

АНТОН ВЕЛЬФЛЕР – ЗАБЫТЫЙ ГЕНИЙ ХИРУРГИИ

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, Б.П. Филенко, А.М. Данилов,

И.П. Мавиди, Е.А. Захаров, Е.М. Несвит

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова (зав. – проф. В.П. Земляной). Санкт-Петербург.

Резюме: в статье представлена биография одного из новаторов хирургии 19 века, чешского ученого Антона Вельфлера, смелые идеи которого распространились далеко за пределы абдоминальной хирургии. К сожалению, многим он известен только как автор методики формирования гастроэнтероанастомоза и как ученик Теодора Бильрота.

Ключевые слова: Антон Вельфлер, хирургия, биография, история медицины.

ANTON WOLFLER - FORGOTTEN GENIUS OF SURGERY

V.P. Zemlynoy, B.V. Sigua, B.P. Filenko, A.M. Danilov,

I.P. Mavidi, E.A. Zakharov, E.M. Nesvit

FGBOU VO North-western State Medical University named after I.I. Mechnikova,
Department of Faculty Surgery. I.I. Grekov (head - Prof. VP Zemlyanoy). St.
Petersburg

Summary: The article presents a biography of one of the unjustly forgotten innovators in the surgery of his time by the Czech surgeon Anton Wolfler, whose bold ideas spread far beyond the abdominal surgery. Unfortunately, many of them are known only by the method of formation of gastroenteroanastomosis and as a pupil of Theodor Bilroth.

Key words: Anton Wolfler, surgery, biography, history of medicine.

В наше время, когда хирургия как наука получила столь стремительное развитие, имена многих ученых, стоявших у ее истоков, преданы забвению или упоминаются крайне редко, а их вклад остается недооцененным. Одним из них является Антон Вельфлер – чешский хирург еврейского происхождения,

известный многим лишь по операции гастроэнтероанастомоза, носящей его имя. В действительности же, А. Вельфлер внес несравнимо больший вклад не только в желудочную хирургию, но и в хирургию щитовидной железы, герниологию.

Антон Вельфлер родился 19 января 1850 года в чешской деревне Копец и был пятым из семи детей в семье Леопольда и Елены Вельфлер. Его отец – врач общей практики, большую часть жизни проживший в деревне Копец, в доме номер 9, где и поныне висит мемориальная табличка в его честь, гласящая: «В этом доме жил и работал врач общей практики Леопольд Вельфлер с 1837 по 1889 гг.». Здесь А. Вельфлер провел свое детство. Окончив колледж, А. Вельфлер принимает решение пойти по стопам своего отца и в 1869 году поступает на медицинский факультет Венского Университета [3].



Рис.1. Антон Вельфлер.

После окончания медицинского факультета в 1874 году его принимают на службу во вторую хирургическую клинику Венского Университета. С 1876 г. А.

Вельфлер работает под началом знаменитого профессора Теодора Бильрота, что на долгие годы вперед определило основные интересы А. Вельфлера в желудочной и эндокринной хирургии [3]. На протяжении последующих почти 10 лет А. Вельфлер был ближайшим сотрудником профессора Т. Бильрота.

Новаторами эндокринной хирургии были Теодор Бильрот, который уделял большое внимание этому разделу в период своей работы в Цюрихе (1860–1867) и его ученик Антон Вельфлер, практиковавший в Вене [15]. Именно Антон Вельфлер внес значительный вклад в хирургию щитовидной железы. Он активно изучает периоды эмбриогенеза, развитие и гистологическое строение щитовидной железы, анализирует собственный клинический опыт. Итогом многолетнего труда стало издание двух монографий в Берлине: «Ueber die Entwicklung und den Ban der Schilddrüse mit Rücksicht auf die Entwicklung der Kröpfe» (1880) и «Ueber die Entwicklung und den Ban des Kropfes» (1883). Ценность этих работ, заключалась в том, что на основании большого клинического материала были выдвинуты ряд гипотез, впоследствии ставших классическими канонами эндокринной хирургии [13]. В частности, А. Вельфлер выступает с критикой работы Ю.Ф. Конгейма «Einfacher Gallertkropf mit Metastasen», вышедшей в свет в 1876 году. Ю.Ф. Конгейм предложил первую гистологическую классификацию рака щитовидной железы, в которой акцентировал внимание на том, что при некоторых видах рака злокачественные клетки крайне схожи с тканью нормальной щитовидной железы, называя такой феномен «доброкачественным метастазирующим зобом». В своей монографии А. Вельфлер приводит более точную классификацию рака щитовидной железы, впервые описав как солидные, так и кистозные формы папиллярного рака. Видоизмененный вариант классификации А. Вельфлера используется и в настоящее время. Он первым отметил, что основным фактором в распространении рака щитовидной железы является ее обильная васкуляризация. Им впервые было установлено, что ткань щитовидной железы сохраняет свои эмбриональные возможности к делению до самой старости, что

приводит к большей склонности к развитию атипии эпителия и его дальнейшей бесконтрольной пролиферации чаще, чем в других тканях организма. В своих исследованиях он обнаружил, что стволовые «эмбриональные» клетки, присутствующие в ткани железы, намного чаще встречаются при развитии зоба, на основании чего сделал вывод, что развитие карциномы провоцирует атипично высокая васкуляризация органа, или же к метаплазии может привести развитие кровотечения в ткань железы или венозной гиперемии [5].

