

臨床診断ト手術所見

病因ヲ誤解シタル「イレウス」ノ 1例

藤原紫郎

患者 60歳 ↑ 兵器修理業 (昭和9年4月25日入院)

主訴 嘔吐鼓腸及ビ疝痛様腹痛。

現病歴 4月15日夜10時頃ヨリ突然ニ上腹部ニ疼痛ヲ來シ、翌日ニ至リ腹痛ハ更ニ激甚トナリ下腹部ニモ及ソダ。同日「ヒマシ」油ヲ飲ンデ1回下痢様便ヲ排出シタ。發病後4日目ニ至リ洗腸ヲ受ケテ、「ガス」ガ排出サレ腹痛ハ少シク輕減シタガ、翌日ヨリ再ビ激甚ナル疝痛様腹痛ヲ來シ、腹部モ次第ニ膨滿シ、膽汁様着色液體ノ嘔吐ヲモ伴フヨウニナツタ。便通ハ發病翌日カラ入院迄9日間全クナク、食物モ約1週間嘔吐ノタメ攝リ得ナイ。

現症 體格中等ナレド營養佳良ナラズ、脈搏ハ整、緊張良、1分時110 體温ハ37°C

局所所見 腹部ハ極度ニ膨滿シ、腹壁全體ニワタリ所々ニ蠕動波ヲ見ル。下腹部皮下靜脈ハ少シク怒張シテ居ルガ、壓痛及ビ腹筋緊張ハ何處ニモ證明サレヌ。打診上、到ル所鼓音又ハ高鼓音デ、有響性腸雜音ヲ聽診シタ。直腸膨大部ハ擴大シテ居ルガ、ドウグラス氏(Douglas)腔ニテ壓痛ハナイ。血液白血球數ハ7,420。

上記ノ所見ヲ以ツテ、器械的「イレウス」ノ診斷ノモトニ直ニ手術ヲナス。

手術所見 正中線ニ於テ腹腔ヲ開クト、腹水ノ少量ヲ見タ。此ニ特異ナル事ハ小腸ハ膨滿シ、纖維様物質ヲモツテ小腸相互及ビ體側腹膜ト癒着シ1個ノ塊狀ヲ呈シテ居タ。即チ腹膜炎ガアツタ事ヲ知ツタガ、更ニ検査スルト、小骨盤部ニ濃厚、黃色、惡臭アル膿ノ潑溜スルヲ認メタ。ソレ故此ノ部ニ Zigarettendrainヲ挿入シ腹壁ヲ縫合シタ。更ニ蟲様突起ノ狀態ヲ見ルタメ右直副筋切開ヲナスニ、蟲様突起ハ充血シ小骨盤部ニ向ヒ體側腹膜後壁ト癒着シ、又其中央部ヨリ先端ニカケテハ小腸トモ癒着シテ居タ。ソコデ其先端近クニ於テ之レヲ剝離セントセルニ、小骨盤部ヨリ前同様ノ膽汁ヲ認メタノデ之レニ向ツテ排膿管ヲ挿入シテ手術ヲ終ツタ。

則チ、此ノ原因ハ蟲様突起炎ニ依ル穿孔性腹膜炎デアツタ。手術後既往症ヲ精査スルト昨年4月頃蟲様突起炎ノ訴ガアリ、今回ノ發作モ蟲様突起炎デアツテ、「ヒマシ」油ノタメニ穿孔シタ事ガ想像サレ得ル。ヨク病歴ヲ聞ヒテ置ケバ、斯様ナ失敗ハ防グ事が出來タデアラウ。

