

1. A. LINKBERG — Tartu: **Mädane peritoniit ja selle ravi
Ülikooli II haavakliinikus 11 aasta vältel.**

Peritoneumit oma anatoomilise ehituse kui ka füsioloogilise funktsiooni poolest vaadeldakse täiesti iseseisva organina. Arstide huvi peritoneumi haiguste vastu on alati juba Hippokrates'e ajast alates väga elav olnud, kuid sel ajal kirjeldati ainult üksikuid sümptomeid ja mitmesuguseid kõhuõõne haigusi nimetati lihtsalt ühe sõnaga „ileus'eks“, vaatamata viimase etioloogiale.

Alates 19. sajandi II poolest, n. n. „antiseptika“ ajajärgul, kus Semmelweis'i ja Lister'i õpetuse tagajärjel kõhuõõne avamine polnud enam nii kardetav kui enne, osutus viimase organite haiguste etioloogia uurimine ka palju kergemaks ning täpsamaks.

Esimesed kõhuõõne operatsioonid tol ajal tehti ainult kõhuõõne vigastuste puhul, mille tagajärjel sooled või suur rasvik langesid kõhuõõnest haava kaudu välja. Need operatsioonid seisis ka vaid väljalangenud organite puhastamises ja kõhuõõnde tagasi toppimises.

Kõhuõõne kirurgia arenemise eest peame tänulikud olema naissoole, sest enamjagu tol ajal tehtud operatsioonest tehti suurte munasarja kasvajate (*cystoma*) kõrvaldamiseks, milline toiming ei olnud praktiliselt mitte just raske läbi viia, ja pealegi operatsiooni tulemused olid tolle aja kohta ka rahuldavad, sest suremus ei tõusnud vilunud operaatori käes mitte üle 50%, teiste käes muidugi rohkem. Mao ja soolte operatsioonidele, mis suurte traumade või

muu vigastuse puhul oldi sunnitud ette võtma, vaadati kui ime-tegudele, kuna kõik säärased operatsioonid lõppesid harilikult surmaga kõhukelmepõletiku tagajärjel. Sellepärast saksa arstil Wegner'il, kellel suured teened kõhuõõne kirurgia arenemise alal, oli täiesti õigus, kui ta 1876. a. kirurgia kongressil ütles: „Minu ja minu kaasaegsed oleme üles kasvanud Jumala kartuses ja kartuses peritoneumi ees“, sest tol ajal oli kõhuõõne avamine täiesti eluga riskeerimine. Kes peale operatsiooni peritoniidist pääsis, sel tuli jälle raske intoksikatsiooniga võidelda, haava arstimiseks kontsentritud antiseptiliste lahuste tarvitamise pärast, kuna nõrgad lahused olid jälle infektsiooni vastu täiesti võimetud.

Alles pärast suurte bakterioloogiliste edusammude, kui Robert Koch'i õpetuse tagajärjel keemiliselt antiseptikalt üle mindi füüsilisele „antiseptikale“, s. o. aseptika ajajärgus, sai võimalikuks kõhuõõne kirurgia kiire arenemine ja võrdlemisi lühikese ajaga on viimane tõusnud tasemele, kus ta praegu on. Ja kui minu lugupeetud šeff ning praegune kongressi juhataja mulle ülesandeks tegi mädase kõhukelmepõletiku ja selle ravi üle siin refereerida, siis tegi ta seda sellest välja minnes, et mädane kõhukelmepõletik on raske haigus, mis arste pea kõikidelt erialadelt huvitab ja on tulipunktiks praegusaja kirurgetele kui ka günekoloogele.

Peritoneum on õhuke tugev elastne membraan, nii nagu pleura ja perikard. Peritoneum ümbritseb kõige suuremat õõnt inimeskehas — kõhuõõnt — ja oma pindala poolest vastab umbes inimese välispinna suurusele (1,72:1,75 m²). Omades rikkaliku veresoonte kui ka mahlateede võrgustiku, on ka kõhu kelmel mitmesugused füsioloogilised funktsioonid täita.

