

Осмоловский Михаил Романович

**О лечении перитонитов
разрезом живота**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 82-3
ББК 84-4
М69

М69 **Михаил Романович О.**
О лечении перитонитов разрезом живота / Осмоловский Михаил Романович –
М.: Книга по Требованию, 2022. – 133 с.

ISBN 978-5-521-26678-4

ISBN 978-5-521-26678-4

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2022

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2022

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

другіе излагали собранные ими случаи просто въ видѣ краткихъ исторій болѣзней. — Но при такомъ способѣ изложенія, мнѣ кажется труднѣе читающему слѣдить за выводами, а сдѣлать свои собственные сравненія, помимо автора, почти невозможно. Всѣ собранные случаи пришлось раздѣлить на двѣ таблицы: Первая (таблица) содержитъ болѣе подробно описанные случаи, на основаніи которыхъ только и можно сдѣлать какіе нибудь выводы. Вторая таблица, можно сказать, дополнительная; она содержитъ большею частію случаи, о которыхъ авторы упоминали только на сѣздахъ и засѣданіяхъ и вообще такіе, гдѣ, кромѣ исхода перитонита послѣ разрыва живота, почти ничего неизвѣстно.

Далѣе, въ группировкѣ случаевъ я держался этиологическихъ моментовъ перитонита, стараясь при этомъ не слишкомъ вдаваться въ подраздѣленія. Такимъ образомъ травматическіе перитониты всѣ вообще составили 1-ю группу, не травматическіе раздѣлены мной на 7-мъ группъ, такъ что:

1-я группа составляетъ перитониты травматическіе.

2-я—перитониты вслѣдствіе перфораціи или изъязвленія брюшныхъ внутренностей при патологическихъ процессахъ.

3-я—перитониты вслѣдствіе закрытія кишечника и ущемленныхъ грыжъ.

4-я—перитониты вслѣдствіе лопнувшихъ внутри-абдоминальныхъ опухолей и абсцессовъ.

5-я—перитониты послѣродовые.

6-я—перитониты идиопатическіе и вообще неяснаго происхожденія.

7-я—перитониты мѣстные.

8-я—перитониты туберкулезные.



II.

Брюшина, благодаря своему большому протяженію, сильной раздражительности и громадной всасывательной способности, съ самыхъ давнихъ лѣтъ и до послѣдняго времени пользовалась правомъ хирургической неприкосновенности. Это право, *poli me tangere*, признавали за ней всѣ врачи, и боялись нарушать его. Тѣмъ не менѣе давно уже время отъ времени появлялись нѣкоторые врачи, сомнѣвавшіеся въ этомъ правѣ и совѣтывавшіе въ извѣстныхъ случаяхъ вскрывать брюшину. Такъ, по словамъ Peyrilhe*), еще Soranus эфесскій говорилъ, что когда происходитъ гнойное изліяніе между брюшиной и кишками, вслѣдствіе-ли абсцесса печени, или изъ другаго какого органа, то спрашивается, какимъ образомъ гной можетъ уйти оттуда? Ему остается, проникнувъ черезъ кишки или мочевоі пузырь, выйти черезъ *rectum*, или уретру; не гораздо-ли проще дать ему выходъ, сдѣлавъ разрѣзъ въ паху, операцію, возможность которой доказана Эразистратомъ. Далѣе онъ говоритъ, что такая операція не заключаетъ въ себѣ ничего особеннаго, такъ какъ брюшинная оболочка заживаетъ

*) Histoire de la chir. 1780, t. II, p. 249. Привед. Truc'омъ *Traitement chirurg. de la péritonite*. Thèse d'agrégation 1886, стр. 19.

легко. Послѣ Soranus'a до начала XVIII столѣтія нельзя найти никакихъ указаній по интересующему насъ вопросу.

Въ 1700 году Bonet *), по поводу леченія Pleus'a, говоритъ, что обыкновенными медицинскими средствами часто никакой нельзя принести пользы, а иногда даже можно повредить; далѣе какъ-бы спрашиваетъ, что можетъ быть можно послѣ разрѣза мускуловъ и брюшины вытащить пальцами сдавленную кишку и тѣмъ спасти больного отъ вѣрной смерти.

Въ 1737 году Vacher **) уже рассказываетъ объ одномъ случаѣ мѣстнаго перитонита, происшедшаго вслѣдствіе удара шпагой, гдѣ при отчаянномъ общемъ состояніи больного было примѣнено вскрытіе опухоли. Вышло около трехъ кружекъ черной, вонючей крови и послѣдовало полное выздоровленіе.

