum (2% по Schney ¹²¹⁾, aristol (Engel ³⁸⁾), іодъ-йодистый калий [Preissman ¹⁰²⁾: 2 раствора—сильный и слабый: 1) jodi puri 1,0 + kali jodati 5,0 + glycerini 35,0; 2) jodi puri 0,2 + kali jodati 2,0 + glycerini 35,0], нафталинъ (Rauch ¹⁰⁶⁾: naphtalan 30,2 + ceras flavi 0,5 + butyri cacao 1,5 т. е., 20%); хризобаритъ (Unna, Kocobudekii ⁶³⁾: chrysorabini 0,0,8 + iodoformii 0,02 + Extrac. Belladonae 0,01 + Butyri cacao 2,0. Glycerini q. s. ut f. supp.), іодоформъ, саломель (Philpots ¹⁰⁷⁾: 5% растворъ въ hazeline препаратъ изъ hamamelis virginiana) и друг. Мы убѣдились въ полезномъ дѣйствіи танина и нафталина на катаррѣ слизистой recti. Хризобаритъ, испытанный нами на одномъ больномъ, повелъ къ обостроенію существующаго процесса, послѣ чего, послѣдовало сильное кровотеченіе. Назначать его больше поэтому мы не рѣшались.

Изъ наркотиковъ, на первомъ мѣстѣ, надо поставить кокаинъ, который въ видѣ 1%, 2% (4% у проф. Субботина ¹³²⁾), раствора быстро ведетъ къ исчезновенію болей, прекращенію спазма, помогаетъ выправленію узловъ и быть можетъ, вызывая спазмъ сосудовъ, прекращаетъ воспалительныя явленія. Это средство на нашъ взглядъ употребляемое въ формѣ тампона, въ формѣ какаинизаціи по Reclus положительно незамѣнимо. Изъ другихъ наркотиковъ употребляютъ морфій, атропинъ. Сюда же можно отнести и антипиринъ. Антипиринъ помогаетъ кромѣ болей еще и при кровотеченіяхъ,

такъ его особенно при геморроѣ восхваляютъ J. Schreiber¹²⁹⁾.

Старые авторы, напр., Lisfranc³¹⁾ совѣтуютъ дѣлать при воспалительныхъ геморроидахъ кровопусканіе. Въ недавнее время проф. Захаринъ⁵³⁾ писалъ: „при воспаленіи большихъ геморроидальныхъ шишекъ пѣивки приставленные на копчикъ... составляютъ, въ сильно развитыхъ случаяхъ, самое дѣйствительное средство“. Не слѣдуетъ, думается и намъ, забывать этихъ средствъ, которыя иногда могутъ принести быстрое облегченіе.

Такимъ образомъ мы видимъ, какимъ богатымъ арсеналомъ мы обладаемъ въ борьбѣ съ воспалительными явленіями при геморроѣ и всѣхъ сюда относящихся осложненіяхъ. Когда примѣнить какое—это будетъ зависеть отъ опытности врача. Здѣсь мы не говоримъ, что покойное положеніе во время всѣхъ этихъ процессовъ, иногда съ поднятымъ тазомъ, равно какъ соблюденіе, всѣхъ мѣропріятій, относящихся къ „гигіенѣ прямой кишки“, являются и при этихъ средствахъ залогомъ успѣха. Вправленіе выпавшихъ узловъ, слизистой ані, при ущемленіи ихъ сфинктеромъ большей частью нелегко исполнимо при помощи пальца, тампона даже послѣ мѣстнаго обезболиванія кокаиномъ. Лучше всего, достигнувъ обезболиванія кокаиномъ заставить больного лежать съ приподнятымъ тазомъ. Шишки исчезнутъ сами собой. (Богдановскій²⁹⁾).

Что намъ однако необходимо предпринять въ случаѣ **кровоточащихъ геморроидовъ**, когда имѣются вышеназванные противопоказанія для операціи?

Въ случаяхъ обильныхъ, имѣющихъ какъ бы „артеріальный“ характеръ, кровотеченійхъ немедленное хирургическое вмѣшательство должно имѣть мѣсто; и здѣсь во время произведенія тампонады, прижатіе Пакетеномъ, наложенная лигатура быстро достигаетъ цѣли.

Въ случаяхъ менѣе интенсивнаго кровотеченія практическому врачу приходится часто прибѣгать и къ терапевтическимъ средствамъ. Остановку кровотеченія можно достигнуть, направивъ (55⁹⁾, горячій души на кровоточащую поверхность. Но подобной же цѣли можно достигнуть тепломъ и въ другой формѣ. Landowski¹³⁸⁾ напр. остановилъ обильное

кровотеченіе, опутивъ больного въ сидячую ванну и повышая температуру воды съ 35°С. до 45°. Простая однако теплая ванны, по словамъ проф. Субботина, дѣйствуютъ успокоительно, но при кровотеченіяхъ назначать ихъ не слѣдуетъ, ибо явленія усиливаются.

Другіе авторы, напр. Esmarch³⁹⁾ совѣтуютъ холодъ (ледяные куски). Если цѣль послѣдняго вызвать спазмъ сосудовъ, то цѣль тепла способствовать быстрому створаживанію крови и тромбозу. Съ этой то послѣдней цѣлью и употребляется масса средствъ, помогающихъ при геморр. кровотеченияхъ, напр. танинъ, свиновяная вода, квасцы, полуторохлористое желѣзо, висмутъ, антипиринъ, сѣрнокислый цинкъ и т. п., даже скипидаръ и черный перецъ (Esmarch). Изъ внутреннихъ средствъ, какъ хорошее кровоостанавливающее, рекомендуютъ: *t-ra hamamelis virginiana*. (Lauder Bruton²⁴⁾), рекомендовать её по 1/2 драхмы въ видѣ клизмы въ rectum) *t-ra aesculi hippocastani* и т. п.

Насколько здѣсь приведенныя средства дѣйствительны, мы лично не имѣемъ опыта.

Помимо этихъ осложненій геморроя здѣсь же мы скажемъ о томъ, какъ на нашъ взглядъ слѣдуетъ поступать врачу въ случаѣ появленія у больного мучительнаго **зуда** у *anus'a*. Этотъ зудъ зависитъ отъ дерматита, легко образуется у полныхъ субъектовъ, и въ жаркое время, послѣ ходьбы нерѣдко крайне тяготитъ больного. Исклѣдая такого больного, мы обычно наблюдали, что кожа около заднепроходнаго отверстія красна, горяча, влажна, слегка напряжена и въ высшей степени чувствительна. Иногда при этомъ около *anus'a* наблюдаются еще трещины, ссадины, вызывающія боли и жженіе. Зудъ этотъ, называемый *pruritus analis*, появляется иногда у людей и не имѣющихъ геморроя. Противно общепринятому мнѣнію, что зудъ является первымъ симптомомъ начинающагося геморроя, проф. Субботинъ обычно наблюдалъ его и при развитыхъ формахъ страданія. Леченіе подобнаго зуда при геморроѣ должно сводиться къ тѣмъ же мѣрамъ „гигіены прямой кишки“, о которыхъ мы сказали. Эти мѣры должны несомнѣнно стоять на первомъ мѣстѣ. Примѣненіе крѣпкихъ растворовъ ляписа (Esmarch), спирта (Lauder Bruton²⁴⁾) одеколона, эфирнаго коллодія

(по Samways ¹¹⁸) и т. п. едва-ли дасть хорошие результаты. Помимо „гигиены прямой кишки“ мы съ успѣхомъ примѣняли индифферентныя мази: вазелинъ, ung. Diachylon и проч. Въ одномъ случаѣ подобнаго зуда, вызваннаго примѣненіемъ ортоформа, средства, которое, какъ извѣстно, иногда вызываетъ обширную экзему (напр. случай Ruhemann'a), у больного мы достигли быстрого успокоенія существовавшаго уже недѣлю зуда слѣдующей мазью (Rp. Hamamelis virgin. 0.2+ Butyr Cocos 10.0+Ol. Amygdal 7.5). Вообще „гигиена прямой кишки“, и индифферентныя мази—вотъ, что можемъ мы рекомендовать при этомъ припадкѣ.

Два слова о леченіи геморроя токомъ высокаго напряженія. Лечение это сильно одобряется авторами его примѣлявшими: Doumer ⁴⁸), Sudnix ⁴⁹), Ждановъ ⁴⁹) и др. По объясненію Жданова токи устраняютъ спазмъ сфинктера, возвращаютъ венамъ утраченный тонусъ. Нѣкоторые больные, спрошенные нами, съ большей похвалой отзывались объ этомъ способѣ. Неудобство его, однако, довольно сложные аппараты и продолжительность леченія. Въ общемъ, способъ этотъ нуждается въ дальнѣйшемъ изученіи.

Располагая подобными средствами, при леченіи геморроя и его осложнений, мы все-таки не всегда можемъ доставить больному скорое облегченіе и тѣмъ болѣе выздоровленіе. Всѣ здѣсь приводимыя средства, если и достигаютъ послѣдней цѣли, то весьма не быстро, а требуютъ отъ больного продолжительнаго методическаго леченія. Нѣкоторые больные, какъ извѣстно, не могутъ по условіямъ жизни его осуществить, другіе не желаютъ чувствовать себя больными и долго лечиться и т. п. Намъ думается, врачъ не имѣетъ права, несмотря на имѣющийся легкій геморрой, отказать такому больному въ оперативномъ пособіи, въ большинствѣ случаевъ быстро и часто радикально достигающемъ цѣли. Это есть также показаніе врачу оперировать, по показанію, вынужденное не болѣзью, а часто сложившимися обстоятельствами жизни.

Перейдемъ теперь къ главѣ объ **оперативномъ леченіи геморроя**, перечислимъ и опишемъ существующіе способы и постараемся выработать показанія для ихъ примѣненія.

Оперировать геморрой слѣдуетъ, если онъ тяжелый,

осложненный, неустрашимый терапевтическими средствами, сопровождающійся рядомъ припадковъ, могущихъ иногда угрожать здоровью больного. Относящіеся сюда случаи представляютъ большое разнообразіе. Кровотеченія иногда весьма обильныя, частые „геморроидальныя приступы“, выпаденіе и ущемленіе узловъ, слизистой, образованіе трещинъ, свищей и т. п.—вотъ тѣ причины, которыя не позволяютъ хирургу довольствоваться терапевтическими мѣропріятіями. Способовъ хирургическаго леченія геморроя весьма много; они комбинируются нерѣдко между собой и поэтому создается цѣлый рядъ весьма разнообразныхъ приемовъ. Французскіе хирурги (Quénu ¹⁰⁴), Theyénard ¹⁰⁴), Delestang ¹⁰⁵) и др.) всѣ методы хирургическаго леченія геморроя раздѣляютъ на слѣдующія три категоріи:

Первый методъ: не нарушая цѣлости геморроидовъ, стараться возобновить нормальныя условія кровообращенія прямой кишки: сюда относятся: насильственное расширеніе анаса, массажъ.

Второй методъ имѣетъ цѣлью уничтожить геморроиды: сюда относится: лигатура, экзереція, каутеризація гальванической петлей, Пакеленомъ, каустическими, excisio и т. п.

Третій методъ, не уничтожая непосредственно геморроиды, измѣняетъ ихъ структуру и вызываетъ ихъ обратное развитіе; сюда относятся: поверхностная каутеризація, электролизъ, интерстиціальныя инъекціи.

Р. Trzebiecky ¹⁰⁶) всѣ оперативныя приемы раздѣляетъ на двѣ группы: одни по принципу cessante causa, cessat effectus“ вліяютъ на причину—это насильственное расширеніе сфинктера; другая группа уничтожаетъ самые узлы, это exstirpatio, экзереція, инъекціи и т. п. Классификація подобнаго рода оперативныхъ способовъ, намъ думается, едва-ли удовлетворительна: всѣ приемы оперативныя ведутъ къ уничтоженію геморроидовъ: едва-ли возобновленіемъ нормальнаго кровообращенія объясняется эффектъ дѣйствія насильственнаго, распрояженія; операція Whitehead'a въ классификаціи Quénu не имѣетъ мѣста, ибо при ней помимо удаленія геморроидовъ удаляется и та почва, на которой они развивались.

Мы предложили бы раздѣлить всѣ оперативныя приемы на двѣ группы: къ первой отнести всѣ тѣ способы, гдѣ опе-

рирующий прилагает тот, или другой действующий агентъ послѣдовательно къ **отдѣльнымъ геморроидамъ**; ко второй—отнести способы, гдѣ операція направлена не отдѣльно на геморроиды, а сразу **на всю анальную область**. Ко второй группѣ слѣдовательно, будутъ относиться: насильственное растяжение и операція Whitehead'a. Къ первой группѣ относятся приемы: 1) измѣняющіе структуру геморроидовъ, какъ-то инъекціи, поверхностная каутеризація, электролизъ и т. п.; 2) уничтожающіе и разрушающіе шишки, какъ-то excisio узловъ, лигатура, экзарезія, отжиганіе и т. п.

А. Способы измѣняющіе строеніе (модифицирующіе) геморроидовъ.

Сюда относятся: **поверхностныя и интерстиціальныя прижиганія, электролизъ, инъекціи** *). Всѣ относящіеся сюда способы имѣютъ цѣлью вызвать измѣненіе сосудистой стѣнки, обострить существующій эндوفлебитъ слѣдствіемъ чего разовьется организація тромба и запусканіе геморроидовъ. Среди различнаго рода средствъ, наносимыхъ съ этой цѣлью на поверхность геморроидовъ, каковы: напр. полуторахлористое желѣзо (Thierry⁹⁷), вѣсиковая паста, хлористый цинкъ, хромовая кислота, азотнокислая окись ртути (Curling⁹⁸) и друг., только азотная кислота, рекомендованная Houston'омъ⁹²) при нѣкоторыхъ формахъ геморроя получила извѣстное распространеніе. Съ успѣхомъ еѣ примѣняли Fergusson⁴¹), Henry Lee⁴²), Dowel³⁴), Curling⁴³), Gosselin⁴⁴) и друг. Gosselin⁴⁴) еѣ рекомендовалъ при внутреннихъ, солитарныхъ геморроидахъ. Техника примѣненія проста: крѣпкой HNO₃, защищая сосѣднія части (кожу); обмазать кислотой поверхность геморроида, а для уменьшенія раздраженія смывать избытокъ кислоты молокомъ, содой. По-

*) О способахъ „раздавливанія“ узловъ при помощи щипцовъ (forceps-sura), мы не будемъ говорить отдѣльно. Подобное раздавливаніе съ отжиганіемъ мы видимъ въ щипцахъ Richet. Объ этой палочкѣ на нашъ взглядъ комбинаціи мы поэтому и поговоримъ въ соответствующемъ мѣстѣ.

вторять такія прижиганія приходится черезъ 7—8 дней до 4—5 разъ (даже до 11). Quénu⁴⁹) вполне справедливо говорить, что способъ этотъ годился лишь въ доантисептической періодъ, такъ какъ болѣзненность, продолжительность леченія, образованіе трещинъ и т. п. при немъ не составляли исключенія. „Достаточно видѣть разъ его примѣненіе, чтобы больше его не повторять никогда“, говоритъ Quénu о способѣ Houston'a.

Поверхностная каутеризація при помощи раскаленнаго желѣза была рекомендована Demarquay⁴⁵) и не получила распространенія, такъ какъ у самого автора былъ случай смерти отъ піемін послѣ подобнаго лѣченія (по Lartisien'y⁴⁶). Voillemier⁴⁷) дѣлать подобное же поверхностное прижиганіе, защищая сосѣднія части слизистой 2—1 слоемъ коллодія (?) (collodion).

Интерстиціальная каутеризація (пигиоинктура), при помощи гальванокаутера, термокаутера Пакелена, испытана Gosse-lin⁴⁸), Verneuil⁴¹), Calmeille⁴⁹), Pozzi⁵⁰), Tillaux⁵¹), Schwartz⁵²) и друг.: дѣлается она послѣ насильственнаго расширенія anus'a; конецъ гальванокаутера обычно опускается въ узелъ на глубину 6—15 mill. и держится нѣсколько секундъ. Изъ 17 больныхъ Verneuil'a въ 16 случаяхъ не было никакихъ осложненій, въ одномъ случаѣ подобное леченіе не достигло цѣли. Единственное осложненіе, пишетъ Lartisien⁴⁶) про этотъ способъ—это задержка мочи. Суженія recti никогда не наблюдаются: способъ легко примѣнимъ и безболѣзненъ. Въ одной изъ своихъ работъ Verneuil⁴¹*) пишетъ, что при помощи термокаутера можно остановить и уничтожить развивающійся послѣ насильственнаго растяженія рецидивъ. Преимущества, недостатки и результаты этой операціи такіе же, какъ и вообще при отжиганіи. Мы слѣзаемъ поэтому тамъ и оцѣнку сразу всѣхъ способовъ, гдѣ фигурируетъ термокаутеръ.

Подобно пигиоинктурѣ дѣйствуетъ вѣроятно и **электролизъ**. Quénu⁴⁹) думаетъ, что только у трусливаго и слабого больнаго способъ этотъ можетъ оказать услугу въ случаѣ

*) Gazette des hopitaux 1890.

пещеристого перерождения слизистой recti. Техника его применения такова же, как и при всякой ангиоме. Обычно хвалять электролиз при капиллярных геморроидах.

Большого распространения, чѣмъ все эти средства достигли интерстициальныя и паренхиматозныя **инъекции различного рода химическихъ веществъ**, какъ то: карболовая кислота, алкоголь, t-ra iodi, хлористый цинкъ (Ollier⁸⁶) танинъ, морфинъ, креозотъ, полугораклористое желѣзо (Jobert⁸²) эрготинъ, иодоформный эфиръ (по Beck'у¹²³) и т. п. Изъ всѣхъ этихъ средствъ карболовая кислота однако занимаетъ первое мѣсто. Широкое распространение въ Америкѣ этого способа даетъ ему право называться „американскимъ методомъ лечения“. Впервые способъ этотъ былъ испытанъ въ Америкѣ Mitchell'емъ (по Andrews'у⁸) въ 1871 году. Горькими защитниками его преимуществъ являются: Lange⁷¹) $\text{ac. carb. 1:1—2—3—10}$ глицерина; Kelsey⁶⁸) $(1 \text{ ac. carb.} + 3 \text{ ч. глицерина} + 3 \text{ ч. воды})$, Andrews⁸), Swinford Edwards¹³⁸) (10%), Sanderling¹³⁸), Hofmoll¹³⁸) (50%), Weist¹³⁸), Sonnenburg¹²²) (25%), Weber¹³³), Hoppel¹³⁸), Schächter¹¹⁹) (50%), Gabriel Papp²⁶) (50%), Агневъ³) и другіе.

Нѣкоторые авторы къ впрыскиваніямъ прибѣгаютъ послѣ какой-нибудь иной операціи. Послѣ насильственного растяженія къ инъекціи карболоваго глицерина прибѣгаютъ напр. Roux¹¹³) (Lausanne) (50—80%), иногда Verneuil (по Roux). Послѣ наложенія лигатуры на основание шишки впрыскиванія карболовой кислоты (acidum carbolicum liquidum) иногда съ прибавленіемъ кокаина дѣлаетъ Шалита¹⁵⁰).

