

臨 床 滙 纂

京 都 外 科 集 談 會

(12月例會)

本會ハ、從來、外科雜誌抄讀會ト呼稱サレタガ、臨床知見ノ交換ヲ主題トスルコトナリ、標題ノ如ク改稱サレタ。12月例會ハ、京都帝大樂友會館講堂ニ於テ、昭和6年12月20日午後6時ヨリ開催、外國雜誌抄讀數題ト共ニ、次ノ如キ演說ガアツタ。

I. 肺結核ニ肺臟剝離術、**「コクチゲン」**注射及ビ人工氣胸法ヲ

併用シテ好結果ヲ得タル1例

庄 山 省 三

患者 38歳ノ男 酒商 昭和6年9月1日入院。

現病歴 本年7月初旬ヨリ咳嗽、咯痰、盜汗及ビ肩癆アリ、最近咯痰ニ血液ヲ時々發見シ、夕方ノ體温ハ 37.2C 位ニシテ食思全ク惡シ。

現症 體格榮養中等ニシテ、肺ハ左右共ニ結核症狀アリ、更ニ左側中央ニ空洞ヲ證明ス。

治療 1. 平壓開胸術ノ下ニ左側肺臟剝離術ヲ施行セリ。

2. 結核菌**「コクチゲン」**皮下注射。

本法ハ肺臟剝離術後15日目ヨリ始メタリ。0.1ccニ始まり、現在1日 1.5ccヲ皮下ニ注射ス。本日ニ至ル注射全量 75cc、而シテ局所及ビ全身のニ何等ノ副作用モナク、血痰ヲ治シ、食慾ヲ増進シ、全身症狀ヲ可良ナラシメタリ。

3. 人工氣胸法。

「コクチゲン」注射法ニヨリ良好ナル傾向見エシ時ニ本法ヲ併用シタリキ。鈍端穿刺法ニヨリ空氣ヲ注入ス。10月12日ヨリ12月12日ノ間ニ人工的ニ氣胸ヲ作成スルコト5回。

以上3療法ヲ併用シテ、結核ノ中毒症狀消散シ、温脈型ハ正常ニ復歸シ、食慾ハ増進シ、體重著シク増加シ、氣分爽快トナリテ自覺的ニモ他覺的ニモ殆ド全治シタル1例ヲ供覽セントス。(患者供覽)

II. 無結石膽石症

宮 司 克 巳

第1例 45歳 女。

主訴 右季肋部ノ疝痛發作。

病歴 約20年前ヨリ時々右季肋部ニ疝痛アリ、右背右肩ニ放散セリ、疝痛發作ハ年ニ數回或ハ3日ニ1回位ノ割合ニテ半年モ續ク事アリ、其際、惡心嘔吐ヲ伴フヲ常トシ發熱感アリ、最近ノ疝痛發作ハ約40日前ニシテ黃疸ヲ來セリ。

現症 黃疸アリ、特ニ眼球結膜ハ黃色ヲ呈ス。肝臟ハ腫大シ、邊緣ハ鈍、右乳線上右肋骨弓下約 5cm ノ處ニ觸ル。膽囊部ニハ腫痛ヲ觸レザルモ輕度ノ壓痛アリ。

第2例 50歳 女。

主訴 右季肋部ノ疝痛發作。

病歴 昭和4年10月某日突然心窩部ヨリ右季肋部ニ疝痛様激痛アリ、惡心嘔吐ヲ伴ヘリ、黄疸ハ來サズ、10日ニテ治セリ。昭和6年1月23日同様ノ疝痛ヲ來シ惡心嘔吐、惡寒アリ、以來2月ニ1回程ノ割ニテ發作ヲ來ス。黄疸ヲ來シタル事ナシ。

現症 臍ノ右上方ニテ長サ 5cm 大サ鉛筆大ノ硬固ナル索ヲ觸ルルモ壓痛ナシ。肝臟、脾臟、腎臟ヲ觸レズ。其他異狀ナシ。

第3例 37歳 男。

主訴 右季肋部ノ疝痛發作。

病歴 7年前5月過勞後突然右季肋部ニ右背ニ放散スル疝痛ヲ來シ、惡心嘔吐アリ。3年前ヨリ發作年ニ1~2回アリ、本年モ9月9日ニ同様ノ發作アリテ惡寒後發熱ス、此際右季肋部ニ腫瘤アルヲ自ラ氣付ケリ。

現症 一般所見ニ黄疸ヲ認メズ。肝臟縁ハ右乳線上肋骨弓下2横指ノ處ニ觸レ邊緣ハ鈍。膽嚢部ニ腫瘤ヲ觸レズ、壓痛ナシ。

以上3例ニ於ケル病歴ノ主要ナル點ハ發作的ニ來ル處ノ典型的ナル右季肋部ノ疝痛發作デアツテ、惡心嘔吐ヲ伴ヒ、發作後ニハ惡感戰慄ヲ以テ發熱シ、且發作ハ次第ニ頻回トナツテ現在ニ及ンデオール事デアル。此等ノ病歴及現症ニヨリ上記3例ハ明ニ膽石症ト診斷サレタノデアル。

手術所見 開腹手術ノ結果吾々ノ豫期ニ反シタ事ハ上記3例共結石ハ全然存在セズ、膽嚢、膽嚢管、肝管、總輸膽管ニハ少シモ變化ナク、膽道ノ狹窄ハ何處ニモ認メラレナカツタ事デアル。唯手術所見トシテ記載サル可キ事ハ、

