

慢性乳腺炎

二 慢性乳腺炎

慢性限局性乳腺膿瘍

一 慢性限局性乳腺膿瘍

急性化膿性乳腺炎ニ於テ形成セラレタル限局性膿瘍ハ、往往結締織被囊ヲ以テ周圍ノ健康組織ト界セラレ永ク殘留スルコトアリ。此膿瘍ハ其發生ニ當リ多少ノ急性炎症狀ヲ經過スルヲ常トシ全身症狀ヲ缺キ、壓痛アルモ甚ダシカラズ、波動アルモ、小ニシテ深在性ノモノハ之ヲ觸レ難シ。往往腋窩淋巴腺ノ腫脹ヲ伴フ。

診斷 膿瘍ト誤診スベカラズ、腫瘍ニ向テ乳房ニ手掌ヲ壓着スルニ膿瘍ニアリテハ硬結ノ表面平坦ナルヲ感ズルモ、痛腫ニアリテハ凸凹不規則ニ觸ルルヲ常トス、疑ハシキトキハ試驗的穿刺ヲ施スベシ。又本症ハ乳房後部ニ於テ胸壁ニ形成セララルル結核性膿瘍助骨結核、限局性助骨結核ト誤ララルコトアリ。

療法 切開排膿スベシ。

乳腺結核

二 乳腺結核

結核菌ノ乳腺内ニ侵入スルヤ、或ハ直接ニ乳嘴・乳暈ヨリシ、或ハ他ノ結核病竈アリテ續發的ニ生ズ、例之腋窩淋巴腺結核ニ繼發スルガ如シ。本症ハ春機發動期以後ニ多シトス。

症候 初メ乳腺中ニ浸潤ヲ發ス、即チ表面不規則ナル硬結トシテ之ヲ觸知ス。疼痛ハ缺如シ或ハ輕度ニ之ヲ訴フ。後軟化シテ寒性膿瘍ヲ形成シ、波動ヲ呈ス、膿竈皮下ニ及ブトキハ、皮膚ハ漸次菲薄トナリ、終ニ自潰シテ瘻孔ヲ生ジ、乾酪樣絮片ヲ混ズル稀薄灰白黃色ノ膿汁ヲ漏ス。本症ハ好シテ腋窩淋巴腺ノ結核ヲ併發ス。

診斷 初期ニ於テ硬結ヲ觸ルルノミナルトキハ新生物ト誤ルコトナキアラズ、年齢、結核體質、原發病竈等ニ注意ス。既ニ膿瘍ヲ作り又固有ノ瘻孔ヲ形成セルモノニアリテハ診斷困難ナシ、但シ此狀態ハ往往大胸筋後ニ於ケル寒性膿瘍助骨結核、限局性助骨結核ト誤診セラル、注意スベシ。

療法 乳腺切除及ビ腋窩腺剔出ヲ行フ。姑息的ニハ穿刺排膿シテ沃度仿留護「グリセリン」注入法ヲ施ス、又レントゲン線療法ヲ試ム。猶一般強壯療法ヲ必要トス。

慢性間質性乳腺炎

三 慢性間質性乳腺炎

慢性間質性乳腺炎 Chronische interstitielle Mastitis. ハ女子ノ總テノ年齢ニ發スルモ、特ニ月經閉止期ノ頃或ハ閉止後ノ者即チ高年ノ婦人ニ多シ。腺胞或ハ排泄管周圍ノ結締織ニ圓形細胞ノ浸潤ヲ發シ、結締織増殖及ビ瘻痕收縮ヲ起ス、往往排泄管閉塞ノ爲メ鬱滯性小膿瘍ヲ形成ス。

症候 慢性ニ經過ス、疼痛ハ著シカラズ、熱候モ通例之レヲ缺ク。特徴ハ乳腺内ニ多クノ結節狀或ハ索狀物ヲ觸ルルニアリ。皮膚及ビ乳嘴ニ變化ヲ呈セズ、唯時トシテ皮膚ニ輕度ノ癢着ヲ起シ、又乳腺ト筋膜ノ癒着ヲ致スコトアリ。

診斷 多發性結節及ビ索條物形成ヲ以テ診斷ス。癒着アル場合ニ於テハ往往腫瘍トノ區別困難ナルコトアリ。試驗的切除ヲ行ヒテ鏡檢上區別スベシ。

豫後 良ナルモ治癒シ難シ。

療法 提乳帶、壓抵繃帶等ヲ應用ス。

慢性囊腫性乳腺炎

四 慢性囊腫性乳腺炎

慢性囊腫性乳腺炎 Mastitis chronica cystica. ハ若年ノ女子ニ多ク、殊ニ月經後若シクハ產褥ノ後ニ發起シ一側或ハ兩側ニ生ズ。間質結締織増殖シ、腺胞ハ一部消失シ一部ハ囊腫ヲ形成ス。組織上新生物ト認ムベキ點アリ

症候 漸徐ニ増加スル乳房ノ疼痛性腫脹ヲ生ズ。普通全乳腺ニ發シ、稀ニ限局性ナリトス。適當ノ治療ニヨリ消散スルコトアリ、又極メテ稀ニ化膿スルコトアルモ、最モ多クハ腫脹漸次ニ限局シ、疼痛ハ全ク去リ、大小種種ノ限局セル腫瘍狀硬結ヲ留ム。大サハ種種ニシテ、大ナルハ鳩卵大ニ至ル。此硬結ハ月經時ニ増加ス。本症ハ經閉期ニ及ビ自然ニ消散スル

アコト

豫後 良ナルモ後年癌腫變性ヲ起スコト稀ナラズ。

療法 安靜、提舉、壓抵、沃度劑内服等ヲ以テ處置ス、癌腫變性ノ疑アルトキハ全腺ヲ剔出ス。

膿胸

三 膿胸

膿胸 Pyothorax. ハ肋膜ノ化膿性炎症(化膿性肋膜炎 Pleuritis purulenta)ニシテ、肋膜腔ニ膿性滲出物ノ滯溜ヲ來ス疾病ナリ。(肋膜腔蓄膿症 Empyema pleurae) 其滲出物ハ初メヨリ膿性ノコトナキニアラザルモ、多クハ初メ漿液性ニシテ後、化膿性ニ變ズルヲ常トス。化膿竈ハ或ハ肋膜腔ノ大部分ニ互リ或ハ一部ニ限局ス。

本症ノ臨牀上最重要ナルハ繼發的ノモノニシテ、急性肺炎ヨリスル炎症ノ蔓延ニ因スルモノ最モ多ク、又肺結核ニ續發スルコトアリ。稀ニ肋骨ノ化膿性骨髓炎、胸壁化膿創傷等ニ繼發シ、又腹部ノ種種ナル化膿性疾患(肝膿瘍、蟲癭突起炎、腎臟周圍結核、橫膈膜下膿瘍等)ヨリノ蔓延ニ因リテ成立スルコトアリ。其他本症ハ往往病原菌ノ血行轉移ニヨリテ形成セラレ即チ子宮傳染、丹毒、「フレグモ」「フレンケル」「カルブンケル」「化膿創傷等」ヨリシ、又熱性傳染病ノ經過中ニ發スルコトアリ。時トシテハ原因病竈ノ證セラルルモノナクシテ全ク原發ノ觀ヲ呈スルコトアリ。

本症ノ原因ヲナス細菌ハ 1. 肺炎球菌肺炎ニ因 2. 連鎖狀膿膿球菌丹毒、產褥熱、化膿 3. 葡萄狀膿膿球菌「フルケル」「カルブンケル」等ノ 4. 瓦斯ヲ產出スル種種ナル腐敗菌通例上記諸菌ト混合ス 5. 結核菌 6. 腸室扶斯菌、流行性感冒菌、淋菌等トス。

急性化膿性肋膜炎

一 急性化膿性肋膜炎

症候 稽留或ハ弛張スル熱、稀ニ全ク無熱ニ經過スル事アリ 呼吸困難、咳嗽刺戟等アリ。理學的検査ニ於テ肋膜腔内滲出物滯溜ニ因ル諸徵候ヲ呈ス、即チ聲音震顫ノ微弱或ハ消失、濁音界、其上方ニ低調ノ鼓音ヲ聽クコトアリ 肺胞音ノ微弱或ハ消失往往濁音界ノ上部ニ隣

接臓器ノ壓迫ニ因スル打診界ノ變移等ヲ認メ、患者ハ好シク患側臥位ヲ取ル。往往患胸側肋間ノ膨隆、皮膚ノ浮腫潮紅等ヲ來ス。

經過中ニ偶發シ得ベキ危險症ハ虛脱、窒息、膿毒症等ニシテ、病機持長スルトキハ、亦腎炎併發・衰弱等ノ下ニ斃ルルコトアリ。

膿胸ニシテ自然排膿ヲ營ムコトアリ。(1) 肋間ヲ經テ胸壁皮下膿瘍ヲ形成シ、遂ニ皮膚ヲ破リテ排膿ス。後永ク瘻孔ヲ留ムルヲ常トスルモ、此結果全ク治癒ノ轉歸ヲ取ルコトナキニアラズ。(自然治癒ノ一) (2) 肺臟ニ向ヒ氣管枝ニ穿破スルコトアリ。之レニヨリテ治療ヲ營ムノ僥倖ヲ得ルコトアルモ、(自然治癒ノ二) 空氣肋膜腔内ニ竄入シテ膿氣胸ヲ誘發シ、又ハ肺壞疽ヲ生ジテ重篤ニ陥ルコトアリ。

膿竈限局被包セラレ、膿汁ハ濃縮シ、壁ハ肥厚シテ永ク現狀ニ止ルコトアリ。斯クノ如キ場合ニ於テモ亦漸次榮養ノ衰頹ヲ免カレズ。

診斷 肋膜滲出物ノ存在ヲ徵シ、熱候長ク持續シ、滲出物吸收ノ傾向ナキ場合ハ診斷的穿刺ヲ怠ル可カラズ。一度之レヲ試ミテ漿液性ノ内容ヲ得タルトキモ、爾後ノ經過更ニ遷延シ、猶高熱連續スルトキハ、適宜時期ヲ選ビテ更ニ穿刺ノ反復ヲ要ス。試穿ノ結果、純膿若シクハ漿液膿性ノ液ヲ得バ、本症タルノ診斷確實ナリ。得タル膿汁ハ鏡檢又宜シク培養法ヲ行フベシノ材料ニ供シ、其原因細菌ノ種類ヲ定ムベシ。患胸側ノ高度ノ皮膚浮腫及ビ潮紅ハ多クノ場合ニ於テ化膿性炎症ノ證左ナリトス。急性肺炎ニシテ定型的經過ヲ取ラズ、熱候長キニ互ルモノニアリテハ常ニ本症ノ併發ヲ警戒スベシ。

熱候ハ殆ンド常ニ之レヲ發シ、本症診斷上ノ要徵タルコト上述ノ如クナルモ、亦稀ニ全ク或ハ殆ンド全ク無熱ニ經過スルコトアルヲ以テ、熱發ナキモ、之レヲ以テ直ニ膿性滲出物ナルヲ否定スル能ハザルナリ、宜シク注意ヲ要ス。疑ハシキトキハ試穿ヲ行フベシ。

診斷的穿刺 Probepunktion ヲ施スニ當リテハ當該皮膚ヲ嚴

ニ消毒シ、沃度丁幾塗、左示指頭ヲ強ク上下、肋骨間ニ壓着シ、皮膚

ヲ壓陷セシメ、此指尖ニ近接シテ針ヲ刺入スベシ、(第二十五

圖) 肋間動脈ノ主管ハ肋骨ノ下縁ニ沿フテ走ルヲ以テ、穿刺ハ

正シク肋間ノ中央ニ於テスルカ、或ハ稍、其下部ニ偏シテ行フ

ヲ可トス。但シ腋窩線ヨリ後方ニ於テハ肋間動脈ハ深ク肋骨ノ

内面ニ接スルヲ以テ之ヲ傷クルコト甚ダ稀ナリ。刺入ノ深サハ

二乃至四仙迷ナルベシ、素トヨリ大人ナルト小兒ナルトニヨリ

又削瘦者ナルト肥滿家ナルトニヨリ之ヲ異ニス。既ニ針ヲ刺入

スレバ則チ吸子ヲ牽引ス、濃厚ナル膿汁、就中纖維素凝固物ニ富ム肺炎性滲出物ニアリテハ往往之レヲ筒中ニ吸出スルコト能ハズ、

僅ニ拔去セル針管中ニ存スル膿ヲ見テ確定シ得ルコトアリ、注意ス可シ。穿刺部位ハ打診聽診ニヨリテ定メタル滲出物溜留部ヲ選

ブベク、常ニ一定セザルモ、第九第八或ハ第七肋間ニ於テ肩胛線或ハ後腋窩線ニ行フ可キ場合最モ多シ。

豫後 本症ニシテ放置セラルルトキハ常ニ危險ナリ、自然治癒ハ僥倖ノミ。手術ノ結果ハ患者ノ長幼、榮養ノ狀

態、原因ノ如何及ビ新鮮ナルト陳舊性ナルトニ因リテ一樣ナラズ。肺炎菌性ノモノハ通例良、葡萄狀球菌ニ因ルモ

ノ之レニ次ギ、連鎖狀球菌性ノモノハ疑ハシク、腐敗性菌ノ混合傳染アルモノハ多クハ不良トス。陳舊性ノモノハ

既往ノ經過長キニ從テ治癒愈、困難ニシテ、手術後數箇月ニ互リ或ハ更ニ永ク瘻管ヲ留ルコトアリ。小兒ノ膿胸ハ大

人ニ比シテ良ナリ。

療法 膿性滲出物證明セラルルトキハ直ニ手術ヲ施ス。膿胸ニ施ス手術ニ穿刺法ト開胸術トアリ。

一 膿胸穿刺法 Punktion.

穿刺排膿法ハ、小兒ニアリテハ時トシテ之レヲ以テ能ク治癒ノ目的ヲ達スルコトアルモ、一般ニハ奏効稀ナリ。唯

Punktion

第二十五圖 肋間動脈ノ斷診ルニ物出滲性膿胸 法刺穿の斷診ルニ物出滲性膿胸



急卒開胸術ヲ施ス能ハザルトキニ於テ、救急的措置トシテ本法ヲ採ルベキ場合少ナカズ。即チ肺臟及ビ心臓ノ壓迫

ニ由ル危險ノ一時的救助、著シキ衰弱ニ因ル開胸術ノ禁忌、兩側膿胸、開胸手術ノ準備缺乏等ノ場合トス。

一 準備 打診聽診ニ依リ滲出物ノ境界ヲ定メ、其診定セラレタル膿腔ノ基底ニ穿刺部ヲ選定ス。(通例肩胛線ニ於テ第八或ハ第

九肋間、若クハ中腋窩線ニ於テ第五或ハ第六肋間) 嚴ニ皮膚ヲ消毒シ、(沃度丁幾塗布法ヲ便トス) クロールエチールノ麻痺法、或

ハ局部注射麻痺法ヲ施ス。

二 器械 穿刺針ハ肋間隙ノ許ス程度ニ於テ成ルベク太キヲ選ブ、單純ノ套管針ヲ用フルモ亦不可ナキモ、排膿中空氣ヲ肋膜腔

内ニ吸引セシムルノ虞アルヲ以テ、側方ニ排泄管ヲ備フル套管針ヲ取ルヲ便トス、即チ其排泄管ニ豫メ長キ護謨管ヲ連續固定セシ

メ、該護謨管ノ末端ヲ殺菌水ヲ盛リタル器中ニ没入セシメ置クトキハ、護謨管中ニ出デタル膿汁ハ水柱ノ重サニヨリ吸引作用ヲナ

シ、且ツ空氣ヲ肋膜腔ニ吸入セシムルヲ防ギ得ベシ。又穿刺後自然排液ヲ營マシメズ、套管端ニ短カキ護謨管ヲ附セシメ、此遊離

端ニ吸引唧筒子ヲ連ネテ吸引シ、筒ノ充ツルニ從ヒテ之レヲ捨テ、更ニ反復シテ内容ヲ排除スルノ法アリ、此際唧筒子ヲ外セル間ハ

該護謨管口ヲ固ク指頭ヲ以テ壓閉シ、空氣ノ竄入ヲ防グ可シ。又同一ノ目的ヲ以テ空氣ノ陰壓ニ依リ膿汁ヲ吸引スル特殊ノ裝置ヲ

有スル器械アリ。(ボテーン氏吸液器等)

單純ノ套管針ヲ以テ吸引排膿法ヲ施サントセバ、穿刺前同套管ノ外口ニ

適スル太サノ護謨管(長サ五―七仙迷)ヲ取リ、其一端ヲ動脈針子ヲ以テ

閉鎖シテ備ヘ置キ、後穿刺シテ内針ヲ去リ排膿ヲ開始スルヤ、直チニ此

護謨管ノ開放端ヲ套管口ニ連續セシメ、絹絲ヲ以テ結紮固定シ、後他端

ニ附シ置ケル針子ヲ去リ、左示指兩指間ニ護謨管ヲ壓迫閉鎖シテ把持シ

右手ニ適宜ノ唧筒子ヲ取リ、此護謨管端ヨリ、反復吸引シテ排膿スベシ。

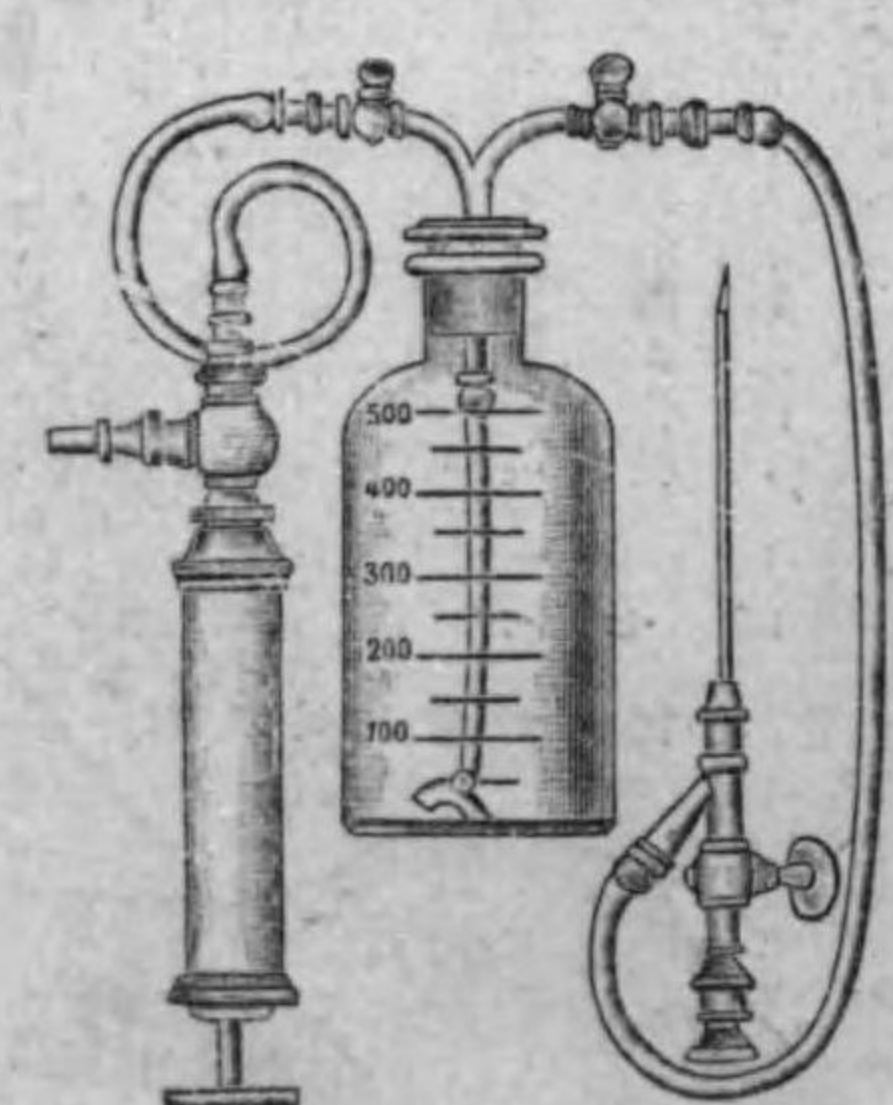
此法ハ隨意ニ吸引ノ力ヲ調節シ得ベク、又膿汁濃厚ニシテ自ラ流出セザ

ル場合ニ於テモ適宜力ヲ加ヘテ之レヲ吸引シ得ルノ便アリ。

又單純ノ套管針(或ハ排泄用側枝ヲ有スルモノ)ヲ用ヒテスル他ノ方法

アリ、即チ今ヤ内針ヲ去リ、排膿開始セラレタルトキ、套管口ニ薄キ護

第二十六圖 ボテーン氏吸液器



膜囊ノ、囊底ヲ開放セルモノヲ連續スルトキハ(側枝アルモノヲ用ヒシトキハ豫メ之レニ連結シ置クベシ)此
護膜囊ハ瓣ノ作用ヲナシ、空氣ノ吸入ヲ防止シ得ベシ。

三 套管刺入 刺入ニ先ダチブラワツ注射器ヲ用ヒテ、刺入セントスル部ニ試穿ヲ行ヒ、内容ノ存
在ヲ確定ス。刀尖ニテ豫メ此部ニ小刺ヲ設ケ置クトキハ、多クノ力ヲ要セズシテ刺入シ得ルノ便アリ。

左示指頭ヲ強ク肋間ニ貼シテ皮膚ヲ壓陷セシメ、其指尖ニ近接シ、套管針ヲ刺入ス。刺入ハ肋間ノ中
央ヲ過ギ、或ハ少シク下位肋骨ノ上縁ニ偏セシムベク、針ハ胸壁ニ對シ正シク鉛直ニ進ムベキヲ要ス。

刺入ノ深サハ通例二乃至四仙迷トス。刺入時右手四指ヲ以テ套管針ノ把柄ヲ握リ、殘レル示指ヲ伸展
シ、刺入スベキ深サニ適スル套管ノ部分ニ其指頭ヲ添ヘ、此部ヲ標示シ置クヲ可ナリトス。(第一百十
七圖)

穿刺後此套管ヲ留置シ、護膜管ヲ連結シテ持續排膿ヲ企ツル法アルモ、確實ニ目的ヲ達スル能ハズ。

二 膿胸ニ施ス胸腔切開法(開胸術 Thorakotomie)

肋骨切開ヲ行ハザル開胸術 Thorakotomie ohne Rippenresektion (肋間切開法) 肋間筋ヲ切開シ、胸腔ニ達スル法ニ
シテ、創口ノ開大不十分ナルコト、肋間動脈ヲ傷ケ易キコト、排膿護膜管壓平セラレ或ハ屈曲セラルルコト等ノ不利アリ。

(2) 肋骨切開ヲ以テスル開胸術 Thorakotomie mit Rippenresektion 膿胸療法トシテ最モ適切ナル方法ナリ。診斷確
定セラレタル場合ハ成ル可ク速ニ此手術ヲ施スベシ。

一 消毒 法ニ從テ皮膚ヲ消毒ス、沃度丁幾消毒法ヲ便ナリトス。

二 麻醉 通例局處麻醉法ノ下ニ施行シ得、唯甚シク過敏ナル者及ビ幼兒ニアリテハ全身麻醉法ニ於テス。元呼吸不利ノ状態ニ
アルヲ以テ、全身麻醉ヲ施ストキハ呼吸ニ就キ特ニ注意ヲ要シ、深麻醉ニ達セシメザルヲ可トス。

肋骨切開ニ於ケル傳達麻醉法ハ次ノ如ク行フベシ。即チ先ツ第二十八圖ニ示ス如ク、切開セントスル肋骨ノ部分ヲ圍繞スル四點ヲ上下肋間ニ
印シ、其各點ヨリ鉛直ニ注射針ヲ刺入シテ深ク肋間筋内ニ達セシメ、各部ニ「アドレナリン」ヲ混ジタル〇・五%「ノボカイン」溶液五立仙迷宛ヲ注
射シ、後更ニ同一刺孔ヨリ圖示矢ノ方向ニ、皮下ニ(厚ク筋層ヲ有スル部分ニ於テハ亦筋層内ニ)注射ヲ加フベシ。



圖七十百二第 持把ノ針管套時入刺

三 體位 呼吸障礙ヲ來シ危險ニ陥ルコトアルヲ以テ、施術ニ不便ナルハ之レヲ免カレザルモ、成
ベク健側臥ヲ避ケシムベシ。又坐位ヲ推奨スルモノアリ。

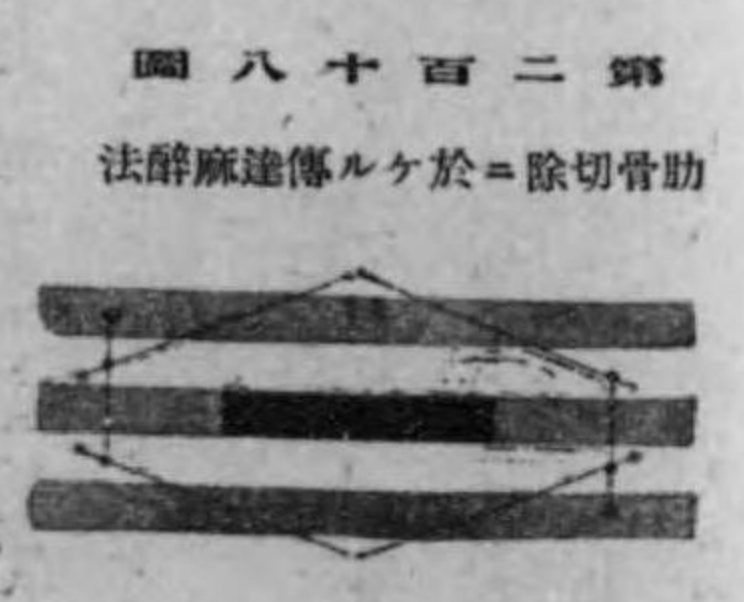
四 切開ノ位置及ビ大サ 切開部位ハ最モ排膿ニ便ナル位置ニ於テスベシ、即チ膿腔ノ基底ニ近キ
部ヲ選ブ。後腋窩線ニ於テ第六或ハ第七肋骨、若クハ肩胛線ニ於テ第八或ハ第九肋骨ニ於テナスヲ最モ
多シトス。術前必ズ試驗的穿刺ヲ施シ著膿部位ヲ確定スベシ。切開ノ大サハ膿性纖維素凝固物ヲ自由
ニ排除シ得ルノ程度ナルヲ要シ、肋骨切開ノ長サハ小兒ニ於テ普通三四仙迷、大人ニ於テ四乃至六仙
迷ニ及ブベシ。皮膚切開ノ長サハ亦之レニ適セシム、即チ小兒ニアリテハ四乃至五仙迷、大人ニアリ
テハ六乃至八仙迷ナルベシ。

五 術式 別チテ二段トナスベシ。一ハ肋骨ノ切開ニシテ、二ハ肋膜ノ切開ナリ。

一 肋骨ノ切開(肋骨切開術 Rippenresektion)

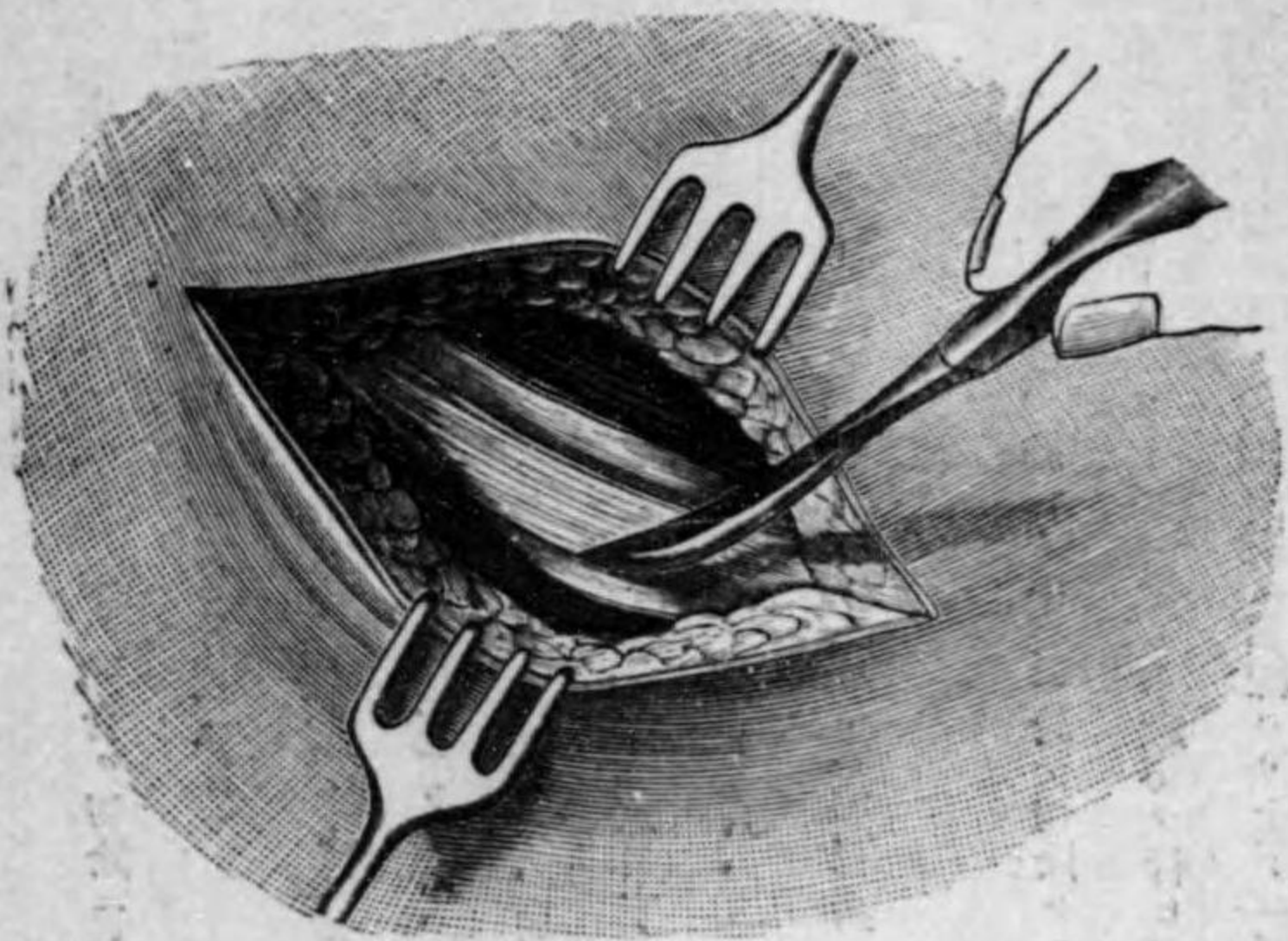
(1) 皮膚及ビ筋層ヲ切開ス。皮切ハ正シク切開セントスル肋骨ノ方向ニ一致シ、且ツ肋骨ノ中央ヲ走ルベシ。皮膚ハ肋骨上ニ移動
スルヲ以テ、切開ニ當リ不注意ニ之レヲ緊張スルトキハ、往往皮膚切開線ガ目標トセル肋骨上ヲ脱スルコトアリ、注意スベシ。此
缺點ヲ防ガンニハ、術者自ラ左手ノ示指及ビ拇指腹ヲ、切開セントスル肋骨ノ上及ビ下肋間ニ貼シ、恰モ此兩指間ニ肋骨ヲ把持ス
ル如クナスベシ。然ルトキハ兩指頭間ノ皮膚即チ肋骨上ノ皮膚ハ爲メニ緊張、固定セラレ、切開ニ便ニシテ且ツ皮膚ガ骨上ヲ滑脱
スルノ憂ナシ、骨上軟部ノ層著シク厚カラザルトキハ、一刀能ク骨膜ニ達シ得可シ。皮膚切開時患側上肢ヲ極度ニ舉上セシムルハ
宜シカラズ、是レ術後之レヲ垂下セシムルニ當リ皮膚移動ノ結果、肋骨切開部ト皮膚割裂トノ位置相一致セザルニ至ルベケレバナ
リ。次段ニ進ムニ先ダチ嚴ニ止血ス。

(2) 骨膜ヲ處置ス。骨膜ニ達シ、肋骨ノ中央ニ於テ切開セントスル肋骨ノ長サダケ其長軸ノ方向ニ骨膜ニ切線ヲ加ヘ、其兩端ニ於
テ更ニ此線ニ直角ニ肋骨下縁ヨリ上縁ニ至ル小縦切ヲ行ヒ、全骨膜創ヲH字形トナス。次デ骨膜起子ヲ用ヒ切開セントスル肋骨ノ
骨膜ヲ骨ヨリ剝離ス。即チ先ツ外面ニ於テ切線ヨリ上下ニ剝離シ、更ニ上下縁ニ及ビ(第二十九圖)終リニ起子ヲ後面ニ送り肋骨

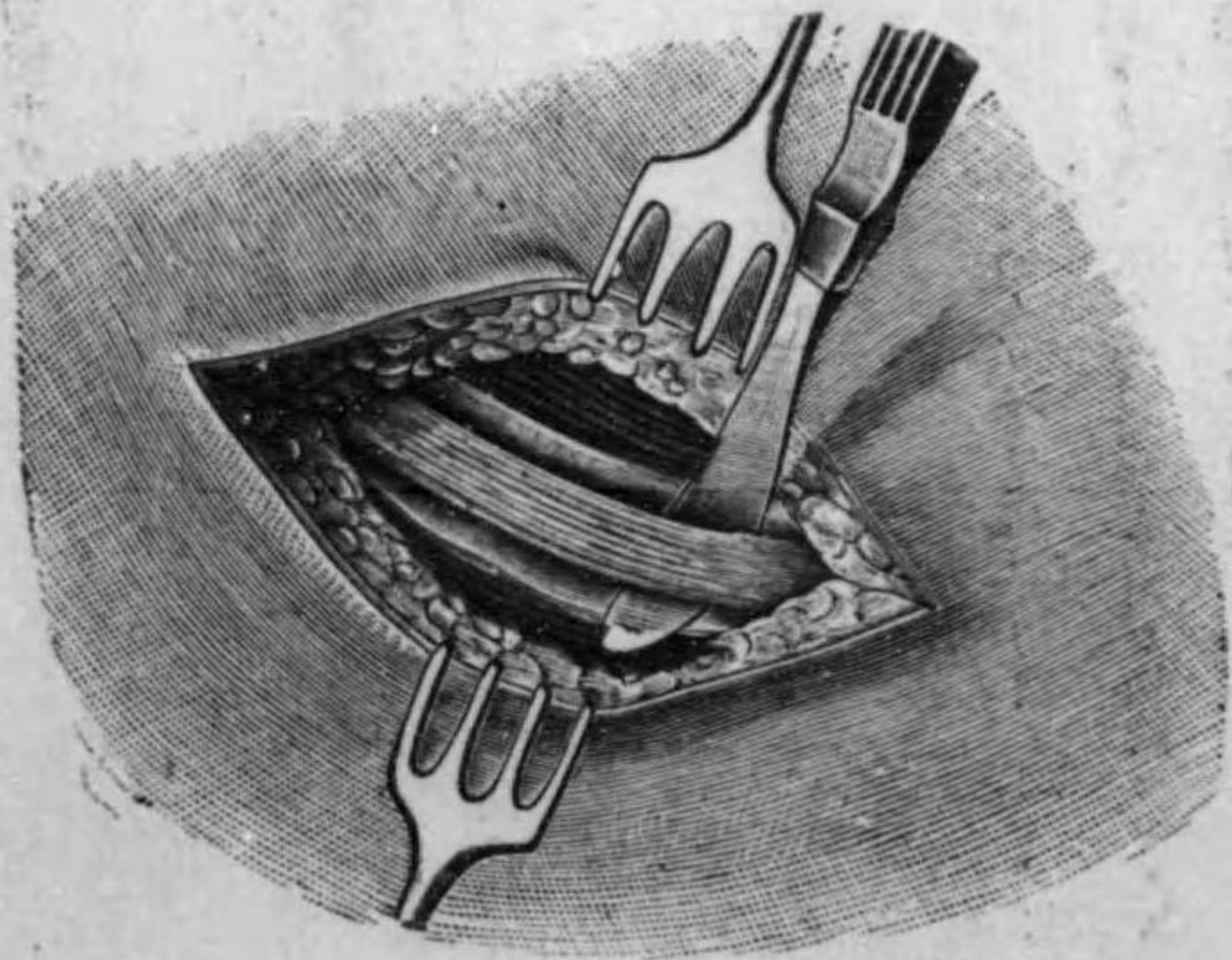


圖八十百二第 法醉麻建傳ルケ於ニ除切骨肋

第九百二十二號
(一其) 術除切骨肋



第十百二十二號
(二其) 術除切骨肋



後面ノ骨膜ヲ剝離ス。但シ後面ニ於テハ前面ニ於ケルヨリモ剝離遙ニ困難ナルモ、常ニ肋骨面ニ接シ起子尖ヲ進ムルコトニ注意スレバ能ク目達ヲ達シ得ベシ。(第九百二十圖)斯クテ肋骨ノ一部ヲ全ク曝露ス。此操作ニ於テ肋間動脈ノ損傷ハ之レヲ來スコトナシ。過テ破傷セシトキハ之ヲ結紮シ、或ハ周圍括約法ヲ施シテ止血ス。

(3) 肋骨ヲ切除ス。肋骨剪刀ノ一葉(第九百二十一圖b)ヲ取り、遊離セシメラレタル肋骨ノ中央部ニ於テ其下ニ之レヲ挿ミ、充分送入シテ後、切除セントスル肋骨ノ一端ニ移シテ保持シ、之レニ刀(圖a)ヲ符合セシメ(圖c)強ク把柄ヲ握ルトキハ骨ハ乃チ剪斷セラル、同様ニ他端ヲ斷チ(第九百二十二圖)全ク骨ノ一片ヲ除去ス。又肋骨剪刀ニ代フルニ線鋸ヲ用フルモ可ナリ。小兒ニシテ肋間狹隘ナルトキハ、リューエル氏圓鑿鉗子或ハ、リストン氏骨剪刀ヲ以テ之レヲ行フベシ。既ニ肋骨切除セラレバ、次段ニ入ルニ

先ダチ更ニ充分ナル止血法ヲ行フ。

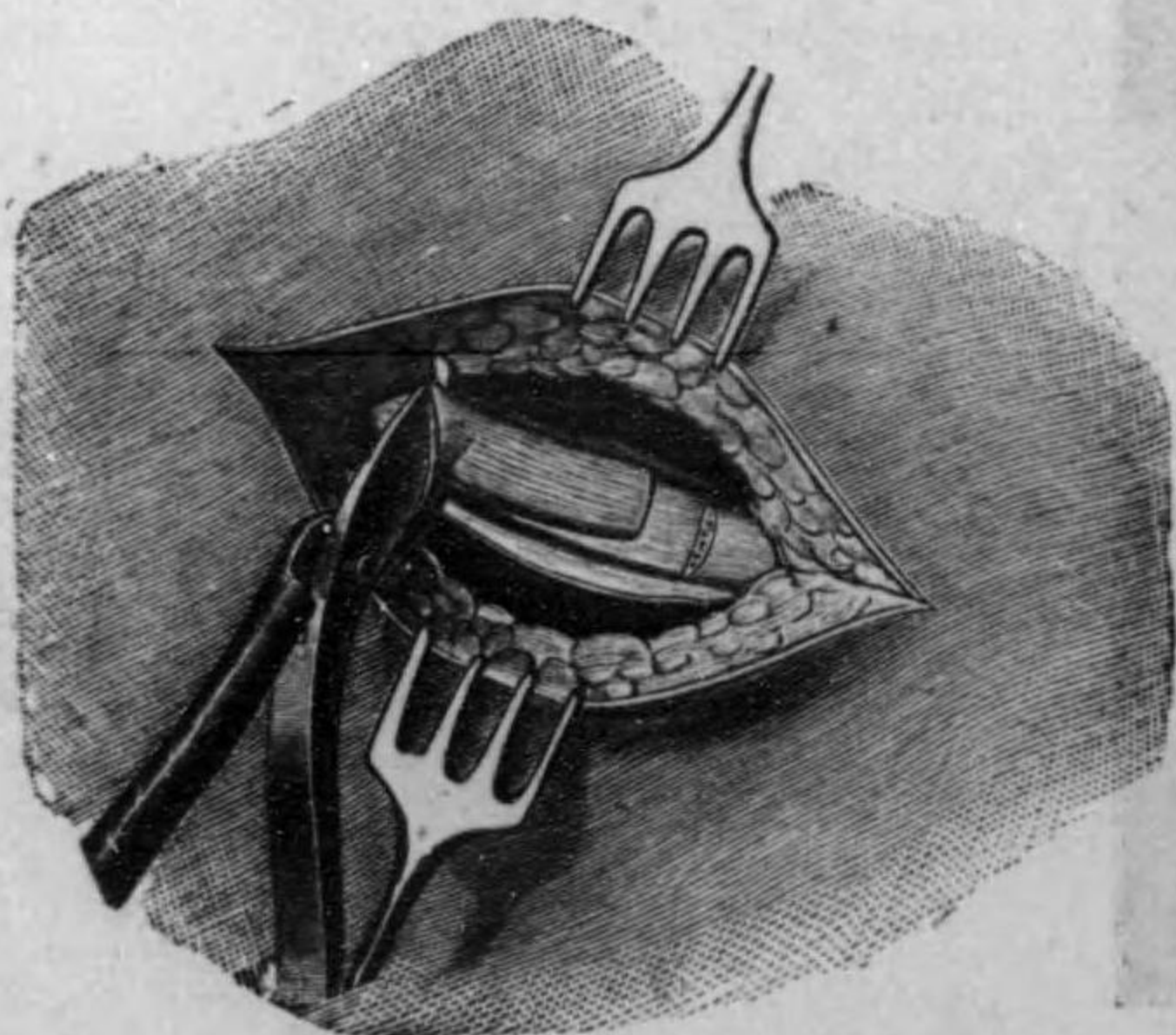
二 肋膜ノ切開

肋骨既ニ除去セラレバ、剝離セラレタル肋骨内面ノ骨膜及ビ胸肋膜ヲ隔テテ其所ニ膿竈アリ。則チ此障壁ヲ開キテ排膿スベシ。(第九百二十三圖)肋膜切開ニ前チ猶一回試穿ヲ行フヲ安全トス。排膿急劇ニシテ一時ニ大量ヲ去ルトキハ胸腔内壓ノ劇變ニ因リ虚脱ニ陥ラシムルノ危険アルヲ以テ注意スベシ。即チ次ノ如ク處置スルヲ可トス。先ツ刀尖ヲ用ヒテ小刺孔ヲ作り膿汁ヲ迸出セシム、此際呼吸促進シ、咳嗽刺戟ヲ起スベシ。暫時ニシテ其稍、鎮靜スルヲ待チ、該小孔ヨリ膿汁ノ流出漸ク勢ヲ收ムルニ及ビ、球頭刀ヲ送リテ此切開孔ヲ前後ニ開大ス、其大サハ略肋骨切除ノ長ニ一致セシム。是ニ於テ全ク背位ヲ取ラシメ、又種種體位ヲ變換セシムルトキハ膿汁ノ殘部ヲ完全ニ排除シ得ベク、猶同時ニ纖維素凝固物(肺炎性膿胸)ヲ除去ス、此凝固物ハ往往厚ク且ツ大ナル膜様片ヲナシ、肋膜切開ノ裂隙ヲ充塞シ、鑷子或ハ麥粒鉗子ヲ以テ各個之レガ抽出ヲ要スルコトアリ、成ルベク其遺留ナカランコトヲ圖ルベシ。膿腔ノ洗滌ハ通例之レヲ行ハズ唯腐敗性膿性炎症ニ當リテ施スコトアリ。之レヲ行ハントセバ、體温度ノ殺菌生理的食鹽水ヲ用ヒ、微弱ナル水壓ヲ以テ注入スベシ。

第九百二十一號
刀剪骨肋氏クルグ

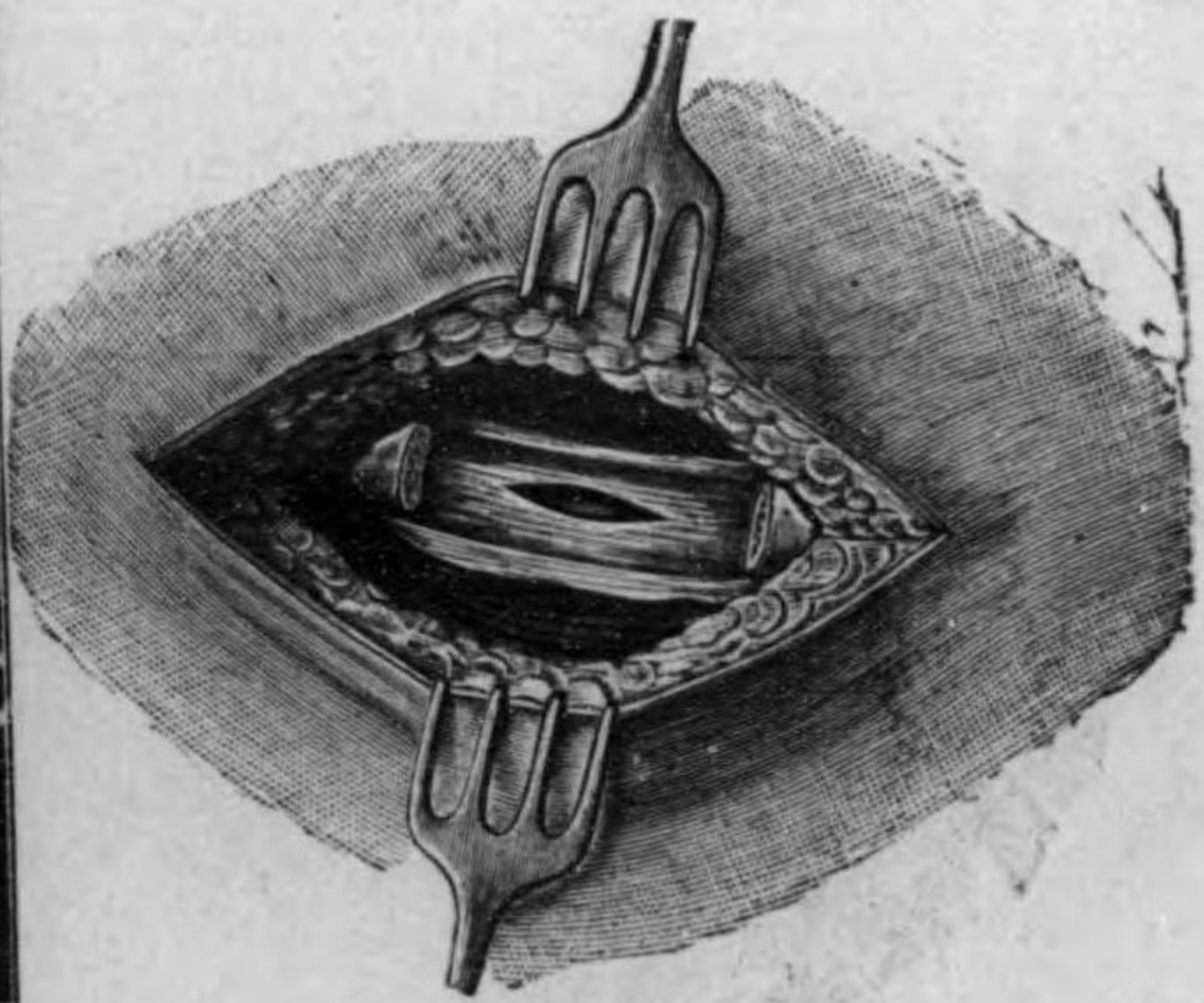


第九百二十二號
(三其) 術除切骨肋



排膿既ニ終レバ、排膿護管ヲ挿入ス。護管ハ太キヲ選ビ、深サハ胸壁ノ厚サニ略一致セシムルヲ可トス。但シ膿腔著大ナルモノニ於テハ、長キ排膿管ヲ取り斜ニ深ク胸壁ニ沿フテ送入シ、反テ排膿ニ便ナルヲ得ル場合アリ。護管ハ其外端ヲ創面ニ於ケル筋膜ニ一絲ヲ以テ縫着固定シ且ツ大ナル安全針ヲ附シ、以テ肋膜腔ニ没入シ、或ハ外部ニ滑脱スルヲ防グベシ。安全針ヲ有スル護管外端ヲ殺菌綿紗ヲ以テ纏絡シ、後厚ク繻帶材料ヲ貼シテ縛ス。軟部切開創ハ稍大ニ失セルトキト雖、縫合ヲ加ヘザルヲ可ナリトス。

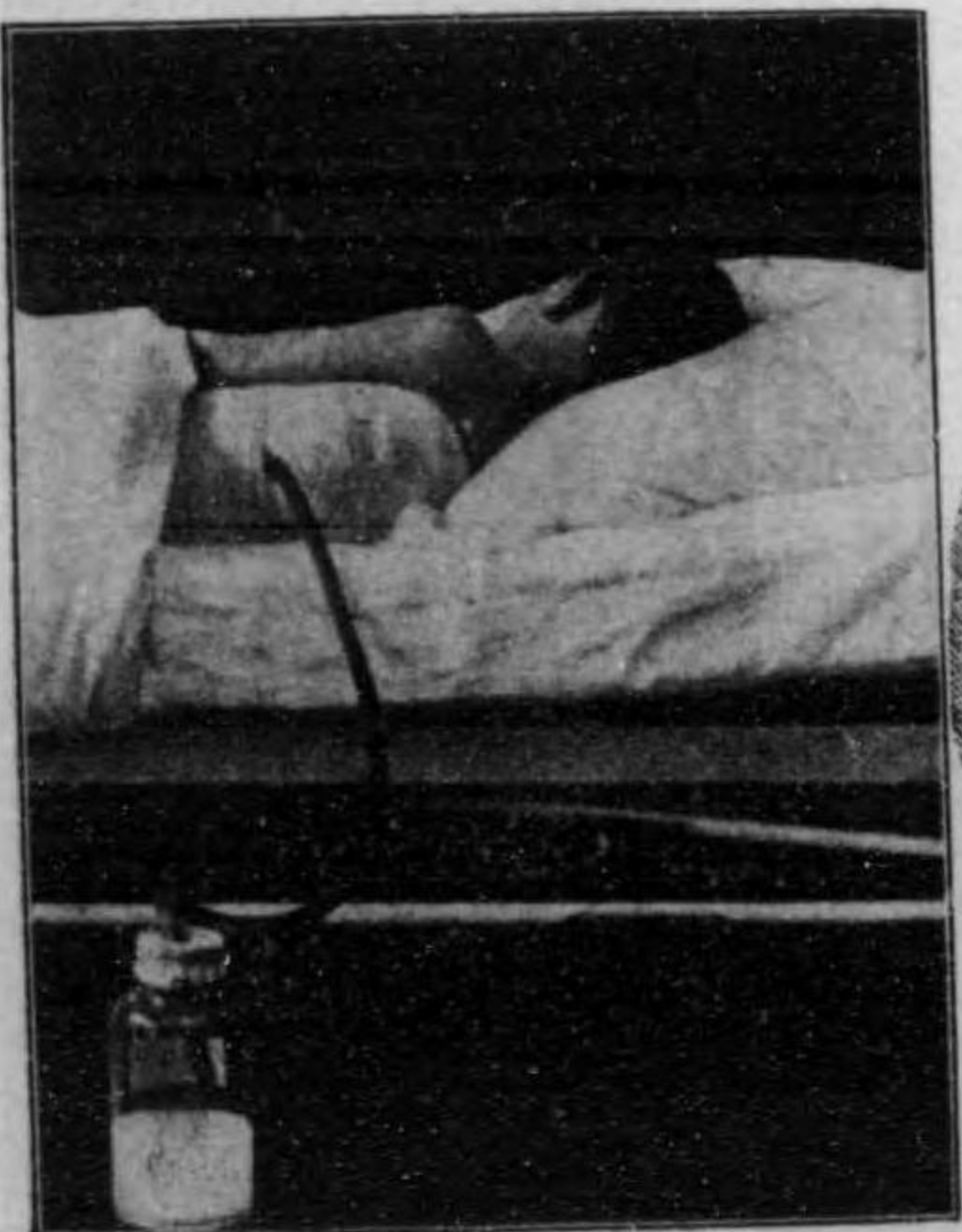
第三十二百二第 開切ノ胸膿ルステ以テ除切骨肋



三七〇

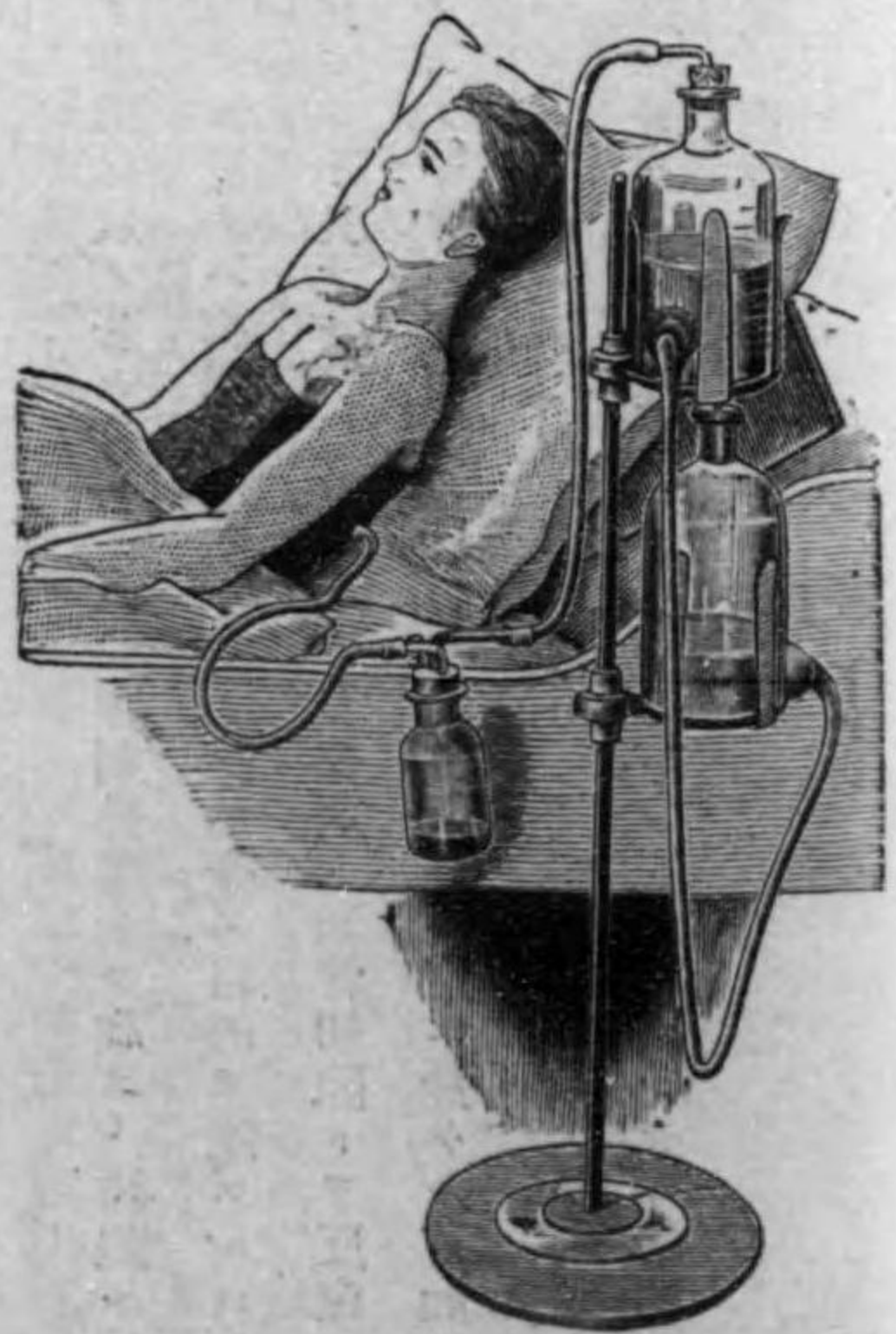
後療法 手術創ニ對シテハ防腐的處置ヲ施ス。此手術ノ後療法ニ於テ最モ必要ナルハ收縮セル肺臟ノ再ビ擴張スルヲ圖ルニアリ。即チ空氣ヲ肋膜腔ヨリ排外シ、外部ヨリ空氣ノ竄入スルヲ防グノ法ヲ講ズ。密着セル單純ノ被覆繻帶モ亦或程度マデ此作用アリ。護管挿入部以外ノ創裂ヲ綿紗ニテ充塞シ、且ツ廣ク空氣不透過ナル護膜布ノ如キモノヲ以テ被覆シ、排膿護管ノ外端ニ長キ護膜管ヲ連ネ之レヲ臥床下ノ受器ニ導クトキハ、護膜管中ノ水柱壓ノ爲ニ胸腔内ニ陰壓ヲ生ジ、能ク上述ノ目的ヲ達スベシ。第二十二(四圖)又ストルヒ、ベルテス兩氏 Storch u. Verthes

第四十二百二第 置處後ノ術手胸膿



二 塚ヲ以テスル陰壓裝置ハ最モ推奨スルニ足ル。即チ上塚ノ水、下塚ニ流下スルニ因テ胸腔内ニ陰壓ヲ生ズ、上塚ノ液全ク下塚ニ移ルトキハ二塚ノ位置ヲ交換シ、之レヲ反復ス。(第二十二百二十五圖) 打聽診ノ結果、肺臟ノ擴張復舊ヲ認メ、且ツ膿性分泌止ムトキハ護膜管ヲ除去ス。早期ニ手術ヲ施セシモノハ十日乃至一週日ニシテ此目的ヲ達ス。

第五十二百二第 置處後ノ術手胸膿ルステ以テ裝置塚二



二 陳舊性化膿性肋膜炎

化膿性肋膜炎ニシテ長ク放置セラレ、爲メニ膿腔壁ノ著シキ肥厚ヲ呈セルモノニアリテハ、前上記載ノ單純ナル開胸術ヲ以テ治療ノ目的ヲ達スル能ハズ。手術ヲ施シテ排膿ヲ圖ルモ、肋膜ノ肥厚、肺臟ノ弾力性消失等ノ爲メニ再ビ肺臟ノ擴張ヲ得ズ、膿腔ハ依然トシテ縮小スルニ至ラズ、所謂膿氣胸ノ状態ヲ呈シ手術創孔ハ陳舊性瘻孔トナリ斷エズ膿汁ヲ漏泄スベシ。

療法 シェーデー氏胸廓成形術 Thorakoplastik nach Schede ヲ施スヲ可トス。

シェーデー氏手術 全膿腔ニ適スル部分ノ胸壁軟部ニ、基底ヲ上方ニ有スル蹄鐵形切開ヲ加ヘ、瓣狀ニ剝離シテ翻轉セシメ(第二十二百二十六圖) 茲ニ生ジタル創面ニ於テ、膿腔ノ外壁ニ相當スル肋骨ヲ總テ切除シ、次デ此領域ニ於ケル肥厚セル胸肋膜板ヲ、肋骨骨膜及ビ肋間筋ト共ニ全部切除シ全膿腔ヲ開放シ、前ニ翻轉セル軟部ノ瓣ヲ整復シテ創腔ノ底面ニ接着セシメ、其癒合ヲ期スルニアリ。

三 結核性膿胸

陳舊性化膿性肋膜炎

シェーデー氏手術

結核性膿胸

結核性膿胸ノ多數ハ肺結核ニ併發スル結核性肋膜炎ニ基因シ、又肋膜原發結核タルコトアリ。稀ニ肺ニ於ケル結核病竈若クハ氣管支腺結核ノ肋膜腔内破開ニ由テ生ジ、又或ハ脊椎結核、肋骨結核等ノ膿瘍ノ竝ニ破開スルニ因スルコトアリ。經過慢性、滲出物ハ稀薄膿性ニシテ、混合傳染ナキモノニ於テハ膿汁中膿膿性細菌ヲ有セズ、普通培養法ノ成績陰性ニシテ、唯動物試驗ヲ行フトキハ結核ヲ證明シ得ベシ。混合傳染ヲ發起スルトキハ急性症狀ヲ呈シ、膿汁中膿膿菌ヲ認ム。

豫後 概ネ不良。

療法 成ルベク保存的ニ處置スベシ。滲出物多量ニシテ壓迫症狀ノ著シキトキハ、穿刺排膿術ヲ施ス。肺臟ニ於ケル病竈ノ輕易ナルヲ認メ、且ツ榮養著シク侵サレザルモノニ於テハ胸廓成形術ヲ試ミテ治療ノ目的ヲ達スルコトアリ、固トヨリ其成績ハ非結核性ノモノニ施セル場合ニ比シテ不良ナルヲ免カレズ。又穿刺ト肋骨切除トヲ反復シ漸次肋膜腔ノ縮小ヲ圖ル法アリ。混合傳染ヲ發起セルモノニアリテハ反復穿刺排膿シ、或ハ急性症ニ於ケルガ如ク開胸術ヲ施シテ内容ノ排除ヲ圖ラザルベカラズ。

瘻着ニヨリテ包裹セラレタル局限セル結核性肋膜腔膿瘍、若クハ胸肋膜外ニ於テ肋骨下ニ形成セラレタル結核性肋膜膿瘍ニ對シテハ、當該部ニ於ケル肋骨ヲ切除シテ膿竈ヲ開放スベシ。

圖 六 十 二 百 二 第
切皮ノ術形成胸廓
(nach Schede)



四 縱隔竇腫瘍

縱隔竇ニ生ズル腫瘍(縱隔竇腫瘍 Mediastinaltumor)中、最モ必要ナルハ肉腫・就中淋巴肉腫ニシテ、其他茲ニ發スル腫瘍ニハ氣管支淋巴腺腫脹、胸腺肥大、副甲狀腺腫、癌腫等アリ。極メテ稀ニ脂肪腫、纖維腫、皮膚樣囊腫等ヲ生ズ。

症候 發育停止セル小ナル腫瘍ハ徵候ヲ呈セズ、惡性腫瘍モ初期ニ於テハ違和、倦怠、疲勞、頭痛等ヲ訴フルニ止リ、其漸ク發育スルニ及ビ、胸痛ヲ發シ、隣接臟器ノ壓迫症狀ヲ發現ス。大靜脈ヲ壓迫シテ顔面・頸部・上肢・胸部等ノ靜脈怒張・鬱血及ビ浮腫ヲ來シ。氣管・氣管支ヲ壓迫シテ咳嗽刺戟、呼吸困難等ヲ起シ。食道ヲ壓迫シテ嚥下障礙ヲ發シ。迷走神經ヲ壓迫シ、初メ刺戟ノタメ脈搏緩徐トナリ、後之レヲ麻痺セシメテ脈搏頻數トナル。交感神經ヲ壓迫シ、瞳孔ハ初期ニ開大シ、後、縮小ス。返廻神經ヲ壓迫シテ聲音嘶啞ヲ來シ、喉頭検査ニ依リ聲帶ノ機能障礙ヲ認ム。腫瘍部ハ打診上異常ノ濁音界ヲ呈シ、又著大ノ發育ヲナストキハ胸壁ノ膨起ヲ來スコトアリ。

診斷 胸痛、漸進スル衰弱、壓迫症狀、異常濁音等ヲ以テ診斷ス。初期ニシテ單ニ咳嗽刺戟及ビ呼吸困難アルニ止マルトキハ氣管支若シクハ肺ノ疾患ト誤診セラレルコトアリ。縱隔竇腫瘍ノ呼吸困難及ビ咳嗽ハ往往體位ニ關シテ異同アリ。返廻神經ノ障礙ハ比較的早期ニ發シ、初期診斷ノ要徴ナリトス。猶、注意シテ理學的診斷ヲ行ヒ、又レントゲン線診査ヲ施ス。

返廻喉頭神經麻痺 Recurrensähmung.

一 後環狀披裂筋ノ麻痺(後筋麻痺 Psoasähmung) 呼吸及ビ聲音ニ變化ナク、吸氣困難ヲ發ス。兩側麻痺ニ於テハ吸氣ノ際兩聲帶ノ離開ナク、僅ニ小間隙ヲ呈スルノミニシテ、若シ強ク吸氣ヲナストキハ兩聲帶ハ愈々近接シテ終ニ全ク空氣ヲ通ゼザルニ至ル。偏側麻痺ニアリテハ呼吸困難著シカラズ、患側聲帶ハ吸氣ニ於テモ中央ニ止マリテ動カズ。

- 二 披裂筋痙攣 發聲時聲門ノ後三分ノ一ノ部分開放セラレ、聲音嘶啞ス。
- 三 甲状披裂筋痙攣 發聲時兩側聲帶近接セズシテ間隙ヲ存ス、偏側痙攣ニアリテハ發聲時健側ハ直線ヲナスモ患側聲帶ハ弛緩シテ側方ニ彎曲ス。
- 四 返咽神經ノ全麻痺 兩側ノ痙攣ニアリテハ聲帶ハ發聲時接合ト吸氣時離開トノ中間狀態、所謂屍體位置ニアリ、發聲及ビ吸氣時全ク運動セズ、高聲ヲ發シ難ク又咳嗽スルコト能ハズ、但シ安靜時ニハ呼吸困難ナシ。偏側ノトキハ患側聲帶ハ静止シ、健側聲帶ノミ運動シ、發聲ノ際ニハ正中線ヲ超ユルヲ見ル。發聲シ又咳嗽ヲナシ得ルモ聲音ハ粗糙ナリ。

鑑別。大動脈瘤ハ搏動及ビ雜音ヲ以テ主要徵候トナスモ、他ノ腫瘤モ亦大動脈ヲ壓迫シテ其搏動ヲ傳達シ、又雜音ヲ聽取セシムルコトアルヲ以テ、往往診斷ニ苦シムモノトス。腫瘍ニ於ケル傳達性搏動ハ心臟悸動ニ應ジテ上下スルノミナルモ、動脈瘤ノ搏動ハ四方ニ傳達スルノ別アリ。手掌ヲ貼スルニ腫瘍ニアリテハ全ク跳動ヲ觸レズ、假令之ヲ觸ルルモ微弱ニシテ、動脈瘤ニアリテハ強劇ナリ。動脈瘤ニアリテハ左右脈搏ヲ異ニスルコト多キモ、腫瘍ニアリテハ稀ナリ。動脈瘤ニ於テハ既往徵毒ヲ徵スルコト多シ。動脈瘤ハ緩徐ニ發育シ、肉腫ハ發育速カナリ。レントゲン線診査ニ於テ動脈瘤ニアリテハ其陰影ノ周邊全部ニ互ル擴張及ビ收縮ヲ認ムルヲ常トシ、腫瘤ノ陰影アリテ唯其一部ニノミ搏動ヲ見ルトキハ腫瘍ヲ疑フベシ。

縱隔竇内ニ發育スル淋巴腺結核若クハ惡性淋巴腺腫等ニアリテハ、通例體表面部^{頸部、腋窩部}ニ於テ同病變ニ一致スル淋巴腺腫脹ヲ有スルヲ以テ之レヲ鑑識シ得ベシ。縱隔竇腫瘍ノ徵アリテ後新ニ一箇若クハ少數ノ淋巴腺腫脹ヲ頸部ニ發セントキハ、該腫瘤ハ原發性惡性新生物ナルヲ認メ得ベク、之レニ反シ他ノ部分ニ惡性腫瘍アリテ後、縱隔竇ニ腫瘍ヲ發スルトキハ、此部ニ於ケル轉移形成ナルヲ想像シ得ベシ。血液ヲ混ズル喀痰アルハ肺臟若クハ氣管支ニ關係アル腫瘍^{肺原發腫瘍或ハ肺轉移腫瘍}ナルヲ示ス。壓迫症狀ノ増加及ビ濁音界擴大ノ迅速ナルハ腫瘍ノ發育急ナルヲ證シ、惡性腫瘍特ニ肉腫ノ疑アリ。食道癌腫ニ就テハ其條下ヲ參照スベシ。

豫後 腫瘍ノ性質ニ關スルモ、部位的關係上本來良性ノモノニアリテモ不良ノ轉歸ヲ取ルコト多シ。

療法 惡性淋巴腺腫ニハ亞砒酸・沃度加里等ノ内服及ビレントゲン線療法ヲ施シテ奏効スルコトアリ。淋巴腺結核ニモレントゲン線療法ヲ試ム。良性腫瘍ニシテ壓迫症狀ノ爲メニ危險アルトキハ之レガ手術的除去企圖セラル。胸骨穿開術、肋骨及ビ肋軟骨切除術、若クハ一時助骨切除、一時助骨切除術等。上部ノモノハ時トシテ完全ニ剔出シ得ルコトアリ。惡性腫瘍ニアリテハ早期診定困難ナルガ爲メ、通例手術ノ時期ヲ失スルモノ多シ、幸ニ早期ニ診斷シ得ルモ其手術至難ニシテ、且ツ危險多ク、腫瘍全剔出ノ目的ヲ達スルコト難シ。

五 脊椎破裂

脊椎破裂

脊椎破裂 Spina bifida. ハ脊椎管ノ先天的閉鎖不全ニシテ、其部位及ビ大小ハ甚ダ多般ナリ。破裂ハ正中ニ於テ前面或ハ後面ニアリ、通例二三ノ椎骨ニ互リ、最多ク腰椎及ビ薦骨ニ發ス。本症ニ開放性破裂ヲナスモノト囊腫狀腫瘤形成ヲ呈スルモノトノ二種アリ。就中臨牀上必要ナルハ囊腫形成アル棘狀突起破裂ニシテ、此場合ニ於テハ脊椎管後壁ノ一部缺陷シ、茲ニ骨裂隙ヲ呈シ、此部ニ腫瘤ヲ形成ス。腫瘤ノ表面ハ或ハ完全ナル皮膚ヲ有シ、或ハ皮膚著シク菲薄トナリ僅ニ脊髓膜ト合シテ之ヲ被ヒ、又往往一部破壊シテ、斷エズ内容ヲ漏泄スル瘻孔ヲ形成スルコトアリ。屢其部ニ皮膚樣囊腫、血管腫、纖維腫、脂肪腫等ヲ合併ス。骨裂間ヨリ脊椎管内容ノ脱出スル状態ニヨリ本症ヲ三種ニ區別ス、即チ左ノ如シ。

- 一 脊髓膜ヘルニア Meningocele 囊ハ皮膚及ビ脊髓膜ヨリ成ル
- 液ハ蜘蛛膜下腔ニ(第二十二圖)稀ニ硬膜下ニ(第二十七圖)
- 滞留シ、硬膜ハ或ハ破裂シ或ハ閉鎖ス、腫瘤ハ有莖性ニシテ皮膚ヲ



以テ被ハル。

二 脊髄囊「ヘルニア」 Myelozystocle 正中管擴張シ、茲ニ液ノ滲溜ヲ來ス。即チ此囊ハ脊髄組織ノ痕跡、脊髄膜及ビ皮膚ヨリ成リ、腔壁ニハ低キ柱狀上皮細胞ヲ有ス。(第一百二十九圖)

三 脊髄「ヘルニア」或ハ脊髄脊髄膜「ヘルニア」 Myelocle oder Myelomeningocle 囊ハ脊髄軟膜及ビ脊髄組織ノ痕跡ヨリ成リ、囊中脊髄ヲ有シ、猶腦脊髄液ヲ藏ス。(第二十三十圖) 此腫瘍ハ梅毒大乃至梅毒大ニシテ、上ニ基底ヲ有スル心臟形或ハ長圓形等ヲ呈シ、其根部ニ於テ稍、絞窄セラル。皮膚ハ癩痕性ヲ呈シ、往往毛細血管ノ擴張ヲ見ル。又外部ニ膨隆ノ形成顯著ナラズシテ、唯皮膚ノ肥厚、輕度ノ陷凹、贅毛發生等ヲ呈スルニ止マルコトアリ。

本症ハ往往他ノ先天的異常ヲ合併ス、即チ腦「ヘルニア」、腦水腫、膀胱破裂、龜背、脊柱側彎、内臓足等トス、

症候 脊椎ニ於テ先天性ニ異常ノ隆起アリ、此部ニ骨質ノ缺損部ヲ觸知スベシ、隆起部ノ皮膚ハ異常ナキコトアリ、又往往血管ニ富メル菲薄ナル膜狀ヲナシ、又ハ癩痕性ナルコトアリ、或ハ又毛細血管ノ擴張ヲ有シ、又脂肪蓄積或ハ脂肪腫形成ヲ伴フコトアリ。腫瘍ハ或ハ廣キ基底ヲ有シ、或ハ有莖性ナリ。此膨隆ハ壓迫ニヨリテ縮少スル性質アリ、或種類ニアリテハ強ク之レヲ壓スル時ハ腦壓迫症狀ヲ發現スベシ。脊髄自己ノ變化アルモノニ於テハ、下肢ノ知覺及ビ運動障礙アリ又腰、膀胱直腸ノ麻痺ヲ伴フ。

診斷 本症ノ診斷ニハ種別鑑識ヲ必要ナリトスルモ、手術前ニ於テ決定スルコト困難ナル場合多シ。脊髄囊「ヘルニア」ハ屢、腦水腫ヲ兼テ、壓迫スルトキハ腦壓迫ノ症狀ヲ起ス。脊髄膜「ヘルニア」ニアリテハ著明ノ光線透過性ヲ認ムルコトアリ。

豫後 開放性ノモノ、脊髄脊髄膜「ヘルニア」及ビ脊髄囊「ヘルニア」ハ不良、多クハ爾他畸形ノ合併、發育不全、榮養不良等ノ狀態ノ下ニ生レ、短少時日中ニ死ノ轉歸ヲ取ル。若シ若干日成育スルモ、脊髄異常ノ結果タル麻痺、膀胱及直腸ノ破壊穿孔後ノ化膿等ノタメニ斃ルルコト多シ。獨リ脊髄膜「ヘルニア」ニアリテハ比較的良性ニ屬ス、生後長年月生存スルモノノ多クハ此種類ナリ。

療法 梅毒ノ發生ヲ防止シ、化膿菌ノ傳染ヲ豫防ス。内容ノ充盈著シキトキハ穿刺法ヲ試ム、穿刺液ハ一時ニ多量ヲ流出セシムベカラズ、穿刺中及ビ穿刺後ハ頭部ノ低下ヲ要シ、術後壓抵帶ヲ施ス。脊髄膜「ヘルニア」ニシテ著キ畸形合併ナキモノニハ手術的療法ヲ行フ。即チ囊ヲ遊離シ、其頸ニ於テ之レヲ斷チ、骨破裂ノ大ナルモノニ對シテハ成形的處置ヲ施シテ破裂部ノ閉鎖ヲ企圖ス。脊髄組織ガ囊ノ形成ニ與レル種類ノモノニ向テ手術ヲ施サントスルトキハ脊髄及ビ神經ノ保護ニ努ムベシ。



脊髄側彎症 Scoliose ノ原因ハ先天的異常、習慣性體勢、學童ニ見ルモノ、佝僂病、重力的關係、例ヘバ、胸膈治後ノ偏胸萎縮、一筋麻痺、脊椎骨・骨盤骨等ノ外傷及ビ疾病(骨折、結核、梅毒等)トス。症候 脊柱ノ側彎ヲ呈ス、其位置及ビ程度ハ甚ダ種種ナリ。通例調節性側彎ヲ兼テ、即チ右側彎部アルトキハ其上或ハ下位ニ於テ左側彎ヲ見ル。續發的變化トシテ肋骨ノ彎曲異常、胸廓變形、肩胛位置ノ左右不均等、斜頸、骨盤傾斜等ヲ起ス。

六 脊柱側彎症

習慣性側彎症ハ其程度ニヨリ之レヲ三別シ得ベシ。一、時時側彎ヲ呈スルモ、隨意ニ矯正位ヲ取り得ルヲ初發期



トス。二、斷エズ側彎ヲ呈スルモ、自動的或ハ他働的ニ矯正位ヲ取ラシメ得ルヲ中間期トス。三、側彎位ニ於テ固
定シ、矯正位ヲ取ラシムル能ハザルヲ固定期トス。

豫後 先天的ノモノハ其程度ニ從テ一ナラズ。習慣性側彎ハ初期ニ於テ適當ノ療法ヲ施ストキハ良ナリ。其他ハ
主トシテ原因疾患ノ如何ニ關ス。

療法 原因トナルベキモノヲ除キ、矯正法ヲ施ス。習慣性ノモノハ豫防法ヲ必要トス、即チ學童ノ爲メニ衛生
上適當ナル机及ビ椅子ヲ撰擇シ、猶、充分ナル光線、休暇時間、適當ナル運動等ニ注意ス。

矯正法トシテハ矯正的體操、電氣療法及ビ按摩法ヲ施シ、重症ニハ「コルセット」或ハ其他ノ矯正裝置ヲ使用ス。

第十一 腹部疾病

一 臍瘻

臍ニ生ズル瘻管(臍瘻 Nabelstiel)ニ二類アリ。一ハ胎生の遺殘物ニ由來スルモノニシテ、一ハ主トシテ炎症性癒
著ニ續發スル、腹腔若シクハ腹部内臟ト臍トノ交通ニ基因スルモノトス。後者ノ主要ナルモノハ腸管腔ト交通スル
腸管瘻ニシテ、腸管ニ於ケル種種ナル潰瘍、限局性腹膜炎、腹膜結核等ニ際シテ茲ニ腸管ノ癒著ヲ形成シ、後、破
潰シテ瘻孔ヲ形成スルニアリ。猶、腸管ノ外傷性穿孔ニ因シ、又臍「ヘルニア」ニ於ケル腸管ノ壞疽ニ因由スルモノ
アリ。腸管瘻ノ他、膀胱ノ損傷若クハ疾患ニ續發セル膿瘍ノ臍ニ向ツテ破潰スルニ因リテ生ズル尿管、膽嚢ト交通
アル膽道瘻及ビ腹腔内ノ炎症性滲出物或ハ高度ノ腹水ガ臍ニ穿破スルニ因テ發スル腹腔瘻等アリ。但シ此等ハ一般
ニ或疾病若クハ損傷ニ際シ、繼發的病變トシテ偶、臍ニ向テ瘻孔ヲ形成スルニアルモ、前者ニ屬スルモノハ固有ノ臍
瘻管ト認ムベキモノニシテ、臨牀上特ニ必要ナル疾病ニ屬ス。是レニ二種アリ、卵黃管瘻及ビ尿管瘻トス。

一 卵黃管瘻

卵黃管瘻(Ductus vitellinus)ハ卵黃管ノ生後遺殘ニ因テ生ズ。臍帶脱落スル時既ニ存シ、或ハ一度全ク閉鎖セルモノ
後、臍炎ノ發生、或ハ啼泣・咳嗽・怒責等ニ因ル腹内壓亢進ノ爲メ破レテ瘻管ヲ生ズルコトアリ。

症候 瘻管ニシテ腸管ト交通ナキモノニ於テハ唯粘液様分泌アルノミ。腹腔内ノ部分全ク閉塞シ、臍輪部ニ於テ
ノミ卵黃管ノ一小部遺殘スルトキハ、瘻管ノ形成無ク、唯臍ニ於テ粘膜炎ノ露出スルニ止リ、通例莖ヲ有スル赤色
ノ小腫瘍ヲ現出ス。瘻管ノ腸管腔(廻盲瓣ノ上部)ニ通セルモノニ於テハ瘻孔ヨリ糞汁ヲ漏シ、消息子診ヲ行フトキ
ハ之レヲ腸管内ニ達セシメ得ベシ。瘻管壁ノ粘膜炎、臍ニ於テ繡轉スルトキハ、茲ニ突隆セル結節ヲ形成シ、其中心

ニ瘻孔ヲ存ス。又卵黄管腔全部翻轉シ、進ミテ腸管壁モ亦翻轉スルコトアリ。卵黄管ノ遺殘物ハ其ダ種ニ管ノ臍端腸端共ニ閉鎖シテ中心ノミ管腔ヲ留メ其内ニ分泌物瀦溜シテ囊腫ヲ形成スルコトアリ

診断 瘻孔ヨリ糞汁ヲ漏ストキハ診断容易ナリ。尿管、瘻ト鑑別ヲ要ス、尿管瘻ハ分泌物中ニ尿ヲ混ジ卵黄管瘻ハ糞汁ヲ混ズルヲ以テ區別シ得ベキモ、其何レヲモ證明セザルモノ、殊ニ瘻孔ノ淺小ナルモノニアリテハ鑑別ノ困難ナルモノナキニ非ズ。尿管瘻ハ腹壁ノ正中ニ沿ヒテ膀胱ニ向ヒ、卵黄管瘻ハ腹腔内(腸管)ニ向フ。卵黄管ノ分泌物ハ胃液ニ類ス、爲メニ往往瘻管孔ノ周圍ヲ消化シ、著ク皮膚ヲ糜爛セシムルコトアリ。

療法 根治的ニハ全瘻管ヲ抽出スベシ。腸管ト交通セルモノニ此法ヲ施ストキハ腸壁ノ創孔ハ之レヲ式ニ從テ縫合ス。腸管腔ト交通ナキモノニアリテハ、瘻管壁ノ腐蝕ヲ試ム。粘膜ノ翻轉脫出アルモノハ之レヲ整復シテ絆創膏ヲ以テ壓定ヲ持續スルトキハ、遂ニ脫出ヲ防ギ得ルコトアリ。

二 尿管瘻

尿管瘻 Urachus fistel. ハ胎兒尿管ノ生後遺殘ニ因テ生ズ。臍帶脫落時既ニ存スルコトアリ、多ク男兒ニ見ル所トス或ハ後天的ニ尿管者ニ於テ之レヲ高齡排尿障礙、膀胱加答兒等ノ爲メニ、一部遺存セル尿管腔ニ尿ノ瀦溜若クハ炎症ヲ誘發シ、之レヲ上方ニ向テ開大セシメ、終ニ臍ニ達シテ破レ、瘻孔ヲ作爲スルコトアリ。

症候 臍ニ瘻孔アリ、瘻管ハ前腹壁ノ後面ニ沿ヒ正中ヲ下リテ膀胱ニ向フ。分泌物ハ尿成分ヲ混有シ或ハ唯粘液様又ハ膿性分泌ヲ見ルニ止ルコトアリ。膀胱底ト臍ノ間ニ遺殘尿管アリテ之レニ内容ノ瀦溜ヲ來ストキハ茲ニ囊腫ヲ形成ス。

診断 後天的ニ形成セラルル瘻瘻ニシテ尿ヲ漏スモノハ、一ハ尿管瘻ニシテ、一ハ尿浸潤ニ因スル腹壁膿瘍ノ臍ニ破レタルモノ即チ尿瘻ナリ。此區別ハ、手術ニ當リ管腔壁組織ノ一部ヲ取リテ組織的検査ヲ施シ、其結果尿管上皮ノ存スルト否トニ依テ決スルノ他ナシ。先天的尿管瘻ノ診断ハ通例容易ナリ。卵黄管トノ鑑別ニ就テハ前節ヲ參照スベシ。

照スベシ。

療法 尿道狹窄、膀胱加答兒等ガ發生誘因ヲナセルトキハ原因的ニ之レガ治療ヲ要ス。根治的ニハ全瘻管ヲ抽出スルニアリ。即チ腹壁皮膚ヲ白條ニ於テ開キ、瘻管全部ヲ周圍ヨリ剝離シ、此際腹膜ヲ保護スベク、若シ之レヲ傷ケントキハ直チニ縫合ス膀胱端ニ於テ切斷シ、膀胱創孔ハ之レヲ縫合閉鎖ス、腹壁創ハ一部縫合シ、一部ハ開放シテ綿紗「タンボン」ヲ挿入スベシ。分泌物膿性ニシテ周圍ノ炎症性浸潤著シキトキハ、先ヅ瘻管ノ入口ヲ開大シテ其瀦溜ヲ防ギ、浸潤ノ消散ヲ待テ後手術スベシ。

二 臍炎

臍炎 Omphalitis. ハ臍窩ノ不潔不潔物蓄積及ビ刺戟ニ因シ、又種種ナル瘻瘻ノ存在ニ當リテ發ス。初生兒ニ於テ、臍帶斷端ノ全ク癒痕形成ヲ終ルマデハ細菌ノ傳染ヲ被リ易ク、屢、臍炎ヲ發起ス。初生兒臍炎 Omphalitis neonatorum初生兒臍炎ニシテ血管斷端ヲ侵スモノハ臍出血ノ原因ヲナス。又臍ノ糜爛ハ屢、微毒ニ因スルコトアリ。**症候** 臍窩部皮膚ノ腫脹、發赤、糜爛、惡臭性分泌、搔痒、痛感等アリ。屢、臍窩ニ肉芽性贅生物ヲ形成シ、又制止シ難キ出血ヲ來スコトアリ。

豫後 單純ナル臍炎ハ良ナリ、瘻管形成ヲ有スルモノノ豫後ハ原病ノ如何ニ從テ一様ナラズ。初生兒臍炎ハ危険ニ陥ルコト稀ナリトセズ。

療法 豫防的ニ臍ノ清潔ニ注意シ、汚物ノ蓄積スルヲ防グベシ。初生兒ニ於テ臍帶ノ處置ハ最モ嚴重ニ防腐的ナルヲ要ス。臍皮膚ノ炎症ニ對シテハ臍窩ヲ清拭シ、二%硼酸水、一%醋酸礬土水等ノ塗法ヲ施シ、炎症消散スルニ及ビ、等分亞鉛華澱粉、「デルマトール」等ノ撒布ヲ行フ。肉芽形成アルトキハ硝酸銀桿ヲ以テスル腐蝕或ハ電氣燒灼法ヲ施ス。分泌物ノ排却不充分ニシテ窩腔ニ瀦溜スルヲ見ルトキハ適宜切開ヲ行フベシ。臍出血アルトキハ硝酸

銀桿腐蝕、「アドレナリン」塗布、電氣燒灼法等ヲ試ムベク、猶其目的ヲ達セザルトキハ周圍組織ト共ニ出血部ニ括約結紮法ヲ施スベシ。瘻孔形成アルモノニ對シテハ原因療法ヲ專ラトス。微毒ノ疑アルトキハ驅微法ヲ施ス。

三 急性腹膜炎

急性腹膜炎

急性腹膜炎 Peritonitis acuta. ハ或ハ病原細菌ノ侵襲ニ因テ起リ、或ハ細菌ノ關與ナク器械的若シクハ化學的刺戟ノ下ニ發スルモ、特ニ前者ヲ以テ臨牀上重要ナルモノトス。急性腹膜炎ノ發生ニ與ル細菌ハ大腸菌・連鎖狀膿球菌・肺炎菌・淋毒菌・葡萄狀膿球菌等（就中大腸菌及連鎖狀球菌ヲニシテ、此等細菌ガ腹膜ニ感染スルノ徑路ハ、直接腹膜ト連繫セル臟器ニ於ケル炎症ノ蔓延ニ因ルヲ常トシ、唯極メテ稀ニ血行循環ニ依ル傳染ヲ認定シ得ルノミ。例之、肺炎ニ於ケルガ如シ。化學性菌全身的傳染ニ於ケル腹膜炎ハ亦血行性傳染ニ因ルモノト論ニ於テハ之ヲ除外ス。腹膜炎ヲ病竈蔓延ノ狀態ニ基キテ瀰蔓性及ビ限局性ノ二種トス。其後者ハ炎症性病機ガ腹膜ノ或一部分ニ限局シ、他ノ部分ニ對シ境界セラルルモノニシテ、前者ハ腹膜ノ大部ニ向テ炎症ノ蔓延スルモノトス。但シ此二者ノ區別ハ其中間型アルト、且ツ兩者各相移行シ得ルトノ爲メニ明確ニ之レヲ識別シ得ザルコト稀ナラズ。

瀰蔓性腹膜炎ニ於テ、腹膜ノ被ル侵襲ノ領域ハ甚ダ多般ニシテ、比較的小部分ノ變化ヲ呈スルニ止ル場合アリ、又大部分ニ互リ、或ハ又全腹腔ニ及ブコトアリ。

鹽田博士ハ急性化膿性腹膜炎ノ分類ニ就キ次ノ如ク之ヲ論述セリ。

炎症ノ廣委ニヨリ全部・大部・小部腹膜炎トシ、癒着包莖ノ有無ニヨリ非包莖性及完全・不全包莖性腹膜炎ヲ分ダントス。而シテ人若シ進行ノ有無ニヨリ區別スレバ進行性・非進行性腹膜炎トナス可シ。

