

急性蟲樣突起炎手術後ニ發現セシ急性直腸炎及 直腸内攝護腺部ノ腫脹ニ就テ

An acute proctitis with a swelling of the anterior wall of the rectum after
the operation for acute appendicitis.

By Yasuzayemon Hori.

From the Orthopedic Clinic of the Kyoto Imperial University (Prof. Hiromu Ito.)

京都帝國大學醫學部整形外科教室(伊藤教授)

大學院學生 醫學士 堀 安左衛門

蟲樣突起炎ニヨル膿瘍ハ腹腔内何レノ處ト雖形成シ得ザル處無ク、又腹腔内ノ臟器一トシテ或ハ連續的ニ又ハ轉位的ニ其侵襲ヲ受ケ得ザルモノナシ、腹腔以外ニ於テモ後腹膜腔淋巴腺ヲ犯シ又ハ膿瘍ヲ起シ、又ハ橫隔膜下膿瘍ヨリ膿胸ヲ起スコトアリ。膿瘍破壊ノ場所モ亦種々アリ。動脈内ニ穿孔スルコトアリ。門脈内ニ穿孔シテ肝臟ニ多發性膿瘍ヲ起スコトアリ。膀胱又ハ子宮内ニ穿孔セシ例アリ。小腸大腸又ハ直腸内ニ破壊スルコトアリ。膽嚢内ニ破壊スルコトアリ。甚シキニ至リテハ胃中ニ破壊セシ例アリ。即チ蟲樣突起炎ニヨリ腹腔乃至骨盤腔内何レノ處ニ限局性炎症ヲ發現スルモ更ニ驚クニ當ラザルガ如ク且ツ直腸膀胱腔 (Cavum recto-vesicale) — 婦人ニアリテハ Douglas 氏窩)ガ蟲樣突起炎ニ於テ右腸骨窩以外ニテハ橫隔膜下膿瘍ト共ニ膿瘍形成ノ比較的好發部位ナルガ爲ニ之レヨリ下記諸例ノ如キ攝護腺部ノ症狀ヲ發生シ得ベキコトハ考ヘラルベキコトナルモ此等ノ例ガ比較的ニ稀ナルコトハ諸成書ニ於テ橫隔膜下膿瘍ハ必ず記載セラル、ガ如キモ攝護腺部ノ炎症ハ記載セラレザル事實ニヨリ明ナリ。

第一例 小林某 十九歳 男

大正九年十二月二十日發病翌日入院、同日「パントボン」皮下注射、「トロボコカイン」腰髓麻醉ノ下ニ腹腔ヲ開クニ腹腔内ニハ中等量ノ微ニ濁濁セル液アリ。蟲様突起ハ全ク大網膜ヲ以テ被包セラル。之ヲ剝離スルニ其表面ハ暗赤色ヲ呈シ先端膨脹シテ棍棒狀ヲ呈ス。依テ根部ニ於テ結紮切除シ、斷端ヲ巾着縫合ニヨリ縫埋シ腹壁切開創一部開放。誘導「ガゼ」ヲ挿入シ加療中繃帶交換ニ際シ多少ノ排膿アリシモ體溫固モ無ク下降シ、常溫トナルルニ一月八日(術後十八日)頃ヨリ便意ヲ催スコト頻ニシテ毎回少量ノ粘液便ヲ排出ス九日夕、體溫三八度ニ上リ腹痛ヲ訴フ。然レドモ腹部到ル處壓痛無ク、抵抗ヲ觸レズ。創面ハ清潔ニシテ肉芽佳良排膿モ亦多カラズ。十日朝ニ至リテハ粘液便ノ頻回ノ排泄ニヨリ肛門周圍靡亂シ、括約筋弛緩シ、屢バ失禁ス。午後ニ至リ頻ニ苦悶シ、下腹痛及排尿困難ヲ訴フ。於茲直腸内ヲ觸診スルニ攝護腺ノ部著シク膨大ニシテ殆ド直腸腔ヲ閉塞セントシ、後端殆ド直腸後壁ニ接スル腫瘍ヲ認ム。質彈力性軟按壓スルニ從來存スル不快感一層増悪ス。靡亂ニ對シテ軟膏ヲ貼シ、攝護腺冷却法ヲ施ス。此後著ク自覺症ノ輕快ヲ覺エ又從前ノ如ク苦悶ヲ訴ヘズ。此夕體溫三八・五度。