第1例 膽嚢底部ト横行結腸トノ纖維素性癒着、

第2例 胃幽門部、十二指腸及膽嚢間ノ膜様癒着、

第3例 胃幽門部後壁ト大網膜トノ纖維素性癒着及膽嚢ノ膽嚢床ニ於ケル輕度ノ癍痕様癒着デアル。此等3例ノ患者ハ曾テ膽石症膽嚢炎ヲ經過シテ來タモノデアルカモ知レヌ。然シ、現在ハ何等認ム可キ所見ヲ有セズ、唯一ノ變化ハ上記ノ異狀癒着デアル。

依ツテ3例共膽嚢剔出術ヲ行ヒ、尙此ノ異狀癒着ハ殘ラズ剝離シ手術ヲ終ツタノデアル。

此處ニ於テ吾々が考フ可キ事ハ此等症例ヲ膽石症ト診斷セシメタル疝痛發作ハ如何ナル機轉ニヨリ惹起サレタカト云フ事デアル。

元來疝痛ハ滑平筋ノ攣縮ニヨツテ起ル發作的激痛デアツテ、上腹部ニ於ケル疝痛ハ胃、十二指腸、膽嚢、膽道ノ滑平筋ノ攣縮ヲ考ヘネバナラス。胃痙攣ニハ幽門狹窄、胃酸過多ガ多ク證明サレ、膽嚢、膽道ノ滑平筋攣縮ニハ膽石、膽道狹窄及慢性炎症ガ認メラレル。又

廻蟲が其ノ原因トナル事モアル。之等ノ患者ニハ腎臟ニ變化ナク、胃検査ニヨルモ胃酸過多、幽門狭窄ハ全然認めラレナイ、又糞便検査ニテ寄生蟲卵ヲ見出サヌ、又術後ハ1回ノ疝痛發作モナク全治セル事實ニヨリ、何カ之等ノ異狀癒着が疝痛發作ニ意味ヲモツテオルモノト考ヘラレル。恰モ腦ニ於ケル異狀癒着が大脳皮質運動領ヲ刺戟シ、之ガジャクソン氏癲癇症トシテ現レルガ如ク、内臟器官ノ癒着が滑平筋ノ攣縮ヲ惹起ス機轉トナリ、疝痛發作トナツテ發現スルモノト理解サルベキデアル。即チ *Epilepsia intestinalis* デアツテ、全クジャクソン氏癲癇症ニ正敵スルモノデアル。

此ノ3例ハ膽石症トシテノ 症狀ヲ 充分具ヘテオリ乍ラ、結石ハ全然存在スル事ナキ所謂 *Gallenstein ohne Stein* 而モ *Epilepsia intestinalis* ノ 適例デアツテ、之ハ膽石症診斷ニ當リテハ大ニ注意サル可キ事ト思フ。

III. 小腸重積症手術後ニ現レタル急性十二指腸擴張症 長 岡 浩

患者 谷〇は〇 41歳 女。

病歴 約3年前ヨリ誘因ヲ知ラズ次第ニ糞便ガ狭小トナリ、同時ニ膿性血様分泌液ヲ混ズル様ニナツタガ、半年前ヨリ増悪甚シク、羸瘦著明トナリ、最近下痢及ビ肛門部ノ鈍痛ヲ訴フルニ至ル。

現症 體格中等、榮養稍々貧、肛門カラ直腸ニカケテ手拳大ノ花椰菜狀癌腫ヲ觸レル以外ニ特記スベキモノハナイ。但患者ハ稍々神經質デ *Aschner* 氏現象ガ陽性デアツタ。

第1回手術 入院後9日目ニ直腸離斷術ヲ行ハウトシタ所、肛門周圍炎ヲ併發ヲ見テ、ソノ切開ヲ行ヒ、S字狀結腸ニ永久性人工造肛術ヲ施シタ。此際 S 字狀結腸ニ多數ノ廻蟲ヲ觸ル。經過 術後3日目ヨリ正常ノ肛門ヨリ瓦斯ト共ニ少量ヅ、軟性ノ排便ガアリ、左腹部ニ時折疝痛ヲ訴ヘル以外ハ經過順調デアツタガ、術後1週目ニ激シキ腹痛ト共ニ蠕動不安ヲ起シタ。直チニ抜絲シ人工肛門ヲ開イタガ尙排便ナク、翌8日目ニ激シキ腹痛後廻蟲4匹ヲ嘔吐シテカナリ輕快シタ。爾來生理的食鹽水及ビ等張葡萄糖液ノ注射ヲ續ケルト共ニ數回ニ亘リ驅蟲療法ヲ試ミ、又人工肛門ヨリ食鹽水浣腸ヲ繰返シテ排便ヲ促サウトシタガ、少量ノ排便ヲ見ルノミデ依然輕度ノ腹痛ヲ訴ヘ嘔吐止マズ、日ト共ニ漸次激シクナリ、横行結腸ト覺シキ部ニ腸強直著明ニ現レ、廻盲部ニ手拳大ノ彈力性軟ノ腫瘍ヲ觸ル、ニ至リ、吐物ハ次第ニ糞臭ヲ帶ブ、16日目ニ於ケル人工肛門ヨリノ レントゲン 検査デハ脾彎曲上部ガ著明ニ狭マツテキルノヲ認メタ、茲ニ注意スベキハ以前カラデハアルガ、人工肛門附近ニ於テモ著明ナ痙攣様收縮ガ認めラレタコトデ、検査後高壓浣腸シタ所カナリ多量ノ排便ヲ見タ。然シ腸強直、腹痛、糞臭様嘔吐ハ依然去ラズ、17日目ニ再手術ヲ行フ。