1) Peritoneumil on väga suur resorptsiooni võime ja Wegner'i uurimiste järele võib peritoneum ühes tunnis 3—8% inimese keha raskusest vedelikku ära resorbeerida või teiste sõnadega — umbes 13 tunni jooksul võib peritoneum vedeliku hulga, mis vastab inimese keha raskusele (näit. 70 kg raskel inimesel 70 liitrit) ära resorbeerida. Suur vere kaotus, kontsentreeritud soolalahuse vereringesse süstimine, higistamine, kõik need kiirendavad vedeliku resorptsiooni kõhuõõnest. Ka on viimane kiirem, kui vereringe on kõhuõõnes suurem, niisamuti mõjub soojus resorptsioonisse soodustavalt, kuna vastupidi naha alla süstitud füsioloogiline soolalahus pikendab resorptsiooni toimet kõhuõõnes. Venosse vere äravool kõhuõõne organeist takistab omakorda resorptsiooni. On sagedane nähe, et suure astsiidi tagajärjel, kus kõhuõõnes asuva surve tagajärjel tõmbsooned on komprimeeritud ja sellega ka resorptsioon takistatud. Vähendades survet kõhuõõnes punktsiooni abil, kaob ka vesi kõhuõõnest kiiresti.

Tänavu suvel toodi II haavakliiniku naine suure astsiidiga. Anamneesist selgus, et vesi on kõhtu kogunenud aegamööda, kuid

viimase kahe kuu jooksul on kõht kiiresti kasvanud, nii et viimasel ajal juba hingamist takistanud.

Järeluurimisel osutusid süda ja neerud iseärasusita, niisama ka maksa ei leitud patoloogilisi muutusi. Punkteerides kõhuõõnt saadi 12 liitrit kollakat läbipaistvat vedelikku. Haigel hakkas paha, sellepärast tuli punktsioon lõpetada. Peale punktsiooni leidis kõhuõõnes lapse pea suurune liikuv tuumor, mis osutus munasarja kasvajak. Umbes nädala pärast tekkis uuesti astsiit ja punkteerimisel lasti 10 liitrit vedelikku välja. Kaks päeva hiljem haigel tehti laparotomia, kasvaja lõigati välja, vesi lasti välja ja kõhuõõs õmmeldi kinni. Paari nädala pärast lahkus haige kliinikust tervena, vett kõhtu enam ei kogunenud, ka kahe kuu pärast oli veel patsient täiesti terve.

Ka keha seisund mõjuvat resorptsioonisse ja kõige suurem resorptsioonivõime olevat peritoneumil, mis katab diafragmat, kuna selle vastu väikest vaagnat ümbritsev peritoneum kuni 15% D a n d y ja R o w a t r e e järele vähem resorbeerivat.

Sellepärast soovitataksegi peritoniidi puhul poolistikil seisundit. Ka laste peritoneumi resorbeerimisvõime on palju suurem kui täiskasvanuil.

Peale selle leidis P r e i s e r, et resorptsioon kõhuõõnest ei toimu mitte kõik aeg ühtemoodi, vaid esialgu kiiresti ja kui organism on vedelikuga küllastatud, siis aegamööda. Kuid kõikide ainete resorptsioon ei toimu ühesuguselt, vaid R e c k l i n g h a u s e n'i uurimuste põhjal on kindlaks tehtud, et kõik 1) vees mitte lahustuvad ained resorbeeruvad ainult mahlateede kaudu, kuna 2) vedelikud kergesti lahustuvad ja kergesti difundeeruvad ained enamasti vereteede, osalt aga ka mahlateede kaudu ära kantakse. Neid uurimusi on ka palju teisigi autoreid (L u d w i g, B e c k, A n s p i t z) kinnitanud.

Et bakterid osutuvad ka väikesiks vees mittelahustuvaiks keha-kesiks, siis toimub ka nende resorptsioon kõhuõõnest peamiselt mahlateede kaudu. Bakterite resorptsiooni mahlateede kaudu on ka kliiniliselt tõestatud, kus sagedasti subfreenilise abstsessi puhul pleuriit järgneb sama etioloogiaga, mis sel teel võimalik, et rinnaõõs on ühendatud kõhuõõnega vahelihase väikeste mahlateede varal (K ü t t n e r) ja W e i l arvab, et enamajao pneumoniade korral, mis tekivad peale laparotomiat, infektsioon satub just läbi diafragma kõhuõõnest rinnaõõnde. Eksperimentaalselt tervele loomale kõhuõõnde süstitud bakterite resorptsioon on õige suur. B u x t o n'il läks korda kindlaks teha, et juba mõne minuti pärast peale süstimist juba enam kui 5% bakterite hulgast leidis veres ja teistes organeis, peamiselt maksas, põrnas ja mahlanäärmeis,

kuid niisugune kiire bakterite resorptsioon vältab ainult esialgu, sest niipea kui tekib peritoneumipõletik, väheneb viimase resorptsiooni võime enam kui sada korda, mis sellest tingitud, et kõik-sugused rakkelemendid, fibriini massid ummistavad täiesti mahla- teed, mis aga igasuguse manipulatsiooni nagu hõõrumise, pigistuse tagajärjel võivad uuesti avaneda ning edaspidist infektsiooni soodustada.

