

膀胱造影ニ依ル骨盤腔膿瘍ノ診断

京都帝國大學醫學部外科學教室第2講座 (青柳教授)

講師 醫學博士 石野琢二郎

Urocystographische Diagnose der Beckenabszesse

Von

Prof. Dr. Takuziro Isino, Dozenten der Klinik

[Aus d. II. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto,
(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Ein für diagnostische Zwecke des Beckenabszesses verwendbare spezielle und sichere Methode ist bisher noch wenig bekannt; die bisher üblichen palpatorischen Methoden durch die Bauchdecke, das Rektum oder die Scheide hindurch können ja nicht als spezielle angesehen werden. Durch derartige Palpationen, mögen sie noch so meisterhaft ausgeführt werden, lassen sich allein tiefsitzende, schwer tastbare, kleine Abszesse nicht auffinden, geschweige denn die genaue Lokalisation sowie die Verbreitung der Abszesse.

Zu diesem Zwecke haben wir die Urocystographie mit Erfolg in Gebrauch genommen, da die Beckenabszesse auf die gefüllte Harnblase ein Abdrucksbild geben.

Darstellungsmethode: Als transurethrales Füllungsmittel benutzen wir Jodmischungen (Perabrodil, Uroselektan, Sugiuron) oder Jodnatriumlösung, bei denen eine homogene Mischung mit Resthammenge erfolgt ist, und mitunter nehmen wir Luftauffüllung zu Hilfe, bei welcher aber kein scharfer Kontrast darstellbar ist.

Wir führen 200—300 ccm 15—20 proz. Jodnatriumlösung transurethral durch den Nelaton's Katheter in die Harnblase ein.

Was die Aufnahmetechnik anlangt, so ist anzuraten, die Strahlen senkrecht in Rückenlage, sowie in Seitenlage, durch den Patienten zu senden, während nur bei Aufnahme in der Seitenlage Bariumbrei von 100—200 ccm oder Luft gleichzeitig in rektal eingeführt werden.

Beim mit 200 oder 300 ccm Kontrastmittel aufgefüllten Zustand ist auf der sagittalen Aufnahme die normale Blase kugel- oder birnenförmig und die weibliche zeigt keine besonderen Abweichungen von der männlichen, aber im allgemeinen ist die quere weibliche Ausmasse etwas grösser als die männliche.

Auf der seitlichen Aufnahme zeigt die Blase meist eine mehr dreieckige Form oder ein liegendes Oval, ihre Längsachse ist bei Männern mehr horizontal, bei Frauen etwas schräg und ihre ventrale Spitze leicht nach oben gerichtet.

Normalerweise ist auf der Profilaufnahme Douglass's Raum so schmal, dass der hintere Rand der Blase mit der vorderen Wand des Rektums in engste Berührung kommt.

Als ein typisches Zeichen der Beckenabszessen sehen wir auf dem Zystogramm eine Defor-

mierung der Blase, d. h. ein Abdrucksbild des Abszesses auf die Blase Fig. I. Durch diese Deformation können wir Ort und Gebiet des Abszesses in der Beckenhöhle feststellen und insbesondere zeigt der Abstand des hinteren Randes der Blase von der vorderen Wand des Rektums das Vorhandensein des Abszesses im Douglassraum. Die obere und unter Grenze des Abszesses zw. das Verbreitungsgebiet lässt sich, auf dem seitlichen Zystogramm, durch die entzündliche Infiltration der Rektumwand, die als schmales Rektumlumen oder als Schwellzeichen des Schleimhautreliefs dargestellt wird, wie in Fig. II veranschaulicht, erkennen.

Der schon indizierte und gut drainierte Abszess oder eine postoperative Adhäsion der Darmschlingen haben keine Deformierung der Blasenkontur zur Folge. Daher deutet die Deformierung der Blase immer auf geschlossene Beckenabszesse oder einen Tumor in der Beckenhöhle.

Bei 26 Fällen von Beckenabszessen konnten wir durch unsere Methode Ort und Gebiet des Abszesses ausnahmslos sehr augenscheinlich feststellen und die Indikation sowie die Methode für die Operation genau und richtig bestimmen.

Bei keinem einzigen der Patienten passierte z. B. die Gefahr von Peritonitis infolge Platzens des Abszesses und wir sind sonst auf keine anderen Unannehmlichkeiten gestossen.

(Autoreferat)

Fig. I Zystogramm des Beckenabszesses auf der sagittalen Aufnahme.

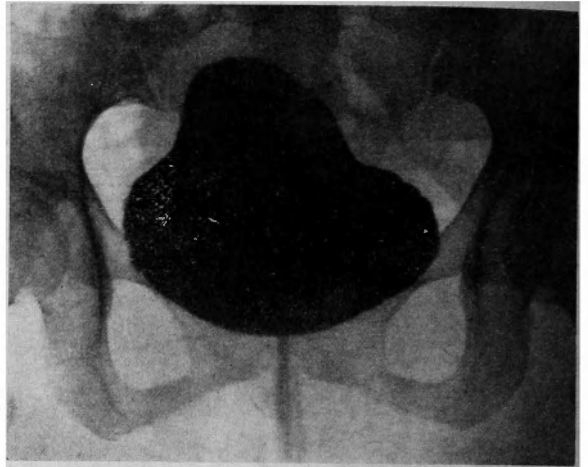
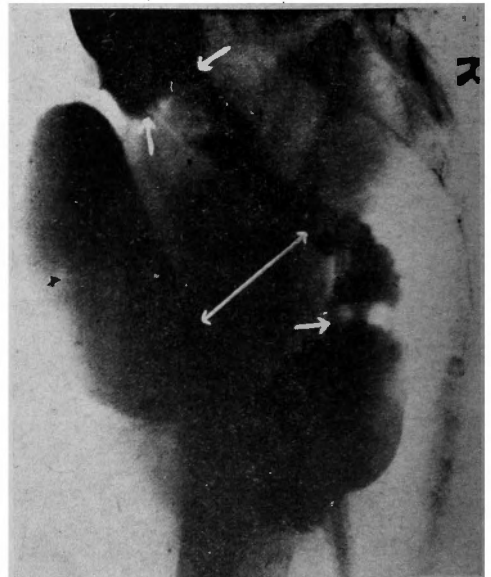


Fig. II Zystogramm des Beckenabszesses auf der frontalen Aufnahme.