第2回手術 正中切開ニテ腹腔ニ入ルト廻盲辨ヨリ略々 1m 上部ニ於テ廻腸ハ重積シ、

空腸、十二指腸及び胃ハ著明ニ膨滿シテキル。重積部ハ長サ約 15cm 太サ手頭大、腸間膜及び重積腸管ニハ鬆粗ナ纖維索性癒着及び沈着ヲ認メ、血行障碍ハナク、之ヲ緩解スルコトガ出來、管腔モヨク通ルコトヲ確メ得タ。即チ比較的珍ラシイ慢性經過ヲトレル廻腸重積症デ殊ニ異物乃至腫瘍、癍痕ヲ認メナイモノデアツタ。經過 術後嘔吐ハ去リ、僅カニ惡心ヲ訴フルノミデ、患者ノ興奮狀態モ輕減シタガ、水分及び鹽分缺乏ヲ補フタメ毎生理的食鹽水注射ヲナスト共ニ、一方蠕動亢進劑 (Pituitrin, 1cc宛) ヲ注射シタトコロ、術後3日目は廻盲部ノ激痛及び腸強直ヲ認メ、直チニ蠕動亢進劑ヲ止メタ、次第ニ腹痛及び腸強直ハ輕減シ術後6日目はハ相當量ノ排便ガアツタ。然ルニ翌7日目ヨリ腹痛、腸強直ヲ伴ハズシテ大量ノ嘔吐ヲ催シ、再ビ排便不能、羸瘦急ニ著明トナル。吐物ハ綠黃褐色ヲ呈シ糞臭ヲ有シナイ。數日後モ全身狀態益々惡ク毎日1,2回ノ嘔吐續キ排便無ク、遂ニ術後13日目は3度開腹ス。

第3回手術 腹腔内ニハ到ル處癒着ガアル、即チ前回緩解シタ重積部ト思ハレル廻腸部ハカナリ強固ニ腹壁ト癒着シ、小腸ハ一塊トナツテ或ハ腸間膜或ハ腸壁同志ト癒着ヲ營ミ、コノ塊ハ横行結腸ノ前ヲ越エテ胃前壁ト強固ニ癒着シ、ソノ範圍ハ Treitz 氏帶ヲ去ル 1m ノ處ヨリ殆ンド廻盲辨上 15cm ノ部ニ及ブ。然シコレラノ癒着ハ大體鈍性或ハ銳性ニ剝離スルコトガ出來、腸管ノ異常擴張ノ無イコト、相俟ツテ、通過障碍ノ主因トハ考ヘラレナイ程度ノモノデアアル。著明ナ所見ハ Treitz 氏帶ヨリ上部ニ在ル。即チ胃ハカナリ擴張下垂シ、十二指腸ハ強度ニ擴張シテ太サハ正常ノ4倍餘、壁ハ浮腫性無力性トナリ、Treitz 氏帶ノ下 2cm ノ所マデ膨滿シ、明ニ急性十二指腸擴張症ノ觀ヲ呈シテ居タ。コノ際 Treitz 氏帶近傍及び腸間膜殊ニ Art. mesent. sup. ノ範圍ニ於テ特ニ血栓乃至血行障碍ト認ムベキモノハナカツタ。通過障碍ハ急性十二指腸擴張ニヨルト斷ジ、前結腸胃前壁空腸吻合及び Braun 氏吻合ヲ行ツタ。尙癒着セル小腸部ガ後日通過障碍ヲ起スデアロウコトヲ怖レ、廻盲辨ヨリ 15cm ノ部ニテ空腸廻腸吻合ヲナシタガ、之ハ後ニ於テ惹起セル中毒症狀ヲ早カラシメタモノト思ハレル。經過 水分及び鹽分缺乏並ビニ中毒豫防ノタメ生理的食鹽水及び等張葡萄糖液ノ注射ハ依然續ケタガ、今度ハ惡心甚シク、術後2日目ヨリ珈琲滓狀綠褐色液ヲ毎回数回嘔吐シ、腹部全般ニ壓痛甚シク、術後5日目ヨリ中毒症狀著明、顔貌殊ニ尖鋭化シ、脈膊歇滯シ、兩肺後下ガ全ク濁音ヲ呈シテ來タ。6日目に至リ大量ノ固形便ノ排出アリ、7日目、8日目モ相次イデ固形便ノ排出ヲ認メタガ、依然嘔吐ハ止マズ、術後10日日遂ニ突然心臟死ヲ以テ鬼籍ニ入ツタ。

提要 本例ニ於テハ、稍々神經質デ vagotonisch デアツタ患者ガ、直腸痛ニテ下痢ヲ起シ腸管ニ異常ヲ來シテキル時ニ、偶々人工肛門ヲ設ケタ所、之トハ殆ド無關係ニ腸管ノ痙攣様收縮ヲ來シ、遂ニ偶然珍奇ナ空腸重積症ヲ起シタモノデ全ク慢性ニ經過シ、發作後10