Ühes resorptsiooniga toimub kõhuõõnes ka transsudatsioon, mis normaalselt peritoneumi pinna niiske hoiab ja mille tagajärjel kõhuõõne organid, peamiselt sooled libedasti ilma hõõrumata võiv- vad liikuda. Transsudaat sarnaneb täiesti lümfite, ainult ei koaguleeru globuliinide vähesuse tõttu (I s c o v e s c o).

Arvatakse, et transsudaat toidab seroosat, sest on täheldatud, et lahtikistud *appendices epiploicae* võivad kaua transsudaadis elada ja isegi viimase rakud võivad seal jaguneda (W e i l).

Normaalselt peritoneum eritab sama palju kui ta suudab resor- beerida, vahakord võib muutuda, kui resorptsioon kõhuõõnest on takistatud eelpool kirjeldatud põhjusil, või hüpertooniliste soola- lahuste kõhuõõnde süstimisel. Neil juhtudel võib 12 tunni jook- sul kõhuõõnde eritada transsudaati nii suurel hulgal, mis võrdne inimese enese kehakaalule (W e g n e r), kuid transsudaadi eritu- mine on proportsionaalne kõhuõõnde viidud vedeliku osmootsele rõhkele. Kui transsudaati leidub terveil inimesil kõhuõõnes vähe- sel määral, siis põletiku puhul, olgu need keemilised, termilised või, mis kõige tähtsam — patogeensete mikroobide poolt esile kutsutud — peritoneum eritab vedelikku, mis on rikas rakkele- mentide kui ka valkainete poolest. See põletikuline e k s s u d a a t koaguleerub kergesti ja tema eritumine kõhuõõnde ei allu enam osmoosi seadusile, nagu me seda kuulsime transsudaadi eritumise puhul.

Ekssudaadi koostis muutub teda esile kutsuva agendi mõjul ja tihti kõhuõõnt avades võib juba makroskoopiliselt ütelda, mis- suguse mikroobiga antud juhul tegemist. Ka peritoneum ise ei ole enam läikiv, vaid muutub sel puhul tuhmiks. Rakud tursuvad, kapillaarid laienevad ja kohati on peritoneumile fibriini sadestu- mist märgata.

H e l l y näitas, et ekssudaadi rakkelemendid koosnevad pea- miselt kahest liigist: polünuklearseist mikrofaagest, mis tulevad verest, ja makrofaagest, millede päritolu veel tume. Ülalnimeta- tud ekssudaadi tähtsust uurides leidis W e i l, et viimase bakte- ritsiidne jõud on mitu korda vere seerumi omast suurem ja osutub

sellega tähtsaks kaitseriistaks organismile. Ekssudaat on organismi reaktsiooni tunnus, — mida rohkem ekssudaati, seda rohkem on organismil kaitsevahendeid infektsiooni vastu, ja mida rohkem fibriini, seda kergemini võib põletikuprotsessi piirdumist oodata. N o e t z e l oma eksperimentaalsete uurimuste varal tegi kindlaks, et peritoneum suudab 10 ccm stafülokokkidekultuuri kahjutuks teha, millisest juba $\frac{1}{10}$ ccm intravenoosselt süstitult surmab organismi. Peritoniit on harilikult sekundaarne haigus, mille tekkimiseks infektsioon siirdub teistelt organeilt, peamiselt mao-soolte-traktilt. On ka primaarseid ehk nõndanimetatud essentsiaalseid peritoniite kirjeldatud, kuid väga harva (1,7%).

Peale mao-soolte-trakti peritoniit võib metastaatiliseltselt angiini, osteomüeliidi või gripi tagajärjel tekkida, niisamuti ka naissuguelundid ei ole väga harva peritoniidi tekitajaks.

On teada, et kõhuõõnde sattunud veri, sapp või isegi uriin võivad peritoniiti esile kutsuda. Niisuguseid peritoniite kutsutakse harilikult aseptilisiks, ja kui kõhuõõnde valgunud vedeliku hulk ei ole just väga suur, viimane võib jäljetult resorbeeruda, või halvemal juhul mehaanilisi takistusi liidete ja kokkukasvamiste näol esile kutsuda. Kuid tihti niisugused aseptilised peritoniidid infitseeruvad ja siis esineb juba harilik mädane peritoniit.