註ニ大部小部ト云フハ腹腔ヲ左右横隔膜下・小網膜囊・左右結腸彎曲部・左右腸骨窩・中央小腸部・骨盤

大腸菌ノミ	6%
大腸菌及連鎖狀球菌	19%
大腸菌及他ノ細菌	4%
連鎖狀球菌ノミ	9%
双球菌	3.4%
葡萄狀球菌	1%

(兼氣性菌)(ワイル氏 Weill)
ヲ除外ス)

急性化膿性腹膜炎ノ分泌物ハ、初メ漿液性・纖維素性ナルモ、後、膿性若クハ腐敗性ニ變ズ。

急性瀰蔓性腹膜炎

急性瀰蔓性腹膜炎

急性瀰蔓性腹膜炎 Akute diffuse Peritonitis. ノ發生原因中最モ必要ナルハ蟲樣突起炎ニシテ、其他總テ胃及ビ腸ノ穿破ヲ惹起セシムル疾病ノ胃潰瘍・腸壁扶助・赤痢・結核等ノ腸潰瘍・腸管閉塞・胃及ビ腸ノ癌腫等ハ本症ノ原因ヲナス。此等ハ初メ先ヅ原發病竈周圍ノ腹膜炎ニ於テ包裹性化膿性炎症ヲ發シ、後チ周圍ニ向ヒテ擴延スル腹膜炎ヲ繼發スルコトアルモ、亦突然管腔壁ノ穿破ヲ來シ俄然瀰蔓性腹膜炎ノ證徴ヲ發現スルコトアリ、斯クノ如キヲ穿孔性腹膜炎 Perforationsperitonitis ト稱ス。腹腔内ニ於ケル婦人生殖器官ノ化膿性疾患（產褥傳染、化膿性卵巣炎、卵管炎、卵管膿腫等）ハ女子ニ於ケル本症ノ發生原因トシテ蟲樣突起炎ニ次グ。膽囊炎及ビ膽道ノ化膿性炎症ハ亦蟲樣突起炎ニ於テ來ルト同一關係ノ下ニ瀰蔓性腹膜炎ヲ發セシムルコトアリ。又肝臟膿瘍、肝包蟲腫、化膿、脾臟及ビ脾臟ノ化膿性疾患等ニ因由スルコトアリ。消化管ノ疾患ニアリテハ化膿病竈ノ腹腔内穿破ヲ來サザルモ、猶腹膜炎ノ原因ヲナシ得ル場合アリ、是レ著ク菲薄トナレル管腔壁ニ於テハ細菌ガ其壁ヲ透過シテ腹腔内移行ヲ營ミ得レバナリ。（胃腸潰瘍・腸管閉塞・腸管腫等ニ之レヲ見ル）アリト腹腔外ニ存スル化膿竈ヨリ傳播シテ瀰蔓性腹膜炎ヲ來スコト亦稀ナラズ。（骨盤「フレグモネ」・化膿性腸繫筋炎・腎臟・膀胱・膿腫等ニ之レヲ見ル）

腹膜炎ノ發生起點

	Koch	Koch
一 蟲樣突起	七例中	九例中
二 胃及十二指腸	一六	七
三 其他ノ腸管	八	二六
四 女子生殖器官	一七	四
五 膽囊	三	七
六 膀胱・腎臟	三	五
七 脾臟	二	一
八 脾臟	三	一
九 血行循環ニ起因セルモノ	五	二
一〇 手術後ニ發起セルモノ	三	九
一一 其他種種	六	五
一二 不明	六	七

Kochノ欄中(九)ノ二例ハ口峽炎及白血痢(二)ノ五ハ陰囊「フレグモネ」・化膿性鼠蹊周圍炎及肝臟膿瘍、急性黃色肝萎縮、潰瘍性肛門周圍炎、鼠蹊膿瘍(二)ハ解屍ノ結果發生起點ヲ確認シ得ザルモノ

浸潤、化膿、上記各疾病ノ他、傷、ハ亦屢、本症ノ原因ヲナス、即チ腹壁穿通創及ビ胃若クハ腸管ノ腹腔内破裂トス。手術性助膜炎等、其モノニ因テ發スル開腹手術後ノ腹膜炎ハ、防腐法ノ漸ク完全ノ域ニ達セル今日ニ於テ殆んど杞憂ニ屬スルガ如キモ、猶以テ本症誘發ノ一因トシテ之レヲ算スベキナリ。

症候 急性瀰蔓性腹膜炎ノ發起ハ、或ハ既ニ存セル原因疾患ノ經過中ニ於テシ、或ハ又殆んど全ク前驅病徵ヲ缺キ突如トシテ來ルコトアリ。其極メテ急劇ニ發起セル場合、穿孔性腹膜炎、或ハ限局性腹膜炎ノ腹腔ニ向テスル破開ニ於テハ一時虛脱状態ニ陥ルコト多ク、重篤ナルモノニアリテハ直ニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。

本症ノ症候ヲ別チテ全身症狀及ビ局處症狀トス。本症ニ於ケル一般症狀ハ炎症性産物ノ吸收ニ因ル中毒作用及ビ腹膜刺戟ニ因スル反射現象ニ歸スベキモノトス。一 全身症狀。顔容不安ヲ呈シ、又恐怖若シクハ無慾ノ狀ヲ示ス屢、苦悶ノタメ轉輾反側スルヲ見ル。榮養状態ハ急劇ニ衰退シ、四肢厥冷、往往冷汗ヲ以テ濕ヒ、末期ニ於テ心臟機能漸ク衰弱スルニ及ビテハ肢端「チアノーゼ」ヲ呈ス。精神ハ終末マデ明晰ナルコト多キモ、亦興奮シ、譫語ヲ發シ若シクハ嗜眠ニ陥ルコトアリ。煩渴ヲ訴ヘ、食思全ク缺乏シ、嘔氣・惡心・嘔吐アリ。吐物ハ初メ胃内容及ビ膽汁ニ止ルモ末期ニ於テハ糞臭ヲ帶ブルニ至ル。（麻痺性「イレウス」）呼吸ハ胸式ニシテ淺表・疾速ニ、脈搏ハ細數ニシテ軟弱ナリ。（但シ初期ニ於テハ脈搏者シキ影響ヲ被ラズ、或ハ却テ強實ナルコトアリ又稀ニ徐脈ヲ呈ス。）體温ハ多少ノ昇騰ヲ示スヲ常トス、其程度ハ不定ニシテ、或時ハ輕熱ニ止リ、或時ハ甚シキ高熱ヲ呈ス、又全ク平温ニ留リ、或ハ却テ降下ヲ來スコトアリ、腋窩ノ計測ニ於テ全ク上昇ヲ認メザルトキ直腸腔ニ於テ檢温シ、著明ノ昇騰ヲ示スコトアリ、注意スベシ。（斯クノ如キハ特ニ末期ノ腹膜炎ニ於テ屢、經後不良ノ徵トス。）ニ 局處症狀。腹痛アリ、通例初メ原發病變部ニ限局スルモ、後廣ク全腹部ニ之ヲ訴フルニ至ル。（然レトモ、瀰蔓性腹膜炎ヲ發シタル場合ニ初メハ發作性傾向ヲ存スルモ後チ連續的トナリ、甚ダ劇烈ナルヲ常トス。但シ末期ニ至リテ、全身中毒作用愈進ムトキハ疼痛ハ却テ漸次輕減スベシ、全ク無痛ニ經過スルコトハ絶無ニアラザルモ稀ナリ。）腹痛著シ、往往腹壁ノ輕擦モ既ニ劇痛ヲ感ゼシム。壓痛ハ到ル處ニ之レアルモ、又或限局セル部分、殊ニ原發病竈

及ビ其近圍ニ於テ特ニ劇甚ナルコト多シ。腹筋緊張ニ因ル腹壁ノ板狀緊張ハ本病初期ノ重要徵候ナリトス、之レガ爲メニ初期ニ於テハ腹壁ノ陷沒ヲ呈スルコトアリ。腹壁緊張ハ刺戟（痛、打診）ニ際シテ一層増劇ス。初期ニアリテハ尙、刺戟現象トシテ、腸管ノ蠕動亢進及ビ之レニ伴フ痙攣發作及ビ腹鳴ヲ呈スルモ、既ニ一定時間經過ノ後ニ於テハ、腸管ハ麻痺状態ニ陥リ、全ク静止シ、腸管腔ハ刻膨大シ、爲メニ漸次増加スル腹部膨滿、鼓腸ヲ現出ス。腸管麻痺ノ結果トシテ風氣・糞便ノ排出杜絶シ、下劑効ナク、灌腸モ亦其目的ヲ達セズ。（僅ニ下部大腸内容ノ排泄ヲ得ルコトアルノミ）腹部膨滿及ビ鼓腸ニシテ極度ニ達スルトキハ胸膈器ノ壓迫現象ヲ來シ、爲メニ循環及ビ呼吸ノ障礙一層甚キヲ加フ。膀胱ハ全或ハ不全麻痺ヲ來シ、尿閉、或ハ排尿困難ヲ呈ス。腹腔内滲出物ハ著明ノ濁音部トシテ認メ得ルコトアルモ、初期ニシテ其少量ナルトキ、及ビ大量ノ滲溜アルトキト雖モ既ニ鼓腸甚ダシキ時期ニ於テハ確實ニ之レヲ徵知スルコト困難ナリ。膀胱直腸腔若クシハドーグラス氏腔ニ於ケル滲出物ノ滲溜ハ腔若シクハ直腸ヨリ明ニ之レヲ診知シ得ルコトアリ。

尙、急性腹膜炎ノ徵候ニ就テハ後出「蟲様突起炎」ノ參照ヲ要ス。

診斷 著シク侵サレタル全身状態、全腹部ノ連續的劇痛、著明ナル濁音界認定、腸管麻痺ニ因ル高度ノ腹滿・鼓腸及ビ糞臭嘔吐等ヲ呈スルトキハ診斷容易ナルモ、斯クノ如キハ末期ノ證徵ニシテ、此時期ニ於テハ殆んど常ニ手術ノ時期ヲ失セルモノト認ムベク、既ニ外科的治療ノ意義ナキ場合多シ。吾人ハ切ニ早期診斷ヲ要求ス。

早期診斷上必要ナル徵候ニアリ。(1) 多少限局セル特殊ノ劇痛部（原發病變ノ疼痛點ト認ムベキ部分）ヲ有スル腹部大部分ニ互ル疼痛（初期ニ於テハ發作性ノ傾向アリ）及ビ(2) 刺戟ニ因リ増劇スル腹筋ノ緊張トス。之レニ加フルニ不安ノ顔貌ヲ呈シ、胸式呼吸ヲ營ミ、體温ニ伴ハサル脈搏ノ疾數ヲ示シ、嘔氣・吃逆・嘔氣若クハ嘔吐ヲ催シ、風氣・糞便ノ排泄困難或ハ杜絶アリ、且ツ排尿困難ヲ訴フルモノハ、之レヲ以テ初期ニ於ケル急性瀰蔓性腹膜炎ト診定シ得ベシ。即チ此等症候ノ具備（或モノヲ缺ク）ニ當リテハ直ニ之レヲ外科手術家ノ手ニ委スベキモノナリ。

鑑別。 (1) 限局性腹膜炎、腹腔ノ一部ニ限局セル腹膜炎モ亦嘔氣、嘔吐ヲ催シ、腹壁緊張若クハ鼓腸ヲ起シ、且ツ廣ク病竈外ニ互ル腹部疼痛ヲ徴スルコトアリ、爲メニ往往瀰漫性腹膜炎ト區別シ難キ場合アリ。之レニ在リテハ一般症狀概シテ輕易ニシテ、心臟機能ハ影響ヲ受クルコト少ナク、一時較著キ侵襲ヲ被ルモ爾後ノ經過ニ於テ漸徐輕快スルヲ認ムベシ、其刻刻増悪スルハ瀰漫性腹膜炎ノ襲來ヲ疑フニ足ル。限局性腹膜炎ニ於ケル腹部ノ廣汎性疼痛ハ經久的ナラズ、後全ク消散シ、獨リ病竈局部ニ疼痛ヲ殘スヲ以テ特異トス。猶、腹筋ノ緊張ハ病側ノ一半ニ於テ之レヲ認知スルコトアルモ、健側ニハ全然之レヲ認メザルヲ常トス。

(2) 腸管閉塞症、瀰漫性腹膜炎ハ腸管麻痺ノ結果、腸管不通症狀ヲ呈スルヲ以テ、時トシテ器械的腸管閉塞症ト誤診セラル。就中突發セル穿孔性腹膜炎ハ其初期ニ於テ本症トノ區別甚ダ困難ナルコトアリ。腸管閉塞症ニアリテハ疼痛多ク痛性ナリ、刺戟ニ因ル腹壁ノ反射現象^{腹壁}ハ腹膜炎ニ於ケルガ如ク著シカラズ、腸管蠕動亢進ノ爲メ腸硬變發作ヲ來シ、明ニ腸管係ノ像ヲ腹壁ニ印ス、往往著シキ腹鳴アリ熱發ナシ、其發熱ヲ徴スルハ末期ニ於ケル繼發腹膜炎ノ症狀トス。腹膜炎ニ於テハ疼痛ハ通例連續的ナリ、腹壁緊張甚シク、腸管蠕動亢進ハ極メテ初期ニ之レヲ認ムルコトアルモ後直ニ消失シ、腸管ノ著大ナル膨滿ニ當リテモ腹壁ニ其像ヲ認知シ得ザルヲ常トス。

急性腹膜炎ト「イレウス」

腹膜炎、
「イレウス」

- 1 多クハ急ニ熱發シ、稀ニ即時虛脫ニ陥ル。
 - 2 患者ハ全ク安靜ヲ保ツ、腹部壓痛甚シク輕微ナル觸接ニ對シテモ疼痛アリ
 - 3 自發痛ハ漸次輕減ス
 - 4 吐瀉ハ稀ニシテ晚發ス
 - 5 鼓腸ハ初期ヨリ瀰漫性ナリ
 - 6 腸管係ヲ視ズ、又觸レズ
- 初期無熱、往往平温以下ノコトアリ、後特ニ合併症アルトキハ漸次昇騰ス
患者ハ轉側反側シ、又起立スルコトアリ、腹部壓痛ナク、往往壓迫ハ却テ苦痛ヲ輕減セシムルコトアリ
自發痛漸次輕減シ、且ツ發作ハ頻繁強烈トナル
吐瀉ハ早期ニ發ス
鼓腸ハ初メ限局性ニシテ、漸次ニ上方ニ蔓延ス
腸管係ヲ限局膨隆トシテ目視又觸知シ得ベシ

7 腸運動ナシ

8 腹壁硬固ニ壓、板狀ニ緊張ス

9 往往瓦斯放出アリ

10 嘔々吃逆アリ

屢、強キ腸運動アリ

腹壁初メ柔軟ニシテ緊張セズ

全缺

吃逆稀ナリ

(3) 腸間膜動脈ノ「エンボリー」劇シキ疼痛ヲ以テ發シ、腸管麻痺ヲ來シ、腹滿鼓腸ヲ起シ、嘔吐ヲ頻發ス。劇症ニ於テハ直チニ虛脫ニ陥リ、一・二晝夜ニシテ死ノ轉歸ヲ取ル。此種ノモノハ急性穿孔性腹膜炎トノ區別不可能ナルコトアリ。發病前ニ於ケル下痢、殊ニ血性下痢、及ビ血性吐逆、其迅速凶惡ナル經過、並ニ既往ニ於ケル本病ノ原因タリ得ベキ疾病^{心臓内膜炎、動脈硬變症、微毒、中毒體質、敗血症等}ノ證明等ハ本症ノ診斷上必要ナリ。

其他腎石症、膽石症、急性腸胃加答兒、蟲樣突起炎、箱頓「ヘルニア」、腸間膜靜脈ノ栓塞、急性脾炎、脾臟出血、喇叭管破裂、肺炎、肋膜炎、尿毒症、腸室扶斯、腹壁ノ化膿性疾患等ト誤ルコトアリ。^{箱後節「腸管麻痺」ノ條下ヲ参照ス}

豫後 早期ニ適當ノ手術ヲ施ストキハ回生ノ目的ヲ達スルコト多シ。

鹽田廣重博士曰ク 急性化膿性大部腹膜炎ハ之ヲ內科的ニ治療スル時ハ豫後頗ル不良ナルモノナレドモ、之ニ早期手術ヲ施ストキハ十中其九以上ヲ救助シ得ルハ、表(三八八頁)ニ徴シテ明ナリ。故ニ余等ノ任務ハ益技術ノ練習ニ勉ムルト同時ニ一般公衆ヲシテ適ク本病ニ對スル早期手術ノ結果顯著ナルヲ知ラシムルニアリ。又之ト同時ニ醫師諸君ガ早期診斷ト早期手術推奨トニ盡力セラレンコトヲ希望シテ止マザルナリ。

療法 病機未ダ甚ダ進マズ、全身狀態著シク侵サレザルモノニ於テハ、診斷既ニ決定スルヤ直ニ開腹手術ヲ施スベシ。若シ夫レ時間ノ關係及ビ一般並ニ局部症狀ニヨリテ病機既ニ著シク進行セルヲ知ル場合ト雖、心臟機能ニシテ猶能ク手術的侵襲ニ堪エ得ベキヲ認ムルトキハ又進ンデ手術ヲ加フルヲ可トス、時トシテ意表ノ奏効ヲ得ルコトアリ。患者虛脫狀態ニアリ、脈搏甚ダ微弱ナルトキハ、直ニ之レニ手術ヲ加フルコト危險多キヲ以テ、此場合ニハ先ヅ食鹽水注入法、強心劑注射等ヲ以テ處置シ、較、心臟機能ノ恢復ヲ待ツヲ良トス。此等ノ處置其効ヲ奏セズ、依然險惡ノ狀態ニアルモノハ、既ニ手術ノ時期ヲ失セルモノニシテ恐クハ絶望ノ域ニアリ。

第二篇 疾病篇 腹部疾病

急性慢性腹膜炎ニ施ス手術ノ概要 心臟機能ノ著シキ障礙ヲ被ラザル極メテ初期ノ場合ハ全身麻酔法「エーテル」ヲ施シテ手術ノ完全ヲ欲スルヲ得策トスルモ、既ニ心臟衰弱ノ徵アルモノニ於テハ局處麻酔法ニ依ラザルヲ得ズ。皮膚消毒ハ沃度丁幾塗布ヲ以テス。切開部位ハ原發病竈ノ不明ナルトキハ先ヅ正中線ニ於テシ、其分明ナル場合ハ先ヅ其部ニ於テ切開シ、次テ病竈擴張ノ程度及ビ方向ニ從ヒ更ニ第二第三ノ切開ヲ加フベシ、廣ク全腹腔ニ蔓延セルモノニ於テハ兩側腹及ビ正中ニ於テ大ナル三條ノ切開ヲ施ス。(膀胱直腸窩¹或ハド¹グラス氏窩¹ノ著腫アルトキハ同時ニ直腸ニ向テ切開スルヲ可トス) 滲出物ハ注意シテ全部之レヲ拭除ス、又ハ加温セシメ食鹽水ヲ以テ原因タル病變部ノ發見セラレシトキハ適宜之レヲ洗滌ヲ行フ

急性化膿性大部腹膜炎ニ對シテ行ハレタル手術ノ結果 鹽田博士調査 昭和二年六月

姓名	年次	手術時間	死亡率
ロツテル	一九〇六	四十八時間	〇%
リゼ	一九〇九	四十八時間	〇%
コエルテ	一九〇七	四十八時間	〇%
スプレング	一九〇七	四十八時間	〇%
ブロビン	一九〇九	四十八時間	〇%
ギール	一九〇九	四十八時間	〇%
田	一九二一	四十八時間	〇%

表 乙

時間	死亡数及率	手術数	死亡数及率	手術数	死亡数及率
〇-11	二七・七%	三	〇・〇%	一	〇%
12-24	一七・九%	三	〇・〇%	三	〇%
25-48	七・六%	三	〇・〇%	三	〇%
49-72	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
73-96	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
97-120	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
121-144	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
145-168	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
169-192	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
193-216	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
217-240	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
241-264	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
265-288	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
289-312	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
313-336	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
337-360	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
361-384	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
385-408	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
409-432	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
433-456	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
457-480	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
481-504	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
505-528	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
529-552	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
553-576	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
577-600	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
601-624	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
625-648	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
649-672	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
673-696	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
697-720	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
721-744	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
745-768	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
769-792	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
793-816	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
817-840	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
841-864	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
865-888	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
889-912	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
913-936	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
937-960	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
961-984	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%
985-1008	一・九%	三	〇・〇%	三	〇%

表 甲

ヲ處置シ、穿孔部ノ閉鎖、壞死腸管ノ切除、蟲樣突起切除等 茲ニ綿紗條ヲ挿入シテ周圍ト限界セシムベシ。膨滿セル腸管ノ創裂ヨリ脱出セルモノニシテ整理困難ナルトキハ腸管穿刺法ヲ施シテ瓦斯ヲ漏泄セシム。腹壁切開創ハ全部之レヲ開放セシムルヲ可トシ、¹「タンポン」挿入ニ依リテ之レヲ壓着固定シ維キトキハ中央ニ排液護膜管或ハ綿紗條ヲ腹腔ノ各方向及ビ骨盤腔ニ向テ送入シ、²其ハ原發病、且ツ各創裂ニ綿紗¹「タンポン」ヲ挿入シ、³滲出物排除ノ自由ヲ圖ルベシ。極メテ初期ニ手術セラレ、未ダ膿性滲出物ヲ見ザルモノニ於テハ原發病處置¹「タンポン」ノ切除及ビ滲出物ノ清拭ヲ終リテ後、腹壁創ノ全部ヲ縫合閉鎖シ、²猶能ク治癒ヲ望ミ得ベキハ泰西諸家ノ報告ニ見ル所ナリ。後、療法トシテ仰臥位ヲ命ジ上半身ヲシテ稍、高位ニアラシム。一般狀態特ニ心臟機能ニ注意シ、不良ノ徵候アルトキハ適宜之レヲ處置ス。又疼痛、嘔吐、尿閉等ノ對症療法ヲ加フ。腸管麻痺ニ因ル腸管不通ニ對シテハ「アトロピン」注射法ヲ試ム。千倍「アトロピン」注射料トス。嘔氣嘔吐全ク止ムニアラザレバ食物ノ攝取ヲ許サズ、煩渴ニ對シテハ食鹽水皮下注入法ヲ行フ。胃擴張ヲ徵スルトキハ胃洗滌法ヲ施スベシ。挿入セル綿紗條ハ逐日少許ヅツ拔去剪斷シ、五乃至一週ニ互リテ其全部ヲ去ルベシ、護膜管ノ除去モ亦之レニ倣フ。後日若シ或部分ニ限局性膿瘍ヲ生ズルコトアレバ適宜之レガ排膿ヲ圖ルベシ。

手術幸ニ奏効スルトキハ一般狀態漸次恢復、苦痛逐日輕減シ、腹壁緊張去リ、瓦斯ノ放出開始シ、鼓腸消散、尿利整調、自ラ便意ヲ催シ、食思ヲ恢復スルニ至ル。 瀰漫性腹膜炎ノ手術成績ハ術家各、瀰漫性腹膜炎タルノ認定ヲ異ニスベキヲ以テ 甲者認メテ限局性腹膜炎トナセルモノトアルガ如シ 統計的ニ之レヲ算出シ、且ツ各人ノ成績ヲ對比シテ其正確ト公平ヲ得ルコト固ヨリ不可能ニ屬スルモ、一般ニ早期ニ施サルニ從テ良ニ、時期遅ルルニ從テ不良ニシテ、炎症ノ腹膜ニ於ケル蔓延領域ガ比較的狭小ナル場合ハ良ニシテ、其大部ニ及ボセルニ從テ不良ナリ。又患者ノ年齢、榮養狀態、原因疾患ノ種類及ビ病原菌ノ異同ガ之レニ與ルコト大ナルハ論ヲ俟タザルナリ。

急性限局性腹膜炎

スノ傾向アルヲ以テ、亦好シテ著ノ爲メニ包裹セラレル局限性炎症ヲ起ス。局限性腹膜炎ノ原因ハ前節瀰漫性腹膜炎ノ條ニ記セル所ト異ナラズ、就中重要ナルハ蟲様突起炎ニ起因スル盲腸部腹膜炎後節「蟲様突起炎」參照及ビ婦人内生殖器ノ化膿性疾患ニ續發スル骨盤腹膜炎トス。「後節「横膈膜下膿瘍」及「膽石症」ノ條ヲ參照スベシ

症候 局限性腹膜炎 Peritonitis circumscripta ニ於テハ毒性產物ノ吸收、腹膜ノ刺戟現象共ニ輕度ナルヲ以テ、瀰漫性腹膜炎ニ比スレバ、徵候從テ輕易ナリ。局限性腹膜炎ニ於テハ初期ニ於テハ廣ク全腹膜ノ刺戟症狀ヲ呈スルコト稀ナラズ、即チ廣汎性腹痛、嘔氣、嘔吐、腹壁緊張若クハ輕度ノ全腹部膨滿等ヲ現ハス。此等ノ症徵ハ炎症ノ局限スルト共ニ輕減又ハ消散シ、炎症原發竈及ビ其周圍ニ於ケル徵候漸ク顯著ナルニ至ル、即チ當該部ニ局限セル自發痛及ビ壓痛著シク、其部ニ硬結網膜、腸管等ノ炎症性腫大、及ビ腸管相互ノ癒着ヲ形成ス。硬結ハ顯著ナル結節狀ヲナスコトアルモ、多クハ境界不明ナル抵抗部ヲナシ、移動性ナク、打診上濁音ヲ呈シ、化膿シテ膿瘍ヲ生ズルトキハ波動ヲ徵知スベシ。此等ノ硬結若クハ膿瘍ニシテ、體表ニ接シテ存在スルトキハ、觸診及ビ打診上容易ニ認知シ得ルモ、深在性ニシテ廣ク腸管ヲ以テ圍繞セラレルトキハ外部ヨリ之ヲ探知スル能ハザルコト稀ナラズ。又瓦斯ヲ有スル膿瘍ハ鼓性打診響ヲ呈スルガ爲メニ認定困難ナルコトアリ。腸管ハ患部近傍ニ於ケル蹄係ノ麻痺ヲ來スニ止ルヲ常トスルヲ以テ、風氣排泄及ビ排便ノ完全ナル杜絶ヲ來スコトナシ。腹筋ノ緊張若クハ腹壁膨出ハ通例病竈部ニ局限シ、爾他ノ部分ハ柔軟ニシテ容易ニ檢手ヲ以テ壓陷セシメ得ベシ。嘔吐ハ初期ニ於テハ多ク之レアルモ、後チ停止ス、唯病竈ニシテ胃ノ近傍ニアルトキハ長ク嘔氣・嘔吐ヲ連續スルコトアルノミ。又病竈ノ部位ニ關シテ排尿困難ヲ來スコト稀ナラズ。

全身狀態ハ著シク侵サルルコトナシ。唯初期ニ於テ、腹膜刺戟ノ反射現象トシテ較著ナルコトアルモ其繼續久シカラズ、瀰漫性腹膜炎ニ際シテハ諸症狀刻増劇スルニ反シ、之レニアリテハ漸次輕減スルヲ見ルベシ。顔貌及ビ顔色ニ著シキ異常ナク、呼吸亦甚シキ變化ヲ呈セズ、脈搏整強ニシテ其數増加スルモ甚シキニ至ラズ。體温ハ不定

ニシテ、著シキ影響ヲ被ルコトアルモ、亦殆ンド全ク昇騰ナキコトアリ。意識ハ普通明快ナルヲ常トス。

局限性腹膜炎ニシテ漿液性若クハ纖維素性ノモノハ、甚ダ大ナル浸潤ヲ生ジ且ツ滲出物ノ瀦溜ヲ來セルトキト雖能ク全ク吸收セラレ、自然治癒ヲ營ミ得ルコト疑フ容レズ。吾人ハ著大ナル硬結ノ治シテ全然痕跡ヲ止メザルニ至レル多クノ例症ヲ實驗ス。化膿性滲出物ト雖、瀦溜僅少ニシテ其病原菌ノ侵襲能力薄弱ナル場合ニ於テハ細菌ノ死滅ニ次デ全膿竈ノ消散ヲ致シ得ルハ亦人ノ夙知スル所ナリ。然レドモ既ニ化膿性炎症ヲ呈セル多數ノ場合ハ容易ニ症徵ノ減退ヲ來サズ、放置セラレルトキハ却テ周圍ニ向テ蔓延シ、或ハ廣大ナル膿瘍ヲ形成シ、或ハ更ニ瀰漫性腹膜炎ヲ繼發セシムルノ危險アリ。又腹膜外結締織ニ向テ蔓延スルトキハ茲ニ瀰漫性「フレグモ」ヲ發起シ、又肋膜・心囊等ニ向テ蔓延スルトキハ其化膿性炎症ヲ繼發スベシ。唯膿瘍ニシテ近圍臟器ノ管腔、例之腸管・膀胱・腔等ニ向テ破ルルトキハ、自然治癒ヲ營ムコトアリ。

診斷 硬結ヲ觸レ、若クハ膿瘍形成ヲ診定シ得ルトキハ診斷困難ナキモ、之レヲ認知シ得ザルトキハ容易ニ本症ヲ確定シ難キコトアリ、直腸若クハ腔ヨリスル診査及ビ双合診ヲ怠ルベカラズ、之レニ依テ病竈ノ占居ヲ診定シ得ルコト稀ナラズ。

膿瘍形成ノ診斷 本症治療上最モ必要ナル事項ニ屬ス。硬結長ク消退ノ傾向ナク、却テ漸次増大シテ疼痛加ハリ往々硬結ノ一部ニ於テ顯著ナル壓痛點ヲ徵知スルコトアリ、或ハ突然急劇ナル發育ヲ遂グルガ如キ場合ハ之レヲ疑フニ足ル、脈搏ノ性状及ビ數ハ亦膿瘍診斷ノ一助トナスベシ、體温ハ膿瘍ノ存在ニ當リテハ通例多少ノ昇騰ヲ來スモ亦甚ダ輕度ノ熱候アルニ止リ、或ハ全ク影響ヲ被ルコトナク平温ヲ示スコト稀ナラザルヲ以テ、無熱ナルノ故ヲ以テ膿瘍ヲ否認スル能ハズ、之レニ反シ屢、發スル不規則ナル熱候或ハ長ク繼續スル弛張熱等ハ膿瘍形成ノ診斷上有力ナル證徵トス。病竈體表近部ニ存シ觸診上波動ヲ認ムルモノニアリテハ診斷確實ナリ。指頭明ニ波動ヲ知ルコトアリ又著明ナル硬結ノ中心ニ於テ限、試驗的穿刺ハ確實ニ癒著ノ形成ヲ認知シ、腫瘤ヲ越エテ腸管ナキヲ認ムル場合ニ於テハ、之レヲ試ミテ可ナリ。他ニ確診ノ根據ナ

キ時ニ於テ能ク之レニ依テ膿汁ヲ發見シ得ルコトアリ。但シ無障腹腔ニ向テ膿竈ノ内容ヲ送り、或ハ又過テ腸管ヲ刺傷スルノ危険ニ就テハ充分戒ムル所ナカルベカラズ。〔蟲體突起炎〕ノ條下參照

限局性腹膜炎ノ初期ニ於テ局部ノ微候未ダ顯著ナラズ、却テ一般症狀著明ニシテ、主トシテ全腹部ニ互ル疼痛ヲ訴フルトキハ、瀰漫性腹膜炎トノ鑑別困難ナルコトアリ。限局性腹膜炎ニアリテハ、待期的ニ處置シ、幸ニ化膿セザルトキハ、自ラ吸收セラレテ消散スルノ望アリ、瀰漫性腹膜炎ニアリテハ、多クノ場合ニ於テ直ニ手術的療法ノ施行ヲ要ス。斯クノ如ク治療方針相馳背スルヲ以テ、其何レニ屬スルヤノ判定ハ實地上甚ダ重要ニシテ、吾人臨牀家ノ往往遭遇スル所ナリ。之レガ鑑別ニ就テハ前節瀰漫性腹膜炎ノ條下既ニ之レヲ記述セリ。

豫後 適當ナル治療法ノ施サルトキハ概ネ良ナリ。既ニ化膿セルモノニシテ放置セララルトキハ膿腔壁ノ破潰ニ因リ瀰漫性腹膜炎ヲ發起スルノ危険アリ、且ツ又全身の傳染ヲ誘發スルノ虞アリ。腸管内穿破若クハ腹壁ニ向テスル破壊等ニ因ツテ自然ニ排膿シ、治癒機轉ヲ營ムコトアルモ儻倖ニ屬ス。

療法 未ダ化膿ノ徵ナキ間ハ、安靜平臥ヲ命ジ、對症處置ヲ施シテ爾後ノ經過ヲ觀察ス。既ニ膿瘍ヲ形成セバ切開排膿ヲ圖ルベシ。膿瘍ニシテ淺ク腹壁下ニアルトキハ此部ニ切開ヲ加フ、膿瘍直チニ腹壁下ニ存セズ、無障腹腔ヲ隔テテ之レガ存在ヲ認ムルトキハ、此病竈區域ノ四周ヲ嚴ニ綿紗「タンボン」ノ挿入ニ依リテ區界シ、後其中央ニ於テ切開スベシ、或ハ先ヅ周圍ニ綿紗ヲ挿入シ置キ、之レニ依テ癒著ヲ形成セシメ、二次的ニ膿腔ヲ開クヲ得バ最モ安全ナリ。切開セル膿竈ニハ綿紗「タンボン」或ハ排膿護管ヲ挿入ス。又直腸或ハ腔穹窿ヨリ切開ヲ要スベキ場合アリ。〔蟲體突起炎〕「橫膈膜下膿」等ノ條下ヲ參照スベシ

結核性腹膜炎

四 結核性腹膜炎

結核性腹膜炎 Peritonitis tuberculosa. (腹膜炎結核 Tuberculosis peritonei.) ハ肋膜炎結核、腸結核・就中廻盲部結核、喇叭

管結核等ノ蔓延ニ因リテ起リ、又肺臟、淋巴腺、骨、關節、其他ノ結核ニ續發ス。原發性腹膜炎結核ハ稀有ニ屬ス。本症ハ少年期及ビ壯年期ニ多シ。

腹膜炎結核ニ、主トシテ滲出物ノ瀦溜ヲ呈スルモノト、滲出物ハ少量ニ止リ主ナル變化トシテ腸管・網膜等ノ癒著ヲ形成スルモノトノ二種類アリ。前者ヲ滲出性 exudativ 後者ヲ癒著性 adhesive ト呼稱ス。或ハ又前者ヲ濕性 後者ヲ乾性ト稱ス

症候 腹部鈍痛或ハ輕度ノ發作性疼痛ヲ以テ初發徵候トナスモノ多ク、又腹水ノ發生ヲ以テ起ルコトアリ、猶又單ニ消化不良ノ故ヲ以テ醫門ヲ叩クモノアリ。熱候ハ輕微或ハ全ク缺クモ、末期ニ屬スルモノ、又ハ重キ他臟器ノ結核ヲ合併セルモノニアリテハ屢ニ弛張熱或ハ著シキ消耗性熱型ヲ呈ス。滲出物ハ或ハ全腹部ニ之レガ瀦溜ヲ來スコトアリ、或ハ癒著ノ結果包裹セラレテ限局性ナル場合アリ。癒著性ノモノハ種種ナル腫瘤、硬結若クハ抵抗部ヲ形成ス。腹部膨滿ハ滲出性ノモノニ於テハ甚ダ著明ナルモ、癒著性ノモノニアリテハ著シカラズ。壓痛ハ概ネ輕度ニ之レヲ徵スルノミ。腸胃症狀ハ不定ナルモ、好ンデ慢性消化不良

便秘若クハ下痢等ヲ來ス。又癒著ニ因ル腸管ノ屈曲・絞窄等ハ其狹窄或ハ閉塞ノ原因ヲナス。腸管ノ狭窄或ハ閉塞ノ症狀ヲ 腸管ノ狭窄或ハ閉塞ノ症狀ヲ 初發トシテ發病スルコトアリ 又膿瘍腹壁ニ向テ破開シ瘻孔ヲ生ズルコト稀ナラズ。腸管ノ狭窄或ハ閉塞ノ症狀ヲ 腸管ノ狭窄或ハ閉塞ノ症狀ヲ 腸管ノ狭窄或ハ閉塞ノ症狀ヲ

本症ノ經過ハ甚ダ慢性ニシテ、漸次衰弱ニ陥リ、或ハ併發セル爾他臟器結核ノ爲メニ斃ル。又混合傳染、穿孔性腹膜炎、器械的腸管閉塞症及ビ高度腹水ノ機械的作用等ニ因テ死ノ轉歸ヲ取ルモノアリ。

診斷 本症好發年齡ノ者ニ於テ、漸次増加スル腹腔滲出物ヲ生ジ、結核ノ遺傳アルモノ若クハ既往ニ於テ胸部或ハ骨盤内臟結核ノ病徵ヲ經過セルモノニアリテハ本病ヲ疑フベク、診斷多クハ容易ナルモ、他部ニ結核病變ノ徵知スベキモノナク、殊ニ患者高年ナルト

肺	腸	腹	生	骨	心	泌尿
八四・三	三二・三	四九	三・四	三・三	二・二	一・四
%						

女子結核屍二七三中

(Schlimpert 1911)

腹膜炎結核ノ爾他結核

ニ對スル頻度ノ比較

ヲ應用スルモノアリ。手術後滲出物再ビ滯留スルコトアルモ、後手漸次
吸收スベシ。吸收遷延スルモノニアリテハ時宜ニヨリ再手術ヲ試ム。
一般ニ手術ハ滲出性型ノモノニ向テ効果多ク、癒着性ノモノニ對
シテハ手術困難ニシテ奏効少ナシ。

全身状態ノ著シキ衰憊及ビ他臓器ニ於ケル重症結核ノ併存ハ手
術ノ禁忌トス。但シ輕度ナル肺臟病變ハ必ズシモ禁忌トナスニ足ラズ、手術ハ之レニ向テモ寧ロ却テ好影響ヲ與フ
ル場合アリ。熱ハ禁忌トセズ。一歳以下ノ小兒ニハ之ヲ忌ム。

滲出性型ノモノニ於テ、滲出物ノ滯留高度ニシテ壓迫症狀甚シキトキハ、對症ニ穿刺排液法ヲ施スベシ。其法
後節「腹水」ノ條下ニ述ブル所ニ從フベキモ、本症ニ於テハ屢腸管ノ腹壁癒着ヲ有スルヲ以テ過テ腸管ヲ刺傷セザラ
ンコトニ注意スベシ。穿刺法ヲ施シ、後チ空氣ヲ送入シテ開腹術ニ代ヘント試ミタルモノアルモ其効疑ハシ。

ヘルテル氏 Hirtel ハ多數ノ文献ニ基キテ腹膜結核ヲ説キ其療法ニ就テ次ノ如ク結論セリ。 Ergebnisse der Chirurgia
u. Orthopädie B. VI
一 腹膜結核ニハ他ノ外科的結核ニ於ケルト等シク、有力ナル衛生的及ビ攝生的一般療法ヲ必要トス。能フベクンバ轉地療養殊ニ
高山療法ノ持久ヲ望ム。

二 次ノ場合ハ直接生命の危険アルガ爲メニ手術ノ適應症トナス。即チ高度ノ腹水、腸管不通症、穿孔性腹膜炎、熱性膿瘍ノ形成
トス。

三 滲出性型ノモノハ初發期ニ於テハ保存的ニ處置シ、若シ必要アラバ穿刺法ヲ施スニ止ム。腹水長ク依然タルトキハ開腹術ヲ施
シテ治癒ヲ促進セシメ得ベシ。

四 癒着性型ノモノニモ亦先ツ保存的療法ヲ施スヲ當トシ、此種類ニ對シテハ手術の療法ハ、或者ハ之レヲ禁忌ナリトシ、或者
ハ却テ之レヲ推奨ス。若シ之レヲ行ハントセバ最モ慎重ナルヲ要ス。

五 潰瘍性型ノモノハ其後殆ンド絶對的ニ不良ナリ。

六 手術後モ亦一般的療法ヲ必要トス、(一)ニ記ス所ニ從ヒ全治ニ至ルマデ之レヲ繼續スベシ。

小山善氏ハ六百二十六名ノ腹膜結核患者ニ就キテ次ノ如ク結論セリ。

一 男女。 男子ヨリ女子ニ多シ、殊ニ手術患者ニ於テ然リ。然レドモ Noe 氏等ノ表ニ比スレバ其差著シカラズ。
二 年齡。 十七乃至二十六歳ノ十ヶ年ニ於テ最モ多ク、而テ幼キ者一年六ヶ月ヨリ老ヒタル者六十八年ニ至ル。
三 職業。 概シテ坐業者ニ多ク、勞働者ニ少ナシ。

四 遺傳。 有ル者少ナク、無キ者多シ。

五 合併症。 肺及ビ胸膜ノ結核多ク、腹膜近圍臓器ノ結核ハ比較的少ナシ、就中腸管ノミノ結核ハ甚ダ稀ナリ。
六 乾濕二性。 總數ヨリ云ヘバ乾性多ク、手術患者ノミニ就テハ濕性多シ。
七 經過。 腸管ノ狭窄及ビ閉塞ヲ起シタルモノハ稀ナレドモ穿孔ハソレニ比スレバ稍多シ。殊ニ臍部及ビ其ノ周圍ニ瘻孔ヲ生
ジ易シ。

八 手術。 單純切開ニ止メシモノ多シ。

九 手術成績。 治癒輕快ヲ合算シテ六六・四%、又手術ニ因ル不幸ノ轉歸ハ八・七%。
一〇 合併症モ手術ニ依テ多クハ治癒輕快ニ赴ク。
一一 術後ノ糞瘻ハ僅ニ三・一%ニ過ギザレバ敢テ杞憂ヲ要セズ。
一二 非手術患者ト雖、其二六・八%ハ治癒及ビ輕快スルヲ見ル。

内科學者中切リニ外科的療法ヲ非難シ、或ハ糞瘻ヲ遺スト云ヒ、或ハ衰弱ヲ促スト稱シ、甚ダシキニ至リテハ有害無効ナリト絶叫スルモノアリ
之レ各自専門ノ所信ヨリ、斯クアルベキ理ナリト雖、前述ノ統計ニ由リテモ手術有効ノ一般ヲ知ルニ足ル。然レドモ元來本病ハ手術ヲ施サザル
モ自然ニ治癒スルコトヲ得ル病ニシテ、前表ニ據ルモ二六・八%ハ治癒或ハ輕快セルヲ見ル、故ニ余ハ進ンデ外科的手術ヲ行フト雖、只ニ手術ノ
ミヲ以テ強イテ偉効ヲ希フモノニアラズ、即チ之レニ由テ自然治癒ヲ補助セント欲スルノミ。故ニ手術ヲ行フニハ患者ノ選擇ニ注意ヲ要スベキ
モノナルヲ信ズ。 日本外科學會
結核六病所編

腹膜結核ニ對スル開腹術ノ効果
E. Heilmann (1912) 九箇年間ニ及ビ觀察セラレタル
五十手術例ノ轉歸

重症	治癒	輕快	不治	死亡
三・六%	二・二%	三三・三%	三三・三%	三三・三%
六・六%	二・二%	三三・三%	三三・三%	三三・三%

五 腹水

腹水 Aszites. 1. 一般的血行障礙、即チ心臟・肺臟・腎臟等ノ疾患、及ビ癌腫・肺結核等ニ因ル惡液質・衰弱等 2. 門脈系ノ障礙、即チ門脈ノ壓迫或ハ栓塞・肝硬變症・其他ノ肝臟疾患 3. 腹膜及ビ腹部内臟ノ腫瘍・就中癌腫等ニ際シテ發ス。

症候 少量ノ腹水ハ之レヲ診知スルコトヲ得ズ。腹水ノ主徴ハ體位ノ變換ニヨリテ位置ヲ變ズル濁音界、體位變換ニヨリ其形ヲ變ズル腹部膨隆、仰臥位ニ於テハ側腹部著シク膨出シテ此部分濁音ヲ呈シ腹壁前面ハ扁平トナシ、腹水瀦溜増加スルニ從ヒ腹部膨隆及ビ濁音界漸次増大シ、皮膚ノ緊張甚シク、臍ハ其凹窩ヲ失ヒ、或ハ却テ「ヘルニア」狀ヲナシテ前方ニ膨出ス。高度ノ腹水ニ在リテハ爲メニ横膈膜舉上セラレ、心悸亢進、呼吸困難及ビ「チアノーゼ」等ヲ發スルコトアリ。

診斷 腹部膨滿、波動、濁音及ビ稀薄透明ニシテ比重小ナル穿刺液等ニ由テ診斷ス。既ニ腹水アルヲ知レバ進ンデ其原因ヲ探ルベシ。腹水ト鑑別ヲ要スル諸病次ノ如シ。

鑑別 (1) 鼓腸、ニ因ル腹部膨滿ハ體位ニヨリテ其形ヲ變ゼズ、腹部ノ中央最モ膨出スルヲ常トス、波動ヲ觸知セズ打診上鼓音ナリ。(2) 腹膜結核ノ滲出物ハ比重大ニシテ蛋白含量多シ、即チ比重一〇一八以上ニシテ蛋白量ハ四乃至六%ニ達スルモ、腹水ニアリテハ比重一〇一五以下ニシテ蛋白含量通例一%以下ニ止リ、其多キモ三%ヲ出デズ。腹水ハ熱發ナク、疼痛ヲ訴ヘザルモ、腹膜結核ニ於テハ熱候ヲ伴フ場合多ク、且ツ疼痛ヲ訴フルコトアリ。又腹膜炎性滲出物ハ移動性乏シク、或ハ全ク濁音界ノ變化ヲ認メザルコトアリ。(3) 卵巣囊腫ハ仰臥位ニ於テモ、膨隆セル腹部扁平トナルコトナク、常ニ前方ニ突出ス。其腹部膨隆ハ往往不平等ニシテ、凸凹ヲ見ルコトアリ。臍ハ上方ニ轉位スルモ、消失又ハ膨出ヲ呈スルコトナシ。濁音界ハ仰臥位ニ於テモ前面ニアリ、位置ノ變換ニヨリテ打診界

ヲ變ズルコトナク、或ハ多少之レアルモ僅微ナリ。明ニ波動ヲ觸知スルコトアルモ、濁音界内ニ限ラル。腹水ニアリテハ内診上子宮ハ側方ニ偏倚シ、且ツ多クハ上昇ス。腹水ニアリテハ子宮ニ降シ腔内液消失ス。卵巣囊腫ノ穿刺液ハ比重高ク(一〇一八以上)濁濁ヲ呈シ、多クハ濃稠ニシテ屢、粘稠牽縷性ナリ。

豫後 原因疾病ノ如何ニ關ス、腹水ヲ發セシムル疾病ノ多クハ豫後不良ナルモノトス。療法 (1) 原因的療法ヲ必要トス。(2) 内科的療法トシテハ、全身狀態ニ注意シツツ、緩和ナル利尿劑、發汗劑緩下劑等ヲ投ジ、飲料ヲ節減セシムベシ。(3) 手術的療法ニニアリ、一ハ穿刺シテ排液スル法ニシテ、一ハ門脈系ノ鬱血ヲ他方面ニ誘導スルヲ目的トスル手術トス。(就中タルマ氏手術)

腹水穿刺術 Punktion des Aszites.

(1) 適應症 内科的療法奏効セズ、腹水益々増加シ、胸腔壓迫ニ因リ呼吸及ビ心臟機能ノ障礙ヲ呈セルトキニ於テ之レヲ施ス、要アラバ之レヲ反復ス。(2) 準備 患者ヲシテ坐位又ハ半坐位ヲ取ラシムルヲ便トス、又側臥位ニ於テナスベキコトアリ。術前膀胱ヲ空虚ナラシム、術中ノ異變ニ備フル爲メ赤酒及ビ注射用「カンフル」油等ヲ用意ス。穿刺部位ハ白條ニ於テ臍ト恥骨縫際上線トノ中央、或ハ左臍線ノ中央ニ之レヲ選ビ、嚴ニ消毒シ、穿刺部ニ局處麻酔法ヲ施ス。器械ハ側方ニ排泄管ヲ備フル細キ套管針(第二三十一圖)ヲ用ヒ殺菌ス。其側管ニ保護管ヲ附シ、之ヲ容器ニ導クベシ。穿刺排液ニヨリ腹壓俄ニ減ジ腦貧血ヲ起スコトアリ、之レヲ防ガシメ、木綿腹帶ヲ用意シ穿刺部ノ上ヲ廣ク緊縛ス。(3) 術式 打診上濁音界ヲ定メ、又疑ハシキトキハ、豫メ小注射器ヲ用ヒ試驗的穿刺ヲ行ヒテ之ヲ確定シ、次ニ套管針ヲ右手ニ取り、刺入ノ深サハ腹壁ノ厚薄ニヨリテ異ナトナシ、(第二十七圖)先ヅ針尖ヲ前ニ選定セル刺入點ニ接セシメ、腹壁ニ對シ鉛直ニ套管針ヲ置キ、少シク強力ヲ用ヒテ腹壁ヲ刺通セシメ腹腔ニ刺入ス。皮膚鞏硬ナルトキハ豫メ刺入部ニ刀尖ヲ以テ細小ナル切開ヲ施スヲ便トス。次ニ套管針ノ針ヲ除去スルトキハ則チ液ノ流出ヲ見ル。液ノ流

第二三十一圖 腹水穿刺用套管針



出ハ徐徐ナルヲ可トス。排液ニ從ヒ腹壁ノ緊張漸次減退ス、腹部膨滿ノ退縮ニ從ヒ前ニ裝用セル腹帶ヲ徐ロニ緊縛スベシ。液ノ排出止ムトキハ管ヲ拔去シ、穿刺孔ニハ細キ絹絲ヲ用ヒ一針縫合ヲ施シテ之レヲ閉鎖シ、小綿紗片ヲ貼シテ絆創膏ヲ以テ固定シ、猶壓抵腹帶ヲ施スベシ。

タルマ氏手術

タルマ氏手術 Talmache Operation 專ラ肝硬變症ノ腹水ニ行フ。即チ腹壁ヲ白條ニ於テ開キ、大網膜或ハ脾臟ヲ前腹壁ニ縫著シ、門脈還流ノ爲メニ新徑路ヲ作爲スルニアリ。本法ハ初期肝硬變症ニ著効ヲ奏スルコトアルモ、進行セルモノニ對シテハ効ナク、既ニ黃疸ヲ呈セルモノ、心臟・腎臟ノ著シク侵サレタルモノ等ニハ禁忌トス。

六 横膈膜下膿瘍

横膈膜下膿瘍

横膈膜下ニ於テ、横膈膜ト肝臟・胃及ビ脾臟等ノ間ニ存セル空隙ニ生ズル炎症性滲出物ハ、容易ニ癒著ニ因リテ包裹セラル、此部ニ形成セラルル膿瘍ヲ横膈膜下膿瘍 Subphrenic Abscess トス。提肝靱帶ノ左方ニ存スルモノト、其右側ニ存スルモノトアリ。又前方ニ或ハ後方ニ偏シテ腹膜腔外ニ存スルモノアリ。

右側横膈膜下膿瘍ハ專ラ蟲様突起・肝臟・膽囊・右腎等ノ疾病ニ因シ。左側ノ者ハ多ク胃・小腸・脾臟・肝臟左葉・左腎・脾臟等ノ疾病ニ關係アルモノトス。即チ肝臟膿瘍・膽囊炎・蟲様突起炎・胃及ビ腸潰瘍ノ穿破・胃特ニ噴門ノ癌腫・脾臟膿瘍・脾臟膿瘍・肝或ハ脾ノ包蟲腫・腎臟周圍膿瘍等ヲ本症ノ原因トナス。其他化膿性肋膜炎・肺膿瘍・肋骨及ビ脊椎疾患等ニ繼發ス。又全ク原因ヲ明ニスル能ハザルコトアリ。

症候 發病ノ狀況及ビ經過ハ原因ノ疾患ノ異ナルニ從テ一ナラザルモ、一般ニ寒戰ニ次グ熱發熱ハ通例之レヲ伴ヒト多キモ亦甚ダ程度ニ止リ、或ハ全く體温ノ異常昇騰ヲ見ザルコトアリ。及ビ上腹部ニ限局スル疼痛アリ、汗濁音下界ハ下降シ、其上界ハ高クシテ上方ニ凸彎ス。膿瘍中瓦斯ヲ含有スルトキハ肺臟ノ境界ト肝濁音界トノ間ニ鼓音帶ヲ生ズベシ。左側横膈膜下膿瘍ニアリテハ心臟界上移シ、著膿著大ナルモノニアリテハ呼吸困難ヲ來ス。經過延長スルトキハ從テ榮養衰微ス。

診斷 本病ノ原因タリ得ベキ腹部疾病ノ證明、熱候、疼痛、濁音界等ニ據リ診定スベキモ、局部症候全ク不明ニシテ長ク診斷ノ正鵠ヲ得ル能ハザルコト稀ナラズ。化膿ヲ證スルニ足ルベキ熱發アリテ、其病竈ノ不明ナルトキハ常ニ本症ニ一顧ヲ要ス。試験的穿刺ハ診斷上必要ナリ、穿刺針ハ長キヲ選ビ、背側濁音界ニ於テ過敏ナル部分ヲ選定ス。膿汁中膿汁、瓦斯、包蟲、鈎等ヲ有スルコトアリ。又レントゲン線診斷ヲ施シ著明ノ影像ヲ認知スルコトアリ。

鑑別 (1) 膿胸。右側膿胸ト同側横膈膜下膿瘍トハ屢、誤認セラル、特ニ兩者ノ兼發ニアリテハ本症ハ閉却セラレ易シ。此兩症ノ鑑別資料次ノ如シ。(a) 既往症ニ於テ原因トナルベキ疾病ヲ異ニス。(b) 横膈膜下膿瘍ニ於テハ肝下界ノ降下著明ニシテ、胸部ニ於ケル濁音界ノ上界ハ上方ニ凸彎スル弧形ヲ呈ス。膿胸ニアリテハ、其境界線ハ水平若クハ側胸ヨリ脊柱ニ向ヒテ昇ル斜線ニ一致スルコト多シ。本症ニ於テハ肺呼吸音ヲ聽取シ得ル部分ト濁音界ニ於ケル呼吸音ナキ部分トノ境界比較的明瞭ナルモ、膿胸ニ於テハ通例明確ヲ缺キ漸次相移行ス。(c) 肺臟壓迫ニ基因スベキ呼吸障礙ハ膿胸ニ於テ著シク、本症ニ於テ輕微ナリ。(d) 試験的穿刺ヲ下部肋間ニ施シテ膿汁ヲ證明シ得ルトキハ病竈何レニアルカヲ判明シ難キコトアリ、刺入セル針ノ横膈膜ヲ穿刺セル場合ノ感覺及ビ横膈膜ヲ刺セル針尖ハ呼吸運動ニ伴フ動搖ヲ呈スルコトヲ以テ其横膈膜ノ上下何レニアルカヲ區別スベシ。但シ肥厚セル肋膜ハ亦之レニ刺入アルヲ以テ穿刺針ノ淺キ部ニ於テ漿液ヲ得、深ク進メタルトキ膿汁ヲ得ルハ漿液性肋膜滲出物ヲ兼ヌル横膈膜下膿瘍ノ徵トス。一般ニ深く刺入シテ五六仙以上初メテ膿腔ニ達スルハ横膈膜下膿瘍ナルコト多シ。(e) レントゲン診斷ニ於テ、陰影ノ上界穹隆ヲ呈シ、呼吸運動ニ伴フ上下動著明ナルモノハ本症ニシテ、其上界直線ニ近ク運動ヲ缺クモノハ膿胸ナリトス。(2) 肝臟膿瘍及ビ化膿セル肝包蟲腫等トハ打聽診上ノ所見、穿刺等ノミニテハ區別シ難シ、猶ホ爾餘ノ症狀ニ注意スベシ。猶此等疾病ノ條下ノ參照ヲ要ス。

豫後 放置セラルル時ハ通例不良、僥倖ナル轉歸トシテ膿瘍肺臟ニ破レ治癒ニ就クコトアリ。手術的療法ノ豫後ハ專ラ原因ノ疾患ノ如何ニ關ス。

横膈膜下膿瘍
ノ手術

療法 切開排膿ス。膿瘍存在ノ位置ニ從ヒ、或ハ肋骨弓縁ニ沿ヒテ切開シ鈍性ニ進ミテ膿瘍腔ニ及ビ或ハ側胸ニ於テ肋膜腔ヲ經テ横膈膜ヲ開キ膿腔ニ達ス。又腰部ニ於テ第十二肋骨下ニナスベキコトアリ（腎臓ニ基因セルモノ）猶又胸骨劍尖下ニ於テ正中線切開ヲ要スルコトアリ。胃及ビ小腸ヨリ起レルモノ膿瘍ニシテ著シク大ナルトキハ適宜對孔ヲ造設スベシ。

横膈膜下膿瘍ノ手術 肋膜腔ヲ經テ切開セントスルトキハ二肋骨（第八及第九或ハ第九及第十）ヲ六乃至一〇仙迷切除シ、肋間ノ軟部ヲ其内面即チ胸壁肋膜ヲ殘シテ剝離シ、先ヅ肋間神經ヲ遊離セシメテ之ヲ切斷シ、後剝離セル軟部ヲ肋骨切除部ノ兩端ニ於テ結紮シ其中間ヲ切除ス。次ニ（a）肋膜兩板竝ニ全ク癒着シ内腔閉塞セルトキハ、直チニ之レヲ開キ、更ニ横膈膜ヲ開キテ膿瘍ニ達ス。排膿後太キ排膿管ヲ送入シ周圍ニ綿紗ヲ挿ム。（b）呼吸運動ニ伴フ内腔（横膈膜上面ノ肋膜）ノ移動ヲ透見シ得ルハ、肋膜兩板癒着ナキノ徵ナリ。豫メ此兩板ヲ縫合閉鎖スルヲ要ス。此際肺臟ニ對スル高壓裝置ヲ應用スレバ最モ安全ナルモ、若シ此裝置ナクシテ行ハントスルトキハ次ノ如クスベシ。即チ先ヅ注意シツツ外板ヲ開キ肋膜腔ニ空氣ノ竄入ヲ防グ爲メニ其切開ノ上縁ヲ強ク深部ニ壓迫シツツ、一方ニ於テ此切開裂隙ヨリ鉤鉗子ヲ送りテ横膈膜ヲ把持牽出シ之ニ前ノ肋膜外板ノ切開縁ヲ縫合ス、此縫合ハ初メ上縁、次テ側部、後テ下縁ニ於テスルヲ便トス、縫合針ハ横膈膜ヲ貫通セシメズ上面ノ筋層ニ止ム。此縫合ニヨリテ圍繞セラレタル部ニ於テ横膈膜ヲ切開ス。排膿後太キ護膜管ヲ挿入シ周圍ニ綿紗ヲ充填シテ手術ヲ了ル。又斯クノ如ク直チニ切開ヲ行ハズ二次的ニ之レヲ施ストキハ一層安全ナリ、既往經過及ビ全身ノ狀態ニ徵シ、其排膿ヲ猶豫シ得ルトキハ一乃至三晝夜ノ後二次的切開ヲ行フ可トス。但シ横膈膜下膿瘍ニアリテハ其診斷確定ノ遲延セラレルモノ多ク、從テ二次的切開ヲ待ツ能ハザル場合少ナカラズ。（c）膿胸ヲ兼ヌルトキハ先ヅ肋膜腔ヲ開キ、更ニ横膈膜ヲ切開シ、二箇ノ膿腔ニ各排膿法ヲ施ス。

肝臟膿瘍

七 肝臟膿瘍

肝臟膿瘍 I. eberabscess. ハ血行（特ニ門脈系統）或ハ淋巴性轉移（就中胃及ビ腸ノ潰瘍、蟲樣突起炎、膽囊炎、肛門炎、内生疳等ノ化膿性疾患、膿毒症等）ニ因テ發起シ、又膽石症・肝包蟲腫等ニ繼發スルコトアリ。其他熱帶地方ニ於テ發スル特發性肝臟膿瘍アリ、此膿ニハ往往赤痢（アメリバ）ヲ證明シタリ又外傷之レガ誘因

トナリテ生ズルコトアリ。

症候 證徴顯著ナルコトアルモ、亦不分明ノ内ニ經過シ、屢原因疾患ノ爲メニ蔽ハレ長ク閉却セラレルコトアリ、熱候、肝臟部疼痛（好シク肩胛部或ハ背部ニ放射ス）肝濁音界ノ増大、腫脹セル肝前縁ノ觸知等ヲ要徴トス。消化障礙アリ、迅速ニ削瘦ス。患者ハ疼痛アル腹部ヲ保護センガ爲メニ好シク下肢ヲ屈曲ス。肝臟腫大甚シキトキハ胸部壓迫症狀ヲ呈スルニ至ル。黃疸ハ膿瘍ノ位置ニ關シ其存否不定ナリ。肝下縁ノ腫瘍ニシテ肋骨弓下ニ著明ノ隆起ヲ現ハシ、波動ヲ呈スルモノニ於テハ診斷明ナリ。試験的穿刺ハ診斷上重要ナルモ、其陽性成績ヲ得タルトキハ直チニ手術ヲ施行シ得ル準備アルトキニ於テノミ行フベシ。猶レントゲン診斷ヲ行フ。膿瘍ノ部分腹壁ニ癒着シ茲ニ蔓延スルトキハ腹壁ノ浮腫・浸潤及ビ化膿性「フレグモ」ヲ發起スルコトアリ。膿瘍ハ時トシテ胃及ビ腸管腔ニ向テ破開ス、又往往横膈膜下膿瘍ヲ併發シ、或ハ腹膜腔ニ破レテ腹膜炎ヲ發起セシム。

診斷 鑑別 (1) 肝包蟲腫ニアリテハ膿瘍ニ比シ壁ノ緊張著シ。(2) 膽囊水腫及ビ膽囊腫、ニシテ固有ノ長圓形腫瘍ヲ呈シ、猶移動性アルモノハ鑑別ニ困難ナキモ、既ニ癒着ヲ呈シ且ツ境界顯著ナラザルモノニ於テハ肝下縁ノ限局性膿瘍ト鑑別困難ナルコトアリ、既往症ニ注意ス。(3) 横膈膜下膿瘍トノ判別亦甚ダ難キモノアリ、肝前縁ノ觸診的變化、黃疸發生等ニ注意ス。(4) 腎臟水腫、腎臟腫、等トハ既往症、結腸膨滿試験、膀胱鏡検査等ニ依リテ區別ス。(5) 肋膜炎、滲出物ニ對シテハ、背部ニ於ケルヨリ前面ニ於テ濁音界高ク、其上界ハ上方ニ向テ穹窿形ヲ呈シ且ツ呼吸運動ニ因ル濁音界ノ移動著明ナルノ別アリ。其他腹壁膿瘍、脾臟膿瘍、間歇熱等ト誤診スルコトアリ。

療法 切開排膿ヲ企ツベシ。

肝臟膿瘍ノ切開

肝臟膿瘍ノ切開 全身狀態ノ如何ニ由リ、或ハ全身麻醉法或ハ局處麻醉法ヲ施ス。切開部位ハ膿瘍ノ位置ニ從ヒテ或ハ肋骨弓下ニ於テ斜ニ、或ハ正中線ニ於テ縱ニ、或ハ腰部季肋下ニ於テ横ニ之レヲ施ス、又季肋ノ切除ヲ行フベキコトアリ。膿瘍壁既ニ腹

壁ニ癒著セルトキハ直チニ切開排膿スベキモ、其癒著ナク腹腔ヲ隔テ肝臓ノ表面存セルトキハ膿汁ノ腹腔内流入ヲ防止スル爲メ、好シク二次的切開法行ハル。即チ初回ニ於テ、切開セントスル部分ノ肝臓面ヲ露出セシメ、此部ニ綿紗ヲ被ヒ肝表面ト腹膜トノ癒著スルヲ待テ、兩三日ノ後、切開排膿ス。此二次的切開ノ期間ヲ待ツ能ハザルモノニアリテハ、肝面ト腹膜トノ間ニ綿紗ヲ挿ミテ腹腔トノ交通ヲ斷テ或ハ數絲ヲ置キテ兩者ヲ癒著シ、先ヅ穿刺吸引器ヲ以テ成ルベク大部分ノ膿汁ヲ排除シ、後チ切開ヲ加ヘテ排膿管ヲ挿入ス。横膈膜ヲ開キテ膿瘍ニ達スルノ必要ニ遭遇セルトキハ、上記横膈膜下膿瘍ノ切開法ニ倣ヒテ之ヲ施スベシ。

八 肝臓包蟲腫

肝臓包蟲腫 Echinococcus Hepatis ハ通例單房性、稀ニ多房性囊腫ヲ形成ス。

症候 自覺症ハ初期ニ於テハ全ク之レヲ缺キ、囊腫ノ増大ニ從ヒ腹部膨滿及ビ緊張、鈍痛、消化障礙等ヲ發起シ猶腫大愈加ハルニ及ビ胸部臟器ノ壓迫症狀ヲ呈ス。肝臓腫大ハ包蟲腫發生ノ部位ニ由リ早期既ニ之レヲ觸ルルコトアルモ、或ハ長ク潜在スルコトアリ。包蟲腫ニヨル肝臓ノ腫脹ハ或ハ全般的ノコトアルモ、又部分的腫脹ヲ現ハスニ止ルコトアリ、限局性腫脹ヲ呈スル場合ニ於テハ、球形ニシテ表面平滑、弾力性緊張ヲ有スル腫脹ヲ形成ス。其大ナルモノニアリテハ明カニ波動ヲ觸レ、又内容ノ振盪ヲ觸知スルコトアリ。肝ノ腫大ハ往往甚ダ高度ニ達シ、殆ンド全腹腔ヲ領スルニ至ルコトアリ。黃疸ハ稀ナリ。囊腫ニシテ門脈ヲ壓迫スルノ位置ニアルトキハ腹水ヲ起ス。經過 慢性ニシテ數年・十數年ニ亙ルコトアリ。經過中ノ異變ハ囊腫ノ化膿及ビ腹腔・腸・胃・膽道・胸膜腔・肺臓・心囊等ニ向テスル破開トス。化膿スルトキハ發熱アリ劇痛ヲ起シ迅速ニ衰弱ス、又化膿性腹膜炎ヲ惹起スルノ危險アリ。腹腔内ニ破ルルトキハ毒素ノ吸收ニ因リ俄ニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ、又包蟲ニ因ル慢性腹膜炎ヲ誘發ス。多房性包蟲腫ハ稀ナリ、此種類ニ於テハ硬固ナル腫瘤ヲ形成シ、波動ナク、壓痛ナク、腹水及ビ黃疸ヲ起シ、脾腫ヲ呈ス。

診斷 包蟲腫發生ノ部位ニヨリテ難易アリ、内部ニ存スルモノハ容易ニ診斷シ難ク、表面ニ近ク、殊ニ前縁ニ發生セシモノニアリテハ固有ナル腫瘤ノ診斷困難ナラズ。患者ニシテ犬族ニ親接スルノ事實ハ診斷ノ一助ヲナス。鑑別 他疾患ノ肝臓腫大ニ對シテハ自覺症及ビ全身症狀ノ缺如、或ハ多少之レアルモ其僅微ナルコト緩慢ナル經過、腫瘤ノ表面平滑、球形、其弾力性及ビ波動等ヲ以テ區別ス。多房性包蟲腫ハ肝臓癌腫ト誤ルコトアリ。膽囊水腫ハ肝前縁ニ發セル包蟲腫ト區別シ難キコトアリ、其位置、固有ノ形狀、既往ノ膽石症狀等ヲ以テ判別ス。其他脾囊腫・脾囊腫・右側腎水腫等ト誤診スルコトアリ。化膿セルモノニアリテハ横膈膜下膿瘍及ビ他ノ原因ヨリ來レル肝臓膿瘍トノ區別困難ナリ。

包蟲腫ノ内容液ハ清澄無蛋白ノ液體ニシテ、琥珀酸、食鹽等ヲ證明シ、猶固有ノ包蟲鈎及ビ層膜片ヲ含有ス。試驗的穿刺ヲ行ヒテ之レヲ得ルトキハ診斷確實ナルモ、此法ハ其内容ヲ腹腔ニ漏シ、腹膜傳播ヲ發起セシムルノ危險アリ、其成績陽性ナルトキハ直チニ手術ヲ決行シ得ルノ準備アル時ニノミ施サル。

豫後 直接生命の危険ナキモ外科的治療ニ類ルニアラザレバ治癒セズ。化膿シ或ハ破開セルトキハ不良トス。療法 手術的治療法アルノミ。二次的切開法ヲ施スヲ安全トス。即チ初メ腹壁ヲ開キ、七日乃至十日後、肝臓表面ガ腹壁ニ癒著スルヲ待テ、囊腫ヲ開キテ内容ヲ去リ、排液管ヲ挿入ス。爾後ノ經過ニ於テ囊腫ハ漸次收縮シ、包蟲膜ハ脱落シ、終ニ空洞全ク閉鎖ス。穿刺後膿液ヲ注入スル法アリ、奏効絶無ニアラザルモ確實ナラズ、却テ危害多シ

九 膽石症

膽石症 Cholelithiasis ハ膽囊ノ炎症及ビ膽汁鬱滯ニ因テ發ス。誘因トシテハ膽道壓迫ヲ來スベキ諸病、膽道内ノ寄生蟲竄入、腹部緊迫・就中「コレット」ノ裝用、妊娠、坐業、美食逸居等ヲ舉グベシ。本邦ニ於テ膽石症ハ歐米ニ比シ遙ニ少ナシ。男女ノ關係ニ就テ三宅速博士ノ統計的調査ノ結果ニ據レバ、本邦男女屍體ノ膽石百分率ハ、獨國ノ

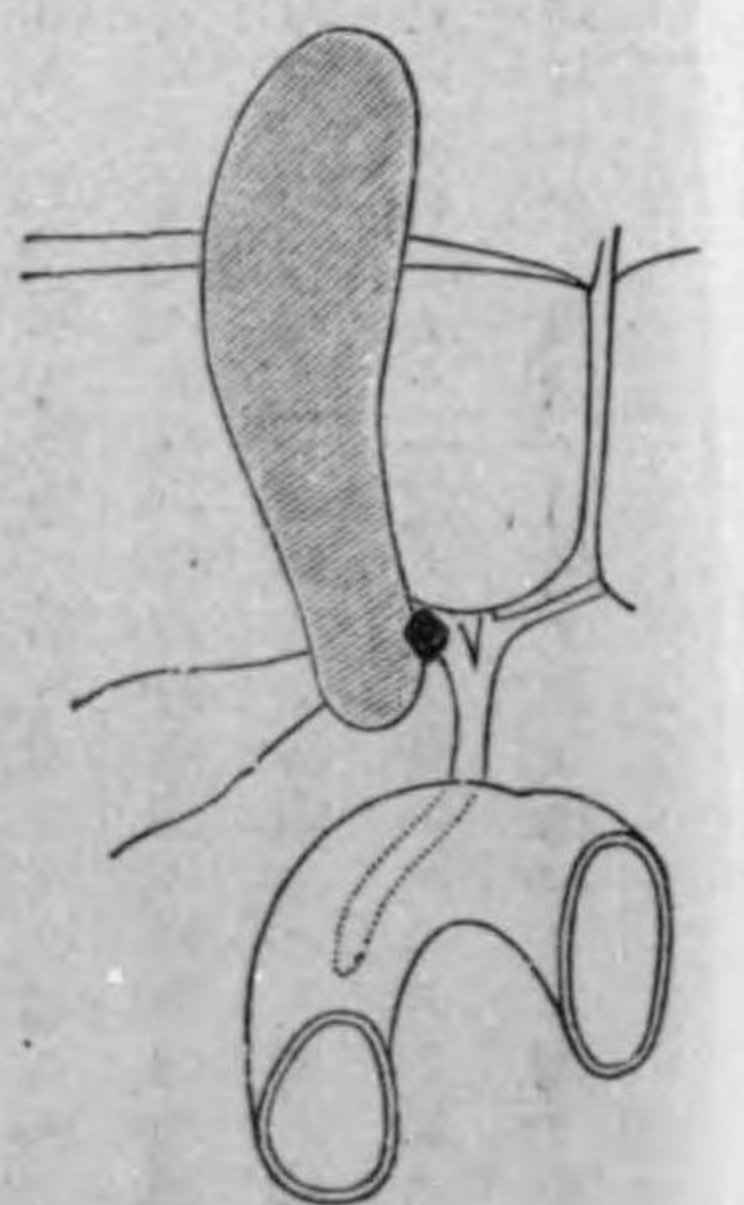
其レニ比シ兩性共ニ遙ニ低率ナルモ、特ニ女子ニ於テ著シク、男女ノ比率ハ獨國ニ於ケルガ如キ大差ヲ見ズ。[○]氏ノ統計ニ據レバ男四、五%對女二本邦ニ於テモ泰西ト同様ニ男子ノ女子ヨリ寡ナキハ爭フベカラザル事實ナルモ、其對比ハ約一〇・六%即チ一對四・七ナリト。本症ハ四十歳以後ニ於テ多シ。

ト一・五六即チ男二人ニ對シ女三人強ノ比ナリト。症候 結石膽囊内ニ存シ繼發症無キモノハ全ク病徵ヲ現ハサズ、或ハ之レヲ呈スルモ甚ダ輕微ニシテ僅ニ右肋骨弓下壓重ノ感若クハ鈍痛、胃腸障礙、反射的症狀ト認ムベキ精神過敏・鬱憂・頭痛等ヲ訴フルニ過ギズ。膽囊炎 Choleystitis ^{加答兒性、化膿性、膿疽、}膽囊周圍炎、Pericholeystitis 膽囊穿孔、Perforation 炎症性腫脹若クハ結石ノ竝入ニ因スル膽囊管閉鎖ノ結果トシテ誘發セララルル膽囊水腫、Hydrops 及ヒ膽囊膿腫、Empyem 或ハ總輸膽管閉鎖、Choledo-Chusverschluss 等ヲ來ストキハ爰ニ顯著ニシテ特有ナル徵候ヲ現ハス、即チ疼痛特ニ痛痛發作(膽石痛)、熱發、腫瘤形成、黃疸、肝臟腫大等トス。

膽石痛 Gallensteinkolik ハ膽石ガ膽道ニ入り之レヲ通過スルニ際シ、其機械的刺戟、殊ニソレニ因スル膽道炎症ノ刺戟症狀トシテ發起スルモノニシテ、或ハ突發シ、或ハ前驅症狀^{違和、}膽囊部若クハ^{胃部壓重、消化不良、嘔吐等}ニ次デ來リ、上腹部ニ於テ峻烈ナル痙攣性疼痛ヲ發ス。疼痛ハ肝臟部、右肩胛部、背部、薦骨部、稀ニ下腹部ニ放散シ、其持續ハ數分間ニ止マルコトアリ、又數時間或ハ其以上ニ互ルコトアリ。發作時ハ多ク發熱ス、往往發熱前惡寒戰慄ヲ前驅ス、又屢、嘔氣・惡心・嘔吐ヲ伴フ。肝臟腫大及ヒ膽囊腫脹ハ之レヲ認ムルコト少ナク、黃疸ハ通例之レヲ起サズ、時トシテ發作後ニ於テ發スルコトアリ。黃疸ノ發起ハ總輸膽管ガ結石若クハ炎症性腫脹ニ因リテ閉塞セラレタルノ證徵トス。發作後排便中膽石ヲ檢出シ得ルコトアリ。痛痛ノ全身的影響ハ區區ニシテ一定セズ、輕度ナルトキハ經過後直チニ業ニ就キ得ルモ、重症ニアリテハ俄ニ著明ノ衰弱ニ陥ルコトアリ。

膽囊水腫ハ結石竝在(第百三十二圖)若クハ炎症性腫脹、癰疽等ニ因リテ恒久的ニ膽囊管若シクハ總輸膽管ノ閉塞セラレタルトキニ發シ、膽囊ハ腫大シテ觸知シ得ベキ腫瘤ヲ形成ス。即チ膽囊部ヨリ起リテ上下ニ互ル長圓形、或ハ茄子形、或ハ絲瓜形ノ腫瘤ヲ呈ス。大ナルモノハ其下端臍ヲ超ユルモノ稀ナラズ。此腫瘤ハ通例移動性ヲ有ス。膽囊水腫ニ於ケル自覺症ハ輕易ニシテ、壓重ノ感、鈍痛若クハ輕度ノ壓痛アルニ止ル。

圖二十三 百二 膽囊水腫



化膿性膽囊炎ニ於テハ膿汁ノ鬱積ニ因リ水腫ノ場合ニ於ケルガ如キ膽囊ノ著明ナル膨大ヲ呈スルコトアルモ(膽囊腫脹)、亦腫脹顯著ナラザルコトアリ。熱發アリ、疼痛ヲ訴ヘ、一般狀態著シク侵サル。腫脹セル膽囊ハ過敏ニシテ容易ニ周圍ト癒著シ、進ンデ限局性腹膜炎ヲ發起セシム、又穿孔性瀰蔓性腹膜炎ヲ誘發スルノ虞アリ。往往膽囊腫ニシテ無熱及ビ無痛狀態ニ於テ長ク持續シ、慢性經過ヲ取ルモノアリ。

總輸膽管閉塞ハ竝入セル結石ノ停留及ビソレニ伴フ炎症性腫脹若クハ其癰疽性閉塞ニ因テ發シ、熱發アリ、痛痛ヲ起シ、肝臟腫大シ、黃疸ヲ呈ス。往往化膿性若クハ壞疽性炎症ヲ發シテ限局性或ハ瀰蔓性腹膜炎ヲ併發ス。又總輸膽管中ニ結石竝在スルモ、間隙アリテ膽汁ノ通過ヲ許ストキハ、黃疸ハ之レヲ缺如スベク、斯クノ如キ狀態ノ下ニ長ク顯著ノ症徵ヲ呈セズシテ經過スルコトアリ。

診斷 固有ノ痛痛發作及ビ膽囊部壓痛アリ、加フルニ黃疸ヲ伴フトキハ診斷容易ナルモ、黃疸ハ必發ノ徵候ナラズ、却ツテ唯少數ノ場合ニ來ルノミナルヲ以テ、本症ノ診斷往往甚ダ困難ナルコトアリ。膽石症ノ診斷ニレントゲン線應用ノ價值ハ甚大ナラズ、膽石アルモ撮影シ得ザル場合多クレバナリ。サレド幸ニ明瞭ナル影像ヲ得バ本症ヲ確認シ得ベキヲ以テ疑ハシキトキハ之レヲ試ムベシ。

鑑別 一 膽石痛ハ胃、嘔、誤認セララルコト稀ナリトセズ。膽石痛ハ背部肩胛部等ニ放散スル性質アリ、又胃瘧ニ於ケルガ如キ食餌攝取トノ關係少ナシ、猶膽囊部壓痛、腫瘤形成等ニ充分注意スベシ。其他肋間神經痛、腎石

疝、鉛毒疝痛、肋膜炎、蟲樣突起、等ト誤ルコトアリ。二 膽囊水腫若クハ膿腫形成ニ因ル膽囊腫瘤ハ腹壁正中ノ右側ニ於テ季肋下部ニ位シ、上下ニ長徑ヲ有スル長圓形、或ハ茄子形ヲ呈シ、其下端ハ圓形ニシテ境界明瞭、横ニ移動性アル腫瘤ヲ呈スルヲ以テ診定スベキモ、猶絞扼肝、遊走腎、卵巢腫、胃腫瘍等ト誤ルコトナキニアラズ。

三 總輸膽管ノ結石ニ因ル閉塞ハ急性ニ發シテ管腔一時ニ全ク閉鎖セラレ強度ノ黃疸ヲ呈セルモノニ於テハ通例診定ニ困難ナシ。結石長ク管内ニ停留シテ慢性症ヲ成シ、管壁ト結石トノ間隙ヨリ膽汁ノ流出ヲ許スモノニアリテハ、黃疸ハ減退或ハ全ク缺如スベク、又屢、其強度ニ増減アリ、長キニ互ルニ及ビテハ膽囊ハ炎症性萎縮ニ陥リテ腫瘤ヲ呈セズ、僅ニ不規則ナル疼痛發作ト熱發トヲ留ムルニ至リ、診斷甚ダ困難ナルモノアリ。總輸膽管ノ結石ニ因ル慢性閉塞ト鑑別ヲ要スベキモノハ膽道若クハ其近圍ノ腫瘤、膽道ノ癆痕性狹窄或ハ炎症性腫脹及ビ臍頭ノ腫大等トス。此等ニアリテハ通例膽囊腫大ヲ來シ黃疸持續スルモ、熱發及ビ疝痛發作ハ之レヲ缺クヲ常トス。進行セル腫瘤ニアリテハ持續性疼痛アリ、黃疸ハ強度ニシテ變化ナシ。

豫後 膽石保有者ノ一部分ハ膽石攜帶者 Gallensteinträger タルニ止リ全ク無症候的ニ經過ス。膽石症自己ノ豫後ハ概ネ良ナルモ、常ニ危險ナル合併症來襲ノ虞アルモノトス。死因ノ主要ナルモノハ化膿性腹膜炎、膿毒症、膽汁中毒及ビ繼發癌腫等トス。近時膽道外科ノ進歩ハ膽石症ノ死亡率ヲ著シク減少セシメタリ。膽囊ノ癒著後穿孔(腸管腹壁等)ニ因テ内容ヲ排出シ全ク治癒ニ就クハ本症ノ稀有ナル轉歸ニシテ、寧ロ僥倖ニ屬ス。

療法 膽囊水腫、化膿性膽囊炎(膽囊膿腫)慢性總輸膽管閉塞及ビ持久スル高度ノ黃疸ハ外科的療法ノ絶對的適應症トス。反復スル疝痛發作ニハ亦手術的療法ヲ要ス。輕微ナルモ自覺的症候消化障礙、膽囊部壓痛、嘔吐、便秘、腹痛、寒熱、衰弱等長ク持續スルモノハ成ルベク早期ニ施術スルヲ以テ安全トナス。一般ニ膽石症ニ對スル藥用及ビ温泉療法ハ一定ノ效ヲ奏スルモノト認メラルルモ、患者ノ社會的境遇療法ノ持續反復ニ堪エザルガタメニ短少時日ニシテ根治ノ目的ヲ達シ得ベキ手術ヲ要望スル場合少ナカラズ、此場合モ手術適應症ノ一トシテ之レヲ認ムベキナリ。

膽石症ニ施ス手術ノ種類ハ膽囊剝出術、膽囊切開術、腹壁膽囊瘻造設術、總輸膽管切開術、膽囊管切開術、膽囊腸管瘻造設術等トス。

一〇 腸管麻痺

腸管麻痺

腸管ハ種種ナル原因ノ下ニ往往麻痺狀態ヲ呈ス。麻痺ハ腸管ノ一部又ハ大部分ニ於テ來リ、又原因ノ異ナルニ從テ或ハ一過性ノ現象タルニ止マリ、或ハ遂ニ完全ナル腸管不通症ヲ惹起セシムルコトアリ。腸管麻痺ニ因テ生ズル腸管不通症ヲ麻痺性腸管不通症、Ileus paralyticus ト謂フ。

腸管麻痺 Darmlähmung ノ發起ハ主トシテ内臟神經叢、即チ腸管運動制止神經ノ興奮ニ歸スベキモノニシテ、又腸管ノ循環障礙、腸壁筋質ノ炎症性浸潤等之レニ與ルコトアリ、猶、腸壁筋質ノ恒久的過勞若クハ内容積積ニ因スル腸管ノ過度ノ擴張及ビ伸展ヲ以テ其起因ト認ムベキ場合アリ。即チ本症ノ原因ハ炎症、循環障礙、反射的作用及ビ腸管ノ過勞及ビ擴張等トス。

急性腹膜炎ハ本症ノ原因中最モ多キヲ占ムルモノニシテ之ヲ炎症性麻痺、Entzündliche Darmlähmung ト稱ス、炎症腹膜炎ノ大部分ニ互ルトキハ、麻痺ハ從テ腸管ノ大部分ニ現ハレ、限局性腹膜炎ニ於テハ其領域ニ於テ限局的麻痺ヲ生ズ。腸管ノ循環障礙ヲ主因トナスモノハ、總テノ絞窄セラレタル腸管(腸系ノ絞窄、管頭若クハ捻轉)・重積セル腸管及ビ腸間膜動靜脈ノ栓子栓塞等ニ於ケル該腸管ノ麻痺トス。單ニ内臟神經ノ反射的作用ニ歸スベキモノ(反射的腸管麻痺, Reflexorische Darmlähmung)ハ其主ナル原因トシテ、總テノ腹部内臟及ビ骨盤臟器ノ損傷及ビ疾病ヲ舉グベク、開腹術、腹部内臟特ニ腸管自己ノ損傷及ビ手術、膽囊・脾臟等ノ急性疾患、男女内外生殖器ノ種種ナル急性疾患、腎臟・膀胱ノ疾病及ビ手術、肛門ノ疾病及ビ手術、鼠蹊部手術、腹膜結核等之レニ屬シ、又限局性腹膜炎、總テノ器械的腸管閉塞症、腸間膜循環障礙等ハ反射的作用ノ下ニ腸管麻痺ノ原因ヲナスコト多シ、例ヘバ限局性

炎、臍臟出血、腸間膜動脈「エンボリ」同靜脈栓塞等ニ因ルモノハ不良ナリトス。既ニ完全ナル腸管麻痺ノ状態ヲ呈スル急性瀰蔓性腹膜炎ハ之レニ手術ヲ施スモ其結果多クハ不良ナリ。

療法 原因の疾患ガ手術的療法ヲ要求スルモノナルトキハ適宜手術ヲ施スベシ。例ヘバ急性腹膜炎、器械的腸管閉塞症、腸管狭窄、内臟損傷、符頓「ヘルニア」等ニアリテハ、其治療的手段トシテ直ニ手術ヲ斷行スベシ。然ラザルモノハ専ラ内科的ニ之レヲ處置ス。

藥劑的ニハ「アトロピン」ノ應用其當ヲ得タルモノト信ゼラル。即チ千倍「アトロピン」水溶液〇・五乃至一立方仙迷ヲ皮下ニ注射シ、後二時間ニシテ更ニ同量ヲ用ヒ、後、十二時間ヲ經ルモ、尙効ナキトキハ同法ヲ反復ス。宿便アルトキハ直腸洗滌及ビ高位浣腸法ヲ施シテ糞便ヲ除去ス、猶、宿便ニ因スル腸管麻痺ニハ腹部按摩法及ビ電氣療法等ヲ試ムベシ。

腸管狹窄症

一一 腸管狹窄症

腸管狹窄 Darmstenose. ハ腸管腫瘍、就中癌腫、腸結核、種種ナル潰瘍ノ治後癥痕、瘻著ニ因スル腸管ノ屈曲若シクハ絞扼等ヲ以テ主要ナル原因トナス。其他内腔異物、腸外ヨリスル壓迫、腸管捻轉症、腸管壘積症等モ亦屢、本症ノ原因ヲ成スコトアリ。

症候 狹窄アルモ尙能ク内容ノ通過ヲ許ス間ハ病徵ヲ呈セズ、之レヲ狹窄ノ潜伏時期トス。腸管狹窄ノ要徴ハ内容通過ノ障礙即チ便秘及ビ狹窄上部ニ於ケル腸管ノ擴張肥厚ニ因テ來ル鼓腸並ニ蠕動亢進トス。便通ハ常習性ニ便秘スルヲ例トスルモ、潰瘍ヲ有シ或ハ加答兒ヲ合併セルモノニ於テハ、往往下痢ヲ來シ、又原因ノ如何ニ從テ屢、血便ヲ見ルコトアリ。狹窄ニシテ小腸上位ニアルトキハ高度ノ狹窄アルモ、尙容易ニ流動性内容ヲ通過セシメ得ルヲ以テ、長ク便通ノ異常ヲ來サザルコトアリ。狹窄若シ大腸ノ下部ニ存スルトキハ、屢、帶狀或ハ細條ヲナセル糞便ノ