日目に於ても尙血行障碍ナク、觀血性ニ完全ニ緩解スルコトが出来、通過障碍ヲ取除クコトが出来タ。然ルニ腸重積ニヨツテ異常ニ膨滿シタ上部消化管ハ vagotonisch ナ傾向ト相俟ツテ手術後ノ急性十二指腸擴張症ヲ來シ、今度ハ dynamisch デハアルガ、トニカク再ビ腸塞閉状態ニ立戻リ、遂ニ胃空腸吻合及ビ Braun 氏吻合ニ施シテ之ヲ防ガウトシタガ、既ニ腸閉塞ニヨル中毒症狀ハ 全身ニ波及シ、6日目ヨリハ通過障碍全ク取除カレ、多量ノ排便ガアツタニ拘ラズ、遂ニ10日目ニ中毒ニヨル心臟死ヲ起シテ鬼籍ニ入ツタモノト考ヘラレルノデアル。

京 都 外 科 集 談 會

(1月例会)

昭和7年1月20日午後6時ヨリ、京都帝大樂友會館ニ於テ開催、雜誌抄讀ノ外、次ノ如キ演説ガアツタ。

1. 不定骨痛 (vage Knochenschmerzen) 吉 田 久 士

患者 泉〇家〇 34歳 男子 昭和6年12月14日入院

主訴 上腿及腰部ノ發作性劇痛

家族歴 兄ハ肋膜炎ニテ死亡シ、弟ハ4年前ヨリ脊椎「カリエス」ヲ患フ。

既往症 生來健康ナリ。昨年1月痔核ノ手術ヲ受ケ、又同年6月3日縱隔膜竇腫瘍ノ診斷ノ下ニ當外科ニテ試験的平壓開胸術ヲ受ケ、肉腫ナルコトヲ確メラレタリ。酒、煙草ヲ嗜マズ。

現疾患 昨年5月6日頃、何等ノ誘因ナク夜中12時過ギヨリ左上腿外側ニ劇痛發作アラハレ、軟膏塗布、温濕布、「マツサージ」等ニヨリ約30分ヲ經テ疼痛ハ消失セリ。斯ル發作ヲ約1週間毎夜繰返セシニ、其後此ノ疼痛持續時間ハ約2時間ニ延長セリ。5月21日本院ニ入院セシ頃ハ夕方ヨリ疼痛アラハレ注射ヲ受ケザレバ耐ヘ難ク、6月3日前記ノ平壓開胸術ヲ受ケタル後約3週間ハ發作全ク起ラザリシガ、6月末ヨリ再ビ左側腰部ニ疼痛現レ、一進一退ノ状態ヲ繰返シテ、7月20日退院セシ頃ハ全ク發作ヲ見ズ。然ルニ8月ニハ右上腿ニ發作アラハレ、10月ニ至リ腰(主トシテ右側)及膝ニモ來リ、ソハ恰モ筋肉ヲ引キチギラルル如キ、針ノ上ニ坐スル如キ、腰ノ抜クルガ如キ、一種耐ヘ難キ痛ナリト稱セリ。

現症 胸部ニ開胸術ニ依ル癍痕ヲ認メ、該部ノ稍々陷凹セル事ト背部ニ數個ノ灸痕トヲ認ムル他、特記スベキ所見ナシ。特ニ脊柱ニ異常ナク、又兩下肢ニ浮腫、運動障碍或ハ感覺障碍等ヲ毫モ認メズ、又一定部位ノ壓痛、殊ニ坐骨神經痛ニ特有ナル壓痛點ヲ證セズ。腱反射ハ尋常、更ニ異常腱反射ナシ。血液像ヲ昨年ノ開胸術前ヨリ今日迄5回検査セシ一何レノ場合ニモ白血球增多ヲ證明シ、其中毎常淋巴球減少(7.5—11%)アルノ他異常ナシ。

又整形外科伊藤教授ノ診ヲ請ヒテ12月23日 Myelographie ヲ行ハレタルニ脊髓ニ殆ンド病的變化ヲ認メラズ、唯「リビオドール」降下ガ第12胸椎ヨリ第2腰椎間ニテ緩除ナリキ。

脊柱，骨盤，大腿骨ノレントゲン寫眞ニモ亦變化ナシ。

血清ワツセルマン反應ハ陰性，S R R ハ健常血清ト殆ンド差別ナシ。

入院後ノ經過 時刻一定セズシテ殆ド毎日劇痛現ル。茲ニ興味アルハ，強キ刺戟ガ身體ニ加ハレル際ハ疼痛發作ノ來ラザルコトナリ，例ヘバ Myelographie ノ爲「リビオドール」ヲ注入セル場合ニ2—3日間，又開胸術ノ如キ比較的大ナル操作ヲ加ヘタル後ハ約3週間ニ亘リ發作ハ來ラザリキ。

發作ニ對シテハ，生理的食鹽水20—30cc 注射スレバ約2—3時間劇痛ハ停止シ，尙効ナキ時ハ更ニ「バヴィナール」，「アトファニール」，「バントボン」等ノ少量注射ニヨリ睡眠シ得。最近數日間ハ左程大ナル發作ナキモ常ニ腰ヨリ右上腿内側ニ亘リ不快ナル鈍痛持續シ，時々程度ヲ増シ或ハ筋肉ノ搖擗ヲ來シ，對症療法ノ下ニ尙一進一退シツツアリ。

