

臨 床

胃・十二指腸潰瘍穿孔ノ手術的療法 ニ關スル臨床的觀察

京都帝國大學醫學部外科學教室第一講座 (荒木教授)

助 手 醫 學 士 副 島 謙

Erfahrungen über die operative Behandlung der in die Bauchhöhle frei durchgebrochenen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre.

Von

Dr. Yuzuru Soejima, Assistent der Klinik

[Aus der I. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto
(Direktor: Prof. Dr. Ch. Araki)]

30 Fälle von frei durchgebrochenen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren, die in den letzten 10 Jahren in der Chirurgischen Universitätsklinik Kyoto behandelt wurden, sind statistisch studiert worden.

Die Zusammenfassung lautet folgendermassen:

1. Wenn möglich, ist die primäre Magenresektion deshalb zu empfehlen, weil einmal dadurch gute Dauererfolge bei geringer direkter Sterblichkeit, wie es von mehreren Autoren behauptet wird, erzielt werden können, und weil zweitens durch übliche konservative Operationen, wie z.B. einfache Uebernähung oder Deckung der Perforationsstelle mit grossem Netze, die vollkommene Heilung der Perforation sowie die Vorbeugung der Blutung aus dem Geschwür nicht immer mit Sicherheit erwartet werden kann.

Wir haben 6 Fälle beobachtet, in denen Patienten nach der konservativen Operation infolge der in ihrem postoperativen Verlauf aufgetretenen Reperforation oder Blutung aus dem Geschwür starben.

2. Zur Beseitigung der bei der Geschwürsperforation in die freie Bauchhöhle ausfliessenden Nahrungsreste ist die gründliche Ausspülung der Bauchhöhle mit ca. 10 Liter physiologischer Kochsalzlösung sehr zu empfehlen, weil die in der Bauchhöhle zurückgebliebenen infizierten Nahrungsreste die Heilung der Peritonitis behindern und unter Umständen sogar tödlich wirken können.

3. Der auf den Allgemeinzustand des Kranken auszuübende schädliche Einfluss der so weitgehenden Eingriffe, wie die Magenresektion und energische Ausspülung der Bauchhöhle, kann unserer Erfahrung nach durch die während der Operation fortführende intravenöse Tropfeninfusion des Blutes sowie der physiologischen Kochsalzlösung in einer Menge von ca. 1000 ccm ~ 2000 ccm aufs minimalste reduziert werden.

緒 言

胃・十二指腸潰瘍ノ開放性穿孔ニ對シテ、可及的早期ニ手術ヲ施ス必要ガアルコトハ最早疑フ餘地ハ無イノデアアルガ、カ、ル場合ニ如何ナル方針ニ從ツテ如何ナル手術々式ヲ行フ可キデアアルカニ就テハ諸家ニヨリ種々ノ論議ガアリ、今日ニ於テモ尙ホ定説ヲ見ナイノデアアル。

我々ハ此ノ點ニ就テ、我教室デ過去10ケ年間ニ取り扱ツタ胃・十二指腸潰瘍ノ開放性穿孔例30例ニ就テ檢討ヲ試ミタノデアアル。

臨 床 例

先ツ我々ガ取扱ツタ臨床例ヲ簡單ニ表示スレバ第1表ノ通りデアアル。

第 1 表 胃及ビ十二指腸潰瘍ノ開放性穿孔例

番 號	姓名	年 齡	性	手術迄 ノ時間	脈 搏			手 術 々 式								手術 時間 分	備 考	口時	轉歸		
					整調	緊張	大サ	數	縫合	被覆	切除	吻合	空腸瘻	其他	洗滌					排膿	
1	松本	48	♂	3日	正	弱	小	100	—	—						—	+	0.30	次第ニ惡化	7日	死
2	小齋	34	♂	21時	正	中	中	90	—	—						—	+	1.15	シ	3日	死
3	開木	47	♂	11時	正	稍弱	中	110	—	—						—	+	0.35	シ	5日	死
4	岡本	26	♂	5日	正	弱	稍小	130	—	—						—	+	0.20	シ	6日	死
5	西村	43	♂	15時	正	中	中	85	—	+						—	+	4.20	一時輕快孔 再穿シ	9日	死
6	井田	53	♂	5時	正	稍弱	稍小	110	+	+						—	+	1.15	シ	13日	死
7	衣川	57	♂	24時					—	+		+				—	+	2.50	シ	32日	死
8	松村	32	♂	50時	正	稍弱	稍小	110	+	+		+				—	+	2.10	シ	16日	死
9	木村	57	♂	10時	正	弱	小	120	+	+		+				—	+	2.20	術後吐血 續ク	10日	死
10	角	48	♀	8時	正	弱	小	110	+	+		+				—	+	2.10	一時輕快 増シ	8日	死
11	中村	61	♂	7.5時	正	稍弱	中	80	—	+		+				—	+	2.30	シ	32日	死
12	森川	44	♀	34時	正	稍弱	小	110	—	+						—	+	1.35	シ	14日	死
13	小島	33	♂	25時	正	弱	小	120	+	+		+				—	+	不明	シ	12日	死
14	魚見	27	♂	17時	不正	弱	小	110	+	+						—	+	1.10	少シモ輕 快セズ	6時	死
15	奥花	47	♂	30時	不正	弱	小	120			+					—	+	2.05	シ	17時	死
16	岡村	32	♂	3日	正	弱	小	120	+	—		+				—	+	1.03	シ	直後	死
17	田中	56	♂	3日	正	中	稍小	90	+	+		+				—	+	2.00	シ	18時	死
18	藤原	42	♂	24時	正	中	中	100	—	+		+				—	+	2.40	シ	6日	死
19	杉元	26	♂	17時	正	中	中	100	+	+						—	+	2.55	シ	36時	死
20	安食	38	♂	12時	正	稍弱	稍小	100	—	+						+	+	1.36	シ	24時	死
21	泊谷	42	♂	4.5時	正	稍弱	稍小	100	+	+						—	+	0.55	シ	術中	死
22	伊丹	42	♂	2時	正	中	小	120	+	+						—	+	0.50	シ	直後	死
23	向井	21	♂	26時	正	中	中	90			+					—	+	2.50	シ	36日	全治
24	荒木	60	♂	3日	正	中	稍小	80	+	+		+				—	+	2.20	シ	53日	輕快
25	山脇	36	♂	4時	正	稍弱	稍小	110	+	+						—	+	1.30	38日目ニ 胃切除	86日	全治
26	小倉	44	♀	7.5時	正	稍弱	中	112	+	+		+				—	+	2.10	シ	107日	輕快
27	木村	42	♂	8.5時	正	稍弱	稍小	75			+					+	+	3.40	シ	31日	全治
28	坂根	30	♂	9時	正	稍弱	中	100			+					+	—	3.00	第1期癒合	20日	全治
29	長濱	50	♂	7.5時	正	中	中	90			+					—	—	2.20	手術創化膿 43日目膿蓋 的胃切除	94日	全治
30	山本	39	♂	17時	正	稍弱	稍小	97	+	+		+				+	+	1.15	シ	82日	全治

