

圖四十七 胃門腫瘍



圖五十七 胃門腫瘍



若。胃内ニ腫瘍ヲ存スルトキハ、若鉛ヲ以テ充滿セラレタル胃内ニ於テ陰影ノ一部缺如ス

砂。漏。胃。ハ、若鉛食後頗ル之ニ特有ナル影像ヲ呈ス。然レドモ數回反覆検査シテ常ニ同一ノ結果ヲ認ムルニ非ザルヨリハ、輕シク之ヲ診定ス可カラズ。是。胃筋質ノ收縮ニ由リ、又ハ胃ノ側方ニ存在スル腫瘍モ、亦之ニ似タル影像ヲ呈シ、以テ之ト誤診セララルコト有レバナリ。

胃潰瘍ノ單純性ノ者ハ、れんじけん検査上之ヲ證明スルコト能ハザルヲ常トス。胃。癌。ノ如キ胃ノ内部ニ生ジタル腫瘍ハ、胃ヲ充實セシメテ照檢スルニ、影像中ニ缺如部ハ存在スルヲ認ム。但此際亦誤診ヲ避ケムガ爲、検査ヲ反覆スルヲ要ス。而シテ此検査ヲ施スニハ、最初ハ空虚ナル胃ヲ照檢シ、次デ一塊ノ若鉛ヲ嚥下セシメ、最後ニ若鉛食後ニ照檢ス可シ。但此法ニ由リテ、癌腫ノ早期診斷ヲ施シ得ルハ罕ナリトス。而シテ

ルヲ認ム可ク、又胃ノ一定部ニ伸展性ノ不全ナル所アルヲ見ル可シ。即。胃癌ニ在リテハ、照檢上胃ノ一定部ハ、之ヲ見ルコトヲ得ザル者トス。而シテ腫瘍發生部位及其大小ノ如何ニ由リ、此陰影缺如部所在ノ異ナル可キコト固ヨリ論ナシ(第七十三乃至七十五圖)。然レドモ幽門ノ癌腫ニ在リテモ、其未タ之ヲ狭窄セシメザル者ニ於テハ、之ヲ明ニ診斷スルコト容易ナラザル者トス。之ニ反シテ狭窄性幽門癌腫ニ在リテハ、若鉛粥ハ通常直ニ稍斜ニ上左方ニ走レル長キ線ニ終ルヲ見、且本症ニ在リテハ胃擴張症ノ像ヲ呈ス。而シテ此場合ニ於テモ、屢々逆行性蠕動運動ヲ認ム可シ。然レドモ以上舉ゲタルれんじけん症候ハ、亦胃ノ癌著胃外ニ存スル腫瘍ノ壓迫胃ノ癥痕等ノ爲、生ズルコト有ルヲ以テ、胃癌ハ單ニれんじけん検査ニノミ由リテハ、確實ニ診定セララル可キ者ニ非ズ。

從來胃ノ疾病ニ於ケル症候診斷及療法等ハ、專ラ内科學ノ論ズル所ナリシト雖、較近内臟外科ノ益々發達進歩スルニ從ヒ、諸多ノ胃疾患モ、亦外科的療法ニ由リテ治癒ヲ獲ル者益々多キヲ加フルニ至レリ。就中其外科的療法ヲ施スニ適スル疾患ハ、胃内ニ竄入セル毒物及異物、胃潰瘍ニ於ケル再三發來スル著シキ胃出血潰瘍及損傷ニ因ル胃ノ穿孔、其他胃ト隣接臟器トハ疼痛性癥痕著(例之胃潰瘍、胃周圍炎、腹膜炎等ニ因ル者)、噴門及幽門部ノ狭窄(殊ニ癥痕性狭窄)、胃ノ擴張及下垂、胃ノ軸旋(稀有)、砂漏胃及腫瘍、殊ニ幽門部ニ發シタル癌腫等ナリトス。然レドモ是等ノ諸病ニ於ケル詳細ナル症候及診斷ハ、今暫ク内科學ニ譲リ、爰ニハ主トシテ之ニ要スル手術的療法ヲ論述セムトス。

胃手術ノ死亡數ハ近年ニ至リ益々經驗ヲ積ミ且技術ノ益々進歩スルニ從ヒ益々減少セリ。殊ニ胃ノ疾病ニ於テハ内外科兩醫同心協力シテ治療ニ從事シ其潰瘍及癌腫ノ如キ早ク之ヲ外科醫ノ手ニ委スルトキハ治療ノ成績益々良好ナル可キヤ疑ヲ容レザル所ナリ。フォン・ミク
リツツ氏ガ手術ヲ施シタル患者百三人中死亡總數二十三人ナルガ此中最初十年間ニ於テハ手術患者三十五人中十三人ヲ失ヒタルドモ三七%ノ死亡後ノ二年半中ニ行ヒタル患者六十八人中死亡者僅二十人即一四・七五%ナリ。又同氏ガ一千八百八十二年ヨリ一千八百九十七年ノ間ニ於テ行ヒタル胃手術二百七十四中死亡全數八二・七%ヲ算セシモ最近氏ガ重症ナル合併症無キ良性ノ幽門狹窄及潰瘍ニ行ヒタル手術ノ死亡數ハ一〇%ニ減少セリ。

第一 胃ノ畸形

胃ノ畸形

胃ノ畸形 Missbildungen des Magens ニ就テハ外科的趣味アル者少ナシ。但茲ニ先特記ス可キ者ハ幽門ノ先天性閉鎖或狹窄 (Die angeborene Atresie oder Stenose des Pylorus) ナリ。先天性幽門狹窄ヲ有スル初生兒ニ在リテハ絶ズ吐乳ヲ來スモ此嘔吐ハ亦幽門痙攣ニ因ルコト有ルヲ忘ル可カラズ。而シテ先天性幽門狹窄ハ主トシテ筋質ノ肥大ニ因ルト云フモ時トシテハ此狹窄ニハ亦幽門痙攣ヲ合併スルコト有リ。療法ハ先ッ攝生胃洗滌等ニ在ルモ無効ナルトキハ速ニ手術ヲ施サザル可カラズ。即幽門成形術

幽門ノ鈍的擴張法 (Loreta 氏) 及胃腸瘻造設術ヲ行フ是ナリ。但是等ノ手術ハ後文胃手術ノ條下ニ述ブ可シ。

胃ノ先天性異常位置及形狀 (Die angeborene abnorme Lage und Form des Magens) ハ例之内臟側位變錯橫隔膜ノ先天性缺損先天性腹壁破裂等ニ見ル所ニシテ時トシテハ胃ハ生ナガラニシテ絞約セララルコト有リ。所謂砂漏胃 (Der Sanduhrmagen) 是ナリ。但此症ハ先天性ニ來ルハ罕ニシテ後天性ニ發スル者ヲ多シトス。バルナーホ氏ニ據レバ砂漏胃二百三十五例中先天性ノ者ハ六十一例即二七・一%ナリト云ヘリ。後天性砂漏胃ハ殊ニ現存セル若クハ既ニ癍痕ヲ結ベル胃潰瘍ニ由リ或ハ酸類ノ腐蝕後又ハ癌腫癥著性胃周圍炎等ニ基ク者ナリ。蓋シ之ニ由リテ發スル障礙ハ兩胃腔間ニ於ケル交通路ノ狹縮第一或ハ第二胃ノ高度ノ縮小或ハ擴張胃ノ回轉及癥著等ニシテ之ガ爲ノ手術ヲ要スルコト有リ。然レドモ其診斷ハ必ズシモ容易ナラズ (本卷一八六頁參照)。若シ之ガ爲ノ患者苦痛ヲ訴フルトキハ胃切除術若クハ兩胃囊間ニ十分廣大ナル第二ノ交通路ヲ設クル胃吻合術ヲ施スカ或ハ胃腸瘻造設術ヲ行フ可シ。狹窄部ヲ縱ニ切開シ之ヲ横ニ縫合スル所謂胃成形術ハ良效ヲ奏スルコト少ナシ。是其術後再び狹窄ヲ起シ易ケレバナリ (フォン・アイゼルスベルグ氏)。

此他ノ畸形トシテ胃内ニハ絶ダ罕ニ完全ナル隔壁形成 (Die Scheidewandbildung) ヲ見ルコト有リ。

胃ノ畸形

第二 胃ノ損傷

胃ノ損傷

胃ノ損傷 Verletzungen des Magens ハ多クハ肝臟脾臟腎臟其他橫隔膜加之ヲ亦往々胸腔臟器ノ損傷ニ合併シ來ル者ニシテ其症候及療法ハ腸ノ損傷ニ於ケルト殆ド同一ナリ。殊ニ胃腔ノ穿開セラレタル者ニ於テ然リトス。而シテ胃ノ損傷ニ於テモ亦腸ノ損傷ニ於ケルト均シク皮下損傷ト開放損傷トヲ區別ス。

胃ノ皮下損傷ハ拳打蹄擊汽車緩衝器ノ衝突轢過ノ如キ多クハ重劇ナル直達的外力作用ニ因ルモ罕ニハ介達的外力ニ強劇ナル震盪ニ由リテ來ルコト有リ。而シテ直達的外力作用ニ因ル胃ノ損傷ハ胃壁ノ挫傷若クハ斷裂ニシテ是等ノ損傷ハ胃壁層ノ一部ニ限局スルコト有ルモ亦其全層ヲ侵シ爲ニ其穿孔ヲ來スコト有リ。又假令其損傷ノ一部ニ限局スル者ニ在リテモ後之ニ潰瘍ヲ生ジ或ハ壞死ヲ來シ爲ニ胃周圍炎性膿瘍ヲ發シ或ハ又遂ニ腹腔内ニ穿孔スルコト有リ。但胃ノ皮下損傷ハ腸ノ同損傷ニ比スレバ遙ニ稀ナリトス。是レ胃ハ肋骨ノ後方ニ位スルヲ以テ外力ノ襲來ニ遭遇スルコト少ナケレバナリ。此他極テ稀ニハ外力ノ襲來無ク只俄然強劇ナル腹壓ノ加ハルニ由リ胃ノ裂傷ヲ見タルコト有リ。

胃ノ開放損傷即チ穿通性腹壁創傷ヲ有スル胃ノ損傷ハ殊ニ銃傷及刺傷ニ因リ間又尖銳ナル杖上ニ於ケル墜落動物(牡牛鹿角ノ串穿等)ニ因ル者ニシテ前症ニ比スレバ實

胃損傷ノ症候及診斷

地上遙ニ肝要ナル者トス。

症候及診斷 重劇ナル鈍體ノ外力作用ニ因ル胃ノ皮下損傷ニ來ル症候ハ一ハしよく症候ニシテ一ハ胃ノ損傷ニ繼發スル症候ナリ。然レドモ上文述べタルガ如ク胃ノ皮下損傷ニハ屢亦其隣接臟器ノ損傷ヲ伴フヲ以テ重症ナル腹部ノ挫傷ニ在リテハ其何レノ臟器ニ損傷ヲ蒙ムリタルヤヲ診斷スルコト頗ル困難ナル者トス。又腹部ノ穿通性創傷(銃創若クハ刺創)ニ在リテモ胃ノ損傷セラレタルヤ否ヲ斷定スルコト極テ困難ニシテ往々之ヲ診定シ能ハザルコト有リ。吾人ハ唯先射入口或ハ刺入口ノ位置及創管ノ方向ニ由リ略之ヲ推斷シ得ルノミ。但穿通性胃損傷ノ症狀ハ始ハ屢僅微ナルヲ以テ之ヲ知ルコト能ハズ殊ニ胃ノ空虚ニシテ其内容ノ外方ニ漏泄セザルカ或ハ其創口狭小ニシテ筋ノ收縮ニ由リ自ラ閉鎖スルカ或ハ又粘膜炎ノ創口ヲ密閉スル者ニ於テ然リトス。然レドモ胃ノ内容若シテ腹腔内ニ漏泄スルトキハ速ニ嘔氣吃逆嘔吐腹部ノ自發痛及壓痛腹壁ノ緊張ノ如キ腹膜炎ノ刺戟症狀ヲ發來スルヲ常トス。又疑ハシキ場合ニ於テハ吐血ハ甚ダ肝要ナル一症候ナレドモ胃壁ノ創口廣大ナルトキハ其内容ハ直ニ腹腔内ニ入ルヲ以テ反テ全ク嘔吐ヲ缺如スルコト有リ。

此他胃ノ損傷ニハ間出血ノ症候ヲ呈スルコト有レドモ此出血ハ亦腸間膜或ハ他ノ臟器ヨリ來ルコト有リ。然リ而シテ胃ノ損傷ニ於テ其内容若シテ腹腔内ニ入ルトキハ必常蔓延性腹膜炎ヲ發シ早ク手術ヲ施サザルトキハ死ニ至ラシムルヲ常トス。唯其

胃ノ損傷

小ナル創傷ハ、自然ニ治愈スルコト有リ、或ハ創所ハ其周圍ト癒著シ、以テ胃内容ノ漏出ヲ防止スルコト有リ、但、玆ニ宜シク注意スベキハ、銃傷ニ在リテハ、最初胃創ノ邊緣互ニ能ク閉鎖スルモ、數日ヲ經テ挫滅セラレタル創緣壞死ニ陥リ、爲ニ穿孔性腹膜炎ヲ發來スルコト有ル是ナリ。

胃損傷ノ療法

療法

胃ノ損傷ニ於テ必然來ル可キ死ヲ豫防スル唯一ノ法ハ、速ニ手術ヲ行フニ在ルノミ、故ニ其銃傷及刺傷ニ於テハ、直ニ開腹術ヲ施シテ胃創ヲ閉鎖シ、且腹腔ヲ嚴密ニ清淨ニスルヲ正當ナル療法ト爲ス可シ、此手術ハ、平時ニ在リテハ受傷後速ニ施ス可キ者ニシテ、即時之ヲ施スコトヲ得バ、通常良效ヲ奏スレドモ、若シ遷延時期ヲ失スルトキハ、奏效ヲ期シ難ク、既ニ十二時間ヲ經過シタル者ニ在リテハ、負傷者ノ三分ノ一以上ヲ救助スルコト能ハザル者トス、是故ニ其診斷確實ナラザル者ニ在リテハ、運疑セズシテ速ニ試験的開腹術ヲ施スヲ以テ最モ得策ト爲ス可シ、以テ九死ニ一生ヲ得ルコトヲ得ム、然レドモ戰時ニ在リテハ、胃ノ銃傷ニ對シテ濫ニ手術ヲ行フハ反テ不可ナリ、是、此際ニ於ケル手術ハ、設備完全ナラザルノミナラズ、一ハ新式小口徑銃丸ハ毫モ大ナル穿孔ヲ來サズ、又一ハ戰時ニ在リテハ、胃ハ多クハ空虚ナルヲ以テ、其内容ノ腹腔内ニ漏泄スルコト少ナケレバナリ。

新鮮ナル胃ノ創傷ニ手術ヲ施スニハ、開腹術ニ由リテ創所ヲ十分ニ露出シ、創口ハ二列ノ縫合ニ由リテ閉鎖スルヲ常トス、此際銃傷ニ在リテハ、殆ド常ニ二個ノ創口ヲ存

スルヲ以テ、縫合ノ際之ヲ看過セザルニ注意ス可シ、又既ニ腹膜炎ヲ起セル者ニ在リテハ、單ニ腹腔ヲ切開シテ膿ヲ排泄シ、排導法ヲ施スニ止メ、滯ニ癒著ヲ剝離ス可カラズ、是レ之ガ爲、却テ炎症ノ蔓延ヲ催進スルコト有レバナリ。

第三 胃内異物

胃内異物

胃内異物 Fremdkörper im Magen ハ、食道ヨリ入ルル最モ多シトス、其品類頗ル種々ナリ、就中果實核、骨片、鈕釦、針、貨幣、齒牙、義齒、小刀、肉、又小匙等ハ往々見ル所ニシテ、或ハ故意ニ、或ハ誤テ之ヲ胃内ニ嚥下スルコト有リ、殊ニ精神病者及ひすてり患者ニ在リテハ、尙諸多ノ胃内異物ヲ睹ルコト有リ、又異物ハ損傷ニ由リ、外部ヨリ胃内ニ入ルコト有リ、例之彈丸、破折セル刀尖ノ如キ是ナリ、此他甚ダ稀ナルモ、異物ハ幽門ヲ經テ胃内ニ入ルコト有リ、即、膽囊或ハ膽管ヨリ十二指腸ノ上部ニ穿孔セル膽石ノ胃内ニ進入スルコト有ルガ如シ、殊ニ在下ノ十二指腸炎症性浸潤ニ由リテ狹窄セル際ニ然リトス、又膽石ハ、幽門内ニ嵌留スルコト有リ、又蛔蟲ノ幽門ヲ經テ胃内ニ入り遂ニ吐出セララルコトハ、人ノ多ク知ル所ナリ、此他胃内ノ異物ハ、其内ニ發生スルト有リ、殊ニ特異ナルハ、人體或ハ動物ノ毛ヨリ成ル所ノ異物ニシテ、該毛ハ少量ヅツ漸次嚥下セララルモ、後ニハ巨大ナル胃内異物ヲ形成スルコト有リ、此、ざりひ、べ、ぞ、あ、る (Der Trichobezoar) Boor と動物(毛)ノ胃石ニシテ、と稱セラルル毛髮腫瘍 (Die Haar-

Geschwitz)ハ從來多クハ只ひすてり、性婦人ニ實驗セラレタル者ニシテ、其甚ダシク増大スルヤ、正ニ胃ノ形狀ヲ模出スルコト有リ。而シテ此種ノ腫瘤ニシテ、重量四磅以上ニ達シタル者ヲ實驗セル者アリ(ジョン・ラッサー氏)。

近時シエツプ氏ハ、本症十六例ヲ集メタリシガ、氏ノ患者ハ十二歳ノ女子ニシテ、嚥ヲ嚥ムノ習癖アリシニ、嚥下セル毛髮胃内ニ留リテ遂ニ拳大ノ腫瘤ヲ形成セリト。本邦ニ於テハ、嘗テ博士松岡道治氏其一實驗例ヲ報告シタリシガ、患者ハ四十三歳ノ男子、躁狂ニ罹リタル者ニシテ、氏ハ其既往症及現症ニ由リ、初ヨリ胃内毛髮腫瘍ニ非ザルヤノ疑診ヲ下シ、胃切開術ヲ施シタルニ、手拳ノ一倍半乃至二倍大ニシテ、重量二十五瓦ノ毛髮ヨリ成ル腫瘍ヲ摘出シ得タリト云フ(三十四年日本外科學會誌、三三三頁)。

又最近學士今中照義氏ハ、東京醫科大學佐藤外科教室ニ於テ本症ヲ實驗報告セシガ、患者ハ十二歳ノ女子ニシテ、之ヨリ摘出セル毛塊ハ胃ノ形態ヲ爲シ、而モ一端ハ長ク伸ビ幽門ヲ經テ十二指腸ニ達シ、其重量ハ二百六十瓦ナリシト云フ(日本外科學會雜誌、五十六號、四年四月)。

之ト均シク、時トシテ胃内ニ植物纖維ヨリ成ル所ノ植物纖維腫瘍(Die Pflanzenfasergeschwulst)ヲ見ルコト有リ。ふら、べぞあ、(Die Phytoblasten)是ナリ。又習慣的ニしるらく溶液(一種ノ樹脂)ヲ屢、口ニスルヨリ、之ヲ嚥下シテ胃内ニしるらく石(Schlackstein)ヲ形成スルコト有リト云フ。

此他尙胃ノ異物ニ屬ス可キ者ハ、固形或ハ流動性ノ毒物、例之硝酸銀桿、硫酸石炭酸等ナリ。

胃内異物ノ症候及經過

而シテ是等ノ異物ハ、深ク胃壁ヲ侵蝕スルコト有ルヲ以テ、往々頗ル危險ナル者トス。

症候及經過 本症ニ來ル症候及經過ハ、主トシテ竄入セル異物ノ種類及其大小ニ關スル者ニシテ、小ナル無害ノ異物ハ、固ヨリ毫モ障碍ヲ起スコト無ク、之レアルモ甚ダ輕微ナレドモ、稍、大ナル者ニシテ、殊ニ長ク胃内ニ停留スルトキハ、壓迫疼痛嘔吐食氣不振等ヲ來スコト有リ。又異物ハ屢、嘔吐ニ由リ、或ハ腸管ヲ經テ肛門ヨリ排出セラレ、毫モ後害ヲ貽サザルコト有リ。假令其稍、大ナル者モ、亦能ク無事ニ腸管ヲ通過シ、肛門ヨリ排出セララルコト稀ナラズ。

フォン・ヌースバウム氏ハ、殆ド信ズ可カラザル數多ノ胃内異物ノ症例ヲ報告シタリシガ、今

von Nussbaum

其一例ヲ舉グレバ、或、手品師ハ、尺餘ニシテ三破片ニ折レタル劍、二個ノ食卓小刀、一個ノ剃

刀、一個ノ鑢石貨幣鍵等ヲ嚥下シ、是等ノ者ハ、皆無事ニ肛門ヨリ排出セラレタリト云フ。又

フォン・エスマルヒ氏ノ記述ニ從ヘバ、一精神病者ハ、次ノ如キ異物ヲ嚥下シ、八月ニシテ之ヲ

von Esmerich

肛門ヨリ排出シタリト云フ。即、百五十七個ノ尖銳ナル硝子破片ニシテ長、五仙達ニ達スル

者、百二個ノ眞鍮製留針、百五十個ノ鑄、タル鐵針、三個ノ毛針、十五個ノ大小種々ナル鐵片、一

大片ノ鉛、眞鍮製ノ靴釦子及三個ノ幕鉤是ナリ。

然レドモ斯ノ如キ異物ハ、屢、胃内或ハ腸管内ニ嵌留シテ、糞便鬱積(いれうす)ヲ來シ、又其消化器管ヲ穿孔スルヤ、汎發性腹膜炎ヲ起シテ致命セシムルコト有リ。但、其穿孔スルニ先チ、胃若クハ腸壁若シ其周圍ト癒著シ、包裹性膿瘍ヲ形成スルトキハ、自然ニ破開

シ、或ハ切開ニ由リテ外方ニ排出セララル可シ。刀刃及匙ノ如キ大ナル異物トイヘドモ、數ヶ月ヲ經テ幸ニ外方ニ排出セラレタルノ例ニ乏シカラズ。

コーペンハーゲン府ノオット氏ハ、一婦人ニ就テ三年間ニ身體ノ處々ヨリ三百九十五個ノ嚥下シタル縫針ヲ抽出シ、又エロイ氏ハ、精神病ニ罹レル一少婦ノ脛股間、其他處々ノ體部ヨリ、大約千個ノ嚥下シタル縫針ヲ抽出シタルコト有リト云フ。

斷胃内異物ノ診

診斷 異物大ナルカ、或ハ其胃ノ前壁ニ繫著スルトキハ、之ヲ觸知スルコト難カラザレドモ、概スルニ、其診斷ハ常ニ容易ナラズ、殊ニ既往ノ來歴確實ナラズ、或ハ全ク不明ナル者ニ於テ然リトス。但シ金屬又ハ他ノ比重重キ異物ナルトキハ、れんごげん線ニ照シテ容易ニ之ヲ檢知スルコトヲ得可シ。こりひ、べぞあゝる及ふとべぞあゝるノ診斷モ、亦通常甚ダ難シトス。此腫瘤ハ、極テ易動性ニシテ、一定ノ體位ニ由リ全ク消失スルコト有ル者ニシテ、多クハ胃ノ腫瘍ト誤診セラレ、或ハ時トシテ遊走腎又ハ遊走脾ト誤認セララルコト有リ。

後胃内異物ノ豫

豫後 常ニ疑ハシキ者トス。蓋シ異物愈大ニシテ且愈銳キトキハ、肛門ヨリ無事ニ排出セラルルコト愈確實ナラザルモ、小ナル異物モ、亦胃壁若クハ腸管壁ノ穿孔ヲ來シ、爲ニ死亡ヲ來スコト有レバナリ。

法胃内異物ノ療

療法 異物ノ種類及其大小ニ由リ一様ナラズ。固形ノ異物ニシテ、稍大ニシテ尖銳ナル者若クハ圭角アル者ニシテ、胃(又ハ腸)ノ一定部ニ於テ觸知シ得可ク、且到底無事ニ

腸管ヲ通過シ難ク、或ハ危險症ヲ發來スルノ虞アルトキハ、胃切開術(若クハ腸切開術)ヲ施シテ異物ノ抽出ヲ謀ラザル可カラズ。又異物ヲシテ無害ニ腸管ヲ通過シ、肛門ヨリ射出セシメムニハ、平等ニ異物ヲ包被ス可キ多量ノ食物ヲ與フルヲ良トス。例之馬鈴薯、甘藷、豆滓ノ如キ者はナリ。但シ此際下劑ヲ投ズルハ斷ジテ不可ナリ。若シ又異物一定部ニ嵌留シ、爲ニ疼痛ヲ發シ、膿瘍發生ノ危險アルトキハ、阿片ヲ與ヘテ癒著性炎症ノ發生ヲ促スコト有ル可シ。但シ斯ノ如キ症ニ在リテモ、決シテ開腹術ヲ行フニ躊躇スルコト勿レ。該手術ハ、亦いれうすヲ發シ、且既ニ胃若クハ腸ノ穿孔ヲ來シ、蔓延性腹膜炎ヲ起シタル者ニ於テモ、尙施行ス可キ者ニシテ、此際手術ハ固ヨリ速ニ施サレムコトヲ要ス。又異物ニ由リテ生ジタル膿瘍ニシテ未ダ腹壁ト癒著セザル者ニ在リテハ、時宜ニ由リ二次的手術ヲ施ス可シ。即チ先ツ腹壁ヲ切開シ、次デ膿瘍ノ之ト癒著スルヲ俟チテ切開ヲ行フ。膿瘍ノ既ニ腹壁ト癒著セル者ニ在リテハ、異物ヲ抽出スルコト固ヨリ容易ナリトス。固形或ハ流動性ノ毒物、例之硝酸銀、桿硫酸、石炭酸等ノ如キ者ヲ嚥下シタルトキハ、即時十分ニ胃ノ洗滌法ヲ行ハザル可カラズ。且硝酸銀ヲ嚥下シタル者ニ在リテハ、ころゝる化銀ノ沈澱ヲ生ゼシメムガ爲、食鹽水ヲ飲用セシメ、有毒酸類ヲ嚥下シタル者ニ在リテハ、重碳酸ソーダ、煨性まぐねしあ等ニ由リテ之ヲ中和シ、あるカリ性毒物ナルトキハ、無害ノ鹽類ヲ造ラムガ爲、酸類ヲ與フ可シ。最モ便利ナルハ、稀薄ナル酢ヲ飲マシムルニ在リ。又常ニ多量ノ水ヲ飲用セシメ、以テ濃厚ナル物質ヲ稀釋

セシムルヲ肝要ナリトス。

第四 胃ノ炎症性疾患

胃ノ炎症性疾患

胃ノ炎症性疾患 Entzündliche Erkrankungen des Magens 是就テ往々外科的療法ヲ要スル者ハ唯胃潰瘍アルノミ然レドモ其詳細ナル原因症候診斷及爾他ノ療法ハ今暫ク之ヲ内科学ニ譲リ爰ニハ只外科学上肝要ナル點ヲ略説セムトス。

胃潰瘍

胃潰瘍 Das Magengeschwür, Ulcus ventriculi ハ胃粘膜ニ於ケル限局性物質缺損症ニシテ治癒的傾向ヲ有セズ却テ其周圍及深部ニ向テ進行スル者ニシテ其原因ハ未ダ明瞭ナラザレドモ恐ク胃ノ出血血塞動脈硬變血管痙攣等ニ因リテ胃粘膜ノ抵抗減少スルニ際シ酸性胃液ノ爲侵蝕セラルルニ由リテ發スル者ニシテ泰西諸國ニ於テハ多ク觀ル所ノ疾患ニ屬スルモ本邦ニ於テモ亦之ヲ見ルコト甚ダ少ナカラズ蓋本病ハ女子ニ來ルコト多ク(女子ハ男子ノ倍數ヲ占ム)殊ニ二十歳乃至四十歳ノ者ニ最も多キモ(是レ本病ノ屢萎黃病ニ併發スルニ因ル)男子ニ於テハ三十歳乃至四十五歳ノ者ニ最も多シ(十歳以下ノ小兒及七十歳以上ノ老人ニハ之ヲ見ルコト無シト云フ)但博士山極勝三郎氏ノ調査ニ據レバ本邦ニ於テハ男女殆ド同數ニシテ其比例ハ一ト一・〇八二ナリト云フ又博士湯川玄洋氏ノ統計的研究ニ據レバ本病ハ男子ニ多ク而モ壯年以上ニ來ルコト多シト云フ而シテ潰瘍發生ノ部位ハ諸家ノ統

計一致セズト雖胃ノ後壁ニ最も多シテ全數ノ四〇%ヲ占ム幽門部及幽門内ニハ二五%小彎ニハ一五%殘餘ノ二〇%ハ其他ノ胃壁ニ來ルモ潰瘍ノ穿孔ハ胃ノ前壁ニ最も多シテ其數ハ實ニ八〇%ニ上ルト云フ又潰瘍ノ數ハ多クハ只一個ナルモ間ニ二個三個或ハ尙多數ナルコト有リ又胃潰瘍ノ他ニ罕ニ十二指腸又ハ更ニ罕ニハ食道ニ潰瘍ヲ見ルコト有リ而シテ此潰瘍ニハ大小深淺新古種々アリ其形狀モ亦一致セザルモ多クハ圓形又ハ卵圓形ナリ故ニ又之ニ圓形潰瘍(Ulcus rotundum)ノ名アリ而シテ潰瘍ノ大ナルハ手掌大ニ達スル者アリ其新鮮ナル者ハ周圍ニ僅ニ浸潤ヲ呈スルノミナレドモ古キ潰瘍ノ周縁ニハ著シキ浸潤ヲ起シ該浸潤ハ屢甚ダ硬固ニシテ宛モ腫瘍ノ狀ヲ呈スルコト有リ然リ而シテ潰瘍ノ漸次胃壁ノ深層ヲ侵蝕シ其漿液膜ニ近接スルヤ多クハ之ト對向スル腹膜面ト癒著シ以テ限局性ノ腹膜炎ヲ起サシム胃周圍炎(Die Perigastritis)即チ是ナリ或ハ又其途ニ胃壁ヲ侵蝕シ了ルヤ隣接臟器内ニ穿孔ス例之其横行結腸内ニ穿孔スルヤ胃結腸瘻(Fistula gastrocolica)ヲ生ジ吐糞ヲ來スコト有リ或ハ又其前腹壁ト癒著スルヤ潰瘍ハ漸次腹壁内ニ進行シ其筋膜及筋層ニ炎症性浸潤ヲ起サシメ以テ此所ニ硬固ナル不動性ノ腫瘤ヲ生ジ新生物ト誤診セラルルコト有リ穿通性潰瘍(Das penetrirnde Geschwür)是ナリ斯ノ如キ假性腫瘤ハ屢劇痛ヲ起スコト有リ然レドモ上述ノ如ク胃ノ前壁ニ穿孔スルコト最多ナル此潰瘍ハ癒著セザル腹腔内ニ穿孔スルヲ多シトス此他茲ニ尙注意ス可キハ胃周圍炎ハ往々著シキ

胃ノ炎症性疾患(胃潰瘍)

肝底及癩痕ヲ生ジ、時ニ腫瘍ト誤診セラレルコト有ル。是ナリ。而シテ潰瘍ノ治スルヤ、其粘膜ノ最モ表層ニ局限シタル者ニ在リテハ、殆ド痕跡ヲ留ムルコト無シト雖、深在性ノ潰瘍ニシテ筋層及漿液膜ヲ侵シタル者ニ在リテハ、常ニ著シキ結締織性癩痕ヲ貽シ、其幽門内又ハ幽門附近ニ發シタル者ハ、爲ニ屢、幽門狹窄(Die Pylorusstenose)ヲ起シ、罕ニ胃ノ體部ニ癩痕收縮ヲ形成スルトキハ、所謂砂漏胃(Der Sanduhrmagen)ニ至ル(本卷一八九頁參照)ヲ來スコト有リ。而シテ此潰瘍ハ、一旦治癒スルモ、更ニ又舊癩痕部或ハ新ノ部位ニ新潰瘍ヲ發スルコト有リ。又癩痕部ニハ、癌腫ヲ繼發スルコト少ナカラズ。

然レドモ胃潰瘍ノ最大多數ハ、外科的療法ニ藉ラザルモ、内科的療法ニ由リテ亦能ク治癒スル者ニシテ、ロイベ氏ノ治療セル患者五百五十六人中、死亡セル者ハ僅々十二人、即チ二・四%ニ當リ、其中〇・八%ハ失血ニ因リ、一・二%ハ穿孔性腹膜炎ニ因リテ斃レタリト云ヒ、シュルツ氏ノ内科的療法ヲ施シタル患者二百九十一人中、死亡セル者二十八人、即チ九・六%ナリト云フ。然レドモ斯ノ如キ良好ナル臨牀的ノ成績ハ、必ズシモ剖檢的成績ト一致スル者ニ非ズシテ、實際剖檢ニ由リテ證明サレタル胃潰瘍ニ在リテハ、其死因ハ殊ニ穿孔出血惡液質、幽門狹窄繼發性癌腫(約一〇%)ナルコト少ナカラズ。其死亡數ハ、二五乃至三〇%ヲ算シ、加之五〇%以上ニ達スルコト有リ。就中最モ危險ナル者ハ、癒著セザル腹腔内ニ穿孔スル潰瘍ナリ。上述ノ如ク、此潰瘍ハ胃前壁ノ者最多ニシテ、其穿孔ハ或ハ特發シ、或ハ損傷ニ由リテ誘起セラレ、即チ潰瘍ノ既ニ深ク漿液膜

附近ヲ侵セル者ニ在リテハ、些少ナル外來ノ刺戟ニ由ルモ、能ク穿孔ヲ起サシム可シ。而シテ胃潰瘍ノ穿孔ヲ來スヤ、既ニ久シク潰瘍ノ存在ヲ確知シタル後ニ於テスルコト有ルモ、亦從來毫モ其存在ヲ豫知セズシテ俄然發スルコト有リ。蓋シ後者ノ如キハ、潰瘍ノ全ク潜伏シテ經過シ來ル者ニシテ、前症ニ在リテハ、潰瘍穿孔ノ診斷多クハ容易ナルモ、後症ニ在リテハ、甚ダ難ク、或ハ全ク之ヲ診定シ得ザルコト有リ。蓋シ胃潰瘍ノ穿孔ニ由リテ發スル主要ナル徵候ハ、局所ニ於ケル頗ル劇甚ナル疼痛ニシテ、腹部ハ陷沒且緊張シ、之ヲ觸ルルニ多クハ板ノ如ク硬固ナリ。此際患者屢、虚脱ニ陥リ、漸次又蔓延性腹膜炎ノ初徵ヲ呈シ來リ、此時ニ際シテ速ニ治術ヲ施サザルトキハ、遂ニ鬼籍ニ上ルヲ多シトス。