Около 1735 года Petit le fils ***) въ своей статьѣ объ ограниченныхъ перитонитахъ травматическаго происхожденія, приводитъ два наблюденія такихъ перитонитовъ, происшедшихъ вслѣдствіе раненія шпагой выше пупка. Въ одномъ случаѣ дѣлалъ разрѣзъ Argeat, а въ другомъ самъ Petit, на 13-й день послѣ раненія, сдѣлалъ разрѣзъ надъ spina ilei anterior-superior. Въ обоихъ случаяхъ вслѣдъ за разрѣзомъ брюшины вышла черная, очень жидкая кровь и въ обоихъ случаяхъ послѣдовало выздоровленіе. Около того-же времени Garengeot****), доказывавшій естественное стремленіе жидкости, излившейся въ полость живота, помѣщаться въ передне-нижней части полости брюшины, былъ вполне согласенъ съ Petit относительно предоставленія ей выхода.

*) Sepulchretum 1700, p. 228. Truc. стр. 20.

**) Encyclop. des scien. méd. 1836. t. I, p. 442, Truc. стр. 20.

***) Mem. Ac. chir. 1743—53 t. I, p. 237 и t. II, p. 92. Truc. стр. 21.

****) Traité des opérat. de chir. 1748, p. 386. Truc. стр. 22.

Въ 1776 году Ravaton *), посвящая главу абсцессамъ внизу живота, не только совѣтуетъ дѣлать разрѣзъ живота, но и описываетъ, какъ нужно его дѣлать. Онъ говоритъ, что кожный разрѣзъ долженъ быть около 4-хъ дюймовъ, что потомъ нужно рѣзать мышечный слой по направленію ихъ наружныхъ волоконъ, что до вскрытія брюшины, нужно убѣдиться въ присутствіи жидкости, вводя для этого палецъ въ рану, и что только, послѣ опредѣленія флюктуаціи, нужно вскрывать брюшину. Кромѣ разрѣза онъ говоритъ, что при первой перевязкѣ нужно вставлять между краями раны, включая и брюшину, тонкую полоску холста. Однимъ словомъ, онъ уже совѣтуетъ методическій, послойный разрѣзъ и примѣненіе дренажа.

Въ 1778 г. David **) писалъ: „если есть гнойное скопление въ полости живота, будетъ-ли оно въ видѣ кисты, или въ видѣ свободнаго изліянія, то его можно удалить, разрѣзомъ мышцъ и брюшины“. Далѣе, тамъ же (на стр. 81) David, разсуждая о леченіи скопленій въ полости живота, будетъ-ли это свободная жидкость или инкапсулированная, чисто серозная или съ примѣсью гноя, говоритъ, что мало еще удалить жидкость, а нужно постараться очистить и заживить тѣ язвенныя поверхности, которыя доставляютъ гнойную жидкость. Чтобы выполнить это, онъ говоритъ, нужно сначала сдѣлать пункцию, выпустить жидкость, и затѣмъ, руководясь троакаромъ, ввести ножъ и сдѣлать достаточный разрѣзъ; потомъ, для возобновленія тонуса въ маперированныхъ частяхъ, нужно сдѣлать промываніе полости брюшины или мѣшечной полости, очистить изъязвлен-

*) Pratique moderne de la chir. Par. 1776, t. II, liv. V, p. 201 Truc. стр. 22.

**) Prix de l'Acad. de chir. 1778, p. 42. Truc. стр. 24.

ныя части и въ рану ввести тампонъ на ниткѣ, укрѣпленной снаружи.

Такимъ образомъ мы видимъ, что слишкомъ сто лѣтъ тому назадъ вполне сознавали необходимость разрѣза живота при скопленіяхъ гноя и вообще жидкости въ полости брюшины; даже способъ производства операціи совѣтывался почти такой же, какъ и въ настоящее время, т. е. методическій разрѣзъ, разрѣзъ со вставленіемъ дренажа и, наконецъ, разрѣзъ съ промываніемъ полости и дренажемъ.

Въ 1836 году появилась статья Jobert'a *) (цит. по Truc'у стр. 24), въ которой онъ довольно точно касается гнойныхъ и кровянистыхъ скопленій въ полости живота. Онъ говоритъ, что когда изліяніе вызываетъ серьезные явленія перитонита, нужно лучше дѣйствовать бистурею, чѣмъ троакаромъ; что можно, по совѣту Larrey'я, рѣзать такъ, чтобы наружный и внутренний разрѣзы не соотвѣтствовали между собой, во избѣжаніе вхожденія воздуха. Тѣмъ не менѣе самъ онъ считаетъ вредное дѣйствіе воздуха преувеличеннымъ и совѣтывалъ лучше дѣлать широкій разрѣзъ опухоли, однако такой величины, чтобы не переходить границы имѣющихся сращеній. Относительно промыванія, при гнойныхъ изліяніяхъ въ полость брюшины, онъ говоритъ, что можно впрыскивать воду температуры крови, чтобы уменьшить вредное вліяніе, зависящее отъ присутствія гноя.