一月十一日、自覺症著シク輕快シ、排尿困難ノ度減少セリ。攝護腺部ノ腫脹稍減少セルモノ、如シ。尿ハ透明ニシテ淋菌ヲ證明セズ。攝護腺ノ部ヲ壓シテ尿道口ヨリ採取セシ液中ニモ淋菌ヲ證明セズ。

一月十二日、粘液便止ミ、體溫昨夜來平常ニ復ス。肛門ノ自覺症殆ド消散ス。攝護腺部ノ腫脹減少セリ。

一月十八日、攝護腺部ノ腫脹殆ド消退セリ。患者ハ花柳病ヲ否定シ、且攝護腺炎ニ罹リシコトナシト云フ。

二月一日全治退院。

第二例 北田某 二十二歳 男。

大正十年二月十五日後五時發病、翌十六日午前二時劇烈ナル腹痛發作アリ。

同日入院、直ニ腰髓麻醉下ニ開腹術ヲ施ス。腹腔内ニハ微ニ濁濁セル液アリ。蟲様突起ハ比較的根部ニ於テ穿孔アリ、結紮切除ノ後、巾着縫合ヲ行ハズ。腹壁切開創開放治療中二月二十六日腹痛下痢アリ、裏急後重ヲ訴ヘ、粘液便ヲ排泄ス。三月一日下痢頻回、便中多量ノ粘液アルモ血液ヲ混ゼズ。午後三時頃ニ至リ、腹痛甚シク輾轉反側ス。下腹部耻骨縫際ノ上方ヲ壓シテ著明ノ壓痛アリ。然レドモ腹筋ノ硬擊ヲ證セズ。抵抗ヲ觸レズ。只ダ著明ノ排尿困難アリ。一回ノ排尿ニ十分間ヲ費ス。直腸内診ニヨリ攝護腺ハ大ナル柿實大ニ肛門内ニ凸隆シ、表面滑澤其上緣ニ於テ稍ヤ柔カキ部アリ此部殊ニ壓痛著明ナリ。腺ハ一般ニ彈力性軟ナリ。攝護腺冷却法ヲ行ヒ、阿片丁幾ラ處方セシニ自覺症ハ著ク輕快セリ。

三月二日、自覺症ハ稍輕快セシモ排尿困難ハ却テ増加シ昨夜以來自尿ナシネラトシ「カテーテル」ヲ以テ尿約四〇〇cc排出ス。攝護腺ノ狀態依然タリ。

三月三日、今朝自然排尿アリ、自覺症大ニ輕快セリ。

三月四日、攝護腺ノ腫脹著ク減少セリ。

第三例 山本某 二十六歳 男。

大正十年九月三日發病、四日入院。即日腰髓麻醉ニヨリ開腹ス。腹腔内ニハ膿液アリ。蟲様突起ハ大人示指大ニ腫脹シ周圍ト癒着シ一部破壞穿孔シ、小指頭大ノ糞石ヲ腹腔内ニ認ム。蟲様突起ヲ根部ニテ結紮切除シ、斷端ヲ巾着縫合ニヨリ封埋シ腹壁切開創ハ一部開放治療ス。排膿一時多量ナリシモ漸次減少シ、體溫ハ時々三七・五度ニ上ルコトアルモ大體ニ於テ常溫ニ復セシニ九月十八日(術後十四日)ヨリ一日十數回便意ヲ催シ、上圍スルモ極メテ少量ノ粘液便ヲ排泄スルノミ。只ダ裏急後重ヲ訴フ。體溫ハ十九日以來三八・三・五度ノ間ヲ往來ス。直腸内診ニヨリ攝護腺部ノ膨隆ヲ認ム。九月二十四日ニ至リテハ第一例ト等シク肛門括約筋弛緩シ、時々失禁ス。體溫ハ此日ヨリ平常ニ復シ以後三七度以上ニ昇ルコトナク攝護腺部ノ腫脹モ亦漸次縮少ス

第四例 香川某 二十二歳 男。

大正十年九月四日發病同七日入院、十日手術、蟲様突起ハ其根部ニ近ク穿孔セリ。切除、斷端封埋、腹壁切開創一部開放治療中。排膿漸次減少シ、一般狀態佳良、體溫平常ニ復セシニ二十一日夕(術後十一日)體溫三八・四度ニ昇リ、創面、胸腹部其他ノ狀態凡テ熱原ト認ムルニ足ルモノナシ。於茲直腸内診ヲナスニ攝護腺部ノ腫脹ヲ認メ、彈性性硬、壓ニヨリ一種不快感ヲ訴フ却法ヲ行フ。二十四日ニ至リ體溫モ降り、自覺症輕快セリ只ダ便通後少量ノ粘液ヲ排泄スルノミ。其後攝護腺ノ腫脹漸次消退シテ十二月二日全治退院。