Техника впрыскиванія очень проста: въ одинъ или въ нѣсколько сеансовъ (уколъ со стороны слизистой) при помощи Правацескаго шприца въ узелъ инъецируютъ одну, двѣ, иногда 5—6 капель раствора карболовой кислоты вышеприведенныхъ концентрацій. Черезъ недѣли 2—3, приемъ иногда приходится повторять. Впрыскивать рекомендуется только во внутренніе узлы, ибо иначе, сильная болезненность. Послѣ операціи подобной нѣкоторые больные сами идутъ на кровать, но, во всякомъ случаѣ, первое время должны лежать (1—3 дня).

Спустя нѣкоторое время послѣ операціи, узлы опухаютъ, дѣлаются болѣе плотными, темнаго цвѣта. Въ дальнѣйшемъ

обычно сморщиваясь, они превращаются въ плотныя, безболѣзненные складки. Только въ случаѣ гангрены они отпадаютъ (на 8—9 день), оставляя заживающія per secundam раны. Полное выздоровленіе къ концу 3 недѣли. Schächter¹¹⁹) гистологически изслѣдовалъ узлы послѣ инъекцій карболовой кислоты и нашелъ въ нихъ обычный процессъ организаціи свернувшейся крови.

Преимущества этого способа, по мнѣнію лицъ, его примѣнявшихъ, слѣдующія: 1) операція не требуетъ наркоза; 2) безкровна; 3) не нуждается въ особыхъ инструментахъ; 4) проста; 5) не требуетъ отъ больного долгаго лежанія въ постели.

Недостатки его слѣдующіе: 1) способъ примѣнимъ только къ внутреннимъ геморроидамъ; 2) образуемая иногда гангрена узловъ, можетъ вызвать кровотеченіе, нарывы, свищи, піемъ, обширное омертвѣніе тканей и т. п., независимо отъ концентраціи раствора карболовой кислоты, величину которой предусмотрѣть вообще затруднительно; 3) способъ носитъ не хирургическій характеръ; 4) въ постоперационномъ теченіи часто появляются боли и явленіе раздраженія мочевого пузыря (Kelsey); 5) возможность карболоваго отравленія (Рустницкій¹¹²).

Обратимся къ **результатамъ** примѣненія этого способа.

У Lange¹³⁸) изъ 36 случаевъ только въ одномъ былъ рецидивъ черезъ нѣсколько лѣтъ. Andrews⁸) имѣетъ исторію болѣзней отъ 3300 случаевъ оперированныхъ по этому способу—изъ нихъ: 9 умерло (1—отъ піемъ); у 7—рецидивъ; у 10—бурное воспаленіе; у 23—тяжелое нагноеніе; въ 11 случаяхъ неуспѣхъ; у 83—сильная боль въ теченіи долгаго времени. У Мандельберга⁷⁹) приведена таблица оперированныхъ д-рами Яценко и Шалитой случаевъ геморроя съ инъекціями карболовой кислоты послѣ лигатуры и здѣсь изъ 197 больныхъ (1882 г.) 3-ое умерло отъ сепсиса; у 4-хъ отмѣчены флегмоны; у другихъ отечность у anus'a, повышеніе t° до 39,8, диаррея и т. п.

Для **оцѣнки** этого способа, зная его преимущества, недостатки и результаты, мы думаемъ, имѣется полное основаніе заключить, что примѣнять его больше не слѣдуетъ. Способъ этотъ несомнѣнно опасенъ даже при умѣлой тех-

никъ, а представляемая имъ преимущества легко достижимы и при другихъ методахъ; безболѣзненности напр. мы отлично можемъ достигъ при помощи коканна; простая лигатура, часто отжиганіе не менѣе безкровны и просты и т. п. Бываютъ случаи конечно, гдѣ способъ этотъ давалъ отличные результаты, такъ напр. Cabriel Papp⁹⁶) говоритъ объ одномъ врачѣ, который безъ успѣха испыталъ уже дѣйствіе термокаутера и былъ радикально излѣченъ одной инъекціей карболоваго глицерина.

Но операція во всякомъ случаѣ не должна быть опаснѣе самой болѣзни и не представлять въ рукахъ даже опытныхъ невѣрное оружіе. Мы думаемъ „американскій“ методъ леченія никогда не встрѣтитъ большого сочувствія среди хирурговъ.

Б. Способы, направленные къ уничтоженію от- дѣльныхъ геморроидальныхъ узловъ.

Способовъ, сюда относящихся, весьма много. Мы не будемъ говорить о полной каутеризаціи геморроидовъ при помощи химическихъ веществъ, которую въ свое время горячо отстаивалъ Amussat⁷)¹³⁸) (1846 г.), Barthélemy²²) (de Saumur), Jobert²²) и другіе, рекомендуя для ея осуществленія особые пинцеты, петли и т. п., объ линейномъ экзарезѣ Chassaignac'a и другихъ способахъ, которые имѣютъ въ настоящее время лишь историческій интересъ. Здѣсь мы будемъ говорить о лигатурахъ геморроидовъ, отжиганіи и различныхъ способахъ экзизіи.

Лигатура (По Синицину¹²⁶) „отдавливаніе“ примѣнялась уже Гиппократомъ. Благодаря Cooper'y, Pott'y, Astley, Mott'y, Mayo, Curling'y, Asthon'y, Allingham'y и многимъ другимъ англійскимъ хирургамъ (по Martin'y⁸⁵), она получила права гражданства, особенно въ Англіи. Во Франціи, принятая сперва Ravaton'омъ, J. L. Pétit⁹⁷) и другими, лигатура затѣмъ почти совершенно была оставлена; такъ отъ нея отказались: J. L. Pétit⁹⁷), Boyer⁵⁵), Chassaignac⁵⁵), Dupuytren⁵⁵), Malgaigne⁵⁵), Velpeau⁵⁵) и другіе. Въ Германіи лигатура не получила распространенія, еѣ напр., примѣняли Dittel¹⁴⁹),

Zuckerkindl¹⁴⁹) и нѣкоторые другіе. Въ Россіи лигатура получила широкое примѣненіе въ рукахъ Склифасовскаго⁵⁵) и его учениковъ.

Техника ея примѣненія не всегда одинакова. Наркозъ и мѣстная анестезія не обязательны. Наложеніе лигатуры производится слѣдующимъ образомъ:

1) Основаніе (если оно не широкое) геморроида захватываютъ въ петлю шелковой нити и крѣпко затягиваютъ.

2) Основаніе (если широкое) геморроидальной шишки прокалывается иглой съ двойной лигатурой, затѣмъ послѣдняя завязывается на двѣ стороны Chwat¹³⁸), Coates¹³⁸), Krabbel¹³⁸), Склифасовскій⁵⁵) и др.

3) Надрѣзаютъ слизистую ножомъ, пинцетомъ и затѣмъ завязываютъ петлю такимъ образомъ на изолированные геморроиды (Salmon¹³⁸), Bodenhamer⁸⁵), Starcke¹³⁸), Косинскій⁶⁵) и др.). Петля накладывается или непосредственно въ надрѣзъ или проводится въ видѣ двойной лигатуры при помощи иглы (Косинскій).

4) Помимо шелка, кѣтута, fil de Florence, и т. п. для перевязки узловъ употребляютъ эластическую лигатуру, имѣющую цѣлью по мѣрѣ сморщиванія узла всё время оказывать на его шейку давленіе. Dittel¹⁴⁹), напр., вытаскивъ при помощи полинныхъ щипцовъ геморроидальный узелъ, накладываетъ на его шейку эластическій (гуттаперчевый) шнуръ и затѣмъ ущемленную часть скарифицируетъ Пакеленомъ.

Къ наложенію лигатуры часто присоединяютъ: пальцевое расширеніе anus'a (Allingham⁴⁹); excisio перевязаннаго узла, (Kiriac⁸⁵), Quénu⁴⁹), напр. Kiriac⁵⁸), прошивъ при помощи иглы Reverdin'a основаніе узловъ серіей лигатуръ, образующихъ послѣ завязыванія какъ-бы „корону швовъ“, срѣзаетъ выше лежащую часть; отжиганіе узла выше лигатуры (Lejars⁸⁵), Рустницкій¹¹⁵), Марголюсъ⁸²); поперечное сѣченіе сфинктера (Salmon¹³⁸), Кни⁵²), Starcke¹³⁸), Baum¹³⁸), Рустницкій¹¹⁵); впрыскиваніе карболовой кислоты (Шалита¹⁵⁰), Рустницкій¹¹⁵) и другіе. Совершенно своеобразной формой примѣненія лигатуры является способъ проф. Подреза⁴³). Онъ прошиваетъ и завязываетъ узлы подъ слизистой, послѣ ея отсепаровки, какъ при операціи Whitehead' a. Слизистая затѣмъ назадъ фиксируется на старое мѣсто, а прошитые узлы

отрѣзаются ножницами. Въ слизистой, такимъ образомъ, имѣются раны, а подъ ней лигатуры.

Перевязываютъ или всѣ имѣющіяся шишки сразу или по одной въ нѣсколько сеансовъ (Bodenhamer ⁸⁵). Перевязывать слѣдуетъ только внутренне узлы, по Скифасовскому ⁸⁶ на 1 см. выше заднепроходнаго отверстія. Перевязка наружныхъ узловъ чрезвычайно болѣзненна и вызываетъ припадки по характеру, напоминающіе „ущемленіе грыжи“ (Бунш ⁸⁷). Случаи столбняка и смерти послѣ подобной лигатуры были у Salmon'a, Mayo, Скифасовскаго и многихъ другихъ. Знаменскій ⁸⁸ приводитъ достовѣрные случаи, гдѣ сильная боль развивалась послѣ перевязки и внутреннихъ узловъ.

Послѣ окончанія операціи шишки вправляются, въ rectum заводятся тампона. Узлы омертвѣваютъ и отпадаютъ на 7—8—10 день, остающаяся ранка заживаетъ *per secundam*.

Въ послѣоперационномъ теченіи нерѣдко бывають боли, задержка мочи, небольшое повышеніе температуры, небольшое кровотеченіе послѣ отпаденія лигатуры и т. п. Первый стулъ больные имѣють на 4—5—6 день. Покидаютъ лечебное учрежденіе въ среднемъ на 12—13 день (Zuckerkindl ¹⁴⁰), Спизарный ¹²⁹). Полное выздоровленіе черезъ 3—4 недѣли. Тяжелыя осложненія, какъ-то боли, столбнякъ, обильныя кровотеченія, омертвѣніе, образованіе свищей, сепсисъ—отмѣчены многими авторами, но какъ рѣдкое исключеніе. Sayme говоритъ, что при большомъ числѣ операціи, онъ лично никогда не наблюдалъ неблагоприятныхъ результатовъ (по Esmarch'у ⁸⁹). У Allingham'a ¹³⁸), изъ 400 больныхъ никто не умеръ, въ другомъ госпиталѣ у него изъ 3210 больныхъ умерло 5, но ни одного отъ пѣмпи. Mathews ⁹¹) имѣлъ 1000 случаевъ безъ смертельнаго исхода, у него же однако въ 2 случаяхъ было кровотеченіе, въ 1 случаѣ столбнякъ, кончившійся выздоровленіемъ. Проф. Скифасовскій ⁸⁶), Косинскій ⁶⁵) очень довольны результатами операціи. Спизарный ¹²⁹) изъ 74 случаевъ отмѣчаетъ у 21 больныхъ задержку мочи, въ 1 случаѣ сильное кровотеченіе изъ уретры, въ 1 случаѣ образованіе язвы, потребовавшей разсѣченія сфинктера. Karewski ⁹⁰) на 1000 случаевъ, въ 2-хъ, имѣлъ сильное кровотеченіе. Рубцовъ ¹⁴¹) на 72 случая только

у немногихъ наблюдать осложненія, именно: у 12 т° поднималась до 38°, у 12 задержка мочи; у 4 жженіе въ rectum у 2 острый катарръ кишекъ и у 1 воспаленіе parotis. Возвраты послѣ операціи лигатуры и разсѣченія жома видѣть Рустницкій ¹⁴⁵).

Изъ 267 операціи по Dittel'ю ¹⁴⁹)—во всѣхъ случаяхъ послѣдовало выздоровленіе: въ 3-хъ случаяхъ т° поднималась до 39,9, и было образованіе парывовъ въ подслизистой. Возвраты по Zuckerkindl'ю, послѣ этой операціи рѣдкое событіе.

На основаніи отчетовъ Московской хирургической клиники Суетинцовъ ¹²³) нашелъ, что въ 143 случаяхъ примѣненія лигатуры были: 22 раза—задержка мочи; 2 раза послѣдовательныя кровотеченія; 5 разъ—сильныя боли; 2 раза набуханіе наружныхъ шишекъ; въ 1 случаѣ—образовалась язва, зажившая въ 37 дней, въ 2 случаяхъ—пришлось вновь перевязывать оставшіяся незамѣченными шишки.

Изъ нашихъ 206 больныхъ—лигатура послѣ насильственного расширенія anus'a и отрѣзыванія ущемленнаго узла выше шелковой нити, была примѣнена 3 раза. Въ двухъ случаяхъ получившаяся послѣ отрѣзыванія ранка была прижжена термокаутеромъ.

Въ послѣоперационномъ теченіи, во всѣхъ 3-хъ случаяхъ было повышеніе т° до 38,0, на одинъ, два дня. У 2-хъ была задержка мочи. У одного сильныя боли у anus'a, у другого отъ ранняго соскакиванія лигатуры, небольшое кровотеченіе. Лигатуры отпадали на 5, 7 и 12 день.

Изъ клиники больные выписаны, одинъ на 7-й день, другой на 13-й, третій на 22-й. При выпискѣ больные имѣли или небольшой отекъ у anus'a, или небольшіе гранулирующіе поверхности.

Изъ этихъ 3-хъ случаевъ—черезъ 6 мѣсяцевъ у одного больного рецидивъ. Помимо этихъ случаевъ въ числѣ нашихъ больныхъ имѣлся случай неполнаго наружнаго свища задняго прохода. Больному оказывается 4 года тому назадъ, была сдѣлана лигатура внутреннихъ узловъ. При изслѣдованіи геморроидальныхъ узловъ дѣйствительно не наблюдалось, но оставленныя наружныя шишки временами сильно отекали, беспокоили больного, а одна изъ нихъ даже нагноилась и послужила причиной имѣющагося свища. Ска-

заннаго намъ кажется достаточно, чтобы выяснитъ хорошія и дурныя стороны этой операціи.

Преимущества выставлемые сторонниками лигатуры слѣдующія: 1) не требуется анестезіи; 2) способъ очень простъ и можетъ быть проведенъ безъ особыхъ инструментовъ, помощниковъ, техники и т. п.

Недостатки его: 1) не всегда примѣнимъ (напр. при циркулярномъ выпаденіи слизистой) и не ко всякаго рода геморроидамъ (напр. къ наружнымъ); 2) онъ опасенъ, такъ какъ оставляетъ въ rectum инородное тѣло (лигатура) и части, могущія разлагаться и служить источникомъ мѣтнаго и общаго зараженія; 3) онъ часто вызываетъ боль въ постъопераціонномъ періодѣ; 4) оставляетъ въ rectum гранулирующую поверхность, которая при извѣстныхъ условіяхъ можетъ превратиться въ язву; 5) рецидивы при немъ не представляютъ большой рѣдкости.

Свойственные лигатурѣ недостатки и заставили многихъ хирурговъ прибавлять къ ней такіе способы, какъ отрѣзываніе, прижиганіе и т. п. При подобныхъ усовершенствованіяхъ многіе недостатки исчезаютъ, но далеко не все.

Дѣлая *оцѣнку* этого способа, мы думаемъ, что онъ въ настоящее время представляетъ больше недостатковъ, чѣмъ преимуществъ и поэтому едва-ли заслуживаетъ предпочтенія. Представляемая имъ преимущества легко достижима, а недостатки едва-ли можно всегда устранить. Способъ этотъ въ постъопераціонномъ теченіи даетъ мало гарантій отъ различнаго рода возможныхъ случайностей. Онъ не достигъ въ Россіи большого распространенія и это насъ на основаніи сказаннаго можетъ только радовать.

Отжиганіе. Разрушеніе геморроидальныхъ узловъ каленымъ желѣзомъ въ настоящее время въ рукахъ многихъ хирурговъ является единственнымъ способомъ леченія для всевозможнаго рода геморроидовъ ⁷³⁾. Въ Германіи отжиганіе, благодаря главнымъ образомъ Langenbeck'у господствующая операція. Во Франціи она теперь не занимаетъ столь выдающагося мѣста, какъ во времена Boyer'a, Nélaton, Velpeau, Richet, Gosselin и другихъ, но только благодаря открытію такихъ операцій, какъ насильственное растяженіе и различные способы изсѣченія. Въ Россіи отжиганіе, какъ и

въ Германіи, примѣняется весьма широко. Начало примѣненія каленаго желѣза при геморроѣ относится къ временамъ Гиппократата, арабскихъ хирурговъ и друг. Способъ этотъ, слѣдовательно, одинъ изъ самыхъ старыхъ. Какъ и все средства, примѣняемая съ цѣлью „каутеризаціи“ (химическія вещества, гальванокаустика), каленое желѣзо можетъ быть употреблено въ слѣдующихъ трехъ формахъ:

- 1) поверхностной каутеризаціи.
- 2) интестиниальной каутеризаціи.
- 3) общей или разрушающей каутеризаціи. (Lartisien ⁷⁴⁾).

О первыхъ двухъ формахъ, какъ относящихся къ способамъ, измѣняющимъ строеніе геморроидовъ, мы уже говорили. Остается, слѣдовательно, третья форма, къ которой и относится слѣдующіе наиболѣе распространенные способы примѣненія каленаго желѣза: способъ Boyer'a, способъ Richet, способъ Langenbeck'a.

Способъ Boyer'a ⁷⁵⁾ (1847)—послѣ очищенія кишечника больного кладутъ на столъ. Раздвинувъ ягодицы, хирургъ захватываетъ пинцетомъ геморроидальные узлы, прокалываетъ ихъ основаніе иглами и, пропустивъ двойныя нити, вытягиваетъ за нихъ узлы наружу. Затѣмъ подъ наркозомъ на подобіе клистирной трубки въ rectum на вышину 2 cm. (никогда не выше 4) вводятъ каутеръ, нагрѣтый до бѣлаго каленія, въ формѣ тростника (un cautère en roseau).

Отжигаются выступающія части. Если недостаточно одного такого „каутера“, вводятъ новый. Въ заключеніе узлы окончательно разрушаютъ коническимъ каутеромъ, обмывається все поле операціи водой и смазывается спускомъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи послѣ воспаленія, припадковъ ущемленія, боли, черезъ 4 дня больной начинаетъ быстро поправляться. Изъ 23 случаевъ, приведенныхъ у Beauvais'a ⁷⁶⁾, 2 оперированныхъ такимъ образомъ умерло, одинъ отъ сепсиса; изъ остальныхъ одинъ имѣлъ сильное суженіе ануса. У Chassignac'a ⁷⁴⁾ тоже при этомъ способѣ, получались нерѣдко суженія. Способъ этотъ представляетъ въ настоящее время лишь историческій интересъ.