Buchanan **), описывая свой случай разрѣза живота, произведеннаго вслѣдствіе закрытія кишечника, говоритъ между прочимъ, что Napcosk сообщалъ подобный случай въ засѣданіи Лондонскаго Медицинскаго общества въ 1848 году. Napcosk имѣлъ дѣло съ забо-

*) Thèse de concours 1836.

**) The Lancet 1871 г. I, p. 776—779.

лѣваніемъ *appendicis coeci*, послѣдствіемъ чего былъ перитонитъ; имѣлось ограниченное припуханіе въ правой *fossa iliaca*, симулировавшее перицекальный абсцессъ. Нансокъ сдѣлалъ разрѣзъ живота, выпустилъ большое количество зеленоватой, клочковатой *serum*, послѣ чего наступило улучшеніе всѣхъ симптомовъ и наконецъ выздоровленіе. Въ своихъ замѣчаніяхъ по поводу этого случая Нансокъ сказалъ: „я увѣренъ, что придетъ время, когда такое леченіе будетъ съ успѣхомъ примѣняться въ другихъ случаяхъ перитонитовъ, . . . въ случаяхъ, гдѣ содержащаяся въ полости жидкость дурно вліяетъ скорѣе, благодаря своему характеру, чѣмъ количеству; . . . гдѣ угрожающіе симптомы зависятъ отъ присутствія раздражающей жидкости въ полости брюшины“.

Въ 1859 году, Segond-Féréol *), въ своей диссертациі по поводу гнойныхъ перитонитовъ, совѣтуетъ сначала выжиданіе, но вмѣстѣ съ тѣмъ и не слишкомъ медлить съ примѣненіемъ болѣе энергическаго дѣйствія. Онъ говоритъ, что, когда гной не можетъ выдѣлиться, неужели оставить больного умереть? и что не будетъ ли жаль, когда при аутопсіи окажется, что гнойное скопленіе ограничено сращеніями и что стоило только дать выходъ гною, чтобы спасти больного.

Тѣмъ не менѣе онъ дальше говоритъ, что нужно въ такихъ случаяхъ дѣйствовать съ большой осторожностью, только въ случаяхъ крайней необходимости и когда общее состояніе больного даетъ надежду на благоприятный исходъ.

Въ 1862 году, Spencer Wells **) дѣлаетъ лапаротомію по поводу овариальной кисты, но оказалось, что у больной инкапсулированный, серозный перитонитъ,

*) Thèse de Paris, 1859 г. Truc. стр. 27.

**) Heydenreich. La sem. méd 1888 г. стр. 473.

вызванный туберкулезом брюшины. Жидкость выпущена, рана живота зашита, больная выздоровѣла и по справкамъ извѣстно было, что она живетъ въ продолженіи 10 лѣтъ, а по справкамъ Kimmel'я 25-ти лѣтъ, будучи совершенно здоровой, причемъ перитонеальный выпотъ не повторялся.

Въ 1865 году, Keith *) описываетъ случай операціи надъ кистой яичника, гдѣ, вслѣдствіе гангрены кисты, развился перитонитъ. Больная выздоровѣла.

Съ этого времени, т. е. времени примѣненія антисептического метода леченія, число такихъ случаевъ появлялось въ литературѣ все больше и больше, такъ что въ 1876 году Kaiser **) приводитъ уже нѣсколько случаевъ перитонитовъ простыхъ, гнойныхъ и нуэрпериальныхъ, гдѣ хирургическое леченіе дало хорошіе результаты.

Правда, хирургическое вмѣшательство почти всегда примѣнялось вслѣдствіе діагностическихъ ошибокъ, тѣмъ не менѣе хорошіе результаты, получаемые въ этихъ случаяхъ гинекологами, показали прежде всего, что вскрытіе полости брюшины, при соблюденіи надлежащей антисептики, не сопровождается никакими непріятными для организма послѣдствіями, а во 2-хъ и самое главное, что многія формы перитонитовъ могутъ быть излечиваемы посредствомъ вскрытія брюшины и послѣдующаго леченія.

Такимъ образомъ съ начала нынѣшняго десятилѣтія, хирурги, отчасти сами по себѣ, а отчасти побуждаемые терапевтами начинаютъ сознательно оперировать перитониты мѣстные и общіе, хроническіе и острые.

