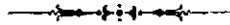


112837 a

ХИРУРГИЧЕСКО-ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМІЯ ПОЧЕКЪ.



ДИССЕРТАЦІЯ НА СТЕПЕНЬ
ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

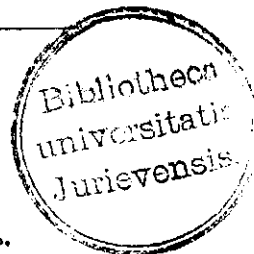
лѣкаря

С. Кофмана.



ОПОНЕНТЫ:

Проз. Др. мед. Адолф. — 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.

D 123356

ДОРОГОЙ МАТЕРИ

ПОСВЯЩАЕТЪ

БЛАГОДАРНЫЙ СЫНЪ.

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 Грацскомъ Университетѣ.

Оставляя Юрьевскій Университетъ, я прошу всѣхъ моихъ учителей, а въ особенности проф. A. Rauber'а 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 никакъ 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 рассмотрѣнію 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 нижній не ниже V позвонка. Верхняя часть задней поверхности каждой почки лежитъ на *Parte Lumbali diaphragmatis*, нижняя часть на *Musculo quadrato lumborum*, передняя поверхность прилегаетъ 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 внѣшнему 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 внѣ брюшины лежащія железы. Внутренній край почекъ лежитъ отчасти на поясничной части грудобрюшной преграды, частью на *Musculo Psoate*. Каждая почка укрѣплена къ прилежающимъ частямъ и окружена лежащимъ внѣ брюшины слоемъ губчатой соединительной ткани; въ этой ткани залегаютъ жиръ, который окружаетъ почку и служитъ ей какъ-бы подушкой, предохраняющей почку отъ сотрясеній“.

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 останавливаются 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 внѣ 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 Hurl'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 фиксаціи и положеніи этого органа относительно задней абдоминальной стѣнки. Однако нельзя сказать, чтобы его описанія вполнѣ 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 Sarrey'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 прилегающихъ къ лѣвой почкѣ органахъ, онъ выражается: „... Avec la rate, qui recouvre sa moitié ou son tiers superieur, avec le colon descendant qui lui correspond dans une étendue plus ou moins considerable 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.

1) Lehrb. der Anatomie des Menschen. 1877.

2) Traité de l'anatomie descr. 1873.

3) Traité d'anatomie descr. 1874.

Gegenbauer¹⁾ оставил 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 брыжжейки, задался цѣлью подробнѣе описать или лучше выяснитъ 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 retrorenalі*. 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 вполнѣ прикрывается ободочной кишкой. Во многихъ мною изслѣдованныхъ случаяхъ восходящая кишка вообще прикрѣплялась въ нижнему полюсу правой почки и въ нѣкоторыхъ случаяхъ почка была совершенно непокрыта височникомъ, 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 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 боковаго (латеральнаго) края правой почки.⁴

Въ появившемся въ 1889 году атласѣ и руководствѣ къ изученію анатоміи Невке¹⁾ 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.

Isra el³ утверждаетъ, что colon descensum проходитъ латерально отъ лѣвой почки.

Очень хорошія описанія по этому вопросу мы находимъ у Губарева⁴⁾ въ его диссертациі „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 извѣствуютъ результаты, достигнутые анатоміей въ области знанія положенія почекъ среди сосѣднихъ органовъ и отношеній ихъ къ задней брюшной стѣнкѣ, и что на ряду съ этимъ мало по малу разрабатывается вопросъ о фиксаціонномъ аппаратѣ почекъ. Этотъ же обзоръ намъ даетъ 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. Wochenschr. 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 почезъ, я позволю себѣ небольшое отступленіе въ область очень важную для точнаго и правильнаго пониманія послѣдующихъ изложеній, въ область исторіи развитія брызжейки и кишечника.

До послѣднихъ годовъ и даже еще теперь многіе придерживаются теоріи Johannes Muller'a¹⁾, которая принимает 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 брызжейкой, 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 брызжейки (mesenteriumslos), причемъ она прикрѣплена, приросла къ задней брюшной стѣнкѣ и неподвижна. Брызжейка состоитъ изъ двухъ листовъ паріетальнаго peritoneum'a между которыми проходятъ сосуды, первы 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 служить его вторая работа, вышедшая въ 1889 году: „Die Darmgekröse und Netze in gesetzmässigem und gesetzwidrigem Zustande“. Обѣ эти работы, въ сожалѣнію, мало извѣстныя врачамъ и въ особенности хирургамъ проводятъ совершенно новую теорію образованія брю-

1) Reichert's Archiv. den Anat. und Phys. 1830.

