

手術ノ前後

京都帝國大學教授 醫學博士 青 柳 安 誠

嘗テ松尾前教授ハ「開腹術ノ前後」ナル題下ニ、ソノ輕妙ナル筆ヲ呵シテ自家經驗臨床例ヲ有り態ニ書カレ大イニ人ヲ益スル所ガアツタ。而モ其ノ言ニ「開腹スレバワカルコトデアルト、ツイ手術前ノ診斷ヲ忽ニスルノハ外科醫ノ通弊デアル。開腹シナケレバ誤診シテ居ツテモ解ルモノデナシト、診斷ヲイ、加減ニスマシテツクノハ内科醫ノ通弊デアル。」トアル。可成リ手嚴シイ言葉デアル。併シコレハ外科醫ニ關スル限り他山ノ石トシテ聽ク可キデアラウ。

正シイ診斷ヲ下スコトガ出來ル様ニナル迄ニハ誤診モ度々ヤラナケレバナラナイ。診斷ヲ確ニスル爲ニハ『症候學』ヲ確立シナケレバナラナイ。各種疾患ニ對スル pathognomonisch ノ症候ヲ探サナケレバナラナイノデアル。此ノ方面デモ臨牀家ノ行クベキ途ハ殘サレテ居ル。

自分ハ此ノ意味ニ於テ、今迄ニ自身及ビ教室同人ノ取り扱ツタ手術ヲ中心ニシテ、誤診或ハ適中診斷例ヲ今後續ケテ記述シテミタク思フ。

題シテ「手術ノ前後」トシタ。幾ツカ他ノ題名ヲ考ヘテモミタガ、「開腹術ノ前後」ト同ジクコノ簡明ニ如クモノハナイ。

1. 胃潰瘍穿孔性腹膜炎

患 者：山○泰○，39歳，自動車業（昭和15年4月19日入院）

昨4月18日午後11時頃、突然ニ誘因ト思ハレルモノガナクテ胃部ニ猛烈ナ持続性ノ疼痛ガ來テ、局所ノ膨滿感緊張感ガ強ク、醫師ノ注射デ4、5時間ハ疼痛モ幾分か和イダガ、ソノ後ハ變化ハナイ。惡心強ク、併シ嘔吐ハナイ。排便、排氣ナク、本朝來意識モ半バ溷濁シテ居ル。

斯ノ様ナ訴ヘノ患者デアルガ、自分ガ此ノ患者ヲ診タノハ、19日ノ午後手術場ニ於テ1ツノ手術ヲ完了シタ後デアツテ、發病後約17時間ヲ經テ居タ。

診ルト中等大ノ、少シク榮養ノ衰ヘタ男子、背臥位デ横タハツテ居ル。脈搏ハ正整、緊張僅ニ低下シ小サクテ1分時100ヲ數ヘタ。意識ハ溷濁シ、時々無意識ニ暴レル。顔貌ハ苦惱性デ定型的ノヒボクラテス氏相、舌ニハ白苔ガアル。呼吸ハ胸腹式型、肺・心ニハ別ニ特別ノ所見ハナイ。所ガ肺肝限界ハ消失シ、肝濁音モ立證出來ナカツタ。

腹部ハ特ニ膨隆モシデ居ナケレバ、マク特ニ陷沒モシテ居ナイ。腹壁ニ靜脈ノ怒張、蠕動不安ナク、胃膨隆モ認メ得ナイ。表面性ノ觸診ヲ行フト、腹壁全體ニ Défense musculaire ガ著明デ Blumberg 氏徵候モ陽性デアル。斯ク Défense musculaire ガ強イ爲ニ深達性觸診法ハ行ヒ得ナイ。體位變換ニ依ツテ腹水ノ存在スルコトヲ立證シタ。腸音ハ殆ド聽キ得ナイ。直腸膨大部ノ擴大ハ認メラレナイガ、Douglas 氏腔ニ稍々壓痛ガアル。直チニ白血球數ダケヲ數ヘタガ12000デアツタ。體溫ハ38°C。

以上デ診斷ヲ下サナケレバナラナカツタガ、未ダ嘔吐ガナイノダカラ「イレウス」ノ状態ニハナツテ居ナイ。腹壁全體トシテ i. Défense musculaire, ii. Blumberg 氏ノ症候ガアリ, iii. 體溫上昇, iv. 白血球數增多, v. 腸音ノ消失シテ居ル所見カラ現在汎發性腹膜炎ノ状態ニアルコトハ確デアル。結局此ノ腹膜炎ハ何ニ由來シタカラ考ヘネバナラナイノデアル。