緒 言

腹腔内ノ膿瘍特ニ骨盤腔内ノ膿瘍ノ診斷ニ處スル從來ノ方法トシテハ、腹壁カラカ或ハ肛門又ハ腔カラノ觸診ニ依ル以外ニ何等據ルベキ特殊方法ヲ聽カナイノデアル。併シ觸診デハ有痛性ノ硬結、或ハ波動性ノ腫瘍ヲ觸レルコトニ依リテ膿瘍ノ存在ヲ想像スルダケデアツテ、膿瘍

ノ正確ナ所在、範圍、周圍臓器トノ關係等ハ明確ニ之ヲ證明スルコトガ出來ナイ許リデナク、時ニハ發見ノ出來ナイ場合モ屢々アルノデアル。

我々ハ此等ノ診斷ニ向ツテ小腸或ハ結腸造影法ヲ行ツテ、膿瘍ニヨル壓排現象ヲ觀察セント試ミタガ、小腸乃至結腸ハ其ノ解剖學的關係カラ腸管外ノ細カイ變化ガ現ハレ難イタメニ十分ニ此ノ目的ヲ達スルコトガ出來ナカツタ。

我々外科醫ノ目的トスル所ハ如何ナル小サイ膿瘍デモ、又タ骨盤腔中如何ニ觸レ難イ所ニアルモノデアツテモ、ヨクゴレヲ發見シ、更ニ膿瘍ノ大サ、所在、流注程度ヲモ正確ニ知ルコトデアル。ソレニヨツテ初メテ手術的侵襲ノ程度、方向等ヲ適確ニ定メ、且ツ容易ニ行フコトガ出來ルノデアル。

ソノ目的ノ爲ニ、我々ハ充滿シタ膀胱ハ骨盤腔ヲ殆ド完全ニ近く占居スルモノナルコトニ着目シ、骨盤腔中ノ腫瘍ガ此ノ充滿シタ膀胱ニ壓排現象ヲ及ボスデアラウト考ヘ、膀胱ヲ造影スルコトニ依ツテ膀胱ノ形態ノ變化ヲ觀察シ、骨盤腔内ノ變化、即チ腫瘍或ハ膿瘍ヲ發見、更ニソノ存在部位、占居範圍ノ診斷ニ應用セントシタノデアル。

抑々膀胱造影法ハ古クカラ行ハレ、特ニ Reiser ハ之ニ關シテ詳細ナ研究ヲ發表シテ居ルガ、ソレ等ハ總テ膀胱自體ノ病變、或ハ子宮攝護腺腫瘍等ノ診斷ニノミ應用セラレテ居タモノデアツテ、骨盤膿瘍ノ診斷ニ向ツテ應用サレタ言フ報告ハ未ダ聽カナイトコロデアル。

檢 査 方 法

造影劑ノ撰擇：

膀胱造影劑トシテハ膀胱粘膜ヲ刺戟シナイモノデナケレバナラス。而モ大量ヲ要スルガタメニ安價デナケレバナラス。刺戟性がナク、且ツ安價ナモノトシテハ空氣ガ最モ適當ノ様デアルガ、コレニ依ツタモノデハ影像ガ不明瞭デ、特ニ側面像ニ於テ明確性ヲ缺ク嫌ヒガアリ、更ニ女子ニアツテハ尿道カラ空氣ノ漏出スル惧レガアルノデアル。

Reiser 氏ハ Jodipinöl ヲ使用シテ膀胱粘膜皺襞像ニ便利デアルト言ツテ居ルガ、Jodipinöl (或ハ國產 Moljodol) ハ油性デアルガタメ水ト混和セズ、從ツテ膀胱壁ヲ全體トシテ示現スルニ不便デアル。膀胱壁ノ細イ凹凸ヲ知ルタメニハ水溶性デアル Umbrator 或ハ Sugiuron ノ應用ガ適當ト考ヘラレルガ、此等製劑ハアマリニ高價デアツテ實用的デナイ。ソコデ我々水溶性デアリ、且ツ廉價デアル造影劑 Jodnatrium ヲ使用スルコトニシタ。

本劑ハ粘膜ニ對シテヤ、刺戟性ヲ有シテ居ルガ、15%内外ノ溶液デハ實際上患者ニハ殆ド苦痛ヲ與ヘナイモノデアル。

檢 査 次 第：

患者ヲト線撮影裝置臺上ニ脊臥セシメ、膀胱内ノ尿ヲ全部除去シタル後、上記ノ造影劑15% Jodnatrium 液 200 乃至 300 ㏄、或ハ空氣ノミヲ注入シ、正面像ヲ撮影シ、更ニ患者ヲ側臥位トナシテ、直腸膨大部ヘ濃厚「バリウム」150 乃至 200 ㏄或ハ空氣ノミヲ注入シ、十分ニ膨滿セ

シメタ後、側面像ヲ撮影、依ツテ直腸ト膀胱トノ關係、特ニドクラス氏腔ノ狀態ヲ觀察スルノデアル。

正常膀胱像

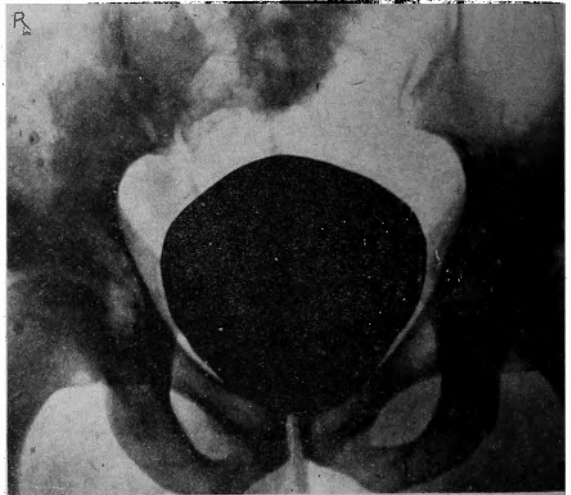
成人膀胱像ハソノ内容ノ多寡ニ依ツテ異ルガ、膀胱内容ガ 300 珎内外ニ於テハ小骨盤腔内ヲ滿スル邊緣ノ鮮明ナ球形ヲナスモノデ、腸内容ニ依ツテハソノ邊緣ニ聊ノ凹凸ヲモ示サナイモノデアル。

併シ男女ニ依ツテソノ形態ニ幾分ノ差違ガアル。即チ正面像デ下縁ハ男女何レモ半球形デアルガ、男子デハ球形ノ度ガ強ク、女子デハ比較的扁平デアリ、上縁ハ男女トモニ注入量ノ少イ時ハ中央部ガヤ、突出シテ扁平ナル西洋梨型ヲナシテ居リ、注入量ヲ増スニツレテ球形ニ近クナル(寫眞圖版第 1 圖、第 2 圖參照)。

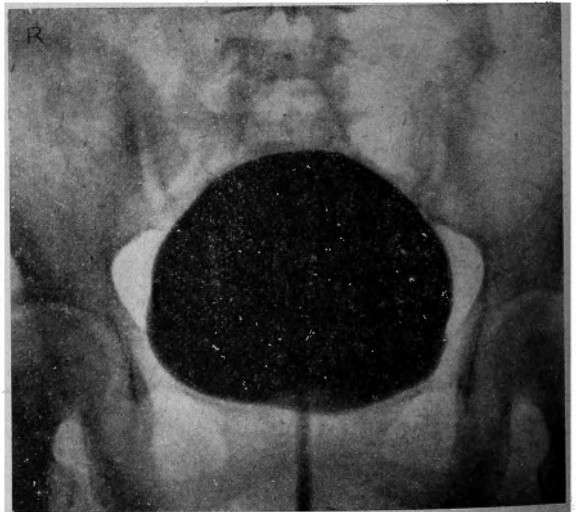
側面像デハ男女トモニ横橢圓デアリ、ソノ長軸ハ男子デハ水平、女子デハ前方ガ上方ニ傾キ、ヤ、尖銳シク橢圓デアル(寫眞圖版第 3 圖、第 4 圖參照)。