Peritoniiti tekitavaist mikroobest on esimesel kohal *bacterium coli* (üle 60%). Temale järgnevad teised — streptokokk (9%), diplokokk (3,5%) ja stafülokokk (1%). Peale selle muidugi segainfektsioonid ja õige harva tüüfusbatsillid kui ka anaeroobsed bakterid. Harilikult on kõhuõõs seedetraktis elutsevate bakterite vastu hästi kaitstud. Mõnikord seesugune kaitse osutub mitte küllaldaseks. Kui soolte-trakti satuvad kehale võõrad virulentsed streptokokid, tekitades seal ägedat enteriiti, siis on selle tagajärjeks mõnikord ka peritoniit (L e n n a n d e r ja N y s t r ö m). Ka laste praksises on see infektsiooni moodus B a g i n s k i ja E s c h e r i c h 'i poolt kindlaks tehtud. Patogeensed mikroobid sattudes kõhuõõnde kutsuvad esile peritoneumil patoloogilisi muutusi, mis, olenedes mikroobi virulentsusest, organismi vastupanujõust kui ka haiguse staadiumist, võivad olla väga suured ja esile kutsuda teatud haiguse sümptomeid. Üks kohalikest sümptomitest, mis otsekohe ühenduses kõhuõõnes esineva protsessiga, on valu. Viimane ei puudu pea kunagi peritoniidi puhul ja on kas alaline või esineb ainult kõhuseintele vajutuse puhul.

Toetudes oma uurimusile, L e n n a n d e r arvas, et ainult parietaalne peritoneum, mida innerveerib tserebrospinaalne erk-

kond, on valutundlik ja et vistseraalne peritoneum, mida sümpaatikus innerveerib, ei tunne üldse valu ja sellepärast mõnikord suured abstsessid võivad soolte vahele ilma valuta tekkida. Kuid Wilms ja Ritter leidsid, et siiski mesenteeriumis ühes vere-soontega ka ergukiud jooksevad. Peritoniidi alul, valude tagajärjel, on kõhu lihased reflektoraalselt pingul. Ka mao ja sooltetrakti sümptomid oksena ja pööratusena ei puudu pea kunagi. Siia kaasuvad veel teised nähud sooltetrakti poolt: enamasti on kõhukinnisus, mõnikord ka lahtisus (3% Kirschner'i järele). Soolte halvatusese järgnevad häired vereringeorganite poolt ja kui muid metastaatilisi komplikatsioone teiste organite poolt ei kaasu, ilmub *exitus* ülalpool kirjeldatud intoksikatsiooni tagajärjel.

Harilikult üldist kõhukelmepõletikku ei ole raske ära tunda, kus on juba kõik klassilised sümptomid olemas. Kuid peab katsuma peritoniiti juba tema alg- või varasel staadiumil kindlaks teha, veel enne kui oleks märgata mingisuguseid sümptomeid südame poolt, või kui veel soolte halvatus puudub. Seda ei nõuta praegu mitte üksi kliiniklasilt, vaid just praktiliselt arstelt, kes enamasti niisuguseid haigeid näevad esimesina ja kes siis kohe peavad otsustama, kas ta võib haiget veel jätta kodusele ravile, või peab otsekohe kliiniku saatma. Kuid ka nüüd tuleb ette, et haiged tuuakse kliiniku alles 3. ja 4., isegi 6. päeval peale haiguse algust, kus pulss veel vaevalt tunda. On selge, et mõnikord on väga raske täpsat diagnoosi kohe panna, ja peritoniiti tuleb diferentsida nii mitmete haigusiga, kuid pigemini üheksa korda ilma-asjata kliiniku saata, kui üks kord hiljaks jääda.

Kui varemalt suremus üldise peritoniidi puhul tõusis kuni 100%, siis nüüd mõned autorid saavutavad kuni 95% tervistumist ja seda just esimeses järjekorras sellepärast, et nüüd haiged tulevad kliiniku palju varemini.

Saksa kirurgide kongressil (1910. a.) Kümme soovitas peritoniidi ja appenditsiidi varase ravi otstarbeks teha energilist agitatsiooni arstide kui ka publikumi seas. Pärast seda Küttner leidis, et raskete appenditsiitide kui ka peritoniitide % langes Breslau kliinikus 35%-lt 8%-le.