В 1885 году А. Вельфлера избирают профессором хирургии в Граце, где он также возглавил клинику, а с 1893 по 1894 годы занимал должность декана медицинского факультета. В то время, основываясь на детальном изучении сосудистых коллатералей щитовидной железы, он предложил методику в лечении солидных новообразований, заключающуюся не в удалении первичного очага, а лишь в перевязке питающих сосудов. В 1886 г. он опубликовал работу, описывающую клинический случай, когда пациенту с аденомой была произведена операция перевязки обеих щитовидных артерий с одной стороны, а через 7 месяцев после операции было отмечено уменьшение опухоли более чем в два раза без признаков некроза ткани [17]. Эта методика приобрела кратковременную популярность, в связи с возможностью предупреждения таких осложнений, как тетания, микседема или повреждение возвратного гортанного нерва [11].

Совместно Т. Бильротом была предложена и активно внедрялась в практику методика тотальной тиреоидэктомии с перевязкой питающих щитовидную железу артерий, для облегчения интраоперационного гемостаза, при любом заболевании железы [18]. Оправдание столь агрессивной тактики можно найти в словах Клода Бернара (1879): «В настоящее время, мы не знаем ничего об этих органах (щитовидная железа, тимус), в действительности, мы даже не представляем, насколько они нужны и полезны для организма» [6]. И если представление о гормональной недостаточности щитовидной железы принято связывать с именами Жака-Луи Ревердена и Огюста Ревердена, которые в 1882 г. впервые

ввели понятие «послеоперационная микседема», или «*myxoedeme operatoire*», то понятие о послеоперационной тетании, и ее связь с удалением паращитовидных желез при тотальном удалении щитовидной железы бесспорно принадлежит школе Т. Бильрота, и в частности, ее яркому представителю Антону Вельфлеру. Именно он дал точное, подробное описание симптомокомплекса, связанного с гипокальциемией наблюдавшееся в послеоперационном периоде у больного, которому профессор Т. Бильрот выполнил тотальную тиреоидэктомию [8, 15].



Рис.2. Профессор Теодор Бильрот с ассистентами 1882–1883 гг.

Не меньший вклад А. Вельфлер внес и в абдоминальную хирургию. В период с 1881 по 1885 гг. А. Вельфлер активно проводит эксперименты на животных для определения оптимального варианта реконструктивного этапа резекции желудка [2]. Первая же успешная резекция желудка была выполнена Теодором Бильротом совместно с Антоном Вельфлером уже 29 января 1881 г. 43-летней больной Терезе Хеллер, страдающей опухолью выходного отдела желудка. Больной была произведена пилорэктомия, с пересечением антрального отдела желудка лишь на 2 сантиметра проксимальнее края опухолевого роста, а двенадцатиперстная

кишка на 1,5 см дистальнее привратника. Непрерывность пищеварительного тракта была восстановлена формированием анастомоза между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой. Больная прожила 4,5 месяца и скончалась от прогрессирования онкологического процесса [14]. А 27 сентября 1881 г. в Вене, во время отсутствия в клинике Т. Бильрота, А. Вельфлером совместно с Карлом Николадони впервые была выполнена гастроэнтеростомия больному с неоперабельной стенозирующей опухолью привратника [16]. Во время оперативного вмешательства А. Вельфлер обнаружил, что опухоль прорастает в ткань поджелудочной железы, и уже хотел признать случай неоперабельным и ушить рану, когда К. Николадони предложил ему выполнить дренирующую операцию. А. Вельфлер сформировал впередиободочный гастроэюноанастомоз на длинной петле с передней стенкой желудка. Больной выжил, а операция получила название переднего впередиободочного гастроэнтероанастомоза по Вельфлеру или по Вельфлеру–Николадони [1]. Несколькими днями позже по возвращении Т. Бильрот выполнил аналогичную операцию, но пациент скончался через несколько дней в связи с перекрутом и последующим некрозом тонкой кишки в области сформированного анастомоза, в результате чего эта операция на некоторое время была забыта [9].

Таким образом, уже в 1881 г., учитывая первую успешную резекцию желудка, которая впоследствии станет именоваться как «Бильрот-I», а также вариант оперативного вмешательства с формированием впередиободочного гастроэюноанастомоза, предложенного А. Вельфлером, были заложены все предпосылки к разработке резекции желудка с формированием анастомоза с тощей кишкой, впервые выполненная Т. Бильротом 15 января 1885 г. в Вене, которая впоследствии стала известна, как резекция желудка по Бильрот-II [14].