Способъ Richet ⁷⁷⁾ (1866 г.). Приготавливаютъ больного къ операціи при помощи слабительныхъ и клизмъ. Хлороформъ необходимъ. Во время операціи больной находится на боку.

Кромѣ pince-cautère écrasante de Richet, напоминающаго собой щипцы, которые употребляются для завивки волосъ, для производства операций необходимы: гибкія мѣдныя пинци съ двумя стальными иглами на концахъ: 1—2 крючка.

Операция: насильственное растяженіе anus'a можно не дѣлать. Геморроидальные узлы крючкомъ вытягиваютъ наружу и, проведя черезъ ихъ основаніе 1—2 проволоки, удерживаютъ ихъ въ такомъ положеніи. Теперь вѣтвями раскаленных щипцовъ сжимаютъ узелъ до тѣхъ поръ, пока проволока совершенно не освободится, а вѣтви щипцовъ не будутъ соприкасаться. На мѣстѣ узла получается тонкій линейный струкъ. Это и есть „Volatilisation“ т. е. возгонка узловъ.

Langot⁷²⁾ говоритъ: „лечение такими щипцами Richet разрушаетъ геморроиды, уничтожаетъ припадки, а сфинктеру возвращаетъ его силу“.

Въ настоящее время во Франціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ при извѣстныхъ показаніяхъ операция эта не потеряла значенія: ее примѣняютъ: Schwarz⁸⁹⁾ (въ случаяхъ большихъ инфицированныхъ геморроидовъ), Bazy, Berger⁸⁹⁾, Quénu⁸⁹⁾ и другіе.

Способъ Langenbeck'a (1852 г.) *)

Способъ этотъ подвергнутъ многими авторами различнымъ видоизмѣненіямъ. Мы вкратцѣ изложимъ его такъ, какъ онъ употребляется въ нашей клиникѣ.

Наканунѣ операции вечеромъ больному, посаженному на 3—4 дня на жидкую діету, даютъ касторовое масло и послѣ стула ставятъ клизму, сбриваютъ волосы анальной области, нѣсколько разъ обмываютъ её мыломъ и суемой (1: 1000). Утромъ въ день операции опять клизма и обмываніе. Въ послѣднее время у нѣкоторыхъ больныхъ мы испытали спо-

*) Langenbeck подѣлывалъ послѣ тщательнаго пригот. больного, не растягивая anus, захватывая геморр. узлы Luer'овскими щипцами, вытаскивалъ ихъ наружу, ущемлялъ ихъ „своими листовыми щипцами“ (Blattzange) и отжигалъ каленымъ желѣзомъ. Описанъ его способъ въ диссертациі Boysen'a¹⁵⁴⁾ (1856 г.), у Fock'a¹⁵⁴⁾ и друг.

собъ приготовленія больныхъ такъ, какъ онъ примѣняется въ клиникѣ проф. Субботина¹³²⁾, т. е. за день до операции и наканунѣ больной получаетъ по 60 грм. касторового масла и въ эти два дня питался яйцами, бульономъ, молокомъ; въ день операции утромъ ставилась еще хорошая клизма. Такой способъ имѣетъ то преимущество, что послѣ операции употреблять опиѣ и друг. наркотич. совершенно не приходится; стулъ задерживается на 5—6 дней безъ всякихъ средствъ. Мы вполне можемъ подтвердить вѣрность такого наблюденія.

Операция производится у насъ слѣдующимъ образомъ. Больной лежитъ на спинѣ у края стола; ноги согнуты въ коленѣхъ и бедра пригнуты къ туловищу и въ такомъ положеніи удерживаются помощниками. Операторъ, вымывъ тщательно anus мыломъ, суемой (но никогда спиртомъ, какъ дѣлаетъ Stein¹³⁹⁾), садится напротивъ, вводитъ послѣдовательно указательный палецъ (смазать ol. provincialis) одной руки въ rectum, другой, затѣмъ средніе пальцы обѣихъ рукъ и производить осторожно пальцовой насильственное растяженіе задняго прохода. Растяженіе производится въ направленіи къ tubera ischii, затѣмъ сверху внизъ и по косымъ диаметрамъ. Послѣ подобнаго растяженія шишки и слизистая выступаютъ отчетливо наружу и легко доступны. Обычными окончатными щипцами (ихъ много типовъ: Smith'a, Curling'a, Hahn, Luer'a и друг. см. Esmarch⁸⁹⁾), иногда Пеканомъ наиболѣе развитые узлы ущемляются по радіусу шишки. Затѣмъ вытянутые они въ томъ же направленіи у основанія перехватываются Langenbeck'овскими щипцами, подъ ущемляющіе концы которыхъ подводится влажный борный компрессъ. Окончатые щипцы тогда снимаются, ущемленный узелъ срѣзается ножницами, если очень великъ, а иногда и прямо отжигается термокаутеромъ Пакелена. Черный линейный струкъ, дабы не нарушить его цѣлости, смазывается оливковымъ масломъ, и щипцы Langenbeck'a осторожно снимаютъ. Тоже продѣлывается съ каждымъ узломъ. Наружныя шишки обычно оставались нетронутыми. Подобныя манипуляціи приходится повторять 4—5 разъ. Начинать отжиганіе удобнѣе обычно съ нижнихъ узловъ. Если имѣется сильно выпавшая слизистая, то прежде часто дѣлали

еще 4 радиальных прижиганий ей, съ достаточными промежутокми слизистой. Окончивъ отжиганіе, въ рещтмъ обычно заводятъ у насъ резиновую трубку, толщиною въ мизинецъ, обвернутую іодоформной марлей, пропитанной еще оливковымъ масломъ. Трубка эта имѣетъ цѣлью способствовать отхожденію газовъ и играть роль защитительной повязки отъ кишечнаго содержимаго для имѣющихся струпуевъ. Трубка обычно фиксируется у anus'a при помощи двухъ нитей и липкаго пластыря. На anus кладутъ влажные борные компрессы, гигроскопическая вата, сверху Т-образная повязка. Вся операция продолжается 10, 15 и 20 мин.

Операция до 1889 года всегда производилась подъ хлороформомъ. Съ означеннаго же года хлороформъ былъ замѣненъ мѣстной анестезіей кокаиномъ. Хлороформъ приходилось примѣнять только въ крайнемъ случаѣ, такъ изъ 45 операций только 2 раза и то по просьбѣ больныхъ. Кокаинъ употреблялся въ 1% растворъ по способу Reclus-Vredentъ. Сдѣлавъ первый уколъ на границѣ кожи и слизистой, вырываютъ кокаинъ въ толщу кожи по всей окружности anus'a. Затѣмъ чрезъ эти обезболенныя точки въ 4—5 мѣстахъ кокаинъ вырывается при обратной тягѣ подъ слизистую recti и въ наружный сфинктеръ. Всего приходится употреблять 4—5 рѣдко 6 Правацевскихъ шприцевъ (т. е. до 0,06 кокаина).

У алкоголиковъ необходимо еще раньше впрыснуть 0,01—0,015 морфия. Первый уколъ вызываетъ у многихъ больныхъ сильную боль, для избѣжанія чего можно начать вырывать со стороны слизистой. Признакомъ полного обезболиванія помимо безболѣзненности уколовъ служитъ параличъ сфинктера и поэтому явное, не оказывающее сопротивленіе для пальца, анальное отверстіе.

Два раза обезболиваніе у нашихъ больныхъ съ успѣхомъ при отжиганіи было достигнуто при помощи кокаинизаціи по Schlieh'u (докторъ Гейнацъ), которую рекомендуютъ для этой цѣли Zuckerkandl, ¹⁴⁸⁾ проф. Rotter ¹⁴⁾ и друг.

Во всѣхъ нашихъ случаяхъ анестезія кокаиномъ, правильно примѣненная, достигала цѣли. Легкая боль и возбужденное состояніе во время операций наблюдалось у нѣкоторыхъ больныхъ, но преимущественно у нервныхъ людей

и женщинъ. Способъ описанной анестезіи всегда достигалъ цѣли и въ нашей клиникѣ исполнѣн почти вытѣснить хлороформъ. Мы горячо его рекомендуемъ. Только въ одномъ изъ всѣхъ нашихъ случаевъ послѣ 6 шприцевъ кокаина появились явные признаки отравленія кокаиномъ, державшіеся около сутокъ.

Операцию отжиганія приходилось видоизмѣнять иногда сообразно имѣющимся осложнениямъ, каковы свищи и т. п.

У насъ эта операция произведена 140 разъ. Видоизмѣненія ея были: 1) отжиганіе узловъ + радиальное прижиганіе выпавшей слизистой 3 раза; 2) Та же операция + разсѣченіе свища—5 разъ; 3) та же операция съ вырѣзываніемъ наружныхъ шишекъ—1 разъ. Случайныя осложнения во время операций были такого рода: 14 разъ при сжиманіи щипцовъ появлялось сильное артеріальное кровотеченіе и требовалась лигатура для его остановки (т. е. въ 9,9%); 3 раза появились непроизвольный стулъ при расширеніи anus'a въ зависимости отъ плохого приготовленія больныхъ къ операциямъ. Другихъ осложнений операций не было.

Такимъ же приблизительно образомъ операция Langenbeck'a производилась въ клиникѣ проф. Mikulicz'a (Trzebicki ¹³³⁾, у Stein'a ¹³⁰⁾, въ Александровской Общинѣ сестеръ Краснаго Креста (Лезингъ ⁷⁶⁾, и у мног. другихъ.

Нѣкоторые хирурги эту операцию производили, ущемляя щипки при помощи щипцовъ другой конструкціи, напр., скобки Jobert'a, щипцы Jones'a (Змигородскій ⁵⁴⁾, „ущемляющіе щипцы Шалита“ (Мандельбергъ ⁷⁹⁾, корнцангъ Kocher'a и т. п.

Далѣе, не всѣ заводятъ резиновую трубку въ rectum послѣ отжиганія. У Mikulicz, напр. вводится іодоформный тампонъ, тоже у Лезина, Мандельберга и др. Мы думаемъ, что трубка, обвернутая іодоформной марлей, едва-ли выполняетъ значеніе повязки, предохраняющей струпу и ткани подъ ними отъ инфекціи. Ущемлена она бываетъ черезъ нѣсколько дней, плотно прилегаетъ къ слизистой лишь въ области наружнаго сфинктера. Выше же, особенно въ ампулярной части, около трубки обычно накапливается слизь и содержимое recti, что легко спускается по трубкѣ къ мѣсту отоженныхъ шишекъ. Отсюда возможно заключить, что подобная

трубка способствует болѣе долгому вліянію различнаго рода продуктовъ на раневую поверхность. Далѣе извѣстно, какъ трудно завести подобную трубку достаточно высоко, чтобы не содрать струнцевъ и не вызвать поэтому небольшого кровотечения. Ни іодоформное масло, ни умбіне и опытность не могутъ предохранить насъ отъ этого. Трубка, слѣдовательно, нарушаетъ одно изъ преимуществъ отжиганія, предохранить раневую поверхность отъ инфекціи путемъ образованія непроницаемаго плотнаго асептического струпа. Тѣми же недостатками, приблизительно страдаетъ и тампонъ, заводимый въ rectum. Лучшее всего, насколько мы можемъ судить, оставить струнья на мѣстахъ отжиганія неприкосновенно, а отхождение газовъ и метеоризмъ предупредить приготовленіемъ больного къ операціи по способу проф. Субботина.

Сравнивая между собою способы Richet и Langebeck'a, мы всецѣло склоняемся въ сторону послѣдняго. Преимущество его на нашъ взглядъ слѣдующія: 1) захватывая узлы окончатными щипцами и ущемляя ихъ, мы не рискуемъ потерять хотя-бы каплю крови, прошивая же узелъ нитью и потягивая за нее, мы въ способѣ Richet всегда вызовемъ кровотечение; 2) термокаутеръ Пакелена, какъ всѣмъ извѣстно, нагревается легко, степень нагреванія легко достижима и держится столь долго, сколько желательно; этого, конечно, нѣтъ въ щипцахъ Richet; 3) соединяя съ узломъ части въ способѣ Langenbeck'a защищаемъ лучше, чѣмъ въ способѣ Richet, гдѣ вокругъ отжигаемой части, кладутъ влажные компрессы и больше ничего. Это и другія подобныя причины дѣлаютъ способы Langenbeck'a, заслуживающимъ на нашъ взглядъ болѣе предпочтенія.

Обратимся теперь къ картинѣ послѣоперационнаго теченія послѣ отжиганія и тѣхъ результатовъ ближайшихъ и отдаленныхъ, которые получаются послѣ него.

Послѣ операціи, больной долженъ лежать въ постели. Въ продолженіи 6—8 дней, онъ соблюдаетъ діету, получая молоко, бульонъ, яйца и прочее. Все это время онъ принимаетъ обычно опій (t-ra opii по 10 капель 2 раза въ день). Перевязки, если все идетъ хорошо, температура остается нормальной, нѣтъ боли, у нѣкоторыхъ больныхъ, можно не дѣлать до перваго стула. У многихъ, однако, перевязку при-

ходитъ дѣлать ежедневно. Въ больницѣ Александровской Общины сестеръ Краснаго Креста, судя по описанію Лезина ⁷⁶⁾, ежедневная перевязка послѣ операціи и обмываніе 3% борнымъ растворомъ anusa дѣлаются у всѣхъ больныхъ, какъ правило.

Мочу у многихъ больныхъ приходится выпускать первые дни катетромъ. Чѣмъ объясняется вообще задержка мочи послѣ этой и другихъ операцій геморроя. Временныя препятствія, дѣлающія мочеиспусканіе невозможнымъ, являются или въ области шейки пузыря, или простатической части уретры. Волокна m. levat. ani идутъ, какъ извѣстно изъ анатоміи, къ нижнему концу recti, предстательной железы и пузыря. Понятно отсюда, что раздраженіе мышцъ прямой кишки вызываетъ раздраженіе мышцъ шейки пузыря; онѣ являются въ роли constrictor'овъ. Далѣе мы знаемъ, какъ часто гиперимія и опуханіе предстательной железы сопровождается задержаніемъ мочи (Guyon ⁴⁶⁾ ст. 66). Подобная гиперимія несомнѣнно частое явленіе послѣ операціи геморроя, когда часть венъ прямой кишки уничтожена, требуется новый рядъ отводящихъ путей для крови, которая какъ послѣ всякой травмы, усиленно приливаетъ къ операціонному полю. Клинически извѣстны напр. факты обильнаго кровотечения изъ пузыря и уретры послѣ уничтоженія геморроидальныхъ венъ операціей, такъ напр. случай Спизарнаго ¹²⁶⁾, у одного изъ нашихъ больныхъ. Далѣе извѣстны случаи, гдѣ послѣ операціи въ окрестности прямой кишки развивается болѣе или менѣе обширное кровоизліяніе, что, конечно, также не можетъ остаться безъ вліянія на мочеиспусканіе. Такимъ образомъ со стороны шейки пузыря, простатической части уретры, а иногда и перепончатой, можетъ явиться рядъ чисто механическихъ препятствій. Для преодоленія ихъ требуется усиленная дѣятельность изгоняющихъ силъ detrusor'a, брюшного пресса, диафрагмы и проч. Между тѣмъ рефлекторные импульсы со стороны пузыря, его шейки, уретры, равно какъ импульсы со стороны центральной нервной системы у больного, принужденнаго лежать, могутъ быть часто угнетены. Если бы мы впустили кокантъ въ уретру такому больному съ цѣлью прекратить спазмъ сфинктеровъ пузыря и вызвать мочеиспусканіе, то

мы могли бы убедиться, что это никогда не удастся. Причина понятна: кокаиномъ мы еще болѣе угнетаемъ раздраженіе шейки пузыря, и благодаря этому не появляется достаточно сильнаго рефлекса, чтобы вызвать расслабленіе сфинктера пузыря и сокращеніе *dertusor'a*.

Холодные компрессы на промежность обратно, какъ мы могли убедиться, иногда помогаютъ мочеиспусканію. Такимъ образомъ, существованіемъ ряда препятствій для свободнаго выходения мочи и недостаточной энергичной дѣятельностью нервныхъ аппаратовъ мочеиспусканія должно объяснять появляющуюся послѣ операціи задержку мочи.

На 5—6—7 день послѣ операціи у больного обычно вызываютъ первый стулъ. Это одинъ изъ самыхъ важныхъ моментовъ послѣоперационнаго теченія. Дабы его вызвать, больнымъ удаляютъ резиновую трубку или тампонъ изъ прямой кишки, обмываютъ анусъ. Если струя въ это время отпала, гранулирующія раны присыпаютъ йодоформомъ. Внутрь даютъ касторовое масло или глауберову соль. При первыхъ попыткахъ на-низъ полезно поставить клизму, дабы облегчить выходеніе кала. Обычно при стулѣ появляются боли и небольшія кровотеченія изъ гранулирующихъ раневыхъ поверхностей. Послѣ стула требуется тщательно вымыть и дезинфицировать анальную область, наложить влажную повязку. Въ дальнейшемъ обычно гранулирующія раны зарубцевываются тонкимъ линейнымъ рубцомъ. Черезъ 2—3 недѣли при благоприятныхъ условіяхъ полное выздоровленіе.

Такое послѣоперационное теченіе однако часто нарушается появляющимися осложнениями. Мы будемъ изучать ихъ характеръ одновременно съ изученіемъ результатовъ отжиганія.

Флегмоны, абсцессы, сепсисъ, стриктуры, рецидивы послѣ отжиганія и т. п. видѣли Gosselin ⁴⁾, Nélaton ⁴⁾, Chassaignac ⁴⁾, Wigow ¹⁹⁾, и многіе другіе. Такія осложненія наблюдались главнымъ образомъ въ доантисептическое время и при способѣ Boyer'a, иногда Richet.

Langenbeck же ¹³⁸⁾, оперировавъ нѣсколько сотенъ разъ безъ всякаго побочнаго осложненія (по Trzbiicky ¹³⁸⁾. Smith изъ 430 больныхъ—одного больного потерялъ; у двухъ, черезъ нѣсколько времени послѣ операціи, образовалась стриктура.

Въ клиникѣ проф. Miculicz'a ¹³⁸⁾ изъ 126 больныхъ, опе-

рированныхъ по Langenbeck'у „одинъ умеръ черезъ 24 часа отъ паралича сердца (эмболія ?), одинъ перенесъ пиэмію, у 12 больныхъ (т. е. 9,6%) т⁹ поднималась въ послѣоперационномъ періодѣ до 38, двое имѣли послѣдовательное кровотеченіе, остановленное тампонадой и лигатурой, почти у половины больныхъ была задержка мочи дня на 2—3. Результаты у большинства больныхъ были стойки (только 2 рецидива) и продолжительны. Вторичныхъ стриктуръ ни у кого изъ больныхъ не наблюдалось.