膀胱前縁ハ前腹壁ト接線ヲ描イテ密接シ、下縁ハ恥骨ノ内面カラ上部ニ跨ル如ク接シ、後縁ハ男女トモニ直腸膨大部ニ接シ、S 字狀結腸ヲ後上方ニ壓迫シテ居ル。即チ膀胱ガ充滿シテ居ル時ハドクラス氏腔ハ押シ潰サレテ間隙ガ無クナツテ居ルモノデアリ、正常攝護腺、或ハ子宮體ハ特別ノ陰影缺損ヲ與ヘナイモノデア

第 1 圖 男子正常膀胱像(正面像)



第 2 圖 女子正常膀胱像(正面像)

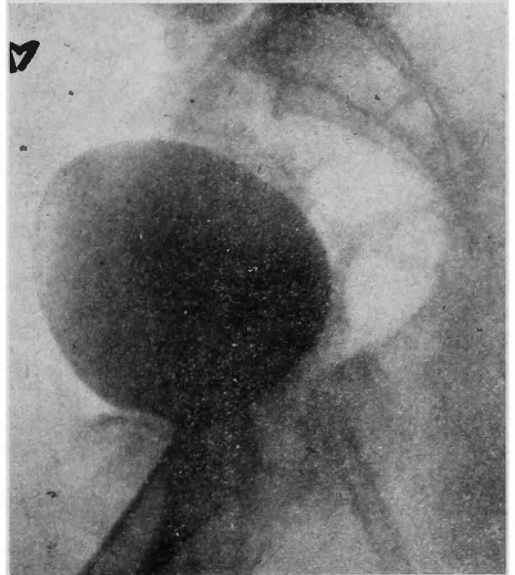


ル。

第3圖 男子正常膀胱像(側面像)



第4圖 女子正常膀胱像(側面像)



骨盤腔膿瘍ニ於ケル膀胱像

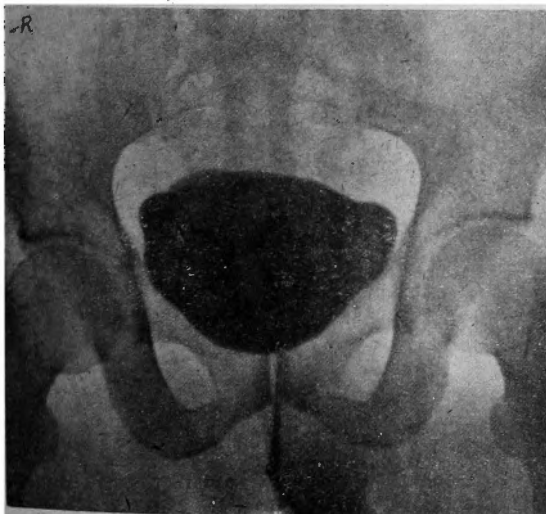
症例ニヨツテ示サウ。

第1例 横〇例, 28歳, 3

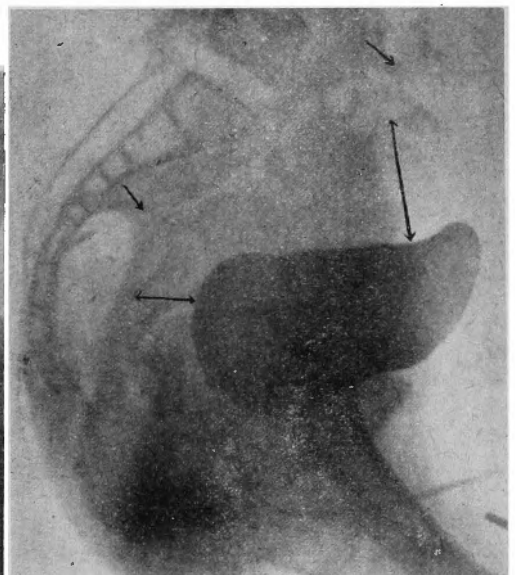
蟲垂炎ノ早期手術後, 全ク順調ナ経過ヲ取ツテ居タノデアルガ, 術後8日目頃カラ 38°C ノ發熱ガアリ, 下腹部ニ輕イ疼痛ヲ伴フ硬結ヲ來シタ。手術創ニ化膿ノ形成ナク, 腹壁上カラハ膿瘍ラシイモノモ觸レナカツタ。

第5圖 第1例 骨盤膿瘍正面像

膀胱ノ上半部ニ不規則ナル陰影缺損ヲ現ス。



第6圖 第1例 骨盤膿瘍側面像
直腸ト膀胱後壁トノ間ニ距離ガアリ
同所ニ膿瘍ノ存在スルコトヲ示ス。



手術時=蟲垂ニハ大シタ變化モナク、タゞ小腸間膜ノ淋巴腺ノミガ多數腫脹シテ居ツタ點ヨリ廻盲部ノ淋巴腺結核ヲモ想像セシメタモノデアルガ、結局發熱ノ原因ガ明カデナカツタ。

膀胱撮影ヲ行ツテ見ルト(寫眞圖版第5圖、第6圖參照)、正面像デハ膀胱ノ上半部ニ不規則ナ陰影缺損ガアリ、上方カラ壓迫サレタ像デアル。側面像ニ於テモ後縁ノ充盈ガ不十分デ直腸膨大部トノ距離ガ認メラレ、此ノ部ガ homogen ナ陰影ヲ形成シテ居ル。コノコトハ骨盤腔内、特ニドグラス氏腔ニ膿瘍ノアルコトヲ明カニ示スモノデアツテ、而モ直腸膨大部カラ切開スベキコトヲモ指示スルモノデアル。ソノ後此ノ患者ハ同所カラ自然ニ穿孔シ多量ノ膿汁ヲ出シテ全治シタ。

第2例 長〇例、26歳、♀

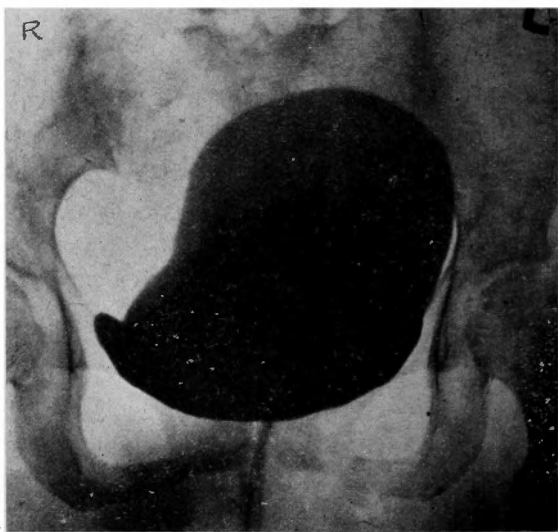
1ヶ月前カラ下腹部疼痛、帶下、38度前後ノ發熱ガアリ、其ノ後尿ノ停滯感ヲモ來ス様ニナツタ。診ルト恥骨縫際ノ直上ニ壓痛アル硬結ヲ觸レ、肛門内觸診デハドグラス氏腔全般ニ抵抗ガアル。此ノ硬結ハ骨盤膿瘍ニヨルモノデアルコトハ確カデアルガ、膿瘍ノ範圍ヲ知ルタメニ膀胱造影ヲ行ツタ(寫眞圖版第7圖、第8圖參照)。正面像デハ左腹部ニ強い壓痛ガアルニ關ラズ、陰影缺損ハムシロ右側ニアリ、明カニ右骨盤腔ニ多ク膿瘍ノ存在スルコトガ明カトナツタ。側面像デハ膀胱ハ強く前腹壁ノ方ハ壓シ付ケラレ平皿狀トナリ、直腸トノ間ニハ homogen ノ陰影アリ、骨盤腔特ニドグラス氏腔ニ及ブ大ナル膿瘍ノ存在スルコトガ解ル。此ノレ線所見カラ廻盲部ニ切開ヲ加ヘタ所、多量ノ膿汁ヲ排出シ、下熱輕快シタ。其ノ後再ビ發熱アリ、下腹部疼痛ガ去ラナイノデ、再ビ膀胱検査ヲ行ツタ所、第9圖ノ如ク此ノ度ハ右側ノ陰影缺損ハ縮小シテ居ルニ關ラズ、新シク左側ニ陰影缺損ヲ證明シ、從ツテ左下腹部ニ切開ヲ行ツテ排膿シ、輕快セシメ得タノデアル。