Первая операція лапоротоміи, при поставленномъ до операціи діагнозѣ перитонита, была сдѣлана Lawson

*) The Lancet 1865, II, p. 36.

**) Deutsche arch. f. klin. med., 1876 г. t. XVII, стр. 74.

Tait'омъ въ 1879 году; затѣмъ 2-мъ послѣ него и первымъ въ Россіи произвелъ, при гнойномъ перитонитѣ, лапоротомию покойный Ан. Шмидтъ въ Апрѣлѣ мѣсяцѣ 1881 года, а 3-мъ, кажется, сдѣлалъ въ Мартѣ мѣсяцѣ 1882 г. Playfer *) при послѣродовомъ перитонитѣ и всѣ три случая имѣли благопріятный исходъ. Врачи все чаще и чаще стали примѣнять разрѣзы живота при перитонитахъ и въ 1885 году Duraquier **) въ своей диссертациі „Contribution au traitement de la péritonite par la laparotomie“, приводитъ изъ литературы 15 случаевъ хирургическаго леченія перитонитовъ, излагаетъ новѣйшіе взгляды по поводу этого леченія и въ заключеніи прежде всего говорить, что результаты въ общемъ получились хорошіе; что же касается самаго удобнаго времени для вмѣшательства, то его въ большей части случаевъ очень трудно опредѣлить; но онъ говоритъ, что очень часто приступаютъ къ операціи слишкомъ поздно, когда больной, будучи не въ состояніи такъ долго противиться инфекціи, теряетъ силы, а потому, по его словамъ, нужно желать, чтобы хирургическое вмѣшательство примѣнялось какъ можно раньше. Въ концѣ онъ выражаетъ надежду, что леченіе перитонитовъ лапаротоміей, при строгой антисептикѣ и въ рукахъ искусныхъ, можетъ дать путь къ спасенію въ тѣхъ случаяхъ, которые до сихъ поръ считались смертельными.

Въ слѣдующемъ году Krönlein ***) описываетъ три случая остраго септического перитонита, которые онъ лечилъ хирургически и изъ которыхъ 2 случая, вслѣдствіе перфорациі кишекъ, окончились смертію, а 3-й, не яснаго происхожденія, имѣлъ благопріятный исходъ; въ

*) James Hodges, Brit. Med. Jour., 1883, p. 455.

**) Thèse de Paris 1885 г. № 223.

***) Arch. f. Klin. Chir, 1886 сmp. 507.

концѣ своей статьи онъ заявляетъ, что всетаки считаетъ возможнымъ излеченіе диффузнаго гнилостно-гнойнаго перитонита. Въ послѣднемъ своемъ случаѣ, благопріятный исходъ онъ отчасти приписываетъ тому обстоятельству, что больной былъ присланъ къ нему сразу, какъ хирургическій больной, а иначе Krönlein считаетъ, что больной умеръ бы.

Въ томъ же 1886 году Tunc *) въ своей статьѣ „Traitement chirurgical de la péritonite“ приводитъ собранные имъ изъ литературы 97 случаевъ различныхъ перитонитовъ, леченныхъ пункцией и разрѣзомъ живота и на основаніи этихъ случаевъ онъ въ заключеніе говоритъ, что формы перитонитовъ, ограниченныхъ сращеніями, требуютъ опорожненія патологической жидкости и дезинфекціи этой полости; при формахъ диффузныхъ, когда причина ихъ извѣстна и когда можно надѣяться уничтожить эту причину, нужно немедленно дѣйствовать противъ нее, если же причина перитонита неизвѣстна, то нужно дѣлать широкую пробную лапаратомію и затѣмъ поступать сообразно съ тѣми данными, какія получатся при прямомъ изслѣдованіи. Безусловнымъ противопоказаніемъ для операціи при перитонитахъ онъ считаетъ колапсъ, высокую температуру и общій упадокъ силъ.

Въ 1887 году Tunc **) собралъ 13 случаевъ туберкулезнаго перитонита, при которыхъ примѣнялся разрѣзъ живота; изъ 13 случаевъ оказалось 3 смерти и 10 выздоровленій или улучшеній. Онъ высказываетъ въ этой статьѣ такое мнѣніе, что лапаратомія показана только при ограниченныхъ туберкулезныхъ перитонитахъ съ гнойнымъ, или серозно-гнойнымъ выпотомъ, такъ какъ при серозныхъ онъ считаетъ достаточнымъ прокола, а

*) Thèse d'agregation, Paris 1886 г.

**) Montpel. méd. 1887, p. 131.