Peritoniidi ravi on ainult kirurgiline, erandina soovitatakse gonokokilise peritoniidi puhul naistel konservatiivset, niisamuti on ka laste pneumokokilise peritoniidi puhul, sest operatsioon ägeda pneumokokilise peritoniidi korral andvat suure suremuse. Sellepärast soovitatakse oodata, kuni see peritoniit piirdub ja siis

opereerida (B u d d e). Pealegi J e n s e n loeb pneumokokilist peritoniiti täiesti üldinfektsiooniks, kusjuures peritoniit on vaid kohalik sümptom.

Mädase peritoniidi kirurgilist ravi pooldavad pea kõik praegusaja kirurgid, ainult operatsiooni läbiviimises on veel mõned lahkuminekul. Ühed soovivad kõhuõõnt avada, peritoniiti tekitavat põhjust kõrvaldada, mäda õrnalt kuiva tampooniga katsuda välja pühkida ja tampoon sisse jätta. Teised aga sellevastu soovivad mäda kõrvaldamiseks kõhuõõnt loputada, kes füsioloogilise soolalahusega, kes mitmesuguste desinfitseerivate lahusega. Kõhuõõne loputamist peritoniidi puhul hakkas tarvitama M i k u l i c z 1887. a., kasustades selleks salitsüül- ja pärapoole boorhappe lahust.

Prof. K o n i k hakkas loputama kõhuõõnt mädase peritoniidi puhul nõrga rivanooli lahusega (1:3000) — Tartu Ülikooli I haavakliinikus juba aastat 8 ja II haavakliinikus aastat kaks tagasi.

Me loputame õrnalt kõhuõõnt, ilma et me sellejuures sooli eventreeriksime. Selleks viiakse kõhuõõnde haava kaudu kaks toru, juurdeviiv epigastriumi ja väljaviiv Douglas'e ruumi, loputades nii kaua, kuni enam-vähem selge vedelik kõhuõõnest välja voolab. Ka teised autorid on saavutanud rivanooli lahusega loputamisel häid tagajärgi (K a z e n s t e i n, S c h u l z jne.).

Peale selle on veel palju teisi vedelikke, nagu soolahappepepsiini lahust ja ka füsioloogilist keedusoolalahust soovitatud. Mõned soovivad nii kaua loputada, kuni kõhuõõnest täiesti selge vedelik voolab välja. Tähtis sellejuures on, et haige peapoolne keha seisaks loputamise ajal kõrgemal, et vedelik ühes mädaga valguks väikese vaagna, kuid mitte üles diafragma poole.

Et siin loputamise saavutatakse kõhuõõne täielikku desinfitseerimist, on vaevalt uskuda, selleks peaks tarvitatavad lahused palju kontsentritumad olema, mis aga vigastaks ka kudede rakke.

Küll võiks ehk loputusest niipalju kasu olla, et nekrootilisi masse kui ka võõrkehi kõhuõõnest välja pesta, ja mis tähtis ning eksperimentaalselt kindlaks tehtud — sooja lahuse, iseäranis sooja füsioloogilise keedusoola lahuse mõjul soolte tegevus elustatakse. R e s c h k e soovib kõhuõõnt 5—10% viinamarjasuhkru või hüpertoonilise keedusoolalahusega (3—5%) loputada, mitte desinfitseerimise mõttes, vaid sellepärast, et siis tekib transsudatsioon ja resorptsioon on takistatud, pealegi arvab R e s c h k e, et transsudaat ja happed, mis tekivad viinamarjasuhkru lagunemisel, võivad toksiine kahjutuks teha. Ka P e t e r m a n n on hüpertoonilise

viinamarjasuhkru lahuse kõhuõõnde valamisest häid tagajärgi näinud. Ka suremuse % peale operatsiooni olevat vähem neil juhtudel, kus kõhuõõnt loputatud, kui kuivalt mäda välja pühkimisel. Nii kirjutab Schmidt, et 1897.—1900. a. suri peritoniidhaigeid peale operatsiooni 4. päevast alates 55%, kuna kuivalt ravitud juhtudel 69,2%. Wildegans'il olid vastavad arvud 1910.—1922. a. 34,6% ja 44,4%.