ソコデ「アナムネーゼ」ヲ顧ミテミヤウ。誘因ガナクテ、突如ト胃部ニ猛烈ナ持続性ノ疼痛ガ來タトイフノデアルガ、斯シテ訴ヘノアル時ニ考ヘナケレバナラナイモノハ 1. 急性蟲様垂炎ノ穿孔, 2. 急性脾臟壞死, 3. 胃・十二指腸潰瘍ノ穿孔, デアラウ。

急性蟲様垂炎ガ、最初カラ廻盲部ニ疼痛ヲ訴ヘテ來ルコトハ甚ダ妙クテ、教室淺野講師ノ調査ニ據レバ、18.1%ニ過ギズ、胃或ハ臍部ニ先ヅ疼痛ヲ訴ヘル所謂假面性疼痛ノ型デ來ルモノガ、實ニ54.2%ノ多數ニノボツテ居ルノデアル。此ノ説明ハ、蟲様垂附近ノ體壁腹膜ヤ小腸間膜及ビ腸間膜ニ加ヘラレタ細菌性ノ刺激ハ、一方デハ直チニ脊髓神經ヲ經由スルガ、他方デハ交感神經ヲ經テ、太陽神經叢ヲ通り求心性ニ神經中樞ヘ傳達サレル。トコロガ腹部内臓、特ニ胃ニ關係スル交感神經及ビ迷走神經中ノ求心性神經纖維モ亦タ此ノ太陽神經叢ヲ經由シテ、更ニ上方神經中樞ヘト傳達サレルモノデアル。ソレ故ニ此部デ錯亂ガ起リ大脳皮質デハ、宛カモ腹腔全部ニ、或ハ特ニ胃ニノミ發痛刺激ヲ受ケタカノ如ク錯覺スルノデアル、トサレテ居ル。

急性蟲様垂炎ガアツテ、ソレガ穿孔シタ結果ノ汎發性腹膜炎トスレバ、斯ル短時日ニ來ルモノハ奔馬型デアツテ壞死ヲ主トシテ來ル細菌ノ「ヴィルレンツ」ノ強イモノデアル。コレハ先ヅ絕對的ニ豫後ノ惡イモノデ、ソレニシテハ此ノ患者ノ脈搏性質ハ少シ良スギル。

急性脾臟壞死ノ際モ、胃部ニ突如ト疼痛ガ來ルノデアルガ、ソノ疼痛ハトテモ猛烈デ堪ヘ得ラレナイ、麻醉藥ノ注射モ效ヲ奏シナイノガ普通デ、特ニ Katsch ノ Linksschmerzen ト名ヅケラレル様ニ左方ニ放散スル疼痛ノ來ルコトガアル時ハ、コレヲ考ヘナケレバイケナイ。此ノ際、疼痛ヲ緩和スル意味デ、患者ガ坐ツタマヽ上身ヲ海老狀ニ前屈シテ居ルコトガ多い。

脾臟壞死デハ、臟器ノ位置ノ上カラモ理解出來ル様ニ、最初カラ腹膜炎ヲ發シテ來ルコトハナイ。二次的ニ感染ガ加ハリ、然ル後ニ腹膜炎ガ併發スルノデアル。

此ノ患者デハ第1疼痛ノ程度ガ脾臟壞死ノ時ノ如ク劇烈デハナカツタ。麻醉劑ノ注射デ幾分か緩和スルシ、上身ヲ前屈スルガ如キコトハ、發病來1回モ無カツタ。

サウダトスレバ、潰瘍ノ穿孔ヲ考ヘナケレバナラナイ。

胃潰瘍ト十二指腸潰瘍デハ、十二指腸潰瘍ノ方ガ穿孔率ガ多イトサレテ居ル。マタ胃後壁或ハ小彎附近ノ潰瘍ハ、脾臟内ニ穿孔スルトカ、周圍ノ肝床ニ癒着スルトカシテ限局シテシマヒ、汎發性腹膜炎ヲ起サズニ済ム場合モ妙クナイ。併シート度腹腔内ニ穿孔シテ周圍ニ何等癒着等ガナケレバ汎發性腹膜炎ヲ發スルコトハ自明ノ理デアツテ、而モ此ノ際ハ瓦斯體ガ横隔膜下ニ集積スルノデ、肝濁音、肝肺限界等ハ消失シテシマウノガ普通デアル。