第3例 中〇例、20歳、♀

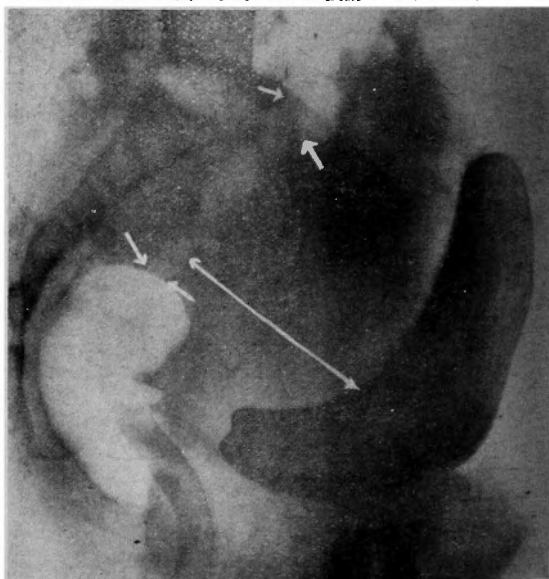
8ヶ月前廻盲部ニ激痛ヲ來シタガ、間モナク輕快シタ。其ノ後再ビ(1ヶ月後)同所ノ疼痛ハ激烈トナリ、下腹部全體ニ及ビ、同時ニ高熱ヲ伴フニ至リ、約3ヶ月ヲ經テ一時平熱トナツタガ、暫時ニシテ再ビ發熱、下腹部ノ疼痛モ消失セズ、爾來3ヶ月半ニ互リ 39°C 前後ノ弛張熱ヲ持續シ、最近2週間前カラ右季肋下部ニモ疼痛ヲ來ス様ニナツタ。

診ルト極メテ羸瘦衰弱シタ患者デ、廻盲部ニ抵抗ヲ觸レ、恥骨縫際ノ右直上部ニ輕度ノ硬結ヲ觸レル。右季肋下部即チ膽囊部ニ相當シテ、壓痛アル硬結ガアル。腔及ビ肛門カラ

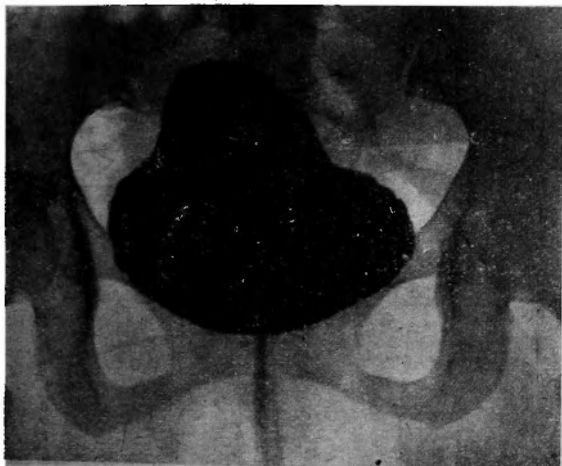
第7圖 第2例 骨盤膿瘍正面像
膀胱ノ右隅ニ陰影缺損アリ。



第8圖 第2例 骨盤膿瘍側面像
膀胱ハ強く前壁ノ方ハ壓シ付ケラレ平皿狀トナル。直腸ハ↑ノ記號ノ間ハ狹小トナリ膿瘍ノ上下ノ限界ヲ示ス。



ノ觸診デハ、ドグラス氏腔=ハ明カニ膿瘍ノ存在ヲ認メルコトガ出来ナカツタ。



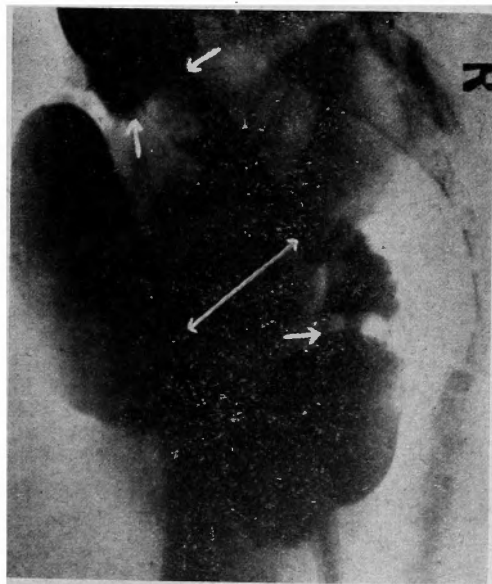
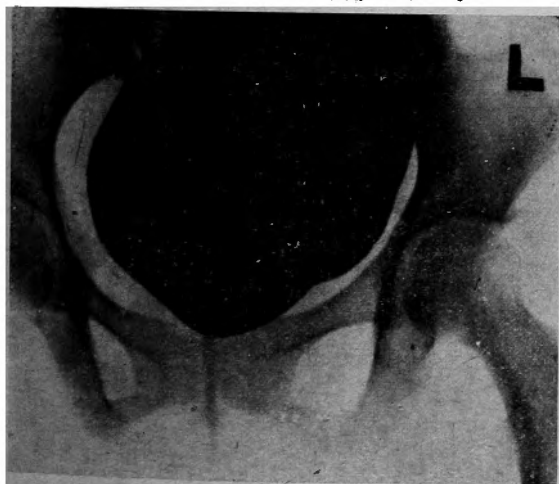
第9圖 第2例
骨盤膿瘍切開後再検査, 正面像
膀胱左側ニモ陰影缺损現ル。

故ニ陳舊性蟲垂炎性硬結及ビ空靜脈周圍炎ト診斷サレ、發熱ノ原因ハ主トシテ後者デアラウト推定サレタ。
トコロガ念ノタメニ膀胱造影法ヲ行ツテミルト、意外ニモ第10圖ニ示サレテ居ル様ニ前後像ニ於テ膀胱ノ右上隅ニ明カニ陰影缺损ガアリ、蟲垂炎性膿瘍ノ存在ヲ思ハシメタノデアルガ、更ニ側面像ヲ見ルト(第11圖)、膀胱ト直腸トノ間ニハ著シイ隔リガアリ、相當大ナル膿瘍ノ存在スルコトガ明カトナツタ。