根本方針トシテノ潰瘍ヲ含ム胃切除術ニ就テ

胃・十二指腸潰瘍ノ開放性穿孔ノ外科的治療トシテ 1892 年ニ Heussner ガ縫合ニヨリ初メテ治療セシメテ以來、主トシテ大網膜ニヨル穿孔部ノ被覆閉鎖、或ハ縫合閉鎖又ハ此等ニ胃腸吻合術ヲ併用スル方法等ノ姑息の手術療法ガ行ハレテ來タガ、1901 年ニ Kethy ガ初メテ一次的胃切除術ヲ試ミ、1908 年ニ Bircher ガ之ニ成功シテ以來、次第ニ潰瘍穿孔時ニ於テモ潰瘍ヲ含ム胃切除術ヲ推奨スル者ガ増加シ、今日ニ於テハ我國ニ於テモ既ニ多數例ニ就テ一次的胃切除術ガ試ミラレ、又之ヲ推奨シテ居ル者モ少ク無イノデアル。

申シ述ベル迄モ無ク實地ニ當ツテ姑息の手術ヲ行フカ、或ハ根治手術ヲ行フカニ就テハ各々個々ノ症例ニ就テ患者ノ全身状態乃至局所状態ヲ考慮シ、且ツ又手術々者ノ經驗ヲ加味シテ最も妥當ナル方法ヲ選擇ス可キデアリ、單ナル 1 ツノ術式ノミヲ固守ス可キデハナイノデアル。併シナガラ之等術式ノ選定ニ當ツテ採ル可キ大體ノ根本原則ハ決定サレル可キデアル。

我々ノ症例中穿孔部ニ對シ何等ノ處置ヲモ施サズニ單ニ排膿管ノ挿入乃至ハ之ニ空腸瘻ヲ加ヘタル症例ハ、第 1 表ニ於ケル第 1, 2, 3, 4 例ノ 4 例デアルガ、之等ハ何レモ手術後胆汁ヲ混ジタ多量ノ胰分泌アリ、全身状態並ニ腹膜炎ノ症狀ハ少シモ輕快スルコトナク其ノ儘死亡シタノデアル。

之ハ腹膜炎ノ根源デアル穿孔部ニ對シ何等ノ處置ヲモ施サナイ場合ニ、如何ナル結果ヲ示スカバ物語ツテ居ルモノデアリ、例令カ、ル方法ニヨツテ生命ヲ救助シ得タ症例ガ稀ニ存在シ得タトシテモ、之ハ例外ニ屬スルモノデアツテ、例ヘバ穿孔部ノ發見不能ナルカ、或ハ又患者ノ一般状態ガ極メテ重篤デアリ、手術ノ終了ヲ頗ル急グ場合ニ萬ガ一ノ僥倖ヲ期待シテ之ヲ行フ如キハ致シ方ナイトシテモ、一般的ナ Methode der Wahl デハ無イコトハ明カデアリ、根本方針トシテハ、排斥サル可キデアリ、潰瘍穿孔部ニ對シテ何等カノ處置ヲ施シテ腹膜炎ノ根源除去ヲ計ル可キデアル。

今我々ノ症例ノ中デ穿孔部自體ノ處置ガ不完全ナリシタメニ死ヲ來セリト思考セラレル症例ニ就テ簡單ニ記述スルト次ノ如クデアル(症例番號ハ第 1 表ノ番號ニ一致ス)。

第 5 例 西○長○郎, 43 歳, 男。

昭和 10 年 5 月 29 日入院, 同年 6 月 6 日死亡。

現病歴: 約 18 年前カラ食後 4 時間位デ心窩部ニ鈍痛, 嘈雜, 吞酸ヲ訴ヘテ居リ, 時トシテハ吐血ヲ來シタトモアツタ。此等ノ症狀ハ約 5 年前カラ輕減シテ居タガ, 入院前日午後 10 時ニ過食後心窩部ニ鈍痛, 飽滿感アリ嘔吐ヲ來シ, 12 時頃カラ疼痛ハ能エ得ザル程強烈トナツテ來タ。

入院時所見: 體格中等, 筋骨強健, 榮養中等ノ男子デ, 顔貌ハ稍々苦惱狀ヲ呈シ, 脈搏ハ 85, 整調デアリ又緊張モ良好デアル。

腹部ハ胃部ガ稍々膨隆シテ居ルガ鼓腸ハ認メズ, 腹壁緊張ハ極メテ著明デ腹部全體ニ壓痛強ク, 腸雜音ハ比較的ヨク聞エタ。肝濁音ハ消失シテ居タ。白血球數: 10600, 中性多核白血球: 85%, 赤血球數: 86500, 血色素量(ザーリー): 85%。

手術所見(昭和 10 年 5 月 29 日): 穿孔後 15 時間, 腹腔ニハ瓦斯ト共ニ淡黃色ニ濁濁シタ多量ノ漿液性膿性液存

在シ、野菜、米粒等ノ食物殘渣モ多量漏出シ居ルヲ認メタ。胃ノ幽門部前壁ニ於テ小彎側ニ小指頭大ノ穿孔アリ、穿孔部ヲ中心トシ約 2 種平方ニ互リ胃壁ハ浮腫性ニ肥厚シ、所々ニ黃色ノ膿様偽膜ノ附着スルヲ認メタ。