胃潰瘍ノ療法

療法 胃潰瘍ノ遊離ノ腹腔内ニ穿孔セル者ニ在リテハ、即時開腹術ヲ施シテ患部ヲ探リ、之ヲ切除縫合スルコトニ就テハ、今日人ノ異議ヲ唱ヘザル所ナレドモ、其診斷確實ナラザル症ニ在リテハ、之ヲ如何ニ處置ス可キヤハ、未ダ衆論ノ一致セザル所ナリ。ロイベ氏ノ如キハ、此際手術ヲ施スヲ不可トスルモ、從來諸家ノ實驗ニ徴スレバ、徒ニ袖手其經過ヲ傍觀スルヨリモ、寧ク早ク開腹術ヲ施シ、患部ヲ搜索スルヲ良トス。是レ此手術ハ、此際危險ナル者ニ非ザルノミナラズ、胃ノ穿孔部ハ多クハ其前壁ニ存スルヲ以テ(八〇%)之ヲ搜索シ且之ヲ縫合スルコト難カラザレバナリ。然レドモ胃ノ周圍ニ癒著ヲ起シ、後ニ潰瘍ノ穿孔セル者ニ在リテハ、急劇ナル危險症ヲ發來スルコト少ナキヲ

以テ、臨機手術ヲ施シテ可ナリ。又潰瘍ノ爲、俄然著シキ胃出血ヲ起スカ、或ハ其出血少量ナルモ、再三反覆之ヲ發來スルトキハ、手術的療法ヲ要スレドモ、其成績ヤ未ダ必ズシモ佳良ナラズ。此他深部ヲ侵セル肝臓ノ潰瘍ニシテ、癌腫ノ疑診アル症ニハ、宜シク切除術ヲ行フベシ。

幽門部ノ潰瘍ニ繼發スル幽門狹窄症ニ對シテハ、幽門成形術若クハ幽門切除術ヲ施スコト有ルモ、之ヨリ可ナルハ、胃腸瘻造設術ヲ行フニ在リ。此手術ハ、亦幽門部ニ發シタル新鮮ナル潰瘍及其他ノ部位ニ發シタル潰瘍ニ施シテ奏效アリ。是、前者ニ在リテハ、胃腸ノ吻合ニ由リ管ニ胃内ニ其内容ノ停滞ヲ來サザルノミナラズ、亦之ガ爲潰瘍ノ刺戟ヲ除却スルコト得、後者ニ在リテモ、亦胃内容ノ速ニ腸管内ニ輸送セラルルヲ以テ、屢之ニ由リテ潰瘍ヲ全治セシムルコトヲ得可ケレバナリ。

頑固ナル胃潰瘍ニシテ胃腸瘻造設術ヲ施スモ其效無ク、且之ヲ切除スルコト能ハザル場合ニ在リテハ、空腸瘻造設術ヲ施シテ之ヨリ栄養物ヲ給シ、胃内ニハ全然栄養物ヲ送ラザル法ヲ採ル可シ。フォン・アイゼルスベルグ氏ハ、幽門部ノ頑固ナル潰瘍ニシテ胃腸瘻造設術ノ無効ナル者ニ、幽門部ト胃腸瘻口トノ間ニ於テ胃ヲ横斷シ、其兩斷端ハ共ニ翻入シテ縫合閉鎖シ、以テ幽門部ヲ曠置セリ。幽門曠置術 (Die Pylorusanastomose) 是ナリ。

胃ノ結核病ハ、絶ダ罕ナレドモ、胃ニ於テモ亦恰モ腸ニ於ケルガ如ク、間、淋巴濾胞ヨリ結核

性結節ヲ發生シ、其破潰スルヤ、亦之ニ潰瘍ヲ生ズルコト有リ。蓋斯ノ如キ潰瘍ハ、時ニ亦幽門部ニ生ジ、爲ニ結核性幽門狹窄ヲ來スコト有リ。本症ニ對シテハ、只空腸瘻造設術若クハ胃腸瘻造設術ヲ行フ可キノミ。此他胃ニハ、亦放線菌病及黴毒ヲ見ルコト有レドモ、共ニ極テ稀ナリトス。

第五 胃ノ腫瘍

胃ノ腫瘍
胃癌腫

胃ノ腫瘍 Geschwülste des Magens 中最多ナルハ癌腫ニシテ、爾他ノ腫瘍ハ、概シテ絶ダ罕ナリトス。

胃癌腫 Das Magenkarzinom, Carcinoma ventriculi 發生ノ原因ハ、他部癌腫發生ノ原因ニ於ケルガ如ク、今日吾人ノ知悉スル所尙甚ダ少ナシト雖、胃ノ潰瘍ハ必然之ト原因的ノ關係ヲ有スルコトハ、疑ヲ容レザル所ニシテ、ハイベルフェルド氏ニ據レバ、其一六%ハ潰瘍ヨリ發生セリト云フ。又本症發生ニ遺傳ノ關係アルコトハ、人ノ多ク知ル所ニシテ、男子ハ女子ヨリ之ニ罹ルコト較、多ク、年齢ハ四十歳乃至六十歳ノ間ヲ最モ多シトスルモ、ペンツォルド氏ニ從ヘバ、其一〇%ハ三十年代ニ來リ、二%ハ二十年代ニ來レリト云フ。

胃癌腫ノ好發部位ハ、幽門、幽門附近及小彎ニシテ、之ヲ泰西ニ於ケル解屍上ノ統計ニ徵スルニ、其幽門及幽門附近ニ來レル者六〇%、小彎ニ來レル者二〇%、噴門ニ來レル

者一〇%ヲ占メ、爾餘ノ部位ニ發生シタル者一〇%ナリト云フモ、山極博士ノ統計ニ據レバ、幽門部ニ來レル者五九%、小彎ニ來レル者一四%、噴門部ニ來レル者七・五%、大彎部ニ來レル者〇・九%、所屬不明ナリシ者一八・七%ナリト云フ。然レドモ臨牀上ノ所見ニ據レバ、幽門部ノ原發性癌腫ハ、斯ノ如ク多數ヲ占ムル者ニ非ズ、寧ろ小彎ニ原發スル者ヲ最多ナリトス(恐ク四〇%)。是蓋、剖見上幽門癌腫ト認メラルル所ノ者ハ、實際小彎ニ原發セル癌腫ノ繼發的ニ幽門ヲ侵セルニ因ル者ナラムト云フ(ボアス・イスラエル・フォン・ニクルツ氏等)。

組織學上ノ構造ニ從ヒ、通常胃癌腫ヲ(一)圓柱細胞癌腫(腺癌腫)(二)髓樣癌腫(三)硬性癌腫及(四)膠樣癌腫ノ四種ニ區別ス。而シテ總テ胃ノ癌腫ハ、破壊シテ潰瘍ヲ形成スルノ傾向アル者ニシテ、就中髓樣癌腫ハ屢、廣大ナル潰瘍ヲ形成シ、且轉移シ易シ、但此潰瘍ハ、亦腫瘍ノ最上部胃液ノ爲ニ消化セラルルニ由リテ發スルコト多キ者ニシテ、之ヲ發スルトキハ、屢、出血ヲ來シ、又穿孔ヲ來スコト有リ。然レドモ穿孔ヲ來スモ、胃壁ハ此際多ク既ニ隣接器官ト癒著スルヲ以テ、直ニ腹腔内ニ連通シ、爲ニ穿孔性腹膜炎ヲ起スガ如キハ、絶ダ罕ナリトス。而シテ上記諸種ノ癌腫中、硬性癌腫ハ其發育最モ緩慢ナレドモ、圓柱細胞癌腫及髓樣癌腫ハ發育最モ迅速ナリ。又膠樣癌腫ニ好テ腹膜ハ蔓延スルノ傾向アレドモ、轉移ヲ來スコトハ稀ナリトス。

胃癌腫ノ症候

症候 本病ノ症候ヲ分テ、全身症狀及局所症狀ノ二ト爲ス。但シ其詳細ハ、暫ク内科學ニ

譲リ、茲ニハ只其梗概ヲ述ブルニ止メムトス。胃癌ノ全身症狀ハ、所謂癌腫惡液質ニシテ、殊ニ本症ニ在リテハ、胃ノ機能ヲ侵害スルコト多キヲ以テ、全身ノ榮養ヲ障礙スルコト亦著大ナリトス。即チ患者ノ皮膚及粘膜蒼白色ヲ呈シ、食思缺乏シ、口渴ヲ來スコト少ナカラズ。大便ハ多ク秘結スルモ、後期ニ至レバ屢、下痢ヲ來シ、尿量減少シ、比重大ニシテ、いんぢかんニ富ム。斯テ衰弱愈、加ハルニ從ヒ、皮膚枯燥、筋肉瘦削シ、後ニ至レバ又惡液性浮腫ヲ起ス。局所症狀中最モ肝要ナルハ、局所ニ於ケル腫瘍ノ發見ニシテ、其所在ハ多クハ正中線ヨリ稍、右側ニ偏シ、肝臟ノ下縁ニ接シ、或ハ之ヨリ小彎ニ沿テ左側ニ蔓延ス。腹壁菲薄ニシテ脂肪ニ乏シキ者ニ在リテハ、其表面多クハ凹凸不平ニシ

テ、其質硬固ナル此腫瘍ヲ觸知スルコト難カラズト雖、健體ニ在リテハ、幽門及小彎ハ肝臟ヨリ蔽ハレ、直ニ腹壁ニ接著セザルヲ以テ、此部位ニ發生シタル癌腫ハ、一定ノ大ニ達シ、自己ノ重力ニ由リテ胃ノ全部ヲ下方ニ牽引スルニ非ザルヨリハ、決シテ觸知シ易カラザル者トス。而シテ此腫瘍ハ、壓迫スルニ著シキ疼痛ヲ發シ、肝臟及脾臟ノ腫瘍ニ反シテ、呼吸的移

第七十六圖 (胃酸乳) 菌桿氏ルレブ・オ・スアボ (氏ルゲイリ)



胃ノ腫瘍(癌腫)

動ヲ呈スルコト無キヲ以テ特徴ト爲ス。又本症ニ肝要ナル徵候ハ胃液中ニ遊離ノ鹽酸ヲ缺如シ、多量ノ乳酸醱酵ヲ醸スニ在リ。此際胃内容中ニ屢、乳酸菌ヲ發見ス。是一種ノ長キ絲狀ノ桿狀菌(故ニ又「長桿菌」ノ名アリ)ニシテ、所謂ボアス・オッペレル氏桿菌(Bass-Oppeler)ノ長キ絲狀ノ桿狀菌(故ニ又「長桿菌」ノ名アリ)ニシテ、所謂ボアス・オッペレル氏桿菌(Boas-Oppeler)七十六圖是ナリ。爾他屢發スル所ノ症候ハ胃部壓重及膨滿ノ感、胃痛、嘔氣、便秘、嘔吐等ニシテ、吐物ハ甚ダシキ臭氣ヲ放チ、其中ニハ血液ヲ混ズルコト有ルモ、其色ハ多クハこ

第七十七圖
逆亢動蠕的作發ノ胃ルケ於ニ窄狹門幽性腫痛
(氏ニールケ・ツ)



ひー狀墨汁狀若クハ煙煤狀ヲ呈シ、胃潰瘍ニ於ケルガ如キ黯赤色ノ凝血ヲ吐出スルハ稀ナリ。又本病患者ニシテ幽門ノ狹窄セル者ニハ屢發作的ニ胃ノ蠕動亢進ヲ來シ、其運動ハ屢、明ニ腹壁

胃癌腫ノ診斷

外ヨリ認メ得ラルルコト有リ(第七十七圖)。

診斷

胃癌腫ノ診斷ニ於テハ、治療上所謂早期診斷ヲ行フヲ最モ必要ト爲スモ、是、通常甚ダ難シトスル所ナリ。是故ニ今胃ノ症狀ヲ訴フル患者アリテ、種々ナル内科的療法(食餌的療法、藥劑的療法、其他胃ノ官能検査上施ス合理的處置)ヲ施スニ拘ラズ、病症輕快スルコト無ク、反テ漸次増悪シ、數週ニシテ急速ニ羸瘦シ、貧血シ、惡液質ニ陥ルトキハ、先、癌腫ノ疑ヲ起サザル可カラズ。此際類症鑑別上必要ナル徵候ハ、上述ノ如ク、遊離鹽酸ノ缺如、多量ノ乳酸醱酵(屢、所謂「長桿菌」ヲ發見ス)、胃内容ノ停滯、蠕動亢進(此兩症候ハ殊ニ幽門癌腫ニ於テ然リ)、使中ニ於ケル潛在性血液排泄等ナリ。此他胃癌腫ノ早期診斷ニ於テ肝要ナル者ハ、所謂サロモン氏法(Salomon)ニシテ、其法タル、蓋シ癌腫性潰瘍面ヨリハ蛋白質ヲ含有スル血清ヲ排泄スルヲ以テ、試驗前豫、蛋白質ニ乏シキ食餌ヲ攝取セシメ、其晚胃洗滌ヲ行ヒ置キ、翌日早夕四千立方仙迷ノ生理的食鹽水ヲ以テ再ビ胃ヲ洗滌シ、其洗滌液ニ就テ、エスバツハ氏蛋白質計ヲ用ヒテ蛋白質ヲ定量スルニ在リ。此際多量ノ蛋白質ヲ發見スルトキハ、大ニ癌腫ニ疑ヲ容レシム。然レドモ是等ノ法ニ據ルモ、尙疑ハシキ場合ニ於テハ、寧、早期ニ試驗的開腹術ヲ施スヲ以テ最良ノ法ト爲ス可シ。爾他尙胃癌ノ診斷上ニ應用セラルル者ハ、れんごげん検査法ナリ。即チ此法ヲ行フニハ、所謂對比品トシテリーデル氏苔鉛食(Die Rieder'sche Wismutnahrung)リーデル氏ハ之ニ始、次硝酸苔鉛ヲ用ヒタレドモ、今ハ炭酸苔鉛ヲ用ユ。即チ之ヲ製スルニハ、先、五十瓦ノ

胃癌腫ノ療法

炭酸蒼鉛ニ少量ノ水ト覆盆子舍利別トヲ加ヘテ良ク攪拌シ、更ニ之ニ穀粉粥三百五十瓦ヲ加ヘテ良ク混和シ、以テ一回ノ検査用食量ト爲ス。ヲ攝ラシメタル後、照檢ス可シ。胃癌ノ如キ胃ノ内部ニ生ジタル腫瘍ハ、之ニ對比品ヲ充實セシメテ検査スルニ、影像中ニ缺損部ノ存在スルヲ認ム。但此際誤診ヲ避ケムガ爲メ、検査ヲ反覆ス可シ。而シテ此検査ヲ施スニハ、最初空虚ナル胃ヲ照檢シ、次デ一塊ノ蒼鉛食ヲ嚥下セシメ、最後ニ食後ニ検査ス。但此法ニ由リテ腫瘍ノ早期診斷ヲ施シ得ルハ罕ナリトス。而シテ若シ胃内ニ腫瘍ヲ存スルトキハ、蒼鉛ヲ以テ充滿セラレタル胃内ニ於テ陰影ノ一部缺如スルヲ認ム可ク、又胃ノ一定部ニ伸展性ノ不全ナル所アルヲ見ル可シ。即胃癌ニ在リテハ、照檢上胃ノ一定部ハ、之ヲ見ルコトヲ得ザル者トス(第七十三乃至第七十五圖參照)。

療法 本症ニ對スル特效的内服藥ハ、未ダ之有ラズ。故ニ内服的療法ハ、全ク對症的ニシテ、之ニ由リテ固ヨリ治療ヲ期ス可カラズ。之ヲ全治セシムルハ、唯外科的手術ニ由リ、患部ヲ切除スルニ在ルノミ(胃切除術)。然レドモ是只本病ノ初期ニ當リ、其未ダ廣ク蔓延セズ、轉移症ヲ起サズ、且其未ダ隣接器官ト癒著セザル時ニ於テノミ奏效アル者ニシテ、其既ニ廣ク周圍ノ器官ヲ侵害セル者ニ在リテハ、手術ヲ施スニ由ナシトス。但幽門癌腫ニシテ幽門切除術ヲ施スコト能ハザルトキハ、胃腸瘻造設術ヲ施シ、噴門癌腫ニシテ飲食物ノ通過ヲ妨グルトキハ、胃瘻造設術ヲ行ヒ、若シ又胃ノ既ニ著シク侵サレタル者ニシテ胃ヲ曠置セムトスルトキハ、空腸瘻造設術若クハ十二指腸瘻造設術

ヲ行フコト有ル可シ。但是等ノ諸手術式ハ、下文胃及腸手術ノ條下ニ詳述ス可シ。

爾他胃ノ腫瘍ニシテ上皮性腫瘍ニ屬スル者ヲ腺腫ト爲ス。是殊ニ幽門部ニ發スル者ニシテ、時トシテ其狭窄ヲ來シ、又癌腫ニ變性スルコト有リ。

胃ノ肉腫ハ、絶ダ稀有ノ症ニシテ、*Ziesche* 及 *Davidsohn* 氏ニ據レバ、原發性胃肉腫ハ、諸他胃腫瘍ノ一%ニ過ギズト云フモ、*Fenwick* 氏ニ從ヘバ、五乃至八%ヲ占ムト云フ。而シテ本腫瘍ハ、胃ノ何ノ部位ニモ發生スレドモ、就中其後壁及大彎部ニ發生スルコト最も多キ者ニシテ、多クハ粘膜炎下組織若クハ又筋層中ヨリ生ジ、漿液膜下組織ヨリ發生スルハ罕ナリトス。而シテ此腫瘍ハ、四十五歳乃至六十歳ノ間ニ發生スルコト最も多ク、臨牀上亦癌腫ト同一ナル症狀ヲ呈スルコト有ルヲ以テ、顯微鏡的検査ヲ施スニ非ザレバ、之ヲ鑑別スルコト能ハザルコト有リ。

此他纖維腫、纖維脂肪腫、脂肪腫、筋腫、淋巴腺腫ノ如キ結締織性腫瘍ハ、絶ダ罕ニ嗜ル所ニシテ、之アルモ通常臨牀的ノ症狀ヲ呈セズシテ經過スルヲ多シトス。但是等良性ノ腫瘍中、從來最モ人ノ注目ヲ惹キタル者ハ、筋腫若クハ纖維筋腫ニシテ、胃壁ノ内方若クハ外方ヨリ發生シ、其外方ヨリ發生スル者ハ、間、巨大(人頭大)ナル腫瘍ヲ呈スルコト有リ。

第六 爾他胃ノ疾患

爾他胃ノ疾患 Sonstige Erkrankungen des Magens ニシテ往々外科的手術ヲ

爾他胃ノ疾患

胃擴張症

要スル者ハ、胃擴張症、胃下垂症及胃痙攣症ナリ。

(一)胃擴張症 Die Erweiterung des Magens, Dilatatio ventriculi ハ、幽門狹窄、腫瘍(癌腫)癒著遊走腎膽石症胃下垂症慢性胃炎機能神經症腹内臓器疾患ニ於ケル反射的作用等諸種ノ原因ニ由リテ發スル者ナルヲ以テ、其手術ニ際シテハ、亦是等ノ原因ニ注目シ、同時ニ其原因ヲ除クコトヲ努メザル可カラズ。

胃擴張症ニ對スル外科的療法ハ、通常主トシテ胃腸瘻造設術ニシテ、特發性ノ胃擴張症ニ在リテハ、胃皺襞作成術(Die Gastroplasty)ヲ施スコト有ル可シ(ビルヘル・ブランド・トリコミ等諸氏)其法タル、胃ノ前後兩壁ニ皺襞ヲ作成シ、其腹膜及筋質層ヲ通ジテ縫合ヲ施シ、以テ之ヲ狹縮セシムルニ在リ。此際幽門ヨリ噴門ニ向ヒ、胃ノ縱徑ニ沿テ皺襞ヲ作り、其中央部ニ於テハ、兩端ニ於ケルヨリ深大ナル皺襞ヲ作ルヲ良トス。

此他往々腹部殊ニ膽道ノ手術後、十二指腸ノ屈折及其他ノ障礙ニ際シテ幽門狹窄時、又ハ迷走神經及交感神經ノ急性麻痺等ニ際シテ、急劇ニ胃ノ擴張ヲ來スコト有リ。所謂急性胃擴張症(Die akute Magenilatation)是ナリ。此際俄然全身症狀ノ増悪脈搏亢進、惡心及嘔氣ヲ催スト共ニ、上腹部著シク膨滿ス。本症ニ對シテハ、胃ノ内容ヲ排除セムガ爲、胃洗滌法ヲ行フヲ最良トスルモ、時宜ニ由リ亦開腹術ヲ施シテ其原因ヲ探リ、適當ナル處置ヲ取ラザル可カラズ。カイゼル及ブロードグールド氏ニ從ヘバ、急性胃擴張症ノ死亡數ハ七一%、ラッフェル氏ニ據レバ、六三・五%ヲ算スト云フ。

茲ニ尙注意ス可キハ、所謂癒著性胃周圍炎(Pyrogastria adhaerens)ニ在リテハ、殊ニ胃ノ充滿スルニ際シ、其牽引及屈折セララルルニ由リ、間、劇甚ナル疼痛及狹窄症狀ヲ來スコト有ル是ナリ。蓋本症ハ、胃潰瘍ニ基因スルコト最多ナルモ、亦不明ナル原因ニ由リ、胃壁ノ慢性炎症性結締織性肥厚ニ因ルコト有リ。又罕ニハ胃ノ軸旋(Die Achsenrotation des Magens)ノ爲、前記ノ症狀ヲ來スコト有リ。是亦殊ニ胃ノ擴張シ、或ハ充滿セル際等ニ見ル所ナリ。本症ニ對シテモ、亦速ニ開腹術ヲ施シテ其障礙ヲ除却スルヲ肝要ナリトス。即、胃ノ周圍ニ癒著アル者ハ、之ヲ剝離シ(胃剝離術 Die Gastrosy)其轉位セル者ハ、之ヲ其尋常ノ位置ニ整復スルガ如シ。

胃下垂症

(二)胃下垂症 Die Senkung des Magens, Gastroptosis ハ、多クハ腹膜及爾他韧带様固定裝置ノ一般延長ノ結果トシテ、他ノ腹内臓器ノ轉位及異常ノ移動(内臓下垂症 Splanchnostosis)ニ伴フ者ニシテ、爲、ニ往々重症ナル榮養障礙ヲ來スコト有リ。其尙輕症ノ者ニ在リテハ、腹帶ノ使用食餌療法等ヲ施ス可キモ、重症ノ者ニ在リテハ、胃壁ヲ腹壁腹膜ニ縫著スルカ胃固定術(Die Gastropexie)或ハ又胃腸瘻造設術ヲ行フ可シ。

胃痙攣症

(三)胃痙攣症 Der Magenkrampf, Gastrospasmus ニシテ、往々外科的療法ヲ要スル者ハ、幽門痙攣(Der Pylorusasmus)及噴門痙攣(Der Cardiasasmus)ナリ。前者ハ、幽門附近ニ於ケル潰瘍ニ因リ、又ハ單純ナル消化不良ニ因ル者ニシテ、多クヒすてりー性婦人ニ來リ、其經過久シキニ瀕ルヤ、漸次胃ノ擴張ヲ來シ、食物胃内ニ停滯シ、且疼痛及嘔吐ヲ來シ、患者速ニ衰弱ニ陥リ、且胃ノ收縮ノ爲、所謂痙攣腫瘤(Krampfknollen)ヲ發スル者

爾他胃ノ疾患(擴張症・下垂症・痙攣症)

ハ、胃ノ癌腫ト誤認セラルルコト有リ。蓋シ斯ノ如キ症ニ在リテハ、内科的療法奏效無キヲ以テ、早ク手術(胃腸瘻造設術)ヲ施スヲ良トス。噴門瘻(フォン・ミクリツ氏)ハ、漸次食道ノ擴張ヲ繼發シ、患者ヲシテ饑餓ニ陥ラシムル者ナリ。本症ニ對シテハ、宜シク胃瘻造設術ヲ施スベシ。

第七 胃ノ手術

胃ノ洗滌法

爰ニ胃ノ手術ヲ述ブルニ先、尙胃ノ洗滌法(Die Magenschwemmung)ヲ略述ス可シ。該法ハ、殊ニ慢性胃かたゝる胃擴張・中毒性胃炎、いれうす等ニ施サル所ナルモ、亦胃ノ觀血的手術ヲ行フニ當リ、豫其内容ヲ可及的の全ク排除セムガ爲、ニ之ヲ行フコト有リ。而シテ之ニ用ヒラルル洗滌液ハ、微温湯又ハ〇・七%食鹽温溶液ニシテ、同時ニ胃内ヲ消毒セムトスルニハ、二乃至三%硼酸水或ハ〇・三%さりちゝる酸水ヲ用ヒ、又中毒症ニ在リテハ、其毒物ヲ中和セムガ爲、之ニ適應スル藥液ヲ使用ス。

通常胃ノ洗滌ニ供用セラルル所ノ咽頭消息子ハ、少ナクモ直徑〇・六仙達大ノ軟性護謄管

圖八十七第 置裝用洗滌胃



ニシテ、其一端ニ大約一迷突長ノ護謄管ヲ附シ、之ヲ大ナル硝子製漏斗ニ連著セシム(第七十八圖)。而シテ洗滌

圖九十七第 法洗滌ノ胃



ヲ行フニハ、先、咽頭消息子ヲ胃内ニ送入シ、其上端ニ漏斗ヲ附シタル護謄管ヲ固著シテ徐ニ漏斗ニ洗滌液ヲ充滿シテ之ヲ高舉スルトキハ、液ハ胃内ニ入り、次デ漏斗内ノ液全ク盡キザル前、之ヲ下降スルトキハ、液體再ビ胃ヨリ流出シ來リ、以テ共ニ其内容ヲ排出セシム。斯ノ如クスルコト數回反覆スルトキハ、能ク胃内ヲ洗滌スルコトヲ得可シ(第七十九圖)。

此他胃ノ内容ヲ排出スルニ、所謂胃唧筒ヲ用ユルノ法アレドモ、甚ダ適當ナラズ。又胃洗滌ヲ施スニ際シテハ、一時ニ多量ノ液體ヲ灌入ス可カラズ、且決シテ強大ナル壓力ヲ加フ可カラズ。否ラザレバ容易ニ胃ノ粘膜炎ヲ損傷シ、加之、其裂傷ヲ來スノ悞アリ。

胃切開術及胃縫合術
手術ノ適應症

(一)胃切開術及胃縫合術 Die Gastrotomie und die Gastrorrhaphie. 胃ノ切開術ハ、胃内ノ異物ヲ摘出セムガ爲、ニ行ハルルヲ最多ナリトス。是、殊ニ胃内ニ尖銳圭角アル物體竄入シ、腸管ヲ經テ肛門ヨリ排出サレ難キノ處アルカ、或ハ之ガ爲、危險ナル症狀ヲ發來スル際ニ施サル所ニシテ、又異物ノ爲、ニ劇痛ヲ發シ、或ハ胃ニ膿瘍ヲ生ジテ穿孔ノ危險アル際ニ行ハル。而シテ胃内ニ於テハ、從來種々ナル異物ヲ實驗セ

胃ノ手術(切開術及縫合術)

手術式

ラレ、又間、意想外ノ異物ヲ發見セラレタルコト有リ(本卷一九四頁參照)。之ニ次デ本手術ヲ適示スル症ヲ著シキ胃出血ト爲ス。例之胃潰瘍ニ於ケルガ如キ是ナリ。即チ本症ニ於テハ、胃ヲ切開シテ凝血ヲ除去シタル後、血管ヲ結紮シ、或ハ烙白金ヲ用ヒ、或ハ又潰瘍ヲ切除シテ止血スルコト有ル可シ。

手術式。胃ヲ切開シ、次デ胃創ヲ縫合スルニハ、左ノ法ヲ以テス。即チ先ニ能ククンバ、患者ヲシテ溫浴ヲ取ラシメ、胃ヲ洗滌シ、灌腸ニ由リテ腸ノ内容ヲ疏通スル等ノ準備ヲ爲シ、手術ノ直前ニ當リ、阿片ヲ内服セシメ、或ハ之ヲ灌腸シ、而シテ後最モ無腐法ヲ嚴密ニシテ手術ニ著手ス。之ニ四節アリ。即チ(一)腹腔ノ切開(二)胃ノ搜索及切開(三)胃創ノ縫合及(四)腹創ノ縫合是ナリ。

腹腔ノ切開ハ、開腹術ノ通則ニ從フ可キモ(本卷八九頁參照)、皮膚切開ハ、各症ニ由リ(例之觸知ス可キ異物ノ位置、幽門狹窄等)撰定セザル可カラズ。即チ或ハ劍狀突起ノ下方白線ニ於テシ、或ハ劍狀突起ノ直下ヨリ斜ニ左側肋骨弓下ニ竝行シ、或ハ幽門狹窄ニ在リテハ、右側直腹筋ノ外縁ニ於テシ、或ハ幽門切除術ニ於ケルガ如ク、斜切開ヲ施ス可シ。腹壁ヲ切開シ終レバ、大網膜ヲ少シク下方ニ牽引スルトキハ、最モ能ク胃ニ到達シ得ルナリ。此際胃壁ト横行結腸トヲ誤認セザルニ注意ス可シ。但チ胃網膜動脈ノ特異ナル經過ニ由リ、胃ノ下縁ヲ識別スルコト容易ナリ(第六十七頁參照)。斯テ胃ノ前壁ヲ腹創内ニ牽出シタルトキハ、爾餘ノ腹腔ハ生理的食鹽水ニ浸シタル溫濕布ヲ以テ閉鎖シ、次デ胃

胃成形術

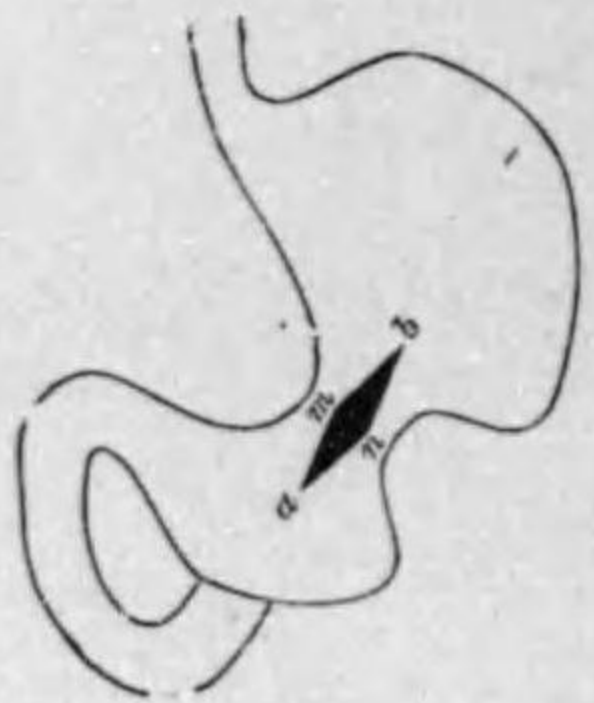
ヲ切開シ、其所見ニ從ヒ適宜ノ處置ヲ施ス可シ。即チ異物ヲ摘出スルカ、癩痕狹窄ヲ除去スルカ、危險ナル胃出血ヲ制止スルカ、或ハ又潰瘍ヲ切除スルトキハ、胃創ハ可及的腹腔外ニ於テ細キ絹絲ヲ以テ縫合シ、嚴ニ胃ヲ消毒シタル後、之ヲ腹腔内ニ還納シ、法ノ如ク腹創ヲ縫著ス可シ。胃縫合術ハ、腸ニ於ケルト同一ノ法ヲ以テス。即チラムベール氏ニ從ヒ、唯漿液膜及筋層ヲノミ捕捉シ、以テ可及的廣ク漿液膜面ヲ觸接セシム。其法ハ、次章腸縫合術ノ條下ニ詳ナリ。

(II) 胃成形術 Die Gastroplastik

胃内ノ狹窄症ニ施サル手術ニシテ、殊ニ砂漏胃ニ施サルル最モ多シトス。而シテ其幽門ノ良性狹窄ニ施サルル者、別ニ之ヲ幽門成形術(Die Pyloplastik)ト名ク。

胃成形術ヲ施スニハ、第八十圖ニ示スガ如ク、胃ノ狹窄部ニ沿ヒ縦ニ之ヲ切開シ、次デ此切開創ヲ横ニ縫合ス可シ。

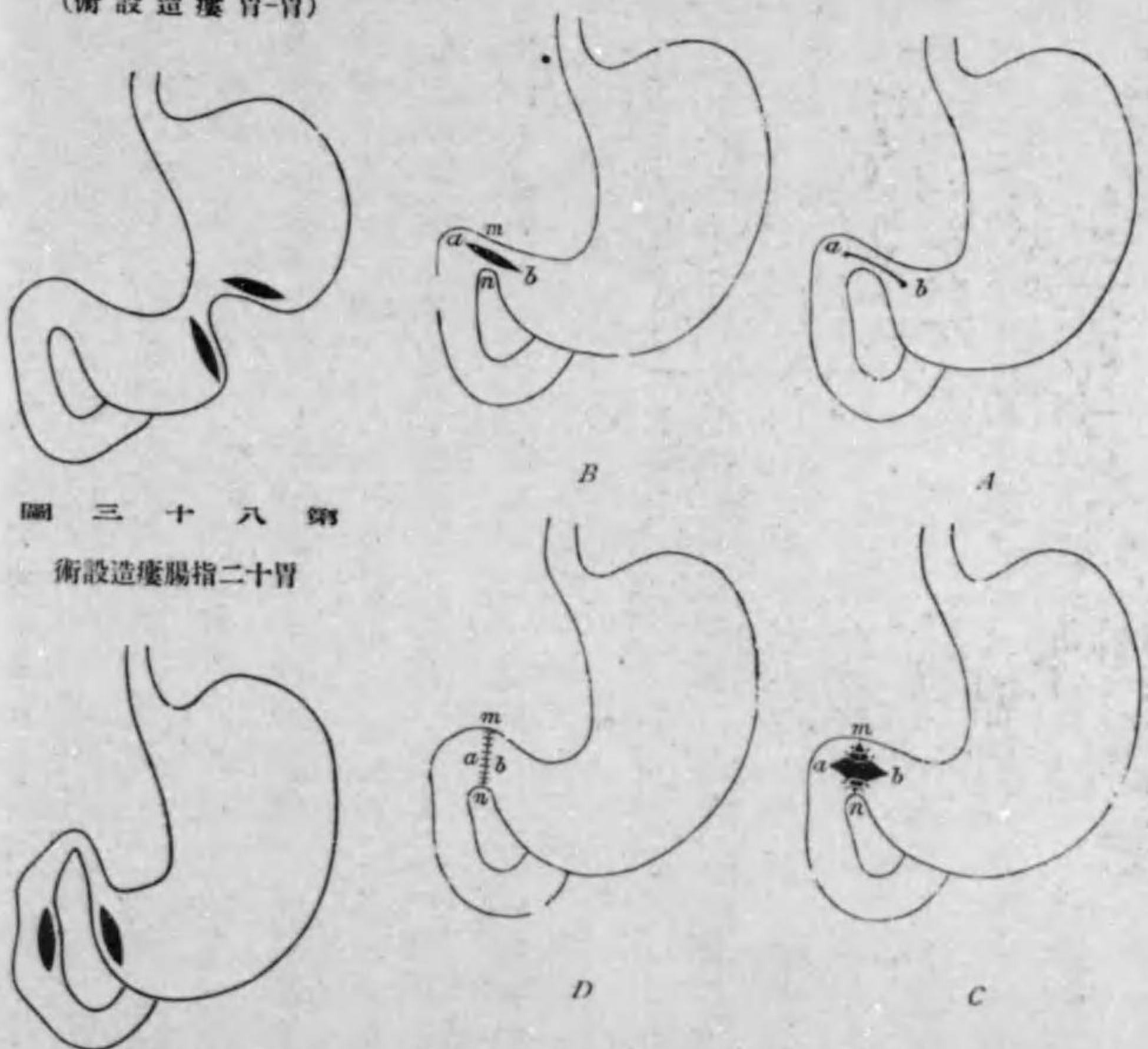
第八十圖 砂漏胃ニ施ス胃成形術



幽門成形術ハ、フォン・ハイチケ及フォン・ミクリツノ兩氏ガ相關知セズシテ施サレタル法ニシテ、幽門ノ良性狹窄ニ此手術ヲ施スニハ、亦前法ニ於ケルガ如ク、狹窄部ニ互リテ縦切開ヲ施シ、次デ創口ヲ開大シタル後、創口ヲ横ニ縫合ス(第八十一圖A B C D)。但チ幽門ノ縦切開ハ、六仙迷以上ヲ超ユルコト能ハザルヲ以テ、稍高度ノ狹窄ニ在リテハ、此