Изъ той же клиники Reinbach, ¹⁰⁷⁾ говоря объ отдаленныхъ результатахъ отжиганія, указываетъ, что на 27 больныхъ, среди которыхъ только у 19 результаты могли считаться удовлетворительными, у 8 больныхъ имѣлись рецидивы. „Изъ 4 случаевъ оперированныхъ по Langenbeck'у въ одномъ случаѣ навѣрно будетъ рецидивъ“, говоритъ Reinbach на основаніи своего матеріала.

Stein ¹³⁹⁾ изъ 300 случаевъ, только у одного больного имѣлъ рожу, возникшую отъ задержки гноя, у другой дѣвочки 16 лѣтъ имѣлъ послѣдовательное кровотеченіе, угрожавшее жизни.

Докторъ Лезинъ ⁷⁶⁾ въ отчетѣ о хирургической дѣятельности больницы Александровской общины сестеръ Краснаго Креста, говоритъ, что изъ 102 случаевъ отжиганія, въ 25 случаяхъ послѣоперационное теченіе сопровождалось лихорадкой, въ 7 случаяхъ, въ зависимости отъ ранняго отпаденія струпуевъ, было послѣдовательное кровотеченіе, въ 5 воспаленіе слизистой съ отекомъ и выпаденіемъ ея. Отхожденіе струпуевъ по Лезину, наблюдалось спустя 2 недѣли послѣ операціи въ 19 случаяхъ, черезъ 10 дней—въ 23 случаяхъ, черезъ 7 дней—въ 22 случаяхъ и раньше 7 дней въ 12-ти.

Средняя продолжительность пребыванія больного въ клиникѣ—17 дней, съ колебаніями отъ 2 до 3 недѣль.

Докторъ Змигородскій ³⁴⁾ на 20 операціи отжиганія у 9 наблюдать повышеніе температуры. Выздоровленіе среднимъ числомъ наступало на 26-ой день.

Мандельбергъ ⁷⁹⁾, производя отжиганіе нѣсколько измѣненнымъ образомъ (особый ущемляющій пинцетъ), изъ 333 больныхъ наблюдать только у одного больного смерть отъ diar-

реи; изъ другихъ у одного больного была рожа, у другого кровотечение, у третьяго выпадение слизистой, въ остальныхъ же отличные результаты.

Таковъ характеръ осложнений и результатовъ отжиганія по литературнымъ даннымъ. Обратимся теперь къ своимъ случаямъ.

На 131 операцию по Langenbeck'у въ 81 случаяхъ t^0 за всё постъоперационное время не поднималась выше $37,5^0$ т. е. въ 61,8% оставалось нормальной; въ остальныхъ же 50 случаяхъ t^0 поднималось выше нормы т. е. въ 38,2%.

Поднятіе t^0 въ 19 случаяхъ было ниже $38,0$; въ 24 случаяхъ t^0 была выше $38,0$ у 4-хъ больныхъ выше $39,^0$ и у 3-хъ даже до 40^0 .

Продолжительность подъема t^0 только рѣдко была въ теченіи всего періода лежанія, до перваго стула. Чаще всего t^0 поднималась на 2—3 дня. При этомъ, или въ день операціи къ вечеру, падая до нормы чрезъ день, два; или же t^0 поднималась на 6—7—8 день и сейчасъ же постъ перваго стула становилась нормальной.

Отличное теченіе ранъ слизистой подъ струнамъ, съ заживаніемъ ихъ постъ отпаденія его тонкимъ рубцомъ отмѣчено у 73 больныхъ, т. е. въ 55,7%. Въ остальныхъ же 58 случаяхъ, т. е. въ 44,3% имѣлись различнаго рода мѣстныя осложнения, именно: отеочность у anus'a и набуханіе наружныхъ шишекъ, небольшія постѣдовательныя кровотечения изъ грануляцій въ завѣсности отъ ранняго отпаденія струнъ, кровоподтеки у anus'a, обостреніе катарра слизистой, боли у anus'a и т. п.

Вообще же различнаго рода осложнения, какъ то задержка мочи, метеоризмъ, поносъ постъ операціи (2 случая), рвота, кровотечение изъ пузыря у одного больного, набуханіе предстательной железы и т. п. встрѣтились у 78 больныхъ, т. е. въ 59,5%. Безъ всякихъ осложнений операція прошла у 53 больныхъ т. е. у 40,5%.

Вообще изъ различнаго рода осложнений отжиганія на 131 больныхъ встрѣтились:

Таблица 8.

	На общее число больныхъ.
Отеочность у anus'a и набуханіе наружныхъ шишекъ: 35 разъ	26,7%
небольшія вторичныя кровотечения: 40 разъ	30,5%
обостреніе катарра слизистой recti: 12 разъ	9,1%
Преждевременное отпаденіе струнъ въ (на 2-ой день—	
3 раза, 3-й—3 раза, на 4-й—11 разъ, на 5—19 всего): 36 разъ	28,2%
кровоподтекъ 3 разъ	2,3%
постъоперационная боль 29 разъ	22,1%
задержка мочи 46 разъ	35,1%
кишечныя расстройства 12 разъ	9,1%

Итакъ постъ отжиганія въ постъоперационномъ періодѣ помимо повышенія температуры у нашихъ больныхъ наблюдались изъ осложнений: чаще всего задержка мочи, затѣмъ небольшія кровотечения, раннее отпаденіе (до 5 дней) струнъ, отеочность у anus'a, боли.

Операція отжиганія + радіальное прижиганіе слизистой по поводу ея выпаденія, сдѣланная у насъ 3 раза, представляла тѣ же осложнения, что и простое отжиганіе.

Операція отжиганія + разсѣченіе имѣющагося свища, сдѣланная у насъ 5 разъ, сопровождалась также этими осложнениями. Боли, несмотря на разсѣченіе сфинктера, въ постъоперационномъ періодѣ отмѣчены изъ этихъ случаевъ у 2-хъ больныхъ. Скорость выздоровленія во всѣхъ этихъ случаяхъ значительно затягивалась (minimum 15 дней—maximum у насъ 2 мѣсяца).

Операція отжиганія внутреннихъ узловъ съ изсѣченіемъ наружныхъ (раны защиты шелкомъ), проведенная въ постъоперационномъ періодѣ безъ опія (не была также въ rectum заведена резин. трубка), дала отличный результатъ. Не было никакихъ осложнений и больной былъ выписанъ на 7-ой день.

Обратимся теперь къ ближайшимъ и отдаленнымъ результатамъ отжиганія у нашихъ больныхъ.

Роль таблицы непосредственных результатов:

Т а б л и ц а 9.

Многие чьих, через 10 дней	У 24 больн.	У 1 больн.	У 3 больн.	—	—	28 т. е. 21,3%
15	30	4	2	У 1 больн.	58	44,3%
20	20	5	6	—	31	23,6%
25	5	7	2	—	14	10,7%
Итого:	99 (75,6%)	17 (12,9%)	13 (9,9%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	Всего 131

Через сколько дней выписан постъ операций:

Изъ таблицы этой видно. Большая часть нашихъ больныхъ постъ операции Langenbeck'a, именно 75,6%, были выписаны съ полнымъ *restitutio ad integrum*. Нѣкоторые однако были выписаны не вполне поправившись. Изъ таблицы видно, что среди такихъ больше всего было имѣющихъ на мѣстахъ отпавшихъ струппевъ гранулирующія раны (12,3%) и отечныя наружныя шишки (9,9%).

Предѣльнымъ срокомъ выписки постъ операций изъ клиники у насъ было 25 дней. Большинство однако больныхъ выписывалось постъ этой операции между 10 и 15 днями (44,3%), многие также между 15 и 20 (23,6%).

Избавившись благодаря операции отъ мучительныхъ припадковъ геморроя и геморроидальныхъ узловъ, большая часть нашихъ больныхъ по прежнему страдала запорами и при выпискѣ нуждалась въ цѣломъ рядѣ совѣтовъ для борьбы съ нимъ.

Что касается отдаленныхъ результатовъ, то мы могли убѣдиться у нѣкоторыхъ, что полное выздоровленіе продолжалось спустя 2 мѣсяца (2 случая изслѣдованіе обоихъ больныхъ), 3, 4 мѣсяца (письменно), черезъ 1 годъ и чрезъ 6 лѣтъ (изслѣдованіе больныхъ). Чрезъ больший срокъ времени полного выздоровленія наблюдать намъ не пришлось.

Черезъ 2 мѣсяца у одного больного постъ операции мы могли найти отечность и набухлость наружныхъ шишекъ. Другой больной чрезъ 4 мѣсяца постъ операции самъ явился въ клинику съ просьбой удалить ему мѣшающія при ходьбѣ и иногда отекающія наружныя шишки.

Далѣе у одного изъ нашихъ больныхъ чрезъ 2 мѣсяца постъ операции появилось незначительное суженіе задняго прохода, для излѣченія котораго потребовалось произвести насильственное расширеніе задняго прохода подъ хлороформомъ.

Возвратъ постъ операции наблюдались чрезъ 5 мѣсяцевъ (1 случай), чрезъ годъ (1 случай), чрезъ 8 лѣтъ (1 случай) и чрезъ 10 лѣтъ (1 случай). У больного, у котораго кровотеченія, боль и узлы появились чрезъ годъ постъ сдѣланнаго ему первый разъ отжиганія, операция (отжиганіе) была повторена; прошло три года онъ оставался здоровымъ, но въ концѣ этого срока сталъ опять страдать кровотеченіями

и проч. Въ настоящее время онъ желаетъ подвергнуться новой операціи.

Установить у какого числа изъ нашихъ случаевъ появились возвраты мы не можемъ, ибо узнать о дальнѣйшихъ результатахъ у большинства больныхъ мы не могли. Но и приведенные факты для нашихъ цѣлей вполне достаточны.

Мы подробно изучили осложнения и результаты операціи Langenbeck'a ибо она въ настоящее время весьма распространена среди хирурговъ.

Какія же **преимущества** этой операціи надъ другими: 1) даже при грубомъ нарушеніи правилъ асептики, отжиганіе, гдѣ микробы и ихъ продукты разрушаются огнемъ и полученныя раны защищены непроницаемымъ струномъ даетъ больше гарантіи, чѣмъ другія, отъ случайныхъ раневыхъ осложнений; въ этомъ отношеніи въ прямой кишкѣ операція эта незаменима; 2) она менѣе кровотоочива, чѣмъ операція, гдѣ для уничтоженія шншекъ примѣняютъ рѣзущіе инструменты; часто она совершенно безкровна; 3) въ томъ видѣ эта операція, какъ она примѣняется у насъ, она несомнѣнно болѣе радикальная, чѣмъ насильственное растяженіе, ибо она есть растяженіе плюс разрушеніе образовавшихся узловъ; 4) она не требуетъ обязательно хлороформа и её можно дѣлать подъ мѣстной анестезіей кокаиномъ; 5) съ технической стороны операція эта проста и требуетъ только соблюденія извѣстныхъ правилъ и осторожности; 6) какъ операція, гдѣ не добиваются первичнаго натяженія, она можетъ быть примѣнена къ воспаленнымъ и гангреницированнымъ шншкамъ.

Недостатки этой операціи слѣдующіе: 1) она не современна, ибо идеалъ хирурга вездѣ достигать заживленія *per primam*, въ этой операціи недостижимъ; выздоровленіе возможно при ней лишь *per secundam granulationem*; 2) отжиганіе требуетъ особыхъ специально для этой операціи устроенныхъ инструментовъ; 3) въ послѣоперационномъ теченіи она часто сопровождается общими осложнениями, каковы повышение температуры (у Mikulicz'a въ 9,6%; у насъ въ 38,2%) и т.п., или мѣстными раневыми осложнениями, напр. небольшимъ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ, отекомъ у *anus'a*, болями и т.п.; 4) рецидивы при ней возможны на-

ряду съ отилчными результатами, какъ и при другихъ операціяхъ; кромѣ того при ней бываетъ, хотя и крайне рѣдко, образованіе послѣдовательныхъ стриктуръ.

Изучивъ операцію Langenbeck'a, видя ея положительныя и отрицательныя стороны, мы имѣемъ право заключить, что она далека отъ идеала, но все-таки имѣетъ за собой много хорошаго. Она безусловно безопасна, даже въ рукахъ неопытнаго даетъ отличные ближайшіе и часто отдаленные результаты, примѣнима къ воспаленнымъ геморроидамъ, недостатки ея часто можно избѣгать. Мы припомнимъ, что недостатки эти до извѣстной степени зависятъ отъ неумѣнія врача, часто отъ того, что операція дѣлается на всевозможнаго рода геморроидахъ, независимо отъ степени ихъ развитія и т.п. Мы думаемъ вообще, что операція эта заслуживаетъ сохраненія, несмотря на свои недостатки, но необходимо для нея установить опредѣленные показанія.

Въ самой операціи съ технической стороны мы рекомендовали бы, на основаніи сказаннаго выше, слѣдующія усовершенствованія: 1) обратить вниманіе на приготовленіе больного, дѣлая лучше всего это по способу проф. Субботина; 2) не заводить въ *rectum* ни резиновой трубки, ни тампона, а крайне бережно относиться къ имѣющимся струпьямъ; 3) всегда удалять наружные геморроиды, вырѣзывая ихъ и зашивая кожную рану, иначе такіе случаи, какіе имѣлись у насъ (именно больные черезъ 2—4 мѣсяца приходять къ намъ и просятъ отрѣзать набухающія наружныя шншки) будутъ не рѣдкостью; 4) тщательно перевязывать больного, дѣлая это лучше всего каждыи день. Конечно трудно предусмотрѣть все мелочи, отъ которыхъ часто и зависятъ результаты. Опытъ здѣсь, какъ и въ другихъ операціяхъ лучше всего помогаетъ добиться желаемаго.

Excisio (отрѣзываніе „по Спигарному¹²⁶⁾. Удаленіе отдаленныхъ геморроидальныхъ узловъ при помощи рѣзущихъ инструментовъ—старая операція. Гиппократъ¹⁾ для этой цѣли рекомендовалъ „извлечь наружу геморроиды, распаривъ *anus* теплой водой, изсѣчь ихъ вершину, а на раневую поверхность прикладывать мѣдный цѣтъ“. Изсѣченіе геморроидальныхъ узловъ дѣлать Aëtius, Павелъ Египетскій, Арабскіе хирурги VIII вѣка, J. L. Pétit (XVII ст.),

Sabatier, Velpeau, Dupuytren, Lisfranc *) и мног. другіе. Примѣняемая охотно для наружныхъ шишекъ экзцизія для внутреннихъ узловъ считалась опасной операцией, такъ какъ случаи смерти при ней отъ кровотеченія и инфекціи были не особенной рѣдкостью. На это указывали Dupuytren **), Boyer ***).

Послѣ того, какъ Gosselin ****) доказать въ своей классической работѣ, что наружныя шишки сами исчезаютъ послѣ удаленія внутреннихъ, операція „изсѣченія“ узловъ во Франціи на-время была почти совершенно оставлена. Экстирпация геморроидальныхъ узловъ въ Германіи давала хорошіе результаты въ рукахъ Esmarch'a **), но не получила большого распространенія (Baumgarten **), Braatz ***) (щипцы Jones).

Въ послѣднее время во Франціи ревностнымъ защитникомъ частичной экстирпации выступилъ M. Ch. Monod **), Lafourcade **), раньше же ихъ M. Bénéot (по Pauzat'у ****), (1860 г.) старался воскресить этотъ забытый способъ.

Въ Англіи и въ Америкѣ его придерживаются: Thomas **), Stinson **), Byford ***) и др. Въ Россіи Волковичъ ****) примѣнялъ этотъ способъ, но затѣмъ отказался отъ него. Въ настоящее время проф. Субботинъ при геморроѣ, осложненномъ выпаденіемъ задняго прохода, дѣлаетъ „насильственное растяженіе съ вырѣзываніемъ геморроидальныхъ узловъ вмѣстѣ съ болѣе или менѣе обширными складками слизистой оболочки“.

Приведемъ технику изучаемаго способа. Лучшее всего для этой цѣли приведемъ операцію такъ, какъ она дѣлается Esmarch'омъ **), Ch. Monod'омъ **), проф. Субботинымъ **).

Esmarch **), приготовивъ больного (слабит., промывательное, наркозъ) при положеніи больного, какъ при камнеисеченіи, дѣлаетъ: 1) насильственное расширеніе анальнаго кольца, затѣмъ заведя въ rectum губку и промывъ кишку борнымъ растворомъ, 2) захватывая зажимными щипцами всѣ болѣе крупныя наружныя и внутренніе узлы и вытягиваетъ ихъ наружу; далѣе 3) отдѣливъ основаніе узла съ наружной стороны ножницами или ножомъ, притягиваетъ слизистую выше основанія матрацнымъ швомъ къ наружной

*) По Pauzat'у **).

кожѣ. Послѣ того, какъ узелъ сръзанъ, шовъ стягивается, рана закрывается. Такъ поступаютъ со всѣми швами.

Извлекаъ губку, вставитъ резиновый дренажъ въ rectum и задерживать на 6—8 дней испражненія опіемъ.

Экстирпация ведетъ за собой обыкновенно заживленіе per primam, говоритъ Esmarch.

Ch. Monod ***) (1899 г.), приготовивъ больного (ol. ricinum—2 дня; накажутъ операціи опіи) дѣлаетъ операцію подъ хлороформомъ, иногда эфирнымъ наркозомъ, въ крайнемъ случаѣ, подъ кокаиномъ. Прежде всего насильственное растяженіе anus'a при помощи зеркала Trélat. Затѣмъ изсѣкаетъ геморроидальный узелъ двумя разрезами параллельно оси прямой кишки и зашиваетъ рану 2—3 катгутowymi швами (катгутъ № 7, игла Reverdin'a). Такъ поступаетъ онъ обычно съ 3—4 узлами. Въ концѣ-концовъ въ rectum заводится резиновая трубка съ иодоформнымъ вазелиномъ, накладывается повязка. Въ дальнѣйшемъ теченіи жидкая діета, опіи, на 5—6 день слабительное.

Проф. Субботинъ **), послѣ тщательнаго приготовленія больного, оперируетъ подъ хлороформомъ, положивъ больного на лѣвый бокъ съ сильно согнутыми бедрами.

Насильственное расширеніе дѣлается при помощи расширителя Trélat. Особымъ зажимомъ (длинный Певанъ) захватывается выдающаяся складка изъ кожи и слизистой оболочки или только слизистой и зажимается. Подъ зажимъ подводятъ катгутовыя нити (4—5). Далѣе сръзается захваченная складка надъ зажимомъ, и нити завязываются, такъ что получается узловатый шовъ. Такъ поступаютъ 2—3 раза.

Очистивъ задній проходъ и его окружность, вставляютъ внутрь стерилизованный тампонъ. Въ дальнѣйшемъ на 4—5 день тампонъ мѣняютъ, на 6—7 день вызываютъ стулъ.

Какие результаты и осложненія даютъ эти операціи.