腹腔内ノ貯溜液ヲ充分吸引排除シタル後、穿孔部ヲ大網膜ニヨリ被覆閉鎖シ、v. Eiselsberg 氏法ニヨリ幽門噴置術ヲ行ヒ、結腸前胃前壁胃空腸吻合術及ビ之ニ Braun 氏吻合術ヲ加ヘ、穿孔部及ビ迴盲部ニ排膿管ヲ挿入シ腹壁ヲ縫合シタ。

術後ノ經過：術後一時ハ腹壁緊張ハ消失シ、腸雜音モ著明トナツタガ排膿管ヨリハ膽汁ヲ混ジタ膿分泌ガ多量ニアリ、7 日目頃ヨリ全身衰弱加ハリ 9 日目ニ死亡シタ。

第 6 例：井〇長〇、53 歳ノ男。

昭和 13 年 8 月 29 日入院、同年 9 月 18 日死亡。

現病歴：約 30 年前カラ嘔雜含酸アリ、時々心窩部ニ鈍痛ヲ訴ヘテ居リ、14 年前ニ多量ノ吐血ヲ來シタコトモアツタ。2 ヶ月前カラ毎食後 1~2 時間ノ後ニ心窩部ニ強イ疼痛アリ、1 ヶ月前カラハ糞便ガ黒色トナリ、又時ニ嘔吐ヲ來ス様ニナツタトノ訴ヘテ昭和 13 年 8 月 29 日入院、翌日 8 月 30 日ニ胃潰瘍ノ診斷ノモトニ第 1 回手術ヲ行ツタ。

手術所見：胃ノ幽門部、後壁、小彎側ニ鶏卵大ノ肝脈性潰瘍アリ、肝臓ト硬ク癒着セルタメ剥離スル能ハズ。又略々此ノ潰瘍ト相對シ、胃前壁ニ小指頭大ノ比較的軟カイ瘢痕性硬結ヲ認メタ。結腸前胃前壁胃腸吻合術及ビ Braun 氏吻合術ヲ施シ手術ヲ終ル。

手術後ノ經過良好デアツタガ、第 7 日目ノ午後 9 時突然心窩部ニ強烈ナル疼痛アリ、9 月 6 日午前 1 時第 2 回手術ヲ行フ。手術直前ノ所見ハ脈搏整調デ稍々緊張弱ク且ツ小デアツタ。腹部ハ一緩ニ膨隆シ鼓腸ヲ認メ、腹壁緊張極メテ著明デアリ、腸雜音ハ聞エズ、尿中大腸菌ハ陰性デアツタ。

手術所見：穿孔後 4 時間 30 分、腹腔ニハ瓦斯及ビ黃褐色ニ潤濁セル液ガ多量(約 1000 匁)湧出スルノヲ認メタ。食物殘渣ハ認メズ。第 1 回ノ手術時ニ胃幽門部前壁ニ認メタ、硬結部位ニ一致シ約 1 種平方ノ穿孔ヲ認メタ、前回ノ手術ノ際ニ施シタ胃腸吻合部及ビ Braun 氏吻合部ハ全く完全ニ癒合シテ居タ。穿孔部ヲ縫合閉鎖セントスルモ、其ノ周圍ハ瘢痕性浮腫性ニ肥厚シ完全ニ閉鎖シ得ザリシタメ大網膜ヲ穿孔口ニ挿入シ、其ノ周圍ノ胃壁ニ巾着縫合ヲ施シ、更ニ其ノ上ニ大網膜ヲ胃壁ニ縫着被覆シ、空腸瘻ヲ附加シテ、穿孔部ニ排膿管ヲ挿入シテ腹壁ヲ縫合シ、更ニ兩側下腹部及ビ恥骨直上部ニ切開ヲ加ヘ各々小骨盤腔ニ向ヒ排膿管ヲ挿入シ手術ヲ終ル。

術後ノ經過：術後ノ經過順調デ全身狀態並ニ腹膜炎ノ症狀ハ輕快シタガ、下腹部ノ排膿管ヨリハ漿液性ノ膿分泌多量ニアリ、11 日日ニ右季肋下部ニ痲痛ヲ訴ヘタル後ニ膽汁及ビ粘液ヲ混ジタ膿ヲ流出スルニ至リ、再ビ全身狀態惡化シ 13 日目ニ死亡シタ。

第 7 例：衣〇磯〇、57 歳ノ男。

昭和 9 年 10 月 19 日入院、同年 11 月 25 日死亡。

現病歴：約 20 年前カラ嘔雜、吞酸及ビ食後ニ心窩部ニ疼痛ヲ來シ約 30 分デ消失スルノヲ常トシテ居タ。約 2 年前カラ此等ノ症狀ハ稍々増惡シテ居タガ、4~5 日前カラ疼痛ハ食事ト關係ナク現ハレ、上腹部ノ緊張感及ビ嘔吐ヲ來ス様ニナツタトノ訴ヘテ入院シタ。

入院時所見：體格ハ稍々小、筋骨強健、榮養ハ稍々衰ヘタ男子デ、心窩部ニ鶏卵大ノ腫瘍ヲ觸レタ。

10 月 23 日午後 2 時突然腹部全體ニ強烈ナル腹痛ヲ訴ヘ次第ニ苦痛ハ強クナツテ來タ。

手術所見(10 月 24 日)：穿孔後約 24 時間、腹腔ニハ瓦斯及ビ稍々混濁シタ液ガ多量(約 500 匁)ニ存在シ、胃ノ略々中央デ小彎側前壁ニ鶏卵大ノ肝脈性潰瘍アリ、其ノ中央ニ米粒大ノ穿孔ヲ認メタ。大網膜ヲ穿孔部ヲ栓塞閉鎖シ、更ニ大網膜ヲ用ヒテ此ノ部ト遊離腹腔トノ間ニ「バリカーデ」ヲ造リタル後、結腸後胃後壁胃腸吻合術及ビ Braun 氏吻合術ヲ施シ、穿孔部及ビ兩側腸骨窩並ニ「ドグラス」氏窩ニ排膿管ヲ挿入シ、腹壁ヲ縫合シテ手術ヲ終ル。