第一一八號 胃吻合術形成門幽ツ、リクミ、ケ、チイハ

第二十八號 胃吻合術 (術設造瘻胃-胃)



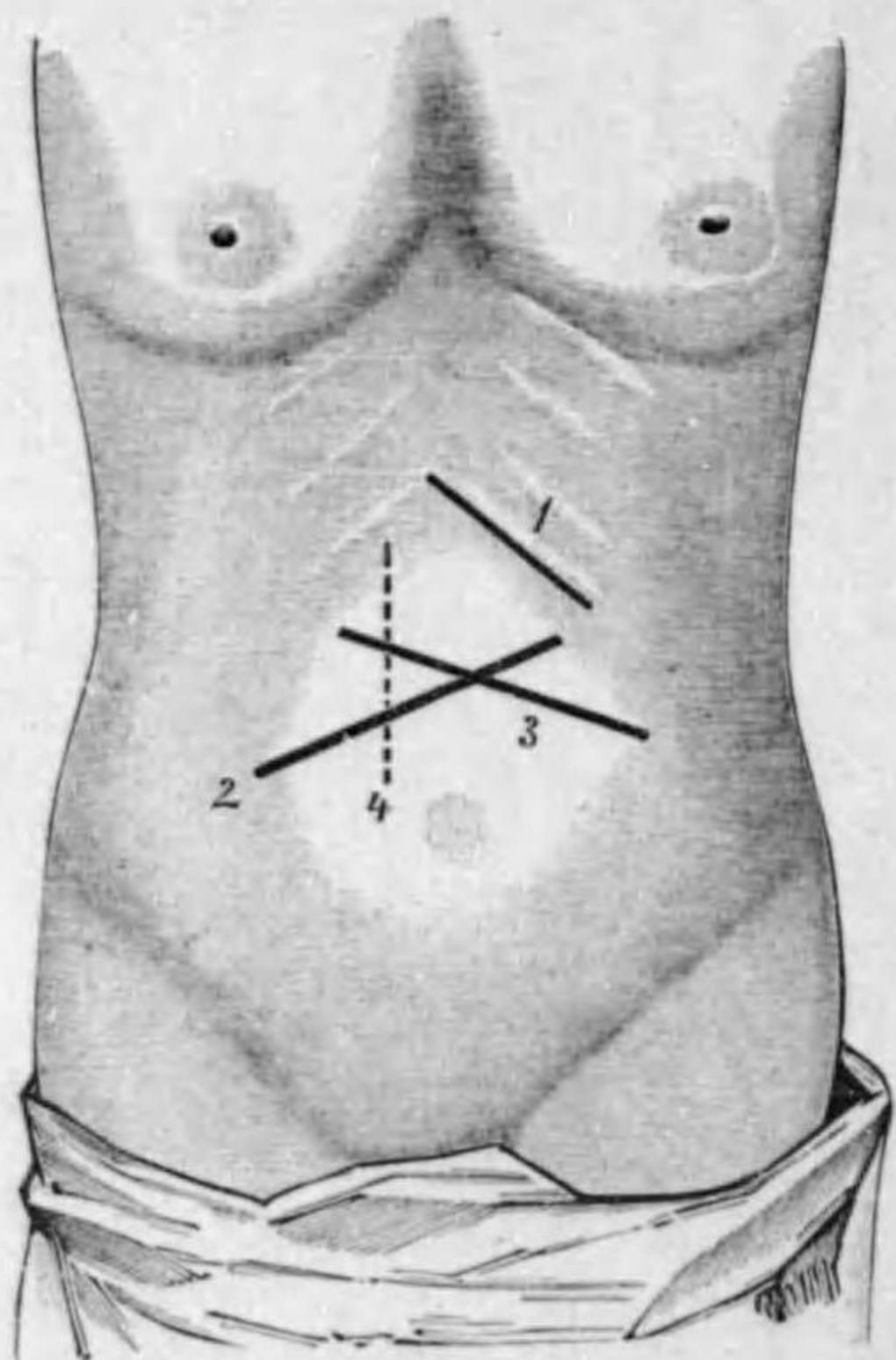
手術ヲ施シテ良成績ヲ得ルハ難シトス。
(三)胃吻合術 Die Gastroanastomose (第八二圖ハ、砂漏胃ニ於テ胃ノ成形術ニ代リテ行ハルル法ニシテ、狭窄部ノ兩側ニ在ル胃壁ニ廣キ切開孔ヲ設ケ、互ニ之ヲ縫著スル者ナリ。故ニ又胃瘻造設術 (Die Gastrostomie) ノ名アリ。之ニ似タル手術ハ、亦幽門ノ良性狭窄ニ於テ、胃ト十二指腸トノ間ニ施ス

第三十八號 術設造瘻腸指二十胃

コトヲ得可シ。是、後文述ブル所ノ胃腸瘻造設術ノ一種ニシテ、之ヲ胃十二脂肪瘻造設術 (Die Gastroadenostomie) (第八十三圖) ト名ク。

(四)胃瘻造設術 Die Anlegung einer Magenfistel, die Gastrostomie ハ、殊ニ食道ノ下部ニ不通性ノ狭窄アル際、例之不治ノ食道狭窄若クハ閉塞食道ノ大憩室異物等、瘻口ヨリ患者ヲ養ハムガ爲、ニ施ス所ナリ。又食道ノ下部及噴門部ノ狭窄ニ於テ、先ッ此手術ヲ施シタル後、此瘻口ヨリ狭窄部ニぶーじーヲ送入シテ之ヲ擴張シ、良成績ヲ獲タルコト有リ。

第四十八號 式開切膚皮ノ術手胃



胃ノ手術(胃吻合術・胃瘻造設術)

(一)胃瘻造設術ノ切開式 (二)及(三)ピルロート氏ノ幽門切除ノ斜切開式 (四)右直腹筋ノ外縁ニ於テスル幽門切除術ノ切開式

一、拇指横徑ヲ距テ之ト竝行シ、大約六仙迷長ノ斜切開ヲ施スヲ良トス (第八十四圖)。腹腔ヲ開キ、胃切開術ニ於ケルガ如ク胃ヲ搜索シタル後、指ヲ以テ其前壁ヲ撮ミ、之ヲ外

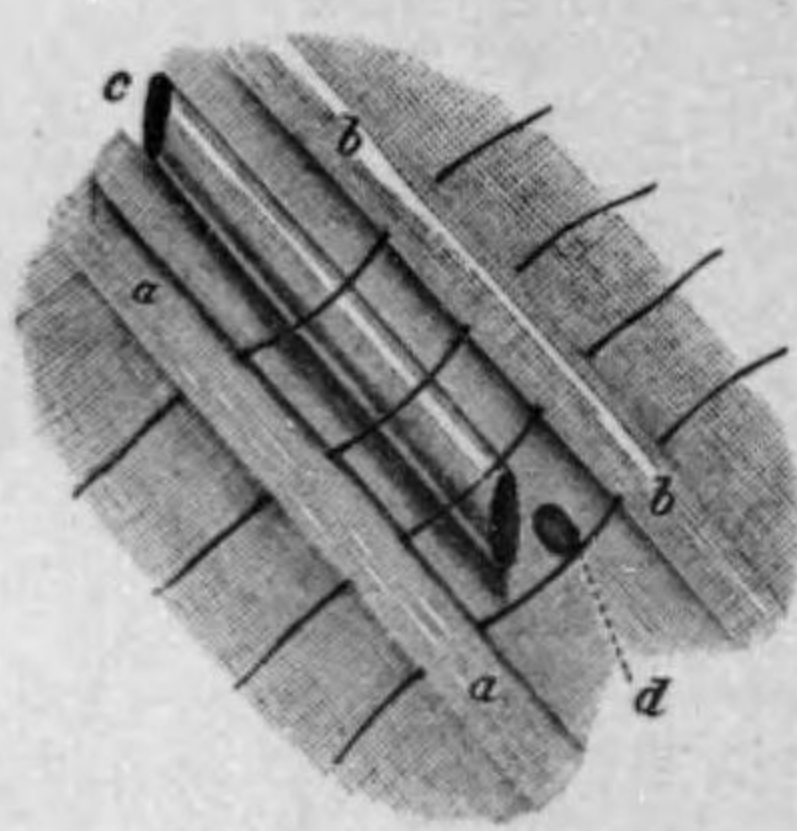
部ノ腹創内ニ牽出し、細キ絹絲ヲ通ジテ之ヲ環狀ニ縫著固定ス。但シ縫合針ハ、胃ノ漿液膜及筋層ヲノミ穿通シ、粘膜炎ニ出ス可カラズ。又外部ノ腹創ハ、連次性腸線縫合ニ由リ、豫メ腹膜ト皮膚線トヲ縫著シテ之ヲ被覆ス。危急ノ症ニ於テハ、胃ヲ腹壁ニ縫著シタル後、直ニ胃壁ヲ切開ス可キモ、能フ可クンバ、二次的ニ施術スルヲ良トス。即チ初日ニハ、只腹壁ヲ切開シテ胃壁ヲ腹創ニ固定シ、二三日ヲ經テ其腹壁ノ周圍ト癒著スルヲ俟チ、胃壁ニ約一仙迷長ノ小切開ヲ施ス可シ。胃ノ切開口ハ、決シテ過大ナル可カラズ。瘻口大ナルトキハ、胃ノ内容容易ニ逆流シ來ル可シ。既ニシテ瘻口ノ造設ヲ終レバ、之ヨリ護謨管ヲ胃内ニ挿入スルコト大約五乃至七仙迷ナル可シ。最良ナルハ、小ナル瘻口ヲ造リ、之ヨリ纒ニ中等大ノ子ラトン氏カテにて之ヲ緊密ニ挿入シ得ルガ如クスルニ在リ。此法ヲ以テスルトキハ、瘻口ハ自ラ閉鎖スル者ニシテ、かてしてハ、只患者ニ榮養物ヲ與フル際ニ瘻口内ニ挿入スレバ足レリトス。

胃瘻ヲ造設シタルトキハ、時宜ニ由リ之ヨリ幽門及噴門ニ消息子ヲ通ジテ其開通ノ度ヲ檢知シ、又時宜ニ由リ幽門ノ近部或ハ食道下部ニ狹窄ヲ存スルトキハ、消息子ニ由リテ其擴張ヲ試ムルコト有ル可シ。

ハイン氏ハ、胃ノ小ナル者ニ其固定ヲ容易ナラシメムガ爲メ、第七或ハ第八肋間ニ胃瘻ヲ設ケテ良成績ヲ得タリ。其法、次ノ如シ。皮膚ノ切開ハ、上文記スル所ニ同ジ。腹壁ヲ開クトキハ、腹腔内ニ指ヲ送入シテ、内方ヨリ第八肋間ヲ求ム(劍狀突起部ニ附著スル最

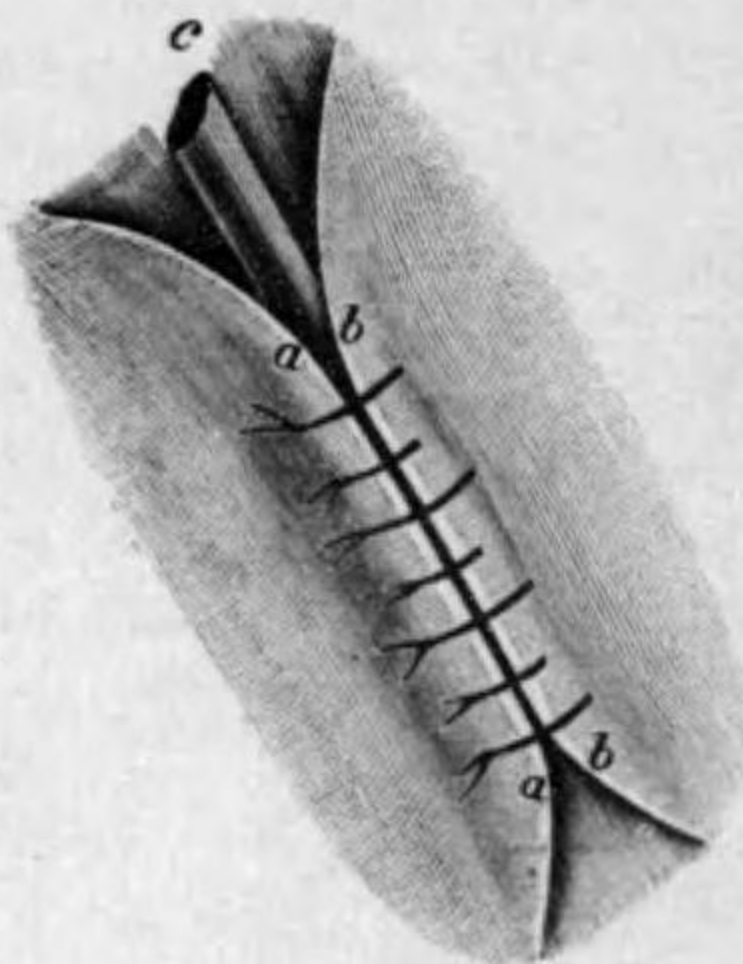
法ハイン氏

第十八圖 (一) 胃瘻造設術
ル・ウ・チ・エ氏



牽出シタル胃ノ前
壁ニ二列ノ縱行皺
襞(a・a・b・b)ヲ
造ル(c) 護謨管
(d) 胃壁ノ孔

第十八圖 (二) 胃瘻造設術
ル・ウ・チ・エ氏



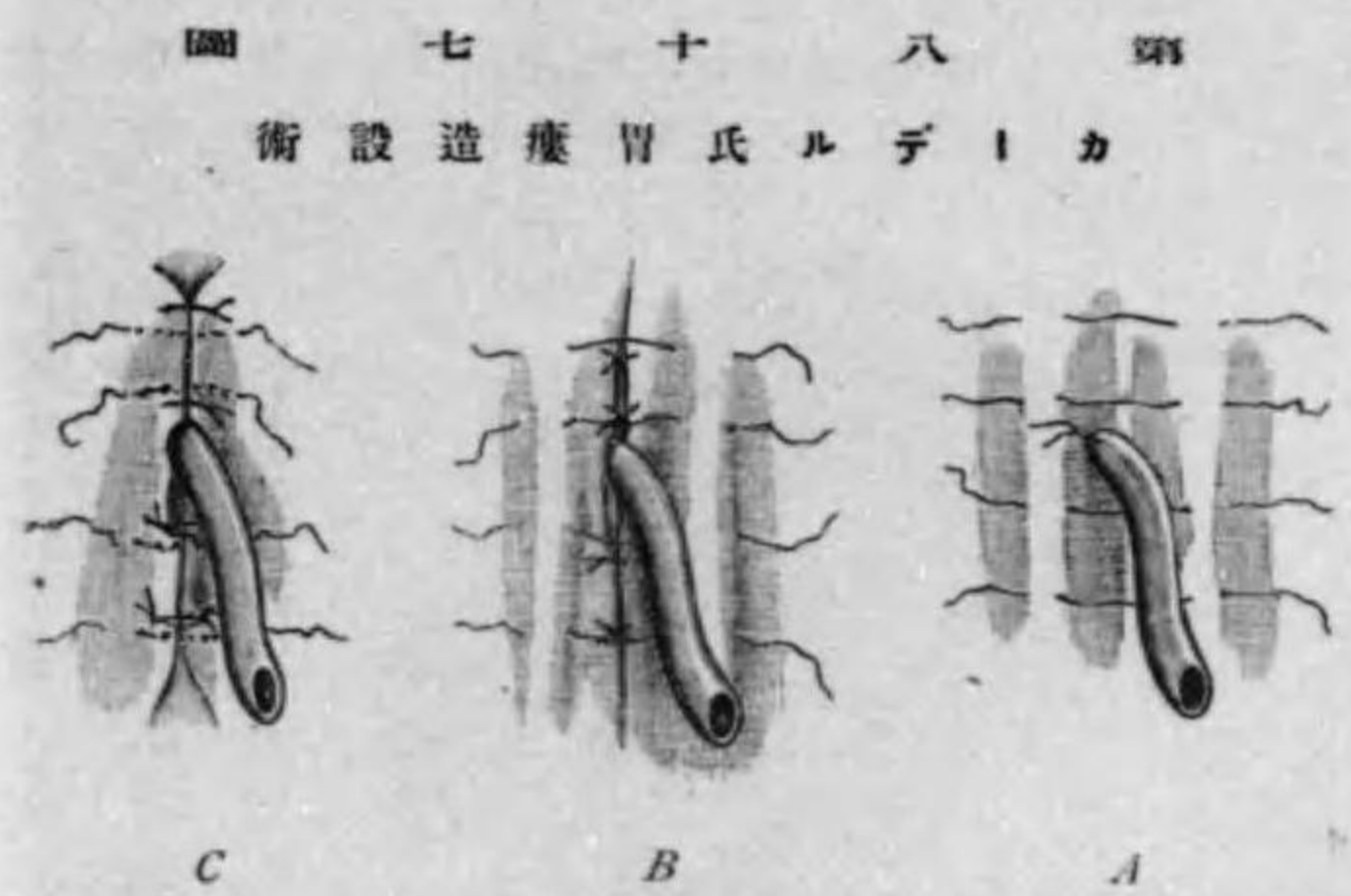
二列ノ縱行皺
襞(a・a・b・b)ヲ縫著シ
テ管孔ヲ形成
ス而シテ護謨
管(c)ハ、(d)
ナル胃孔ニ挿
入セラル

下ノ肋軟骨ハ第七肋軟骨ニシテ、其下外方ニ第八肋軟骨ヲ著ク。肋間ヲ切開スルニハ、第八肋軟骨ト第九肋軟骨トノ附著近部ニ於テセザル可カラズ。之ニ由リテ橫隔膜ノ損傷ヲ防グ可シ。其切開ハ上内方ヨリ下外方ニ走り、腹膜ハ麥粒鉗子ヲ以テ穿開ス。斯

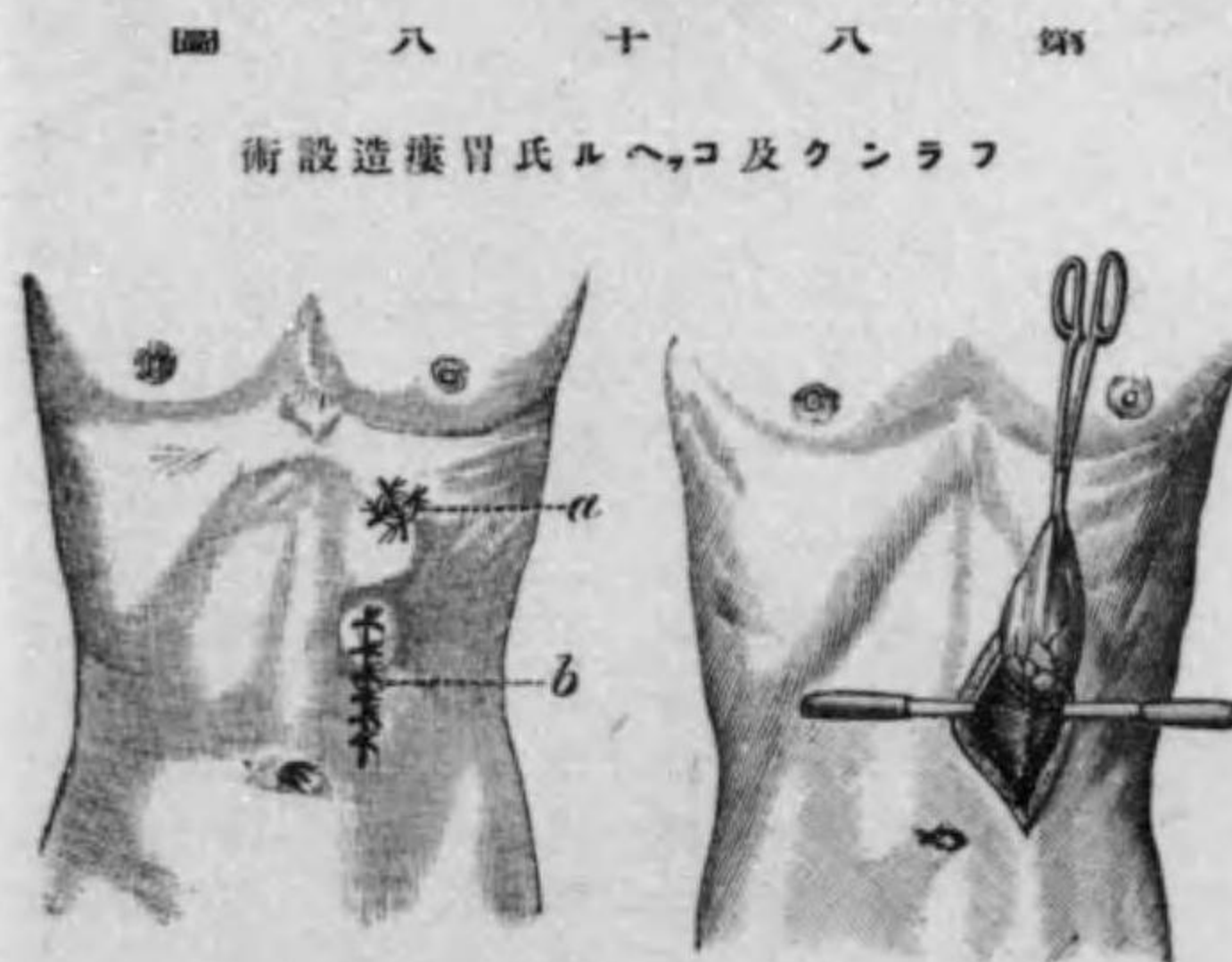
テ腹膜口ヲ適宜ニ開張シタル後、第一ノ腹創ヨリ指ヲ送入シテ可及的胃壁ノ基部ヲ撮擧シ、麥粒鉗子ヲ以テ之ヲ肋間ニ設ケタル創口ニ牽出し、胃壁ノ周圍ヲ創縁ニ縫著シ、一次的或ハ二次的ニ之ヲ切開ス。滋養物ヲ送入スルニハ、子ラトン氏カテにて之ヲ以テス可シ。閉鎖シ得可キ胃瘻ヲ造ルニハ、ウチエル氏法ハ、亦大ニ賞用ス可シ。其法タル、先ッ肋骨弓ニ竝行シテ皮膚切開ヲ行ヒ、直腹筋ノ中央ニ縱切開ヲ施シ、次デ横腹

筋ヲ横ニ切開シタル後(之ニ由リ瘻孔ヲ能ク閉鎖シ得可シ)十分ニ胃壁ヲ創内ニ牽出シ之ヲ創縁ニ縫著シ次デ其前壁ニ二列ノ縦行皺襞ヲ造リ其間ニ護謨管ヲ入レ其下端ヲ胃ニ設ケタル孔内ニ挿入シタル後此縦行皺襞ヲ護謨管ノ上ニ於テ縫著スルニ在リ(第八十五及第八十六圖)。

カール
氏法



カール氏胃瘻造設術



カール氏胃瘻造設術

(a) 胃瘻
(b) 縫合
ニ由リテ
閉鎖シタ
ル腹創

鉛筆大ノ護謨管ヲ胃創ニ挿入シ各二條ノ腸線ヲ以テ之ヲ管ノ上下兩方ニ於テ各二層ノ皺襞ヲ作リテ筋層及漿液膜ヲ通ジテ固定シタル後(第八十七圖A及B)更ニ第三層ニ於テ筋層及漿液膜竝ニ腹壁腹膜及後方ノ直腹筋鞘ヲ通ジテ之ヲ縫合シ(第八十八圖C)最後ニ腹壁創ヲ層層縫合スルニ在リ。

フラン
ク及コ
ック
ル氏法

フランク及コックル氏ハ皮橋ノ下ニ胃壁ヲ通ジテ亦能ク胃内容ノ溢出ヲ防ギ得タリ皮膚ノ切法ハ第八十八圖Aニ就テ觀レバ自ラ明ナリ即コックル氏ハ胃壁ヲ強ク腹創外ニ牽出シ之ヲ腹膜ニ縫著シタル後肋軟骨ノ高ニ於テ腹壁ニ小切開ヲ施シ胃壁ノ尖頂ヲ包皮下ヲ通ジ下肋軟骨上ノ小切開口内ニ牽出シテ此所ニ之ヲ創縁ニ縫著シ下部ノ腹創ハ連次性縫合ニ由リテ閉鎖セリ(第八十九圖B)之ニ由リテ胃ハ屈曲シテ上方ニ向ヒ圓錐形部ノ基底ハ直腹筋ニ由リテ圍擁セラレ恰モ短キ食道ヲ形成スルヲ以テ胃ノ内容ハ決シテ漏出スルノ虞無ク滋養物ハ子ラトン氏かてーテニ由リテ容易ニ送ルコトヲ得可シ但此法ハ胃ヲ牽出スルコト多大ナルヲ以テ胃ノ小ナル者ニハ固ヨリ施シ難シトス。

胃瘻造設術ヲ施シ難キ場合ニ於テハ時宜ニ由リ又十二指腸瘻造設術若クハ空腸瘻造設術ヲ試ム可シ(後文腸手術ノ條下ニ就テ觀ル可シ)。

胃瘻ノ閉鎖

胃瘻ノ閉鎖 Der Verschluss der Magenstiel. 後天性ニ來ル胃瘻ハ或ハ胃ノ損傷ニ因リ或ハ其炎症性及潰瘍性穿孔ニ因リテ發ス而シテ瘻口ノ大ハ各症甚ダ異ナル者ニシテ或ハ頗ル狭小ニシテ帽針頭大ナル有リ或ハ廣大ナル缺損部ヲ呈スル者アリ又瘻孔ハ直接ニ

胃ノ手術(胃瘻造設術 胃瘻ノ閉鎖)

胃内ニ通ジ、皮膚ト癒著スルコト有リ、或ハ始、皮下ニ於テ或、異常ノ空隙内ニ開口シ、更ニ之ヨリ外方ニ通ズルコト有リ、而シテ患者ノ容態ハ主トシテ瘻口ノ大小ニ關スル者ニシテ、瘻口愈、大ナルトキハ、攝取セル食物愈、多ク外方ニ漏溢シ易ク、從テ患者ノ榮養亦益、多ク障碍セラル。

細小ナル胃ノ瘻孔ハ、硝酸銀桿ニテ之ヲ腐蝕スルカ、或ハ烙白金ニテ燒灼シテ閉塞ヲ試ム可シト雖、其稍大ナル者ニ在リテハ、ミッデルドルフ及ビルロート氏ノ法ニ倣ヒ、成形的手術ニ由リテ閉鎖スルヲ良トス。ミッデルドルフ氏ハ、瘻口ノ下縁ニ於テ一個ノ橋狀皮瓣ヲ作り、之ヲ下層ヨリ遊離シテ豫、新創ト爲シタル瘻口ノ上縁ニ縫合セリ。又ビルロート氏ハ、肉芽ノ發生セル橋狀ノ皮瓣ヲ作り、ミッデルドルフ氏法ノ如ク、之ヲ豫、新創ト爲シタル缺損部ノ上縁ニ縫合シ、消化力アル胃液ヲ遮斷センガ爲、皮瓣ノ下方ニかてゝテ送入シ、之ヲ外方ニ流出セシメタリ。蓋、最初ビルロート氏ハ、肉芽ノ發生セル橋狀皮瓣ヲ作りテ瘻口縁ニ縫著シタリシモ、術後六、月ヲ經テ細小ナル瘻孔ヲ生ジ、次デ十四日ノ後移植シタル皮瓣ハ胃液ノ爲、ニ全ク消化セラレ、患者舊態ニ復スルニ至リタルヲ以テ、種々ナル試驗ヲ積ミ、上記ノ法ヲ案出シテ良成績ヲ得タリト云フ。但、最モ確實ナル療法ハ、胃壁ヲ腹壁ヨリ剝離シ、縫合ニ由リテ胃創ヲ閉鎖スルニ在リ。

胃切除術(幽門切除術)應用ノ適

(五)胃切除術 Die Resektion des Magens, die Gastrektomie ハ、多クハ幽門及幽門附近ニ發生シタル癌腫ノ爲、ニ施サルル手術ナルヲ以テ、爰ニハ唯幽門切除術 Die Pylorotomie, Resectio pylori ヲ記述セムトス。是、胃ノ癌腫或ハ肉腫若クハ潰瘍等ノ爲、ニ施サルル所ノ基底部分ニ於ケル胃ノ切除術ハ、主トシテ胃切開術ノ術式ニ從フ者ナレバナリ。又往時ハ幽門癌腫ノ外、尙其良性狭窄、例之胃潰瘍後ノ痕痕性狭窄ニ幽門切除術ヲ行ヒタルコト有レドモ、近時ニ至リテハ、斯ノ如キ良性狭窄ニハ、上述ノ如ク、ハイチツケ及ミクリツツ氏ノ法ニ從ヒ、幽門成形術(本卷二五頁參照)ヲ施スカ、或ハ胃小腸瘻造設術(本卷三四頁參照)ヲ施ス者多シ。但、幽門成形術ハ、只短キ瘻痕狹窄ニ稱用ス可キ者ニシテ、著シキ狹窄ニ在リテハ、胃小腸瘻造設術ヲ施スヲ良トス。

手術ノ來歴

抑、幽門切除術ハ、動物試驗ニ基キ既ニ古クメルレム氏等ノ稱用セル所ナレドモ、之ヲ動物ニ試ミ、又人體ニ施シテ良成績ヲ獲、且此手術ヲ完成セシメタルハ、ビルロート氏及其門下グッセンバウエル、フオン、ウキニワル、テル、チエル、ニー、ウエル、フレル等諸氏ノ成績ニ歸セザル可カラズ。蓋、人體ニ就テ幽門切除術ヲ行ヒタルハ、佛醫ベアン氏ヲ以テ嚆矢ト爲スモ(一千八百七十九年)其患者ハ死亡セリ。此手術ヲ施シテ良成績ヲ得タルハ、一千八百八十一年(明治十一年)實ニビルロート氏ノ行ヒタル者ヲ以テ第一トシ、次デ一千八百八十二年チエルニー氏ハ、創、テ胃潰瘍ニ胃ノ切除術ヲ施セリ。

手術ノ成績

幽門切除術ハ、危險ナル手術ニ屬シ、從來患者ノ此手術ノ爲、ニ斃レタル者少ナカラズ。是、無腐法ハ、極、テ嚴密ナルモ、殊ニ手術ニ長時間ヲ要スルガ爲、ナリ。故ニ術者其技術ニ長ジ、手術ヲ行フコト愈、神速ナルトキハ、愈、佳良ノ轉歸ヲ期ス可シ。然レドモ胃癌ニ此手術ヲ施シテ永久ノ治癒ヲ獲タルハ、絶、ダ罕ニシテ、多クハ術後久シカラズシテ再

胃ノ手術(胃切除術)

發症ヲ來シ、終ニ致命ナルヲ常トセリ。蓋シ腹壁外ヨリ幽門癌腫ヲ觸知シ得ル際ニハ、腫瘍ハ既ニ胃及十二指腸ノ壁ヲ侵シ、殊ニ腹膜ノ淋巴管内ニ蔓延増殖スルヲ以テ、手術ヲ行フモ到底根治ノ目的ヲ達スルコト難クレバナリ。是故ニ本症ノ手術ハ、可及の初期ニ行フヲ以テ肝要トスレドモ、之ヲ初期ニ確診スルハ、亦頗ル難事ニシテ、假令之ヲ確診シ得ルモ、此時期ニ在リテハ、患者ノ苦惱尙未ダ甚ダシカラザルヲ以テ、手術ヲ決行シ能ハザルヲ多シトス。然レドモ既ニ手術ヲ行フコトニ決定シタルトキハ、十分ナル胃切除術ヲ施スカ、或ハ時宜ニ由リ胃ノ全摘出術ヲ行フ可シ。但シ腹腔内ニ既ニ癌腫ノ轉移症アリ、且腹水ヲ存スルカ、或ハ其他ノ轉移症アル場合ニ於テ、幽門ノ著シク狭窄スル者ニ在リテハ、本手術ヲ廢シテ寧ろ胃小腸瘻造設術ヲ施シ、一時患者ノ苦痛ヲ除クヲ以テ満足セザル可カラズ。

幽門切除術ニ於ケル死亡數ハ、エワルド・ド・ムレル・ハイベルカント・ウルフレル・フォン・ミク
 リッ・クレーン、ライン、其他諸氏ニ從ヘバ、六九・二%ヨリ二八・〇%ニ減少シ、又近時エム・ロブ
 ソン、ル・P・チー氏等ニ據レバ、一四乃至一七%トナレリト云フ。加之最近ニ至リテハ、
 Kroulein
 Koehler
 Mann
 永久的治癒ノ數モ、亦大ニ増加セリ。レリシ・氏(千九百六年)ガ胃切除術ヲ施シタル患者九
 十四例ヲ基礎トセル統計ニ據ルニ、手術後三年及三年以上生存セル者二〇%ヲ算シ、此内
 一例ハ十六年來健存シ、五例ハ十年來健存シ、三十四例ハ五乃至十年來健存セリト云フ。然レ
 ドモカール・ファン・チーノ一氏等ニ從ヘバ、手術後既ニ五年ヲ經タル者ニ於テモ、尙再發ヲ見タ
 Carlo
 Fanlino

ルコト有リト云フ。又クレイン・ライン氏(千九百二年)ニ據レバ、胃ノ癌腫ニ手術ヲ施サザ
 ルトキハ、大約十二ヶ月内ニシテ死亡スルモ、之ニ胃小腸瘻造設術ヲ行フトキハ、平均三、月半
 生命ヲ延長セシメ、根治手術ニ由リテハ、通常十四ヶ月延長セシメ得ルモ、眞ノ永久的治癒ハ
 罕ナリト云フ。