Ch. Monod **), отказавшись отъ отжиганія, наблюдать въ послѣоперационномъ теченіи въ осложненій лишь задержку мочи. Больные его обычно выздоравливали на 10—15 день; полученные ближайшіе результаты оставались стойкими, такъ что операція по Monod'у вполне заслуживаетъ названіе радикальной.

Проф. Субботинъ **), оперируя массу случаевъ, всегда

видѣть быстрое и отличное заживленіе ранъ, имѣвшихъ послѣ этой операціи. Изъ всѣхъ случаевъ, за время болѣе 10 лѣтъ, профессоръ помнитъ 3—4 больныхъ, у которыхъ заживленіе, въ зависимости отъ плохого приготвленія больного, происходило путемъ нагноенія.

Волковичъ ²⁵⁾, примѣняя способъ Esmarch'a, отказался отъ него, такъ какъ не всегда получалъ заживленіе *per primam*. Онъ убѣдился, что операція довольно кровотолива и, сдѣлавъ её, нельзя быть увѣреннымъ, что удалены всѣ узлы.

Ricard ¹⁰⁾ говоритъ, что подобная операція даетъ быстрое и радикальное выздоровленіе, изъ осложненій сопровождается лишь задержкой мочи. Въ случаѣ нагноенія—рубцеваніе идетъ обыкновенно отлично. Quénu ¹⁰⁴⁾, Delbet ¹⁰⁵⁾ и нѣкот. друг. также съ похвалой отзываются объ этой операціи, но устанавливаютъ для нея кругъ опредѣленныхъ, довольно узкихъ показаній.

Изъ нашихъ больныхъ у 2 была сдѣлана экстирпація узловъ по способу, который весьма похожъ на способъ Monod'a. Отличіе слѣдующее: 1 разъ операція произведена подъ мѣстной анестезіей по Schleich'у; насильственное растяженіе дѣлалось пальцами; 1 разъ для шва употреблялся шелкъ и одинъ разъ катгутъ.

Въ послѣоперационномъ теченіи, кромѣ задержки мочи, у одного больного отмѣчается (катгутъ) нагноеніе, повышеніе t° до 38,5 и расхожденіе краевъ раны.

Въ конечномъ результатѣ у одного изъ этихъ больныхъ (гдѣ было заживленіе *per primam*) былъ рецидивъ черезъ 9 мѣсяцевъ, по поводу котораго было сдѣлано отжиганіе.

Въ нашемъ же распоряженіи имѣлись еще 2 случая, гдѣ имѣлись рецидивы послѣ подобной операціи, сдѣланной въ другихъ лечебныхъ учрежденіяхъ. У одного изъ этихъ больныхъ рецидивъ развился черезъ 3 года, у другого чрезъ 9 лѣтъ послѣ операціи.

Операція экцизии узловъ на основаніи всего сказаннаго имѣетъ слѣдующія **преимущества**: 1) она рассчитана на заживленіе *per primam* и поэтому удовлетворяетъ главному требованію современной хирургіи; 2) она проста по Technikѣ, не требуетъ специальныхъ инструментовъ и особаго ухода за больнымъ въ послѣоперационномъ періодѣ; 3) она часто

выполнѣть радикальная операція, особенно въ той формѣ, какъ она дѣлается Monod'омъ, проф. Субботинымъ, соперничать однако въ этомъ отношеніи съ операціей Witehead'a она едва-ли можетъ; 4) ни одинъ изъ современныхъ авторовъ, её примѣнявшихъ не указываетъ на послѣоперационныя боли, послѣд. кровоточенія, суженія и т. п.; 5) выздоровленіе въ случаѣ успѣха при ней наступаетъ быстро.

Недостатки этой операціи такіе: 1) какъ и при другихъ способахъ рассчитанныхъ на заживленіе *per primam*, она не приложима ко всякаго рода геморроидамъ, особенно воспаленнымъ; 2) она требуетъ тщательной подготовки больного къ операціи, особенно возможно большей чистоты со стороны слизистой recti; 3) она болѣе кровотолива, чѣмъ отжиганіе; 4) рецидивы послѣ нея возможны даже черезъ сравнительно короткое время (нѣтъ эндофлебита и запустѣнія въ сосѣднихъ венахъ благодаря заживленію *per primam*).

Дѣлая **оцѣнку** изучаемой операціи, мы думаемъ, что она вполне примѣнима и даетъ отличные результаты, но только при опредѣленныхъ формахъ геморроя. Такъ при воспаленныхъ, тѣмъ болѣе гангренизирующихся узлахъ она несомнѣнно должна уступить мѣсто отжиганію. Непримѣнима она также въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы не имѣемъ времени и возможности достаточно хорошо приготовить больного. Такимъ образомъ и для этой операціи, заслуживающей несомнѣнно большаго распространенія, какъ и для отжиганія, должны быть установлены извѣстныя показанія.

Весьма близкимъ къ экцизии и въ то же время къ отжиганію стоитъ способъ удаленія большихъ выпавшихъ узловъ „гальванокаустической рѣзущей петлей“, которую въ свое время широко примѣнялъ Esmarch ³⁹⁾. Мы лично не видимъ въ ней особыхъ преимуществъ надъ термокаутеромъ, ножомъ, ножницами и т. п. и говоримъ поэтому объ этомъ способѣ воздержимся, не имѣя къ тому же въ его примѣненіи никакого опыта.

В. Способы, гдѣ операторъ вліяетъ не на отдѣльные геморроиды, а непосредственно на всю нижнюю часть прямой кишки и анальную область.

Сюда относятся: **насильственное растяжение anus'a, операція Whitehead'a.**

Исторія операціи **насильственного растяжения** приведена во многихъ французскихъ диссертаціяхъ (Pauzat ⁹⁷), Rosenbaum ¹¹²), и друг.). Мы сообщимъ важнѣйшія изъ нея данныя.

Boyer ⁴⁾ первый совѣтовалъ дѣлать надрѣзы мышечныхъ пучковъ сфинктера при трещинахъ задняго прохода. Récamier въ 1838 году рекомендовалъ съ этой же цѣлью пальцевое расширение и массажъ anus'a. Раньше его на 5 лѣтъ то же съ успѣхомъ примѣнялъ извѣстный шарлатанъ Moltenot. Maisonneuve въ 1849 году горячо защищалъ „la dilatation forcée“ при трещинахъ задняго прохода, а затѣмъ установилъ рядъ для него показаній. Его ученикъ Lepelletier описалъ нѣсколько случаевъ излеченія геморроя благодаря расширенію anus'a. Такимъ образомъ первыми ввели способъ при геморроѣ насильственного расширения задняго прохода Maisonneuve и Lepelletier. Это должно отнести къ 1850 и къ 1851 годамъ.

Несмотря на то, что уже въ 1829 году существовало ученіе Cruveilhier о спазмѣ сфинктера, какъ причинѣ геморроя (Pauzat ⁹⁷), а затѣмъ постоянно появлялись отдѣльныя наблюденія о правильности такого взгляда (напр. Demarquay, Germain и друг.), только благодаря Verneuil'ю ⁴¹⁾ и Fontan'у ⁴²⁾ ученіе это достигло широкаго распространенія и получило практическое примѣненіе. Съ 1874 года Verneuil впервые сталъ употреблять насильственное растяженіе исключительно для леченія геморроя, а въ 1875 году Fontan сообщилъ уже о 12-ти случаяхъ излеченія страданія этимъ путемъ. Verneuil и Fontan могутъ такимъ образомъ считаться хирургами, начавшими впервые систематически и рационально производить насильственное растяженіе при геморроѣ. У насъ въ Россіи

энергичнымъ защитникомъ этой операціи явился проф. Субботинъ ¹³²⁾, начавшій её примѣнять въ 1882 году.

Обратимся теперь къ **техникѣ** этой операціи:

Она не сложна. Наилучшимъ способомъ приготовленія больныхъ намъ кажется тотъ, который рекомендуетъ проф. Субботинъ. Мы о немъ уже говорили выше. Fontan ⁴⁰⁾ оперируетъ подъ эфирнымъ наркозомъ. Проф. Субботинъ ¹³²⁾, производить её всегда подъ хлороформомъ. Reclus ¹⁰⁸⁾ достигаетъ нечувствительности при помощи впрыскиваній 1% раствора кокаина въ наружный сфинктеръ и тампона, пропитаннаго 1:50% растворомъ кокаина, который вводится въ кишку до ампулы. Rosenbaum ¹¹²⁾ въ своей диссертациі говоритъ, что операція съ успѣхомъ можетъ быть произведена подъ бромъ-этиломъ. Проф. Субботинъ ¹³²⁾, говоритъ, что „предпринимать эту операцію при мѣстной анестезіи не слѣдуетъ“, такъ какъ иначе мы рискуемъ вызвать у больного шокъ. Но при полномъ наркозѣ по Грекову ⁴⁵⁾ появляются рефлексы на дыхательный и сосудодвигательный центры (syncope respiratorium et cardiacum); пульсъ замедляется, лицо краснѣетъ, дыханіе задерживается и дѣлается неправильнымъ. Объ этомъ говоритъ также Rosenbaum ¹¹²⁾ и другіе. Операція такимъ образомъ болѣзненна и всегда требуетъ наркоза.

Самое растяженіе дѣлается или пальцами или при помощи инструментовъ.

Пальцевое расширение предпочитаютъ Nélaton ¹⁰⁸⁾, Guyon ¹⁰⁸⁾, производя его двумя большими или указательными пальцами, заводя ихъ въ rectum настолько, чтобы можно было достигъ верхняго края сфинктера и затѣмъ сразу (Guyon ¹⁰⁸⁾), или медленно раздвигая пальцы, пока они не упрутся въ tubera ischii.

Для инструментальнаго расширения требуются различнаго рода зеркала: такъ съ этой цѣлью употребляются зеркала Lisfranc'a, Ricord'a, Trélat, Nicaise (трехстворчатое и др.). Проф. Субботинъ употребляетъ зеркало Trélat (Verneuil зеркало Ricord). Самое расширение проф. Субботинъ ¹³²⁾ производитъ слѣдующимъ образомъ: „при наступленіи наркоза, больной поворачивается на лѣвый бокъ, расширитель смазывается стерилизованнымъ масломъ, закрытымъ вводится въ прямую кишку и раскрывается постепенно въ ней до тѣхъ поръ, пока

створки не упрутся въ сѣдалищную кость. Теперь слегка закрывая распиритель, поворачиваютъ его вокругъ продольной оси и снова раскрываютъ; такіе повороты дѣлаютъ то въ одну сторону, то въ другую въ теченіи 5—8 мин.“.

Обычно послѣ окончанія такого растяженія на слизистой наблюдается нѣсколько капель крови, выступающей изъ мѣстами надорванной слизистой. Проф. Субботинъ¹³²⁾, извлекиши зеркало, обмываетъ задній проходъ и обсушивъ его, накладываетъ снаружи повязку, не вводя ничего внутрь.

Кромѣ этого способа существуютъ и другіе. Walker¹⁴⁴⁾, напр., дѣлаетъ насильственное растяженіе въ нѣсколько сроковъ, дня черезъ 2—3 вводя зеркало съ дѣлениями и расширяя его каждый разъ все сильнѣе и сильнѣе. Черезъ нѣсколько недѣль этого безболѣзненного леченія исчезаютъ всѣ тяжелые симптомы, какъ боли, кровотеченія, запоръ и самые узлы (по словамъ автора).

Производя пальцевое расширеніе anus'a, мы нѣсколько разъ могли убѣдиться, какъ трудно его хорошо сдѣлать, довести до maximum'a. Пальцы къ тому же легко соскакиваютъ часто дѣйствуютъ не равномерно, а толчками. Мы думаемъ, что расширеніе, какъ самостоятельную операцію, дѣйствительно всегда лучше производить зеркаломъ.

Въ послѣоперационномъ теченіи обычно никакихъ осложнений не наблюдается. Легкое жженіе и боли у anus'a держатся недолго. Появляющіяся боли часто зависятъ отъ выпаденія шишекъ и слизистой; ихъ легко прекратить, вправивъ выпавшія части. Задержка мочи такое явленіе здѣсь какъ и при другихъ операціяхъ. На 4-ый день (по проф. Субботину¹³²⁾ больной можетъ ходить. На 5—6 день оперированный имѣетъ стулъ. Еще 8—10 дней ставятъ клизмы и этимъ заканчивается обычно послѣоперационное леченіе. Въ нормальное состояніе все приходитъ черезъ 3—6 недѣль (Субботинъ¹³²⁾).

Кромѣ выпаденія шишекъ изъ мѣстныхъ осложнений надо отмѣтить часто появляющійся около rectumъ кровоподтекъ, иногда явленія ущемленія шишекъ. Reclus¹⁰⁸⁾ находилъ, что иногда черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи сфинктеръ уже оказывалъ сопротивленіе вводимому въ rectumъ пальцу, плотно его сжимая. Объ операціи этой, какъ дающей чрезвычайно легкое послѣоперационное теченіе говорятъ многіе

авторы, напр.: Verneuil¹⁴⁴⁾, Fontan⁴⁶⁾, F. Monod¹¹²⁾, Trélat¹³⁸⁾, и друг.

Обратимся теперь къ результатамъ ея. Едва-ли кто изъ хирурговъ станетъ теперь утверждать, какъ это сдѣлалъ Verneuil¹⁴⁴⁾, говоря: „que la question des hemorrhoides est une question fini au point de vue thérapeutique“.

Въ большинствѣ господствуетъ убѣжденіе, что операція эта чаще, чѣмъ другая сопровождается рецидивами и поэтому имѣетъ лишь паллиативное значеніе. Самъ Verneuil⁴⁶⁾ видѣлъ послѣ своей операціи рецидивы и признавалъ иногда необходимость примѣнить легкой уколъ термокаутера для предупрежденія ихъ. Вмѣстѣ съ этимъ Verneuil¹⁴⁴⁾ наблюдалъ случаи и стойкаго излеченія на 6—10—12—14 лѣтъ послѣ насильственного растяженія. Fontan⁴⁶⁾ на себѣ испытать пользу насильственного расширенія. Простое пальцевое растяженіе иногда также даетъ хорошіе результаты. Д-ръ В. Н. Поповъ¹³²⁾ *) наблюдалъ одного больного, гдѣ послѣ подобнаго растяженія, сдѣланнаго по совѣту Н. И. Пирогова послѣдовало излеченіе отъ припадковъ геморроя на 10 лѣтъ. Рецидивы однако видѣли всѣ авторы, примѣнявшіе эту операцію. Trélat¹³⁸⁾ говорить, что возвраты наблюдаются въ 1/2 всѣхъ случаевъ. Reclus¹⁰⁸⁾ приводитъ рядъ случаевъ, гдѣ рецидивы несмотря на иногда повторно примѣняемое растяженіе, слѣдовали одинъ за другимъ. Классическимъ примѣромъ въ этомъ отношеніи является одинъ профессоръ (по Ané⁹⁾, которому въ продолженіи 13 лѣтъ операція была повторена 3 раза и каждый разъ съ успѣхомъ. Рецидивы послѣ операціи появлялись у Reclus¹⁰⁸⁾ черезъ годъ, два, три. Gosselin¹¹²⁾ однако имѣлъ 2-хъ больныхъ, у которыхъ послѣ насильственного расширенія, у одного на 12 день, а у другого на 15, появились—выпаденіе, кровотеченіе, трудная вправляемость. Рустикій¹⁴⁵⁾ видѣлъ больныхъ которые на 7—10 день послѣ растяженія сами просили другой болѣе коренной операціи. Проф. Субботинъ,¹³²⁾ примѣняя эту операцію 18 лѣтъ, убѣдился въ „полной ея безопасности“ и въ „радикальномъ ея дѣйствіи“. Не мало среди его больныхъ было такихъ, которымъ операція была

*) Пренія на III сѣздѣ Общ. Рус. врачей въ память Пирогова 1889 г.

произведена 10 лѣтъ тому назадъ и за этотъ періодъ у нихъ не было геморроя. Приходилось однако и проф. Субботину видѣть рецидивы черезъ большій или меньшій промежутокъ времени, но на этотъ геморрой можно, по мнѣнію профессора, смотрѣть какъ на совершенно новое заболѣваніе. Quénu⁴⁹⁾ наблюдалъ также рецидивы послѣ этой операціи.

Вообще Quénu⁴⁹⁾ думаетъ, что операція эта есть „превосходное терапевтическое средство противъ припадковъ геморроя, но совершенно безсильное въ большинствѣ случаевъ, противъ самой болѣзни“. Rosenbaum¹¹²⁾, Ané⁹⁾, Delestang,²⁸⁾ Thévenard¹²⁴⁾ и многіе другіе французскіе хирурги смотрятъ на эту операцію, какъ на имѣющую лишь паллиативное значеніе.

Описаны случаи, гдѣ послѣ операціи насильственного растяженія, развивалось недержаніе кала, иногда и стойкое (Thévenard¹²⁴⁾), иногда выпаденіе слизистой при каждой дефекаціи.

Среди нашихъ больныхъ имѣлся одинъ случай, гдѣ у солдата 25 лѣтъ послѣ перенесенной дизентеріи развились вскорѣ геморроидальныя кровотеченія, потребовавшія оперативнаго вмѣшательства. Геморроиды у него были кожнотелесные, сфинктеръ хорошо сокращенный. Больному было сдѣлано подъ хлороформомъ насильственное растяженіе при помощи зеркала Trélat; онъ быстро поправился и на 9-й день былъ выписанъ изъ госпиталя.

Черезъ недѣлю однако больной вновь (16 дней послѣ операціи) явился въ клинику; у него имѣлись кровотеченія, выпаденіе слизистой, набухшіе геморр. узлы. Въ этотъ разъ было сдѣлано отжиганіе. Больной выписался здоровымъ на 16 день и больше въ госпиталь не показывался.

Кромѣ этого у насъ имѣлись 2 больныхъ, у которыхъ пальцевое расширеніе anus'a дало отличные результаты при fissura ani.

Далѣе у одного больного, имѣвшего во время операціи отжиганія непроизвольный стулъ послѣ того, какъ было только что закончено пальцевое насильственное растяженіе, операція была остановлена на этомъ моментѣ. Въ дальнѣйшемъ теченіи на 4 день, несмотря на расширеніе, у больного было сильное кровотеченіе, выпаденіе набухшихъ ши-

шекъ, боли и т. п. На новую операцію больной больше уже не соглашался. Одна изъ нашихъ больныхъ имѣла послѣ операціи насильственного расширенія рецидивъ черезъ 7 мѣсяцевъ.

Какія **преимущества** даетъ намъ эта операція: 1) она проста, безопасна, почти безкровна и отличается быстрымъ, сравнительно легкимъ послѣоперационнымъ теченіемъ; 2) при нуждѣ можетъ быть произведена безъ всякихъ инструментовъ.

Недостатки ея: 1) она требуетъ глубокаго наркоза, во время котораго сопровождается рядомъ рефлекторныхъ явленій; 2) только при соблюденіи извѣстныхъ показаній, она даетъ отличные результаты, иначе же можетъ быть недостаточной и дать неблагоприятные, не только отдаленные, но и ближайшее результаты; операція эта слѣдовательно не применима ко всѣмъ случаямъ.