實ハ此患者ハ、斯ル所見ガアツタカラ、ソレダケデ潰瘍ノ穿孔ト診斷シタ。

急性脾臓壊死ト潰瘍穿孔ノ鑑別ニ當ツテハ、自分ハ此ノ點ニ重點ヲ置イテ居ル。其ノ他爾他健康尿中ニ於ル大腸菌ノ有無ノ検査モ必要デアル。即チ脾臓壊死ノ初期ニハ一般ニ尿中ニ大腸菌ガ現レナイ。マタ尿中「デアスターゼ」量ノ検査モヤル可キデアル。レントゲン検査モヤレバナホ宜イ。併シ此ノ場合、手術臺上ニ臥テ居ル患者ヲ、此等補助診断法ヲ借ラズニ診断ヲツケザルヲ得ナカツタノデ、ソノ診断ノ最モ重イ據點トナツタノハ、前述打診上ノ所見デアツタ。

更ニ潰瘍ノ穿孔デアルカ否カラ決定スルニハ、「アナムネーゼ」ノ吟味ガ必要デアル。ソレデ患者自身ハ意識ガ濁濁シテ居タカラ、家人ヲ呼ンデ既往歴ヲ尋ネテミタ。ソレニ依ルト、昭和3年4月頃カラ食事後約3時間デ胃部ニ鈍痛ガアリ、吞酸嘈雜ガ屢々存在シテ、斯ル病苦ハ約4年間ホド續イタガ一時恢復シ3年バカリハ全ク健康デアツタ。トコロガ4年バカリ前カラ、以前ト同様ノ苦痛ガアラハレテ、今度ハ疼痛ニ際シテ胃部膨滿感ガアリ、夕食後ニ3時間ホドデ惡心、嘔吐ヲ來シ、最近ハ此ノ度ガ強クナリ、1ヶ月前カラ大便ガ黒色ヲ帶ビテ來タ、トイフノデアツタ。

即チ數年來所謂空腹痛ガアリ食後3時間デアラハレルトコロハ、如何ニシテモ胃潰瘍デ而モ幽門近クニ存在スルコトヲ思ハセルニ充分デアル。而モ最近痙攣性收縮ニ依ツテ幽門狹窄狀態ニ近クナツテ、潰瘍カラハ出血シテ居タモノノ様ニ思ハレル。

ドウシテモ、以上カラ胃潰瘍ノ穿孔ニヨル汎發性腹膜炎ト診断セザルヲ得ナカツタ。

手術。直チニ0.5%「ヌベルカイン」液1.5匁ノ脊髄麻醉ノ下ニ開腹術ヲ行ツタ。一般狀態ガ良好デナイカラ、右脚部皮下靜脈ヲ剝離シテ、靜脈内ニリンゲル氏液500匁、血液200匁ノ點滴注入ヲ行ヒツツ手術シタ。上正中線切開。腹膜ハ充血シテ居タガ、肥厚ハ認メナカツタ。腹膜ヲ開イタ途端ニ、瓦スト溷濁シタ腹水トガ奔出シタ。ソシテ手術野ニハ濃厚ナ纖維索性苔被ヲ持ツタ肝縁ガアラハレタ。此ノ肝縁ノ下ニ肝床面ト粗ニ癒着シテ膨滿シタ胃ガアツタガ、同ジ様ナ苔被ガ附着シテ居タ。依ツテ大彎部ヲ持チ乍ラ上記ノ癒着ヲ剝離シツ、下ニ輕ク引ツパリ、一方肝縁ヲ舉上スルト、ソノ部カラ黒綠黃色ノ液體ガ流出シ來リ、此ノ液ヲ吸引シテミルト、ソノ部ノ胃壁ハ強ク充血シ血管モ怒張シテ居タ。穿孔部位ヲ求メルト、幽門輪ニ近ク、ソノ後壁ニ而モ小彎寄りニ、直徑約3匁ノ圓形癰痕ヲ認メタ。ソシテ中央ニ鉛筆ノ太サ位ノ穿孔口ガ認メラレ、周圍トノ癒着ハ相當ニ強イ。

一般狀態、脈搏ノ緊張ソレニ周圍ノ癒着狀態カラシテ、同部ノ切除ハ困難デアツタカラ、穿孔口中ヘ大網膜ノ先端ヲ挿入シ、先ヅ胃壁ニ固定シテソレカラ比較的健康部ノ漿膜下ヘ絲ヲ通シテ巾着縫合法ニ依ツテ穿孔口ヲ閉鎖シタ。縫合ハ合計2列行フタ。癰痕化部ハ脆弱デ絲ヲカケテモ裂ケテ來ルノデ、ソレヨリ遠クカラカケタノデアル。