手術ノ準

幽門癌腫ノ切除術ヲ行フニ當リテハ、數回精密ナル診査ヲ行ヒ、略々腫瘍蔓延ノ程度ヲ
 察知セザル可カラズ。而シテ手術ヲ施サント欲スルトキハ、患者ヲシテ開腹術ニ於ケ
 ルト同一ノ準備ヲ爲サシメ(本卷八六頁參照)、殊ニ數日間流動食餌ヲノミ與ヘ、手術ノ當日
 ニハ、之ニ著手ノ二時間前ニ胃洗滌ヲ行ハザル可カラズ。而シテ手術ハ、通常全身麻酔
 ノ下ニ施ス可キモ、衰弱セル患者ニ在リテハ、時宜ニ由リ亦局所知覺麻痺ニ由リテ手
 術ヲ行フコトヲ得可シ。

手術式

手術式。幽門切除術ヲ行フニ、種々ナル術式アレドモ、之ヲ二法ニ大別ス可シ。即チ第一
 ビルロート氏法(Die I. Billroth'sche Methode)及第二ビルロート氏法(Die II. Billroth'sche
 Methode)是ナリ。前者ハ、最初ビルロート氏ガ行ヒタル法ニシテ、幽門ヲ切除シタル後、十
 二指腸ノ切斷端ヲ縫合ニ由リテ縮小シタル胃ノ切斷端ニ縫著スル者ヲ謂ヒ、後者ハ、
 幽門ヲ切除シタル後、胃及十二指腸ノ切斷端ヲ各自縫合閉鎖シテ盲端ト爲シ、別ニ胃
 ト空腸トヲ吻合セシムル者ヲ謂フ。

ビルロート氏第一法

今先ツビルロート氏第一法ニ據リ、幽門切除術ヲ行フ順序ヲ分チテ、左ノ六節ト爲ス。

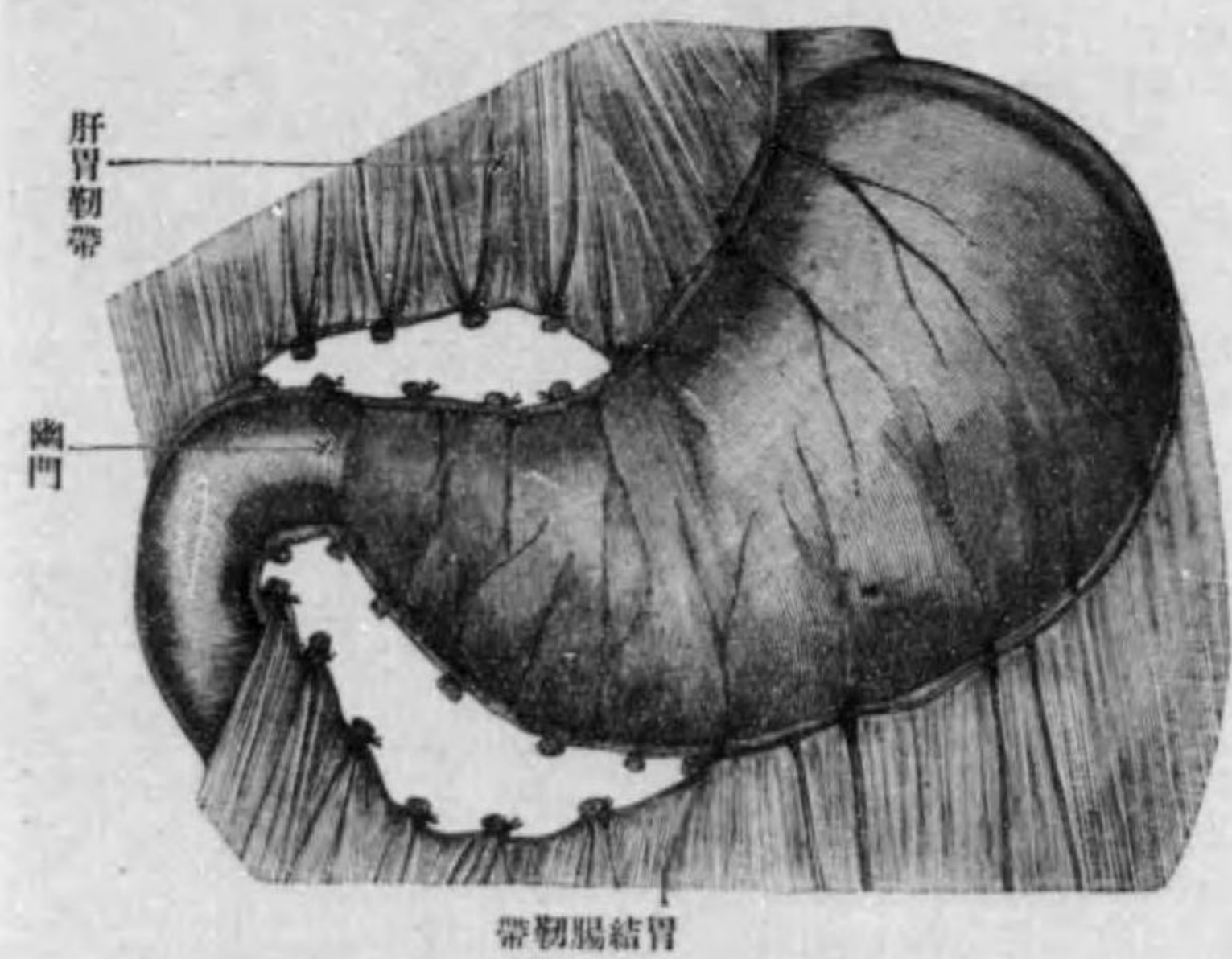
胃ノ手術(胃切除術)

即(一)腹腔ノ切開(二)幽門ノ搜索及遊離(三)幽門部ノ切除(四)胃ノ殘部ト十二指腸トノ縫合(五)部域の淋巴腺ノ除去及(六)腹壁創ノ縫合是ナリ。

腹腔ノ切開ハ、通常劍狀突起ヨリ臍ニ至ル白線ニ於テシ、其法ハ開腹術ノ通則ニ從フ。斯テ腹腔ヲ切開シタルトキハ、先づ幽門ヲ搜索シテ癌腫蔓延ノ廣狹及幽門部ト其周圍部殊ニ脾臟及横行結腸トノ癒著

ノ有無ヲ検査シ、果シテ患部ヲ切除シ得可キヤ否ヤヲ決定セザル可カラズ。癌腫若シ胃及十二指腸ヲ侵シ、例之十二指腸ノ地平部ニ互リ、或ハ肝十二指腸韌帶ニ達シ、而シテ癒著部甚ダ廣大ニシテ、既ニ腹腔内ニ轉移症アリ、且腹水ヲ存スルトキハ、到底切除ノ目的無キヲ以テ、手術ヲ中止スルカ、或ハ胃腸瘻ヲ造リテ狭窄ニ由來スル患者ノ苦痛ヲ除ク可シ。然レドモ、切除術ヲ行ヒ得可キ者ニ

第九十八圖
ルビロト第一法ニ依ル幽門切除術
(一)

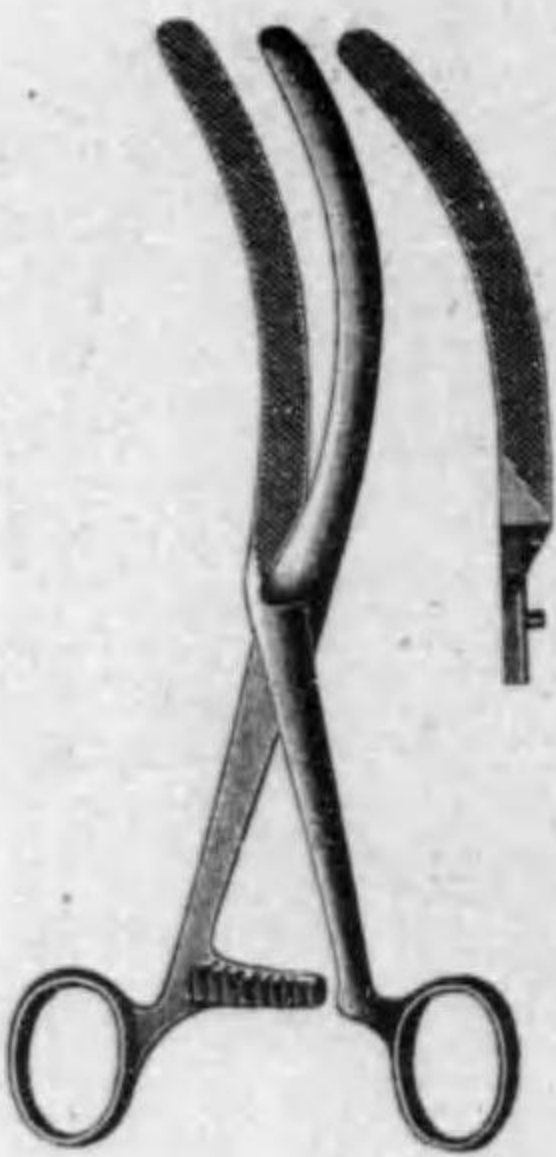


在リテハ、先づ腫瘍ヲ存スル幽門部ヲ遊離セザル可カラズ。其法可及的胃ヲ腹創外ニ牽出シ、殺菌セル溫濕布ヲ以テ之ヲ覆ヒ、胃ノ大彎及小彎部ニ於テ大小ノ網膜ヲ剝離ス。即先づ胃ノ大彎ト横行結腸トノ間ニ在ル所ノ大網膜ヲ幽門ニ沿テ二重ニ結紮スルコト數個ニシテ、其間ヲ剪刀若クハ烙白金ヲ以テ離斷シ、次デ同一ノ方法ニ由リテ胃ノ小彎ト小網膜(肝胃韌帶)トヲ遊離ス(第九十九圖)。大網膜及小網膜ノ離斷ハ、切除ス可キ幽門部ノ大小ニ應ジテ異ナル可キモ、其離斷廣大ニ過グルトキハ、結腸壞死ニ陥ルノ虞アリ。又結腸間膜ニシテ胃ノ後壁ト

癒著スルトキハ、之ヲ切除セザル可ラザレドモ、其大部ヲ切除スルトキハ、亦結腸ノ壞死ヲ招來ス可キヲ以テ、若シ大部ノ切除ヲ要スルトキハ、之ニ附屬スル結腸ノ一部ヲモ共ニ切除シテ腸縫合ヲ行ハザル可カラズ。既ニシテ幽門部

全ク遊離セラルトキハ、胃ヲ全ク腹壁創外ニ出シ、其下底ニ濕温ガ一せヲ敷

第九十九圖
アドアイシ氏
胃夾子

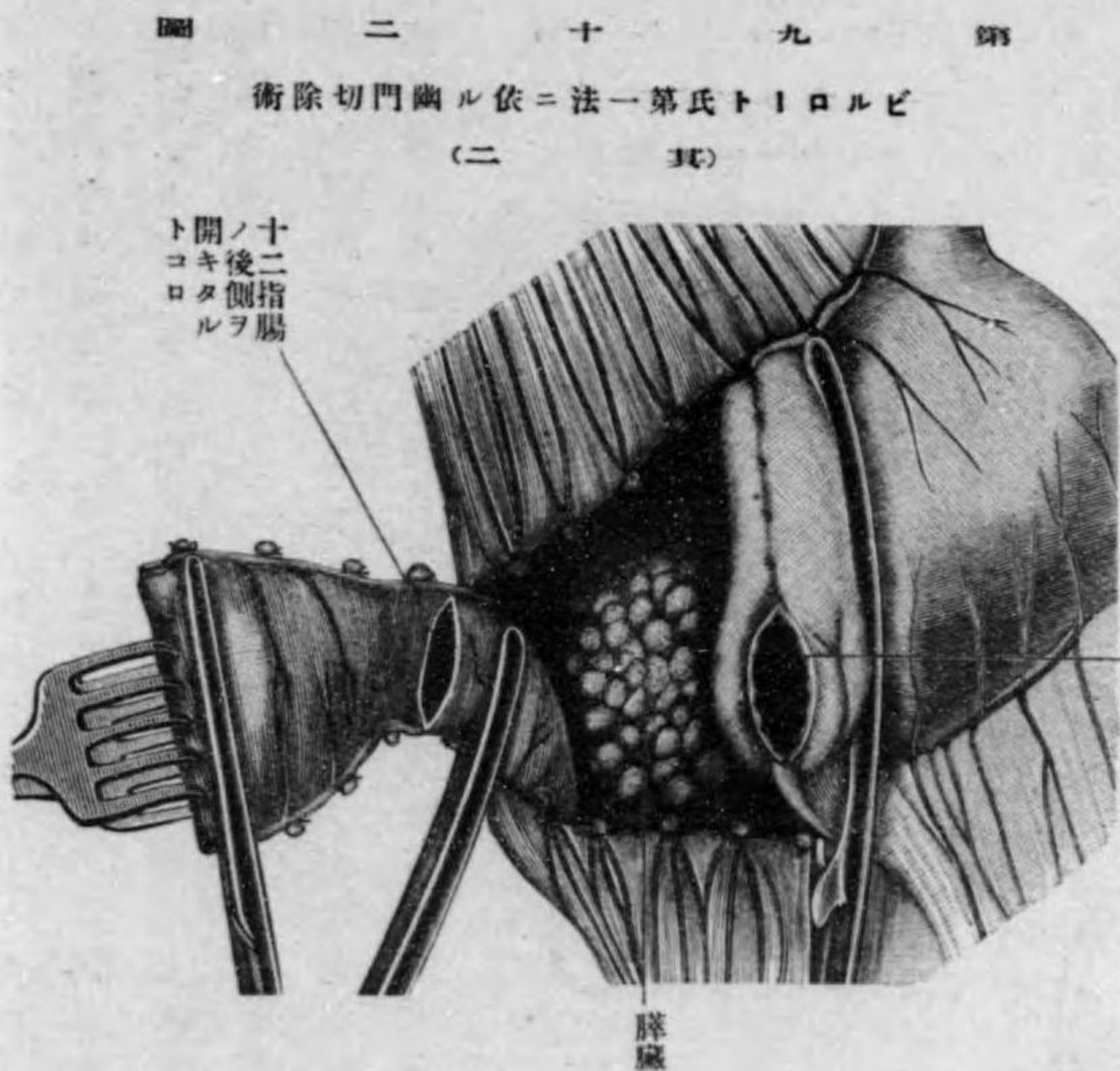


第九十九圖
コヘール氏
胃夾子



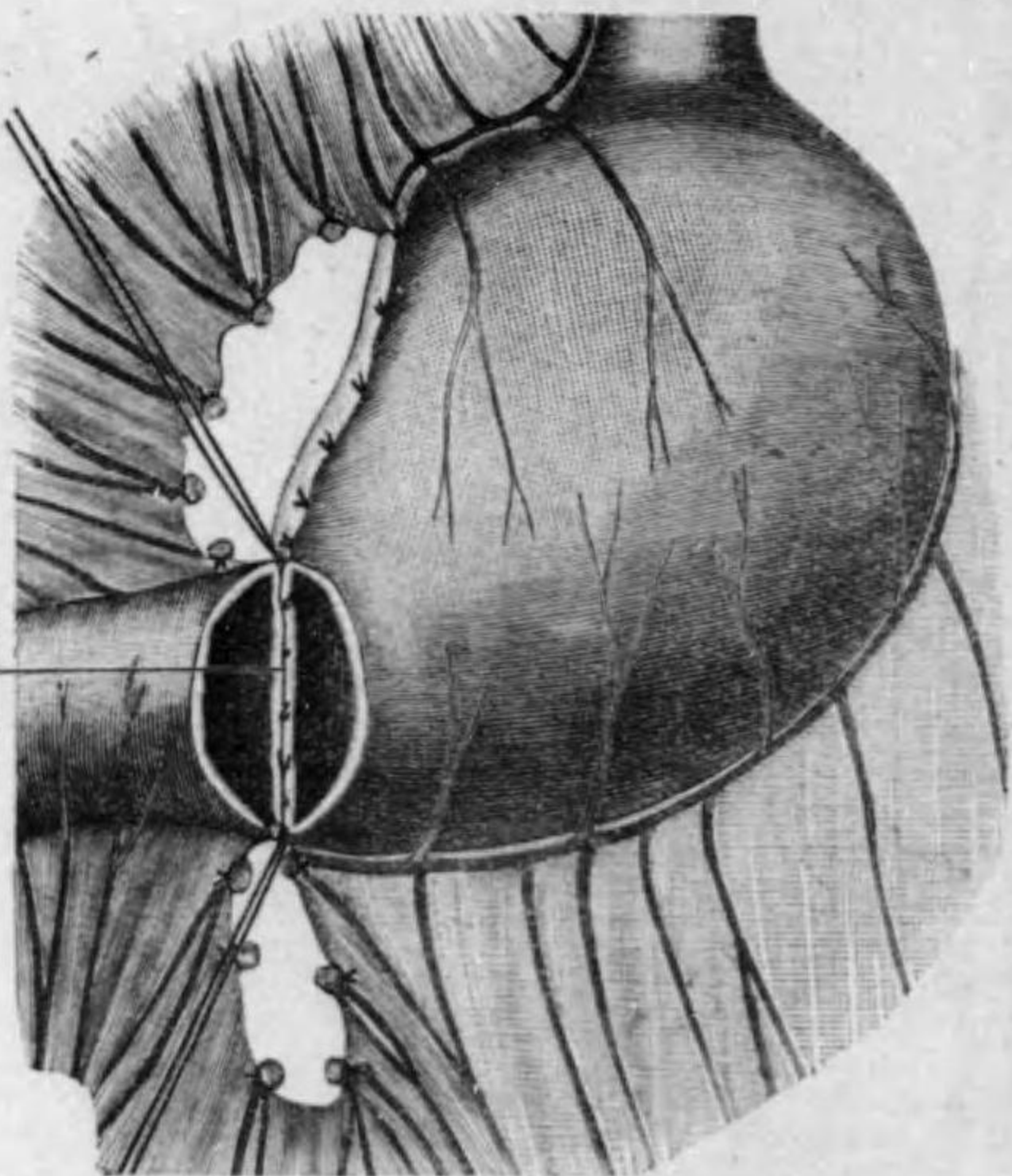
胃ノ手術(胃切除術)

キ能ク創口ヲ栓塞シテ腹腔ヲ密閉シ、以テ腹腔外ニ於テ爾餘ノ手術ヲ行フ可シ。乃、幽門部ノ切除ヲ行フ。但、幽門ヲ十二指腸ト胃ヨリ切離スルニ先チ、豫、胃及十二指腸ノ切



斷端ヲ確實ニ閉鎖シテ其内容ノ漏溢スルヲ防ガザル可カラズ。即、之ニ種々ナル胃夾壓子 (Die Magenklammer od. das Magenkompressorium) (第九十及第九十二圖) ヲ用ユ。然レドモ亦單ニ熟練ナル助手ヲシテ切斷端ヲ固持セシムルモ可ナリ。是ニ於テ術者ハ、*Muzeau* 有鉤鉗子ヲ以テ幽門部ヲ描撮シ、助手ヲシテ之ヲ固持セシメ、先ッ胃ノ小彎部ヨリ腫瘍ヲ距ルコト少ナクモ三仙迷ノ所ニ於テ斜、ニ之ヲ剪斷ス (第九十二圖)。此際出血スル血管ハ、動脈鉗子ヲ以テ描撮シ、胃ノ内容流出スルト

第九十二圖 第一氏トイロルビ法ニ依ル幽門切除術 (其二)



ヲ以テ粘膜縁ヲ連次性ニ縫合シ、次デ又外面ヨリ漿液膜及筋層ヲ通ジテ連次性縫合ヲ施シ、次デ此縫合性縫合ヲ施ス可シ。然レドモ亦初、ニ胃壁ノ全層ヲ通ジテ連次性縫合ヲ施シ、次デ此縫合

胃ノ手術(胃切除術)

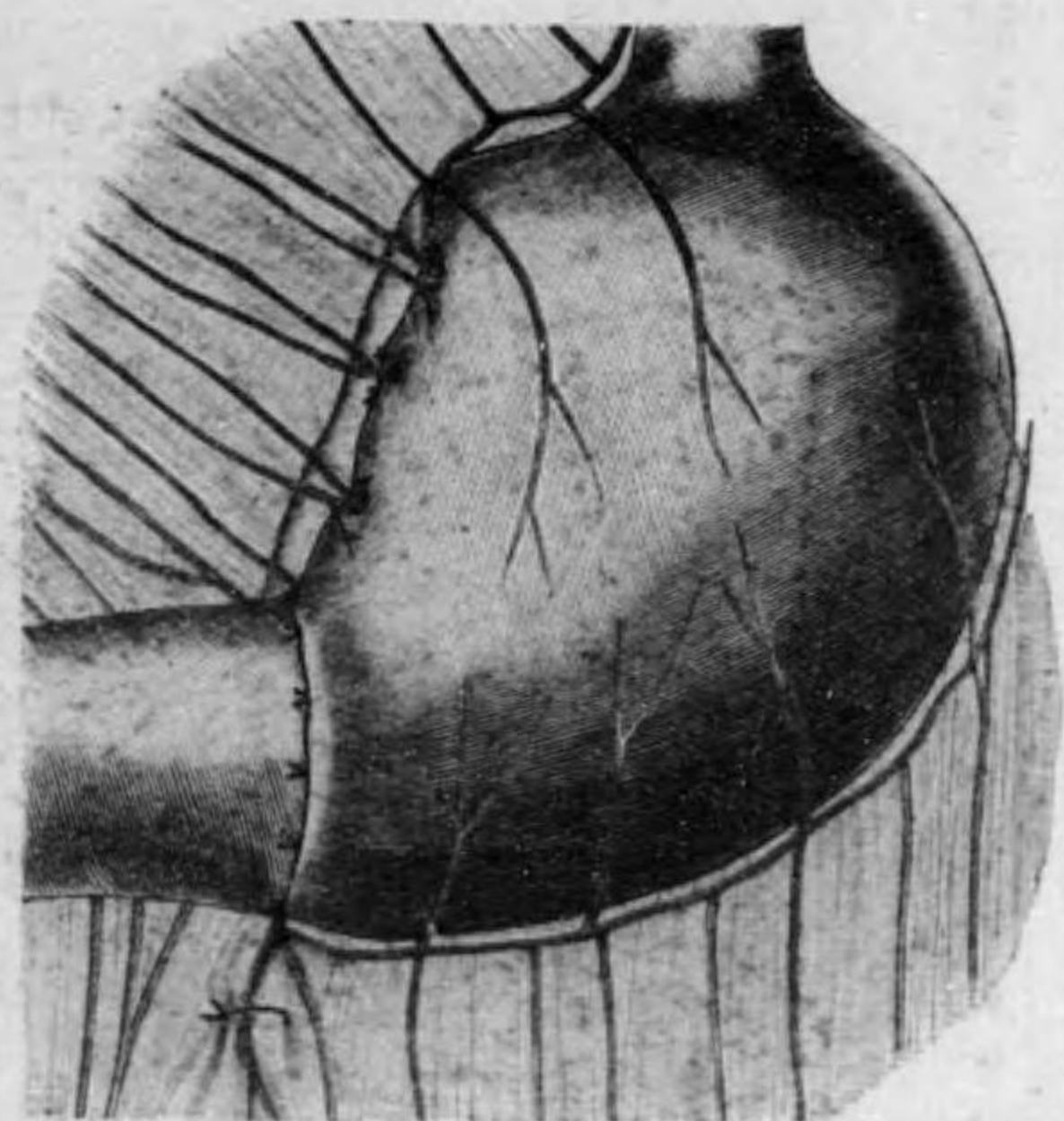
三九

第九十三圖 第一氏トイロルビ法ニ依ル幽門切除術 (其三)

キハ、無腐ガ一セヲ以テ之ヲ清拭ス可シ。但、一時ニ全ク之ヲ切離セズ、先ッ十二指腸ノ口徑ニ等シキ部分ヲ殘シ、次デ胃創ノ血管ヲ結紮シタル後、内方ニ翻轉シタル胃ノ創縁ヲバ、直ニ連次性絹絲縫合ニ由リ閉鎖シ、此際腸縫合ニ於ケルガ如ク、漿液膜及筋層ヲ

ノミ穿通シ、其上ニ更ニ第二列ノ連次性縫合ヲ施ス可シ (第九十三圖)。是ニ於テ胃壁ノ殘部ヲ切離シ、以テ全ク胃ト腫瘍トヲ分離シ、止血シタル後、十二指腸ヲ斜、ニ幽門部ヨリ切離シ、止血ノ後、十二指腸ノ斷端ヲ大彎ノ近部ニ於テ胃ノ斷端ニ縫著ス (第九十四圖)。而シテ此縫合ヲ施スニハ、最初ニ内方ヨリ可及的廣ク細キ絹絲

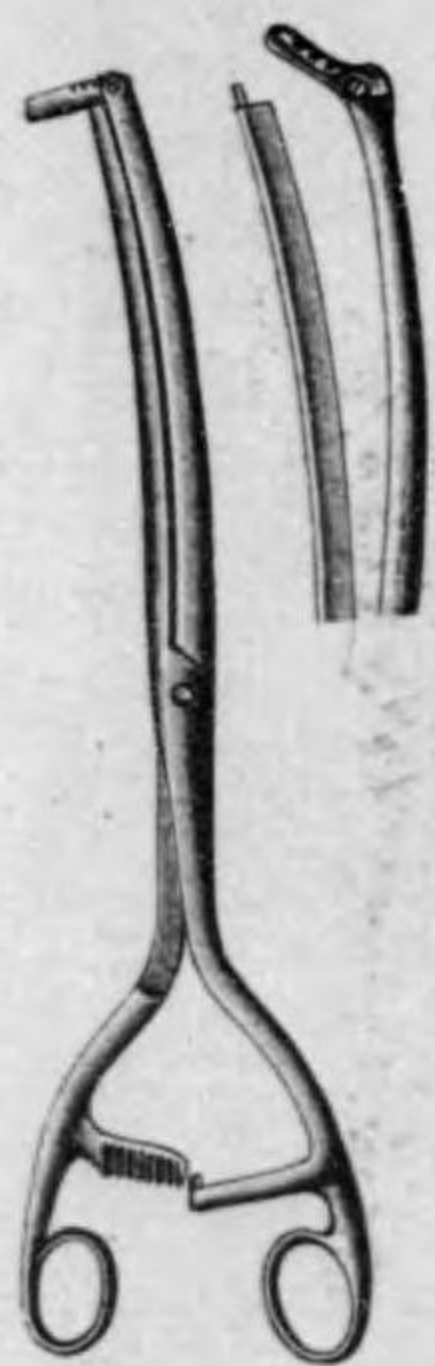
圖 四 十 九 第
術除切門幽ル依一法一第氏トIロルビ
(四 其)



部ヲ内翻シタル後、第二列ノラム
ペール氏連次性縫合ヲ施スヲ良
トス。斯テ最後ニ胃ト十二指腸ト
ノ縫合部ヲ綿密ニ検査シタル後、
最モ綿密ニ部域の淋巴腺ヲ悉ク
摘出ス可シ(本卷一七九頁參照)即チ小彎及
大彎部(殊ニ幽門部)ニ於ケル淋巴
腺及胃結腸靱帶及脾臟部ニ於ケ
ル淋巴腺ヲ悉ク摘出ス可シ。キユチ
オ氏ニ從ヘバ、胃癌ニ於テハ、其八
四・六%ハ淋巴腺ノ侵サルルヲ見

ル可シト云フ。

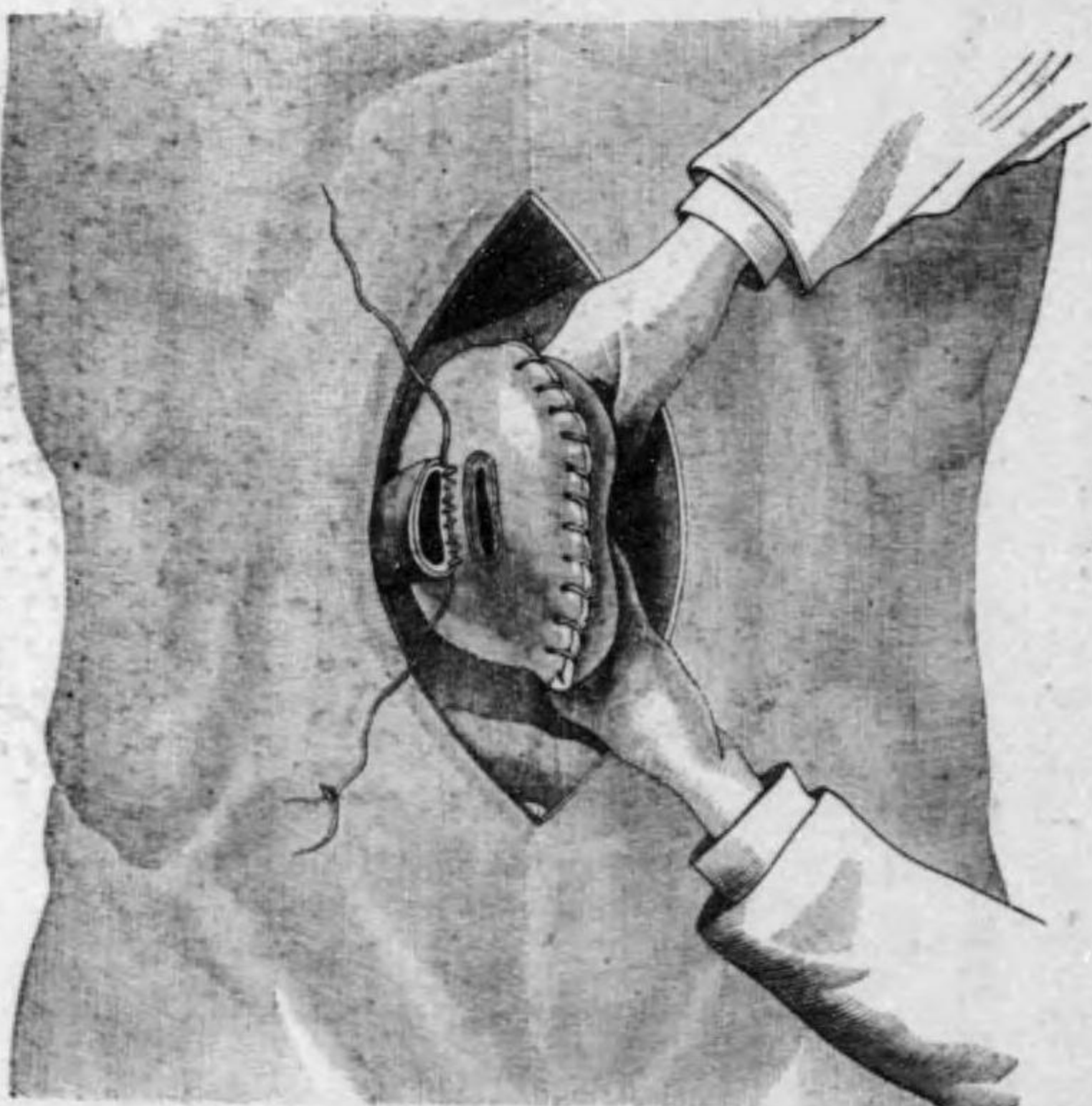
圖 五 十 九 第
氏ルヘッコ
子壓夾胃



ビロロト氏第一法ヲ以テス
ルトキハ、胃ノ閉鎖縫合部ト十
二指腸ノ移植縫合部トノ間ニ
穿孔ヲ來シ易キ楔アルヲ以テ、
コヘル氏ハ此弊ヲ除カムトシ
Kocher

テ、胃ヲ全ク切斷シ、連次性縫合ニ由リ斷端ヲ全ク閉鎖シタル後、十二指腸端ヲ胃ノ後壁ニ
設ケタル孔口ニ縫著スルコトヲ推奨セリ。コヘル氏ハ、胃ヲ全ク切斷スルニ、氏ノ考案ニ成

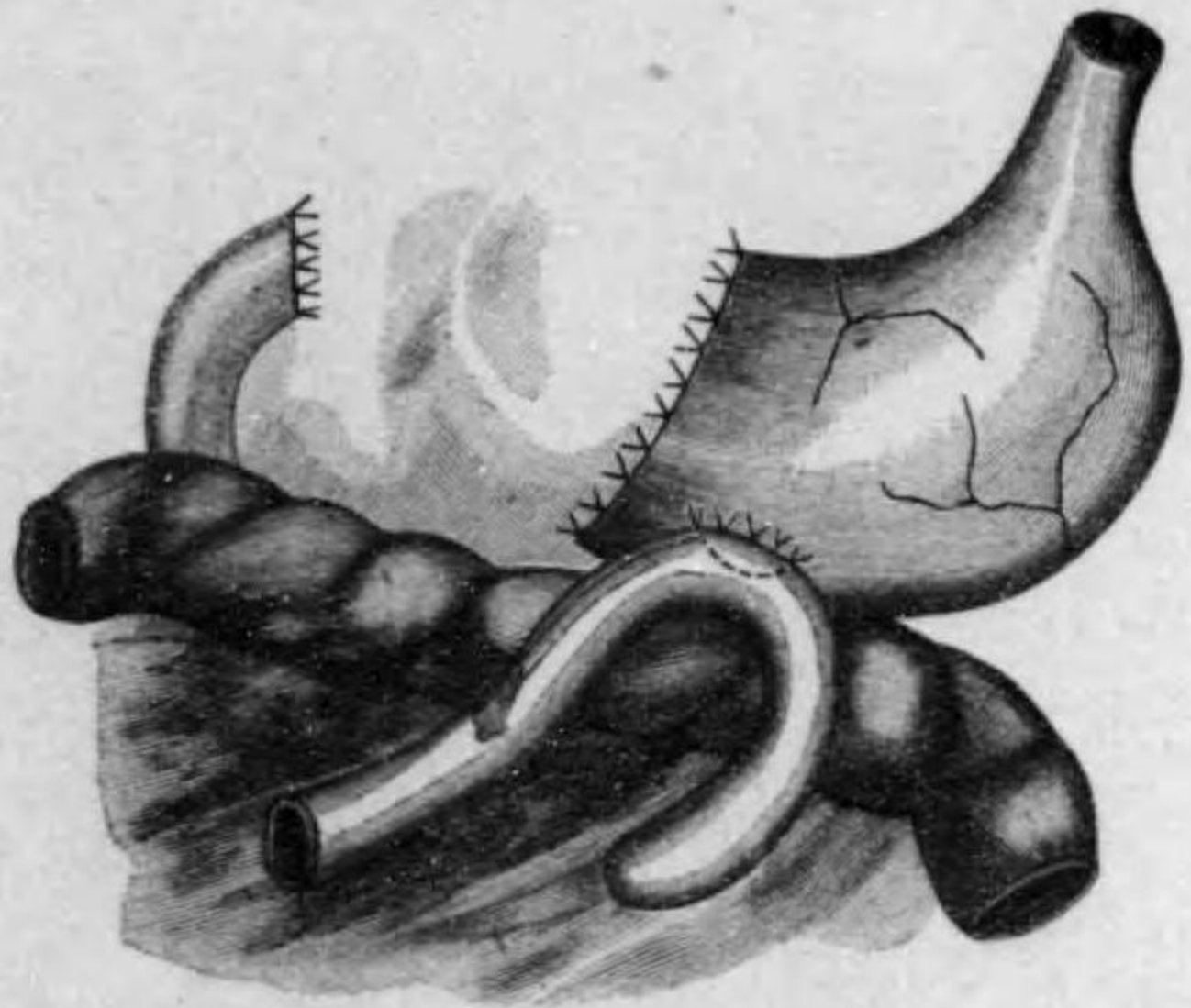
圖 六 十 九 第
術除切門幽ル兼ヲ術設遺瘻指二十胃
(氏ルヘッコ)