術後ノ經過：術後經過順調デ全身狀態並ニ腹膜炎ノ症狀モ輕快シ、膿分泌モ減少シテ居タガ、6 日目ニ上腹

部ノ排膿管ヨリ膽汁ヲ混シタ胃液ガ多量流出スルニ至リ、7日目は術後初メテ經口のニ食物ヲ與ヘタルトコロ此ノ食物ノ大半ハ排膿管ヨリ流出スルヲ認メタ。其ノ後下腹部ヨリノ膿分泌ハ全ク消失スルニ至ツタガ、上腹部ヨリノ胃液及ビ膽汁ノ流出多量デアリ、タメニ次第ニ全身衰弱ヲ來シ、毎日リンゲル氏液並ニ葡萄糖液ノ注射ヲ行ヒ、且ツ4~5日は1回位ノ輸血ヲ行ツタガ回復スルニ至ラズ、25日目は遂ニ死亡シタ。

第8例：松○勝○郎、32歳ノ男。

昭和10年1月25日入院、同年2月9日死亡。

現病歴：約10年前カラ時々食後3~4時間デ心窩部ニ疼痛ヲ訴ヘ、何カ食物ヲ攝ルト疼痛ハ消失スルノヲ常トシテ居タ。約1ヶ月前カラハスル疼痛ハ毎食後起ル様ニナリ、10日前カラハ嘔吐ヲ來シ、珈琲残渣様ノモノヲ混ズルコトモアル様ニナツテ居タ。1月23日正午突然強烈ナ腹痛ト共ニ吐血アリ、麻醉劑ノ注射ヲウケ昨朝モ再ビ吐血ヲ來シタ。

入院時所見：體格中等、榮養衰ヘ、顔貌ハ著シク苦悶狀ヲ呈シ、脈搏ハ120、整調、稍々微弱デアル。腹部ハ一般ニ膨滿シ、腹壁ハ腹部全體ニ互リ著シク緊張シ、腸雜音ハ弱ク、腹部全體ニ互リ壓痛著明デアル。白血球數：21000、肝濁音ハ消失シテ居タ。

手術所見(昭和10年1月25日)：穿孔後約50時間、腹腔内ニ瓦斯及ビ暗褐色ニ潤濁シタ液多量ニアリ、特ニ幽門部ニ多ク滯留ス。幽門輪ヨリ約1糎隔タリタル十二指腸前壁ニ小豆大ノ穿孔アリ、穿孔ノ周圍ノ腸壁ハ浮腫性瘢痕性ニ肥厚シ且ツ脆弱トナツテ居ル、穿孔部ノ縫合閉鎖ヲ行ツタガ充分デナイタメニ更ニ小網膜及ビ大網膜デ被覆閉鎖シ、膨隆セル小腸及ビ結腸内瓦斯ヲ穿刺ニヨリ排除シタル後、結腸前胃前壁胃腸吻合術ニ Braun 氏吻合ヲ附加シ、穿孔部附近及ビ右腸骨窩ニ排膿管ヲ挿入、腹壁ヲ縫合シタ。尙ホ腹水中ニ大腸菌並ニ葡萄狀球菌ヲ認メ得タ。

手術後ノ經過：術後右腸骨窩ニ挿入セル排膿管カラハ膿分泌ガ多量デアツタガ、穿孔部附近ニ挿入セル排膿管カラハ膿量少ナク經過ハ順調デアツタガ、9日頃カラ強イ咳嗽アリ、11日目は多量ノ吐血ヲ來シ12日目カラ穿孔部ニ挿入セル排膿管ヨリ血液ヲ混シタ膽汁様ノ分泌物多量トナリ、14日目はハ經口のニ與ヘタ食物ノ大部分ガ流出スルニ至リ、16日目は死亡シタ。

剖檢所見：縫合閉鎖セル穿孔部ハ再ビ穿孔シ、而モ手術時ニハ小豆大デアツタ穿孔ハ示指ヲ容易ニ挿入シ得ル程度ニ擴大シテ居タ。而モ胃腸吻合部ハ完全ニ癒合シ周圍トノ癒着モ無ク、腸管相互ノ癒着モ殆ンド認メ得ナカッタ。

第9例：木○安○郎、57歳ノ男。

昭和12年11月28日入院、同年12月9日死亡。

現病歴：約4~5年前カラ嘈雜、吞酸アリ、時ニハ心窩ノ疼痛ヲ訴ヘルコトモアツタ。1年前ニ排便時ニ突然内出血ヲ來シ意識ヲ失ツタコトガアル。11月26日は多量ノ吐血アリ、同月28日ニ入院シ、入院以來毎日吐血ガ頻回ニ起ツテ居タガ30日午前3時突然強烈ナ腹痛ヲ訴ヘルト共ニ多量ノ吐血ヲ來シタ。

手術前所見：脈搏120、整調デアアルガ緊張ハ微弱デ顔貌ハ著シク苦悶狀ヲ呈シ、腹部ハ特ニ心窩部ガ膨隆シ、腹部全體ニ互リ腹壁緊張極メテ著明デアツタ。腸雜音ハ聞エズ、肝濁音ヲ消失シテ居タ。

手術所見(昭和12年12月1日)：穿孔後10時間、腹腔ニハ瓦斯及ビ黄褐色ニ潤濁セル液多量(約1850cc)存在シテ居タ。幽門輪ニ一致シ其ノ前壁、小彎側ニ直徑約0.5糎ノ穿孔アリ、周圍ニ黄白色ノ膿苔ヲ附着ス。穿孔部ヲ縫合閉鎖シ更ニソノ上ヲ大網膜デ被覆シタル後ニ結腸後胃後壁胃腸吻合術ヲ施シ、更ニ空腸瘻ヲ設置シ、穿孔部並ニ兩側ノ腸骨窩及ビ小骨盤腔ニ排膿管ヲ挿入シ、腹壁ヲ縫合シタ。尙ホ腹水中ニ大腸菌ヲ認メ得タ。