排泄アリ。鼓腸ハ初期ニ於テハ缺如スルモ、狹窄高度ニ達スルトキハ必ズ發起シ、或ハ狹窄上部腸管ノ大部分ニ來リ或ハ限局性鼓腸ヲ呈ス。限局性鼓腸ハ或ハ狹窄ノ直上部ニ發シ、或ハ遠隔部ニ之ヲ起スコトアリ、例之ニ下位結腸、唯小腸始部ノ狹窄ニアリテハ鼓腸ヲ來スコトナク、胃擴張ノ原因ヲナスベシ。狹窄上部ニ於ケル腸管ハ獨リ内容鬱滯ニ因リ擴張シテ腹部膨滿ヲ起スノミナラズ、陳舊性ノモノニアリテハ必ズ腸壁ノ肥厚ヲ伴ヒテ甚ダシキ蠕動亢進アリ、患者ハ之レヲ自覺シ、檢者ハ腹壁上ニ之レヲ認識シ得ルニ至ル、蠕動亢進ニ伴ヒテ腹鳴アリ。疼痛ハ全ク缺如スルトコトアルモ多少之レヲ訴フ、往往痛性ニシテ、此發作ト共ニ腹部膨滿(鼓腸)ヲ來シ、其緩解スルヤ腹滿モ共ニ消失スルノ常習アルコト稀ナラズ。又持續セル鼓腸ガ充分ナル便通ニヨリテ一時全ク消失スルヲ見ルコトアリ。嘔吐ハ通過障礙ノ甚ダシキニ及ビテ初メテ發起スルモノニシテ結腸ノ狹窄ニ於テハ之レヲ來スコト稀ニ、小腸殊ニ胃ノ近部ニ通過障礙アルトキハ之レヲ發スルコト多ク且ツ早シ。猶、本症ハ種種ナル胃。症。狀。ヲ伴フコト多シ。

診斷 狹窄ノ潜在時期ニ於テハ容易ニ之レヲ診斷シ難シ、之レニ反シ既ニ特有ノ狹窄症狀ヲ發起セルモノニ於テハ診定通例容易ナリ。小腸上部ニ於テハ通過スル内容流動性ナルヲ以テ、狹窄甚ダ高度ニ達スルマデ潜在性ニ經過シ得ルコトヲ注意スベシ。

本症ニアリテハ其原因的鑑別及ビ部位ノ診斷ヲ必要トス。高度ノ痔核・脱肛・直腸脱・手術後肛門狹窄等ハ亦本症ト同一ノ症徵ヲ呈スルコトアリ、結腸下部ノ狹窄ト診定セル場合ニ於テハ必ズ一顧ヲ要ス。

一 腸管癌腫 四十歳乃至六十歳ニ多シ、往往癌腫ノ遺傳ヲ證明ス。本症ハ高年者ニ於ケル腸管狹窄症ノ原因中最モ主要ナルモノニシテ、大腸ニ發スルコト多ク、小腸ニ稀ナリ、漸次進行スル疲勞及ビ衰弱アリ、屢、血便或ハ粘液血便ノ漏泄ヲ訴フ。腫瘍ニシテ一定ノ發育ヲ遂グルトキハ、外部ヨリ之レヲ觸知シ得ルニ至ル。腫瘍ハ硬固不規則ナル圓形或ハ長圓形ヲ呈シ、又單ニ限局セル抵抗部トシテ認知スベキコトアリ、然レドモ亦部位ノ關係上長ク腹壁上ヨリ之レヲ觸知シ得ザル場合アリ。結腸下部ニアルモノハ直腸S字狀部鏡ヲ用ヒテ檢知シ、直腸下部ニアルトキハ猶之ヲ指診シ得ベシ。鼓腸ハ他ノ狹窄ニ於ケルガ如ク、本症ニ於テモ亦一

要徴タルモ、其發生ノ遲速及ビ強弱ハ腫瘍發生ノ部位、發育ノ遲速及ビ其大小ニ從テ一定セズ。要スルニ、高年者ニシテ腸管狹窄症

狀アリ、漸次進行スル衰弱ヲ伴フモノニアリテハ先ヅ腸管腫瘍ヲ疑フベシ。直腸癌ニ就テハ一六五頁ヲ見ヨ

二 腸管肉腫 腸管狹窄症ニ於テ新生物ト認ムベキ腫瘍ヲ觸ルルトキ、其種類ノ鑑別ハ臨床上確定困難ニシテ、年齢ノ關係、迅速ナル發育、小腸ニ好發スルコト等ヲ根據トシテ僅ニ肉腫ノ疑ヲ存シ得ルノミ。

三 腸管良性腫瘍 腸管狹窄症狀ヲ呈シ腫瘍ノ存在ヲ認メタルトキ、其良性ナルハ發育ノ緩徐、周縁平滑ニシテ且ツ移動性アルコト、年齢及ビ榮養狀態ノ關係等ヲ以テ推測スベキモノトス。

四 腸結核 最も多ク盲腸及ビ盲腸近部ノ小腸ニ發ス。或ハ腫瘍ヲ形成シ、或ハ瘰癧ヲ形成シテ腸管狹窄ノ原因ヲナス。遺傳・結核年齢・既往ニ於ケル結核性疾患若クハ其疑症ノ經過・他臟器特ニ肺結核ノ證明等ニ注意ス。斯ノ如キモノニ於テ慢性腸管狹窄症

狀ヲ呈スルモノニアリテハ本症ニ疑ヲ置クベシ。

五 腸管瘰癧 既往病歴ニ於テ腸管瘰癧形成ノ原因トナリ得ベキ腸疾病(種種ナル腸潰瘍)ノ經過或ハ腸ノ外傷及ビ手術若クハ箱頓「ヘルニア」ノ經過ニ注意ス。

六 微毒性腸管狹窄 好シテ直腸ニ發シ、稀ニS字狀部若シクハ下行、横行或ハ上行結腸等ニ生ズ。既往ニ於ケル微毒病歴及ビ現存スル爾餘ノ微毒病徴ニ注意シ、直腸S字狀部鏡診ヲ施シ、猶、診斷的驅微法ヲ試ム。

七 先天性腸管狹窄 嬰兒ニアリテハ直腸及ビ肛門ノ先天性狹窄ニ注意ス。

八 腸管ノ屈曲若クハ絞扼 既往ニ於ケル急性限局性或ハ大部腹膜炎、腸管絞扼、腸管炎、腸管水腫、骨盤腔内炎症等ノ經過・腹部損傷・腹腔手術等總テ腸管瘰癧

著ノ原因タリ得ベキ事項ニ注意ス。「腹膜結核」ニ就テハ其條下ヲ見ヨ、
「腸管閉塞症」ノ條下ヲ参照スベシ

九 腸管ノ壓迫 壓迫ノ原因トナルベキ疾病ヲ證明ス、特ニ直腸及ビ腹腔ヨリスル診査ニ依リテ、骨盤腔内疾病、就中婦人生殖器疾患ノ検査ヲ怠ルベカラズ。腹腔及ビ骨盤腔ニ發スル腫瘍、此處ニ滲溜スル分泌物及ビ異常位置ヲ呈スル臟器等ハ之レガ原因ヲ

ナス。即チ卵巢・子宮・膀胱・大網膜・腸間膜・膽囊・腎臟・骨盤等ニ發生スル新生物、結核性腫瘍、高度ノ腹水、大ナル膽囊水腫、腹腔内限局性腫瘍、骨盤腔内分泌物、大ナル腸腰筋腫瘍、妊娠子宮、子宮外妊娠、妊娠後屈子宮、遊走腎、遊走肝等トス。是等ハ單

豫後 專ラ原因ノ如何ニ關ス。

療法 根治的ニハ唯手術的療法アルノミ。即チ原因ノ異ナルニ從ヒ、腸管吻合術、腸管切除術、腸管瘻著剝離術等ヲ施ス。但シ原因疾患及ビ全身狀態等ノ關係上此等ノ手術ヲ施ス能ハザル場合ハ、食餌療法ヲ專ラトシ、緩下劑ヲ投ジ、腹部按摩法若クハ電氣療法ヲ試ミ、高位灌腸法ヲ施シテ内容ノ排除ヲ圖ルベシ。其他適宜對症療法ヲ行フ

ベキノミ。又往往人工肛門造設ノ必要ニ遭遇ス。

一一 腸管閉塞症

腸管閉塞症
原因

腸管閉塞症 Darnverschluss. ノ原因概ネ次ノ如シ。

(1) 腸管内腔ヲ充塞スルモノ。蛔蟲・不消化食塊・果實種子・結石・其他ノ異物及ビ宿便等トス。此等ハ健康ナル腸管ヲ充塞シテ腸管閉塞症ヲ誘起スルコトアルモ、既ニ或他ノ原因アリテ腸管狹窄症ノ現存セル場合ニ於テハ之レニ因テ容易ニ本症ヲ發起セシメ得ベシ。

(2) 腸管壁ノ腫瘍或ハ瘰癧。癌腫・其他ノ腫瘍、結核性腫瘍、及ビ結核性潰瘍・微毒性潰瘍・腸管「ヘルニア」箱頓ニ因ル潰瘍・異物ニ因ル壓迫性潰瘍・其他種種ナル潰瘍性疾患ノ治後瘰癧形成等トス。此等ハ殊ニ其部ニ於ケル炎症性腫脹ノ併發ニ因テ助長セラル。

(3) 腸管外ヨリノ壓迫。

(4) 腸管一部ノ癒著・牽引、若クハ異常索條・蟲樣突起或ハ臍腸管遺殘物等ノ卷絡ニ因スル腸管ノ屈曲若シクハ絞扼

及ビ縱軸捻振。

(5) 腸蹄係ガ其兩脚ニ於テ絞窄セララルニ因テ發ス。即チ絞窄 Strangulation ノ形成トス。絞窄ハ或腸蹄係ガ其兩脚ニ於テ異常索條・蟲樣突起・臍腸管遺殘物或ハ他ノ腸蹄係等ノ爲メニ絞窄セララルニヨリテ發起シ、(狹義ノ絞窄性腸管閉塞症) 或ハ腸蹄係ガ腹腔内或ハ腹壁ニ於ケル生理的若クハ病的孔口又ハ裂隙内ニ箝入スルニヨリテ發ス。(内及外「ヘルニア」ノ箝頓、Incarceratio interna et externa) 外「ヘルニア」ニ就テハ「ルニア」ノ條下ヲ見ルルニ

腸管蹄係ノ絞窄ハ腸管ヲ二箇所ニ於テ閉塞セシメ、此絞窄ヲ被レル腸管蹄係ハ他ノ上下腸管ヨリ全ク分界セララルモノトス。斯クノ如キ腸管閉塞ヲ一般ニ絞窄性腸管閉塞症 Strangulationsstaus ト謂フ。之レニ反シ、唯一箇所ニ於テ腸管ノ閉塞ヲ來スモノヲ閉鎖性腸管閉塞症 Obstruktionsstaus ト總稱ス。

(6) 腸蹄係捻轉。後節同症條下ヲ参照スベシ

(7) 腸管壅積症。後節同症條下ヲ参照スベシ

(8) 神經刺戟ニ因スル反射現象トシテ腸管ノ限局性痙攣性收縮ヲ來シ本症ヲ發起スルコトアリ。(痙攣性腸管閉塞症 Spastischer Darmverschluss)

痙攣性腸管閉塞ノ原因ト認ム可キハ、腸潰瘍、蛔蟲、膽石ノ腸管内箝頓、腸腫瘍等ノ腸管自己ノ疾病、其他腹腔内臓或ハ骨盤臓器ノ外傷及ビ手術、男女生殖器ノ疾病(睾丸炎、卵巣炎、卵巣腫、卵巣萎縮等) 腎石痛、膽石痛、鉛中毒、腦膜炎、「ヒステリ」等トス。

上記各種ノ原因中第八項腸管痙攣ニ因スルモノヲ除クノ他ハ總テ腸管ノ機械的障礙ニ歸スベキモノニシテ、之レニ因リテ生ズル腸管不通症 Ileus ヲ機械的腸管不通症 Mechanischer Ileus ト總稱ス。腸壁筋ノ痙攣ニ因スルモノハ、之レヲ痙攣性腸管不通症 Ileus spasticus ト稱シ、其原因腸管内容ノ輸送ニ與ルベキ腸壁筋質ノ障礙ニアルヲ以テ、前章記シタル痙攣性腸管不通症(腸管痙攣)ト合シテ動力的腸管不通症 Dynamischer Ileus ト呼稱ス。即チ總テノ腸管不通症ヲ呈スル病類ヲ機械的及ビ動力的ノ二種ニ大別ス。

腸管閉塞症ノ症候

以上ノ原因ハ各々本症ヲ成立セシメ得ルモ、二箇以上ノ同種或ハ異種ノ原因アリテ本症ノ形成セララルコト亦稀ナラズ。

症候 腹痛、腹部膨滿鼓腸、便通及ビ瓦斯排出ノ杜絶、嘔氣嘔吐及ビ種種ナル程度ニ於ケル全身の徵候ヲ主徵トス。又腹部二腫瘤ヲ觸知シ、猶、滲出物ノ滯溜ヲ徵知スルコトアリ。

腹痛 重要ナル徵候ニシテ、本症ノ初期ニ於ケル唯一ノ證徵タルコト多シ。疼痛ハ痛痛性ニシテ、閉塞上部ニ於ケル腸管ノ蠕動亢進ニ伴フモノトス。初發期ノ限局性疼痛ハ甚ダ重要ニシテ、之レニ依リテ病變占居ノ部位ヲ推定シ得ルコト少ナカラズ。

腹部膨滿 殆ンド必發ナルモ、其程度及ビ狀態ハ多様ナリ。高度ニシテ終ニ胸腔臓器ノ壓迫症狀ヲ呈スルニ至ルコトアリ、或ハ輕微ニシテ殊ニ肥滿家ニアリテハ、一見鼓腸ニ因スル腹部膨滿ノ看過セララルコトアリ。稀ニ見ル所ノ小腸上部ノ閉塞ニ於テハ下部腸管ノ大部分空虚トナリ、爲メニ却テ腹壁ノ陷没ヲ呈スルコトアリ。腸管閉塞ニ於ケル腹部膨滿ハ鼓腸ニヨリテ發ス、而シテ其成立ニ三種別アリ。即チ閉塞上部ニ於ケル鬱滯性鼓腸、絞窄性腸閉塞ニ際シテ絞窄ヲ被リタル腸蹄係ガ呈スル鼓腸(絞窄性限局性鼓腸)及ビ腸管痙攣ニ因ル痙攣性鼓腸トス。一 閉塞上部ノ鼓腸ハ總テノ器械的腸閉塞ニ際シテ發起シ、痙攣性鼓腸ノ場合ニ反シテ腸管蠕動機ヲ存ス。從テ發作性蠕動亢進、所謂腸硬、Darmsteifung ヲ發シ、爲メニ發作性ニ腸蹄係ノ腹壁膨起ヲ來シ、其際痛痛アリ。此發作ノ鎮靜時ニ當リ、著明ノ腹鳴ヲ聽クコトアリ。腸硬發作ニ際シテ膨起スル腸蹄係ハ之レヲ腹壁ニ於テ認メ得ベキモ、腹壁緊張著シキトキ或ハ又高度ノ脂肪質ニ於テハ、明ニ目撃スル能ハザルコトアリ。硬壁ノ發作アルモ、尋常ノ腸管ニアリテハ蠕動運動ハ之ヲ認メ得ザルヲ常トス。之レヲ顯著ニ腹壁ニ現出セシムルハ既ニ腸管ニ於テ病的肥

日本ニ於ケル「イレウス」實驗例
高安道成博士調査(日本外科學會雜誌 第十六回六號所載)

腸管壅積症	二六	腸間膜血管栓塞	二
腸管捻轉症	三七	先天性腸閉塞	四
腸管狹窄症	六八	「ヘルニア」手術後	二
索狀物箝頓	七六	痙攣性「イレウス」	一
腸管癒着	三	腸間膜裂孔内箝頓	三
腸管及腹膜結核	三三	結節形成	一
蟲樣突起絞扼	一七	十二指腸空腸閉塞	九
蛔蟲ニ因スルモノ	二四	妊娠	四
メツケル氏瘰癧ニ因スルモノ	三三	手術後	五
逆行性腸箝頓	七	膽石	一
腸外腫瘍ノ壓迫	八	痙攣性	四
腸内異物	四	痙攣性	一
ヒルシュスプルング氏病	三	計	九七

厚及び擴張アルノ證左トス、即チ既往ニ於テ既ニ長ク慢性腸管通過障礙ヲ存セシモノナルヲ知ル。二 絞窄性、限局性、鼓腸（ワール氏症候）ハ麻痺性鼓腸及び腸管ノ大部分ニ互ルベキ閉塞上部ノ鼓腸ニ反シ、侵サレタル腸管係ノミノ麻痺ニ因ル限局性鼓腸ニシテ、絞窄性腸閉塞ノ診斷上重要トス。此種ノ鼓腸ハ上下腸管腔ヨリ遮斷セラレタル腸管係内ニ瓦斯ノ發生ヲ起スニ因リテ發ス。此鼓腸ハ其形圓形若クハ不正圓形ヲ呈シ、周邊境界著明、不動性ニシテ其壁緊張シ、蠕動機ヲ存セズ、高調鼓音又ハ鈍性鼓音ヲ打診ヲ以テス。呈スルモノトス。此鼓腸ノ認識ハ、尙發病ノ初期ニシテ、閉塞上部鼓腸ノ發生ナク、又腸管麻痺ニ因スル全般的鼓腸ノ續發ナキトキニ於テ著明ナルモノニシテ、其既ニ此等ヲ發起シタルモノニアリテハ明瞭ナラザルコト多シ。又極メテ小ナル絞窄性鼓腸ハ全ク充實性ノ腫脹トシテ認知セラルルモノニシテ、甚ダ小ナルモノ及ビ深在性ノモノニアリテハ認識全ク不可能ニ屬スルコトアリ。三 麻痺性鼓腸、腸管麻痺ハ通例瀰漫性平等ノ腹部膨滿ヲ呈ス、腸閉塞ニ於ケル腸管ノ部分的鼓腸ハ之レニ反シ概シテ非相對的ニシテ不規則ナリ。

腹壁緊張 腸管蠕動亢進發作ニ於ケル反射的作用トシテ現出シ、其間歇時ニ於テハ緩解シ或ハ全ク弛緩消散ス。又疝痛發作頻繁ニシテ後續發作急迫スルトキハ殆ンド連續的ニ腹壁ノ緊張ヲ呈スルコトアリ。

腹鳴 腸管内ニ滯溜セル液中ニ瓦斯ガ其表面ヲ求メテ移動スルニ因リ、又ハ液成分或ハ瓦斯ガ腸ノ一部ヨリ他ノ部分ニ移行スルニ因テ發ス。或ハ雷鳴様雜音ヲナシ、或ハ振水様響鳴ヲ呈ス。腹鳴ハ或ハ患者之レヲ自覺シテ訴フルコトアリ、或ハ周圍ノ人モ明瞭ニ聽取スルコトアリ、或ハ又聽診器ヲ用ヒテ始メテ之レヲ認識スル程度ナルコトアリ。

嘔吐 殆ンド必發ノ徵候ナリ、突然發スルコトアルモ、亦嘔氣・惡心等ヲ前驅シ、次テ嘔氣トナリ嘔吐トナルモノアリ。或ハ腹痛ヲ發スルト共ニ發病當初ニ於テ來ルコトアリ、所謂初期嘔吐、Initialerbrechen 是ナリ。或ハ若ク時日經過後、腹滿鼓腸ヲ呈スルニ及ビテ發起スルコトアリ。嘔吐發生ノ遲速ハ閉塞ノ種類及ビ部位ノ異ナルニ從ヒテ大差アリ、部位高キニ從テ發スルコト早く且ツ頻繁ニシテ、下位ナルニ從ヒ遅ク且ツ少ナシ。結腸下部ニ於ケル閉鎖性腸管閉塞ニアリテハ往往數日ニシテ猶嘔吐ヲ發セザルコトアリ。一般ニ絞窄性ノモノニアリテハ早發且ツ頻繁ナルモ、單純ノ内腔充塞ニ因スルモノニアリテハ之レニ反ス。吐物ノ性状ハ初メ胃ノ内容ニ止リ、次テ帶黃褐色ノ稀薄液汁ナリ、末期ニ至リテハ汚穢黃色或ハ帶褐色ヲ呈シ、腐敗臭或ハ糞臭ヲ有スルニ至リ

所謂吐糞ノ狀ヲ呈ス。

風氣及ビ便通ノ杜絶

腹部膨滿鼓腸愈々加ハルモ便意ヲ催起セズ、或ハ便意促迫シ然責スルモ目的ヲ達セズ、會々少量ノ粘液塊ヲ排泄スルノミ。唯腸管閉塞部ノ下部ニ滯溜セル内容ハ閉塞成立後ニ於テモ肛門ヨリ排却セラレ得ベク、本症ノ初期ニ於テ或ハ糞塊トシテ或ハ液狀便トシテ若干ノ排泄ヲ見ルコトアリ。又本症經過中粘液・血液ノ混合物、或ハ純血液ヲ漏泄スルコトアリ。是レ病變部ニ於ケル出血ニ因スルモノニシテ、腸管ノ血行循環障礙ヲ來シ、爲メニ腸管ニ於テ高度ノ鬱血或ハ部分的壞死ヲ發シタル場合ニ起ルモノトス。就中腸管壁積症ニ於テハ血液性排泄物ヲ見ルコト多シ。又腸管絞窄ノ諸症ニ於テ之レヲ認ムルコトアリ。

腹部腫脹觸知 本症ニ於ケル腹部腫脹ハ新生物、疊積腸管、小ナル絞窄腸管、結核性腫瘍、糞塊、大ナル異物、限局性腹腔膿瘍、種種ナル癒著ニ因スル硬結等ニシテ、或ハ單發シ、或ハ散在性結節ヲ生ジ、或ハ瀰漫性硬結ヲ形成ス。

滲出物 絞窄性ノモノニアリテハ常ニ多少ノ滲出物アリ、往往血性滲出物ヲ生ズ、絞窄性以外ノモノニアリテハ滲出物ヲ微知スルコト稀ナリ。腹膜結核ニアリテハ或ハ移動性滲出物ヲ形成シ、或ハ包裹性限局性滲出物ヲ生ズ。

振水音 異常ニ高度ノ膨滿ヲ呈セル腸管内ニ液性内容ノ滯溜スルトキハ振水音ヲ認ムベシ。腹壁ニ壓著セル手指ヲ以テ迅速ナル衝突ヲ反復シテ之レヲ檢ス。

一般症狀 一般症狀ハ一ニ急劇ナル神經刺戟ニ因ル反射現象ニ歸スベク、二ニ腸内ニ於ケル病的腐敗醱酵ノ產物タル毒物ノ吸收ニ因ル中毒作用ニ歸スベシ。熱ハ炎症性疾患ニ續發セルモノニ於テハ之ヲ徵スルモ、全ク炎症性合併病變ナキモノニアリテハ無熱ナルヲ常トス。呼吸ハ促迫淺表性トナルベシ、之レ一方ニハ中毒及ビ反射作用ニ因リ、他面ニハ鼓腸ニ因ル胸腔ノ壓迫現象ナリトス。甚ダシキトキハ高度ノ肺臟壓迫ノ結果、呼吸不利ノ爲ニ危險ニ陥ルコトアリ。同一ノ原因ノ下ニ脈搏ハ疾數ニシテ微弱ナリ。又腦症狀ヲ發起シ、譫語、痙攣、精神痲鈍、躁狂狀態等ヲ呈スルコトアリ。尿量ハ減少シ往往無尿ヲ來ス、尿中「インヂカン」劇増スルコトアリ。疼痛ノ反射作用或ハ又腹膜ニ於ケル炎症性刺戟ノ結果、排尿困難、尿迫、或ハ尿閉ヲ來スコトアリ。又頑固ノ口渴ヲ訴フ。虛脱ハ本症ノ死因ヲナスコト少カラズ。即チ顔面蒼白、肢端厥冷、冷汗、眼窩陷沒、尖鼻、痙攣、譫語、昏曠、呼吸淺表、促迫、不整、脈搏疾數、不整、微弱、體溫降下等ノ下ニ死ニ移行ス。此等一般の症狀ハ障礙ガ小腸ニアル場合ニ於テ發スルコト早く且ツ著シ

腸管閉塞症ノ

診斷 腹痛、嘔吐、腹部膨滿、風氣便通ノ社絶、及び全身症狀備ハルトキハ本症タルノ診定ヲ躊躇スベキニアラザルモ、是等ノ發生時期ハ甚ダ區區ニシテ、或ハ發病ト共ニ完全ニ諸徵候ヲ呈スルコトアルモ、或ハ長ク其或モノヲ缺ク。斯クノ如キ各徵候發生ノ前後及ビ遲速ハ初期ニ於ケル本症ノ診斷ヲ往々迷路ニ入ラシムル所以トス、殊ニ早期診斷ガ豫後ノ良否ニ及ボス影響甚大ナル本症ノ如キニアリテハ、之レヲ診スルモノ常ニ最モ細心ナルヲ要ス。

一 本症ト誤診セラレ得ベキ疾病

(1) 主トシテ腹痛ノ爲メニ本症ト誤診セラレ得ルモノ。急性腸加答兒、蟲樣突起炎、急性腹膜炎、膽石症、腎石症、粘液痛、風氣痛、脊髓病性發症、脊椎炎、肺炎、腦膜炎、喇叭管炎、喇叭管妊娠破裂、卵巢囊腫ノ炎症或ハ莖捻轉、劇シキ月經困難、鉛毒痛、砒石中毒、赤痢及ビ虎列刺等トス。

(2) 主トシテ風氣便通ノ杜絶ノ爲メ本症ト誤ラルモノ。急性腹膜炎其後ト見ヨ及ビ其他ノ原因ニ繼發スル腸管麻痺其後ト見ヨトス。

二 腸管閉塞症ノ類別

(1) 外「ヘルニア」箱頓。腸管閉塞症狀ヲ呈スル患者ヲ見ルトキハ、先ヅ外「ヘルニア」箱頓ヲ除外セザルベカラズ即チ鼠蹊管、股輪、閉鎖孔、坐骨孔部等ヲ檢診ス。箱頓「ヘルニア」參照

(2) 閉鎖性腸管閉塞症ト絞窄性腸管閉塞症ノ別。閉鎖性腸管閉塞症ハ發生概シテ緩徐ニシテ腸管不通症狀漸徐ニ完成セララルコト、全身症狀ノ輕易ナルコト、腹部膨滿ハ上部腸管ノ鬱滯性膨滿ニ因ルコト等ヲ要徴トス。絞窄性腸管閉塞症ハ其發起通例突發的ニシテ腸管閉塞症ノ諸徵候殆ンド同時ニ發現スルコト多ク、絞窄セラレタ

腸管閉塞症ト誤診セララル疾病

腸管閉塞症ノ類別
外「ヘルニア」箱頓

閉鎖性腸管閉塞症ト絞窄性腸管閉塞症ノ別

閉鎖性腸管閉塞症ノ類別

ル腸管係ニ由リテ生ズル麻痺性限局性鼓腸ヲ呈シ、常ニ腸間膜モ共ニ絞窄セララルヲ以テ該腸管係ノ循環障礙ヲ來シ、爲メニ全身狀態ノ侵サルコト甚ダシ。但シ絞窄性ナルモ其初メ絞窄不完全ナルトキハ、狭窄若クハ閉鎖ニ見ルガ如キ狀態ヲ呈シ、後、内容ノ極度ニ充盈スルニ及ビテ完全ナル絞窄性閉塞ニ陥ルモノトス。

(3) 閉鎖性腸管閉塞症ノ類別

(a) 腸壁ノ腫瘍及ビ癭痕。之レニ因ルモノハ、前ニ慢性腸管狹窄症狀ヲ有シ、其經過中本症ヲ發スルヲ常トス。「腸管狹窄」參照但シ既ニ高度ノ腸管狹窄ヲ有スルニモ拘ハラズ、過去ニ於テ全ク其症狀ヲ呈セス、突然腸管閉塞症ヲ以テ發病スルモノナキニアラズ。殊ニ上部小腸ニ於テハ高度ノ狹窄アルモ、猶容易ニ流動性内容ヲ通過セシメ得ルヲ以テ狹窄症狀ノ發現晚ク、會、浮腫・炎症性腫脹・異物・不消化食塊ノ箱入等ノ爲メ突然腸管閉塞症ヲ發スルコトアリ。(b) 異物。其年齡(小兒)精神異常ノ有無等ニ注意ス、大ナル異物ハ腹壁上ヨリ觸知シ得ルコトアリ、鐵性異物ハレントゲン診査ヲ以テ證明ス。(c) 膽石。既往ニ於ケル膽石症ニ注意ス、腹壁或ハ直腸ヨリ結石ヲ觸知シ得ルコトアルモ稀ナリ、本症ハ多ク腸管ノ痙攣ヲ伴ヒ、頻發嘔吐アリ、一見絞窄症ト誤ルコトアリ。(d) 蛔蟲。小兒ニ多キモ又大人ニ見ルコトアリ、既往症ニ注意ス、腫瘍ヲ觸知シ得ルコトアリ、是レ亦腸管痙攣ヲ伴ヒ相俟テ腸管通過障礙ノ原因ヲナスコト多シ。(e) 糞便蓄積。便秘及ビ指壓痕ヲ留ムル腫瘍ニ注意シ、直腸指診、護尿管送法、高壓灌腸等ニテ宿便ヲ證明シ、全身症狀著シカラザルコト等ヲ以テ診斷ス。下劑ノ使用ハ本症ニ於テハ治療上必要アリ、又診斷上必要ナルモ、地ノ腸管閉塞症ニハ有害ナルコト多キヲ以テ、鑑別ニ應用センニハ充分注意ヲ要ス。(f) 腸外ヨリスル壓迫。壓迫ノ原因トナルベキ疾病ノ有無ヲ檢ス、特ニ直腸診及ビ腔内診ニヨリテ骨盤腔内疾病、就中婦人内生殖器病存否ノ診査ヲ怠ルベカラズ。「腸管狹窄」參照腸管ノ屈曲若クハ一部絞扼。此原因タリ得ベキ事項、即チ既往ニ於ケル腹膜炎ノ經過、腹部損傷、開腹術等ニ注意ス可シ。

絞窄性腸管閉塞症ノ診斷

(4) 絞窄性腸管閉塞症ノ診斷 腸管係絞窄ノ症徵ハ腸管ノ被ル絞窄ノ程度、腸管ノ部位、侵サレタル腸管ノ長短及ビ發病後經過ノ長短ニ從ヒテ其趣甚ダ多般ナルモ診斷上ノ要點大概ネ次ノ如シ。

最モ多ク壯年者ニ來リ。既往病歴ニ於テ往往腹腔内癒著ノ原因トナル可キ事項ヲ證明ス。例之腹股又過去ニ於ケル類似發作ノ經驗

ヲ有スルコトアリ。通例突發的ニ發シ諸徵劇烈ナリ。一般、症狀著シク、時トシテ虚脱ニ陥リ、失神スルコトアリ。脈搏ハ細數、稀ニ初期ニ於テ遲脈ヲ呈ス。又屢々尿閉ヲ起ス。全身徵候往往腹膜炎ニ酷似シ、急性穿孔性腹膜炎トノ區別困難ナル場合アリ。熱ハ通例缺如ス。但シ既存ノ炎症性疾病ニ續發セルモノ及ビ既ニ腹膜炎ヲ繼發セルモノニアリテハ熱候ヲ徵ス。疼痛ハ早發シ、劇烈ニシテ痙痛性ヲ帶アルモ、持續長クシテ間歇時ニ於テモ全絶スルコトナシ。初期ニ於テハ病變アル部ニ限局スルモ、漸次放散性若クハ彌蔓性トナル。嘔吐モ亦通例早發ス、即チ發病ト同時ニ起リ或ハ發病後久シカラズシテ之ヲ發ス、初メ頻發スルモ後却ツテ減少ス、糞臭吐物ヲ吐出スルニ至ルコト多シ。絞窄セラレタル腸管蹄係ノ呈スル限局性鼓腸(ワール氏症候)ハ或ハ小ニシテ球形ノ腫瘤ヲ成スコトアリ、或ハ大ニシテ相對的腹壁膨隆ヲ形成スルコトアリ。初期ニ於テ腹部ノ膨滿ハ單ニ此限局性鼓腸ニ因スルヲ以テ著明ナラザルモ、後チ上部腸管ノ鬱滯性膨滿ヲ來スヤ、漸次増加シ、往往痙痛ヲ伴フ腸硬變作ヲ目撃ス。末期ニ於テ腸管痙痺ヲ續發スルニ及ビテハ鼓腸愈加ハリ、平等全般的ノ腹滿ヲ呈スベシ。但シ此際ニ於テモ絞窄蹄係ノ膨滿大ナルトキハ尙屢々、相對的腹滿ヲ止ムルモノトス。腸管絞窄ニ於テ全般的腸管痙痺ハ通例若干時ノ經過後ニ於テ之ヲ發スルモ、亦發病直ニ腸管痙痺症狀ヲ呈スルコトアリ、此際ワール氏鼓腸小ナルトキハ腹部ノ徵候ヲ以テ急性腹膜炎ト鑑別スル能ハズ、加之其虚脱症狀ヲ呈セルモノニアリテハ到底穿孔性腹膜炎トノ區別不可能ニ屬スル場合アリ。觸診上腹壁緊張ヲ呈シ、腹壁ヲ刺戟スルトキハ腸硬變ヲ促シ疼痛ヲ増劇セシム。壓痛ハ全般的ニ存スルモ特ニ限局性壓痛部ヲ徵知スルコト多シ、又之ニ反シ壓迫ニ依リ疼痛ノ緩解ヲ得ルコトアリ。往往限局鼓腸部ヲ腫瘤トシテ觸知ス、此腫瘤ハ移動性ナク、打診上通例鼓音ヲ呈ス、但シ此絞窄性限局鼓腸部ハ鼓音高調ニシテ屢々、鐵性ヲ帶ブ。蠕動亢進時ニ於テ腹鳴ヲ聞クコトアリ。風氣便通ハ初發時ヨリ全然杜絶ス。血性若クハ粘液血性排泄物ヲ漏泄スルコトアルモ本症ニ於テハ稀ナリ。直腸指診ニ依テ彈性緊張ヲ有スル硬結ヲ觸知シ得ル場合アリ。

索條ニ因ル絞窄、內管頓等ノ種別鑑識ハ甚ダ困難ニシテ、正確ナル診斷ハ唯開腹術ニ賴リテノミ能フベキモノナリ。今次ニ此等ノ辨識上二三ノ注意ヲ附加ス。

內「ヘルニア」箱頓ニ於ケル限局性鼓腸ハ觸知セララルコト稀ニシテ、明ニ之ヲ觸知シ得ルハ多ク索條物等ニ因ル絞窄性ノモノトス。空腸始部ノ閉塞ニ因ル症狀胃擴張アリ上腹部ノヲ呈シ、且ツ上腹部ニ限局スル疼痛アルハ十二指腸空腸窩、ヘルニアニ於テ之ヲ見ル。既往ニ骨盤腹膜炎其他内生殖器病ノ經過若クハ其疑アルトキハ、内生殖器ト關係アル腸管閉塞症ナルヲ推想スベク、同様ニ蟲樣突起炎ノ經過アルモノニ於テハ該部ノ癒著・異常索條等ノ關聯アルヲ想像ス。絞窄性腸閉塞症狀アリテ上腹疼痛アリ且ツ胸部ニ異常ノ鼓音ヲ呈スルハ橫膈膜「ヘルニア」ノ疑アリ。メツケル氏憩室若クハ卵黃管遺殘物ニ因ル絞窄ハ稀症ニアラザルモ手術前確證スルコト不可能ナリ、唯患者小兒ニシテ、臍部或ハ下腹部ニ限局性疼痛アリ、殊ニ外部ヨリ卵黃管遺殘ヲ證明ス可キモノノ存スルトキハ之レヲ疑フベシ。

臍腸管遺殘物
=因スル腸管
閉塞症ノ
症例
(其一)

症例 臍腸管ノ遺殘物タル索條ニ因スル絞窄性腸管閉塞症。(大正九年一於林病院、吉川)

八歳、男子。生來薄弱ニシテ屢々、胃腸障碍ヲ患フト。去ル八月二十八日午前一時頃、俄ニ腹痛ヲ發シ嘔吐ヲ催シ、後、飲食ノ度毎之レヲ吐出セリ。疼痛ハ連續シ、其間時時劇痛ノ發作アリ。昨日浣腸ニ依リテ僅少ノ黃色有形軟便ヲ得タリト云フ。發病來瓦斯ノ放出ナシ。嘔氣嘔吐依然トシテ繼續シ、漸次衰憊スト。同三十日午後三時招ニ應ジテ往キテ之レヲ診ル。當時ノ狀態次ノ如シ。

現症 發育不良ナル男兒。一見著シキ疲勞ノ狀ヲ呈ス。體温三六・七、脈搏百二十至整ニシテ強、呼吸安靜。腹部輕度ノ膨滿ヲ呈シ、時時腸管硬變ノ發作アリテ、腹壁上ニ膨隆セル小腸蹄係ノ象ヲ印ス。發作ハ每十分乃至十五分ニ於テシ、其時疼痛増劇シ、輕度ノ腹鳴アリ。右腸骨窩ニ於テ深部ニ僅ニ輕度ノ抵抗ヲ感ズルノ他、觸診上腫瘤ヲ認メズ。臍ニ異常ナシ。直腸指診ニ依リテ得ル所ナシ。直チニ入院セシム。

手術 小腸絞窄性閉塞ノ診斷ノ下ニ、同四時五十分開始、全身麻醉中手術ヲ施ス。豫メ胃「カテーテル」ヲ送リタルモ胃ハ空虚ナリキ。正中切開。腹膜ヲ開クニ少量ノ澄明ナル淡黃色滲出物ヲ認ム。下腹部ノ右側ニ偏スル部ニ於テ、或索狀物ニ依リテ絞扼セラレタル小腸蹄係アルヲ發見ス。此索狀物ハ臍腸管ノ遺殘物ニシテ、其腸管ニ附着セル部分ハ長サ約四仙迷、中空ノ圓錐形ヲ呈シ(メツケル氏憩室)他端ハ強靱ナル結締織性細索トシテ臍ノ直下部ニ於テ白條ニ附着セリ。則チ索條部ニ於テ之レヲ中斷シテ腸管ノ絞扼ヲ去リ、管腔部ハ根部ニ於テ小腸壁ヨリ切離シ、斷端ハ煙草囊縫合ニ依リテ閉鎖セリ。絞扼セラレタル腸管ニハ溢血部、裂傷、壞疽部等ナシ。術後經過良好、治癒ニ就ケリ。

切除セルメツケル氏憩室ハ圓錐形ニシテ、全長三仙迷餘、基底ハ直徑一仙迷弱ノ太サアリ。尖端ハ漸次結締織索條ニ移行ス。憩室

腸管遺殘物
閉塞症ノ症例
(其二)

ハ廻盲嚢部ヲ去ル上方數十仙迷ノ部ニ存在セルモノナリ。
症例 ● **メッケル氏憩室炎**—**癒着—絞窄性腸管閉塞症**。(大正九年—於林病院、吉川)

十四歳、男子。生來著患ナシ。去ル七月二十三日、俄ニ腹痛ヲ起シ、熱發アリ、盲腸炎ノ診斷ノ下ニ某病院ニ入院、漸次輕快シ八月二十一日退院ス。然ルニ二十四日ニ至リ、再び急劇ナル腹痛發作ヲ來シ、次デ惡心嘔吐アリ、再び同病院ニ入院ス。入院後腹痛止マズ、腹部膨滿ヲ起シ、嘔吐繼續、本朝ヨリ糞臭アル液ヲ吐出スルニ至ル。今回ハ熱候ヲ缺キ昨日午後初メテ三十七度八分ニ達セリト云フ。同二十九日午後七時往診、直チニ林病院ニ轉セシム。

現症 ● 體格中等、羸瘦セル少年。體温三六・九、脈搏二〇至微弱。胸部理學的診查ニ於テ異常ヲ認メズ。腹部輕度ノ膨滿ヲ呈シ時時腸硬發作アリ、疝痛ヲ伴フ。此際膨隆スル腸管ハ主トシテ臍ノ附近ニアリ、五乃至十分間ニシテ發作ヲ反復シ、發作時腹鳴ヲ聽ク。腹壁緊張ハ著シカラズ。下腹部到處壓痛アリ、右下腹一般ニ抵抗アルモ著明ノ腫痛トシテハ觸ルルモノナシ。臍ニ異常ナシ。吐物ハ汚穢黃褐色ノ液汁ニシテ糞臭アリ。

手術 ● 小腸ニ於ケル腸管不通症—蟲樣突起發後ノ癒着ニ因スル絞窄性腸管閉塞症?—ノ診斷ノ下ニ、即時、クロロフォルム「エーテル」混合麻醉料ヲ用ヒ、半麻醉ノ狀態ニ於テ手術ヲ施ス。豫メ胃、カテーテルヲ送りテ胃ノ内容ヲ排却セリ。正中切開。多量ノ濁濁セル滲出物ヲ漏ス。膨滿セル小腸ヲ一部ハ左側腹腔ニ向テ壓排シ、一部ハ創裂外ニ牽出シテ深ク腹腔ヲ探ルニ、小腸腸係ノ一部分或索狀物ニ依リテ強く絞扼セラレタルヲ見ル。該索狀物ハ鉛筆大ニシテ、表面平滑緊張、暗紫黑色ヲ呈ス。此周圍ニ於テ小腸腸係相互ノ間ニ複雑ナル癒着アリ、且ツ多量ノ纖維素凝固物ヲ附着ス。此索條ヲ其兩端ニ向テ檢スルニ及ビ、之レガメツケル氏憩室ナルコトヲ認メタリ。即チ其一端ハ癒着ニ與レル小腸壁ニ連リ、中央部ト同徑ノ基根ヲ以テ之レト連絡シ、他端ハ長キ結締織索狀物ニ移行シテ其終端ハ之レヲ明瞭ニ視野ニ露出セシムルコト能ハズ。依テ先ヅ此細キ結締織索狀物ヲ斷チテ小腸腸係ノ絞扼ヲ解キ、他端ハ恰モ蟲樣突起切除術ニ於ケルガ如ク處置シテ憩室全部ヲ小腸壁ヨリ切除セリ。絞扼セラレタル小腸ハ著シキ鬱血ヲ呈シタルモ壞疽ヲ疑フベキ部分ナシ。網膜ハ此部ノ癒着ニ與カラズ。蟲樣突起ハ正規位置ニ其正常狀態ニ於テ別ニ之レヲ認メタリ。手術後狀態不良、同夜半鬼籍ニ入レリ。

腹膜結核ニ因
ル腸管閉塞症

(5) **腹膜結核ニ因ル腸管閉塞症**

腹膜結核ハ全ク突發的ニ腸管閉塞症狀ヲ初徴トシテ發病スルコトアルモ、通例其慢性經過中ニ於テ、癒着ニ因ル腸管ノ屈曲・捻捩、腸管漿液膜ニ於ケル癭痕形成等ノ結果、或ハ直ニ或ハ腸管狹窄症狀ニ次デ本症ヲ發起スルモノトス。腹膜結核ニ因スル本症ノ診斷上ノ要點次ノ如シ。

遺傳、年齡、既往ニ於ケル結核性症或ハ其疑症ノ經過等ニ注意ス。猶既往ノ腸胃症狀就中食思缺乏、胃部壓痛或ハ疝痛、其他熱候、漸進スル衰弱等ヲ證明シ得ルコト多シ。現在症ニ於テ結核體質、他臟器結核性症ノ存在等ニ注意ス。呼吸脈搏等ニ就テハ腸管閉塞ノ輕重ニ從ヒテ多様ナリ。熱候ハ多少之レヲ伴フコト多キモ、熱型及ビ高低ハ一定セズ、疼痛ノ部位・強弱性質、嘔吐、腹滿鼓腸ノ狀、腹壁上ニ腸係路ノ認識、其蠕動ノ有無等ハ亦閉塞狀態ノ異ナルニ從テ一ナラズ。腹壁ニ於ケル多發性硬結、腫瘍形成、板狀抵抗部等ノ觸知ハ本症ノ診斷上重要ナリ。打診上境界不規則ノ或ハ散在性ノ濁音界ヲ認知スルハ包裹セラレタル滲出物ノ證左タリ得ベクシテ、之レ亦本症ノ一要徵ナリトス。

● **腸管閉塞症狀ヲ以テ發病セル腹膜結核ノ一例**。(大正六年—吉川)

十九歳、男子。兩親健存、一妹腸膜炎ニテ斃レタリ。患者幼時ニ於テハ記スベキ病歴ナシ。十五歳ノ頃ヨリ胃弱ヲ患ヒ、時時嘔吐アリ、且ツ便秘ノ傾向アリト云フ。昨年十一月肋膜炎ニ罹リ、本年二月ニ至リテ全治セリ。

去ル十一月五日程度ノ腹痛ヲ感ゼシヲ現症ノ初徴トス。翌日引續キ腹痛アリ、夜ニ入りテ數回嘔氣嘔吐ヲ催セリ。七日午後疼痛俄ニ増劇、疝痛樣發作アリ、注射ニ依リテ一時緩解シタルモ、同夜中再び劇烈トナリ、嘔氣嘔吐ヲ頻發シ、風氣杜絶ス。發病以來便通ナク、八日午後石鹼灌腸ヲ行ハレシモ僅少ノ有形便ヲ得タルノミニテ快通ナク、又瓦斯放出ナシ。九日腹痛其他前日ト同ジク依然瓦斯及ビ糞便ノ排泄ナシ。十日諸徵依然、腹部苦悶益々甚ダシ。高壓灌腸法ヲ試ミラレタルモ排便ナシ。發病第三日以來全ク

腸管閉塞症ヲ以テ發病セル腹膜結核ノ症例

食餌ヲ攝ラズ。初發來發熱ナカリシガ十日午後初メテ三八・〇ニ達セリト。
 現症、十一月十一日午後六時診査。體格榮養共ニ中等、筋肉ノ發育不良、淋巴腺腫脹ヲ觸レズ。應答明快、腹痛ノ爲メ時時苦悶ノ顔貌ヲ呈ス、薄キ白色舌苔アリ。脈搏九〇至整強、體温三七・四。胸部臟器ニ於テ打診及ヒ聽診上異常ヲ認メズ。(肋膜炎ノ證微現存セズ)腹部ハ中等度ノ膨滿ヲ呈シ、數分間ニ一回ゾツ腹痛發作アリ。此際腹壁ニ於テ膨滿セル小腸腸係ト認ムベキ大小ノ隆起ヲ現出ス、特ニ臍圍ニ於テ著明ナリ。腹部到處壓痛アリ、特ニ右下腹部ニ著シ。異常ノ硬結ヲ觸レズ、打診上腹部一般鼓音ヲ呈ス。發作時輕キ「グル」音ヲ聽クコトアリ。直腸ハ空虚ニシテ探指尖ニ少量ノ粘液ヲ附着スルノミ。

診斷、小腸閉塞、原因ハ腹膜結核?

手術、十一日午後七時三十分開始。全身麻酔。腹壁腹膜及ヒ腸管漿液膜ニ無數ノ結核結節ヲ認ム。腸管相互及ヒ腸管壁ト腹壁腹膜トノ間ニ處處鬆粗ナル纖維素性癒着アリ。小腸下部ニ於テ或索條ニ因ル三箇ノ絞扼部ヲ認ム、其最下位ノモノハ迴盲瓣ヲ去ル上方約五〇仙迷ノ部ニ存シ、絞縮最モ甚シク、閉塞ノ主因ヲナセリ。腸管絞扼ヲ來セル索狀物ハ纖維素凝固物ヨリ成リ、尙上記最下位ノ絞縮部ニ於テハ網膜ノ一端之レニ與レリ。乃チ癒着ヲ剝離シ、絞縮ヲ解除シ、左右側腹ニ於ケル少量ノ滲出物ヲ拭除シタル後、全部腹壁創ヲ縫合シテ手術ヲ了ル。術後腹部症狀ハ一頓ニ消散セリ。

(6) 限局性痙攣性腸管閉塞症

腸結核、其他總テノ潰瘍性腸疾患、蛔蟲、膽石、腹部外傷及ヒ手術等、腸管痙攣ノ原因トナルベキ疾病ノ有無ニ注意ス。腸管閉塞症ノ此種類ニアリテハ總テノ徵候ヲ具備スルモ、一般症狀比較的顯著ナラズ且ツ一過性ナルヲ特有トシ、其容易ニ發生シ、容易ニ消散スルコト、腹部ノ温濕療法、加温法、温浴法等ガ能ク治療的ニ奏効スルコト等ヲ以テ診斷スベキモ、亦甚ダ劇烈ニシテ、原因ノ持久ニ從テ經過遷延シ、爲メニ器械的障礙ニ因スル腸管閉塞症ト鑑別スル能ハザル場合少ナカラズ。開腹手術ヲ施行シテ後初メテ腸管痙攣性閉塞ノ形成ヲ診斷シ得タルモノ屢、報告セラレタリ。腸管積、腸捻轉及ヒ腸管屈曲ニ因スル閉塞等ハ、往往容易ニ自ラ解除スル一過性閉塞ヲ呈シ、本症ト誤ララルコトアリ。茲ニ痙攣性腸管閉塞症ノ診斷的手段トシテ、「モルヒネ」若クハ「アトロピン」或ハ其兩者ノ併用注射法アリ。之レニ依リテ痙攣解除セラレ、診斷ニ供セラルルト同時ニ治療的奏効ヲ得ルコトアリ。此法

限局性痙攣性腸管閉塞症

ハ腸管痙攣ノ疑症ニ對シテハ一度之ヲ試ム可キモ、此注射ハ如何ナル腸管不通症ニ對シテモ一時的ニ大ニ自覺症ヲ緩解セシムルヲ以テ、爲メニ他種腸管不通症ニシテ即刻手術ヲ要ス可キ種類ノモノニ對シ手術時期ヲ失セシムルノ虞アルハ、深ク戒メザル可カラザル所トス。即チ即時手術ノ適應症ト認ム可キ理由絶無ニシテ、且ツ痙攣性閉塞ノ疑フ可キモノアル時ニ於テノミ施サルモノトス。然ラザル場合ニアリテハ寧ろ直ニ進ンテ剖腹術ヲ施シ、診斷ヲ確實ナラシムルト同時ニ原因除去ノ措置ヲ遂行シ得ルノ利アルニ就クニ如カズ。

「ヒステリー」性痙攣性腸管閉塞症、既往ニ於テ「ヒステリー」症狀ノ經過アルコト、全身症狀ノ輕易ナルコト、通例一過性ナルコト、及ヒ皮膚ノ知覺過敏其他神經症狀ノ證明ニ依リテ診斷ス。往往腹部ニ於テ或ハ現出或ハ消散スル腫瘤ノ形成ヲ伴フコトアリ。又腸管ノ一部痙攣シテ圓柱狀硬結ヲ形成シ腸管疊積ト誤ルコトアリ。猶又極度ノ腹滿ヲ呈シ人事不省ニ陥リ、穿孔性腹膜炎、腸管係絞窄若クハ内疝頓等ト誤ルコトナキアラズ。斯クノ如キ場合ニ於テモ呼吸・脈搏等ノ影響ヲ被ルコト少ナキニ依ツテ區別シ得ベシ。

三 閉塞部位ノ診斷

年齡ニ關シテハ各年齡ニ於ケル腸管閉塞ノ好發種類ヲ以テ部位的診斷ニ資ス可シ。例ハ老人ノ閉鎖性腸管閉塞ハ癌腫ニ因ルモノ多ク、而シテ癌ハ結腸ニ好發シ、小兒ノ腸管閉塞ハ腸管積ナルコト多ク、而シテ腸管積ハ回盲部ニ好發スル等ノ如シ。發病前ニ於テ便秘・血便・裏急後重等アルトキハ結腸ノ障礙特ニ癌腫ニ重キヲ置キ得ルモノトス。疼痛ノ限局ハ部位ノ判定ニ根據ヲ與フルコト多キモ、亦全ク病竈ト隔遠セル部分ノ疼痛ヲ訴フルコトアルヲ以テ注意ス可シ。左右腸骨窩ニ限局セル疼痛ハS字狀部若クハ盲腸部ノ障礙ニ疑フ存シ得可ク、中心性腹痛及ヒ初發時ヨリ全般ニ互レル疼痛ハ小腸ナルベシ。疼痛ハ概シテ小腸ニ於ケル閉塞ニ際シテ強ク且ツ持續性ナリ。背部ニ放散スル疼痛ハ小腸閉塞ニ來リ、薦骨部ノ疼痛及ヒ裏急後重ヲ伴フ腹痛ハS字狀部及ヒ直腸閉塞ノ證微トス。嘔吐ハ原因ノ如何ニ從テ異ナルモ、病變小腸ニアルトキハ早發、頻繁ニシテ、早ク糞臭ヲ帶ブルニ至リ、大腸ニアリテハ之ニ反ス。腹滿ノ心窩ニ限局セルハ多クハ胃ノ膨滿ニシテ、小腸起始ノ閉塞ニ之ヲ見ル、此種類ニアリテハ終ニ全般的腹滿ヲ來サズ。腹滿中央ニ限局シ、突出狀ヲ呈シ、側腹ノ空虚ナルハ小腸膨滿ノ徵トス。但シ小腸膨滿ニ於テモ著シキトキハ殆ンド全腹ノ膨滿ヲ呈

閉塞部位ノ診斷

シ、爲ニ一見大腸膨滿ノ有無ヲ判別シ難キ場合少カラズ。S字狀部ノ隣接捻轉ニ因スル膨滿ハ中心性ノ腹滿ヲ呈スルコト多シ。右側腹ニ於ケル上行結腸膨滿ハ結腸肝屈曲ノ障礙ヲ證シ、横行結腸膨滿ハ其脾屈曲ノ閉塞ヲ想ハシム。又倒U字形ノ膨滿ハ大腸下部ノ閉塞ヲ示スモノナリ。但シ結腸ノ閉塞ニアリテハ斯クノ如ク閉塞上部結腸ノ全部膨滿ヲ呈スルコトアルモ、亦其上部ノ或部分ニ於テ限局性麻痺性膨滿ヲ致スコトアリ。例ヘバ大腸下部ニ障礙ヲ存シ盲腸部ノ限局性膨滿ヲ來スコトアルガ如キ是レナリ。結腸ノ閉塞ニアリテ、猶廻盲瓣ノ閉鎖機能完全ナルトキハ、膨滿ハ結腸ニ止リ、其特異ノ形狀及ビ固有ノ位置ハ診斷上有力ノ證左タルモ、既ニ廻盲瓣閉鎖不全ヲ呈セルモノニアリテハ鼓腸ハ小腸ニ及ビ、固有ノ結腸膨滿ノ外觀ヲ失フニ至ルモノトス。結腸膨滿ニ就キ猶注意ス可キハ結腸ノ異常位置ナリトス。即チS狀部ノ異常ニ高キ、若クハ著シク右側ニ偏セル、又横行結腸沈下シテ下腹ニ存スル如キモノアルコト是ナリ。腹壁ヨリ目撃シ得可キ膨滿セル腸管ノ廣徑ノ大小及ビ形狀ハ亦部位鑑識上必要ナリ。小ニシテ數多ノ起伏ヲ現出セルモノハ小腸ニシテ、太クシテ單一ナルハ大腸ナリトス。例之バS字狀部捻轉ニ於ケル膨滿甚高度ナルトキハ、一踏係ヲ以テ全腹ヲ領スル如キコトアリ。閉塞上部ノ膨滿セル腸管ニ於テ蠕動運動ノ認知セラルルハ、多クハ小腸ニシテ此部ニ於テ蠕動ハ迅速且ツ活潑ナルモ、大腸ニ於テハ之ヲ認ムルコト稀ニシテ、若シ存スルモ僅微ニシテ緩徐ナリ。總テ此等腹滿ノ形狀、腸管係ノ認定、蠕動運動ノ目撃等ハ初期ニ於テ部位の診斷ニ重要ナル根據ヲ與フルモ、末期ニ於テ已ニ反射的若クハ炎症性腸管麻痺ヲ呈スルニ至リテハ終ニ全ク其價值ヲ失フ可キコト略易キノ理ナリ。打診上兩側腹背部ニ於ケル鼓音ハ結腸膨滿アルノ證トス、蠕動亢進ニ伴フ腹鳴ハ小腸ニ於テ著明ニシテ、大腸ニアリテハ幽微ナリ。洗腸法ヲ施シテ多少ノ糞便ヲ得ルハ、閉塞部位ノ甚ダ下位ナラザルヲ證ス。猶結腸内ニ液ヲ送り、注入シ得タル量ニ依リテ腸ニ於ケル障礙部位ヲ決スルノ法アルモ、直ニ其液量ヲ以テ確實ニ部位ヲ定ムル能ハズ、唯其液量ニテ求メ得タル部位ヨリ高キ何レカノ位置ニ於テ閉塞ノ存スルヲ想像シ得可キノミ。即チ1.3乃至1.5リットルヲ注入シ得タルトキハS字狀部以上、一乃至一・五リットルヲ注シテハ結腸脾屈曲部以上、一・五乃至二リットルヲ注シテハ同肝屈曲部以上ニ障礙ノ存スルヲ知ル。猶直腸指診、腔内診等ニ依リ部位鑑定上有力ノ證左ヲ得ルコトアリ。直腸S字狀部鏡検査、不透性物質ヲ注入以テスルレントゲン線検査ノ如キハ部位の診斷上利スル所無キニ非ザルモ、本症ニ於テハ實際上之レヲ利用シ得ル場合少ナシ。尿中「インヂカン」ノ増加ハ小腸ノ閉塞ニ之レヲ見ル。

腸管閉塞症ノ豫後

腸管閉塞ノ種類ト腸管部位トノ關係ニ就テ見ルニ、小腸ニ發スルハ、種種ナル癒著・隣接絞窄・内ヘルニア・疝・膽石・積頓・蛔蟲・腸結核等ヲ多シトシ。結腸ニ發スルハ、癌腫・廻盲部膿積・廻盲部結核・S字狀部隣接捻轉・宿便等ヲ主要ナルモノトス。豫後 機械的腸管閉塞症ニアリテハ、既存ノ或疾病ニ續發セルモノトシテ全ク突發セルモノトシテ問ハズ、其轉歸ハ該閉塞部ガ再ビ開通スルト否トニ關スルモノニシテ、早期ニ適當ナル療法ヲ施シテ目的ノ達セラルルニアラザレバ、致死の轉歸ヲ取ルヲ常トス。其經過ノ長短ハ甚ダ種種ニシテ、既ニ一二晝夜以內ニシテ虛脱ニ由テ斃ルルモノアリ、又旬日ニ互リテ後衰弱ノタメニ逝クコトアリ。痙攣性閉塞ノ結果ハ其原因疾患ノ如何ニ關シテ一定セズ。

一般ニ絞窄性ノモノハ閉鎖性ノモノニ比シテ不良、急發セル閉塞症ハ漸次ニ成立セルモノニ比シテ不良ナリ。小腸ニ發シタルモノハ大腸ニ起レル場合ニ比シテ危險多シ。患者ノ年齢年少者、特ニ幼兒ハ成及ビ體力ガ豫後ニ關係スルコト大ナルハ論ヲ俟タズ。又手術ノ時期ハ本症ノ豫後ニ就テ重大ナル關係アリ。早期ニ施行セラルルニ從テ良好ナル成績ヲ得ルモノトス。ナウニン氏ニ據レバ第一日・第二日ノ手術ニ於テハ七〇%ノ治療ヲ得、第三日ニ至リテ治療率ハ三四%ノ少數ニ減ゼリ。我淺原博士ハ「イレウス」手術ノ六十四例ニ就キテ時期ト其治療トノ關係ヲ調査シ、第一日ヨリ第二日ノモノハ九四%、第三日ヨリ第六日ノモノハ五四%、第六日以上ノモノハ僅ニ二七%治療セリト報告セリ。手術選擇ノ適否、術式ノ難易、技術ノ巧拙等ハ亦手術ノ成績ニ關係スルコト多シ。

死因 ハ虛脱・衰弱及ビ急性化膿性腹膜炎ノ併發等ヲ主トス。又胸腔壓迫ニ因ル窒息・嘔下肺炎・膿毒敗血症等ニ斃ルルコトアリ。腹膜炎ハ閉塞腸管ノ壞疽若クハ閉塞上部ニ於ケル擴張性潰瘍 Dehnungsgeschwür 或ハ壓迫性潰瘍等ニ來ル腸穿孔ニ因シ、又或ハ腸穿孔ノ惹起ナキモ猶擴張菲薄トナレル腸壁、特ニ潰瘍形成部ノ腸壁ヨリ、腸管内細菌ガ腹腔ニ向テ滲透シ出ヅルニ因ルコトアリ。

療法 療法ノ選擇 (1) 絞窄性腸管閉塞ニシテ確診セラレ或ハ疑ハルトキハ即時ニ外科的手術ヲ施ス、(2) 閉鎖性ノモノニアリテハ或モノハ内科的措置ニ因リテ奏効ヲ得ルコトアリ、特ニ腸管麻痺若クハ痙攣ト相俟テ腸管閉

腸管閉塞症ノ療法

一三 腸管疊積症

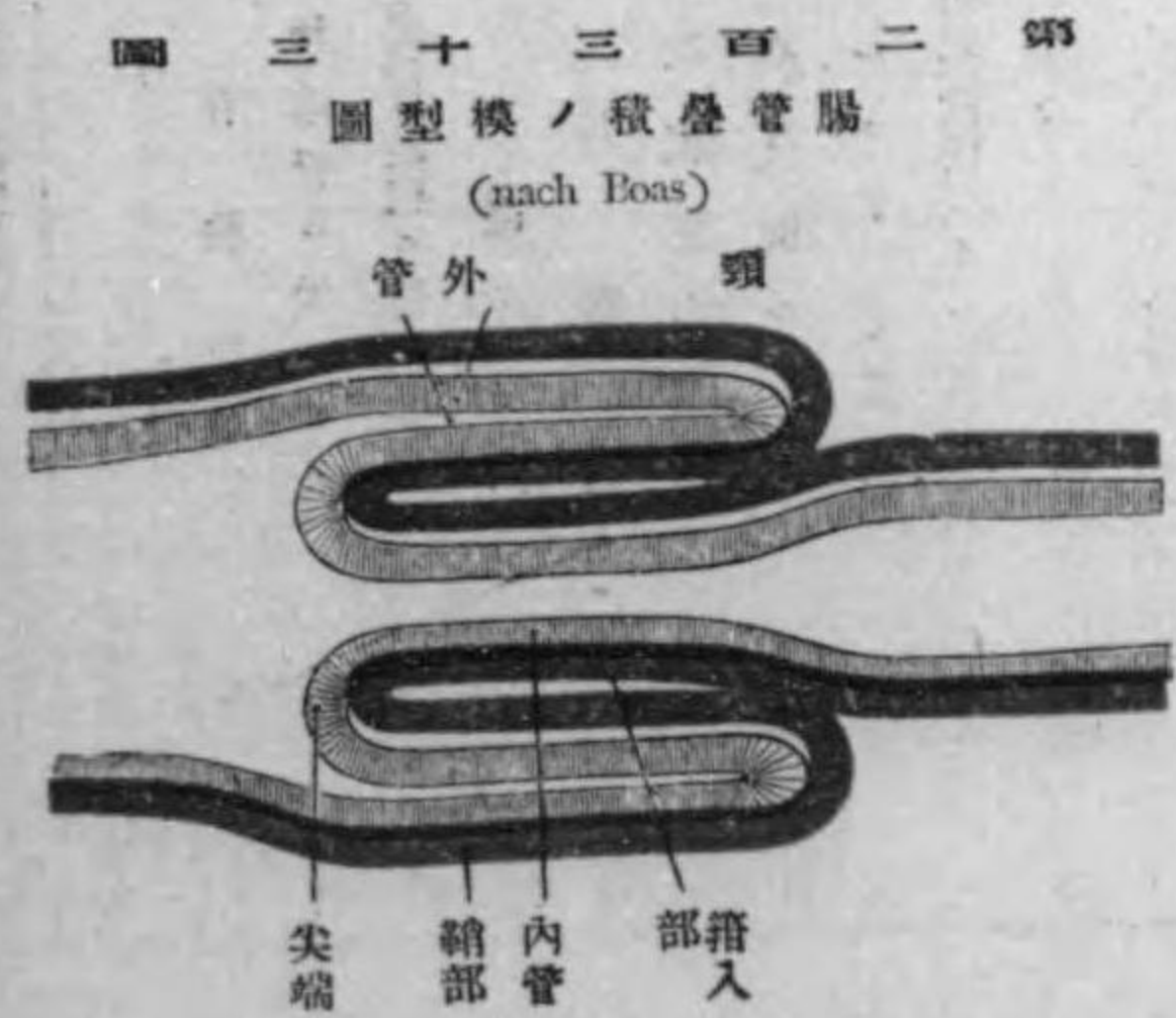
腸管疊積 Invagination. トハ腸管ノ一部分ガ特殊ノ病的變常ヲ呈スルモノニシテ、腸管閉塞症ノ重要ナル一原因ヲナス。即チ上部腸管ガ下部腸管内ニニガ上部ノ腸管内ニニ箱入スルモノトス。(第二四三三圖)腸管疊積ハ小腸若シクハ大腸ニ生ズルコトアルモ最モ多ク廻盲部ニ來ル。時トシテ疊積輕度ニシテ内腔ノ閉鎖完カラズ、腸間膜ノ障礙ヲ伴ハズシテ初メヨリ慢性腸管狹窄症狀ヲ呈スルコトアルモ、多クノ場合ニ於テハ、疊積セル内管ノ循環障礙ト、内管ノ腫脹ニ因スル内腔閉塞トノ結果、恰モ腸管絞窄症ニ於ケルガ如キ症狀ヲ呈ス。

高安博士ノ調査ニ據レバ、本邦ニ於テ實驗セラレタル腸管疊積ハ「イレウス」全數ノ二八・七八%ヲ占ム。本症ハ何レノ年齢ヲ問ハズ發スルモ、他種ノ腸管閉塞ニ反シテ小兒期ヨリ多ク、就中生後十歳ニ至ル迄ノ間ニ最モ多シ、高安博士ニ據レバ本症總數ノ三七・五%ハ十歳以下ノ者ナリ。

次ニ本症中最モ普通ニ目撃スル所ノ廻盲部疊積症 Invagination ileocolicisニ就テ記述ス可シ。其他ノ疊積ニアリテモ諸徵概シテ之レニ類ス。

廻盲部腸管疊積症

症候 本症ノ發スルヤ、全ク何等ノ前驅症ナク初期嘔吐及ビ腹部劇痛ヲ以テ突發スルコト多キモ、亦便秘・下痢・其他消化障礙ノ症狀ヲ前驅スルコトアリ。既往症ニ於テ往往同一發作ノ經過ヲ知ルコトアリ。本症徵候ノ一般ハ大概ネ腸管絞窄ノ條下ニ述ベタル所ニ一致ス。「腸管閉塞」但シ本症ニ於テ嘔吐ハ必發ナラズ、時トシテ全ク之レヲ缺クコトアリ。本症ノ要徵ハ腹



圖三十三 腸管疊積ノ模範型 (nach Boas)

部ニ於ケル一種ノ腫瘤認定トス、即チ右側腹部ニ於テ、又ハ上腹部若クハ中腹部ノ正中ニ於テ、或ハ又一部分左側腹ニ互ル圓柱形若クハ紡錘形腫瘤ヲ有ス。往往該腫瘤ハ輕度ノ彎曲ヲ呈シ、其屈曲側ガ臍ニ面セルヲ認ムルコトアリ。腫瘤ハ表面平滑ニシテ移動性アリ、腫瘤自己ノ壓痛ハ多クハ顯著ナラズ、移動ヲ試ムルトキハ疼痛増劇ス。通例著明ナル限界ヲ有スルモ、亦往往單ニ觸診上ノ抵抗部トシテ認知セラル。時トシテ全ク腫瘤ヲ觸知シ得ザルコトアリ。末期ニ於テハ膨滿セル小腸ノ被フ所トナリ、多クハ腫瘤ノ認知困難ナリ。腹滿ハ初期ニ於テハ之レヲ缺クモ、後、廣汎性鼓腸ヲ發シ、末期ニ於テ腸管痙攣ヲ來スニ及ビテハ著シキ腹部膨滿ヲ呈ス。廻盲部疊積ニ於ケルダンス氏 Dance ノ症候トハ右腸骨窩ガ左腸骨窩ニ比シ、觸診上空虛ナルコトニシテ、本症診斷上ノ一徵ナリトス。疊積ノ上部ニ於テハ腸管蠕動運動ノ亢進アリ、時トシテ蠕動運動ガ常ニ或一定部ニ達シテ停止スルヲ認メ之レニ依テ疊積ノ位置ヲ推知シ得ルコトアリ。

本症ハ經過中往往血性若クハ血性粘液性物ヲ漏泄ス。其自然的排泄ナキトキニ於テモ、直腸指診或ハ直腸洗滌等ニ際シ之レヲ證シ得ルコトアリ。但シ此血液漏泄ハ全ク缺如スル場合亦少ナカラズ。腸管疊積ニシテ大腸下部ニ及ベルモノハ裏急後重ヲ訴フ。疊積腸管内管ノ尖端著シク下行セルトキハ直腸指診ニ當リテ之レヲ觸知シ得ベシ。

症例 廻盲部腸管疊積症(大正九年)於林病院、吉川

十六ヶ月、男子。生後異常ナク發育セシガ、本日二月二十九日午後四時半頃ヨリ突然苦悶ノ狀アリ、啼泣甚ダシク、約三十分ノ後一回嘔吐アリ。漸次疲勞、遂ニ無慾狀態ニ陥レリ。某醫師ノ診ヲ受ケ、高位灌腸法ヲ行ハレタルモ奏効セズ、午後九時三十分林病院ニ來リ診ヲ需ム。

現症 發育中等ノ男兒、無慾顔貌ヲ呈シ、啼聲ヲ發セズ。體温三六・五、脈搏一三六至。腹部膨滿著シカラズ、腹壁僅ニ緊張ス。

本邦ニ於テ實驗セラレタル腸管疊積症ノ種類高安博士調査

計	廻腸	結腸	廻腸	廻腸	廻腸	廻腸	廻腸
一五三	二	七	三	一〇二	七	一	一

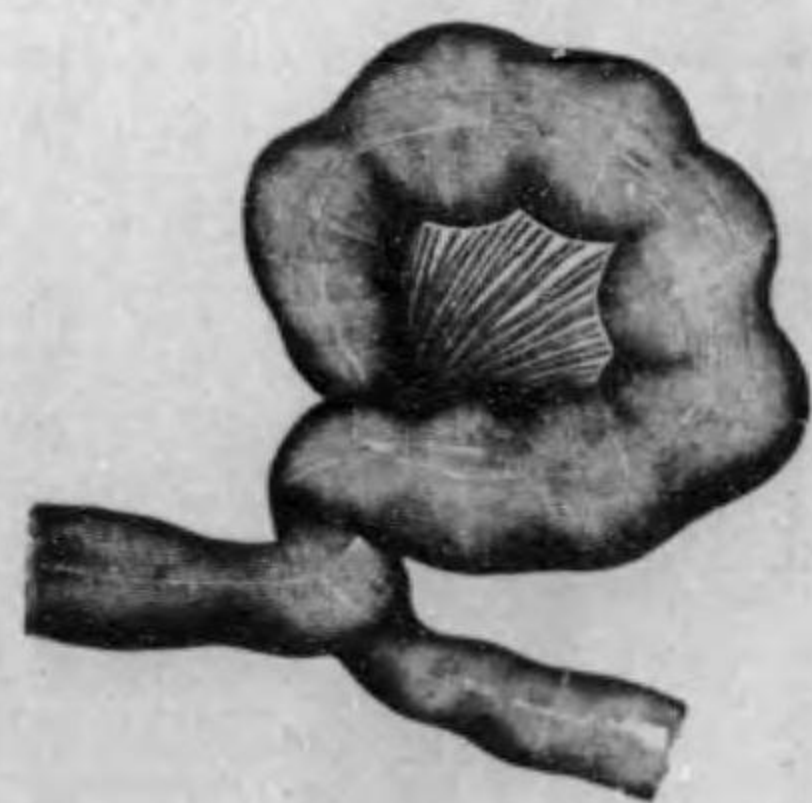
結腸殊ニS字狀部ニ好發シ、稀ニ小腸ニ發起ス。捻轉ノ程度及ビ其成立ノ速度ハ種種ニシテ、之レヲ異ニスルニ從ヒ、或ハ腸管狹窄症狀ヲ發シ或ハ完全ナル絞窄性腸管閉塞症ヲ成立セシム、而シテ此等ノ症候ハ或ハ漸次ニ來リ或ハ突發ス。本症成立ノ原因ハ先天性腸間膜過長、腸管自己殊ニ結腸(就中S字狀部)ノ部分的過長、過去ニ於ケル炎症ノ結果トシテ生ジタル腸間膜ノ癒痕性短縮、其他種種ナル腹腔内癒著等ニシテ、誘因トシテ擧ゲラルルハ、食事不攝生、便秘、下痢、劇動、過勞、努責、咳嗽腹部打撲等トス。吉川ハ妊娠中ニ發起セルモノ、及ビ分娩後ニ來レルモノ三例ヲ實驗セリ。

高安博士ノ調査ニ據レバ本邦ニ於テ腸管捻轉症ハ「イレウス」全數ノ二四・七五%ヲ占ム。本症ハ幼年者ニ少ナク、壯年殊ニ三十乃至五十歳ノモノニ多シ、高安博士ニ據レバS字狀部捻轉症手術一五二例中二十一歳乃至五十歳ノモノ一〇八ヲ算セリ。

結腸S字狀部捻轉症

症候 診斷 結腸S字狀部捻轉。 Volvulus der Flexura sigmoidea 既往ニ於テ多クハ習慣性便秘ヲ有ス、又下腹殊ニ左腸骨窩若クハ胃部膨滿ノ感ヲ習慣トスルモノアリ、既往ニ於ケル同一發作ノ經驗アルモノ稀ナラズ。本症ハ突發的ニ腸管閉塞ノ症狀ヲ以テ發スルヲ多シトスルモ亦或ハ初メ狹窄症狀ヲ呈シテ後、完全閉塞ニ移行シ、或ハ長ク狹窄狀態ニ止ルコトアリ。「腸管狹窄症」及「腸管閉塞症」參照 疼痛ハ下腹部ニアリテ痛痛性ナリ、又臍部ニ存スルコトアリ、或又主トシテ薦骨痛ヲ訴フルコトアリ。捻轉部全ク閉塞セルトキハ疼痛連續的ニシテ、其間、發作性劇痛ヲ起ス。嘔吐ハ狹窄ニ止ルトキニ於テハ長ク

圖五十三百二第 腸管捻轉



四三六

圖六十三百二第 腸結ルア向傾轉捻



之レヲ缺キ或ハ晚發スルモ、急卒ニ強度ノ捻轉ヲ營ミ、腸閉塞ヲ突發セル場合ニ於テハ通例早期嘔吐ヲ發ス。捻轉セル腸管係ガ現ハス像ハ一種定型ナル場合多ク、之ニ依リテ一見本症ノ診斷ヲ下シ得ルコト稀ナラズ、殊ニ完全ナル閉塞ヲ呈スルモノニ於テ最モ顯著ナリ。即チ腹滿ハ不規則且ツ不相對的ニシテ、或ハ臍ヲ中心トシテ全腹部ニ互リ、或ハ稍、左腹側ニ偏シ、或ハ下腹部ニ於テ捻轉膨滿セルS字狀結腸係ヲ目撃シ得ルコトトス。即チ該腸係ノ彎曲部ハ上方若クハ上右側ニ存シ兩脚ハ下方或ハ左下方ニ走レル大ナル膨滿腸管ノ像ヲ現出ス。往往其兩脚間ニ當ル部分ニ於テ縱溝ヲ呈シ、之レニ依テ膨隆部ヲ左右二部ニ別ツヲ視診、或ハ觸

本邦ニ於テ實驗セラレタル腸管捻轉症ノ種類 高安博士調査

計	大腸		小腸		計
	迴盲部	下行結腸	迴盲部	下行結腸	
男	5	3	2	1	11
女	5	1	3	1	10
計	10	4	5	2	21

知シ得。其著大ナルトキハ膨滿ハ全腹ニ互リ其頂横膈膜ヲ壓上シ、肋骨弓ヲ開カシメ、高度ノ呼吸困難、心臟障礙等ヲ呈スルニ至ル。閉塞ノ初期ニ於テハ、捻轉腸係以外ノ腸管ハ尙空虚ニシテ爲メニ爾他部分ハ反ツテ陷沒セルコトアリ、サレド末期ニ於テ捻轉腸管上部ノ鬱滯性鼓腸及ビ腸管麻痺ヲ發起スルトキハ、腹滿鼓腸ハ全般的トナル。但シ此時ニ於テモ猶固有ノ腸管膨滿ノ像ヲ認識シ得ルコト多シ。捻轉ニ因テ完全ニ閉塞セル腸管係ハ所謂絞窄性鼓腸ヲ呈シ硬變 Darmstarre ノ發作ナシ、唯初メ不完全ニ捻轉シ、爲メニ腸狹窄症狀ヲ呈スルモノニアリテハ、其時期ニ於テ、硬變發作ヲ有シ、加之此場合ニ於テハ蠕動ヲモ認知シ得ルコトアリ。觸診上此膨大セル腸管係ヲ觸レ左腸骨窩或ハ下腹正中ニ壓痛點ヲ有ス。打診上鼓音ヲ呈シ、腸管壁ノ緊張極度ニアルトキハ鑛性ヲ帶アルコトアリ。此捻轉セル膨滿腸管係内ニ液性内容ヲ有スルトキハ其一部ニ濁音ヲ認メ、又振水音ヲ聽取スベシ。結腸内ニ高ク「カテーテル」ヲ挿入スル能ハズ、空氣又ハ水ヲ送ルモ直腸以上ニ進マズ。一般狀態ハ不定、甚シク侵サルルコトアルモ亦往往極メテ輕易ナルコトアリ、其強弱ハ主トシテ捻轉度ノ大小及ビ成立ノ遲速ニ關ス、急劇ニ發シ捻轉度ノ大

ナル場合ニ於テハ最モ甚ダシ。
 習慣性便秘アリ、腸管閉塞症ヲ突發シ、特有ノ鼓腸ヲ呈セルモノハ本症タルハ診斷通例難カラズ。(a)特異ノ證徵ヲ現ハサザル不全捻轉、即チ狹窄症、(b)捻轉度輕ク腸間膜血管ノ循環停止ヲ呈スルニ至ラズ、從テ一般症狀輕易ニシテ、而カモ内腔ノ疏通障礙成立セルトキ、(c)輕度ノ捻轉ニシテ、容易ニ發生シ容易ニ解除スルモノ、(d)閉塞症ノ末期ニシテ既ニ腹滿全般ノトナリ、若クハ腹膜炎併發アルモノ等ニ於テハ診斷必ズシモ容易ナラズ。他種ノ結腸狹窄、宿便、痙攣性一過性腸管不通症、其他ノ腸管閉塞症等ト誤診セラレ。

盲腸部捻轉

盲腸部捻轉。小腸ト共ニ捻轉スルコトアルモ、盲腸及ビ上行結腸下部ニ限レルモノ多シ。S字狀部ニ次デ頻發スル腸管捻轉ニシテ、通例右腸骨窩、稀ニ下腹中央、或ハ臍口左側ニ偏シ、球形ノ腫瘤ヲ形成シ、茲ニ限局性疼痛ヲ訴フ。全身症狀ハ不定、盲腸捻轉ニ因テ生ズル絞窄性鼓腸ハ結腸下位ノ狹窄ニ際シテ發スル限局性痙攣性盲腸膨滿ト誤ルコトアリ。

横行結腸捻轉

横行結腸捻轉。S字狀部捻轉ト同一關係ノ診候ヲ呈ス。又著明ノ中腹膨滿ヲ呈スルコトアリ

全小腸捻轉

全小腸捻轉。十二指腸空腸部ノ閉塞症狀ヲ備ヘ、劇甚ナル全身症狀ヲ呈ス。又著明ノ中腹膨滿ヲ呈スルコトアリ。往往下血吐血ヲ來ス。

豫後 早期ニ適當ナル治療ノ施サルトキハ良、然ラザルモノハ多クハ不良。全小腸捻轉ハ通例迅速ニ死ノ轉歸ヲ取ル。

療法 開腹術ヲ施シテ、捻轉セル腸管ヲ處置スベシ。腹壁切開ハ正中切開法ニ依ルヲ常トス。麻醉ノ種類及ビ手術ノ選擇ハ全身症狀ノ輕重及ビ捻轉セル腸管ノ變化如何ニ從フベキモノトス。

- 一 單ニ捻轉セル腸管ヲ修復ス。腹壁ヲ閉鎖スルニ先ダチ肛門ヨリ護膜管ヲ送り、捻轉腸管ノ内容ヲ排除スベシ。(S字狀部捻轉)此法ハ局處麻醉法ニ於テモ能ク之ヲ施行シ得ベシ。
- 二 捻轉セル腸管ヲ修復シ、内容ヲ排除シタル後、該腸管係ノ一脚ヲ腹壁ニ向テ固定ス。
- 三 捻轉ヲ修復シ、肛門ヨリ送入セル護膜管ニ依リテ内容ヲ排除シ、蹄係兩脚ノ基根部ニ於テ吻合術ヲ施ス。
- 四 捻轉ヲ修復シテ内容ヲ排除セルS字狀結腸係ヲ結腸間膜ヨリ切離シ、此過長腸管ヲ直腸ノ方向ニ疊積セシメ、之ヲ肛門ヨリ牽出シテ切除ス。(グレコウ、キユンメル氏疊積法 Invaginationmethode nach Grew-Kimmel)
- 五 腹腔ニ於テ、捻轉ヲ來シタル腸管ヲ切除シ、端端縫合ヲ施ス。端端縫合不可能ナル場合ハ上斷端ヲ腹壁ニ開口セシメ、(人工肛門)下斷端ハ之ヲ閉鎖ス。

本邦ニ於ケルS字狀部捻轉ノ治療成績
高安博士調査

手術種類	治	死
整復術	二六	二
同及固定術	三七	一
同及腸吻合	三三	一
同及人工肛門	一	一
同及腸縫合	一	一
腸管切除術	一	一
人工肛門造設術	一	一
腸管吻合術	一	一
單純開腹術	一	一
計	四九	四三

單純ノ整復法ハ操作最モ簡易ナルモ、再發ノ憂ヲ免カレズ。腸管固定若シクハ脚間吻合造設ヲ附加スルモ、尙完全ニ再發ヲ防止スルコト難シ。疊積切除法ハ一般ノ經驗未ダ尙多カラズ、其價值ニ就テ今日之レヲ批判スルコト能ハズ。切除法ハ完全ナル根治手術ナリ。或ハ一時的ニ決行シ、或ハ一時修復ニ止メテ二次的ニ之ヲ施ス。蹄係黑變シテ循環ノ恢復ナク、絞窄部既ニ穿孔ヲ來セルガ如キ場合ニ於テハ即時切除術ノ斷行ヲ必要トス。

一般狀態甚ダ不良ナルトキハ局處麻醉法ノ下ニ腹壁ニ小切開ヲ施シテ膨滿セル腸管ヲ腹壁ニ縫着シ、糞瘕ヲ作爲シテ急ヲ救ヒ、二次的ニ腸管切除ヲ企圖スベシ。

S字狀部捻轉ニ對シ、胃用ネラトン氏護膜管ヲ直腸ヨリ送入シ、捻轉腸管ノ内容ヲ排却シ得テ、一時修復ノ目的ヲ達スルコトアリ。又或ハ高壓灌腸法灌水器ヲ高位ニ保持シ、胃用ネラトン氏ヲ施シテ奏効スルコトアリ。發病初期ニ於テハ先ヅ試ムベシ。然レドモ此等ノ奏効ハ寧ろ稀有ナリトスベク、却テ腸管破裂ヲ惹起セシムルノ危險ナキニアラザルヲ以テ、實施上充分注意ヲ要ス。既ニ長時間ヲ經過セルモノニハ絕對ニ施行スベカラズ。

單ニ鹽酸「モルヒネ」、硫酸「アトロピン」等ノ注射ニ依リ、疼痛ノ鎮靜ニ次デ、捻轉腸管ノ自然修復ヲ營ムコトアルモ、素ヨリ毎常期待スベキニアラズ。斯クノ如キ姑息の處置ノ下ニ長ク經過ヲ觀察スルコトハ、徒ニ貴重ナル時間ヲ費シ、手術時期ヲ失スルノ虞アリ、戒メザルベカラズ。

結腸S字狀部捻轉症ノ症例

症例 結腸S字狀部捻轉症。(林病院ニ於ケル實驗例ヨリ)

一 二十九歳、女子。生來健康、著患ナク、一兒ヲ舉グ。平素便秘ノ傾向アリ。十日間左下腹部ノ疼痛ヲ突發シ、下劑ヲ用キ排便アリテ治ニ就キシガ、昨日四時頃平日ノ如ク就業中、突然左下腹部ニ疼痛ヲ起シ、次テ下腹部ノ膨隆ヲ來シ、刻刻増加、遂ニ全腹部ノ著大ナル膨滿ヲ呈スルニ至レリ。發病後瓦斯排出ナク、又便通ナシ。(明治四十五年四月十七日入院)

現症、體格榮養共ニ中等、稍貧血ス。顔貌不安ノ狀アリ。肺臟・心臓ニ異常ヲ認メザルモ、高度ノ腹滿ノ爲メ、呼吸淺表ニシテ促進ス、脈搏ハ一四〇至、整、體温三八・〇。腹部一般極度ニ膨滿シ、特ニ三箇ノ著明ナル膨隆ヲ認ム。即チ一ハ心窩ニ於テ左右ニ走ル長圓形ヲナシ、二ハ左下腹部ヲ占有スル最大ナルモノニシテ大サ大人頭大、三ハ右下腹部ニ適スルモノ前者ヨリ小ニシテ上下ニ走ル長圓形ヲ呈ス。此三隆起ノ中央即チ臍部ヨリ臍下ニ亘リ陷凹セル淺溝ヲ見ル。腸蠕動ヲ認メズ。疼痛ハ持續性、壓痛ハ全般的ナルモ特ニ左下腹部ニ著シ。臍下ノ陷凹部ニ於テ左右下腹部膨隆ノ境界ヲ判然觸知スルコトヲ得。打診上一般ニ高調鼓音ヲ呈シ、腹鳴ナシ。S字狀部捻轉症ト診斷ス。

手術、捻轉膨滿セル著大ナルS字狀部結腸ハ殆ンド全腹部ヲ占有セリ。全部壞疽ニ陥リテ黒褐色ヲ呈シ、既ニ汎發性腹膜炎ノ併發ヲ認ム。壞死セル捻轉係ノ全切除ヲ斷行セシモ、二十四時間ノ後鬼籍ニ入レリ。

二 三十八歳、男子。生來健康ナルモ、便秘ノ習慣アリ。往往五六日秘結スルコトアリ、爲メニ下劑ヲ慣用ス。六日前ヨリ便通ナシ。昨夜八時頃ヨリ下腹痛ヲ覺エ、同刻痛苦ヲ用キシモ催便ナク、却テ腹痛増劇シ、次デ腹部膨滿ヲ來シ、且ツ嘔吐ヲ催セリ。夜中窒麻子油ノ頓用ヲ處セラレシモ直チニ之レヲ吐出シタリ。發熱ナシ。大正二年十月三十日入院。

現症、體格榮養共ニ中等、體温三六・八、脈搏九十至整強、胸臟器ニ異常ヲ認メズ。腹部一般ニ中等度ノ膨滿ヲ呈シ、殊ニ臍部ノ突出著シ。疼痛持續シ、且ツ時時發作的劇痛ヲ來タス。此發作時臍部ノ膨隆ハ一層著明トナリ、且ツ著ク緊張ス。右側腹下部ニモ