レル胃夾壓子ヲ稱用ス
(前九十五圖)。此手術タル、胃
十二指腸瘻遺設術ヲ兼
ル幽門切除術(Dietlovsk-
kowitz mit Gastro-Duodenosto-
mia)(前九十六圖)ニシテ、人ノ
亦多ク稱用スル所ナレ
ドモ、此法ヲ以テスルト
キハ、胃ノ大部ヲ切除ス
ル際、縫合部ノ緊張甚ダ
シキノ弊アリ。然ドモ、コ
ヘル氏ニ從ヒ、豫ニ十二指
腸ヲ移動セシムルトキ
ハ、亦能ク此弊ヲ避ク
ルコトヲ得可シ。其法、十二指腸ノ鉛直脚ノ外側ニ於テ體壁腹膜ヲ切離スルコトニ乃至三
仙迷ニシテ十二指腸ト共ニ腹壁ノ後方ヨリ提起シ、之ヲ内方ニ移動セシムルニ在リ。

胃ノ手術(胃切除術)

第九十七圖
幽門切除兼胃腸造設術
(所謂比爾氏第二法)

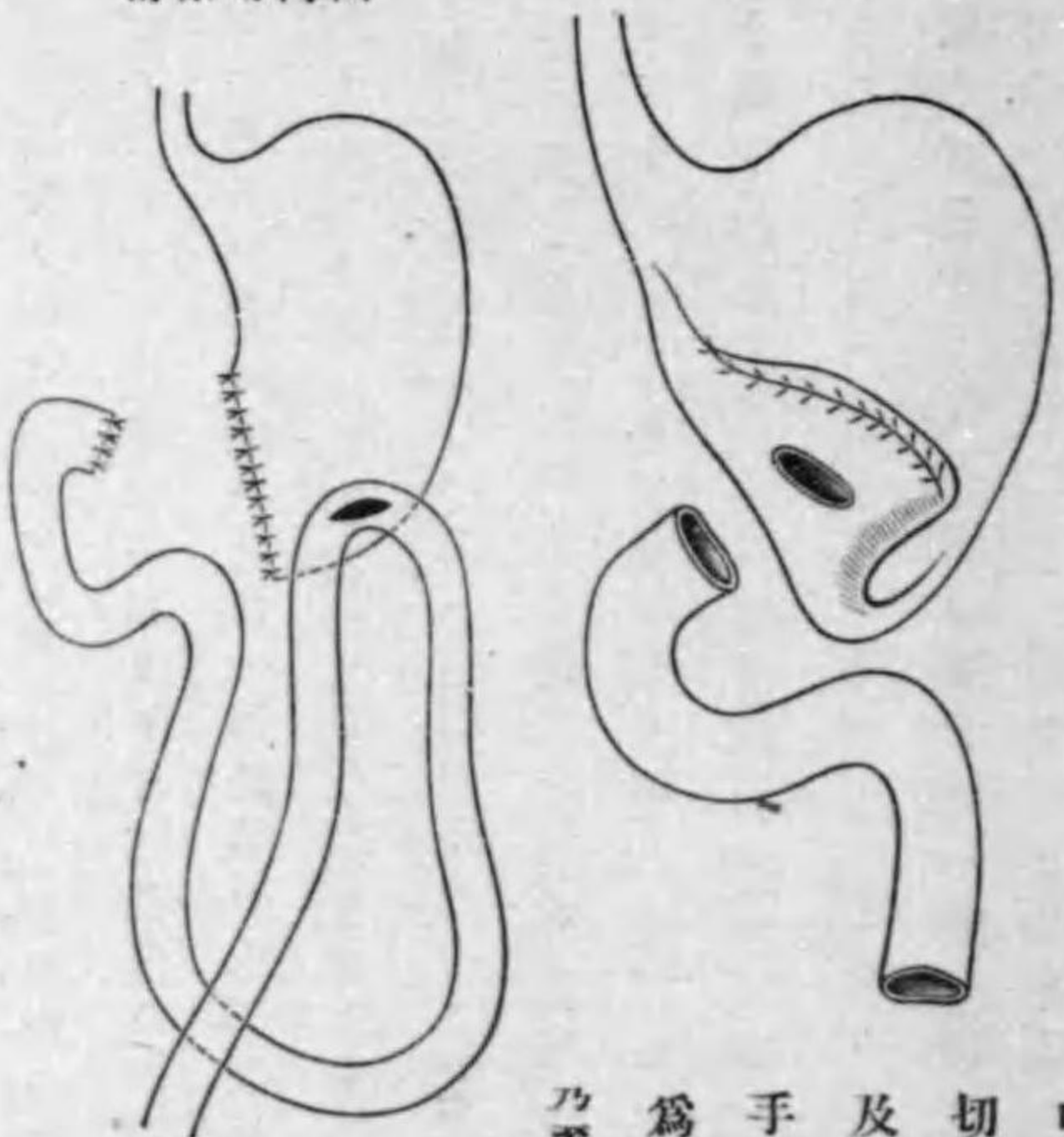


第九十八圖
第一比爾氏幽門切除術



斯ヲ最後ニ腹壁創ノ縫合ヲ行フニ
ハ、先ツ胃ト十二指腸トノ縫接部ヲ更
ニ精密ニ検査シテ能ク之ヲ消毒シ、
腹創ヲ覆ヒタル濕性が一セテ去リ、
腹腔内ニ還納シ、法ノ如ク腹壁創ヲ
縫合ス。
然レドモ胃ヲ切除スルコト多大ナル
トキハ、其斷端ヲ十二指腸ノ斷端ニ
縫著セシメムトスルモ、其間ノ緊張
甚ダシキヲ以テ、確實ニ之ヲ縫合ス
ルコト能ハズ。故ニ比爾ロート氏ハ、
斯ノ如キ場合ニ於テハ、胃及十二指腸ノ斷
端ヲ各別ニ全ク縫合閉鎖シ、次デ結腸前
胃小腸瘻造設術(次項ニ詳ナリ)ヲ施シ、以テ
胃腸ノ連絡ヲ圖レリ。是、所謂比爾ロート氏
第二法(第九十七圖)ナリ。
今以上述べタル三種ノ手術式、即チ第一比爾

第九十九圖
コヘル氏幽門切除術
第二比爾氏



ロート氏幽門切除術・コッヘル氏幽門
切除術(比爾ロート氏第一法ノ變法)
及第二比爾ロート氏幽門切除術ノ
手術式ヲ一見了解シ易カラシム
爲メ、茲ニ尙其略圖ヲ掲グ可シ(第九十八
乃至第九十圖)。

後療法トシテハ、先ツ阿片ヲ與ヘ、
二三日間ハ滋養灌腸ヲ施ス可
シ。冰片及少量ノ葡萄酒ハ、二
日ノ後ニ與フルモ害無ケレド
モ、流動食ハ第四日ヨリ攝取セ

廣汎ナル胃
切除術及胃
全摘出術

シメ、固形物ハ第八日以前ニ於テハ決シテ與フ可カラズ。若シ胃ノ無力ノ爲メ、其膨滿ヲ來
ストキハ、注意ヲ加ヘテ其洗滌法ヲ行ヒ、且飲食物ノ攝取ヲ制限ス可シ。
饒近益廣汎ナル胃切除術(Dissectio Maligna Maligna)ヲ行ヒ、益々良成績ヲ得ルニ至リ。Schäfer
ル・モ、ヤケル・フン・バル・デレー・ベン・ロウ・シング其他ノ諸氏ハ、胃癌腫ニ胃ノ全摘出術(Dis-
sectio Maligna Maligna)ヲ施セリ。此際胃ノ多少殘存セル者ニ在リテハ、胃腸瘻造設術ヲ行フ可
キモ、其全ク切除セラレタル者ニ在リテハ、幽門端若クハ十二指腸ヲ噴門部ニ縫著セザル

胃ノ手術(胃切除術)

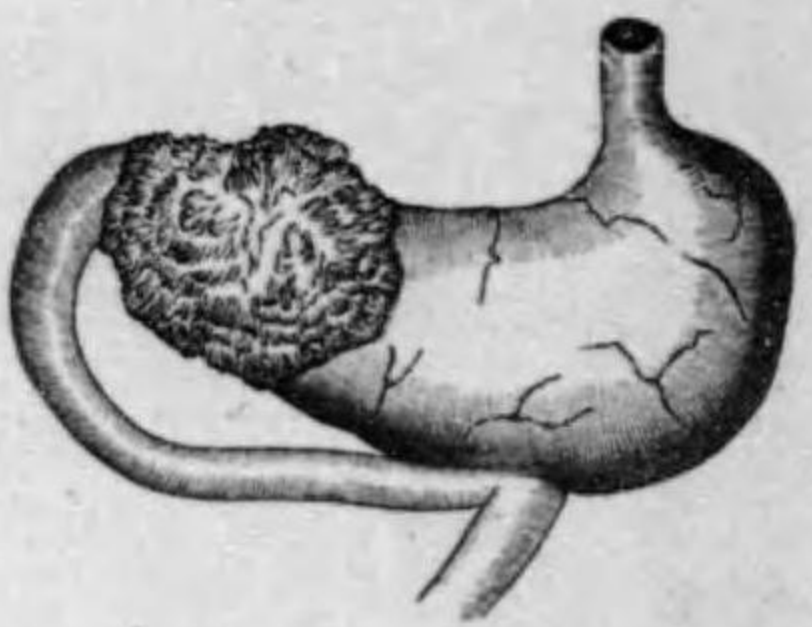
可カラズ。フドロフ氏ハ、自家實驗ノ一例ノ外ニ、眞ニ胃ノ全摘出術ヲ行ヒタル患者十四例ヲ集メタルガ、患者ノ一部ハ術後甚ダ速ニ體重ヲ増加シタルモ、次デ一部ハ再發症ノ爲ニ斃レタリ。ベツケル氏ニ據レバ、胃ノ全摘出術若クハ殆ド全摘出術ヲ行ヒタル患者四十六名中、治癒セル者二十八名、死亡セル者十八名(三九一%)ニシテ、此中只四名ハ四年ノ後尙生存セリト云フ。是ニ由リテ之ヲ觀ルニ、人ニ在リテハ、胃ヲ全ク摘出スルモ、腸ノ消化作用ハ能ク胃ノ同作用ヲ代償シ得ル者ナルヲ微知ス可シ。而シテ此手術ニ最良ナルハ、十二指腸ト噴門トヲ縫著スルニ在レドモ(食道十二指腸瘻造設術。Die Oesophagojejunostomie)若クハ行フコト能ハザルトキハ、縫合ニ由リテ十二指腸ト噴門トヲ閉鎖シ、小腸ヲ噴門ノ側傍ニ縫著シテ茲ニ吻合ヲ形成スルカ、或ハ又時宜ニ由リ環狀縫合ニ由リテ小腸ヲ噴門ノ下端ニ縫著ス可シ(食道小腸瘻造設術。Die Oesophagoenterostomie)。

(六)胃小腸瘻造設術 Die Anlegung einer Magen-Dünndarmfistel, die Gastro-Enterostomie (第一圖トハ、胃ト小腸トヲ吻合交通セシムルノ法ニシテ、一千八百八十一年、英國ブラーグ市ウエルフレル氏ノ創テ施行セル所ナリ。而シテ此法タル、胃ト可及的ノ上部ノ小腸即チ空腸トノ間ニ交通路ヲ設クル者ナルヲ以テ、之ヲ胃空腸瘻造設術 Die Gastro-jejunostomie ト稱スルヲ妥當トス。此手術タル、摘出ス可カラザル幽門癌腫ノ狭窄症狀甚ダシキ者及廣大ナル幽門切除ヲ行ヒ胃ト十二指腸トヲ接合スルコト能ハザル者ニ施サルルモ、亦先天性及後天性幽門狭窄胃及十二指腸ノ潰瘍急

胃小腸瘻造設術(胃空腸瘻造設術)

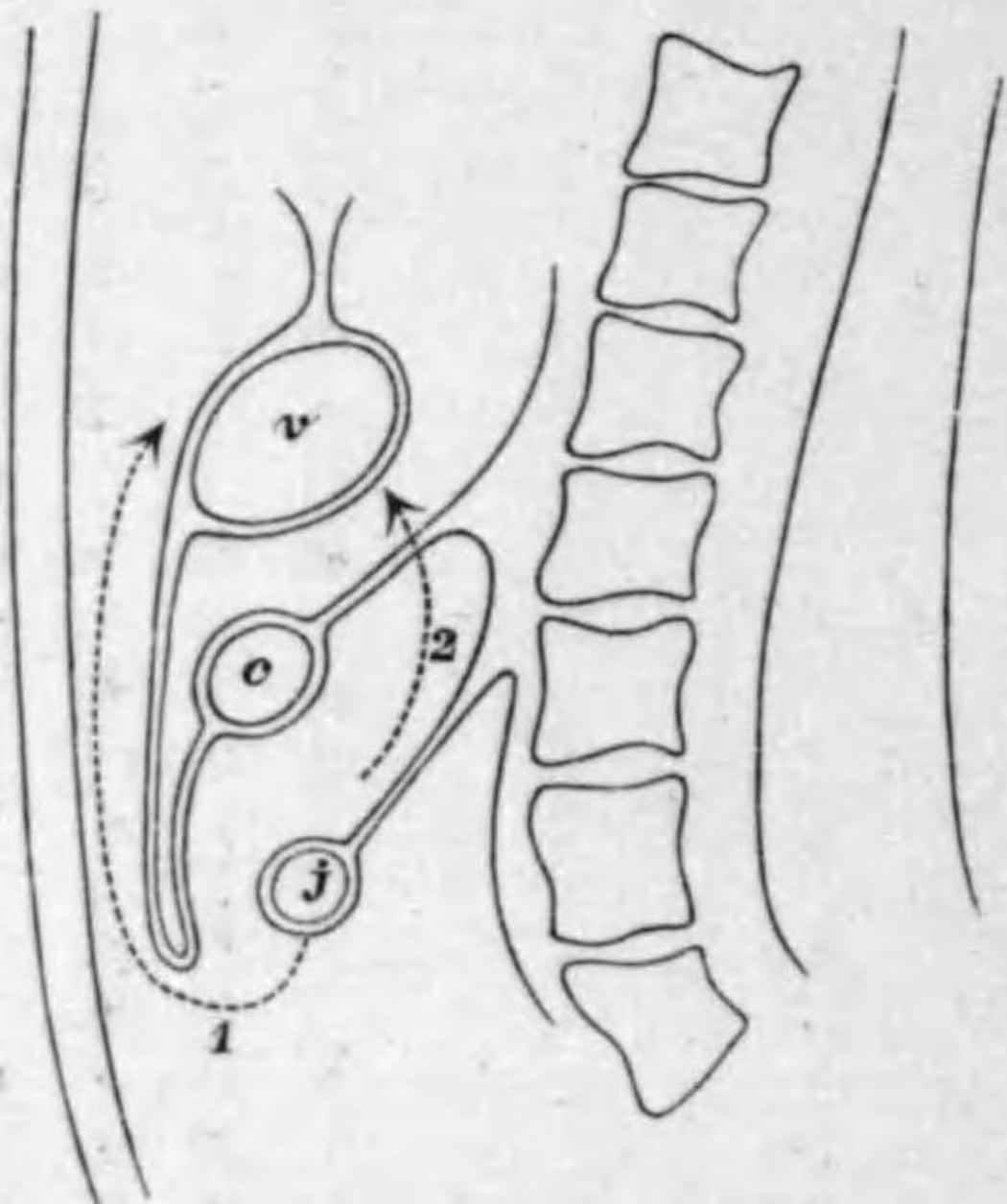
手術ノ適應症

第一百圖 胃小腸瘻造設術(的型模)



性胃出血腐蝕藥ニ因ル胃ノ損傷胃下垂症胃擴張症等ニ施シテ頗ル良效アリ。殊ニ該法ハ、良性ノ胃疾患(幽門狭窄出血潰瘍等)ニ施シテ最モ良效アル者ニシテ、之ニ由リテ幽門ノ炎症性腫脹及狭窄ハ全然消散スルコト有リ。

第一百二圖 胃小腸瘻造設術(氏ユシウカ)ノ常用ノ通路ヲ示ス



手術式 先チ手術ノ準備トシテハ、下劑ヲ與ヘテ豫十分ニ腸管ノ内容ヲ排泄セシメ、又手術前十分ニ胃ヲ洗滌シテ其内容ヲ排除シ、之ヲ全ク空虚ナラシメ、又手術ニ臨ミテ阿片ノ灌腸ヲ行ヒ、通常全身麻酔ヲ必要トスルモ、衰弱セル患者ニ在リテハ、亦局所麻酔ノ下ニ手術ス可シ。

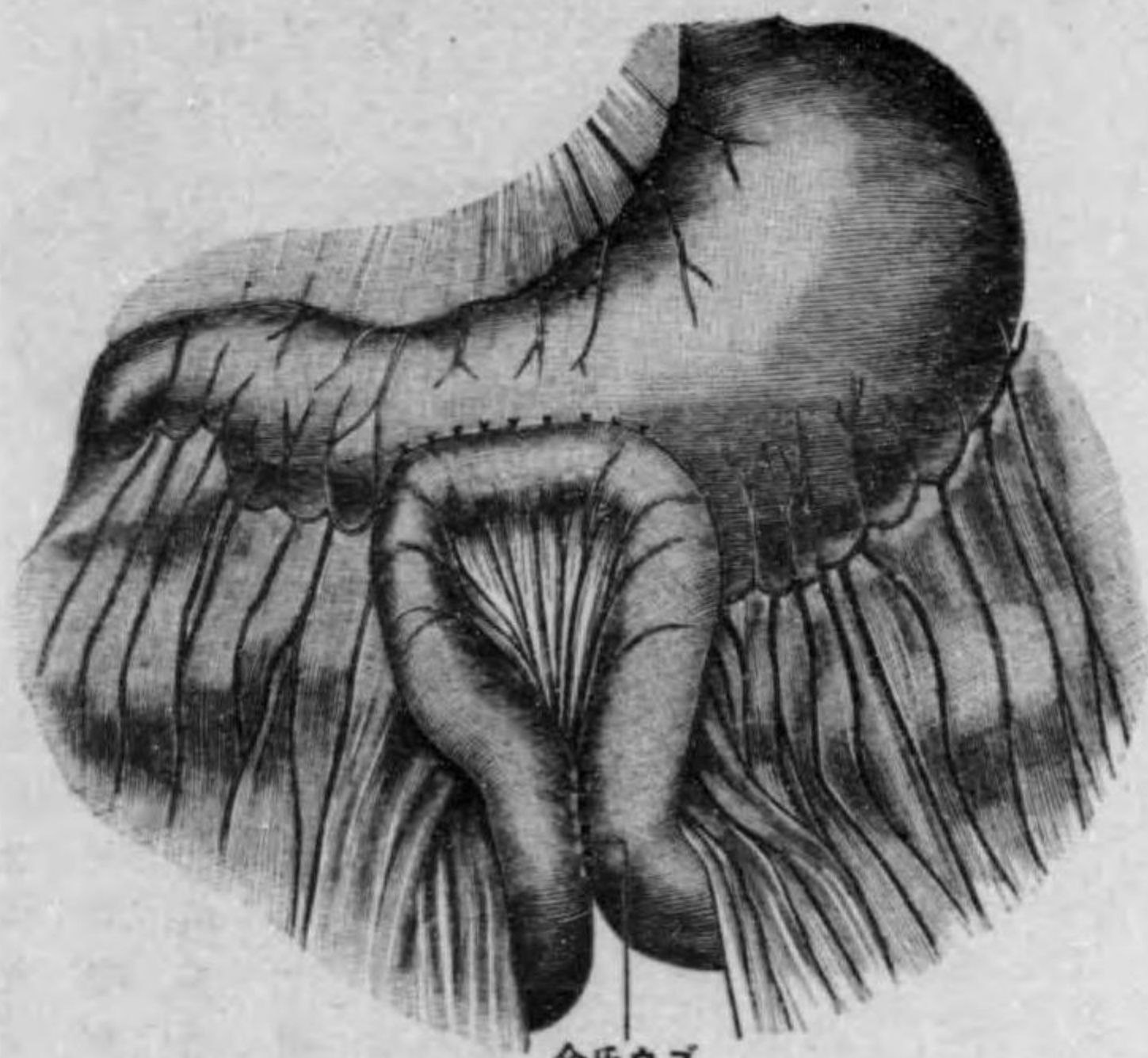
腹壁ノ切開ハ、白線ニ於テ劍狀突起ヨリ臍

胃ノ手術(胃小腸瘻造設術)

ニ至ル間ニ於テスルモ、亦臍下ニ至ルマデ切開ヲ要スルコト有リ。斯テ腹壁ヲ切開シタル後ハ、腹膜ノ創縁ヲ腹壁創ニ縫著シ、先ッ胃ノ大彎ヲ求メ、次デ空腸ノ蹄係ヲ牽出ス。此際胃及横行結腸ヲ上方ニ推移シ、十二指腸空腸皺襞ヨリシテ空腸ヲ求ムルヲ最良ナリトス。而シテ本手術ニ諸種ノ術式アレドモウエルフレル氏ニ從ヒ、小腸蹄係ヲ結腸

前方結腸
胃小腸
癒造設術

第百三圖
ウエルフレル氏前方結腸小腸癒造設術



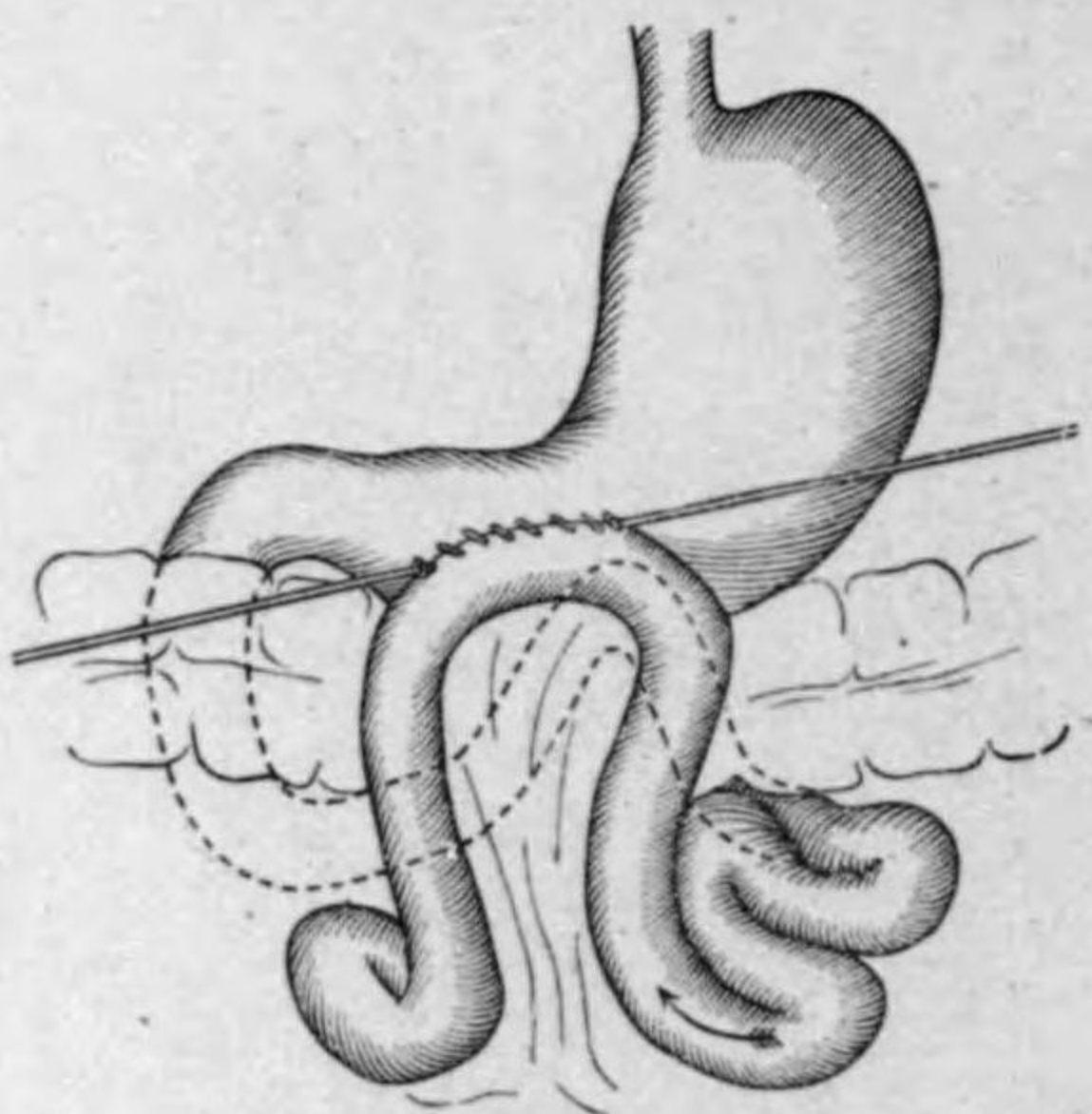
後ニブラ
ウエル氏ノ
腸吻合術
ヲ行ヒタ
ルモノ

ノ前方ヲ越テ胃ノ前下壁ニ縫著スルカ(前方結腸前胃小腸癒造設術)或ハフオン・ハツケル氏ニ從ヒ、小腸ヲ結腸ノ後方ニ於テ結腸間膜ヲ通ジテ胃ノ後下壁ニ縫著スルヲ良トス(後方結腸後胃小腸癒造設術)(第百二圖)及之。但シ後法ヲ以テ最良ノ法ト爲ス。

(1) 前方結腸前胃小腸癒造設術 (Gastroenterostomia)

(ウエル
フレル
氏)
法

第百四圖
結腸前胃小腸癒造設術



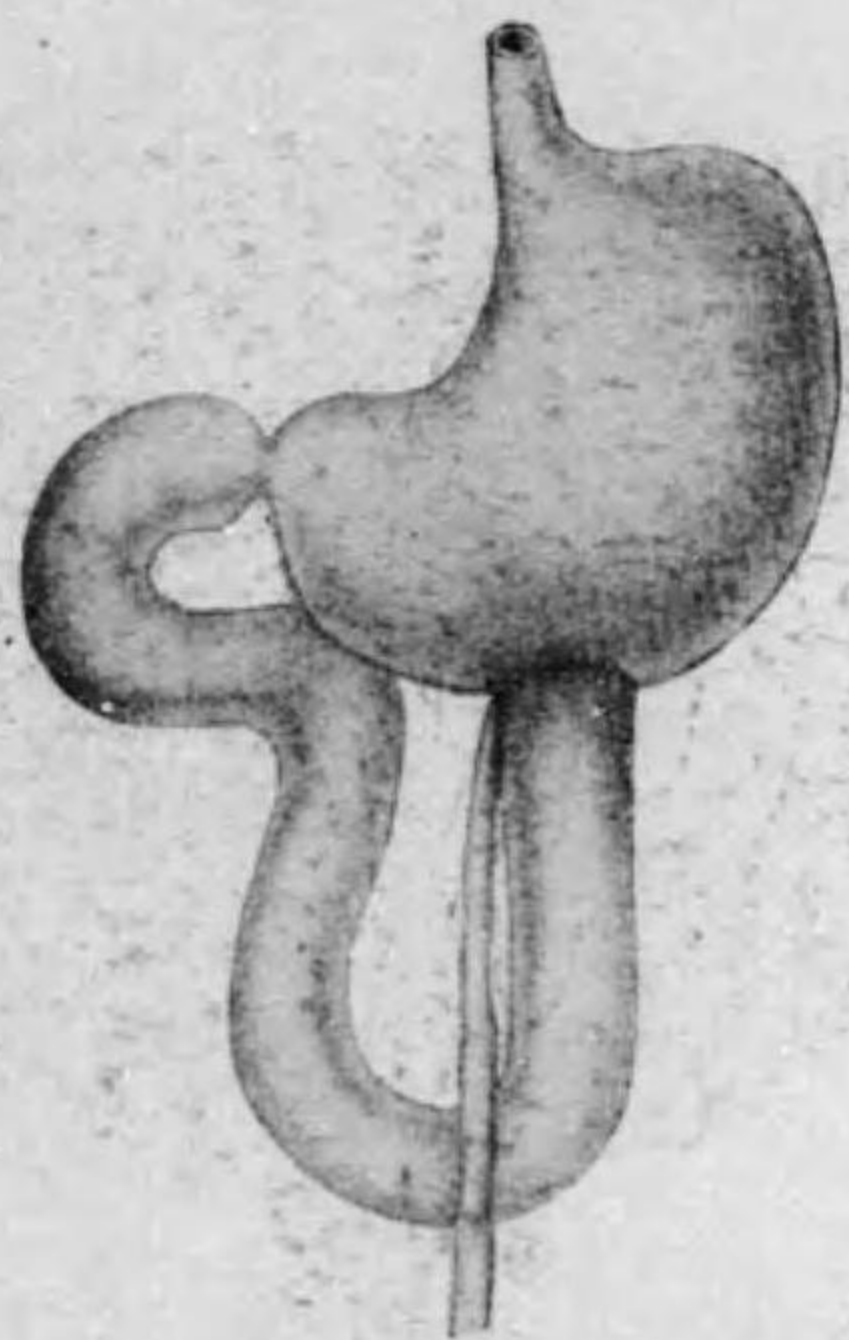
anteolica anterior)ハ、ウエルフレル氏ノ創ヲ施シタル法ニシテ、本手術ノ始祖ト爲ス。此法ヲ以テスルニハ、空腸蹄係ヲバ十二指腸空腸彎曲ノ下方五十乃至七十仙迷ノ所ニ於テ横行結腸ノ前方ヲ越テ胃ノ大彎ニ沿ヒ、其稍、前上方ニ於テ横ニ廣ク胃壁ニ縫著ス

分ハ悉ク腹腔内ニ還納シ、腹壁創ニハ濕性が一セヲ挿入シ、腹腔外ニ於テ手術ヲ施ス可シ。而シテ腸管ヲ胃ニ吻合セシムルニハ、五乃至六仙迷ノ長ヲニ於テシ、二列ノ連次性縫合ニ由リテ縫著ス可シ。此際胃及腸ノ蠕動運動ヲシテ互ニ相一致セシムル如クセ

胃ノ手術(胃小腸癒造設術)

ザル可カラズ。即ち腸管ノ上方ヲ左方ヨリ右方ニ向テ胃ニ縫著セザル可カラズ。此法ハ、之ヲ施スコト甚ダ容易ナレドモ、之ヲ以テスルトキハ、手術後ニ至リ間、腸ノ輸入及輸出脚ハ並行シテ吻合口ヨリ下垂シ、吻合口ニ對スル腸壁ノ一部ハ間、鋭ク屈折セラレ、爲ニ輸出脚ヲ壓閉シ、胃ノ内容ハ輸出脚ニ入ラズシテ、其大部ハ輸入脚内ニ入り、其著

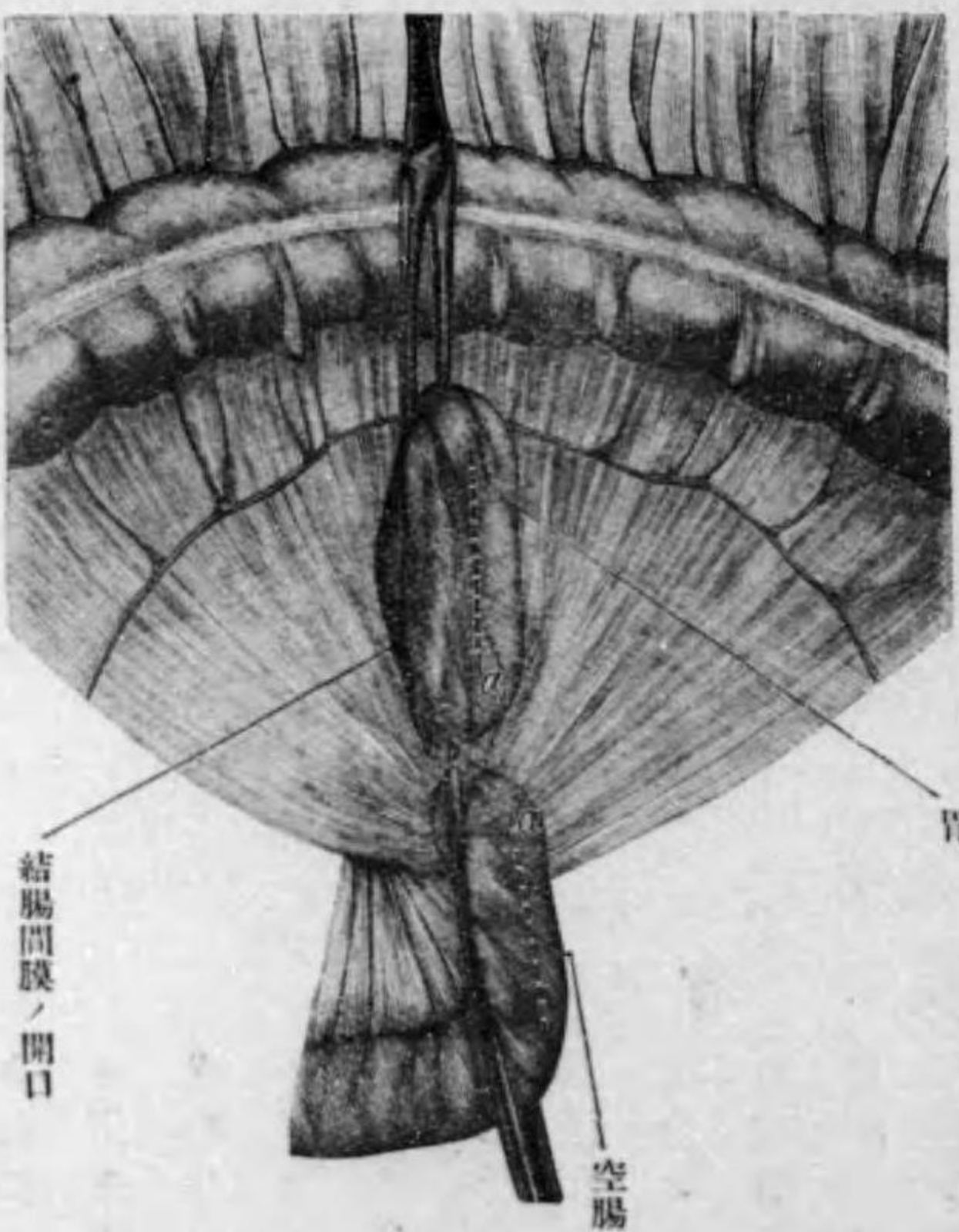
圖 五 百 第
者ルセ満充ノ脚腸入輸



シク充張セラルルヤ、遂ニ或ハ吻合口ヨリ、或ハ幽門尙開通スルトキハ、亦之ヲ經テ胃内ニ逆流シテ吐出セラルルコト有リ(第百五圖)。是本手術ノ後ニ發スル最モ忌ム可キ状態ニシテ、フォン・ミクリッツ氏ノ所謂錯誤循環(Mikulicz (Cirrhosis vitiosa)) 是ナリ。故ニ此弊害ヲ豫防スルニ、諸種ノ方法案出セラレタレドモ、最良ナルハ、ブラウン氏ニ從ヒ、腸ノ輸入及輸出脚ノ間ニ吻合ヲ施スニ在リ。所謂ブラウン氏ノ腸吻合(Die Braun'sche Enterostomose) (第百三圖) 是ナリ。此腸吻合ハ、胃腸ノ瘻口ニ近接シテ施ス可カラズ、宜シク横行結腸ノ下部ニ於テ施スベシ。又吻合口部上方ノ腸ノ兩脚ハ、左右同長ナラザル可カラズ。但シ此吻合口ハ、長大ナルヲ要セズ、通常二乃至三仙迷ノ長ヲ以テ足レリトス。