術後ノ經過：手術翌日ヨリ毎日少量ツツノ吐血ガ續イテ居リ、6日目、7日目は各々3回、8日目は1回ノ多量ノ吐血アリ、10日目は死亡シタ。

即チ本症例ハ手術前既ニ多量ノ頻回ニ互ル吐血ヲ來シテ居タ幽門部ノ潰瘍穿孔ニ對シ、穿孔部ノ縫合閉鎖並ニ胃腸吻合術ヲ行ツタノデアアルガ、術後モ出血ガ繼續シ、タメニ遂ニ死亡シタノデアアル。

第10例：角○子、48歳ノ女。

昭和9年9月12日入院，同年9月18日死亡。

現病歴：7～8年前カラ時々食後＝嘔雜，吞酸等ヲ訴ヘテ居タガ，1年前カラハ此等ノ症狀ガ次第＝烈シクナリ時トシテ吐血ヲ來ス様ナコトサエアル様ニナリ，本年8月28日＝内科ニ入院シタノデアアルガ，入院後毎日吐血ヲ繰返シテ居タ。9月12日午前2時＝急＝腹部全體＝互リ痙痛ヲ訴ヘタ。

入院時所見：顔面ハ蒼白デ顔貌ハ著シク苦悶狀ヲ呈シ，血搏ハ 110，整調デアアルガ緊張ハ稍々微弱デアアル。腹部ハムシロ陷没シ板狀＝硬ク緊張シ壓痛アリ，肝濁音ハ右乳嘴線上第6肋骨ニ認メ，腸雜音ハ微弱デアツタ。

手術所見(昭和9年9月12日)：穿孔後8時間，腹腔内＝ハ淡黄綠色＝潤濁シタ液ガ多量＝存在シ，胃ノ略々中央デ胃前壁小彎側＝鶏卵大ノ肝脈性潰瘍ガアリ，中心部＝約1糎ノ長サヲ有スル間隙様ノ穿孔アリ，周圍トノ癒着ハ無カツタ。

穿孔部ヲ縫合閉鎖シ，更＝其ノ上＝大網膜ヲ被覆縫合シ，空腸瘻ヲ設置シ，穿孔部＝排膿管ヲ挿入，更＝廻盲部＝切開ヲ加ヘ，之ヨリ小骨盤腔＝排膿管ヲ挿入シタ。

術後ノ経過：術後経過順調デ腹膜炎ノ症狀ハ輕快シ，膿分泌モ少量トナツテ居タガ，5日目，6日目，7日目＝各々多量ノ吐血アリ，8日目＝死亡シタ。

以上ノ第5例ヨリ第8例迄ノ4例ハ何レモ穿孔部ノ縫合閉鎖又ハ大網膜＝ヨル被覆閉鎖ヲ行ヒ，或ハ之＝胃腸吻合術又ハ空腸瘻ヲ併用シタ症例デアリ，特＝第5例ハ幽門曠置術ヲ行ツタノデアアルガ，術後一時ハ全身狀態良好トナリ，腹膜炎ノ症狀モ消失シテ居リナガラ數日乃至十數日後＝ナツテ再ビ穿孔ヲ來シ遂＝死亡シタノデアアル。

即チ此等ハ總テ穿孔部＝對シテ姑息の手術處置ヲ施シタノデアアルガ，此等ノ姑息の處置ガ穿孔部ノ完全閉鎖——腹膜炎ノ根源除去——＝對スル處置トシテ必ズシモ充分デハ無イコトヲ物語ツテ居ルノデアアル。斯ル事實ハ，穿孔部ノ周圍ハ多クノ場合＝多少トモ炎衝性變化ノタメニ浮腫性＝肥厚シ，又潰瘍自體ノタメニ癩痕性トナリ，組織ガ脆弱トナツテ居ルノデアリ，カール部位＝於ケル縫合ガ容易＝無效＝終リ得ルコトヨリシテモ想像スル＝難クナイノデアアル。特＝第8例ノ如ク再穿孔時＝於テハ穿孔口ハ反ツテ擴大シテ居タト云フ剖檢の事實ハ，穿孔部ノ縫合＝ヨツテ反ツテ穿孔ヲ擴大セシメ得ル場合サエモアルコトヲ示スモノデアアル。

更＝又第9例及ビ第10例ハ共＝既＝穿孔前＝頻回＝互ル吐血ヲ訴ヘテ居タノデアアルガ，之ノ潰瘍穿孔＝對シテ穿孔部ノ縫合閉鎖乃至大網膜＝ヨル被覆閉鎖ヲ行ツタトコロ，術後モ依然トシテ多量ノ吐血ガ繼續シ遂＝死亡シタノデアリ，斯ル症例ノ存在スル事實ハ從來ノ姑息の手術方法ガ單＝穿孔部ノ完全閉鎖＝對シテ不充分デアルバカリデナク，潰瘍面ヨリノ出血＝對スル處置トシテモ充分デハナイコトヲ明示スルモノデアアル。

從來胃・十二指腸潰瘍ノ急性穿孔時ノ手術ハ救急處置デアル故ニ，先ヅ患者ノ生命救助＝專念ス可キデアリ，原病タル潰瘍ノ治療ノ如キハ第二義の意義ヲ有スル＝過ギズトナシテ，穿孔時＝胃切除術ヲ行フコトヲ排斥シテ居ル學者モ少クナク (Zukschwerd u. Eck, Bager, Dangger 等)，又之＝反對シ穿孔時＝於テモ一次的胃切除ヲ主張スル者モ，胃切除ヲ行ツタ場合ガ遠隔成績ノ良好ナルコト (Goetze, Friedmann 等)，乃至ハ特＝早期手術ノ場合＝ハ一次的胃切除術ヲ行ツタ方ガ姑息の手術ヲ行フヨリモ統計上治癒成績ガ良好デアアル點等ヲ以テ一次的胃切除ヲ主張ス