Дѣлая **оцѣнку** этой операціи, мы не можемъ согласиться съ мнѣніемъ Quénu и смотрѣть на эту операцію, какъ на безсильную противъ геморроя. Факты остаются на лицѣ и нельзя назвать паллиативомъ такую операцію, которая даетъ здоровье на 10—15 лѣтъ. Безсилье этой операціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ, очевидно, зависитъ отъ того, что еѣ примѣняли иногда, не принимая во вниманіе характеръ и степень развитія страданія. Очевидно, что при сильно развитой картигѣ геморроя, когда онъ старый, сфинктеръ разслабленъ, существуетъ выпаденіе слизистой—операція эта не применима. Она прямо противопоказана при геморроидахъ воспаленныхъ, съ гангреной (Fontan⁴⁰⁾ и т. п. Verneuil¹⁴⁾, Fontan⁴⁰⁾, Субботинъ¹²²⁾ и другіе не примѣняютъ еѣ въ такихъ случаяхъ.

Verneuil¹⁴⁾ при выпадающихъ геморроидахъ предлагать холодные души, при параличѣ сфинктера—электричество, при воспаленіи и ущемленіи—пульверизацію карболовой кислотой, иногда термокаутеръ. Trélat,¹³⁹⁾ будучи сторонникомъ дилатаціи, въ этихъ случаяхъ прибѣгалъ къ отжиганію. Субботинъ¹²²⁾ насильственное растяженіе дѣлаетъ только при такомъ геморроѣ, гдѣ операція показана, но нѣтъ осложнений. Очевидно такимъ образомъ, дабы получить хорошіе результаты при помощи этой операціи, надо избѣгать указанныхъ случаевъ. Показано слѣдовательно примѣненіе этой опера-

ции въ случаяхъ мало развитыхъ геморроидовъ, когда существуютъ боли и кровотоения, а сфинктеръ находится въ состояніи повышеннаго тонуса.

Тотъ недостатокъ, что операцию лучше производить при глубокомъ наркозѣ, должно всегда имѣть въ виду. Ricard ¹⁰⁰) говоритъ, что въ статистикѣ смертей отъ хлороформа насильственное растяжение стоитъ во главѣ, вмѣстѣ съ операцией вправленія вывиховъ плеча. Мы знаемъ однако, что у проф. Субботина не было такихъ случаевъ, несмотря на большое число операций. Но все таки принимать все мѣры для предупрежденія случайностей наркоза при этой операциіи во всякомъ случаѣ необходимо.

Въ конечномъ выводѣ мы склонны признать эту операцию радикальной, простой и безопасной, но имѣющей извѣстный кругъ примѣненія.

Какимъ образомъ вліяетъ эта операциа на геморр. узлы?
Вопросъ этотъ еще далеко не рѣшенъ. Едва-ли устраненіемъ спазма сфинктера и удаленіемъ такимъ образомъ главнаго этиологическаго момента геморроя объясняется дѣйствіе этой операциіи. Теорія Duret ⁹⁶), послѣ ряда анатомическихъ изысканій, особенно Quénu, отвергнута и поэтому объясненіе Verneuil'я ¹⁴¹), Fontan'a ⁴⁹) и друг. въ настоящее время должно быть оставлено. Van Buren ¹¹²) думаетъ на основаніи уменьшенія чувствительности въ области anus'a, что операциа производитъ вытяженіе чувствительныхъ нервовъ. Мы говорили уже о наблюдении Reclus ¹⁰⁸), какъ сфинктеръ быстро восстанавливаетъ свою силу. Quénu и Hartmann ¹¹²) изучили это анатомически, дѣлая опыты на собакахъ и найдя со стороны сфинктера послѣ растяженія лишь ничтожныя измѣненія. Операциа, по мнѣнію этихъ авторовъ, вліяетъ на спинной мозгъ, угнетая черезъ чувствительные нервы спинномозговую центръ задняго прохода. Выходитъ такимъ образомъ, что благодаря устраненію нервныхъ вліяній, сфинктеръ на время находится въ покоѣ и это благопріятно вліяетъ на геморроидальные узлы.

Проф. Субботинъ ¹³²) объясняетъ эффектъ операциіи облитерацией венъ, intima которыхъ надорвана, кровь изъ нихъ вытѣснена и стѣнки сдавлены окружающими тканями. Мы не беремся рѣшать этотъ вопросъ.

Операциа насильственнаго растяженія, какъ извѣстно, примѣняется многими хирургами, какъ первый моментъ другой операциіи. Здѣсь вліяніе ея, конечно, такое же какъ и примѣняемой отдѣльно.

Нѣкоторые врачи при операциахъ геморроя въ настоящее время для устраненія вліянія сфинктера стали примѣнять его перерѣзку (**sphincterotomia**).

Надрѣзы сфинктера при трещинахъ anus'a дѣлали еще во времена Boyer'a ⁹⁷). Въ 1860 году Demarquay ⁹⁷) опубликовалъ наблюденіе, гдѣ подкожное разсѣченіе сфинктера, съ цѣлью прекратить его контрактуру вызвало исчезновеніе геморроидальныхъ шишекъ. Въ Россіи Кни ⁶²) въ 1887 году опубликовалъ свои наблюденія надъ леченіемъ геморроя, изъ которыхъ видно, что авторъ, накладывая лигатуру на геморроиды, для болѣе удобнаго ихъ выведенія наружу разсѣкалъ сфинктеръ. „Безъ разрѣза жома хирургъ, дѣлая операцию при геморроѣ въ положеніи гинеколога, ибо ничего не видитъ“, пишетъ Рустикій ¹¹⁰). Особенно ревностнымъ защитникомъ этой операциіи на V-омъ съѣздѣ русскихъ врачей въ память Пирогова выступилъ Тринклеръ ¹⁴⁰). Преимущества, представляемая разсѣченіемъ сфинктера при операциіи геморроя по этому автору, слѣдующія: 1) легко ввести тампонъ въ rectum, при этомъ достаточно высоко; 2) легко отходить газы въ послѣоперационномъ періодѣ; 3) разрѣзъ естественный желобъ для стока секрета изъ rectum. При всѣхъ этихъ преимуществахъ по Тринклеру еще надо прибавить совершенно безболѣзненное послѣоперационное теченіе. „Каждому больному органу нуженъ покой“, говоритъ Тринклеръ, и его можно достигнуть нашей операцией. „Разрѣзъ полезенъ и необходимъ“ по мнѣнію его. Изъ иностранныхъ хирурговъ Henderson ⁵⁰), еще раніе Salmon ¹³⁸), Starcke ¹³⁸), Baum ¹³⁸) и др. дѣлали подобную же операцию.

Разсѣченіе сфинктера чаще всего дѣлали при операциіи наложенія лигатуры (Кни, Salmon), но также отжиганіи, даже операциіи Whitehead'a (Henderson). Техника его не представляетъ ничего особеннаго; разрѣзъ дѣлается обычно сзади къ кончику.

Мы думаемъ, безъ этой операциіи можно смѣло обойтись, ибо представляемая ей выгоды несущественны и не стоятъ

того, чтобы наносить большой травмы, затягивающий только скорость выздоровления. Говорить больше об этой операции поэтому мы не будем.

Операция Whitehead'a.

В 1882 году английский хирург Whitehead¹⁴⁷⁾ опубликовал в *The British Medical Journal* новый способ радикального лечения геморроя, испытанный им на одной женщин в 1880 году. В 1887 году Whitehead¹⁴⁸⁾ снова опубликовал свой способ, несколько измененный, но испытанный им с успехом на 300 пациентах.

Способ этот скоро встретил в Америке сторонников в лице Joung'a⁵⁸⁾, Lange⁷¹⁾, Weir'a²⁵⁾, Pilcher'a¹⁰⁹⁾, Penrose⁹⁸⁾ и друг.

Во Франции его сочувственно встретили: Reclus¹⁸⁹⁾, Delorme³⁰⁾, Picqué¹⁹⁾, Quénu¹⁰⁴⁾, Nové-Josserand⁶⁹⁾, Le Dentu⁶²⁾ и мног. друг. В Германии: Sandler¹²³⁾ и Mikulicz¹⁰⁷⁾ совершенно самостоятельно и не зная о работ Whitehead'a изобрели подобную же операцию.

В России Гольбек, Малюженко⁴²⁾, затѣм Волковичъ²⁵⁾ (1894), Діаконовъ³³⁾ (1900). сдѣлали сообщенія о способѣ Whitehead'a.

В настоящее время существует много видоизменений этого способа. Мы остановимся подробнее на способѣ самого Whitehead'a и упомянемъ вкратцѣ объ его измененияхъ.

Операция Whitehead'a: 1) тщательно приготовить больного, обративъ особенное вниманіе на дезинфекцію анальной области. Хлороформный наркозъ. Положеніе больного во время операции, какъ при камнесъеченіи. Ноги поддерживаютъ помощники, или для этой цѣли пользуются аппаратами Crover'a. Такое положеніе больного даетъ болѣе поле для операции.

2) Производится пальцевое насильственное растяженіе сфинктера. Пальцевое растяженіе Whitehead предпочитаетъ инструментальному, т. к. этимъ путемъ избѣгаются надрывы слизистой, оно производится съ болѣею осторожностью и точнѣе измѣримо.

3) На границѣ кожи и слизистой дѣлается разрѣзъ. Разрѣзъ этотъ лучше начинать сзади и, дѣлая его, необходимо беречь особенно кожу, дабы не было потомъ суженія.

4) Отдѣливъ внутренній сфинктеръ отъ наружнаго, отсепаровать слизистую (обычно тупымъ путемъ) вмѣстѣ съ варикозными венами вверхъ.

5) На границѣ здоровой слизистой отсепарованный цилиндръ усекается поперечно и, по мѣрѣ такого усеченія, здоровая слизистая пришивается къ кожѣ. Кровоточащія сосуды перекручиваются. Для шва употребляется карболовый шелкъ. Окончивъ операцию, операторъ во вновь образованный anus вставляетъ суппозиторій съ беладоной, припудриваетъ рану—йодоформомъ и накладываетъ повязку.

Послѣ подобной операции больному приходится отъ 2 до 8 дней лежать, на 4—5 день позволяютъ сидѣть, на 15 день большой можеть продолжать свои занятія.

Главнѣйшія **измѣненія** этой операции слѣдующія: Reclus¹⁸⁹⁾⁸⁷⁾ подѣлываетъ анестезіей кокаиномъ, сдѣлавъ расширение при помощи зеркала Trélat, удаляетъ не всю слизистую, а оставляетъ нетронутыми для предупрежденія стриктуръ два мостика ея спереди и сзади, а иногда справа и слѣва, смотря по мѣстоположенію узловъ. Для шва употребляетъ *fil de Florence*, который затѣмъ Reclus замѣняетъ катгутомъ. Delorme⁸⁵⁾ дѣлаетъ операцию подѣломъ хлороформомъ. Въ отличіе отъ Whitehead'a онъ, отсепаровавъ слизистую, раздѣляетъ еѣ между двумя пинцетами на 4 равныя части; выше каждаго продольнаго разрѣза затѣмъ захватываетъ слизистую сзади 4 глубокими швами въ видѣ петель и низводитъ ими еѣ къ кожѣ. Остается затѣмъ только отсѣчь лоскуты и наложить 5—6 добавочныхъ швовъ.

Quénu⁸⁾ (по Delestang'y²⁹⁾, сдѣлавъ растяженіе сфинктера двумя полукружными разрѣзами, отдѣляетъ слизистую, поочередно каждую половину, возможно высоко. Въ дальнѣйшемъ онъ не срѣзаетъ слизистую, а удаляетъ ножницами лишь геморроидальные узлы. Слизистую затѣмъ обратно пришиваютъ къ кожѣ при помощи *fil de Florence*, а въ кличку

⁸⁷⁾ Раньше Quénu подобное же видоизмѣненіе операций Whitehead'a приѣмлялъ съ успѣхомъ Henry Marey⁸³⁾.

заводятъ 2 давящихъ тампона съ іодоформомъ. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ Quénu придерживается однако способа Whithead'a. Благодаря такому видоизмѣненію, по мнѣнію Quénu, избѣгается напряженіе на мѣстѣ швовъ, а сама операція можетъ быть произведена при воспаленныхъ геморроидахъ, гдѣ операція Whithead'a даетъ плохіе результаты. Измѣненія, предложенныя Picqué⁹⁾ (особенно тщательная подготовка, возможно высокая отсепаровка слизистой), Lejars¹²³⁾, Dupraz'a³⁵⁾ (особые швы), Jonnesco⁵⁷⁾ и другіе—не существенны.

Nové-Josserand⁶⁹⁾, тщательно приготовивъ больного, постѣ расширения сфинктера, на нормальную слизистую съ 4 противоположныхъ сторонъ надѣваетъ пинцеты. Сдѣлавъ затѣмъ выше геморроидальнаго узла надрѣзъ, идущій поперечно, онъ двумя продольными разрѣзами по сторонамъ узла отсепаровываетъ его съ слизистой сверху внизъ и затѣмъ удаляетъ. Такъ поступаетъ и съ другими шишками. Въ концѣ концовъ, подтянувъ нормальную слизистую пинцетомъ, онъ пришиваетъ ее къ кожѣ кѣгуту. Такимъ образомъ онъ оставляетъ не 2, какъ Reclus, а 4 полосы нетронутой слизистой. Vergesco¹¹²⁾ (способъ употребл. съ 1868 г.) удаляетъ слизистую съ геморроидальными узлами, если она измѣнена, дѣлая операцію на особаго рода пробковомъ цилиндрѣ, вводимомъ въ rectum при помощи зеркала.

Операція Lange⁷¹⁾, Sendler'a¹²³⁾, Mikulicz¹⁰⁷⁾ мало чѣмъ существенно отличаются отъ Whithead'a. Mikulicz, напримѣръ, оперируетъ при положеніи больного на боку, не дѣлаетъ растяженія сфинктера, избѣгаетъ наложенія лигатуръ, а остановку кровотечения достигаетъ швомъ изъ кѣгута; операція у него дѣлается при орошеніи операціоннаго поля холоднымъ, ледянымъ борнымъ растворомъ, такъ какъ вытираніе крови марлей оставлено, какъ способствующее инфекціи раны. Гольбекъ и Малюженко⁴²⁾ прошиваютъ сначала слизистую по длинѣ кишки 4—6 шелковыми нитями на равномъ разстояніи другъ отъ друга въ ея нѣболѣе здоровыхъ частяхъ; затѣмъ складки слизистой удаляются по частямъ между двумя соедѣнными затянутыми шелковыми нитями, которыя значительно облегчаютъ операцію. Для шва же окончательнаго употребляютъ кѣгутъ. Волковичъ²⁵⁾ для оттягиванія

слизистой предложилъ особаго рода щипцы: удаляетъ слизистую онъ на вышину 2—3 см., для шва пользуется шелкомъ. Проф. Дьяконовъ⁸³⁾ дѣлаетъ операцію подъ бромэтиль-хлороформомъ, для шва употребляетъ fil de Florence, удаляемый кусокъ слизистой у него иногда достигаетъ длины 5—6 см.

Всѣ авторы обращаютъ вниманіе на тщательное приготовленіе больного къ операціи. Picqué¹⁹⁾ напр. начинаеть готовить больного за 4—5 дней до операціи, Nové-Josserand⁶⁹⁾—за 6—7 дней. Приготовленіе сводится къ тому чтобы очистить кишечникъ при помощи слабительныхъ, діетъ. Для уничтоженія же мѣстныхъ явленій больному дѣлаютъ ванны, клизмы, обмыванія и проч.

Мы обращаемъ особенное вниманіе на технику этой операціи. По составившемуся у насъ представленію, изъ всѣхъ видоизмѣненій Whitehead'a, ни одно не представляетъ существенныхъ выгодъ. Операція частичнаго вырѣзыванія, направленная гл.-образомъ на избѣжаніе послѣд. суженій, едва ли гарантируютъ главное преимущество операціи—ея радикальность, (такъ операціи Reclus, Nové-Josserand'a и т. п.). При операціи Quénu и Henry Marcy всегда возможно скопленіе крови подъ слизистойю лоскутомъ. Насколько существенны преимущества операціи Mikulicz'a крайне сомнительно. Что больше способствуетъ внесенію инфекціи въ рану промывная вода или вытирающій шарикъ, не доказано. Всегда ли можно остановить кровь при этой операціи швомъ, не примѣняя лигатуры даже при артеріальномъ кровотеченіи и насколько это лучше—большой вопросъ. Насколько необходимо предварительное растяженіе ануса, трудно сказать, но безъ него едва ли можно произвести операцію у больного, имѣющаго плотно сокращенный сфинктеръ.

Что употребляютъ: шелкъ, кѣгутъ, fil de Florence—для шва—трудно сказать. Кѣгутъ по Волковичу²⁵⁾ можетъ раньше срока разсосаться и самъ способствовать инфекціи раны.

Сниманіе шелка затѣ крайне болѣзненно и въ одинъ сеансъ, въ виду многочисленныхъ складокъ, углубленій, прямо-таки немислимо. Въ этомъ мы убѣдились лично.

Дѣлая оцѣнку, различныхъ способовъ, мы подобно Turgier⁸⁰⁾ (препія) пришли къ заключенію, что операція самого Whitehead'a—наилучшая изъ всѣхъ своихъ видоизмѣненій.

Для успешнаго выполнения ея мы опять-таки, по составившемуся у насъ убѣжденію, рекомендуемъ: 1) обратить большое вниманіе на приготовленіе больного къ операціи: гл.образомъ стараться уничтожить всѣ воспалительныя явленія въ области *anus'a*; 2) удаляя слизистый цилиндръ съ венами, заботиться о томъ, чтобы онъ былъ перерѣзанъ совершенно параллельно нижнему разрыву по краю *anus'a*; 3) дѣлая первый разрывъ на границѣ кожи и слизистой, щадить кожу, ибо иначе будетъ выворотъ слизистой, но щадить настолько, чтобы не случилось обратное уменьшенія величины анального отверстия; 4) щадить возможно больше наружный сфинктеръ.

Во время операціи всегда наблюдается болѣе или менѣе обильное кровотеченіе. Лучше поэтому отдѣленіе слизистой начинать сзади. Продолжается операція отъ 20 мин. до 1 часа и даже больше.

Какія осложненія въ послѣоперационномъ періодѣ и какіе результаты даютъ эти операціи?