шины, теорію настолько простую, удобопонятную и имѣющую такъ мало искусственнаго, что надобно только удивляться, какъ она до сихъ поръ не всѣми признана. Въ главныххъ ея чертахъ эта теорія заключается въ слѣдующемъ: Брюшная полость одѣта внутри покровомъ паріетальнаго происхожденія. Все что свободно лежить въ этой полости или только влѣпывается въ нее, все это одѣто этимъ же покровомъ, эпителиемъ, такъ называемымъ Coelomepithelіемъ. Такъ какъ кишечникъ въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ своего развитія представляетъ простую трубку, проходящую черезъ всю брюшную полость, то и онъ одѣтъ этимъ coelomepithel, который, надо замѣтить, не имѣетъ какой нибудь определенной формы, а показываетъ всѣ переходныя формы отъ цилиндрическаго до плоскаго эпителиа. Покровъ этотъ измѣняется постепенно, клѣтки уплощаются, вся эта оболочка становится вѣщице и въ концѣ концовъ получается извѣстный перитонеальный покровъ, выстилающій стѣнки брюшной полости, свободно лежащія въ ней органы со всѣхъ сторонъ и влѣпившіяся въ нее органы только со стороны обращенной къ полости. Въ это же время можно наблюдать и другой процессъ (въ первыя педѣли развитія). На позвоночникѣ вокругъ аорты мы видимъ скопленіе клѣтокъ 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 мезентеріа propria и двухъ перитонеальныхъ листовъ... 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 стѣнѣ и прирастаютъ къ ней, теряя при этомъ свою подвижность. Этими-то послѣдними частями кишечника мы посвятимъ на нѣкоторое время наше вниманіе. Приростая къ брюшной стѣнѣ кишечникъ влечетъ за собою и свою брыжжейку, эта прилегаетъ тогда также къ брюшной стѣнѣ и такимъ образомъ мы имѣемъ двѣ эпителиальныя поверхности, прилегающія 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 листовъ. Тотъ же самый процессъ мы наблюдаемъ на мѣстахъ прилеганія кишечника къ брюшной стѣнѣ и тутъ оба эпителиальные слоя (кишечн. и брюшной стѣнки) срастаются и превращаются въ соединительную ткань. Такимъ образомъ мы видимъ, что органы брюшной полости можно подраздѣлить на такіе, которые только одной своей частью вдаются въ нее, на свободно въ ней лежащія и остающіяся 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, отдѣльные части кишечника еще не выражены, хотя границы ихъ уже намѣчены и будущую слѣдную кишку можно узнать слѣва въ началѣ пупочной петли въ видѣ небольшого расширенія. Но мѣръ того какъ кишечникъ растетъ, развивается и принимаетъ надлежащую форму, онъ дѣлаетъ небольшое вращеніе въ 180° вокругъ оси, идущей перпендикулярно къ позвоночнику и такимъ образомъ слѣдная 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 вверху тонкими кишками и въ особенности будущая Flexura hepatis. Достигнувъ медиальнаго края почки, восходящая кишка образуетъ вытянутую плоскую дугу (Flexura) и, коснувшись большой кривизны желудка, направляется къ пупку. Двѣнадцатиперстная въ 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 нижнаго полюса лѣвой почки, ложится на ея медиальный край, приблизительно на высотѣ воротъ почки образуетъ колѣно (Flexura) и непосредственно подъ правой долькой печени принимаетъ въ себя подвздошную кишку, образуя слѣдную (Coecum).

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 потомъ 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 hepatis; она лежитъ передъ верхней половиной лѣвой почки: colon transversum уже выражень и въ поперечномъ направленіи тянется отъ лѣвой почки къ мѣсту сращенія его съ Flexura duodenojejunalis, откуда онъ подъ тупымъ угломъ направляется внизъ, чтобы образовать слѣбую кишку; Colon ascendens фиксированъ при этомъ только въ мѣстѣ переврежденія 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 снаружи и книзу. Мы находимъ такимъ образомъ Flexuram hepaticam 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 hepatis лежитъ необыкновенно высоко на верхнемъ полюсѣ лѣвой почки.

Во второй половинѣ внутриутробной жизни двѣнадцатиперстная кишка совсѣмъ уже развилась, она почти кругла 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 слѣбая часть постепенно спускается

все ниже отъ нижняго полюса до подвадопной 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 скрепляется съ двѣнадцатиперстной кишкой, отношеніе которой къ правой почкѣ уже описано выше. Отсюда поперечная часть ободочной кишки направляется влѣво кверху, доходить до лѣвой почки, пересѣкаетъ ее въ ея верхнемъ полюсѣ и, образуя большій или меньшій уголъ вдоль верхняго края почек, 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 paracolicci*: пустынн пространства, щели, лежащія между брыжжейкой и задней брюшной стѣнкой, выстланныя характернымъ эпителиемъ и образовавшіяся вслѣдствіе неполнаго, несовершеннаго приростанія, склеиванія брыжжейки или даже самой кишки съ паріетальной 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 первыйя недѣли зародышевой жизни въ вертикальномъ положеніи и прикрѣпленъ къ позвоночнику посредствомъ вертикально же стоящей брыжжейки; съ развитіемъ организма онъ постепенно смѣщается влѣво и тянетъ за собой и свою брыжжейку, при этомъ онъ не остается въ вертикальномъ положеніи, а принимаетъ болѣе

1) 1. с.