第五例 杉村某 二十二歳 男。

大正十年十一月十日發病即日入院、翌十一日手術蟲様突起ハ後方腹壁ト硬ク癒着シ先端ノ一部穿孔アリ。大豆大ノ糞石ヲ出ス。蟲様突起切除後式ノ如ク處置シ、腹壁切開創一部開放治療中、術後四日頃ヨリ無意識ニ肛門ヨリ粘液便ヲ出ス。其他ノ狀況ハ凡テ順當ニ經過セシニ二十五日(術後十四日)體溫三八・四度ニ昇リ、腹壁創面ノ狀況其他熱原ト認メラルベキモノナシ。直腸内診ニヨリ攝護腺部ノ非常ノ膨隆ヲ認ム。二十八日ニ至リ體溫再ビ常態ニ復シ三十日、自覺症全ク輕快シ、粘液便ノ排泄止ミ、攝護腺ノ腫脹減退セシモ尙其上方ニ攝護腺部ノ腫脹ニ略ホ半バスル腫脹ヲ認メンガ、十二月七日以後直腸ノ狀態平常ニ復ス。

第六例 眞田某 二十二歳 男。

大正十一年三月二十二日發病同二十五日入院、即日手術蟲様突起ハ中央部ヨリ先端殆ド全ク壞疽ニ陥リ破壊セリ。根部ニ於テ結紮切除、斷端ヲ埋沒縫合ス。其後四月二日體溫三八・二度ニ上リシコトアルモ其後平溫ナリシニ四日以來便通毎日四―五回粘液便ヲ排泄シ、無意識ニ失禁スルコトアリ。七日夕體溫三七・七度ニ上ル、直腸内診ニヨリ攝護腺部ニ異常ヲ認メズ、其上方ニ於テ著ク前壁ノ膨隆ヲ認メ殆ド直腸腔ヲ充填セリ。壓痛著明ナリ、九日自覺症大ニ輕快シ直腸前壁ノ膨隆亦稍縮少セシモ體溫ハ三八・八度ヲ示ス。十二日

第七例 山本某 二十六歳 男。

大正十一年四月五日發病、六日入院、即日手術蟲様突起ハ約示指大ニ腫脹シ中央部ニ穿孔アリ。腹壁切開創開放治療中十五日以來粘液便ヲ排泄シ、無意識ノ間ニ失禁スルコトアリ。十七日ニハ一日二十回ニ昇ル。排尿ニ際シ疼痛ハ無キモ、極メテ少量排泄ノ後自然ニ停止シ、數回カ、ルコトヲ繰リ返シテ、長時間ノ後漸ク全部排泄ス。其要スル時間普通時ノ約十倍ニ達ス。直腸内診ニヨリ攝護腺部著シク腫脹シ、其後端ハ殆ド直腸後壁ニ達シ、腫脹ニヨリ直腸腔ヲ殆ド充填セリ。質彈性軟、却法ヲ施ス。體溫ハ十六日三七・九度ニ上ル。十九日自覺症大ニ輕快セシモ排尿困難依然タリ。二十一日排尿困難稍輕快シ其他ノ症狀モ亦著ク輕快セリ。二十四日ニハ攝護腺部腫脹殆ド半バニ減ジ壓痛著ク緩解ス。二十七日冷却法中止。六月五日全治退院。尿中及攝護腺部ヲ壓シテ尿道口ヨリ得タル液中淋菌ヲ證明セズ。