Следует отметить, что широко применяемый в современной хирургической практике гастроэнтероанастомоз с выключенной петлей тонкой кишки и У-образным межкишечным анастомозом, носящий имя Цезаря Ру, в

действительности, был разработан А. Вельфлером в эксперименте. О чем им было доложено на XII конгрессе хирургов Германии в 1883 г. в качестве новой конструкции, способной предотвратить попадание дуоденального содержимого в культю желудка [12]. Подобную методику спустя два года (1895) предложил французский хирург Эжен Дуайен [4]. Цезарь Ру активно популяризировал эту методику и уже в 1893 г. на VII конгрессе французских хирургов доложил о первых результатах данной операции в клинической практике. Сам Цезарь Ру отмечал приоритет А. Вельфлера в изобретении данной конструкции. В 1897 г. Ц. Ру модифицирует способ А. Вельфлера, формируя позадиободочный вариант этой операции [7, 10].



Рис. 3. Здание медицинского факультета в городе Грац (Австрия).

В 1896 году А. Вельфлер переезжает в Прагу и занимает должность профессора Карлова университета. К сожалению, о годах его жизни в Праге мало что известно. В 1910 г. А. Вельфлер прекращает хирургическую практику, в связи с плохим состоянием здоровья, и возвращается в Вену, где 31 января 1917 г. после продолжительной болезни умирает, а 26 февраля 1926 г. его останки были перенесены на родину и захоронены неподалеку от его родной деревни Копец.

К сожалению, талантливый хирург, ученый-экспериментатор не получил признания как при жизни, так и после смерти, оказавшись в тени своего знаменитого учителя. Несмотря на многолетнее забвение, без его вклада невозможно себе представить современную хирургию желудочно-кишечного тракта и щитовидной железы. Его имя достойно того, чтобы заслуженно упоминаться рядом с именами своих великих современников, таких как Теодор Бильрот, Цезарь Ру и Теодор Кохер.

Список литературы.

1. Эмилио Итала Атлас абдоминальной хирургии Том 2 Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки, Москва, Медицинская литература 2007, с. 149.
2. Aldini, Nicolò Nicoli The First Billroth II Gastric Resection as Reported by an Italian Medical Journal, Gesnerus: Swiss Journal of the history of medicine and sciences, 1995, p. 297.
3. Andreas Höferlin: Der Chirurg Anton Wölfler (1850 - 1917). Sein Leben und Werk mit besonderer Berücksichtigung seiner Arbeiten zur Schilddrüsenchirurgie. Diss. Univ. Mainz. Mainz 1989.
4. Doyen E. Traitement chirurgical des affections de l'estomac et duodenum. Paris: Reulff & Cie, 1895.
5. Frank H. Lahey, Hugh F. Hare, Shields Warren Carcinoma of the thyroid, Annals of. Surgery, 1940, p 977-978, 995.
6. Hans-Dietrich Röher, Klaus-Martin Schulte (2007) History of Thyroid and Parathyroid Surgery , Springer Berlin Heidelberg, p 3.
7. J. Lynwood Herrington, JR., H. William Scott, JR., John L. Sawyers, Experience with vagotomy--antrectomy and Roux-en-Y gastrojejunostomy in surgical treatment of duodenal, gastric, and stomal ulcers, Annals of Surgery 1984. p. 593-594.

8. Reverdin J, Reverdin A (1883) Note sur vingt-deux operations de goitre, avec 3 pl. photographiques. Rev Med Suisse Romande 3:169–198.
9. Robert G. Richardson. British Medical Journal 1964:1, p:1181
10. Roux C. De la gastroenterostomie. Rev. gynec.et chir. abd. 1897: 1:67.
11. Van Arsdale, William Waldo (1890) The operative treatment of goitre, Annals of Surgery, p 178-180.
12. Vauthey J.N., Maddern G.J., Gertsch R: César Roux-Swiss pioneer in surgery. Surgery 112(5): 946-950, 1992
13. Walter F. Becker, M.D. Pioneers in Thyroid Surgery, Annals of. Surgery, 1977, P 497-498
14. Wangenstein, O.H., Wagensteen, S.D. History of gastric surgery: Glimpses into its early and more recent past. In Nyhus, L.M., Wastell, C (Eds.) Surgery of the stomach and duodenum. Ed. 3, p. 43. Little, Brown, Boston, 1977.
15. Wolfler, A. (1882) Die Kropfextirpationen an Hofr. Billroth's Klinik von 1877 bis 1881. Wien Med Wochenschr 32:5
16. Wolfler, A. Ueber die von Herren Prof. Billroth, angeführten Resektionen des karzinomatosen pylorus. Zentralbl. Chir. 8:359, 1881.
17. Wolfler, A. Weitere Beiträge zur Chirurgischen Behandlung des Kropfes, Wien Med. Woch., 1879, No. 31, p 823.
18. Wolfler, A. (1886) Die operative Behandlung des Kropfes durch Unterbindung der zuführenden Arterien. Wien Med Wochenschr 36:1013–1017.