наклонное стѣна и сверху направо и внизъ, каковое положеніе принимаетъ по необходимости и брыжжейка, слѣдствіемъ чего появляется образованіе слѣпого мѣшка, направленаго стѣнами въ концѣмъ влѣво и отвертіемъ въправо (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 кѣлокъ, 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 приростае къ Flexura coli hepaticae; а иногда и къ боковой стѣнѣ живота, образуя, такъ называемое, Ligamentum pleuro (или правяльниче phrenico) colicum. Такимъ образомъ и почка надъ мѣстомъ прикрѣпленія Flexurae hepaticae и съ нимъ mesocoli transversi покрыта еще этимъ продолженіемъ сальника.

Закончивъ такимъ образомъ краткій обзоръ исторіи развитія брыжжейки 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 стѣнѣ 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 известной 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 пересѣкаетъ 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 проходитъ соответствующая часть colon'a, у Sappey'a¹⁾ мы находимъ описанія болѣе приближающіяся къ дѣйствительности. Еще до него Lesshaft²⁾ считалъ нужнымъ выразить свое сожалѣнiе по поводу того, что большая часть авторовъ полагаютъ, что оба colon ascendens и descendens лежатъ передъ соответствующей почкой, и только немногие обратили вниманiе на то обстоятельство, что colon descendens лежитъ вдоль наружнаго края лѣвой почки. Однако ниже и онъ заявляетъ, что colon ascendens лежатъ постоянно передъ правой почкой. Правильнѣе всего отношенiя толстой кишки къ почкамъ описаны, не говоря о Zuckerkandl'ѣ³⁾, у Боброва⁴⁾, по крайней мѣрѣ, отношенiя лѣвой почки къ вышечнику у него абсолютно правильно описаны, относительно же правой я долженъ замѣтить, что его мнѣнiе, о томъ что печень покрываетъ только верхнюю треть передней поверхности почки, а двѣ нижнiя трети покрываются colon ascendens, не совсѣмъ отвѣчаютъ дѣйствительности. Разсмотримъ подробнѣе эти отношенiя 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, захватывающемъ иногда всю нижнюю часть передней поверхности. Однако это весьма рѣдко случается и, какъ я имѣю возможность убѣдиться рядомъ изслѣдованiй 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. Но 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 къ этой и направляется вдоль него внизъ. Займемся подробнѣ этой частью пищеварительнаго канала! 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, прямо и вперёдъ; это направленіе конечно подъ влияніемъ накопленія или опорожненія желудка и другихъ кишесъ 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 медиальнаго края правой почки направляется внизъ, на высотѣ третьяго позвонка она опять подъ прямымъ угломъ измѣняетъ свое направленіе и, перейдя въ *pars horizontalis inferior*, сохраняетъ немного это направленіе и потомъ поднимается вверхъ, чтобы образовать *flexum duodenojejunalem*. Таково вообще направленіе 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 медиальному 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 сужается 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) l. c.

прикосновения ее с медиальным краем почки будет также варіировать, въ первомъ случаѣ она будетъ гораздо меньше, чѣмъ во второмъ. Вообще отношеніе двѣнадцатиперстной кишки къ правой почкѣ зависитъ отъ степени наполненія этой кишки. Въ зависимости отъ этого duodenum то только касается медиальнаго края почки, то, сдвигая восходящую кишку внизъ, ложится на медиальную часть передней поверхности почки и даже на нижній полюсъ ея. Какъ уже выше сказано было, лѣвая почка предохраняется нашему взору послѣ удаленія тонкихъ кишекъ только въ ее 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 обуславливается 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 снаружн отъ наружнаго края почки. Изъ 265 изслѣдованныхъ имъ случаевъ только у трехъ лежалъ colon descendens внутри 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 ее внутренней вогнутой поверхности къ почкѣ, къ которой она на большемъ или меньшемъ пространствѣ приростаетъ непосредственно или посредствомъ одной или нѣсколькихъ связей, при этомъ селезенка обладаетъ конечно различною по-

1) 1. с.

2) 1. с.

3) 1. с.

движностью: въ однихъ случаяхъ она совсѣмъ неподвижна, въ другихъ ее можно вынуть изъ ея капсулы (saccus hepatis). Относительно величины поверхности соприкосновения этихъ двухъ органовъ, авторы расходятся во мнѣнiяхъ, какъ напр., Sappey ¹⁾ 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 Gerlach ²⁾ и Бобровъ ³⁾ утверждаютъ, уже въ самыхъ крайнихъ случаяхъ верхней трети, но никогда не верхней половиною почки, наоборотъ иногда Flexura hepatis прикрѣпляется къ верхнему полюсу почки и тогда плоскость прикосновения этихъ двухъ органовъ очень мизимальна.

Кромѣ названныхъ органовъ, по мнѣнiю авторовъ, правая почка касается еще желудка; такъ, тотъ же Gerlach ⁴⁾ говоритъ: „die linke Niere greift an die hintere Fläche des Magenfundus“, Sappey ⁵⁾ — „avec la grosse tuberosité de l'estomac“ и многіе другіе утверждаютъ, что желудокъ своимъ дномъ (Fundus) касается внутренней части лѣвой почки; какъ Губаревъ ⁶⁾ Rauber ⁶⁾ и His ⁷⁾. Послѣдній 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 состоянiи, въ контрагированномъ же состоянiи это прикосновение врядъ ли имѣетъ мѣсто. За то не подлежитъ сомнѣнiю, что mesogastrium прилегаетъ къ почкѣ, о чемъ еще предстоитъ подробно поговорить. Наконецъ, слѣдуетъ еще упомянуть тонкія кишки, которыя находятся въ очень близкихъ отношенiяхъ къ лѣвой почкѣ. Впрочемъ, эти отношенiя очень непостоянны: они хорошо описаны Sappey ⁸⁾ „De chaque côté la face anteri-

1) l. c.