更ニ此ノ側面像デ注目スベキコトハ、直腸及ビS字狀結腸部ガ一定ノ範圍ニ於テソノ陰影ガ不規則トナリ、皺襞像ガ腫大シテ居ルコトデアル。コレハ腸管壁ノ炎症性

第11圖 第3例 骨盤膿瘍側面像
直腸ト膀胱トノ距離ガアル。直腸ハ↑ノ記號ノ間ハ狭小トナリ Irritation ノ狀ヲ示ス。膿瘍ノ上下ノ限界ヲ示スモノナリ。

第10圖 第3例 骨盤膿瘍正面像
膀胱ノ右隅ハヤ、扁平ナル陰影缺损アリ。



浸潤ヲ示ス Irritation トモ云フベキモノデアツテ、要スルニ斯ル變化ヲ示シテ居ル範圍ニ互ツテソノ腸管附近ニ膿瘍ノ存在シテ居ルコトヲ示スモノデアル。即チ斯ル腸管ノ變化ヲ觀ルコトニヨツテ膿瘍ノ上下ノ限界ヲ定

メルコトガ出來ル。

膀胱ノ形態變化ノミデハ膿瘍ノ存在ヲ推定シ得テモ膿瘍ノ上下ノ限界ヲ明カニシ難イカ、本例ノ如ク腸管壁ノ變化ヲ現出スルコトニヨツテ此ノ目的ヲ達スルコトガ出來タ。之ハ更ニ骨盤腔内ノ腫瘍例ヘバ子宮卵巢集等ノ腫瘍トノ鑑別據點トモナリ得ルモノデアル。

第4例 御○田例, 18歳, ♀

蟲垂炎ニ續發セル汎發性腹膜炎ノ狀態デ入院, 發病後62時間目ニ切開, 排膿蟲垂切除ヲ受ケ, 排膿管ハ骨盤腔ニ迄達セシメタ。

術後 37.5°C カラ 38.5°C ノ發熱カアリ, 1週後ニハヤ、下熱シ, 排膿モ少ク, 腹部モ一般ニ軟クナツタノデ, 12日目排膿管全部ヲ拔去シタ所, 術後19日目頃カラ 39°C 以上ノ發熱ヲ來シ, 惡心, 腹痛ヲ訴ヘタ。腹部ハヤ、膨滿シテ來タ。併シ何等ノ抵抗, 壓痛, 硬結モナク, ドグラス氏腔ヲ觸診スルニ子宮ガヤ、固定サレテ居ル外, 壓痛, 硬結, 波動ヲ證明シナカツタ。肺, 尿ニ變化ナク, 發熱ノ原因ガ明カデナイノデ, 術後24日目膀胱造影法ヲ行ツテ見タノデアル(寫眞圖版第12圖, 第13圖參照)。

正面像ニハ殆ド變化ナク, タゞ左隅ガヤ、圓ミヲ缺キ, 扁平ノ傾向ガアル。

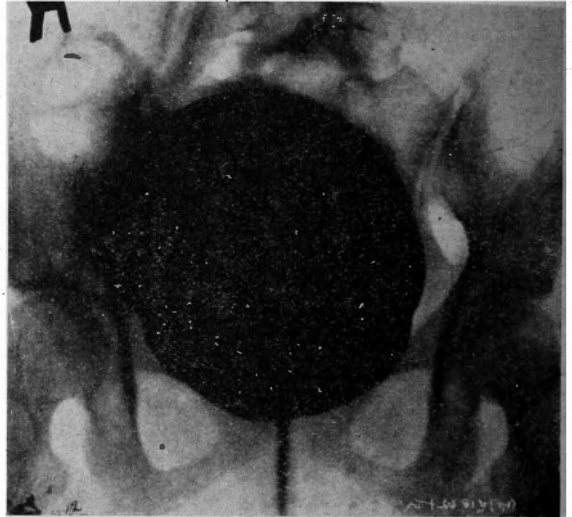
側面像デハ膀胱ノ上前面ニハ異常ハナイガ, 後縁ハ強ク前方ニ壓排セラレ, 直腸トノ距離ガアリ, 此ノ部ニ膿瘍ノ存スルコトヲ認メタノデアル。肛門内觸診デ此ノ膿瘍ヲ發見シ得ナカツタノハ膿瘍ノ位置ガヤ、上方デドグラス氏腔ニ迄及ンデキナカツタメデアラウ。膿瘍ノ範圍ハ寫眞デ明カナル如ク, 腹壁カラモ觸診シ得サル程度ニ深部デアツタ。

直腸及ビS字結腸ノ下部ハ後方ニ壓排セラレ, ヤ、狹小トナリ, 膿瘍ト接スル部分ニハ Irritationガアリ, 此ノ部ノ粘膜ニモ浸潤ガアルコトヲ示シテ居ル。コノ粘膜ノ變化ハ膿瘍ノ上下ノ限界ヲ示スモノデアル。此ノ患者ハ其ノ後肛門ヨリ多量ノ膿汁ヲ排出シ, 下熱, 輕快シタ。其ノ翌日再ビレ線検査ヲ行ツタ所, 前回ニ比シ膀胱ハヨリ膨大シ, 直腸トノ距離ハ著シク狭メラレ, 膿瘍ガ縮小セルコトヲ示シテキタ。

本例ハ腹壁上カラモ, 肛門側カラモ觸知シ得ナカツタ程ノ骨盤腔深部ニ存在シテ居タ膿瘍ヲ膀胱造影法ニヨリ始メテ發見シ, 尙ホ且ツソノ上下ノ限界ヲモ決定シ得タモノデアル。

第12圖 第4例 骨盤膿瘍正面像

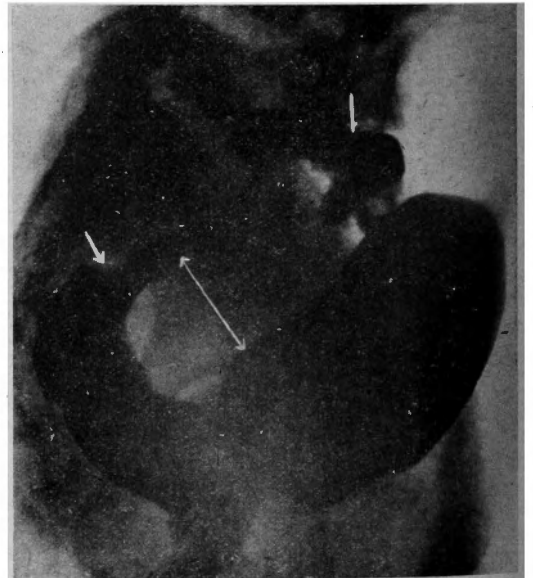
正面像デハ膀胱ニ何等ノ變化ヲ現ハシテ居ナイ場合。



第13圖 第4例 骨盤膿瘍側面像

正面像デ變化ナキ場合デモ, 側面像ニ於テ明カニ膿瘍ノ存在ヲ示ス。

↑ノ記號ノ間ハ直腸ガ狹小トナリ Irritationヲ示シ, 膿瘍ノ上下ノ限界ヲ示ス。



第5例 道○例, 35歳, ♂

1年前鼻垂炎ノ手術ヲ受ケ、排膿セラレ、1ヶ月半前再發、鼻垂切除術ヲ受ケ全治シタ。數日前カラ下腹部痛、發熱ガアリ、廻盲部ヨリヤ、中央寄リニ手拳大ノ有痛性ノ硬結ヲ觸レ、恥骨縫際ノ後方ニ連ツテ居ル。炎症性硬結デアルコトハ疑ヒノナイコトデアルガ、此ノ硬結ガ單ニ癒着ノミニヨルモノカ、或ハ膿瘍ヲ形成シテ居ルモノカ、更ニ膿瘍ナレバ骨盤腔中ヘ何ノ程度ニ流注シテ居ルモノカヲ知ルタメニ膀胱造影法ヲ行ツテ見タノデアル。(寫眞圖版第14圖、第15圖參照)