後方結腸
後胃小腸
後造設術
ハハケル
氏法

圖 六 百 第
氏ルケハ・ン・フ
術設造瘻腸小胃後腸結方後
(一) 其



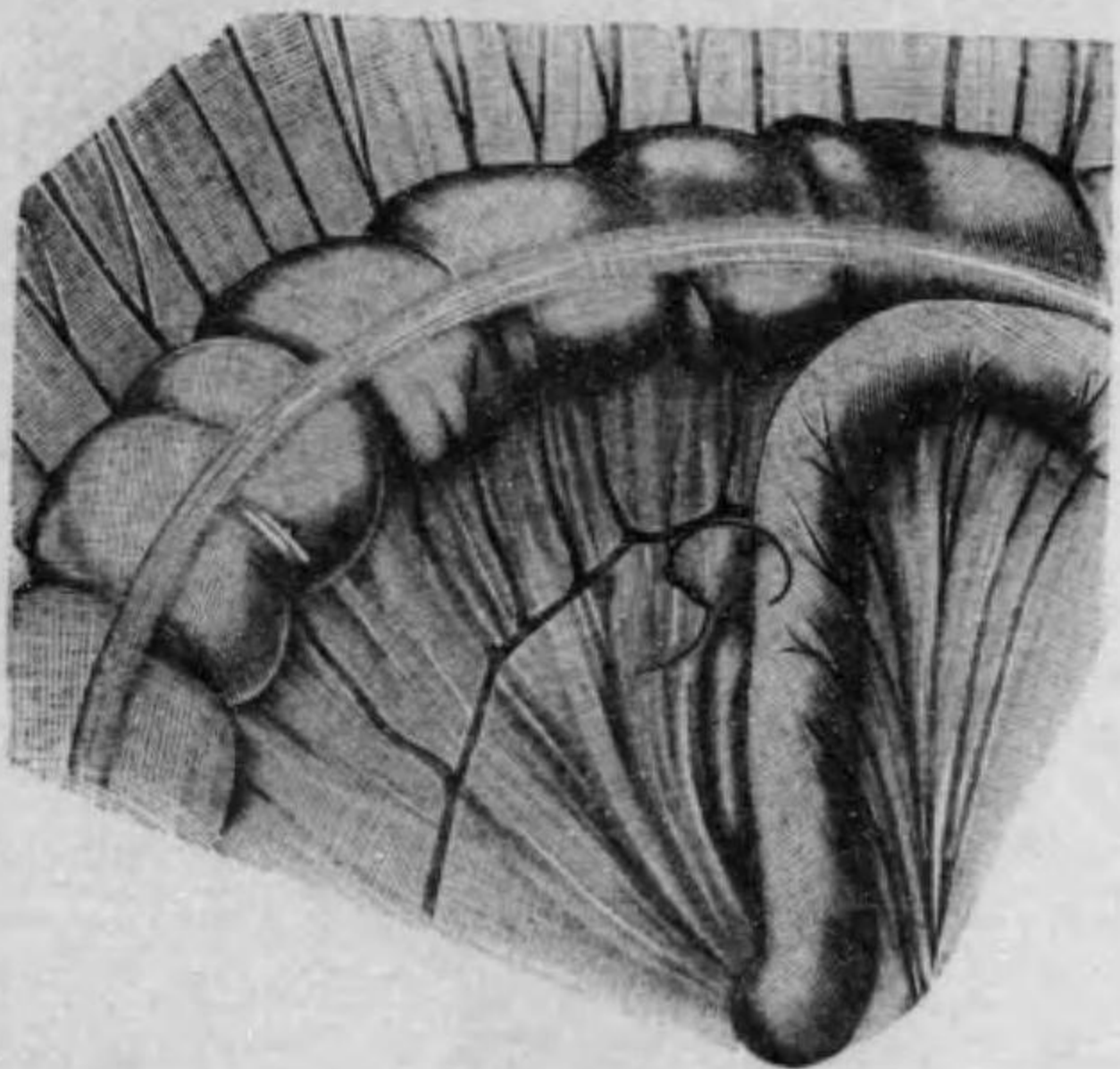
(2) 後方結腸後胃小腸瘻造設術 (Gastroenterostomia retrocolica posterior) ハ、フォン・ハケル氏ノ創意ニ係ル者ニシテ、空腸ノ可及的上方ヲ横行結腸ノ後方ニ於テ結腸間膜ヲ通ジテ胃壁ノ後下方ニ縫著吻合セシムルニ在リ(第百二圖)。此法ハ、前法ニ比スレバ之ヲ施スコト多少困難ナレドモ、胃小腸瘻造設術中最良ノ法ト爲ス可シ。是レ此法ヲ以テスルトキハ、前法ニ於ケルガ如ク、所謂錯誤循環ヲ來スコト無ケレバナリ。本手術ヲ施スニハ、腹腔ヲ切開シタル後、術者ハ左手ヲ以テ大網膜及横行結腸ヲ舉上

シタル後、右手ヲ深ク腹腔内ニ入レテ空腸ノ最上部ヲ求ム可シ。即ち右手ヲ脊柱ノ左側ニ沿テ上方ニ進ムルトキハ、結腸間膜ト脊柱トノ間ニ於テ突兀タル脾臟ヲ觸ル可シ。其直下ハ空腸最上部ノ出ヅル所ナルヲ以テ、之ヲ捕ヘテ牽出シ、腸夾子ヲ用ヒテ可及

胃ノ手術(胃小腸瘻造設術)

的其上部ヲ縦ニ挾持シ、次デ術者ハ横行結腸及大網膜ヲ左手ノ拇指ト示指トヲ以テ牽張シツツ、爾餘ノ指ヲ以テ胃壁ヲ後方横行結腸間膜ニ向テ壓抵シ、其血管無キ部ヲ解剖鋸子ヲ於テ鈍的ニ開クトキハ（此際注意シテ中結腸動脈ヲ傷クルコト勿レ）、胃

第七百第七
氏ルケッハ・ン・フ
術設造瘻腸小胃後腸結方後
(二 其)



(Die Y-Gastroenterostomie nach Roux) ナリ。其法タル、空腸ヲ横斷シテ其輸出脚ノ開口部ヲ胃ノ大彎附近ニ於テ結腸ノ前方或ハ後方ニ於テ胃ニ縫著シ、次デ輸入脚ノ開口部ヲ此吻合部ノ稍下方ニ於テ輸出脚ニ縫著吻合セシムルニ在リ（第百八圖）。此法ヲ以テスルト

ノ後壁ハ其開口ヨリ露出スルヲ以テ、夾壓鉗子ヲ以テ横ニ之ヲ挾持シ、是ニ於テ胃壁及腸管ニ五乃至六仙迷ノ切開ヲ施シ、連次性縫合ニ由リ之ヲ吻合縫著セシム（第百六及第百七圖）。而シテ結腸間膜ノ切離縁ハ、五六ノ結節縫合ニ由リ之ヲ胃壁ノ漿液膜ニ縫著セザル可カラズ。前記二法ノ外、尙時ニ稱用ス可キハ、ルイ氏ノY胃腸瘻造設術

第八百第八
術設造瘻腸胃-V氏Iル



エム・ブラウン氏ハ、此手術ノ後瘻口附近ノ空腸ニ往々潰瘍ヲ生ジ、其穿孔ノ爲、危険ナル症ヲ招來スルコト有ルヲ注意シ、氏ハ之ヲ酸性胃液ノ作用ニ因ル者トシ、之ヲ空腸消化性潰瘍 (Ulcus pepticum jejuni) ト名ケタリ。蓋、此潰瘍ハ、男子ニ來ルコト遠ニ多キ者ニシテ、チーゲル、シュスターク氏等ノ如キモ、其主因ヲ胃ノ過酸症ニ歸シタリ。然レドモ手術時ニ於ケル腸粘膜ノ機械的傷害及血行障礙モ、亦之ニ關係ヲ有スル者ナラムト云フ。チルマンズ氏ニ從ヘバ、此消化性潰瘍ノ發生ハ、本手術ノ法式ニ關スルコト大ナル者ニシテ、メヨ・ロブソン、ロッセ、I氏等ニ據ルモ、此潰瘍ハ結腸前胃小腸瘻造設後ニ來ルコト最多ク、又手術ヲ施スニ際シ過長ナル腸蹄係ヲ使用スル場合ニ發スルコト最多シト云フ。蓋、此潰瘍ハ、屢、其症狀ヲ呈スルコト無クシテ經過スルコト有ルモ、亦殊ニ夜間疼痛ヲ來シ、且一旦治癒スルモ、再發スルコト稀ナラズ。加之、間、遂ニ腸ノ穿孔ヲ來シ、危険ナル合併症ヲ繼發スルコト有リ。

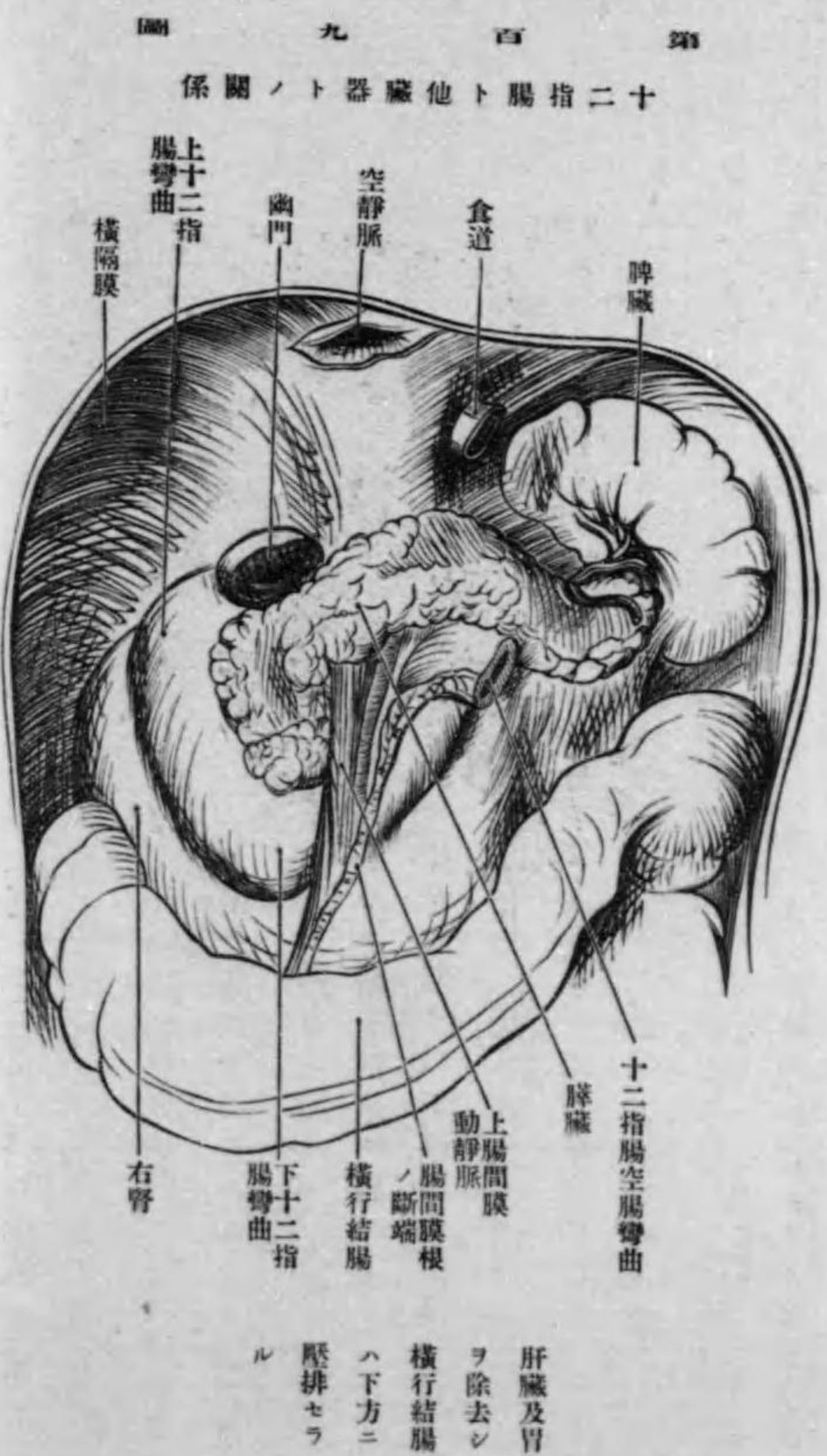
キハ、決シテ腸内容ノ逆流ヲ來スコト無キモ、其術稍、峻酷ナルノ嫌アリ。

良性幽門狹窄症ニ對シ胃空腸瘻造設術ノ頗ル良效ヲ奏スルコトハ、上文述べタル如クナレドモ、一千八百九十九年ニ至リ（本手術ノ創始ヲ距ルコト十七年ノ後）、

第七章 腸門ヲ除ク之損傷及疾患

腸ノ解剖
小腸

腸 (Der Darm, Intestinum) ナ分テ、先、小腸及大腸ノ二部ト爲ス。
(一) 小腸 (Der Dünndarm, Intestinum tenue) ハ、其全長約六乃至七迷ニシテ、之ヲ又十二指腸、空腸及回腸ノ三部ニ分ツ。

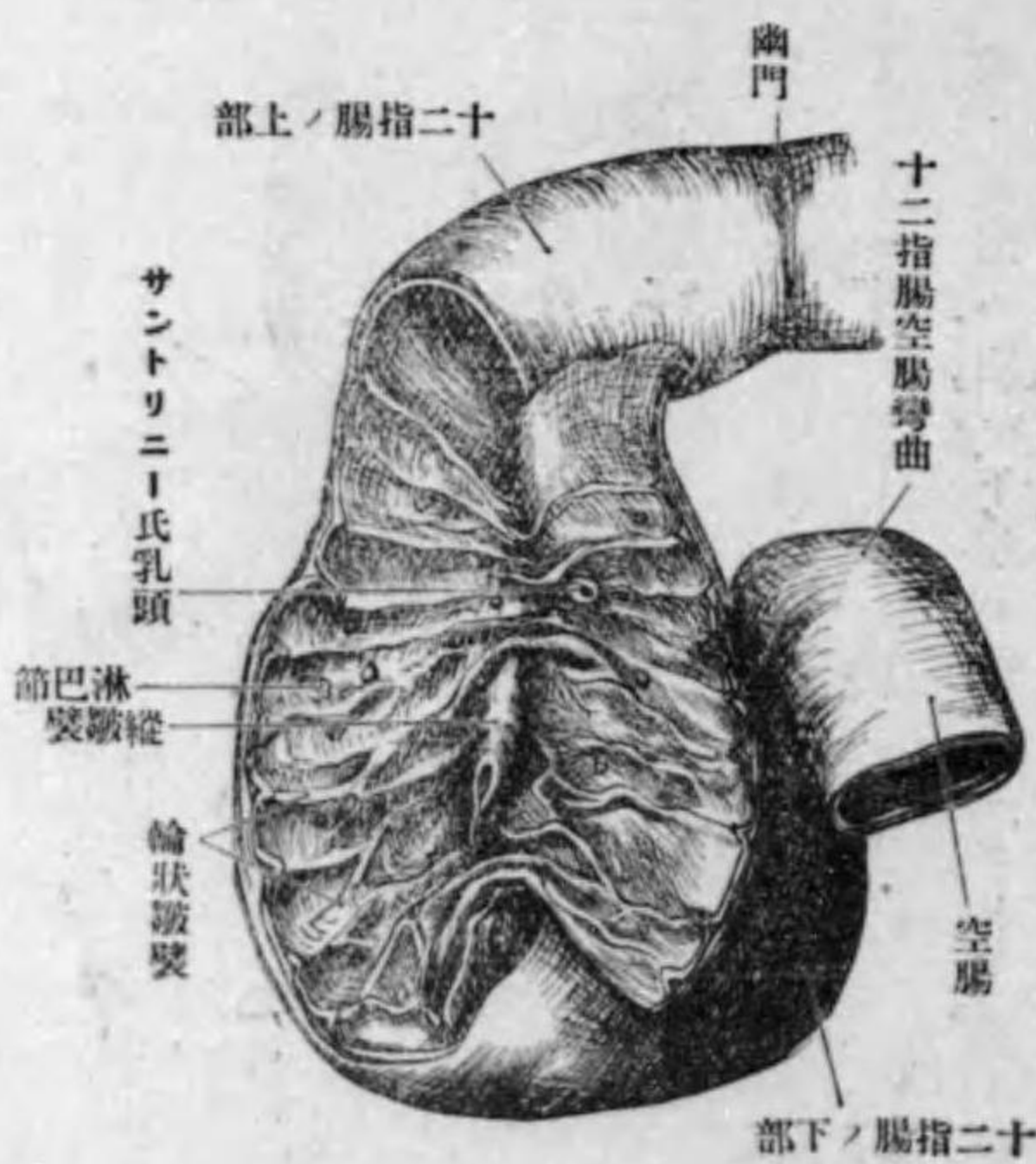


第九百四十九圖 係關ノト器臟他ト腸指二十

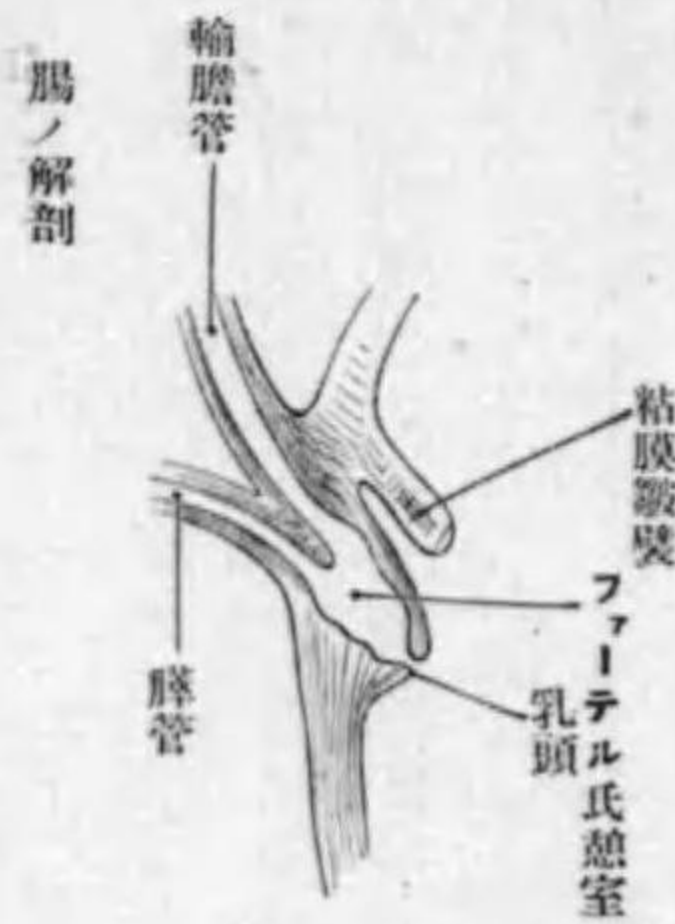
十二指腸 (Der Zwölffingerdarm, Duodenum) ハ、長ル彎入部ニ睥頭ヲ藏シ、其最上方ニシテ脊柱

仙迷ニシテ、蹄鐵形ヲ爲シ、其左方ニ向ヘ

第十百四十九圖 壁後ノ腸指二十



第十百五十一圖 面斯部頭乳ノ腸指二十

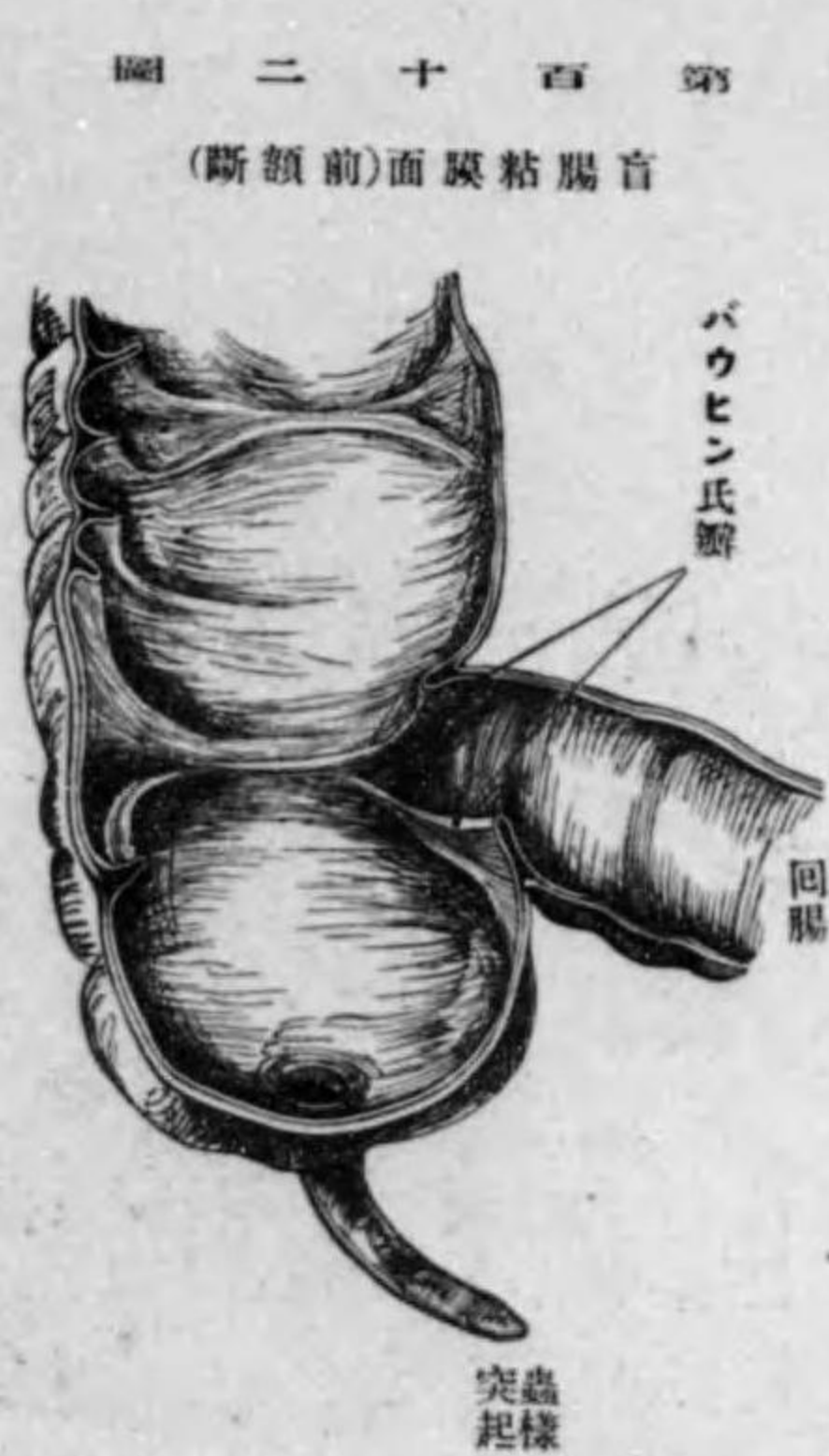


十二指腸下行部ノ後壁ニ短キ縦皺襞アリ、其下

端ノ低キ乳頭ノ上ニ小凹陥ヲ存ス。フイテ。ル。氏。憩。室。 (*Diverticulum Valeri*) 是ナリ。該部ハ、輪。胎。管。及。臍。管。ノ。開。口。ス。ル。所。ニ。シ。テ、此。縱。皺。襞。ノ。右。方。ニ。又。小。隆。起。ヲ。見。ル。是。即。チ。サ。ン。ト。リ。ニ。氏。乳。頭。 (*Papilla Santori*) ニシテ、副臍管ノ開口部ナリ (第百十及第百十一圖)。

空。腸。 (*Der Leerdarm, Jjunum*) ノ。上。端。ハ、十。二。指。腸。空。腸。彎。曲。 (*Flexura duodenojejunalis*) ヲ以テ始マリ、其長ハ小腸ノ約五分ノ一ヲ占メ、其下部タル五分ノ二ハ、回。腸。 (*Der Krummdarm, Ileum*) ニ屬ス。

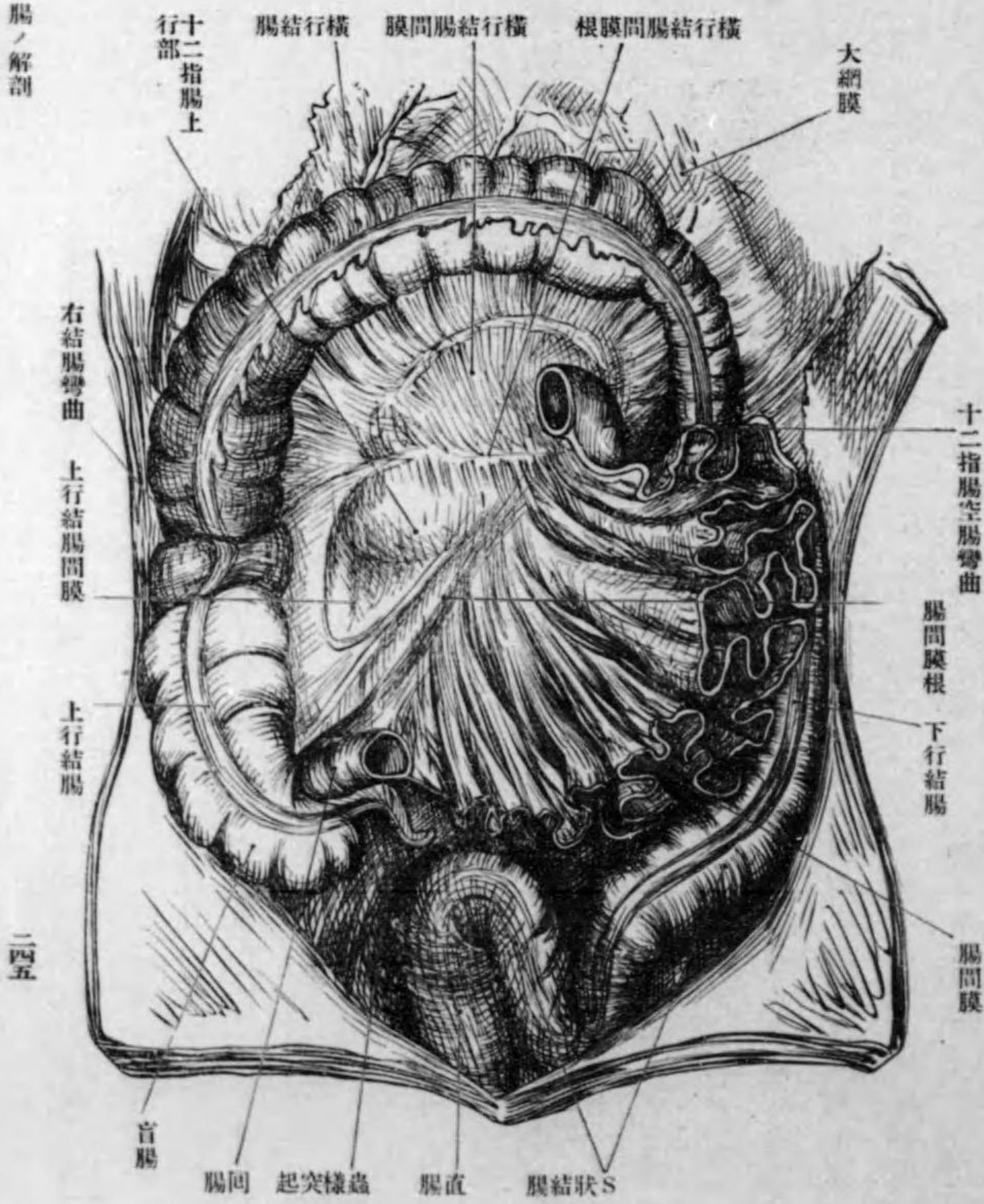
但。兩。者。ノ。境。界。ハ。判。明。ナ。ラ。ズ。シ。テ、其。下。端。ハ。盲。腸。ニ。終。ル。而。シ。テ。此。空。回。腸。 (*Intestinum jejunale*) ハ、其。起。始。部。ヨリ。末。端。ニ。至。ル。マ。デ、廣。キ。扇。面。狀。ヲ。爲。セ。ル。腸。間。膜。 (*Mesenterium*) ヲ以テ遊離的ニ後腹壁ニ連ナル。此後腹壁ニ連ナル狭キ腸間膜縁ハ、即。腸。間。膜。根。 (*Radic mesenterii*) ニシテ、該部ハ、第二腰椎ノ



左側ヨリ十二指腸ノ地平部、脊柱及大血管ノ前面ヲ斜ニ右下方ニ走リテ、右腸骨窩ニ達ス (本書第十七及第百十三圖參照)。

小腸ハ、一般ニ上部ハ廣ク、下部ハ狭クシテ、其下端ト盲腸トノ連續ハ、二葉ノ粘膜皺襞即。上。唇。及。下。唇。ニ。由。リ。隔。テ。ラ。レ、其。各。葉。ハ。鎌。狀。ヲ。呈。シ、遊。離。縁。ハ。盲。腸。ノ。内。腔。ニ。突。出。シ、以。テ。大。腸。ノ。内。容。ヲ。シ。テ。小。腸。内。ニ。逆。流。セ。シ。メ。ザ。ラ。シ。ム。バ。ウ。ン。氏。瓣。 (*Valvula Bauhini*) 是ナリ (第百十二圖)。

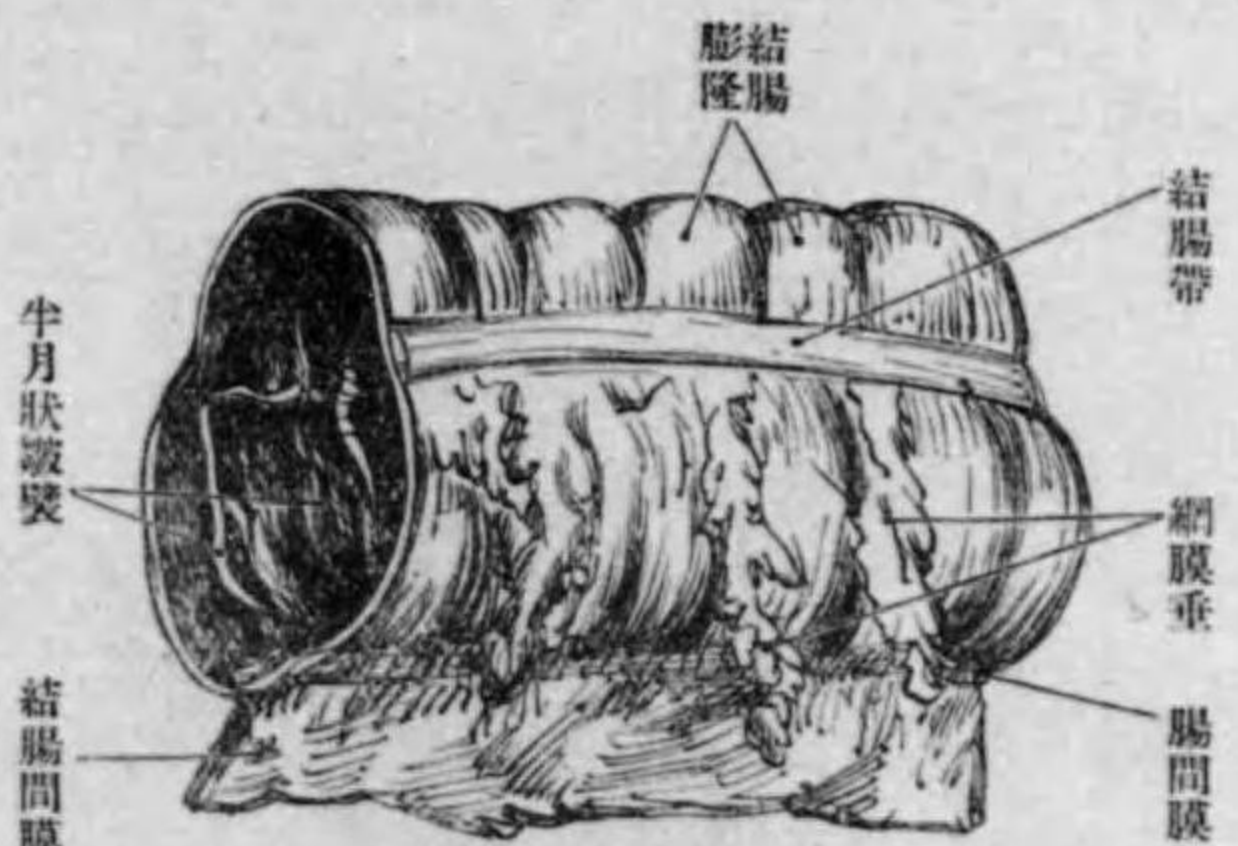
第百三十三圖 大腸(横行結腸ヲ大腸網ト共ト上方ニ轉シ、小腸ヲ除去シ膜間腸ヲ左方ニ轉シ)



小腸ノ壁ハ、粘。膜。粘。膜。下。組。織。筋。質。膜。漿。液。膜。下。組。織。及。漿。液。膜。ノ。五。層。ヨリ。成。リ、筋。質。膜。ハ。外。縱。行。纖。維。層。ト。内。輪。狀。纖。維。層。ト。ヨリ。構。成。セ。ラ。ル。