第八例 渡邊某 二十歳 男。

大正十一年五月一日發病、同月二十日入院、即日手術、蟲様突起ハ小腸及廻盲部ト癒着セリ。癒着ヲ剝離スルニ當リ。蟲様突起半バ壞死、穿孔セル膿瘍ヲ破壊シ、膿液一部腹腔中ニ漏ル。式ノ如ク蟲様突起ヲ切除、斷端ヲ封埋シ。腹壁創ヲ一部開放シテ加療中、體溫一時全ク平常ニ復セシ後、六月五日以降ニ至リ多少ノ日晡潮熱アリ。七日ニハ左腸骨窩ニ僅ニ疼痛ヲ訴ヘ、同部ヲ壓シテ硬結等ヲ觸レザルモ輕微ノ壓痛アリ。且ツ深呼吸時深部ニ不明ノ疼痛ヲ訴フ。八日體溫三七・九度ニ達ス。直腸内診ニヨリ攝護腺部著シク腫脹シ殆ド直腸腔ヲ充填セリ。一般ニ輕度ノ壓痛アリ。左腸骨窩ニモ輕度ノ壓痛アルモ腹部到ル處抵抗ヲ觸レズ又排尿困難モナシ。攝護腺部冷却ヲ施ス。十日攝護腺部ノ腫脹稍ヤ減ジ、壓痛去リ、左腸骨窩ニハ尙僅ニ壓痛アリ。深呼吸時ノ疼痛ハ去ル。十三日攝護腺部腫脹約二分ノ一ニ減少ス。二十九日同部ハ殆ド平常ニ復セシモ、其上方尙多少ノ硬結腫脹ヲ認ム。

第九例 三枝某 二十二歳 男。

大正十一年十月四日發病、六日入院即日手術、蟲様突起ハ一部穿孔アリ。式ノ如ク結紮切除シ、腹壁切開創ヲ開放シ加療中十日夕方ヨリ下痢ヲ起セシモ、直腸内診ニヨリ直腸前部ニ異常ヲ認メザリシニ十八日夕刻體温三八度ニ上リ、腹痛ヲ訴フ。腹壁切開創ハ清潔ナリ。左腸骨窩ニ僅ニ壓痛アリ。十九

日下腹部膨滿シ陰阜上方ニ於テ輕度ノ壓痛アリ。直腸内診ニヨリ、攝護線部ニハ異常ナキモ、其上方ニ於テ直腸前壁ニ高度ノ腫脹ヲ認メ、壓痛アリ。二十日、體温平常ニ復ス。之レヨリ後又上昇スルコトナク、下腹部ノ症狀及直腸前壁ノ腫脹モ亦漸次消退セリ。

上記症例ニ就テ觀ルニ第一例ヲ除キ各例共ニ蟲様突起ニ穿孔アリ。只ダ第七例ニ於テハ已ニ中間期ノ手術ニ屬シ、且膿瘍全ク腹腔ト隔離セシモ蟲様突起切除ニ際シ膿瘍ヲ破壊シタルモノナリ。發病後手術迄ノ經過時日ハ、第二例約二十時間、第一、第三、第四、第七例ハ約三十時間、第九例ハ二日、第六例ハ三日、第四例ハ六日、第八例ハ十九日ヲ超過セリ術後ノ經過ハ右腸骨窩ノ開放創ハ一般ニ清潔トナリ、排膿モ減少シ、體温モ亦概シテ一旦平温トナリシ後粘液便ヲ排出スルニ至リテヨリ再ビ昇騰シ、最高大略三八度内外ニ達ス。粘液便ハ其回数或ハ甚ダ頻數ニシテ遂ニ括約筋ノ弛緩ヲ來シ失禁スルニ至ル。此際腹部ノ症狀ハ第九例ニ於テハ下腹部ノ膨滿アリ。第八、第九例ニテハ左腸骨窩ニ疼痛乃至壓痛アリ第二例ニテハ陰阜上方ニ壓痛アリ。第八例ニテハ深呼吸時深部ニ一種不明ノ疼痛アリシモ其他ノ例ニテハ、第一、第二例ニ於テ一種不快ノ深部ノ疼痛ノ爲メ一時輾轉反側シ且、兩者及第七例ニハ著明ノ排尿困難アリシモ、腹部ノ症狀ハ一般ニ輕微ニシテ到ル處抵抗ヲ觸レズ。此等疼痛發熱ノ原因ト認メ得ベキ症狀ヲ缺如ス。只ダ攝護線部ノ腫脹ハ一般ニ甚高度ニシテ、殆ド直腸後壁ニ達シ、殆ド直腸腔ヲ閉塞セントス。シカモ、カ、ル高度ノ腫脹アルニ關ハラズ、排尿困難アリシモノハ僅ニ三例ニ過ギズ。尙第五例ニ於テハ始メ攝護線部ノ腫脹アリシモ、此部ノ腫脹消退シテ後更ニ其上方ニ於ケル腫脹ヲ遺シ、第六例及第九例ニ於テハ始メヨリ攝護線部ニハ更ニ何等ノ腫脹無ク夫レヨリモ上方ニ於テ腫脹ヲ認メタリ。即チ第五例ハ第六例及第九例ト其他ノ諸例トノ中間ニアリテ、兩者ノ間ニ症狀ノ聯絡ヲトレルヤノ觀アリ。

