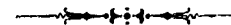


112837 а

ХИРУРГИЧЕСКО-ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМІЯ ПОЧЕКЪ.



ДИССЕРТАЦІЯ НА СТЕПЕНЬ
ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

лѣкаря

С. Кофмана.



ОПОНЕНТЫ:

Проз. Др. мед. Адолфи. — Проф. А. Рауберъ. — Проф. А. Губаревъ.



ЮРЬЕВЪ.

Типографія Шнакенбургъ.
1894.



Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго Факультета Император-
скаго Юрьевскаго Университета.

Юрьевъ, 11 Мая 1894.

№ 308.

Деканъ: С. Васильевъ.

ДОРОГОЙ МАТЕРИ

ПОСВЯЩАЕТЪ

БЛАГОДАРНЫЙ СЫНЪ.

D 123356

Предлежащій трудъ произведенъ мною въ Вѣнскомъ Анатомическомъ Институтѣ проф. E. Zuckerkandl'я, которому я считаю пріятнымъ долгомъ выразить свою искреннюю благодарность за руководство при исполненіи этой работы и вообще за теплое участіе еще во время моего пребыванія въ Грацкомъ Университетѣ.

Оставляя Юрьевскій Университетъ, я прошу всѣхъ моихъ учителей, а въ особенности проф. A. Rauber'a принять мою сердечную благодарность.

Такъ какъ до сихъ поръ нѣтъ ни одного вполне законченнаго труда по топографической анатоміи почекъ и только въ разныхъ руководствахъ и отдѣльныхъ монографіяхъ разработаны нѣкоторыя детали, все же вмѣстѣ еще никѣмъ не было собрано, то я считаю нелишнимъ и даже необходимымъ взять на себя трудъ собрать все до сихъ поръ по этому вопросу сдѣланное и отчасти собственными изслѣдованіями постараться исправить ошибочное и дополнить недостающее; тѣмъ болѣе, что отсутствіе такой спеціальной работы очень чувствительно для хирургіи почекъ. За исключеніемъ очень немногихъ, мы находимъ въ новѣйшихъ руководствахъ только очень недостаточныя сообщенія относительно положенія почекъ; во многомъ даже онѣ уступаютъ старымъ, гдѣ мы встрѣчаемъ болѣе подробныя и точныя свѣдѣнія объ этомъ предметѣ.

Раньше чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію интересующаго насъ вопроса, я позволю себѣ вкратцѣ сообщить то, что мнѣ удалось найти по этому вопросу въ руководствахъ и учебникахъ анатоміи послѣдняго столѣтія.

Я начинаю съ Hildebrandt'a¹⁾, (1802) описанія котораго могу назвать образцовыми. Онъ говоритъ: „обѣ почки лежатъ въ брюшной полости внѣ и сзади брюшиннаго мѣшка, каждая въ своей поясничной области сбоку позвоночника. Ихъ длинный размѣръ граничитъ между одинадцатымъ груднымъ и пятымъ брюшнымъ позвонкомъ, т. е. ихъ верхній конецъ нахо-

1) Lehrbuch der Anatomie des Menschen. III. Bd. 1803.

дится не выше XI, а нижний не ниже V позвонка. Верхняя часть задней поверхности каждой почки лежит на *Parte Lumbali diaphragmatis*, нижняя часть на *Musculo quadrato lumborum*, передняя поверхность прилегает къ дорзальной стѣнкѣ брюшины. Къ верхней части передней поверхности правой почки, къ верхнему концу и къ наружному краю, прилегаетъ печень, вслѣдствіе давленія которой правая почка находится ниже чѣмъ лѣвая. Къ передней поверхности лѣвой почки прилегаетъ желудокъ и поджелудочная желѣза, къ вѣншему краю и отчасти къ передней поверхности прилегаетъ селезенка. Кромѣ этого обѣ почки соприкасаются на нижнемъ концѣ своей передней поверхности съ поперечной частью ободочной кишки, а правая поверхъ этой еще и съ двѣнадцатиперстной. Всѣ эти части лежатъ внутри брюшины и отдѣлены ею отъ почекъ. Къ верхнему концу нижней почки, болѣе внутри, прилегаютъ вѣн брюшины лежащія железы. Внутренній край почекъ лежитъ отчасти на поясничной части грудобрюшной преграды, частью на *Musculo Psoate*. Каждая почка укрѣплена къ прилежащимъ частямъ и окружена лежащимъ вѣн брюшины слоемъ губчатой соединительной ткани; въ этой ткани залегаетъ жиръ, который окружаетъ почку и служитъ ей какъ-бы подушкой, предохраняющей почку отъ сотрясеній¹.

Воск¹⁾ сообщаетъ, почти тоже самое; онъ упоминаетъ при этомъ, что правая почка лежитъ ниже лѣвой и опредѣляетъ высоту положенія почекъ между I и III поясничнымъ позвонкомъ.

Arnold²⁾ во всемъ сходится съ Hildebrandt'омъ, между тѣмъ какъ

Petrequin³⁾ въ своей топографической медикохирургической анатоміи посвящаетъ анатоміи почекъ отдѣльную главу, въ которой онъ говоритъ, что почки лежатъ позади брюшины,

1) Handbuch der Anatomie des Menschen. 1840.

2) Anatomie des Menschen. 1850.

3) Traité d'anatomie topogr. medicochirurgical. 1857.

что онѣ окружены особой адипозной капсулой и останавливается на отношеніи почекъ къ задней брюшной стѣнкѣ.

Engel¹⁾ занимается нѣсколько больше этимъ предметомъ, его описанія нѣсколько отличаются отъ описанія упомянутыхъ авторовъ; такъ, по его мнѣнію, верхняя часть передней поверхности почки покрыта нисходящей частью двѣнадцатиперстной кишки, остальная поверхность почти цѣликомъ занята *Colo ascendente*, лѣвая же почка на своей передней поверхности почти вполнѣ касается *Colon descendens*, только въ верхней своей части она прилегаетъ къ селезенкѣ и поджелудочной желѣзѣ. Положеніе почекъ и этотъ авторъ опредѣляетъ между I и III поясничнымъ позвонкомъ, при чемъ онъ заявляетъ, что нижній конецъ почки отстоитъ на разстояніи двухъ поперечныхъ пальцевъ отъ *crista ilei*.

Сообщенія Hollstein'a²⁾ не многимъ отличаются отъ уже цитированныхъ.

Henle³⁾ отдѣляется нѣсколькими строками; говоря о положеніи почекъ, онъ только и упоминаетъ о томъ, что онѣ лежатъ вѣн брюшины и покрыты жировой оболочкой.

Eckhard⁴⁾ въ одномъ расходится съ авторами: по его словамъ, лѣвая почка лежитъ ниже правой.

Duval⁵⁾ говоритъ также кратко о положеніи почекъ. Почки прилегаютъ къ задней брюшной стѣнкѣ по обѣимъ сторонамъ верхнихъ поясничныхъ позвонковъ, правая немного ниже. Находясь позади брюшины, правая покрыта восходящей, частью ободочной кишки, верхняя граница простирается до 11 груднаго позвонка.

Не много болѣе чѣмъ у Eckhard'a и другихъ мы находимъ у Hyrtl'a⁶⁾.

1) Topographische Anatomie. 1859.

2) Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 1860.

3) Handbuch der systematischen Anatomie. II, 1862.

4) Anatomie des Menschen. 1862.

5) Systemat. Anatomie. 1863.

6) Topograph. Anat. 1871; Lehrb. d. Anatomie des Menschen. 1881.

Гораздо болѣе занялся этимъ вопросомъ Hoffmann¹⁾. Онъ подробнѣе останавливается не только на положеніи почекъ относительно граничащихъ съ ней органовъ, но и на фиксациі и положеніи этого органа относительно задней абдоминальной стѣнки. Однако нельзя сказать, чтобы его описанія вполне соответствовали дѣйствительности, такъ онъ пишетъ, что colon ascendens лежитъ передъ наружнымъ краемъ правой почки, Flexura coli hepatica передъ средней ея частью и т. д.

Еще обстоятельнѣе и подробнѣе мы находимъ описанія Sappey'a²⁾ въ его описательной анатоміи. Эта обстоятельность разработки интересующаго насъ вопроса нашла должную оцѣнку и многіе клиницисты цитируютъ его слова и называютъ его работу образцовой. И дѣйствительно къ сказанному имъ объ отношеніи почекъ къ сосѣднимъ органамъ остается очень немного прибавить. Говоря о прилежащихъ къ лѣвой почкѣ органахъ, онъ выражается: „... Avec la rate, qui recouvre sa moitié ou son tiers supérieur, avec le colon descendant qui lui correspond dans une étendue plus ou moins considérable suivant qu'il est situé plus ou moins bas; avec le Pancréas dont l'extrémité terminale repose sur la partie la plus élevée, avec la grosse tubérosité de l'estomac qui s'applique à son bord interne“. Не менѣе толково описанъ имъ и фиксаціонный аппаратъ почки: Les reins sont maintenues dans la position qu'ils occupent par une enveloppe cellulofibreuses à laquelle se mêle une quantité variable du tissu adipeux et qui était déjà connue au temps de Haller sous le nom de capsule adipeuse.

Не такъ подробны и точны описанія Cruveilhier³⁾, игнорируя совершенно фиксаціонный аппаратъ, этотъ авторъ болѣе останавливается на дислокаціи (смѣщеніи) почекъ.

Gegenbauer¹⁾ оставилъ совершенно нетронутымъ вопросъ о положеніи почекъ и посвящаетъ всѣ свои описанія исключительно почти фиксаціонному аппарату. Одновременно съ этимъ появилась работа Zuckerkandl'a²⁾ въ „Wiener Medicinische Jahrbücher“. Авторъ, исходя изъ теоріи Toldt'a объ образованіи брюшины и брыжейки, задался цѣлью подробнѣе описать или лучше выяснить настоящій modus укрѣпленія почки въ ихъ положеніи. По его мнѣнію почка, кромѣ ея собственной капсулы (capsula propria), и capsula adiposa, имѣетъ еще третью, образуемую паріетальной брюшиной и fascia retrorenali. При этомъ онъ затрагиваетъ и вопросъ отношенія этихъ органовъ къ другимъ внутренностямъ и именно къ толстой кишкѣ. Онъ говоритъ: „изслѣдуя правую почечную область, мы замѣчаемъ, что положеніе восходящей ободочной кишки къ правой почкѣ разнится отъ такового нисходящей къ лѣвой. Вообще принимаютъ, что восходящая кишка проходитъ передъ правой почкой и это въ общемъ правильно; однако, если ободочная кишка не очень вздута газами, то мы легко можемъ обозрѣть верхнюю и даже среднюю часть передней поверхности почки, не будучи при этомъ вынужденными передвигать кишку съ ея нормальнаго мѣста. Эта легкая доступность глазу большей части почки лучше всего доказываетъ, что она не вполне покрывается ободочной кишкой. Во многихъ мною изслѣдованныхъ случаяхъ восходящая кишка вообще прикрѣплялась къ нижнему полюсу правой почки и въ нѣкоторыхъ случаяхъ почка была совершенно непокрыта кишечникомъ, который подымался вверхъ вдоль внутренняго края почки. Изъ этого описанія слѣдуетъ, что, хотя ободочная кишка и лежитъ передъ правой почкой, все таки онѣ прирастаютъ другъ къ другу только на очень ограниченномъ про-

1) Lehrb. der Anatomie des Menschen. 1877.

2) Traité de l'anatomie descr. 1873.

3) Traité d'anatomie descr. 1874.

1) Lehrb. der Anat. des Menschen 1883.

2) Beiträge zur Anat. des menschl. Körpers. Wien. Med. Jahrbücher. 1883, pag. 59.

странствѣ. Изслѣдованіе лѣвой почечной области показываетъ, что нисходящая кишка тянется вдоль бокового (латерального) края правой почки.“

Въ появившемся въ 1889 году атласѣ и руководствѣ къ изученію анатоміи Henke¹⁾ мы находимъ, что этотъ авторъ первый подробнѣе занялся изученіемъ отношеній почки къ надпочечнымъ железамъ, за то онъ совсѣмъ мало вниманія обратилъ на отношеніе почекъ къ другимъ органамъ.

Почти тоже самое можно сказать и о Зерновѣ²⁾, который даетъ съ своей анатоміи очень хорошія описанія положенія почекъ вообще и совсѣмъ почти не упоминаетъ объ отношеніи этихъ органовъ къ другимъ прилежащимъ къ нимъ.

Israel³⁾ утверждаетъ, что colon descendens проходитъ латерально отъ лѣвой почки.

Очень хорошія описанія по этому вопросу мы находимъ у Губарева⁴⁾ въ его диссертации „хирургическая Анатомія брюшной полости“ и въ работѣ Боброва.

Наконецъ мы упомянемъ еще Gerlach'a⁵⁾ и Rauber'a⁶⁾ которые даютъ очень недурное описаніе топографіи почекъ въ своихъ руководствахъ анатоміи человѣка. Изъ этого краткаго обзора явствуютъ результаты, достигнутые анатоміей въ области знанія положенія почекъ среди сосѣднихъ органовъ и отношенія ихъ къ задней брюшной стѣнкѣ, и что на ряду съ этимъ мало по малу разрабатывается вопросъ о фиксаціонномъ аппаратѣ почекъ. Этотъ же обзоръ намъ дастъ ясное доказательство отсутствія подробнаго научнаго труда относительно топографіи почекъ и тѣмъ, я полагаю, достаточно мотивируется основательность и цѣлесообразность моего намѣренія предпринять этотъ трудъ.

1) Handatlas und Anleitung zum Studium der Anatomie des Menschen. II. Curs. 1889.

2) Описательная Анатомія 1890.

3) Berl. klin. Wochensch. 1889, Nr. 7—8.

4) Хирургическая анатомія брюшной полости. Диссертация. Москва 1887.

5) Lehrbuch der Anat. des Mensch. 1892.

6) Lehrbuch der Anat. des Mensch. 1892 I. Bd. II. Th.

Раньше чѣмъ приступить къ выясненію вопроса о топографіи почекъ, я позволю себѣ небольшое отступленіе въ область очень важную для точнаго и правильнаго пониманія послѣдующихъ изложеній, въ область исторіи развитія брыжейки и кишечника.

До послѣднихъ годовъ и даже еще теперь многіе придерживаются теоріи Johannes Muller'a¹⁾, которая принимаетъ Mesenterium за складку паріетальнаго листка брюшины, причемъ эта складка вдвигалась кишечникомъ все болѣе и болѣе въ брюшную полость, до тѣхъ поръ пока кишечникъ не былъ со всѣхъ сторонъ одѣтъ этой складкой. Кишка получила такимъ образомъ перитонеальный покровъ, а запасъ складки, служащей для прикрѣпленія кишечника къ задней брюшной стѣнкѣ, называютъ брыжейкой, причемъ эта послѣдняя можетъ быть различной длины и сообразно съ этимъ обуславливать различную подвижность данной кишки. Однако не всякой кишкѣ удастся настолько вдвинуть брюшину въ брюшную полость, чтобы быть одѣтой ею со всѣхъ сторонъ и имѣть еще запасную складку (Vorrathslamelle), въ такихъ случаяхъ о кишкѣ выражаются, что она не имѣетъ полнаго брюшиннаго покрова и что она лишена брыжейки (mesenteriumslos), причемъ она прикрѣплена, приросла къ задней брюшной стѣнкѣ и неподвижна. Брыжейка состоитъ изъ двухъ листовъ паріетальнаго peritoneum'a между которыми проходятъ сосуды, нервы и другія образованія, идущія отъ и къ кишечнику...

Въ 1879 году Toldt опубликовалъ свою работу: „Ueber die Bau- und Wachstumsveränderungen der Gekröse des menschlichen Darmkanals“, дополненіемъ которой служитъ его вторая работа, вышедшая въ 1889 году: „Die Darmgekröse und Netze in gesetzmässigem und gesetzwidrigem Zustande“. Обѣ эти работы, къ сожалѣнію, мало извѣстны врачамъ и въ особенности хирургамъ проводятъ совершенно новую теорію образованія бры-

1) Reichert's Archiv. den Anat. und Phys. 1880.

пины, теорію настолько простую, удобопонятную и имѣющую такъ мало искусственнаго, что надобно только удивляться, какъ она до сихъ поръ не всеми признана. Въ главныхъ ея чертахъ эта теорія заключается въ слѣдующемъ: Брюшная полость одѣта внутри покровомъ паріетальнаго происхожденія. Все что свободно лежитъ въ этой полости или только впививается въ нее, все это одѣто этимъ же покровомъ, эпителиемъ, такъ называемымъ *Coelomepitel'iemъ*. Такъ какъ кишечникъ въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ своего развитія представляетъ простую трубку, проходящую черезъ всю брюшную полость, то и онъ одѣтъ этимъ *coelomepitel*, который, надо замѣтить, не имѣетъ какой нибудь опредѣленной формы, а показываетъ все переходныя формы отъ цилиндрическаго до плоскаго эпителия. Покровъ этотъ измѣняется постепенно, кѣтки уплощаются, вся эта оболочка становится крѣпче и въ концѣ концовъ получается извѣстный перитонеальный покровъ, выстилающій стѣнки брюшной полости, свободно лежащія въ ней органы со всѣхъ сторонъ и впивившіеся въ нее органы только со стороны обращенной къ полости. Въ это же время можно наблюдать и другой процессъ (въ первыя недѣли развитія). На позвононикѣ вокругъ аорты мы видимъ скопленіе кѣтокъ въ видѣ бугорка; этотъ бугорокъ растетъ, увеличивается и наконецъ достигаетъ кишечника (первоначальной трубки), образуя такимъ образомъ какъ бы мостъ между кишечникомъ и позвоночникомъ или аортой. Этотъ соединительный мостъ находится какъ разъ въ медиальной линіи и тянется вертикально вдоль всего кишечника, представляя собою первоначальную брыжжейку, общую, какъ мы видимъ, для всего пищеварительнаго канала; потомъ, конечно, она начинаетъ дифференцироваться и тогда мы различаемъ въ ней характерныя части. Въ этой брыжжейкѣ соединительно тканнаго происхожденія залегаютъ сосуды, нервы и т. д. Въ своемъ окончательномъ видѣ онѣ состоятъ изъ *membrana propria* и двухъ перитонеальныхъ листковъ... Между тѣмъ и кишечникъ не остался въ видѣ простой прямой трубки, онъ диф-

ференцируется, образуетъ петли, нѣкоторыя его части приближаются, другія удаляются отъ позвоночника, брыжжейка становится мѣстами короче, мѣстами длиннѣе, нѣкоторыя части кишечника остаются свободными, другія прилегаютъ къ брюшной стѣнкѣ и прирастаютъ къ ней, теряя при этомъ свою подвижность. Этимъ-то послѣднимъ частямъ кишечника мы посвятимъ на нѣкоторое время наше вниманіе. Приростая къ брюшной стѣнкѣ кишечникъ влечетъ за собою и свою брыжжейку, эта прилегаетъ тогда также къ брюшной стѣнкѣ и такимъ образомъ мы имѣемъ двѣ эпителиальные поверхности, прилежащія другъ къ другу и склеивающіяся между собою (*conglutinatio*), причемъ эпителий теряется и замѣщается соединительной тканью. Такимъ образомъ брюшная стѣнка внутри на пространствѣ между позвоночникомъ и прилегающей къ ней кишкой имѣетъ довольно сложный покровъ, состоящій изъ мезентеріальнаго *peritoneum'a*, который теперь сталъ паріетальнымъ, изъ *membranae propriae mesenterii* и соединительнотканнаго слоя, образовавшагося изъ сращенія двухъ эпителиальныхъ листковъ. Тотъ же самый процессъ мы наблюдаемъ на мѣстахъ прилеганія кишечника къ брюшной стѣнкѣ и тутъ оба эпителиальные слоя (кишки и брюшной стѣнки) срастаются и превращаются въ соединительную ткань. Такимъ образомъ мы видимъ, что органы брюшной полости можно подраздѣлить на такія, которые только одной своей частью вдаются въ нее, на свободно въ ней лежащія и остающіеся такими же и наконецъ на первоначально свободно лежавшіе, но потерявшіе это качество и приросшіе къ брюшной стѣнкѣ, или на органы лежащія внѣ и внутри брюшиннаго мѣшка, а послѣдніе на органы имѣющіе свободную и фиксированную брыжжейку (*fixes Mesenterium Toldt*).