本患者ニ於テハ「ヒステリー」徵候ヲ認メズ。疼痛發作ノ原因全ク不明ニシテ，目下麻醉藥ヲ全廢シテ觀察中ナリ。

2. 空腸上位ノ腸閉塞症

小 津 茂

患者 小○田○男 24歳 男子

主訴 下腹部ノ疝痛及ビ嘔吐

既往症 3年前盲腸周圍膿瘍ノ切開手術ヲウケテ一度快癒シタガ2週間ノ後ニ腸閉塞症ノ診斷ノモトニ再手術ヲウケタ。2年前心窩部ニ急ニ疝痛ヲ來シ膽汁様液ヲ嘔吐シ緊急手術ヲウケ(ソノ時ノ手術所見ハトライツ (Treitz) 氏帶ヨリ1米ノ空腸ト廻盲瓣ヨリ口腔端ニ向ツテ約70糎ノ廻腸ノ側々吻合ガ施サレ(第2回ノ手術ニヨル)コノ吻合ニヨリテ生ジタ腸間膜ノ裂孔ニ膜置サレタ小腸ガ陷入シテ吻合部ニヨリ絞扼サレテキタ。手術ニヨリテ小腸ヲ元位置ニ復シ腸間膜裂孔ヲ閉鎖ス)。

現在症 5月前ヨリ數回下腹部ニ疝痛性疼痛ヲ來シソノ都度鎮痛劑ノ注射ヲウケテキタガ，3日前又モ何等ノ認ムベキ誘因ナクシテ全ク急ニ下腹部ニ同様ノ疼痛ヲ訴ヘルニ至リ，同時ニ膽汁様液ヲ嘔吐シ便秘ヲ來ス様ニナル。腹痛ナキ時ハ平靜デ食慾モアルガ食餌ヲ攝取スルト直チニ嘔吐ヲ催ス。

局處所見 疝痛様疼痛及ビ嘔吐ノナイ時ニハ全ク平靜デ，脈膊其他全身狀態ニ危險症狀ト認ムル所見ハナイ。下腹部ハ輕ク汎發性ニ膨隆シテキルガ腸ノ蠕動機不穩ナク，觸診ニヨリ輕度ノ筋肉防禦ヲ證明シ又下腹部一帶ニ抵抗ヲ感ジタガ腫瘍ハ觸レナイ。右側腹中央部ニ壓痛點アリ且ソノ部ハ打診上濁音ヲ呈ス。腸雜音ハ一般ニ微弱ナガラモ之レヲ聽取ス。

以上ノ如キ全身狀態及ビ局處所見ヨリ，緊急手術ヲナス必要ノナイ輕度ノモノトシテ姑息的療法ヲナシテキタノデアルガ，嘔吐ハ毎日數回アリ全身狀態モ次第ニ増惡スル傾向ヲ

示シタタメ、入院後3日目ニ開腹手術ヲナシタ。

手術所見 正中切開ニテ開腹スルニヤ・混濁セル漿液様腹水少量アリ、小腸ハトライツ氏帶ヨリ1米ノ空腸ト廻盲瓣ヨリ口腔端へ70糎ノ廻腸トハ側々吻合ヲサレテキタ（第2回ノ手術ニヨル）。コノ吻合ニヨリテ曠置サレタ小腸ハ腸間膜根部ガ右廻リ（即チ時計針ノ運動ノ方向）=180°廻轉シ、シカモ空腸及ビ廻腸ニヨリテ絞扼サレテキタタメニ、「チアノーゼ」ヲ來シ萎縮シ漿膜面ニハ處々ニ纖維性索狀物ヲ附シテキタ。曠置サレタ小腸ノ大部分ハ更ニ吻合部ヲ基點トナシテ180°右廻リニ廻轉シテキタ。

吾々ハ捻轉セル小腸ヲ舊位置ニ復セシメントシタノデアルガ、廻盲瓣ヨリ10糎ノ廻腸ハ吻合部ヨリ口腔端へ2糎ノ空腸ト強ク癒着シ且空腸壁ハ7糎ノ長サニ亘リ壞疽ニ陥リ一部腸内容ノ流出ヲ見タ、ソノタメニ壞疽トナレル部ヲ切除スルト共ニ以前ニナサレタ吻合ヲ解除シ切除セル部ハ側々吻合ヲナシテ手術ヲ終了シタ。

手術後経過 手術後モ嘔吐止マズ次第ニ興奮状態トナリ終ニ術後30時間ニシテ鬼籍ニ入ル。

摘要及ビ考案 本例ハ發病以來時々下腹部ニ痙攣様疼痛及ビ嘔吐ヲ來スノミデ、臨床的所見ヨリシテハ開腹シテ初メテ知ツタ様ナ腹腔内ニ重篤病變ヲ呈シテキルコトハ全く知ル由モナカツタモノデアル。コノ事實ヨリ、小腸ノ比較的上部ノ腸閉塞症ニ際シテハ、全身症狀及ビ局處所見ガ輕微ナル爲メニ手術ノ時期ヲ失シ易イガ、此ノ様ナ場合ニハ出來得ル限り姑息的療法ヲ廢シ確實ナル診斷ガ下サレナクトモ「急性腹部疾患」トシテ開腹手術ヲナスベキモノト考ヘル。假令ソレガ試験的開腹ニ終ルトモ人命救助ノ點ヨリ考フレバ本例ノ如キ例症ガアル限り開腹ハ必要デアルト思フ。

尙本例ニ於テ今度ノ腸閉塞ノ成因ヲ考フルニ第2回ノ手術ノ際ニ大部分ノ小腸ヲ曠置シ、更ニ第3回目ニ於テ腸間膜裂孔ヲ閉鎖セルタメニ、トライツ氏帶ト廻盲瓣間ノ距離ガ近クナリ小腸ノ大部分ガ曠置サレテキルタメニコノ部ノ腸癒着ガ自發的ニ剝離サレルニ從ヒ容易ニ捻轉スルニイタリ、加フルニ移動性盲腸ガアルタメ益々コレヲ助長シタモノデアロウ。