正面像デ膀胱ノ右隅ニ平坦ナ壓排現象ガアリ、膀胱ノ右上方即チ廻盲部ニ膿瘍ノアルコトカ解ル。(單ナル癒着ノミデハ陰影缺損トシテハ現ハレナイ。)側面像デハ直腸膨大部ト膀胱ノ後壁トハ密接シ、此ノ部ニ迄膿瘍ノ流注ノ無イコトガ明カトナツタ。

即チ本例ハ廻盲部ニノミ限局シタ膿瘍デアツテ腹壁カラノ切開ノミデ十分デアルコトガ解ツタ。

本例ハ切開スル迄モナク、廻盲部カラノ瘻孔ヨリ多量ノ膿汁ヲ出シ、下熱輕快シタ。ソノ後ノレ線検査デ膀胱右隅ノ陰影缺損ハ消失シテ居タ。

第6例 石○例, 32歳, ♂

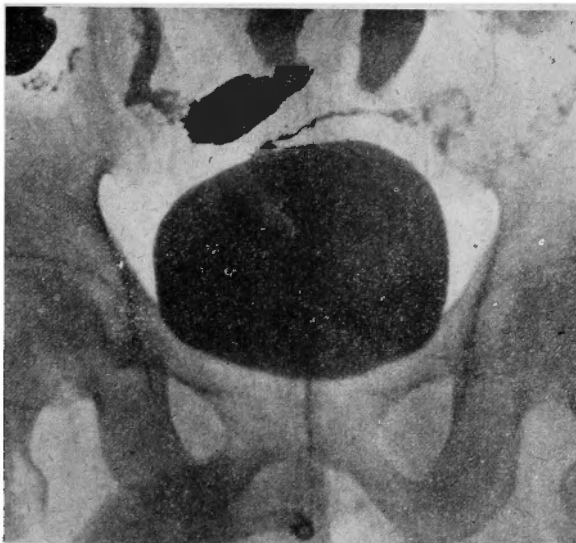
1ヶ月程前カラ原因不明ノ發熱ト腹痛トガアリ、漸次下腹部ニ硬結ヲ觸レ、下痢、尿意頻數、高熱ヲ訴ヘル患者デアル。下腹部膿瘍ナルコトハ容易ニ想像サレルガ、其ノ範圍ヲ決定スルタメニ膀胱造影法ヲ行ツタ(寫眞圖版第16圖、第17圖參照)。

正面像デハ膀胱ノ上半分ニ明カニ陰影缺損ガアリ、左右對稱性デアルコトカラ膿瘍ハ Beckeneingangヲ廣汎ニ占據シテ居ルコトヲ示シテ居ル。

側面像デハS字結腸ト膀胱トノ距離ハ甚シク大トナリ、更ニ膀胱ハ上後方カラ壓排サレテ、此ノ部ニ膿瘍ノ存スルコトガ明カトナツタ。ドグラス氏腔モ明カニ囊狀ニ擴大シ同所ニ迄流注シテ居ルコトガ解ルガ、最下部マデハ及ンデ居ナイコトヲ示シテ居ル。

故ニ本例ハ骨盤腔ニ廣汎ニ擴ツタ膿瘍デアリ、左右兩側ヨリ切開スベキデハアルガ、肛門カラノ切開ハ困難ナルコトヲ思ハシメルモノデアル。

第14圖 第5例 廻盲部膿瘍正面像
膀胱ノ右隅ハヤ、扁平トナル。



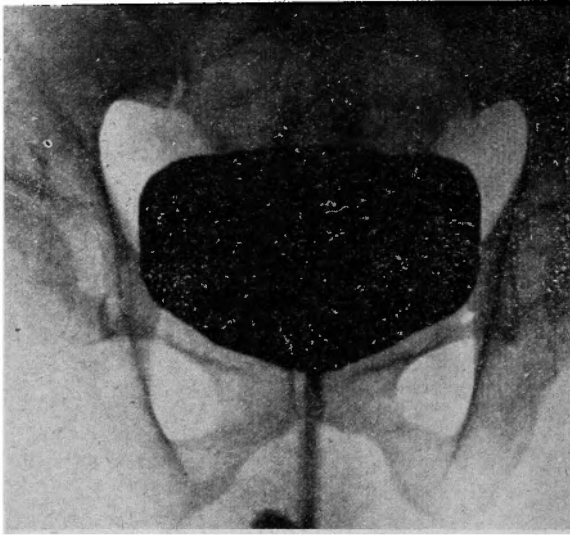
第15圖 第5例 廻盲部膿瘍側面像
直腸ト膀胱トハ相接近シ、ドグラス氏腔ニ膿瘍ノ流注ナキコトヲ示ス。



第16圖 第6例 廣汎ナル骨盤膿瘍

正面像

膀胱ノ上半部ニ大ナル陰影缺損ヲ示ス。

第17圖 第6例 廣汎ナル骨盤膿瘍
側面像

直腸ト膀胱トノ距離ハ大キク、且ツ直腸ノ Irritation ノ範圍モ大デアツテ、膿瘍ガ廣範圍ニアルコトヲ示ス。



第7例 小○例, 25歳, ♂

蟲垂炎ヨリ全腹膜炎ヲ來シ、發病後6日目ニ來院、入院時ハ下腹部ニ限局セル膿瘍ヲ形成シテ居タ。膀胱像ヲ見ルト(寫眞圖版第18圖參照)、右側ニアルト思ハレタ膿瘍ガ正面像デハ左側ニ大ナル陰影缺損ヲ與ヘ、膿瘍ハ骨盤腔ノ左側ニアルコトガ解ツク。正面像デ大ナル陰影缺損ヲ示シテ居ルニ關ラズ、側面像デハドグラス氏腔ニ殆ド流注シテ居ナイコトガ明カトナツタ。