亦別箇ノ膨出部アリ。左腸骨窩壓痛著シ。打診上全般鼓音、臍圍膨隆部ニ於テハ特ニ高調ナリ。異常濁音部ナシ。惡心連續、時時嘔吐ヲ催スモ、吐物ハ輕少ニシテ糞臭ナシ。

手術、結腸S字狀部捻轉ノ診斷ノ下ニ即時開腹術ヲ施シ、捻轉セルS字狀部結腸ヲ修復セリ。一治癒。

三 五十歳、女子。幼少ノ頃ヨリ胃腸ノ疾患ニ悩マサレ、屢、醫療ヲ受ケタリト。舉子七人。三年前數日間便秘ノ後、瓦斯排出止ミ、腹痛ヲ突發シタルコトアルモ瀉腸排便ニヨリテ治ニ就ケリ。爾今同様ノ發作回ヲ重ナルコト十數回ニ及ビシト云フ。今回モ亦數日間便通ナク、食氣不振、時時惡心アリシガ、一昨午午後二時腹部劇痛ヲ發作セシヲ以テ、直チニ瀉腸ヲ受ケシモ目的ヲ達セズ夕刻一回嘔吐アリテ後、一時多少輕快セシモ、依然排便及ビ瓦斯放出ナク、夜中十時復タ痛痛發作ヲ起セリ。昨朝石鹼瀉腸ヲ施シ液ノ排泄ト共ニ少許ノ瓦斯排出アリ、苦痛大ニ緩解セシモ、正午ヨリ更ニ腹痛ヲ起シ、漸次増強、且ツ腹部膨滿愈加ハリ、嘔氣連續止マズ、數回ノ瀉腸全ク効無ク、苦悶刻刻増加スルヲ以テ來院ス。大正二年十二月十一日入院。

現症、體格榮養中等。時時痛痛發作アリ、苦悶劇シ。體温三七・四、脈搏六十八至整。胸臟器ニ病變ヲ認メズ。腹部中央ニ於テ突出狀膨隆ヲ呈シ、蹄鐵形像ヲ印ス。痛痛發作時此膨隆部著シク緊張ス。周邊ノ部モ一般ニ輕度ノ膨滿ヲ呈スルモ、左腸骨窩部ハ却テ陷沒ノ觀ヲ呈シ、此部分壓痛著シ。腹鳴アリ。直腸ハ空虚。

手術、即時開腹術ヲ施シテ捻轉セルS字狀部ヲ修復シ、容易ニ治癒ニ就ケリ。(此患者ハ治後一旦歸宅セシモ、大正三年一月五日復復再發、即日入院、此度ハ切除術ヲ施シテ全治シタリ)

一五 廻盲部結核

廻盲部結核

廻盲部結核 Ileocolic tuberculosis. ハ普通腸結核ニ見ルガ如キ粘膜炎潰瘍ヲ生ズルニ止マルコトアルモ、此部ニ於テハ往往腸管壁ノ高度ノ肥厚ヲ來シ、一方内腔ヲ狹窄セシメ、一方外部ニ向テ發育スル腫瘤ヲ形成ス。

症候 初期症狀トシテ下腹部、或ハ盲腸部ニ限局セル疼痛ノ發作アリ、其際發熱ヲ伴ヒ、又嘔吐ヲ起スコトアリ。腸骨窩部、臍ノ近圍、或ハ下腹中央部等ニ位スル限局性ノ腫瘤ヲ形成ス、腫瘤ハ大サ鶏卵大乃至手拳大ニシテ、形

狀不規則、硬固ニシテ壓痛アリ。腸管内容ノ通過障礙ハ之レヲ來サザルコトアリ、又疝痛發作ヲ伴フ下腹部ノ膨滿腸蠕動亢進、「グル」音ヲ發シテ疼痛ノ消散スルコト等、明ナル狹窄症狀ヲ呈スルコトアリ。或ハ瀰蔓性腹膜結核ヲ繼發シテ腹部ノ全般的膨滿及ビ滲出物ノ瀦溜ヲ來スコトアリ。晚期ニ於テハ膿瘍ヲ形成シ、破潰スルヤ腹壁ニ糞瘻ヲ生ズ。

診斷 壯年期年齢、遺傳ノ關係、爾他結核病竈ノ證明、慢性經過、漸進スル衰弱、不定ナル熱發等ヲ以テ本症ヲ疑フベシ。

鑑別 (1) 反復再發スル蟲樣突起炎、慢性蟲樣突起炎、廻盲結核ノ腫瘤ハ蟲樣突起炎ノ浸潤性硬結ニ比シ限局性ニシテ、且ツ移動性大ナリ、其他疼痛ノ持久、在再不定ノ熱候、爾他結核病竈ノ存在等ヲ以テ蟲樣突起炎ト鑑別ス。(2) 盲腸癌腫。盲腸部ノ結核及ビ癌腫ハ、共ニ硬固ニシテ表面不規則ナル腫瘤ヲ形成シ、術前ノ診斷不可能ナルコト稀ナラズ。好發年齢、遺傳ノ關係、爾餘結核病竈ノ存在、日晡潮熱、盜汗等ハ以テ結核ト診斷スベク、大便中血液ヲ見ルハ癌腫ニ多クシテ、盲腸部結核ニハ稀ナリ。(3) 盲腸部放線狀菌病。本症ノ初期ニ於テハ結核若クハ癌腫トノ判別甚ダ難シ。硬固板狀ノ浸潤形成、好ンデ周邊ニ向ツテ増進スルコト、早期ニ腹壁ニ蔓延スルコト等ヲ特異トス。既ニシテ多發性軟化竈ヲ形成シ、更ニ破潰シテ瘻孔ヲ作り、膿中固定ノ顆粒ヲ證明シ得ルトキハ診斷確實ナリ。腸管通過障礙ハ末期ニ至ルマデ通例之ヲ起サズ。

豫後 疑ハシ。死因ハ高度ノ腸管狹窄症、腸管閉塞症、蔓延性腹膜結核、混合傳染等トス。療法 廻盲部切除術ヲ行フ、其切除不可能ナルトキハ廻盲曠置術ヲ施ス。第三篇中「外科的結核療法」ヲ參照スベシ

蟲樣突起炎

一六 蟲樣突起炎

蟲樣突起炎 Appendicitis. ノ病原菌トシテ最モ重要ナルヲ連鎖狀球菌トス。又葡萄狀醱膿球菌ニ因テ發スルコトアリ。

リ。大腸菌ハ本病ノ多數ニ於テ證明セラルルモ、同菌ガ果シテ單獨ニ本病ヲ發起シ得ベキカニ就キテハ之レヲ疑フ者アリ。其他肺炎菌、腸室扶斯菌、赤痢菌、インフルエンザ菌、結核菌等トス。誘因トシテハ (a) 解剖的關係、即チ蟲樣垂ノ過長、屈曲、蟲樣垂腸間膜ノ短縮、廻盲部ノ異常移動性等。(b) 消化障礙即チ暴飲暴食、不消化物ノ攝取、便秘、下痢等。(c) 異物竄入、即チ果實、魚骨、植物纖維、楊子ノ毛、結石等。(d) 蟲樣垂内糞石形成。(e) 過度ノ運動及ビ外傷即チ打撲衝突等トス。本症ノ發生ニ就テ血族の關係ヲ認ムルコトアリ、又傳染的傾向ヲ證明シ得タル例アリ。女子ニ比シテ男子ニ多ク、十歳ヨリ三十歳ノ間ニ於テ最モ多ク本症ニ侵サル。

本症ハ解剖的變化ノ異ナルニ從テ其種類甚ダ多シ、或ハ炎症單ニ粘膜及ビ粘膜下ニ限リ、(蟲樣突起内膜炎、Enteropendicitis) 或ハ筋層及ビ漿膜ニ及ビ、又或ハ更ニ蟲樣突起周圍ニ之ヲ蔓延セシム。(蟲樣突起周圍炎、Periappendicitis) 盲腸周圍炎、Perityphilitis 盲腸背炎、Paratyphilitis 盲腸ノ腹膜ニ被覆セラレザル部分ニ於ケル結核性ノ炎症 等) 炎症蟲樣突起ノ外圍ニ及ブトキハ、或ハ癒著ニ依リテ包裹セララルル限局性炎症(膿瘍形成)ヲナシ、或ハ進ンデ瀰蔓性腹膜炎ヲ發起スベシ。本症ノ分類上最モ重要ナルハ蟲樣突起ノ破壞ヲ來スト否トナリ、其前者ヲ破壞性蟲樣突起炎、Appendicitis destructiva ト謂ヒ、後者ヲ單純性蟲樣突起炎、Appendicitis simplex ト稱ス。

單純性蟲樣突起炎ニ於テハ、其變化ハ專ラ内腔面ニアリ。炎症ハ單ニ粘膜面若シクハ粘膜下層ニ存シ、又筋層、漿液膜ニ之レヲ波及スルコトアルモ、遂ニ全層ノ破壞ヲ來タサザルモノニシテ、破壞性蟲樣突起炎ニ於テハ、其全層ノ破壞ヲ來タシ、爲ニ蟲樣突起ノ内腔ハ外部ト相交通シ、内腔ニ於ケル分泌物及ビ炎症性產物ヲ其外部ニ漏泄セシムルニ至ルモノトス。此二者ノ區別ハ臨牀上最モ意義アルモノニシテ、單純性ノモノニアリテハ、病的變化ハ專ラ蟲樣突起自己ニ止ルモ、破壞性ノモノニアリテハ、必ラズ常ニ周圍臟器ノ侵襲ヲ伴フモノナリ。但シ此區別ハ蟲樣突起炎ニ於ケル變化ノ終極ヨリ觀察シタルモノニシテ、本症發起ノ當初ニ於テハ之ガ單ニ單純性ノモノニ止ルベキカ、或ハ遂ニ破壞性蟲樣突起炎ノ狀態ニ陥ルベキカノ判別ハ、如何ナル場合ニ於テモ之レヲ明確ナラシムル能ハズ。是レ蟲樣突起ニ於ケル變化ハ往往甚ダ急劇ニシテ、初メヨリ破壞性ノ狀態ヲ以テ起ル事アルモ、亦其發起スル

ヤ甚ダ輕易ニシテ、後、續發的變化ノ結果トシテ、終ニ破壊ヲ來タスコト少ナカラザレバナリ。吾人若シ早期手術ヲ施シテ得タル
蟲様突起炎ヲ檢シ、程度ノ粘膜炎加答兒ヲ認メタリトスルモ、是レ果シテ此蟲様突起炎ニ於ケル終極ノ變化ナルヤ、或ハ又更ニ進ミ
テ破壊ニ陥ルベキ運命ノモノニアラザルナキヤノ別ハ、容易ニ之レヲ斷定スル能ハザルナリ。

蟲様突起炎ニ於テ蟲様突起ノ破壊ハ、或ハ其大部分若シクハ全部ニ互リ、或ハ唯一小部分ニ來タル。其一小部分ニ
來タルモノハ、或ハ一箇處ニ於テシ、或ハ二箇處以上ニ來タルコトアリ。而シテ僅ニ壁ノ一小部ヲ破リ穿孔狀ノ破
壞ヲ呈スルモノハ、之レヲ稱シテ穿孔性蟲様突起炎 Appendicitis perforativa ト謂ヒ、之レニ反シテ較、擴延セル部分
若シクハ殆ンド全部ノ破壊ヲ致スモノハ、之レヲ壞疽性蟲様突起炎 Appendicitis gangrenosa ト稱ス。但シ此兩者
ノ別ハ破壊ノ大小ニ基ケルモノニシテ、素ヨリ其間ニ劃然タル區別アルナシ。別表掲グル二圖ノ一ハ發病後四十八時間(彌
性腹膜炎併發)ニ於テ手術セル穿孔性蟲様突起
炎ニシテ、一ハ發病後二十時間ニシテ手術(早期手術)ヲ施セル壞疽
性蟲様突起炎ナリ。共ニ林病院ニ於ケル吉川ノ實驗例中ノモノナリ

蟲様突起ノ破壊ハ如何ニシテ成立スルカ、其原因概ネ次ノ如シ。(1)潰瘍底深ク深層組織ニ向テ侵蝕シ、遂ニ漿液膜ヲ穿破スルニ至
ル。(2)蟲様突起壁内ニ形成セラレタル膿瘍外壁ニ向テ破壊ス。(3)蟲様突起水腫又ハ膿腫ノ破裂ニ因ス。(4)糞石ノ壓迫ハ壞疽ヲ助成
ス。(5)蟲様突起全層ニ蔓延セル蜂窠織炎(蜂窠織炎性蟲様突起炎 Appendicitis pylemonosa)ニ因スル壞疽等はナリ。就中、蜂窠織
炎性蟲様突起炎ハ、蟲様突起破壊ノ原因トシテ最重要ナルモノニシテ、急劇ニ大部分或ハ全部ノ壞疽ヲ誘發スルニ至ル蟲様突起
炎ハ、概ネ此種類ナリ。蜂窠織炎性蟲様突起炎ノ劇烈ナルモノハ、時トシテ其侵襲盲腸壁ニ及ビ、之レガ破壊ヲ伴フコトアリ。蟲
様突起ノ大部分或ハ全部ノ壞疽ガ、栓塞性靜脈炎ノ成立ニ因スルコトアルベキハ想像スルニ難カラザルモ、此點ニ就テハ諸家ノ説
ク所一致セズ。

- 蟲様突起ノ破壊ニ因テ生ズル周圍ノ變化ハ、次ノ二ツノ場合ニ於テ大ニ趣ヲ異ニス。
 - 一 蟲様突起ノ破壊ヲ起ス部分ガ、無障腹腔ニ向テ露出セラレ居ルトキ、
 - 二 蟲様突起ノ破壊ヲ起ス部分ガ、破壊ヲ來タスニ先チテ癒著ノタメニ包裹セラレ居ルトキ、
- 一ハ場合ニ於テハ、病原體ハ直ニ無障腹腔内ニ散蔓シテ其侵襲ヲ逞フスルヲ以テ、容易ニ瀰蔓性腹膜炎ヲ繼發セシメ得ベシ。其蔓

圖七十三百二第

炎起突樣蟲性孔穿



圖八十三百二第

炎起突樣蟲性疽壞



延ノ領域及ビ炎症ノ強弱ハ、破壊部ノ大小、破壊ノ速度、漏洩スル炎症性産物ノ多少及ビ細菌侵襲力ノ強弱等ニ從テ等差アルハ言ヲ俟タザルモ、二ノ場合ニ比シテ常ニ遙ニ危險ナルハ、之レヲ想像スルニ難カラザルナリ。其最モ劇烈ナル場合ニ於テハ、速ニ腹腔ノ全般若シクハ大部分ニ蔓延スル化膿性腹膜炎ヲ發起ス。唯幸ニ上記ノ總テノ條件ニシテ、破壊ニ因スル腹膜ノ侵襲少ナルベキ關係ノ下ニアルトキハ、炎症ハ腹膜腔ノ一部或ハ散在性ニ處處ニ局限シ、廣ク腹腔ニ擴展スルニ至ラズ、癒著形成ノ結果周圍ノ健康部ト限界セラレ、恰モ第二ノ場合ニ於ケルガ如キ局限性腹膜炎ヲ作り、比較的良好ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。

二ノ場合ニ於テハ、蟲樣突起ノ一部分或ハ大部ノ破壊ヲ來タスニ先ダチ、此病變部ハ全ク周圍ノ臟器ニ依テ包圍セララルヲ以テ炎症性産物及ビ病原體ハ直チニ無障腹腔ニ向テ漏洩セララルコトナシ。

蟲樣突起炎ニ際シテ、之レト癒著ヲ營ムモノノ最モ普通ナルハ大網膜及ビ腸管ニシテ、又爾他ノ腹腔内臟器ト癒著スルコトアリ或ハ又腹壁ニ向テスルコトアリ。是等ノ臟器ハ、一方ニ於テ蟲樣突起ト癒著スルノミナラズ、又臟器相互間ノ癒著ヲ形成シテ、廣ク炎症性病竈ヲ圍繞スルモノナリ。今斯クノ如キ狀態ノ下ニ蟲樣突起ノ破壊ヲ發起スルトキハ、此包圍ノ内ニ於テ膿瘍ヲ形成スルニ至ルベシ。此膿瘍ハ體壁ニ向テ腹膜外膿瘍ヲ成シ、或ハ又腹腔内ニ於テ局限性腹膜腔内膿瘍ヲ形成ス。此蟲樣突起ノ周圍ニ形成セララル膿瘍ノ部位及ビ大小ハ甚ダ種種ニシテ、明カニ腹壁ヨリ波動ヲ徴知シ得ルガ如キ著大ナル膿瘍ヲ生ズルコトアリ、反對ニ甚ダ細小ナルモノニアリテハ、癒著部ヲ切割シテ始メテ膿瘍ヲ發見スルノ程度ナルモノアリ。若シ夫レ蟲樣突起ノ病竈ニシテ、密接ニ且ツ完全ニ周圍ノ或ル臟器ト癒著セルトキハ、蟲樣突起壁ノ全層破壊セララルモ、更ニ其外部ヲ圍繞スル障壁アルガ故ニ、之レガ内容ヲ廣ク外部ニ漏洩スルコトナク、此際幸ニシテ其内容ガ蟲樣突起ノ自然管腔ヲ經テ腸管内ニ排洩セララルトキハ、恰モ單純性蟲樣突起炎ニ於ケルガ如キ轉歸ヲ取り得ベシ。若シ又斯クノ如キ癒著ガ或ル管腔性臟器ニ向テセラレ、遂ニ此臟器ノ腔壁ヲ穿破スルトキハ、内容ハ直接其管腔ニ向テ流レ去リ、自然治癒ヲ營爲スベキナリ。斯クノ如キハ最モ多ク腸管(小腸若シクハ大腸)ト癒著ノ場合ニ見ル所トス。吾人ハ間歇期手術ヲ施スニ當リ、屢、此事實ヲ證明スベキ狀態ニアル蟲樣突起ト腸管壁トノ癒著ヲ目撃ス。

蟲樣突起炎ニ因スル膿瘍ノ自然的運命ハ、之レヲ次ノ五類ニ別ツコトヲ得ベシ。

- 一 瀰漫性腹膜炎ヲ繼發スルコトアリ、是レ限局性膿瘍ノ無障腹腔ニ向テスル破壊ニ因ス。
- 二 甚ダ小ナル膿瘍ハ、臨牀上證明セララルコトナクシテ長ク潜伏シ、慢性蟲樣突起炎ノ状態ヲナサシムルコト稀ナラズ。吾人ハ間歇期手術、若シクハ慢性蟲樣突起炎ノ根治手術ノ決行ニ當リ、往往潜在性膿瘍ニ遭遇スルコトアリ。
- 三 厚ク包裹セラレタル細小ナル膿瘍ハ、長キ經過ニ於テ其内ノ細菌ガ生活力ヲ亡フト共ニ、自然ニ吸收セララルコトアリ。
- 四 體壁若シクハ管腔臟器ニ向テ、自然的ニ破潰スルコトアリ。就中、腸管ニ向テスル場合多シ。膀胱直腸窩若シクハドーグラス氏腔膿瘍ガ、直腸若シクハ腔ニ破レテ自然排膿ヲ營ムガ如キハ、往往實驗セララル所ナリ。其他膀胱・膽囊・子宮等ニ破レタル例症アリ。體壁ニ於テハ、或ハ前腹壁皮膚ニ或ハ腰背部ノ皮膚ニ於テシ、又屢、臍窩ヲ破ル。是等ノ破壊ノ結果ハ、是レニ由テ全ク疾病ノ結末ヲ告ゲ、自然的治癒ヲ營ムコトアルモ、亦其破潰孔十分大ナラザルガタメニ再ビ膿瘍ヲ來タシテ陳舊性瘻管ヲ貽シ、或ハ又糞瘻ヲ生ズル事アリ。膿瘍ニシテ腹部ニ於ケル大ナル脈管ニ破レ、死ノ轉歸ヲ取リタルノ例亦實驗セラレタリ。
- 五 膿瘍特ニ大ナル膿瘍ニシテ、長期間存在スルトキハ衰弱ノ原因ヲナシ、爲ニ遂ニ不良ノ轉歸ニ陥リ、又往往化膿菌全身性傳染ノタメニ、死ノ轉歸ヲ取ルニ至ルコトアリ。

症候

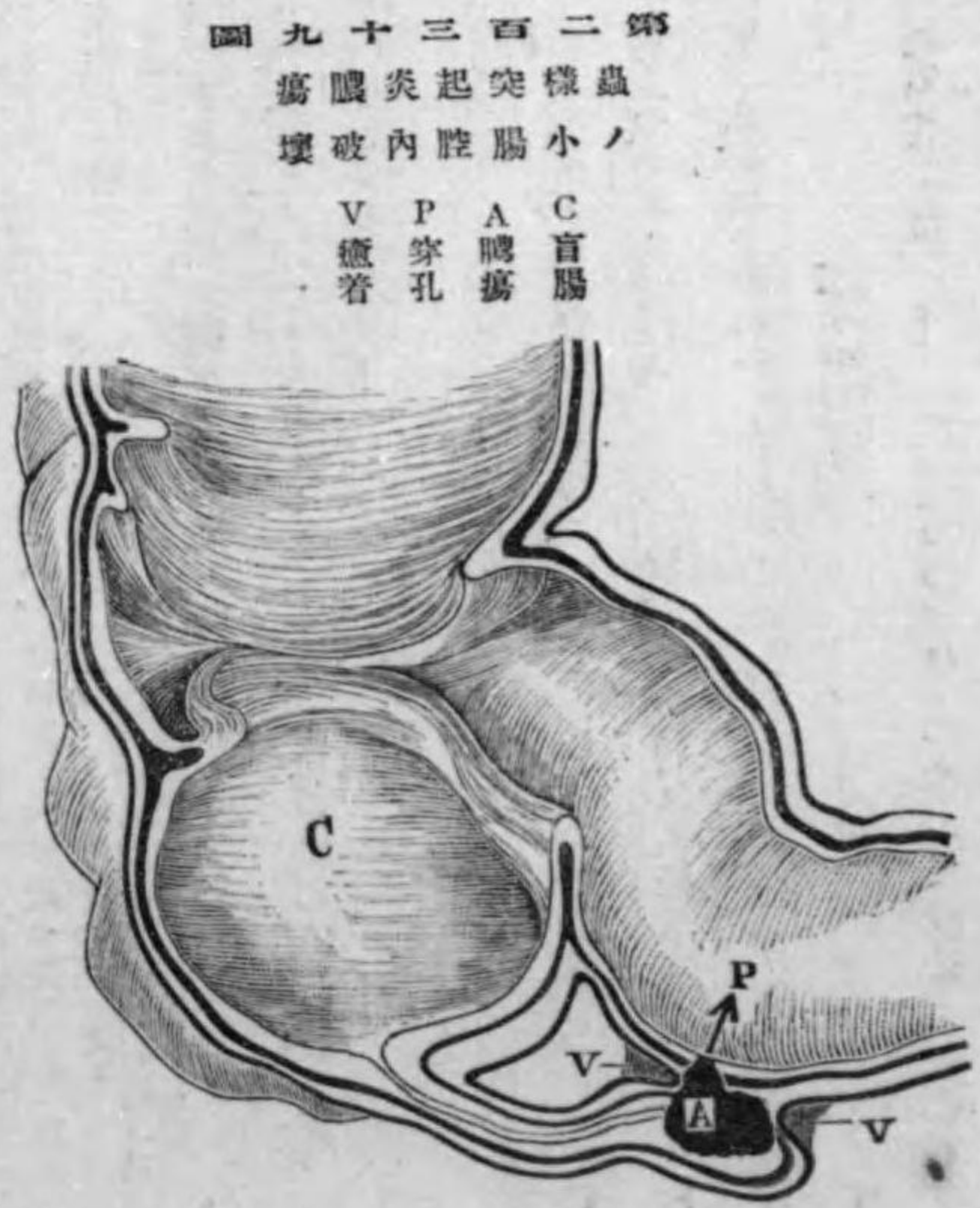
病變ノ時期、炎症ノ強弱及ビ合併症ノ有無ニ從ヒ、其症徵及ビ經過ハ甚ダ多般ニシテ、輕易ナルハ殆ンド

病徵ヲ呈スルコトナクシテ經過スルモノアリ、劇症ニアリテハ短小時日内ニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。一般ニ急性蟲樣突起炎ノ要徵ト認ムベキハ腹痛、胃腸症狀、腹壁緊張及ビ硬結形成ニシテ通例發熱ヲ伴フ。前驅症トシテ往往倦怠、疲勞、食思缺乏、不定ノ腹痛等ヲ發ス。發病前便秘スルコト多キモ亦屢、下痢ヲ發ス。初發症候トシテハ腹痛腹壁過敏、惡心、嘔吐、發熱等ヲ來スヲ常トス。

疼痛ハ通例痙攣性ニシテ、右腸骨窩部ニアルモ、初發時ニ於テハ之ヲ臍圍若シクハ胃部ニ訴フルコト稀ナラズ。右腸管窩部ニ壓痛アリ、又屢、此部ニ於テ皮膚知覺過敏ヲ認ム。初期ニ著明ノ限局性壓痛點ヲ證明スルハ本症診斷上重要ナル徵候ナリ。壓痛點ノ位置ハ甚ダ不定ニシテ、或ハ臍棘線ニ於テ臍ニ近ク若シクハ前上棘ニ近ク存シ、或ハ高ク側腹ニアリ、或ハ正中線ニアリ、或ハ又左側ニ存スルコトアリ。マックバーネー氏 Mc Burney ハ蟲樣突起ノ起始點トシテ右臍棘線ニ於テ前上棘ヲ去ル二吋ノ點(マックバーネー氏點)ヲ示シ、ランツ氏 Lanz ハ左右前上棘ヲ連結セル線ヲ三分シ、其右及ビ中三分ノ一部ノ境界點ニ之レヲ定メタリ。蟲樣突起炎ノ多クノ場合ニ於テハ此等ノ點或ハ其近傍ニ於テ壓痛點ヲ認ム。此等正規位置ト認ムベキ部分ヨリ甚ダシク隔リテ病竈ヲ形成スルハ盲腸ノ先天性位置異常アルニアラザレバ、異常ニ大ナル移動性ヲ有スル盲腸ノ蟲樣突起ニ來レルモノト認ムベキナリ。壓痛點ヲ檢シテ其分明ナラザルトキ、左側臥ヲ命ジテ之レヲ檢シ、好成绩ヲ得ルコトアリ、是レ小腸ガ左側ニ移動スルヲ以テ深在セル病竈ニ壓ヲ達セシメ得ルニ因ル。

胃腸症狀トシテハ、食思缺乏、噯氣、惡心、嘔吐等ヲ來ス。此等ノ諸徵ハ初發期ニ著シク後反テ減退スルコト稀ナラズ。便通ハ秘結スルヲ常トシ、稀ニ下痢ヲ來ス。舌苔ハ多ク之レヲ見ル、褐黑色ノ厚キ苔ヲ被ムルハ重症ノ場合ニ多シ。

腹部殊ニ病竈近部ノ觸診ニ當リ、反射的ニ腹壁緊張ヲ呈スルハ、發病當初ニ於ケル殆ンド必發ノ症徵ニシテ、病變高度ナルニ從テ顯著ナリトス。盲腸部硬結ハ發病後一定時間ニ於テ生ズ、是レ近圍腸管・網膜ノ浮腫及ビ炎症性浸



四四六

潤ニ因ルモノニシテ、就中此部ニ著著セル大網膜ノ炎症性腫脹ハ茲ニ著明ノ腫瘤ヲ形成ス。蟲様突起炎ニ於ケル硬結ハ右側腸骨窩ニ存スルヲ普通トスルモ、亦疼痛點ノ異ナルガ如ク、或ハ上腹ニ位シ、或ハ臍圍ニ存シ、又或ハ左側ニ偏ス。硬結ハ壓痛アリ、通例固定スルモ、亦多少移動性ヲ有スルコトアリ。打診上濁音ヲ呈スルモ、之レヲ越エテ走ル腸管アルトキハ輕打診ニ於テ鼓音ヲ聽取スベシ。盲腸背炎ニ於テハ壓痛及ビ抵抗ハ腹部ノ前面ニ存セズ、却テ側腹部ニアリ或ハ更ニ腰部ニ偏ス、即チ季肋ト腸骨嚙トノ間ニアリ。此部分ニ於ケル炎症ノ蔓延高度ナルトキハ、屢、皮膚ノ浮腫ヲ現出シ、又潮紅ヲ呈スルニ至ル。盲腸背部ニ於ケル蜂窠織炎ハ又往往腎臟周圍炎ヲ形成シ、或ハ遠ク横膈膜下ニ膿瘍ヲ生ゼシムルコトアリ。

體溫昇騰ハ通例之レヲ徵スルモ、著シク高度ニ達スルコト少ナシ。或ハ全ク熱候ヲ缺クコトアリ、又或ハ突然惡寒高熱ヲ以テ發病スル場合アリ。但シ熱ノ高低ハ以テ直ニ病變ノ強弱ヲ測ルニ足ラザルモノトス。脈搏ハ反射現象及ビ中毒作用トシテ影響ヲ受クルコト著シク、細弱疾數ナル脈ハ本症ノ重篤ナルヲ示ス。虛脫症狀、即チ急劇ナル心臟衰弱、體溫下降、脫力、四肢厥冷、チアノーゼ、冷汗、腹式顔貌 Facies abdominalis 等ハ俄ニ誘發セラレタル蔓延性腹膜炎、就中穿孔性腹膜炎ノ證左タルコト多シ。

蟲様突起炎ハ急性化膿性腹膜炎ノ原因トシテ最も重要ナルモノニシテ、本症經過中ニ之レヲ續發スルヲ常トスルモ、其來襲甚ダ急劇ニシテ發病當初既ニ急性瀰蔓性腹膜炎ノ狀態ヲ呈スルコト亦全ク稀有ナリトセズ。「急性腹膜炎」ノ條下ヲ參照セヨ 腹膜炎ノ繼發ニ當リ、幸ニ腹腔ノ大部分ニ及バズ、炎症病竈限局シ、近圍臟器ノ癒著ニヨリテ被包セララルトキハ乃チ包裏性限局性膿瘍ヲ形成ス。盲腸周圍膿瘍、盲腸背部膿瘍等 膿瘍ハ硬結内ニ存シ、其小ナルモノ又ハ深在性ノモノニアリテハ其徵候顯著ナラズ、大ナル膿瘍ニ於テハ明ニ波動ヲ徵知シ得ベシ。化膿骨盤腔ニ存スルトキハ男子ニ於テハ膀胱直腸窩、女子ニ於テハハドーグラス氏窩 尿閉、排尿時疼痛等ヲ訴へ、又裏急後重ヲ起スコトアリ、

蟲様突起炎ニ來ル腸管不通症狀ハ腹膜炎性腸管麻痺若クハ反射的腸管麻痺トシテ現ハレ、或ハ又腸管ノ癒著ニ因

スル機械的腸管閉塞症ノ形成ニ因リテ生ズ。「腸管閉塞」ノ條下ヲ見ヨ

急性蟲様突起炎ハ全ク一回ノ發起ニ止リ、生涯ヲ通ジテ之レヲ再ビセザルコトアルモ、亦好ンデ再發ス。其間歇期ハ不定ニシテ、短カキハ既ニ二三週ノ後ニ來リ、長キハ數年ヲ經テ再發スルコトアリ。

慢性蟲様突起炎 Appendicitis chronica 急性發作

ノ消散後、蟲様突起炎ハ完全ニ治癒ノ狀態ニ歸スルコトアルモ、亦長ク種種ナル程度ニ於ケル變化

ト稀ナラズ。之レ急性症ヨリ轉化セル慢性蟲様突起炎ニシテ、自覺的ニハ全ク異常ナキカ、或ハ歩行時、飽食後等ニ於ケル局部緊張ノ感若クハ鈍痛、便痛不整殊ニ便秘、局處ノ壓痛等ヲ訴へ、他覺的ニハ小硬結若クハ限局セル抵抗ヲ觸知スルコトアリ、或ハ又何等異常ヲ認メザルコトアリ 些事タル誘因ノ下ニ容易ニ急性炎症ヲ再發スルノ狀態ニアリ、患者ハ爲メニ甚シキ生活狀態ノ支障ヲ被ムルニ至ル。短小期間内ニ頻回反復スル再發ヲ來スハ概ネ此種類ニ屬スルモノトス。(慢性再發性蟲様突起炎 Chronische rezidivierende Appendicitis) 慢性蟲様突起炎ハ斯クノ如ク急性症ヨリスル移行型トシテ來ルノ他、又始メヨリ慢性ノ狀態ヲ以テ發起シ、緩慢ナル經過ヲ以テ始終スルモノアリ。

● 急性蟲様突起炎—穿孔性腹膜炎。(大正七年、於林病院、吉川)

十一歳、男子。會テ盲腸炎ニ罹リシコトナシ。九月六日午後三時迄、平日ト異ナルコトナカリシガ。三時過ギヨリ俄ニ胃部及ビ臍

第二四四圖 膀胱直腸窩膿瘍



蟲様突起炎—穿孔性腹膜炎ノ症例

圍ニ腹痛ヲ起シ、漸次増劇、同六時及ビ九時嘔吐アリ。其後腹痛愈々劇烈トナリ、苦悶甚シ。體温昇騰セズ。同十一時、往診ス。現症、體温三六・五、脈一二〇至、整然タルモ緊張弱シ。劇烈ナル腹痛ヲ訴へ、轉輾反側ス。腹部膨滿ナク、却テ較、陷凹ス。腹壁緊張著シ。腹部一般ニ過敏、右腸骨窩部ニ於テ特ニ壓痛ノ甚シキ部分アリ。急性蟲様垂炎一併發腹膜炎ト診斷ス。即時手術ノ施行ヲ勸告シ、同夜十二時、林病院ニ收容セリ。

手術、九月七日午前零時、三十分開始、發病後九時間三十分。全身麻酔。直腹筋外側切開。長サ約八仙迷ノ切開ヲ加へ、腹腔ニ達スルニ稀薄膿性ノ滲出物多量流出ス。廻盲部ヲ牽出シ、(癒着ナシ)穿孔ヲ有スル蟲様突起ヲ切除ス。乾性綿紗ヲ以テ腹腔ヲ拭淨シ三條ノ排液綿紗ヲ挿入シテ手術ヲ了ル。一治癒。

切除セル蟲様突起ハ長サ約六仙迷、一般ニ腫大充血シ、處處纖維素凝固物ノ附着アリ。末端三分ノ一ト中央三分ノ一ノ境界部遊離縁ニ於テ、豌豆大ノ部分全層壞疽ニ陥リ、中心ニ穿孔アリ。

急性蟲様突起炎—瀰漫性化膿性腹膜炎(大正九年—於林病院、吉川)

十八歳、女子。一昨年盲腸炎ニ罹レリ。昨年胃痙ノ症狀アリテ注射ヲ受ケタルコトアリ。昨日(八月二十日)午後六時半頃、俄ニ腹痛ヲ起シ、初メ胃部ニ、後、右側下腹部ニ於テ著シク、次テ腹部膨滿ヲ來シ、惡心嘔吐アリ、且ツ熱候ヲ感ズ。今朝來苦痛愈々甚ダシク、頓ニ衰弱スト。二十一日午後一時、往診ノレテ診ル。

現症、體格榮養共ニ中等ノ女子。著シク疲勞ノ狀態ヲ呈ス。脈搏百三十至、呼吸四十五、體温三八・二。薄キ白色ノ舌苔アリ。中等度ノ腹部膨滿ヲ呈シ、腹壁緊張ス。腹部全般ニ亘リテ過敏、殊ニ右側下腹部ニ於テ壓痛最著シ、硬結トシテ觸ルルモノナク、打診上、下腹部及ビ兩側腹部ニ輕濁音ヲ、其他ニ於テ一般ニ鼓音ヲ徵ス。

破壊性蟲様突起炎ニ因スル急性瀰漫性腹膜炎ト診斷シ、即刻林病院ニ收容ス。手術、二十一日午後四時開始ス。エーテル「クロロフォルム」混合麻酔。術前胃「カテーテル」ヲ送りテ臭氣アル稀薄黃褐色ノ液汁約五〇〇立仙迷ヲ得タリ。先ヅ左側腹下部、腸骨前上棘ノ内上側ニ於テ、之レヲ距ル五仙迷ノ部ニ、斜ニ後上方ヨリ前方ニ走ル約一〇仙迷ノ切開ヲ施シ、腹腔ヲ開クニ多量ノ稀薄ナル膿汁ヲ漏ス、膿汁ノ瀰漫部ハ主トシテ骨盤腔ニアリ。腸管癒着ナシ。骨

急性蟲様突起炎—瀰漫性化膿性腹膜炎ノ症例

急性蟲様突起炎—膀胱直腸窩膿瘍ノ症例

盤腔ニ向テ一條、側腹部ニ向テ一條ノ綿紗條ヲ挿入シ、創裂ノ中央部ニ一絲筋縫合ヲ施シテ腸管ノ脱出ニ備フ。次テ原發病竈部ト認ムベキ右側同上部ニ約十二仙迷ノ斜切開ヲ加へ、腹腔ニ達スルニ、同様ニ多量ノ稀薄膿汁ヲ漏ス。此部ニ於テ小腸ノ複雜ナル癒着アリ、多量ノ纖維素凝固物ノ介在ヲ見ル。大網膜ノ一部モ亦此癒着ニ與レリ。廻盲部ハ深ク骨盤腔ニ向テ没入シ癒着堅固ニシテ之レヲ視野ニ露出セシムルコト能ハズ。膿汁瀰漫部ハ主トシテ骨盤腔及ビ前腹壁下ニアリ。膿汁ヲ拭除シ、二條ノ綿紗條ヲ挿入ス。則チ一條ヲ骨盤腔ニ向テシ、他ノ一條ヲ正中ニ向テ腹壁下ニセリ。手術後經過良好、幸ニ危念ヲ脱セシムルコトヲ得タリ。

急性蟲様突起炎—膀胱直腸窩膿瘍。(大正九年—於林病院、吉川)

八歳、男子。四年前右側頸咽「ヘルニア」ノ手術ヲ受ケタルコトアルノ他著患ナシ。約十日前、下痢ヲ催シ、翌日發熱ト共ニ劇甚ナル下腹部疼痛ヲ起シ、盲腸炎ト診斷ノ下ニ加療、一時下熱、腹痛亦緩快セシモ、昨日再ビ發熱、一層劇甚ナル腹痛ヲ來シ、且ツ排尿困難アリト云フ。十一月十三日林病院ニ入院ス。

現症、十一月十三日午前十一時診査、體温三八・八、脈搏一一〇至、顔容疲勞ノ狀態ヲ呈シ、連續的腹痛ヲ訴へ、尙時劇烈ナル疼痛發作アリテ號泣ス。腹部輕度ノ一般膨滿ヲ呈スルモ腹壁緊張ハ著シカラズ。下腹部ニ於テ膀胱部ヲ中心トシテ兩腸骨窩部ニ亘リ一般ニ壓痛アリ。深部ニ較、抵抗ヲ感ズルモ腫痛ハ之レヲ觸ル能ハズ。直腸指診ヲ行フニ示指ノ全長ヲ没スル部ニ於テ直腸前壁ガ弾力性硬固ナル腫痛トシテ後方薦骨ニ向テ膨出セルヲ認ム。

經過、同日、終日終夜劇痛ヲ訴へ止マズ、排尿意ニ任セズ、少量ヅツ反復シ、且ツ排尿時疼痛アリ、又時時失禁ス。十四日、體温最高三八・三、脈全一〇〇前後。腹痛繼續ス。排尿困難依然、又時時失禁ス。屢々怒責ヲ發作シ、其度毎肛門ヨリ粘液ヲ漏泄ス。直腸前壁ノ膨出稍、増加ス。十五日、腹部所見大差ナシ。直腸指診上、直腸前壁ノ腫痛著シク増大且ツ下降シ護謨球狀ニ薦骨前面ニ向テ膨出セルヲ觸知ス。此部ノ粘膜ニ浮腫狀腫脹アルヲ指頭ニ認識シ得。

手術、十五日午後一時、全身麻酔、上記ノ腫痛ニ向テ肛門ヲ經テ試驗的穿刺ヲ施シ、濃厚ナル膿汁ヲ得タリ、依テ尖刃ヲ用キ其中央ニ於テ縱ニ小切開ヲ加へ、次テ球頭刀ヲ以テ約二仙迷ノ大サニ之レヲ後方ニ開大シ、全量約一〇〇立仙迷ノ濃厚ナル惡臭アル膿汁ヲ排却セリ。小綿紗條ヲ此創口ニ送入シテ其末端ヲ肛門外ニ導キ手術ヲ了ル。手術後、前日來ノ苦痛總テ拭ヘルガ如ク、排

尿管ニ復ス。翌日ヨリ熱發ナク、十八日大量ノ自然便通アリ。二十三日退院ス。

診斷 急性蟲樣突起炎ハ腹痛、特ニ盲腸部疼痛、惡心、嘔吐、腹壁過敏、硬結形成、熱候、既往ニ於ケル同一症候ノ經過ヲ以テ診斷ス。硬結アルモノニシテ其尋常位置ニ存スルトキハ診斷ニ困難ナキモ、異常位置ニアルトキハ容易ニ決シ難キ場合アリ。

破壊性蟲樣突起炎ハ、初發候ニ於テ、特ニ、確微ナシ。故ニ吾人今或ル一患者ノ發病當初ニ於テ、定型の壓痛、腹筋ノ緊張、熱發數脈其他ノ證微ニ依リテ、蟲樣突起炎タルノ診斷ヲ決シタルトキ、此蟲樣突起炎ガ果シテ單純性ノモノニ過ギズシテ輕易ニ始終スベキカ、將又穿孔ヲ來タシ若シクハ壞疽ニ陥ルベキ運命ノ下ニアルヤノ別ハ、能ク之ヲ推知シ得ベキニ非ザルナリ。特ニ初發期ニ病の變化程度ナルモノニシテ、後ノ經過ニ於テ一部或ハ大部分ノ破壊ヲ來タス場合ニ於テハ、此危險ノ襲來ニ向ヒテ全然推測ノ根據ナキモノトス。唯發病ノ當初ヨリ蟲樣突起ノ變化甚シクシテ、急劇ニ大部分ノ壞疽ヲ來タシ、若クハ一部ノ破壊ヲ來タスノ種類ニアリテハ、腹膜刺戟症狀劇烈ナルヲ常トスルヲ以テ、全身症狀及ビ腹部症狀共ニ初メヨリ劇甚ナルコト多シ。一般狀態著ク侵サレ、脈搏疾數、腹痛峻烈ニシテ、腹筋ノ緊張甚シク、壓痛強度ニシテ且ツ其領域廣大ニ、惡心嘔吐ヲ催スガ如キ狀態ニアルモノハ、恐ラクハ蟲樣突起ノ變化輕易ナラザルヲ想像スルニ難カラズ。斯クノ如キ場合ニ於テハ、直チニ急性瀰蔓性腹膜炎ニ移行スルニアラザレバ、後、限局性膿瘍ヲ形成スベキ運命ニアルモノト解スルヲ至當トス。サレド破壊性蟲樣突起炎ニシテ、疾ク既ニ化膿性腹膜炎ヲ繼發セル場合ニ於テモ、臨牀的徵候ノ甚ダ輕易ナルモノアルハ、多數手術家ガ其手術ニ際シテ屢々遭遇セル所ニシテ、微候輕易ナルノ故ニ破壊性蟲樣突起炎ニアラズトノ論斷ハ、容易ニ之ヲ下ダス能ハザルナリ。熱候ハ多クノ場合ニ於テ之ヲ徵スルモ、其程度ハ變化ノ輕重ヲトスルニ何等ノ價值ナシ。

化膿ノ有無。膿瘍形成ノ初期ニアリテハ正確ニ之ヲ判定センコト容易ナラズ。著明ノ硬結ヲ形成シ、壓痛アリ合理的攝生ヲ施セルニモ拘ハラズ、長ク退縮スル傾向ナキトキハ之ヲ疑フベシ。著明ノ壓痛點アリ、繼續スル熱候、殊ニ弛張性熱型ヲ呈スルモノハ最モ疑ハシ。但シ疼痛及ビ熱ヲ缺キテ而カモ膿瘍ノ形成ヲ營ムコトアリ、注意スベシ。硬結ハ其甚ダ顯著ナルトキモ單ニ臟器特ニ大網膜ノ浸潤腫脹ニ基因シ、膿瘍ヲ形成スルコトナクシテ、一定

ノ經過後漸次消散スルモノアルヲ以テ、其大ナルト否トヲ以テ化膿ノ有無ヲ測ルコト能ハズ。腋窩計測ニ於ケル體温ノ直腸計測ノソレト大差アルハ膿瘍形成ノ徵ナリトナスモ、唯時トシテ診斷ノ一助タラシメ得ルノミ。血液ヲ檢シ、白血球ノ增多及ビ一核性中性嗜好白血球ノ増加ヲ以テ化膿ヲ判定スル法アルモ之レ亦絕對的價值ナシ、一立方密或ハ漸次増加スルモノハ化膿セルモノトス 既ニ皮膚ニ著明ノ浮腫ヲ顯出シ、又ハ潮紅ヲ呈セルモノニ於テハ略々之ヲ確認シ得ベク、波動ヲ觸知スルニ至レバ乃チ確實ナリ。直腸及ビ腔腔ヨリスル指診ヲ怠ルベカラズ、此處ヨリ著名ナル膨隆トシテ膿瘍ヲ探知シ得ルコトアリ。充盈セル膀胱ト誤ル勿レ 膿瘍有無ノ診斷トシテ試驗的穿刺ノ施行ハ充分注意ヲ要ス、試穿ハ過テ腸管ヲ刺シ、又包裹セラレタル膿腔中ノ細菌ヲ無障腹腔ニ導クノ虞ナキニアラザレバナリ。

慢性蟲樣突起炎ニシテ當初ヨリ緩慢ナル經過ヲ取ルモノハ、症狀ニ特ニ固有ナルモノナク、長ク閑却セラレ易ク又他ノ腸胃疾患、婦人科の疾患殊ニ卵巢炎、神經疾患等ト誤認セラレルコトアリ。經久的ニ下腹部殊ニ右腸骨窩部ニ於テ不快感、發作性自發痛、壓痛、運動後疼痛等ヲ訴フルモノアラバ注意ヲ要ス。又本症ニシテ硬結ヲ呈スルモノハ廻盲部結核、放線狀菌病若クハ腫瘍等トノ鑑別困難ナルコトナリ。

鑑別 (1) 右側腸腰筋炎。熱發、腸骨窩部疼痛及ビ硬結ヲ發シ、爲メニ本症ト誤診セラレルコト稀ナラズ。腸腰筋炎ニアリテハ初期ヨリ固有ノ股關節屈曲位(所謂腰筋位 Postsetting)ヲ取ルヲ特徵トス、蟲樣突起炎ニ於テモ腸骨筋膜ト癒著ヲ形成シ爲メニ右股關節屈曲位ヲ取ルコトアルモ、此現象ハ一定經過後ニ來ルベク、且ツ必發ナラズ。猶蟲樣突起炎ニアリテハ硬結ハ腸骨ニ對シ通例間隙ヲ存スルモ、腸腰筋炎ニアリテハ密接ス。又蟲樣突起炎ニアリテハ胃腸症狀著シ。(2) 膽石症。心窩或ハ右季肋下ニ疼痛アリ、肩胛若クハ上背ニ放散ス。右肋骨弓下ニ壓痛著明往々黃疸ヲ發ス。(3) 腎石症。疼痛尿路及ビ睾丸ニ向テ放散ス、腰背部過敏、尿意頻數、砂尿、血尿、膿尿等アリ。(4) 宿便。風氣疝痛ヲ起ストキハ本症ニ疑ヲ置カルルコトナキニアラズ。(5) 盲腸腫瘍。盲腸結核若クハ癌腫ト鑑別ヲ要ス。「廻盲部結核」ノ條下ヲ見ヨ (6) 喇叭管炎及ビ卵巢炎ト誤ルコトアリ。既往及ビ現在ニ於ケル婦人科の疾病ノ有無ヲ質シ

且ツ仔細ニ内診及ビ双合診ヲ施スベシ、卵巢喇叭管炎ニ於テハ腫脹ハ蟲様突起炎ニ比シテ低位ニアルヲ常トスルモ後者ニアリテモ、亦時トシテ骨盤内ニ發スルコトアリ注意スベシ。病變兩側ニアルヲ認定シ得ルハ是レ喇叭管及ビ卵巢炎ナリ。(7) 腸管閉塞症・就中廻盲重疊ニ類スルコトアリ。同條下ヲ(8) メッケル氏憩室ハ往往蟲様突起ニ於ケルガ如ク種種ナル程度ノ炎症ヲ發起ス(憩室炎 Diverticulitis)其症徵蟲様突起炎ト異ナルコトナク、手術前ノ診斷可能ナルヲ常トス。

其他急性腸加答兒、腸室扶斯、腸潰瘍、肺炎、肋膜炎、急性症狀ヲ呈スル腹膜結核、腹腔辜丸ノ炎症、腸骨窩流注膿瘍、子宮外妊娠等ト鑑別ヲ要ス。又尿迫・尿痛アルトキハ膀胱加答兒ト誤ルコトアリ。猶「橫膈膜下膿瘍」「腹膜炎」「腸管麻痺」「腸管閉塞症」等ヲ參照スベシ。

移動性盲腸

慢性蟲様突起炎ノ症狀ヲ呈シ、或ハ恰モ急性蟲様突起炎ニ於テ見ル如キ急性症狀ノ移動性盲腸 Cecum mobile

慢性蟲様突起炎ノ症狀ヲ呈シ、或ハ恰モ急性蟲様突起炎ニ於テ見ル如キ急性症狀ノ反復ヲ來ス場合、之レニ手術ヲ施スニ當リ、蟲様突起自己及ビ其近圍ニ於テ何等炎症若クハ炎症ノ痕跡ヲ認メザルコトアリ。之レガ原因ニ就テハ諸説アルモ、多クノ場合ニ於テハ盲腸ノ異常移動性ヲ以テ説明シ得ベシトナスモノ多シ。移動性盲腸ノ療法トシテハ手術的ニ盲腸ノ固定ヲ行ヒ之レニ因テ發スル隙隙ヲ除去シ得ベシトセラルルモ、亦該手術ノ効果ヲ疑フモノアリ。

蟲様突起炎ノ豫後

不定。甚ダ輕易ニ經過シ兩三日ニシテ總テノ症候消散スルモノアリ、又甚ダ劇烈ニシテ直ニ危險ナル合併症ヲ發シ、爲メニ死ノ轉歸ヲ取ルモノアリ。外科的治療ノ進歩ト其普及ノ結果、蟲様突起炎ノ死亡率ハ現今著ク減少セリ。

一般ニ蟲様突起炎ハ、初發ニ比シ再發ニ於テ其變化ノ度ヲ加フルヲ常トスルモ、瀰蔓性腹膜炎併發ノ危險ハ、却テ初發トシテ訴ヘラルル場合ニ於テ多ク、回数ヲ重ヌルニ從テ死亡率ヲ減ズルノ事實ハ、人ノ認容スル所ナリ。是レ再發ニ於テハ前ニ形成セラレタル癒著ヲ有スルコト多キヲ以テ、其變化ニシテ甚ダシキ破壊性ヲ呈スルトキト雖無障腹腔ニ對シテ既ニ限界セラレ、若シクハ限界セラレ易キノ狀況ニアレバナリ。

蟲様突起炎ノ療法

理想的早期手術

療法 蟲様突起炎ノ療法ハ、之レヲ内科的療法ト外科的療法トニ區別スベシ。而シテ此兩者ノ選擇ハ專ラ病症ノ種類及ビ時期ニ從フモノトス。手術ノ適應症ニ就テハ諸家ノ信ズル所未ダ全ク一致セリト云フ能ハズ、從テ内科的療法ヲ可トスル場合ト外科的療法ヲ以テ有利ナリトナス場合トノ間ニ劃然タル區別ヲ設クル能ハザルモ本症ニ對スル療法ノ方針ハ大概ネ次ノ如シ。

急性蟲様突起炎ハ、治療ハ早期ニ、蟲様突起切除術ヲ施スヲ以テ理想トナス。前述ノ如ク、蟲様突起炎ノ初期ニ於テ之ガ果シテ破壊性蟲様突起炎ニ屬スルカ、單純性ノモノニ止ルベキカヲ區別スルコトハ不可能ニ屬スルヲ以テ、其種類ノ如何ヲ問ハズ、既ニ蟲様突起炎タルノ診斷決セラルルニ於テハ、出來ルダケ早ク開腹術ヲ施シテ之レヲ切除シ、危險症ノ襲來ヲ未發ニ防止スルノ策ヲ施スヲ以テ、最モ安全ナリトス。是レ所謂理想的早期手術 Ideal Early-operation ナリ。

理想的早期手術ノ目的ハ、當ニ破壊ニ因ル危險ヲ防グニ止ラズ、之レガ切除ハ蟲様突起炎ニ向テ根本的解決ヲ與フルモノト云フベシ。蓋シ患者ハ之レニ依リテ永久ニ蟲様突起炎ヨリ免カルレバナリ。今日内外科醫ヲ問ハズ、蟲様突起炎ノ療法トシテ早期手術ノ利ヲ説クモノ益々多キニ至レルハ誠ニ故アルナリ。然レドモ若シ假リニ蟲様突起炎ニシテ生命ヲ危フスルノ場合ハ事實上甚ダ稀有ニシテ、手術的侵襲ノ危險ガ却テ之レヨリ大ナルモノアリトスレバ、早期手術ニ對スル贊否ノ趨勢ハ大ニ其趣ヲ異ニスルナルベシ。實際上腹腔ニ施ス手術ノ危險ハ、今日ノ外科ノ進歩ヲ以テスルモ尙絶無ナリト唱フル能ハズ。又一面ニ於テ蟲様突起炎ノ多數ニ於テハ、全然非手術的ニ之レヲ處置シ、能ク治癒ノ目的ヲ達スルノ事實アリ。是レ本症療法ノ選擇ニ當リ、手術ノ可否ニ就テノ論點ナラント思考セラル。此問題ニ解決ヲ與フルモノハ、危險ナル併發症ヲ發起セシムル種類ノ破壊性蟲様突起炎ノ頻度ノ率ト、手術ニ因ル不良轉歸ノ數ガ全手術數ニ對スル率トノ比較ナリ。是等率ノ決定ハ唯多數症例ノ統計的調査ニ依ルノ他ナシ。此點ニ就テD、ケルバン Dr. Quenstedt ノ調査ハ、有力ナル證左ノ一トナスニ足ルベシ。氏ハ一九一四年瑞西國各大病院ニ於ケル五箇年間ノ統計ヲ集メテ、之レヲ報告シタリ。其レニ據レバ、手術ヲ施サザル患者ハ總數一〇一九人ニシテ、六・一%ノ死亡率ヲ得タルモ、發病第一日中ニ手術セルモノニアリテハ總數一七三二人ニシテ、死亡率僅ニ〇・六九%ニ止リ、發病第二日中ニ手術セルモノ總數一三八

九人ニ於テ、尙四・七%ノ死亡率ニ過ギザリシト。其他諸大家ノ報告スル所ヲ見ルモ、理想的早期手術ニハ一人ノ死亡者ヲ出サズトナスモノ多シ。是レニ由テ之レヲ觀レバ、偶々手術後不良ノ轉歸ヲ取ルモノアリトスルモ、早期手術ノ死亡率ガ非手術的療法ヲ以テセル場合ノ死亡率ニ比シ、遙ニ小ナルハ爭フベカラザル事實ナリ。況ンヤ保存的療法ノ結果ハ幸ニ一時ノ危急ヲ脱スルモ、後日再發ヲ來タスノ虞アリ。又時トシテハ永ク生活狀態ニ支障ヲ與フル慢性蟲樣突起炎ニ陥ラシムルノ憂ナキニアラザルヲ以テ、早期手術ヲ蟲樣突起炎療法ノ理想トナスニ、多ク異議ヲ挾ムモノナキニ至レルハ是レ當然ナリ。

早期手術ハ其時期早キニ從ヒ結果良好ニシテ、延長スルニ從ヒ死亡率ヲ增加ス。一般ニ發病以來四十八時間以内ニ施サル手術ヲ早期手術ト呼稱シ、此時間内ニ於テハ進ンデ手術ヲ施スヲ以テ有利ナリト認メラル。然レドモ急劇ニ一部ノ穿破若シクハ大部分ノ壞疽ヲ來タスモノニアリテハ、此四十八時間以内又ハ既ニ二十四時以内ニシテ、瀰漫性腹膜炎ヲ惹起スルコトアリ。此際ニ於テ施サル手術ハ腹膜炎發病ノ危急ニ處スルノ手段ニシテ、假令發病後短小期間ニ於テ施サルトモ是レ既ニ危急手術ニ他ナラズ、之レヲ理想的早期手術ト同一ニ目スベキニアラザルナリ。前掲症例參照

既ニ早期手術ノ適應時期ヲ失シ、病機バ愈進ミテ周圍ニ炎症ヲ波及シ、癒著ヲ生ジ、之レニ由テ浸潤性硬結ヲ形成セルノ時期(中間期 Internatiansadium)ニアリテハ、手術的療法ノ施行ハ大ニ考慮ヲ要ス。多クノ經驗ハ、此時期ニ

急性蟲樣突起炎ニ對スル手術ノ豫後

De Quervainノ調査
瑞西國各大病院ニ於ケル最近五箇年間ノ統計 (Zentralbl. f. Chir. 1914 Nr. 2)

手術ヲ施サザル患者	手術ヲ施セル患者	總數	死亡率
107	507	614	6.1%
1	173	174	0.6%
1	139	140	0.7%
1	76	77	1.3%
1	107	108	2.7%

在院日數平均

第一日中ニ手術セル者	17.0
第二日中ニ手術セル者	22.5
第三日中ニ手術セル者	32.6
第四日中ニ手術セル者	35.5
保存的ニ處置セル者	29.3

間歇期手術

於ケル手術ハ失フ所大ニシテ待期的療法ノ却テ之レニ優レルコトヲ示シタリ。宜シク自然經過ニ委スベキナリ。即チ此時期ニ於テハ嚴ニ安靜ヲ命ジ、流動性食餌ヲ持長セシメ局部ニ氷置法或ハ濕温置法ヲ施シテ其吸收ヲ圖ルベシ。而シテ終ニ腫瘤若クハ抵抗ヲ觸レズ、壓痛ナク、熱候ヲ微セズ、一般狀態モ亦全ク恢復スルヲ待テ、發作後此時期ニ達シ得ルナルモ概ネ一二週乃至二三ヶ月ノ間ニアリ。初メテ手術ヲ加ヘ、蟲樣突起ヲ切除ス。斯クノ如キヲ間歇期手術 Operation im Intervall ト稱ス。此時期ニ於ケル蟲樣突起切除術ハ最モ安全ナルモノトセラレ、又安全手術 Sicherheitsoperation ノ名アリ。之レニ依テ再發ノ虞ヲ斷チ、又慢性蟲樣突起炎ノ狀態ニアルモノハ之レヲ根治シ得ベキナリ。

破壊性蟲樣突起炎ニシテ、全ク手術的治療ヲ受クルコトナク、一時治癒ニ就クコトアルハ上述ノ如シ。之レガ治癒後ニ於テハ多クノ場合ニ於テ多少複雑ナル癒著ヲ後貽セシム。所謂間歇期蟲樣突起切除術ヲ施行スルニ當リ、癒著ノ剝離困難ニシテ、蟲樣突起ノ所在ノ搜索ニ苦シミ、或ハ遠ニ之レガ發見ヲ斷念セザルベカラザルガ如キハ、概ネ之レニ屬ス。加之、之レガ手術中偶々潜伏膿瘍ニ遭遇シ、又ハ腸管一部切除ノ餘義ナクセラレルガ如キコト稀ナリトセズ。間歇期手術トハ蟲樣突起ニ於ケル炎症ノ全然消散セルノ時期ニ於テ、次ノ發作ノ來襲ナキニ先チテ施ス手術ニシテ、此時期ニ於ケル蟲樣突起切除術ハ最モ安全ナルモノト認メラ

率亡死ル因ニ術手ノ炎起突様蟲
三宅速博博士調査

術手全安	術手期遅	術手急危	手術總數	死亡數	死亡率
Ianz Roax Kimmel Sprengel Ehner	Ehner Haberer Sprengel	Ehner Haberer Sprengel Kimmel	1100餘 401 26 26 26	11 3 2 8 2	約0.5% 0.6% 0.5% 0.6% 0.5%

ル。故ニ又安全手術ノ名稱アルモ、其實際ハ必ズシモ然ラズ。間歇期手術ニシテ手術ノ遂行ニ困難ヲ極メ、或ハ生命ヲ危フスルノ場合ニ至ルコトスラ絶無ニアラザルハ、破壊性蟲様突起炎ノ自然治癒ノ状態ニ想到セバ、容易ニ首肯シ得ベキナリ。

既ニ早期手術ノ時期ヲ失シタルモノニ於テハ前上記載ノ方針ノ下ニ間歇期手術ノ適應時期到ルヲ待ツベキモ、時トシテ中間期ノ經過中危険ナル繼發症^{膿瘍性}ノ來襲ニ遭遇シ、爲メニ手術ノ決行ヲ餘義ナクセラルル場合アリ。此時

危急手術

施ス手術ヲ危急手術^{Emergency operation}ト稱ス。此手術ノ目的ハ前二者ト全ク其範ヲ異ニスルモノニシテ、手術ノ豫後ガ前二者ニ比シテ甚ダ不良ナルハ言フ俟タザルナリ。既ニ虚脱状態ニアリ、又ハ瀰蔓性腹膜炎ノ併發アルニ當リテモ、一般状態・特ニ心臟機能ニ對スル措置ヲ取ルト共ニ開腹術^{排膿法ヲ施シ、能フベクバ蟲ヲ斷行シテ回生ノ效ヲ奏スルコトナキニアラズ。}トス。

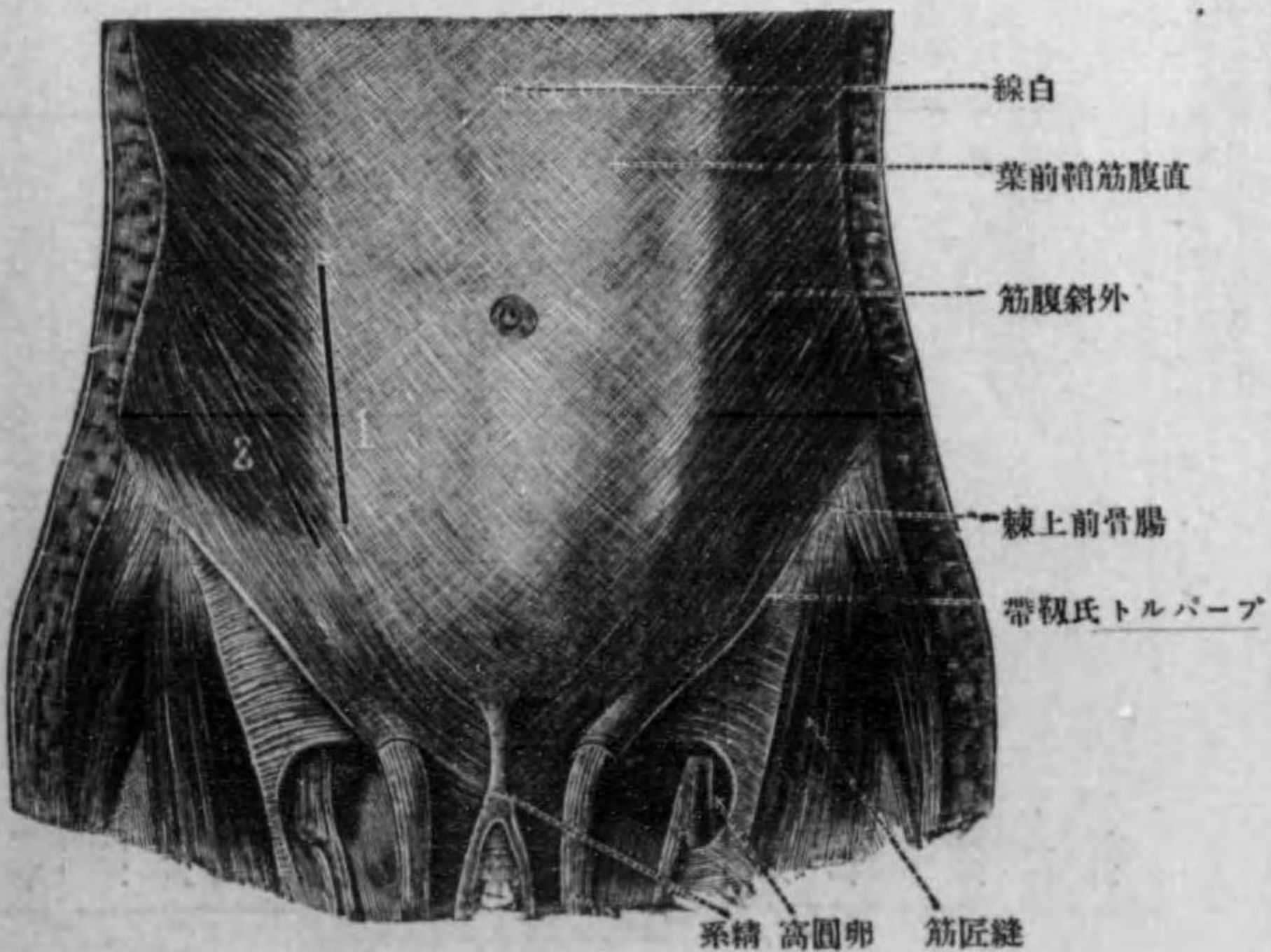
晚期手術

經過中限局性包裹性膿瘍ヲ形成セルトキハ切開排膿スル。之レヲ晚期手術^{Spatulation}トス。膿瘍腸管ニ破レ或ハ腹壁皮下ニ達シテ、茲ニ破潰シ、自然排膿治癒ノ轉歸ヲ取ルノ例症アルモ、寧ロ僥倖ニ屬ス、決シテ期待スベギニアラズ。

蟲様突起切除術

蟲様突起切除術^{Appendektomie} 蟲様突起ニシテ正常位置ニ存シ且ツ癒著ナク或ハ之アルモ甚シカラザルトキハ開腹手術中

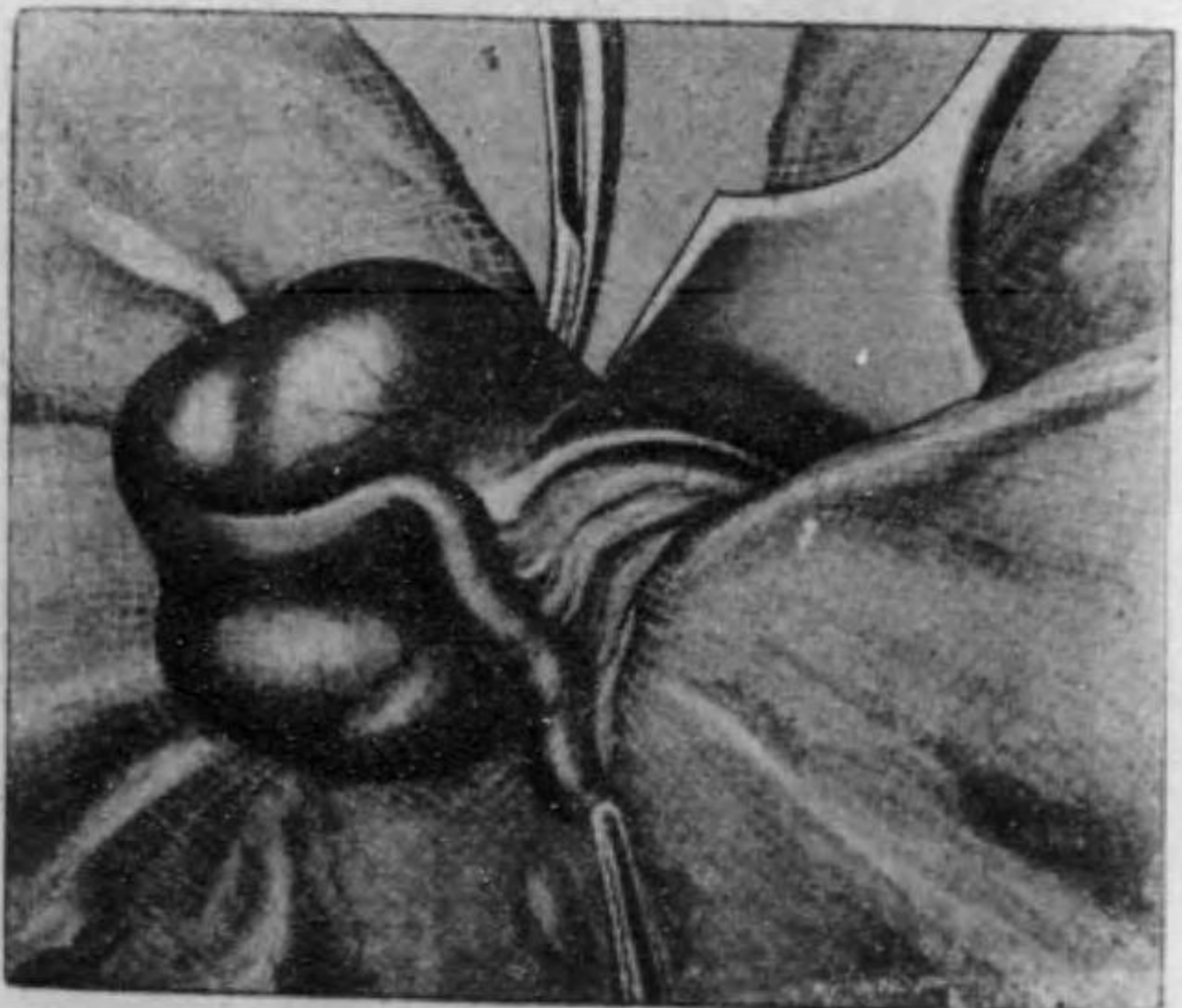
圖 二 四 百 二 第 蟲様突起切除術ニ於ケル皮膚切開



簡易ナルモノニ屬スルモ、先天性異常或ハ癒著ニ因ル失常位置、及ビ複雑ナル癒著アルトキハ、其發見及ビ遊離ニ甚ダ困難ナルコトアリ。又包裹セラレタル化膿竈ノ潜在アル時ハ之レガ開放ニ因リテ瀰蔓性腹膜炎ヲ誘起セシムルノ虞アリ。故ニ此等ノ場合ニ於テハ經驗アル熟練ナル手ニ頼ルニアラザレバ、能ク安全ニ之ヲ剔出シ得ベカラザルナリ。此等位置ノ失常、癒著、化膿竈ノ潜在等ハ常ニ確實ニ之レヲ豫測シ得ベキニアラズ、腹壁ヲ開キ蟲様突起ヲ索ムルニ當リ、初メテ此困難ニ遭遇スルコト稀ナラザルヲ以テ、吾人此手術ニ臨ミテハ常ニ此等ノ總テ有リ得ベキ異變ニ對シ畫策スル所ナカルベカラズ。蟲様突起炎ニ於ケル手術ノ困難ハ、其反復發作セル後

圖 二 四 百 二 第

ムシセ出露ニ外腔腹ヲ起突樣蟲テ於ニ術除切起突樣蟲



ニ行ハルル場合ニ於テ甚シ、是レ發作其回数ヲ重ヌルニ從テ癒著愈、加ハレバナリ。之レニ反シテ發病初回ニ於ケル早期手術ガ其施行最モ簡易ナルハ略易キノ理ナリ。

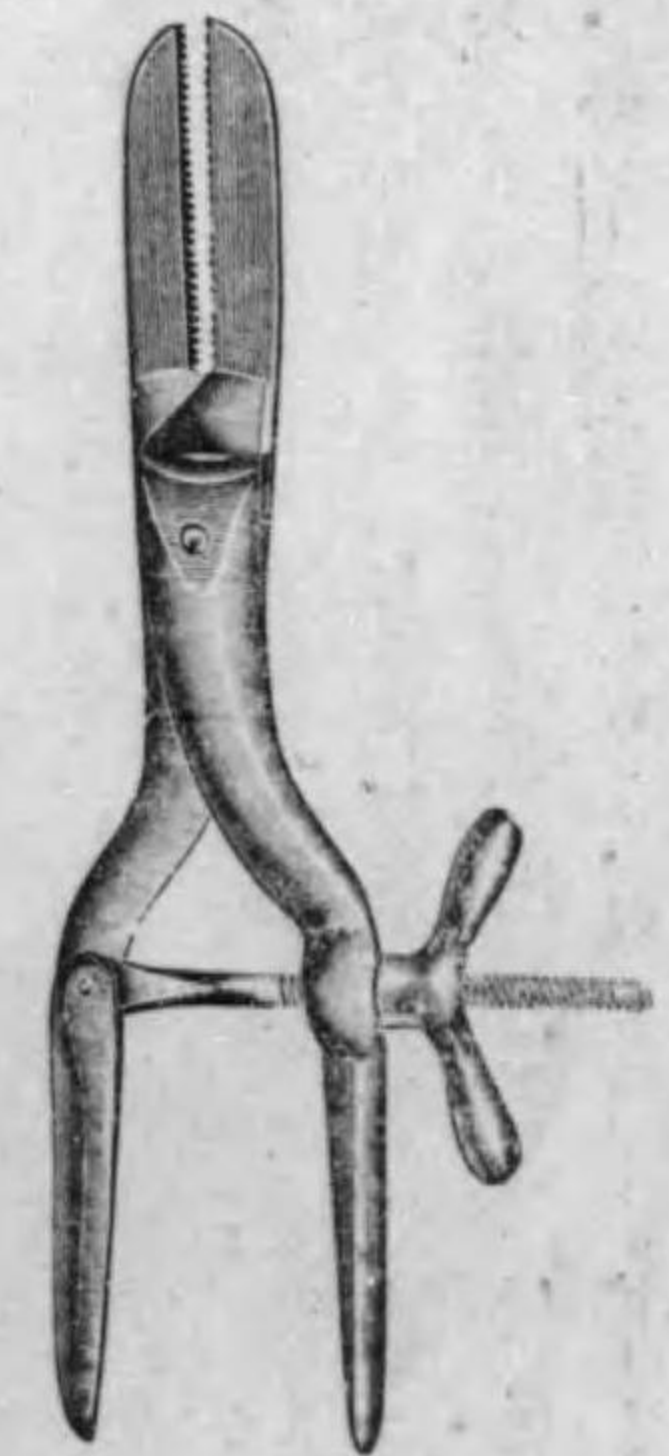
準備 開腹手術ノ準備ヲ嚴行ス。

麻醉 全身麻醉ニ於テスルヲ普通トナスモ、或ハ腰髓麻醉又ハ局所麻醉ノ下ニ行フコトアリ。

術式 一 腹壁ヲ切開ス。腹壁切開ハ猶第四篇中「開腹術」ノ條項ニ於テ詳説スル所アルベク、茲ニハ本症ノ場合ニ就テ其概要ヲ記ス。失常位置ニ於ケル蟲様突起炎ニアリテハ或ハ上腹部ニ於テシ、或ハ正中白線ニ於テシ、或ハ腎臟手術ニ於ケルガ如キ側腹部切開ヲ以テスルコトアルモ其等特殊ノ場合ヲ除キテハ常ニ右下腹部ニ於テセラル、此切開式ヲ別テ三種トス。即チ斜切開、縱切開及ビ交錯切開是ナリ。(a) 斜切開法 Schriber-Schmitt 前上棘ノ内側ニ、畧、ブーバルト氏靱帶ニ平行シテ、斜ニ上外方ヨリ下内方ニ

走ル八乃至一二仙迷ノ皮膚切開ヲ加ヘ、各筋ヲ總テ同一方向ニ切開シ、充分止血、後チ腹膜ヲ亦同一方向ニ開ク。(第二四十一圖) (b) 縱切開法 Langschmitt 臍棘線ノ中央ニ於テ、直腹筋ノ外縁ニ沿ヒ皮膚切開ヲ加ヘ、直腹筋ノ外縁ニ近ク直腹筋鞘ノ前葉ヲ開キ、該筋ヲ現ハシ之レヲ内側ニ牽引シ同後葉ヲ現ハシ、之レヲ前葉ノ切開線ト同一線上ニ開ク。後葉ヲ開クニ當リ斜ニ茲ヲ過ル神經アリ之ヲ遊離セシメ牽引シテ保護スベシ。縱切開法ニ猶他ノ二式アリ。其一ハ皮切ヲ直腹筋ノ中央ニ加ヘ以下上記ノ法ニ倣フモノニシテ。其二ハ直腹筋ノ外側ニ於テ腹筋腱膜ガ直腹筋鞘トナル前、即チ側部白條ニ於テナス法トス、此切開ニ於テハ直腹筋ヲ露ハスコトナシ。之ヲ直腹筋外側切開法、Pararektaler Schnitt ト謂フ。(第二四十一圖) (c) 交錯切開法 Wechselschnitt 腱膜及筋纖維ヲ横斷スルコトナク神經ヲ傷クルコトナキヲ利トスル法ナリ。即チ臍棘線ノ中及ビ外三分ノ一境界部ニ於テ外斜腹筋纖維ノ方向ニ一致スベキ縱斜切開ヲ皮膚ニ加フルコト一〇仙迷以上、外斜腹筋腱膜ヲ其方向ニ開キ、其下層ニ於テ内斜腹筋ヲ纖維ノ方向即チ皮膚切開ニ對シ略、直角ヲ呈スル方向ニ鈍性ニ開キ、猶、横腹筋、横腹筋膜及ビ腹膜ヲ内斜腹筋嚢開ノ方向ニ開キ腹腔ニ達ス。内斜腹筋ノ下層ヲ過グル反廻腸骨動靜脈ハ之レヲ結紮切離ス。二 蟲樣突起ヲ索ム。鉗子又ハ指ヲ以テ蟲樣突起ヲ探ルベシ。容易ニ之レヲ得ザルトキハ、上行結腸ヲ牽出シテ盲腸ヲ現ハシ、其末端ニ索ムベシ。癒着アレバ注意シテ之ヲ剝離ス。盲腸部ヲ創裂ノ間ヨリ外方ニ牽出シ、蟲樣突起ヲ全ク腹腔外ニ露出セシム。

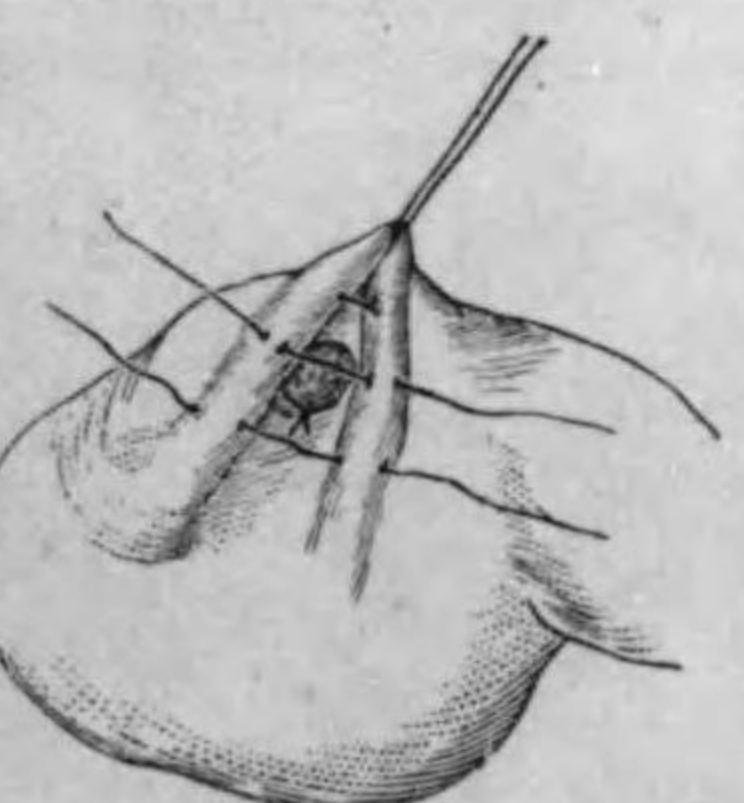
第三十四百二第 子鉗挫壓腸



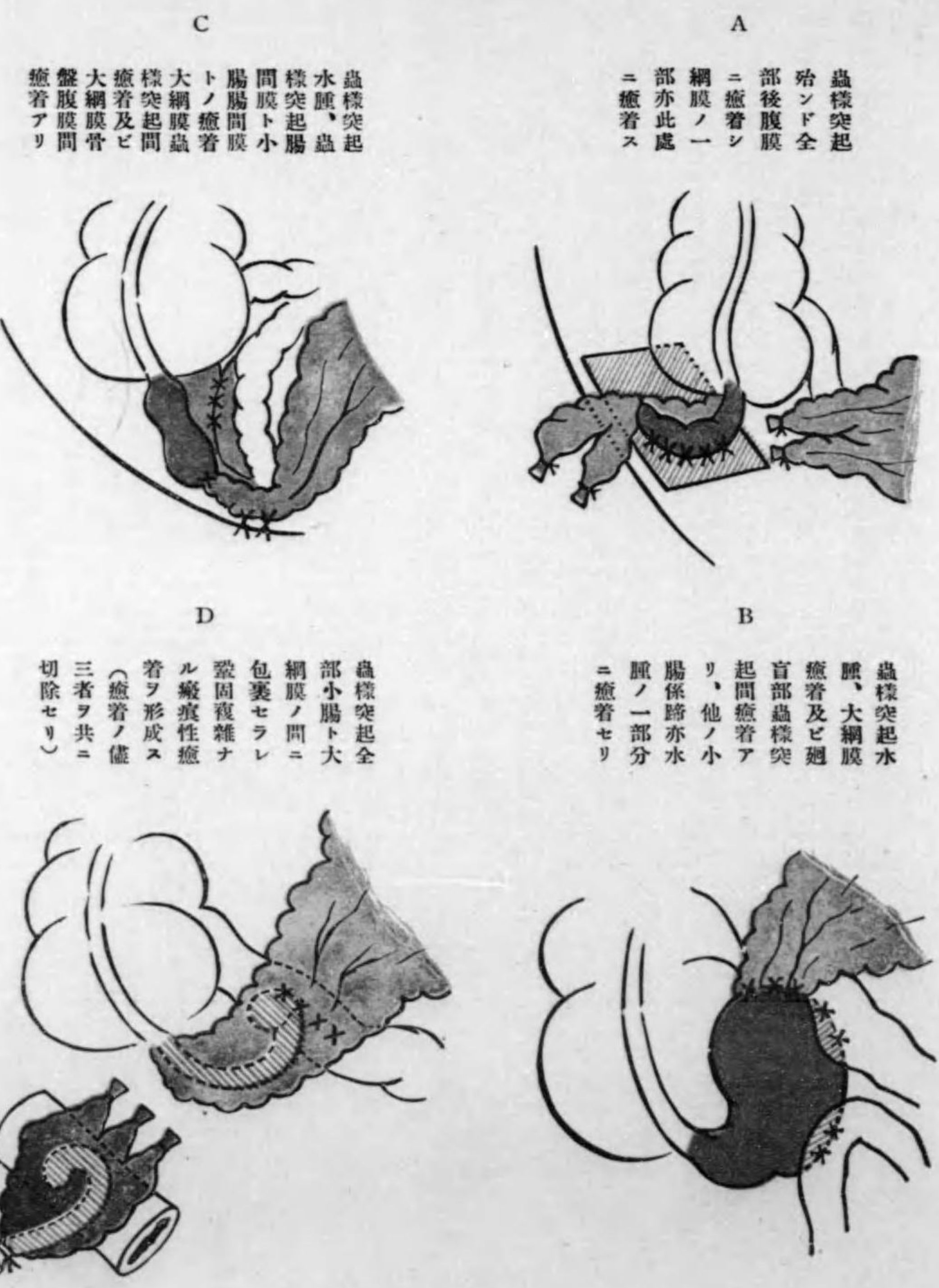
第四十四百二第 (一其) 置處ノ端斷起突標蟲



第五十四百二第 (二其) 置處ノ端斷起突標蟲



圖六十四百二第 著癒ノ炎起突樣蟲ルセ遇遭テ於ニ術手期歇間 (リヨ例際實ノ院病林)



三 蟲樣突起ヲ切除ス。露出セル盲腸部ノ周圍ニ綿紗「タンボン」ヲ施シ、手術野ヲ腹腔ト遮リ、(第二百四十二圖) 後先ツ蟲樣突起腸間膜ヲ數箇所ニ於テ結紮切離ス。是ニ於テ蟲樣突起根部ヲ腸管壓搾鉗子(第二百四十三圖)ヲ以テ強ク挾壓シ、後、鉗子ヲ去リ、織細ナル絹絲ヲ以テ此部ヲ結紮シ、剪刀或ハ烙白金ヲ以テ蟲樣突起ヲ斷ス。後、斷端ヲ巾著縫合ヲ以テ埋没セシメ、(第二百四十四圖)或ハ二、三ノレンベルト氏縫合ヲ加フ。(第二百四十五圖)

四 綿紗「タンボン」ヲ去リテ盲腸ヲ還納シ、腹壁ヲ縫合ス。

注意 一 癒着。蟲樣突起ヲ索メテ容易ニ得ザルコトアリ、是レ專ラ癒着ニ因ル包裹若クハ位置失常ニ關ス。乃チ先ヅ癒着ヲ剝離シテ蟲樣突起ヲ發見シ、之ヲ遊離セシメザルベカラズ。癒着ノ剝離ニ當リテハ嚴ニ副損傷ヲ戒ムベシ。就中腸管ノ癒着ヲ處置スル時ニ於テハ最モ細心ナルヲ要ス。癒着甚ダ複雑ナルトキハ終ニ蟲樣突起ヲ認ムル能ハズ、或ハ又其遊離困難ナルガ爲ニ手術ノ遂行ヲ斷念セザルベカラザルコトアリ。網膜ノ癒着ニシテ容易ニ剝離シ得ザルトキハ寧ろ其一部ヲ切離スルヲ安全トス。腸管ノ癒着ニ際シテハ或ハ粘膜炎ヲ殘シテ漿膜筋層ノ一部ヲ切除シ、或ハ腸壁ニ於テ楔狀切除ヲ施シ、或ハ腸管一部ノ全切除ヲ強要セラルルコトアリ。腸管ノ癒着ニアリテハ、性性癒着部ノ内ニ蟲樣突起ヨリ腸管内ニ通ズル瘻管ヲ藏スルコトアリ注意スベシ。