次ニ左側側直腹筋切開デTreitz氏靱帶カラ約40匁ノ部ニ空腸瘻ヲ造設シタ。

更ニ左側腸骨窩部ニ約4匁ノ皮切ヲ加ヘテ、小骨盤腔ニ排膿管ヲ挿入シ、滲出液ヲ充分ニ吸引シテ、腹膜ハ排膿管ノ周圍ニ密ニ接スル様ニ閉鎖シ、次ニ正中切開線ヲ閉ヂツ、腹腔内ニ

1500 兎、空腸瘻カラハ 500 兎ノ食鹽水ヲ注入シテ、排膿管ハ「クレンメ」デトメテ腹腔ノ食鹽水ガ流出シナイ様ニシ、正中切開創ハ全部一次的ニ閉鎖シタ。手術終了後脈搏ハ著シク良好トナツテ、意識モ明瞭トナツタ。

即チ術前ノ診斷ノ如ク胃潰瘍ノ穿孔ニ依ル汎發性腹膜炎デアツタ。

之ニ向ツテ自分ノ行ツタコトハ

- i. 穿孔口ヘ大網膜先端ヲ充填シテソレヲ固定シタ。
- ii. 空腸瘻ヲ設置シ、マタ左腸骨窩部カラ排膿管ヲ挿入シタ。
- iii. 直チニ空腸瘻カラ 500 兎、腹腔内ヘ 1500 兎ノ 0.85% 食鹽水ヲ注入シタ。

ノデアルガ、以上ノ手術ヲ終ツタ時、既ニ脈搏及ビ一般狀態ハ著シク回復シテ居タ。

胃或ハ十二指腸潰瘍ノ穿孔ガアツタ時、一般狀態ガソレヲ許シ、マタ局所ノ條件モ宜シケレバ、同部ノ切除ヲアルノガ一番良イデアラウ。併シ我々ガ取り扱フモノハ大抵穿孔後時間ガ經ツテ居ルノデ一般狀態ガ悪ク、ソレニ潰瘍ガ穿孔スル迄放任シテアルモノハ、局所ニ於テモ周圍トノ癰痕性癒着ガ強クテ切除ニ不適當ノモノガ多イ。從ツテ差シ當リ穿孔口ヲ閉鎖スルヨリ他ニ途ハ無イ。

普通潰瘍ノ周縁及ビソノ周圍ハ、炎症ノ爲ニ脆弱ニナツテ居ルカラ、縫合絲ヲ如何ニ苦心シテ持ツテ行ツテモ充分満足ナ縫合ハ行ヒ得ナイ。絲ヲカケルト局所ハ千切レテシマフカラデアル。ソレデコンナ時ハ、大網膜ヲ穿孔口内ニ挿入シタ方ガヨイ。ソシテ比較的健常ト思ハレル部分カラ巾着縫合法デ締メルノデアルガ、之ダケデハ挿入大網膜ガ抜ケテシマフ。依ツテ周圍ノ胃壁ト大網膜ノ間ニモ縫合絲ヲ 2、3 カケテ置ク。巾着縫合ハモーツヤツタ方ガヨイ。大網膜ヲ穿孔口部ニ載セテ縫合スルダケデハ、ソノ閉鎖ハ不十分デアル。

コンナコトデ幽門部ノ狹窄ヲ來ストイフコトハ、餘リ起ラナイガ、胃腸吻合術カ空腸瘻造設ヲ行フベキデアラウ。

自分ハ此際原則トシテ、一般狀態カラミテ時間ノカ、ラナイ空腸瘻ヲ造置シタ方ガヨイト、主張シタイ。トイフノハ後日ニ於テ、體力ノ回復ヲ俟チ潰瘍部ヲ切除スルカ、ソレガ出來ナケレバ贗置性胃切除術ヲ行フ可キデアルト信ズルカラ、豫メソノ操作ニ際シ制限サレルコトノ無イ様ニシテ置クコトガーツ、ソレカラ兎ニ角當面ノ問題ハ、可及的侵襲ヲ少クシテ生命ヲ助け、直チニデモ食物ヲ入レテ體力ノ回復ヲハカル可キデアルノダカラ此ノ意味デモ空腸瘻ガヨイト思ハレル。