2) l. c.

3) l. c.

4) l. c.

5) l. c.

6) l. c.

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

8) l. c.

9) l. 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 существуют „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 атрофii печени или смѣщенii почки внизъ, можно ихъ и тутъ наблюдать.

Чтобы провѣрить все вышесказанное, я предпринялъ изслѣдованiе серii поперечныхъ и продольныхъ разрѣзовъ черезъ почечную область. Эти изслѣдованiя подтвердили вполне прежнiе результаты.

Отношенiя почекъ къ задней брюшной стѣнкѣ, къ диафрагмѣ и къ плеврѣ.

Чтобы рассмотреть всѣ эти отношенiя 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 обратялъ вниманiе Биллротъ, предупреждая о могущемъ легко произойти пораненiи этой вены при чрезчуръ насильственномъ удаленiи почки. Engel ¹⁾ опредѣляетъ разстоянiе почки отъ названныхъ сосудовъ въ 1,5 см. Положенiе почекъ, строго говоря, не вертикально: обѣ почки конвергируютъ вверху и ихъ верхнiе полюсы лежатъ болѣе назадъ чѣмъ нижнiе полюсы. Разстоянiе верхнихъ полюсовъ отъ позвоночника равняется почти $\frac{1}{2}$ до 1 см. Самое большое разстоянiе обоеихъ вогнутыхъ краевъ равно 12 и 13 см. (Pansch ²⁾), среднее — 7,5 (Landau ³⁾). Обѣ почки не переходятъ за плоскость проведенную касательно къ

1) l. c.

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

3) Wanderniere den Frauen. Berlin 1881.

передней поверхности позвоночника (Бобровъ¹⁾). Это положеніе почекъ и направленіе ихъ осей обусловливается поверхностью, на которой онѣ лежатъ. Эта поверхность сама очень неправильна и непостоянна; она зависитъ отъ искривленій позвоночника, отъ развитія мышцъ и положенія діафрагмы. 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 діафрагмѣ. Относительно величины этой части мы встрѣчаемъ у авторовъ различныя мнѣнія: одни приимаютъ ее равной двумъ третямъ (Huschke²), другіе — половицѣ, третьи говорятъ, что верхняя часть задней поверхности почки до воротъ ея покрыта ребрами; нижняя граница этой части опредѣляется нижнимъ краемъ XII. ребра или линіею прикрѣпленія діафрагмы къ ребрамъ, которая пересѣкаетъ почку подъ угломъ въ 45°. Если принять во вниманіе косо 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 совсемъ правильно, за то оно легче рисуетъ положеніе почекъ). Верхняя торакальная часть простирается вверхъ до XI ребра (по нѣкоторымъ авторамъ еще выше) и прилегаетъ къ поясничной реберной (lumbo-costalis) части діафрагмы, причемъ она прикрываетъ небольшое трехугольное пространство между діафрагмой и позвоночникомъ (Henke³); медиально она лежитъ на musculus psoas. Абдоминальная нижняя часть оканчивается внизу не всегда на одной

1) l. с.

2) Eingeweidelehre.

3) l. 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, Henke²⁾ 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 Vogel³⁾ 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 удается. Во всякомъ случаѣ нижняя граница почекъ очень неостоянна 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 вынуклый край почекъ выступаетъ почти на два пальца за свободный край *musculus quadratus lumborum*. Почка 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 покатъ, 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 Вауне 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. c.
2) l. c.
3) l. c.
4) l. c.
5) l. c.

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 пицеводомъ между почкой и діафрагмой, доходи внизъ до почечныхъ сосудовъ. Очень мѣтко описываетъ эти отношенія *Langer-Told*¹⁾: „*rechterseits sitzt die Nebenniere scheidelrecht auf der Niere, linkerseits mehr medialgepeigt*“. 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 доходитъ до воротъ почекъ, какъ это и *Henke*²⁾ 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. c.

2) l. c.

всеобщее вниманіе и послѣ этого появился рядъ работъ по этому вопросу, лучшей изъ которыхъ считается по справедливости работа Нолл'а¹⁾. Очень перѣдко бываетъ, что XII ребро отстаетъ въ своемъ развитіи. Авторы показали, 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 вполнѣ 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 нормально должно бы лежать XII ребро. Нужно замѣтить, что ребро не вполнѣ 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'а въ тѣхъ случаяхъ, когда постоянное положеніе вещей предварительно нераспознано. Вместе съ діафрагмой и плевра сама тоже прикрѣпляется къ XII ребру къ ея верхнему или нижнему краю, по Ransch'у²⁾ 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'у³⁾ 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 мѣшаетъ въ нѣсколькихъ словахъ упомянуть и о респираторныхъ движеніяхъ этихъ органовъ. Не смотря на то, что почти все отрицають существованіе такихъ (Stiller¹⁾ и др.) мы читаемъ у Israel'a²⁾, что онъ имѣлъ не разъ возможность лично на живыхъ не только видѣть самому, но и продемонстрировать зрителямъ респираторное движеніе почки. Онъ говоритъ, что, если сдѣлать почку доступной взору сзади, то съ изумленіемъ можно прослѣдить 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 стѣпкой 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

иеничной области констатировать pyonephrosis, причем почка респираторно двигалась.