本例ハ明カニ蟲垂炎カラ發シタ骨盤膿瘍デアリナガラ、膀胱造影法デソレガ左側ノミニアリ、ソレニ依ツテ左側カラ切開シテ適確ニ排膿シ得タモノデアル。

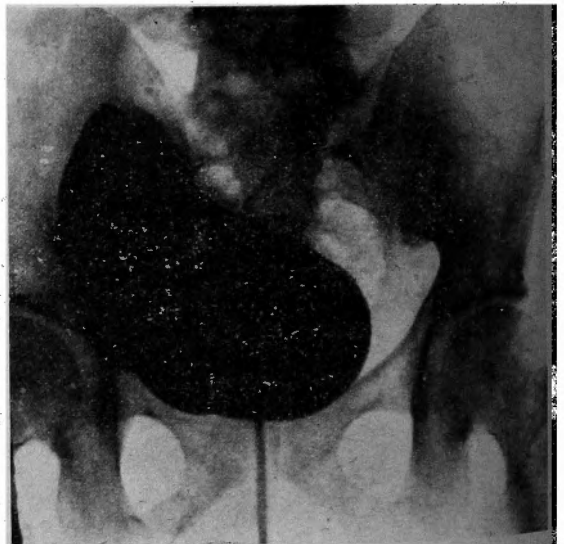
第8例 越○例, 21歳, ♂

蟲垂炎周圍膿瘍デ排膿ト同時ニ蟲垂切除術ヲ受ケ排膿管ヲ挿入シ術後ノ經過ハ良好デアツタガ、其ノ後下腹部ノ不快現象ト輕微ノ發熱ガ續イタモノデアル。

排膿ガ不十分デアルカ、即チ排膿管ノ深部ニ更ニ閉鎖性ノ膿瘍ガアルカ否カラ確メルタメ、膀胱造影法ヲ行ツタ(寫眞圖版第19圖、第20圖參照)。

第18圖 第7例 左腸骨窩膿瘍正面像

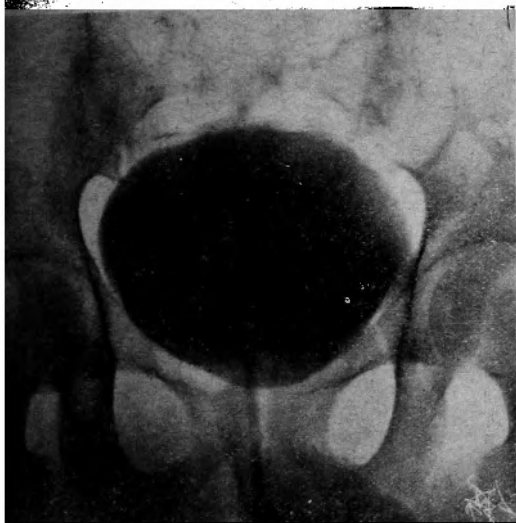
蟲垂炎カラ發セル膿瘍デアアルガ、左腸骨窩ニアルコトヲ明カニ示シ、手術ノ侵襲ヲ的確ナラシメル。



正面像デハ何等陰影缺損ヲ與ヘズ、骨盤腔ニハ何等閉鎖性ノ膿瘍ガ無イ様デアルガ、側面像ヲ見ルト直腸膨大部ト膀胱トノ間ニ距リガアツテ、ドグラス氏腔ノヤ、上方ニ爲卵大ノ膿瘍ノアルコトヲ發見シ得タノデアル。ソ

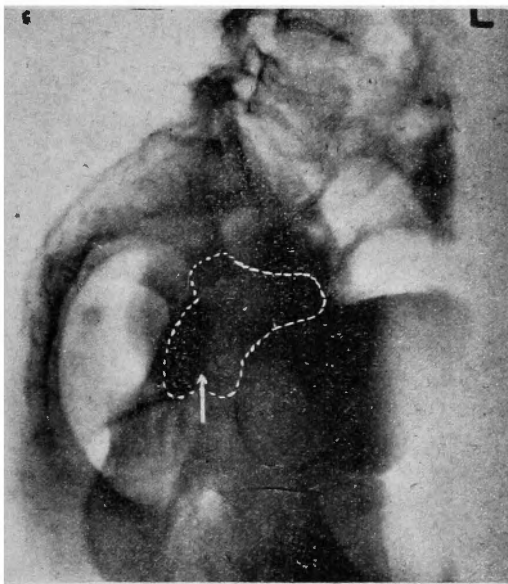
第19圖 第8例 切開後ノ骨盤腔膿瘍正面像

正面像デハ膀胱ニ陰影缺損ヲ與ヘテ居ナイ。



第20圖 第8例 切開後ノ骨盤腔膿瘍側面像

正面像デハ變化ガナカツタガ、側面像デ白點ニテ示サレタル部分ニ未ダ小膿瘍ガ存在スルコトヲ示ス。即チ排膿ガ不充分ナルモノナルコトヲ示ス。



コデスル位置放ニ直腸方ヨリ切開ヲ行ヒ排膿全治セシメ得タノデアル。

第9例 吉○例, 18歳, ♀

第10例 寺○例, 19歳, ♀

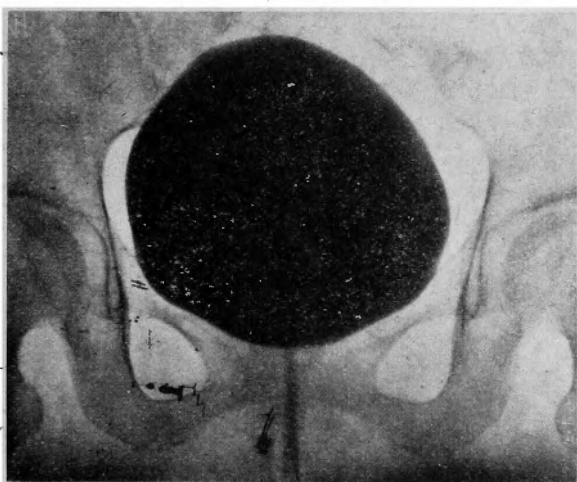
第11例 川○例, 20歳, ♂

コノ3例ハ何レモ蟲垂炎ヨリ廻盲部或ハ骨盤腔膿瘍ヲ來シ、腹部ニ於テ、切開、排膿セラレ、深い瘻孔カラ相當量ノ膿汁ヲ出シテ居ル患者デアル。37°Cノ輕微ノ發熱ガアル。我々ハ切開サレタ膿瘍ハ如何ナル像ヲ示スカ（又深部ニ更ニ限局性ノ膿ガ在ルカドウカ）、ヲ觀ルタメニ膀胱造影法ヲ行ツタ（寫眞圖版第21圖、第22圖參照）。3例トモニ深部ニ迄瘻孔ガアリ、癒着性或ハ炎症性ノ硬結ガアルニ關ハラズ、意外ニモ正面像ニ於テモ、側面像ニ於テモ壓排現象ハ見ラレナカツタノデアル。即チ膿瘍ガ切開セラレ、外界ト交通シテキル場合ニハ、換言スレバ膿瘍ガ閉鎖性デナケレバ膀胱ニ壓排現象ヲ與ヘナイコトガ明カトナツタ。

本例ハ深部ニ閉鎖性ノ膿瘍ノ存在シナイコトヲ明瞭ニ立證シタモノデアル。

第21圖 第9例 完全ニ排膿セラレタル骨盤腔膿瘍(正面像)

膀胱ニ變化ヲ與ヘズ。



考 察

以上ノ事實カラ次ノ事項ガ考察サレ
ル。

1) 骨盤腔内ニ閉鎖性ノ膿瘍ガアル
場合ニハ、膀胱造影法ヲ行フト、正面像
ニ於テモ側面像ニ於テモ、陰影缺損ヲ
示スモノデアルガ、更ニ直腸造影ヲ併
用スルコトニヨリ膿瘍ノ大サ、範圍等
ヲ正確ニ知ル事ガ出來ルモノデアル。
即チ膿瘍ノ前後徑ハ膀胱ト直腸トノ距
離ニ依リ、上下ノ限界ハ直腸或ハS字
狀結腸壁ニアラハレタ Irritation ノ範圍
ニヨツテ決定スルコトガ出來ル。