Loputamismeetod peritoniidi puhul on väga palju pooldajaid leidnud. Kuid ka kuivravi pooldajate arv ei ole väga väike. Kõik need soovivad kõhuõõnt avada, peritoniidi põhjus kõrvaldada ja kuivalt mäda välja pühkida. Peale selle mädaõõnde tampoon või toru viia, kuid ei ole mõeldav, et tampoonitud või dreneeritud juhtudel kõik aeg infektsioosne eksüsudaat kõhuõõnest välja voolaks, vaid juba mõne tunni järel on drenaaž või tampoon fibriini korruga kui ka *omentum majus'*ega ära eraldatud. Ainult esimesed tunnid võib läbi toru vedelikku välja voolata. Tampoon on tarvilik suurte põletikkude puhul, kus põletikulisest koest on raske verejooksu sulgeda. Niisamuti mõjub tampoon kui ka toru nagu võõrkeha ärritavalt ja aitab mädast õõnt kiiremalt üldisest kõhuõõnest ära piirata.

Need on kaks meetodit, mida praegu tarvitatakse. Missugune aga neist annab ravimisel paremaid tagajärgi, kas loputamine või kuiv ravi, on raske ütelda. Kirschner oma Königsberg'i kliiniku andmeil leidis täiesti ühesuguseid tagajärgi.

1921.—1932. a. 1. septembrini on T. Ü. II haavakliinikus üldse 451 peritoniidi juhtu väga mitmesuguse etioloogiaga ravimisel viibinud. Nagu tabelist nr. 8 näha, on sooltetrakt esimesel kohal mädase peritoniidi tekkimisel. Kõik need juhud on väga mitmet moodi ravitud ja ülevaatlikuma pildi saamiseks olen katsunud iga rühma üksikute meetodite järele jaotada. Tabelis nr. 1 ja 2 on need peritoniidi juhud tähendatud, mis on oma alguse saanud ussjätkest.

Tabel nr. 1. *Peritonitis diffusa ex append. ac. perfor.*, opereeritud enne 24 t.

Üld arv	Kuivalt välja pühitud ja kinni	Toru	Toru + tampoon	Tampoon	Loput. + toru	
28	2	5	1	13	7	Suremuse %
Paran. 24	1	5	1	11	6	14,3%
Surnud 4	1	—	—	2	1	

Oma 11 aasta tegevuse vältel on kliinikus ainult 28 varast, enne 24 tundi opereeritud mädist peritoniidi juhtu, kelledest 4 surnud, mis moodustab 14,3%. See arv on liiga väike, et siin kindlat otsust teha ja suremuse % siin võib ühele või teisele poolele kalduda. Küll annab juba selgema pildi tab. nr. 2. Ülestähendatud

Tabel nr. 2. *Peritonitis diffusa post append.*, opereeritud peale 24 tundi haiguse algusest.

Üld arv	Mäda väl- ja pühit. ja kinni	Loput. ja kinni	Toru ja kinni	Toru ja tamp.	Tamp. kuivalt	Lop. ja toru	Lop. ja tamp.	Lop. toru ja tamp.	
194	1	1	20	10	139	9	5	9	Suremuse %
Paran. 111	—	—	14	6	77	6	3	5	42,8 %
Surnud 83	1	1	6	4	62	3	2	4	

194 juhtu sama etioloogiaga ja kes on peale 24 tundi haiguse algusest arvates opereeritud. Neist suri 83 ehk 42,8%. Milline ravimisviis oleks kõige parem, on raske ütelda. Tabelist näib, et tampoonimine kuivalt annab kõige suurema suremuse, kuid selle meetodiga on ka kõige rohkem juhte ravitud.

Tabelis nr. 3 on üles tähendatud piiratud kõhukelmepõletiku juhud, mis ussjätkest välja läinud. Kui ussjätkepõletiku puhul on juba infiltraat kõhuõõnes tunda, siis me harilikult ei lõika, olgu siis, kui on juba olemas abstsess, mis ei resorbeeru, või on karta, et abstsess perforereerub kõhuõõnde. Niisuguseil juhtudel oleme abstsessi kohalt kõhuõõne avanud, peritoniidi põhjuse enamikul juhtudel kõrvaldanud, mädaõõnde toru jätnud. Nagu tabelist näha, ei tõuse suremus seesuguseil juhtudel üle 2,2%.