(2) 大腸 (Der Dickdarm, Intestin crassum) 第四十三圖ノ全長ハ、約一迷半ニシテ、之ヲ盲腸、結腸及直腸ノ三部ニ區別ス。而シテ其外形ハ特異ニシテ、其長ニ從ヒ三條ノ結腸帶 (Transv. coli) 其縱軸ニ沿フテ走り、其間ニ數個ノ結腸膨隆 (Haustrum coli) ヲ生ズ。又其内腔ハ、結腸半月狀皺襞 (Plicae semilunares coli) ニ由リ小區分ニ分タレ、外面ノ處々ニ小葉狀ノ單純ナル或ハ分岐シタル突起ヲ有ス。之ヲ網膜垂 (Appendix epiploica) ト名ク (第四十四圖)。

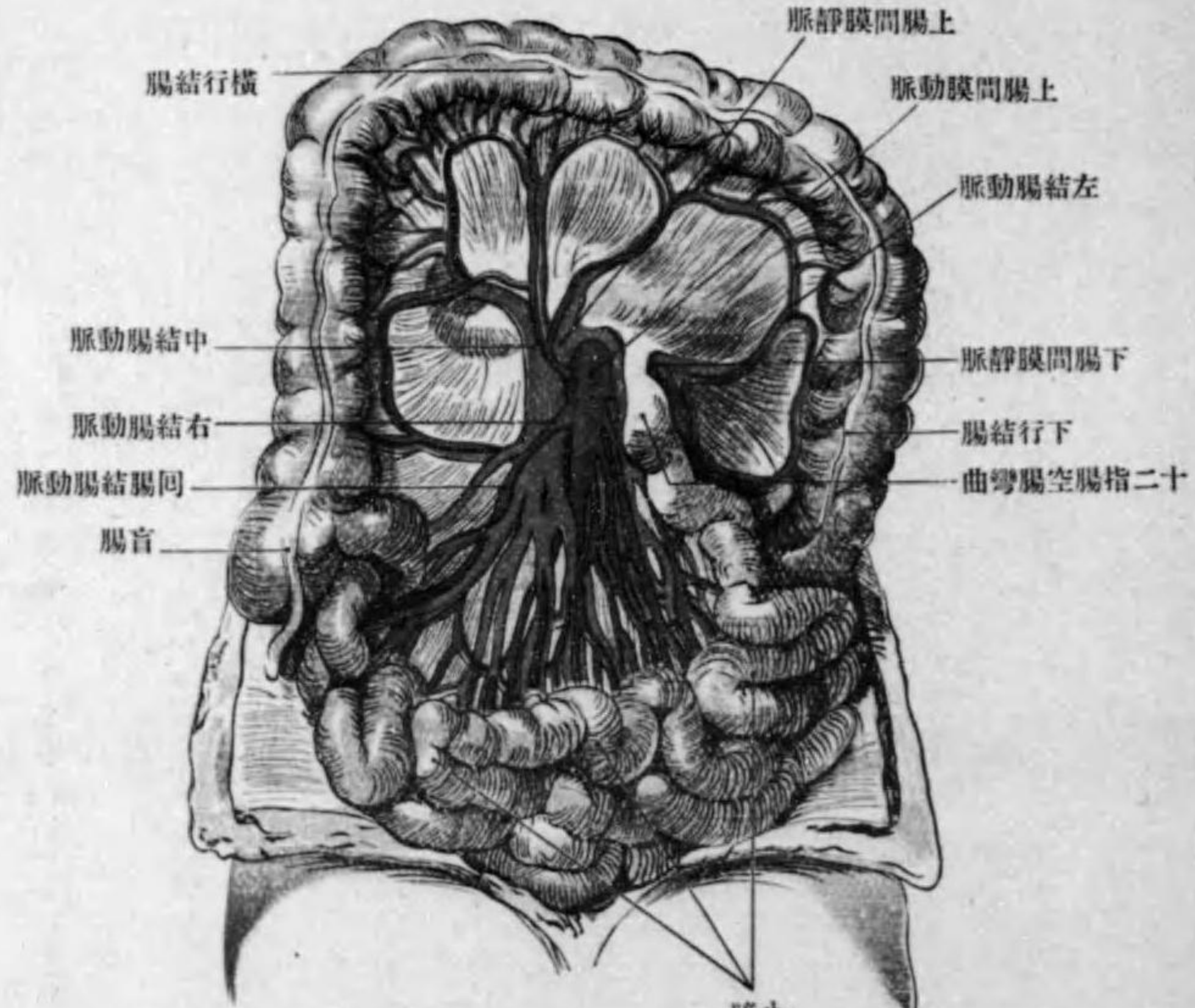
第百四十四圖 結腸ノ片一



側ヲ下ル。故ニ之ヲ區別シテ上行結腸、横行血腸及下行結腸ノ三部ト爲ス。上行結腸 (Colon ascendens) ハ、盲腸ノ上部ヨリ殆ド鉛直ニ上リテ右腎ノ下方約三分之一部ノ前方肝臓ノ下部ニ至リ、左方ニ彎曲シテ横行結腸トナル。此彎曲部ハ、右側結腸彎曲 (Flexura coli dextra) ニシテ、其前側及兩側ハ腹膜ヲ以テ被覆セララルモ、後側ハ結締織ヲ以テ後腹壁及右腎ト連結セララル。

其右側ヲ上リ、中央部ハ上部ヲ横行シ、終末部ハ左側ニ彎曲シテ腹腔ノ周圍ヲ繞グリ、其起始部ハ係狀ニ彎曲シテ腹腔ノ周圍ヲ繞グリ、其起始部ハ結腸 (Der Chindarm, Colon) ハ、大腸ノ大部ヲ占メ、蹄狀ニ彎曲シテ腹腔ノ周圍ヲ繞グリ、其起始部ハ

第百四十五圖 小腸及大腸ノ血管



及右腎ト連結セララル。

横行結腸 (Colon transversum) ハ、右側結腸彎曲ヨリ肝臓及胃ノ下方ヲ左方ニ向テ走り、左季肋部ニ於テ左腎ノ前方、脾臓ノ下側ニ於テ左側結腸彎曲 (Flexura coli sinistra) ヲ以テ下行結腸ニ移行ス。而シテ其兩端ハ、左右彎曲

部ニ由リテ後腹壁ニ接著スレドモ、中央部ハ前方ニ突出シ、横行結腸間膜 (*Transversum mesocolon*) ニ由リテ後腹壁ト連繫ス (第百十三及第百十五圖)。

下行結腸 (*Colon descendens*) ハ、左側彎曲ヨリ左腎、方腰筋及腸骨筋ノ前面ヲ下リ、左腸骨窩ニ於テS狀結腸ニ連ナリ、只其前側ノミ腹膜ヲ以テ被ハレ、他部ハ悉ク結締織ヲ以テ前記諸部ト連結セラル。

S狀結腸又彎曲 (*Colon sigmoidale s. Flexura sigmoidea*) ハ、下行結腸ト直腸トノ間ニ於ケル通常C字形ノ腸蹄係ニシテ、左側薦腸關節部ニ於テ直腸ニ連ナリ、腸間膜ヲ有シ、其長短及形狀ハ一様ナラス (第百十三圖)。

直腸 (*Der Mastdarm, Rectum*) ニ就テハ、下文肛門及直腸外科ノ條下ニ述ブ可シ。

大腸ノ壁ハ、亦粘膜、粘膜下組織、筋質、漿液膜、下組織及漿液膜ヨリ組成セラル。

腸ノ動脈ハ、上及下腸間膜動脈ニシテ、腹部大動脈ヨリ分岐シ、靜脈ハ又上及下腸間膜靜脈トシテ門脈ニ注グ (第百十五圖)。

小腸ノ淋巴管ハ、乳糜管 (*Das Chylusgefäß*) トシテ腸絨毛ニ其源ヲ發シ、腸壁ノ内部ニ於テ二個ノ淋巴管叢 (粘膜下及漿液膜下淋巴管叢) ヲ形成シ、之ヨリ淋巴管ハ、腸間膜ノ兩叢間ニ於テ其根部ニ向テ走リ、以テ此部ニ在ル淋巴腺ニ注グ。而シテ此淋巴腺ハ、根部ニ近クニ從ヒ益々大トナリ且多數トナル。

腸ノ神經ハ、迷走神經及交感神經ナリ。

腸ノ検査法
腸ノれんごん検査法

腸ノ検査法ニ於テモ、亦視診、觸診、打診、聽診、官能検査法等アレドモ、茲ニハ唯其れんごん検査法ヲ述ベムトス。

腸ノれんごん検査法 (*Die Kolonuntersuchung des Darms*) ナ行フニモ、亦對比品 (本卷一八二頁圖) トシテ炭酸蒼鉛ヲ實用ス。リーデル氏ハ、始之ニ蒼鉛ヲ牛乳或ハ油類ニ混和シタル者ヲ用ヒタレドモ、此法ヲ以テスルトキハ、蒼鉛ハ沈澱シ易キヲ以テ、現今ハ専ラホルツク子ヒト氏ニ從ヒ、蒼鉛澱粉混和液ヲ使用ス。之ヲ製スルニハ、澱粉二食匙ヲ二百五十瓦ノ水ニ混ジタル者ヲ、一リーミルノ熱湯ニ入レ、十分ニ攪拌シタル後、更ニ五分間之ヲ煮沸シ、斯テ炭酸蒼鉛百二十瓦ヲ水七百五十瓦ニ混和シタル者ヲ取り、前液ニ混ジテ再ビ善ク之ヲ攪拌ス。而シテ斯ノ如クニシテ製シタル蒼鉛澱粉混和液ハ、加温スルノ必要無ク、之ヲ低温度ニ保チ、使用ニ際シテ濃注器ニ之ヲ容ル可シ。

腸ノれんごん検査ヲ行フニ當リ、上記ノ對比品ヲ腸内ニ輸送スルニ、胃ヨリスルト、直腸ヨリスルトノ二法アリ。即ち小腸ノ検査ニ在リテハ、常ニ蒼鉛ヲ胃ヨリ輸送セザル可カラザレドモ、大腸ノ検査ニ在リテハ、或ハ胃ヨリ之ヲ輸送シ、或ハ直腸ヨリ之ヲ輸送ス可シ。而シテ直腸ヨリ大腸内ニ蒼鉛ヲ輸送スルニハ、先、普通ノ灌腸ヲ施シテ腸管内ヲ淨清シタル後、患者ヲシテ左側臥若クハ膝肘位置ヲ取ラシメ、徐々ニ含蒼鉛液ヲ腸管内ニ送ル可シ。之ニ使用セララルル液ハ、通常千乃至千五百立方仙速ノ水ニ炭酸蒼鉛百乃至百五十瓦ヲ混ジタル者ナリ。

腸ノれんごん検査ハ、立位若クハ臥位ニ於テ行フ可シ。而シテ臥位ニ於テ此検査ヲ行フ

ニハ、患者ヲづく張ノ寢臺上ニ仰臥セシメ、管球ヲ寢臺下ニ置キ、下方ヨリ上方ニ向テ照射セシメ、患者ノ腹上ニ透照板ヲ置ク可シ。斯テ透照毎ニ觀察シタル影像ヲバ、硝子鉛筆ヲ用ヒテ透照板上ニ嵌メタル含鉛硝子板上ニ描寫シ、後之ヲ白紙上ニ複寫ス。

健態ニ在リテハ、小腸ノ位置ハ蒼鉛食ヲ以テスルモ、明確ニ知ルコト困難ナレドモ、大腸ノ位置ハ、之ニ由リテ明白ニ檢知スルコトヲ得可シ。殊ニ大腸ハ、廣キ索狀物トシテ現ハレ、之

第百六十圖 蒼鉛ヲ以テ充テラタル常態ノ大腸

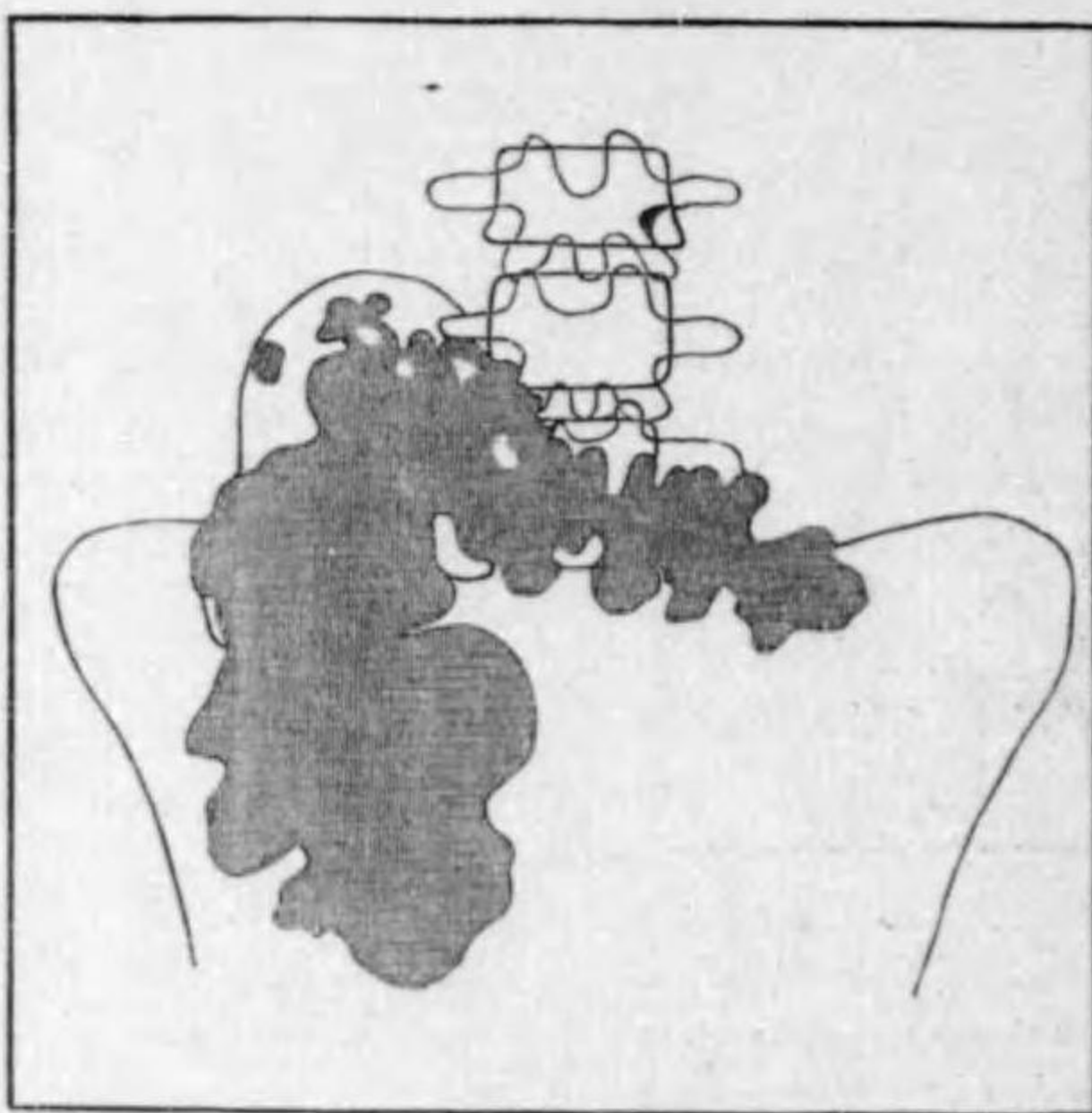


ニ特異ナル膨隆及其間ニ在ル絞扼部ハ、明ニ之ヲ見ルコトヲ得可キモ、小腸ハ多クハ僅ニ指大ニシテ回腸狀ヲ呈スル陰影ヲ呈スルノミ。而シテれんざけん檢査ニ據レバ、横行結腸ハ水平ノ位置ヲ占ムルコト殆ド之、無ク、反テ胃ノ大彎ニ隨從シ左側結腸彎曲部ハ、右側ノ同部ヨリ高位ヲ占メ、下行結腸ハ殆ド

常ニ下方ニ向テ直行スルヲ見ル。但シS狀彎曲部ノ位置ハ、常ニ一定ナラザル者トス。

蒼鉛食ニ一乃至二食匙ノ乳糖ヲ加ヘテ其凝結作用ヲ制スルトキハ、攝食後既ニ二時間ニシテ最初ノ蒼鉛陰影ヲ盲腸内ニ認ム可シ。而シテ其平均持續ハ、約三乃至四時間ト看做ス可ク、常態ニ在リテハ、四時乃至六時間ノ後ニハ、小腸内ニ蒼鉛陰影ヲ認ムルコト無ク、蒼鉛ハ悉ク上行結腸内ニ集積スルヲ見ル可シ。故ニ腸内容ノ小腸ヲ通過スル時間ハ、非常ニ短キヲ知ルモ、其ニビ大腸ニ入ルヤ、其通過徐々ナル者ニシテ、蒼鉛食後ニ於テモ、蒼鉛陰影ノ横行結腸ニ現ハルルハ、十二時乃至十四時ノ間ニ在リテ、其直腸彎曲部ニ現ハルルハ、大抵

第百七十圖 移動性盲腸



腸ノ檢査法

二十四時ノ後ニ在リ、斯テ便通ニ由リテ直腸及下行結腸ノ内容ハ排出セラレルモ、上行結腸内ニハ、六時乃至十時間ヲ經過スルモ、尙陰影ヲ認ム可シ。

今左ニ腸病ニ於ケルれんざけん像ノ梗概ヲ述ブ可シ。

腸内異物ニシテ比重ノ大ナル者ハ、之ヲ檢知スルコト容易ナレドモ、腸内何ノ部位ニ存在スルヤハ、之ヲ確知スルコト甚ダ難シ。

移動性盲腸。ウエルクムス氏ノ所謂「移動性盲腸」(Cecum mobile)ハ、盲腸異常ニ長ク且廣クシテ尋常ノ約二倍大ニ達シ、且其固定不安ナル者ナリ。此症ニ在リテハ、若鉛陰影ハ四十八時間以上ヲ經ルモ尙能ク認めルコトヲ得可シ(前百十七號)。
 大腸ノ結核性潰瘍ニ在リテハ、潰瘍所在ノ部位現ハレザルカ、或ハ該部ハ廣キ圓柱ヲ作りテ特異ナル膨隆ヲ缺如シ、且陰影著シク淡白ナリ。
 痙攣性便秘ニ在リテハ、膨隆ハ全ク之ヲ見ルコトヲ得ズシテ、陰影ハ個々相隔離セラレタル小圓子狀トナリテ現ハル。然レドモ若鉛塊ハ、殆ド通常ノ速度ニ於テ輸送セラレ、十時間乃至十二時間ニ於テ下行結腸ニ到着シ、加之ニ間、既ニ六時間ニシテS狀部ニ到着スルコト有リ。但、大腸ノ下部ニ於テハ、糞便ノ輸送遅徐ニシテ、從テ排便モ亦著シク遅延セラルルヲ常トス。ホルツク子ヒト氏ニ據レバ、本症ニ在リテハ、結腸ノ橫徑ハ常態ノ者ニ比スレバ狹隘ニシテ、殊ニS狀彎曲部ニ於テ最モ著明ナル。

第百十八號
痙攣性便秘



ルヲ特徴トス。而シテ其狹隘ナルハ、腸壁ノ緊張性收縮ニ因ル者ナリト云フ(前百十八號)。
 あ〇こ〇に〇性〇便〇秘〇ニ〇在〇リ〇テ〇ハ、小腸ニ於ケル内容輸送時間遅延シ、盲腸及上行結腸ハ著シク弛緩擴大シテ絞扼部ヲ見ルコト少ナク、右側彎曲部ハ左側ニ比スレバ低位ニ在リ、且之ニ

糞便ノ著シク滯積スルヲ認め、而モ其滯積時間ハ、二十四時間ヨリ四十八時間若クハ其以上ニ至リ、橫行結腸ノ起始部ニ於テハ、糞塊ハ間、氣泡ニ由リテ包裹セラレ、而シテ爾他ノ結腸ニ於テハ、漸ク二十四時ヲ經テ連續セザル小糞塊ノ陰影ヲ認め。
 腸管ノ狹窄ニ在リテハ、狹窄上部ニ於ケル腸管ハ膨大シ、若鉛ノ長ク此所ニ滯留スルヲ認め可シ。
 腸ノ腫瘍ニ在リテハ、腫瘍ノ所在部ニ一致シテ若鉛陰影ノ缺如スルヲ見ル可シ。又時トシテハ手指大ノ索狀ノ陰影ヲ見ルコト有リ。蓋斯ノ如キハ、腫瘍浸潤(癌腫)ノ爲、腸管腔ノ求心的ニ狹縮スルニ因ルナリ。

第一 腸ノ畸形

腸ノ畸形 Missbildungen des Darms ニ種々アリ。其先天性憩室即チメッケル氏憩室(Das Meckel'sche Darmdivertikel)ハ、胎生時ニ於ケル卵黃管ノ遺物トシテ、間、回腸ノ最下部ニ存スルコト有リ(本誌二三頁參照)、而シテ此憩室ニシテ若シ長大ナルトキハ、他ノ腸管ニ纏絡シ、以テ危険ナル腸閉塞症ヲ起サシムルコト有リ。但、腸憩室ハ、亦小腸ノ他部結腸及直腸ニ存スル者ニシテ、或ハ先天性ニ屬シ、或ハ後天性ニ來ル者アリ。蓋シ後天性憩室ハ、怡モ食道憩室ニ於ケルガ如ク、腸粘膜ノ一部へるにあ狀ニ擴張スルニ由リテ發スル者ニシテ、間、之ヲ多發スルコト有リ。是レ腸内一部ノ壓力増進例之糞便ノ滯積ニ基

因スル者ニシテ、間之ニ炎症ヲ起シ(所謂憩室炎) *Die Divertikulitis*、又其穿孔ヲ來スヤ、爲ニ危険ナル症狀ヲ發來スルコト有リ。



第九百九十號
ルシル博士三信太郎氏病
(氏郎太信翰三士博)

生後二ヶ月半ヲ經タル哺乳兒ニ發シタル者ニシテ先天性ニ屬スル者ニ適例ナリト云フ

先天性へるにあに來ル所ノ腸ノ異常位置ハ、後章へるにあに條下ニ讓リ、直腸及肛門ノ先天性畸形、殊ニ直腸ノ狹窄及閉鎖ハ、直腸外科ノ條下ニ於テ論ゼム。
爾他尙腸ノ畸形ニ屬スル者ハ、稀有ナル小腸ノ先天性狹窄及閉鎖 (*Die angeborene Stenose und Atresie des Dünndarms*) ニシテ、高度ノ腸畸形ニ在リテハ、腸ノ大部、加之、其全部缺如スル者ヲ見ルコト有リ。
療法ハ、主トシテ腸ノ狹窄及閉鎖症ニ對シテ施スコト有ルノミ、即、本症ニ在リテハ、時宜ニ由リテ人工肛門ヲ設クルカ、或ハ更ニ之ヨリ可ナルハ、腸吻合術ヲ施スニ在リ。但シ其手術式ハ、其ニ後文腸手術ノ條下ニ述ブ可シ。

茲ニ尙記述ヲ要ス可キ者ヲ所謂ヒルシスブルング氏病 (*Die Hirschsprung'sche Krankheit*) ト爲ス。本症ハ、生來結腸ノ非常ニ擴張シ、且其筋質著シク肥大シ、之ニ伴フニ通常最モ頑固ナル便秘ヲ以テスル症ニシテ、千八百八十七年デチマーク國コペンハーゲン市ノ醫士ヒルシスブルング氏始テ哺乳兒ニ之ヲ實驗シ、詳細ニ記載セリ。但、此所謂先天性巨大結腸 (*Megacolon congenitum*) ナル者ノ病原ニ就テハ、方今尙未ダ定説アラズ、ヒルシスブルング氏ハ、之ヲ先天性ニ基ク腸ノ原發性擴張及肥大ト爲スモ、ヤコビー氏ノ如キハ、下行結腸ノ蹄係形成ニ基ク繼發的疾患ト爲セリ。而シテ結腸ノ中最モ著シク侵サル所ハ、S 狀彎曲部ニシテ、該部ハ亦長キニ過ギ、爲ニ往々屈折或ハ捻轉セラレ、以テ益、便通障礙ヲ來ス者トス。
本症ニ對スル療法ハ、殊ニ機械的障礙ヲ存スル場合ニ施サル者ニシテ、始、ニ先、下行結腸ニ人工肛門ヲ設ケ、後ニ至リテ結腸固定術、腸吻合術、S 狀彎曲部若クハ結腸ノ切除術等ヲ行フニ在リ。或ハ又時宜ニ由リ結腸縫製作成術 (*The Coloplasty*) ヲ施スコト有ル可シ。

第二 腸ノ損傷

腸ノ損傷

腸ノ損傷 *Verletzungen des Darms* ニ亦皮下損傷ト開放損傷トヲ區別ス。皮下損傷ハ、鈍體ノ打撃衝突等ニ因ル者ニシテ、往々腸ノ裂傷ヲ起サシム。此裂傷ハ、小腸就中回腸ニ來ルコト多キ者ニシテ、大腸ニ來ルハ少ナシ。ヘルトル氏ニ據レバ、小腸ノ損傷ハ九二%ニシテ、大腸ノ損傷ハ僅ニ八%ニ過ギズト云フ。而シテ腸管ノ全ク離斷セラ

腸ノ損傷

ルルハ其固定ノ強キ部位ニ來ル者ニシテ、殊ニ十二指腸ノ下端及十二指腸空腸彎曲部ニ來ルヲ最多ナリトス。是十二指腸ノ下部ハ平滑筋纖維ヨリ成ル所ノ十二指腸舉筋ニ由リテ固定セラレバナリ。又大腸ニ在リテモ、其殊ニ彎曲部ニ於ケルガ如ク固定セラレル部分ハ、裂傷ヲ蒙ルノ危険多シトス。

腸ニ在リテモ、亦殊ニ其狹窄若クハ閉塞(例之腫瘍ノ壓迫内嵌頓等ニ因ル)ノ爲、糞便或ハ瓦斯過度ニ其中ニ蓄積スルトキハ、間、自ラ斷裂スルコト有リ。所謂特發性腸裂傷(Die spontane Darmzerreißung)是ナリ。

腸管ノ裂傷ハ、其創傷ノ輕重、其他腸管内容ノ腹腔内ニ溢出スルヤ否、及其溢出セル量ノ多少ニ由リテ、固ヨリ其症狀及經過ヲ異ニスル者ニシテ、管壁全ク斷裂セラレ、内容腹腔内ニ溢出セル者ニ在リテハ、通常汎發性腐敗性腹膜炎ヲ起シ、直ニ死亡ヲ來ス可キモ、僥倖ナル症ニ在リテハ、腹腔内ニ溢出セル腸ノ内容ハ、腹膜炎性癒著ニ由リ包裹セラレ、膿瘍ヲ作り、遂ニ外表或ハ腸内ニ破開シ、或ハ切開ニ由リテ全治スルコト有リ。

腹壁ノ皮下損傷ニハ亦腸管ト同時ニ、或ハ單獨ニ腸間膜ノ斷裂(Die Mesenterialabreißung)ヲ來シ、又網膜ノ斷裂(Die Zerreißung des Netzes)ヲ來スコト有リ。而シテ腸間膜ノ斷裂ニシテ、廣汎ナル者ハ、腸管ハ壞死ヲ起サシムルヲ以テ、甚ダ危険ナリトス。網膜ノ斷裂ニ於テモ、血管ノ著シク損傷セラレルルヤ、内失血ノ爲、急チ死ニ至ラシムルコト有リ。

腸ノ創傷ハ、最多ノ腹腔創傷ニシテ、就中小腸ニ來ルコト最多ク、又小腸中回腸ニ來

ルコト最多ニシテ、十二指腸ニ來ルハ最モ罕ナリ。而シテ銃創ニ在リテハ、一彈丸ヲ以テスルモ、腸ハ屢、數所ニ創傷ヲ蒙ル者ニシテ、間、彈丸ハ腸管内ニ止マリ、大便ト共ニ肛門ヨリ排出セラレルコト無キニ非ズ。又大腸ノ創傷ハ、小腸ノ創傷ニ比スレバ、概シテ危険少ナシトス。是大腸ハ、腹膜ヲ被ムル部分只其一部ニ過ギザルヲ以テ、糞汁溢出スルモ、往々腹膜外糞膿ヲ生ズルコト有レバナリ。就中其治癒スル者ノ最多ナルハ、盲腸及上行結腸ノ創傷ニシテ、之ニ次グハ下行結腸及直腸下部ナリトス。

腸ノ内容腹腔内ニ溢出スルトキハ、通常速ニ致死的ノ蔓延性腐敗性腹膜炎ヲ起ス者ナレドモ、損傷部ノ腸管幸ニ隣接部ノ腸管或ハ腹膜ト癒著シテ創口閉鎖セラレ、以テ腹膜炎ハ只限局性ノ膿瘍ヲ形成スルニ止マリ、此膿瘍ハ四圍ノ腹膜腔ヨリ包裹セラレルカ、或ハ受傷後速ニ腸縫合ヲ施シタル者ニ在リテハ、治癒スルコト有リ。

療法

概シテ胃ノ損傷ニ於ケルト同一ナリ(本卷一九〇頁參照)。要ハ腸損傷ノ疑アルトキハ、可及的速ニ開腹術ヲ施シ、適當ナル處置ヲ施スニ在ルノミ。即ち出血スル者ニハ、血管ヲ求メテ之ヲ結紮シ、斷裂セル腸管ハ、之ヲ縫合スルガ如シ。但シ腸管ノ創傷ニ於テ、其内容腹腔内ニ溢出シタル者ニシテ受傷後二十四時間ヲ經過シ開腹術ヲ施シタル者ハ、多クハ既ニ救治ス可カラズ。而シテ腹壁ヲ切開スルニ當リ、其部位及皮膚切開ノ方向ヲ選定スルハ、固ヨリ損傷ノ部位ニ準據セザル可カラザル者ニシテ、其他ハ開腹術ノ通則ニ從ヒ、腹壁ヲ切開ス可シ。但シ腸ノ創所ヲ發見スルハ、屢、甚ダ困難ニシテ、屍體解剖

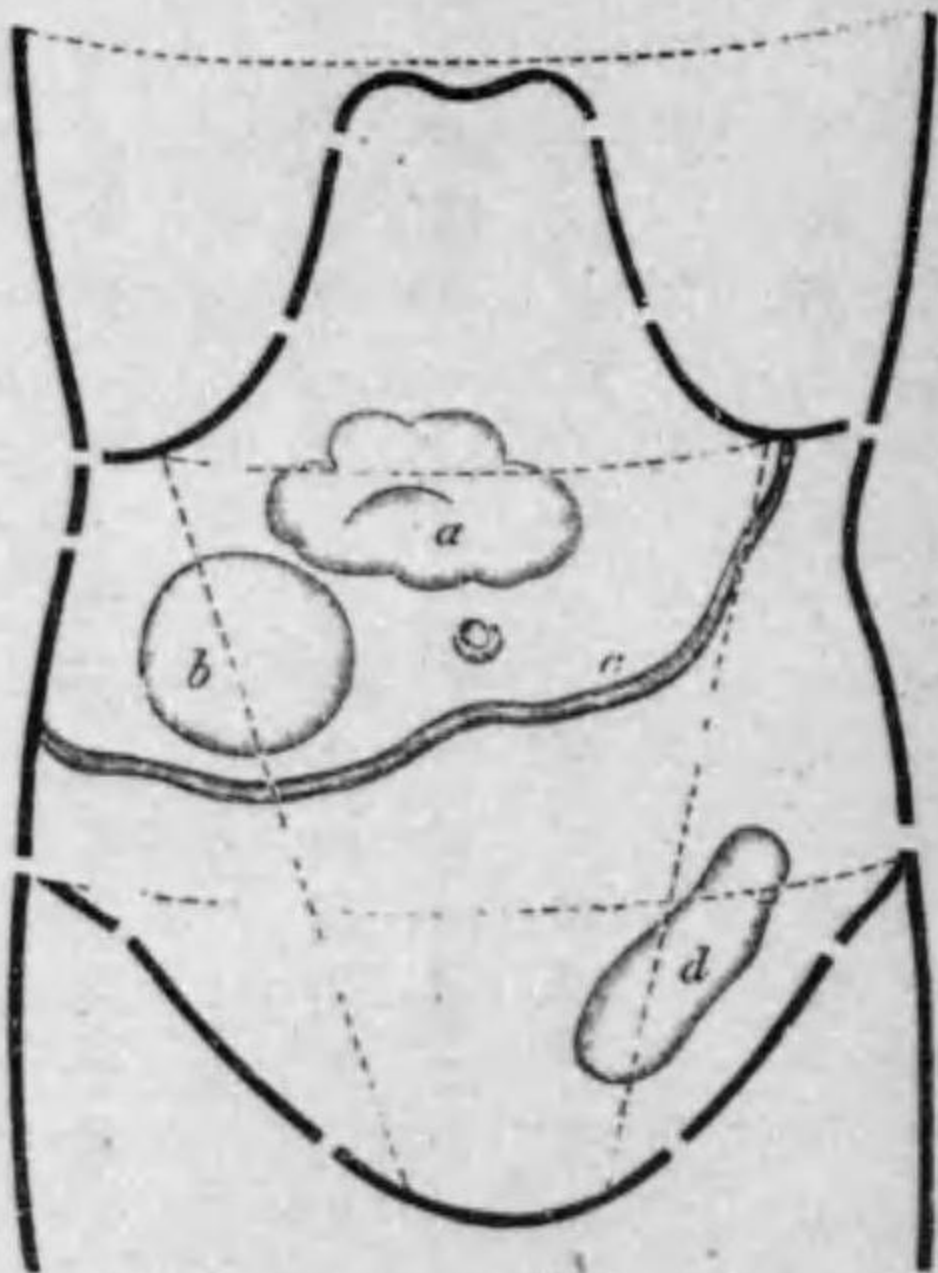
ニ於テスラ、現存セル腸ノ裂傷ヲ發見スルニ苦ムコト有リ。此際最モ可ナルハ、胃ヨリシテ腸ノ全部ヲバ上方ヨリ下方ニ向ヒ綿密ニ視察スルニ在リ。又出血血液滲出限局性腹膜炎性滲出物、其他限局性腹膜炎等ハ、屢、創所ノ發見ヲ容易ナラシムルコト有リ。既ニシテ腸ノ創所ヲ發見スレバ、ラムベール氏ノ法ニ從ヒ、腸縫合術ヲ施ス可シ。此際壞疽狀或ハ潰瘍狀ノ邊緣ハ、切除セザル可カラズ。又時宜ニ由リ、腸ノ損傷部ヲ環狀ニ切除セザル可カラザルコト有リ。其方法ニ至リテハ、後章腸切除術ノ條下ニ述ブ可シ。而シテ腸ノ縫合術ヲ終レバ、無腐的ガ―セヲ用ヒテ精密ニ腹腔ヲ清拭シ、又既ニ腹膜炎ヲ發シタル者ニ在リテハ、殺菌セル〇・八五%食鹽溫溶液或ハ三%硼酸溫溶液ヲ以テ洗滌シ、排導管ヲ插置シ、廣潤ナル無腐的被覆繃帶ヲ施ス可シ。