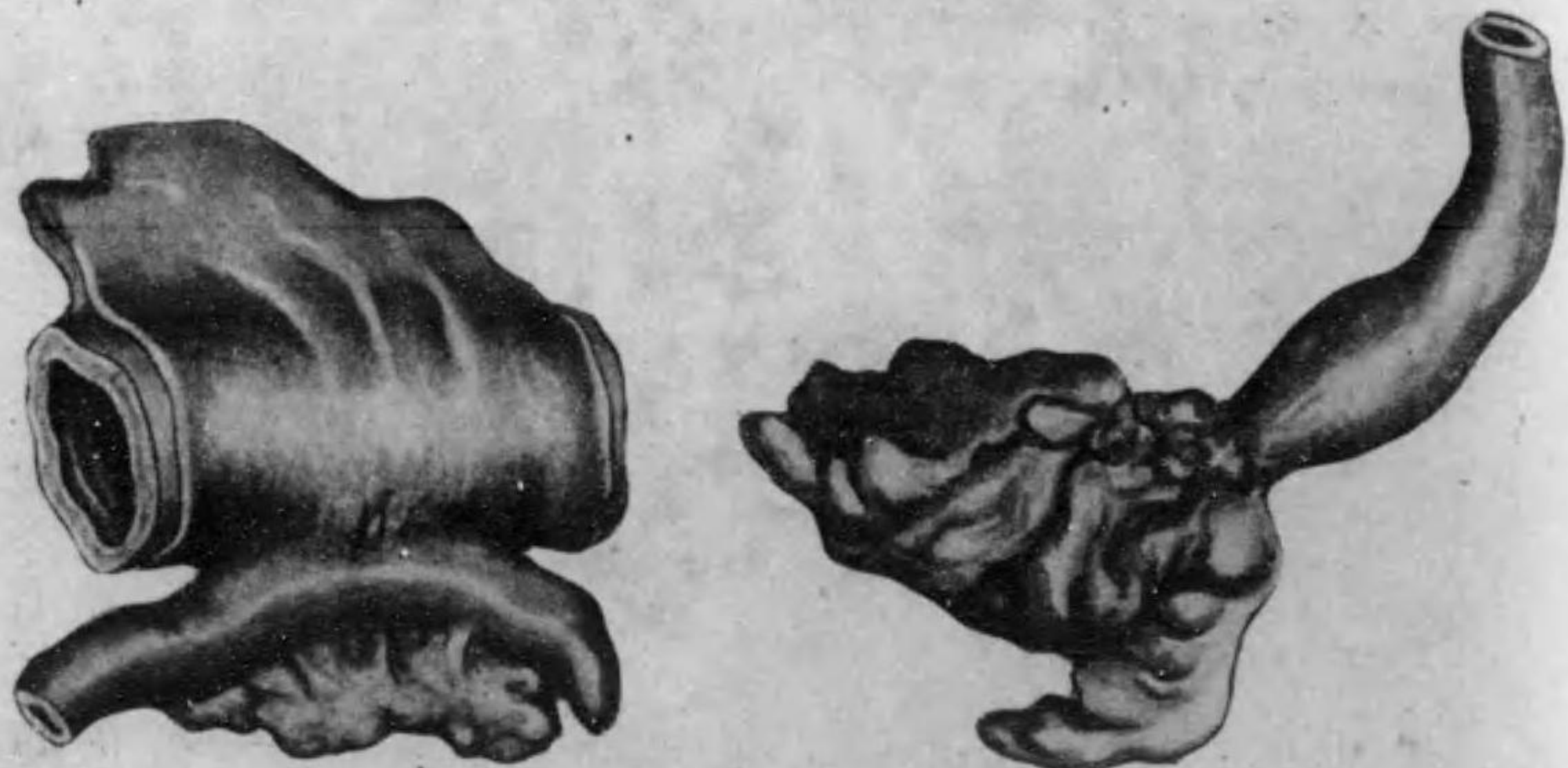
第二篇 疾病篇 蟲樣突起炎

第 二 百 四 十 七 圖

蟲 樣 突 起 炎 著 癒
(リヨ本標術手ノ院病林)

蟲樣突起中央小腸ノ著癒(孔穿)

蟲樣突起尖端大網膜ノ著癒



膿瘍突起
膿ノ切開法

二、膿瘍。瘻管著シキトキハ屢々其中心ニ於テ膿瘍ノ潛居在ルコトアリ。瘻管剝離ニ當リテハ常ニ此點ニ注意ヲ要ス。此疑アル瘻管若ク處理セントスルトキハ、常ニ豫メ腹腔ニ對スル遮斷ヲ目的トスル綿紗「タンボン」ヲ挿入テ膿ニセザルベカラズ。既ニ膿瘍ノ存在ヲ認メタルトキハ、注意シテ周圍ノ汚染ヲ防ギツツ膿腔ヲ拭淨シ、茲ニ綿紗條或ハ護膜管ヲ導キテ排液ヲ圖リ無障腹腔ニ對シテハ、嚴ニ「タンボン」綿紗ヲ挿入シテ此部ヲ區界セシムベシ。膿瘍存在セル場合ニ於テモ、膿瘍突起ニシテ容易ニ切除スベキ状態ニアルトキハ、之レガ除去ヲ企ツベキモ、解剖的關係不分明ニシテ其切除ヲ企及シ得ザルトキハ、放置スルノ已ムヲ得ザルナリ。

膿瘍切開法 膿瘍形成ノ認定セラレタルトキハ之レヲ切開スベシ。切開部位ハ膿瘍ノ部位ニ從テ一定シ難シ、腸骨窩膿瘍ノ形成ニアリテハ、腸骨柄及ビ前上棘ニ接セル斜走切開ヲ以テス、即チ腸骨ニ沿フテ進ミ、外方ヨリ腹腔ニ達シ腹膜外ニ於テ之レガ切開ヲ圖ルベシ。一般ニ膿瘍切開ニ於テハ努メテ瘻管ニ因ル無障腹腔トノ障壁ヲ保護シ、化膿ヲシテ腹腔ニ蔓延セシメザルヲ期スベシ。若シ不幸ニシテ無障腹腔ヲ開キタルトキハ直ニ綿紗「タンボン」ヲ挿入ス。膿瘍深クシテ無障腹腔ヲ經ルニアラザレバ之レニ達スル能ハザルモノニ於テハ、先ヅ腹腔ヲ開キ周圍ニ「タンボン」綿紗ヲ挿入シテ瘻管ヲ促シ、二次的排膿ヲ企ツルヲ可トス。ドゥーグラス氏窩若シクハ膀胱直腸窩膿瘍ハ直腸前壁或ハ後腔窩窩ヨリ切開ス。

膀胱直腸窩膿瘍ノ切開ヲ直腸ヨリ行ハントセバ先ヅ尖刀ヲ以テ刺孔ヲ設ケ、球頭刀ニテ之レヲ開大スベシ。第二百四十八圖ハ膀胱直腸窩膿瘍ニ行フ試驗的穿刺ノ術式ヲ示ス。即チ示指頭指導ノ下ニ針尖ヲ送り、該指頭ニ依リ穿刺部ヲ定メテ、針ヲ刺入ス。切開時刀ヲ送ルニモ亦此法ニ依ルヲ可トス。膿瘍壁下方ニ向テ著シク膨隆セルトキハ、肛門鏡ヲ用キ、膨隆部ヲ目視シツツ穿刺又ハ切開ヲ施スコトヲ得。膀胱直腸窩ノ穿刺或ハ切開ヲ施サントスルトキハ必ラズ豫メ膀胱ヲ空虚ナラシムベシ

中間期ニ於ケル危急手術ハ、多クノ場合ニ於テ單ニ切開排膿ヲ施スニ止ルモ若シ幸ニ手術野ニ於テ容易ニ膿瘍突起ヲ索メ得バ、同時ニ之レヲ切除スベシ。膿瘍炎ノ手術ニ就テハ「急性腹膜炎」ノ條下ヲ參照スベシ

第二百四十八圖 膀胱直腸窩膿瘍ノ試驗的穿刺



膿瘍突起
内科的處置

内科的處置 初期ニ下劑ヲ投ジテ頓挫的ニ治療ノ目的ヲ達スルコトアルモ、又之レニ因リテ、穿孔若クハ破壊ヲ誘發スルノ危險アリ。故ニ時トシテ著效アリトスルモ其利ハ能ク害ヲ償フニ足ラズ、宜シク廢棄スベキナリ。又腸管蠕動ノ制限ヲ目的トシテ阿片ヲ應用スルコトアリ、屢々其效ヲ認ムベキ場合ナキニアラザルモ、之ガ持長ハ腸管ノ内容ヲ鬱積セシメ却テ有害ニ作用スルコト亦多シ。一般ニ此等内科的治療法ノ效果ヲ舉グルハ、是レ病的變化ノ輕易ナルヲ證スルモノト認ムベク、此程度ハ發病當初ニ於テ能ク之レヲ推測シ得ベキニアラズ、壞疽性若クハ穿孔性膿瘍突起等ニシテ、其危險急峻ニ來襲スルモノハ、獨リ早期膿瘍突起切除術ノ能ク救助シ得ベキアルハミ。

唯早期手術ノ時期ヲ失セル中間期ニ於テハ手術ハ却テ危險多キヲ以テ、幸ニ危險症ノ併發ヲ微セザル間ハ、專ラ期待的ナルベシ。其間ノ處置トシテハ嚴ニ安靜ヲ命ジ、食餌療法ヲ嚴ニシ流動性局部ニ氷巻法或ハ濕ヲ施シ、劇痛ニ對シテハ莫爾比涅ヲ注射ス。既ニ急性症狀ノ緩解輕減鎮痛ヲ見ルトキハ便通ノ整調ヲ講ズベシ、即チ浣腸法ヲ施ス。「グリセリン」浣腸效ナキトキハ、石鹼水浣腸法ヲ試ム、但シ嚴ニ過度ノ高壓ヲ禁ズ。

三宅速博士曰ク 膿瘍突起ハ本邦ニ於テモ亦重要ナル内外科領域疾病ニシテ、其初發ニ當リテハ、悉皆内科家ノ門ニ集リ、直接外科家ノ治療ヲ煩スモノハ皆無ト云フモ敢テ失當ニアラザルベシ。然ルニ現時歐美諸文明國ニ於テハ、均ク本症ノ大部分ハ、外科家ノ領域ニ屬スルモノト認メ、假令内科家ノ手術ヲ煩スモ直ニ之ヲ外科家ニ譲リ、手術ノ好機會ヲ失ハシメザルニ努ムルノ傾向アリ。宜ナルカナ、本症ハ宛然腸管嵌頓症ノ如ク手術ノ遲延ハ懸ツテ後ノ其否ニ及ボスモノナレバ、一刻ヲ遲延スレバ、ソレダケ患者ニ不利益ヲ及ボスモノナリ。余多年本邦ニ於ケル膿瘍突起ノ狀況ヲ察スルニ、恨ムラクハ未ダ歐米先進國ノ夫レニ比スベクモ非ズ、是ヲ以テ貴重ノ人命ヲ救フ術ヲ施サズシテ、空シク鬼籍ニ登ラシムル場合尠ナラズト思考ス。本邦實地家諸君ニシテ、本症ノ病理解剖的變化ト臨牀的症狀トヲ對照シ、徐ニ其病變ノ狀況ヲ考察シ、傍ラ外科術ハ本症ニ對シ、如何ナル程度マデ爲シ得ルカヲ熟知シ、實地ニ臨ミ冷靜ナル判斷ヲ下シ、適切ナル適應症ヲ判定シ、外科家ニ讓ルベキハ之レヲ讓リ然ラザルモノハ自家ノ手ニ委スルノ傾向、全國ニ普及スレバ、蓋シ社會ニ裨益スルコト大ナルベシ。(大正五年四月發行日新醫學第五年八號所載)

- 三宅速博士「膿瘍突起ニ就キテ」ノ結論大正五年四月日新醫學所載
- 一 膿瘍突起ハ我邦ニ於テモ亦泰西諸文明國ト同様ニ多數ニ存スル重要ナル疾病ナリ。
 - 二 療法トシテハ絕對的ニ外科手術療法ヲ推擧ス。

- 三 手術ノ效果ヲ完タカラシメンニハ、早期診断ノ下ニ早期手術ヲ施スニアリ。
 - 四 若シ此期ヲ失スレバ危急或ハ遅期手術ノ適應症ヲ選ビテ手術スベキモノトス。其他ノモノハ内科療法ニ委シ、根治手術ノ期ヲ俟ツヲ得策トス。
 - 五 根治手術ハ炎症刺戟症狀ノ全然消滅セシ期ヲ待テ施スベキモノトス。爾カスレバ成績良好ニシテ永久ニ治癒シ得ル理想的ノ好果ヲ奏スベシ。
- 有光藤三郎學士「過去八箇年間に佐藤外科教室ニ於テ手術セシ蟲様突起炎ニ就テ」ノ結論大正六年五月 日新醫學所載
- 一 蟲様突起炎ハ我が邦ニテモ少ナカラザル疾患ナリ。
 - 二 本症ハ十一歳乃至三十歳ノ間ニ最多ク、死亡率ハ却テ其年代ニ少ナク、高年ニ向ヒ増加ス。
 - 三 男子ハ女子ヨリ本症ニ罹リ易ク、而カモ死亡率ニ於テモ大ナリ。
 - 四 過去八箇年間に本症ノ流行ノ如キモノナシ。
 - 五 糞石ハ本症ニ對シ、左程ノ意味ナク、唯破壊性ヲ起シ易キ誘因ヲ與フルモノノ如シ。
 - 六 本症第一回發作ニ於テ最死亡率多ク、漸次回数ヲ増スト共ニ死亡率モ減少ス。
 - 七 「エオジン」染色性細胞ノ増減ニ依リ本症ノ豫後ヲトシ得ルモノノ如シ。
 - 八 手術ハ早期手術ヲ以テ最安全ナル根治療法トナシ、其期ヲ失セルトキハ止ムヲ得ザル場合ヲ除キ、間歇期ヲ待テ根治手術ヲナスヲ可トス。
 - 九 瀰漫性化膿性腹膜炎ヲ起ストモ手術期早キダケ死亡率減少セシメ得。
 - 一〇 我が國ノ手術成績ハ歐洲ニ於ケル成績ニ比シ、決シテ劣ルモノニアラズ。

ヒルシユスブルング氏病

一七 ヒルシユスブルング氏病

ヒルシユスブルング氏病 Hirschsprung'sche Krankheit. (先天性結腸巨大症 Megacolon congenitum.) ニ於テハ生後排

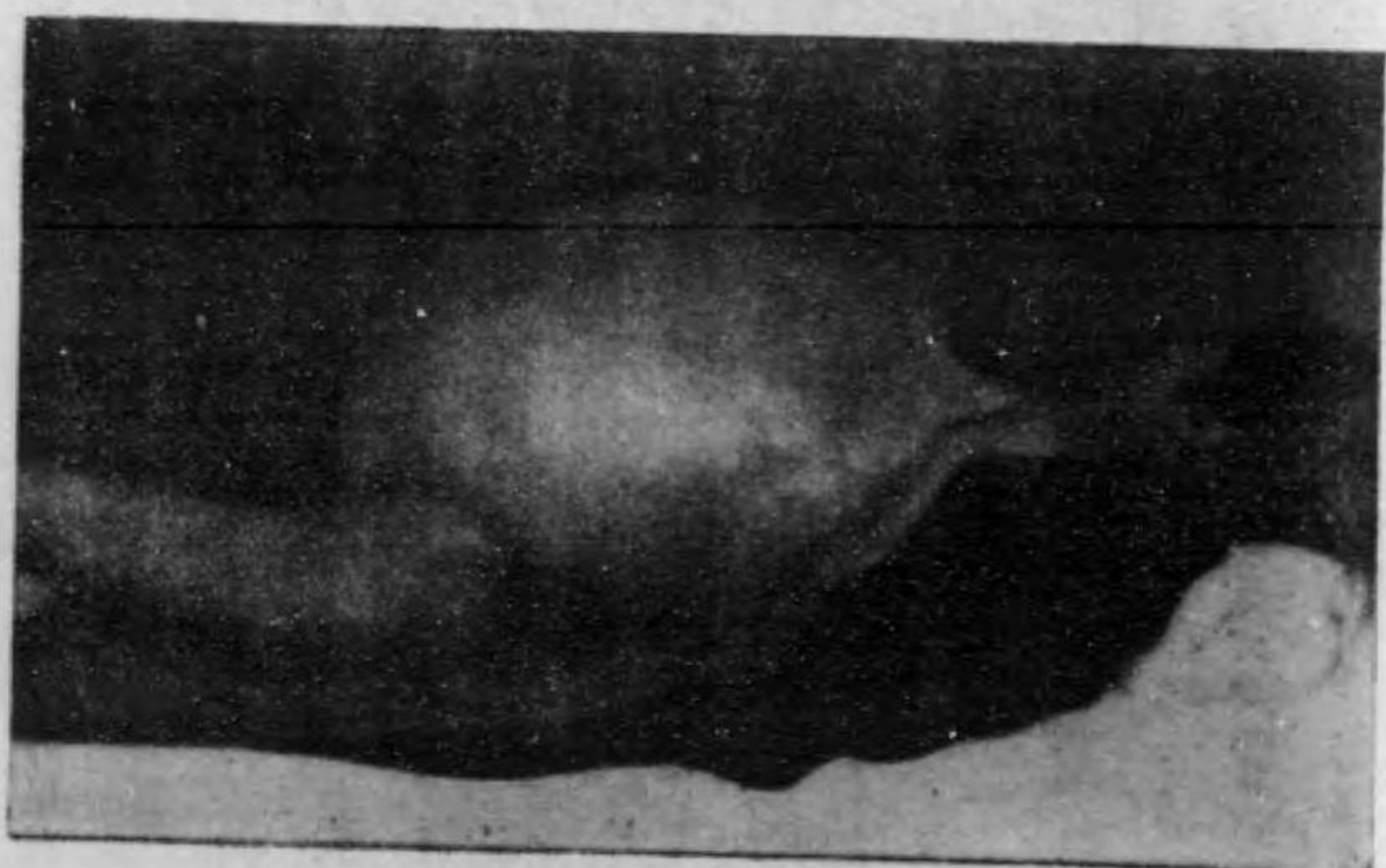
便困難アリ、多クハ發育不良ニ陥リテ早世スルモ、亦同一ノ病徵ヲ有シツツ成育スルモノアリ、頑固ノ便秘及ビ腹部膨滿ヲ以テ主徵トス。

診斷 瘦削セル小兒ニシテ頑固ノ便秘、腹部膨滿ヲ呈シ、腹壁ヨリ結腸ニ充盈セル糞塊ヲ觸レ、直腸ヲ檢シテ高ク上部ニ互リ糞便ノ鬱積アルヲ認ムルヲ以テ診斷ス。内容鬱滯極度ニ達スルトキハ腸管閉塞症狀ヲ呈スルニ至ル。

療法 太キ胃用ネラトン氏「カテーテル」ヲ送入シテ瓦斯ヲ漏シ高位灌腸法ヲ施シテ宿便ヲ排除ス。又腹部「マッサージ」及ビ電氣療法等ヲ試ミテ輕快ヲ得ルコトアリ。

外科的手術トシテハ、肥大擴張セル結腸ヲ切除シ、又ハ小腸ト直腸トノ間ニ吻合術ヲ施シ、或ハ又全身狀態ノ如何ニ從ヒテ人工肛門ヲ造設ス。

第二百四十九圖ハ長ク林病院ニ於テ處置シタルヒルシユスブルング氏病ヲ患フル女子ニシテ、偶、腸管閉塞症狀ヲ起シ、極度ノ腹部膨滿ヲ呈セルトキ撮影セルモノナリ。此患者ハ十六歳ニシテ鬼籍ニ入レリ。



第二百四十九圖
ヒルシユスブルング氏病
病氏グンルブスユシルヒ
(院 前 林)

「ヘルニア」

鼠蹊「ヘルニア」

第十一 「ヘルニア」

一 鼠蹊「ヘルニア」

鼠蹊「ヘルニア」Hernia inguinalis. ニ内外ノ別アリ、下腹壁動脈ノ外側、鼠蹊管内口ノ存在スル外鼠蹊窩ヨリ鼠蹊管ヲ經テ出ヅルモノハ外鼠蹊「ヘルニア」Hernia inguinalis externa ニシテ、下腹壁動脈ト側膀胱嚢嚢帯トノ間ナル内鼠蹊窩ヨリ直ニ鼠蹊管外口ニ出ヅルモノハ内鼠蹊「ヘルニア」Hernia inguinalis interna ナリ。

外鼠蹊「ヘルニア」

一 外鼠蹊「ヘルニア」

外鼠蹊「ヘルニア」ハ成立。(1) 先天的ニ存シ、或ハ生後間モナク形成セララルモノアリ。(2) 先天的ニ鼠蹊管ニ於テ「ヘルニア」發生ノ素因ヲナスベキ構造ヲ備ヘ、後年ニ到リテ之ヲ發起スルモノアリ、即チ鼠蹊管口ノ異常大、腹膜鞘狀突起ノ一部遺殘等アル場合トス。(3) 全ク先天的關係ナク發生スルモノアリ、即チ老衰、榮養不良、長時ノ病臥等ニ因ル筋組織ノ萎縮及ビ脂肪組織ノ消失ニ因テ起リ、又鼠蹊窩ニ於ケル腹膜前脂肪腫ノ形成ヲ原因トスルコトアリ。

發生誘因トシテハ、總テ腹壓ノ亢進ヲ來スベキ事項ヲ舉グベシ、即チ努責、咳嗽、啼泣、便秘、排尿困難、妊娠疾走、力業、聲樂等トス。本症ハ哺乳期及ビ老年期ニ多ク、男子ニ多ク女子ニ少ナシ、左側ニ比シ右側ニ多ク、亦兩側ニ來ルコト稀ナラズ。外鼠蹊「ヘルニア」ハ内鼠蹊「ヘルニア」ニ比シテ遙ニ多シ。

先天的異常關係ノ下ニ形成セララルモノハ主トシテ腹膜鞘狀突起ノ遺存ニ因ス。第二百五十圖ハ之ガ睾丸ニ對スル關係ヲ示ス。圖3ハ最モ普通ニ見ルモノナリ。睾丸莖膜腔ト「ヘルニア」嚢腔ト相通ズルモノ亦稀ナラズ、(圖2)之レヲ交通性「ヘルニア」ト謂フ。又睾丸下行不全ヲ伴フコトアリ。(圖1)「睾丸下行不全症」ノ條下及ビ其附圖ヲ參照ス

ベシ。圖中4ハ「ヘルニア」ニシテ陰嚢水腫ヲ兼發セルモノヲ示ス

症候 外鼠蹊輪ノ位置ニ於テ、或ハ鼠蹊部ヨリ陰嚢ニ互リテ腫起ヲ生ズ。皮膚ハ尋常ニシテ癒著ナク、唯膨隆著シキト

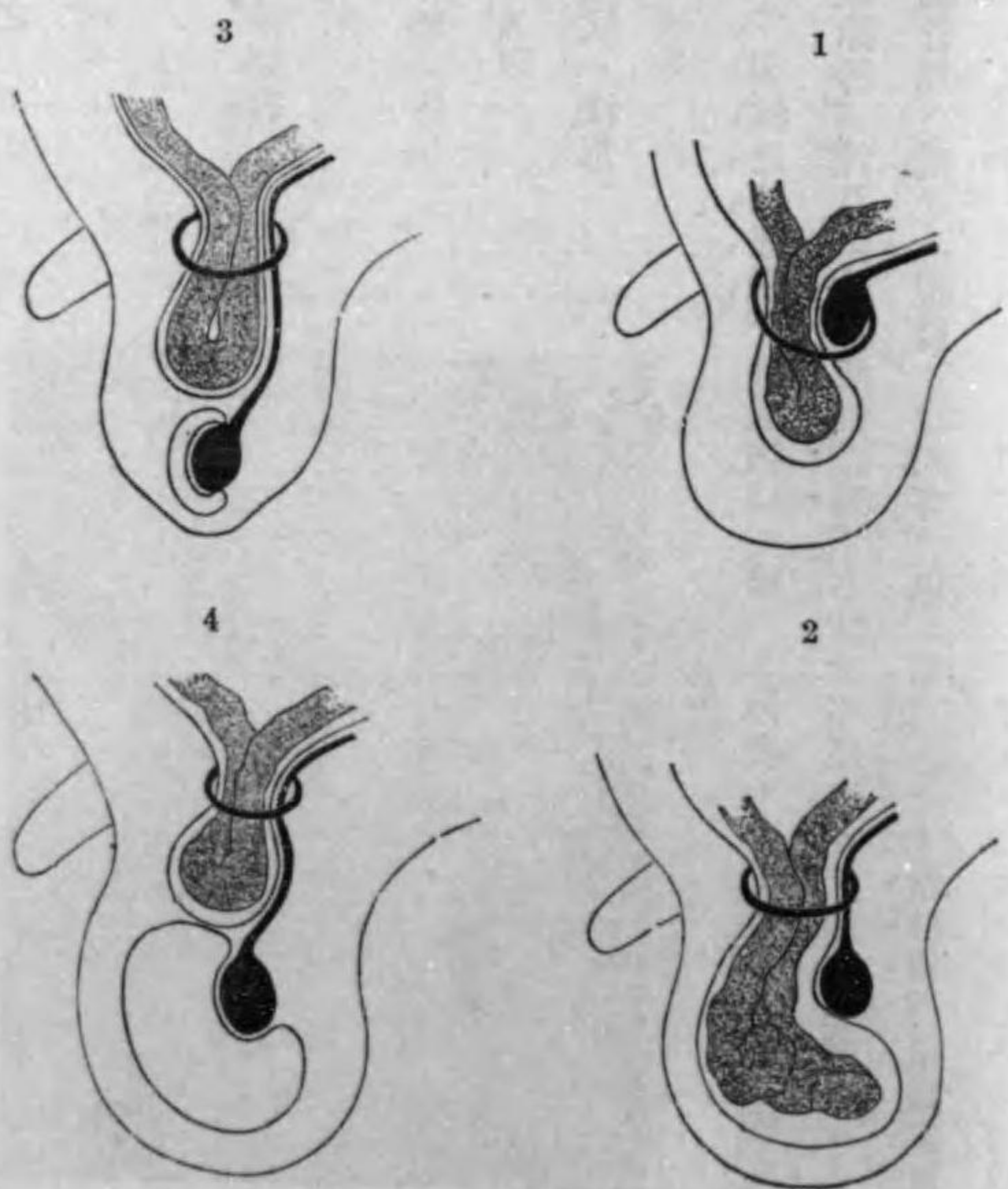
キハ緊張ヲ呈ス。腫起ノ形狀ハ球形、長圓形、梨子狀形等ニシテ、境界分明、弾力性ニシテ、表面平滑ナリ。或モノハ單ニ鼠蹊管外口部ノ丘狀腫起ヲ呈スルニ止ルモ、(第二百五十一圖、第二百五十二圖) 或ルモノハ陰嚢内ニ及ビ(陰嚢「ヘルニア」Hernia scrotalis) 陰嚢ニ於テ鳩卵大、鶏卵大或ハ

手拳大等ノ腫瘤ヲ呈シ、著シキモノニアリテハ其大サ小兒頭大ニ達スルコトアリ。(第二百五十三圖) 通例該腫瘤ノ外ニ移動性睾丸ヲ觸知シ得ルモ、(第二百五十四圖3) 先天性「ヘルニア」ニアリテハ之レヲ觸レザルコトアリ。(第二百五十四圖1) 又觸ルルモ嚢ニ固着セルコトアリ。(第二百五十四圖2) 内容ニシテ腸管ナルトキハ此腫

瘤ハ打診上鼓音ヲ呈ス。「ヘルニア」腫瘤ハ膨大縮小ノ性アルヲ特異トス、即チ努責ヲ命ズルトキハ腫脹加ハリ、安靜平臥ヲ命ジテ按撫壓迫ヲ加フルトキハ、内容腹腔ニ還納セララルガ爲メニ、腫瘤ハ縮小シ或ハ全ク消失スベク、更ニ起立、努責、咳嗽、啼泣等ニヨリテ膨大ス。還納時、精系ノ方向ニ指頭ヲ外鼠蹊輪即チ「ヘルニア」門ニ送リテ之

レヲ檢スルトキハ、(第二百五十四圖) 健側ニ比シテ裂隙ノ大ナルヲ觸知シ得ベシ。斯クノ如ク「ヘルニア」ハ普通ノ場合

第二百五十二圖 「ヘルニア」嚢及睾丸固着膜ノ種種ナル關係ヲ示ス



ニ於テ還納性ヲ有スルモ、内容癒著ノ爲メ、或ハ門ノ著シク狹隘ナルガ爲メ、又或ハ内容ノ充盈セルガ爲メ、往往還納不可能ナルコトアリ。之レヲ不還納性「ヘルニア」 Irreponible Hernia ト謂フ。

自覺的ニハ何等苦痛ナキヲ常トスルモ、亦屢、局部牽引ノ感、或ハ鈍痛等ヲ訴ヘ、著大ナルモノハ之レガ爲メニ動作ノ不便ヲ感ゼシム。其他胃腸症狀ヲ呈スルコトアリ。〔箱頓ニ就キハ箱頓「ヘルニア」ヲ見ヨ〕

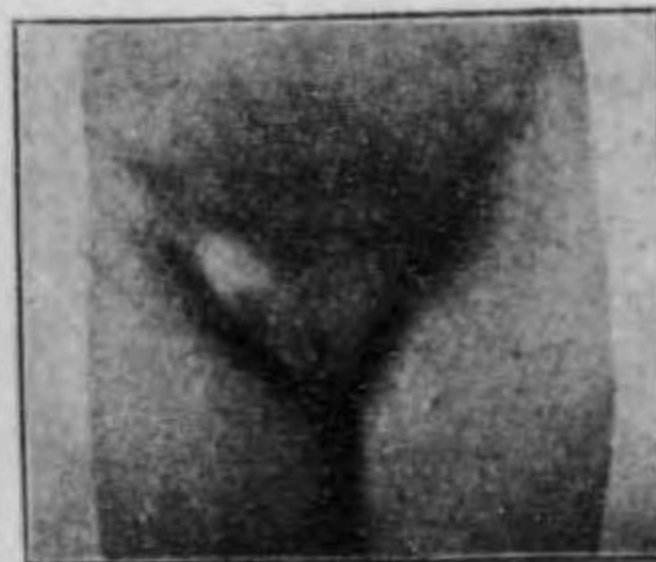
診断 部位及ビ特異ノ性状ヲ有スル腫瘍ニ依リテ診斷容易ナルモ、其不還納性ノモノハ他症ト誤認セラルルコトナキニアラズ。就中内容ニシテ網膜ナルトキハ癒著ヲ來シ易ク、爲メニ不還納性トナリ且ツ打診上濁音ヲ呈スルヲ以テ一見診斷ヲ決シ難キ場合アリ、既往症及ビ腫瘍ノ性状ニ注意シ、一方類症ヲ擧ゲテ之レト鑑別スベシ。

鑑別 (1)陰囊水腫及ビ精系水腫。同症條下ヲ見ヨ。(2)淋巴腺腫脹。外鼠蹊口ニ接シテ單發セルトキハ本症ト誤ルコトアリ、其經過、壓痛性、原病癒證明、膨縮性缺除等ニ注意ス。(3)流性膿瘍。本性モ亦壓迫ニヨリテ退縮スルノ性アリ、骨病癒ノ證明、波動性、境界不分明及ビ腸骨窩ニ於ケル膿瘍ノ證明等ヲ以テ鑑別ス。(4)脂肪腫。鼠蹊部皮下脂肪腫ハ其觸診狀態恰モ網膜「ヘルニア」ニ類スルモ鼠蹊管ト關係ナキヲ以テ區別ス。精系ニ沿ヒテ下行スル腹膜

圖一十五百二第 「アニルへ」蹊鼠外



圖二十五百二第 「アニルへ」蹊鼠外子女



鼠蹊「ヘルニア」ト股輪「ヘルニア」

前脂肪腫、所謂脂肪「ヘルニア」ニアリテハ鑑別殆ンド不能ナルコトアリ、殊ニ此種ノモノハ往往「ヘルニア」ヲ合併ス、注意スベシ。(5)精系靜脈瘤。膨縮性アリ、且ツ部位相類スルモ、此腫瘍ハ緊張弱ク、表面不規則ニシテ、數個ノ索條ヨリ成ル。(6)股輪「ヘルニア」。プーバルト氏靱帶ノ上ヲ出ヅルハ鼠蹊「ヘルニア」ニシテ、股輪「ヘルニア」ハ其下ヲ出ヅ、此關係明瞭ナルモノハ區別困難ナキモ、股「ヘルニア」ニシテ、著シク上方ニ向ヒ爲メニ腫瘍ガプーバルト氏靱帶ノ上方ニ存スルノ觀ヲ呈シ、反對ニ鼠蹊「ヘルニア」ニシテ同靱帶下ニ向ヒテ増大スルコトアリ、又觸診上該靱帶ノ經過不明瞭(肥滿家若クハナルコトアルヲ以テ、一見鑑別ニ惑ヒ、手術ニ際シテ初メテ誤診ヲ認ムルノ例ナキニアラズ。

圖四十五百二第 查診ノ門「アニルへ」



- 鼠蹊「ヘルニア」ト股輪「ヘルニア」
- 1 プ氏靱帶トノ關係 鼠蹊「ヘルニア」 其上位ヨリ起ル
 - 2 男女 男子ニ多シ
 - 3 年齢 大人ニ見ルモ亦小兒ニ多シ
 - 4 大小形状 陰囊腔内ニ下降スルコト多ク 往往著シキ大ナルコトナシ、長形 整復後腫ルル門ハ鼠蹊管ナリ
 - 5 門 下肢對血浮腫ヲ起スコトナシ
 - 6 血管壓迫

- 其下位ヨリ起ル
- 女子ニ多シ
- 三十歳以後ヲ普通トス、小兒ニ稀ナリ
- 陰囊腔内ニ關係スルコトナク 著シク大ナルコトナシ、球形 股輪ナリ
- 稀ナルモ其大ナルトキハ之ヲ起スコトアリ、往往下肢靜脈瘤ノ原因ヲナス

豫後 常ニ箱頓ヲ招致シ得ルノ危険ニアルモノナリ。

療法 豫防的ニ本症ノ

發生誘因ヲナスベキ腹壓
亢進ノ原因ヲ除クベシ。

本症ニ對シ「ヘルニア」

帶ヲ用ヒテ治療ヲ得ルコ

トハ小兒ニ於テ時トシテ

目的ヲ達スルコトアルノ

ミ、此法ハ概ネ唯内容脱出ヲ防止スルノ姑息的手段ニ過ギズ、之レガ使用ニ當リテハ次ノ諸點ニ注意ス。

一 完全ニ還納セシメテ後帶用ス。

二 運動歩行等ニ當リ腰枕ノ下ヨリ内容ノ脱出セザルコトヲ嚴ニ注意スベシ。即チ「ヘルニア」帶ハ完全ニ體格ニ適合セルモノヲ用

フルヲ要ス。

三 清潔ヲ圖ル。

四 夜間ハ除去ス。

「ヘルニア」ノ根治療法ニハ唯手術アルノミ。

外鼠蹊「ヘルニア」根治手術 Radicaloperation der Leistenhernie

適應症 一般ニ手術(及ビ麻酔)ノ禁忌ト認ムベキ重篤ナル合併症ナキ限り如何ナル場合ニモ施シ得ベシ。

時期 何レノ年齢ニアリテモ行ヒ得ベキモ、乳兒ニハ特ニ注意ヲ要ス。即チ一般抵抗力ノ薄弱ナルト術後防腐的糊帶ノ困難ナル

トノ不利アルヲ以テ、特別ノ障礙ヲ發起セザル限リ寧ロ若干月ノ成長ヲ待ツヲ可トス。就學期前ヲ手術時期トシテ選ブモノ多シ。

此時期ニ達スルノ期間ニ於テハ小ナルモノニアリテハ放置スルモ不可ナク、或ハ又「ヘルニア」帶ヲ使用セシム。但シ著シク大ニシ

テ斷エズ脱出シ爲メニ動作ノ阻害セラルルモノ、腸胃症狀ヲ呈セルモノ、發育ノ障礙セラルルモノ等、及ビ屢、還納ノ困難ヲ反復



圖 二 百 五 十 五 第
帶「アニルヘ」

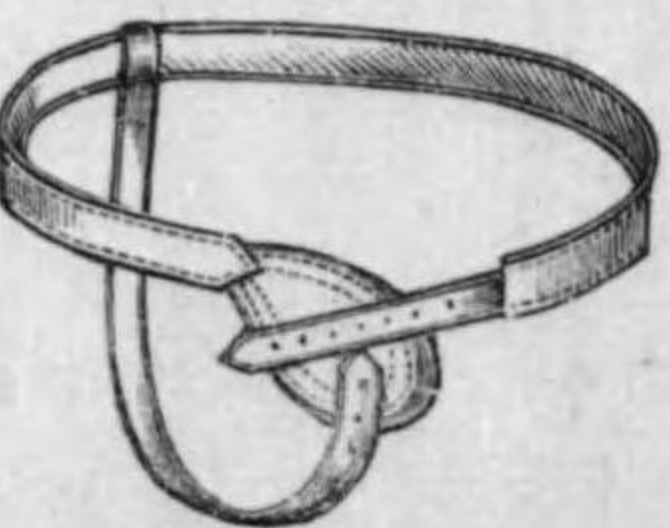


圖 二 百 五 十 六 第
帶「アニルヘ」

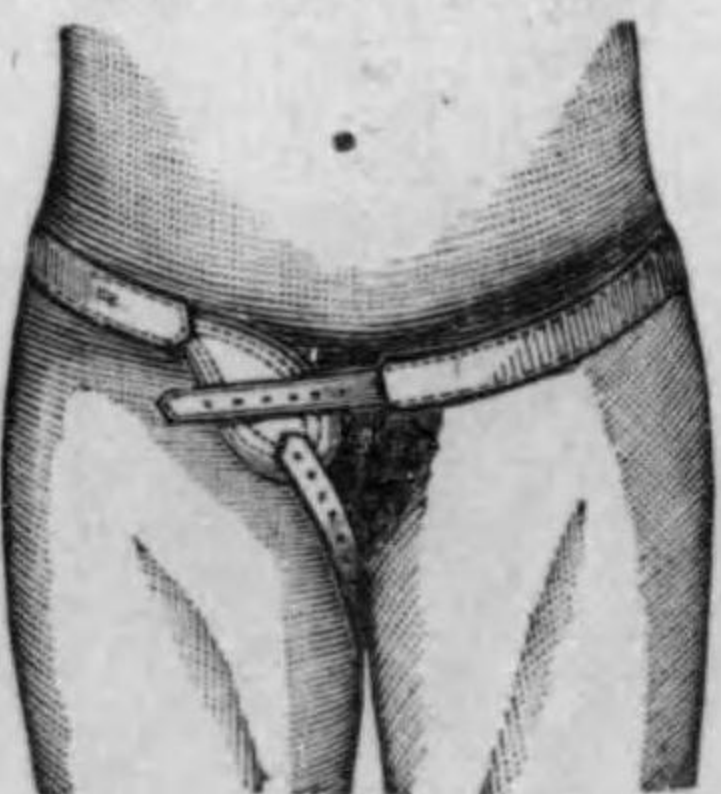


圖 二 百 五 十 七 第
用使ノ帶「アニルヘ」

外鼠蹊「ヘルニア」根治手術

スルモノニアリテハ、成ルベク早期ニ手術スベシ。

麻酔 普通全身麻酔法ヲ施スモ、又「ノボカイン」局處麻

酔法ニ於テ施シ得ベシ。幼者ニアリテハ全身

「ヘルニア」根治手術「ノボカイン」局處麻酔法 第二百五十

八圖ニ示ス如ク先ヅ二刺入點ヲ定ム、其一點ハ腸骨上棘ノ内

方三横指ノ部ニ、二點ハ恥骨地平枝ノ直上ニテ外鼠蹊輪ニ一致

ス。一點ヨリハ先ヅ矢ノ方向ニ腸骨ト刺入點ト間ノ筋層ニ

向テ注射ス、之ニハ〇・五%「ノボカイン」アドレナリン「溶液

ニ〇・〇%ヲ要スベシ。即チ長キ針ヲ以テ第一ニ皮膚表面ニ垂直

ニ外斜腹筋ノ腱膜、内斜腹筋及ビ横腹筋ヲ通ジ、然ル後、漸次前上棘ニ向テ稍々斜ニ針ヲ進メ筋層ヲ浸潤セシム、之レニ依リテ側腹ヨリ前内

下方ニ向テ走り鼠蹊部ニ分布スル腸骨下腹神經及ビ腸骨鼠蹊神經ヲ麻痺セシムルヲ得。次ニ更ニ一點ヨリ刺入シ下方ニ外斜腹筋ノ腱膜下ニ於テ

内方及ビ外方ニ同麻痺液一〇乃至二〇・〇%ヲ注射スルコトb及ビcノ如クス。後二點ヨリ刺入シテ腸骨ニ向ハシメ一〇・〇%ヲ扇子狀ニ深部ニ注射

ス、此際針尖ハ腸骨ニ達スルヲ要ス。次d、eノ方向ハ筋膜下ニ於テ鼠蹊管即チ精系ニ沿ヒテ一〇・〇%肉又狀ニ注射ス。或ハ單ニ鼠蹊管ニ入レ

タル指ノ示導ノ下ニ全鼠蹊管部ノ筋膜下注射ヲ施ス。最後ニ皮切ノタメニ菱形皮下注射ヲ行ヒテ能ク目的ヲ達スベシ。此注射ニハ〇・五%「ノボ

カイン」アドレナリン「液ノ總量五〇—一〇〇・〇%ヲ要ス。

兩側「ヘルニア」ニアリテハ、兩側ニ注射ヲ施シテ後手術ニ著手スベシ。

消毒 最モ嚴ナルヲ要ス。「ヘルニア」囊ハ腹膜ノ一系ナルヲ以テ開腹手術ト選ブ所ナシ。

術式 種種アルモ、最モ理想的ト認メラレ、術簡易ニシテ結果確實ニ、且ツ何レノ場合ニモ行ヒ得ベキパッシニー氏ノ法ヲ選ビ

此法ニ熟達スベシ。

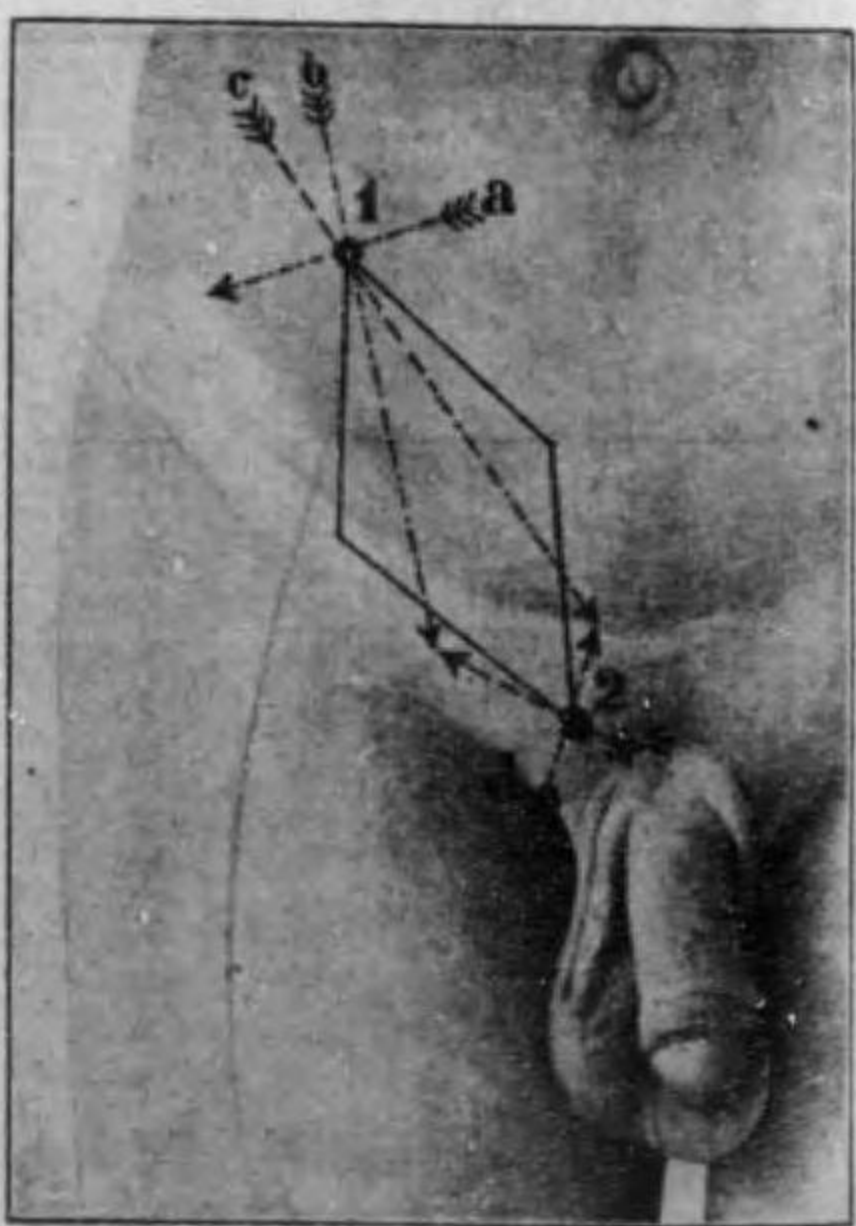
パッシニー氏「ヘルニア」根治手術 Radicaloperation nach Bassini (1883) 此手術ノ主眼トスル所ハ鼠蹊管ノ改造

ナリ、即チ「ヘルニア」ノ場合ニ於テ全ク生理的狀態ヲ失ヒ一種ノ腹壁孔口即チ「ヘルニア」門ト化シタル鼠蹊管ヲシ

テ、再ビ健康體ニ於ケルガ如ク相隔リタル内輪外輪ヲ有スル斜位ヲ取レル管狀ニ復セシメ、以テ鼠蹊管ニ對スル腹

第二篇 疾病篇 鼠蹊「ヘルニア」

圖 二 百 五 十 八 第
手治根「アニルヘ」鼠蹊
法解麻連傳ルケ於ニ術
(nach Braun)

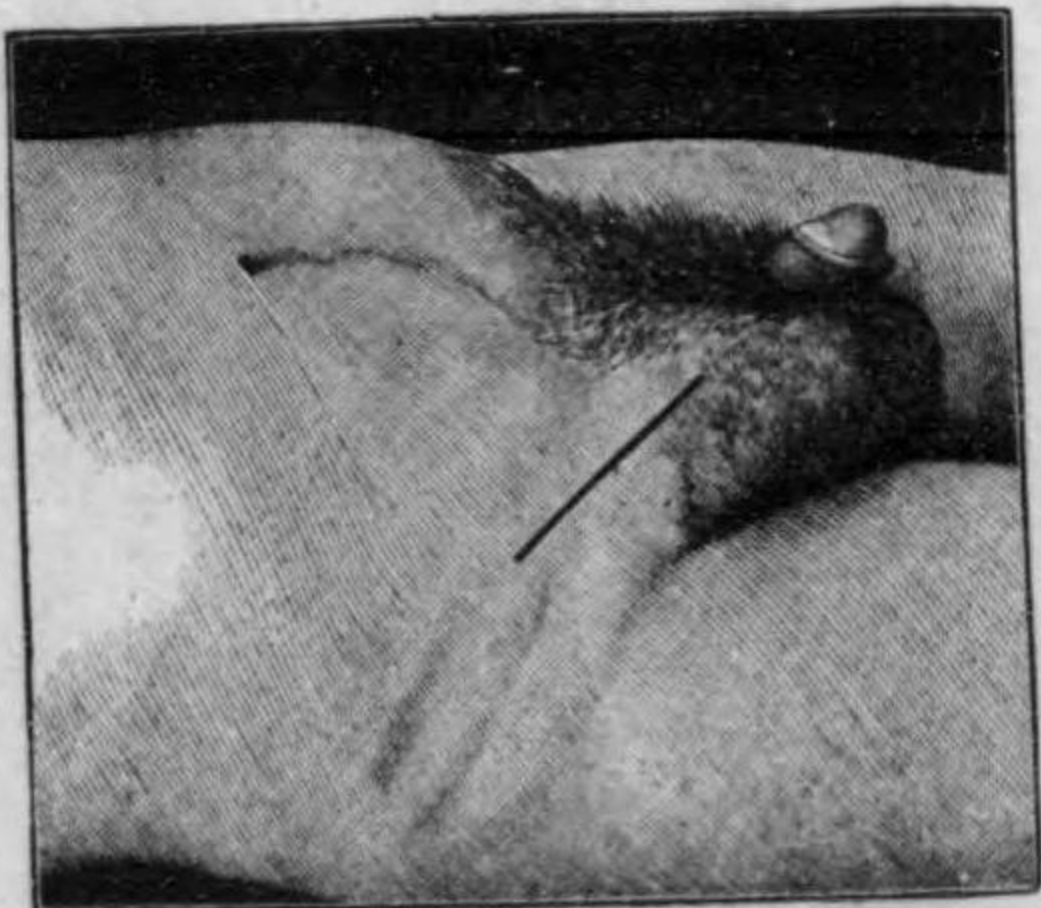


壓ノ作用點ヲ變ジ、同時ニ内鼠蹊輪狹小トナルガ爲メニ内臓ノ脱出ヲ防止シ得ルニアリ。術式次ノ如シ。

- 一 皮膚ヲ切開ス。鼠蹊管ノ方向即チ外斜腹筋纖維ノ方向ニ一致シ、其切開線ノ下端ニ外鼠蹊輪ヲ有スル切開ヲ施ス。即チ豫メ指頭ヲ以テ「ヘルニア」門ヲ探リ、此部ヲ標準トシテ斜ニ外上方ヨリ下方ニ走ル切開ヲ加フベシ。(第二百五十九圖) プーバルト氏靱帶ヨリ二指横徑ヲ隔テ之ニ平行シテ設クル斜線ハ略前上ノ目的ニ適フ線ナリ。此切開ハ成人ニ於テ長サ七仙迷前後、小兒ニアリテハ五仙迷前後トス。充分止血ス。

注意 皮膚ノ切開下位ニ過グルトキハ創裂開ニ外斜腹筋ノ腱膜充分現ハレズ、從テ後ノ操作ニ不便ナリ。此腱膜ニシテ明瞭ニ露出セラルルニアラザレバ、正式ニバツシニ一氏手術ヲ施サント不能ナリト知ルベシ。

第二百五十九圖 鼠蹊「ヘルニア」切開皮膚ルケ於ニ術手「アニルヘ」



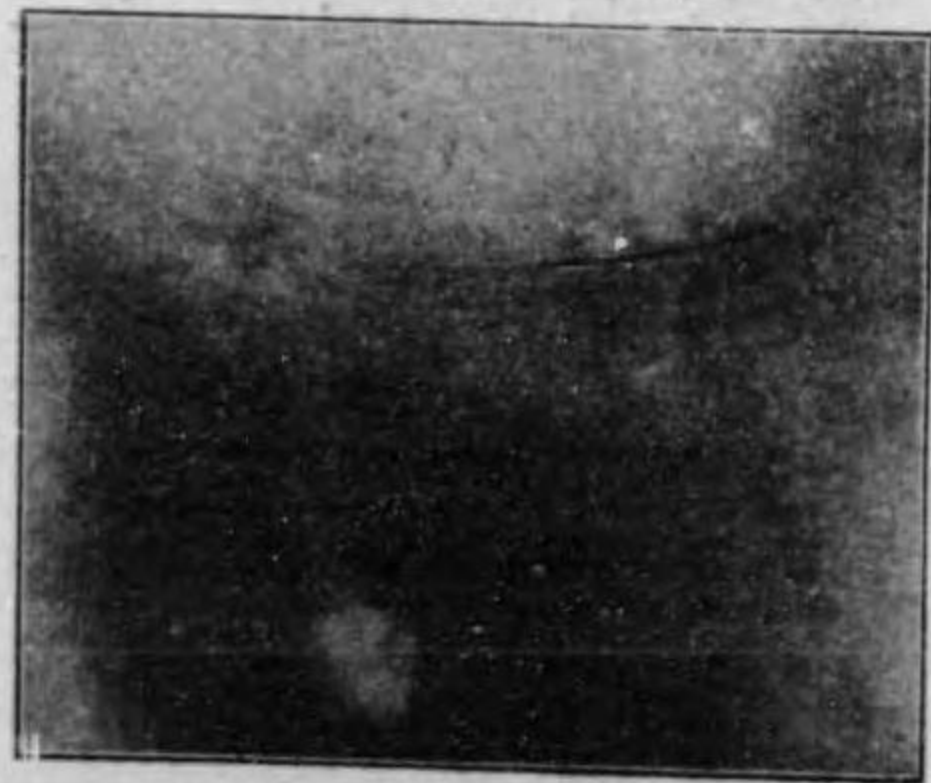
林病院長ハ斜切開ニ代フルニ兩側腸骨前上棘間ヲ連結スル横走皺襞ニ施ス横切開ヲ以テセリ。此皮膚切開ニ依ルトキハ消毒上完全ヲ期シ得ベク、後療法中被覆繃帶ノ施行ニ便利アリ、且ツ治後癢痕幽微ナルノ利益アリ。而シテ此部ニ於テハ皮下組織粗大ニシテ皮膚ノ移動自在ナルヲ以テ、鈍鉤ヲ用テ排開スレバ隨意ノ方向ニ創裂ヲ擴大スルコトヲ得ベク、後ノ操作ニ不便ヲ感ズルコトナシ。(第二百六十圖・第二百六十一圖)

二 外斜腹筋、腱膜ヲ開ク。皮膚、皮下組織及ビ淺在筋膜ヲ開クトキハ白色ノ光輝アル強靱ナル纖維ヨリ成レル外斜腹筋腱膜ニ達ス其下端ニ於テ同筋纖維ガ左右ニ分レ兩脚間ガ恰モ半環ヲナセルモノ、即チ外鼠蹊口ヲ見ルベシ。(第二百六十二圖) 是ニ於テ外斜腹筋腱膜ヲ其纖維ノ方向ニ切開スルコト三乃至五仙迷、鼠蹊管ノ前壁ヲ開放ス。此際該腱膜ノ切開ハ稍、正中線ニ偏シテナスヲ便トス。開キタル腱膜ノ兩切開線ヲ下層組織ヨリ鈍性ニ剝離ス、其内側緣ハ内斜腹筋ノ充分現ハルルマデ剝離シ、外側緣ハ其翻轉シテプーバルト氏靱帶ヲナス部ニ及ブ。動脈鉗子或ハ腹膜鉗子ヲ利用シテ此兩緣ヲ固定シ、内外兩側ニ開キ置クベシ。(第二百六十五圖)

或ハ單ニ鉤開スルモ可ナリ。

三 「ヘルニア」囊ヲ剝離ス。既ニ外斜腹筋腱膜ヲ開キ鼠蹊管ヲ開放スレバ、創裂ニ於テ總莖膜ニ被包セラレタル精系ヲ得、今總莖膜ヲ兩齧子ノ間ニ於テ開クトキハ茲ニ精系血管及ビ輸精管ト共

第二百六十圖 鼠蹊「ヘルニア」切開皮膚ルケ於ニ術手「アニルヘ」(院病林)



第二百六十一圖 同前ノ子女ヲ開切皮膚上同ノモルヲ施シ「アニルヘ」(院病林)



ニ一束ヲナセル白色ノ「ヘルニア」囊(通例精系ノ外側ニ位ス)ヲ見ルベシ。此部ハ即チ囊頸ニシテ、囊ノ尖端即チ盲端ハ或ハ直ニ鼠蹊管外輪部ノ附近ニ止リ、或ハ遠ク陰囊内ニ達ス。既ニ「ヘルニア」囊ヲ見ルトキハ其一部ヲ鉗子ヲ以テ把持牽引シ、順次ニ周圍ノ組織ヨリ鈍性ニ剝離スベシ。剝離ハ先ヅ「ヘルニア」囊頸ニ於テシ、後末端ニ及ブヲ便トス、之レ頸ニ於テハ解剖的關係最モ明瞭ナレバナリ。若シ周圍トノ癒着強靱ニシテ鈍性ニ剝離シ難キトキハ剪刀ヲ用ヒテ徐徐ニ遊離セシム。此際輸精管ノ損傷ヲ避クルコト及ビ成ルベク血管ヲ破傷セザルコトニ充分注意スベシ。出血アルトキハ其部ヲ檢出シ、細キ絹絲ヲ以テ結紮止血ス。

注意 囊ヲ剝離スルニ當リ其境界分明ニシテ且ツ周圍組織トノ結合鬆粗ナルトキハ、難甚ダ容易ニシテ一舉ニ其全長ヲ遊離セシメ得ルコトアルモ、亦甚ダ困難ニシテ之ニ大ナル勞ヲ費スコトアリ。其境界不明ナルトキハ既ニ見出サレタル囊ノ一部ニ小孔ヲ造リ、茲ヨリ綿紗片ノ一端ヲ囊内ニ送ルトキハ容易ニ其位置、境界ヲ知ル可ク、剝離ニ當リテモ亦甚ダ便利ナリ。(殊ニ初學者ノ爲メニ著者ハ此法ヲ推奨ス) 若シ囊ノ剝離困難ニシテ周圍組織ヲ著シク破傷セシメ、又爲メニ長時間ヲ費サザルベカラザル如キ場合ニアリテハ、寧ろ囊ヲ中斷シ、末端ノ一部或ハ全部ヲ陰囊内ニ残留セシムルヲ可トス。此法ハ手術ヲシテ甚ダ簡捷ナラシメ、然カモ後陰囊ヲ留ムルコトナシ。先天性「ヘルニア」ニシテ「ヘルニア」囊腔ト睾丸固有莖腔ト交通スルモノニアリテハ亦囊ノ中斷ヲ必要トス。

四 「ヘルニア」囊ヲ除去ス。囊既ニ剝離セラレバ其頸(囊頸ノ腹腔ニ移行セントスル部分ハ前キニ開キタル外斜腹筋膜切開ノ上端即チ鼠蹊管内口ノ位置ニアリ)ニ於テ腹腔ニ接シ之レヲ結紮シテ切離ス。此際豫メ内容ヲ完全ニ腹腔内ニ還納セシメ置クベシ。内容ノ一部ガ囊ノ内壁ニ癒着セルコトアリ、最モ多ク網膜ヲ内容トセルトキニ之レヲ見ル。此場合ニハ注意シテ之レヲ剝離シ、又ハ二重結紮ヲ施シテ網膜ノ一部ヲ剪除スベシ。若シ腸管ニシテ囊ト癒着シ、剝離困難ナルトキハ、癒着セル「ヘルニア」囊ヲ輪狀ニ切除シ、腸管ト共ニ腹腔ニ納ムルヲ可トス。

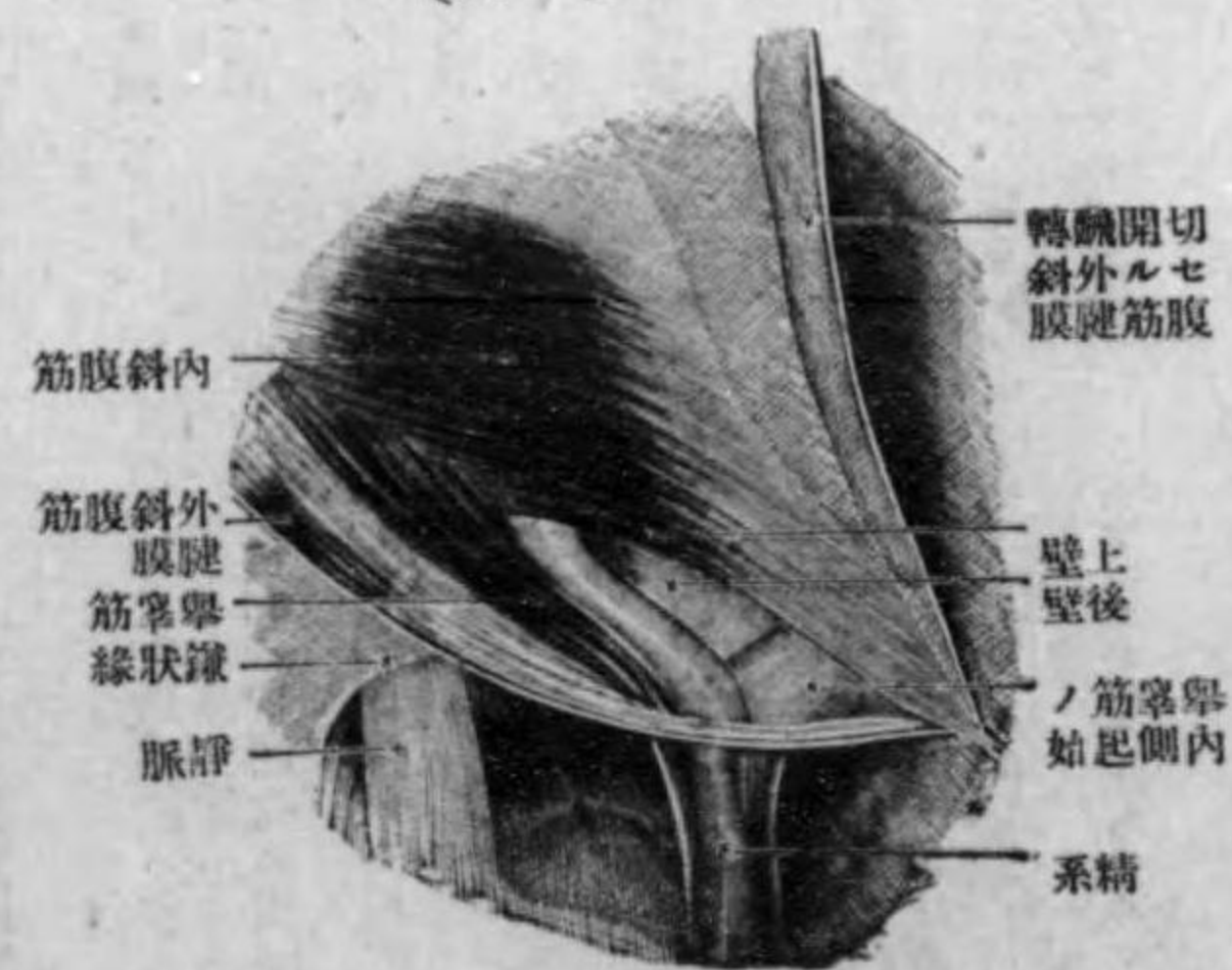
圖二百六十六第

1ノ式術手ニシツバシハ囊ヲ膜腱筋腹斜外(線點)ストンカ開ヲ之



圖三百六十六第

剖解ノ管蹊鼠 (nach Spalteholz)

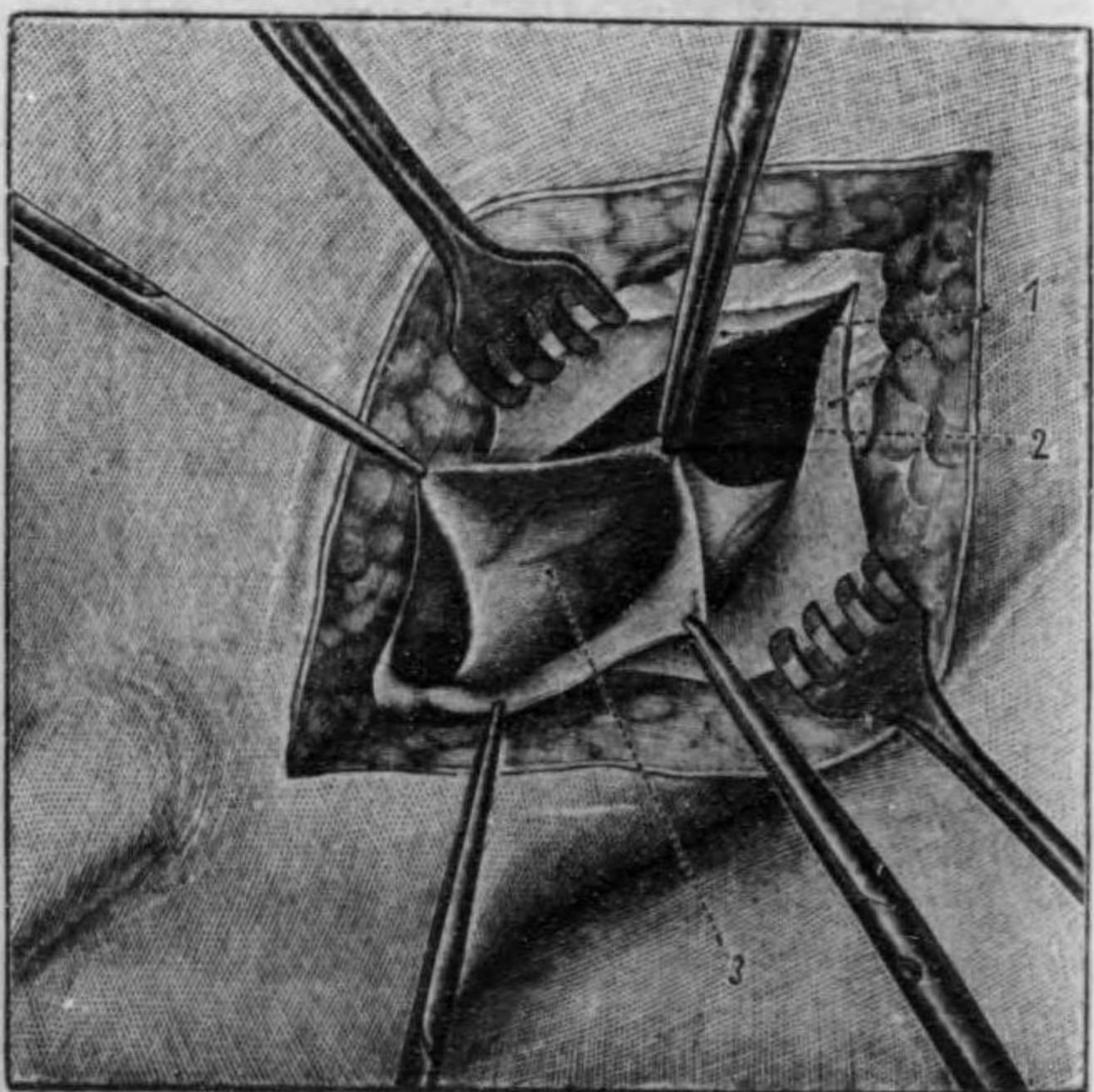


五 「ヘルニア」門ヲ閉鎖ス。既ニ「ヘルニア」囊ヲ除ケバ、鼠蹊管ニハ精系管、輸精管、精系血、管外ニ牽引シ、其下ニ綿紗條或ハ太キ絹絲ヲ通ジテ上方ニ牽引シ(第二百六十四圖)創底ニ於ケル脂肪及ビ鬆粗結締織ヲ深部ニ向テ壓抵シ、又其一部ハ之ヲ剪刀或ハ鑷子ニテ除去スルトキハ、其内上方ニ於テ内斜腹筋ヲ、外下方ニ於テ白色光澤アル「バルト」氏靱帶ヲ現出ス。今此二者ヲ牽出舉上セル精系ノ下ニ於テ縫合スルトキハ則チ鼠蹊管ノ後壁新造セララル(第二百六十六圖)此點ガ「バルト」氏手術ノ主眼トスル所ナリ。縫合ハ絹絲結締織ニ依リ、内鼠蹊輪部ニ於テ牽出セル精系ノ出ヅル部ノ直下ヨリ初ム、即チ内斜腹筋線ヲ去ル〇・五—一〇仙迷ノ部ニ於テ同筋ニ針ヲ刺入シ、横腹筋膜ヲ通ジ一度線ヲ牽出シ、對側ナル「バルト」氏靱帶ヲ後側ヨリ前側ニ向ヒ刺出セシム(第二百六十五圖)更ニ下方ニ一仙迷ヲ隔テテ第二線ヲ同様ニ刺通シ、漸次下行シテ全裂隙ニ及ブ。此線數ハ門ノ大小ニ從ヒ異ナルモ、通例三線乃至五線トス、又二線或ハ一線ニテ足ルコトアリ。次テ各線ヲ締結スルトキハ門全ク閉鎖セララル。(第二百六十六圖)最上位縫合ノ第一線高キニ過グルトキハ精系ヲ絞結セシムルノ害アリ、注意スベシ。門ノ縫合了レバ、精系ヲ其縫列ノ上ニ納メ、牽出セラレタル嚢丸ハ之レヲ陰囊内ニ整復セシム。

注意 一 精系ヲ外方ニ牽出スルニ當リテハ、前ニ吟開シ置ケル外斜腹筋膜外側線ノ内面ニ沿フテ示指頭ヲ送り、指尖「バルト」氏靱帶ヲ越エタルトキ指ヲ屈シ精系ヲ指腹ニ受クル如クナストキハ容易ニ之レヲ牽出シ得。(又指ヲ用キズ彎曲セル麥粒釘子ヲ以テスル)其際牽出ヲ妨グル器粗ナル結締織(精系ト其周圍トヲ連結スルモノ)ハ之レヲ鈍性ニ離開ス。二 門ノ閉鎖ニ當リ往往内斜腹筋ト「バルト」氏靱帶ノ認知明瞭ヲ缺ラシムベキコトアリ。

圖四百六十六第

圖ルセ開切ヲ部一其シ出露テ於ニ部頸ヲ囊「アールヘ」囊「アールヘ」3 筋腹斜内 2 膜腱筋腹斜外 1



第二篇 疾病篇 「ヘルニア」

四七五

クコトアリ。プーバルト氏靱帯ハ外科腹筋腱膜ノ一系ナルヲ以テニ述ベタル如ク、同腱膜ノ内
面ニ沿テ進ミ檢スルトキハ自ラ之ニ違スベシ。既ニ同靱帯ヲ得バ、其對側ニ於テ直チニ内斜腹筋
線ナル筋肉ヲ認メ得ベシ。

滿二年以下ノ小兒ニシテ、小ナル「ヘルニア」門ヲ有スルモノニアリテハ、門ノ閉鎖ニ當
リ、必ズシモ精系ノ轉位ヲ要セズ囊ヲ除去セル後、直チニ精系ヲ越エテ内斜腹筋線ヲプ
ーバルト氏靱帯ニ縫著シテ鼠蹊孔ヲ閉鎖スルモ再發ヲ來スコトナシト云フ者アリ。手術
野甚ダ狹隘ニシテ定型ノ手術ノ施行困難ナルトキハ此法ニ依ルモ不可ナカラシカ。

六、外科腹筋腱膜ヲ縫合ス。三乃至五針、結節縫合ヲ施ス。(第二百六十七圖)

七、皮膚ヲ縫合ス。
後療法 幼兒ニアリテハ尿管ニテ繃帶材料ヲ汚染シ易シ、屢々交換シテ常ニ清潔ニ保タシ
ムベシ。創部ハ之レヲ「コロヂウム」繃帶ヲ以テ閉ヅルヲ便トス。帶法ヲ參照 第八日抜絲、二
週ニシテ起立歩行ヲ許スベク、三乃至四週ニシテ業ニ復セシム。

女子鼠蹊「ヘルニア」ノ根治手術ハ男子ニ於ケルト異ナラズ、精系ニ對スル顧慮ナキ
ヲ以テソレニ比スレバ遙ニ簡易ナリ、但シ子宮圓靱帯ノ愛惜ヲ要ス。門ハ全部之レ
ヲ閉鎖ス。

波多雄正氏ノ「ヘルニア」根治手術

波多雄正氏ノ「ヘルニア」根治手術

一、鼠蹊三角部 Trigonum inguinale ニ於テプーバルト氏靱帯 Lig. Pouparti ノ上方一指横徑ニシテ之ト平行ニ鼠蹊管ノ經過ニ一
致シ斜ニ皮膚ヲ切開シ外科腹筋腱膜ヲ露出シ、上方ハ腹鼠蹊輪 Annulus inguinalis abdominalis ノ存在スベキ部、下方ハ明白ニ皮下
鼠蹊輪 Annulus inguinalis subcutaneus ノ上下脚、即 Crus inferius et Crus superius 及クプーバルト氏筋膜 Fascia Cooperi ヲ目撃シ得
ル如ク手術野ヲ展開ス、故ニ此點ハコッヘル、パッシーニー氏等ノ術式ノ場合ト殆ド同様ナリ。

圖五十六百二第

2ノ式術手ニシッパ

ストンセ鎖閉ヲ門「アールヘ」

膜腱筋腹斜外

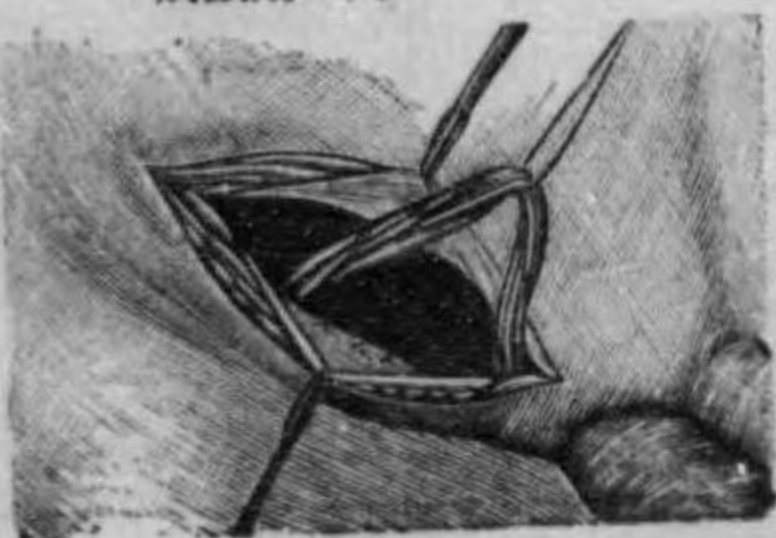
筋腹斜内
筋腹横及

筋腹前膜

圖六十六百二第

3ノ式術手ニシッパ

ル成鎖閉ノ門「アールヘ」

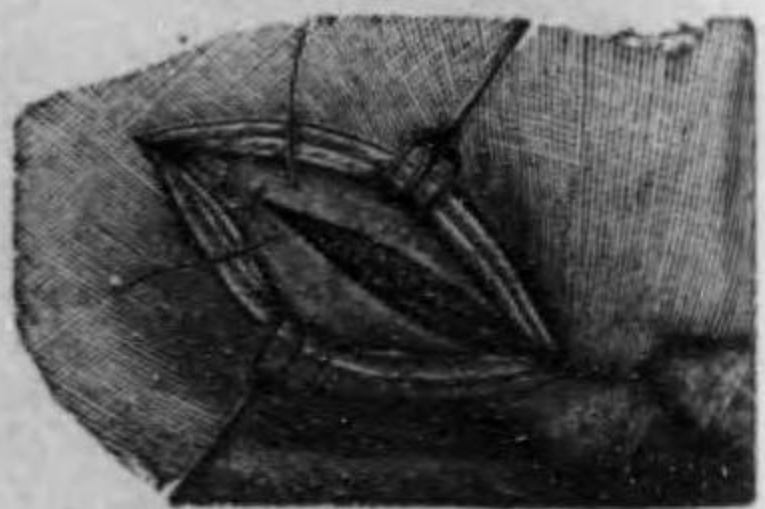


二、腹鼠蹊輪ノ存在スベキ部ニ於テ外科腹筋腱膜ヲ其ノ主ナル纖維ノ方向ト一致シテ凡ソ三
種ヲ切開シ、以テ内外斜腹筋ノ纖維ヲ鈍性ニ擴開シツツ深部ニ進ミ、腹鼠蹊輪ニ到達シ、此
部ヲ手術野中ニ露出ス。抑々腹鼠蹊輪ノ存在スベキ部ハ觸診上抵抗ノ相違ニヨリテ筋膜上ヨリ
判定スルコトヲ得ベシ、或ハ又左右ノ腸骨前上棘ヲ結合スル線ヨリ二乃至三指横徑下方ニ於
テ之ト平行スル線ガ鼠蹊管ノ方向線ト相交スル部位ヨリ深部ニ達スルトキハ、多クハ相違
無ク目的ヲ達シ得ベシ。要ハ筋層ヲ分ケテ腹鼠蹊輪ヲ露出シ、直接「ヘルニア」囊頸部ヲ抽フ
ルニアリ、故ニ手術困難ナル時ハ、パッシーニー式ノ如ク鼠蹊管前壁ヲ廣ク切開シ以テ「ヘ
ルニア」囊頸部ヲ抽フルニ便スルモ亦妨ゲズ。

圖七十六百二第

4ノ式術手ニシッパ

ス合縫ヲ膜腱筋腹斜外



三、「ヘルニア」囊頸部ノミヲ周圍特ニ精系ヨリ遊離セシメテ横ニ離斷シ、其腹腔端ハ結紮ニヨリテ閉鎖シ、且ツ此際附近ノ腹膜
ヲ充分上方迄可動性トナシ、以テ腹膜ノ漏斗狀陷沒ヲ生ゼザラシム。之ニ反シ「ヘルニア」囊ニ通ズル切斷端ハ其儘放置ス。此ノ中
へ決シテ手指、鉗子乃至綿紗等ヲ挿入ス可カラズ、マタ決シテ周圍ヨリ剝離スベカラズ。

「ヘルニア」囊頸部ヲ横ニ離斷スルニハ二様ノ法式アリ、頸部ニ癒着ノ少ナキ場合ニハ之ヲ精系ヨリ鈍性ニ剝離スルコトハ甚ダ容易
ナルガ故ニ「ヘルニア」内腔ヲ開クコト無シニ先ヅ單ニ結紮シ次ニ切斷ス。之レ第一法ナリ。

然レドモ囊壁ノ肥厚著シク且ツ癒着ノ強キモノニ在テハ、囊頸部自然ノ狀態ニ保存シタル儘周圍ヨリ遊離セシムルコト甚ダ困難
ナルコトアリ、斯ノ如キ場合ニハ先ヅ囊ノ前壁ニ縱徑ニ沿ヒ約二種餘ノ切開ヲ施シ「ヘルニア」内腔ニ達シ、次デ助手ヲシテ鑷子又
ハコッヘル氏止血鉗子ヲ以テ「ヘルニア」囊頸後壁ヲ爲セル腹膜ヲ舉上牽引シ横皺ヲ生ズルニ至ラシメ、以テ腔内ヨリ輪狀ニ頸部
腹膜ヲ剝離シツツ切斷ス。之レ第二法ナリ。

余ノ術式ハ元來還納性外鼠蹊「ヘルニア」ノ根治手術ヲ目的トセシモノナルガ故ニ「ヘルニア」囊内ニハ何等ノ内容ヲモ有セザル
場合ニ應用スルヲ原則トス。然レドモ「ヘルニア」囊内壁ニ癒着セル大網膜ノ一小尖端ノ如キハ手術前必ラズシモ診斷シ得ルモノニ
非ズ、マタ他面ニ於テハ腹腔ノ一憩室タル「ヘルニア」囊頸部ヲ無菌的ニ切開スルガ如キハ何等ノ危険ヲ伴フベキモノニ非ザルガ故ニ

原則トシテ毎ニ之ヲ切開シ以テ内部ヲ精査シ、見逃サレタル大網膜癒著又ハ索狀物等ヲ處理スベキナリ。

四 雙方ニ擴開シタル腹壁ノ筋層全部ヲ各々鈍鉤ヲ以テ舉上スルトキハ、内外斜腹筋及ビ横腹筋ハ外下方ニ於テハプーバルト氏靱帶ニ附著シ、内上方ニ於テハヘッセルバハ氏靱帶 Lig. Hesslachi ノ内方ニシテ下腹壁動脈 A. V. epigastrica inferior ノ外方ニ於テスビーゲル氏線 Linea semilunaris Spigeli ニ沿ヒテ附著シ靱帶ニ移行シ居ルガ故ニ、何レモ筋層ヲ舉上シツ、内面ヨリプーバルト氏靱帶ノ部分及ビスビーゲル氏線ノ靱帶ニ縫合針ヲ通ジ、精系ノ前方ニ於テ結節縫合ニヨリ雙方ヲ密著セシム。之ニヨリ「ヘルニア」門即チ腹鼠蹊輪ノ異常ニ擴大セラレタル部分ヲ狭小ナラシメ以テ生理的狀態ニ持チ來スナリ。

本節ハ精系ヲ生理的位置ニ在ラシメツ病的ニ擴張セル腹鼠蹊輪ヲ縮小セシメ、以テ生理的狀態ニ持チ來サント欲スル者ナレバ必ズシモ一個ノ結節縫合ニ限ルベキモノニ非ズ、擴張ノ程度ニヨリ二針乃至三針ノ縫合ヲ行フ可シ。

五 擴張シタル筋層ヲ以前ノ如ク整頓シ、鼠蹊管ノ外壁ニ沿ヒテコッヘル氏手術ノ場合ノ如ク所謂管縫合 Kanamachi ヲ行ヒ、同時ニ筋膜ノ切開口ヲ閉鎖ス。而シテ此ノ縫合ハ鼠蹊管ノ腹壁筋層ヲ後外上方ヨリ前内下方ヘ斜メニ貫通セル解剖的事實ニ想到スル時ハ、下方ニ及ブ程有效ニシテ、特ニ其ノ最後ノモノハ内下方ニ於テ皮下鼠蹊輪ヲ形成スル上下ノ脚ノ間隔ヲ狭小ナラシムルモノナリ。余ハ通常恥骨結節 Tuberculum pubicum ヨリ約一乃至二種外方ニ於テプーバルト氏靱帶ニ縫合ヲ通ジ一方ハ恥骨縫合ノ上方同ジク二乃至三種ノ部ニ於テ直腹筋三角筋鞘 Rectus sheath ノ外縁ニ縫合ヲ通ジ縫合ヲ確實ニシ、以テ皮下鼠蹊輪ヲ精系ノ前方ニ於テ狭小ナラシメ、僅カニ小指頭ヲ通ジ得ル程度トナス。コッヘル氏手術ニ於ケル管縫合トハ鼠蹊管ノ前壁ヲナセル外斜腹筋縫合ノ非網ナル部分ヲ、管ノ方向ニ縫合ニ指ニテ壓迫シ、其兩側ニ生ズル該縫合ノ強靱ナル部分ノ破裂ヲ、前記ノ壓迫部ヲ越エテ縫合スルモノニシテ、此縫合ハ鼠蹊管ノ全長ニ及ビ、尚下端ハ之レニ依リテ外鼠蹊輪ヲ狭小ナラシムルモノナリ。吉川附記

六 手術部ノ排液法(Drainage)ヲ行フコト無ク直チニ皮膚ヲ縫合ス。附記。余ノ術式ハ嵌頓性及ビ不還納性外鼠蹊「ヘルニア」ノ根治手術ニモ亦能ク應用シ得ベシ、即チ嵌頓セルモノニ在テハ「ヘルニア」囊ノ一部ト共ニ鼠蹊管前壁ヲ切開ス、換言スレバ手術式第二節ノ切開口ヲ皮下鼠蹊輪迄或ハソレ以下ニ延長ス、其他ハ普通ノ還納性「ヘルニア」ト全ク同一ニ手術スベシ。不還納性ニシテ而カモ嵌頓シ居ザルモノニ向ツテハ「ヘルニア」囊ノ一部ヲ開キテ癒著其他ヲ處置ス可シ。

波多腰氏ハ從來行ハレタル諸種ノ「ヘルニア」根治手術式ヲ理論的ニ考究シ、手術ノ原則ヲ定メ、諸家術式ノ之ニ符合スル優レタル點ヲ採用シテ一新術式ヲ創定シタルモノナリ。而シテ氏ハ數年ニ亘ル多數手術例ノ觀察ニ據リテ本術式ハ能ク根治ノ目的ヲ達シ再發ヲ來サザルコトヲ斷定シ、尙本法ノ優越點トシテ副損傷絶無ニシテ、精系ノ解剖的位置ヲ變ズルコトナク、内外二個ノ鼠蹊輪ノ閉鎖ハ生理的ニシテ、然カモ合理的ニ處置セララルコトヲ擧ゲタリ。本術式ハ「ヘルニア」内容ノ不還納性ナル場合或ハ其嵌頓セル場合ニモ、猶能ク適用シ得可シト云フ。稀ニ遺殘「ヘルニア」囊内ニ液體ノ滯溜ヲ來スコトアルモ、此液體ハ三四回ノ穿刺法反復ニ依リテ再ビ出現セザルニ至ルヲ常トスト。

II 内鼠蹊「ヘルニア」

内鼠蹊「ヘルニア」 Hernia inguinalis interna. 後天的ニ發起ス、四十歳以後ニ多シ。生理的ニ來ル鼠蹊部ノ筋萎縮及ビ脂肪組織消耗、衰弱、頻回ノ妊娠・分娩等ニ因テ生ズ。外鼠蹊「ヘルニア」ニ比シ遙ニ少ナシ。多ク兩側ニ來ル。

内鼠蹊「ヘルニア」ト外鼠蹊「ヘルニア」

- | | | | |
|------------|---|-----------|---|
| 1 年齢 | 殆ンド常ニ高年者 | 外鼠蹊「ヘルニア」 | 小兒ニ最も多ク、亦高年者ニ多シ |
| 2 形状 | 通例球形ナリ多少長圓形ヲナセルトキハ長徑ハ上下ニアリ | 内鼠蹊「ヘルニア」 | 通例長形、徑ハ斜ニ外上方ヨリ内下方ニ向フ |
| 3 位置 | プーバルト氏靱帶ノ内端部ノ上ニテ直腹筋ノ恥骨抵止部ニ接ス、其大ナルトキモ陰囊内ニ下ラス | 外鼠蹊「ヘルニア」 | プーバルト氏靱帶内半部ノ上ニ起リ、精系ノ徑路ニ沿フテ下ル、大ナルトキハ陰囊内ニ達ス |
| 4 精系トノ關係 | 精系ハ「ヘルニア」腫縮ノ外側或ハ外後側ニアリ | 外鼠蹊「ヘルニア」 | 精系ハ其外側或ハ外前側ニアリ |
| 5 下腹壁動脈ノ關係 | 内容ヲ整復シ、指頭ヲ門ニ挿入スルトキハ外側ニ該動脈搏動ヲ觸ル | 外鼠蹊「ヘルニア」 | 之レヲ内側ニ觸ル |

療法 根治手術ヲ施ス。

内鼠蹊「ヘルニア」根治手術。皮膚ノ切開ハ外鼠蹊「ヘルニア」ノ場合ヨリ稍、内側ニ偏シ、且ツ鉛直線ニ近カラシムルヲ便トス。「ヘルニア」囊ハ廣キ基底ヲ有スルモノ多シ。「ヘルニア」門ノ上内縁ヲナス内斜腹筋及ビ横腹筋若クハ直腹筋縁ヲ其下外側縁ヲナスプーバルト氏靱帶ニ縫着セシメテ閉鎖ス。術中膀胱ノ損傷ヲ避ケ、猶、下腹壁動脈ニ注意ス。

股輪「ヘルニア」

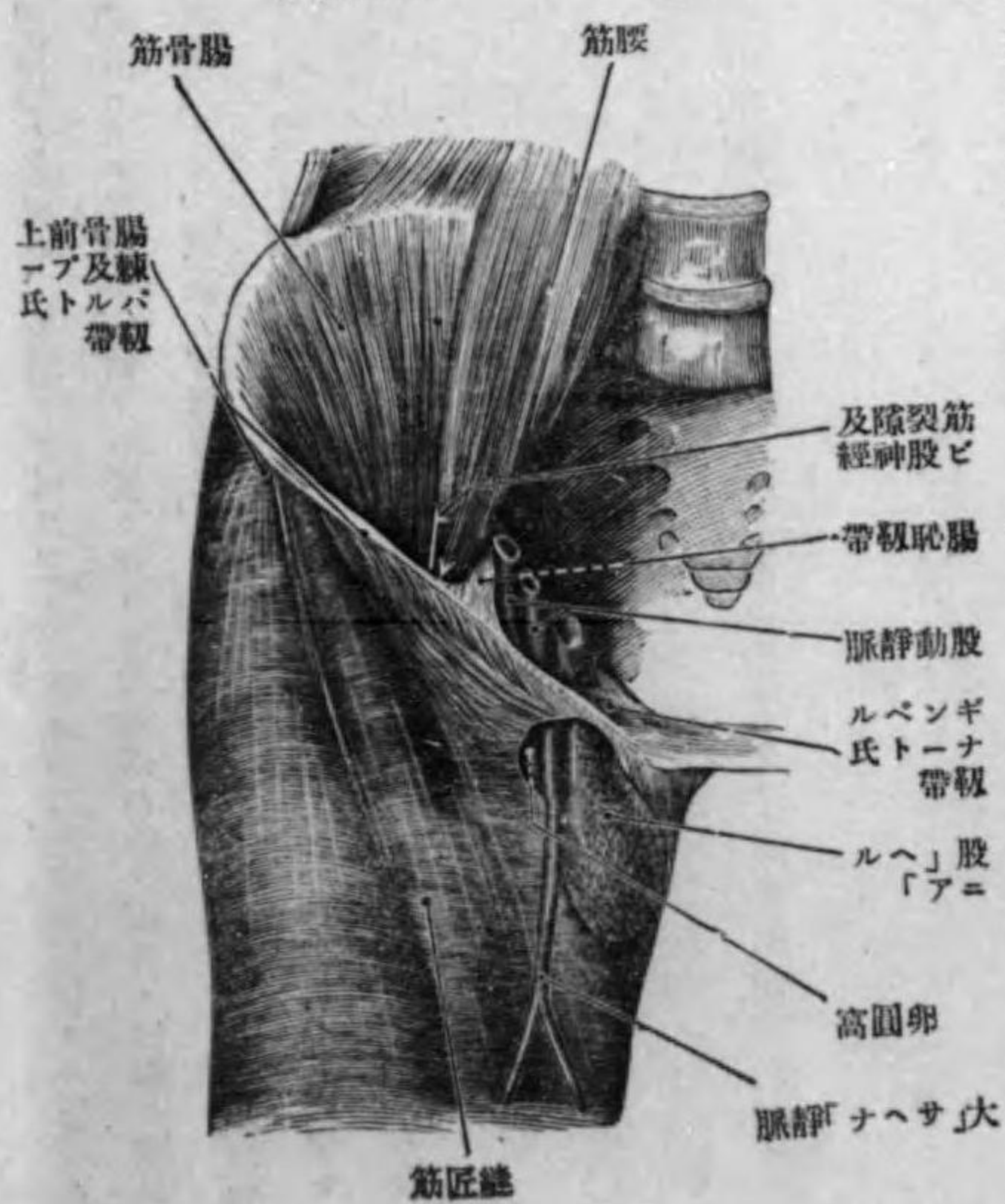
一 股輪「ヘルニア」

股輪「ヘルニア」Hernia cruralis. ハブーバルト氏靱帯下ニ於ケル血管孔ヲ出デ股動靜脈ノ内側ニ沿ヒテ外方ニ現ハルルモノトス。(第百六十八圖) 本症ハ後天性ニシテ、女子ニ多ク、高年者ニ多シ、其女子ニ多キハ骨盤ノ廣潤ナルコト及ビ妊娠・分娩ノ關係ニ歸セラル。又老衰及ビ疾病ニ因ル脂肪萎縮及ビ總テ腹壓亢進ヲ致スベキ事由(便秘、咳嗽、ハ本症ノ發生誘因ヲナス。

症候 診断 膨出シ又退縮スル固有ノ「ヘルニア」腫瘍ヲ呈スルモノアルモ、新ニ起リテ直チニ縮頓スル場合亦少ナカラズ。ブーバルト氏靱帯内半部ノ下位、即チ股輪部ニ於テ丘狀或ハ半球形ノ不動性腫瘍ヲ現出ス。腫起甚シク大ナラズ又甚ダ細小ナラザルモノニシテ壓縮性ヲ呈スルトキハ診断ニ困難ナキモ、形小ニシテ單ニ縮頓症狀ノミヲ訴フルトキハ、腫起部ハ往往自他覺的ニ閉却セラレ、他種ノ腸管閉塞症ト誤診セラハルコトナキアラズ。腸管閉塞症ヲ診ルトキハ常ニ股「ヘルニア」ニ一顧ヲ要ス。甚大ナルモノハ外鼠蹊「ヘルニア」ト誤ララルコトアリ。

鑑別 (1) 外鼠蹊「ヘルニア」。前節其條下ヲ見ヨ。(2) 淋巴腺腫脹ハ腹壓ニ關係ナク壓迫ニ因テ退縮セズ、多少移動性ヲ備フルコト等ヲ以テ

第百六十八圖 股「ヘルニア」ノ解剖的關係



股輪「ヘルニア」根治手術

本症ト區別スベキモ、不還納性股「ヘルニア」殊ニ肥滿家ニ於テハ此鑑別ハ局處所見ノミニヨリテハ決シ難キコトアリ。淋巴腺ノ腫脹ヲ誘發シ得ベキ、下肢ニ於ケル損傷疾病ノ有無、發生ノ狀況、他ニ淋巴腺腫脹ノ存否、縮頓症狀ノ有無、年齢等ニ注意ス。(3) 流注膿瘍。股輪ヲ經テ皮下ニ達スル流注膿瘍ハ、腫脹ノ形相類スルコトアルト、其壓縮性アルトニヨリ一見本症ト誤ルコトナキアラザルモ、原因病竈及ビ腸骨窩膿瘍ノ證明アルニヨリテ區別セラル。

豫後 容易ニ縮頓ス、從テ危險多シ。

療法 手術的療法アルノミ。

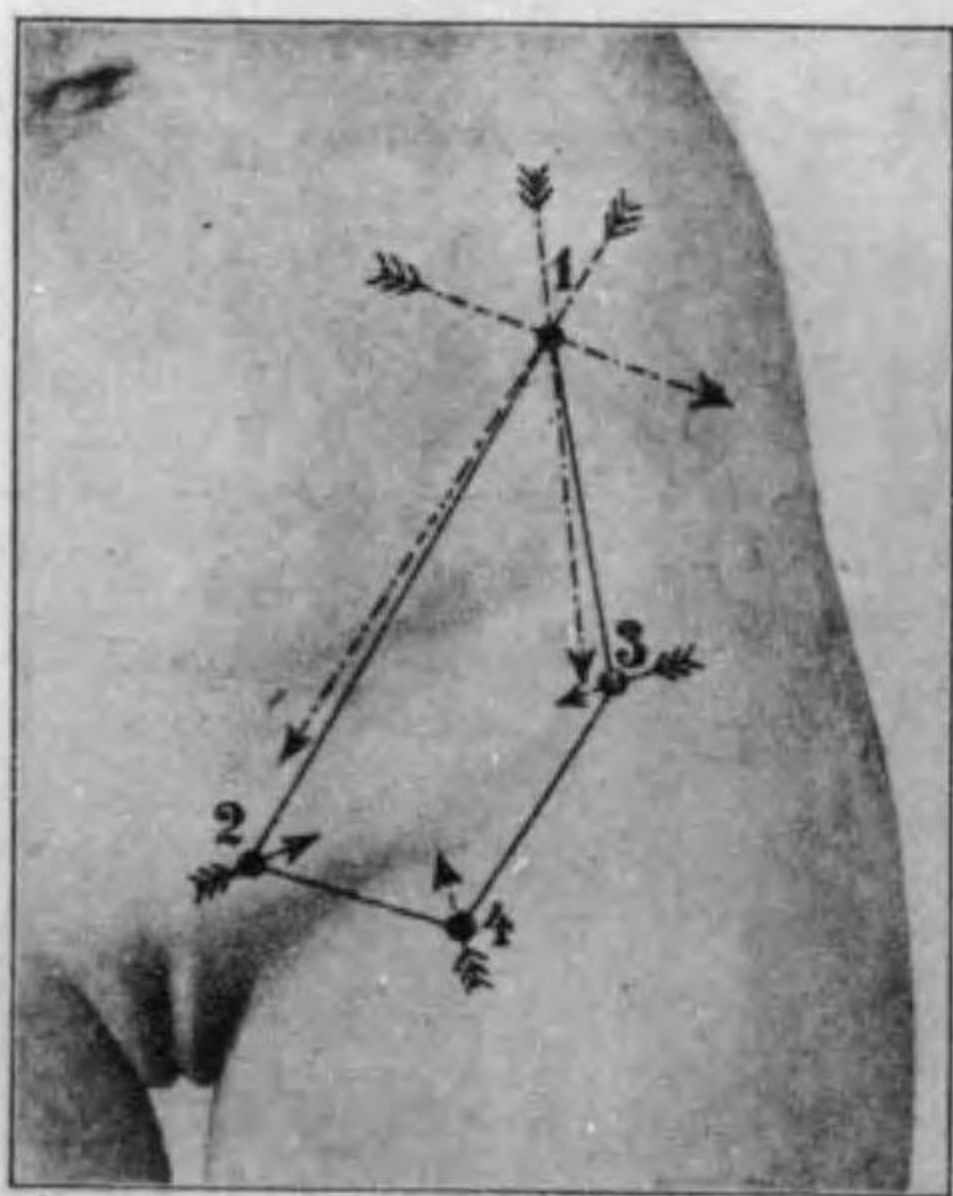
股輪「ヘルニア」根治手術 Radikaloperation der Kruralhernie.