斯ノ如ク考フル時ハ第3回ノ手術デハ既ニ第2回ノ手術デナシタル吻合ノ必要ヲ認メナカツタノデアルカラ、若シソノ際吻合ヲ解除シテ曠置サレタ小腸ノ大部分ヲ正常位ニ復セシメテキタナラバ捻轉ノ原因ヲ根本的ニ無クスルタメニ、今度ノ如キ不幸ナル轉歸ヲ防止シ得タ事ト思フ。

3. 空腸高位腸閉塞ノ一例

革島史良

患者 竹○謹○ 26歳 男

主訴 上腹部ニ於ケル痙攣及ビ嘔吐。

既往症 生來胃腸ノ弱イ他ニ何等著患ヲ知ラナイ。

現在症 約10日前ヨリ上腹部ニ苦痛感ガアツテ嘔氣ガアツタ。之ハ一時ヨクナツタガ、5日前夜半急ニ上腹部ヨリ左側腹部ニカケテ痙痛性激痛ヲ來シ嘔氣ガアツタ。爾來疼痛ハ去ラズ前々日頃カラ又嘔氣ヲ來シ、前日夜半ヨリ疼痛及嘔吐ハ一層激烈トナリ且ツ咖啡滓様ノ物ヲ吐ク様ニナツタ。尙前々日ニ廻盲部ニ壓痛アリ約拇指大ノ塊ヲ觸レタガ約1日デナクナツタ。發病以來發熱及黃疸ヲ來シタコトモナイ。便通ハ前々夜瀉腸ニヨリ少量出シテ以來全クナイ。且瓦斯排泄モナイ。

局處所見 腹部ヲ見ルト一般ニ多少膨隆シテキルガ、別ニ限局性膨隆、胃腸ノ蠕動亢進等ヲ認メナイ。

觸診デ先ヅ指ヲ輕ク上腹部ニ觸レルト直チニ患者ハ嘔吐ヲ催ス。上腹部左右側腹部何レモ壓痛ガアツテ腹筋反射性收縮 (Défense musculaire) 強ク深部觸診ハ不可能デアル。ブルムベルグ (Blumberg) 氏現象ハ上腹部ヨリ右側腹部ニカケテ強ク現レル。

打診及聽診デハ腹部一般ニ敲音性濁音ヲ呈シ、身體位置交代ニヨツテ變ル、即チ移動性腹水ヲ證明スル。肝臟濁音ハ非常ニ小ク第6肋骨ヨリ第7肋骨ニ到ル僅ノ間ニノミ之ヲ認メル。一般ニ腸雜音ハ聽エナイ。尙肛門ヨリ指挿入検査ヲスルニ壺腹部 (Ampulla recti) ハ擠ツテハイナイ。ヨリ深く指ヲ挿入シテドウグラス (Douglas) 氏腔ヲ觸診スルモ異狀ヲ認メナイ。

診斷 以上ノ所見ヨリシテ汎發性腹膜炎ト診斷シ、尙既往症ヨリ恐ラク虫様突起炎カラ併發シタモノトノ推察ノ下ニ、直チニ手術ヲ施行シタ。

手術 排膿ノ目的ニテ先ヅ腹部正中線上臍下ニ約7糎ノ皮膚切開ヲ加ヘ直チニ腹膜ニ達シタ際、腹膜ヲ透シテ腹腔内ハ強ク暗赤色ヲ帶ビテイタノデ之ヲ注意シテ開イタ所、腹腔内ニ鮮紅色血液様漿液性滲出液ヲ多量認メタ。此様ナ血性腹水ヲ認メタノデ虫様突起炎診斷ハ大イニ疑ハシクナツタ。依テ之ヲ吸引シタ後腸管ヲ見ルニ、腸管漿膜ハ著シク鬱血セルヲ認メタ、併シ形狀尋常、纖維索性附着物及癒着ハ認メナカツタ。

依テ更ニ廻盲部ニ約7糎ノ斜切開ヲ加ヘ腹膜ニ達シタ所同ジク暗赤色ニ見エタノデ之ヲ開クト同様ノ血液様腹水ヲ出シタ。虫様突起ハ直ニ此切開口ヨリ認メ得タノデ之ヲ檢スルニ肉眼的ニハ多少鬱血セル他著變ヲ認メナカツタ。又腸管ニハ同ジク一般ニ鬱血ヲ認メタ。

依テ病竈ハ更ニ上部ニアルモノト推斷シテ正中線切開創ヲ上ニ臍部迄延バシテ手術野ヲ擴ゲ、腸管ヲ順次上方ニ檢スルニ、空腸ハ漸次膨滿シ漿膜ニハ強ク鬱血浮腫ヲ認メ尙腸間膜ノ所々ニ皮下溢血、血腫形成ヲ認メ得タ。

切開創ヲ更ニ臍上15糎迄延バシ殆シ腸管全部ヲ露出スルニ、中央ニ横行結腸ノ下ニ當リ

強度ニ浮腫様膨滿シ且暗紫色ヲ呈シ殆ド壊死ニ陥ツタ腸管ノ一部ヲ認メタ。之ヲ注意シテ檢スルト丁度トライツ (Treitz) 氏帶ヨリ約15糎ノ部分カラ空腸ハ急ニ上述ノ壊死様ノ部分ニ移行シ異常ノ走行ヲトツテケル。之等ノ部分ノ腸間膜ヲ見ルト同ジク強暗赤色、所々ニ多數ノ血腫ヲ作り且腸間膜根部ニ於テ丁度時計ノ針ト同方向ニ約180度捻轉シ其ノ爲腸間膜血管主ニ上部腸間膜動脈及靜脈ハ此部デ強ク括約サレ、之ヨリ末梢ノ血管搏動ハ殆ド觸レ得ナカッタ。依テ之レヲ反對ノ方向ニ戻シツ、腸管ヲ移動セシメテ此壊死部分ヲ全部手術野ニ出シ得タガ壊死ノ部分ハ下部約40糎位ノ所デ漸時腸管ノ色ハヨクナツテイル。併シ腸管自身ニハ特別強ク括約サレタ痕ハ見ラレナカッタ。