術後モ猶ホ疝痛様腹痛ヲ訴ヘ依然排便ナク、次イデ鼓腸ノタメ呼吸困難サヘ訴ヘ出シタノデ止ムナク一時的急ヲ救フタメ、術後2日目ニ再ビ正中切開部ノ縫合絲ヲ除去シテ、其處ニ表ハレテ來タ小腸ニ、糞瘻造設術ヲナシタ。此際癒着ノタメ小腸ノ自由選擇ハ許サレナカツタガ、腸内容ハ持續的ニ排出ガ出來、術後3日目カラハ肛門部ヨリノ排便モアリ、食物攝取ニ際シテ嘔吐モ無クナツタ。ソコデ6日目ニ腸線デ、之レヲ閉鎖セントシタガ之レハ失敗ニ終ツタノデ、12日目(最初ノ手術ヨリ2週間目)ニ、糞瘻全廢置術ヲナシタ。全身衰弱ノタメ曠置術後1週間目ニ死亡シタ。

我々ハ第1回ノ手術ニ於テ排膿法ヲ行ヒ、原因ソノモノニ向ツテハ適當ナル手段ヲ撰ンダニ。關ラズ、猶ホ且「イレウス」ノ症狀ノ輕快シナカツタノハ、長キ日數ニワタツテ腸膨滿ノタメ、

蠕動機能ノ麻痺ヲ來シタタメデアルガ、糞瘻ヨリ腸内容ノ排出ト同時ニ再ビ蠕動機能ヲ復活シ、肛門ヨリノ排便モ見ルニ至ツタモノデアル。併シ糞瘻ヲ作ツタガタメニ、周圍ノ皮膚ガ Mazeieren サレ、ソノ結果更ニ患者ヲ衰弱セシメタトモ思ハレルノデ、此ノ場合糞瘻ハ作ラズニ腹壁ノ諸々ニ小切開ヲ加ヘテ、ソコニ表ハレル其腸ニ向ツテ一次的ノ穿刺ヲナシ、腸内容ヲ排出シタダケノ方ガヨリ效果的デ無カツタラウカトモ思ハレル。

上部空腸結核ノ 1 例

廖 一 雄

患者 27 歳 女子

主訴 發作性ニ出現スル上腹部ノ鈍痛。

現病歴 昭和7年12月頃誘因ナク、嘔氣、嘈雜ヲ來シ、時々左側下腹部ニ緊張感ヲ來ス様ニナツタガ、約5ヶ月デ此等ノ苦痛ハ消失シタ。ソノ後、昭和8年6月再ビ嘔氣、嘈雜ヲ來シ、急ニ上腹部カラ右季肋部ニカケテ、激シイ疼痛ヲ來シタガ、此ノ疼痛ハ食事フトルト増加シ、此等ノ苦痛ハ約1週間デ消失シタ。ソノ後2回程同様ノ苦痛ヲ來シタガ、何レモ1週間カ2週間デ消失シ、本年2月頃カラハ、惡心、嘔吐ヲ來ス様ニナリ、疼痛ハ激烈トナツテ來タガ、4月15日頃カラ輕快シテ來タ。

現症：纖弱ナ榮養ノヤヤ衰ヘタ婦人デ、左側肺尖ニ小水泡性囉音が聞エテキル。腹部ハ視診、聽診上異常ナク、觸診スルト、右季肋下部ノ正中線ニ接シタ部ハ一般ニ抵抗ヲ示シ、カツ壓痛性デアル。腹水ハ證明シナイ。

血液ハ比較的淋巴球增多 28% ヲ示シ、胃液ハ遊離鹽酸全ク缺如シ、總酸度ハ前液ハ20度、後液ハ58度カラ次第ニ低下シテ 2時間後デハ 2度トナツテキル。乳酸及ビ潛血反應陰性。