Reinbach¹⁰⁷⁾ пишетъ, что послѣ операціи по способу Mikulicz'a больные, получая опій (3 раза по 15—20 gtt), уже на 6—7 день, иногда 8-ой испытываютъ позывы, а на 10-ый всегда имѣютъ произвольный или вызванный при помощи кастороваго масла стулъ. Стулъ этотъ часто болѣзненъ, сопровождается примѣсью крови, при осмотрѣ *anus'a* дня черезъ 4—5 замѣчаются небольшія гранулирующія ранки между отдѣльными швами. Въ это время, т. е. на 14—15 день больные могутъ быть уже отпущены изъ клиники, какъ выздоровѣвшіе. Далѣе еще 2 недѣли необходимо заботиться о легкомъ стулѣ путемъ строгой діеты. Въ первое время послѣ операціи бываетъ боль у *anus'a*, требующая для успокоенія морфій; часто въ продолженіи 2—3 дней—задержка мочи. Непосредственные результаты операціи были безъ исключенія хорошіе. Тяжелыя осложненія, какъ сепсисъ, эмболія—совершенно отсутствовали: мѣстныя осложненія—абсцессъ, флегмона, флебитъ встрѣчались въ немногихъ случаяхъ. Въ первое время у 3-хъ больныхъ было послѣдовательное кровотеченіе (1 разъ явно артеріальное и 2 раза вѣроятно артеріальное). Бывали случаи ранняго прорѣзыванія швовъ,

иногда въ зависимости отъ того, что швы напряжены были сильно или отъ того, что больные раньше времени на 3—5 день имѣли стулъ. Въ одномъ случаѣ прорѣзалось много швовъ, и дѣло грозило кончиться стриктурой. Вообще же выздоровленіе въ этихъ случаяхъ затягивается.

Отдаленные результаты (не больше 5 лѣтъ) были извѣстны у $39+31=70$ больныхъ. Во всѣхъ случаяхъ было найдено стойкое выздоровленіе, больные чувствовали себя, какъ поворожденные (*wie neugeboren*). Жалобы у нѣкоторыхъ больныхъ въ первое время послѣ операціи зависяли отъ катарра слизистой прямой кишки, существующаго обычно и послѣ операціи нѣсколько мѣсяцевъ. Только одинъ больной (оперированный первымъ) жаловался на выпаденіе узловъ и былъ недоволенъ сдѣланной операціей.

Самъ Whitehead испытать свой способъ на 300 больныхъ—безъ 1 случая смерти, вторичнаго кровотеченія, изъязвленія, нарыва, послѣдовательнаго стеноза, недержанія кала. Kelsey⁸⁵⁾ видѣлъ изъ больныхъ, оперированныхъ по Whitehead'у, одну даму съ круговымъ изъязвленіемъ, неза рубцовывающимся много мѣсяцевъ.

Reclus¹⁰⁸⁾ примѣнилъ свое [видоизмѣненіе 41 разъ, во всѣхъ случаяхъ съ успѣхомъ (у одного только больного было вторичное кровотеченіе), съ отличными отдаленными результатами.

Delorme³⁰⁾—также доволенъ своей операціей: изъ его больныхъ только у одного паціента было легкое преходящее недержаніе кала, у другого на 12-й день послѣ операціи—послѣдовательное кровотеченіе.

Изъ больныхъ, оперированныхъ по способу Quénu²⁹⁾ (8) въ одномъ случаѣ образовалось кровоизлітіе между отсепарованной слизистой и *muscularis* и въ концѣ концовъ пришлось сдѣлать отжиганіе по Richet, у трехъ больныхъ на 3—4 день послѣ операціи былъ сильный поносъ; въ одномъ случаѣ было послѣдовательное кровотеченіе. Picqué⁹⁾ при операціи похожей на Whitehead'a изъ 24 больныхъ у 2 видѣлъ омертвѣніе пришитаго края слизистой и образованіе небольшой стриктуры, у 2—задержку мочи, у 2—диарею и у 4—копростазы. Выздоровливали его больные на 12—13 день. Волковичъ²⁵⁾ испытать операцію Whitehead'a на 45 боль-

ныхъ (1894 г.); ни у кого изъ больныхъ не было болей послѣ операциі, а лишь непріятныя ощущенія при первомъ стулѣ, не было суженій, ни у кого не было взрывотворъ (6 лѣтъ), у многихъ больныхъ часто проходила наклонность къ запору. Одинъ изъ больныхъ его умеръ черезъ 18 часовъ послѣ операциі, но не операциа, а общее состояніе больного были причиной этого. Дьяконовъ³³⁾ применилъ операцию больше 20 разъ (у двухъ больныхъ онъ къ операциі присоединилъ еще торсію кишки на 180°) и всегда съ успѣхомъ. Самый длинный срокъ выздоровленія былъ 23 дня, въ среднемъ же больные оставались въ клиникѣ 14 дней. Часто у больныхъ послѣ операциі бывали боли (спиртъ для обмыванія кожи anus'a), иногда задержка мочи, у одного больного образовалось суженіе anus'a, излеченное затѣмъ растяженіемъ.

Суетиновъ¹³³⁾ на основаніи 181 исторіи болѣзни оперированныхъ по способу Whitehead'a отмѣчаетъ слѣдующія осложненія: 19 разъ—задержка мочи; 4 раза—небольшое послѣдовательное кровотеченіе; 1 разъ—сильныя боли; 1 разъ fissura; нѣсколько разъ—повышеніе t°, послѣдовательное суженіе 2 раза; 16 разъ—слабость сфинктера (отъ 1 мѣс. до 6). Рецидивовъ совершенно не наблюдалось. Слабость сфинктера выражается въ невозможности долго сдерживать позывы на низъ; проф. Дьяконовъ объясняетъ это тѣмъ, что сфинктеръ при новыхъ анатомическихъ отношеніяхъ къ слизистой недостаточно приспособился. Проф. Субботинъ¹³²⁾ видѣлъ послѣ операциі Whitehead'a появленіе геморроидальныхъ узловъ и образованіе рубцового суженія anus.

Среди нашихъ больныхъ имѣется пять случаевъ, гдѣ приложена операциа Whitehead'a.

Дѣлалась эта операциа у насъ типично по Whitehead'у. Изъ особенностей мы отмѣтимъ лишь немногое: 1) у 4-хъ больныхъ въ виду слабаго сфинктера, не дѣлалось пальцевое растяженіе anus'a; 2) послѣ пришиванія слизистой (1 разъ только кѣгутъ, въ остальныхъ случаяхъ шелкъ) въ rectum вводился обычно іодоформный тампонъ, снаружи прибинта-лась влажная борная повязка.

Вотъ краткія исторіи болѣзни нашихъ случаевъ.

1) Еврей Л., 39 лѣтъ, женатъ, геморр. наслѣдственности

не имѣетъ. Запорами не страдаетъ. Кровь при дефекаціи замѣтилась на 29 году жизни. До геморроя имѣлъ скарлатину и туб.

Умѣренного тѣлосложенія, плохого питанія, малокровенъ. Увеличеніе печени. Сфинктеръ хорошо сокращенъ. Геморроиды внутренніе объемистые, идутъ высоко вверхъ на 5 см. Небольшой proctitis и выпаденіе слизистой. Кровотеченіе.

Подъ хлор. наркозомъ послѣ растяженія anus'a циркулярное удаленіе слизистой съ геморр. венами. Вверхъ слизистая отсепарована на 3—4 см. 10 основныхъ шелковыхъ швовъ и 5 добавочныхъ. Операциа продолжалась 2 часа.

Теченіе: на второй и третій день t° до 38,0. Перевязка каждый день, діета, опій.

На 8-й день сняты швы и первый стулъ. Срошеніе per primam не вездѣ. Въ одномъ мѣстѣ омертвѣлъ кусочекъ слизистой, швы здѣсь прорѣзались, гранулирующая поверхность. Полное заживленіе на 30 день. Не можетъ задерживать испражненій. Стулъ почти произвольный (1895 г.).

2) Полковникъ Ч. 54 лѣтъ, пр., женатъ, у отца геморрой. Боленъ съ 34 лѣтъ жизни. Запоры всегда. До геморроя имѣлъ трипперъ, ревматизмъ.

Крѣпкаго тѣлосложенія, удовлетв. питанія. Insuffic. valv. mitralis. Мѣстно: разслабленный сфинктеръ, большой вѣнчикъ слизистой, на которой мѣстами вздушіеся геморроидальные узлы. Proctitis. Выпаденіе. Кровотеченіе.

Подъ хлороф. типичная (кромѣ дизатаціи) операциа Whitehead'a—въ 20 мин.

Теченіе: t° нормальная, болей нѣтъ, задержка мочи 2 дня. На 5-й день сняты швы, при этомъ сильная боль. На 9-й день первый стулъ съ сильнѣйшими болями (копростазъ) несмотря на масляную клизму. Стулъ затѣмъ чрезъ 2—3 дня, но безъ болей. Заживленіе per primam.

Выписанъ на 20 день. Полное выздоровленіе.

3) А. чиновникъ, 52 лѣтъ. Запоровъ нѣтъ. Наслѣдственности геморр. также. Первые припадки геморроя на 42 году жизни. До геморроя перенесъ брюшной тифъ. Крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія, малокровенъ. Varicocele.

Около разслабленнаго сфинктера вѣнчикъ выпавшей слизистой съ геморроидальными узлами. Proctitis. Prolapsus mucosae. Кровотеченія.

Подъ хлороф. операция Whitehead'a (безъ растяженія)—30 мин.

Течение: t^0 все время около $37,5^0$. Нагноение около швовъ и ихъ прорѣзываніе. Перевязка каждый день. Раны частью открылись и здѣсь заживленіе *per secundam*. Задержка мочи 3 дня. На 9-й день при первомъ стулѣ боль.

На 32-ой день при выпискѣ найдено суженіе (мизинецъ). Бужированіемъ чрезъ 3 мѣсяца достигнуто излеченіе.

4) М. Р. 35 лѣтъ, еврей, аптекарь, женатъ. Давно запоры. Первая явленія геморроя на 23 году.

До геморроя имѣлъ трипперъ и скарлатину.

Слабого тѣлосложенія, плохого питанія, малокровенъ. Prostata увеличена. Сфинктеръ слабый. Слизистая образуетъ выпавшій вѣнчикъ съ большими узлами. Proctitis. Выпаденіе. Кровотеченіе.

Подъ хлороф. операция Whitehead'a (безъ растяженія).

Течение безлихорадочное. Небольшое кровотеченіе изъ подъ швовъ. Обостреніе proctitis'a. Задержка мочи на 2 дня. Швы удалены въ нѣсколько сеансовъ на 7—9—11 дни. Сропченіе *per primam* въ большей части и только на небольшомъ пространствѣ грануляціи. Стулъ на 7 день.

На 24 день все зажило, но на одной сторонѣ новаго *anus'a* имѣется вывороченная наружу, и мѣшающая ходьбѣ, слизистая оболочка (*ectropion mucosae*).

Чрезъ 2 мѣсяца, послѣ леченія различнаго рода свѣчами (каломель, танинъ) потребовалась новая операція: удаленіе выступающей наружу слизистой пожемъ и шовъ. На этотъ разъ больной поправился.

5) Ив. писарь, 58 лѣтъ, женатый, *potator*. Запоры давно. Геморроид. явленія на 52 году впервые. До этого имѣлъ перелой, корь, дифтерію.

Плохого питанія и тѣлосложенія, малокровенъ. Arteriosclerosis. Бронхитъ хрон. Varices cruris. Увелич. prostata. Hernia inguinalis dextra. Lipoma dorsi. Сфинктеръ слабъ. Вѣнчикъ выпадающей слизистой съ развитыми геморроидами. Кровотеченіе. Выпаденіе. Proctitis.

Тщательная подготовка больного до операціи (свѣчи съ каломелемъ).

Подъ хлороф. операция Whitehead'a (безъ растяженія).

Течение: t^0 нормальная на 4 день поднялась до $39,6^0$. Задержка мочи въ продолженіи 3 дней. t^0 высокая зависитъ отъ катаральной пневмоніи. Мѣсто отличное теченіе. На 6 день сняты швы. Заживленіе *per primam*. Сниманіе швовъ и первый стулъ (на 7 день) очень болѣзненны. Еще 2 недѣли неправильный стулъ. Выписанъ здоровымъ на 15 день.

Черезъ 4 мѣсяца—недержаніе газовъ и кала. При изслѣдованіи *ectropion mucosae*. Въ новой операціи отказано въ виду старческаго маразма.

Приведенныхъ данныхъ намъ кажется достаточно, чтобы сдѣлать оцѣнку операціи.

Выгоды, представляемая ей слѣдующія: 1) она безусловно радикальна, такъ какъ достовѣрныхъ рецидивовъ послѣ ея правильнаго примѣненія неизвѣстно; 2) она чисто хирургическая, вполне современная, какъ рассчитанная на заживленіе *per primam*, операція.

Невыгодныя стороны этой операціи многочисленны: 1) она требуетъ отъ хирурга много вниманія, опытности, совершенной техники и безъ этихъ условій она всегда рискованная операція, такъ какъ при неудачѣ грозитъ образованіемъ стриктуры анального отверстія, недержаніемъ газовъ и кала, выворотомъ слизистой и т. п.; 2) она требуетъ хлороформа, сопровождается всегда кровотеченіемъ иногда обильнымъ, продолжительная операція; 3) она непримѣнима при воспаленныхъ геморроидахъ, когда требуется быстрая помощь, у слабого, истощеннаго больного.

Общій выводъ нашъ объ этой операціи тотъ, что она есть *ultimum refugium*, къ которому долженъ обращаться хирургъ при геморроѣ, если по его расчету другія оперативныя пособія, менѣе рискованныя, не достигнуть цѣли. Мы думаемъ, эта операція приложима, особенно при тѣхъ формахъ, когда существуетъ выпавшая кавернозноперерожденная, но не воспаленная, слизистая оболочка прямой кишки, занимающая въ видѣ вѣнчика всю окружность *anus'a*. Мы примѣнили бы наконецъ эту операцію въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ неоднократно раньше оказанное хирургическое пособіе оказалось неэффективнымъ. Въ остальныхъ же случаяхъ при такомъ страданіи, какъ геморрой, предпочтительны менѣе рискованные и болѣе простые способы операціи.

Разсмотрѣвши преимущества, недостатки различныхъ оперативныхъ пособій и сдѣлавши имъ должную оцѣнку, мы повторимъ вкратцѣ, **какіе способы на нашъ взглядъ наилучшіе и въ какихъ случаяхъ они примѣнимы.**

Мы остановились, какъ на хорошихъ имѣющихъ болѣе положительныхъ, чѣмъ отрицательныхъ сторонъ, операціяхъ: насильственного растяженія, операціи Langenbeck'a, частичнаго отрѣзыванія по Monod'у, Субботину и другимъ, операціи Whitehead'a.

1) Въ случаяхъ геморроя, гдѣ существуютъ боли, кровотеченія, сами же геморроиды внутренніе, развиты не сильно, сфинктеръ хорошо сокращенъ—насильственное растяженіе покажется, какъ радикальная и безопасная операція.

2) Если передъ нами больной, имѣющій выпадающіе внутренние геморроиды; имѣются у него наружныя узлы, сфинктеръ расслабленъ или сокращенъ, геморроиды занимаютъ не окружность, а только часть анальнаго отверстія, мы сдѣлаемъ или excisio отдѣльныхъ узловъ или отжиганіе. Въ выборѣ одного изъ этихъ способовъ мы руководились бы вышеизложенными требованіями обѣихъ операцій относительно чистоты анальной области, возможностью хорошо приготовить больного и т. п. При ясно воспалительныхъ явленіяхъ, гдѣ болѣе гангренѣ шипшекъ, если бы намъ нельзя было бы ждать, мы безъ колебанія предпочли бы отжиганіе.

3) Въ случаяхъ, гдѣ слизистая пещеристо перерождена, выпала и образуетъ какъ бы вѣнчикъ по всей окружности anus'a, воспалительныя же явленія не особенно рѣзко выражены, мы при хорошей техникѣ можемъ достигъ хорошихъ результатовъ при помощи операціи Whitehead'a.

Въ заключеніе напомнимъ что нельзя держаться одного способа, метода операціи при такомъ заболѣваніи, какъ геморрой, дающаго по мѣрѣ своего развитія различную мѣстную и общую картину страданія. Необходимо держаться схемы извѣстныхъ показаній, руководствуясь, конечно, кромѣ того своей опытностью, хирургическимъ чутьемъ. Чѣмъ съ меньшимъ рискомъ для больного мы достигаемъ излеченія, тѣмъ лучше для него и больше славы врачу.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Akerblom Naëgeli. Allgem. méd. Central. — Ztg. 1896 г. № 64. стр. 1118.
- 2) Arnault. Реф. „Врачъ“ 1896 г. стр. 1341 и 1900 г. № 33.
- 3) Агневъ. Практич. Медицина 1890 г. ф. стр. 82.
- 4) Aghina. Реф. Мед. Обзоріе. 1895 г. стр. 718.
- 5) Allingham. Diseases of the rectum. Sec. edit. 1873.
- 6) Alvin. La semaine médicale 1890 г. octobr. 29 и реф. „Врачъ“ 1890 г. стр. 983.
- 7) Amussat. Gazette des hopitaux 1853 г. стр. 245.
- 8) Andrews. Реф. въ Wiener Medizinische Wochenschrift. № 43. 1879 г.
- 9) Ané. Thèse de Paris 97 г.
- 10) Burow. Centralbl. für Chirurgie 1880 г. стр. 721 и 722.
- 11) Bacon. Реф. „Врачъ“ 1900 г. стр. 504.
- 12) Baumgarten. Centralblatt für Chirurgie 1896 г. стр. 125.
- 13) Beck. Centralblatt für Chirurgie 1895 г. стр. 22.
- 14) Bergmann, Bruns, Mikulicz. Handbuch. der praktischen Chirurgie. Bd. IV. 1900.
- 15) Billroth. Wiener. med. Wochenschrift 1871 г. № 38.
- 16) Boas и Karewski. Centralblatt für Chirurgie 1900 г. стр. 215.
- 17) Bodenhamer. Реф. „Врачъ“ 1889 г. стр. 200.
- 18) Braatz. Реф. „Врачъ“ 1900 г. стр. 1310.
- 19) Bregman. Inaug. Dissert. Dorpat. 1890 г. Ein Beitrag zur Kenntniss der Angiosclerose.
- 20) Brindly James (London). Реф. „Врачъ“ 1892 г. 207.
- 21) Byford. Реф. „Врачъ“ 1899 г. стр. 381.
- 22) Barthelemy. Gazette des hopitaux 1853 г. стр. 66. и стр. 313.