此時患者ノ脈搏ハ著シク微弱トナツタノデ術中300瓦ノ輸血ヲ施行シナガラ手術ヲ進メ壊死様部分ノ腸管切除ヲ行ツタ。即チ腸間膜血管ノ搏動ヲ檢ベテソノ殆ド觸レ得ナイ部分ノ腸管ヲトライツ氏帶ヨリ15糎ノ所カラ下部40糎ヲ切除シタ。此際腸間膜血管ヲ切斷スル時多クノ血栓ヲ形成セルヲ認メタ。腸管ノ兩斷端ハ側々吻合術ヲ施行シ直ニ腹壁縫合ヲ行ヒ手術ヲ了ツタ。

術後 患者ハ尙嘔吐及腹痛ヲ訴ヘ腸雜音ハ一時間エル様ニナツタガ術後8時間デ死亡シタ。

尙切除シタ腸管内ハ多量ノ暗赤色血液様滲出液デ充タサレテイタ。

即チ本例ハ腸間膜高位軸捻轉ニヨル上腸間膜血管閉塞ニヨリ來ツタ吐糞症ノ一例デ廣汎ノ血管閉塞ニヨリ比較的速ニ腹膜炎ヲ惹起シ又珈琲滓様ノモノヲ吐ク等急性腹膜炎トシテハ病歴ノ多少異型的デアツタ事ニヨリ診斷ヲ困難ナラシメタモノデアル。

本患者ガ我々外科醫ニ交附サレタノハ、發病後數日ヲ經過シ、而モ既ニ腹膜炎症狀ヲ現シテキタノデアル。本患者ニ於テモ開腹期ガ少シ早カツタナラバー命ヲ取留メ得タ事ハ確デアル。

故ニ斯様ナ場合、米醫ノ所謂“acute abdomen”, トシテ開腹スベキヤ否ヤヲ決スルコトガ先決問題デアツテ、徒ラニ診斷ヲ下スノミ忠實デアル爲ニ手術期ヲ失スル事ノアルノハ治療上ニハ百害アツテ一利ナキ故、注意ヲ要スル事ト考ヘル。

4. 結核性腹膜炎ノ診斷

鬼 束 惇 哉

蟲様突起炎ト結核性腹膜炎トハ、兩者共臨床經驗スル機會ハ多ク又症狀ハ比較的判然トシテ居テ、診斷ヲ割合簡單ニ而モ正當ニ下シ得ラルルモノデアルガ、其一方、他ノ諸疾患ト誤ツテ色々ナ失敗ヲ招イタ例モ今迄多數記載サレテケル。演者ハ最近經驗シタ誤診例ニ就テ若干申シ述ベル。

第1例 熊〇〇シ〇 看護婦 21歳

現病歴 今迄曾テ腹痛ヲ來タシタ事ハナカツタガ、丁度1月前晝突然腹部全體ニ涉ツテ

激痛ヲ覺エ 37.9°C = 發熱シタ、惡心、嘔吐等無ク、疼痛ハ約3日間其儘繼續シ、3日目ヨリ廻腹部 = 限局シタ、其際惡心ハアツタガ嘔吐ハナク、爾來局所 = 溫卷法ヲ施シ自發痛ハ大 = 輕快シタガ歩行或ハ上腿伸展 = 際シ廻腹部 = 牽引痛ガアル。

現症 右肺尖ニテ打音濁性、呼氣延長シテ居ル。腹部ヲ診ルト、腹壁ハ臍ヲ中心トシテ稍々膨滿シ、廻腹部 = 抵抗ヲ觸レ壓痛アリ、心窩部ト左腸骨窩部ハ壓 = 依リ不快感ヲ訴ヘル、Rovsing 氏症候陽性。

其處デ之ヲ蟲様突起炎ノ後續障碍ト考ヘテ右側腹筋切開デ開腹シタ所ガ、腹膜ハ約5mm = 肥厚シ多數ノ小結節ヲ見、腹水約1 l アリ、手術野ノ正中側ト胸側トハ大網ノ腸、腹壁等ガ相互ニ密着シ僅 = 骨盤腔 = 向ツテ開イテ居ル。豫期 = 反シテ結核性腹膜炎デアアル。

此ノ數日後次ノ例 = 遭遇シタ。

第2例 牧○靜○ 僧侶ノ妻 24歳

既往症 18歳ノ時右側肋膜炎ヲ患ヒ約2月ニテ治癒シ、又約4ヶ月前流産(妊娠3月)シタ。

現病歴 2週間前別ニ誘因ラシキモノ無ク早朝突然猛烈ナル腹痛ガアリ、惡心ヤ嘔吐ハ無ク一時全身脱力感ヲ伴フ、其模様が流産セル際ト全く同様ニ覺エタル爲翌日婦人科醫ノ診察ヲ受ケタ所下劑ヲ投與サレタ、夫以來疼痛ハ更ニ度ヲ増シ、發病後3日目ニ他ノ某醫ニ依リ蟲様突起炎トサレ冷卷法ヲ施シテ居タガ一向ニ疼痛ハ輕快セヌ。