レ線検査ニヨレバ、胃ハ下垂シ、幽門部ノ蠕動ハ著明デ、十二指腸球部ニハ大體 7時間後ニモ、造影劑停留シ、此ノ部ヨリ肛門側ニ狹窄部ガアル事ヲ示シテキル。

手術所見 胃ニハ潰瘍、腫瘍等ハナク、十二指腸ノ上水平部ハ膽囊ト癒着シ、サラニ此ノ部ニ一部大網膜ト輕度ノ癒着ガアツテ、十二指腸ハ肝臓ノ下面ニ固定サレタ如キ状態ヲ示シテキル。十二指腸ニハ潰瘍性癍痕ヲ證明シナイ。次ニトライツ氏靱帶カラ約 12cm ノ空腸部位カラ肛門側ニ約 120cm ニワタツテ、約25ヶ所ニ於テ、帶狀ノ肥厚部ガアツテ、ソレハ空腸ノ長軸ニ對シテ直角ニ半環狀ニ走行シ、カツ腸間膜ノ近クニアリ、ソノ部分ニ澤山ノ結核結節ヲ認メル。腸間膜ニハ母指頭大カラ豌豆大ノ淋巴腺腫ヲ認メル。廻腸、盲腸、結腸ニハ異常ヲ證明シナイ。

ソコデ、ト靱帶カラ約 10cm 肛門側デ、空腸ヲ切斷シ、ソノ肛門側斷端ハ巾着縫合ヲ施シ、口側ノ斷端トト靱帶カラ約 130cm ノ肛門側ノ空腸部ト側端吻合ヲ施シ、結核性變化ノアル部分ヲ曠置シタ。

術後ノ經過良好デ、16日デ全治退院シタ。

退院時ノレ線像ハ十二指腸球部ハ擴張セズ、造影劑ハ 3時間後ニハ全ク通過シテ停留シナイ。空腸部ニハ異常所見ヲ證明シ得ナカツタ。

本例デハ膽囊周圍炎ガ存在シ、タメニ十二指腸狹窄ヲ來シ、術前 X線検査ノ所見ト一致スルモノデアルガ、手術ニ於テ發見シタ。空腸結核ノ所見ハ此レヲ發見シ得ナカツタシ、又ソレヲ疑ヒサヘモシナカツタ。シカシ、手術ノ結果カラ考ヘルト、

- 1) 現病歴ニ左側下腹部ノ緊張感ノアツタ事。
- 2) 比較的淋巴球增多。

3) 左側肺尖ノ結核性侵潤

ハ手術所見ヲ説明スルモノト認メラレル、而シテ本病ハ Wieting Schüppel ノ統計ニ據レバ、廻腸、盲腸ノ結核 75.4%ニ對シ空腸結核ハ3%デ、比較的稀ニ觀察サレル症例デアル。

診断上興味アリシ子宮筋腫ノ1例

山中 四郎

患者 44歳 女

主訴 下腹部疼痛。

現病歴 1月20日(1934)肺炎ニ罹リ治療中、2月4日突然下腹部ニ稍々強度ノ疼痛アリ同時ニ左腸骨窩ニ強キ壓痛ヲ訴フ、下肢ヲ伸展スルニ腹壁ニ激痛アリ。惡心嘔吐ナシ。惡感ヲ伴フ輕度ノ發熱アリ。便通全クナシ。排尿時ノ苦痛ナシ。疼痛ハ「グル」音ト共ニ消失スルガ如キコトナシ。

既往歴 全ク健康、子宮疾患ナシ、20歳白帶下アリタルモ1月ニテ全治ス、性病ハ否定ス。

局所所見 腹部特ニ下腹部稍膨滿、前上腸骨棘ト臍トノ中間ニ鶯卵大ノ腫瘤ヲ觸ル。該部ノ腹壁ハ浮腫ヲ呈ス。發赤明ナラズ。腫瘤ハ呼吸ト共ニ動カズ、左右ニ可動、上下ニハ動カズ。表面アタカモ砂粒ヲ觸ルルガ如シ。至ル所彈力性硬。波動ナシ。聽診スルニ腸雜音尋常、蠕動不穩ナシ。