ル根據トシテ居ルノデアリ (Haberer, Friedmann 等), 近年我國デモ一次的胃切除ヲ行ツテ治癒センメト云フ經驗ヨリ一次的胃切除ヲ推奨スル者モ多クナツテ來テ居ルノdeal。

併シ今我々ガ此所デ指摘シタ如ク, 從來ノ姑息の手術方法デハ穿孔部ノ完全閉鎖乃至ハ止血ト云フ點ニ對シテ必ズシモ充分デナク, タメニ後日再穿孔乃至出血ヲ來シ死ニ至ランメル場合モ決シテ少クナイノdealカラ, 若シ周圍ノ條件ヨリ胃切除ガ可能dealナラバ穿孔時ニ於テモ潰瘍ヲ含ム胃切除術ヲ行フコトハ單ニ潰瘍ヲ根治センメテ遠隔成績ヲ良好ナラシメルト云フ點ノミデナク, 直接生命救助ト云フ目的ニ向ツテモ有意義デアリ, 從ツテ從來ノ統計上早期手術ニ於テ根治手術ヲ行ツタ場合ノ方ガ姑息の手術ヲ行ツタ場合ヨリモ良好ナル成績ヲ示シテ居ルノハ當然ト云フ可キdeal。

而シテ又事實我々ノ症例ニ於テ一次的胃切除術ヲ行ツタ症例ハ患者ノ全身狀態乃至局所狀態ガ比較的良好デアツタ者ガ多クツタノdealアルガ, 5例中4例ノ治癒ヲ來シ得クノニ反シ, 姑息の手術ヲ行ツタモノハ25例中生命ヲ救助シ得ク者ハ僅カニ4例ニ過ギナイノデアリ, 其ノ治癒率ニ於テ兩者ノ間ニアマリニモ著明ナル差異ガ認めラレルノdeal。而モ又胃切除ニヨリ死亡シタル1例ハ第1表ニ示シテ居ル如ク潰瘍穿孔後手術迄30時間ヲ經過シ手術前既ニ脈搏ハ不整且ツ微弱デアリ極メテ重篤ナリシモノデアリ, スル症例ニ於テハ例令如何ナル方法ヲモツテシテモ生命ノ救助ハ不可能デアツタト考ヘラレルノdeal。

即チ我々ハ先ヅ第一ニ一次的胃切除術ヲ行ツタ症例ガ姑息の手術ヲ行ツタモノニ比較シ遙カニ良好ナル治癒率ヲ示シテ居ル事實ト, 更ニ又從來ノ姑息の手術ハ穿孔部ノ完全閉鎖乃至ハ止血ト云フ點ニ對シテ充分デハナイトノ理由デ, 胃・十二指腸潰瘍ノ穿孔時ニ於テモ若シ周圍ノ事情ガ之ヲ許スナラバ努メテ潰瘍ヲ含ム胃切除術ヲ行フ可キdealト考ヘルノdeal。

腹腔内ノ徹底の洗滌ニ就テ

胃・十二指腸潰瘍穿孔ノ手術ニ際シテハ, 原發病竈タル穿孔部自體ニ對スル處置ト共ニ續發的腹膜炎ニ對スル處置ガ講ゼラル可キdeal。

此ノ腹膜炎ニ對スル局所處置トシテ腹腔ヲ洗滌ス可キカ否カニ就テハ古クヨリ議論アル所デアリ, 細菌, 毒素ヲ有スル漏出液及ビ滲出液ヲ可及的排除シ其ノ局所作用並ニ吸收ニヨル全身作用ヲ除去センガタメニ洗滌ヲ主張スルモノアリ, 或ハ又洗滌ニヨツテ却ツテ徒ニ器械的ニ腹膜ヲ刺戟シテ腹膜ノ防衛力ヲ減退セシメ, 後ノ經過ヲ不良ナラシムルトノ理由デ之ニ反對スル學者モアルノdeal。併シ吾々ノ經驗ヨリ見レバ胃・十二指腸潰瘍ノ穿孔ニヨツテ, 胃内容タル感染セル固形食物残渣ガ多量腹腔内ニ漏出セル場合ニハ, カ、ル感染固形異物ガ單ナル排膿管ノ挿入ニヨツテ必ズ容易ニ體外ニ排除サレ得ルモノdealトハ考ヘ難イノデアリ, カ、ル腹腔内ニ殘存セル感染異物ガ腹膜炎ヲ治癒ノ妨ゲ, 或ハソノ爲ニ死ニ至ランシメ得ルコトモ想像ニ難クナイノdeal。而モ之等腹腔内ニ漏出セル食物残渣ヲ完全ニ除去スルタメニハ, 我々ノ經驗ニヨレバドウシテモ患者ヲ半座位トナシ, 10立内外ノ多量ノ生理的食鹽水デ横隔膜下腔ヨリ始

メ上腹部ヨリ下腹部，小骨盤腔ニ至ル迄徹底的ニ洗滌スルコトガ必要ナル。

症例第11，12，13例ハ斯ル徹底的ナル洗滌ヲ行ハズニ單ニ穿孔部ノ閉鎖及ビ排膿管ノ挿入ノミヲ行ツタモノノ中デ術後全身状態並ニ腹膜炎ノ症状ガ一時輕快シ，而モ先述ノ例ノ如ク再穿孔又ハ出血等ナキニ拘ラズ遂ニ治癒スルニ至ラズシテ數日後ニ至ツテ次第ニ膿分泌ノ増加ト共ニ死亡シタモノデアリ。

斯ル經過ヲトルモノノ數トモ一部ノモノハ穿孔部ノ閉鎖ト排膿管挿入トニヨツテ一應限局性トナツタ腹膜炎ガ腹腔内ニ感染異物ガ殘存シテ居タガタメニ後日再ビ膿分泌ノ増加ト共ニ惡化シ遂ニ死ニ至ツタモノト想像サレルノデアリ。