續イテ自分ハ腹腔内ノ液ヲ充分ニ吸引シテ、食鹽水 1500 兎ヲ注入シタ。マタ空腸内ニモ即坐ニ 500 兎注入シ、翌日カラハ空腸内ニ 5% 葡萄糖液ヲ毎日 500 兎宛ニ注入シタ。

汎發性腹膜炎時ノ體內「クロール」並ビニ水分缺乏ニ對スル爲ト、更ニ腹腔内ノ毒素吸收排泄ヲ迅速ナラシメ、マタ腹腔内ノ喰菌現象ヲ促進スル意味デアル。赤土博士ノ研究ニヨレバ、腸管内ニ 5% ノ葡萄糖液ヲ注入スレバ、腹腔内ノ喰菌現象ガ増進スルトイフ實驗結果ニナツテ居ル。

翌朝ニナルト腹部モ全ク扁平化シテ、腹腔内注入食鹽水ガ總テ吸收サレタコトガ解ツタ。依ツテ排膿管ノ「クレンメ」モ除イタ。

2週間後ニハ經口のニモ食物ヲ攝ラセタガ、狹窄症狀ハナカツタ。排膿管モ拔去シタ。

術後1ケ月目ノ胃液ハ次ノ様デ、健常人トサシテ變ツテキナイ。モウ Hyperazidität ガアル譯デモナイ。

5月31日即チ前回ノ手術後6週デ第2回ノ手術ヲ行フタ。前回同様脊髄麻醉ノ下ニ開腹。腹水ハ無イ。前回大網膜ヲ挿入シタ穿孔部ニハ、挿入大網膜ガ美事結締織性ニ癒合シテ、觸診スルトソノ部ハ鳩卵大ニ硬結シテ居ル。ソノ他、胃、大小腸ニモ所々纖維素性癒着ヲ認メ得タガ、汎發性腹膜炎ノ結果デアラウ。

コレデ最初ノ手術ハ、如何ニモ理想的ニ行ハレテ居ルコトヲ知ツタ。

併シ局所ノ癒着狀態ガ相當ニ強イノデ、潰瘍ノ切除ハ不可能デアツタカラ、Finstererノ曠置の胃切除術ヲ行フタ。

此ノ際ニ曠置幽門部ノ粘膜除去ヲヤツタ方ガ良イカ、ヤラナクテモヨイカ、此ノ問題ニ關シテハ、自分ハ今何トモ云ヒ得ナイ。自分ガ今迄ニ自ラ親シク手術シタ曠置の胃切除術例ニ於テ、凡テ粘膜除去術ヲ行フテ居ルノデ、ヤラヌ場合トノ比較ハ出來ナイノdeal。タダ全例ニ於テソノ手術後ノ検査ニ據レバ、遊離鹽酸度ガ極度ニ低下スルカ欠如シテ居ル。此ノ例デモ全ク遊離鹽酸ハ欠如

シテキタ。

第2回目ノ手術

後28日目カラ空腸

瘻ハ廢シタ。

ソシテ7月9日

ニ全治退院シタノ

deal。當時ノ尿

ニハ大腸菌ハ立證

シ得ナカツタ。

トコロガ7月17

検査日	26/V								8/VI							
	0'	15'	30'	45'	1°	30'	2°		0'	15'	30'	45'	1°	30'	2°	
量	2	2	1	6	2	12	10		3	4	2	4	4	8	5	
色	無	無	無	綠黃	綠黃	黃褐	綠褐		無	無	無	無	無	無	黃	
食物殘渣	—	—	—	+	+	—	—		—	+	+	+	+	+	—	
粘液	—	—	—	—	±	+	±		—	—	—	—	—	—	—	
肉眼血	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	
潛血	—	—	—	±	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	
反應	酸	酸	酸	中	中	中	中		中	酸	酸	酸	酸	酸	中	
「コンゴ・ロート」	無變	無變	無變	無變	無變	無變	無變		無變	無變	無變	無變	無變	無變	無變	
乳酸	±	±	±	+	+	+	+		—	—	—	—	—	—	—	
遊離鹽酸	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	
總酸度	6,5	5	6,5	20	17	15	11		0	4	4	4,5	5,5	6	3	

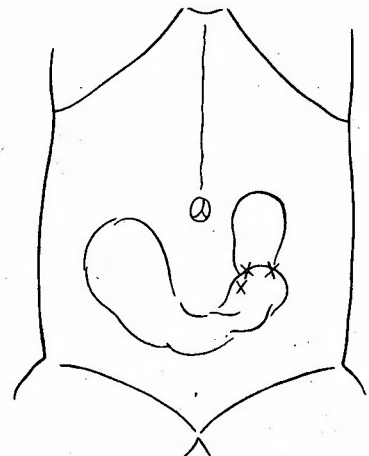
日夜誘因ト認メラレルモノガ無クテ、下腹部ニ強烈ナ痙攣様疼痛ガ突然來襲、惡心、嘔吐ガ頗ル強イ、トイフ訴ヘデ再ビ入院シタ。