現症 腹部ハ外觀ノニハ異狀ヲ認メヌ、觸診スルト廻腹部ニハ硬結ガアリ壓ニハ敏感デアアル、腹水ヲ證明セズ、Blumberg 氏症候及ビ Mc Burney 氏壓痛點各陽性。

之ハ急性蟲様突起炎ニ依リ限局性腹膜炎ト考ヘテ、溫卷法ヲ施シ暫ク經過ヲ觀テキタ所、時々出ル「グレン」ガ漸次強クナツタリシタタメニ狹窄ヲ處置シヨウト、入院後旬日ニシテ正中線切開デ開腹シタ。所ガ腹膜ハ明ニ充血肥厚シ、大網ト共ニ、多數ノ小結節ガ認めラレ、臍ヨリ上方ハ比較的侵サレテキナイガ下方ハ大網、腹膜、腸管等相互間デ所々ニ癒着ガアリ、小腸壁ニハ數個ノ拇指頭大ノ腫瘤ヲ認メル、腹水ハ無イ。即チ前者ト同ジク、蟲様突起炎ト診斷サレルノガ當然デアアル症候群ヲ備ヘテ居乍ラ、然モ之亦明ニ結核性腹膜炎デアアルヲ知ツタ。

然ラバ、何故斯ル急性蟲様突起炎ニ類似シタ疼痛發作ガ結核性腹膜炎ニ來ルコトガアルカ?

之ハ、既ニ結核性腹膜炎ガ在ツテ夫ノ腫脹淋巴腺ガ何カノ機會デ破碎シテ結核菌ガ附近ノ腹腔ニ撒布サレ、ソレガタメニ一時ニ急ニ結核結節ヲ作り、限局シタ腹膜刺戟症狀ヲ現スモノデアルト理解スルノデアアル。

第1例ノ如キハ胸部ニ明カニ所見ガアル、斯クノ如キ胸部其他ニ於ケル結核症狀ノ存在ヲ結核性腹膜炎診斷ノ一ツノ據リ所トスル士モアルガ、吾々日常應接スル都會在住患者ニ

結核性疾患(殊ニ胸部)ト蟲様突起炎其他トノ共在ヲ多々視ラレル事ハ既ニ周知ノ事實デアツテ、之ハ餘リタヨリーナラヌモノデアル。第2例手術ト前後シテ更ニ出逢ツタ誤診例ヲ一ツ最後ニ附加スル。

第3例 吉〇〇子 職人ノ妻 27歳

患者ノ弟ハ結核ヲ病ミ、患者自身モ結核性脊椎炎ヲ患ツタ。

現病歴 約3月前、腹部殊ニ下腹部ノ膨滿ヲ自覺シ結核性復膜炎ノ診斷ノ下ニ醫療ヲ受ケテキタガ寧ロ膨滿ハ度ヲ増スノミデアツタ、丁度1月前突然廻腹部ニ激痛ヲ覺エ、而モソレハ長時間繼續シタ、其際悪心、嘔吐、發熱等ナク、現在ハ別ニ自發痛ハナイ、便通ハ2—3日ニ1回。

現症 肺ハ右尖部呼氣延長シ銳、聲音振顫及氣管支聲ハ右側稍々強。腹部ハ殊ニ下腹部ニ於テ一般ニ膨滿シ、腹筋ハ弛緩シ壓痛點ナク抵抗亦ナク、膨隆部ハ濁音ヲ發シ波動ヲ認メルガ「ブラル」prall デハナイ。濁音界ハ體位變換ヲナスモ其位置ヲ變ジナイ。

之ハ結核性腹膜炎ト診斷シテ開腹シタノデアルガ、腹膜腔ヲ開クト黃褐色粘滑ノ稍々血性ヲ帶ビタ腹水ヲ多量ニ認メ、中ニ破裂セル大ナル卵巢囊腫ノ存在スルヲ見タ、勿論結核ノ結節ラシイモノハ何處ニモ見當ラヌ。

コノ患者ハ内科カラ轉科シテ來タモノデ、内科醫ハ大分前ニ「ブラル」ノ腫瘤ヲ觸レテ卵巢囊腫ヲ考ヘテ見タ事ガアルサウデアルガ、始メ「ブラル」デアツタモノデモ破碎シタ所カラ囊内容ガ漏出スルツレ腫瘤ハ當然漸次觸レ難クナツテ、從ツテ診斷ヲ誤ラシメタルモノデアル。外科入院ノ約1月前婦人科岡林教授ノ診察サレタ時ニモ斯ルモノヲ觸レラレナカッタラシク結核性腹膜炎ト診斷サレテキル。腹部疾患ノ診斷ニ當ツテハ患者ガ婦人ナラバ必ズ女子生殖器ノ事ヲ頭ニ浮ベテオクベク吾々ハ教育サレテ來タモノデアルガ、斯ル止ムヲ得ヌ誤診モアル。其故ニ最初診タ人ハ出來ルゲク正確ニ、且多方面ノ所見ヲ攔ミ、其際卵巢囊腫デアルト診斷シタナラバ、其ノ攔ンダ根據ヲ積極ニ主張シナケレバ、後カラ診ル人ハ色々診斷ヲ迷ツタ擧句、注意深ク誤診ヲヤルコトモアルノデアル。

5. 蟲様突起炎ニヨル腰部膿瘍

長 岡 浩

(原稿未着)