Закончивъ обзоръ развитія брыжжейки вообще, мы рассмотримъ еще нѣкоторыя частности относительно развитія кишечника, насколько онѣ касаются отношенія почекъ къ брюшнымъ органамъ, т. е. рассмотримъ, главнымъ образомъ, восходящую и нисходящую части ободочной кишки и двѣнадцатую

цатиперстную кишку. Какъ уже сказано, пищеварительный каналъ представляетъ въ первыхъ стадіяхъ своего развитія простую трубку, имѣющую только одну извилину, одну петлю-пупочную (*Nabelschleife*); въ такомъ видѣ этотъ каналъ тянется черезъ всю брюшную полость. Желудка собственно еще нѣтъ; онъ представляетъ собою только небольшое расширеніе пищевода, отдѣльныя части кишечника еще не выражены, хотя границы ихъ уже намѣчены и будущую слѣпую кишку можно узнать слѣва въ началѣ пупочной петли въ видѣ небольшого расширенія. По мѣрѣ того какъ кишечникъ растетъ, развивается и принимаетъ надлежащую форму, онъ дѣлаетъ небольшое вращеніе въ 180° вокругъ оси, идущей перпендикулярно къ позвоночнику и такимъ образомъ слѣпая кишка попадаетъ изъ лѣвой половины полости живота въ правую; мѣсто, гдѣ происходитъ это вращеніе, это — двѣнадцатиперстная кишка или вѣрнѣе *Flexura duodenojejunalis*.

Слѣдя далѣе за развитіемъ позвоночныхъ частей кишечника, мы видимъ, что въ 6-ую недѣлю ободочная кишка все болѣе и болѣе смѣщается кверху тонкими кишками и въ особенности будущая *Flexura lienalis*. Достигнувъ медиальнаго края почки, восходящая кишка образуетъ вытянутую плоскую дугу (*Flexura*) и, коснувшись большой кривизны желудка, направляется къ пупку. Двѣнадцатиперстная къ этому времени прилегаетъ своей средней частью къ правой почкѣ, она имѣетъ еще свободную брыжейку и не прилегаетъ еще къ задней брюшной стѣнкѣ, отъ которой ее отдѣляетъ правая доля печени.

Въ 10—12 недѣлю мы видимъ, что верхняя часть восходящей кишки, достигнувъ нижняго полюса лѣвой почки, ложится на ея медиальный край, приблизительно на высотѣ воротъ почки образуетъ колѣно (*Flexura*) и непосредственно подъ правой долей печени принимаетъ въ себя подвздошную кишку, образуя слѣпую (*Caecum*).

Въ 14 недѣлю мы констатируемъ то же отношеніе восходящей кишки; только нисходящая успѣла настолько развиться, что она лежитъ латерально отъ лѣвой почки, направляясь вдоль ея до основанія надпочечной железы и переходя цпотомъ въ вышеописанную часть ободочной кишки. Двѣнадцатиперстная кишка осталась въ томъ же положеніи и только на мѣстѣ перехода въ *Flexura duodenojejunalis* она приросла къ задней стѣнкѣ брюшной полости и къ поперечной части ободочной кишки.

Въ 16-ую недѣлю мы замѣчаемъ небольшое пониженіе *Flexurae lienalis*; она лежитъ передъ верхней половиной лѣвой почки: *colon transversum* уже выраженъ и въ поперечномъ направленіи тянется отъ лѣвой почки къ мѣсту сращенія его съ *Flexura duodenojejunalis*, откуда онъ подъ тупымъ угломъ направляется внизъ, чтобы образовать слѣпую кишку; *Colon ascendens* фиксированъ при этомъ только въ мѣстѣ перекрещиванія его съ *Flexura duodenojejunalis*.

Въ 20 недѣлю наблюдаются очень важныя явленія. Къ этому времени *Mesocolon descendens* ложится на заднюю стѣнку брюшной полости и срастается съ ней постепенно спереди и сверху кнаружи и книзу. Мы находимъ такимъ образомъ *Flexuram lienalem* приросшей. Сама нисходящая кишка еще совсѣмъ не приросла или она во всей своей длинѣ прилегла къ задней брюшной стѣнкѣ и въ такомъ случаѣ мы находимъ, что *Flexura lienalis* лежитъ необыкновенно высоко на верхнемъ полюсѣ лѣвой почки.

Во второй половинѣ внутриутробной жизни двѣнадцатиперстная кишка совсѣмъ уже развилась, она почти круглая и, за исключеніемъ развѣ начальной ея части, приросла къ задней стѣнкѣ. Вертикальная часть ея тянется вдоль правой почки, у нижняго конца которой она переходитъ въ нижнюю горизонтальную часть, причемъ *Flexura duodenojejunalis* лежитъ на одномъ уровнѣ съ *pylorus*-омъ; слѣдя далѣе за развитіемъ ободочной кишки, мы видимъ, что слѣпая часть постепенно спускается

все ниже отъ нижняго полюса до подвздошной ямки, причемъ этотъ процессъ о пусканіи можетъ остановиться на любомъ мѣстѣ этого пространства и кишка прирости къ задней стѣнкѣ. По этому мы встрѣчаемся тутъ съ самыми разнообразными положеніями этой кишки: то она прилегаетъ къ нижнему полюсу, то она прикрываетъ его, то она окружаетъ его край, образуя потомъ болѣе или менѣе вытянутую дугу (*Flexura hepatica*). Приближаясь къ печени, эта дуга все болѣе удаляется отъ медиальнаго края почки и скрещивается съ двѣнадцатиперстной кишкой, отношеніе которой къ правой почкѣ уже описано выше. Отсюда поперечная часть ободочной кишки направляется влѣво вверхъ, доходитъ до лѣвой почки, пересекаетъ ее въ ея верхнемъ полюсѣ и, образуя большій или меньшій уголъ вдоль верхняго края почки, спускается внизъ, ложась между почкой и стѣнкой живота, къ которой она и приростаетъ; чѣмъ ниже, тѣмъ это приростаніе увеличивается.

Въ подтвержденіе своей теоріи Toldt ¹⁾ приводитъ фактъ существованія такъ называемыхъ *Recessus paracolicі*: пустынныя пространства, щели, лежащія между брыжейкой и задней брюшной стѣнкой, выстланныя характернымъ эпителиемъ и образовавшіяся вслѣдствіе неполнаго, несовершеннаго приростанія, склеиванія брыжейки или даже самой кишки съ париетальной брюшиной. Таковы въ общихъ чертахъ ходъ развитія кишечника.

Полноты ради и для того, чтобы не возвращаться въ область исторіи развитія пищеварительнаго канала, мы кратко рассмотримъ еще эмбриологію сальника (*mesogastrium*). Желудокъ, какъ уже сказано, находится въ первыхъ недѣляхъ зародышевой жизни въ вертикальномъ положеніи и прикрѣпленъ къ позвоночнику посредствомъ вертикально же стоящей брыжейки; съ развитіемъ организма онъ постепенно смѣщается влѣво и тянетъ за собой и свою брыжейку, при этомъ онъ не остается въ вертикальномъ положеніи, а принимаетъ болѣе

1) l. c.

наклонное слѣва и сверху направо и внизъ, каковое положеніе принимаетъ по необходимости и брыжейка, слѣдствіемъ чего появляется образованіе слѣпнаго мѣшка, направленного слѣпымъ концомъ влѣво и отвертѣмъ вправо (*Foramen Winslowii*). Образовавшійся такимъ образомъ мѣшокъ (*mesogostrium*) растетъ и увеличивается не только по направленію внизъ, но и въ стороны, въ особенности влѣво, что для интересующаго насъ вопроса очень важно. Въ боковой лѣвой части мы замѣчаемъ уже въ первыхъ недѣляхъ эмбриональной жизни особое скопленіе клѣтокъ, будущую селезенку, которая растетъ и увеличивается вмѣстѣ съ ростомъ всего организма и посредствомъ одной пластинки (передней) сальника прикрѣпляется къ большой кривизнѣ желудка, а другой къ діафрагмѣ; обѣ эти пластинки прикрѣпляются къ воротамъ селезенки. Увеличиваясь въ лѣвую сторону, сальникъ иногда особымъ образомъ выпячивается и приростаетъ къ *Flexuram coli lienalem*; а иногда и къ боковой стѣнкѣ живота, образуя, такъ называемое, *Ligamentum pleuro* (или правильнѣе *phrenico*) *colicum*. Такимъ образомъ и почка надъ мѣстомъ прикрѣпленія *Flexurae lienalis* и съ нимъ *mesocoli transversi* покрыта еще этимъ продолженіемъ сальника.

Закончивъ такимъ образомъ краткій обзоръ исторіи развитія брыжейки и пищеварительнаго канала, мы приступимъ къ разбору интересующаго насъ вопроса. Мнѣ кажется, что удобнѣе всего и, такъ сказать, естественнѣе будетъ рассмотреть этотъ вопросъ въ слѣдующемъ порядкѣ: отношеніе почекъ къ сосѣднимъ органамъ, ихъ отношеніе къ задней брюшной стѣнкѣ и діафрагмѣ и, наконецъ, покровъ почки и фиксаціонный аппаратъ ея.

Отношеніе почекъ къ сосѣднимъ органамъ.

Для того, чтобы на трупѣ получить вѣрное представленіе объ отношеніи почекъ къ ихъ сосѣднимъ органамъ, нужно стараться вскрыть трупъ такъ, чтобы, при вскрытіи полости живота, внутренности возможно меньше измѣнили свое поло-

женіе. Конечно, вскрытіе само по себѣ нарушаетъ уже нормальныя отношенія органовъ другъ къ другу, однако при нѣкоторой осторожности удастся до извѣстной степени ослабить вредное вліяніе вскрытія. Сдѣлавъ это, мы приподымаемъ правую долю печени и почка становится почти на всей своей передней поверхности или, во всякомъ случаѣ, на протяженіи больше чѣмъ двѣ верхнія трети доступной глазу: быстрымъ прощупываніемъ всего этого пространства мы убѣждаемся въ томъ, имѣются ли сращенія между верхнимъ полюсомъ этой почки и печенью или нѣтъ. Это сращеніе иногда бываетъ непосредственное, иногда же посредствомъ особой связки. Чтобы осмотрѣть лѣвую почку, намъ нужно только сдвинуть тонкія кишки немного вправо, мы можемъ тогда разсмотрѣть почку въ двухъ ея нижнихъ третяхъ передней поверхности или еще больше. Такимъ образомъ мы легко и сразу видимъ, что отношенія обѣихъ почекъ къ сосѣднимъ внутренностямъ различно: на правой почкѣ глазу доступны двѣ верхнія трети, на лѣвой двѣ нижнія. Части, сразу не доступныя нашему глазу, скрыты отъ нашего взора различно на обѣихъ сторонахъ; на правой причина этому только восходящая часть ободочной кишки, на лѣвой нисходящая часть и кромѣ того надъ нею лежащія органы, селезенка и поджелудочная железа. Въ то время какъ Luschka¹⁾ и другіе авторы заявляютъ, что обѣ почки находятся въ одинаковыхъ отношеніяхъ къ сосѣднимъ органамъ и въ особенности къ толстой кишкѣ, которая своими Flexurae пересекаетъ соответствующую почку въ средней ея трети и потомъ ложится вдоль наружнаго края ея, а другіе, какъ напримѣръ Heitzmann²⁾ и Roser³⁾ говорятъ, что почки прилегаютъ ихъ передней поверхностью къ colon descendens resp. ascendens, Langer-Toldt⁴⁾, что латерально

1) Anatomie Bd. II, Th. I.

2) Descr. und Topogr. Anat. des Menschen, 1892.

3) Chir. anat. Vademecum 1890.

4) Lehrb. der syst. und topograph. Anatomie 1893.

отъ почекъ проходить соответствующая часть colon'a, у Sappey'a¹⁾ мы находимъ описанія болѣе приближающіяся къ дѣйствительности. Еще до него Lesshaft²⁾ считалъ нужнымъ выразить свое сожалѣніе по поводу того, что большая часть авторовъ полагаетъ, что оба colon ascendens и descendens лежатъ передъ соответствующей почкой, и только немногіе обратили вниманіе на то обстоятельство, что colon descendens лежитъ вдоль наружнаго края лѣвой почки. Однако ниже и онъ заявляетъ, что colon ascendens лежитъ постоянно передъ правой почкой. Правильнѣе всего отношенія толстой кишки къ почкамъ описаны, не говоря о Zuckerkandl'ѣ³⁾, у Боброва⁴⁾, по крайней мѣрѣ, отношенія лѣвой почки къ кишечнику у него абсолютно правильно описаны, относительно же правой я долженъ замѣтить, что его мнѣніе, о томъ что печень покрываетъ только верхнюю треть передней поверхности почки, а двѣ нижнія трети покрываются colon ascendens, не совсѣмъ отвѣчаетъ дѣйствительности. Разсмотримъ подробнѣе эти отношенія на нашемъ трупѣ и мы найдемъ слѣдующее: colon ascendens, подымаясь изъ правой подвздошной ямки, достигаетъ нижняго полюса правой почки, вдоль котораго онъ идетъ вверхъ и влѣво, то только касаясь края его, то покрывая его на большемъ или меньшемъ пространствѣ, захватываящемъ иногда всю нижнюю часть передней поверхности. Однако это весьма рѣдко случается и, какъ я имѣю возможность убѣдиться рядомъ изслѣдованій дѣтскихъ труновъ и взрослыхъ, восходящая кишка касается только нижняго края почки. Отсюда кишка направляется вверхъ, вдоль внутренняго края правой почки, на границѣ между верхней и нижней половиной которой она постепенно оставляетъ его и, образуя дугу, переходитъ въ поперечную часть ободочной кишки. По мѣрѣ того какъ colon ascen-

1) l. c.

2) Reichert's Arch. f. Anat. und Phys. 1870, pag. 240.

3) l. c.

4) l. c.

dens удаляется от внутреннего края правой почки, *pars descendens duodeni* подходит все ближе к этой и направляется вдоль него вниз. Займемся подробнѣ этой частью пищеварительнаго капала! Желудокъ какъ извѣстно переходитъ своею *parte pylorica* въ двѣнадцатиперстную кишку, начальная часть которой, такъ называемая *pars horizontalis superior* (по Schieferdecker'у¹⁾ *superior*) лежитъ на высотѣ перваго поясничнаго позвонка, направляясь сверху, слѣва и спереди внизъ, вправо и впередъ; это направление конечно подъ вліяніемъ накопленія или опорожненія желудка и другихъ кишекъ можетъ болѣе или менѣе измѣниться. *Pars horizontalis* почти подъ прямымъ угломъ переходитъ въ *pars descendens (media)*, которая вдоль втораго и третьяго поясничнаго позвонка, внутрь отъ медіальнаго края правой почки направляется внизъ, на высотѣ третьяго позвонка она опять подъ прямымъ угломъ измѣняетъ свое направление и, перейдя въ *pars horizontalis inferior*, сохраняетъ немного это направление и потомъ поднимается вверхъ, чтобы образовать *flexuram duodenojejunalem*. Таково вообще направление этой кишки, отступленія отъ него часто встрѣчаются. Въ особенности часто варьируетъ средняя часть этой кишки, какое обстоятельство особенно важно для занимающаго насъ теперь вопроса, такъ какъ эта часть прилегаетъ къ медіальной краю правой почки. По Schieferdecker'у²⁾ мы встрѣчаемъ наиболѣе часто двоякаго рода измѣненія: въ первомъ случаѣ средняя часть двѣнадцатиперстной кишки, прилегая къ правой почкѣ, направляется сверху передъ *musculus psoas* и *quadratus lumborum* отъ верхняго края I поясничнаго позвонка до нижняго края II.; въ этомъ случаѣ двѣнадцатиперстная кишка почти кругообразна, во второмъ случаѣ эта кишка спускается внизъ до нижняго края III. и даже IV. позвонка, и тогда она представляетъ вытянутый петлеобразный кругъ. Понятно, что, смотря по формѣ кишки, по ея варіаціямъ, плоскость

1) Reichert's Arch. f. Anat. und Phys. 1886, pag. 340.

2) 1. c.

прикосновенія ея съ медіальнымъ краемъ почки будетъ также варіировать, въ первомъ случаѣ она будетъ гораздо меньше, чѣмъ во второмъ. Вообще отношеніе двѣнадцатиперстной кишки къ правой почкѣ зависить отъ степени наполненія этой кишки. Въ зависимости отъ этого *duodenum* то только касается медіальнаго края почки, то, сдвигая восходящую кишку внизъ, ложится на медіальную часть передней поверхности почки и даже на нижній полюсъ ея. Какъ уже выше сказано было, лѣвая почка предсравляется нашему взору послѣ удаленія тонкихъ кишекъ только въ ея двухъ нижнихъ третяхъ передней поверхности. Поперечная часть ободочной кишки пересѣкаетъ при этомъ переднюю поверхность правой почки, нисходящая лежитъ вдоль наружнаго края ея, который она можетъ или прикрывать или только касаться его, чѣмъ обусловливается большая или меньшая доступность взору на передней и доступность изслѣдующей рукѣ на наружной боковой поверхности. Авторы описываютъ это отношеніе лѣвой почки къ ободочной кишкѣ весьма различно, такъ Arnold¹⁾, Hoffmann²⁾ и другіе говорятъ: почка лежитъ позади *colon descendens* или послѣдній проходитъ впереди лѣвой почки. Lesshaft³⁾ утверждаетъ, что при его изслѣдованіяхъ онъ находилъ *colon descendens* постоянно кнаружи отъ наружнаго края почки. Изъ 265 изслѣдованныхъ имъ случаевъ только у трехъ лежалъ *colon descendens* кнутри отъ лѣвой почки. Непосредственно подъ ободочной кишкой передняя поверхность почки приходитъ въ соприкосновеніе съ хвостомъ *pancreatis* и селезенкой, вдвинутой въ трехугольное пространство; селезенка прилегаетъ своей ренальной поверхностью, т. е. задней половиной ея внутренней вогнутой поверхности къ почкѣ, къ которой она на большемъ или меньшемъ пространствѣ прирастаетъ непосредственно или посредствомъ одной или нѣсколькихъ связокъ, при этомъ селезенка обладаетъ конечно различной по-

1) 1. c.