- 23) Богдановскій. Записки по клинической хирургии В. П. 1887 г.
- 24) Bruton. (Lauder). Реф. „Врачъ“ 1892 г. стр. 295 и Реф. „Врачъ“ 1892 г. стр. 619.
- 25) Волковичъ. „Врачъ“ 1894 г. стр. 1233. Онъ же: Лѣтопись Хир. 1900 г. стр. 643.
- 26) Воронинъ. Дисс. С.-Петербург. 1889 г. Матеріалы къ вопросу о вліяніи восходящей души...
- 27) Cornil. Archiv de Physiolog. norm. et. pathol. 1871—72 г. стр. 602.
- 28) Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique generale T. II. 1852 г.
- 29) Delestang. Thèse de Paris—1894 г. (Choix d'un procédé operat. dans le trait. des hémorrh.).
- 30) Delorme. Bull. et. memoir de la Soc. chirurg. de Paris. 1892 г. стр. 498.
- 31) Demoiseaux. Gazette des hopitaux 1844 г. (Lisfranc).
- 32) Дмитриевъ „Врачъ“ 1892 г. стр. 94.
- 33) Дьяконовъ. „Хирургія“ 1900 г. 7 стр. 276.
- 34) Dubrueil et Richard. Archiv de Physiologie norm. et patol. 1868 г. стр. 253.
- 35) Dupraz. Révue de Chirurgie 1900 г.
- 36) Duret. { Archiv Général. de médecine. 1879 и 1880 г. 1.
La progrès médical. 1875 г. стр. 261. (Verneuil).
- 37) Ebstein. Virchow Archiv. 1887 г. 108. стр. 103.
- 38) Engel. Реф. въ „Новости Терапіи“. 1897 г. стр. 98.
- 39) Esmarch. { Руководств. къ общей и частной хирургии.
Редак. Пота и Бильрота ч. III. том. II. Вып. 5.
Хирургическая Техника. Русск. перев. 1890 г.
стр. 400 (Esmarch und Kowalzig).
- 40) Fontan. Bull. et memoir. de la Societé de Chirurgie de Paris 1877 г. Гл. III. стр. 141.
- 41) Гиппиусъ. Медицинское Обзорѣніе 1893 г.
- 42) Гольбекъ и Маложенко. Протоколы засѣданій Импер. Кавказскаго Медіц. Общества 1891—92 г. № 14.
- 43) Голяховскій. Врачъ 1895 г. № 26.
- 44) Gosselin. Leçons sur les Hemorrhoides. 1866 г.
- 45) Грековъ. Дисс. Петерб. 1895 г. Къ вопросу о леченіи геморроя насильств. растяженіемъ.

- 46) Guyon. Клиническія лекціи о болѣзни мочевыхъ путей Т. I, II и III. Изд. Практ. Мед. 1899 г.
- 47) Gunkel. Centralblatt für Chirurgie 1901 г. стр. 822 № 33.
- 48) Ждановъ. Больничная газета Боткина 1900 г. № 30.
- 49) Hartmann. см. Quénu.
- 50) Henderson. Реф. въ Centralblatt für Chirurgie 1895 г. стр. 538.
- 51) Hodara. Monatshefte für praktische Dermatologie 1895 г. стр. 20.
- 52) Houston. Реф. въ Gazette des hopitaux 1844 г. стр. 64 и 268.
- 53) Захарыинъ. Клиническія лекціи. Вып. 1. Москва. 1889 г.
- 54) Змигродскій. { Труды IV Съѣзда Русскихъ Врачей въ
пам. Пирогова въ Москвѣ. Хирургич.
Вѣстникъ. Ежем. журн. 1890 г. стр. 248.
- 55) Знаменскій. Дисс. Москва 1884 г. О перевязкѣ почечныхъ узловъ прямой кишки.
- 56) Janni. Archiv für Klinische Chirurgie. 1900 г. 61 стр. 12.
- 57) Jauvara. E. Реф. въ Centralblatt für Chirurgie 1897 г. стр. 201.
- 58) Joung. по Reinbach'у въ Beiträge für Klinische Chirurgie 1899 г.
- 59) Кіановскій. Дисс. С.-Петербургъ 1889 г. Матеріалы къ ученію о массажѣ живота.
- 60) Кипіани. Врачъ 1896 г. стр. 88.
- 61) Клевцовъ. Врачъ 1899 г. стр. 202—3.
- 62) Кни. Хирургическій Вѣстникъ 1887 г. стр. 301.
- 63) Коссобудскій. Русская Медицина 1889 г. № 20. Реф. въ Centralblatt für Chirurgie 1889 г.
- 64) Короповскій. Дисс. С.-Петербургъ 1889 г. Измѣненіе эластич. ткани въ артеріяхъ при брюшномъ тифѣ.
- 65) Косинскій. Медицинск. Обзорѣніе. Т. 6. 1876 г.
- 66) Константиновичъ. Дисс. С.-Петербургъ 1873 г. О раздѣленіи артерій и венъ въ стѣнкѣ прямой кишки.
- 67) Krause. Реф. Врачъ 1895 г. № 14. стр. 320.
- 68) Kelsey. Centralblatt für Chirurgie 1882 г. 675.
- 69) Labaume. Thèse de Lyon. 1898 г.
- 70) Lafourcade. Centralblatt für Chirurgie. 1898 г. стр. 512.
- 71) Lange. Wiener Medicinische Presse 1887 г. № 20. (о

карбол.). Deutsche Gesellschaft für Chirurg. XVI kongress. Centralblatt für Chirurgie 1887 г. 70 и 1893 стр. 645.

72) Langot. Thèse de Paris. 1883 г. (о методѣ Richet).

73) Ланинскій. Дисс. Кіевъ 1897 г. (О заболѣваніи сосудовъ при страданіи периферич. нервовъ).

74) Lartisien. Thèse de Paris 1873. (la cauterisation interstitielle).

75) Leonardi. Thèse de Paris 1888. (pathogenie nerveuse de varices).

76) Лезинъ. Дисс. Отчетъ по Хирург. дѣят. въ больницѣ Александр. Общ. Краснаго Креста съ 1884—1892 г.

77) Lesser. Ueber Varicen. Virchow Archiv 1885 г. 101 стр. 528.

78) Манассеинъ. Лекціи общей терапіи. 1879 г., стр. 71 (Gavaret, Давыдовъ).

79) Мандельбергъ. Южно-Русская Медицинская Газета. 1896 г. №№ 33, 34 и 35.

80) Manchot. Virchow Archiv. Bd. 121.

81) Марво (A. Marvaud). Болѣзни солдата. Русск. прд. Изд. Гл. В.-М. Управ. 1895 г.

82) Моргулюсъ. „Врачъ“. 1893 г., стр. 1037.

83) Marcy (Henry). The British. Medical Journal 1886 г. 26 ф. Реф. „Врачъ“ 1889 г., стр. 1113.

84) Mathews. Centralblatt für Chirurgie 1899 г., стр. 350.

85) Martin. Thèse de Paris 1893 г. (Contributin à l'étude du traitement des hemorrh).

86) Mehnert. Ueber die topographische Verbreitung der Angiosclerose etc., Inaug.-Diss. Dorpat, 1888.

87) Meesemaecker. Thèse de Paris 1893 г. (Traitement chirurg des hemorrh).

88) Monneret. Archives générales de médecine. 1852 г.

89) Monod (Ch.) { Bull. et mémoires de la Sociét. de Chirurg.
de Paris. 25. 1899 г., стр. 533. Gazette des
hopitaux 1884 г. (dilatation forcée).

90) Moty. Presse Medical Belge. 1899 г., стр. 50.

91) Nannotti. Riforma med. 1899 г. Juli 27. Реф. въ Centralblatt für Chirurgie 1892 г., стр. 889.

92) Николаевъ. Дисс. Спб. 1871 г. Къ вопросу о зарощеніи артерій послѣ перевязки.

93) Орглертъ. Дисс. Спб. 1898 г. Медико-Топографическое и статистич. описаніе слободы и т. д. (Курской губ.).

94) Oppolzer. Allg. Wiener medicinische Zeitung 1866 г. № 20.

95) Palasne de Champeaux. Archiv. de médic. nàval. 1895 г., 3. стр. 230.

96) Papp (Gabriel). Pester Medizinische-Chirurgische Presse 1894 г., стр. 837).

97) Pauzat. Thèse de Paris. 1878 г. (la dilatation forcée).

98) Penrose. Centralblatt für Chirurgie. 1892 г., стр. 315—316.

99) Picqué. Semaine médical 1898 г., 15 ст., стр. 265.

100) Pilcher. Centralblatt für Chirurgie. 1891 г., стр. 524.

101) Покровский. Дисс. 1889—1900 г. № 64. Объ измѣненіи стѣнокъ вѣнъ при артеріосклерозѣ.

102) Preissmann. Wiener Medizinische Presse 1891 г. № 22.

103) Philpots. Реф. „Врачъ“ 1892 г., стр. 422.

104) Quénu. Revue de Chirurgie 1892 г. 12. 981 стр. (о язвахъ варик.), 1893 г. 169. 1893 г., стр. 466 (осложненія).

Gazette médical. de Paris 1894 г. № 5. стр. 49.
Congrès français de Chirurgie 1893 г. Paris (новый способ).

Quénu et Hartmann. Chirurgie du rectum. 1895 г.

105) Quinke. Болѣзни сосудовъ. Цимсенъ, русск. прд. Спб. 1881 г.

106) Rauch. Deutsche medicinische Wochenschrift 1900 г.

107) Reinbach. Beiträge zur Klinische Chirurgie 1897 г. 19.
Beiträge zur Klinische Chirurgie 1899 г. 23.
стр. 561.

108) Reclus. { Клиническія лекціи по хирургіи. Изд. Гл.
В. М. Упр. 1895 годъ.
Bull. et memoir. de la Société Chirurgie de
Paris 1892 г., p. 502.

109) Rémy. Congrès français de Chirurgie. Sean. 22 octobr. стр. 573. 1898 г.

110) Ricard. Gazette des hopitaux 1895 г., стр. 153, 181 и 215.

111) Rokitsanski. Русск. переводъ. Руководство по патол. анатоміи. Ч. II. отд. 2. 1848 г.

- 112) Rosenbaum. Thèse de Paris. 1895 г. (la dilatation forcée)
 113) Roux. Therapeutische Monatshefte 1895 г., стр. 124.
 114) Рубцовъ. „Врачъ“. 1896 г. № 4, стр. 104.
 115) Рустицкий. „Врачъ“. 1890 г., стр. 617.
 116) Sack. Virchow Archiv. Bd. 112. 1888 г.
 117) Sambacher. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1899 г., стр. 575.
 118) Samways. Le semaine médicale 1896 г. № 61. и реф. въ Wiener medicin Presse 1896 г., стр. 1587.
 119) Schächter. Pester medizinische-Chirurgische Presse. 1894 г., стр. 888.
 120) Schreiber. Centralblatt für Chirurgie 1899 г., стр. 197.
 121) Schmey. Therapeutische Monatshefte. 1895 г.
 122) Schwartz. Bull. et memoir. de la Société de Chirurgie de Paris 1899 г., стр. 533.
 123) Sandler (Paul). Centralblatt für Chirurgie 1893 г., № 34, стр. 731.
 124) Сибирский. Дисс. С.-Петербургъ. 1900 г. Къ вопр. объ измѣн. кожи при брюшномъ тифъ.
 125) Собоковъ. Дисс. С.-Петербургъ. 1869 г. Изслѣдованіе строенія варикозныхъ венъ.
 126) Спичарный. Трудъ IV съѣзда врачей въ память Пирогова.
 127) Соловьевъ. Дисс. С.-Петербургъ. 1873 г. Объ измѣненіи въ печени подъ влияніемъ искусственнаго закупора воротной вены.
 128) Статистическій Ежегодникъ С.-Петербурга 1896. 1897 и 1898 г. Издан. Городск. Управы.
 129) Sonnenburg. Реф. въ Wiener Medizinische Presse 1887 г. № 47.
 130) Stein (Ludwig). Wiener Medizinische Wochenschrift 1896 г. № 50, стр. 2173.
 131) Stinson. Реф. въ „Хирургія“ 1900 г., стр. 295.
 132) Субботинъ. { Докладъ III съѣзду Общ. Русск. Врачей въ память Пирогова 1889 г.
 { Геморрой, его признаки, причины и лечение. С.-Петерб. 1898 г.
 133) Суетиновъ. Диссер. Москва. 1901 г. Геморрой и его хирургическое лечение.

- 134) Thévenard. Gazette des hopitaux. 1895 г. № 116.
 135) Thoma. Virchow Archiv. Bd. 112. 1888 г.
 Virchow Archiv. Bd. 116. 1889 г.
 Deutsche Medicinisch. Wochenschrift. 1889. № 16—19.
 Beiträge zur path. Anatom. und zur all. Pathol. von prof. Ziegler. Bd. X. 1891 г., стр. 433.
 136) Thomas. Centralblatt für Chirurgie. 1899 г., стр. 338.
 137) Thomson. Centralblatt für Chirurgie. 1893 г., стр. 868.
 138) Trzebicky (Rudolf). Wiener Medicinische Presse. 1891 г. № 30.
 139) Trélat. Le Progrès Médical 1887 г. 493 стр. Lec. recueilli. par Dr. Petit-Vendel.
 140) Трипклеръ. Хирургическій Вѣстникъ 1894 г. № 10.
 141) Verneuil. Gazette des hopitaux. 1884 г., стр. 426 (теорія, пьекціи).
 Gazette des hopitaux 1887 г., стр. 235 (лечение геморроидовъ).
 Gazette des hopitaux. 1890 г., стр. 857 (пульверизация карбол. кнел.).
 142) Vergesco. XIII межд. съѣздъ въ Парижѣ. Révue de Chirurgie. 1900 г., стр. 454.
 143) Virchow. Die Krankhaften Geczwülste. III, стр. 427. Cellular-Pathologie. 1858 г., s. 110.
 144) Walker. Centralblatt für Chirurgie. 1888, стр. 473.
 145) Weber. Virchow archiv. 1864 г. 29.
 146) Weigert. Centralblatt für Allg. Patholog. und Pathologisch. Anatomie IX Bd. 1898 г.
 { The British Medical. Journal 1882 г.
 { стр. 148, 9 и 150).
 147) Whitehead. { The British Medical. Journal. 1887 г.,
 { стр. 449.
 148) Ziegler. Lehrbuch der allg. und speciel. pathol. Anatomie, Jena 1898 г. Bd. I и II.
 149) Zuckerkandl. Wiener Medicinische Presse. 1896 г. № 20 стр. 664 (o Dittel).
 { (Врачъ. 1885 г. № 35, стр. 575).
 150) Шалита. { № 18—19. Южно-Русская Медицинская
 { Газета 1897 г.

151) Инсонъ. Сравнительная Статистика Россіи и Западно-европейск. государ. 1877 г.

152) Picard. Gaz. med. de Stassbourg. 1864 г. № 4).

153) Schweitzer. { Journ. des conaiss. medic. chir. 1868 г. № 9.
Allg. med. Zeitung. 1860 г.

154) Boysen. Deutsche Klinik. 1856 г. № 30, стр. 306. Н. Фок.

Работа наша произведена въ госпитальной хирургической клиникѣ проф. В. А. Ратимова. Мы искренно благодаримъ глубокоуважаемаго профессора за все хирургическое образование, полученное нами въ завѣдуемой имъ клиникѣ.

Препараты наши были демонстрированы глубокоуважаемому профессору К. Н. Виноградову, сдѣлавшему намъ цѣлый рядъ цѣнныхъ указаній, за что мы его крайне благодаримъ.

Своему ближайшему учителю и руководителю прив.-доц. Р. Р. Вредену мы приносимъ искренную благодарность за всё для насъ сдѣланное, за его совѣты и помощь при составленіи нашей работы.

Прив.-доц. В. Н. Гейнаца, предложившаго намъ настоящую тему и никогда не оставлявшаго насъ своими совѣтами и руководствомъ, мы отъ души благодаримъ.

Пользуемся, случаемъ, выразить признательность всемъ своимъ товарищамъ, сослуживцамъ по клиникѣ.



Положенія.

1) Горячая глина въ томъ видѣ, какъ она примѣняется въ клин. проф. Ратимова, есть одна изъ наиболѣе удобныхъ и доступныхъ формъ тепла для мѣстнаго леченія всевозможнаго рода воспалительныхъ процессовъ.

2) Промываніе ранъ при хроническихъ нагноительныхъ процессахъ антисептическими жидкостями излишне, при острыхъ же воспаленіяхъ часто прямо вредно; оно показано съ цѣлью лишь механическаго удаленія гноя и инфицированныхъ кровяныхъ сгустковъ при обширныхъ разможеженіяхъ конечностей.

3) Операция перекручиванія прямой кишки при ея выпаденіи даетъ отличные результаты, легка по Technikъ, вообще заслуживаетъ большого распространенія.

4) При травматическомъ шоке морфій въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній быстро возстановляетъ угнетенную сердечную дѣятельность и заслуживаетъ предпочтенія предъ такими средствами, какъ эфиръ, камфора и проч.

5) Едва ли оправдано съ научной точки зрѣнія терапевтическое примѣненіе желатинъ при аневризмахъ.

6) Желательно, чтобы институтскимъ врачамъ для болѣе успѣшнаго научнаго ихъ развитія, было позволено держать экзамены въ первый годъ ихъ институтской жизни.

7) Учрежденіе при различнаго рода кафедрахъ ученыхъ совѣщаній (семинарій), гдѣ врачи, студенты и друг. могли бы обмѣниваться мыслями по поводу того, или другого вопроса въ высшей степени полезно.

To же: Ueber das Genu recurvatum. Allg. Med. Central-Zeitung. 1901 г. № 75.

5) Случай повторного перелома плеча. Врачебная газета. 1901 г. № 27.

6) Настоящую работу подъ заглавіемъ: „Геморрой“ (къ его патологій и леченію) представляетъ въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

Curriculum vitae:

Арсеній Аполлоновичъ Воробьевъ, сынъ статскаго совѣтника, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ С.-Петербургѣ въ 1874 г. Среднее образованіе получилъ въ С.-Петербургской Введенской гимназій, которую кончилъ въ 1893 г.

Въ томъ же году поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію. Академію кончилъ со званіемъ „лекаря съ отличіемъ“ въ 1898 г., съ записаніемъ имени на мраморную доску и награжденіемъ преміей дѣйств. статск. совѣтника Иванова. По конкурсу былъ оставленъ конференціей на казенный счетъ на 3 года для научнаго усовершенствованія. Съ этихъ поръ занимается въ Госпитальной Хирургической Клиникѣ проф. В. А. Ратимова, гдѣ и несетъ ординаторскія обязанности.

Съ 1900 года состоитъ дѣйствительнымъ членомъ Русскаго Хирургическаго Общества памяти Пирогова.

Имѣетъ слѣдующіе печатные труды:

- 1) Случай множественнаго рака кожи. (Совмѣстно съ студ. Лебедевымъ). Лѣтопись Русской Хирургіи. 1900 г. кн. 2.
- 2) Критическая оцѣнка терапевтическаго значенія желатинны при аневризмахъ и кровопотеряхъ. Военно-Медицинскій Журналъ 1901 г. кн. 2.
- 3) Къ анатоміи и патогенезу геморроя (Предварительное сообщеніе). „Еженедѣльникъ“ изъ Практич. Медиц. № 14. 1901 г.
- 4) O genu recurvatum. Врачъ. 1901 г. № 19.



а) Капилляры и вены съ толстыми
стенками. б) Расширенные лимфа-
тические сосуды.



Геморр. шишка имѣющая кавернозное
строение.



Одинъ изъ отростковъ,
оплывшійся на-овое, похожій на
отпрыскъ, который приводитъ
Reinbach за доказательства по-
тообразованія сосудовъ.