股輪「ヘルニア」根治手術ヲ局處麻醉法ノ下ニ施サントセバ、ブーバルト氏ニ從ヒテ次ノ如ク注射ヲ行フ可トス。

第百七十圖ニ示スガ如ク四點ヲ標シ、先ツ鼠蹊「ヘルニア」根治手術ノ局處麻醉ニ於テ記セルガ如ク、1ヨリ注射シ、次デ2及ビ3ノ二點、即チ「ヘルニア」腫瘍ノ内及ビ外側ヨリ刺入シブーバルト靱帯下ニ於テ囊頸ノ兩側ニ達セシメ、更ニ4即チ腫瘍ノ下部ヨリ囊頸周圍ニ廣ク0.5%ノ「ノボカイン・アドレナリン」液一〇〇ヲ注入シ、後各點ヲ連結スル皮下注射ヲ施ス。

一 皮膚ヲ切開ス。ブーバルト靱帯内及中三分一ノ境界點ヨリ下方ニ縱切開ヲ加フルコト約六仙速、皮膚淺筋膜及ビ大腿廣筋膜ノ一系ナル篩狀筋膜ヲ開キ卵圓窩ニ達ス。或ハ又ブーバルト氏靱帯ニ平行ニ「ヘルニア」隆起ノ尖頂ヲ過グル斜切開ヲ以テスルモ可ナリ。

第百七十圖 股輪「ヘルニア」根治手術ニ於テ局處麻醉法



第百六十九圖 股輪「ヘルニア」



二 囊ヲ處置ス。囊ヲ周圍組織ヨリ剝離ス、此際内容ノ脱出セルモノニアリテハ、其充盈セル儘之レヲ行フヲ便トス。既ニ囊全ク露出セラレバ、内容ヲ整理セシメ、頸ニ於テ結紮切除ス。但シ囊ノ甚ダ短小ナルモノニアリテハ此法ヲ行ハズ、單ニ之レヲ腹腔ニ向テ壓入シ、直チニ門ヲ閉鎖スルモ可ナリ。

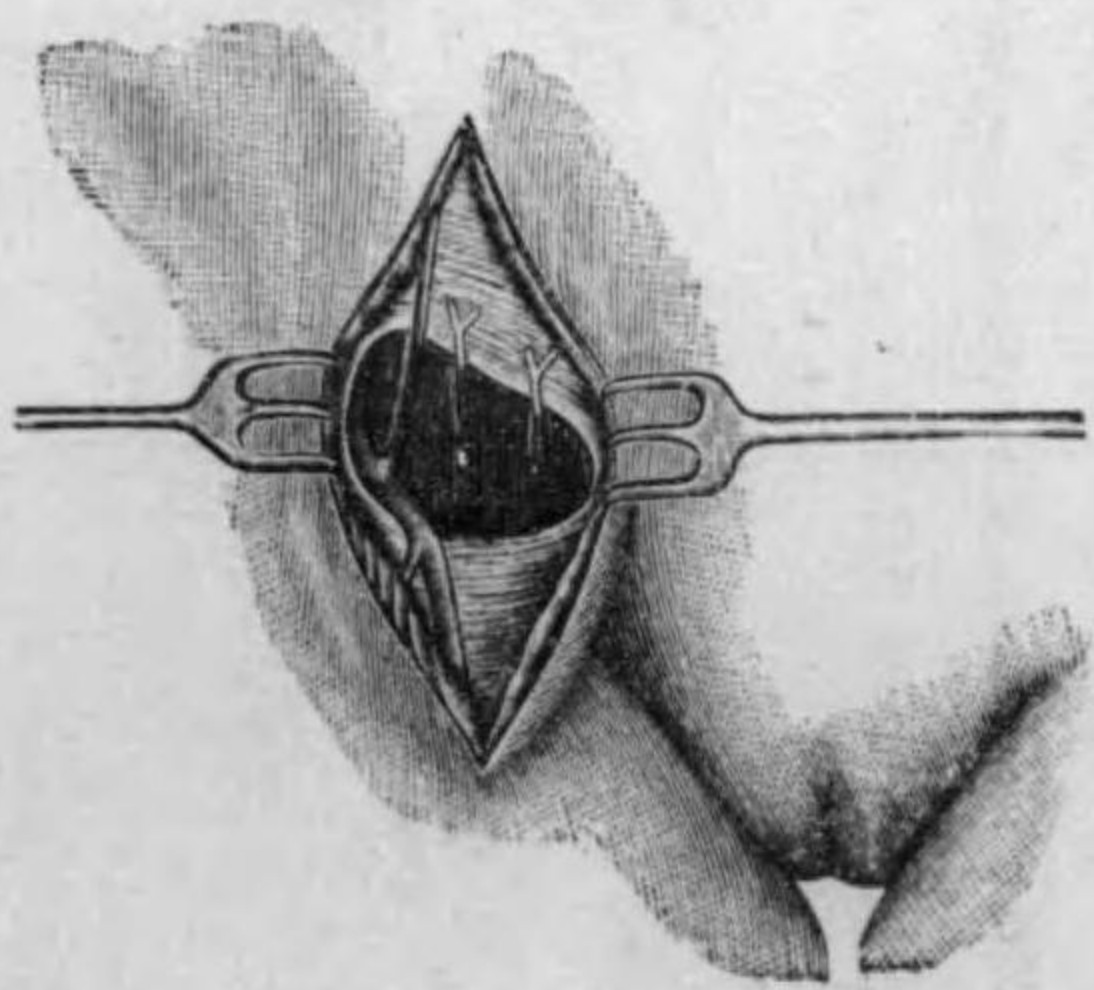
三 門ヲ閉鎖ス。門ノ上縁ヲナスブーバルト氏靱帶ト其下縁ヲナス恥骨筋トヲ縫合ス。(第七十一圖) 即チ短クシテ彎曲強キ針ヲ用ヒ、先ヅ同靱帶ノ内端部及ビ恥骨筋ノ全層ヲ貫ク一絲ヲ置キ、次デ其外方ニ同様ニ第二絲ヲ通ジ、後之レヲ結ブトキハ門ハ閉鎖セラレ。今指頭ヲ以テ其外側ニ於ケル間隙ヲ檢シ、尙閉鎖不十分ナリト認ムルトキハ更ニ第三絲ヲ加フ。

注意 大「サヘナ」靜脈及ビ股靜脈ノ損傷ヲ避クベシ、尙、門ノ閉鎖ニ於ケル縫合絲ニシテ、股靜脈ニ近キニ過グルトキハ之レヲ壓迫シ、爲メニ下肢ノ循環障礙ヲ來スコトアリ、注意スベシ。

四 皮膚ヲ縫合ス。

三 箝頓「ヘルニア」

箝頓「ヘルニア」Hernia incarcerataノ成立。一「ヘルニア」門ノ弾力性絞扼(弾力性箝頓 *Elastische Einklemmung*) 異常ニ強キ腹壓増加ノ爲ニ「ヘルニア」門開大セラレ、其内容トナルベキモノガ一頓ニ囊内ニ壓出セラレ、後腹壓關係復歸スルヤ門ハ其弾力性ニヨリテ強ク「ヘルニア」頸部ヲ絞扼シ、内容ノ腹腔内還納ヲ不可能ナラシメ、仰位・壓迫等ノ單純ナル方法ニテ退縮セザルニ至ル、斯ノ如キハ門ノ狭小ナルモノニ見ルコト多シ。此種ノ箝頓ハ (a) 既ニ長ク「ヘルニア」ヲ患フルモノニ發スルコトアリ、即チ全ク還納シ居レルトキ、急ニ大量ノ内容降下シテ内腔ヲ充盈



四八二

W字形「ヘルニア」ノ症例

スルニ因テ發起シ、又ハ既ニ或部分ガ脱出セル上ニ更ニ第二ノ部分ガ脱出加入シテ起ルコトアリ。(b) 又曾テ一回モ「ヘルニア」ノ證徴ヲ呈スルコトナク、突然箝頓「ヘルニア」ヲ發スルコトアリ。小兒ニ於テ曾テ本症ヲ患フルコトナカリシモノ、會、異常ノ經液ガ原因ヲナシ「ヘルニア」ヲ突發シ、即時ニ箝頓スルガ如キ場合は是レナリ。斯ノ如キハ「ヘルニア」囊ハ先天的ニ存スルモ、一回モ内臟脱出ノコトナク經過セルモノガ、或原因ノ爲メニ俄ニ「ヘルニア」ヲ完成セルモノト認ムベキナリ。又股輪「ヘルニア」ハ突然發シテ直チニ箝頓スルコト稀ナラズ、好ンデ老齡婦人ニ之ヲ見ル。弾力性箝頓ハ内容ノ如何ヲ問ハズ形成セラレ得ベク、發スルヤ迅速ニシテ、内容壞死ヲ起スコト亦早シ。

二 腸管内容ノ鬱滯(糞便性箝頓, *Koheinklemmung*) 「ヘルニア」内容ヲナセル腸管ニ多量ノ糞便或ハ瓦斯蓄積シ爲ニ囊内ノ腸管ガ異常ニ擴張且ツ緊張スルヲ主因トシテ發シ、同時ニ多少「ヘルニア」門ノ弾力性絞扼ヲ受クルモノトス。此場合腸管ノ受クル機械的作用ハ、腸管ガ屈曲若クハ捻轉スルコト、充盈膨滿セル腸管歸係ノ輸入脚ガ同輪出脚ヲ壓迫スルコト、腸管粘膜ガ瓣膜形成ヲ來スコト等トス。此種類ハ既ニ長ク存シタル「ヘルニア」ニ發スルモノニシテ、就中長ク不還納性ナリシモノニ多シ。比較的緩慢ニ形成セララル箝頓ハ概ネ此種類ナリ。

「ヘルニア」箝頓ノ一種ニシテ「ヘルニア」囊内ニ二個ノ腸管歸係ヲ存シ、其中間腸管ハ腹腔ニアリテ箝頓スルモノアリ。之レヲW字形「ヘルニア」Hernie en W. 或ハ逆行性箝頓 *Retrograde Incarceration* ト稱ス。(第七十二圖、第七十三圖)

症例 W字形「ヘルニア」(大正二年一高安道成博士)

四十四歳、男子。生來健全、二十四歳ノ時、初メテ努責ニヨリ左側鼠蹊「ヘルニア」發生、爾來屢、脱出セルモ大ナル障害ナク、自ラ押込ミ得ルヲ例トセリ。少シツツハ常ニ右ニ比シテ膨隆シ居タリト云ヘリ。七月十七日午後六時頃、約五貫ノ荷物運搬中、左側「ヘルニア」急ニ膨大シ、疼痛劇甚ニシテ還納スルコト能ハズ。嘔吐數回、因テ送院セラレタリ。

現症 體格大ニシテ筋肉強健、體温三十六・五、脈搏八〇、胸部異常ナシ、腹部鼓腸ヲ認メズ。唯右腸骨窩ヨリ下腹部ニ互リ、他部

ヨリ稍、膨滿セルヲ見ル。左陰囊ハ小兒頭大ニ膨隆シ、稍、不正形ニシテ緊張著シク、鼓音ヲ呈スル部多シ。壓痛甚シ。便通今朝一回。

手術、符頓鼠蹊、ヘルニアト診断シ、同日午後九時、「クロロフォルム、エーテル」混合全身麻酔ノ下ニ手術ヲ行フ。陰囊膨隆部ノ上ヲ斜ニ上方ニ二十五種切開シ、「ヘルニア」囊ヲ開クニ已ニ稍、多量ノ汚穢赤褐色ノ「ヘルニア」水アリ。内容ハ小腸ノ二蹄係ニシテ大網膜ハ存在セズ、腸間膜ハ浮腫狀ヲナシ、淋巴腺腫大、二個ノ腸管ハ稍、前後ニ重ナリ、前方ノモノハ特ニ膨滿著シク暗赤色ヲ呈シ、長サ二十五種、他ハ約二十種ニシテ變色ハ前者程著シカラズ。注視スルニ中間腸管蹄係ノ腸間膜ハ現ハレ居ラズ。

ルニア」門ハ比較的小ニシテ脱出セル腸管ノ外辛フジテ小指尖端ヲ入レ得ルニ過ギズ、因テ「ヘルニア」門ヲ切開シテ檢スルニ脱出セル前方ノ腸管ハ口腔端ニ屬スルモノニシテ、後方ノモノハ之レニ反ス。中間腸管蹄係ハ長サ約三十種アリ、膨滿著明、其腸間膜ハ「ヘルニア」門ノ内部ニ於テ屈折シ、其兩端緊張シ腸管附着部ニ近ク諸處出血セル處アリ。即チ口腔端腸管蹄係ト中間腸管蹄係トノ符頓セルモノニシテ他ノ一蹄係ハ病變稍、輕キ程度ニアリ。共ニ皆漿液膜面ノ光澤存シ、切除ヲ要セザルモノト認メタルヲ以テ全部ヲ腹腔内ニ還納シ、コッヘル氏根治手術ヲ行ヘリ。一治癒。(第二百七十三圖)

症候 符頓「ヘルニア」ノ内容ハ腸管ナルコト多シ、腸管以外ノ内容モ亦符頓シテ(弾力性符頓)符頓症狀ヲ呈スル

圖 三十七百二第 「アニルヘ」形字 W (驗實士博安高) 診所第二第百五十五種會學科小不日 門「アニルヘ」1 係蹄管腸ルセ出脱ノ個二 2 係蹄管腸間中 3 管腸入輸 4 管腸出輸 5

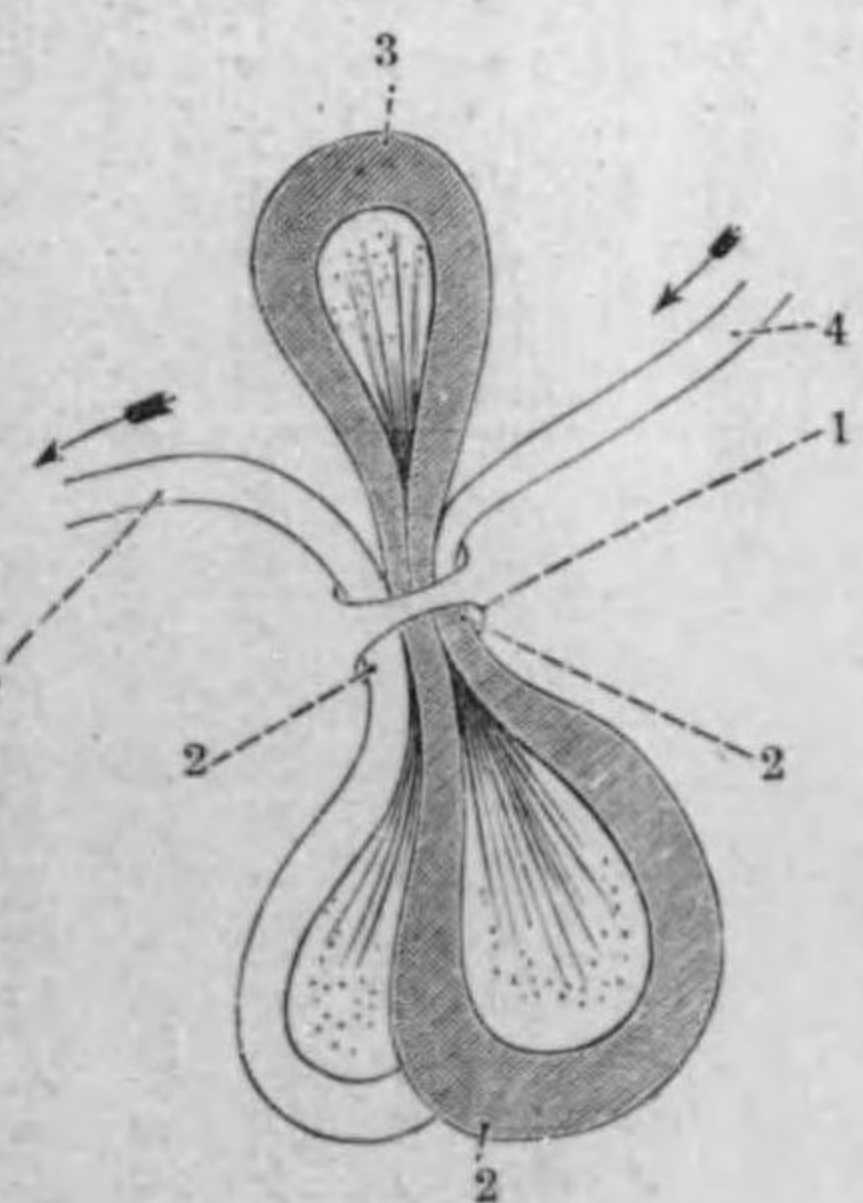
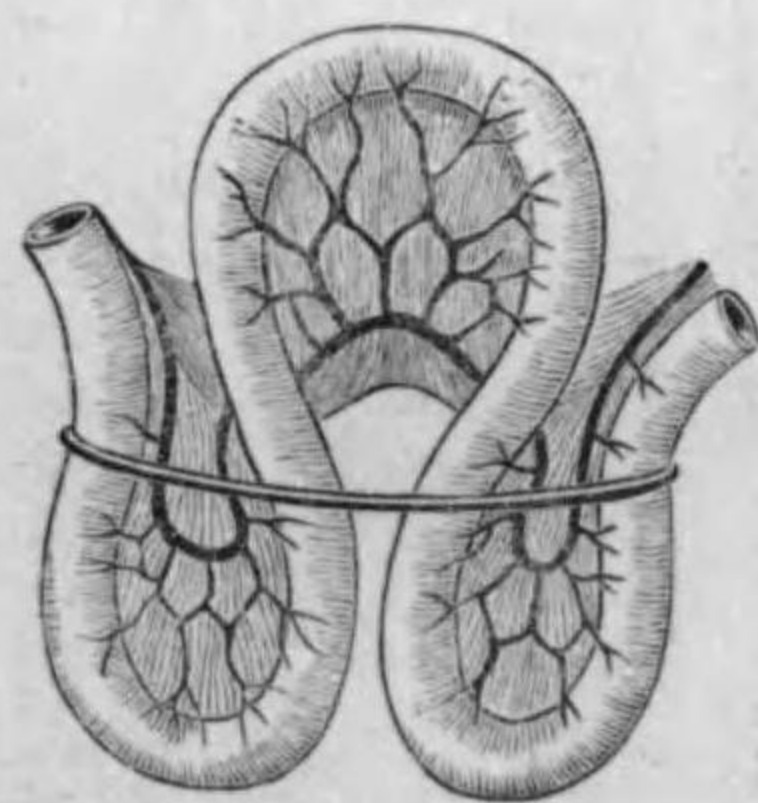


圖 二十七百二第 「アニルヘ」形字 W (nich Maydl)



コトアルモ、其腸管ナルトキニ於テ症徵最モ顯著ニシテ危險亦大ナリ。「ヘルニア」符頓ノ要徵次ノ如シ。(1) 内容不還納性トナル。(2) 腫脹ハ硬固ニシテ皮膚緊張ス。

(3) 疼痛ヲ發ス。(4) 内容腸管ナルトキハ腸管閉塞症狀アリ。即チ風氣糞便排泄ノ杜絶、腹滿鼓腸、腹鳴、腹痛嘔氣、嘔吐等ヲ發ス、但シ是等徵候ノ發生、遲速及ビ程度ハ腸管ノ部位、絞扼ノ程度等ニ關シ甚ダ區區ナリ。腸管以外ノ内容ナルモ、亦腹痛、惡心、嘔吐等ヲ發シ又反射的腸管麻痺ニ因ル腸管通過障礙ヲ呈スルコトアリ。(5) 一般的ニハ、脈搏細數・呼吸促迫・食思缺乏・不安・驚怖・脱力等アリ、時トシテ熱發ス。小兒ニアリテハ不穩ノ狀ヲ呈シ、啼泣シ、又痙攣ヲ起スコトアリ。(6) 符頓セル内容ハ遂ニ壞疽ニ陥ルベク、腹腔ニ向テハ限局性或ハ瀰蔓性腹膜炎ヲ起シ、體表ニ向テハ皮下「フレグモーネ」ヲ發シ、初メ皮膚ノ發赤浸潤ヲ呈シ、後、膿瘍ヲ形成ス。放置セラルトキハ終ニ虛脱、肺炎、膿毒症、榮養不給等ノ爲メニ斃ル。(7) 符頓「ヘルニア」ノ自然的結果トシテハ、(a) 上述ノ如ク死亡ノ轉歸ヲ取ル、(b) 幸ニ腹腔ニ於テハ癒著ヲ形成シテ瀰蔓性腹膜炎ヲ發起スルニ至ラズ、唯外部ニ向ツテ腸管ノ破壞ヲ來シ、茲ニ糞瘻ヲ形成ス。(c) 稀ニ自然整復ヲ營ム。

圖 四十七百二第 頓符「アニルヘ」蹊鼠側右



診斷 既往症及ビ現在ノ所見ニヨリテ通例困難ナラザルモ其成立ノ狀況明ナラズシテ、乳兒等「ヘルニア」發生部位ニ異常ノ膨出、殊ニ疼痛性腫脹アルヲ突然發見スルトキハ、一見誤謬ニ陥ルコトナキニアラズ。即チ鼠蹊淋巴腺炎・精系水腫・副辜丸炎等ト鑑別ヲ要ス。又主トシテ嘔吐・劇甚ナル腹痛等ヲ訴ヘ、爲メニ鼠蹊部・股輪等ニ於ケル症狀

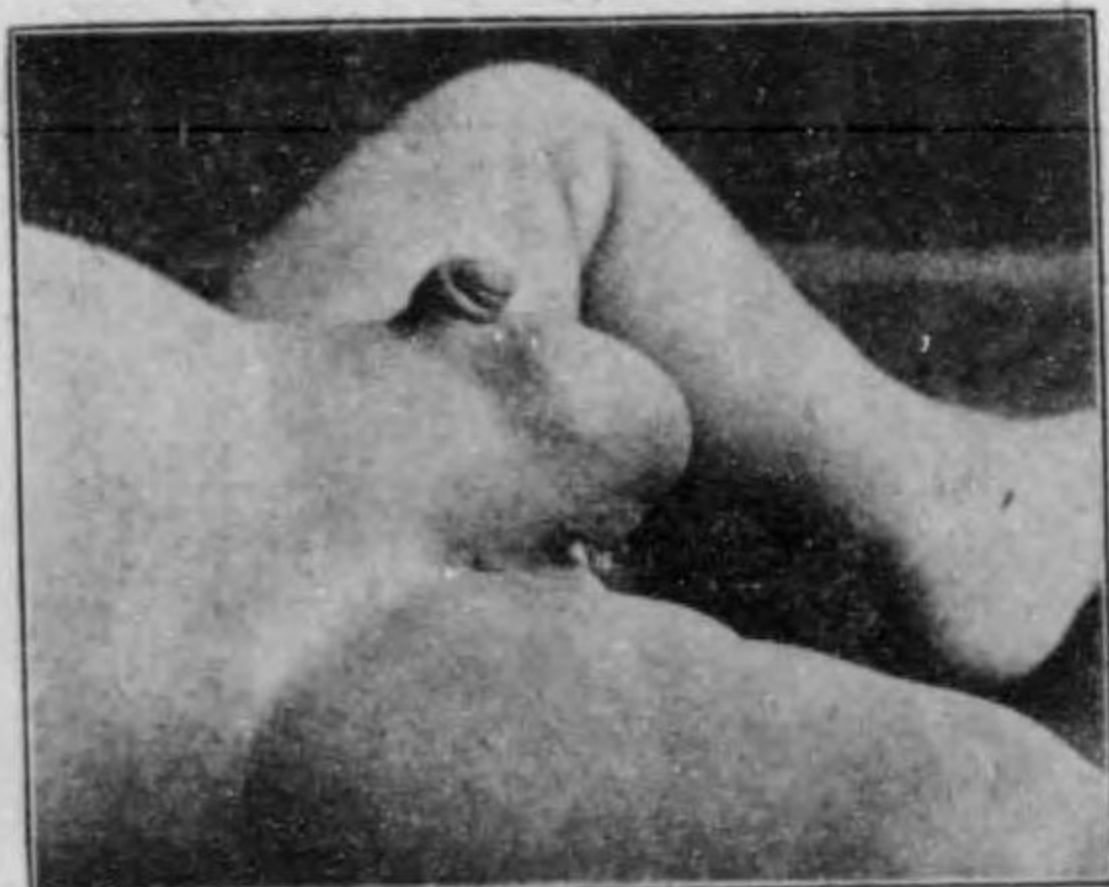
閉却セラルトキハ、腸加答兒・蟲様突起炎・腸重疊症・腸捻轉症・腹膜炎・胃痙攣・膽石痛等ト誤認セラルコトナキニアラズ、注意スベシ。

「ヘルニア」ノ診査ハ、次ノ順序ニ從フ。

- (1) 既往症 以前ヨリ「ヘルニア」ヲ患ヒ居リシヤ否ヤ、初發ノ年月、「ヘルニア」ヲ帶着用ノ有無、若シ有リトスレバ使用セル期間。會テ箝頓セシコトアリヤ否ヤ、其時日、其時ニ施サレタル處置及ビ整復ノ難易、今次箝頓ノ時日、其原因ト認ムベキ事項ノ有無、箝頓成立ノ急徐、箝頓後唯今マデニ施サレタル處置、就中整復術ヲ試ミラレシヤ否ヤ、其時間ノ長短、施術ノ狀態等。今回箝頓前及ビ後、排便及ビ風氣如何、嘔心、嘔吐ノ有無、嘔吐ノ回数、吐物ノ性状、局部及ビ腹部ノ疼痛如何等ヲ問診ス。
 - (2) 全身症狀 顔貌・皮膚粘膜ノ色澤・不安・苦悶・恐怖等ノ狀態、脈搏心悸ノ性状。其遲速・呼吸ノ狀態等ヲ検査シ、體温ヲ測定ス。尙腹部一般ノ狀態ヲ檢スベシ、即チ其膨滿・腸ノ程度・腸硬變 Darmstauung ノ有無・腹壁緊張・壓痛如何等トス。
 - (3) 局部症狀 腫脹ノ大サ・形狀・皮膚ノ狀態・腫痛壁ノ緊張凸凹・硬度、鼠蹊部陰囊等ニ於ケル腫瘍ノ部位ノ關係、壓痛、打診等ヲ檢ス。
- 以上ノ諸項ハ箝頓「ヘルニア」ノ診定上必要ナルノミナラズ、尙箝頓セル内容ニ起レル變化並ニ續發症ノ有無等ヲト知シ、以テ豫後ヲ推定シ、治療法ヲ選擇スルガ爲メニ缺クベカラザル事項トス。
- 豫後 放置スルトキハ不良、早期ニ適當ナル措置ヲ施ストキハ良ナリ。時間ノ關係ハ常ニ内容ノ受クル變化ト一致スルモノニアラズ、從テ治療ノ

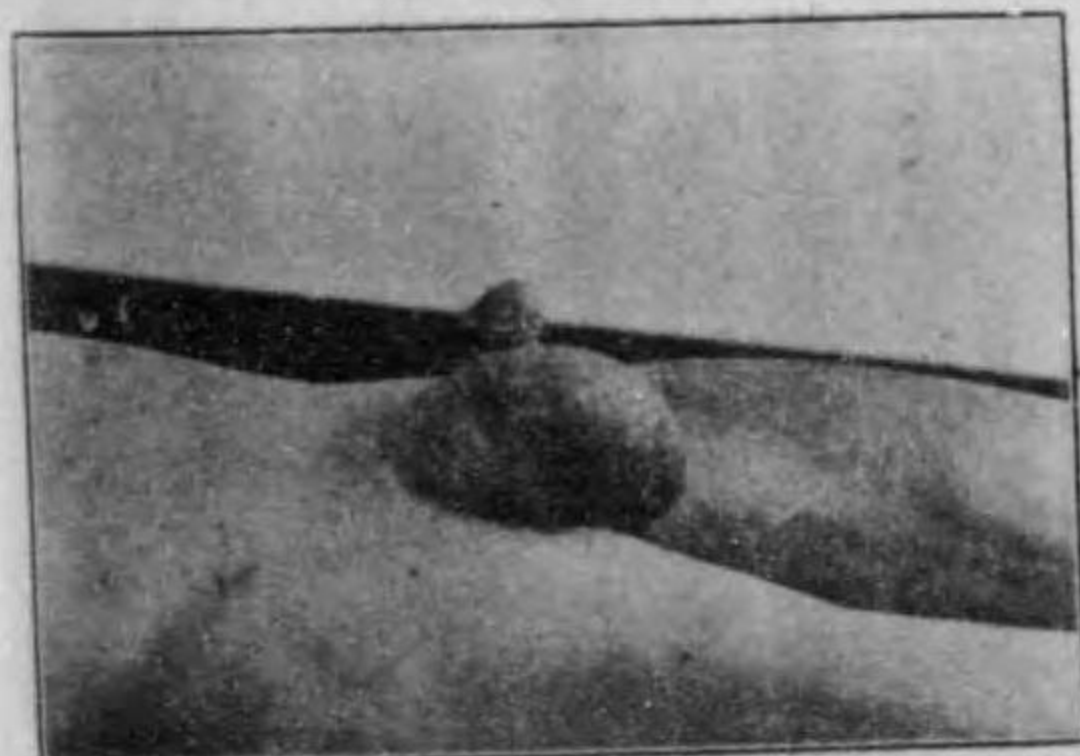
圖五十七百二第

「アール」鼠蹊部



圖六十七百二第

「アール」鼠蹊部



結果ハ必ズシモ箝頓後經過セル時間ノ長短ニ關スルニアラザルモ、其甚ダ遷延セルモノニアリテハ遂ニ全ク之レヲ救フ能ハザルニ至ルベシ、「刻早ケレバ早キニ從テ手術ノ豫後良ナリ」。

「ヘルニア」整復術

一 「ヘルニア」整復術 Taxis.

皮膚上ヨリ壓迫シ、内容ノ腹腔内還納ヲ企ツル法ニシテ、親ク内容ノ變化ヲ視ルコトナク、唯箝頓後ノ時間、一般狀態、患部ノ狀況等ヲ以テ、其内容ニ著明ナル變化ナキヲ想像シテ之ヲ施スニアルヲ以テ、常ニ全ク危険ナシト云フベカラズ。即チ理想ヨリ言ヘバ最モ不合理ニシテ、全然放棄スベキモノトス。サレド實際ニハ直チニ「ヘルニア」切開術ヲ施行スル能ハザル場合ニ遭遇スルコト決シテ稀ナラズ、是レ「タキシス」ヲ全ク除外スル能ハザル所以ナリ。

適應症及ビ禁忌 上述ノ理由ニヨリ本法ハ成ルベク適應ノ領界ヲ制限スベシ。(a) 時間ノ關係。箝頓後十二時間以上經タルモノニハ行ハザルヲ安全トス、未ダ十二時間以内ニアルモノニ於テハ其狀況如何ニヨリ「タキシス」ヲ試ミ得、二十四時間ヲ經過セルモノニハ絶對ニ本法ヲ施スベカラズ。(b) 既往ノ箝頓。過去ニ於テ屢々箝頓セシコトアリ、其際常ニ整復術ヲ行ヒテ容易ニ目的ヲ達シタルモノナルトキハ之レヲ施シテ不可ナカルベキ場合多シ。之レニ反シ、會テ斯クノ如キ經驗ナキモノ、殊ニ今日マデ「ヘルニア」無クシテ箝頓「ヘルニア」ヲ突發セルモノハ、弾力性箝頓ニシテ内容ノ壞疽ヲ來スコト早シ、從テ「タキシス」ヲ忌ム。(c) 箝頓成立ノ狀態。其急卒ニ箝頓症狀ヲ起セルモノハ「タキシス」ノ危険多シ。初メ内容不還納性トナリ、後チ漸次ニ箝頓ニ陥レルモノハ多ク鬱滯性ニシテ「タキシス」ノ奏効スル場合多シ。(d) 一般狀態。箝頓ノ初期ヨリ全身狀態著シク侵サレ、猶、頻發嘔吐及ビ劇痛アルモノハ内容ノ絞扼強度ナルノ微ナリ、「タキシス」ヲ禁ズ。(e) 局部症狀。一般ニ小ナル「ヘルニア」内容ハ大ナルモノヨリ早期ニ壞疽ニ陥ルノ虞多シ。患部既ニ皮膚ノ發赤、浮腫等ヲ呈スルモノニ對シテ「タキシス」ヲ施スハ危険ナリ。(f) 股輪「ヘルニア」箝頓ハ鼠蹊「ヘルニア」箝頓ニ比シ「タキシス」ニ因ル危険多シ。

之レヲ案ズルニ (1) 箝頓後尙短時間(一時間三時間等)ニシテ會テ箝頓整復ノ既往歴アリ、其成立急ナラズ、一般狀態多ク侵サレ

レズ、嘔吐ヲ缺キ或ハ之ヲ催スモ少ナク、疼痛亦著シカラズ、而シテ「ヘルニア」腫瘍ハ甚ダ小ナラズ、之ヲ被フ皮膚ニ全ク變化ナキモノニアリテハ、恐クハ「タキシス」ヲ施シテ危險ナク、能ク還納ノ目的ヲ達シ得ベシ。(2) 箱頓後既ニ短時間ナラザルモノ、初回ノ箱頓ニシテ、然カモ極メテ急卒ニ發起セルモノ、腫瘍小ナルモノ、股輪「ヘルニア」等ニ於テハ全ク「タキシス」ヲ試ミザルヲ安全トシ、之レヲ試ミントスルトキハ最モ細心ナルヲ要ス。(3) 既ニ二十四時間以上ヲ経タルモノ、時間ノ如何ニ關セズ一般症狀及ビ腸管閉塞症狀著シキモノ、局部皮膚ノ變化ヲ呈セルモノ等ニハ絶對的ニ之レヲ禁ズ。

準備 隨意放尿ヲ命ジ或ハ導尿管ヲ施シテ膀胱ノ内容ヲ除去シ、灌腸ヲ行ヒ、能クベクンバ胃洗滌(特ニ飲食後久シカラザルトキ)ヲ施ス。温浴(坐浴、若クハ全身浴中ノ整復術)冷巻法(水巻法若クハ「エーテル」ノ撒霧)鹽酸、モルヒネ、皮下注射等ハ「タキシス」補助法トシテ、或ハ單獨ニ、著効ヲ奏スルコトアリ。就中全身麻酔ハ最モ必要ニシテ、腹壁筋ノ緊張ヲ去リ、箱頓絞扼輪ヲ弛緩セシムルノ効アリ、殊ニ小兒ニアリテハ整復術施行時ノ啼泣ニヨル腹壓亢進ヲ制止センガ爲メニ缺クベカラザルモノトス。時トシテハ麻酔法ノミヲ以テ既ニ還納ノ目的ヲ達シ得ルコトアリ。「タキシス」ノ施行ニ當リ全身麻酔ヲ強要セラルルコト甚ダ多シ。

施行 「タキシス」施行時、患者ノ位置ハ骨盤高位ニ於テ、膀胱ヲ少シク外轉シ且ツ屈曲セシメ、靜ニ呼吸セシム。一手ノ示指、中指及ビ中指ヲ以テ内外兩側ヨリ門ノ近部ニ於テ「ヘルニア」腫瘍ヲ支へ、他手ヲ以テ廣ク全腫瘍ヲ把握シ全體ヲ其長軸ノ方向ニ門部ニ向ツテ壓迫シ、同時ニ其指頭ヲ以テ門ノ近部ニアル内容ヲ漸次押送スベシ。腸管ニアリテハ、還納セラルルトキ一種ノ雜音ヲ發ス。

注意 一 「タキシス」ヲ試ムルコト十乃至十五分ニシテ還納ノ狀ナキトキハ、之レヲ中止シ、切開術ヲ施スベシ。二 嚴ニ暴力ヲ禁ズ、強暴ナル壓迫及ビ揉捻ハ内容ヲ破傷シ、致死的危險ヲ誘フノ虞アリ。又假性還納(絞扼セラレタル儘、腹壁内或ハ腹腔内ニ壓入セラレ、腫瘍ハ爲ニ退縮或ハ消失スルモ箱頓ハ依然トシテ解除セラレザル狀態ヲ謂フ)ヲ營マシムルノ危險アリ。(第二百七十七圖) 三 整復術目的ヲ達セシトキハ、指頭ヲ皮膚上ヨリ門内ニ挿入シ、其平滑ナル縁ヲ觸レ、完全ニ整復セラレタルヲ確實ニスベシ。四 術後一兩日間安靜ヲ守ラシム。術後血便ヲ見ルコトアリ、是レ箱頓

圖七十七百二第 假性還納



「ヘルニア」切開術

ニ 「ヘルニア」切開術 Herniotomy.

ノ内容タリシ腸管ノ損傷ニ起因ス、之レアルトキハ嚴ニ安靜ヲ命ジ、流動性食餌ヲ取ラシムベシ。

器械 手術腸管ニ及ブコトアリ、腸管切除縫合ノ準備ヲ要ス。

麻酔 局處麻酔法ニ依ルヲ可トス、殊ニ一般ノ狀態不良ナルモノニアリテハ全身麻酔法ヲ避クベシ。但シ小兒ニアリテハ全身麻酔ヲ施サザルヲ得ズ。

局處麻酔法 鼠蹊「ヘルニア」ニ於テハ切開部ノ皮膚及ビ皮下ニ〇・五—一%「ノボカイン」液一〇・〇ヲ注射シ更ニ腫瘍ノ上界・門ノ上部ニ於テ深ク腫瘍下注射ヲ施スコト數箇ヲ以テス。一般ニ箱頓「ヘルニア」ニアリテハ、其自發痛ト門部近圍ノ知覺減弱トノ爲メニ少量ノ注射ニテ患者ハ能ク手術ニ耐エ得ルモノトス。猶次ノ方法ニ依レバ注射麻酔法トシテ最モ完全ナリ。即チ先ツ腸骨前上棘ノ内方三横指ノ點ヨリ腸管ニ向テ注射シ、之レニヨリ腸管鼠蹊神經、腸管下腹神經ヲ麻痺セシメ、次テ「ヘルニア」腫瘍基底部ノ内外二點ヨリ行ヒ、箱頓絞扼輪「ヘルニア」腫瘍ヲ左手ヲ以テ内方若クハ外方ニ壓排シツツ、前記同ノ二點ヨリ刺入シテ深部注射ヲ行フ。此注射ハ腫瘍ノ下ニ於テ針尖ヲ腸管ニ送セシムルヲ要ス。最後ニ腫瘍ヲ繞ル菱形ノ皮下注射ヲ行ヒ、猶又全陰莖及ビ陰莖ノ其根部ニ於テ皮下ニ輪狀ニ注射スベシ。

局處麻酔藥ハ〇・五%「ノボカイン」液「アドレナリン」ヲ混ゼルモノヲ選ブヲ可トス。大ナル鼠蹊「ヘルニア」ニ於テ規則的ニ注射セントスルトキハ一五〇・〇ヲ要ス。注射ノ方向深淺ニ注意シ、嚴ニ「ヘルニア」内容ノ刺傷ヲ避クベシ。

消毒 開腹手術ノ場合ニ倣フベシ。

術式 1. 皮膚ヲ切開シ、2. 「ヘルニア」囊ヲ露ハシテ、3. 之レヲ切開シ、4. 尙「ヘルニア」門部ノ絞扼ヲ開キテ、5. 内容ヲ檢シ、6. 異常ナキトキハ直ニ之レヲ腹腔内ニ還納シ、7. 根治手術ニ記シタル所ニ從ヒテ門ヲ處置シ、8. 皮膚ヲ縫合シテ手術ヲ了ル。

内容ヲ檢シテ壞疽ニ陥リ又ハ其臍アルヲ認ムルトキハ適宜之レヲ處置ス。即チ腸管若クハ網膜ノ切除或ハ人工肛門造設等ヲ要スルコトアリ。

箱頓鼠蹊「ヘルニア」切開術

一 囊ヲ露ハシ、之レヲ切開ス。

皮膚ノ切開ハ「ヘルニア」腫瘍外上界ノ外上方三乃至五仙透ノ部ニ起リ、斜ニ内下方ニ走り、腫瘍上ヲ越エテ進メ、其内下縁ニ近ク

終ラシム。但シ深ク陰囊内ニ脱出シテ箝頓セルモノニアリテハ長ク陰囊ノ長徑ニ互
リテ切開スルヲ要セズ、陰囊領ニ於テハ二乃至三仙迷ニ達スルヲ以テ足レリトス。
皮膚ヲ開キ淺在筋膜、總莖膜等、「ヘルニア」囊ヲ被フモノヲ總テ層ヲ達フテ開キ箇
ノ有鉤錐子ヲ用ヒ攫ミ上ゲテ其間ヲ切開シ或ハ有溝消息子若 囊ニ達ス。而シテ腫瘍小ナ
クハ開テタル解剖錐子ヲ順次各層下ニ挿入シテ之レヲ剪開ス。囊ニシテ遠ク陰囊内ニ及べル
ルトキハ進ンデ囊ノ全部ヲ周圍ノ組織ヨリ剝離シ、囊ニシテ遠ク陰囊内ニ及べル
キハ其末端部ハ先ヅ之レヲ放置シ、唯頸ノ部分ノミヲ遊離セシム、何レノ場合ニ於
テモ、特ニ「ヘルニア」腫瘍ノ基根ト外斜筋筋膜トノ關係ハ之レヲ最モ明瞭ナラシ
ムルノ必要アリ。

囊既ニ露出セラレバ、前面ノ中央ニ於テ其一部ヲ二箇ノ有鉤錐子ニテ横徑ニ攫ミ上ゲ、其間ニ小孔ヲ穿テ之レヨリ有溝消息子
ヲ挿入シ、此溝ニ沿ヒ刀或ハ剪刀ヲ以テ皮膚切開ノ方向ニ之レヲ開キ、其切開線ヲ動脈錐子又ハ腹膜錐子ヲ以テ固定スベシ。囊ノ
切開ニ當リ、内容ヲ傷ケザランコトノ注意ヲ必要トス、殊ニ内容ト囊ト癒着セルトキハ此危險多シ、故ニ常ニ有鉤錐子ヲ以テ囊ノ
撮擧ヲ試ミ、其癒着ナキヲ確メ、其部ニ於テ切開スベシ。

囊ヲ切開スルトキハ、「ヘルニア」水流出ス。其性状ハ内容變化ノ程度ヲト知シ得ルヲ以テ、之レニ注意ヲ怠ルベカラズ。稀薄帶黃
色(或ハ微ニ赤色ヲ帶ブルコトアリ)透明ニシテ無臭ナルハ、内容ニ著シキ變化ナキノ證ナルモ、濁濁シテ暗赤色ヲ呈セルモノヲ漏
ストキハ、内容既ニ稍、高度ノ侵害ヲ被レルヲ知ルベシ。其既ニ腐敗性惡臭ヲ放チ、若クハ糞臭ヲ帶ブルガ如キモノハ内容ノ塊疽
若クハ腸管穿孔等アルノ證徴トス。

二、内容ヲ檢シテ之ヲ處置ス。

今囊ヲ開キ、「ヘルニア」水ヲ除去スルトキハ、内容露出スルヲ以テ、仔細ニ之レヲ檢スベシ、就中腸管ノ下面及ビ屈曲部ニ注意
スベシ、即チ其鬱血ノ状態・沈着物・滲血・塊疽及ビ穿孔ノ存否等ヲ精査ス。

内容檢査ハ獨リ「ヘルニア」囊頭ニ於ケル絞扼輪ノ外部ニ施スニ止メズ、必ズ更ニ其上部特ニ絞扼セラレタル部分ヲ共ニ檢スベシ。

之ガ爲メニ門ノ開大ヲ必要トス。即チ門ノ外上縁ヨリ外上方ニ向ヒ外斜筋
筋膜ヲ切開スルコト三乃至五仙迷、(切開セル筋膜ノ兩縁ハ之レヲ動脈錐
子ヲ以テ保持固定シ後ノ便利ニ供ス)斯クテ絞扼ヲ被レル「ヘルニア」囊頭
ノ部分ヲ全部露出セシメ、之レヲ筋膜切開ト同一ノ方向ニ切開シ、容易ニ
腸管ヲ牽出シ得ルニ至ラシム。此切開ニ當リテハ、第二百七十九圖ニ示ス
ガ如ク示指頭ヲ用ヒテ腸管ヲ保護スベシ。

以上ノ處置ニヨリテ内容ノ絞扼去ルトキハ、其血液循環頓ニ恢復シ、鬱
血ニ因ル暗赤色ハ漸次消褪スベシ。是ニ於テ内容タル腸管係ノ兩脚ヲ二指
ヲ以テ輕ク把持シ、徐徐ニ數仙迷牽出ス。(第二百八十圖)此際暴力ヲ用フ
ベカラズ、若シ引出シ難キトキハ更ニ絞扼輪ヲ開大スベシ。斯クテ牽出セ
ル腸管ノ兩脚ヲ特ニ絞扼部ニ於テ精査ス。

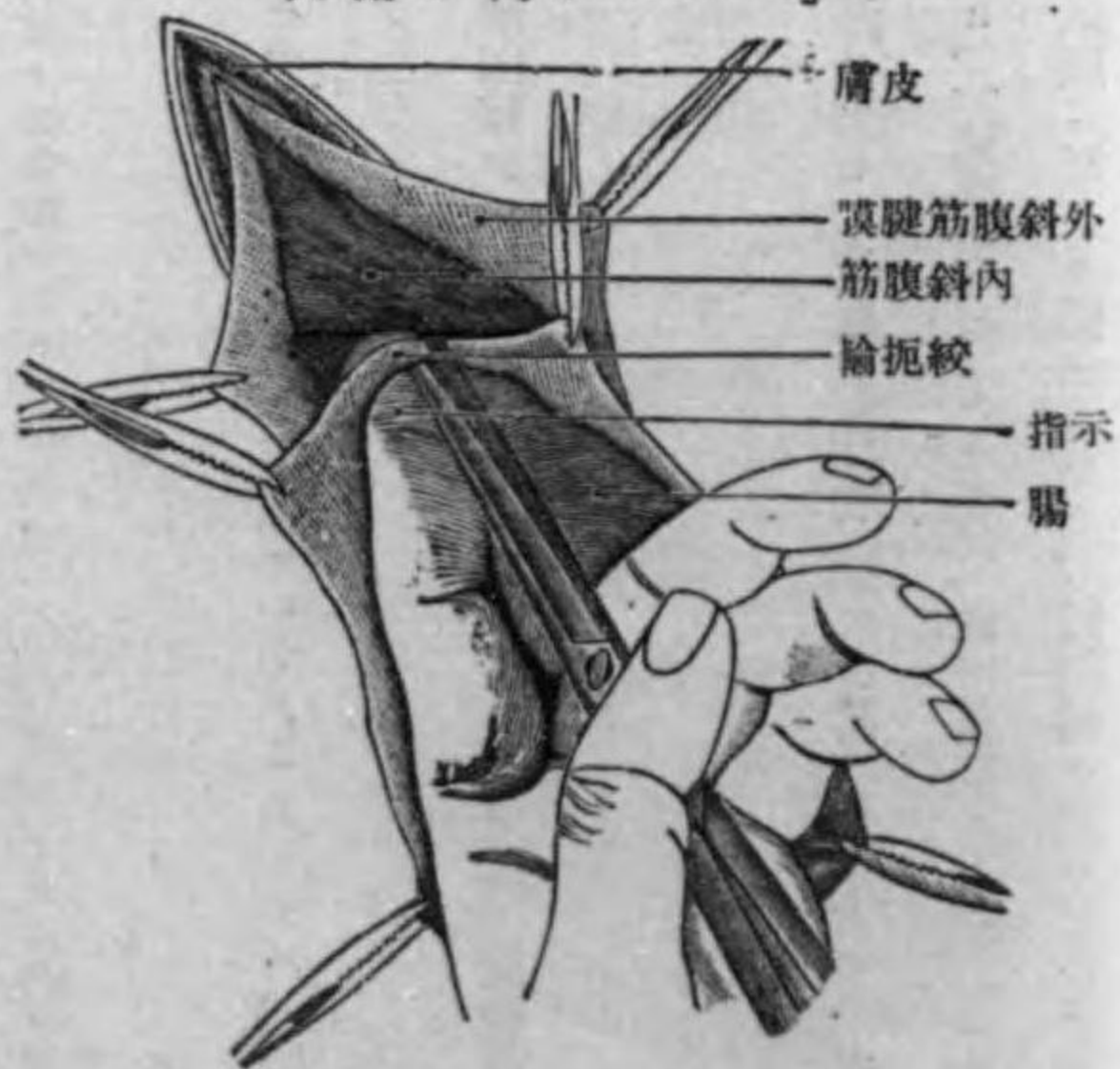
注意 絞扼輪ノ切開ハ、箝頓新鮮ニシテ腸管ハ唯鬱血ヲ呈セルニ止リ「ヘルニア」水ハ濁濁ナク臭氣ナキトキニ於テハ、顯慮ナク之レヲ行ヒ得
ベキモ、既ニ内容ノ壞死若クハ破潰アリ、或ハ又其疑アルトキハ輕忽ニ絞扼輪ニ手ヲ觸ルベカラズ。之レヲ開大スルトキハ「ヘルニア」囊ト腹膜
腔ト交通スルニ至ルベキヲ以テ、若シ既ニ「ヘルニア」水中細菌ノ存在アリトスレバ、之レヲ腹腔ニ送ルノ虞アレバナリ、若シ「ヘルニア」水甚ダ
シク濁濁シ、纖維素性沈着物ヲ附着シ高度ノ腸管鬱血アルガ如キモノニ於テ絞扼輪ヲ開大セントスル時ハ、之ヲ開クニ前テ、先ヅ内容タル腸管
及ビ「ヘルニア」囊ヲ微温生理的食鹽水ヲ以テ拭除シ、十分清淨ナラシメテ然後切開スベシ。

此後ノ處置ハ内容ノ状態如何ニ從テ之レヲ異ニス。

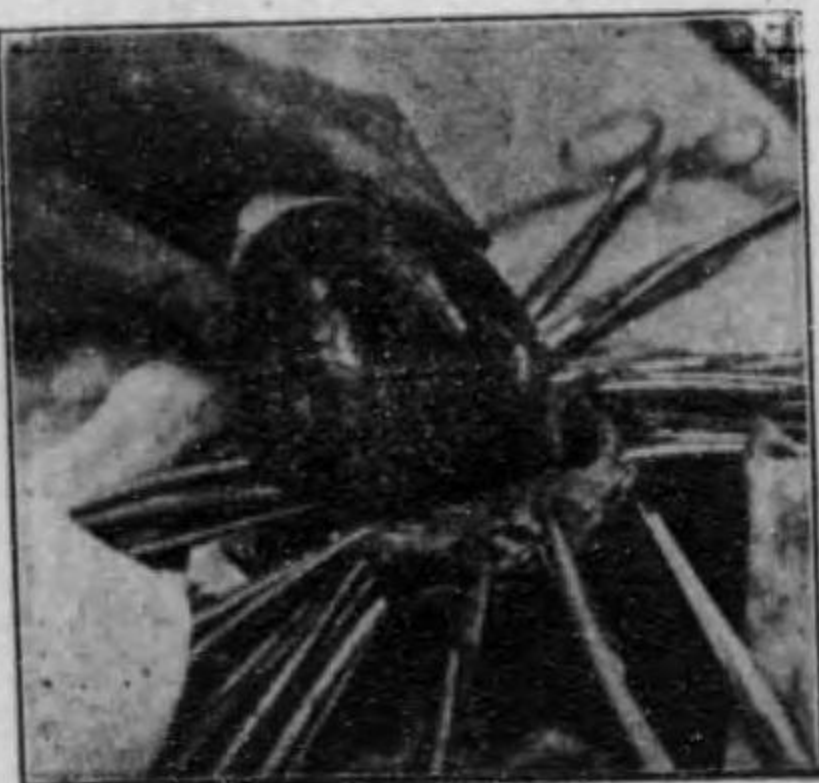
(1) 内容塊疽・穿孔等ノ疑絶無ナルトキノ處置

「ヘルニア」水清澄ニシテ、腸管壁ニ附著物ナク、腸管ハ鬱血暗赤色ヲ呈シ且ツ腫脹ヲ呈スルモ、其色澤平等ニシテ黒色斑、滲血斑
等ナク、且ツ固有ノ光澤ヲ備ヘ、絞扼輪ヲ開クトキハ、鬱血消散シ、猶牽出セル腸管ノ絞扼部及ビ其内部ニ於テモ、組織ノ破傷・滲
血斑等ナク、總テノ點ニ於テ塊疽・穿孔等ノ疑絶無ナルトキハ、直チニ之レヲ腹腔内ニ還納ス。即チ腸管係ノ一脚ヲ門ノ近部ニ於テ

第九十七百二第
大開ノ門「ア」ニルヘ



圖八十七百二第
出露ノ内容「ア」ニルヘ

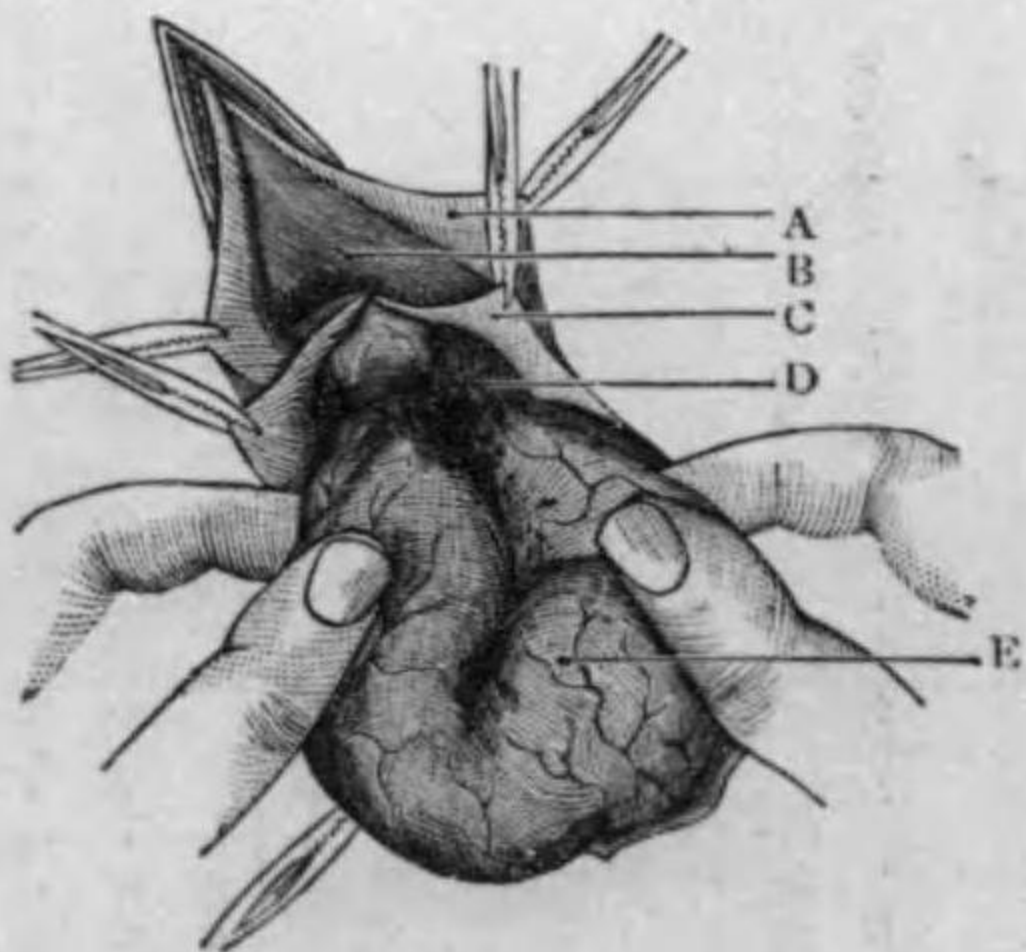


麥粒鉗子にて輕ク把持シ、此部ヲ腹腔内ニ推送ス。斯クテ順次鉗子ヲ移シ終ニ全腸係ヲ還納ス。入口狹隘ニシテ還納困難ナルトキハ、絞扼輪ノ前ニ切開セル部分ヲ更ニ上方ニ向テ開大スベシ。

注意 一 箱頓セル腸器ノ變化ノ程度ニヨリ、直チニ之レヲ還納シテ不可ナキヤ否ヤニ就キ斷定ニ苦シムコトアリ、疑ハシキトキハ寧ロ後條ニ從ヒテ處置スベシ。二 内容ノ變化ハ往往術前試ミラレタル「タクシス」ニ因スルコトアリ。之レニ因ル内容ノ變化ハ甚ダ重大ナルコトアリテ、爲メニ腸管ノ斷裂穿孔等ヲ來シ、腸管縫合若クハ切除法ヲ要スルコトナキニアラザルモ、通例微細ナル腸管壁膜裂傷、漿液下流血若クハ腸管腔内血液等ノ形成ヲ見ルニ過ギズ。此等ノ變化僅微ニシテ新鮮ナルモノニアリテハ直チニ之レヲ還納シテ不可ナシ。漿液ノ裂傷稍大ナルトキハ一二ノレンベルト氏縫合ヲ置クベシ。

圖 十八百二第

(nach Lejars)
A 腹腹斜外
B 筋腹斜内
C 囊「アールヘ」
D 輪扼絞
E 管腸



内容大網膜ニシテ變化ナキトキハ還納スベキモ、其既ニ癒著ニ因リ團塊狀ヲナセルモノ、若クハ囊ト癒著セルモノニアリテハ、嚴ニ結紮シテ(大ナルトキハ數箇ノ小部分ニ別チ結紮ス)切除スベシ。

以下ノ術式ハ根治手術ニ於テ述べタル所ニ從フ。「ヘルニア」囊甚ダ大ニシテ剝離困難ナルトキハ、之レヲ中斷シ、末端ヲ陰囊内ニ遺留セシムルモ亦不可ナシ、此法ハ著シク手術時間ヲ短縮シ得ルノ利アリ。

(2) 内容壞疽若クハ穿孔アリ或ハ其疑アルトキノ處置

(a) 囊ヲ開ケバ、滲濁セル惡臭アル「ヘルニア」水流出シ、内容タル腸管ハ固有ノ光澤ヲ失ヒ、纖維素性或ハ膿性ノ附着物ヲ有シ、腸管ハ全部或ハ部分的ニ暗紫色或ハ黒色ニ變ジ、組織柔軟脆弱ニシテ弾力性ヲ失ヒ、一見壞疽ヲ呈セルモノ、或ハ又既ニ其一部ニ穿孔ヲ來セルモノ、(b) 囊ヲ開キタルトキハ「ヘルニア」水ノ性状及ビ脱出部腸管ノ状態ニ著シキ變化ナキモ、絞扼輪ヲ開キ腸管ヲ牽

出検査スルニ及ビ、腸管壁一部ノ壞疽ヲ認ムルモノ、(c) 内容壞死ノ確微ナキモ、脱出セル腸管ノ状態ニシテ既ニ高度ノ侵襲ヲ受ケタルモノト認メラレ、後チ絞扼輪ヲ開キ箱頓ヲ解除シ、食鹽水溫浴法等ヲ試ムルモ、終ニ血行ノ恢復無キモノ、(即チ壞疽ノ前程ト認ムベキモノ)等ノ場合ニアリテハ、腸管切除術若クハ人工肛門或ハ糞瘻造設術ヲ要ス。内容大網膜ニシテ、壞死セルトキハ之レヲ結紮シテ切除ス。

圖 一十八百二第

疝壞ノ管腸ルセ頓箱
疝壞頓箱管腸 1



疝壞頓箱ノ壁管腸 2



1

人工肛門或ハ糞瘻ヲ造設スベキ場合

- 一 一般状態甚ダ不良ニシテ、手術時間ノ短縮ヲ要望スル場合ニハ之レヲ選ブ。
- 二 箱頓後時日ヲ經過シ、内容全ク壞疽ニ陥リテ破壊シ、既ニ蔓延性皮下「フレグモーチ」(糞便性「フレグモーチ」Kohphlegmone)ヲ發起セルモノニアリテハ、單ニ切開シテ排便ヲ圖リ糞瘻ヲ生ゼシムルノ他ナシ。又内容タル腸管既ニ穿孔ヲ呈シ、滲濁惡臭アル「ヘルニア」水ヲ漏ストキハ此法ヲ行フ。
- 三 手術準備不完全ナル場合ニシテ、然カモ患者ノ状態及ビ運搬時間ノ關係等ノ爲メニ、手術ニ對スル不備ナル施設ノ下ニ手術セザルベカラザル事情ニ際會セルトキハ、腸管切除ヲ行フハ困難ニシテ且ツ腹膜炎ノ虞アルヲ以テ、寧ロ糞瘻ヲ作成セシメテ一時ノ急ヲ救フベシ。

2 腸管切除術或ハ腸壁一部切除施行ノ要件

- 一 一般状態能ク此手術ニ要スル時間ニ堪エ、猶全身麻酔法ヲ施シ得ル状態ニアルヲ要ス。
- 二 内容ノ壞疽確實ナルトキ若クハ其疑アルモノニシテ、然カモ「ヘルニア」水ニ臭氣ナク、滲濁亦著シカラザルトキハ腸管切除ヲ施ス可トス。腸管壁一小部ノ壞疽ニアリテハ腸壁ノ部分的切除ヲ施スヲ以テ足ルベシ。

三 完全ナル防腐の手術ノ準備ノ下ニ行フベシ。

A 人工肛門或ハ糞瘻造設術 全身麻酔ヲ要セズ、腸管若クハ腸壁ノ壞疽部ヲ除去或ハ切開シ、抜ヨリ太キ腸管ヲ腸管ノ兩脚(確實ニ上下開口ノ區別付キタルトキハ其上開口端ニノミ)ニ挿入シ置キテ、排便ノ目的ヲ達セシム。「ヘルニア」門ニハ手ヲ觸レズ、此不自然肛門及ビ糞瘻ニ對シテハ後日全身状態ノ恢復ヲ待テ更ニ手術ヲ加フベシ。慢性箱頓ノ場合ニ於ケル糞小ナル糞瘻ハ自然閉鎖ヲ營ムコトアリ。

B 腸管切除術 全身麻酔ノ下ニ於テス。壞疽ニ陥レル腸管及ビ糞ヲ微温生理的食鹽水ヲ以テ十分清洗シ、後、殺菌乾燥細紗ヲ以テ拭拭シ、然ル後箱頓輪ヲ開キ、兩脚係ヲ注意シテ徐徐ニ牽出シ、腸管及ビ腸間膜ノ全ク健康ナル部分ニ於テ切除結合ス、又腸壁一部ノ壞死ニアリテハ、此ノ部ヲ切除シ、横徑ニ結合閉鎖スルヲ以テ足ルコトアリ。結合セル腸管ハ之レヲ還納シ、後、直ニ法ニ從テ門ノ閉鎖ヲ行フベク、傳染ノ疑ハシキモノニ於テハ細紗「タンボン」ヲ施シ、門ヲ閉鎖セズ、後ノ経過ニ由リ、後日二次的ニ閉鎖スベシ。

後療法 全身症状ニ對スル注意ヲ必要トス。術後十二時間ニシテ排便ナキトキハ灌腸法ヲ施ス。局處的ニハ手術ノ異ナルニ從ヒテ適宜之レヲ處置ス。

手術ノ豫後 内容壞疽ノ虞ナク、還納性「ヘルニア」ノ根治手術ニ於ケルガ如ク施行シ得タルモノニアリテハ良。不自然肛門造設

ニ於テハ死亡率甚ダ高ク五〇%ヲ超エ、第一期腸切除ニアリテハ前者ニ比シ較、良ナリ。人工肛門造設術ハ一般状態不良ニシテ、且ツ局處ノ變化著シキ場合ニ施サルルヲ以テ腸管切除術ノ成績ニ比シ不良ナルハ當然ナリ。

手術後ノ偶發症トシテハ、虛脱、腹膜炎、肺炎、腸管狭窄、腸閉塞、腸管痙攣等トス。糞瘻ニアリテハ、特ニ小腸上位ナルトキハ、遂ニ榮養不給ノ下ニ斃ルルノ虞アリ。斯ノ如キ場合ハ成ベク早期ニ之レガ閉鎖ヲ企圖セザルベカラズ。

箱頓股輪「ヘルニア」切開術

根治手術ニ做フ、内容ニ就テハ鼠蹊「ヘルニア」ノ箱頓ニ於ケルト異ナラズ。「ヘルニア」頸部ノ絞窄高度ニシテ内容ノ還納困難ナルトキハ門ヲ其上緣ニ於テ開大スベシ、時トシテハプーバルト氏靱帶ノ一部切斷ヲ必要トスルコトアリ。

「ヘルニア」

箱頓股輪「ヘルニア」切開術

四 臍「ヘルニア」

「ヘルニア」Hernia umbilicalis. ハ臍輪ヨリ内臟ノ脱出スルモノニシテ、三種ニ區別ス。(1) 先天性臍「ヘルニア」。

臍輪及ビ臍帶ノ異常ニ因テ發スル一種ノ先天性畸形ニシテ、「ヘルニア」囊ハ臍帶組織(羊膜及ワル)及ビ其内面ヲ被ヘル腹膜ヨリ成ル。(臍帶「ヘルニア」Hernia funiculi umbilicalis) (2) 乳兒期臍「ヘルニア」。最モ多キ種類ニシテ、臍輪ノ閉鎖未ダ完カラズ、抵抗薄弱ナル時期ニ於テ、強度ノ或ハ反復スル腹壓充進(嘔吐、便秘)ニ因テ成立ス。(3) 成年期臍「ヘルニア」。最モ多ク妊娠ニ因シ、其他總テノ腹壓充進ハ之レガ原因ヲナス。

内容ハ一、二ニアリテハ腸管ナルモノ多ク三ハ網膜ナルヲ普通トス。先天性臍「ヘルニア」ニ於テハ往往腹部内臟ノ大部分脱出スルガ如キモノアリ。

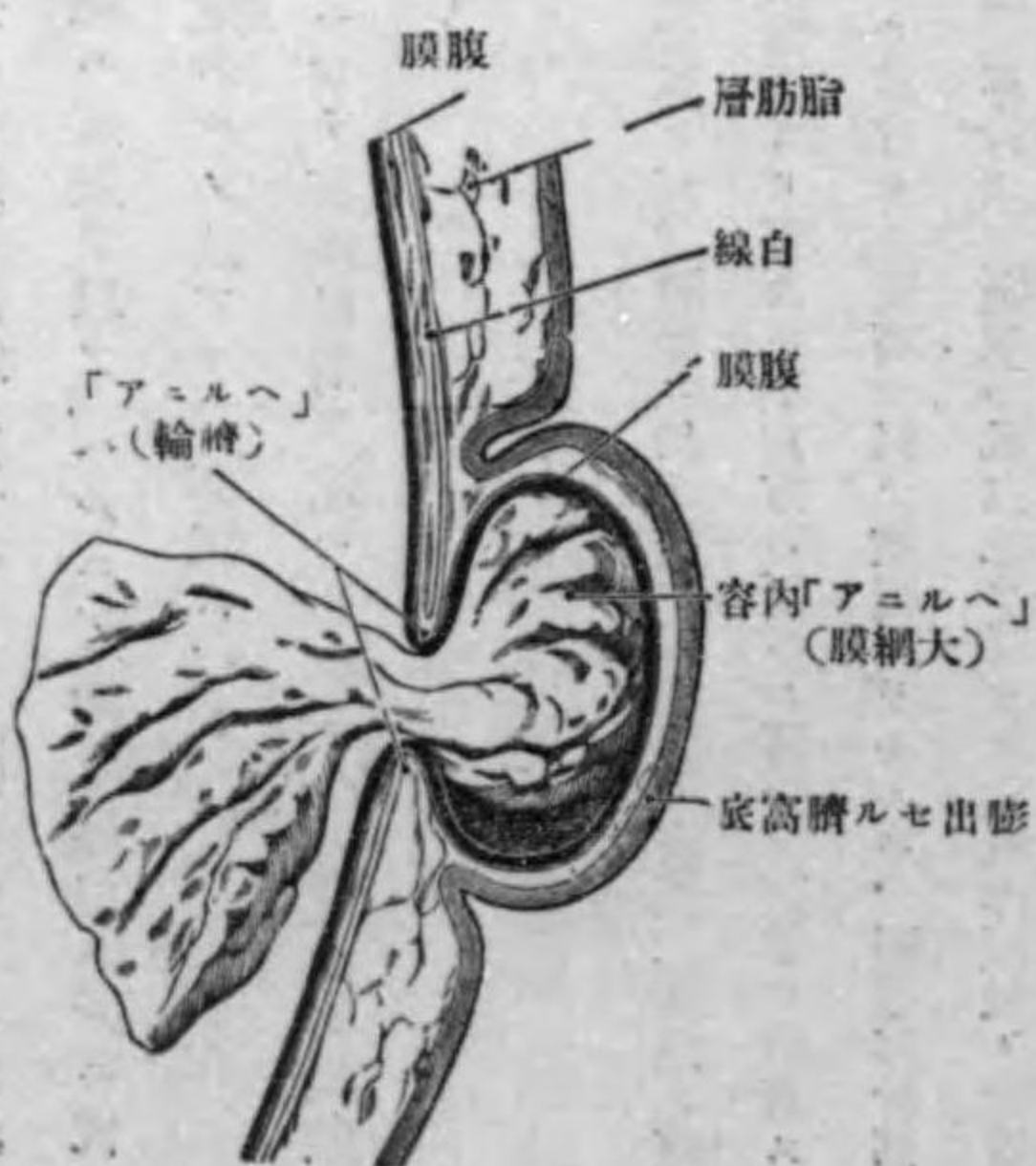
症候 臍部ニ於テ壓迫ニ因テ退縮スル腫瘍ヲ存ス。陳舊性ノモノニアリテハ、癒着ノ結果、此壓縮性ヲ失ヘルモノアリ、又先天性「ヘルニア」ニアリテハ、門ニ比シ内容ノ著大ナルガ爲メニ、整復全ク不可能ナルナラズ其大サハ極メテ多般ナリ。本症ノ存在ハ屢、消化障礙、痙攣、便秘、下痢等ノ原因ヲナス。臍「ヘルニア」ハ箱頓スルコト稀ナリ。

豫後 後天性「ヘルニア」ハ良。先天性「ヘルニア」ノ大ナルモノハ不良ノ轉歸ヲ取ルモノ多シ。

療法 整復壓抵法ト手術の根治法トアリ。大ナルモノ、癒着アルモノ及ビ一般ニ成人性ノモノハ根治手術ヲ要ス。即チ臍輪ヲ現ハシ、内容ヲ整復シテ臍輪ヲ縫合閉鎖ス。

乳兒期「ヘルニア」ハ通例簡單ナル壓抵法ヲ以テ能ク奏効ス。即チ先ツ壓迫シテ内容ヲ全ク整復シ、臍ノ兩側ニ於テ皮膚ヲ撮ミテ上下ニ走ル皺襞ヲ作り、此左右兩皺襞ヲ接着セシメテ臍輪部ヲ被覆セシメ此位置ニ於

圖 二 八 百 二 第 「ア ニ ル ヘ」 臍 (nach Nuhn)



テ數條ノ長クシテ狭キ絆創膏ヲ横徑屋瓦狀ニ貼付スベシ。絆創膏ノ交換ハ每週一回或ハ二回トシ通例數週ニシテ治癒ノ目的ヲ達ス。絆創膏ハ無刺激性ノモノヲ選ブベシ。斯クノ如ク單純ニ皮皺ヲ以テ「ヘルニア」門ヲ壓迫スルニ代フルニ、内容ノ整復後、臍輪ニ小錢貨ヲ貼シ、之レヲ絆創膏ヲ以テ固定スルノ法アリ、亦試ムベシ。

臍帶「ヘルニア」ハ其小ナルモノニハ前記ノ法ヲ應用スベキモ、著大ニシテ其法目的ヲ達セザルトキハ宜シク觀血的手術ヲ施スベシ。内容ハ之レヲ整復シ或ハ切除シ、後、臍輪ヲ閉鎖ス。

症例 ● 臍帶「ヘルニア」(大正四年八月一吉川)

八月二十三日午後出生、男兒。生後二時間半初診、發育尋常ノ嬰兒、他ニ畸形ヲ認メズ、臍部ニ於テ長サ二仙迷、直徑二仙迷ノ莖ヲ以テ腹壁ト連結セル直徑約一〇仙迷ノ球狀腫瘍アリ。莖ノ附着端ニ對スル反對極ヨリ僅カニ下方ニ偏スル部分ニ臍帶ヲ附着ス其長サ七仙迷許、斷端結紮セラル。該腫瘍ノ莖ハ體壁端ニ於テ約一仙迷腹壁ヨリ移行セル皮膚ヲ以テ被覆セラルルモ、腫瘍移行部ニ於テハ全ク皮膚ヲ缺キ、臍帶ニ一致セル淡黃乳白色ノ物質ヲ以テ腫瘍ノ表面ニ移行ス。腫瘍ハ乳白色ヲ呈セル柔軟浮腫狀ノ物質ヨリナル囊ニシテ、處處腸管ト想像シ得ベキ内容物ヲ透見シ得ル部分アリ。壓迫スルモ退縮セズ。打診上濁音ヲ呈ス。

直ニ準備ヲ整へ、同九時(生後三時間)手術ニ着手ス。此際二〇瓦許ノ帶黃黑褐色ノ胎便ヲ漏ス。腫瘍莖部(臍部)ノ上部正中ニ於テ縱徑皮膚切開ヲ加フルコト約三仙迷、指頭ヲ以テ臍輪ヲ探ルニ、此處ニ腸管ト認ムベキ索條アリテ腹腔ヨリ腫瘍内ニ走レルヲ觸知ス。即チ此部ニ於テ門ヲ開大シ、莖ヲ成セル管狀部ヲ切開スルニ内ニ壓平セラレタル鉛筆大ノ一條ノ小腸ヲ認ム、更ニ此切開ヲ腫瘍ニ向テ進ムルニ囊中ヨリ初メ約二〇仙迷ノ空虚ナル小腸現ハレ、最後ニ殆ンド囊腔ノ全部ヲ充セリト認メ得ベキ著大ナル囊狀物脫出セリ。此囊狀物ハ腸管一部ノ擴張セルモノニシテ淡褐赤色ヲ呈シ、直徑八仙迷、幅徑六仙迷ヲ有シ、兩端ハ細キ小腸ニ連リ、一線ニ於テ腸間膜ヲ附ス。内容充實シテ壓スルニ指痕ヲ留ム。則チ先づ腸間膜ヲ結紮切斷シ、次デ兩端ヲ去ル各二仙迷ノ部ニ腸管ヲ斷チテ囊狀部ヲ切除ス。腸管ハ端端縫合ヲ施シテ腹腔ニ整復シ、「ヘルニア」囊ハ莖ニ於テ之レヲ斷チ、門ヲ縫合閉鎖シテ手術ヲ終ル。切除セル腸管擴張部ハ其壁甚ダ菲薄ニシテ内容ハ全部胎糞ナリ。臍帶血管ハ總テ閉鎖シ居レリ。一治癒。

臍帶「ヘルニア」ノ症例

腹壁「ヘルニア」

五 腹壁「ヘルニア」

腹壁「ヘルニア」Hernia abdominalis. ハ或ハ手術創及ビ外傷後ノ癢痕ヨリ生ジ、或ハ腹壓亢進ノ爲メニ左右直腹筋相排開セララルニ因テ白條ニ形成セラレ、又或ハ全ク原因不明ノ下ニ發起スルモノアリ。

症候 腹壁ニ於テ壓迫ニヨリ退縮スル腫起ヲ生ズ、其大サハ甚ダ多樣ナリ。

就中臨牀上必要ナルヲ小ナル白條「ヘルニア」トス、即チ白線ニ於テ小ナル壓縮性結節ヲ形成ス、脂肪體質ノモノニアリテハ一見顯著ナラザルコトアリ。自覺症トシテ屢胃痛特ニ食後ノ疼痛ヲ訴へ、又種種ナル程度ノ消化障礙アリ。小ナル白條「ヘルニア」ハ唯胃ノ症狀ヲ以テ醫治ヲ需ムルモノ稀ナラズ。

療法 姑息的ニハ壓抵子ヲ有スル「ヘルニア」帶ヲ裝用セシメ、根治的ニハ門ノ縫合閉鎖ヲ行フベシ。

泌尿生殖器疾病

第十三 泌尿生殖器疾病

包莖

一 包莖

包莖 Phimosis. ニ先天性異常ニ屬スルモノト、後天性病變ニ因ルモノトアリ。後天的原因ハ包皮ノ炎症性浸潤(包皮
皮炎) 瘢痕狭窄或ハ瘢痕性癒着(特ニ下疳)等トス。

症候 包皮ノ前孔狭小ナルガ爲メ、包皮ヲ龜頭冠狀溝ノ後方ニ退カシムル能ハズ、或ハ困難ナル状態ニアリ。其
程度ハ種種ニシテ、高度ナルハ前孔細小ニシテ全然包皮ヲ後退セシムル能ハズ、輕度ナルモノハ強ヒテ之レヲ行
ハ目的ヲ達ス。高度ノモノハ排尿時疼痛及ビ排尿困難アリ、好ンデ包皮炎ヲ併發ス。又膀胱ノ肥厚及ビ擴張、膀胱
加答兒等ヲ續發シ、「ヘルニア」、痔核、脱肛等ノ誘因ヲナスコトアリ。

中等度ノモノハ所謂箱頭包莖(後包莖 Paraphimosis)ヲ起スコトアリ、即チ包皮ガ冠狀溝ノ後方ニ退却セル状態ニ
於テ強ク該溝ヲ絞窄シ、容易ニ之レヲ復歸セシムル能ハザルニ至ル。放置スルトキハ龜頭及ビ翻轉セル包皮ノ浮腫
ヲ呈シ、絞窄部ニ裂傷ヲ生ジ、甚シキトキハ終ニ龜頭ノ壞疽ヲ來ス。

包莖ハ花柳病ノ感染ヲ受ケ易シ、又陰莖癌ハ包莖患者ニ發スルモノ比較的多數ナリ。

療法 手術療法ヲ施ス。

包莖手術

包莖手術

準備 消毒ス、包皮内面ヲ清淨ナラシメンニハ、二%硼酸水ヲ用ヒ、注入器ヲ以テ包皮前孔ヨリ注入シ反復内腔ヲ
洗滌スベシ。手術ハ通例局處麻酔法ニテ足ル、麻痺液ノ注射ハ單ニ皮下ニ留メズ、深ク内板下ニ達セシム。

術式 一 背面切法 前孔ヨリ有溝消息子ヲ挿入シ、此溝ニ沿ヒテ剪刀ヲ用ヒ(或ハ單ニ球頭剪刀ヲ用ヒ)背面正中ニ於テ、包皮ヲ
冠狀溝ノ前方略〇・五仙透ノ部分マデ切開ス、然ルトキハ外皮ハ内板ニ比シ退縮著シキヲ以テ、内板切開線ト外皮切開線トハ著シキ

哆開ヲ呈ス。今創角ニ於テ内板切開線ヲ左右ニ於テ各々其方向ニ延長シ外皮切開線ニ達セシムル

トキハ茲ニ内板ノ三角形小瓣ヲ得ベシ。(ローゼル氏 Ross 瓣)全創ヲ止血シ、後此瓣ノ尖頂ヲ外

板ノ創角ニ縫合シ、(第二八三圖)猶左右兩創線ニ於テ内外板ヲ各三針或ハ四針縫合ス、防腐

的繃帶ヲ施シ手術ヲ了ル。此法ハ簡易ナルモ包皮過剰部ガ陰莖下面ニ垂下スルノ缺點アリ、但シ

此過剰部ハ若干年後自然萎小シ著キ變形ヲ止メザルニ至ルモノトス。二 環狀切除法。(a) 單

純環狀切除法、過剰包皮ヲ龜頭尖ヲ超エテ牽引シ一時ニ包皮前部ヲ剪斷ス、此際龜頭尖ヲ損傷セ

シメザルコトニ注意ス。止血シ、内外兩板ヲ縫合シ、術了。(b) 成形的環狀切除法、龜頭冠狀溝

ニ平行シ、其後方約一仙透ノ部ニテ外皮ヲ環狀ニ切

開ス。此際皮膚ノ不均等ナル緊張ニヨル彎曲

ヲ避クベシ。外皮ヲ包皮ノ末端ニ向ヒ内板ヨリ剝離

スルコト全周ニ於テ一仙透餘、此部ニ於テ内板ヲ外

皮ノ切開線ニ平行ニ切離スルトキハ包皮前部ハ環

狀ニ除去セラル。止血シテ後、内板ヲ翻轉外面セシ

メ、其切線ヲ外皮切線ニ縫合ス、即チ縫合線ハ内板

ノ翻轉部ヲ去ル約一仙透ノ部ニアリ。

瘢痕性ノモノハ、其瘢痕ヲ切除シ、癒着アルトキ

ハ之レヲ切離ス。



第二八四圖 (一其)法復整莖包頓箱



第二八五圖 (二其)法復整莖包頓箱



第二八三圖 法切面背

箱頭包莖ハ其成立後久シカラザルトキハ簡易ナル手技ニヨリ、容易ニ整復シ得ベシ。即チ先ヅ冠狀溝ノ附近ニ油劑ヲ塗布シ、左右
兩手ノ示中二指間ニ陰莖ヲ把持シ、兩指指腹ヲ龜頭ニ貼シテ壓迫スルトキハ包皮ハ龜頭ヲ越エテ復歸ス。(第二八四圖)或ハ又
一手ノ拇示兩指ニテ環狀ニ陰莖ヲ把持シ、他手ノ指腹ヲ以テ龜頭ヲ壓迫シテ整復セシム。(第二八五圖)施術前冷瘃法ヲ施スト