劈頭ニ於テ已ニ述べタルガ如ク腹腔ノ近傍ニ於テ蟲様突起炎ヲ起原トセル膿瘍又ハ各種程度ノ炎症ヲ起シ得ルコトニ關シテハ疑フベキモノナク、上記諸例ノ如キ症狀ヲ呈シ來ルモ亦特ニ異トスルニ足ラザルニ似タリト雖、文獻中如斯症例

アリヤ。

Sprengel 氏ノ所謂骨盤型 (Pelvic-Typus) ト稱スルモノ、内、右腸骨窩若シクハ腹部ニハ一切症狀無く、或ハ膀胱前方ニ、又ハ Douglas 氏窩ニ、又ハ膀胱ト子宮トノ中間ニ膿瘍ヲ發生セシ例ヲ擧ゲ、又ハ膿腸直腸ヲ壓シテ其交通ヲ遮斷シ「イレウス」ヲ起セシ例ヲ擧ゲ、婦人ニ於テハ後陰穹窿ノ切開ニヨリ、男子ニ於テハ直腸ヨリノ切開ニヨリ治セシメタルコトヲ述べ更ニ急性直腸炎ノ症狀ヲ以テ直腸前壁ニ沿フテ下垂シ來ル膿瘍アリテ、多量ノ粘液ヲ頻回排出シ、患者ハ裏急後重ノ爲ニ苦シムト云ヘリ。而シテ Sprengel 氏ハ此急性直腸炎ノ症狀ヲ以テ膿瘍自潰ノ前兆トナシ、此症狀發現後ニハ數日ニシテ必ズ肛門ヨリ膿ノ排泄アルベシト云ヘリ。Richardson 氏ハ六十六例ノ蟲樣突起炎患者ノ内直腸内ニ膨隆セシ膿瘍切開ノ數例ヲ擧ゲ、Kroeger 氏ハ一千例中同様九例ヲ擧ゲ、本邦ニテハ有光氏ハ東京帝國大學佐藤外科八箇年間ノ蟲樣突起炎患者四九五例中一例ノ攝護腺炎ヲ擧ゲ、仙波氏ハ九州帝國大學三宅外科十一ヶ年間に患者四三〇例中小骨盤膿瘍ノ三例ヲ擧ゲタリ。從來本邦ニテ報告セラレタルモノ、内明ニ攝護腺ニ關スル症狀ノ擧ゲラレタルモノハ有光氏ノ報告中ノ一例ニ止マルガ如シ。然レドモ此例ニテハ事實攝護腺炎ナリシカ又ハ其周圍炎ナリシカ有光氏ノ報告ノミニテハ不明ナリ。余ガ報告ヤントスル上記諸例ハ凡テ余ガ吳海軍病院勤務中經驗セシ處ニシテ上記 Sprengel 氏ノ例ト其症狀略相一致セルモノナリ。有光氏ガ陸海軍病院ヲ以テ蟲樣突起炎ニ對シテハ普通病院ニ比シテ特種ノ狀態ニアルコトヲ云ヘルハ今日ニ於テモ亦異ル所ナカルベク、從テ同氏及仙波氏ノ報告ニヨル四〇〇乃至五〇〇例内外ノ蟲樣突起炎患者數ハ事實吳海軍病院(軍備縮少前)ニ於テハ兩三年間ニ經驗シ得ラル、數ニ過ギザルナリ。從テ此間多少ノ異例ニ遭遇スルコトハ當然ナルベシ。

Sprengel 氏ハ膿瘍膀胱前又ハ Douglas 氏窩ニアリシモノニテ膀胱症狀ヲ伴ヒシ數例ヲ擧ゲタリ。而シテ此等ノ際疼痛ヲ伴フ頻回ノ排尿アルハ、膀胱膨滿シ、其壁伸展スルトキハ膀胱ヲ被ヘル腹膜モ亦隨テ伸展ス。於茲疼痛ヲ起スモノナリト説明セリ。余ノ例ニ於ケル排尿障礙ハ凡テ膀胱ノ症狀ヲ缺如シ。排尿ノ度數ハ多カラズ、只ダ排尿困難アリ。第二例ニ於