Tabel nr. 3. *Peritonitis circumscr. ex append. ac.*

Üld arv	Kuivalt välja tufp. kinni	Loput. kinni	Toru	Toru ja tamp.	Tamp.	+ Lop. + toru	+ Lop. tamp.	+ + toru + tamp.	
121	3		27	9	82				Suremuse %
Paran. 118	3		27	9	79				2,2
Surnud 3	—		—	—	3				

Tabelis nr. 4 ja 5 on üles tähendatud kõhukelmepõletiku juhud, mis mao või *duodenum*'i perforatsioonist tekkinud. Nende ravis on 11 a. jooksul kahte täiesti üksteisest erinevat ravimismeetodit tarvitatud. Kuni 1930. a. oli seesuguste perforatsioonide puhul

harilikuks ravimismeetodiks mulgustuse kinniõmblemine ja g.-e. Siis viimased kaks aastat on pea kõigil juhtudel magu või kaksteistsõrmik resetseeritud ja vaatamata sellele, et resektsioon on palju radikaalsem ravimismeetod, pole suremus sugugi suurem kui g.-e. puhul, juhtudel, mis opereeritud enne 24 tun., muidugi kui haige seisund niivõrt halb, tuleb vahel piirduda vaid mulgustuse kinniõmblemisega.

Niisuguste resektsioonide puhul mõnikord, kui õõnes leidub väga palju vedelikku, on peale loputamist kõhuõõs dreneeritud. viies toru mitte haava, vaid *fossa iliaca* kohalt väikesse vaagnasse. Suremus ei ole käesolevail juhtudel mitte niivõrt operatsioonist kui ajast sõltuv (vt. tab. nr. 4). Siin pakub meile palju kurvema

Tabel nr. 4. *Peritonitis diffusa ex ulcere perf. ventr. et duodeni*, opereeritud enne 24 tundi.

Üld arv	Kuiv ravi						Kõhu õõs loputatud						
	Resektsioon		G.-e.		Mulgustus kinniõm-meldud		Mulgustus kinni		G.-e.		Resektsioon		
	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	
32	—	4	13	5	2						2	6	Suremuse % 37,5 %
Paran. 20	—	3	8	3	—						2	4	
Surn. 12	—	1	5	2	2						—	2	

pildi tabelis nr. 5 ülestähendatud juhud, mis opereeritud 24 tundi peale haiguse algust. Siin tõuseb suremus 70,4%, mis on väga suur. 13 kõhukelmepõletikust, mis soolte traumalistest vigastustest tagajärjel tekkinud, sinna hulka on ka soolte laskehaavad arvatud, on 10 surnud ja ainult 3 paranenud (tab. nr. 6). Samuti kõik sapiõie perforatsioonid on lõppenud surmaga. 9 peritoniidi juhust, mis olid saanud oma alguse naissuguelundeist, surid kaks juba enne operatsiooni. Peale operatsiooni suri üks sepsise tagajärjel, kuna ülejäänud 6 tervistusid. Kõik kuus postoperatiivset peritoniidi juhtu lõppesid surmaga (tab. nr. 6).

Peale selle on 11 aasta jooksul 16 niisugust peritoniidi juhtu olnud, millede puhul ei ole korda läinud kindlaks teha organit, kust peritoniit oma alguse saanud, küll on aga mäda igakord bak-

Tabel nr. 5. *Peritonitis diffusa ex ulcere perf. ventric. et duodeni*, opereeritud peale 24 tundi.

Üld arv	Kuiv ravi						Kõhu õõs loputatud						Haav ekstsi- deer.		
	Resekt- sioon		G.-e.		Mulgus- tus kinni		Mulgus- tus kinni		G.-e.		Resekt- sioon				
	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni	Drenaaž	Kinni			
27			18		4							1	3	1	Sure- muse % 70,4 %
Paran. 8			4		—							1	3	—	
Surn. 19			14		4							—	—	1	

terioloogiliselt uuritud ja mitmesuguseid mikroobe (küll pneumokokid, streptokokid, *staphylococcus haemolyticus* jne.) leitud. Neist 16 juhust lõppes surmaga 10 ehk 50%.

Statistiliste andmete varal suremuse kui ka tervistumise % kindlaksmääramisel ja oma andmeiga võrdlemisel on tegemist teatud raskusiga, mis tingitud peamiselt sellest, et peritoniidi definiitsioon on autoreil väga mitmesugune. Ühed loevad *peritonitis diffusa*'ks juba seda, kui kõhuõõnes leidub ainult vähesel määral täiesti läbipaistvat eksudaati, kuna teistel organeil ei ole peamingsuguseid üldperitoniidi sümptomeid. Teised aga ainult niisuguseid, kus mädane protsess võtab ilma piirdumata kogu kõhuõõne oma alla ja *peritonitis circumscripta*, kus mädane protsess on üldisest kõhuõõnest täiesti eraldatud. Nende kahe viimase definiitsiooni järele on ka minu materjal jaotatud.

Tabel nr. 6.