Оболочки почки.

Какъ известно, почки считаются органами, лежащими „въ брюшинѣ“. Это, конечно, лежатъ въ сомнѣніи; однако, не надо упускать изъ виду, что онѣ въ своемъ положеніи существенно отличаются отъ другихъ, въ брюшину лежащихъ органовъ. Не смотря на распространенность и общеизвестность 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 сеченный 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. с.

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 несомнительность 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 нимъ двѣнадцатиперстную кишку съ ихъ брыжжейками приросшими къ задней брюшной стѣнкѣ, рука объ руку съ этимъ прирастаемъ идетъ исчезновеніе эпителія и соединительно-тканное преобразованіе его. Брыжжейка названныхъ кишечныхъ отрѣзковъ одѣваетъ теперь заднюю брюшную стѣнку, замѣняетъ паріетальный листокъ брюшины и перенимаетъ его функція; то же самое происходитъ и съ *colou descendens* и его брыжжейкой. Такимъ образомъ все, что на этомъ пространствѣ прилегало 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 въ 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 оболочка этой почки вовсе не сложна; 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 прироста мы констатируемъ *mesocolon ascendens* или вторичное *peritoneum parietale* и подъ этимъ слой соединительной ткани, образовавшійся изъ слиянія эпителиального покрова первичнаго *peritoneum'a* 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 лежатъ 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 неодинаковы; 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 hepalem и къ боковой стѣнкѣ живота; существованіе этой связи обуславливаетъ покрытіе нижней части верхней трети почки болѣе внаружи 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 кажушимся peritoneo parietali или, какъ почти всѣ, не смотря на старательныя изысканія Zuckerkandl'a это называютъ, подъ внутреннимъ листкомъ ободочной брыжейки, 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 внаружи 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 брыжейкой 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 кишекъ, 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 прилегасть въ 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 исторією болѣзни, сообщенной Barth'омъ: Опухоль правой почки занимаетъ всю правую половину полости живота и переходитъ влево за пупокъ, *colon ascendens* лежитъ на медиальномъ краю, *Coesum* 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 препарированіи 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 двухслойной и прикрѣпляющейся къ краямъ почки болѣе или менѣе крѣпко. Эту оболочку иногда удастся 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 контузій: 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) I. c.

2) I. c.

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 почки. 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 вѣшкой, 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; сюда передній покровъ дополняется *Fascia retrorenali*. Кромѣ этого къ верхней трети (болѣе медиально) этой почки прилегалъ салъникъ, къ двумъ нижнимъ третямъ *mesocolon descendens*; къ нижнему полюсу правой почки прилегалъ *colon descendens*. — Въ этой *capsula externa* залегаетъ почка, окруженная еще жировой тканью — такъ называемую *capsula adiposa*.

Подвижная почка.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію очень важнаго для патологіи почки вопроса о фиксаціонномъ аппаратѣ ея. Несмотря 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 дѣйствіи 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 retroperitonealem*, 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) I. с.

ласти.¹⁾ Kuttner¹⁾, Becquet²⁾ и др. придерживаются также этой теоріи, при этомъ они самый способъ 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 служитъ 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 всеми и все онѣ имѣютъ противниковъ. И пришелъ къ убѣжденію, что кромѣ чисто физическихъ моментовъ, значеніе которыхъ вовсе отрицать не слѣдуетъ, какъ и не слѣдуетъ черезчуръ 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, запасомъ для почечнаго ложа, ниши, а жиръ для придаванія почекъ спокойнаго, устойчиваго положенія въ ней. Паріэталная брюшина обладаетъ большою крѣпостью и упругостью, такъ Huschke⁴⁾ передаетъ, что Scarpa (über die Brüche pag. 14) патачулъ

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

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

3) I. c.

4) I. c.

цусокъ свѣжей брюшины на обручъ и нажать, что она выдерживаетъ 50 фунтовъ, не разрываясь: но удаленія тяжести, брюшина приняла свое прежнее положеніе. Почечный брюшинный покровъ представляетъ намъ не только однослойную брюшину, но мѣстами двуслойную 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 разсмотрѣть 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 комиссія 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 смотря 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 подвижности почки до сихъ поръ остается открытымъ. То, что Kayser¹⁾ называетъ Luxatio renis, то уже хорошо наблюдалъ Aberlé²⁾ въ 1826 г. на одномъ 30-лѣтнемъ пациентѣ. Больной жаловался на опу-

1) Schmidt's Jahrb. LXXXV, pag. 302.