故ニ我々ハ胃・十二指腸潰瘍ノ穿孔ニ際シテ食物殘渣ガ多量腹腔内ニ流出セリト考ヘラル、場合ニハ腹腔内ニ徹底的ナル洗滌ガ必要ナルト考ヘルノデアリ。

而モ此ノ徹底的ナル腹腔内洗滌操作ガ患者ノ全身状態ニ及ボス影響ハ後述スル如ク手術經過中ニ行フ生理的食鹽水ノ靜脈内點滴注入ニヨツテ殆ンド無視シ得ル程度ニ迄除去シ得ルモノデアリ，又從來洗滌ニ反對スル諸學者ガ強調シテ居ル如ク，洗滌ニヨツテ却ツテ著シク腹膜ノ防衛力ヲ減退セシメタト考ヘラレル様ナ例ニ遭遇シタコトハナイ。例令動物實驗ニ於テ腹腔内洗滌ニヨリ腹膜ノ防衛力ガ多少減退スルコトヲ證明シ得タトシテモ，斯ル惡影響ト腹腔内感染異物並ニ其ノ他細菌，毒素ヲ有スル漏出液及ビ滲出液ヲ除去スルコトニヨツテ得ラル、效果トヲ比較考慮スルナラバ，腹腔内洗滌ニ反對スル理由トハナリ得ナイト考ヘルノデアリ。

事實第28例及ビ29例ハ何レモ斯クノ如ク潰瘍ヲ含ム一次的胃切除術ト腹腔内ノ徹底的ナル洗滌ニヨツテ完全治癒セシメ得タノデアリ，而モ開腹時ニ第28例ハ葡萄狀球菌ヲ，第29例ハ大腸菌ヲ腹腔内滲出液中ニ證明シ得タニモ拘ラズ兩者共ニ排膿管ヲ挿入スルコトナク腹腔ヲ第一期的ニ縫合閉鎖シテ何等ノ障碍ヲモ認メ得ナカツタノデアリ。

手術の侵襲ノ全體状態ニ及ボス影響ニ就テ

既ニ述ベタ如ク胃・十二指腸潰瘍ノ穿孔時ニ於テモ潰瘍ヲ含ム胃切除術及ビ腹腔内ノ徹底的ナル洗滌ガ原則トシテ望マシイノデアリガ，此ノ様ナ積極的處置ヲ行フ場合ニ第一ニ問題トナルノハ當然之ニ伴ツテ生ズル手術時間ノ延長或ハ手術の侵襲ソノモノガ患者ノ全身状態ニ及ボス影響デアリ。

事實第14例カラ第22例迄ハ總テ手術中乃至ハ手術直後，或ハ術後數十時間ヲ出デズシテ死亡シタ症例デアリ，此等ハ手術の侵襲ソノモノガ多少トモ死期ヲ早メル原因トナリ得タモノト考ヘラレ，又或ル症例デハ死ノ原因トナツタモノモアリ得ルデアラウ。

特ニ此所デ注意ヲ要スルノハ次ノ2例デアリ。

第21例：泊○達○，42歳ノ男。

昭和6年5月4日入院，同年5月5日死亡。

現病歴：約20年前カラ食後ニ胃部ニ疼痛ヲ訴ヘ内科的治療ヲ受ケテ居タガ少シモ輕快スルコトナク，昭和5

年12月頃(約5ヶ月前)カラ之ノ疼痛ハ強クナリ又嘔雜、吞酸等ヲ訴フルニ至ツタ。約1ヶ月前カラハ流動食ノミヲ攝ル様ニナツタガ約1週間前カラハ頻回ニ互ル嘔吐ヲ訴ヘテ居タ。

入院時所見(昭和6年5月4日): 體格ハ中等デアアルガ、榮養ハ著シク衰ヘ、顔面ハ蒼白、皮膚ハ乾燥、弛緩シテ居リ、脈搏ハ100、整調デアアルガ緊張ハ稍々微弱デアアル。胸部諸臟器ニ異常ハ認メナイガ、腹部ニ於テ心窩部ニ著明ナル壓痛及ビ輕度ノ抵抗ガ認メラレタ。

入院當日ノ午後11時ニ突然心窩部ヨリ腹部全體ニ互リ強烈ナル痙痛ヲ訴ヘ脈搏ハ微弱トナリ、冷汗アリ、腹壁ハ全體ニ互リ板狀ニ硬ク緊張シ壓痛アリ、腸雜音ハ微弱トナツタ。

手術所見(昭和6年5月5日): 穿孔後4時間、腹腔内ニハ血液ヲ混ジタ腹水約400匁存在シ、胃ノ幽門輪ヨリ約4糶隔テタ小彎側前壁ニ鳩卵大ノ潰瘍性腫瘤アリ、其ノ中央ニ小指ヲ挿入シ得ル程度ノ穿孔ヲ認メタ。穿孔部ヲ縫合閉鎖スルニ此ノ頃ヨリ全身狀態ハ更ニ惡化シ、脈搏ハ殆ンド觸レ得ザル程度トナレルニヨリ強心劑ノ注射、酸素吸入等ヲ施シタガ空腸瘻設置ノ途中ニ於テ既ニ死亡シタ。以上ノ手術所要時間ハ約55分デアツタ。

第22例: 伊〇鶴〇, 42歳ノ男。

昭和15年1月25日入院, 同日死亡。

現病歴: 約1ヶ年前カラ食後ニ心窩部ノ疼痛ヲ來シ、空腹時ニハ之ノ疼痛ハ更ニ強クナリ食物ヲ攝取スルト消失スル様ニナツタ。爾來吐血ヲ來シタコトモ1~2度アツタ。約20日前カラハ嘔吐ガ烈シク固形物ハ全ク攝取シ得ザル様ニナツテ以來僅少ノ茶ヲ攝ツテ居タガ、之モ嘔吐シテシマフ様ニナリ甚ダシク瘦衰シタ。入院當日ノ午後4時30分ニ突然心窩部ニ強烈ナル痙痛ヲ來スト共ニ顔面ハ蒼白トナツタ。