テハ始メ一回ノ排尿ニ十分間ヲ費セシモノ、後ニ至リテハ自尿全ク不能トナリ一日間ハネラトⁿ氏導尿管ヲ用キテ排尿セシメタリ。第七例ニ於テモ排尿疼痛ヲ伴ハズ。極メテ少量排泄ノ後、自然ニ停止ス。カ、ルコトヲ數回繰リ返シ、長時ヲ費シテ(平時ノ約十倍)漸ク全部ヲ排泄セリ(膀胱結石ナシ)。即チ余ノ例ニ於テハ機械的ノ障碍ヲ主トセルモノニシテ *Levine* 氏ノ例トハ全ク異リ。余ノ寡尿ナル文獻中未ダ如斯症例ヲ見ザルナリ。然レドモ攝護腺部ニ如斯大ナル膨隆ヲ生ズル際、前方尿道ヲ壓迫シテ排尿ニ對シ多少ノ機械的障碍ヲ起スベキ可能性アルコトハ疑フヲ要セザルベシ。

然ラバ攝護腺部ノ腫脹ハ何ニヨリテ來ルカ、余モ第一例及第二例ヲ觀察セシ當初ニハ攝護腺炎ナラント思考シタリ。然レドモ攝護腺炎中、「カタル」性炎症ニテハカ、ル腫脹ヲ認メズ。濾胞性炎症ニテモ亦一般ニ其大サニ變化無キヲ常トシ、所々病變アル濾胞ニ相當セル小腫脹アリ。實質性攝護腺炎ニテハ其腫脹常時ノ二—四倍ニ達シ得ルモ一般ノ疼痛苦悶ハ到底上記諸例ニ於ケルガ如ク輕微ナラズ。且ツ三種炎症共ニ尿ノ溷濁及攝護腺炎ニ特有ナル「コムマ」様線條ヲ含ムヲ普通トス。然ルニ上記諸例共毎回檢尿ヲ怠ラザリシニ關ラズ、尿常ニ透明ナリキ。即チ上記諸例ニ認メタル膨大ナル腫脹ト比敵スベキ攝護腺炎ハ只ダ實質性攝護腺炎アルノミ。上記第一例、第二例ニテハ多少攝護腺炎ヲ兼ネタルヤモ知ルベカラズト雖、每常尿ノ透明ナリシ事實ニヨリ大體ニ於テ主病ガ腺ノ實質性炎症ニアラザリシコトヲ推定セシム。第五例ニ於テ始メ存セシ攝護腺部ノ腫脹消退セシ後其上方ニ腫脹ノ存在セシ事實。第六例及第九例ニ於テハ始メヨリ腫脹攝護腺部ニ來ラズシテ皆其上方ニ止マレル事實等ハ上記諸例ニ於ケル炎症ノ本據ガ直腸膀胱腔ニ存シ之ヨリ直腸膀胱間ノ結締組織層中炎症連續的ニ蔓延シ攝護腺部ニ於テハ主トシテ其周圍炎ヲ起シ、炎症高度ノ際始メテ尿道ニ壓迫症狀ヲ來シ排尿困難ヲ起セルモノナラン。

上記諸例ニ共通ナル急性直腸炎ハ直腸周圍ニ存スル炎症又ハ附近臟器ノ疾患ニ際シ屢バ認メラル、症狀ニシテ所謂二次的直腸炎ト稱スルモノナルベシ。痔核、癌、直腸周圍炎、攝護腺、精囊ノ疾患、化膿性喇叭管炎、*Dunlop* 氏窩ノ化膿等ニ屢バ認ムル所ナリ。上記諸例ハ凡テ男子ナルガ故ニ *Dunlop* 氏窩ニ比スベキ直腸膀胱腔 (*Excavatio recto vesicalis*) 。