第二篇 疾病篇 包莖

キハ整復ヲ容易ナラシム。包皮ニ高度ノ浮腫ヲ來シ、單純ナル壓迫整復法其目的ヲ達セザルトキハ、浮腫部ヲ消毒シテ小刺劍ヲ加ヘ、組織液ヲ壓搾排却シテ後整復ヲ試ム。猶、目的ヲ達セザルトキハ局所麻酔ノ下ニ絞窄輪ヲ背面ニ於テ切開ス、即チ第二百八十六圖示ノ如クス。

二 尿道狹窄

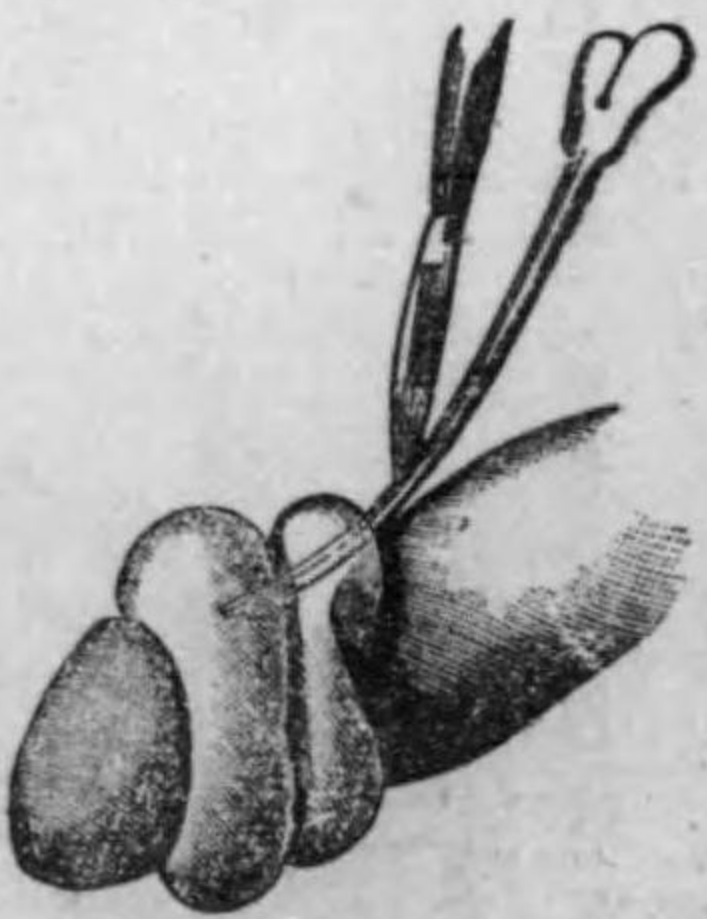
尿道狹窄 Stricture urethra. ハ異物、痙攣性收縮、炎症性腫脹、周圍ヨ

リノ壓迫腫脹、膿瘍、膿核及ビ癩痕等ニ因テ生ズ。就中癩痕性狹窄ヲ以テ臨床上最も必要ナリトス。

癩痕性尿道狹窄

癩痕性狹窄 Narbige Harnröhrenverengerung. ノ原因ハ淋疾最も多ク、外傷之レニ次グ。猶、尿道ニ發セル下疳ハ亦屢、本症ノ原因ヲナス。淋毒性狹窄ハ單ニ粘膜炎ノ變化ニ止レル淺在性ノモノアリ、又主トシテ尿道周圍炎後ノ癩痕ニ因ル深在性ノモノアリ。狹窄ハ何レノ部分ニモ發シ得ルモ、最も多ク膜様部ニ、次デ球部ニ、第三ニ舟狀窩ニ來ル。狹窄ハ其種類ニ依リ、側壁性、輪狀性、管狀性、瓣狀性、肥厚性、單發性、多發性等ヲ區別シ得ベシ。
症候 (1) 自覺的症候 排尿困難ヲ訴フ、尿線細クシテ往往分裂シ、又方向失常ヲ呈シ、高度ナルトキハ點滴狀ノ排尿始メ及ビ終末ニ於テ點滴狀ヲナナス。從テ排尿ニ長時ヲ費シ、猶異常ノ怒責ヲ要ス。排尿路ノ障礙極度ニ達スルトキハ、乃チ尿閉ヲ來ス。尿閉ハ癩痕狹窄ニ兼ヌルニ炎症性腫脹ヲ起スニ因テ發スルヲ普通トス。高度ノ尿道狹窄ニアリテハ射精障礙アリ。(2) 他覺的症狀 「ブーシー」ヲ送入スルニ抵抗ヲ感ズ。而シテ之ヲ送入シテ通過セシメ得ル「ブーシー」ノ太サハ、狹窄ノ程度ニ從ヒテ異ナリ甚ダ多般ナリトス、或ハ如何ナル「ブーシー」ヲモ全く通過セシムル能ハザルモノアリ、之レヲ不通性尿道狹窄ト謂フ。前部尿道ノ狹窄ニアリテハ、屢、其部分ニ於テ硬結ヲ觸知ス。

圖六十八百二第 開切ノ部窄絞ルケ於ニ塞包頓諸



ス。(3) 尿。通例不純物ヲ混ズ、即チ淋絲ヲ有ス、又稍、少量ノ膿ヲ混ズルコトアリ。二盃試驗ヲ試ムルニ、前尿瀝濁シ後尿澄清ナリ、兩者共ニ瀝濁セルハ膀胱加答兒ヲ兼ヌルモノナリ。(4) 續發症。狹窄後部ノ尿道擴張シ、其部ニ炎症及ビ糜爛ヲ生ジ、尿道周圍炎ヲ發生シ、膿瘍ヲ形成ス。之レヨリ尿浸潤ヲ起ストキハ危險ナル瀰蔓性「フレグモーネ」ヲ誘發ス。膿瘍皮膚ニ破ルルトキハ、玆ニ瘻孔ヲ形成シ、斷エズ排膿アリ尿ヲ漏ス。(尿瘻 Urinary fistula) 又尿滲滯ノ結果、膀胱壁ノ肥厚及ビ擴張ヲ兼ヌル膀胱炎ヲ併發シ、尙又腎盂炎、腎臟炎等ヲ起スコトアリ。持久的怒責ハ痔核、脱肛、「ヘルニア」等ノ誘因ヲナス。

診斷 既往ニ淋疾若クハ會陰損傷アリテ、排尿障礙ヲ訴フルモノハ尿道狹窄ヲ疑フベク、「ブーシー」ヲ送入ヲ施シテ之レヲ確定ス。「ブーシー」ハ太キモノヨリ漸次ニ細キヲ選ビテ之レヲ試ム、之レニヨリテ、其部位程度及ビ數ヲ知ルベシ。細小ナル狹窄ニハ細キ鯨骨製「ブーシー」ヲ以テ試ム、其法鯨骨「ブーシー」ノ數本ヲ、一本ヅツ送入シテ尿道内ニ一束ヲナサシメ、後其個個ニ順次ニ輕壓ヲ加ヘ、或一本ガ狹窄部ヲ通過スルノ目的ヲ達センコトヲ圖ルニアリ。(第二百八十七圖) 又一條ノ鯨骨「ブーシー」ヲ取り、其尖端一仙迷ノ部ニ輕キ屈曲ヲ作りテ、烙鐵ヲ僅ニ熱シ之レヲ其部ニ接シテ屈曲セシムレヲ送入シ、狹窄部ニ達スルヤ、種種ナル方向ニ其尖端ヲ回旋セシメテ通過ヲ圖ルノ法アリ。第二百八十八圖ハ眞直ナル「ブーシー」通過ズ(1) 屈曲セルモノノ通過スル(2) ヲ示ス。如何ナル「ブーシー」モ如何ナル方法ニ依ルモ終ニ通過ノ目的ヲ達セザルモノハ不通性狹窄ナリ。

排尿困難ノ爲メニ本症ト鑑別ヲ要スルモノハ、膀胱結石、攝護腺肥大症、尿道内結石、膀胱麻痺、高度ノ包莖等トス。

豫後 狹窄ノ部位、程度、併發症ノ有無等ニ關ス。但シ一般ニ可通性ノモノハ良、不通ノモノ及ビ瘻孔アルモノハ治療困難ナリ。危險症ハ尿浸潤ニ因ル瀰蔓性腐敗性「フレグモーネ」ノ繼發及ビ腎臟炎發生ニ因ル尿毒症トス。

圖七十八百二第

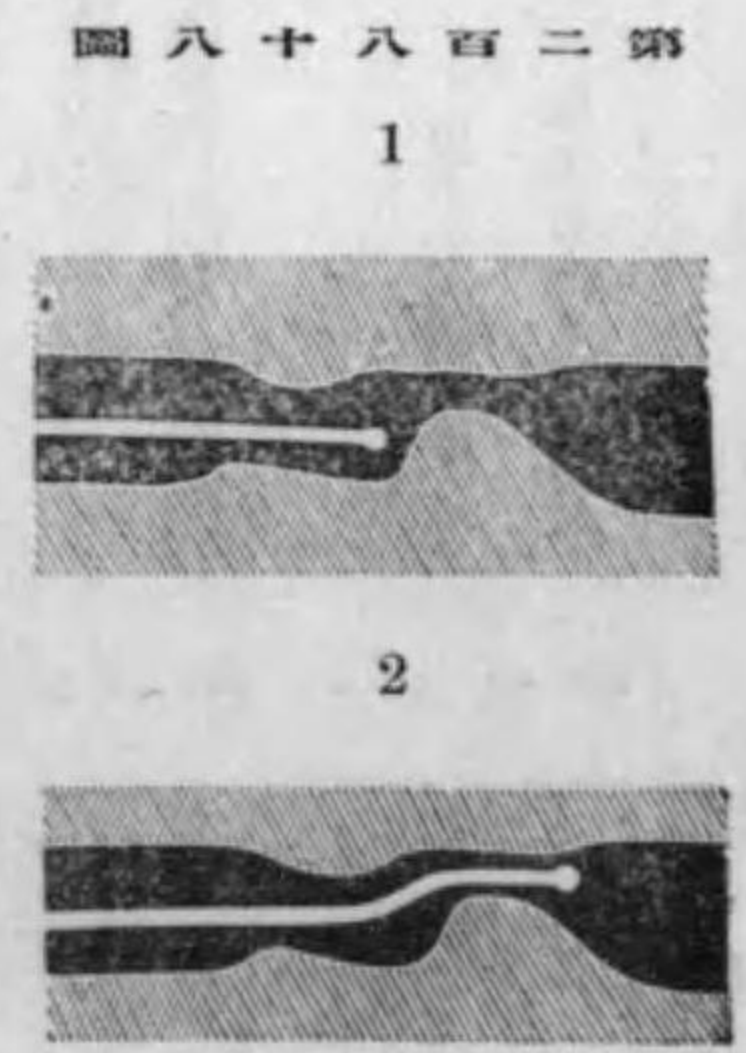


療法 一 非血性療法 漸次擴張法ト急速擴張法トアリ。(1) 漸次擴張

法ハ細キ「ブーシー」ヨリ漸次太キヲ送入シテ其擴張ヲ圖ル法ナリ。第三篇 中「カテーテル」及ビ「ブーシー」使用法参照「ブーシー」ヲ送入シ得タル場合ニ於テハ、例之ヲ留置シ、其儘排尿ヲ營マシムルトキハ狭窄部ノ擴張ニ向ツテ往往良効ヲ奏ス。(2) 急速擴張法ハオーベルレンデル氏 Oberländer 擴張器、其他類似ノ器械ヲ以テシ、又ハル、フオー「Le Fort」ノ誘導細索ヲ有

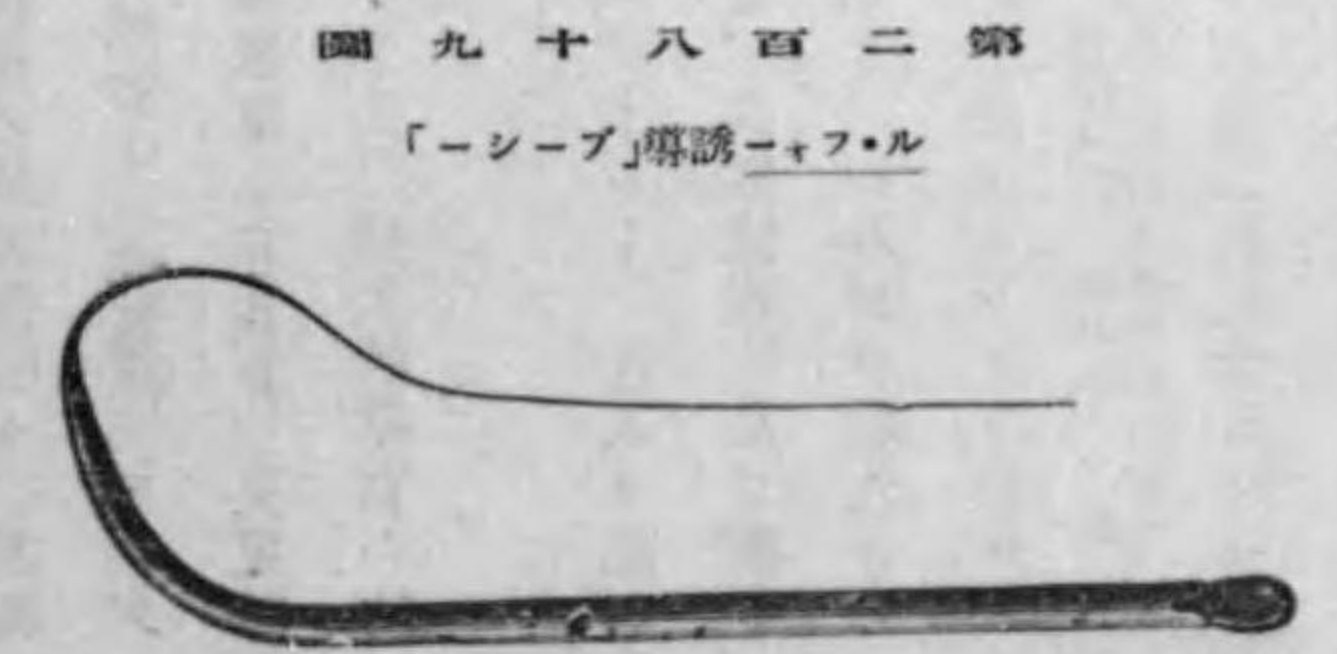
スル金屬「ブーシー」(第二百八十九圖)ヲ用フ。一般ニ非血性擴張法ハ唯可通性ノモノニ企テラルベキモノニシテ、此法ニヨリテ治療セルモノハ再發シ易キノ不利アリ、又尿道ノ損傷ヲ招クコト少ナカラズ、殊ニ急速擴張法ニ於テハ常ニ多少ノ傷害ヲ免カレズ、即チ出血、續發性炎症等ヲ來スノ虞アリ。

二 血性手術 尿道内切開法ト外切開法トアリ。(1) 尿道内切開法 Urethrorotomia interna ハ特殊ノ装置ヨリ成ル尿道内切開刀ヲ以テ施サル、又電氣燒灼器ヲ應用セル擴張法アリ。術後「ブーシー」送入ヲ反復シ、再ビ癰痕ニ因テ狭窄ノ發生スルヲ防グ。此法ハ唯輕度ノ淺在性癰痕ニシテ、殊ニ前部尿道ニアルモノニ用ヒラル。高度ノ狭窄及ビ不通性狭窄ニハ行ハレズ。又健康部ヲ損傷スルノ危険アリ、且ツ再發シ易シ。(2) 尿道外切開法 Urethrorotomia externa ノ適應症 (a) 如何ナル「ブーシー」ヲモ送入シ得ザル場合即チ不通性狭窄、(b) 可通性ナルモ「ブーシー」ヲ送入スルトキハ常ニ疼痛、出血、熱發等ヲ起シ、爲ニ之レヲ反復スル能ハザル場合、斯ノ如キ場合ハ、廣ク且ツ深キ高度ノ癰痕ニ多シ (c) 「ブーシー」擴張法ヲ以テ常ニ一定度マデ目的ヲ達スルモ、常ニ再發スルトキ、(d) 高度ノ膀胱加答兒アリ、之レガ治療上速ニ狭窄部ノ開大ヲ要スル



第二百八十八圖 1

2



第二百八十九圖 「ブーシー」擴張器

膀胱炎

三 膀胱炎

トキ、(c) 尿管ヲ起シ「カテーテル」送入ノ目的ヲ達セズ、膀胱穿刺法ヲ施シテ一時ノ急ニ處シ排尿セシムルモ、尙ホ尿道ノ開通恢復セザル場合、(f) 尿管ヲ有スルトキ等トス。要スルニ尿道狭窄療法ノ通則トシテハ、可通性ニシテ高度ナラザル狭窄ニハ先ヅ、「ブーシー」ニ依ル漸次擴張法ヲ試ミ、前部尿道殊ニ入口近部ニ於ケル淺在性瓣狀狭窄ニハ内切開法ヲ施シ、不通性狭窄若クハ可通性ナルモ甚ダ高度ナル狭窄及ビ尿管ヲ有スル狭窄等ニハ外切開法ヲ選ブベキナリ。「尿道外切開術」ニ就テハ手術篇中其條下ヲ見ルベシ。

膀胱炎 (Cystitis) ハ通例病原菌ノ侵入ニ因テ發起ス、就中淋毒菌、種種ナル膿菌、大腸菌及ビ結核菌等ヲ主トス又腸室扶斯菌、肺炎菌等ニ因ルコトアリ。結核性膀胱炎ニ就テハ「膀胱結核」ヲ見ヨ往往又藥劑ノ刺激利尿劑持久等ニ起因ス。細菌侵入ノ徑路ハ或ハ尿道ヨリスルコトアリ、例之尿道淋疾或ハ輸尿管・腎盂・腎臟ヲ經テ下行性ニ來ルコトアリ、或ハ血行ニ依テ來ルモノアリ、或ハ近圍化膿竈ヨリノ蔓延ニ因ルコトアリ、又或ハ膀胱損傷、膀胱瘻等ヨリ直接ニ侵入スル場合アリ。

健全ナル膀胱ハ病原菌ニ對シ一定ノ抵抗力アリ、本病ノ發生ハ細菌侵入ト同時ニ膀胱ニ何等カノ異常アルニ當リテ初メテ惹起セラル。即チ之レガ誘因トシテハ損傷、「カテーテル」ニ因ル損傷、推創、產婦人科手術、直腸手術等ノ偶發損傷等異物、就中鬱血、尿ノ鬱滯腎臟ノ疾病、種種ナル尿道狭窄、妊娠等腫瘍等トス。原因持長シ、若クハ反復スルトキハ慢性膀胱炎ヲ生ズ。急性膀胱炎ニ單純加答兒性、出血性、潰瘍性、壞疽性等アリ。慢性症ニ肥厚性・萎縮性ノ別アリ、又「ポリープ」形成ヲ營ムモノアリ。

症候 一 **急性膀胱炎** 通例熱發アリ、膀胱部疼痛、尿意頻數、排尿痛等ヲ訴フ。尿ハ瀰蔓性ニ潤濁シ、尿中膿球及ビ膀胱上皮アリ、細菌ヲ證明シ、又往往血液ヲ有シ、屢「アルカリ」性酸酵ヲ呈ス。其他原因疾患ノ諸徵候例ヘ 毒尿道炎、攝護腺炎、膀胱結石等。

二 **慢性膀胱炎** 熱候ハ之レヲ缺キ、或ハ微スルモ輕度ナリ。苦痛ハ急性症ニ於ケルガ如ク著シカラザルモ荏苒トシテ去ラズ、其間消長アリ、亦原因の疾患ノ徵候ヲ兼併ス。

合併症 ハ腎盂炎、腎炎、膀胱周圍炎等トス。結核ニ就テハ其條下ヲ見ヨ

經過 原因ニ關ス。原因一過性ニシテ、膀胱ガ發病前マデ健全ナル機能ヲ保チタル場合ハ、一定ノ急性經過後容易ニ治癒ニ就クベシ。原因持長スレバ慢性經過ニ移行シ、治癒困難ニシテ、往往不治ノ状態ニ陥ル。攝護腺肥大症、腎臟病、膀胱癌等

經久的ノモノモ原因除去セラルトキハ頓ニ快癒スルコトアリ。例ヘバ膀胱結石ノ除去

診斷 尿意頻數、尿痛及ビ膿性尿ヲ以テ診斷ス、又膀胱鏡検査ヲ施スベシ。

鑑別 (1) 前部尿道炎、二盃排尿試驗ニ於テ、前者潤濁スルモ後者ハ清澄ナリ、膀胱炎ノ尿ハ一般ニ潤濁シ、特ニ最終ニ著シ。(2) 急性後部尿道炎、自覺の症候一致シ、亦膀胱尿ノ潤濁ヲ來スヲ以テ急性膀胱炎トノ鑑別困難ナルコトアリ。後部尿道炎ニ於テハ尿ノ潤濁其等差著シキヲ特徴トス。即チ二盃試驗ニ於テ、後部尿道ノ潤濁ノ程度一定セズ、早朝ノ尿ハ清澄ナルコトアリ

(3) 膀胱結核。原因ト認ム可キコトナクシテ膀胱炎ヲ起ストキハ疑ハシ、結核ハ壯年期ニ多ク、屢結核體質及ビ遺傳ヲ證明シ、又他部ニ結核性症ノ存在ヲ認ム。持久性血尿アルモノハ結核ヲ疑フ、尿中結核菌ヲ證明シ得ルトキハ確實ナリ、又膀胱鏡検査ヲ必要トス。

療法 豫防法トシテ本症ノ原因トナルベキ疾病ニ對シ適當ノ處置ヲ怠ルベカラズ、例ヘバ尿道狹窄ヲ治シ、結石ヲ除クガ如シ、「カテーテル」「ブリーシー」等ノ使用ニ當リテハ消毒ヲ嚴行ス。

急性膀胱炎 ニハ原因ノ除去ヲ圖リ、安靜ヲ命ジ、膀胱部温療法ヲ行ヒ、淡白無刺戟ノ食餌ヲ攝ラシメ、藥劑ニハ「ウ

ロトロピン」、「ボロフェルチン」、「ザロール」、揚曹等ヲ處シ、秘結スルトキハ下劑ヲ投ズ。是等ノ方法ヲ以テスルモ尚ホ膿ノ減少ナク、諸徵輕快ノ傾向ナキトキハ初メテ膀胱洗滌法ヲ施ス、洗滌液ニハ二%硼酸水、五千倍乃至一萬倍硝酸銀水、一千倍「プロタルゴール」水等ヲ選ブ。

慢性膀胱炎 ニハ特ニ原因療法ヲ重要トシ。攝生、藥餌、食餌等ハ急性症ニ倣ヒ、局處療法トシテハ膀胱洗滌法ヲ施ス、之レニ病的產物ヲ膀胱内ヨリ除却シ、一ニ制菌ノ目的ヲ以テスルナリ。使用スル灌水器「カテーテル」ノ類ハ毎常嚴ニ消毒ス。洗滌液ノ注入ハ少量ヅツ反復スルヲ可トス。洗滌ニハ二%硼酸水、千倍撒酸水、千倍過滿俺酸加里液、一萬倍硝酸銀水等ヲ用フ。

劇痛ニハ莫若越幾斯・鹽酸「モルヒネ」等ノ直腸坐藥、腔腔・直腸ノ温水灌注等ヲ試ム。尿閉アルトキハ充分防腐ニ注意シテ「カテーテル」導尿法ヲ施ス、又疼痛ヲ伴フ尿意頻數アルトキハ「カテーテル」ヲ留置シテ好結果ヲ得ルコトアリ。膀胱ノ潰瘍、癌腫、其他出血等ノ爲メ留置「カテーテル」ヲ用フル能ハザルトキハ恥骨縫際上ニ人工的膀胱瘻ノ作為ヲ要スルコトアリ。

四 膀胱結核

膀胱結核 Blasen tuberkulose. ハ多ク腎臟結核ニ續發シ、稀ニ副睪丸、睪丸、攝護腺、精囊、喇叭管等ノ生殖器ノ結核ニ繼發ス。

症候 腎臟結核ノ症狀アリテ其經過中本症ヲ發起スルコトアリ。又腎臟ニ結核病竈アルモ其レニ因テ發スル症徵ナク、本病ヲ發シテ初メテ疾病ヲ自覺スルモノアリ。本症ハ極メテ初期ニアリテハ自覺の症候ヲ缺キ、一定經過後初メテ證徵ヲ呈ス、即チ血尿、尿意頻數、排尿痛、膀胱部疼痛等ヲ發ス。尿ハ初メ透明ニシテ僅微ノ膿狀物ヲ混ジ、精査スルトキハ此内ニ結核菌ヲ證明ス。出血アルトキハ尿ハ爲メニ着色ス。經過中混合傳染ヲ起ストキハ膿汁増加

シ、排尿時ノ疼痛増劇シ、且ツ熱發アリ。

膀胱鏡検査ニ依テ、初メ粘膜ニ結節ヲ見、後チ潰瘍ノ形成ヲ認ム。病竈ハ輸尿管口ノ近圍ニ發スルコト多ク、後チ廣ク一般ニ互リテ蔓延ス。

診斷 普通膀胱炎ノ原因ト認ムベキ事項ナキコト、他臓器ノ結核・就中腎臟若シクハ生殖器結核ヲ有スルコト、及ビ遺傳・體質等ヲ以テ診斷ス、但シ膀胱結核ガ原發ノ觀ヲ呈シテ發スルコトアリ注意スベシ。尿中結核菌ヲ證明シ得バ診斷確實ナリ、即チ沈澱器ニテ尿渣ヲ取り、染色シテ鏡檢シ、或ハ動物試驗ヲ行フベシ。又膀胱鏡検査ハ本症ノ診斷上最モ必要ナリ。

豫後 多クハ不良ナリ。

療法 原因療法トシテ原發病竈ニ對シテ適當ナル療法ヲ施ス。腎臟結核ニ對シテ腎臟剝出ヲ施シ、局處的ニハ刺戟症狀著シカラザルトキハ膀胱洗滌法ヲ使用ス。 ヲ施シテ内腔ノ清淨ヲ圖ルヲ可トシ、五乃至一〇%ヨードフォルム、グリセリンヲ注入法ヲ行フベク、又「グアヤコール」油ノ注入「グアヤコール」五・〇%ヨードフォルムニ〇・〇%殺菌「オレフ」油一〇・〇%ヲ混ヲ試ム。疼痛ニハ貫若越幾斯・鹽酸莫爾比涅等ノ直腸坐藥、腔・直腸ノ温水灌注等ヲ試ム。手術的ニハ恥骨上膀胱切開術ヲ施シテ潰瘍ヲ檢シ、搔爬・燒灼「バケラン」白金若クハ「電氣燒灼器」ヲ用フ。或ハ腐蝕「硝酸銀」等ヲ施スモ奏効確實ナラズ。「カテーテル」ヲ留置シ膀胱ノ充盈ヲ避ケシムルトキハ著シク自覺症ノ緩解ヲ得ルコトアリ。光線、空氣、榮養等ニ關スル一般療法ノ忽ニスベカラザルコト論ヲ俟タズ。

膀胱結石

五 膀胱結石

膀胱結石 Blasenstein. ハ通例流下シタル腎臟結石ニ基キ、稀ニ膀胱ニ於テ形成セラル。後者ハ膀胱炎ノ結果トシテ其產物タル膿球、剝離セル上皮、或ハ纖維素等ヲ核トシテ構成セラレ、磷酸鹽ヨリ成ルモノ多シ。又異物ニ因ルコ

トアリ、即チ寄生蟲「フィラリア」等、凝血塊、外部ヨリ竄入セル異物等ヲ基礎トシ、之レニ鹽類沈著シテ結石ヲ形成スルモノトス。

一般ニ尿ノ鬱滯ハ本症ノ發生ヲ助ク、又個人素質、遺傳、地方的關係等ハ本症ノ原因的關係アルモノト認メラル。本症ハ女子ニ比シテ男子ニ多シ、之レニ女子ニアリテハ小ナル異物ハ容易ニ流出シ得ルノ解剖的關係アルト、一ハ男子ニアリテハ尿鬱滯ノ原因トナルベキ場合尿道ノ瘻或ハ腎臟肥大等多キニ因ル。

結石ハ大小、形狀、色澤、表面ノ狀態、硬度等甚ダ多種類ニシテ、箇數亦一定セズ、一箇ナルアリ二箇ナルアリ、或ハ多數同時ニ存スルコトアリ。結石ノ成分ハ尿酸或ハ尿酸鹽ヨリ成ルモノ最モ多シ、此種類ハ硬度中等ニシテ、黃色ヲ呈シ、著シキ大サニ達スルコトナシ。磷酸鹽ヨリ成ルモノハ表面粗糙脆弱ニシテ白色或ハ灰白色ヲ呈シ、往往著大ナル結石ヲ形成ス。碳酸鹽ノ結石ハ表面凸凹不平桑實狀ヲナシ、其質硬固ナリ、著シキ發育ヲ達グルコトナク、酸性尿ニ發ス、其他「チスチン」石、「キサンチン」石等アリ。又一石一部ヨリ成ルモノ稀ナラズ、例ハ中心ニ尿酸鹽結石ヨリ成ル核ヲ存シ周圍ニ厚ク磷酸鹽或ハ碳酸鹽ノ沈著ヲ呈スルモノアルガ如シ。

症候 固有ノ排尿障礙アルヲ特徴トナス、即チ排尿中尿線ノ突然停止スルコトトス、其際尿道ニ沿フテ劇痛アリ又尿迫ヲ訴フ、斯クノ如キ狀態ハ體位ノ變換ニヨリテ頓ニ緩解シ、更ニ放尿ヲ營ミ得ルニ至ル。但シ此症候ハ結石ガ膀胱壁ニ固定セルトキハ 結石小ニシテ合併症ナキ期間ハ獨リ此徵候ヲ呈スルノミ。小ナル結石ニシテ尿道内ニ箱入スルトキハ尿道ニ劇痛アリ、尿閉ヲ起スベシ。本症ニ於テ膀胱部ノ持續性疼痛・持久性ノ放散性尿道痛・尿迫・血尿等アルハ膀胱加答兒ノ合併ニ基因スルモノニシテ、此場合ニ於テハ尿ノ病的變化ヲ伴フ。此等ノ諸徵候ハ步行、車行、騎乘等ノ運動時ニ増劇シ、安靜時ニハ著シク輕減ス、又結石ノ大小、表面ノ滑澤ナルト粗糙ナルトニ關シテ之レヲ異ニス。著大ナル結石ハ排便困難ノ原因ヲナシ、又分娩ノ障礙ヲ爲ス。合併症トシテ膀胱炎・腎盂炎・腎臟炎・腎水腫・膀胱周圍炎・膀胱潰瘍・膀胱穿孔・尿浸潤・脱肛・直腸脱等トス。

膀胱腫瘍 Blasengeschwülste. ノ發生ニ三種アリ。一、膀胱ニ原發スル腫瘍。二、爾他ノ臟器ニ發生シテ膀胱ニ蔓延スルモノ即チ直腸・子宮・腔・輸尿管・攝護腺・尿道等ニ原發セル腫瘍ノ蔓延。三、稀有ニ屬スル轉移性腫瘍トス。乳嘴腫、癌腫及ビ肉腫ハ膀胱腫瘍中ノ重要ナルモノナリ、其他粘液「ポリープ」、腺腫・纖維腫・筋腫等ヲ見ル。乳嘴腫ハ絨毛狀ヲナセル有莖性腫瘍ニシテ帽針頭大乃至手掌大ニ達ス、通例多發シ、三角部及ビ輸尿管開口部ニ好發ス。癌腫ハ突起狀ニ或ハ浸潤狀ニ發育ス、柱狀上皮癌・扁平上皮癌・腺癌・粘液癌等アリ。

膀胱腫瘍ハ何レノ年齡ニモ來ルモ、一般ニ上皮系ノ腫瘍ハ高年者ニ發シ、結締織系ノモノハ弱年者ニ多シ。慢性刺戟トナルベキモノ、例之結石・慢性膀胱炎等ハ屢、腫瘍發生ノ誘因ヲナス、又良性腫瘍ヨリ惡性腫瘍ヲ發スルコトアリ。

症候 (1) 尿ノ變化。血液・上皮・腫瘍片絨毛膿球・壞死組織等ヲ混ズ。(2) 排尿管、腫瘍ノ位置大小ニ關ス。有莖ニシテ内尿道口ヲ閉鎖スルモノハ尿線ノ突然停止スルヲ訴フルコトアリ、又尿道内ニ侵入シテ尿閉ヲ起スコトアリ、女子ニアリテハ腫瘍ノ一部外尿道口ヨリ露出スルコトアリ。廣基底性或ハ浸潤性發育ヲナスモノハ主トシテ尿閉ヲ訴フ。尿道ハ腫瘍ニ因リテ膀胱内腔ノ縮小セラルルニ從テ増劇ス。(3) 疼痛。特ニ排尿時ニ著シ、專ラ併發セル膀胱炎ニ因ルモノトス。又著シク増大セルモノ、殊ニ近圍臟器ニ蔓延セルトキニ於テ甚ダシ。

本症ハ初發期ニ於テハ全ク證微ヲ呈セズ。初發症候ハ血尿ナルコト多ク、「ポリープ」狀ヲナスモノニアリテハ又排尿管初微トナスコトアリ。膀胱炎ハ良性ノモノニハ長ク之レヲ缺クモ、惡性腫瘍ニアリテハ早期ニ發シ、爲メニ發熱ヲ來シ、尿中膿球及ビ細菌ヲ證明ス。其他併發症トシテ腎盂炎・腎臟炎・尿毒症・腫瘍ノ部分的壞疽ニ伴フ膀胱壁ノ壞疽・穿孔・尿浸潤・腐敗性「フレグモ」等ヲ發起スルコトアリ。輸尿管ノ通過障礙ニ因リテ輸尿管若クハ腎盂ノ擴張・腎水腫等ヲ來スコトアリ、又結石形成ノ誘因ヲナス、惡性ノモノニアリテハ轉移ヲ來シ、周圍臟器ニ蔓延シ又惡液質ニ陥ル。

診斷 血尿、排尿管障礙及ビ疼痛アルトキハ疑フ可シ、殊ニ此等ガ持久シ、若クハ漸次増悪スルモノハ最モ疑ハシ膀胱鏡検査ヲ施シテ確定スベク、又腔・直腸若クハ腹壁ヨリ腫瘍ヲ觸知シ得ルコトアリ、消息子診ハ得ル所乏シクシテ危險多シ、唯結石ト鑑別センガ爲メニ行フベキ場合アリ。

豫後 惡性ノモノハ不良、良性ノモノト雖、出血・併發症・惡性變化等ノ爲ニ不良ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。有莖性ノモノハ廣基底性或ハ浸潤性ノモノニ比スレバ良、單發性ノモノハ多發性ノモノニ比シテ良、部位ノ膀胱上半部ニ屬スルモノハ手術的除去ヲ企圖シ得ルヲ以テ下部ノモノニ比スレバ良ナリ。

療法 手術的療法アルノミ。(1) 良性ニ屬シ、小ニシテ單發性ノモノ或ハ多發性ナルモ少數ナルモノハ器械ヲ以テ尿道ヨリ剔出シ得ルコトアリ、殊ニ女子ニ於テハ往往能ク其目的ヲ達ス。(2) 恥骨上膀胱切開術ヲ施シ、腫瘍ノ位置、大小、形狀ニ從ヒ、或ハ腫瘍ノミヲ切除シ、或ハ全腫瘍ヲ膀胱壁ノ一部ト共ニ剔出ス。此際輸尿管ノ位置ヲ變ジテ之レヲ移植スベキコトアリ。(3) 膀胱全部剔出術ヲ施シ、輸尿管ハ腔・直腸・腹壁等ニ向テ開口セシム。手術不可能ノモノ、即チ發育及ビ蔓延著シク、又轉移形成アルモノ等ニアリテハ、劇痛・尿閉・出血及ビ種種ナル合併症ニ對スル對症の治療ヲ以テ満足セザルベカラズ。往往恥骨上膀胱瘻ノ作爲ヲ要スルコトアリ。

七 化膿性腎臟炎及腎盂炎

化膿性腎臟炎及ビ腎盂炎 Nephritis und Pyelitis purulenta. ハ或ハ各單獨ニ發シ、或ハ兼發シテ腎盂腎臟炎 Pyelonephritisヲ成ス。腎盂ニ於テハ腎盂粘膜炎化膿性炎症ヲ發シ、腎臟ニ於テハ皮質若シクハ髓質ニ於テ單發或ハ多發性膿瘍ヲ形成ス。尿路ノ通過障礙アリテ化膿性腎盂炎ヲ發スルトキハ、腎臟水腫ニ於ケルト同一關係ノ下ニ、腎組織ノ萎縮ヲ伴フ腎盂ノ著シキ擴張ヲ來シ、所謂腎臟膿腫 Pyonephroseヲ形成ス。腎臟膿腫ハ或ハ既存ノ腎臟水腫ノ化膿ニ因テ發シ、或ハ化膿性腎盂炎ノ經過中輸尿管閉塞ヲ起シ、尿及ビ膿ノ蓄留ヲ來スノ結果成立ス

膿性ナルヲ認メ或ハ純膿汁ノ茲ヨリ漏出スルヲ見レバ腎臟ヨリスル膿ノ流下ヲ確實ニ診定シ得ベキナリ。又兩腎ヨリ來ル尿ノ分割採取ヲ施シテ兩側ノ尿ヲ比較スベシ。膀胱洗滌試驗ハ膀胱鏡検査ノ代用法トシテ膿尿ノ鑑別ニ用キラル、即チ膀胱ヲ全ク清淨ニナルマデ洗滌シ、後清澄ナル液の殺菌生理ヲ注入スルトキハ、膿若シ腎臟ニ由來スルトキハ直チニ濁濁スルモ、病竈膀胱ニアルトキハ長時間ニシテ初メテ濁濁ス。

膿尿ニ就キ次ニ必要ナル事項ハ結核性ト非結核性トノ區別ナリトス。化膿性細菌ニ因ル膿尿中ニハ無數ノ細菌ヲ檢出シ得ルモ、結核性膿尿ニアリテハ著明ナル膿尿ヲ呈セルトキト雖、普通ノ検査法ニ依リテハ細菌ヲ認メザルノ別アリ、但シ腎臟結核ニ於テモ混合傳染ヲ來タスコトアルヲ注意セザルベカラズ。確實ナル診斷ハ尿中結核菌ヲ檢出スルニアリ。

既ニ腎臟化膿ノ診斷決セバ更ニ腎盂炎・腎臟炎・腎盂腎臟炎等ノ區別、健腎ニ發セシカ病的腎ニ續發セシカノ鑑別他側腎ノ健否等ニ就キ細心検査ヲ怠ルベカラズ。

豫後 不定。

療法 豫防ノ原因トナルベキ事項ヲ除外スルヲ必要トス、即チ泌尿器系ニ於ケル醫療的處置ハ常ニ嚴重ナル防禦法ヲ必要トシ、總テ尿ノ鬱滯ヲ誘致スベキ疾病、及ビ膀胱加管兒アラバ、速ニ之レガ治療ヲ圖ルベシ。

本症ニ對シテハ安靜ヲ命ジ、無刺戟性食餌ヲ與ヘ多量ノ飲料ヲ取ラシメ、藥劑ニハ「ザロール」、「ウトロピン」、「ボロウエルチン」、「ヘルミトール」等ヲ處シ、又「ウワウルシ」葉煎、「バルサム」劑等ヲ試ム。當該病原菌ニ對スル「ワクチン」ノ應用ヲ推奨スルモノアリ。又「カテーテル」ヲ留置シテ尿ノ鬱滯ヲ防ギ著效ヲ得ルコトアリ。此等ノ處置ヲ以テ治療セザルトキハ外科的療法ヲ試ムベシ。

化膿性腎臟炎ノ初期ニ於テ腎被膜剝離法 Decapsulation ヲ施ストキハ、病勢ヲ頓挫シ、病變ノ蔓延ヲ停止セシメ著シク治療機轉ヲ促進スルコトアリ。腎臟膿瘍ノ形成アルトキハ腎臟切開術 Nephrotomy ヲ施シ、或ハ腎臟腎盂切

腎臟結核

開術 Nephryelotomy ヲ加ヘ、或ハ腎臟瘻ヲ造設シ、(腎臟瘻造設術 Nephrostomy) 既ニ腎臟組織ノ甚シキ破壊ヲ來セルトキハ、他側腎臟ノ健全ナルヲ知ラバ、患腎ヲ剔出スベシ。(腎臟剔出術 Nephrectomy) 腎膿腫ニアリテハ輸尿管閉塞ノ原因ト認ムベキモノアラバ之レヲ除キ、膿腫ハ速ニ切開スベク、腎臟組織ノ萎縮若シクハ破壊ノ爲メ、患側腎全ク廢物ニ歸セルトキハ須ラク全膿腫ノ剔出ヲ施スベシ。

八 腎臟結核

腎臟結核 Nierentuberkulose. ニシテ、臨牀上、特ニ外科的治療上必要ナルハ、局處的ニ腎臟ニ於テ著明ノ結核病變ヲ呈スル種類、所謂外科的腎臟結核ナリトス。腎臟結核ニシテ汎發性粟粒結核ノ一分症トシテ來ルモノニ就テハ茲ニ之レヲ除外ス。

腎臟ニ於ケル結核菌ノ侵入徑路ハ血液循環ニシテ、腎臟結核ハ實ニ泌尿器結核ノ原發竈タルコト多ク、稀ニ膀胱攝護腺、睪丸等ヨリスル上行性傳染ト認メラルルコトアリ。腎臟ニ送ラルル結核菌ハ或ハ肺臟結核ヨリシ、或ハ淋巴腺結核ヨリスルヲ常トス、而シテ之レ等原發病竈ノ存在ハ既ニ著明ナルコトアルモ、亦臨牀上全ク不明ナル場合稀ナラズ。男女兩性ニ大差ナク、二十歳乃至四十歳ノ間ニ發スルコト最多シ。別

年 齡	Kistler	Wildbolz (1)	Wildbolz (2)	朝 倉	阿久津	東京醫科大學 皮膚科教室
一〇未満	10	14	3	10	3	1
一一二〇	20	13	2	5	3	3
二一三〇	12	7	2	3	3	3
三一四〇	28	7	2	3	3	3
四一五〇	26	2	2	1	3	3
五一六〇	6	10	5	—	—	—
六一七〇	3	—	—	—	—	—
七一八〇	1	—	—	—	—	—

腎臟結核ハ一側ニ來リ、或ハ兩側ヲ侵ス。

其兩側腎ヲ侵ス場合モ左右同時ニ或ハ殆ンド同時ニ發スルハ稀有ニシテ、先ツ一側ヲ侵シ、後一定ノ期間ヲ經テ反對側ヲ襲フヲ常トス。而シテ此一側ニ止ルノ期間ガ多クノ場合ニ於テ甚ダ長時日ナルノ事實ハ臨牀上及ビ解剖上認定セラルル所ニシテ、此點ハ本症ノ治療上甚ダ緊要ナル事項ニ屬ス。多數ノ統計ニ據レバ右腎ハ左腎ニ比シ稍多數ヲ占ムルモ、其差ハ大ナラズ。

症候 自覺的症候ハ著シカラズ。膀胱結核ヲ繼發シテ初メテ、疼痛ハ末期ニ於テ、輸尿管ノ潰瘍ヲ合併スルニ及ビテ初メテ著明ナリ。膿尿ハ比較的早期ニ發現スル要徴ナルモ、初期ニ於テハ尿中ノ膿成分甚ダ僅微ニシテ長ク看過セラルルコト多シ、又長ク單ニ蛋白尿ヲ呈スルニ止ルコトアリ。血尿ハ本症ニ於テ屢之レヲ見ルモ、初期ニ於テハ稀有ナリ。腎臟ノ腫脹ヲ觸レ、腎臟壓痛ヲ感ズルガ如キハ末期ノ症候ニ屬ス。一般の症狀トシテ患者ハ疲勞シ易ク、漸次衰弱ニ陥ル、熱ハ結核ガ獨リ腎臟ニ止リ且ツ混合傳染ヲ來サザル間ハ通例之レヲ缺ク。其他呼吸器其他ニ於ケル原發病竈ヨリ來ル症狀及ビ膀胱其他ニ於ケル續發病竈ヨリ來ル徵候ヲ伴フ。腎臟結核ニシテ輸尿管ノ通路障礙ヲ來ストキハ往往著大ナル腎臟腫脹ヲ形成スルコトアリ。

診斷 壯年期ノモノニシテ、他ニ之レガ原因ト認ムベキ疾病（就中尿道淋、及膀胱結核ニ其續發性疾患）ナク、膿尿ヲ呈スルモノアラバ本症ヲ疑フベシ、結核遺傳・結核體質等ヲ證明シ、殊ニ他臟器結核ノ既往經過若シクハ現存アルモノニ於テハ最モ注意ヲ要ス。結核ニ於ケル膿尿ハ稀薄ニシテ平等ニ潤濁シ、屢、乾酪樣物質ヲ混ジ又血尿ヲ伴フ、混合傳染ナキモノハ長ク酸性ヲ保ツヲ常トシ、普通ノ染色法ニ依リテ細菌ヲ認メズ。尿中結核菌ヲ證明シ得ルトキハ診斷確實ナルモ、多クノ場合ニ於テハ之レヲ檢出シ得ザルヲ以テ、染色法ノ成績陰性ナルガ故ニ本症ヲ否定スルコト能ハズ。動物試驗モ其陰性成績ハ本症ノ否認ニ向テ絕對ノ價值ナシ、結核尿ヲ以テスルモ陰性ノ結果ヲ來スコトナキアラザレバナリ。（膀胱結核ニ於テハ前節化膿性腎臟炎及腎盂炎ノ條下ヲ參照スベシ）既ニ疑ヲ腎臟結核ニ置カバ、進んで膀胱鏡検査法及ビ輸尿管「カテーテル」送込法ヲ施スベシ。之レニ依テ膀胱ニ於ケル病變ノ有無ヲ檢シ、兩腎ニ於テ患側健側ノ別ヲ定メ、且ツ其機能ヲ察知スベシ。猶腎

臟ニ向テ觸診法ヲ行ヒ、壓痛如何及ビ腫大ノ有無等ヲ檢シ、又一般の診查ヲ施シテ爾餘臟器ニ於ケル結核病竈ノ存否ヲ精ニ檢診ス。

鑑別 一 血尿アリ且ツ腎臟疼痛アルモノハ腎臟結石若クハ腫瘍ト誤診セララルコトアリ。他臟器ニ於ケル結核病竈ノ存否、レントゲン線検査ノ結果、患腎ヨリ採取セル尿ノ検査成績等ヲ以テ鑑別ス。患腎ノ尿中結核菌ヲ證明シ得バ診斷確實ナリ。二 膿尿ヲ呈セルモノハ攝護腺膿瘍・膀胱炎・膀胱結石・非結核性腎盂炎等ト鑑別ヲ要ス。此等各種ノ鑑別ニ向テ確實ナル解決ヲ與フルモノハ膀胱鏡及ビ輸尿管「カテーテル」ノ應用トス。猶其等各症條下ノ記載ヲ參照スベシ。

豫後 放置セラルルトキハ不良ナリ。但シ稀ニ腎臟ニ於ケル病變長ク一定ノ程度ニ止リテ進マズ、又他臟器ニ向テ蔓延スルノ傾向ナク、一時治療ノ觀ヲ呈スルコトアリ。

療法 病竈一側腎臟ニ限リ、健側ノ機能確實ニシテ、尙爾他臟器ニ著シキ合併症ナキトキハ患腎ノ剔出ヲ決行スルヲ可トス。輸尿管ニシテ共ニ侵サレタルトキハ、同時ニ之レヲ除去スベシ。膀胱結核ノ併存ハ必ズシモ此手術ノ禁忌ニアラズ、初期ノ膀胱結核ハ患腎ノ除去ニ依テ治療ヲ得ベケレバナリ。兩腎共ニ侵サレタルトキハ一般結核療法ニ從ヒ、且ツ對症の處置ヲ施スヲ以テ満足セザルベカラズ。レントゲン線療法ハ腎臟結核ニ對シテモ著効アルモノトシテ之レヲ推奨スル者アリ。

九 腎臟水腫

尿排泄ノ徑路ニ障礙アルトキハ其結果尿ノ鬱滯ヲ來シ、爲ニ腎盂腎蓋ノ全部又ハ部分的擴張ヲ起シ、一種ノ囊腫狀物ヲ形成ス、之ヲ腎臟水腫 Hydronephrose トス。通例尿路閉塞ノ不完全ナルトキニ於テ發シ、一頓ニ成立セル完全閉鎖ハ腎臟萎縮ヲ來スヲ以テ本症ヲ起スコト稀ナリ。

本症ノ發生原因ハ或ハ先天性ニシテ或ハ後天性ナリ。(1) 先天性原因ニ屬スルモノノ多クハ一側性ニシテ輸尿管ノ障礙ニ因ス、又稀ニ尿道或ハ包皮ニ於ケル障礙ニ因テ發スルモノアリ、此場合ニ於テハ兩側性ナリ。輸尿管ニ於ケル障礙ハ最モ多ク腎盂開口部ノ瓣形成ニ因リ、稀ニ膀胱開口部ノ瓣形成若クハ狹窄ニ基因ス、又腎動脈ノ異常關係ニ因ル壓迫若クハ輸尿管中部ノ狹窄・閉塞・缺損等ノ爲メニ來ルコトアリ。(2) 後天性原因トシテハ輸尿管内ニ腎石ノ嵌留スルコトヲ以テ最モ多シトス。其他輸尿管ノ壓迫・癒着・牽引・屈曲等ヲ來スベキ種種ナル疾病及ビ輸尿管自及ボス腫瘍ノ蔓延例ヘバ腸管、婦人内生殖器、結石通結核性潰瘍後ノ瘻痕、腎盂及ビ輸尿管自及ボス腫瘍ノ蔓延等ノ腫瘍及ビ他ノ疾病等輸尿管狹窄即チ損傷後瘻痕過時ノ損傷結核性潰瘍後ノ瘻痕、腎盂及ビ輸尿管自及ボス腫瘍、即チ乳嘴腫・癌腫等。膀胱疾患、即チ輸尿管開口部ノ腫瘍・瘻痕・結石等。稀ニ攝護腺肥大・尿道狹窄等ニ因テ發起スルコトアリ。遊走腎ハ往往本症ノ原因ヲナシ、腎臟下垂シテ輸尿管ヲ屈曲セシムルヤ腎水腫ヲ形成セシメ、位置整復セラルトキハ自ラ之レヲ消散セシムルコトアリ、所謂間歇的腎水腫 Intermittende Hydronephrose 是ナリ。妊娠モ亦斯クノ如キ腎水腫ノ原因ヲナスコトアリ。

本症ニ於ケル腎臟及ビ輸尿管ノ變化ハ原因ヲナセル障礙、其存在ノ部位及ビ疾病ノ時期ニ關ス。障礙ガ尿道狹窄・包莖等末梢ニアルトキハ兩側全尿路ノ擴張ヲ呈シ、一側輸尿管ニアルトキハ其上部輸尿管及ビ腎盂・腎盞ノ擴張ヲ來ス。初期ニ於テ囊ハ小ニシテ一側ニ腎組織ヲ有スルモ、末期ニ於テハ腎ハ萎縮シテ不明トナリ、又僅ニ痕跡ヲ留ムルコトアリ。腎水腫ニシテ細菌傳染ヲ起ストキハ腎膿腫ヲ形成ス。

症候 自覺的症候ハ初期ニ於テ水腫ノ尙小ナル間ハ之ヲ缺キ、一定ノ大サニ達スルトキハ其重量及ビ壓迫ニ因リテ鈍痛及ビ壓迫ノ感ヲ訴フ、著大ナルモノハ胸腹臟器ノ壓迫症狀ヲ呈スルニ至ル。觸診上腎臟部ニ於テ波動著明ナル腫瘍ヲ認ム、其大サハ健腎ニ比シテ稍大ナルニ止ルコトアリ、又甚ダ大ニシテ殆ンド全腹腔ヲ領スルコトアリ。壓痛ハ著シカラズ、尿ハ傳染ナキ間ハ異常ナシ、屢腫瘍ノ大サニ關シテ尿量ヲ異ニスルヲ認ム、即チ尿量減少スルトキハ腫瘍増大シ、増量スルトキハ腫瘍ハ縮小ス、此徵候ハ診斷上重要ナルモ必發ナラズ。細菌傳染ヲ來ストキハ

發熱アリ、局部疼痛及ビ腫脹増加シ、膿尿ヲ漏ス、又時トシテ間歇的膿尿アリ。

診斷 腎臟部ニ於ケル波動性腫瘍ノ觸知ヲ以テ診斷ス。但シ腫瘍ニシテ腎臟固有ノ位置ニ存シ、且ツ一定ノ發育ヲ遂ゲタルモノナルトキハ本症ノ認定ニ困難少ナキモ、尙極メテ小ナルトキハ觸診上不明瞭ナルガ爲メニ診斷シ難ク、又既ニ著大ナル發育ヲ遂ゲタルモノ及ビ位置ヲ變ゼルモノニアリテハ他種ノ腫瘍ト誤認セラルルコトアリ。

本症診斷ノ要項次ノ如シ。(1) 腫瘍ガ腹膜後部ニ存スルコト。即チ腸ハ腫瘍ノ前ニアリ、結腸ニ送氣シ膨滿試驗ヲ施シテ驗スベシ。但シ腫瘍著大ナルモノハ屢々腸ノ全部ヲ他側ニ壓排シ、爲メニ此症徵ヲ呈セザルコトアリ(2) 膀胱鏡検査及ビ輸尿管「カテーテル」送込法ニ依テ、患側輸尿管ヨリ尿ノ流出ナキヲ知リ或ハ健側ニ比シテ其乏シキヲ認メ、又輸尿管ノ閉鎖若クハ狹窄ノ有無ヲ證明ス、「カテーテル」囊内ニ達スルヤ俄ニ大量ノ液ヲ漏シ腫瘍從テ縮小スルコトアリ。内容膿性ナルトキハ患側腎ヨリ膿尿ヲ得ベシ。(3) 試驗的穿刺ヲ施ス。腎臟水腫ノ陳舊性内容ハ既ニ尿ノ性質ヲ保タズ、反對ニ他種ノ囊腫、例ヘバ卵巣囊腫ノ如キモ其内容中往往微量ノ尿素・尿酸ヲ含ムコトアリ、故ニ穿刺液ノ性状ノミヲ以テ本症ヲ診斷スルコト能ハズ、唯其腫瘍ニシテ液性内容ヲ有スルヤ否ヤ、其内容ハ他ノ囊腫ノ内容ト性状ヲ異ニスルヤ否ヤ、又ハ膿性ナラザルヤ否ヤ等ヲ確定スルニ用キラルルノミ。穿刺ハ細菌感染アルモノヲシテ廣ク近圍ニ瀰蔓セシムルノ危険ナキニアラズ。(4) 手術的ニ腰部ヨリ進ミ、腫瘍ヲ露出シテ之レヲ檢ス。

鑑別 (1) 卵巣囊腫ト大ナル下垂セル腎臟水腫トヲ誤ルコトアリ。腫瘍發生ノ初期状態ヲ尋ネ、内診上子宮トノ關係、莖ノ觸否等ヲ檢シ、結腸膨滿ヲ施シテ結腸トノ關係ヲ視、又膀胱鏡検査ヲ施シテ鑑別スベシ。(2) 膽囊水腫ト右側腎水腫ト鑑別ヲ要スルコトアリ。特ニ腎水腫ノ著シク前方ニ轉位セルトキハ往往誤診セラレ、轉位セル腎水腫ハ之ヲ腎固有ノ位置ニ整復シ得ベシ、猶、膀胱鏡検査ヲ施シテ區別ス。(3) 脾囊腫・腸間膜囊腫及ビ其他ノ内臟ノ腫瘍ニシテ鑑識上ノ確徵乏シク、手術ヲ施スニアラザレバ本症ト區別スル能ハザル場合少ナカラズ。(4) 腎臟自己ノ疾患ニ於テハ包蟲腫及ビ囊腫腎ト區別ヲ要ス。

豫後 原因ノ如何ニ關ス、癌腫ニ因スルモノハ不良、兩側性ノモノハ疑ハシ、細菌傳染アルモノハ早期ニ適當ノ療法ヲ加フルニアラザレバ不良ナリ。

療法 (1) 原因療法トシテ遊走腎、膀胱ヲ裝用セシメ或ハ腎臟固定術ヲ施ス。腎結石、腎臟切開、輸尿管内結石ノ箱在輸尿管切開、膀胱腫瘍、攝護腺肥大、尿道狹窄、包莖等ヲ除去セザルベカラズ。(2) 姑息的療法トシテハ穿刺排液法、行ハルルモ效果一時的ニ止リ又細菌傳染ヲ誘發スルノ危険アリ。又腎瘻造設術或ハ輸尿管瘻造設術アルモ患者ノ不便及ビ苦痛著シク又傳染ノ虞アリ。輸尿管「カテーテル」ヲ用キ排液ヲ反復スル法アリ、又「ブリーチ」ヲ用キ輸尿管狹窄ノ擴張ヲ圖ル法アリ。(3) 根治的療法。罹患腎臟ノ機能尙一部保留セラルルトキ、若クハ他側腎ガ全ク健康ナル状態ニアラザルトキニシテ、患腎ヲ保存セントスルトキハ、移動性腎ノ固定、屈曲セル輸尿管ノ整復固定、腎盂輸尿管瘻ノ造設、輸尿管内結石ノ除去、輸尿管口瓣狀狹窄ノ成形手術、同狹窄部ノ切除等ヲ施スベシ。剔出術ハ他側腎臟ノ健康ナルトキニノミ行ハルベキモノニシテ患側腎臟ノ機能全ク廢滅スルカ、又ハ著シク侵サレタルモノ、或ハ著シク大ナルモノ、既ニ傳染ニ陷レルモノ、腎瘻ヲ有スルモノ等ニ施ス。

腎臟結石

一〇 腎臟結石

腎臟結石 Nephrolithiasis. ハ次ノ二條件ノ具備ノ下ニ形成セラル。(1) 尿ガ結晶成分ニ富ムコト、即チ(a)先天性素質、就中尿酸尿、尙稀ニ「チスチン」尿、(b)食餌ノ關係及ビ藥用、即チ酸或ハ「アルカリ」ノ過量攝取及ビ習慣的若クハ醫療的ニ水分ノ攝取不足、(c)細菌傳染ノ及ボス尿成分ノ變化ハ之レガ原因ヲナス。(2) 尿ガ蛋白性有形成分ニ富ムコト、即チ上皮・圓柱・血球・纖維素等ヲ核トシ、上記ノ結晶成分ガ之レニ沈著シテ結石ヲ形成ス。

發生原因 (1) 先天的素質、初生兒ニ於ケル尿酸梗塞ハ全ク消散シ得ルモ亦腎砂漸次増大シテ結石ヲ形成スルニ至ルコトアリ。(2) 地理的關係、露國及ビ印度ニ於テ最多ク、英國ニモ亦多シ、南歐及ビスカンデナビア地方ニハ

稀ナリ、本邦ニモ亦多カラズ。専ラ飲用水及ビ食餌ニ關スルモノト信ゼラル。(3) 腎臟及ビ腎盂ノ炎症 (4) 白血病、(5) 脊髓損傷等トス。本症ハ年齢ニ關セズ、又男女ニ於テ差ナシ。一側ニ發起シ又好ンデ兩側ニ生ズ。

結石ハ或ハ腎臟組織内ニ發生シ、或ハ腎盂内ニ於テ形成セラル。腎臟ニ形成セラルルモノモ腎盂ニ出デテ増大スルヲ普通トス、即チ結石ノ多クハ腎盂腎蓋ニ占居ス。尿酸石ハ黄色ヲ呈シ、中等硬度ヲ有シ、尿素尿酸石ハ赤褐色ニシテ、硬度中等、磷酸石ハ暗褐色、表面不規則、往往桑實狀ニシテ甚ダ硬固ナリ。磷酸石ハ灰白色ニシテ脆弱ニ「チスチン」石ハ灰白色ニシテ透過性アリ、甚ダ軟。「キサンチン」石ハ黄色ヲ呈シ表面平滑ニシテ軟性ナリ。尙此等ノ混合ヨリ成ルモノ多シ。結石ノ數ハ單一ナルコト多シトスルモ、猶二箇或ハ三箇以上ナルコトアリ。大小形狀亦甚ダ種種ニシテ腎盂腎蓋ヲ充タシテ其形ニ適セルアリ、小ニシテ球狀ナルモノアリ。

腎ノ變化ハ石ノ大小・形狀・位置ニ關シ、亦傳染ノ如何ニ係ルコト大ナリ。小ニシテ傳染ナキトキハ腎臟ハ侵襲ヲ被ルコト少ナシ、尖銳ナル石ハ周圍ヲ刺戟シテ損傷ヲ起サシメ、爲メニ出血ヲ來シ、又周圍ヲ肥厚セシム。又腎ノ部分的萎縮、囊腫形成、腎臟周圍ノ癒着等ヲ致スコトアリ。細菌傳染アルトキハ腎盂炎・腎臟炎、多發性腎膿瘍・腎臟膿腫、腎臟周圍炎等ヲ誘發ス。結石ノ箱入ニ因リ輸尿管長ク閉塞セララルトキハ腎臟水腫ヲ形成ス。

症候 結石ノ大小・形狀・位置・移動性如何及ビ傳染ノ有無ニ從テ大差アリ、炎症ヲ伴ハザル固定セル結石ハ往往全ク證徴ナク經過シ得ルモノトス。本症ノ症候ニ關スル要點次ノ如シ。(1) 疼痛。本症ノ經過中殆ンド必要ノ症候ナリ。或ハ持續的ニ存シ、或ハ發作性ニ發現ス。持續性疼痛ハ専ラ移動性結石・就中尖銳ナル圭角アルモノノ刺戟若クハ合併セル炎症ニ基クモノニシテ腎臟部或ハ廣ク腰部ニ於テ之レヲ訴フ、疼痛ノ程度ハ不定ニシテ、腎臟部緊張若クハ輕微ナル鈍痛ヲ訴フ、身體ノ運動ハ之レヲ増劇セシム。發作性疼痛ハ所謂腎石痛、Nierenstein-Kolikト稱スルモノニシテ、フルニ止ルコトアリ。往往前者ト同一ノ原因ヨリ來ルコトアルモ、多クノ場合ニ於テハ結石輸尿管ニ入り通過困難ニシテ茲ニ箱留スルニ因テ發ス。痛痛ハ突然來リ、又屢、運動時ニ發起シ、患側ニ於テ腰部・薦骨部・側腹部・膀胱部・外陰部、又時トシテ腎

部・肩部等ニ放散ス。痲痛發作ニ際シテハ多ク熱發アリ、又嘔氣・嘔吐・尿意頻數・尿閉等ヲ伴ヒ、時トシテハ爲ニ虛脫状態ヲ呈ス。發作時疼痛ノ持續ハ一二時間ニ止ルコトアリ、又長ク一二晝夜ニ及ブコトアリ。殊ニ結石ノ輸尿管挿入ノ場合ニ於テハ持續最モ長ク且ツ劇甚ナリ、結石既ニ輸尿管ヲ通過シテ膀胱ニ入り或ハ腎盂内ニ退クトキハ疼痛ハ頓ニ消散ス。痲痛アリテ後、尿ト共ニ結石ヲ排出スルコトアリ、是レ腎石ノ確微ナリトス。(2) 血尿。結石ノ刺戟ニ因テ生ズ、移動性結石ニシテ表面粗糙ナルモノニ於テ甚ダシ、本症ニ於ケル血尿ハ身體ノ劇動・長途ノ歩行・走行・乘車等ノ後ニ著シキヲ常トス。起床時尿ニ異常ナクシテ、回ヲ重ヌルニ從ヒ漸次血液性ヲ加フルコト稀ナラズ。直接運動ト關係アル腎出血ハ本症ノ要徴ナリ。(3) 無尿症。偏側腎臟既ニ無機能ナルニ當リ他側輸尿管ニ結石ノ挿入ヲ來セルトキ、左右兩側同時ニ輸尿管内結石挿入アルトキ、一側輸尿管ニ結石挿入アリテ他側輸尿管ノ反射的閉塞若クハ他側腎ノ機能停止ヲ來セルトキ等ハ無尿症ヲ呈ス。反對ニ一側結石腎ノ刺戟ニ因リ反射的ニ他側腎臟ノ機能亢進ヲ來シ、爲メニ多尿症ヲ來スコトアリ。(4) 尿ノ變化。傳染ナキトキハ尿ニ著シキ變化ナシ、往往尿中砂狀結石ヲ證明ス(腎砂 Nierenstaub) 繼續セル血尿・膿尿等ガ痲痛發作ト共ニ俄ニ清澄トナルコトアルハ患側輸尿管ガ結石挿入ニ因リテ閉塞セラレ、健側腎臟ヨリ來ル尿ノミガ排泄セラルルニ因ル。斯クノ如キ場合ニ於テ痲痛消散スルトキハ再ビ尿中血液及ビ膿汁ヲ混ジ、往往又結石片ノ排泄ヲ見ル、之レ再ビ患側輸尿管ノ開通セルヲ證スルモノナリ。(5) 觸診上多クノ場合ニ於テ腎臟部ニ多少ノ壓痛ヲ訴フ、繼發症ナキ腎石ニ於テハ腎腫ハ著シカラザルヲ常トス。又結石ヲ硬結トシテ觸レ、結石相互ノ摩擦音ヲ觸知スルガ如キハ稀有ニ屬ス。(6) 細菌傳染ヲ來ストキハ腎臟炎・腎盂炎ノ症狀ヲ兼ヌ、即チ發熱アリ、疼痛ハ強ク且ツ持續性ニシテ、尿ハ一般ニ濁濁シ、膿球及ビ細菌ヲ混ジ、又蛋白尿ヲ呈ス。

腎臟結石ノ併發症。ハ化膿性腎盂腎臟炎・腎臟膿腫・腎臟水腫・腎臟周圍炎・膀胱炎等トス。

診斷 痲痛發作及ビ血尿アルトキハ本症ヲ疑フベシ。血尿ハ尿ノ着色ニ因リテ一見明瞭ナルコトアルモ、其甚ダ少量ナルトキハ尿ノ沈渣ヲ顯微鏡下ニ檢シ亦血球ヲ證明スルニ依リテ之レヲ知ル 痲痛發作後尿中結石ヲ證明シ得ルトキハ診斷即チ確實ナリ。膀胱鏡検査及ビ輸尿管カテーテル送込法ハ以テ直ニ腎石ヲ確認シ得ルニアラザルモ本症ノ診斷上甚ダ必要ナル者トス。即チ血尿・膿尿・無尿等ガ何レノ腎臟ニアルカヲ檢シ又之レニ依テ輸尿管閉塞ノ存否、其位置等ヲ定メ、猶兩腎ノ機能ヲ査定スベシ。レントゲン線診斷モ亦必要ナリ、形小ニシテ質鬆粗ナルモノハ影像ヲ留メザルコトアルモ多クノ場合ニ於テ腎臟結石ハ之レヲ以テ診定シ得ベク、其大小・形狀・箇數・位置等ヲ知り、鑑別診斷豫後ノ推測及ビ治療方針ノ決定上缺クベカラズ。猶、觸診上壓痛及ビ腎腫ノ有無ヲ檢スベシ。下部輸尿管内ニ結石挿入ノ疑アルトキハ腔腔若クハ直腸ヨリ觸診ス。

鑑別 (1) 出血アルモ疼痛著シカラザルトキハ腫瘍ト誤診スルコトアリ、經過ニ注意シ、猶レントゲン線診斷ヲ施ス。(2) 腎臟結核ハ痲痛様疼痛ト血尿トノ故ニ屢、本症ト誤診セラルルコトアリ、尿ノ検査ヲ詳ニシ、又レントゲン線診査ヲ施シテ鑑別ス。(3) 腎臟部疼痛アリテ血尿ナキトキハ遊走腎ト誤ルコトアリ、但シ結石ニアリテハ、尿中血球、上皮細胞、砂粒等ヲ見ルモ、遊走腎ニハ之レヲ缺ク、猶腎臟ノ位置異常ニ注意シ、又レントゲン線診査ヲ施ス。(4) 右側腎石ハ膽石ト誤ルコトアリ、但シ膽石痲痛ハ第九肋骨ノ先端部ニアリ、壓痛部ハ前腹壁ニアリテ淺シ、猶兩症ノ爾他證徴ニ注意ス。(5) 右側腎石殊ニ石ガ輸尿管ノ中央以下ニ挿入セル時ハ蟲様突起炎ト誤ルコトアリ。突發スル疼痛・嘔吐・マック・バーネー氏點ノ壓痛等ハ兩者ニ共通ス、既往症、膀胱鏡検査、患側レントゲン線診査等ヲ以テ鑑別スベシ。(6) 腎臟水腫・腎臟膿腫・化膿性腎盂腎臟炎等ニシテ結石ニ基因セルモノト然ラザルモノトノ區別ハ專ラ既往症ニ依ルベキモ、手術前ニ於テ明確ナル診斷ヲ下シ難キコト尠カラズ。

豫後 疑ハシ。殊ニ兩側ニ發セルモノニ於テハ危險多シ。危險症ハ化膿性腎臟炎・膿毒症・尿毒症・貧血ニ因ル衰弱等トス。

療法 豫防的ニ植物性及ビ動物性食餌ノ調和ヲ圖リ、水分攝取ヲ充分ナラシムベク、酸及ビ「アルカリ」劑ノ持長ヲ忌ム。内科的療法ハ之レヲ以テ全ク結石ヲ溶解シ去ルコト能ハザルモ、其發育ヲ阻止シ、或ハ手術後再發ヲ防

グ等ノ目的ニ向テ必要ニシテ、又結石ノ小ナルモノ、或ハ腎砂ニ對シテハ或程度マデ其發生ヲ抑制シ、且ツ尿路ニ向テ排泄ノ便ヲ與ヘ得ルモノトス。藥劑療法トシテ尿酸溶解ノ目的ヲ以テ尿酸及ビ其鹽類ノ結石ニハ「アルカリ」劑ヲ持長セシム、即チ重碳酸「ナトリウム」、一日量五〇〇炭酸「リチウム」、一日量磷酸「ナトリウム」等ヲ用フ。磷酸鹽石ニハ「マグネシウム」劑「硫酸」「マグネシウム」ヲ持長シテ効アリト云フ。本症ニ向テ鑛泉ノ飲用ハ一定ノ效果アルモノト認メラル、即チ尿酸鹽石ニハ「アルカリ」性鑛泉ヲ、磷酸鹽石ニハ酸性泉ヲ用フ。此等藥劑若クハ鑛泉ノ使用ハ多少結石溶解ノ目的ヲ達スルコトアルモ、亦反テ爲メニ鹽類ノ沈着ヲ起サシメ、結石ノ増大ヲ促スコトアリ、例ヘバ尿酸鹽石ニ向テ「アルカリ」劑持長ノ結果、更ニ磷酸鹽ノ沈着ヲ來スコトアルガ如シ。尿ガ「アルカリ」性ヲ呈スルニ至ルマデ「アルカリ」劑ヲ用フルハ不可ナリ此缺點ヲ厭フガ爲メニ、單ニ多量ノ蒸留水飲用「毎日一・五—三」ヲ推奨スルモノアリ。

手術的療法 (1) 適應症、結石著大ナルトキハ種種ナル危険ヲ繼發スルノ虞アルヲ以テ、宜シク手術的ニ除去スベシ。絶對的適應症トシテ舉グベキ場合次ノ如シ。(a)無尿症ノ長時間ニ互レトキ、(b)出血ノ大量ナルトキ若クハ長時間ノ持續、(c)峻烈ナル痙攣ノ反復、(d)化膿、即チ化膿性腎臟炎ノ發起若クハ腎臟膿腫ノ形成、(e)結石ノ輸尿管管留ノ長時ニ互レトキ等。(2) 手術ノ種類、腎盂截石術 Pyelolithotomie 腎盂ヲ切開シ結石ヲ除去スル法 或ハ腎臟截石術 Nephrolithotomie 腎臟ヲ切開キテ結石ヲ除去スル法 又腎臟組織ノ萎縮、甚シキ化膿或ハ結核・膿瘍ノ合併等ニ當リテハ腎臟別出術若クハ部分的切除ヲ施スベキコトアリ。腎臟別出術ノ施行ハ偏側腎ノ健全ナルヲ條件トス 兩腎結石ニ際シテハ先ヅ一側ニ手術ヲ加ヘ、其手術創ノ全ク治癒スルヲ待テ他側ニ施スベシ。(3) 手術ノ結果、細菌傳染ナキモノニ施セル手術ハ概ネ良ナルモ、既ニ傳染アル場合ニ於ケル手術ノ結果ハ前者ニ比シ甚ダ不良ナリ、又他側腎臟ノ健全ニ從テ運庭アリ。近時諸家ノ唱フル所ニ從ヘバ其死亡數ノ割合ハ無腐敗性腎臟截石術ニ於テハ三—四%、染毒性腎臟截石術ニ於テハ一五—二五%ナリ(阿久津博士)

對症的ニハ傳染ニ向テ「ウロトロピン」、「ザロール」等ヲ處シ、疼痛ニ對シテハ温罨法、氷罨法等ヲ試ミ、又適宜麻酔藥ヲ應用シ、出血アルトキハ安靜ヲ命ジ、患部ニ氷罨法ヲ施ス。

一 腎臟腫瘍

一 腎臟惡性腫瘍

腎臟ニ發スル惡性腫瘍ニハ肉腫、癌腫、腎臟副腎腫(グラウツ氏腫瘍 Grawitz'sche Geschwulst) 惡性混合腫瘍等アリ。

症候 出血・疼痛・腎臟腫脹及ビ蛋白尿等ヲ主要徵候トス。但シ初期ニハ何等ノ症徵ヲ呈セザルヲ常トシ、或場合ニハ轉移病竈ヲ形成シテ之レガ爲メニ初メテ醫治ヲ需ムルモノアリ。腎臟出血ハ腫瘍ノ腎盂ニ破ルルニ因リテ起ルガ故ニ、腎臟ニ於ケル腫瘍存在ノ位置ニ從ヒテ遲速アリ、或ハ全經過中全ク之レヲ缺クコトアリ、又比較的早期ニ發シ本症ノ初發徵候ヲナスコト稀ナラズ、又運動時血尿ヲ訴フルコトアリ、或ハ間歇性ニ來ルコトアリ、其何レノ腎臟ニ由來スルカハ膀胱鏡検査ニヨリテ決セラル。疼痛ハ持續性或ハ發作性ニシテ甚ダ強烈ナルコトアルモ亦鈍痛若クハ單ニ壓重ノ感ヲ訴フルコトアリ、又全然缺如スル場合アリ。疼痛ノ部位ハ腎臟部・腰部・臀部等ニ於テシ又主トシテ患側下肢ニ之レヲ感ズルコトアリ。壓痛ハ末期ニ於テハ普通之レヲ存スルモ、初期ニ於テハ不定ナリ。末期ニ於テ腫瘍一定ノ發育ヲ遂グルトキハ腎臟ノ腫大ヲ認知スベシ、腫脹ハ規則正シク周邊圓滑ナルコトナキニアラザルモ、多クハ不規則ニシテ凸凹アリ、硬度不定、初メ移動性ナルモ容易ニ周圍ト癒著シテ固定セラル。往往精系靜脈ヲ壓迫シ精系靜脈瘤ヲ生ズルコトアリ、之ニ壓迫ヲ加ヘ或ハ仰臥ヲ取ラシムルモ其消散困難ナルハ普通ノ精系靜脈瘤ト異ナル所ナリ。其他胸腹臟器ノ壓迫症狀ヲ呈シ、一般症狀トシテ往往熱發アリ、細菌傳染ナクシテ發熱スルコトアリ 漸次衰弱シテ惡液質ニ陥ル、屢肺臟・肝臟・淋巴腺・骨等ニ轉移病竈ヲ形成ス。死因ハ出血ニ因ル衰弱・惡液質・轉移・尿毒症・膿毒症等トス。

診斷 小兒ニ於ケル發育迅速ナル腫瘍ハ肉腫ヲ多シトス。小兒ニアリテハ腹壁菲薄ニシテ、且ツ橫膈膜穹窿淺キ

ヲ以テ、腫瘍ノ觸知比較的容易ナリ。患者癌腫年齢ニアリ、表面不規則ニシテ硬固ナル腫瘍ヲ呈シ、血尿及ビ持續性疼痛アルトキハ癌腫ト診斷ス。癌腫ノ初期診斷ハ甚ダ困難ナリ、出血・疼痛等ハ何レモ確徴トナスニ足ラズ、他ノ腎疾患ニ於テモ亦能ク此等ヲ發起スレバナリ。結石ト癌腫トハ屢々合併スルコトアリ注意スベシ腎機能検査ハ必要ナルモ初期ニ於テハ著シキ機能障礙ナキヲ以テ亦早期診斷上ノ價値ニ乏シキヲ憾ム、腫瘍片ヲ尿中ニ證明シ得ルトキハ確診セラルルモ此事アルハ甚ダ稀ニ屬ス、腎出血及ビ疼痛アリテ他ノ諸疾患ノ確徴ナク病症疑ハシキトキハ、宜シク時期ヲ失セズ診斷ノ手術ヲ施シ、腎臟ヲ露出シテ直接腫瘍ヲ檢スルノ策ニ出ヅルヲ以テ最善ノ手段トス。尙第三篇中「腹部腫瘍」ノ診斷」ノ條下ヲ見ヨ

豫後 不良、但シ幸ニ極メテ早期ニ剔出法ヲ施サルトキハ根治的治療ヲ望ミ得ザルニアラズ。

療法 腎臟剔出術ヲ施スベシ、但シ既ニ轉移形成アルモノ、周圍トノ癒著著シキモノ、下大靜脈領ノ鬱血症狀アルモノ等ニ於テハ手術奏效ノ望ナシ。

囊腫腎

二 囊腫腎

囊腫腎 Cystemiere ハ先天性異常ニ因由スルモノト認メラル、本症ニ於テ腎臟實質ハ液性或ハ膠樣性物質ヲ包有スル大小ノ囊腫ニ變ズ。

症候 最モ屢、四十歳後ニ於テ症徴ヲ發現ス、通例兩側ニ發シ、表面不規則凸凹アル腎腫脹ヲ呈ス、自覺症トシテハ壓重壓迫ノ感アルニ止マリ、血尿ハ稀ナリ、尿ニ於テ其固有成分漸次減少ス、著大ナルモノニアリテハ周圍ノ壓迫症狀ヲ發起ス、細菌傳染ヲ繼發シテ化膿スルコトアリ。

豫後 經過迅速ニアラザルモ、到底治療ノ望ミナシ、從テ不良トス。

療法 著シキ出血若シクハ化膿ニ際シ手術ノ必要ニ遭遇スルコトアリ。一側ノ腎臟全ク健康ナルトキハ患側ニ腎剔出法ヲ企テ得ベキモ、他側モ亦罹患ノ疑アルトキハ保存的ニ處置シ、唯特ニ大ナル囊腫腔ニ對シテ穿刺排液法ヲ行フニ止ムベシ。

腎臟良性腫瘍

三 腎臟良性腫瘍

腎臟ニ發スル良性腫瘍ハ乳頭腫・腺腫・脂肪腫・纖維腫・軟骨腫・筋腫・皮樣囊腫・血管腫・囊腫等トス。

症候 自覺症徴ヲ呈セズ、唯其著大ナルトキ鈍痛若クハ壓重ノ感ヲ訴フルノミ、腎盂ニ發育シ、乳頭輸尿管口ヲ閉鎖スルトキハ腎臟水腫ノ原因ヲナス。血管腫ハ出血ヲ起スコトアリ、良性腫瘍ハ概シテ成育著シカラズ、或程度ニ於テ發育止ミ長ク同一狀態ニアリ、又増大スルモ甚ダ遅徐ナルヲ常トシ、周邊圓滑ニシテ、周圍ニ癒著ヲ起スコト稀ナリ。

診斷 發育緩慢ニシテ、出血及ビ疼痛ナク、全身的影響ナキモノハ良性腫瘍ニ屬スルモノト認メラル。但シ確實ナル診斷ハ手術的ニ腎臟ヲ露出スルニ依リテ初メテ決セラルル場合多シ。

豫後 良。

療法 著大ナルトキハ腫瘍ノ全部或ハ部分的除去ヲ行フベシ。腎臟ニシテ機能全ク廢滅セリト認メラルトキハ腎臟剔出術ヲ施ス。

一一 腎臟周圍結締織炎

腎臟周圍結締織炎

腎臟周圍結締織炎 Paranephritis. トハ腎臟後部ニ於ケル結締織ニ起ル炎症ノ義ニシテ、其原因次ノ如シ。(1) 腎臟ノ疾病、即チ化膿性腎盂炎・腎臟膿瘍・腎膿腫・化膿性腎結石ニ繼發ス。(2) 肋膜・膽囊・胃・腸・子宮・喇叭管・膀胱・辜丸・精系・腸腰筋等ノ化膿性疾病ハ往々腹膜後部ニ向テ病竈ヲ蔓延セシメ、本症ヲ發起スルコトアリ。(3) 全身の疾病ノ續發症トシテ發起ス、即チ痘瘡・腸室扶斯・猩紅熱・產褥熱・實扶的里・丹毒等トス。(4) 轉移性ニ發ス、即チ癩疽・フレグモ・ネ・「フルンケル」・「カルブンケル」・化膿性皮膚疾患・化膿創傷等總テ遠隔部ニ存スル化膿病竈ヨリ細菌ノ轉移スルニ因テ來ル。

尙本症ハ腎臟部ノ打撲・衝突等ニ起因スルコトアリ、又過勞ハ往往本症發生ノ誘因ヲナス。

症候 發熱アリ、脊柱ノ側方ニ於テ季肋下部ニ疼痛自發痛・運動時ノ疼痛・腰痛ヲ訴ヘ、腎臟部ニ於テ深部ニ抵抗ヲ觸レ、或ハ著明ノ硬結ヲ觸知シ、更ニ瀰漫性腫起ヲ現出シ、末期ニ及ビテハ膿瘍ヲ形成シテ波動ヲ呈スルニ至ル。猶、放置セラルトキハ蔓延性皮下「フレグモ」ニ繼發スベシ。病竈專ラ腎臟ノ上極部ニ存スルトキハ肋膜炎若クハ肺炎ニ於テ徵スルガ如キ症狀ヲ呈シ、下部ヲ侵ストキハ腸腰筋攣縮位置、大腿ニ放散スル疼痛、陰囊及ビ患側下肢ノ浮腫等ヲ起スコトアリ。又時トシテ著シキ腹膜刺戟症狀ヲ呈シ或ハ又遂ニ腹膜炎ヲ併發スル場合アリ。腎臟自己ノ炎症ヲ兼スルトキハ尿ノ變化ヲ來ス。

診斷 初期ニ於テハ腸室扶斯・肺炎等ノ熱性病、若クハ神經痛等ト誤ルコトアリ。末期ニシテ既ニ境界不明ナル疼痛性抵抗部ヲ現ハシ、或ハ腫脹顯著トナルニ及ビテハ診斷明カナリ。本症ニ於ケル局部ノ診査ハ坐位ニ於テシ、健側ト比較スルヲ便ナリトス。皮下浮腫及ビ皮膚潮紅ヲ呈シ、波動ヲ觸ルルニ及ビテハ之レヲ確診シ得ベシ。猶、背部ヨリ試驗的穿刺ヲ試ミテ膿汁ヲ證明ス。

鑑別 腰背筋炎ト鑑別ヲ要ス。該筋炎ニ於テハ同筋ノ方向ニ適スル腫脹ヲ呈シ、且ツ淺在性ナルヲ以テ區別スベシ。

豫後 原因ノ異ナルニ從テ區區ナルモ、本症自己ノ豫後ハ概テ良ナリ。

療法 安靜平臥ヲ命ジ消炎療法ヲ施ス、化膿セルトキハ切開ス。

尿管

一三 尿管

尿管 Harnention. ノ原因次ノ如シ。一、尿道ノ外傷及ビ疾病、即チ皮下尿道破裂、異物、癩痕性狹窄、高度ノ炎症性浸潤、腫瘍等。二、攝護腺疾病、即チ腫瘍、慢性肥大及ビ急性炎症等。三、膀胱ノ疾病、即チ結石、腫瘍、痲痺

膀胱穿刺術

膀胱炎等。四、反射的尿管閉、即チ肛門直腸ノ疾病及ビ其部ノ手術直腸周囲炎・内痔核ノ脱出指頓・痔核手術等 開腹術、身體ノ或部分ニ於ケル劇烈ナル疼痛等トス。就中會陰皮下尿道挫傷・癩痕性尿道狹窄及ビ攝護腺肥大症ヲ最モ必要トス。

症候 排尿不可能ニシテ下腹疼痛アリ、膀胱充盈・緊滿ノ結果、恥骨上部ニ腫瘍ヲ形成シ、其部ノ膨隆ヲ呈ス、苦痛ハ刻刻増劇シ、之レニ伴フ全身の違和及ビ嘔氣・嘔吐・發汗等ヲ來シ、甚シキトキハ神識亡失スルニ至ル。

療法 直チニ原因療法ヲ施シ得ル場合ニ就テハ茲ニ之レヲ説カズ、一般ニ尿管閉ノ處置トシテハ、(1) 安靜ヲ命ジ下腹部ニ温卷法ヲ施シ、或ハ温浴ヲ取ラシム。而シテ目的ヲ達セザルトキハ、(2) 「カテーテル」送入法ヲ施ス。カテーテル使用ノ種種ナル「カテーテル」ヲ試ミ、何レモ其送入不可能ナルトキハ、(3) 恥骨上膀胱穿刺術ヲ施ス。

膀胱穿刺術 Punctio vesicae, Blasenpunktion.