内診 膈部短縮シ後膈穹窿部淺在性、且彈力性硬ノ壓痛アル腫瘤ヲ觸ル、腹壁ト腫瘤トノ間ノ共動性ナシ。直腸ヨリ檢スルニ肛門ヨリ約6種ノ部分ハ狹窄シ且大ナル腫瘤ヲ觸ル。腹水ナシ。尿ニ異狀ナシ、血液ニ多核白血球稍々増加セル外著變ナシ。

診断 腹壁ヨリ觸知シタル腫瘤ハ腹壁内ノモノナラン。子宮自身ニアラズ、左腸骨窩ノモノハ其ノ性質明カナラズ、Adnexeノモノナラント推定ス。婦人科外來ニテ左腸骨窩ノ腫瘤ハ石胎兒ニシテ腹壁ニ觸レルモノハ子宮ナラント診斷サル。

手術所見 臍下ヨリ恥骨縫合ニ至ル正中線切開ニテ開腹ス。腹腔ヨリ約10ccノ綠黄色ノ膿ヲ出ス、腹壁ニ腫瘤ナク子宮ハ稍々増大スルモ形尋常。ソノ上左端ヨリ、帶狀ノ軟組織ヲ連ル鶯卵大ノ腫瘤ガ腹壁ヲ擧上スルヲ見ル、子宮後壁ヨリ小兒頭大ノ腫瘤出デ骨盤腔ヲ殆ド充シ、且S字狀結腸及ビ直腸ト密着ス、左側卵巢ハ一部腫瘍化シ且囊腫ヲ呈スル部分アリ。

本患者ハ明ニ子宮筋腫ニシテ且既往ニソノ症狀ヲ全ク缺如シ一見腹壁ノ急性炎衝ヲ思ハセシ例ナリ、即娘腫瘤ガ左側腸骨窩ノ腹壁ヲ壓シ腹筋萎縮ヲ來シ、タメニ宛然腹壁内腫瘤ト誤認セシメタリ。腹壁ニ浮腫壓痛アリシハ限局性腹膜炎ヲ起シ腸管ノ癒着損傷ニヨリ大腸菌ノ浮出ヲ證シ得ル程ニ局所性化膿ヲ生ジ同時ニ前腹壁ノ一部ガ腫瘍ニヨリ強ク擧上セラレ多少損傷ヲ來シタル爲ナラント思惟ス。

稀有ナル斜頸ノ1例

稻本 晃

患者 6歳 ↑

主訴 右頸部ノ無痛性腫瘤ト頭部右傾。

家族歴 1人ノ姉生後間モナク頭部右傾セルニ氣付イタガ、2—3年ニテ自然ニ整備シタト云フ。

既往症 満期安産、分娩時體位異常ナク生後著患ヲ知ラズ。

現病歴 生後1年頃ニ右側頸部ニ無痛性腫瘤アルニ氣付ク、腫瘤ハ其ノ後稍々増大シ又次第ニ頭部右傾シ來ル。

現症 頭部右傾シ又右ニ移動ス。右耳殻ノ下ニ瀰漫性腫瘍ヲ認ム。腫瘍ハ判然タル境界ナク胸鎖乳嘴筋ノ胸骨枝ニ移行シテキル。觸診スルニ腫瘍ハ鳩卵大彈性硬表面平滑、胸鎖乳嘴筋中ニ在ル。乳嘴突起ヨリ胸骨ノ上縁ニ至ル距離ハ右 7 釐、左 10 釐デアル。脊椎ヲ見ルト頸椎ハ左彎、胸椎ハ右彎、腰椎ハ左彎シ、骨盤モ亦稍々右ニ傾イテキル。頭部及ビ顔面ハ非對稱性ニテ顔面ノ右半ハ左半ヨリ幅廣ク正中線ハ左ニ彎曲シ、兩眼角ヲ結ブ線ト兩口角ヲ結ブ線ハ患側ニテ交ル。