炎症アリ、更ニ之ヨリ直腸膀胱間ノ結締織層ガ犯サル、場合ナルガ故ニ直腸周圍炎ノ際ト同様ニ周圍ヨリ炎症直腸波ニ及シ、二次的ニ急性直腸炎ヲ起セシモノナルベシ。只ダ此急性直腸炎ヲ以テ *Enteritis* 氏ト同様直ニ膿瘍自潰ノ前兆トナスコトニ關シテハ多少ノ疑義アリ。余ノ第八例ニ於テハ數回腫脹部ヲ穿刺セシモ膿ヲ得ザリシ事實ニヨリ。蟲様突起切除後ノ此種ノ炎症ニ於テハ病原菌ノ勢力著ク減弱セルガ爲ニ遂ニ膿瘍ヲ形成スルニ至ラズシテ死滅シ、炎症産物モ亦吸收セラレテ治癒スルモノアルコトヲ推定セシム。只ダ第二例ニ於テハ症狀比較的急速ニ輕快シ、同時ニ攝護腺部ノ腫脹モ亦急速ニ減却セシ事實ハ或ハ *Jungermann* 氏ノ說ノ如ク膿瘍ノ自潰ニヨルモノナランカ。

要スルニ余ノ經驗ノ範圍ニ於テハ蟲様突起切除後ノ直腸前壁ノ腫脹ハ其症狀比較的輕微ニシテ、攝護腺部ノ腫脹甚シク且排尿困難アリ。且患者ノ苦悶甚シキ場合ニハ急性攝護腺炎ニ於ケルト同様ニ同部ノ冷却ヲ行フコトニヨリ著ク患者ノ自覺症ヲ輕減スル利アリ。

蟲様突起切除後諸症著ク輕快セシ觀アル時尚上記諸例ノ如キ症狀ヲ起シ得ルコトヲ思フ時、急性蟲様突起炎患者ノ治療ニ於テモ療病ノ主體ガ患者ノ全身ニ存シ、單ニ蟲様突起ノ切除ノミヲ以テ能事了レリト速斷シ去ルベカラズ。且其後療法ニ於テモ右腸骨窩ナル一局部ニノミ没頭シ去ルベキニアラザルコトヲ痛感セシム。

Bibliography.

- 1) 有光藤三郎、過去八箇年間に佐藤外科教室ニテ手術セル蟲様突起炎ニ就テ、日新醫學 第六年 第九號 大正六年。
- 2) 石原勝、過去六年間横須賀海軍病院ニ於ケル蟲様突起炎ノ治療成績、日本外科學會雜誌 第廿一回 第一二二頁 大正九年。
- 3) Krogius Aili, Übersicht über ca. 1000 Fälle von Appendicitis, operiert in der chirurgischen Universitätsklinik zu Helsingfors in den Jahren 1901 bis 1908. Langenbeck's Archiv f. klinische Chirurgie. Bd. 95, S. 759, 1911.
- 4) 久保徳太郎、稀有ノ轉歸ヲトリタル蟲様突起炎ノ數例、日本外科學會雜誌 第十六回 第二號 大正四年。
- 5) Richardson, W. G., Appendicitis: The results of operations upon 619 cases. The British med. Journal Vol. 11, p. 756, 1902.
- 6) 仙波嘉清、外科的療法ヲ施セシ蟲様突起炎四三〇例ノ成績ニ就テ、日本外科學會雜誌 第十七回 第六號 大正六年。
- 7) Sprengel, Otto, Appendicitis, Deutsche Chirurgie, herausgegeben von v. Bergmann und v. Bruns, Lieferung 46 d. Stuttgart 1906.
- 8) Wideroe S., Ein Beitrag zur Pathologie der Appendicitis, Norsk Magazin for Laegevidenskabens Jahrg. 75, Nr. 4, 1914. Ref. Zentralblatt f. Chirurgie Jg. 42, Nr. 9, S. 139, 1915.

Résumé

While I was in charge of the surgical ward of the Kure Naval Hospital, it happened to me to treat some cases of proctitis with a swelling of the anterior wall of the rectum, after the appendectomy in acute appendicitis, in most cases of which the appendices were found to have already perforated. It is peculiar that in majority of these cases the symptoms began to appear ten days or more after the appendectomy. Thus the wound of laparotomy became clear, the granulation having a good appearance, the discharge of pus decreased, temperature became normal, and everything seemed to be going on right for the patient, when a slight fever began to appear with symptoms of proctitis, and in some cases symptoms of obstruction of micturition supervened. The swelling of the anterior wall of the rectum, apparently simulating the swelling of the prostata, became so remarkable that it almost reached the posterior wall of the rectum, nearly occluding the passage in the rectum. The urine was clear and contained nothing pathological. These symptoms, however, subsided gradually without any particular treatment. In cases the patients complain of undefinable pain or qualm in the deep, the application of cold by Arzberger's apparatus seems to be of benefit for alleviating the subjective symptoms of the patients.