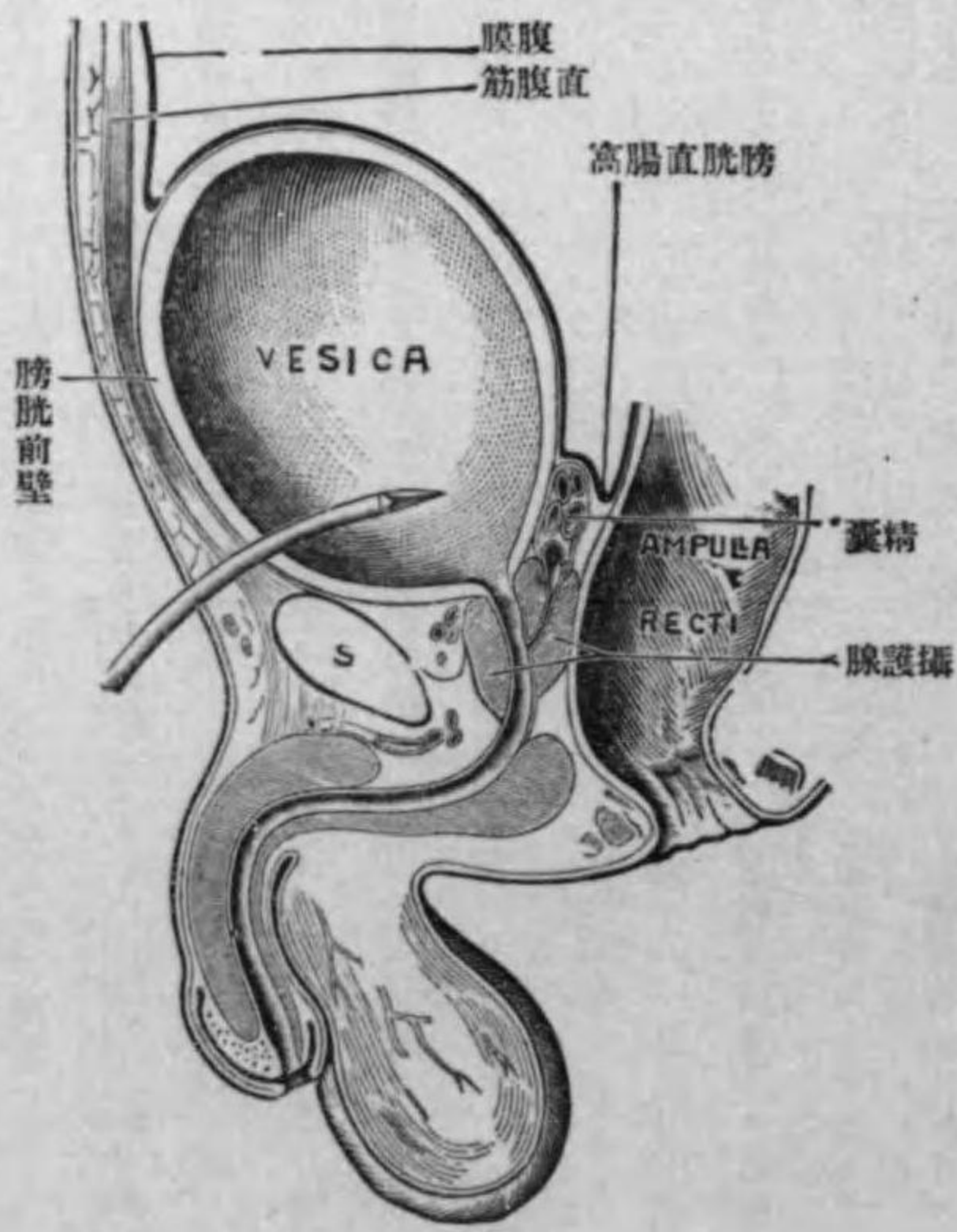
尿管閉ニ際シ「カテーテル」送入法ヲ試ミテ終ニ其目的ヲ達セザルトキハ膀胱穿刺術ヲ施スベシ。此方法ハ唯應急處置トシテ排尿ノ目的ヲ達スルノミナラズ、或場合ニ於テハ穿刺後自然

排尿ヲ營ミ得ルニ至ルコトアリ、例ハ攝護腺肥大症、尿道癩痕狹窄等ニ因テ起レル尿管閉ハ一度穿刺排尿シテ安靜ヲ命ズルトキハ、後チ隨意排尿シ得ルニ至ルコト稀ナラズ。

準備 半坐位或ハ背位ヲ取ラシメ、恥骨縫際上部ヲ剃毛シ、嚴ニ消毒スベシ沃度丁幾塗布法ヲ行フヲ便ナリトス。

術式 打診上豫メ膀胱ノ上界ヲ確定シテ緊滿ノ程度ヲ計リ、正中線ニ於テ恥骨縫際ノ上緣ヲ去ル一仙迷以內ノ部ニ穿刺點ヲ定メ、其部ニ局處麻酔藥ノ皮

第二篇 疾病篇 尿管 係關的解剖ノ膀胱穿刺術



膚及び皮下注射ヲ施シ、茲ニ尖刃ノ尖端ヲ以テ皮膚ニ縱徑ノ小刺ヲ設ケ、之レニ近接シテ一手ノ示指頭ヲ膀胱ニ向テ壓着シ置キ、他手ニ膀胱套管針フルーラン(Furman)ノ長キ彎ヲ取り、針尖ヲ前キノ刺口ニ當テ、其尖端ガ後方ニ且ツ稍、下方ニ向フ方向ニ針ヲ刺入ス。針尖膀胱ニ入ルトキハ、抵抗ノ減弱ヲ感ズ、此時更ニ針ヲ進ムルコト二三仙迷、是ニ於テ套管ヨリ針ヲ去ルトキハ乃チ尿ノ流出ヲ見ルベシ、刺入ノ深サハ膀胱膨滿ノ程度、體格ノ肥瘦ニ從テ一ナラズ、普通四乃至六仙迷ナリトス。淺キニ過グルトキハ膀胱ニ達セズ、又一度ハ到達スルモ後刺入時ノ壓ヲ去ルニ及ビ管尖膀胱壁ヲ脱スルノ虞アリ。既ニ針ヲ去レバ之ニ代ヘテ直チニ内管先端ヨリ側孔ヲ有スル管ニシテ套管ニヲ挿入シ、其末端ニ護膜管ヲ附シテ之レヲ受尿器ニ導クベシ。套管ニハ鈔アルヲ以テ、之レヨリ粘膜ノ損傷ヲ防ガシメニ用フ。ニ絲ヲ附シ絆創膏ニテ腹壁ニ固定シ、或ハ又長キ紐ヲ附シテ腰部ニ固定ス。斯クテ持續的ニ排尿セシムルコトヲ得ベシ。

排尿障礙ノ原因除去セラレザル限リ套管ハ之レヲ留置スルノ要アリ。然レドモ前述ノ如ク、尿閉ノ或場合ニ於テハ一回ノ穿刺後正規排尿ヲ營ミ得ルニ至ルコト稀ナラザルヲ以テ、攝護腺肥大症・尿道癩痕性狹窄等ニ來レル尿閉ニ際シテハ、穿刺排尿後長ク套管ヲ留置スルコトナク、即時之ヲ拔去シテ後ノ經過ヲ觀察スルヲ可トス。而シテ尙自然排尿ナク、反復穿刺ノ必要ヲ見ルトキ初メテ套管ヲ留置ス。斯クノ如ク穿刺排尿後直チニ套管ヲ拔去スル場合ニ於テハ太キ膀胱用套管針ヲ以テセズ、却テ普通套管針ノ細キモノヲ用フベシ。眞直ナル普通套管針ヲ以テスルモ、刺入ノ方向ト深サヲ注意スレバ、何等ノ不便ナク此ク排尿ノ目的ヲ達スルコトヲ得ベシ。

尿浸潤

一四 尿浸潤

尿浸潤 Hamifiltration ハ泌尿器系外ノ組織内ニ尿ノ浸潤スルニ由テ發ス、之ガ原因トシテハ、一、外傷即チ尿道ノ破傷就中會陰打撲ニ因ル皮下尿道破裂ノ場合ヲ重要トシ猶「カチー膀胱破裂、腎臟損傷、稀ニ輸尿管損傷。二、尿道周圍膿瘍ノ尿道内穿通、最も多ク慢性淋、殊ニ其癩痕形成アルモノニ續發ス。三、膀胱穿孔ヲ發シ得ベキ種種ナル疾病、即チ腫瘍・結核・結石等。四、攝護腺ノ化膿性炎症・結核及ビ腫瘍等。五、近圍臟器ニ發セル腫瘍ノ泌尿器ニ蔓延スルモノ

ノ故中直腸トス。

尿道ノ損傷若クハ病的穿孔ニアリテハ、劇痛ノ爲メニ排尿ヲ欲セズ、膀胱極度ニ充盈シ、終ニ耐ユル能ハザルニ至ルヤ一時ニ尿ヲ排泄セシメ、尿ハ尿道ノ破損部ヲ通ジテ周圍ニ壓出セララルノ狀ヲ呈スルヲ常トスルヲ以テ、此場合ニ於テハ浸潤最モ著シク、成立モ迅速ニシテ甚シク増劇ス。

症候 漏出セル尿ハ穿孔部周圍ノ結締織間隙ヨリ皮下ノ結締織内ニ侵入シ、茲ニ疼痛性腫脹ヲ形成シ皮膚ハ浮腫狀ヲ呈シ且ツ發赤ス、次デ此浸淫セル尿ノ分解ノ結果、組織ヲシテ腐敗及ビ壞疽ニ導キ、又一方化膿菌ノ傳染ヲ誘發ス。早期ニ適當ノ處置ヲ施サザルトキハ、終ニ皮膚ヲ破潰シ、廣汎性壞疽ヲ來シ、惡臭アル膿汁ヲ漏泄スルニ至ル。浸潤ノ部位及ビ蔓延ハ破傷ノ部位・大小及ビ尿路障礙ノ大小・輕重ニ從ヒ一様ナラズ、即チ破傷大ナル程著シク尿路障礙ノ高度ナル程甚ダシ。但シ排尿全ク支障ナキトキモ、尿道ニ損傷アルトキハ尿ノ一部ハ茲ヨリ尿道外組織ニ侵入スベキヲ以テ、亦尿浸潤ヲ發起シ得ベシ。此場合ニ於テハ、浸潤尿ハ少量ニ止ルヲ以テ、從テ其領域著大ナルコトナシ。尿浸潤ノ最モ高度ニ達スルハ尿道破裂ニ因スルモノナリ、其破開大ナルモノニアリテハ最も迅速ニ且ツ高度ニ蔓延ス、通例會陰部ニ起リ、陰囊・陰莖ニ及ビ、放置スルトキハ、大腿ヲ領シ、鼠蹊部ニ互リ、更ニ遠ク下腹部ニ達スルコトアリ。全身症狀トシテハ高熱ヲ呈シ、局處病變ノ蔓延ニ從テ迅速ニ衰弱ス。

診斷 原因トナルベキ外傷若クハ疾病ノ存在、及ビ特異ノ蔓延性「フレグモ一ネ」ノ形成ニ依リテ診斷難カラズ。豫後 蔓延ノ程度ニヨリ一様ナラザルモ、迅速ニ増大スルモノニアリテハ、直ニ適當ナル療法行ハレザルトキハ不良ニ陥ルベシ。稀ニ多數ノ自潰孔ヲ形成シ之レヨリ膿汁ト壞死組織片トヲ排却シ、自然治癒ヲ營ム。死因ハ腐敗產物ノ吸收ニ因ル衰弱及ビ化膿菌ノ全身ノ傳染トス。

療法 尿道損傷アリテ尿道外ニ尿漏泄ノ疑アルトキハ直チニ尿道外切開術ヲ施シ、膀胱破裂ニハ其縫合術若クハ膀胱瘻造設術ヲ行ヒ、腎臟損傷ニ對シテハ適宜之レヲ處置シ、輸尿管損傷アルトキハ之レヲ縫合ス。尿道狹窄アレバ漸次擴張法若クハ尿道外切開術ヲ施シ、膀胱・攝護腺等ノ疾病若クハ近圍ノ腫瘍等ニシテ膀胱穿孔ヲ來シ尿道ヨリ

ノ排尿阻止セラレタル場合ハ恥骨上膀胱瘻ヲ作為ス、是等ノ處置ニ依テ尿浸潤ヲ豫防スベシ。
既ニ尿浸潤ヲ發起セシトキハ充分切開ヲ加ヘ、必要ニ應ジ數箇處ニ於テ之ヲ行フ且ツ原因ニ對スル治療法ヲ講ズ。

攝護腺炎

一五 攝護腺炎

急性攝護腺炎

一 急性攝護腺炎

急性攝護腺炎 Prostatitis acuta. ノ原因ハ急性尿道炎、慢性尿道炎、「カテーテル」或ハ「ブーシー」ノ送入、尿道内藥液注入、膀胱炎、肛門・直腸ノ炎症等ニシテ、又急性熱性傳染病ノ經過中ニ發シ、尙又遠隔部ニ於ケル化膿性疾患ヨリスル轉移ニ因ルコトアリ。

症候 尿意頻數及ビ排尿痛アリ、又裏急後重及ビ排便時疼痛ヲ訴フルコトアリ、其他骨盤内壓重感、會陰部壓痛等アリ、疼痛ハ會陰部・大腿・腰部等ニ放散シ、劇甚ナルトキハ爲メニ尿閉ヲ來ス。尿ハ全部濁濁スルコト多ク、又淋絲ヲ含ミ或ハ膿尿ヲ呈ス。一般症狀トシテ熱發アリ、熱ハ一過性ニシテ炎症ノ消散ニ伴ヒ減退スルヲ常トスルモ化膿セル場合ニ於テハ持久ス。

直腸内指診上攝護腺ノ壓痛アリ、又灼熱性腫脹ヲ觸ル、腫脹高度ナルトキハ直腸腔ニ向テ著明ノ腫起ヲ呈シ、膿瘍ヲ形成スルトキハ緊張著シク、其大ナルトキハ指頭ニ著膿ヲ徵知シ得ベシ、此場合ニ於テハ直腸粘膜炎モ亦炎症性浮腫ヲ呈スルコト多シ。

攝護腺膿瘍ニシテ放置セララルトキハ終ニ周圍組織ニ向テ破レ、或ハ尿道・膀胱・直腸等ニ穿孔シ、或ハ會陰部ニ「フレグモニー」ヲ生ジ、又骨盤「フレグモニー」ノ原因ヲ爲ス。尿道・膀胱・直腸等ノ穿孔若クハ皮膚ニ破潰セル創口ハ排膿漸次減少シ、容易ニ治療ニ就クコトアルモ、亦往往長ク治療ノ傾向ナキ瘻孔ヲ留ム。又時トシテ尿浸潤ヲ發起スルコトアリ。

經過 輕症ニアリテハ二三日乃至週餘ニシテ諸徵漸次減退シ、治療ニ就クモ、化膿スルトキハ經過遷延シ、自潰或ハ切開排膿スルニアラザレバ、終ニ骨盤腹膜炎若シクハ全身の傳染ニ陥ルノ危險アリ。又屢々急性症ヨリ慢性症ニ移行ス。

診斷 原因ノ證明、自覺の症候及ビ直腸内指診ニ依リテ診斷ス。後部尿道炎・膀胱炎等ノ鑑別ヲ必要トシ、又精囊炎ト區別スベシ。

豫後 多クハ良、但シ治療法宜シキヲ得ザルトキハ腹膜炎若クハ全身の傳染ヲ誘發スルノ虞アリ。

療法 安靜臥牀ヲ命ジ、會陰部ニ氷瘥法或ハ濕布瘥法ヲ行ヒ、又直腸ヨリスル冷却法攝護腺冷却器ヲ使用ス或ハ直腸内温水洗注法等ヲ試ム、猶緩下劑ヲ投ジ、疼痛ニハ直腸坐藥宣若坐藥、イソカヲ處スベシ。尿閉アルトキハ軟性「カテーテル」ヲ用キテ導尿ス、但シ急性攝護腺炎ニ於ケル導尿法ハ劇痛ノ爲メ其途行甚ダ困難ナルコトアリ、然ルトキハ膀胱穿刺術ヲ施サザルヲ得ズ。化膿ノ徵候アルトキハ切開ス、既ニ自潰排膿セルトキト雖、猶膿汁ノ滯溜ヲ認ムルトキハ亦手術ヲ加ヘテ排膿ノ便ヲ圖ルベキナリ。

攝護腺切開法ハ結石切開位ニ於テシ、會陰ニ横切開ヲ施シ尿道球部ト直腸ノ間ヲ進ミ、既ニ腺ニ達スレバ茲ニ小刺孔ヲ設ケ、後之レヲ鈍性ニ開大シテ内容ヲ排除スベシ。攝護腺ノ膿瘍ニシテ尿道壁ニ接シテ存スルモノハ金屬「カテーテル」ノ送入ニヨリ尿道ニ向テ破開セシメ得ルコトアリ。膿瘍直腸壁ニ接シテ存シ、其壁甚ダ菲薄ナルヲ觸知スルトキハ直腸ヨリ穿刺排膿法ヲ施スベシ。

慢性攝護腺炎

二 慢性攝護腺炎

慢性攝護腺炎 Prostatitis chronica. ハ急性炎症ノ治療不全若クハ其反復ニ因テ發シ、又急性炎症ト同一原因尿道中慢性尿道炎ノ下ニ初メヨリ漸徐ニ起リ慢性經過ヲ取ルモノアリ。攝護腺結核 Prostatatuberculosis. ハ通例爾他泌尿生殖器結核・就中、副辜丸結核・腎臟結核等ノ併發症トシテ現ハルモノニシテ、攝護腺ニ於ケル重要ナル疾患ノ一ニ屬ス。

攝護腺結核

症候 慢性非結核性攝護腺炎ニ於テハ、澄明或ハ乳色微濁ヲ呈スル粘液様牽縷性ノ攝護腺液ガ外尿道口ヨリ漏泄スルヲ主徴トス、最モ多ク排便時ニ此事アルヲ訴フ、直腸ヨリ攝護腺ヲ指診スルニ當リ之レニ壓迫ヲ加ヘ、後チ尿道ヲ外尿道口ニ向ヒテ壓搾スルトキハ該液ノ漏泄スルヲ見ルベシ。其他排尿時疼痛・尿迫・排尿困難・排尿後尿道ノ不快感、或ハ會陰部緊張ノ感・直腸裏急後重等アリ。直腸ヨリ觸診ヲ試ムルトキハ攝護腺ノ不規則ナル腫大及ビ多少ノ壓痛ヲ認ムベシ。全身のニ身體的及ビ精神的疲勞ヲ感ジ、屢ニ高度ノ神經衰弱症ヲ患フルニ至ルコトアリ。

攝護腺結核ハ初期ニ於テハ全ク自覺的症候ヲ呈セザルヲ常トシ、病機一定ノ進行ヲ遂ゲテ初メテ種種ナル徵候ヲ現ハスモノナリ。爾他泌尿生殖器ノ結核アルニ方リ、攝護腺ヲ檢シテ偶然本症ヲ發見スルコト稀ナリトセズ。本症ニ現ハルル症候ハ専ラ尿道及ビ直腸ニ及ボス障礙ニシテ、尿道ニ就テハ尿意頻數・排尿時疼痛・尿迫・終末血尿等ヲ來シ、攝護腺ノ腫大甚シキトキハ尿道愈々狹窄シ、排尿困難漸ク加ハリ、終ニ尿閉ヲ起スニ至ル。又經過中尿道口ヨリ膿汁ヲ漏シ、或ハ著明ナル膿尿ノ排泄ヲ見ルコトアリ、膿ハ往往固有ノ乾酪樣絮片ヲ混ズ。直腸ニ於テハ會陰及ビ直腸内ニ於ケル不快ノ感、壓重ノ感若クハ種種ナル程度ノ疼痛ヲ訴ヘ、通例便秘ヲ呈シ、直腸腔ニ向テ著シキ腫脹ヲ來ストキハ脫糞困難益々加ハリ且ツ排便疼痛増劇ス。膿瘍直腸ニ向テ破ルルトキハ膿汁ノ排泄アリ、又糞便ニ膿汁及ビ血液ヲ混ズ。攝護腺ノ膿瘍ハ屢々周圍ノ組織内ニ破レテ直腸周圍炎・肛門周圍炎・尿道周圍炎等ヲ發起セシメ、茲ニ膿瘍ヲ形成シ、更ニ外部ニ破レテ瘻孔ヲ形成スルコトアリ。攝護腺膿瘍ハ又時トシテ尿道及ビ直腸ニ向テ破レ尿道直腸瘻ヲ生ゼシムルコトアリ。直腸ニ示指ヲ送り其前壁ニ於テ攝護腺ヲ觸診スルニ、初期ニ於テハ著シキ變化ナキモ、直腸ニ向テ一定ノ發育ヲ呈セルモノニ於テハ、腺ノ不規則ナル腫脹ヲ觸レ、又中央ニ於テ軟化病竈ノ形成ヲ認知シ得ベク、直腸ヨリ攝護腺ヲ壓迫スルトキハ外尿道口ヨリ分泌物ノ漏出ヲ見ルベシ。

診斷 結核性ナルヤ否ヤノ鑑別必要ナリ。爾餘ノ泌尿生殖器ニ於ケル結核ノ存否ヲ精査スベシ。淋疾ノ罹患ヲ否定セラルベキ壯年者ニシテ慢性攝護腺炎ノ徵候ヲ呈スルモノアルトキハ結核ヲ疑フベシ。

豫後 結核性攝護腺炎ハ既ニ蔓延セル結核ノ一分症トシテ發スル場合多キヲ以テ、從テ豫後概ネ不良ナリ。非結核性ノモノハ直接生命的ノ危害ヲ起サザルモ亦治癒甚ダ困難ナリ。

療法 非結核性症ニ對シテハ適度ノ運動ヲ命ジ、無刺戟性食餌ヲ攝ラシメ、便通ヲ整ヘ、交接ヲ攝抑セシメ、或ハ一時絕對ニ之レヲ禁ゼシム。内服ニハ沃度劑・鐵劑・砒石劑等ヲ投ジ、神經症ニ對シテハ興奮劑ヲ處ス坐藥トシテ沃度劑・「イヒチオール」等、沃度加里・臭素加里各〇・二—〇・五、カカオ脂二〇ヲ以テ坐藥一筒トナシヲ與ヘ、會陰部濕布療法・坐浴・尿道「ブーシー」送法・直腸内冷却法若クハ冷熱交換法注法等ヲ試ム。直腸裏急後重ニハ阿片・鹽酸「モルヒネ」莫若等ノ坐藥ヲ處シ、刺戟症狀ノ全ク存セザルモノニハ直腸内ヨリ指頭若クハ按摩器ヲ用キテ按摩法ヲ施ス。反復スル尿閉及ビ恒久的の排尿困難アルモノニハ攝護腺切開法若クハ部分的切除等ヲ要スルコトアリ。

攝護腺結核ハ専ラ保存的ニ處置スベシ、唯原發性結核ノ觀ヲ呈シ他ニ著シキ結核病竈ヲ認メズ、榮養佳良ナル狀態ニアルトキハ會陰ヨリ進ミテ腺ニ達シ、病竈ヲ搔爬シ或ハ腺ノ部分的或ハ大部分ノ摘出ヲ企圖スベキナリ。保存的處置トシテハ一般榮養療法ヲ必要トシ、局處ニハ専ラ對症の處置ヲ施ス。尿迫疼痛等ニ對シテハ阿片・鹽酸「モルヒネ」莫若等ノ坐藥ヲ投ジ、又「コカイン」ノ尿道内點滴ヲ施ス。尿閉ニハ「カテーテル」導尿法ヲ行フベク、排尿困難劇甚ニシテ持長スルトキハ恥骨上膀胱瘻ノ造設ヲ要スルコトアリ。尿道ヨリスル沃度仿謨「グリセリン」・硝酸銀水等ノ點滴法及ビ腺實質ニ向テ沃度仿謨「グリセリン」ノ注射法等試ミラルルモ奏効疑ハシ、「レントゲン」線療法ハ一定ノ奏効ヲ期シ得ルモノト認メラル。膿瘍形成アルトキハ會陰ヨリ進ミテ切開スベシ、但シ切開後長ク難治ノ瘻管ヲ留ムルコト多シ。

一六 攝護腺肥大症

攝護腺肥大症 Prostatohypertrophic. ハ老人ニ固有ナル疾病ニシテ、緩慢ニ増進スル攝護腺組織ノ全部的若クハ部分

的肥大ナリ。

症候 軽度ノ肥大ニアリテハ全ク症徴ヲ呈スルコトナク経過シ得。本症ノ徴候ハ主トシテ内尿道口ニ於ケル壓迫
 症状、即チ尿道狭窄症状ナリ。此排、尿、困、難、ハ時ト共ニ漸徐増進ス、初期ニシテ膀胱ノ筋力充分ニ此障礙ニ打ち勝チ
 得ル間ハ、尙完全ニ膀胱内容ヲ排却シ得ベク、患者ハ唯尿意頻數殊ニ夜間ニ於テ甚ダシヲ訴フルニ止ルモ、稍増悪スルニ及ビ
 テハ排尿ノ開始困難ニシテ、排尿緩慢トナリ、次デ、膀胱ノ收縮力衰フルニ至ルヤ排尿完キヲ得ズ、尿ノ一部ハ常
 ニ膀胱ニ停滞ス。此遺留尿量ハ初メ極メテ僅微ナルモ後漸次増加ス、排尿直後「カテーテル」ヲ送り猶多少ノ尿ヲ得
 ルハ是レ殘留尿アルノ證ナリ。此時期ニ於テ尿意益々頻數トナリ、排尿困難一層加ハリ、加之突然尿閉ヲ起スコトア
 リ、即チ飲酒・劇動・過勞・寒冷等ノ誘因ノ下ニ屢之レヲ發作ス。末期ニ至リ膀胱ノ筋力既ニ著シク衰フルトキハ終
 ニ持續的尿閉ニ陥リ、毎回「カテーテル」ヲ用フルニアラザレバ排尿シ難キニ至リ、膀胱充盈其極ニ達シテ放置セラ
 ルルトキハ乃チ尿失禁ヲ起ス。血尿ハ末期ノ徴候トス、殊ニ「カテーテル」ノ使用ニ基因スルコト多シ。又本症ニ於
 テ多尿症ヲ來スコトアリ。

經過中ノ合併症ハ尿閉及ビ「カテーテル」使用ニ因ル膀胱加答兒ヲ主要トシ、又爲ニ尿道炎・睾丸炎ヲ併發シ、或ハ
 腎盂炎・腎臟炎等ヲ續發スルコトアリ、又化膿性腎炎ヲ起シ、或ハ尿毒症ヲ招キテ生命ノ危険ニ陥ルコトアリ。
 豫後 不良。但シ本症ハ高年期ニ發シ、然カモ其増進甚ダ緩慢ナルガ故ニ、本症ヲ有シツツ全ク無關係ナル他ノ
 病症ノ下ニ死ノ轉歸ヲ取ル場合稀ナラズ。

診斷 (1) 老人ニシテ尿意頻數殊ニ夜中、排尿困難ヲ訴ルモノハ本症ニ疑ヲ置ク。(2) 「ブーシー」送入ヲ施ストキ深部
 尿道ニ抵抗ヲ觸レ尿道ノ延長ヲ認ム、即チ外尿道口ヨリ膀胱ニ達スルマデノ距離異常ニ長シ。(3) 排尿直後「カテ
 ーテル」ヲ送入スルトキハ遺殘尿ヲ得ベシ、其量ノ多少ニヨリ膀胱ノ收縮力ヲ推測シ以テ肥大ノ程度・疾病ノ時期・
 豫後・療法ノ選擇等ヲ定ムルノ助ケトナス。(4) 直腸指診ニヨリ大小・形狀・硬度等ヲ觸知ス、仰臥位ニ於テ檢スルモ

亦可ナルモ、膝肘位ニアラシメテ檢スルヲ最モ良シトス、此法ハ本症ノ診定上甚ダ重要ナルモ、中葉ハ腫脹甚シキ
 時ト雖モ直腸ヨリ觸知シ難キコトアルヲ注意スベシ。(5) 膀胱鏡検査ヲ施シ、膀胱内腔ニ向テ突隆セル攝護腺腫瘤
 ヲ檢ス。

鑑別 (1) 膀胱結石ニハ特異ノ排尿障礙アリ尿意頻數アルモ、日中ニ於テ著シク夜間ニハ稀ナリ。(2) 癩瘻性尿道
 狭窄ハ多クハ慢性淋ニ繼發シ、尿中淋絲ヲ證明ス、「ブーシー」送入ヲ試ムルニ既ニ球部ニ於テ抵抗アリ。

療法 攝生法トシテ酒精飲料及ビ刺激性食餌ヲ廢シ、劇動・過勞・寒冷ヲ避ケ、専ラ安靜及ビ保温ニ注意スベシ。内
 服藥ニハ沃度加里ヲ處ス。間歇的沃度療法好シク試ミラル、即チ沃度加里一日量一〇乃至一五ヲ毎月二三週ツツ持長ス 臟器療法アルモ奏效著シカラズ。「カテーテル」ハ尿
 閉ニ際シテノ對症療法トシテ用キラレ、又擴張ノ目的ヲ以テ排尿困難ニ對スル治療法トシテ「ブーシー」送入法ヲ行
 フ、殊ニ初期ニシテ尿意頻數・排尿困難アルニ當リ此法ヲ施ストキハ此等ノ著シキ輕減ヲ見ルコトアリ、但シ不注意
 ニ之レヲ施行スルトキハ却テ刺戟ヲナシ、尿閉ヲ催起セシメ、又出血セシムルノ害アリ。本症ニ使用スル「カテー
 テル」ハ尋常ノモノニテ能ク目的ヲ達スルコトアルモ、亦特殊ノ屈曲ヲ有セルモノ攝護腺肥大症ニテ要スルモノヲ要スルコトアリ。
 「カテーテル」不通ナルトキハ若クハ全ク通ゼザルニアラザルモ甚ダ困難ナルトキハ膀胱穿刺術ヲ施シ、又恥骨上膀胱瘻ノ造設ヲ要スル場合アリ。
 恥骨上膀胱切開ヲ施シ膀胱内ヨリ攝護腺ヲ剔出スル手術アリ、(フライヤー氏法 Freyer's Methode) 此法ハ尙膀胱筋
 ノ收縮力保持セララル時ニ施スベキモノニシテ、卓絶セル効果ヲ舉ゲ得ルコトアルモ、手術中多量ノ出血ヲ來シ又
 術後著シキ衰弱ヲ來スノ危険アリ。此他本症ニ對シ除根術若クハ精系切除術或ハ内腸骨動脈結紮ヲ施シテ良結果ヲ
 得ベシト云フモノアリ。又レントゲン線療法ヲ試ム。

一七 精囊炎

精囊炎 Spermatozoystis ハ淋毒性炎症トシテ尿道淋ニ繼發シ、或ハ結核性炎症トシテ泌尿生殖器結核ノ一分症トシテ

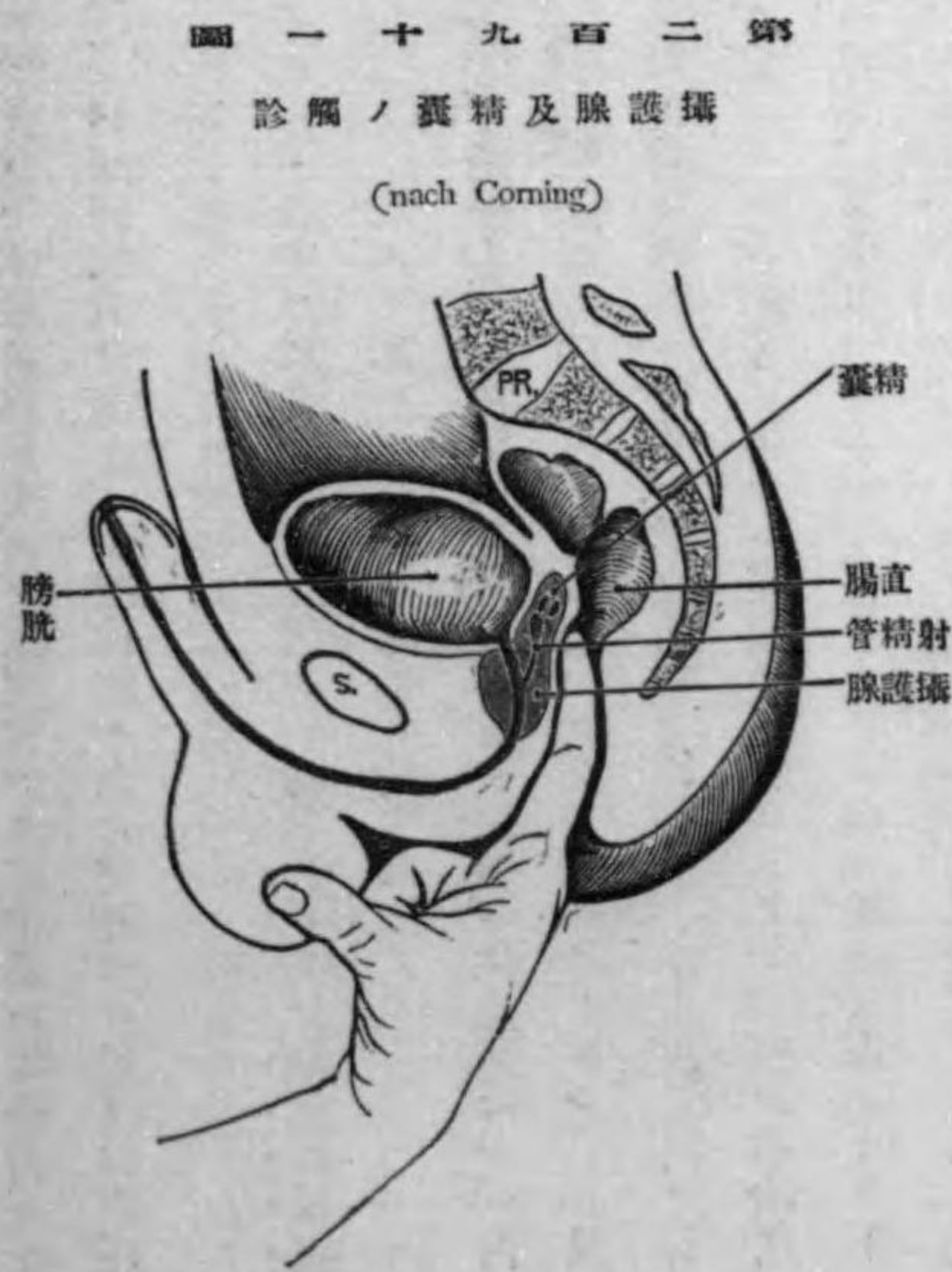
發スルヲ多シトス。又外傷性ナルコトアリ、過度ノ自轉車 本症ハ好シテ攝護腺炎ヲ合併ス。

症候 非結核性ノモノニアリテモ通例慢性経過ヲ取り、急性症ヲ起スハ稀ナリ。會陰部ニ於ケル壓重ノ感及ビ疼痛ヲ要徴トシ、又往往精系ニ沿フ痲痛様疼痛及ビ交接時ニ於ケル後部尿道若クハ肛門部ノ痲痺性疼痛ヲ訴フ。其他膀胱充盈時ノ疼痛、尿意頻數、悖起痛、遺精、血液性精液、精液缺乏ノ閉塞等ヲ來スコトアリ。觸診上 患者ヲシテ起立 輕屈シテ高キ卓子ニ面シテ之ニ手ヲ支ヘシメ、術者ハ其後背ニアリテ椅子ニ倚リ示指ヲ直腸内ニ送入シ 其前壁ニ沿フヲ進メ、先攝護腺ヲ探リ、更ニ 其上部ニ達スルトキハ、正中ヨリ左右兩側ニ向テ開散セル兩側精囊ヲ觸診シ得、探指退入時會陰軟部ヲ強ク壓上シテ、成ルベク深ク指尖ヲ送ルベシ 左右精囊ノ腫大・硬結・壓痛・左右ノ異同等ヲ診査ス、強ク之レヲ壓スルトキハ外尿道口ヨリ精液若クハノ漏出ヲ見ル ベク、其内ニ膿球・血球・細菌等ヲ證明スルコトアリ。結核ニ於テハ初メ硬固不規則ノ腫脹ヲ呈シ、乾酪變性ニ陥リ 軟化スルニ及ビテハ柔軟平滑トナル。膿瘍破壊スルヤ、直腸・膀胱・會陰・鼠蹊部等ニ向テシ、茲ニ瘻孔ヲ形成ス。

診斷 自覺的症候ハ概シテ不確實ナリ。専ラ直腸

ヨリスル指診及ビ之レニ依テ得タル分泌物ノ診査ニ 據ルベシ。精囊結核ハ通例他ノ生殖器結核ニ併發ス 淋疾ヲ有セザル者ニシテ上記ノ證徴アルトキハ之レ ヲ疑フベシ。

療法 非結核性症ニ對シテハ直腸ヨリスル冷却 法、按摩法 按摩法ハ疼痛甚シ等ヲ試ミ、著膿ヲ徵スルト キハ直腸ヨリスル穿刺法或ハ會陰ヨリスル切開法ヲ 行フベク、陳舊性ニシテ長ク治癒ノ傾向ナキモノハ 剔出術ヲ施スベキコトアリ。結核ニアリテハ併發セ ル副辜丸結核ニ向テ辜丸剔出術ヲ施シ、同時ニ輸精



第二篇 第九十一圖 攝護腺及精囊ノ診觸 (nach Corning)

管ヲ除去スルトキハ精囊ノ病竈自ラ治癒ニ就クコトアリ。又輸精管斷端ヨリスル沃度仿留護「グリセリン」注入法ヲ 試ム。爾他ノ著明ナル結核病竈認定セラレズシテ、獨リ精囊結核ノ診定セラレタルトキハ其全剔出術ヲ施ス、手術 ハ會陰ヨリ進ミテ精囊ニ達スルヲ可トス。

一八 辜丸下降不全症

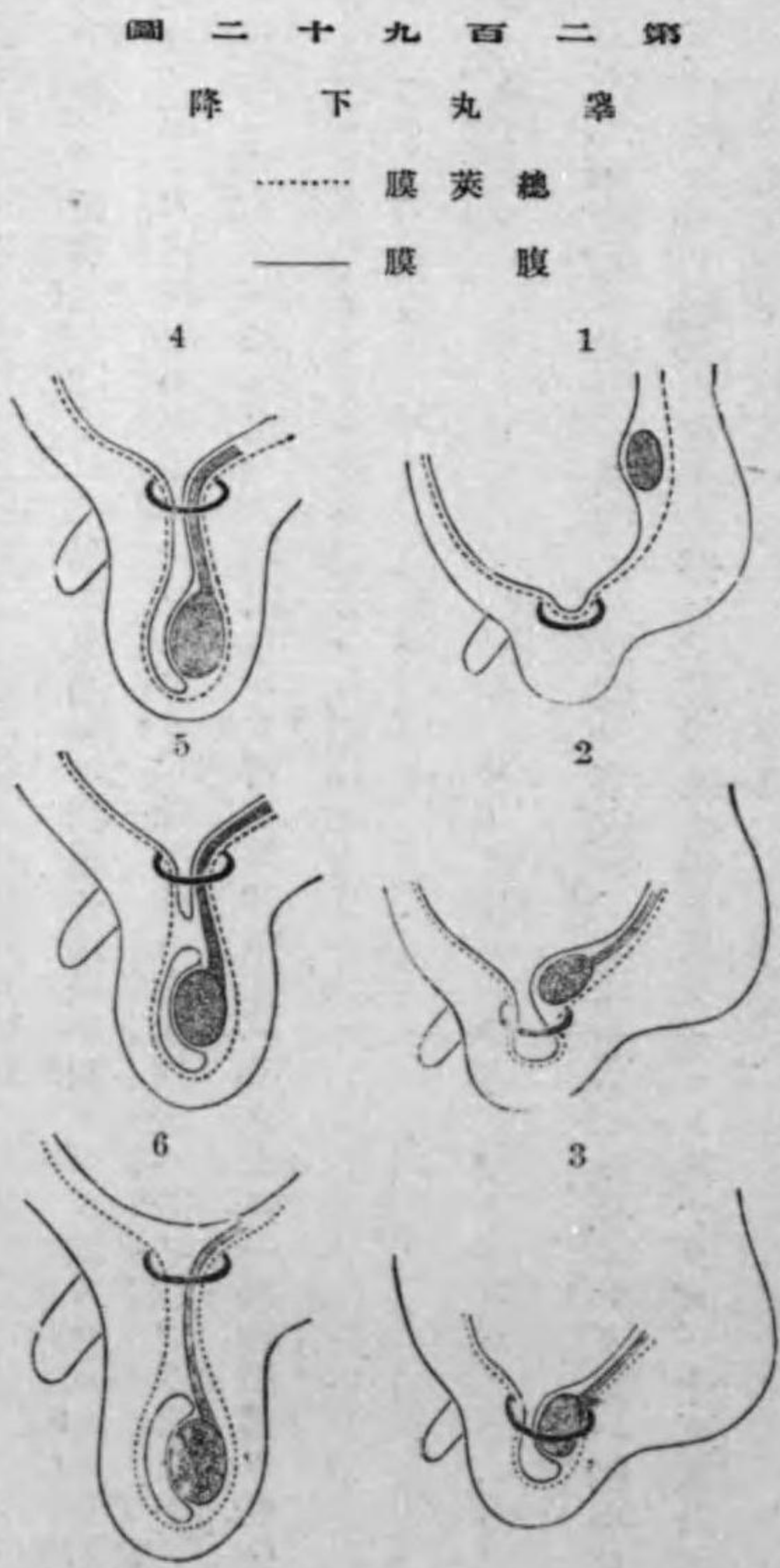
辜丸下降不全症 Retentio testis. ハ先天性畸形ニ屬ス。此場合ニ於テ辜丸ハ内鼠蹊輪ノ近部、同管内或ハ同外輪部ニ 止ルヲ多シトス。(鼠蹊辜丸 Leistenhoden) 稀ニ尙高ク腹部ニ存ス。一側ニ止ルモノアリ (Monorchismus) 又兩側ニ來 ルコトアリ。(Cryptorchismus) 次ニ載スル一列ノ附圖ハ辜丸下降ノ狀況及ビ之レニ伴フ腹膜ノ關係ヲ示ス、 以テ下行不全ニ於ケル辜丸ノ種種ナル位置ヲ想像シ得ベシ(第二九十二圖)

症候 陰囊内ニ辜丸ヲ缺如シ、鼠蹊部ニ球形硬結ヲ觸レ、之ヲ壓スルトキハ辜丸ヲ壓迫スルニ適スル一種ノ感覺 ヲ訴フベシ。鼠蹊 又外部ヨリ

認知シ得ベキ部分ニ於テ全ク 辜丸ヲ得ザルコトアリ。腹部 辜丸

下行不全ニアル辜丸ハ萎縮 ノ状態ニ陥レルコト稀ナラ

ズ、本症ハ好シテ外鼠蹊「ヘルニア」ヲ合併ス。第二五十五 圖ヲ見ヨ 診斷 鼠蹊「ヘルニア」、精 系水腫等ト誤認セラルルコト アリ、又下行不全辜丸ニシテ



第二篇 第九十二圖 辜丸下降

炎症最多ク淋毒ヲ起スモノハ之レヲ横痃ト誤ルコトナキニアラズ、陰囊内辜丸ノ存否ニ注意スベシ。
療法 鼠蹊辜丸ニ對シ、按摩法ヲ施シ、又壓枕ヲ貼用シ、以テ短縮セル精系ノ延長ヲ圖ルコト試ミラルルモ奏効確實ナラズ。觀血のニ成形的の整復術ヲ施シ、往往好果ヲ擧グルコトアリ、此手術ハ十歳前後ニ於テ行フヲ良トス。成形術目的ヲ達スルコト能ハザルモノニアリテハ寧ロ之レヲ剔出スルヲ可トス、下降不全ノ辜丸ハ悪性腫瘍ヲ發生スルノ傾向アレバナリ。

一九 精系靜脈瘤

症候 精系靜脈瘤 Varicocele. ニ於テハ精系ニ柔軟不規則ナル腫瘤ヲ形成ス、此腫瘤ハ仰臥位ニアリテハ縮小シ又壓迫スルトキハ其容積ヲ減ズ。往往陰囊皮下靜脈ノ怒張ヲ伴フ、又辜丸萎縮ヲ呈スルコト稀ナラズ。十五歳乃至二十五歳ニ頻發シ、左側ニ多シ。
診斷 膨縮性アルガ故ニ「ヘルニア」ト誤ルコトナキニアラズ、腫瘤不規則ニシテ柔軟ナル索狀物ノ集束ヨリ成レルヲ觸ルルヲ以テ彼レト區別スベシ。
豫後 良、但シ患側辜丸ノ機能ヲ失フニ至ルコトアリ。
療法 便通ノ整調、精系壓迫ノ忌避、提辜帶使用等ハ治療上ニ良影響ヲ與フ。根治的ニハ擴張且ツ延長セル靜脈ノ切除ヲ施ス。即チ皮膚ヲ縱切シ、創裂ヨリ怒張セル靜脈ヲ牽出シ、之レヲ上下ニ於テ結紮シテ其中間部ヲ切除スルニアリ。

第二九百三十三圖 精系靜脈瘤



副辜丸炎及辜丸炎
急性副辜丸炎
及辜丸炎

二〇 副辜丸炎及辜丸炎

一 急性副辜丸炎及辜丸炎

急性副辜丸炎 Epididymitis acuta. ハ最多ク尿道淋・就中其急性ノ經過中ニ發シ、尿道淋ノ療法トシテ施サル尿道内薬液注射コト稀ナラズ。又「カテーテル」、「ブリーシー」等ノ使用後ニ起ルコトアリ。急性辜丸炎 Orchitis acuta. ハ屢流行性耳下腺炎・麻疹・腸室扶斯等ノ急性傳染病ノ經過中ニ之レガ轉移性傳染トシテ發起シ、又急性副辜丸炎ニ續發ス。辜丸打撲傷ハ時トシテ副辜丸炎若クハ辜丸炎ヲ繼發セシムルコトアリ。

淋毒性副辜丸炎 Epididymitis gonorrhoeica.

症候 初メ精系及ビ辜丸ニ緊張ノ感ヲ訴へ、次デ副辜丸腫脹シ、疼痛ヲ發シ、劇甚ナル壓痛アリ、發熱ヲ伴フヲ常トス。好ンデ辜丸莖膜炎ヲ併發シ、陰囊皮膚ノ浮腫發赤ヲ來ス。淋毒性炎症ハ副辜丸ニ限リ病機辜丸ニ及バザルヲ常トシ、化膿ニ陥ルコト稀ナリ。本症ハ屢輸精管炎・精囊炎・攝護腺炎等ヲ合併ス。

診斷 淋毒性副辜丸炎ニアリテハ急性或ハ慢性尿道淋アリ、尿中淋絲或ハ膿ヲ混ジ、之レニ淋毒菌ヲ證明ス。副辜丸結核ハ通例徐徐ニ發シ、緩慢ニ經過スルモ、亦往往亞急性經過ヲ取り、爲メニ一見淋毒性症ト誤認セララルコトアリ、注意スベシ。

豫後 良ナリ、規則的治療ヲ加フルトキハ數日ニシテ自覺症去リ、腫脹亦漸次減退スベシ、但シ治後辜丸及ビ副辜丸ノ萎縮ヲ來シ其機能ヲ失フニ至ルコトアリ。攝生及ビ治療法宜シキヲ得ザルトキハ、經過往再、慢性症ニ移行ス。

療法 安靜ヲ最モ必要ナリトス、宜シク安臥ヲ命ズベシ、疼痛全ク去リ且ツ解熱セル後、尙ホ四日乃至七日間ハ安靜ヲ守ラシムルヲ可トス。猶、提辜帶ヲ與へ、又適宜消炎療法冷電法、濕布療法、イヒチオールヲ施ス。「デアテルミ」冷電法、濕布療法、イヒチオールヲ施ス。ヲ施ス。

「療法」 療效アリ。又淋菌「ワクチン」著效ヲ奏スルコトアリ。第三篇中「ワクチン」療法ノ條下ヲ参照 化膿セルトキハ切開ス。急性炎症ノ消散後長ク硬結ヲ留メタルトキハ絆創膏條ヲ輪狀屋瓦狀ニ貼用シテ壓抵スル法ヲ試ム。

轉移性辜丸炎 正辜ノ腫脹・疼痛ヲ發シ、陰囊ノ浮腫發赤ヲ來ス。安靜及ビ消炎法ニ依リテ漸次消散スルコトアルモ屢々化膿ニ陥リテ辜丸膿瘍ヲ形成シ、又廣ク周圍ニ蔓延シテ瀰漫性「フレグモニー」ヲ發起シ、遂ニ辜丸壞疽ヲ來スコトアリ。化膿セルトキハ時宜ヲ失セズ切開ヲ加フベク、蔓延セル化膿若クハ辜丸壞疽ニ際シテハ除菌術ヲ施スベシ。

慢性副辜丸炎及辜丸炎

慢性副辜丸炎及辜丸炎

副辜丸ノ慢性炎症ハ急性症ヨリノ移行ニ因ルモノヲ除キ、結核性副辜丸炎 Epididymitis tuberculosa ヲ以テ臨牀上最も必要トシ、稀ニ護膜腫ヲ發ス。辜丸ノ慢性炎症ハ之レニ反シ微毒ヲ以テ主要トス。結核ハ初メ副辜丸ニ起リテ後辜丸ニ蔓延スルヲ常トシ、先ヅ正辜ヲ侵スハ稀有ニ屬ス。尙、慢性辜丸炎ハ稀ニ急性辜丸炎ヨリ移行シ、又外傷ノ結果トシテ生ズ。

副辜丸結核

副辜丸結核

副辜丸ハ泌尿生殖器系ニ於ケル原發電トシテ結核ヲ發スルコト多ク、之レヨリ他ノ臟器辜丸・輸精管・攝精腺・精囊等ニ向テ病機ヲ蔓延セシムルヲ常トス。斯ノ如キ傳染徑路ヲ上行性 ascendant ト謂フ 又反對ニ他ノ泌尿生殖器ニ原發病竈アリテ、後チ副辜丸結核ヲ續發スルコトアリ。斯ノ如キ傳染徑路ヲ下行性 descending ト謂フ

症候 副辜丸結核ハ其發生緩慢ニシテ、甚ダ徐徐ニ増進スルモノ多ク、稀ニ亞急性ノ經過ヲ取ルコトアリ。初メ副辜丸ノ或部分初メ尾部ニ發スルコト多ク、稀ニ小硬結ヲ生ジ、徐徐ニ増大ス、又往往同時ニ或ハ相次デ副辜丸ノ處處ニ數箇ノ結節ヲ生ズルコトアリ。本症ハ通例無痛性ニ經過シ、或ハ微痛アルニ止ルモ、亦稀ニ初期ニ於テ可成リ強度ノ疼痛ヲ訴フルコトアリ。病竈乾酪變性ニ陥リテ軟化スルトキハ茲ニ結核性膿瘍ヲ形成シ、皮下ニ破レテ皮下膿瘍ヲ生ジ、後皮膚ヲ破潰シテ瘻孔ヲ作り、斷エズ稀薄膿性ノ分泌物ヲ漏泄ス。副辜丸結核ニ於ケル皮下膿瘍及ビ瘻孔ハ多クノ場合ニ於テ陰囊ノ後面ニ生ズ 斯クノ如

キ病變ノ經過ハ甚ダ不定ニシテ、或ハ迅速ニ膿瘍ヲ形成シテ瘻孔ヲ生ズルコトアリ、或ハ長ク年餘若クハ數年ニ互リテ同一狀態ニアル硬結ヲ呈スルコトアリ。多クノ場合ニ於テ、輸精管ハ早ク其侵ス所トナリテ不規則ナル索狀肥厚ヲ呈ス。辜丸モ亦侵サレテ硬結ヲ形成シ、或ハ副辜丸ト共ニ一團塊ヲ成シ、兩者ヲ區別シ得ザルニ至ルコトアリ。又反對側副辜丸モ共ニ侵襲セラルルコト稀ナラズ。莖膜ヲ侵ストキハ陰囊水腫ヲ生ズ。病機ハ更ニ精囊・攝精腺等ニ及ビ、又膀胱・腎臟等ニ向テ蔓延スルコトアリ。

診斷 緩慢ナル發起及ビ經過、副辜丸ニ於ケル特殊ノ硬結、弾力性或ハ軟骨樣硬度ヲ有シ、境界明瞭ニシテ表面不規則ナル一箇乃至數箇ノ無痛性結節 硬固ニシテ不規則ナル肥大ヲ呈スル輸精管、乾酪樣葉片ヲ混ゼル膿汁ヲ藏スル膿瘍、固有ノ結核性瘻孔等ヲ以テ診斷ス。又遺傳的關係、體質及ビ爾他臟器ニ於ケル結核病竈ノ存否等ニ注意スベシ。

鑑別 (1) 淋毒性副辜丸炎ノ急性期經過後ノ硬結ハ本症ト誤診セラルルコト稀ナラズ。年齢ノ關係ハ共ニ壯年期ニ好發ス、淋毒性症ハ其發起通例急劇ナルモ、結核性症ハ初發・經過共ニ緩慢ニシテ、稀ニ亞急性ナリ、淋毒性症ニ於テハ外尿道口膿漏アリ、或ハ尿中淋絲ヲ混ジ、膿汁或ハ淋絲中ニ淋毒菌ヲ證明ス。但シ慢性尿道炎ノ經過中別ニ副辜丸結核ヲ發スルコト稀ナリトセズ 注意スベシ。結核ニアリテハ往往他臟器結核ヲ伴フ。副辜丸ノ腫脹ハ淋毒性ノ場合ハ通例瀰漫性ニシテ境界明劃ナラザルコト多ク、硬度稍軟性ニシテ膿瘍ヲ生ズルコト稀ナリ、結核性ノモノハ限局性ニシテ、境界明ニ表面不規則ニシテ硬固ナル硬結ヲ呈シ、早晚軟化シテ膿瘍ヲ形成スルヲ常トシ、後難治ノ瘻孔ヲ生ズ。淋疾ニ於ケル輸精管炎ハ平等ナル索狀腫脹ヲ呈スルモ、輸精管結核ニ於テハ好シク不規則ナル結節狀肥大ヲ成ス。熱ハ淋毒性ノモノニアリテハ初期ニ著クシテ後チ之レヲ缺キ、結核ニアリテハ初期ニ缺クモ末期ニ於テハ之レヲ徵ス。「ツベルクリン」皮膚反應ハ亦診斷ノ一助タラシメ得ベシ。疑ハシキトキハ組織ノ一片ヲ切除シテ顯微鏡的検査ニ附スベシ。(2) 辜丸護膜腫トノ鑑別ニ就テハ後節ヲ参照スベシ。

豫後 原發病竈トシテノ副辜丸結核ハ早期ニ適宜ナル療法ヲ施ストキハ豫後良ナリ。生殖機能ハ他側副辜丸ノ健

否ニ關ス。

療法 副辜丸結核ニ對スル局處療法ニ手術的療法ト非手術的療法トアリ。非手術的療法中最モ推獎スベキハレントゲン線療法ニシテ未ダ軟化竈ヲ形成セザル初期ノモノニ於テハ往往能ク著效ヲ奏ス。此法ノ爲ニ近時副辜丸結核ニ施ス手術的療法ハ著シク制限セララル

又ビール氏鬱血療法、沃度仿謨「グリセリン」注入法等ヲ試ム。

手術的療法ハ病竈ノ除去ヲ企圖スルニアリ、其法ニアリ、一ハ副辜丸切除術ニシテ、一ハ除辜術トス。二者何レモ管ハ成ルベク高所ニテ之ヲ斷ツベシ、副辜丸切除術ハ常ニ副辜丸ノ全別副辜丸切除術ハ辜丸ヲ保存スルノ利アルモ再發シ易キノ弊アリ、除辜術ハ完全ニ病竈ヲ除去シ得ルモ辜丸ヲ失フノ不利アリ。此等非手術的療法、副辜丸切除術、除辜術等ノ選擇ハ、患者ノ年齢、一般營養狀態、他臟器結核ノ存否及ビ其輕重、局部ニ於ケル病變擴延ノ程度、一側兩側ノ別等ニ從テ之レヲ決スベシ。一般ニ他臟器結核ノ證明スベキモノナク、獨リ一側副辜丸ノ侵サレタルモノニ於テハ速ニ手術的療法ヲ施スベク、其際結核尙副辜丸ノ一部ニ限局シ辜丸未ダ侵サレズト認メラレタルトキハ副辜丸切除術ヲ選ビ、但シ多クノ場合ニ於テハ副辜丸切除術ノ適應時期ヲ失セルヲ憾トス 副辜丸既ニ大部分侵ス所トナリ或ハ辜丸ニモ亦變化アリト認メラレタルトキハ宜シク除辜術ヲ施スベシ。兩側共ニ侵サレタルトキ、之ニ兩側除辜術ヲ施スノ可否ニ就テハ各家其見ヲ異ニシ、或ハ直ニ決行スベシトナシ、或ハ保存的ニ處置スベシトシ、又ハ兩側副辜丸切除術ヲ施スニ止ムベシトナス。又兩側副辜丸切除術ノ利ヲ說ク宜シク個個ノ場合ニ就テ之レヲ決スベシ。既ニ他臟器ニ於ケル結核ノ著シキ蔓延ヲ伴フガ如キ場合ニ於テハ專ラ姑息的處置ヲ加フルコトヲ以テ暫ク満足スベキナリ。 第四篇中「外科的結核ノ療法」參照

辜丸護膜腫

辜丸護膜腫ニ於テハ正辜丸ノ腫脹ヲ來ス、腫脹ハ漸徐ニシテ辜丸ハ其原形ノ儘増大シ副辜丸ハ通常變化ヲ呈スルコトナク後側ニ於テ皮下ニ之レヲ觸知シ得ベシ。多クハ無痛ニ經過シ、或ハ輕度ノ鈍痛ヲ訴フ、末期ニ及ビテハ其一部軟化シテ膿竈ヲ作り、後皮膚ニ破レテ瘻孔ヲ形成シ、又潰瘍ヲ生ズルコトアリ。護膜腫ニ於ケル瘻孔及ビ潰瘍ハ

多クノ場合ニ於テ陰囊ノ前面ニ生ズ、分泌物臭氣アリ。輸精管ニハ變化ヲ來サザルヲ常トス。

診斷 既往症、爾餘ノ徵毒證微ノ證明、辜丸ノ無痛ニシテ緩徐ナル腫大等ヲ以テ診斷ス。

鑑別 (1) 淋毒ト徵毒。淋毒ニアリテハ急性ニ發起シ副辜丸ヲ侵ス、尿道淋疾アリ。護膜腫ハ慢性ニシテ辜丸ニ發ス、既往徵毒アリ。(2) 結核ト徵毒。共ニ慢性ナリ、共ニ末期ニ於テ軟化シテ膿瘍ヲ形成シ、破潰シテ瘻孔ヲ生ズ。然レドモ結核ニ於テハ屢結核ノ遺傳・結核體質、他臟器ノ結核等ヲ證明シ、侵ス所ハ通例副辜丸ニアリ、腫脹ハ不規則ニシテ、往往數箇ノ分離セル硬結ヲ呈シ、瘻孔ヲ形成スルヤ多クハ陰囊ノ後面ニ偏ス、輸精管ノ肥大ヲ認ムルコト多ク、正辜丸ハ續發的ニ侵襲セララル、又往往爾他泌尿生殖器ノ病變ヲ伴フ。徵毒ニアリテハ既往ニ徵毒ノ經過アリ、侵ス所ハ通例辜丸ニシテ腫脹ハ辜丸ノ全形ニ適シ、類球形ニシテ表面滑澤ナリ、瘻孔ヲ生ズルヤ多クハ陰囊ノ前面ニ偏ス、輸精管ニ變化ナシ、副辜丸ハ末期ニ於テ繼發的ニ侵襲セララル。猶、ビルケー氏反應及ビワッセルマン氏反應ヲ試ミ、又診斷的驅微法ヲ施スベシ。

豫後 護膜腫ヲ發シタル辜丸ハ其機能ヲ亡フモノ多シ。
療法 辜丸護膜腫ノ療法ハ強力ナル驅微法ヲ施スニアリ。瘻孔形成アルトキハ搔爬ヲ行フ、荒蕪甚シク辜丸機能保留ノ望ナキモノ、殊ニ老年者ニ於テハ除辜術ヲ施スベシ。

二二 辜丸腫瘍

辜丸腫瘍

辜丸ノ腫瘍ハ殆ンド常ニ正辜丸ニ發ス。就中混合腫瘍・皮膚樣囊腫・畸形腫及ビ肉腫・癌腫ヲ必要トス。稀ニ軟骨腫・骨腫・筋腫等ヲ見ル。

症候 肉腫ハ何レノ年齢ニ於テモ發ス、發育迅速ナル腫瘤ヲ形成シ、比較的硬固ナルコトアルモ、多クハ柔軟ナリ。早ク副辜丸ニ蔓延シ、精系ニ進ミ、更ニ鼠蹊腺・腸骨窩腺等ヲ侵襲シ、又遠隔轉移ヲ形成ス、末期ニ於テハ皮膚

ヲ破壊シ、腫瘍ヲ露出セシムルニ至ル。癌腫ハ好シク高年ニ發ス、硬性癌及ビ髓様癌アリ、後者ハ平等ニ柔軟ニシテ發育迅速ニ、前者ハ硬固ニシテ發育較緩徐ナリ。腫瘍皮下ニ及ビ遂ニ皮膚ヲ破ルトキハ、茲ニ癌腫潰瘍ヲ形成ス。淋巴腺轉移ハ先ヅ鼠蹊腺ニ於テシ、進シテ腸骨窩腺及ビ腹膜後腺ヲ侵ス。皮膚様囊腫・畸形腫・混合腫瘍等ハ發育緩慢ニシテ硬度部分的ニ異同アリ、大ナル囊腫ハ波動ヲ呈ス 往往著大ナル發育ヲ遂グルモ長ク破潰スルコトナシ。自覺症狀ハ腫瘍ノ種類ニ從テ輕重一ナラズ、良性腫瘍ニ於テハ全ク疼痛ヲ感ズルコトナク、或ハ輕易ニ止ルヲ常トスルモ、悪性腫瘍ニ於テハ往往精系ニ沿テ劇痛ヲ訴フ。

診斷 辜丸腫瘍ハ正辜丸ニ存シ、或ハ正副辜丸共ニ侵ス所トナル。悪性腫瘍ハ迅速ナル發育・不規則ナル腫大・皮膚ノ瘡着・疼痛・轉移形成及ビ榮養障礙等ヲ以テ之ヲ良性腫瘍ト區別ス、疑ハシキトキハ試驗的切除ヲ施シテ鏡檢ニ附スベシ。弱年者ニ發スル發育迅速ナル腫瘍ハ肉腫ナルヲ常トス。辜丸腫瘍ハ護謨腫ト誤診セラルルコトアリ、宜シク既往病歴ヲ質シ、診斷的驅微法ヲ試ムベシ。

豫後 肉腫及ビ癌腫ハ早期ニ除去スルニアラザレバ不良ナリ。他ノ良性腫瘍ニアリテモ病辜丸ノ機能ハ廢絶セラレルヲ常トス。

療法 悪性腫瘍ニアリテハ最モ早期ニ輸精管ノ高位切断ヲ以テスル除辜術ヲ施シ、同時ニ鼠蹊部ニ於テ淋巴腺及ビ脂肪ヲ全部除去スベシ。良性腫瘍ニ於テモ亦除辜術ヲ要スル場合多シ。

陰囊水腫

二二 陰囊水腫

陰囊水腫 Hydrocele testis. ハ辜丸固有莖膜腔内ニ滲出物ノ滯溜スルニ因テ生ズ。本症ハ淋毒性副辜丸炎及ビ爾他各種ノ辜丸及ビ副辜丸疾病ニ繼發シ、又外傷ニ因テ發ス、其他急性熱性傳染病及ビ「フィラリア」等ハ往往本症ノ原因ヲナス、又先天的發育異常ニ基クモノアリ。時トシテハ又全ク原因ト認めベキ事項證明セラレズシテ之レヲ發スル

コトアリ。一側或ハ兩側ニ發シ、老幼ニ關セズシテ來ル。

症候 疼痛ナク、漸徐ニ陰囊ノ腫脹ヲ起ス、球形・卵形或ハ梨子狀形ニシテ、表面平滑、弾力性アリ、波動ヲ呈ス。但シ陳舊性ノモノニシテ壁ノ肥厚著シキモノニアリテハ、硬固ニシテ波動ヲ觸知シ得ザルコトアリ。皮膚ハ其上ヲ移動セシメ得ベク、内容増加スルニ從ヒテ緊張加ハリ、往往皮下靜脈ノ怒張ヲ呈ス。辜丸ハ腫瘍ノ後側ノ一部ニ於テ特有ノ硬度ヲ有スル硬結トシテ之ヲ觸知シ得ベク、猶此部ヲ壓スルトキハ特殊ノ痛感アリ、但シ全ク其所在分明ナラザルコト亦稀ナラズ。腫瘍ノ上界ハ常ニ著明ナルヲ常トシ、大ニシテ腫脹精系部ニ及ブ時モ、猶、鼠蹊部トノ間ニ境界ヲ有シ、之レヲ目視シ或ハ觸知シ得ベシ。發育著大ナルトキハ陰莖ノ皮膚強ク牽下セラレ、陰莖ハ爲ニ全ク皮下ニ埋没スルノ觀ヲ呈スルニ至ル。此腫瘍ハ其内容液體ナルヲ以テ管狀ノ器管狀器ヲ用ヒテ視フトキハ光線ノ透過ヲ認ムベシ。(光線透過「Transparent」)但シ壁ノ肥厚甚シク或ハ又内容血性ナルトキハ此現象ナシ、本症ニ於ケル自覺症ハ主トシテ其腫大ニ因ル障礙トス、即チ歩行困難・正坐困難・交接困難・排尿困難等ナリ。内容物ハ通常清澄ニシテ黄色或ハ帶綠黄色ヲ呈シ、出血アルトキハ血色ヲ帶ブ、普通有形成分ヲ含マズ、稀ニ赤血球・上皮細胞・精絲等ヲ有シ、陳舊性ノモノニアリテハ「コレステリン」結晶ヲ包含スルモノアリ。

陰囊水腫ニシテ囊ノ上端、精系ニ沿ヒテ高ク鼠蹊管内ニ及ブモノアリ。或ハ其上端ガ細管ヲナシテ腹腔ニ交通セルモノアリ。(交通性陰囊水腫 Hydrocele communicans 第二九四四圖2)斯クノ如キモノニアリテハ囊ノ内容物ヲ腹腔ニ移送シ得ベシ。又腹壁ノ後部ニ更ニ一箇ノ囊ヲ有シ其内腔ト陰囊内ノ囊腔トガ鼠蹊管ニ於ケル細管ヲ以テ互ニ相交通セルモノアリ。(二室性腹内陰囊水腫 Hydrocele bilocularis intrabdominalis)此種類ニ於テモ亦陰囊ノ腫瘍ハ壓迫ニ依リテ縮小ス。或ハ辜丸ト全ク關係ナク精系ニ添ヘル獨立ノ囊腫ヲ形成セルモノアリ。(精系水腫 Hydrocele funiculi spermatici 第二九四四圖3)之レニ於テハ水腫ト離レテ辜丸ヲ觸レ、兩者ノ境界劃然タリ。或ハ又此等ノ水腫ニシテ「ヘルニア」ヲ合併セルモノアリ。「ヘルニア」性水腫 Hydrocele hernialis)此等ハ總テ先天的異常ニ基因スルモノニシ

テ多ク幼年者ニ見ル所トス。

診斷 發生ノ狀、腫脹ノ狀態、波動及ビ光線透過等ヲ以テ診定セララルモ亦次ノ諸症ト誤診スルコトアリ。

鑑別 (1) 外鼠蹊「ヘルニア」ニ於テハ體位ノ關係・怒責・局部ノ壓迫等ニ因テ膨張或ハ退縮スル性アリ、陰囊根部ヲ鼠蹊管外口部ニ於テ指間ニ把握スルニ(第二九十五圖)腫脹ハ鼠蹊部ニ對シテ明ナル境界ナク、精系以外ノ物質即チ「ヘルニア」囊及ビ其内容ヲ觸ルベク(圖一)波動ハ之レヲ缺キ、光線ヲ透過セズ、内容腸管ナルトキハ打診上鼓音ヲ呈ス、辜丸ハ多クノ場合ニ於テ移動性著明ナリ。陰囊水腫ニ於テハ膨脹退縮ノ性ナク、陰囊根部ヲ鼠蹊管外口部ニ於テ指間ニ把握スルニ腫脹ハ鼠蹊部ニ對シ境界明ニシテ唯精系ヲ觸ルルノミ(圖二)波動ヲ呈シ、光線透過性アリ、打診上濁音ヲ呈ス、辜丸ハ之ヲ移動スルヲ得ズ。但シ「ヘルニア」ノ内容ニ癒着アリテ不還納性ナルモノハ特有ノ膨縮性ヲ缺キ、内容網膜ナルトキハ濁音ヲ呈スベク、陰囊水腫ニアリテモ壁ノ肥厚著シキモノニアリテハ波動及ビ光線透過性ヲ缺如スルコトアリ。尙、交通性陰囊水腫・二室性陰囊水腫「ヘルニア」性陰囊水腫等ニ注意スベシ。試験的穿刺ハ陰囊水腫ニ於テハ内容液ヲ證明シ得ルヲ以テ之レヲ確診シ得ルモ、穿刺ハ「ヘルニア」ニ向テ禁忌ナルヲ以テ此兩者ノ鑑別ニハ之レヲ應用スル能ハズ。(2) 精系靜脈瘤。精系ニ沿ヒ辜丸ニ及ブ腫脹ヲ呈ス、皮膚ノ緊張著シカラズ、壓迫スルトキハ縮小スルノ性アリ、波動ナク、光線ヲ透過セシメズ、腫脹ノ表面不規則ニシテ數條ノ索條ヨリ成ルヲ認ムベシ。(3) 辜丸腫瘍ニシテ其實柔軟ナルモノハ觸診上波動様ノ性狀ヲ有シ、且ツ形態類似スルノ故ヲ以テ本症ト誤診スルコト

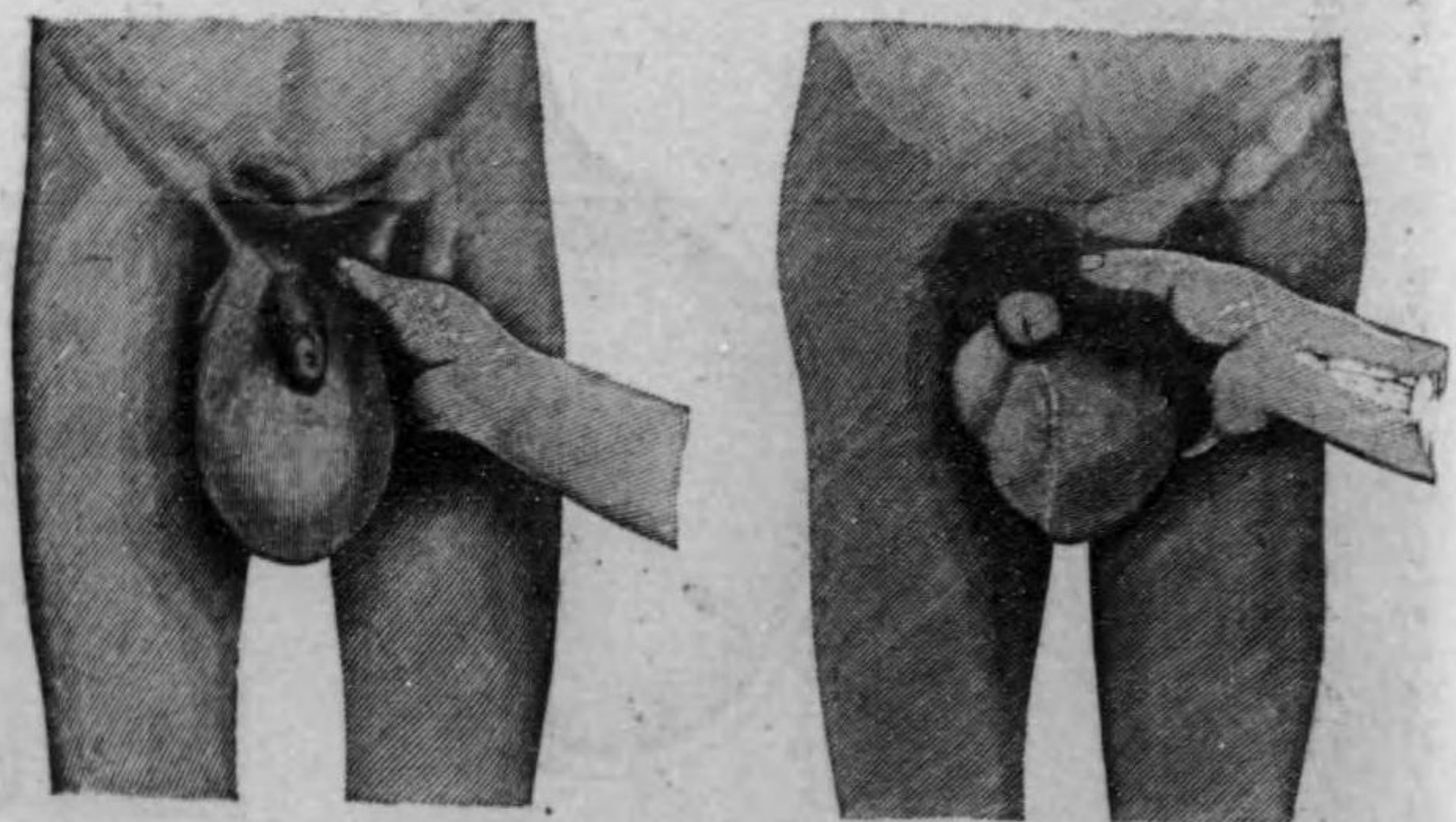


五四八

精液水腫

ナキニアラズ。光線不透過性ナルコト、別ニ辜丸ヲ觸レザルコト、穿刺陰性ナルコト等ヲ以テ鑑別ス。但シ辜丸腫瘍ハ時トシテ陰囊水腫ヲ合併スルコトアリ、注意ヲ要ス。(4) 精液水腫 Spermatokozele 辜丸ニ形成セララル一種ノ囊腫ニシテ精液ノ滯溜ニ因テ生ズルモノアリ、之レヲ精液水腫ト稱ス、稀有ノ症ニ屬スルモ、亦本症ト鑑別ヲ要ス。此囊腫ハ通例正副辜丸ノ間ニ介在シ、球形或ハ卵圓形ノ弾力性柔軟ニシテ波動ヲ有スル腫瘍ヲ形成ス。時トシテハ多房性ニシテ不規則ナルアリ、又囊壁ノ肥厚或ハ石灰變性等ノ結果、甚ダ硬固ナルコトヲ觸診上副辜丸及ビ辜丸ニ對シテ明瞭ナル區別アリ、通例僅ニ一小部ヲ以テ之レト連絡シ。多數ノ場合ニ於テ辜丸及ビ副辜丸ノ下極ハ異常ナク之レヲ觸知シ得ベシ。穿刺液ハ水様清澄或ハ白色微濁ヲ呈シ精絲ヲ證明シ得ルヲ常トス。液ノ比重ヲ示スニ對シ、一〇〇二一一〇〇九ヲ示シ、反應ハ陰囊水腫ニ於テ「アルカリ」性ナルニ反シ、之レハ中性ヲ呈ス。精液水腫ニ於テ「アルカリ」性ナルニ反シ、之レハ中性ヲ呈ス。ノ療法ハ手術的ニ囊腫ノ全別出ヲ施スニアリ。

第二九百五十五圖 外鼠蹊「ヘルニア」ト陰囊水腫ノ鑑別



療後 良、但シ陳舊性ノモノハ辜丸萎縮ヲ來シテ其機能ヲ失フ。療法 單純ノ穿刺法ハ一時腫脹ヲ消散セシメ得ルモ、常ニ再發ヲ免カレズ、唯稀ニ小兒ニ於テ此法ヲ反復シ治癒ヲ得タルノ實例アリ。穿刺若クハ小切開創ヲ作爲シテ内容ヲ排除シ、後チ藥液ヲ注入スル法ハ沃度依的兒ハ往往根

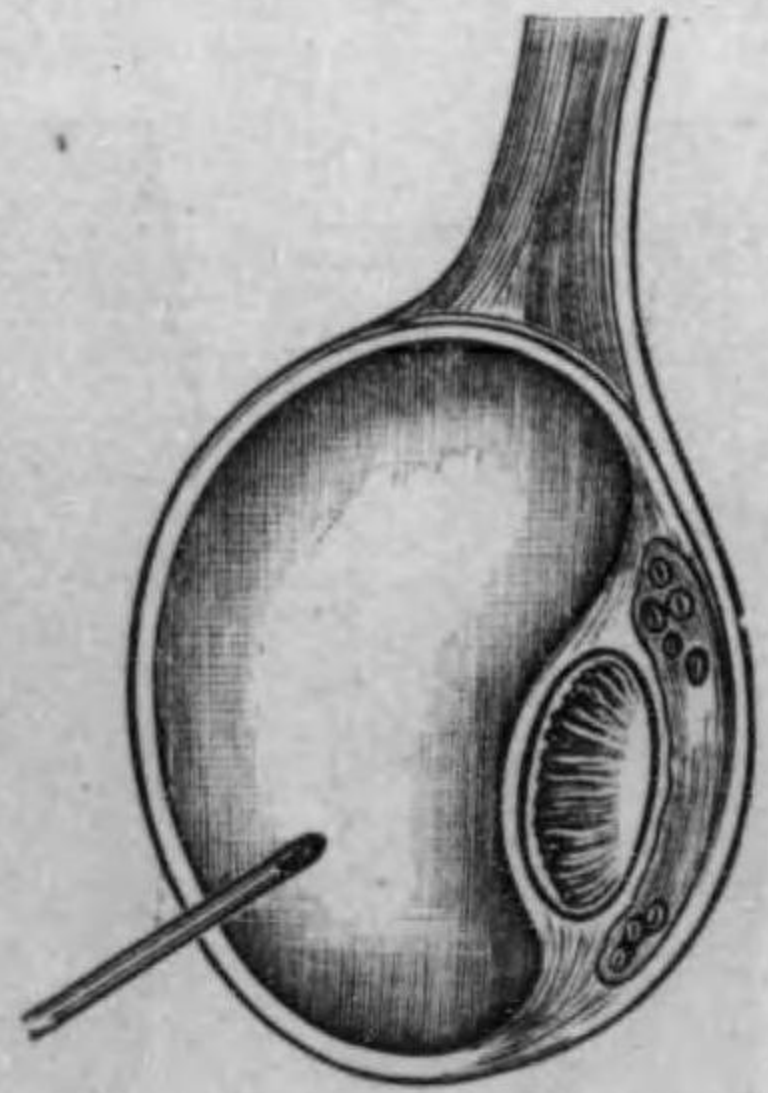
治ノ目的ヲ達シ得ルコトアルモ術後劇痛アリ、又屢、甚ダシキ炎症狀ヲ發スルノ虞アリ、寧ロ根治手術ヲ施スノ安全ニシテ且ツ治癒迅速ナルニ如カズ。即チベルグマン氏固有莢膜外板切除術、若シクハウケンケルマン氏固有莢膜外板翻轉術ヲ施ス。陳舊性ノモノニシテ辜丸萎縮シ機能亡失セルモノ、殊ニ老年者ニアリテハ除辜術ヲ選スベシ。「ヘルニア」合併セルトキハ其根治手術ヲ要スベク、交通性ノモノハ囊頭ニ於テ切斷シ陰囊水腫ヲ處置スルト共ニ「ヘルニア」ノ場合ニ於ケルガ如ク、鼠蹊管ヲ處置スベシ。精系水腫ハ全部之レヲ剔出ス。

陰囊水腫穿刺術

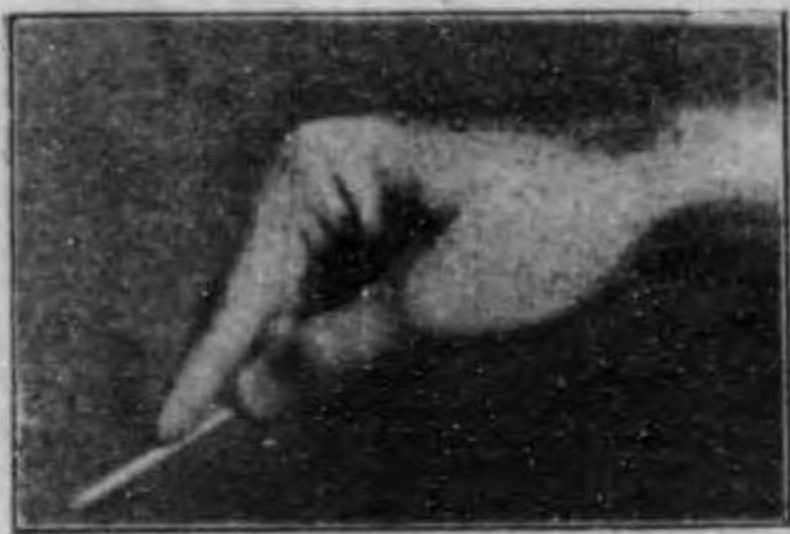
Punction der Hydrocoele.

一手ヲ以テ陰囊ヲ後方ヨリ把握シ、前面ノ皮膚ヲ緊張セシメ、此前面ノ中央或ハ下部ニ於テ血管ヲ避ケテ穿刺部位ヲ選ビ、茲ニ少量ノ局處麻醉液ヲ皮下及ビ莢膜ニ注射シ、套管針ヲ取りテ之ヲ刺入ス。套管針ハ拇指及ビ中指以下ノ三指ヲ以テ把持シ、先端ヨリ約二仙迷ノ部ニ示指尖ヲ貼シ、之レヲ以テ刺入ノ深サノ目標トナスベシ。(第一二百九十六圖) 刺入ノ際陰囊ヲ支持セル手ヲシテ輕ク反壓セシムルトキハ刺入シ易シ。尙ホ後ノ辜丸ノ位置ヲ知りテ穿刺時之レヲ損傷セザランコトヲ注意ス。充分排液ノ後、管ヲ一舉ニ拔去シ、刺孔ニ小殺菌綿紗片ヲ貼シ、絆創膏ヲ以テ固定ス。

第七百九十二號 陰囊水腫穿刺術



第六百九十二號 套管針ノ把持



陰囊水腫根治手術

Radicaloperation der Hydrocoele

局處麻醉或ハ全身麻醉法ニ於テ施ス。陰囊ノ前外側ニ於テ皮膚ノ各層ヲ切開シテ固有莢膜(水腫)壁ニ達シ之レヲ鈍性ニ繞莢膜ヨリ剝離ス。此操作ハ内容ノ充盈セル時ニ於テ便ナルモ、水腫甚ダ大ニシテ皮創ノ小ヲ欲スルトキハ、先ヅ刀尖ヲ以テ之レニ穿刺ヲ加

第八百九十二號 氏シマルケンキウ 術治根腫水囊陰



ヘ、排液シテ後行フベシ、然ルトキハ皮創ヲシテ大ナラシメザルモ能ク此目的ヲ達スベシ。既ニ大部分剝離セラルレバ之ヲ辜丸ト共ニ創裂ヨリ外部ニ脱轉セシメ得ベシ、是ニ於テ更ニ後側ヲ剝離シテ莢膜水腫ヲ有スル辜丸ヲ全ク遊離セシメ、副辜丸附着部ト正反對ノ面ニ於テ固有莢膜ヲ縱切シ、其切縁ヲ副辜丸及ビ辜丸ノ後方ニ翻轉シテ二三ノ縫合ヲ施ス。(Winkelmann)或ハ開キタル固有莢膜ノ外板ヲ辜丸ニ移行スル部ニ於テ全部之レヲ切除スルモ可ナリ。(Bergmann) 後、辜丸ヲ整復シテ充分止血シ皮膚ヲ縫合ス、止血完全ニ行ハレタルトキハ全創ヲ縫合シテ不可ナキモ、創腔ニ於テ尙血液滯溜ヲ來スノ疑アルトキハ創裂下角ノ一部ヲ開放シ、タンポンヲ挿入ヲ施スヲ可トス。

肛門及直腸疾病

肛門周圍炎

第十四 肛門及直腸疾病

一 肛門周圍炎(肛圍炎)

肛門周圍炎 Periproctitis. トハ肛門ノ皮下・粘膜下若シクハ直腸周圍ニ於ケル結締織ノ炎症ニシテ、通例膿瘍ヲ形成ス。高ク直腸周圍ニ發セルモノハ之ヲ病竈ハ或ハ一部ニ限局シ、或ハ廣ク肛圍ヲ繞リ、又或ハ高ク直腸上部ニ互リテ蔓延スルモノアリ。膿瘍發生ノ部位ニヨリテ、肛圍膿瘍ヲ皮下膿瘍・粘膜下膿瘍・坐骨直腸腔膿瘍・骨盤直腸腔膿瘍等ニ區別ス。(第二百九十九圖)

本症ハ各種ノ膿膿球菌及ビ大腸菌、殊ニ其等ノ混合傳染ニ因スルモノ多ク、結核性ノモノモ亦甚ダ多シ、肛門縁或ハ直腸粘膜ノ皸裂・魚骨刺入等ハ本症ノ發生誘因ヲナシ、又種種ナル原因ヨリ來ル直腸粘膜ノ糜爛若クハ潰瘍形成赤痢・結核・梅毒・ハ之レヲ繼發セシメ得ベク、痔核モ亦本症發生ノ誘因タルコトアリ、尙攝護腺ノ化膿性炎症ハ屢々本症ヲ續發セシメ、骨盤骨結核ハ時トシテ此部ニ流注膿瘍ヲ形成ス。又尿道周圍炎ノ蔓延ニ因テ發起スル場合アリ。痔瘻・就中内不全痔瘻ハ其經過中屢々本症ヲ發ス。

症候 本症ハ急性經過ヲ取ルコト多シ。發熱^{膿、惡寒}アリテ、肛部緊張ノ感・痒感・疼痛・脫糞困難等ヲ訴ヘ、肛圍ニ腫脹ヲ發シ、淺在性ノモノニアリテハ皮膚ノ發赤ヲ呈シ、膿瘍ヲ形成スルトキハ波動ヲ徵知ス。蔓延セル直腸周圍炎ニアリテハ屢々下痢ヲ來シ、又排尿困難ヲ發起ス。肛圍炎ニシテ斯クノ如キ急性經過ヲ取ラズ、慢性ニ終始スルモノアリ、此種類ニ於テハ肛圍腫脹シ膿瘍ヲ形成スルモ、苦痛著シカラズ、經過在再タリ、斯クノ如キ種類ハ結核性症ニ多シトス。膿瘍放置セララルトキハ終ニ粘膜面若クハ皮膚ニ向テ破潰ス。斯クノ如キ膿瘍ノ破潰ハ逐次二箇處或ハ數箇處ニ於テスルコトアリ、此創口ハ治癒シ難ク多數ノ場合ニ於テハ茲ニ痔瘻ヲ構成ス。又時トシテ膀胱・腔

若シクハ尿道ニ向テ破ルルコトアリ。

診斷 淺在性皮下膿瘍ヲ形成セルモノハ診斷ニ困難ナシ、稍々深層ニ發起スルモノハ初期ニ於テハ肛圍ニ腫脹ヲ認メズ、指頭ヲ以テ僅ニ疼痛性硬結或ハ抵抗部ヲ觸知シ得ルニ止ルコトアリ。尙、病竈高ク坐骨直腸腔膿瘍ノ筋ノ上部ニ存スルトキハ皮膚上ヨリハ全ク之ヲ觸知シ得ザルコト稀ナラズ。斯クノ如キ場合ニ於テハ示指ヲ直腸内ニ送リテ檢スベシ、然ルトキハ直腸壁ノ或部分ニ於テ著明ナル壓痛部或ハ疼痛性膨出部若クハ硬結ヲ觸知シ得ベシ、此際同手ノ拇指或ハ他手ノ示指ヲ以テ外部ヨリ壓シ、送入セル示指ト双合的ニ診査スルヲ便ナリトス。疼痛劇烈ニシテ指ノ送入ヲ許サザルトキハ全身麻酔法ノ下ニ、膿瘍ノ部位・大小ヲ診定スルト共ニ即時切開排膿スルノ策ヲ取ルベシ。

經過慢性ニシテ疼痛少ナキモノハ結核性ナルコト多シ、精細ニ爾餘ノ臟器・就中肺結核ニ對スル診査ヲ遂グベシ。但シ結核性ノモノニシテ劇烈ナル急性症狀ヲ以テ起ルモノ亦之レナキニアラズ、蓋シ混合傳染ニ因ルモノトス。尙ホ攝護腺疾患、骨盤骨疾患等ニ注意スベシ。

豫後 膿瘍ノ自潰セルモノハ多クハ痔瘻ヲ後貽ス。廣ク直腸ノ周圍ニ蔓延スル腐敗性化膿性炎症ニ際シテ手術時期ヲ失スルトキハ、膿毒症・化膿性腹膜炎等ヲ繼發シテ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。

療法 切開排膿法ヲ施ス。邊緣皮下膿瘍ハ局處麻酔ノ下ニ放線狀ノ方向ニ切開ス、粘膜下ノモノハ示指ヲ直腸内ニ送り之ニ從テ刀ヲ進メ縱切開ヲ施ス、粘膜下膿瘍ニシテ甚ダ高位ナルトキハ腹膜ヲ傷クルノ虞アリ、注意スベシ

第二百九十九圖 肛門周圍炎ノ種類

- 1 皮下膿瘍
- 2 粘膜下膿瘍
- 3 坐骨直腸腔膿瘍
- 4 骨盤直腸腔膿瘍
- a 外括約筋
- b 内括約筋
- c 肛門舉筋
- d 直腸筋層