2) 1. c.

3) 1. c.

движностью: въ однихъ случаяхъ она совсѣмъ неподвижна, въ другихъ ее можно вынуть изъ ея ниши (saccus lienalis). Относительно величины поверхности соприкосновенія этихъ двухъ органовъ, авторы расходятся во мнѣніяхъ, какъ напр., Sappey¹⁾ говоритъ, что лѣвая почка соприкасается avec la rate, qui recouvre sa moitié, ou son tiers supérieur, съ чѣмъ я согласиться не могу. Селезенка касается, какъ это Gerlach²⁾ и Бобровъ³⁾ утверждаютъ, уже въ самыхъ крайнихъ случаяхъ верхней трети, но никогда не верхней половины почки, наоборотъ иногда Flexura lienalis прикрѣпляется къ верхнему полюсу почки и тогда плоскость прикосновенія этихъ двухъ органовъ очень минимальна.

Кромѣ названныхъ органовъ, по мнѣнію авторовъ, правая почка касается еще желудка; такъ, тотъ же Gerlach⁴⁾ говоритъ: „die linke Niere greift an die hintere Fläche des Magenfundus“, Sappey⁵⁾ — „avec la grosse tubérosité de l'estomac“ и многие другіе утверждаютъ, что желудокъ своимъ дномъ (Fundus) касается внутренней части лѣвой почки; какъ Губаревъ⁶⁾ Rauber⁸⁾ и His⁷⁾. Последний авторъ говоритъ: лѣвая почка своей верхней частью упирается въ дно желудка. Я могу съ этимъ только отчасти согласиться. Желудокъ, правда касается своимъ дномъ верхняго полюса почки, но только въ наполненномъ состояніи, въ контрагированномъ же состояніи это прикосновеніе врядъ ли имѣетъ мѣсто. За то не подлежитъ сомнѣнію, что mesogastrium прилегаешь къ почкѣ, о чемъ еще предстоитъ подробно поговорить. Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть тонкія кишки, которыя находятся въ очень близкихъ отношеніяхъ къ лѣвой почкѣ. Впрочемъ, эти отношенія очень непостоянны: они хорошо описаны Sappey'емъ⁹⁾ „De chaque côté la face anteri-

1) I. c.

2) I. c.

3) I. c.

4) I. c.

5) I. c.

6) I. c.

7) Reichert's Arch. f. Anat. und Phys. 1878 p. 53.

8) I. c.

9) I. c.

eure des reins est encore une rapporte avec les circonvolutions de l'intestin grêle, qui s'en approchent lorsque le gros intestin se retracte et qui s'en éloignent lorsqu'ils se dilatent . . .“ конечно эти отношенія не существуютъ „de chaque côté“, а только на лѣвой сторонѣ, на правой же они совсѣмъ не существуютъ или очень незначительны, и только развѣ въ патологическихъ случаяхъ, какъ сильной атрофіи печени или смѣщеніи почки внизъ, можно ихъ и тутъ наблюдать.

Чтобы провѣрить все вышесказанное, я предпринялъ изслѣдованіе серіи поперечныхъ и продольныхъ разрѣзовъ черезъ почечную область. Эти изслѣдованія подтвердили вполнѣ прежніе результаты.

Отношенія почекъ къ задней брюшной стѣнкѣ, къ діафрагмѣ и къ плеврѣ.

Чтобы рассмотреть всѣ эти отношенія почекъ, мы удалимъ всѣ органы изъ брюшной полости, т. е. селезенку, поджелудочную железу, желудокъ и ободочную кишку. Мы увидимъ тогда, что почки лежатъ по обѣимъ сторонамъ позвоночника. Лѣвая почка медиально, очень близко отъ аорты, правая отъ нижней полой вены, на что обратилъ вниманіе Бильротъ, предупреждая о могущемъ легко произойти пораненіи этой вены при чрезчуръ насильственномъ удаленіи почки. Engel¹⁾ опредѣляетъ разстояніе почки отъ названныхъ сосудовъ въ 1,5 см. Положеніе почекъ, строго говоря, не вертикально: обѣ почки конвергируютъ кверху и ихъ верхніе полюсы лежатъ болѣе назадъ чѣмъ нижніе полюсы. Разстояніе верхнихъ полюсовъ отъ позвоночника равняется почти $\frac{1}{2}$ до 1 см. Самое большое разстояніе обоихъ вогнутыхъ краевъ равно 12 и 13 см. (Pansch²⁾, среднее — 7,5 (Landau³⁾). Обѣ почки не переходятъ за плоскость проведенную касательно къ

1) I. c.

2) Reicherts Arch. f. Anat. und Phys. 1876 p. 327.

3) Wanderniere den Frauen. Berlin 1881.

передней поверхности позвоночника (Бобровъ¹⁾). Это положение почек и направление их осей обуславливается поверхностью, на которой они лежатъ. Эта поверхность сама очень неправильна и непостоянна; она зависитъ отъ искривлений позвоночника, отъ развитія мышцъ и положенія диафрагмы. Займемся подробнѣе изученіемъ этой поверхности. Съ самаго начала нужно замѣтить, что почки лежатъ не только на задней брюшной стѣнкѣ, но еще значительной частью своей задней поверхности прилегаютъ къ задней стѣнкѣ thorax'a, т. е. не на ребрахъ собственно, а на диафрагмѣ. Относительно величины этой части мы встрѣчаемъ у авторовъ различныя мнѣнія: одни принимаютъ ее равной двумъ третямъ (Huschke²), другіе — половинѣ, третьи говорятъ, что верхняя часть задней поверхности почки до воротъ ея покрыта ребрами; нижняя граница этой части опредѣляется нижнимъ краемъ XII. ребра или линією прикрѣпленія диафрагмы къ ребрамъ, которая пересѣкаетъ почку подъ угломъ въ 45°. Если принять во вниманіе косое направленіе ребръ, то намъ станетъ ясно, что почки въ боковой своей части больше лежатъ въ области thorax'a, чѣмъ въ медиальной; прибавимъ къ тому еще дивергирующее положеніе почекъ и это отношеніе почекъ къ задней грудной стѣнкѣ станетъ еще рѣзче выраженнымъ. Такимъ образомъ мы можемъ различать на почкѣ двѣ части: грудную и брюшную, торакальную, и абдоминальную, верхнюю и нижнюю. (Выраженіе „грудная и брюшная часть“ не совсѣмъ правильно, за то оно яснѣе рисуетъ положеніе почекъ). Верхняя торакальная часть простирается вверхъ до XI ребра (по нѣкоторымъ авторамъ еще выше) и прилегаетъ къ поясничной реберной (lumbo-costalis) части диафрагмы, причемъ она прикрываетъ небольшое трехугольное пространство между диафрагмой и позвоночникомъ (Henke³); медиально она лежитъ на musculus psoas. Абдоминальная нижняя часть оканчивается внизу не всегда на одной

1) 1. с.

2) Eingeweidelehre.

3) 1. с.

высотѣ и это обстоятельство дало поводъ многимъ авторамъ считать нижней границей почки Crista ilei. Такъ Hoffmann¹⁾ считаетъ нормальное положеніе почки между XI ребромъ и гребешкомъ подвздошной кишки, Henke 2 поперечн. пальца выше этого мѣста, Hildebrandt между XI. ребромъ и V. поясничнымъ позвонкомъ, другіе, какъ Arnold, Engel, Зерновъ . . . считаютъ нижней границей III. поясничный позвонокъ, Gegenbauer II. и т. д. Какъ сильно было распространено мнѣніе о низкомъ стояніи этой границы можно судить по тому, что Vogel²⁾ въ своей работѣ о болѣзняхъ почекъ говоритъ: нижняя часть почекъ достигаетъ верхняго края подвздошной части и поэтому опредѣленіе ихъ нижнихъ границъ посредствомъ перкуссіи этой костной толщи едва удастся. Во всякомъ случаѣ нижняя граница почекъ очень непостоянна и мы можемъ только сказать, что въ большинствѣ случаевъ эта граница лежитъ на высотѣ промежуточнаго хряща между вторымъ и третьимъ поясничнымъ позвонкомъ, колебанія на одинъ позвонокъ, т. е. до нижняго края III. позвонка, могутъ еще считаться нормальными, опусканіе же границъ еще ниже нелогическими. Нужно еще замѣтить, что въ общемъ правая почка лежитъ ниже чѣмъ лѣвая, что подтверждаютъ уже изстари всѣ анатомы; нѣкоторые современные отрицаютъ это, однако фактъ болѣе низкаго стоянія правой почки не подлежитъ сомнѣнію; не нужно только это преувеличивать, разница бываетъ не болѣе какъ на одинъ поперечный палецъ. Абдоминальная часть почки лежитъ на musculus psoas, quadratus lumborum и transversus abdominis. На psoas'ѣ лежитъ медиальная верхняя часть почекъ, на quadratus lumborum большая часть ея, но притомъ такъ, что нижній полюсъ почки не совсѣмъ покрывается этимъ мускуломъ (Gerlach³), а скорѣе лежитъ на сухожиліи transversi abdominis, что подтверждаетъ и Rauber⁴⁾ своимъ схематическимъ рисункомъ.

1) 1. с.

2) Handbuch der Therapie und Pathologie v. Virchow, Bd. VI. Th. 2. pag. 421, (1865).

3) 1. с.

4) 1. с. pag. 654 Fig. 676.

Почка такимъ образомъ переходитъ за наружный край *quadratus lumborum*, что Губаревъ отрицаетъ, другіе же подтверждаютъ и Luschka даже говоритъ, что выпуклый край почекъ выступаетъ почти на два пальца за свободный край *musculus quadratus lumborum*. Почки такимъ образомъ лежатъ сбоку отъ позвоночника, въ поясничной области въ особой нишѣ, имѣющей сводчатый потолокъ (*Diaphragma*) и двѣ сходящіяся подъ угломъ боковыя стѣнки, одна изъ которыхъ внизъ и кнаружи сильно поката, вслѣдствіе чего она все болѣе и болѣе отодвигаетъ почку отъ позвоночника. Что правая почка своимъ верхнимъ полюсомъ не такъ высоко стоитъ какъ лѣвая, мы можемъ убѣдиться, прощупывая эти органы со стороны полости плевры. Правую почку только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, и то немного, можно прощупать, на лѣвой же это легко удастся почти на всей ея верхней трети. Это же обстоятельство подтверждается изслѣдованными мною горизонтальными разрѣзами. Рисунки Braune свидѣтельствуютъ о томъ же. Пріймемъ въ расчетъ еще и то, что верхній край почекъ прикрытъ надпочечникомъ и не упустимъ изъ виду неодинаковое отношеніе этихъ органовъ къ почкамъ на обѣихъ сторонахъ, и намъ станетъ описанное обстоятельство вполне яснымъ. Форма надпочечника неодинакова на обѣихъ сторонахъ: правый длиннѣе и уже, чѣмъ лѣвый и его верхній конецъ подымается гораздо выше. Отношенія ихъ къ почкамъ различно описываются; Hollstein¹⁾ говоритъ: „верхній конецъ почки связанъ посредствомъ соединительной ткани съ надпочечникомъ“; Gerlach²⁾ пишетъ: „на медиальной верхней части почки сидитъ надпочечникъ“; Eckhard³⁾, Gegenbauer⁴⁾ и др.: „на верхнемъ концѣ почки болѣе медиально или надъ почкой и немного внутрь сидитъ надпочечникъ“; только Henke⁵⁾ немного подробнѣе занялся этимъ вопросомъ; онъ говоритъ: „Надпочечники

- 1) l. с.
- 2) l. с.
- 3) l. с.
- 4) l. с.
- 5) l. с.

лежать въ видѣ трехъугольныхъ пластинокъ своимъ острымъ верхнимъ и болѣе тупымъ нижнимъ краемъ на верхнемъ концѣ почекъ, гдѣ они прилегаютъ къ ножкамъ діафрагмы, правая немного выше чѣмъ лѣвая, такъ какъ правая своимъ верхнимъ концомъ подымается отвѣсно съ боку *Venae cavae inferioris*, лѣвая сморщивается подъ пищеводомъ между почкой и діафрагмой, доходя внизъ до почечныхъ сосудовъ. Очень мѣтко описываетъ эти отношенія Langer-Told¹⁾: „*rechterseits sitzt die Nebenniere scheidtelrecht auf der Niere, linkerseits mehr medialgeneigt*“. Изслѣдуя дѣтскіе трупы, я невольно обратилъ вниманіе на это различіе въ положеніи праваго и лѣваго надпочечника; на верхнемъ полюсѣ лѣвой почки сидитъ довольно большой надпочечникъ, который своей передней долькой покрываетъ почти треть передней поверхности почки. Сидящій на верхнемъ полюсѣ правой почки надпочечникъ покрываетъ своей передней долей на гораздо меньшемъ пространствѣ эту почку. У дѣтей мнѣ приходилось констатировать, что надпочечникъ доходить до воротъ почекъ, какъ это и Henke²⁾ наблюдалъ.

Вернемся къ вопросу относительно доступности почекъ со стороны плевры или вѣрнѣе относительно величины поверхности соприкосновенія почекъ съ діафрагмой и мы увидимъ изъ описаннаго, что не говоря уже о болѣе низкомъ стояніи правой почки, одинъ фактъ большей длины праваго надпочечника достаточенъ для того, чтобы поверхность соприкосновенія правой почки съ діафрагмой была меньше, чѣмъ лѣвой. Эта разница имѣетъ большое значеніе для правильнаго толкованія многихъ патологическихъ процессовъ этой мѣстности. Не менѣе чѣмъ отношеніе къ діафрагмѣ, для насъ важно и болѣе точное выясненіе отношенія почекъ къ XII ребру. Извѣстно, что одинъ изъ знаменитыхъ хирурговъ, производя почечную операцію по способу Simon'a, вскрылъ полость плевры, вслѣдствіе чего пациентъ скончался. Этотъ случай обратилъ на себя

- 1) l. с.
- 2) l. с.

всеобщее вниманіе и послѣ этого появился рядъ работъ по этому вопросу, лучшей изъ которыхъ считается по справедливости работа Нолл'а¹⁾. Очень рѣдко бываетъ, что XII ребро отстаетъ въ своемъ развитіи. Авторъ показалъ, что отсутствіе XII ребра на обѣихъ сторонахъ чаще встрѣчается, чѣмъ только на одной сторонѣ, и на правой сторонѣ она отсутствуетъ чаще чѣмъ на лѣвой. Эту аномалію Нолл находитъ почти на каждомъ 3—4 трупѣ и это для насъ тѣмъ важнѣе что, рядомъ съ аномаліею ребръ мы находимъ вполне правильное развитіе діафрагмы. Эта послѣдняя развивается такъ, какъ будто реберной аномаліи и не существовало, а именно она прикрѣпляется не къ XI ребру, а къ мѣсту, гдѣ нормальво должно бы лежать XII ребро. Нужно замѣтить, что ребро не только отсутствуетъ; оно, такъ сказать, замѣщается сухожильной полосой, которая до нѣкоторой степени перенимаетъ функціи недостающаго ребра, такъ напр. относительно діафрагмы; за то *musculus quadratus lumborum* прикрѣпляется не къ этому сухожилию, а къ XI ребру. Все это, конечно, послужило причиною къ тому, что теперь почти всѣ возстаютъ противъ метода Simon'a въ тѣхъ случаяхъ, когда настоящее положеніе вещей предварительно нераспознано. вмѣстѣ съ діафрагмой и плевры сама тоже прикрѣпляется къ XII ребру къ ея верхнему или нижнему краю, по Ransch'y²⁾ даже къ поперечному отростку I поясничнаго позвонка, во всякомъ случаѣ XII ребро въ своей наружной трети, т. е. около 4 см. остается свободнымъ отъ плевры, такъ какъ плевра на этомъ разстояніи отъ конца ребра подымается кверху къ XI ребру и поэтому наружную треть XII ребра можно безъ всякаго опасенія резецировать (предполагая, конечно, нормальное развитіе этого ребра), по Wagner'y³⁾ и le Dentu только наружную четверть. Lauenstein⁴⁾

1) Langenbeck's Arch. XXV p. 225.

2) l. c.

3) Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXIV—504.

4) D. Med. Wochenschr. 1887 Nr. 26.

же полагаетъ, что субперіостальная резекція XII ребра совершенно безопасна въ смыслѣ пораненія плевры. Разобравъ такимъ образомъ отношенія плевры, діафрагмы и послѣднихъ реберъ къ почкамъ, не мѣшаешь въ нѣсколькихъ словахъ упомянуть и о респираторныхъ движеніяхъ этихъ органовъ. Не смотря на то, что почти всѣ отрицаютъ существованіе такихъ (Stiller¹⁾ и др.) мы читаемъ у Israel'a²⁾, что онѣ имѣютъ не разъ возможность лично на живыхъ не только видѣть самому, но и демонстрировать зрителямъ респираторное движеніе почекъ. Онъ говоритъ, что, если сдѣлать почку доступной взору сзади, то съ изумленіемъ можно простѣдить сильныя движенія ея доходящія до 1 дюйма. По моему это явленіе анатомически весьма понятно, въ особенности на лѣвой сторонѣ, гдѣ почка на протяженіи цѣлой верхней трети ея задней поверхности касается діафрагмы (возможно, что при сильныхъ респираторныхъ движеніяхъ діафрагмы поверхность прикосновенія еще увеличивается); возможность респираторныхъ движеній правой почки менѣе вѣроятна: движенія эти во всякомъ случаѣ очень и очень незначительны. Почка прилегаетъ тутъ только на весьма маломъ пространствѣ къ діафрагмѣ, а ея отношенія къ печени врядъ ли могутъ способствовать передачѣ печеночныхъ движеній ей. Печень скорѣе скользитъ по передней поверхности почки, чѣмъ толкаетъ ее внизъ; это послѣднее можетъ только тогда случиться, когда печень своимъ заднимъ краемъ немного просовывается между задней брюшной стѣнкой и боковымъ краемъ почки (что мнѣ нѣсколько разъ приходилось наблюдать) и такимъ образомъ прямо двигаетъ почку, или когда почка приросла своимъ верхнимъ полюсомъ къ печени. При почечныхъ опухоляхъ и вообще увеличенныхъ почкахъ респираторныя движенія чаще наблюдались; такъ Rosenbach³⁾ сообщаетъ случай, гдѣ онъ при разрѣзѣ въ по-

1) Wien. Med. Wochenschr. 1868 Nr. 33.

2) D. Chir. Congress 1887.

3) Berl. Kl. Woch. 1882 Nr. 5.

ясничной области констатировать pyonephrosis, причем почка респираторно двигалась.

Оболочки почки.