自分ノ診タノハ發病後約10時間ヲ經テカラデアツタ。診ルト一般狀態ハ大シテ惡クナイ。脈搏モ1分時約80デ緊張モ良イ。局所所見デ著シイコトハ、臍ヲ圍ンデ略々下方ニ突出シタ半圓形ノ膨隆ガアルコトデアル。觸診スルト *Défense musculaire* ハ何處ニモナク、膨隆ニ一致シテ腫瘍ヲ觸レルガ腫瘍ノ周圍ハ銳的ニ界シテ、表面平滑、彈力性軟デ、臍ノ左下3横指ノ部ニ壓痛ガアル(第1圖參照)。腸音ハヨク聞エル。

第 1 圖

白血球數13000, 尿中ニ大腸菌ガ一視野平均6ヲ認メタ。
體溫37.2°C。都合デレ線検査ハ出來ナカツタ。

持續性ノ疼痛デナイカラ、炎症性ノモノトハ考ヘラレナカツタ。腸管自身ノ機械性ノ閉鎖ニヨル疝痛ト理解シタ。ソレニ腹部ニハ *Défense musculaire* モ無イノデ、腹膜炎ニ依ルモノトハ考ヘラレナカツタ。ソレニ此際健常尿中ニ大腸菌ガ立證サレタコトハ重大ナ所見デアル。「イレウス」ノ際ニ大腸菌ガ尿中ニ立證サレルノハ、所謂廣イ意味ノ絞扼性イレウス」ノ際ノミデアル。トイフノハ、佐々木軍醫少佐ノ實驗ニ據レバ、腸管穿孔ノ際ノ他ニハ腸管ノ閉鎖ト同時ニ腸管ノ循環障礙ガ起ツタ時(急性蟲様突起炎モコノ中ニ入ル)ニノミ大腸菌ハ腹腔ヲ經テ尿中ニ移行スルカラデアル。血粘液便ガ出ナイノデ、腸重積症トハ考ヘラレナカツタ。ソレデ開腹術ヲヤツタアトニ往々起ル、纖維素性索條ニヨル絞扼性イレウス」ト理解シタ。



× 壓痛アリ

手術。前同様ニシテ直ニ下正中線切開デ開腹。スルト、空腸瘻ノアツタ部カラ肛門方へ95厘米離レ、マタ盲腸カラ口方へ60厘米ノ部ニ及ブ約60厘米ノ小腸ガ時計ノ針ノ方向ニ360度廻轉ヲシテ居タ。依ツテ此ノ廻轉ヲ戻シタコロ、忽チ腸管色ハ健常部同様ニナリ、膨滿狀態モ消失シテ腸管ハ收縮シタ。ソシテ術後約4週デ全治退院シタ。

以上ノ如ク此度ハ、割ニ珍シイ小腸ノ軸捻轉デアツタノデアル。腸間膜ガ短ク狭クナツテ居タガ、之レハ前ノ腹膜炎ノ結果デアツテ、ソノコトガマタ軸捻轉ヲ起シタ誘因ニモナツタノデアラウ。

術前ノ絞扼性イレウス」トノ診斷ハ當ツテキタガ、小腸ノ軸捻轉トマデハ考ヘ得ナカツタ。

此ノ例ハ、最初潰瘍穿孔後約17時間デ手術ヲ行ツタ。穿孔後時間ノ經ツニツレテ、手術ノ豫後ハ惡クナリ、17時間モ經ツタモノデハ、内外ノ文獻ニヨルト50—70%ノ死亡率ガ舉ゲラレテ居ルガ、幸ニ此ノ例ハ助カツタ。

術前ノ所見ノウチデ肝濁音ノ消失ト、マタ胃潰瘍ヲ想ハセル「アナムネーゼ」カラ、潰瘍穿孔ノタメノ汎發性腹膜炎ト診斷シテ誤リナク、更ニ第2回手術トシテ潰瘍ニ向ツテ曠置的胃切除術ヲ行ツテ好結果ヲ得、ソノマタ後デ珍シイ小腸ノ軸捻轉ヲ起シタ有益ナ實例デアル。