Ap- pend.	<i>Ulcus perf. ventr. et duod.</i>	Sapi- teed	Soolte traumal- vigast.	Nais- sugu- elund.	<i>Peritonit. post operat.</i>	Mitmes. perito- niidid	Üldarv
343	59	5	13	9	6	16	45i

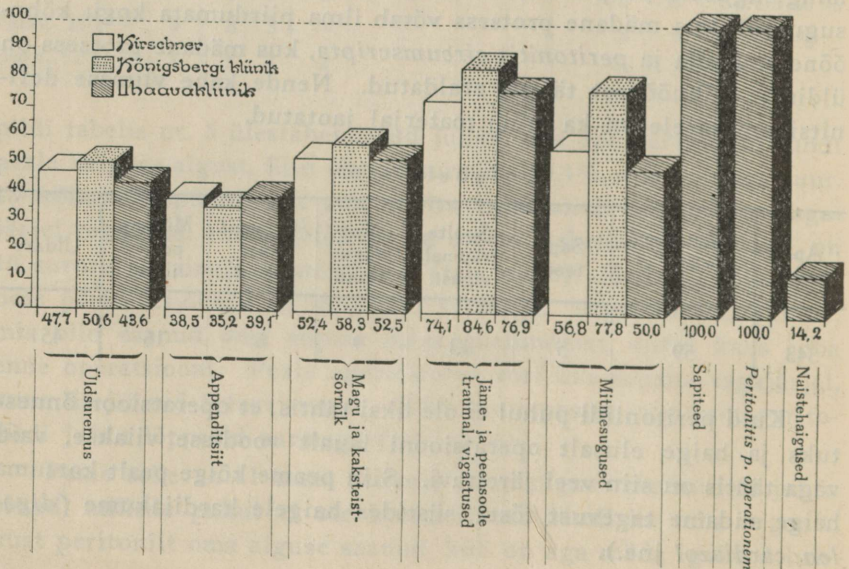
Kuid peritoniidi puhul ei ole üksi tähtis, et operatsioon õnnestuks ja haige elusalt operatsiooni laualt voodisse viiakse, vaid väga tähtis on siin veel järelravi. Siin peame kõige pealt katsuma haige südame tegevust tõsta, süstides haigele kardiiakume (*diganen, cardiazol* jne.).

Nagu eelpool kuulsime, kaotab põletikus olevad sooled vedeliku resorbtsiooni võime, sellepärast tuleb energiliselt hoolitseda selle eest, et organismil oleks küllaldaselt vedelikku, süstides intravenoosselt või naha alla füsiol. keedusoolalahust.

Meie kliinikus süstitakse intravenoosselt igale peritoniidi juhule esimesel päeval veel 10% glükoosi lahust 300,0.

Hoolitsedes südame tegevuse ja organismis küllaldaselt vedeliku hulga eest, ei tohi vähem tähelepanu pöörata soolte tegevusele. Kõige lihtsam on siin klistiire teha. Ei aita see, siis on väga palju preparaate, mis süstitakse parenteraalselt organismi (hüpo-füsiin, füsostigmiin, pituglandool, *peristaltin*, *cholin* jne.). Kõiki neid preparaate oleme tarvitanud. Peab ütleva, et mõnikord aitab üks, teinekord jälle teine, kuid sageli on nende kõikide mõju osutunud tagajärjetuks.

Viimasel ajal on firma La Roche uut preparaati *prostigmin* valmistama hakanud. Seda müügil veel ei ole, kuid ma olen eksperimentaalselt selle preparaadiga katseid teinud ja üle 10 raskel peritoniidi juhul täiesti häid tagajärgi saanud. Kirschner soovib mitteeksendavaile haigeile anda riitsinusõli otse suu kaudu. Peale selle hädakorral, kui ükski neist vahendeist ei aita ja kõht on väga täis puhutud, siis soovib Kirschner punkteerida soolt peene nõelaga läbi kõhu seina, mis on siiski vähe pooldajaid leidnud. Kui südame ja soolte tegevust läheb korda



reguleerida, siis on meil haige harilikult päästetud, muidugi kui peritoniidi tagajärjel ei teki uued komplikatsioonid kas kopsu või pleura poolt.

Diagrammist, kus kirjanduslikud andmed on ühes meie kliiniku andmeiga üles tähendatud, näeme, et suremus peritoniidi tagajärjel on veel õige suur ja ei taha minna keskmiselt alla 50%. Selle kõrge suremuse peapõhjuseks on see, et haiged tulevad liiga hilja kliinikuisse.