2) Jahrb. 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, по 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 диспонирующіе 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. Ögim 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“ проводитъ свой взглядъ, что сильныя родовыя потуги, кашель, травма и т. д. могутъ причинить блуждающую почку, даже при отсутствіи анатомическихъ предрасполагающихъ 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. Смотра 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 Dupin⁴⁾ способность произвольнаго активнаго смѣщенія. Для распознаванія врожденности или приобретенности авторы указываютъ различныя примѣты, такъ Nutt⁵⁾ считаетъ характернымъ отношеніе сосудовъ. Такъ какъ всякая смѣщенная почка, независимо отъ ея врожденности или приобретенности, можетъ на каждомъ мѣстѣ укрѣпиться вслѣдствіе перифритическихъ 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 отступаютъ отъ обыкновеннаго. Неподвижно (fix) смѣщенные почки лежатъ обыкновенно глубоко (tiefe Lage), такъ передъ Promontorium, въ подвздошной ямѣ, 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 отстываетъ 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, смѣщаясь 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 удлиненіемъ 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 (Rolle⁶) ни приобретеннымъ. Вообще это выраженіе, какъ стоящее въ полномъ противорѣчіи 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 влѣдствіе 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 подходит. Значенія его для блуждающей почки отрицать нельзя, благодаря его присутствію движеніи почки гораздо пространше, почка можетъ быть перемѣщена на другую сторону, можетъ быть приподнята, что при обыкновенной почкѣ, перитонеальный покровъ которой только слабо натянуть, не возможно. Влѣдствіе 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 вытнутой въ видѣ мѣшка, при подвижной она только (уптермирирована) отдѣлена на большемъ или меньшемъ протяженіи и потому то при блуждающей почкѣ больше практикуется разрѣзъ живота съ отвязываніемъ ножки, при подвижной поленичной разрѣзъ.

Переходи къ разсмотрѣнію этиологій 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 имѣть значеніе, но таковое не должно быть ни преувеличено ни уменьшено; даѣе, 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. Энтеронтозъ, о которомъ мы находимъ у французовъ¹⁾ цѣлую литературу, можетъ легко получиться послѣ Hydrôps'a, 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-Warneк'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.

лешіемъ внутрибрюшнаго давленія и слѣдовательно прикрѣпленіе почки при такомъ не только ослабитъ, но еще усилятся; „почка“ говоритъ онъ, „будетъ при кашлѣ еще болѣе притиснута къ задней брюшной стѣнкѣ.“¹⁾ 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 основанія изложеннаго въ предъидущемъ 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 ея дожу; 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 обстоятъ 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 серединѣ. 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 Warnek¹⁾

1) l. c.

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 сосуды идутъ почти горизонтально къ ней, а не косо или вертикально!

2 и 3 пункты заслуживаютъ того, чтобы на нихъ подольше остановиться. Sophia Champney во своей диссертациі сообщаетъ, что она въ 90% изслѣдовавшихся 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 Oegum'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 приобрести *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 къликомъ. 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, то пери- и паранефритическія заболѣванія и абсцессы почекъ, сидящіе на ихъ верхнемъ полюсѣ, переходятъ на плевру. Oppolzer³⁾ соглашаясь съ нимъ говоритъ, что этотъ переходъ на

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

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

3) I. с.

плевру съ прободеніемъ ея и потомъ бронховъ въ особенности характеренъ для лѣвой почки. Raueг 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 complicацій со стороны плевры при заблѣваніи одной или другой почки. Такъ Rosenberg¹⁾ приводитъ 10 случаевъ плевритическихъ complicацій: 5 на правой и 5 на лѣвой сторонѣ; однако тавія 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 complicація плевры гораздо чаще, чѣмъ правостороннія; поэтому мы видимъ на правой сторонѣ, что гной, равьше чѣмъ понасть 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 груднаго 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 отиспуго 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 эпивриза 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 Paranepritis und ihre Behandl. 1879 Würzburg.
2) Chirurgie der Niere. Erlangen 1871.

дорогу вокруг края печени и ее поверхности и потом только пробуравилъ діафрагму и вызвалъ струема.

Этотъ классическій случай можетъ служить типомъ; не менѣе заслуживаетъ интереса и другой случай Simon'a-Pyelitis calculosa. Правая почка очень увеличена и срощена со всѣми прилегающими къ ней частями; на ее 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 ее круглыя отверстія, сообщающіяся отчасти съ мѣстомъ прободенія кортикальнаго слоя, отчасти съ почечной лоханкой. Кверху надъ приросшей 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. Развитіе хода процесса пужно себѣ слѣдующимъ образомъ представить. Первоначальный пара- и перинсфритическій абсцессъ мало по малу приподнялъ печень вверху и тѣмъ сдѣлалъ діафрагму доступной; затѣмъ послѣдовало про-

1) Gaz. hebdomaire X, 4, 1863.