Какъ известно, почки считаются органами, лежащими „въ брюшинѣ“. Это, конечно, лежитъ въ сомнѣніи; однако, не надо упускать изъ виду, что опѣ въ своемъ положеніи существенно отличаются отъ другихъ, въ брюшину лежащихъ органовъ. Не смотря на распростраенность и общезвѣстность этого факта, мы находимъ еще много отрицателей, которые утверждаютъ, что, строго говоря, почки не лежатъ extra peritoneum, а въ немъ самомъ, что они заключены между его двумя пластинками фиброзной и серозной (Arnold¹⁾). Это мнѣніе ошибочно, такъ какъ брюшина не имѣетъ никакихъ фиброзныхъ оболочекъ. Лучше всего это доказываетъ слѣдующій сечіонный протоколъ, заимствованный нами у Simon'a, какъ живая иллюстрація въперитонеального положенія почекъ. Пациентъ умеръ отъ контузіи почекъ. Результатъ вскрытія слѣдующій: На правой сторонѣ, въ Fossa iliaca, позади брюшины вокругъ почки находится большое скопленіе крови, которая окружаетъ почку; кровь проложила себѣ дорогу на лѣвую сторону подъ брюшиной. Подъ сгустками крови оказалась поперечно разорванная правая почка. Этотъ случай лучше всего иллюстрируетъ отношеніе почки къ брюшинѣ; она лежитъ въ peritoneum'a, который ее покрываетъ на ея передней сторонѣ, что ясно доказывается распространеніемъ крови по другую сторону. Еслибъ почка лежала между двумя листками peritoneum'a, то кровь ни въ какомъ случаѣ не могла бы перейти на другую сторону. Брюшная полость представляетъ, какъ мы уже знаемъ, въ начальныхъ стадіяхъ своего развитія полость, черезъ которую проходитъ пищеварительный каналъ, прикрѣпленный къ позвоночнику посредствомъ вертикально поставленной брыж-

1) I. c.

жейки. Полость эта, какъ и все въ пей находящееся, выстлана эпителиемъ (Coelomepitel). По обѣ стороны позвоночника мы замѣчаемъ продолговатыя возвышенія, почки и надпочечники, которыя своей передней поверхностью обращены внутрь въ полость и такимъ образомъ представляютъ часть задней стѣнки, т. е. имѣютъ эпителиальную оболочку. Черезъ нѣкоторое время эта оболочка дифференцируется и мы находимъ на передней поверхности почки характерный перитонеальный покровъ. Этого одного уже достаточно, чтобы доказать неосновательность предположенія, что брюшина состоитъ изъ двухъ слоевъ. Въ началѣ четвертаго мѣсяца или въ концѣ его мы находимъ ободочную кишку, въ особенности восходящую часть и вмѣстѣ съ нею двѣнадцатиперстную кишку съ ихъ брыжжейками приросшими къ задней брюшной стѣнкѣ, рука объ руку съ этимъ приростаніемъ идетъ исчезновеніе эпителия и соединительно-тканное преобразованіе его. Брыжжейка названныхъ кишечныхъ отрѣзковъ отдѣваетъ теперь заднюю брюшную стѣнку, замѣняетъ паріетальный листокъ брюшины и перенимаетъ его функции; то же самое происходитъ и съ colon descendens и его брыжжейкой. Такимъ образомъ все, что на этомъ пространствѣ прилегалъ къ брюшной стѣнкѣ и было покрыто паріетальной брюшиной, все это теперь покрыто замѣняющими брюшину восходящей и нисходящей брыжжейкой. Мы различаемъ такимъ образомъ первичную и вторичную брюшину.

Почки, какъ мы уже въ предыдущей главѣ показали, находятся въ такомъ положеніи относительно кишекъ, что правая почка въ своемъ нижнемъ полюсѣ касается или покрывается восходящей кишкой, а лѣвая на своей передней поверхности на границѣ между верхней и средней третью пересѣкается поперечной кишкой, идущей потомъ внизъ вдоль наружнаго края почки, покрывая или только касаясь его. Смотря по взаимному отношенію этихъ органовъ другъ къ другу, ободочная брыжжейка болѣе или менѣе покрываетъ почку. Какъ бы то ни было, фактъ тотъ, что отношенія передней поверх-

ности почки къ соответствующимъ ободочнымъ брыжжейкамъ на обѣихъ сторонахъ не одинаковы: на правой они гораздо проще, чѣмъ на лѣвой. Правая почка покрыта только печенью, причемъ она лишь изрѣдка приростаетъ въ своемъ верхнемъ полюсѣ къ ней, нижній конецъ почки граничитъ только съ восходящей кишкой, слѣдовательно оболочки этой почки вовсе не сложны; на томъ мѣстѣ, гдѣ почка покрыта надпочечникомъ, она лишена перитонеального покрова; отъ этого мѣста внизъ до соприкосновенія съ восходящей кишкой мы находимъ первичное *peritoneum parietale*, ниже мѣста соприкосновенія или приростанія мы констатируемъ *mesocolon ascendens* или вторичное *peritoneum parietale* и подъ этимъ слой соединительной ткани, образовавшійся изъ слиянія эпителиального покрова первичнаго *peritoneum*'а съ эпителиемъ брыжжейки. Что касается лѣвой почки, то мы находимъ на поверхности ея, лежащей надъ *mesocolon transversum*, надпочечникъ. Мѣсто, непокрытое надпочечникомъ, одѣто первичнымъ *peritoneo parietali*, надъ которымъ болѣе внутри лежитъ часть большого сальника (*mesogastrium*), въ нижней и внутренней части котораго залегаетъ поджелудочная железа; однако на большемъ или меньшемъ пространствѣ первичное *peritoneum* остается непокрытымъ сальникомъ. Селезенка при этомъ, какъ уже упомянуто, или совсѣмъ приросла (Зерновъ) или прикрѣплена къ перитонеальному покрову почки посредствомъ узкихъ связокъ. Сообразно съ этимъ, конечно, и покровы почки въ этой трети будутъ не одинаковы; медиальная часть покрыта вторичнымъ *peritoneo* (сальникомъ), (за исключеніемъ той части, гдѣ сидитъ *pancreas*), подъ этимъ мы находимъ первичное *peritoneum*, превратившееся въ соединительную ткань; латеральная часть верхней трети покрыта или первичнымъ *peritoneo* или лишена его на пространствѣ, занятомъ приросшей къ почки селезенкой или ея связками. Не слѣдуетъ при этомъ упускать изъ виду частое существованіе *Lig. pleuro (phrenico) colici*, продолженіе meso-

gastrii, влѣво, (Langer-Toldt¹⁾, Bochdaleck²⁾), которое широко прикрѣпляется къ *Flexuram lienalem* и къ боковой стѣнкѣ живота; существованіе этой связки обуславливаетъ покрытіе нижней части верхней трети почки болѣе кнаружи *mesogastrio*, т. е. не первичной, а вторичной брюшиной. Отношенія брюшины къ почкѣ на ея нижней части, (т. е. на двухъ нижнихъ ея третяхъ), лучше всего изучать посредствомъ впрыскиванія (*Injection*) или посредствомъ очень тщательной препараци, причемъ мы можемъ убѣдиться, что подъ кажущимся *peritoneo parietali* или, какъ почти всѣ, не смотря на старательныя изысканія Zuckerkandl'a это называютъ, подъ внутреннимъ листкомъ ободочной брыжжейки, находится еще слой соединительной ткани, представляющей измѣненное первичное *Peritoneum parietale*; въ особенности легко это удастся демонстрировать на трупахъ недоношенныхъ новорожденныхъ, у которыхъ эти слои можно отдѣлить другъ отъ друга. Эти же отношенія ясно выступаютъ при инъекціяхъ. Если на лѣвой почкѣ инъицировать застывающую жидкость подъ *mesocolon descendens*, то жидкость распространится на передней поверхности почки въ предѣлахъ, ограниченныхъ *mesocolo transverso et colo descendente*, и далеко внизъ и внутрь за границы почки. Надъ и кнаружи отъ нихъ жидкость не проникнетъ. Жидкость въ этомъ случаѣ инъицирована между *mesocolon descendens* и первичной брюшиной, ея распространеніе только въ названныхъ предѣлахъ очень доказательно для теоріи Toldt'a и опровергаетъ теорію J. Muller'a, по которой *colon* одѣтъ брыжжейкой состоящей изъ двухъ листовъ, не сросшихся между собой позади кишки. Будь это такъ, жидкость должна была бы естественнымъ образомъ распространиться не только въ направленіи внутрь и внизъ отъ кишки, но и внѣ и надъ этими кишками, этими же инъекціями доказывается и то, что

1) l. c.

2) Reicherts Arch. f. Anat. und Phys. 1867 p. 565.

mesocolon descendens прилегаютъ къ первичной брюшинѣ, такъ какъ жидкость находится между двумя соединительнотканными пластинками, нижняя изъ которыхъ переходитъ непосредственно въ первичную брюшину надъ ободочной кишкой. Инъекціи, произведенныя на правой почкѣ надъ восходящей ободочной кишкой подъ Peritoneum parietale на передней поверхности почки, даютъ также положительные результаты; жидкость распространяется сперва вверхъ и въ стороны, если же усилить давленіе ея, она проникнетъ и внизъ подъ Colon ascendens подъ нижній полюсъ почки въ область восходящей брыжжейки. Все это показываетъ, что передняя часть правой почки покрыта только первичной брюшиной, а не вѣшнимъ листкомъ брыжжейки, и поэтому инъцированная жидкость вначалѣ проникаетъ только до мѣста прикрѣпленія восходящей кишки, такъ какъ на этомъ мѣстѣ брюшина крѣпче, вслѣдствіе соединительнотканнаго преобразованія ея въ мѣстѣ сращенія ея съ брыжжейкой. Результаты этихъ инъекцій на правой почкѣ подтверждаются и исторіею болѣзни, сообщенной Barth'омъ: Опухоль правой почки занимаетъ всю правую половину полости живота и переходитъ влѣво за пупокъ, colon ascendens лежитъ на медиальномъ краю, Coecum подъ опухолью. При отдѣленіи брюшины отъ передней поверхности почки она оказалась очень тонкой и разрывалась при малѣйшей попыткѣ ее отсепаровать, только у вышеупомянутыхъ кишекъ она становилась крѣпче и ее удалось вмѣстѣ съ ними цѣликомъ отдѣлить. —

Разсмотрѣвъ покровъ почекъ на ихъ передней и боковыхъ поверхностяхъ, мы перейдемъ къ разсмотрѣнію ихъ на задней поверхности. При пренариваніи задней почечной области мы попадаемъ на особую капсулу, покрывающую сзади почку; этой капсулой мы теперь подробнѣе займемся.

Многіе, какъ извѣстно, принимаютъ, что почка заключена въ двѣ оболочки: фиброзную и серозную, причемъ послѣдняя представляетъ собою брюшину, а первая заднюю половину

почечной капсулы, другіе, какъ напримѣръ Sappey¹⁾ думаютъ, что задняя половина капсулы есть часть Fasciae transversae и т. д. Первую теорію мы разобрали уже, вторая намъ кажется мало вѣроятной. Самое правильное объясненіе по моему слѣдующее: почка залегаетъ во вѣбрюшинной соединительной ткани, которая въ непосредственной близости отъ почки болѣе рыхла и съ большимъ содержаніемъ жира, удаляясь отъ нея, она уплотняется и совсѣмъ позади образуетъ упругую фиброзную оболочку (membrana или Fascia retrorenalis Zuckerkandli), граничащую съ боковъ съ передней оболочкой, мѣстами однослойной (первичное peritoneum), мѣстами двуслойной и прикрѣпляющейся къ краямъ почки болѣе или менѣе крѣпко. Эту оболочку иногда удается видѣть очень ясно при операціяхъ; такъ Rosenbach²⁾ сообщаетъ, что онъ видѣлъ ее позади жировой оболочки какъ „glattbewegliche Hülle“. Если инъцировать застывающую массу подъ переднюю и заднюю капсулу, то мы увидимъ черезъ нѣкоторое время, что почка заключена какъ бы въ коробку, половинки которой сходятся на краяхъ. Если форсировать давленіе при инъекціи подъ заднюю капсулу, то границы ея будутъ постоянно передвигаться впередъ, что легко понятно, такъ какъ прикрѣпляющія эту капсулу къ краямъ почки волокна постепенно уступаютъ давленію; все таки сообщенія между передней и задней капсулы мы не достигнемъ. Застывшія массы даютъ намъ вѣрный слѣпокъ почки. Рядомъ съ этими искусственными инъекціями, можно поставить, такъ сказать, естественныя, какъ напримѣръ слѣдующій случай. Протоколъ вскрытія умершаго отъ контузіи: на правой сторонѣ позвоночника, выполняя всю поясничную область, находится твердая опухоль, передъ которой лежала двѣнадцатиперстная кишка, восходящія и тонкія кишки, спаянныя свѣжими перепонками. Опухоль находилась позади брюшины и состояла изъ

1) 1. с.

2) 1. с.

большаго чернаго сгустка крови, лежавшаго позади почки, прикасаясь къ ней. Почка была вертикально надорвана. Присутствіе крови только позади почки можетъ служить несомнѣннымъ доказательствомъ прикрѣпленія задней половины капсулы къ краямъ почекъ. Такимъ образомъ мы констатировали слѣдующія оболочки на почкѣ: Правая почка одѣта на своей передней поверхности первичнымъ *peritoneo parietali*, которое только измѣняется на нижнемъ полюсѣ на мѣстѣ сращенія его съ восходящей кишкой, на задней поверхности она прикрѣплена *Fascia retrorenali* (Zuckerkanal). — Лѣвая почка заключена спереди на большей части своей поверхности въ измѣненное *Peritoneum parietale* и на незначительномъ пространствѣ въ сохранившую свою текстуру первичную брюшину; сзади передній покровъ дополняется *Fascia retrorenali*. Кромѣ этого къ верхней трети (болѣе медіально) этой почки прилежатъ салъникъ, къ двумъ нижнимъ третямъ *mesocolon descendens*; къ нижнему полюсу правой почки прилежатъ *colon descendens*. — Въ этой *capsula externa* залегаетъ почка, окруженная еще жировой тканью — такъ называемою *capsula adiposa*.

Подвижная почка.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію очень важнаго для патологіи почки вопроса о фиксаціонномъ аппаратѣ ея. Не смотря на многочисленныя изысканія и изслѣдованія въ этой области, до сихъ поръ не удалось установить и выяснить сущность фиксаціоннаго аппарата почки. Продуктомъ этихъ изслѣдованій явился цѣлый рядъ теорій; такъ нѣкоторые (Gegenbauer¹⁾, Hoffmann²⁾ Ferber³⁾ и др.) полагаютъ, что почки

1) l. c.

2) l. c.

3) Virchow's Archiv, Bd. II. p. 95.

фиксируются главнымъ образомъ ихъ сосудами; другіе полагаютъ, что давленіе брюшнаго пресса и вліяніе всасывающаго дѣйствія діафрагмы играетъ въ этомъ вопросѣ немалую роль и т. д. Больше всего приверженцевъ имѣетъ теорія, по которой почка укрѣплена на своемъ мѣстѣ посредствомъ *capsula adiposa*, поэтому мы сперва ею и позаймемся. Почка, какъ извѣстно, лежитъ въ нишѣ, образуемой сходящимися подъ довольно тупымъ угломъ мышцами, *Psoas* и *quadratus lumborum*, поверхности которыхъ немного выпуклы. Въ этой нишѣ почка лежитъ такъ, что она своей задней поверхностью закрываетъ этотъ открытый впереди и внаружи уголъ, причемъ она своими боковыми краями упирается въ ограничивающія этотъ уголъ поверхности. Такъ какъ этотъ уголъ не совсѣмъ выполняется почкой, а между ними еще остается пустое пространство, то почка окружена особаго рода жировою тканью, выполняющею промежутки и укрѣпляющею такимъ образомъ этотъ органъ въ его положеніи. Очень удачно сравненіе Landau¹⁾ положенія почки въ нишѣ съ положеніемъ косточки въ сливѣ, сегментъ мяса которой вырѣзанъ. Однако оно не совсѣмъ точно, такъ какъ передъ этой нишей мы имѣемъ еще очень хорошо устроенный занавѣсъ, а именно переднюю оболочку поверхностной капсулы, мѣстами одно, мѣстами двуслойной и позади органа еще *Fasciam retrorenalem*, имѣющей большое значеніе въ смыслѣ укрѣпленія почки въ ея положеніи. Значеніе этой жировой массы уже очень давно было понято учеными и, по Landau, Bartolini называлъ эту *capsulam adiposam* „*ligamentum renis*“. Не меньше приверженцевъ имѣетъ другая теорія. Такъ Führer въ своей хирургической анатоміи высказывается относительно прикрѣпленія почекъ слѣдующимъ образомъ: „Почка укрѣплена въ своемъ положеніи посредствомъ брюшины, переходящей съ ея передней поверхности на брюшную стѣнку въ поясничной об-

1) l. c.

ласть.“ Kuttner¹⁾, Becquet²⁾ и др. придерживаются также этой теории, при этом они самый способ укрѣпленія объясняютъ различнымъ образомъ: одни полагаютъ, что брюшина содѣйствуетъ удержанію почки на ея мѣстѣ, проходя по ея передней поверхности, другіе принимаютъ расщепленіе брюшины съ образованіемъ различныхъ пластинокъ; такъ Weisker въ своей работѣ: „Ueber die pathologischen Beziehungen der Nierenbänder zur Gallenblase u. s. w.“ говорятъ, что брыжжейка восходящей кишки расщепляется на двѣ пластинки, между которыми заключена почка. Кромѣ того, этотъ же авторъ полагаетъ, что правая почка, напримѣръ, имѣетъ связки, прикрѣпляющія ее къ Venam cavam, другіе, какъ напримѣръ Sappey и Langenbeck³⁾ полагаютъ, что главнымъ прикрѣпляющимъ средствомъ почекъ служить особая lamina fibrosa peritonei, расщепляющаяся на двѣ пластинки: переднюю и заднюю и принимающая въ себя жиръ. Sappey при этомъ замѣчаетъ: „Si l'un de ces éléments ne se développe pas, le rein ne sera plus aussi fixe.“

Мы обладаемъ цѣлой массой теорій, объясняющихъ способъ прикрѣпленія почекъ, ни одна изъ нихъ однако еще не принята всѣми и всѣ онѣ имѣютъ противниковъ. Я пришелъ къ убѣжденію, что кромѣ чисто физическихъ моментовъ, значеніе которыхъ вовсе отрицать не слѣдуетъ, какъ и не слѣдуетъ чрезчуръ преувеличивать, не послѣднюю роль въ дѣлѣ прикрѣпленія почекъ къ ихъ ложу играетъ жировая капсула и еще большую перитонеальный покровъ въ томъ видѣ, въ какомъ онъ описанъ выше. Перитонеальный покровъ служитъ какъ бы, занавѣсомъ для почечнаго ложа, ниши, а жиръ для приданія почкѣ спокойнаго, устойчиваго положенія въ ней. Паріетальная брюшина обладаетъ большою крѣпостью и упругостью, такъ Huschke⁴⁾ передаетъ, что Scarpa (über die Brüche pag. 14) натянулъ

1) Berl. kl. Wochenschr. 1890, Nr. 15—16.

2) Arch. gén. 6, S. V, pag. 5, Jan. 1865.

3) l. c.

4) l. c.