カ、ル所見ニヨリ Anamnese 腫瘍ノ所見ニ疑點ハアツタガ先づ先天性斜頸ナラント診斷シテ手術ヲ行ツタ。然ルニ剔出セル腫瘍ハ Muskelkallus デハナクシテ、顯微鏡的ニ纖維腫ノ所見ヲ呈シテキル。筋肉性斜頸ハ先天性ノモノガ多イガ、稀ニカ、ル纖維腫ニヨル斜頸モアルコトヲ報告スル次第デアル。

手術方法ノ研究

蟲様突起炎ノ手術ニ就イテ

宇 野 亮

患者ハ 17 歳ノ男子デ慢性骨髓炎ニテ入院加療中ノ所、何等認ムベキ誘因ナクシテ急ニ腹痛ガ起リ、コノ腹痛ハ上腹部ニ顯著デアツテ同時ニ 39°C ノ發熱ガアリ、發熱前ニ少シク惡寒ハアツタガ惡心嘔吐ハ 1 回モナカツタ。當時他覺的ニハ格別ノ症狀モナク發病後 10 時間ニナツテモ腹部ガ一般ニ膨滿シテ來タノミデ腹壁緊張ナク抵抗モナク何所ニモ壓痛點ナク特ニ Rovsing ヤ Blumberg ノ症候無ク Rosenstein ノ兆候モ Rosenstein ノ逆症候モ證明出來ナカツタ。顔貌少シク苦悶狀ヲ呈シ舌ハ白色褐色ノ舌苔ヲ認メタ。放屁及ビ便通ハナカツタ。發病後約 24 時間ニナリ腹痛ハ上腹部カラ下腹部ニ移ル様ニ感ゼラレト訴フ。コノ時ノ局所症狀ハ腹部ハ一般ニ中等度ニ膨滿シ Defense musculaire ヲ認メ之ハ特ニ廻盲部ニ顯著デアリ、Mac Burney 點ニ壓痛ヲ證明スルガ Rovsing ノ症候ナク Rosenstein ノ症候モ顯著デナカツタ。膀胱尿ニ大腸菌ヲ證明セズ Ampulla recti ノ擴張モナカツタ。即チ他覺的ニハソレ程著明ナ症狀ハナイガ廻盲部ニ抵抗ノアルコト及ビ壓痛ノアル點デ急性蟲様突起炎ト診斷シテ手術ヲ行ツタ。(發病後約 36 時間)

開腹スルト腹膜稍々充血シ稍々混濁セル滲出液少量アリ。蟲様突起ハ發赤腫脹シテ拇指頭大トナリソノ表面ニ黃色ノ附着物ヲ認メタ(コノ附着物ハ後ニ培養シタガ細菌ヲ證明セズ)。蟲様突起ハ顯著ナ波動ヲ呈シ將ニ穿孔セントスル状態ニアツタ。盲腸部ハ Jackson 氏膜ヲ以テ後腹膜ニ硬ク固定セラレ從ツテ蟲様突起ノ根部ハ盲腸ノ後側ニ癒着固定セラレ腹腔ノ深部ニ存在シテキタ。癒着ヲ剥ガシテ蟲様突起切除ヲ行ヒ 1 週間後ニハ全治シタ。

コノ例ハ臨床的ノ症候ハ輕度デアリ而モ開腹ノ結果ハ蟲様突起ハ將ニ穿孔セントスル様ナ著明ナ變化ヲ來シテ居タ。

一般ニ蟲様突起早期手術シテ 48 時間以内ナラ宜シトカ或ハ 24 時間内ニセヨトカ云ハレ又臨床的症候輕キ時ハ以上ノ時間ヲ經過スルモ手術ヲセヨ等ト色々云ハレテ居ルガ本例ノ如キ事實カラ考ヘルト假令症候ガ如何ニ輕度デアツテモ蟲様突起炎ト診斷シタル以上即時手術ヲ行フコトガ最善ノ方法デアルト考ヘラレル。