боденіе діафрагмы съ струема 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 Spörger'a¹⁾. Пациентъ 19 лѣтъ умеръ отъ почечнаго абсцесса. Результатъ вскрытія слѣдующій: органы грудной полости нормальны, только нижняя доля праваго легкаго спаяна съ Pleura costalis и съ діафрагмой. При отдѣленіи этой доли 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, соответствующемъ сращенію этой послѣдней съ легкимъ; вверху 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 прирослена 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 переходят околопочечные процессы лѣвой стороны на плевру. Слѣдующіе примѣры, не смотря на всю неточность и краткость, подтверждаютъ это: Diamond & Purlos¹⁾ сообщаетъ случай Nephritis suppurativaе: флюктуирующая 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 осложненій. 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 сильнаго 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 прилежающіе 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 (Baier⁶⁾ 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 патогномическій симптомъ. Однако Rosenberg²⁾ другого мнѣнія; онъ отрицаетъ его важность, говоря, что изъ 20 случаевъ 19 разъ этого симптома не доставало. Этотъ же авторъ выражаетъ свое удивленіе по поводу болѣй 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 спаружи (Rosenberg, Caffè³⁾, 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. Край неправильны, зубрены 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 подобныхъ случая. Для выясненія осложненій на правой почкѣ могутъ служить слѣдующіе 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, толщиною въ гусиное перо, съ нисходящей кишкой.

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

Въ очень интересномъ случаѣ Schaflap⁴⁾ околопочечный абсцессъ, исходившій изъ периренальной адипозной ткани пробурывалъ colon ascendens и сообщался также посредствомъ хода съ Duodeno, въ стѣнкѣ котораго находилось отверстіе величиною въ горошину. Также случай P. Wagner'a⁵⁾, гдѣ сущность опухоли долго не могла быть разгадана, оказался потомъ пара-нефритис dextra purulenta; передъ опухолью проходить Colon ascendens, стѣнка котораго была пробурывлена гноемъ. Странно, что осложненій 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 двуслойпа, къ тому еще надпочечникъ служитъ до нѣкоторой степени изоляторомъ для селезенки отъ почки.

1) Boll. del soc. Lancis. 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 выяснитъ условія при которыхъ происходятъ различныя смѣщенія кишекъ 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 позаниматься 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. Брыжжейка 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 кнаружи и кверху отъ нея и даже кнаружи 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 неизмѣнной, если опухоль исходитъ изъ части почки лежащей ниже поперечной ободочной брыжейки. Если-же опухоль занимаетъ часть, лежащую надъ *mesocolon transversum*, то мы, припомнимъ нормальныя отношенія поперечной и нисходящей кишекъ 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 известной величины охватываетъ, окружаетъ ее. Если опухоль исходитъ изъ медиальной части, то она естественнымъ образомъ смѣщаетъ подвижную поперечную кишку кнаружи 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 вѣ *mesocolon transversum*.

Отношеніе ободочной кишки, какъ уже сказано, считается всѣми очень важнымъ діагностическимъ средствомъ и уже *Simon* въ своемъ классическомъ трудѣ¹⁾, опираясь на фактъ вѣтперитонеального положенія почки, считаетъ положеніе *col'i* передъ почечной опухолью правиломъ и только большія опухоли отступаютъ отъ него. *Spencer Wells*²⁾ заходитъ

1) I. с.

2) I. с.

еще далѣе: онъ категорически высказывается, что передъ почечными постоянно и передъ оваріальными опухолями никогда colon не находится и совѣтуетъ этимъ руководиться. (По Herzl'ю¹⁾ известны 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. Последний 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; Нидронефрозис 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 наираетъ на то, что нужно строго различать на примѣръ 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 перѣдко 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) Sgecielle Diagnostik der inneren Krankheiten 1891.
- 4) Berlin. klin. Woch. 1885, Nr. 46—48.
- 5) Langenbeck's Arch. XXI Heft, pag. 421.
- 6) l. c.
- 7) Langenbeck's Arch. XLVII (1894), pag. 312.
- 8) XIX Congr. f. Chirurgie 1890.

Для подтвержденія связаннаго я намѣренъ привести рядъ случаевъ, заимствованныхъ мною 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 dextrum 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, влево и сверху.

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) Piqué⁷⁾. — Правосторонняя опухоль, внутри отъ которой лежатъ colon ascendens.

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

10) Hocheneegg⁹⁾. — Подкожное поравеніе 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 coesum 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 org. 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.

b) Ободочная кишка лежитъ латерально отъ опухоли.

1) Wilesworth²⁾. — Мухома 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 слѣпой кишкой.

c) 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 проходить coesum, colon ascendens и нѣсколько петель instentini ilei.

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

3) Berger⁹⁾. — 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⁾. — Липомиома renis, отъснвившее colon ascendens впереди.

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

9) Angerer⁴⁾. — Гидронефрозъ. Colon ascendens проходитъ 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 Nephrochondriacae ограниченъ печенью, пупкомъ и соесо. Кнаружи онъ образуетъ выпуклость. На передней сторонѣ прикрѣпляется соесомъ и colon ascendens.

13) P. Wagner⁸⁾. — Опухоль, оказавшаяся Paranephritis dextra. Передъ опухолью лежатъ 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) Hocheneegg¹⁰⁾. — Pyelitis calculosa. Colon descendens лежитъ латерально отъ опухоли.

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

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 Gynäck. 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.

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

4) Billroth¹⁾. — Лѣвая почка прилежала сзади и сверху въ громадной жировой опухоли. Colon descendens находилась лѣво отъ опухоли.

5) Leopold²⁾. — Кровяная 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 проходитъ colon descendens.

b) Ободочная кишка лежитъ передъ опухолью.