кусочекъ свѣжей брюшины на обручъ и нашелъ, что она выдерживаетъ 50 фунтовъ, не разрываясь; по удаленіи тяжести, брюшина приняла свое прежнее положеніе. Почечный брюшинный покровъ представляетъ намъ не только однослойную брюшину, но мѣстами двухслойную и поэтому гораздо болѣе крѣпкую и отсюда уже явствуетъ значеніе этой брюшины въ дѣлѣ удержанія почки на ея мѣстѣ, если мы еще при этомъ приѣмемъ во вниманіе различіе отношенія брюшины къ почкѣ на обѣихъ сторонахъ (съ правой стороны передъ почкой проходитъ одинъ листокъ, съ лѣвой — два), то мы безъ особаго труда поймемъ, причину частоты подвижной почки на правой сторонѣ. Затронувъ этотъ вопросъ, мы остановимся на немъ теперь, чтобы рассмотреть его съ чисто анатомической точки зрѣнія.

Хотя подвижная почка была уже знакома авторамъ XVI столѣтія, однако мы встрѣчаемъ еще и теперь врачей, которые отрицаютъ ея существованіе, такъ напримѣръ знаменитый Lawson-Tait и др. Поэтому то коммиссія учрежденная въ Лондонѣ для разработки вопроса о подвижной почкѣ, совершенно справедливо замѣтила, что до извѣстной степени всѣ почки подвижны и потому она совѣтуетъ строго различать подвижную почку отъ блуждающей. Я могу только присоединиться къ этому мнѣнію: всѣ почки, которыя мнѣ пришлось изслѣдовать на бывшихъ въ моемъ распоряженіи трупахъ, оказались въ большей или меньшей степени подвижными. — Не смотри на то, что уже въ первой, а въ особенности во второй половинѣ этого столѣтія, появилось столько работъ по этому вопросу, авторы до сихъ поръ не пришли ни къ какому результату и вопросъ о причинѣ появленія подвижности почки до сихъ поръ остается открытымъ. То, что Rayer¹⁾ называетъ Luxatio renis, то уже хорошо наблюдалъ Aberlé²⁾ въ 1826 г. на одномъ 30-лѣтнемъ пациентѣ. Больной жаловался на опу-

1) Schmidts Jahrbl. LXXXV, pag. 302.

2) Jahrbl. des ärztlich. Vereins in München, Bd. 113—119.

холь въ правомъ подреберьи, которую можно было выдвинуть до передней поверхности позвоночника. Вскрытіе показало, что опухоль была правая почка нормально лежавшая, но которую можно было передвинуть внизъ подъ двѣнадцатиперстную кишку до самаго позвоночника. Сосуды были длинны и рыхлы соединительнотканная оболочка лишена жира: Flexura dextra была отодвинута отъ печени, но лежала ближе къ серединѣ полости живота. Послѣ этого Aberlé имѣлъ еще 3 случая, одинъ изъ которыхъ ему пришлось вскрыть. И въ этомъ случаѣ онъ нашелъ картину, подобную первой: Colon ascendens и правая часть coli transversi были сдвинуты книзу, такъ что лѣвая кишка переходила прямо въ поперечную кишку, почка лежала передъ musculus psoas.

Сообщенія King'a¹⁾, Fritz'a²⁾ и другихъ мало отличаются отъ таковыхъ Aberlé и только начиная съ Oppolzer'a³⁾ и Urag'a⁴⁾ мы встрѣчаемся съ новымъ взглядомъ; они считаютъ подвижную почку врожденнымъ порокомъ и думаютъ, что потеря жира только способствуетъ этой подвижности.

Rollet⁵⁾ уже строго различаетъ случайныя причина (усиленная работа) и диспонирующие моменты: какъ-то слабость и податливость брюшины, потеря упругости, общее исхуданіе и уменьшеніе количества жира въ capsula adiposa renis. Hare⁶⁾ присоединяетъ къ этимъ моментамъ еще другіе: увеличеніе печени, селезенки и надпочечниковъ. Ögm придаетъ большое значеніе сосудамъ почки и надпочечниковъ, такъ какъ Vena suprarenalis sinistra ведетъ въ Vena renalem, а правая въ нижнюю полую вену. Howitz⁷⁾ присоединяется къ этому мнѣнію.

1) Lancet Vol. I. 1836—7 Nr. 18.

2) Arch. gén. 5 S. XIV, pag. 301. Sept. 1859.

3) Wien, med. Jahrb. 1864, Nr. 2.

4) Wien, med. Wochenbl. 1857, Nr. 3.

5) Path. und Ther. der bewegl. Niere. Erlangen 1866.

6) Med. Times und Gaz. Jan 2—23—37, 1857.

7) Schmidt's Jahrb. CXXXV, pag. 138.

Landau¹⁾ въ своей работѣ: „über die Wanderniere der Frauen“ проводить свой взглядъ, что сильныя родовыя потуги, кашель, травма и т. д. могутъ причинить блуждающую почку, даже при отсутствіи анатомическихъ предиспонирующихъ моментовъ. Классификація подвижныхъ почекъ не сложна. Въ общемъ различаютъ двоякаго рода смѣщенія: постоянное (fixe Dislocation), неподвижное и подвижное смѣщеніе, оба могутъ быть врожденными и приобретенными. Смотря по анатомической и клинической картинѣ различаютъ еще подвижную и блуждающую почку (ren mobilis и migrans), для послѣдней Litten²⁾ и Rollet³⁾ считаютъ обязательнымъ присутствіе Mesonephron, а Dunin⁴⁾ способность произвольнаго активнаго смѣщенія. Для распознаванія врожденности или приобретенности авторы указываютъ различныя примѣты, такъ Hyrtl⁵⁾ считаетъ характернымъ отношеніе сосудовъ. Такъ какъ всякая смѣщенная почка, независимо отъ ея врожденности или приобретенности, можетъ на каждомъ мѣстѣ укрѣпиться вслѣдствіе перитонитическихъ процессовъ, то эти примѣты очень важны. Для врожденности смѣщенной почки считается характернымъ аномалія сосудовъ и мочеточниковъ. Мочеточники обыкновенно коротки и неправильно расположены, а сосуды увеличены въ числѣ и мѣсто ихъ отхожденія отступаетъ отъ обыкновеннаго. Неподвижно (fix) смѣщенные почки лежатъ обыкновенно глубоко (tiefe Lage), такъ передъ Promontorium, въ подвздошной ямкѣ, на крестцѣ или у крестцовоподвздошнаго сочлененія. Иногда почка бываетъ смѣщена на другую сторону, такъ Weisbach⁶⁾ и Brigid⁷⁾ сообщаютъ, случаи, гдѣ лѣвая почка лежала подъ правой, причемъ обѣ между собою срослись. Очень часто эти аномаліи почки сопровождаются тако-

1) l. c.

2) Hirschs. Jahrb. 1887, II, 289.

3) l. c.

4) Hirschs. Jahrb. 1887, II, 289.

5) Wien, med. Woch. 1867, Nr. 1—3.

6) Hirschs. Jahrb. 1880, II, 215.

выми кишечника, какъ напр. *Mesenterium commune* (Gruber¹); форма почекъ также отступать часто отъ обыкновенной, такъ мы находимъ почки круглыми или сильно уплощенными. Для обоихъ родовъ смѣщенной почки особенно характерно то, что надпочечникъ не принимаетъ участія въ смѣщеніи (Legg² Ormerod), Weissbach³) однако извѣстны нѣкоторые исключенія, такъ. Friedlowsky⁴) сообщаетъ случай, гдѣ надпочечникъ находился ниже смѣщенной почки подъ ея нижнимъ полюсомъ.

Разсматривая процессъ перемѣщенія подвижной почки, мы замѣчаемъ какую-то правильность; почки опускаются, слѣдуя закону тяжести внизъ и внутрь, причемъ вначалѣ разстояніе, на которое почки смѣщаются, находится въ прямой зависимости отъ длины сосудовъ, а пространство, въ границахъ котораго это передвиженіе происходитъ, представляетъ конусъ, радіусъ котораго равенъ длинѣ сосудовъ (Sulzer⁵). Съ удлинениемъ сосудовъ почки измѣняютъ это направленіе; онѣ смѣщаются тогда внизъ параллельно позвоночнику. Различая два рода подвижныхъ почекъ, т. е. блуждающую (*migrans*) и подвижную (*mobilis*), авторы придерживаются не степени ихъ подвижности, а отношенія ихъ къ брюшинѣ. Во всякомъ случаѣ о *Mesonephron* не можетъ быть и рѣчи, таковое не можетъ быть ни врожденнымъ (Rolle^t) ни приобрѣтеннымъ. Вообще это выраженіе, какъ стоящее въ полномъ противорѣчій съ исторіей развитія и не имѣющее рѣшительно никакого морфологическаго базиса, по моему должно быть изъято изъ употребленія; оно вѣдь аналогично шейкѣ грыжечнаго мѣшка, хотя мѣшокъ этотъ въ данномъ случаѣ образовался вслѣдствіе ослабленія брюшины, а не выпяченія ея черезъ ворота. Такимъ образомъ образованіе это ничего общаго съ брыжейкой не

1) Virchow's Arch. XXXII, pag. 111, 1865.

2) Hirsch. Jahrb. 1867, I, pag. 289.

3) l. c.

4) Wien, med. Zeitschr. 1867, II, pag. 174.

5) D. Zeitschr. f. Chir. XXXI, pag. 512.

имѣть и названіе „mes“ вовсе не подходить. Значенія его для блуждающей почки отрицать нельзя, благодаря его присутствію движенія почки гораздо пространнѣе, почка можетъ быть перемѣщена на другую сторону, можетъ быть приподнята, что при обыкновенной почкѣ, перитонеальный покровъ которой только слабо натянутъ, не возможно. Вслѣдствіе отсутствія описанной шейки, ножки въ одномъ и присутствія ея въ другомъ случаѣ методы, практикующіеся при удаленіи подвижной и блуждающей почки, различны. При блуждающей почкѣ мы находимъ брюшину на небольшомъ участкѣ приподнятой и вытянутой въ видѣ мѣшка, при подвижной она только (унтермирирована) отдѣлена на большемъ или меньшемъ протяженіи и потому то при блуждающей почкѣ больше практикуется разрѣзъ живота съ отвязываніемъ ножки, при подвижной поясничной разрѣзъ.

Переходя къ разсмотрѣнію этиологіи подвижной почки, мы находимъ цѣлый рядъ моментовъ, большая часть которыхъ уже упомянута нами. Относительно значенія каждаго изъ нихъ мнѣнія авторовъ расходятся. Слѣдуетъ замѣтить, что каждый изъ названныхъ этиологическихъ моментовъ несомнѣнно имѣетъ значеніе, но таковое не должно быть ни преувеличено ни уменьшено; далѣе, всѣ эти моменты вліяютъ не на одну только, а на обѣ почки. Ни кашель, ни ношеніе корсета и пояса, ни ослабленіе брюшнаго пресса, ни переутомленіе не вліяютъ специфически на одну только почку. Энтероптозъ, о которомъ мы находимъ у французовъ¹) цѣлую литературу, можетъ легко получиться послѣ Нудгросъ'а, такъ какъ при этомъ связки всѣхъ брюшныхъ органовъ ослабляются и вытягиваются. Почему же другія причины, вызывающія подобныя явленія должны дѣйствовать только на одну- на правую почку? Кашель, въ особенности сильный, считается многими и между прочимъ Müller-Warnek'омъ¹) вызывающимъ моментомъ. Senator²) отрицаетъ его значеніе. По его мнѣнію, кашель связанъ съ уси-

1) Berl. Kl. Woch. 1877 Nr. 30.

2) Charité Analen VIII p. 309.

леніемъ внутрибрюшнаго давленія и слѣдовательно прикрѣпленіе почки при таковомъ не только ослабится, но еще усилятся; „почка“, говоритъ онъ, „будетъ при кашлѣ еще болѣе притиснута къ задней брюшной стѣнкѣ.“ Но вѣдь это нелогично! Кашель не связанъ съ постояннымъ усиленіемъ давленія; кашель состоитъ изъ ряда неправильно періодически повторяющихся толчковъ, при которыхъ давленіе попеременно то увеличивается, то уменьшается. Только въ моментъ увеличенія этого давленія почка болѣе будетъ притиснута къ задней брюшной стѣнкѣ, вслѣдъ за этимъ она опять оставитъ свое мѣсто и т. д. На основаніи изложеннаго въ предыдущемъ я полагаю, что кашель окажетъ вредное вліяніе скорѣе на лѣвую, чѣмъ на правую почку, такъ какъ первая находится съ діафрагмой на большемъ пространствѣ въ соприкосновеніи, чѣмъ вторая. Печень врядъ ли въ состояніи въ этомъ случаѣ содѣйствовать ослабленію прикрѣпленія правой почки къ ей ложу; только тогда, когда почка эта уже немного смѣщена, такъ что верхній ея полюсъ обращенъ впередъ и почка такимъ образомъ лежитъ подъ печенью, эта послѣдняя будетъ при респираторныхъ движеніяхъ толкать почку и тѣмъ усилить ея подвижность.

Не иначе обстоитъ и съ вопросомъ относительно вліянія ношенія корсетовъ на подвижность почекъ, мы и тутъ находимъ увлеченія какъ въ одну, такъ и въ другую сторону. Не подлежитъ сомнѣнію, что разумное ношеніе корсетовъ, поясовъ и т. д. не только не вредитъ, но въ многихъ случаяхъ полезно; черезчуръ сильное стягиваніе пояса, корсета и т. д. абсолютно вредно. Опыты v. Fischer-Benson'a показали, что печень сильно сдавливается, правая почка смѣщается изъ срединной линіи и лѣвая въ свою очередь тоже сдвигается болѣе къ срединѣ. Лѣвая, какъ мы видимъ, тоже страдаетъ отъ черезчуръ сильнаго стягиванія, но меньше, потому что покрывающіе ее спереди слои брюшины прикрѣпляютъ ее сильнѣе къ задней брюшной стѣнкѣ, чѣмъ правую, но не потому что, какъ это Müller Warnek')

1) 1. с.

полагаетъ, селезенка отстоитъ на 5—8 см. отъ лѣвой почки. Съ этимъ я согласиться не могу, такъ какъ я уже выше показалъ, что селезенка или непосредственно или посредствомъ узкихъ связокъ находится въ соприкосновеніи съ почкой.

Подвижность почки наблюдается на правой сторонѣ чаще, чѣмъ на лѣвой.

Такъ Litten¹⁾ наблюдалъ 22 случая на правой,

		16	„	„	лѣвой.
Howitz ²⁾	„	22	„	„	правой,
	„	5	„	„	лѣвой,

и т. д. Причиной этому нѣкоторые считаютъ отношеніе къ сосѣднимъ органамъ, другіе способъ прикрѣпленія брюшины, третьи приводятъ нѣсколько анатомическихъ моментовъ. Такъ Landau:

- 1) Лѣвая почка лежитъ выше, чѣмъ правая.
- 2) Брыжейка лѣвой Flexurae короче и крѣпче брыжейки правой Flexurae.
- 3) Восходящая кишка образуетъ не такъ, какъ нисходящая, прямой уголъ съ поперечной, а переходитъ въ послѣднюю посредствомъ особой извилины (петли) и поэтому правая почка имѣетъ больше мѣста для смѣщенія внизъ.
- 4) Смѣщенію лѣвой почки препятствуетъ положеніе ея сосудовъ подъ нижней горизонтальной частью двѣнадцатиперстной кишки, кромѣ того лѣвая Arteria renalis короче правой.
- 5) Сосуды лѣвой почки связаны посредствомъ соединительной ткани съ головкой поджелудочной желѣзы.

Первый пунктъ уже опровергается сказаннымъ мною выше, что болѣе высокое положеніе лѣвой почки при извѣстныхъ условіяхъ какъ разъ благоприятствуетъ образованію подвижности почки на этой сторонѣ. 4 и 5 пунктъ прямо ни съ чѣмъ не сообразны. Какъ могутъ сосуды почки, будучи при-

1) 1. с.

2) 1. с.

крѣплены къ подвижнымъ органамъ, какъ поджелудочная железа и двѣнадцатиперстная кишка (эти органы вовсе не абсолютно неподвижны) обуславливать неподвижность почки? Да и почка вѣдь не привѣшена къ позвоночнику посредствомъ ея сосудовъ, такъ какъ эти послѣдніе идутъ почти горизонтально къ ней, а не косо или вертикально!

2 и 3 пункты заслуживаютъ того, чтобы на нихъ подольше остановиться. Sophia Chamney во своей диссертациі сообщаетъ, что она въ 90% изслѣдованныхъ ея труновъ имѣла возможность констатировать зависимость подвижности почекъ отъ присутствія *mesocoli*. Эта зависимость выражается въ томъ, что, если *Mesocolon* очень коротокъ, или совсѣмъ отсутствуетъ, почка неподвижна. . . . Изъ изложеннаго много выше видно, что говорить объ отсутствіи *Mesocoli* вообще невозможно, неправильно, такъ какъ брыжейка постоянно существуетъ и даже у неподвижно прикрѣпленныхъ частей ободочной кишки.

Такимъ образомъ мы видимъ, что подвижность почки зависитъ отъ способа ея прикрѣпленія; этотъ способъ для обѣихъ почекъ не одинаковъ и именно таковъ, что лѣвая почка при одинаковыхъ вызывающихъ моментахъ не такъ легко оставитъ свое ложе, какъ правая. Уже одинъ фактъ частой подвижности лѣвой почки при *mesenterium commune* говоритъ въ пользу этого. Слѣдующій случай Oerum'a можетъ служить подтвержденіемъ сказаннаго: У одной 63-лѣтней пациентки лѣвую почку можно было сдвинуть до *Spina ilei anterior*; правая была менѣе подвижна. *Colon ascendens* имѣлъ очень большую брыжейку, такъ что эту ободочную кишку можно было переложить на другую сторону, *Colon descendens* было также подвижно и имѣло свободную брыжейку, почему и соответствующая почка была подвижна. Кромѣ приведенныхъ анатомическихъ моментовъ не слѣдуетъ упускать изъ виду фактъ малаго содержанія жира въ *capsula adiposa* или, вѣрнѣе, обѣднѣніе, обезжирѣніе ея, имѣющее очень большое значеніе, почему подвижная почка и наблюдается не у людей худощавыхъ вообще, а у сильно и

внезапно исхудавшихъ полныхъ тучныхъ особъ. Я полагаю, что этотъ моментъ можетъ намъ до нѣкоторой степени объяснить, почему у женщинъ чаще наблюдается подвижность почки, чѣмъ у мужчинъ. У женщинъ, какъ извѣстно, періодъ полной зрѣлости связанъ съ отложеніемъ довольно большого количества жира, большаго во всякомъ случаѣ, чѣмъ у мужчинъ; если женщина теряетъ этотъ жировой запасъ, то она соответственно подвергается большей опасности пріобрѣсть *ren mobilem*. Потерявъ свой жиръ, адипозная капсула становится чрезчуръ большой и слабой, она не въ состояніи больше фиксировать почку въ ея ложѣ. Нѣкоторые приписываютъ еще болѣе сильному расхожденію *Mm. quadrati lumborum* *Psoatis* у женщинъ вліяніе на частоту подвижныхъ почекъ у нихъ.

Патологическія отношенія почекъ съ сосѣднимъ органамъ.