入院時所見(昭和15年1月25日): 體格稍々小デ榮養ハ著シク衰ヘ、顔面ハ蒼白、苦悶狀ヲ呈シ、皮膚ハ乾燥弛緩シテ居リ、脈搏ハ120、整調デアアルガ緊張ハ稍々微弱デアアル。胸部諸臟器ニハ異常ハ認メナイ。腹部ハ特ニ膨隆モ又陥没モシテ居ラヌガ腹壁ハ強ク緊張シ壓痛ガ著明デアアル。肝濁音ハ明カデナイ。

手術所見: 穿孔後2時間、腹腔内ニハ血液ヲ混ジタ腹水多量ニアリ、胃ノ幽門部前壁ニ鶏卵大ノ胼胝性潰瘍アリ、其ノ中央ニ直径約0.7糶ノ穿孔アリ。穿孔部ヲ縫合閉鎖シタル後心窩部及ビ兩側腸骨窩部ニ排膿管ヲ挿入シ手術ヲ了ル。尙ホ手術開始前ニ既ニ脈搏極メテ微弱トナリタルヲ以テ強心劑ト共ニ生理的食鹽水150匁ヲ靜脈ニ注射シ、更ニ手術經過中ニリッゲル氏液約200匁ヲ皮下ニ注射セルモ、手術終了ニ近ヅクニ從ヒリッゲル氏液ノ吸收惡クナリ、手術終了後間モ無ク死亡シタ。手術ニ要シタル時間ハ50分デアツタ。

即チ之等ハ何レモ穿孔後2時間乃至4時間ト云フ極メテ早期ノ手術デアリ、且ツ又其ノ手術ニ要シタル時間モ50分内外ノ短時間ニ過ギナカツタノデアアルニモ拘ラズ、手術中乃至手術直後ニ死亡シタノデアアルガ、兩例共ニ穿孔前既ニ強烈ナル嘔吐ノタメニ數十日間ニ互リ殆ンド絶食ノ状態ニアリ極メテ高度ノ全身衰弱ヲ來シテ居タノデアアル。

從來胃・十二指腸潰瘍穿孔ノ豫後ハ穿孔後手術迄ノ時間ニ大ナル關係アリト云ハレ、又事實一般的ニ云ツテ左様デアアルガ、此等ノ症例ノ如ク穿孔前既ニ高度ノ全身衰弱ヲ來シテ居タ場合ニハ例ヘ早期ノ手術ヲ行ツテモ豫後ハ不良デアリ、且ツ手術の侵襲ノ影響モ大デアルト考ヘル可キデアアル。從ツテ斯ル場合ニハ特ニ手術の侵襲ノ影響モ重大視サレル可キデアラウ。

併シナガラ此ノ様ナ場合ハ先ヅ例外トシテ、近年ニ至リ我教室デハ手術ノ全經過中ニ互ツテ足靜脈ヨリ生理的食鹽水1000匁乃至2000匁或ハ血液200匁乃至300匁ヲ點滴注入ヲ行フニ至リ、斯クスルコトニヨリ手術中ニ大出血等ノ偶發事項ガ起ラザル限リ手術時ニ於ケル手術の侵襲ノモノノ全身狀態ニ及ボス影響ハ著シク除去サレ得ルニ至ツタモノト確信シテ居ルノデアアル。

例へば第27例ヨリ第30例迄ハ何レモ之ヲ行ツタモノデアルガ、手術中ニ脈搏ノ惡化ハ全ク認め得ラレナカツタノデアリ、特ニ第30例ノ如キハ手術ガ終了ニ近ヅクニ從ヒ脈搏ハ反ツテ良好トナリ、手術前ニ溷濁シテ居タ意識モ明瞭トナツテ來タノデアル。

斯ル手術經過中ニ行ヘル生理的食鹽水ノ靜脈内點滴注入ノ效果ハ從來行ハレテ居ル手術前或ハ手術終了後ニ於ケル注射ノ效果トハ比較ニナラス程卓越セルモノデアルコトハ日常我々ガ經驗シテ居ル所デアリ、果シテ如何ナル機轉ニヨツテ斯ル差異ヲ來シ得ルヤニ就テハ今後研究ヲ要スル所デアルガ、兎モ角斯ノ様ニ手術經過中ニ生理的食鹽水ノ靜脈内點滴注入ヲ行フナラバ從來一般ニ行ハレテ居ル如ク不必要ニ手術的侵襲ノ影響ヲ過大視シテ手術時間ノ短縮ノミニ全力ヲ盡ス必要ハ無キモノト考ヘルノデアル。

總 括

我々ハ我教室デ過去10ケ年間ニ取扱ツタ胃・十二指腸潰瘍ノ開放性穿孔例30例ニ就テ檢討シタル結果次ノ如キコトヲ結論シ得タ。

1. 胃・十二指腸潰瘍ノ開放性穿孔ノ場合ニ於テモ、一次的胃切除術ヲ行ツタ方ガ姑息的手術ヲ行フヨリモ遠隔成績ガ良好デアルト云フバカリデナク、從來ノ姑息的處置デハ穿孔部ノ完全閉鎖乃至出血ニ對スル處置トシテ必ズシモ充分デハナク、ソノタメニ再穿孔、或ハ出血ヲ來シテ死亡スル症例ガ尠クナク、又事實吾々ノ症例ニ於テモ切除術ヲ行ツタモノノ方ガ遙カニ成績良好デアルトノ理由デ、若シ周圍ノ條件ヨリ胃切除術ガ許サレルナラバ一時胃切除術ヲ行フ可キデアルト考ヘル。

2. 胃・十二指腸潰瘍ノ穿孔ニ當ツテ食物殘渣ガ腹腔内ニ漏出セル場合ニハ、之ヲ完全除去スルタメニ徹底的ナル腹腔内洗滌ガ必要デアル。

3. 以上ノ胃切除術乃至腹腔内ノ徹底的ナル洗滌ニ伴フ手術的侵襲ノ影響ハ手術全經過中ニ互ツテ行フ生理的食鹽水1000~2000坵ノ靜脈内點滴注入ニヨリ著シク除去シ得ル。故ニ從來一般ニ行ハレテ居ル如ク不必要ニ手術的侵襲ノ影響ヲ過大視シテ手術時間ノ短縮ニ專念スル必要ハナキモノト考ヘル。