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

2) Spencer Wells⁶⁾. — Лѣвая почка выполняетъ всю брюшную полость, передъ tumorомъ въ видѣ широкой ленты проходитъ colon descendens.

3) S. Tompson⁷⁾. — Hydronephrosis. Colon descendens впереди ея.

4) Hocheneegg⁸⁾. — Кровяная киста лѣвой почки, передъ опухолью, по ея нижней части проходитъ colon descendens.

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

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

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

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) Kümme¹⁾ (по Salzer^у). — Lipoma perirenale; colon проходит впереди поперек опухоли.

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

Въ заключение еще нѣсколько случаевъ смѣщенія coli descendentis внутрь.

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 медіальномъ краю опухоли.

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

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

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

6) M. Säuger⁸⁾. — Fibrosarcoma capsulae renis. Colon descendens смѣщена внутрь 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. 820.

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

2. Почки по верху Capsulae adiposae покрыты еще поверхностной капсулой, задняя половина которой образуется одинаково для обѣихъ почекъ Fascia retrorenali, передняя же для обѣихъ почекъ различна; для правой она однослойна (первичное Peritoneum parietale), для лѣвой — на большомъ пространствѣ двуслойна (вторичное peritoneum parietale и измѣненное первичное).
3. Желудокъ касается, по всей фронтности, 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 пробуровали желудокъ.
4. Лѣвая почка, какъ видно изъ вышеописаннаго отношенія кишечника и крововъ ея, гораздо болѣе укрѣплена, чѣмъ правая, влѣдствіе 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 отдельныхъ 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. Apolanti. — 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. Brigidi. — 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 почек до 1886 г. можно найти въ Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office United States Army. Washington, Government, printing office 1886, за последние годы въ Schmidtsjahrbücher въ обзоръ 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 3jährigen 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. Gintrac. -- Journ. de Bord. 1867, 25 III, pag. 267. Schmidts Jahrb. CXXXXIX, 1867.
48. Gordon. -- Dubl. journ. of med. science 1886 Febr. Hirschs Jahrb. 1866 II, 180.
49. Gruber. -- Virch. Archiv XXXII, I pag. III, 1865, Schmidts Jahrb. CXXXVI, 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. анал. 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. 1859.
57. Henle. — Handbuch der syst. Anat. II, Bd. 1861.
58. Hermann. — St. Petersburg. 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. 1808.
62. His. — Reicherts Archiv f. Anat. u. Phys. 1878, pag. 53. Ueber die Präpate z. Situsviscerum u. s. w.
63. Hocheneegg. — 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 Laparatomie. Centr. f. Gynäkol. 1890, Nr. 17.
74. v. King. — Bewegliche Unterleibsgeschwulste. 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 Hydroneph. 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. KümmeL. — Zur partiell. Nierenexstirp. Centralbl. f. Chirurg. 1880, Nr. 18 u. 1893, Nr. 30.
KümmeL. — XXII D. chir. Congr. 1893.
82. Kundrat. — Ueber Nierenanomalie. Wien. med. Pr. 1966, 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 Bluteyste 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 Unterleibsgeschwulsten. 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 Bindegewebes. Wien. med. Woch. 1854, Nr. 2. Hirschs Jahrb. 1869 II, 162.
104. Pansch. — Ueber die Lage der Niere u. s. w.
105. Parmencier. — 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 Paraneph. 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. 1974, 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, 323.
139. Troussseau. — 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.
147. 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 Billrothischen 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. Подкожные впрыскиванія Cantani должны постоянно быть *ultimum refugium* у холерныхъ.
 5. При господствующемъ въ настоящее время консервативномъ направленіи въ хирургіи не слѣдуетъ строго придерживаться, такъ называемыхъ, типическихъ методовъ, а каждый отдѣльный случай индивидуализировать.
 6. Въ случаяхъ травматическаго мѣлита, въ которыхъ осталая терапия 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 индикацию.
-

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. (1/2 натуральной величины). Поперечный разръзъ черезъ поясничную область на высотѣ I поясничнаго позвонка. Правая почка разръзана выше лѣвой; позади почки видна Fascia retrorenalis; правая почка покрыта спереди первичнымъ Peritoneo parietali; лѣвая же въ своей медиальной части поверхъ этого еще салъникомъ (Mesogastrium), который лежитъ между почкой и селезенкой.

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

Фиг. 3. (Натуральная величина). Сагитальный разръзъ 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; снаружъ 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, насколько правая почка покрыта надпочечникомъ. Сбоку часть почки совершенно свободна.
- Фиг. 6. (Натуральная величина). Трупъ одномѣсячнаго ребенка. Печень приподнята, на нижней поверхности ея слегка обозначена *superficies hepatis*. Видно какъ *colon ascendens* покрываетъ нижній полюсъ правой почки и направляется вдоль медиальнаго края вверхъ.
- Фиг. 7. Левая почечная область того же объекта. *Colon descendens* спускается по медиальному краю лѣвой почки внизъ; послѣднюю пересѣкаетъ по ея передней поверхности *Mesocolon descendens*.



Anatomia topographica chirurgica renis