Закончивъ обзоръ топографіи почекъ, я намѣренъ въ этой главѣ рядомъ исторій болѣзней и протоколовъ вскрытія, заимствованныхъ изъ литературы, иллюстрировать значеніе топографическихъ отношеній почекъ къ другимъ внутренностямъ для патологіи этихъ органовъ. Приступая къ этому, я вынужденъ выразить свое сожалѣніе по поводу чрезвычайной неточности и краткости сообщеній по данному вопросу, вслѣдствіе чего я только немногими изъ нихъ могъ воспользоваться. Я начинаю съ пара- и перинефритовъ, такъ какъ я полагаю, что эти гнойныя заболѣванія почекъ и ея окружности наиболѣе изъ всѣхъ другихъ хирургическихъ болѣзней пригодны для высказанной мною цѣли. Почка, какъ мы уже знаемъ, окружена нѣсколькими оболочками (капсулами), такъ что, говоря о *perinephritis*, мы разумѣемъ заболѣваніе *capsulae propriae*, какъ и *capsulae externae* и, употребляя выраженіе *paranephritis*, мы можемъ его относить къ адипозной, какъ и къ внѣбрюшинной соединительной ткани. Но такъ какъ клинически картину заболѣванія каждаго изъ упомянутыхъ слоевъ въ отдѣльности различить невозможно, и такъ какъ болѣзнь, начавшись въ

одномъ этажѣ, переходить быстро на другіе, то принято заболѣванія окружности почки не классифицировать, а говорить просто о пара- или перинефритическихъ процессахъ вообще, чего и я намѣренъ придерживаться.

Еще въ 1883 году Roberts¹⁾ въ Америкѣ сдѣлалъ попытку раздѣлить околопочечную область на части и дать картину заболѣванія каждой изъ нихъ; конечно онъ при этомъ не претендуетъ на точность ихъ, такъ какъ онѣ составлены довольно шематично, и процессъ развившійся въ одномъ участкѣ можемъ быстро перейти на другіе. — Но оставивъ въ сторонѣ картины, я не могу согласиться съ способомъ разбивки названной мѣстности на участки, въ немъ много искусственнаго и онъ не отвѣчаетъ анатомическимъ даннымъ. Roberts дѣлитъ заднюю и переднюю поверхность почки на каждой сторонѣ на 3 участка: верхній, средній и нижній и для заболѣванія каждого изъ нихъ даетъ особую клиническую картину.

Гораздо естественнѣе сдѣлать это, сообразуясь съ анатомическими особенностями обѣихъ почекъ вообще и каждой въ отдѣльности. На задней поверхности мы различаемъ на обѣихъ почкахъ торакальную верхнюю и абдоминальную-нижнюю часть. На передней поверхности мы различаемъ на лѣвой почкѣ двѣ части: верхнюю, надъ мѣстомъ пересѣченія почки *mesocolo transverso* лежащую и нижнюю подъ нимъ и на правой одну т. е. всю переднюю поверхность цѣликомъ. Сообразно съ этимъ также и картины заболѣванія различны для каждой почки и каждой части.

Относительно участія плевры при заболѣваніи торакальной части легкихъ мнѣнія авторовъ расходятся. Ris²⁾ полагаетъ, что пери- и паранефритическія заболѣванія и абсцессы почекъ, сидящіе на ихъ верхнемъ полюсѣ, переходятъ на плевру. Oppolze³⁾ соглашаясь съ нимъ говорить, что этотъ переходъ на

1) Brit. med. Times und Gaz. Maj. 11, 1871,

2) Beitr. für klin. Chir. 1890, Bd. VII, pag: 135.

3) l. c.

плевру съ прободеніемъ ея и потомъ бронховъ въ особенности характеренъ для лѣвой почки. Rayet даже даетъ объясненія этому, говоря, что на правой сторонѣ этому препятствуетъ печень; за то многіе другіе отрицаютъ вліяніе печени, какъ и вообще разницу въ частотѣ осложнений со стороны плевры при заболѣваніи одной или другой почки. Такъ Rosenberg¹⁾ приводитъ 10 случаевъ плевритическихъ осложнений: 5 на правой и 5 на лѣвой сторонѣ; однако такія цифры не могутъ служить статистическими доказательствами. Пока у насъ нѣтъ настоящихъ статистическихъ данныхъ, мы должны руководиться анатомическими соображеніями, а эти послѣдніе говорятъ намъ, что лѣвостороннія complicatio pleuritica гораздо чаще, чѣмъ правостороннія; поэтому мы видимъ на правой сторонѣ, что гной, раньше чѣмъ попасть изъ околопочечной области въ мѣшокъ плевры, долженъ себѣ проложить дорогу надъ печенью. Постараемся подтвердить это нѣсколькими примѣрами: Simon²⁾ передаетъ случаи огнестрѣльнаго пораненія въ области XI грудного позвонка въ 8 см. отъ Proc. spinosus. Пуля и вмѣстѣ съ ней лоскутокъ сукна попали въ правую почку, болѣзнь осложнилась и больной умеръ. Вскрытіе показало: пораненіе верхняго полюса правой почки, нагноеніе вокругъ пули и лоскута, почка приросла къ окружающимъ ее частямъ. Печень не поранена и приросла къ діафрагмѣ и къ почкѣ. Правое легкое оттиснуто назадъ и срослось съ паріетальной плеврой. Въ нижней задней части полости плевры ограниченное емруема, между печенью и діафрагмой также ограниченный абсцессъ, сообщающійся съ раной посредствомъ узкаго канала, вдоль *Musculus ileo-psoas* узкій холодный абсцессъ, сообщающійся также съ раной. Изъ эпикриза видно, что пуля проникла въ выпуклый край правой почки, печень совсѣмъ не задѣта, развѣ только небольшая царапина (*arrosion*) на тупомъ краю ея. Гной проложилъ себѣ

1) Die abscedirende Paranephritis und ihre Behandl. 1879 Würzburg.

2) Chirurgie der Niere. Erlangen 1871.

дорогу вокругъ края печени и ея поверхности и потомъ только пробуравилъ діафрагму и вызвалъ епруета.

Этотъ классическій случай можетъ служить типомъ; не менѣ заслуживаетъ интереса и другой случай Simon'a-Pyelitis calculosa. Правая почка очень увеличена и сращена со всѣми прилегающими къ ней частями; на ея поверхности 7—8 круглыхъ возвышеній, при разрѣзѣ оказывающихся полостями наполненными гноемъ. Кортикальный слой почки совершенно исчезъ; лоханка вся занята мочекислымъ камнемъ. Слизистая оболочка ободочной кишки нормальна, на 3—4 мѣстахъ ея круглыя отверстія, сообщающіяся отчасти съ мѣстомъ прободенія кортикальнаго слоя, отчасти съ почечной лоханкой. Кверху надъ присосшей правой долькой печени находится другой фистулезный ходъ, перфорирующий діафрагму и ведущій въ легочную полость. Этотъ случай очень подходитъ къ предъидущему.

Очень интересенъ слѣдующій случай Colin'a¹⁾. Пациентъ поступилъ въ больницу съ признаками Cystitis, къ этому присоединился потомъ правосторонній гнойный плевритъ и торакальный абсцессъ въ области 4—6 реберъ. Вскрытіе показало: правое легкое сжато, полость плевры заполнена гноемъ, обнажившимъ 4—6 ребра, лѣвое легкое нормально. Кишечникъ спаянъ посредствомъ перемычекъ, но внутри онъ совершенно нормаленъ. Вертикальный разрѣзъ торакальнаго абсцесса ведетъ въ громадный гнойникъ, въ которомъ залегаетъ правая почка, наполненная внутри также гноемъ. Полость плевры сообщается съ торакальнымъ абсцессомъ посредствомъ 3 фистулезныхъ ходовъ... къ сожалѣнію, печень не упомянута. Развитие хода процесса нужно себѣ слѣдующимъ образомъ представить. Первоначальный пара- и перинефритическій абсцессъ мало по малу приподнялъ печень кверху и тѣмъ сдѣлалъ діафрагму доступной; затѣмъ послѣдовало про-

1) Gaz. hebdomaire X, 4, 1863.

боденіе діафрагмы съ епруета и потомъ уже торакальный абсцессъ.

Rayer имѣлъ возможность наблюдать четыре подобныхъ случая.

Gordon¹⁾ сообщаетъ случай, гдѣ правое легкое, спаянное съ діафрагмой, заключало въ себѣ большую полость съ гнойнымъ содержимымъ (около 4 унцій); подъ діафрагмой и надъ печенью находился также большой гнойникъ. Діафрагма была тонка, но не пробуравлена. Правая почка увеличена и превращена въ пузырь наполненный гноемъ; въ немъ сидѣло еще 2 камня. Кромѣ того 2 отверстія въ Duodeno, одно изъ которыхъ вело въ Lobum quadratum печени, другое въ pancreas.

Сюда относится также случай Spörer'a¹⁾. Пациентъ 19 лѣтъ умеръ отъ почечнаго абсцесса. Результатъ вскрытія слѣдующій: органы грудной полости нормальны, только нижняя доля правого легкаго спаяна съ Pleura costali и съ діафрагмой. При отдѣленіи этой долики показался гной изъ надорваннаго легкаго. Въ плевральной полости около 90 gr. серозной жидкости. Въ брюшной полости правая доля печени была сращена съ діафрагмой на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ сращенію этой послѣдней съ легкимъ; книзу печень была спаяна съ поперечной частью ободочной кишки; такъ какъ Colon ascendens былъ еще съ правой почкой спаянъ, то все это образовало одно continuum. Почка увеличенная и превращенная въ пузырь съ гнойнымъ содержимымъ имѣла желатинозную оболочку и была прирощена къ позвоночнику и ребрамъ. Всѣ остальные внутренности нормальны. Въ брюшной полости 8—10 фунтовъ серознаго выпота.

Такимъ образомъ мы видимъ, что аналогичные процессы для того, чтобы перейти на плевру должны или сдвинуть печень или обойти ее.

1) Archiv der Gesellschaft corresp. Aerzte in St. Petersburg.

1) Dubl. Journ. of med. Science 1866, Febr.

Гораздо легче переходить околопочечные процессы лѣвой стороны на плевру. Слѣдующіе примѣры, не смотря на всю неточность и краткость, подтверждаютъ это: Diamondtopulos¹⁾ сообщаетъ случай Nephritis suppurativae: флукутирующая опухоль открылась наружу и повела къ осложненіямъ, прободенію въ плевральную полость и въ легкое, причемъ пациентъ при кашлѣ выдѣлялъ гной. Сосо²⁾ сообщаетъ три подобныхъ случая. Souttey и Smith³⁾ наблюдали 2 года пациента, который скончался потомъ отъ плевритическихъ осложнений. Вскрытіе обнаружило большой перинефритическій абсцессъ, ограниченный селезенкой, поджелудочной железой, желудкомъ, colo ascendente и переходившій на psoas; лѣвая почка была дрябла, съ отчасти гнойнымъ распадомъ, въ почечной лоханкѣ большой камень; лѣвосторонній гнойный плевритъ; полость плевры сообщалась посредствомъ фистулезнаго хода въ задней части діафрагмы съ перинефритическимъ абсцессомъ. Негманн⁴⁾ также сообщаетъ случай съ прободеніемъ въ лѣвое легкое. Насколько легко это прободеніе происходитъ, можно судить по случаю сообщаемому Jacoby⁵⁾, гдѣ прободеніе произошло послѣ сильного приступа кашля. Всѣ эти случаи показываютъ намъ, что гнойный процессъ, локализирующійся въ области верхняго полюса почки ведетъ часто къ заболѣванію діафрагмы и плевры; если процессъ захватываетъ и другія части околопочечной области, то онъ легко можетъ перейти на прилежащіе органы и повести напр. къ прободенію восходящей кишки или двѣнадцатиперстной и т. д. При заболѣваніи нижней абдоминальной части околопочечной области процессъ обыкновенно переходитъ на мускулы, этотъ переходъ клинически обыкновенно обнаруживается (Bauer⁶⁾ согнутымъ (Flexion) положе-

- 1) Wien. med. Pr. 1876, Nr. 2.
- 2) Il. Morgagni, Aug. 1876, pag. 498.
- 3) Lancet, 1874 Jan. 10.
- 4) St. Pet. med. Zeitschr. 1867.
- 5) Berl. kl. Woch. 1886, 10.
- 6) New-York. med. Record, 1882, Dec. 8.

ніемъ бедра, параличемъ бедреннаго сустава и т. д. White¹⁾ напираетъ на это и совѣтуетъ не упускать изъ виду этотъ патогномоническій симптомъ. Однако Rosenberg²⁾ другого мнѣнія; онъ отрицаетъ его важность, говоря, что изъ 20 случаевъ 19 разъ этого симптома недоставало. Этотъ же авторъ выражаетъ свое удивленіе по поводу болѣе въ области Trochanteris majoris при аналогичныхъ процессахъ, между тѣмъ это легко объясняется заболѣваніемъ Nervi ileo-hypogastrici, вѣтвь котораго Ramus iliacus подходит къ самому вертелу. Абсцессы задней околопочечной области очень рѣдко открываются сами въ поясничной области снаружи (Rosenberg, Caffé³⁾, по большей части они распространяются вверхъ или внизъ (Wölfler⁴⁾).

Процессы передней стороны почки показываютъ большое различіе на лѣвой и на правой сторонахъ, которое лучше всего выяснитъ рядомъ краткихъ секціонныхъ протоколовъ.

Gintrac⁵⁾ сообщаетъ случай, вскрытіе котораго показало слѣдующее: между нисходящей кишкой и нижней частью лѣвой почки сильное сращеніе. Въ ободочной кишкѣ круглое отверстіе, діаметръ котораго равенъ 3 ст. Края неправильны, зазубрены сѣраго (грифельнаго) цвѣта, отверстіе ведетъ въ гнойникъ въ сильно увеличенной лѣвой почкѣ; въ этой послѣдней находится полость, имѣющая 6 см. въ діаметрѣ и наполненная гноемъ; лоханка и чашки также растянуты и наполнены желтоватой жидкостью.

Newe⁶⁾ сообщаетъ случай абсцесса лѣвой половины живота, сущность котораго выяснилась только при вскрытіи, при которомъ нашли паранефритическій абсцессъ, сообщавшійся съ Colo descendente.

- 1) Brit. Journ. magazin 3, 1890.
- 2) l. c.
- 3) Gazette des Hôpitaux 1885, Nr. 20.
- 4) Wien. med. Woch. 1876, Nr. 7—11.
- 5) Journ. de Bordeaux 1867, 25, III, pag. 207.
- 6) Lancet, 1863, Jan. 30.

Concetti¹⁾ сообщает также два подобных случая. Для выяснения осложнений на правой почке могут служить следующие примѣры:

Въ случаѣ, сообщенномъ Ogle²⁾ у больного во время жизни per anum выдѣлялись моче- и щавелекислые камни. Вскрытіе показало, сращеніе Flexurae dextrae съ нижней передней частью правой почки; въ послѣдней наполненная гноемъ полость и въ ней три камня; полость сообщалась ходомъ, толщиной въ гусиное перо, съ восходящей кишкой.

Parmentier³⁾ сообщаетъ тоже случай прободенія паранефритического абсцесса въ colon ascendens; абсцессъ этотъ находился въ коммуникаціи съ одной чашечкой почки.

Въ очень интересномъ случаѣ Scharlan⁴⁾ околопочечный абсцессъ, исходившій изъ периренальной адипозной ткани пробурывалъ colon ascendens и сообщался также посредствомъ хода съ Duodeno, въ стѣнѣ котораго находилось отверстіе величиною въ горошину. Также случай P. Wagner'a⁵⁾, гдѣ сущность опухоли долго не могла быть разгадана, оказался потомъ paranephritis dextra purulenta; передъ опухолью проходитъ Colon ascendens, стѣнка котораго была пробурываема гноемъ. Странно, что осложнений со стороны селезенки и поджелудочной железы совсѣмъ не встрѣчается; вѣроятно это объясняется тѣмъ, что околопочечные абсцессы вообще рѣдко (Oppolzer⁶⁾) прободаютъ брюшину и въ особенности на лѣвой сторонѣ, гдѣ брюшина двуслойна, къ тому еще надпочечникъ служитъ до нѣкоторой степени изоляторомъ для селезенки отъ почки.

- 1) Boll. del soc. Laucis. degli Osped. die Roma 1885 Apr.
- 2) St. George's Hosp. and Reports pag. 737.
- 3) l'Union 1862, 102.
- 4) Berl. kl. Woch. I, 29.
- 5) Wien. kl. 1890, XI.
- 6) l. c.

Положеніе ободочной кишки при опухоляхъ почки.

Заканчивая свою работу этой главой, я намѣренъ выяснить условія при которыхъ происходятъ различныя смѣщенія кишки при опухоляхъ почекъ. Такъ какъ положеніе главнымъ образомъ ободочной кишки при опухоляхъ брюшныхъ органовъ считается характернымъ и типическимъ и такъ какъ оно является вспомогательнымъ средствомъ при дифференціальной діагностикѣ органа, въ которомъ развилась данная опухоль, то я намѣренъ позаняться главнымъ образомъ этимъ кишечнымъ отдѣломъ. При разсмотрѣніи этого вопроса не слѣдуетъ упускать изъ виду различное нормальное отношеніе ободочной кишки къ почкѣ на обѣихъ сторонахъ вообще, и всякому станетъ очевиднымъ, что соотвѣтственно этому и патологическія смѣщенія должны быть различны.

Займемся сперва измѣненіями при опухоляхъ правой почки. Нормально Colon ascendens прилегаетъ только къ нижнему полюсу правой почки или покрываетъ его, отсюда онъ, прикасаясь къ внутреннему краю, идетъ вверхъ, постоянно удаляясь отъ названнаго края и уступая мѣсто Duodeno, лежащему такимъ образомъ между ободочной кишкой и почкой. Брыжейка восходящей кишки или совсѣмъ не прикрываетъ почки или только на нижнемъ полюсѣ. Опухоли почки могутъ занимать или весь органъ или только часть его, сообразно съ чѣмъ и смѣщенія будутъ варьировать. Если почка in toto увеличена, то относительное топографическое положеніе кишечника остается неизмѣненнымъ; тоже самое будетъ на правой почкѣ специально, если она увеличится въ двухъ верхнихъ ея третяхъ; ободочная кишка будетъ лежать внизу и внутри т. е. будетъ занимать относительно правой почки нормальное положеніе. Совсѣмъ иначе въ случаѣ пораженія нижней части, нижняго полюса; тутъ уже отношенія различны, смотря потому, покрываетъ ли кишка почку или касается только края ея. Въ первомъ случаѣ опухоль будетъ приподымать кишку, кишка

будетъ сначала лежать передъ опухолью, потомъ снаружи и сверху отъ нея и даже снаружи и сзади ея. Во второмъ случаѣ топографія опять остается нормальной, такъ какъ увеличенная въ своемъ нижнемъ концѣ почка будетъ только толкать внизъ и внутрь прилегающую къ ней кишку.