2) 膿瘍ガ骨盤腔ノ入口近クニアル
場合ニハ正面像ノミニ、深部ニアル場
合ニハ側面像ノミニ陰影缺損ヲ與ヘル
場合ガアルカラ、膀胱造影法ノ場合ニハ必ず正側兩方面カラ觀察スル必要ガアル。

3) 腹壁上カラモ、ドグラス氏腔カラモ觸診シ得ナイ様ナ小サイ膿瘍デモ本法ニヨツテ容易
ニ發見スルコトガ出來ル。

4) 膿瘍ガアツテモソレガ十分切開排膿サレタモノデアレバ、即チ開放性ノ膿瘍デハ膀胱ニ
陰影缺損ヲ與ヘナカツタ。從ツテ膿瘍ヲ切開、排膿シツツアル場合ニ膀胱像ニ陰影缺損ヲ生ジ
タ場合ニハ排膿ガ不十分デ、深部ニ閉鎖性ノ膿瘍ガ存在スルコトヲ示スモノデアル。

5) 本法ヲ骨盤膿瘍患者26例ニ試ミタガ、膿瘍ノ破裂腹膜炎等ノ不快現象ヲ來シタ者ハ1例
モナカツタ。即チ注意深ク本法ヲ行フナラバ何等ノ危險ヲ作ハナイモノデアル。

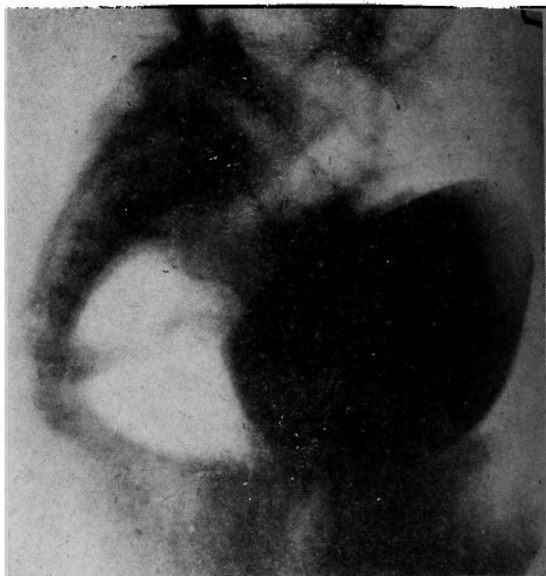
6) 本法ヲ行ツテ膀胱ニ陰影缺損ヲ與ヘルモノニハ膿瘍ノ外ニ、骨盤腔ノ腫瘍ガアルガ、眞性
腫瘍ノ場合ニハ直腸壁ニ炎症性ノ浸潤或ハ Irritation ノ現ハレナイコト及ビ一般的ニ發熱、疼痛、
白血球ノ變化等ヲ參酌スル事ニヨツテ鑑別ハ容易デアル。ドグラス氏腔ニ現レル腫瘍、即チ直
腸腫瘍、子宮、攝護腺腫瘍トノ鑑別モ比較的簡單デソノ點ニ就テハ他日報告スル豫定デアル。

結 論

1) 膀胱造影法ヲ骨盤腔膿瘍患者ニ應用スルコトニ依ツテ、膿瘍ノ所在及ビソノ範圍ヲ知ル
コトガ出來、特ニドグラス氏腔ニ於ケル流注程度ガ明カトナリ、手術的侵襲ノ程度及ビ方向ヲ
豫定スルコトガ出來ル。

2) 本法ハソノ操作至ツテ簡單デ患者ニ何等ノ苦痛ヲ與ヘルコトナク、膿瘍ノ破裂等ノ危險

第22圖 第9例 完全ニ排膿セラレタル骨
盤膿瘍(側面像)
膀胱ニ變化ヲ與ヘズ。



モ伴ハナイ。

3) 骨盤腔腫瘍＝向ツテノ膀胱造影法＝ヨル診断ハ未ダ文獻上之ヲ見ナイ。即チ余等ヲ以テ嚙矢トスルモノデアツテ、又本法ハ骨盤腔腫瘍診断＝對スル唯一ノ Orthodiagnostik デアル。

文 獻

- 1) Assmann: Klinische Röntgendiagnostik der inneren Erkrankungen, 1934.
- 2) Ascoli, Buggero: Über den Beitrag, den die Radiographie der Harnweg mit Kontrastmittel in dringenden chirurgischen Fällen geben kann. Zeitschr. f. Urolog. Chir. (Refel. 44), 1939.
- 3) Blum, Eisler u. Hryntschak: Zystoradiographie. Wien. kl. Wschr., Nr. 31, 1920.
- 4) Burckhardt u. Polano: Die Füllung der Blase mit Sauerstoff zum Zwecke der Zystoskopie und Radiographie. Münch. med. Wschr., Nr. 1, 1907.
- 5) Eisler: Röntgenologische Fortschritte im Bereiche der Physiologie und Diagnostik der Harnorgane durch vorwiegende und systematische Anwendung des Durchleuchtungsverfahrens. Fortschr. Röntgenstr., 29.
- 6) Gottlieb u. Strokoff: Röntgendiagnostik der Divertikel der Harnblase. Fortschr. Röntgenstr. 35.
- 7) Hänisch: Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung des uropoetischen Systems für die Diagnostik der Tumoren der Harnwege und des Bauches. Röntgenpraxis, 22, 1009.
- 8) Immelmann: Das Röntgenverfahren bei Erkrankungen der Harnorgane, Berlin, 1913.
- 9) Kraft: Die Blasendivertikel im Röntgenbilde. Fortschr. Röntgenstr. 31.
- 10) Luger: Zur Kenntnis der radiologischen Befunde am Dickdarm bei Tumoren der Nierengegend. Wien. klin. Wschr., Nr. 7, 1913.
- 11) Markiewitz: Die Röntgendiagnostik intraabdominaler Tumoren aus der Veränderung des Dickdarms. Berl. klin. Wschr. Nr. 27, 1921.
- 12) Reiser: Zur Röntgenuntersuchung der Blase. Fortschr. Röntgenstr., 35, S. 756, 1927.
- 13) Sargent: Interpretation of the seminal vesiculogram. Röntgenology, 12, 6, 1929.
- 14) Stierlin: Die Röntgenographie intraperitonealer Neubildungen aus der Verlagerung des Dickdarms. Dtsch. med. Wschr. Nr. 31, 1912.
- 15) Völcker u. v. Lichtenberg: Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde. Münch. med. Wschr., Nr. 33, 1905.
- 16) Völcker: Zystographie u. Pyelographie. Bruns' Beiträge, 52.
- 17) Wulff: Verwendbarkeit der X-strahlen für die Diagnose der Blasendeformitäten. Fortschr. Röntgenstr., 8.
- 18) Zuckerkindl: Zystoradiographie. Münch. med. Wschr., Nr. 35, 1914.