На лѣвой сторонѣ топографія остается неизмѣненной, если опухоль исходитъ изъ части почки лежащей ниже поперечной ободочной брыжейки. Если-же опухоль занимаетъ часть, лежащую надъ *mesocolon transversum*, то мы, припомнивъ нормальныя отношенія поперечной и нисходящей кишки къ лѣвой почкѣ, должны различать, исходитъ ли опухоль изъ медиальной или латеральной части этого отрѣзка почки или занимаетъ его цѣликомъ. Въ послѣднемъ случаѣ увеличивающаяся опухоль смѣщаетъ *colon transversum* внизъ; оно лежитъ такимъ образомъ передъ почкой и при достиженіи опухолью извѣстной величины охватываетъ, окружаетъ ее. Если опухоль исходитъ изъ медиальной части, то она естественнымъ образомъ смѣщаетъ подвижную поперечную кишку снаружи и внизъ; при локализациі *tumor'a* на боковой латеральной части верхней трети лѣвой почки, *Flexura sinistra* сперва сохраняетъ свое нормальное положеніе, потомъ она постепенно смѣщается растущей опухолью внизъ и внутрь. Передъ опухолью *colon descendens* лежитъ обыкновенно тогда, когда опухоль развивается изъ наружнаго отрѣзка двухъ нижнихъ третей почки, части, лежащей выѣ *mesocolon transversum*.

Отношеніе ободочной кишки, какъ уже сказано, считается всѣми очень важнымъ діагностическимъ средствомъ и уже Simon въ своемъ классическомъ трудѣ¹⁾, опираясь на фактъ вѣтритонеального положенія почки, считаетъ положеніе *colі* передъ почечной опухолью правиломъ и только большія опухоли отступаютъ отъ него. Spencer Wells²⁾ заходитъ

1) I. c.
2) I. c.

еще далѣе: онъ категорически высказывается, что передъ почечными постоянно и передъ оваріальными опухолями никогда *colon* не находится и совѣтуетъ этимъ руководиться. (По Herzl'ю¹⁾ извѣстны случаи, гдѣ передъ оваріальными опухолями лежала ободочная кишка). Albert²⁾ въ своей превосходной хирургической діагностикѣ, Leube³⁾ въ діагностикѣ внутреннихъ болѣзней и Bergmann⁴⁾ присоединяются къ этому мнѣнію. Послѣдній даже не признаетъ исключеній и говоритъ, что, независимо отъ величины почечной опухоли, ободочная кишка постоянно лежитъ передъ нею.

Этотъ якобы вѣрный діагностическій признакъ во многихъ случаяхъ велъ къ очень роковымъ ошибкамъ; Hydronephrosis принимали за оваріальную кисту (Billroth⁵⁾ по Wölfler'у⁶⁾.

Главная ошибка Simon'a и его послѣдователей — это — игнорированіе факта, что опухоль не всегда занимаетъ всю почку цѣликомъ. Israel⁷⁾ въ своей послѣдней работѣ ясно высказывается и напираетъ на то, что нужно строго различать напримѣръ при раковомъ заболѣваніи почки ограниченную (*circumscriptum*) отъ диффузной формы; а Н. Braun⁸⁾ на XIX конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ демонстрировалъ препараты гидронефроза, указывающіе, какъ неправильно иногда развивается эта опухоль, исходя изъ одного только участка почки.

Israel говоритъ о правой почкѣ слѣдующее: увеличенная почка нерѣдко смѣщаетъ толстую кишку внизъ и внутрь, и такимъ образомъ эта послѣдняя не всегда лежитъ передъ почечной опухолью, а прилегаетъ къ ея нижнему полюсу и внутреннему краю.

1) Beiträge zur kl. Chirurgie, Bd. VI, pag. 485.

2) Diagnostik der chirurgischen Krankheiten 1876.

3) Sspecielle Diagnostik der inneren Krankheiten 1891.

4) Berlin. klin. Woch. 1885, Nr. 46—48.

5) Langenbeck's Arch. XXI Heft, pag. 421.

6) I. c.

7) Langenbeck's Arch. XLVII (1894), pag. 312.

8) XIX Congr. f. Chirurgie 1890.

Для подтвержденія сказаннаго и намѣренъ привести рядъ случаевъ, заимствованныхъ много изъ литературы:

I. Опухоли правой почки.

а) Нормальное положеніе ободочной кишки.

1. v. Wahl¹⁾. — Tumor renis; colon ascendens смѣщено болѣе внутрь.

2. Kroner²⁾. — Гидронефрозъ. Colon dextum лежитъ на его внутренней сторонѣ.

3) Rosenbach³⁾. — Pyonephrosis. Восходящая кишка лежитъ внутри отъ почки.

4) Ruge⁴⁾. — Гидронефрозъ. Сплюснутая ободочная кишка направлялась впереди нижней части опухоли справа и снизу, влѣво и вверхъ.

5) Barth⁵⁾. — Опухоль почки. Восходящая кишка лежитъ на ея медиальномъ краю.

6) Ris⁶⁾. — Carcinoma renis dextrum. Colon ascendens et transversum медиально отъ опухоли.

7) Опухоль почечной области. На медиальномъ краю опухоли находится colon ascendens.

8) Picqué⁷⁾. — Правосторонняя опухоль, внутри отъ которой лежитъ colon ascendens.

9) Wölfler⁸⁾. — Гидронефрозъ; слѣва и снизу ея лежитъ восходящая кишка.

10) Hochenegg⁹⁾. — Подкожное пораненіе почки. На верхнемъ полюсѣ ея haematoma величиною въ дѣтскую головку, идущая сверху, сзади и справа; слѣва опухоль ограничена плоской въ видѣ ленты вытянутой восходящей кишкой.

11) — — — Гидронефрозъ. Colon ascendens и coecum смѣщены внутрь.

1) St. Pet. med. Woch. 1885, Nr. 44.

2) Rechtseit. Hydronephr. Arch. f. Gynaek. XVII. pag. 87.

3) l. c.

4) D. med. Woch. 1890, Nr. 20.

5) D. med. Woch. 1891, Nr. 23.

6) Beitrag zur klin. Chirurgie 1890, Bd. VII, pag. 135.

7) An. des maladies des dig. génitourinaires 1. XI, Nr. 2.

8) l. c.

9) Wien. Klin. Woch. 1891, Nr. 4-14, 1-19.

12) Czerny¹⁾. — Гидронефрозъ. Восходящая кишка лежитъ внутри отъ опухоли.

б) Ободочная кишка лежитъ латерально отъ опухоли.

1) Wigglesworth²⁾. — Мухота периренальной капсулы, colon ascendens приросъ справа къ опухоли.

2) Kaschkaroff³⁾. — Кистовидная опухоль почки, справа и позади опухоли лежала восходящая кишка.

3) Rehn⁴⁾. — Гидронефрозъ, диагностированный какъ киста яичника; восходящая кишка проходила кнаружи отъ опухоли.

4) Braun⁵⁾. — Pyonephrosis. Colon ascendens лежитъ кнаружи отъ опухоли.

5) Wölfler⁶⁾. — Случай Billroth'a. Диагностирована была киста яичника, оказался гидронефрозъ, справа покрытый восходящей и слѣвной кишкой.

с) Ободочная кишка лежитъ впереди опухоли.

1) Heller⁷⁾. — Гидронефрозъ одной половины почки при двойной почечной лоханкѣ и мочеточникѣ. Диагнозъ былъ поставленъ Hydrovarium. Поверхъ кисты въ срединной линіи проходятъ coecum, colon ascendens и нѣсколько петель instentini ilei.

2) Martini⁸⁾. — Опухоль правой почки, colon ascendens и coecum на передней поверхности опухоли.

3) Berard⁹⁾. — Большая киста почки, восходящая кишка проходитъ по ея передней поверхности.

4) Dolbeau¹⁰⁾. — Гидронефрозъ, передняя стѣнка котораго срослась съ colon ascendens и съ брюшной стѣнкой.

5) Tauren¹¹⁾. — Гидронефрозъ. Восходящая кишка проходитъ внутри опухоли.

1) Centralbl. für Chir. 1879 Nr. 45 pag. 737.

2) См. Salzer.

3) Centralbl. f. Gynock. 1890 Nr. 17.

4) XIX D. Chirurgen Congr.

5) Die med. Woch. 1881.

6) l. c.

7) D. Arch. f. klin. Medicin.

8) Berl. kl. Woch. 1879 Nr. 23.

9) Thèse de Paris 1867.

10) Thèse de Paris 1868. Essai sur la pyélonéphrit.

11) Thèse de Paris 1865 Cyste du rein.

6) Albert¹⁾. — Adenoma renis, на передней поверхности опухоли лежит colon ascendens.

7) Waldeyer²⁾. — Lipomухома renis, отъснвившее colon ascendens впереди.

8) Waitz³⁾. — Опухоль почки. Восходящая кишка находилась передъ опухолью.

9) Angerer⁴⁾. — Гидронефрозъ. Colon ascendens проходить по его передней поверхности.

10) Harach⁵⁾. — Adenoma renis. Colon ascendens лежитъ впереди и на опухоли.

11) Dohrn⁶⁾. — Sarcoma renis; на передней своей сторонѣ сросшееся съ Colon ascendens.

12) Braun⁷⁾. — Tumor regionis Hypochondriacae ограниченъ печенью, пупкомъ и соесо. Кнаружи онъ образуетъ выпуклость. На передней сторонѣ прикрѣпляется соесум и colon ascendens.

13) P. Wagner⁸⁾. — Опухоль, оказавшаяся Paranephritis dextra. Передъ опухолью лежитъ прободенная гноемъ восходящая кишка.

II. Опухоли лѣвой почки.

а) нормальное положеніе ободочной кишки.

1) Spencer Wells⁹⁾. — Жировая опухоль, окружавшая всю почку, сдвинула colon влѣво.

2) Hochenegg¹⁰⁾. — Pyelitis calculosa. Colon descendens лежитъ латерально отъ опухоли.

3) R. Brunzel¹¹⁾. — Опухоль, выполнявшая всю полость живота и занимавшая все пространство отъ Processus xiphoides до symphysis, лежала позади брюшины. На лѣвой сторонѣ

опухоли проходила совсѣмъ сплюснутая нисходящая, а поперечная кишка находилась у верхняго края опухоли.

4) Billroth¹⁾. — Лѣвая почка прилегала сзади и сверху къ громадной жировой опухоли. Colon descendens находилась влѣво отъ опухоли.

5) Leopold²⁾. — Кровянная киста почки величиною въ человѣческую голову. На лѣвомъ и нижнемъ краю ея находилась толстая кишка.

6) W. Krause³⁾. — Hydronephrosis, граничившій слѣва съ colon descendens.

7) v. Wahl⁴⁾. — Lipoma fibrosum capsulae adiposae renis, на лѣвой боковой части которой проходить colon descendens.

б) Ободочная кишка лежитъ передъ опухолью.

1) Kühn⁵⁾. — Carcinoma renis. По передней сторонѣ опухоли вертикально проходить colon descendens.

2) Spencer Wells⁶⁾. — Лѣвая почка выполняетъ всю брюшную полость, передъ tumor'омъ въ видѣ широкой ленты проходить colon descendens.

3) S. Thompson⁷⁾. — Hydronephrosis. Colon descendens впереди ея.

4) Hochenegg⁸⁾. — Кровянная киста лѣвой почки, передъ опухолью, по ея нижней части проходить colon descendens.

5) Braun⁹⁾. — Adenoma renis. По его передней поверхности проходить colon descendens.

6) Czerny¹⁰⁾. — Большая опухоль почки. Colon descendens проходить по передней поверхности опухоли.

7) Baginsky¹¹⁾. — Sarcoma renis. Colon descendens проходить по срединѣ передъ опухолью.

1) Wien. med. Presse, 1885 pag. 276.

2) Virchow's Arch. XXXVII pag. 543.

3) D. med. Woch. 1890 Nr. 14.

4) Münch. med. Woch. 1891, Nr. 28.

5) XIV D. Chir. Congr. 1884.

6) Centralblatt für Gynäk. 1890 pag. 173.

7) l. c.

8) Die Zeitschr. f. Chir. XXIV pag. 504.

9) l. c.

10) l. c.

11) Berl. kl. Woch. 1882 Nr. 49.

1) Berl. kl. Woch. Nr 18, pag. 250.

2) Wölfler l. c.

3) Arch. f. Gynaek. XIX, pag. 129.

4) Lang. Arch. VII, pag. 218.

5) l. c.

6) D. Arch. f. klin. Medicin XVI, Taf. II und III.

7) l. c.

8) Lang. Arch. V, 328.

9) l. c.

10) l. c.

11) Lang. 9. Arch. XXV, pag. 85.

8) Kummel¹⁾ (по Salzer'y). — Lipoma perirenale; colon проходить впереди поперекъ опухоли.

8) Schetelig²⁾. — Hydronephrosis. Colon descendens сращено все съ передней поверхностью посредствомъ нисходящей брыжейки.

Въ заключение еще нѣсколько случаевъ смѣщенія coli descendents внутри.

с) Ободочная кишка лежитъ внутри отъ опухоли.

1) W. Körte³⁾. — Большой гидронефрозъ. При наполненіи ободочной кишки воздухомъ оказывается, что она лежитъ внутри отъ опухоли.

2) Döderlein⁴⁾. — Опухоль почечной полости у ребенка, занимавшая всю лѣвую половину брюшной полости. Colon descendens на медиальномъ краю опухоли.

3) Claus⁵⁾. — Fibroma renis, на медиальной сторонѣ котораго проходитъ colon descendens.

4) P. Wagner⁶⁾. — Sarcoma globo-cellulare renis. Colon descendens смѣщено впередъ и внутрь отъ новообразования.

5) Kühn⁷⁾. — Большая опухоль почки. По нижнему медиальному краю ея тянется нисходящая ободочная кишка.

6) M. Sängers⁸⁾. — Fibrosarcoma capsulae renis. Colon descendens смѣщена внутри отъ него.

Заканчивая эту работу, я считаю не лишнимъ въ нѣсколькихъ словахъ резюмировать сущность результатовъ моихъ изслѣдованій:

1. Colon ascendens resp. descendens не проходятъ просто передъ соотвѣтствующей почкой, какъ это почти всѣ полагаютъ, а Colon ascendens покрываетъ только нижній полюсъ правой почки и направляется вверхъ вдоль

1) Centr. f. Chir, 1890, Nr. 18.

2) Arch. f. Gynäk. 1, pag. 416.

3) Berl. kl. Woch. 1891, Nr. 18.

4) Centralbl. f. Krankh. der Harn und sex. Org. V, 1893, Heft 1.

5) XIV. D. Chirurg. Congr. 1885.

6) l. c.

7) l. c.

8) D. Zeitschr. f. Chir. XXXIV, pag. 320.

медиальнаго края ея, между тѣмъ какъ Colon descendens спускается по боковому краю лѣвой почки внизъ.

2. Почки поверхъ Capsulae adiposae покрыты еще поверхностной капсулой, задняя половина которой образуется одинаково для обѣихъ почекъ Fascia retrorrenali, передняя же для обѣихъ почекъ различна; для правой она однослойна (первичное Peritoneum parietale), для лѣвой — на больномъ пространствѣ двуслойна (вторичное peritoneum parietale и измѣненное первичное).
3. Желудокъ касается, по всей вѣроятности, только въ наполненномъ состояніи лѣвой почки, чѣмъ объясняется то обстоятельство, что до сихъ поръ мы не находимъ въ литературѣ ни одного случая, гдѣ бы околопочечные гнойные процессы пробурвали желудокъ.
4. Лѣвая почка, какъ видно изъ вышеописаннаго отношенія кишечника и покрововъ ея, гораздо болѣе укрѣплена, чѣмъ правая, вследствие чего ren mobilis чаще наблюдается на правой, чѣмъ на лѣвой сторонѣ.
5. Плоскость соприкосновенія почки съ діафрагмой и плеврой на правой сторонѣ болѣе незначительна, на лѣвой же она иногда занимаетъ всю верхнюю треть почки.
6. Предлежаніе ободочной кишки передъ почечными опухолями, считающееся почти всеми главнымъ діагностическимъ признакомъ, оправдывается не всегда, а лишь въ отдѣльныхъ случаяхъ. Сообразно съ различнымъ положеніемъ ободочной кишки на обѣихъ сторонахъ и смѣщенія ея различны.

Литературные источники ¹⁾.

1. Aberle. — Jahrb. des ärztlichen Vereins in München, Bd. 113—119, Ref. in XXXVII, pag. 312. Schmidts Jahrb.
2. Albert. — Adenoma renis. Wien. Med. Pr. 1885, pag. 276.
Albert. — Diagnostik d. chir. Krankh. 1886.
3. Angerer. — Beiträge zur Chirurgie d. Nieren. München, Med. Wochenschr. 1891, Nr. 28.
4. Apolauti. — Ueber Wanderniere. Deutsche med. Woch. 1886, Bd. XII, Nr. 46.
5. Arnold. — Anatomie d. Menschen, 1850.
6. Baginsky. — Berl. klin. Woch., Nr. 18, pag. 250.
7. Barth, Arthur. — Ueber Nephrectomie. D. med. Woch. 1891, Nr. 23.
8. Bauer. — New-York, med. Record. 1882, dec. 8, Ref. Hirschs Jahrb. 1883, pag. 221.
9. Becquet. — Arch. gén. 6 S. V., pag. 5 Janv. 1865, Ref. CXXXVI, pag. 41. Schmidts Jahrb.
10. Berard. — Thèse de Paris 1867, Hirschs Jahrb. 1868 II, pag. 161.
11. Bergmann. — Ueber Nierenexstirpation. Berl. klin. Woch. 1885, Nr. 46—48.
12. Гобровъ. — Диагностика и терапия болезней почек 1892, Москва.
13. Bochdalek. — Ueber den Peritonealüberzug der Milz. Reicherts Arch. f. Anat. u. Phys. 1867, pag. 565.
14. Bock. — Handbuch d. Anat. d. Menschen 1840.
15. Bodwitsch. — Boston. Med. and surg. jour. Juli 9. Hirschs Jahrb. 1868, II 161.
16. Braun, H. — XIX D. Congr. f. Chirurgie 1890.
17. Braun. — Ueber Nierenexstirpation. D. Med. Woch. 1881, Nr. 31.
18. Braune. — Topogr. anat. Atlas 1879, Taf. XV—XVI—XVII.
19. Brigidì. — Hirschs Jahrb. 1880, II 215.
20. Brunzel. — Exstirpation der Niere u. s. w., B. kl. W. 1882, Nr. 49.
21. Caffè. — Absc. renis Gazette des Hôp. 1855, Nr. 20. Schmidts Jahrb. CXXXVII, pag. 45.

1) Полный перечень литературы почки до 1886 г. можно найти в Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office United States Army. Washington, Government, printing office 1886, за последние годы в Schmidtsjahrbücher в обзор почечной литературы P. Wagner'a.

22. Chamney, Sophie. — Ueber Anatomie und Aetiologie der Wanderniere. Dissert. London 1893.
23. Charnal. — Bull. de la soc. anat. Schmidts Jahrb. CXX, pag. 208.
24. Claus. — XIV. D. Chir. cong. 1885.
25. Coco. — Il. Morgagni Aug. 1876, pag. 494, Hirschs Jahrb. 1876 II, 332.
26. Colin. — Gaz. hebdomaire X, 4 1863. Schmidts Jahrb. C. XXI, pag. 177.
27. Concetti. — Boll. del soc. Lancis. degli osped. di Roma 1885 Apr. Hirschs Jahrb. 1886 II, 234.
28. Cruveilhier. — Traité d'Anatomie descr. 1875.
29. Czerny. — Ueber Nierenexstirpation. Centralbl. f. Chir. 1879, Nr. 45, pag. 737.
Czerny. — Langenbecks Archiv XXV, pag. 859.
30. Diamantopulos. — Wien. med. Pr. 1876, Nr. 2. Hirschs Jahrb.
31. Döderlein. — Embryonale Drüsengeschwülste der Nierengegend im Kindesalter. Centralbl. für Krankheiten der Harn. u. Sex. Organe. V 1893, Hf. I.
32. Dohrn. — Ein Fall von Nierenexstirpation bei einem 3-jährigen Kinde (Centralbl. f. Gynäk. 1890, pag. 173) Hirschs Jahrb. 1876 II, 33a.
33. Dolbeau. — Essai sur la pyelonophrite suppurée Thèse, Paris 1868. Hirschs Jahrb. 1868 II, 161.
34. Duval. — System. Anatomie 1863.
35. Ebstein. — Ziemsens Handb. 2 Bd., II. Hälfte, pag. 25.
36. Eckhard. — Anatomie des Menschen, 1862.
37. Engel. — Topogr. Anatomie 1859.
Engel. — Lageverhältnisse der Baueingeweide im gesunden Zustande. Wien, med. Woch. Nr. 32, 1857.
38. Ewald. — Enteroptosis. Berl. kl. Woch. 1890.
39. Ferber. — Bewegl. Niere. Virchows Archiv. LII, pag. 25.
40. Friedlowsky. — Allgemeine Wien. med. Zeitschr. 1867, Nr. 25—27. Hirschs Jahrbuch 1867 II, pag. 174.
41. Frank. — Ueber die bisherigen Erfahrungen auf dem Gebiete der Nephroraphie. B. kl. Woch. 1889, Nr. 9—11.
42. Fritz. — 35 Fälle bewegl. Niere. Arch. gen. 55 XIV, pag. 301, Sept. 1859. Schmidts Jahrb. CXII, pag. 161.
43. Führer. — Chirurgische Anatomie 1857.
44. Gardien. — Journ. clin. des Hôpitaux de Lyon T. II, Schmidts Jahrb. CTX, 208.
45. Gegenbauer. — Lehrbuch der Anatomie des Menschen 1887.
46. Gerlach. — Lehrbuch der Anatomie des Menschen 1891.
47. Gintac. — Journ. de Bord. 1867, 25 III, pag. 267. Schmidts Jahrb. CXXXXIX, 1887.
48. Gordon. — Dubl. journ. of med. science 1886 Febr. Hirschs Jahrb. 1886 II, 180.
49. Gruber. — Virch. Archiv XXXII, I pag. III, 1865, Schmidts Jahrb. CXXVI, 156.

- Gruber. — Virch. Arch. f. Pathol. Anat. CXVIII, pag. 272. Hirschs Jahrb. 1890 II, 501.
- Gruber. — Ueber die tiefe Lage der l. Niere. Wien. med. Jahrb. 1866, XI, pag. 10.
50. Губаревъ. — Хирург. анат. брюши. полости. Диссертация Москва 1887
51. Hahn. — Die operative Behandl. d. bewegl. Niere u. Fixation. Centralbl. f. Chir. 1891, Nr. 29, pag. 450, XI. D. Chir. Congr. 1861.
52. Harach. — XIV D. Chir. Congr. 1885.
53. Hare. — Ueber bewegl. Niere. Med. Times u. Gaz. Lond. 2, 23, 37 1858. Schmidts Jahrb. C. I. pag. 180.
54. Hausmann. — Monatsschrift f. Geburtskunde 1867, Juni. Hirschs Jahrb. 1867, II, 171.
55. Heller. — Hydronephrose der einen Nierenhälfte bei doppelten Ureteren und Nierenkelchen. D. Arch. f. klin. med. V, pag. 267.
56. Henke. — Handatlas und Anleitung zum Studium der Anatomie des Mensch. II Curs. 1889.
57. Henle. — Handbuch der syst. Anat. II, Bd. 1861.
58. Hermann. — St. Petersb. med. Zeitsch. 1867, Hirschs Jahrb. 1868 II, 160.
59. Herczel. — Ueber operative Fixation der Wanderniere. Wien. med. Woch. 1892, Nr. 42.
- Herczel. — Ueber Nierenexstirpation. Beiträge zur kl. Chirurgie, Bd. VI, pag. 485.
60. Hertzka. — Ueber dislocirte Nieren. Wiener med. Pr. 1876 Nr. 47.
61. Hildebrand. — Lehrbuch der Anatomie d. Menschen, III. Bd. 1803.
62. His. — Reicherts Archiv f. Anat. u. Phys. 1878, pag. 53. Ueber die Präpate z. Situsviscerum u. s. w.
63. Hochenegg. — Beiträge zur Nierenchirurgie. Wien. kl. Wochenschrift. 1891. Nr. 4, 14, 15, 19.
64. Hockenburg. — Berl. kl. Woch. 1872, 22. Hirschs Jahrb. 1872 II, 179.
65. Hoffmann. — Lehrb. der Anat. d. Mensch. 1877.
66. Holl. — Die Bedeutung der XII. Rippe bei der Nephrotomie. Langenbecks Arch. XXV, pag. 225.
67. Howitz. — Ueber bewegl. Niere. Schmidts Jahrb. CXXXV, pag. 138.
68. Huschke. — Eingeweidelehre.
69. Hyrtl. — Lehrbuch d. Anatomie d. Menschen 1881.
- Hyrtl. — Topograph. Anat. 1871.
70. Jacobi. — Berl. klin. Woch. 1886, 10. Hirschs Jahrb. 1886, 11, 234.
71. Jordan, Robert. — Brit. med. Times and Gazette May 11. Hirschs Jahrb. 1872 II, 179.
72. Israel. — Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren. Berl. klin. Woch. 1889, Nr. 7—8.
- Israel. — XVI D. chir. Congr. 1887.
- Israel. — Sitzungsber. d. med. Gesell. zu Berlin. Erworbene Verlagerung d. Niere D. med. Woch. 1893, Nr. 15, pag. 355.

- Israel. — Erfahrungen über die Nierenchir. Langenbecks Arch. 1894 XLVII, pag. 312.
73. Kaschkaroff. — Ueber einen erfolgreichen Fall von Larapatomie. Centr. f. Gynäkol. 1890, Nr. 17.
74. v. King. — Bewegliche Unterleibsgeschwülste. Lancet vol. I 1836 bis 37, Nr. 18. Schmidts Jahrb. XXI, pag. 77.
75. König. — Lehrb. d. spec. Chir. II. Bd. 1884.
76. Körte. — Freie Vereinig. d. Chir. Berlins Hydronephr. B. kl. Woch. 1891, Nr. 18.
77. Krause. — Ein Fall v. Hydronephr. mit laet. Ausgang. Lang. Arch. VII, pag. 218.
78. Kroner. — Rechtsseitige Hydronephr. Arch. f. Gynäk. XVII, pag. 87.
79. Kruse. — Sitzungsber. der Greifswald. med. Vereinig. D. med. Woch. Nr. 50.
80. Kühn. — D. Arch. f. klin. med. XVI, Taf. II u. III.
81. Kummel. — Zur partiell. Nierenexstirp. Centralbl. f. Chirurg. 1880, Nr. 18 u. 1893, Nr. 30.
- Kummel. — XXII D. chir. Congr. 1893.
82. Kundrat. — Ueber Nierenanomalie. Wien. med. Pr. 1886, pag. 146.
83. Kuttner. — Ueber palpable Nieren. Berl. kl. Woch. 1890, Nr. 15—16.
84. Landau. — X—XI D. chir. Congr. 1881—1882. Langenbecks Archiv XXVI (81) pag. 779. Wanderniere der Frauen 1881 Berlin.
85. Langer. — Jahrb. d. Anatomie d. Menschen, I. Aufl.
86. Langer. — Toldt. — Lehrb. d. Syst. u. Topogr. Anat. 1893 Wien.
87. Langenbuch. — Sitzungsber. d. Berl. med. Gesell. D. med. Woch. 1885, Nr. 48.
- Langenbuch. — Ein Fall von Nierensarcom.
88. Lauenstein. — Wanderniere Langenbecks Arch. XXVI, p. 513.
- Lauenstein. — Zur Chir. der Nieren. D. med. Woch. 1887, Nr. 26.
89. Leopold. — Mannkopfgrosse Blutzyste d. linken Niere. Arch. für Gynäk. XIX, pag. 129.
90. Lesshaft. — Die Lumbalgegend in anat.-chir. Hinsicht. Reicherts Arch. f. Anat. u. Phys. 1870, pag. 392.
91. Leube. — Specielle Diagn. der inneren Krankheiten 1891.
92. Leudet. — Gaz. de Paris 27, 1856. Schmidts Jahrb., pag. 392.
93. Litten. — Wanderniere der Frauen. Hirschs Jahrb. 1887 II, 289.
94. Löbker. — Chirurg. Operationsl. 1889.
95. Luschka. — Anatomie. Bd. II, Th. I.
96. Maas. — Ueber subcutane Verletzungen und Zerreibungen der Nieren. D. Zeitsch. f. Chir. X, pag. 121.
97. Martin. — X D. chirurg. Congr. 1881.
98. Martini. — Vier Fälle von Unterleibsgeschwülsten. Berl. klin. Woch. 1879, Nr. 23. Schmidts Jahrb. CXXIV, 83.
99. Mayer. — Lehrb. d. Anatomie d. Mensch 1861.
100. Müller, Warnek. — Ueber Widernatürliche Beweglichkeit der Niere. Berl. klin. Woch. 1877, Nr. 30. Hirschs Jahrb. II, 230.
101. Newe. — Lancet 1863, 30. Hirschs Jahrb. 1886 II, 334.

102. Ogle, Leop. — St. Georges Hospit und Reports, pag. 737.
103. Oppolzer — Path. und Ther. des subperit Bindegebewes. Wien. med. Woch. 1854, Nr. 2. Hirschs Jahrb. 1869 II, 162.
104. Pansch. — Ueber die Lage der Niere u. s. w.
105. Parmentier. — L'Union 1862, 102. Schmidts Jahrb. CXX, 208.
106. Pétrequin. — S. E. Traité d'Anatomie topogr. med. chirurg. 1857.
107. Picqué. — Note sur la Nephrectomie Transperitoneal dans les cas hydroneph. volumin. Anat. des mol. des org. genitoneal I XI, Nr. 2, pag. 106.
108. Rauber A. Lehrbuch der Anatomie des Menschen 1892 I. Bd. II. Th.
109. Rayer. — Schmidts Jahrb. CXXXV, pag. 302.
110. Rehn. — XIX D. chir. Congr. 1890
111. Riedel. — Die Fixat. der Wanderniere. B. kl. Woch. 1882, Nr. 28.
112. Riess. — Beiträge zur phys. Untersuchung inner. Organe. Zeitschr. f. klin. Med. XVI, pag. 1.
113. Ris. — Zur Nierenchirurgie. Beitr. zur klin. Chir. 1890. Bd. VII, pag. 135.
114. Rollet, E. — Pathologie u. Ther. der bewegl. Niere. Erlangen 1866.
115. Rosenbach. — Exstirpation einer Niere. B. klin. Woch. 1882, Nr. 5.
116. Rosenberg. — Die abscedirende Paranephr. und ihre Behandl. 1879, Würzburg.
117. Rosenstein. — Pathol. und Therap. d. Nierenkr. 1886.
118. Ruge. — Beitrag zur Chirur. d. Nieren und des Pancreas. D. med. Woch. 1890, Nr. 20.
119. Salzer. — Myxoma lipomatodes capsulae adiposae renis. Wien. kl. Woch. 1881, Nr. 8.
120. Sänger, Max. — Deutsche Zeitschr. für Chir. XXXIV, 320.
121. Sappey. — Traité de l'anatomie descr. 1873.
122. Scharlau. — Berl. klin. Woch. I, 29. Schmidts Jahrb. CXXIV, 106.
123. Schetelig. — Beitr. zur Diagnostik der chronisch. Unterleibsgeschwülsten. Arch. f. Gyn. I, pag. 416.
124. v. Schneevogt. — Abscessus renis. Schmidts Jahrb. CXXXV, 300.
25. Schieferdecker, R. — Arch. f. Anat. u. Phys. 1886, 340.
126. Schuchard. — Freie Vereinig. der Chirurgen Pyelit coliculosa. Berl. kl. Woch. 1892, Nr. 33.
127. Senator. — Einiges über die Wanderniere. Charité annalen VIII, pag. 300.
128. Зерновъ. — Описательн. Anat. 1890.
129. Simon. — Chirurgie der Niere. Erlangen 1871.
130. Souther u. Smith. — Lancet 1874 zur 10 Hirschs Jahrb. 1874, II, 273.
131. Spencer, Wells — Krankheiten der Ovarien. Diagu. und Chirurg. Behandl. der Unterleibsgesch. Vollkmanns Vortr. 148—150.
132. Spörer. — Arch. der Gesellsch. correspond. Aerzte in St. Petersburg. Schmidts Jahrb. Jahrb. XXXIII, 66.
133. Stein. — Dissertation, Berlin 1867. Hirschs Jahrb. 1867 II, 171.
134. Stiller. — Zur Diagnostik der Nierentumoren. Wien. med. Woch. 1888, Nr. 33.

135. Sulzer. — Bewegliche Niere. D. Zeitschr. f. Chir. RXXI, pag. 512.
136. Tauren. — Cyste du rein Thèse. Paris 1865. Hirschs Jahrb. 1866.
137. Toldt. — Bau und Wachstumsveränderungen der Gekröse des menschl. Darmkanals.
Toldt. — Die Darmgekröse und Netze im gesetzmässigen und gesetzwidrigen Zustande. LVI. Band der Denkschriften der mathematischen naturwissenschaftlichen Classe der K. Academie der Wissenschaften. Wien 1889.
138. Tompson. — Langenbecks Arch. V, 328.
139. Trousseau. — L'union, pag. 32, 1865. Schmidts Jahrb. CXXVII, 175.
140. Urag. — Interessanter Fall einer bewegl. Niere. W. med. Woch. 1857, Nr. 3.
141. Wagner. — Casuistische Beiträge zur Nierenchirurgie. D. Zeitschrift f. Chir. XXIV, 504.
Wagner. — Zur Behandl. der chir. Nierenkr. Wien. kl. 1890, XI.
Wagner. — Der gegenwärtige Zustand der Nierenchir. Schmidts Jahrb. CCXIII, pag. 272.
142. v. Wahl. — St. Pet. med. Woch. 1885, Nr. 44. Zur Casuistik der Nephrotomie.
143. Waitz. — Partielle Nierenresection u. s. w. D. med. Wochenschr. 1890, Nr. 14.
144. Waldeyer. — Virch. Arch. f. Path. Anat. XXXVII, 543.
145. Weissbach. — 5 Fälle von tiefer Lage der Nieren. Wien. med. Woch. 1867, Nr. 1—3.
146. Weisker. — Pathol. Beziehungen der Nierenbänder zur Gallenblase u. s. w. Schmidts Jahrb. CCXX, 249.
157. White. — Brit. Journ. Mag. 3, 1890. Hirschs Jahrb. 1890 II, 501.
148. Witzel. — Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane. D. Zeitschr. f. Chir. XXIV.
149. Wölfler. — Mittheilungen aus der Billroth'schen Klin. Beckenabscess aus einer disloc. Niere. Wien. med. Woch. 1876, Nr. 7—11.
Wölfler. — Neue Beiträge zur chir. Pathol. d. Niere. Langenbecks Arch. XXI, Ref. 4, pag. 694.
150. — Vogel. — Handb. der Path. und Ther. v. Virchow, Bd. VI, Th. 2, pag. 421 (1865).
151. Zuckerkandl. — Beiträge zur Anat. des menschlichen Körpers Wien. med. Jahrb. 1893, pag. 59. Ref. von Rauber in Schmidts Jahrb. CCI. 1160

Положенія.

1. При вагинальной экстирпации матки слѣдуетъ во избѣжаніе пораненій предварительно зондировать мочеточники.
2. Операции раковыхъ опухолей въ раннихъ ихъ стадіяхъ даютъ недурной прогнозъ.
3. Холера у беременныхъ абсолютно смертельна для плода и по большей части также и для матерей.
4. Подкожныя впрыскиванія Cantani должны постоянно быть *ultimum refugium* у холерныхъ.
5. При господствующемъ въ настоящее время консервативномъ направленіи въ хирургіи не слѣдуетъ строго придерживатся, такъ называемыхъ, типическихъ методовъ, а каждый отдѣльный случай индивидуализировать.
6. Въ случаяхъ травматическаго міелита, въ которыхъ осталная терапія оказалась безуспѣшной, показано хирургическое вмѣшательство.
7. Трансперитонеальному методу почечныхъ операций слѣдуетъ дать предпочтеніе предъ лумбальнымъ, и только въ случаяхъ гнойныхъ пораженій почечной области послѣдній имѣетъ абсолютную индикацію.

Объясненіе рисунковъ.

C. = Colon (*ascendens* или *descendens*).
C. t. = Colon transversum.
L. = печень.
N. = надпочечникъ.
R. = почка.
S. = селезенка.
D. = Duodenum.
Z. = діафрагма.
P. = плевра (или легкія).
P. p. = первичное *peritoneum parietale*.
M. = Mesocolon.
F. r. = Fascia retrorenalis.
M. = Mesogastrium.

Фиг. 1. ($\frac{1}{2}$ натуральной величины). Поперечный разрѣзъ черезъ поясничную область на высотѣ I поясничнаго позвонка. Правая почка разрѣзана выше лѣвой; позади почки видна Fascia retrorenalis; правая почка покрыта спереди первичнымъ *Peritoneo parietali*; лѣвая же въ своей медіальной части поверхъ этого еще салъникоть (*Mesogastrium*), который лежить между почкой и селезенкой.

Фиг. 2. (Натуральная величина). Сагитальный разрѣзъ черезъ правую парастернальную линію. Отношеніе плевры и діафрагмы къ правой почкѣ и надпочечнику ясно выражены.

Фиг. 3. (Натуральная величина). Сагитальный разрѣзъ черезъ лѣвую парастернальную линію. Какъ и на фиг. 2 здѣсь хорошо видны отношенія діафрагмы и плевры къ почкѣ и надпочечнику; верхній полюсъ лѣвой почки ясно проецируется со стороны плевральной мѣшка.

Фиг. 4. (Натуральная величина). Лѣвая половина брюшной полости новорожденнаго. Печень приподнята, селезенка удалена, colon transversum смѣщено внизъ. Волнистая линія обозначаетъ границы прикрѣпленія селезенки къ почкѣ; снаружи отъ этой линіи находится первичное *peritoneum parietale*.

- Фиг. 5. Тотъ же объектъ, что на фиг. 4. Передніе покровы надпочечника и почки въ части ея, лежащей подъ салъникомъ, удалены. На рисункѣ видно, на сколько правая почка покрыта надпочечникомъ. Сбоку часть почки совершенно свободна.
- Фиг. 6. (Натуральная величина). Трупъ годовалого ребенка. Печень приподнята, на нижней поверхности ея слегка обозначена *superficies renalis*. Видно какъ *colon ascendens* покрываетъ нижній полюсъ правой почки и направляется вдоль медіальнаго края вверхъ.
- Фиг. 7. Лѣвая почечная область того же объекта. *Colon descendens* спускается по медіальному краю лѣвой почки внизъ; последнюю пересѣкаетъ по ея передней поверхности *Mesocolon descendens*.