第三 腸内異物

腸内異物

腸内異物 Fremdkörper im Darm、胃ヨリ來ル者最多ナレドモ(本卷一九三頁參照)、又膽管或ハ膽囊ノ腸管内ニ破開スルニ由リ、膽石其中ニ入り、罕ニハ膀胱結石或ハ腎石ノ其内ニ入ルコト有リ。其他時トシテハ損傷ノ爲、外部ヨリ腸管内ニ異物ノ竄入スルコト有リ。例之彈丸刀尖ノ如キ是ナリ。又腸ノ下部ニ於テハ、異物ハ肛門ヨリ入ルコト有リ。例之罪人ハ、間、貨幣或ハ越獄ニ要スル器具、例之鐵ヲ直腸内ニ藏匿シ來ルコト有ルガ如シ。但、肛門ヨリ竄入スル異物ハ、パウヒン氏瓣ヲ經テ上方ニ達スルハ、極テ罕ナリ

圖 十 二 百 第
由ニ便糞ルセ積滯ニ内腸結
ノモルセ生ヲ瘡囊ニ所各リ



(a) 數週間持續セル硬結狀ノ腫瘍ニシテ横行結腸ニ糞便ノ滯積セル者 (b) 數日間持續セル圓形ノ腫瘍ニシテ上行結腸部ニ糞便ノ滯積セルモノ (c) 腹線ヲ以テ示セル全面ニ彌蔓スル所ノ變硬ニシテ主トシテ結腸内ニ大量ノ糞便ヲ滯積スルニ由ル (d) 新發ノ腫瘍ニシテ結腸S字狀彎曲部ニ糞便ノ滯積セルモノ

トス。此他
又異物ハ、
自然ニ腸
管内ニ發
生スルコ
ト有リ。即
糞便ノ固
結ニ由リ
テ生ズル

糞石 (Kalkstein, Kopseliten) ノ如キ、或ハ又磷酸石灰又ハ炭酸石灰及まぐねしあヨリ成ル腸石 (Darmstein, Enterolithen) ノ如キ是ナリ。此兩結石ハ、殆ド皆結腸内ニ生ズル者ニシテ、腸石ハ其中心ニ果實核、例之櫻實梅實等ヲ有スルコト少ナカラズ。又所謂糞瘤 (Kalkstein) 第百二十圖ナル者ハ、糞石ノ如ク糞便ノ凝結ニ由リテ生ズル者ニシテ、通常結腸内ニ來ルモ、糞石ト異ナル所ハ、其尙揉捏壓陷シ得可キニ在リ。

罕ニハ小兒ニ於テ數多ノ蛔蟲團塊ヲ爲シ、以テ腸内異物ノ觀ヲ呈スルコト有リ。此他實地上宜シク注意スベキハ、開腹術ノ際、腹腔内ニ忘却セル動脈鑷子ガ―ゼ、海綿等ノ如キ者ハ、時トシテ限局性腹膜炎ヲ起シテ腸内ニ穿孔ヲ來シ、腹腔ヨリ腸管内ニ入り、遂ニ或ハ肛門

腸内異物

ヨリ排出セララルコト有ル是ナリ。

腸内異物ノ症候及經過

症候及經過 本症ニ於ケル症候及經過モ、亦胃内異物ノ如ク、主トシテ竅入セル異物ノ種類及其大小形状等ニ關スルモ、概スルニ幽門ヲ經テ腸内ニ達シタル異物ハ、其内ニ障碍ヲ起スコト少ナク、假令較大ナル異物トイヘドモ、能ク無事ニ腸管ヲ通過シテ肛門ヨリ排出セララル。蓋シ腸管内ニ於テ殊ニ異物ノ嵌留スル所ハ、主トシテ十二指腸ノ彎曲部、次ニパウヒン氏瓣ニシテ、結腸彎曲部ニハ少ナキモ、肛門ノ直上部ニハ嵌留シ易シ。而シテ異物若シ腸管内ニ嵌留シテ排出セララザルトキハ、漸次糞便ノ鬱積ヲ來シ、以テいれうす(所謂閉塞いれうす)ヲ發シ、又其潰瘍ヲ生ジ、遂ニ腸管ニ穿孔ヲ來スヤ、急性汎發性腹膜炎ヲ發シテ鬼籍ニ上ラシム。然レドモ其穿孔ニ先チ腸壁若シ其周圍部ト癒著スルトキハ、此所ニ包裹性膿瘍ヲ形成シ、後ニ至リテ或ハ自然ニ、或ハ切開ニ由リ破開シ、幸ニシテ外方ニ排出セララルコト有リ。而シテ腸管内ニ狭窄アルトキハ、小ナル異物モ其部ニ嵌留シ、爲ニ危險ナル障碍ヲ發來スルコトハ、固ヨリ言フ俟タザル所ニシテ、小ナル異物ハ又盲腸蟲樣突起内或ハ先天性腸憩室内ニ嵌留シ、後ニ至リテ此所ニ潰瘍ヲ生ジ、其穿孔ヲ來スヤ、遂ニ亦汎發性腹膜炎ノ爲ニ致命セシムルコト甚ダ少ナカラズ。

腸内異物ノ診斷

診斷 既往ノ來歴明ナルトキハ、其診斷難カラズ。大ナル異物ハ、時ニ腹壁上ヨリ之ヲ觸知シ得ルコト有リ。然レドモ既往症ニシテ毫モ據ル所無キトキハ、診斷多クハ甚ダ困難ニシテ、吾人ハいれうす或ハ腹膜炎ノ爲、手術ヲ施シ、或ハ死後剖檢ニ由リテ始テ異物ヲ發見スルコト往々之レアリトス。但レんごげん線ヲ應用スルトキハ、異物ノ有無及所在ヲ發見スルコト容易ナルコト有リ。

腸内異物ノ豫後

難ニシテ、吾人ハいれうす或ハ腹膜炎ノ爲、手術ヲ施シ、或ハ死後剖檢ニ由リテ始テ異物ヲ發見スルコト往々之レアリトス。但レんごげん線ヲ應用スルトキハ、異物ノ有無及所在ヲ發見スルコト容易ナルコト有リ。

茲ニ宜シク注意スベキハ、**糞瘤**ハ數週或ハ數月ノ間同一ノ部位ニ留リ、下劑及灌腸ヲ施スモ間頑固ナル抵抗ヲ爲シ、排泄セラレザルコト有ルヲ以テ、往々腸ノ腫瘍ト誤診セララルコト有ル是ナリ。然レドモ前者ハ、揉捏壓陷シ得可キ性アリ、又注意シテ頻回下劑ヲ投ズルトキハ、遂ニ消失スルヲ以テ、之ト鑑別シ得可シ。ゲルスニー氏ハ、糞瘤ニ於テハ強ク指壓ヲ加フルトキハ、腸ノ粘膜糞塊ニ固ク貼著シ、壓去ルトキハ再ビ之ヨリ剝離シ、此際之ヲ指頭ニ感シ得可シト爲シ、氏ハ之ヲ糞瘤ノ「貼著症候」(「Klebsymptom」)ト名ケタリ。而シテ從來ノ實驗ニ據ルニ、糞瘤ハ長ク存在スルモ、通常著シク糞便ノ通過ヲ妨ゲザル者ニシテ、之ガ爲、真正ノ閉塞いれうすヲ發スルガ如キハ、極テ稀有ニ屬ス。是レ糞塊ト腸壁トノ間ニハ、必ズヤ多少糞便通過ノ餘地ヲ存スルニ因ルナリ。

腸内異物ノ療法

豫後 常ニ疑ハシキ者トス。是レ小ナル異物モ、時ニ腸管内ニ嵌留シ、以テいれうす穿孔性腹膜炎ノ如キ危險ナル病症ヲ發來スルコト有レバナリ。

療法 腸内異物ノ療法ハ、概シテ胃内異物ノ療法ニ同ジ(本卷一九四頁參照)。其比較的大ニシテ且尖銳ナル者モ、亦能ク無事ニ腸管ヲ通過シ、肛門ヨリ排出セララルコト有ルヲ以テ、吾人ハ先チ靜ニ其經過ヲ俟ツ可シ。此際異物ヲシテ無事ニ腸管ヲ通過セシメムガ爲、

馬鈴薯甘豆洋ノ如キ平等ニ異物ヲ包擁ス可キ多量ノ食物ヲ與フルヲ最良トスレドモ、濫リニ下劑ヲ投ズルハ最モ不可ナリトス。然レドモ較、大ナル尖銳ノ異物ニシテ腸管ノ一定部ニ於テ觸知シ得可ク、且到底無事ニ之ヲ通過シ難キ者ト認定スルカ、或ハ既ニ之ガ爲、危險ナル症狀ヲ發來スルトキハ、直ニ腸切開術ヲ施シテ異物ヲ摘出シタル後、腸縫合術ヲ行フ可シ。或ハ又異物ノ爲、既ニ腸壁ニ著シキ病變ヲ呈ス者ニ在リテハ、腸切除術ヲ施スコト有ル可シ。此他結腸内ニ異物嵌留シテ手術ヲ施スコト困難ナルトキハ、一時人工肛門ヲ設クルコト有ル可シ。其術式ハ、共ニ下文腸及肛門手術ノ條下ニ詳ナリ。

第四 腸ノ炎症性疾患

腸ノ炎症性疾患

腸潰瘍

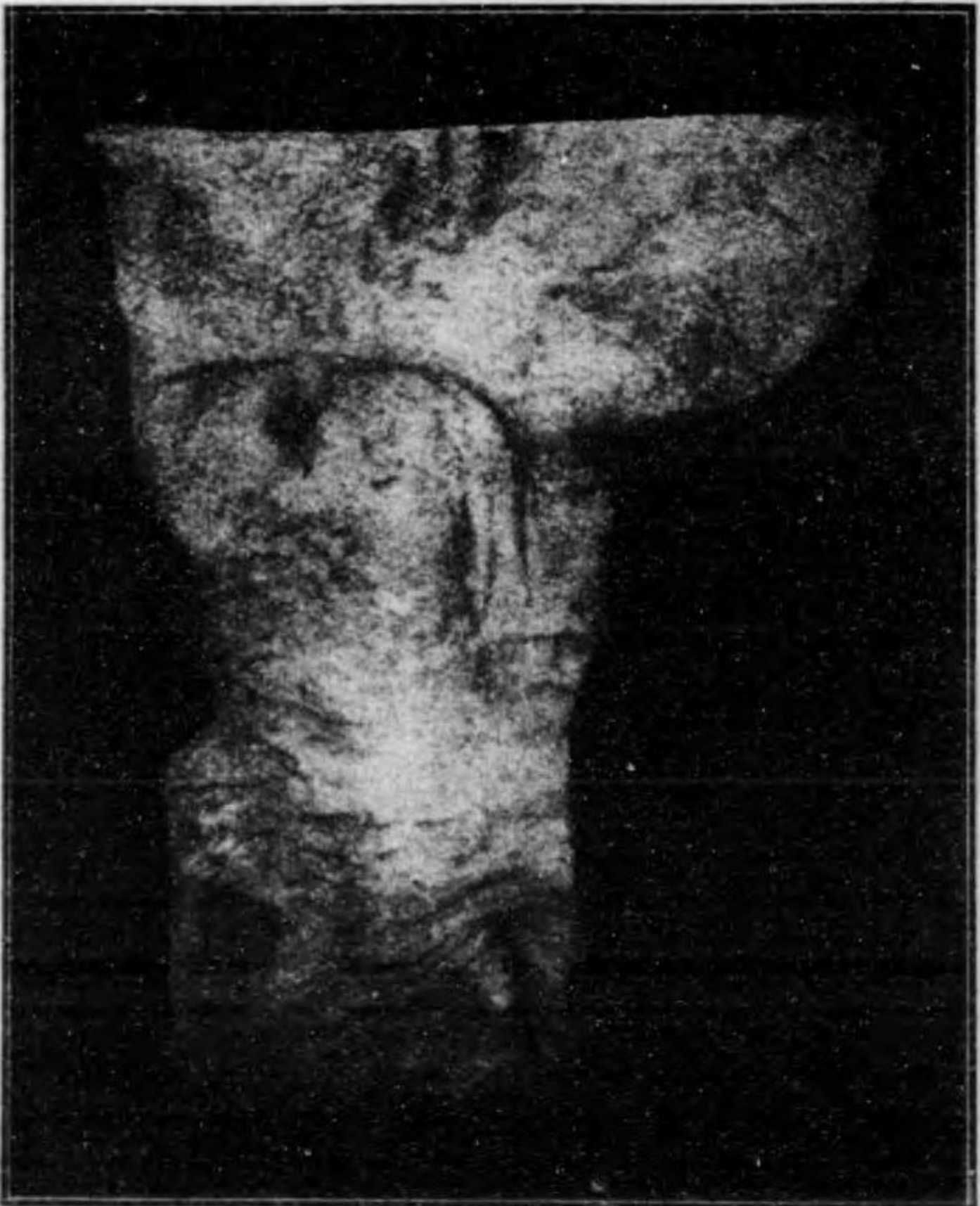
腸ノ炎症性疾患 *Entzündliche Erkrankungen des Darms* ニ就テ、茲ニ先ツ論述セムトスル者ハ、主トシテ腸潰瘍竝ニ其合併症及腸放線菌病ニシテ、爾他腸ノ外科ニ於テ最モ肝要ナル蟲樣突起炎ハ、次項ニ詳述ス可シ。

(一) 腸潰瘍 *Geschwüre des Darms* ハ、腸管ノ諸所ニ生ズル者ニシテ、之ニ數多ノ種類アレドモ、而モ外科的趣味アル者ハ、甚ダ少ナシトス。是レ其一部、例之かたゝる性及濾胞性腸潰瘍ノ如キハ、全ク淺表性ノ者ニシテ、毫モ特異ナル症狀ヲ呈スルコト無クシテ多クハ自然ニ治癒シ、又其播種性ニ廣ク蔓延セル者ハ、初、ヨリ外科的療法ヲ施ス

消化性十二指腸潰瘍

ニ適セザレバナリ。加之、吾人ハ潰瘍其者ニ對スルヨリモ、寧ろ通常其合併症就中腸ノ穿孔狭窄出血腫瘍形成等ニ對シテ、手術的療法ノ必要アルヲ認ムルコト多シ。諸多腸潰瘍ノ中ニ就テ、吾人ハ茲ニ消化性十二指腸潰瘍及結核性潰瘍ヲ述べムトス。是レ此兩症ハ、外科的療法ヲ要スルコト少ナカラザレバナリ。

第百一十二圖 消化性十二指腸潰瘍 (氏ツシラ)



腸ノ炎症性疾患(腸潰瘍)

テ、通常フアイ
 テル氏憩室
 潰瘍ハ
 漏斗狀
 ニシテ
 階段狀
 ニ陥凹
 スルヲ
 見ル

液ノ作用ニ
 基ク者ニシ
 テ、
 於テハ、酸性
 胃液ハある
 かり性ノ膽
 汁及胰液ノ
 爲、ニ中和セ

Kehlmann
Luzer

ラルレバナリ。然レドモ十二指腸潰瘍ハ、亦廣汎性ノ火傷若クハ又凍傷ノ後ニ生ズルコト有リ。斯ノ如キ「火傷潰瘍」ノ主トシテ十二指腸ニ生ズルハ、其原因全ク明ナラズト雖、フオン・アイゼルスベルグ氏ニ從ヘバ、是レ恐ク開腹術後ニ不明ノ原因ノ下ニ、該部ニ栓塞性ノ潰瘍ヲ生ズルト同一ノ原因ニ基ク者ナラムト云フ。

十二指腸ノ消化性潰瘍ハ、比較的男子ニ多ク觀ル所ニシテ、潰瘍ハ全ク胃潰瘍ニ同ジク漏斗狀ヲ爲シテ階段狀ニ陥凹シ、漏斗ノ尖端ハ漿液膜ニ向ヒ、其數ハ通常一個ナレドモ(第百二十一圖)間、一時ニ數個ヲ生ズルコト有リ。而シテ該潰瘍ハ、癩痕ヲ結ビテ治癒スルコト有ルモ、亦深部ヲ侵蝕シテ漿液膜ヲ侵シ、此所ニ限局性腹膜炎ヲ起サシメ、之ガ爲、十二指腸ト膽囊、肝臟、胃、脾臟、結腸等トノ間ニ癒著ヲ生ジ、或ハ又潰瘍ハ俄然穿孔シテ、爲、汎發性腹膜炎ヲ起サシムルコト有リ。蓋シ本症ハ、往々其症狀著明ナラズシテ看過セラレ、突然出血若クハ穿孔ヲ來スニ由リ之ヲ察知スルコト有レドモ、多クハ胃潰瘍ト認メラルル者ナリ。然レドモ之ニ特有ナル症候ハ、右側心窩部ノ疼痛該部ニ於ケル筋ノ硬變、胃内容ノ排泄障礙、出血(殊ニ下血等)ニシテ、疼痛ハ食後二三時間即チ胃内容ノ十二指腸内ニ輸送セラレル時刻ニ發來シ、屢攝食ニ由リテ緩解セラレ、ボアス氏ニ據レバ、此疼痛ハ胃液ノ鹽酸過多ニ由來スル者ニシテ、飲料若クハ食物ノ攝取ニ由リテ疼痛ノ緩解スルハ、胃酸ノ稀薄トナルガ爲、ナリト云フ。而シテ本病ハ、胃潰瘍ニ於ケルガ如ク、屢、慢性ノ經過ヲ取り、其癩痕ヲ結ビテ治癒スルヤ、之ト同ジク亦屢、幽門狹窄ヲ

結核性腸潰瘍

起シ、以テ胃ノ膨大ヲ致サシム、然レドモ本症ハ、之ヲ生前ニ確診スルハ至難ニシテ、又之ヲ確診スルコト能ハザルヲ多シトス。

消化性十二指腸潰瘍ノ療法トシテハ、概シテ胃潰瘍ニ於ケルト同ジク、胃、小腸、瘦造設術ヲ施スヲ最良ナリトス。但、其穿孔セル者ハ、漏斗狀ヲ爲セル潰瘍ノ尖端甚ダ小ナルヲ以テ、治效ヲ奏スルコト穿孔性胃潰瘍ニ於ケルガ如クナル能ハズ。若シ之ヲ縫合スルコト能ハザルトキハ、幽門ヲ切離シテ十二指腸ヲ曠置シタル後、胃、小腸、瘦造設術ヲ施ス可シ。

所謂消化性空腸潰瘍ハ、既ニ上文ニ述ベタリ(第百二十四圖參照)。

結核性腸潰瘍(Das tuberkulöse Darmgeschwür)ハ、多クハ肺臟及喉頭ヨリ排泄セララルル結核桿菌ヲ含有スル粘液ヲ嚙下スルヨリ發スル者ナレドモ、亦飲食物ノ媒介ニ由リ、該菌ハ直接ニ腸粘膜炎ヲ侵スコト有リ。蓋シ腸ハ、肺臟ニ次デ結核病ニ罹ルコト最多ナル臟器ニシテ、腸結核病ハ種々ナル症狀及經過ヲ呈スル者ナレドモ、臨牀上及解剖上ノ所見ニ據リ、之ヲ次ノ三種ニ區別スルコトヲ得可シ。即チ(一)播種性症ニシテ、潰瘍ハ治癒ノ傾向無キ者(二)孤立性若クハ多發性ノ潰瘍ヲ生ズル者ニシテ、治癒ノ傾向有ル者及(三)回盲部ニ定型的ノ腫瘤ヲ生ズル者ニシテ、結核性回盲部腫瘤ト稱セララルル者。是ナリ。然レドモ外科學上肝要ナルハ、後ノ二症ニシテ、播種性症ニ對シテハ、固ヨリ治術ヲ施スニ由ナシトス。

腸ノ炎症性疾患(腸潰瘍)

治癒ノ傾向有ル結核性腸潰瘍 (Das tuberkulöse Darmschwür mit Heilungstendenz) ハ通常腸ノ狭窄ヲ來ス者ナリ。此狭窄性結核性腸潰瘍 (Das stenierende tuberkulöse Darmschwür) (第二十二圖) ハ多クハ孤立性ナルモ亦多發性ナルコト有リ。而シテ此潰瘍ハ殊ニ下部ノ回腸

第二十二圖
回腸ノ結核性狭窄
(ラッソ氏)



狭窄部
ノ上方
ニハ腸
管ノ著
シク擴
張スル
ヲ見ル

ニ生ズル者ニシテ孤立性ニシテ盲腸部ニ生ズル者ハ腫瘤ヲ形成ス。蓋シ結核性潰瘍ニシテ手術ヲ施サル者ハ多クハ其既ニ全ク瘢痕收縮ヲ營メル者ニシテ其果シテ結核性ナリヤ否ヲ識別スルハ易カラズ。然レドモ結核性潰瘍ハ多クハ横ニ輪狀ヲ爲シテ

生ジ其圓狀若クハ不正形ナルハ罕ナリ。又該潰瘍ハ深クシテ其瘢痕ヲ結ビテ治スルヤ組織ヲ新生スルヲ以テ通常腸ノ狭窄ヲ來スコト甚ダシク狭窄ハ屢尙瘢痕結成前ニ來ルコト有リ。而シテ腸狭窄ノ長短ハ甚ダ種々ニシテ其最狭ナル者ヨリ長キハ管狀ヲ爲シ七八仙迷ニ達スル者アリ。但シ此狭窄ハ多クハ亦孤立性ナルモ潰瘍ヲ多發スルトキハ多發性狭窄ヲ來スコト敢テ少ナカラズ。ホーフマイステル氏ハ手術ヲ施シタル結核性腸狭窄八十三例ヲ集メタリシガ此中孤立性狭窄ハ七十例ニシテ多發性ノ者ハ十三例ニ過ギザリシト云フ。

狭窄性結核性腸潰瘍ハ慢性腸狭窄ノ症狀ヲ呈スル者ニシテ其結核性ナリヤ否ハ患者ノ既往症年齢他部結核病ノ證明等ニ由リテ決定セラルルノミ。蓋シ本病ハ多クハ二十歳乃至三十歳ノ薄弱ナル男女ニ來ル者ニシテ同時ニ他ノ器官ニ結核病ヲ證明スルトキハ其結核性狭窄タルヤ殆ド疑ヲ容ル可カラズ。

結核性腸狭窄ノ療法ハ固ヨリ手術的ナラザル可カラザレドモ其方法ハ其所見ニ從ヒ一様ナル能ハズ。其切除シ得キ者ニ在リテハ腸切除術ヲ施スヲ以テ得策トスルモ衰弱甚ダシキ患者ニ在リテハ寧腸吻合術ヲ施スヲ良トス。

所謂結核性回盲部腫瘤 (Der tuberkulöse Ileocaecumtumor) ナル者ハ腫瘤形成性結核性潰瘍 (Das tumorbildende tuberkulöse Darmschwür) ニシテ此症ハ臨牀上盲腸周圍炎性肝臟及盲腸癌腫ノ二症ニ酷似シ精密ナル顯微鏡的検査ヲ施スニ非ザレバ之ト區別スルコト能

ハザルヲ以テ、特ニ注意ヲ要ス可キ者トス。而シテ此種ノ腸結核病ハ、多クハ只輕症ノ肺結核病ニ伴フ者ニシテ、回盲部ニ漸次硬固ナル結節狀ノ腫瘤ヲ生ジ、疼痛著シカラズ。腫瘤ハ、始、能ク移動スルモ、病的機轉ノ進行スルニ從ヒ、漸ク前腹壁ノ後面ト癒著シ、時トシテハ又其周圍ニ寒性膿瘍ヲ形成スルコト有リ。而シテ之ニ由リテ起ル所ノ障礙ハ、主トシテ亦腸ノ狹窄ニシテ、秘結下痢交モ來リ、間、嘔吐、疝痛ヲ發シ、膿瘍ヲ生ズルヤ、隣接臟器(腸膀胱生殖器)又ハ腹壁ニ破開スルコト有リ。但シ其經過ハ、甚ダ緩慢ニシテ、之ヲ放置スルトキハ、患者ハ腸ノ狹窄ニ因ル餓餓肺臟及腹膜ノ結核病ノ爲、ニ斃ルルモ、早ク手術ヲ施ストキハ、良好ナル轉歸ヲ得ルコト有リ。

結核性回盲部腫瘤ノ療法ハ、回盲部切除術ヲ施シ、以テ全然患部ヲ除去スルヲ最良トスルモ、患者既ニ大ニ衰弱ニ陥レルカ、或ハ腫瘤著シク周圍ノ組織ト癒著スルトキハ、腸吻合術ヲ施スカ、或ハ又殊ニ全部腸曠置術ヲ行フ可シ。其術式ハ、後文腸手術ノ條下ニ詳ナリ。

茲ニ尙肝要ナルハ、

腸潰瘍ノ合併症
腸出血

(I) 腸潰瘍ノ合併症 *Komplikationen bei Darmgeschwüren* ニシテ、間、外科的處置ヲ要ス可キ者ハ、腸ノ出血、穿孔、狹窄及腫瘤形成ナリ。
腸出血 (*Die Darmlutung*) ヲ起スハ、殊ニち、ふす性潰瘍ニシテ、此出血ハ殆ド常ニ自ラ止ミ、又多數ノ潰瘍ニ就テ、其出血部位ヲ定ムルコト固ヨリ至難ナルノミナラズ、此際通

常患者ノ全身狀態ハ到底外科的手術ヲ許ス可キ者ニ非ザルヲ以テ、本症ニハ手術的療法ヲ施シ得ルコト殆ド之無シトス。故ニ爾他ノ潰瘍ニシテ若シ著シキ出血ヲ來スコト有ルトキハ、徒ラニ患者ヲシテ失血セシムルヨリモ、寧ろ手術的療法ヲ講ズルヲ以テ得策ト爲ス可シ。

腸潰瘍ノ穿孔

腸潰瘍ニ繼發スル腸ノ狹窄及腫瘤形成ハ、既ニ上文ニ述べタリ(本卷二六六及二六七頁參照)。故ニ茲ニハ腸潰瘍ノ合併症トシテ、專ラ其穿孔ヲ述ベムトス。
腸潰瘍ノ穿孔 (*Die Perforation von Darmschleichen*) ニシテ殊ニ外科的趣味アル者ハ、主トシテち、ふす性潰瘍ノ穿孔ナリ。但シ其數ハ、甚ダ多キ者ニ非ズ。諸家ノ統計ニ據レバ、該穿孔ハ女子ヨリモ男子ニ遙ニ多キ者ニシテ、其比例ハ二・六ト一ナリ。又穿孔ノ部位ハ、下部ノ回腸ニ在ルコト最多ニシテ、全數ノ約三分ノ二ヲ占ム。例之フキンチイ氏ノ調査ニ從ヘバ、手術患者四十九名中、回腸ノ下部ニ穿孔セル者八〇%、大腸ニ於ケル者一二%、蟲様垂ニ於ケル者二%ナリト云フ。又子ツケ氏ハ、回腸ノ穿孔百十一回、蟲様垂ノ穿孔十五回、結腸ノ穿孔十三回ナルヲ見タリト云フ。而シテ其穿孔ハ、多數ナルコト比較的ニ多ク、又穿孔ハ本病ノ各期ニ來ルモ、殊ニ第三週内ニ來ルヲ最モ多シトス。クルシマン氏ニ據レバ、疾病ノ輕重ハ穿孔ニ影響ヲ及ボスコト無ク、寧ろ輕症ナル者ニ之ヲ見ルコト多シト云フ。

爾他腸ノ穿孔ヲ來ス者ハ、微毒性及結核性潰瘍ナリ。但シ是等ノ潰瘍ハ、包裹セラレタル腔間

又ハ他ノ器官ニ穿孔スルコト多ク、且結核性潰瘍ニシテ穿孔スル者ハ、通常播種性ノ症ニシテ、多クハ重症ナル肺結核病ヲ兼ル者ナルヲ以テ、外科的手術ヲ施スニ適セザル者トス。此他其外観胃潰瘍ニ酷似シ、恐ク血管ノ疾患ニ基因スル所ノ稀有ナル所謂單純潰瘍(Usus simplex)ハ、孤立性又ハ多發性ニ生ズル者ニシテ、往々腸ノ穿孔ヲ來スコト有リ。

終ニ尙腸ノ穿孔ヲ來ス者ハ、腸及腸間膜動脈ノ栓塞及血塞ニ因スル潰瘍、壓迫(糞性)潰瘍、異物潰瘍、伸張潰瘍等ナリ。

腸潰瘍穿孔ノ症候、診斷、豫後等ハ、上文胃腸ノ外傷性穿孔ノ條下ニ述ベタル者ニ異ナルコト無ク(本卷一九一及二五六頁參照)、要ハ速ニ發來スル腹膜炎ニシテ、若ク早ク適當ナル處置ヲ施サザルトキハ、患者ハ忽チ本症ノ爲ニ斃ルルヲ常トス。

腸潰瘍穿孔ノ療法ハ、固ヨリ速ニ開腹術ヲ施シ、穿孔セル部ヲ求メテ之ヲ縫合閉鎖スルニ在リ。此際時宜ニ由リ患部ヲ切除シタル後縫合ヲ施スコト有ル可シ。而シテちふす性腸潰瘍ノ穿孔ニ在リテハ、白線ニ於テ腹壁ヲ切開シ、直ニ回腸ノ最下部及盲腸部ヲ求ムルヲ良トス。但シ未ダ腹膜炎ヲ起サザルモ、患者既ニ瀕死ノ状態ニ在ルトキハ、手術ヲ施ス可カラズ。チヘザス氏ニ據レバ、本症ニ對スル手術的療法ノ效果ハ、年ト共ニ益々良好ニ向ヒ、曩ニハ其治癒僅ニ一〇乃至二〇%ノ少數ニ過ギザリシガ、今ハ三八%ノ多數ニ上レリト云フ。

* * * * *

腸ノ放線菌病

腸ノ放線菌病(Die Aktinomykose des Darms)ハ、稀有ナラザル疾患ニシテ、腹壁放線菌病ナル者ハ、多クハ皆最初消化器官ノ侵サルルニ因ル者ナリ(本卷一七五頁參照)。即チ病原菌ハ、食物ト共ニ腸管内ニ達スル者ニシテ、殊ニ腸ノ下部ヲ侵スヲ多シトス。就中盲腸ハ、最も多ク侵サルル所ニシテ、漸次此所ニ浸潤及硬結ヲ呈シ、此腫瘤ハ初ハ能ク移動スルモ、遂ニ腹壁ト癒著シ、爲ニ之ニ其周圍ノ境界分明ナラザル硬キ板様ノ浸潤ヲ生ジ、此浸潤ハ後ニ至リ諸所ニ軟化ヲ起シテ破開シ、瘻管ヲ形成ス。而シテ本症ニ特徴トスル所ハ、瘻管ヨリ排泄セラルル稀薄粘液様ノ膿汁中ニ、特異ナル小顆粒ヲ存シ、鏡檢上其所謂放線菌塊ナルヲ證明スルニ在リ。蓋、腸ノ放線菌病ハ、其經過通常極テ慢性ニシテ、其混合傳染ヲ來スヤ、間、急性ノ經過ヲ取ルコト有ルモ、是、絶ダ罕ナリトス。而シテ本症ハ、其經過中腸ノ症状ヲ呈スルコト極テ僅微ニシテ、腸狭窄ノ症狀ノ如キモ、之ヲ見ルコト殆ド之無ク、之有ルモ頗ル輕度ナリ。然レドモ本症ニハ、通常重症ナル慢性化膿ヲ伴フヲ以テ、全身状態ハ漸次不良ト爲リ、多少ノ發熱アリ、早晚高度ノ衰弱ニ陥リテ斃ルルヲ常トス。但シ病竈ノ腹腔内ニ破開シテ腹膜炎ヲ繼發スルガ如キハ、極テ罕ニ觀ル所ニシテ、其破開ハ腹壁ノ外ハ、時ニ膀胱腎臟胸膜内等ニ來ルコト有ルノミ。本症ニ對シテハ、手術的療法大ニ效アルコト有リ。最良ナルハ、瘻管及膿竈ヲ十分切開シテ搔爬スルニ在リ。元來放線菌ハ、偏性嫌氣菌ナルヲ以テ、之ニ由リテ管ニ膿ノ排泄ヲ促スノミナラズ、亦病竈ヲシテ空氣ニ觸レシムルノ利アリ(フォン・ミクリツ氏)。此他

腸ノ炎症性疾患(腸潰瘍ノ合併症)

よ。い。ど。か。り。の。内。服。ハ。何。レ。ノ。場。合。ニ。於。テ。モ。本。症。ニ。良。效。ア。リ。宜。シ。ク。其。大。量。ヲ。與。フ。ベ。シ。之。ニ。由。リ。テ。一。ニ。ハ。境。界。ノ。分。明。ナ。ラ。ザ。ル。殆。ド。手。ヲ。下。ス。可。カ。ラ。ザ。ル。腫。瘤。ヲ。シ。テ。屢。手。術。ヲ。施。ス。コ。ト。ヲ。得。ル。ニ。至。ラ。シ。ム。可。ク。又。一。ニ。ハ。病。竈。ノ。手。術。的。曝。露。ノ。後。ニ。至。リ。排。泄。及。吸。收。ヲ。容。易。ナ。ラ。シ。メ。以。テ。其。治。療。ヲ。催。進。ス。ル。コ。ト。ヲ。得。可。シ。(カウシュ氏) Kausch

結腸ノ慢性炎症疾患

終。リ。ニ。臨。ミ。茲。ニ。尙。附。記。ヲ。要。ス。可。キ。者。ヲ。結。腸。ノ。慢。性。炎。症。性。疾。患。(Chronisch entzündliche Prozesse des Kolon)ト。爲。ス。蓋。シ。結。腸。ニ。ハ。微。毒。淋。疾。或。ハ。結。核。病。等。ト。毫。モ。關。係。ア。ル。コ。ト。無。ク。間。慢。性。ニ。經。過。ス。ル。限。局。性。炎。症。性。疾。患。ヲ。發。ス。ル。者。ニ。シ。テ。後。ニ。至。リ。瘢。痕。收。縮。及。腸。管。腔。ノ。硬。結。ノ。爲。之。ニ。狹。窄。ヲ。來。シ。其。肉。眼。的。ノ。狀。況。恰。モ。腸。壁。ノ。硬。性。癌。腫。ノ。如。キ。者。ヲ。見。ル。コ。ト。有。リ。殊。ニ。其。盲。腸。彎。曲。部。等。ニ。生。ジ。タル。者。ハ。臨。牀。上。是。等。ノ。部。位。ニ。發。シ。タル。眞。正。ノ。腫。瘍。(癌腫)ト。鑑。別。ス。ル。コ。ト。能。ハ。ザ。ル。者。ト。ス。又。ゲ。ル。ス。ニ。一。氏。ニ。據。レ。バ。殊。ニ。盲。腸。上。行。結。腸。彎。曲。部。其。他。S。狀。部。ニ。ハ。該。部。ノ。腹。膜。ニ。癒。著。性。ノ。炎。症。ヲ。起。ス。コ。ト。少。ナ。カ。ラ。ズ。ト。云。フ。結。腸。周。圍。炎。(Die Perikolitis)即。チ。是。ナ。リ。蓋。シ。上。行。結。腸。部。ニ。來。ル。此。炎。症。ハ。炎。症。ノ。蟲。樣。垂。ヨ。リ。上。行。ス。ル。カ。或。ハ。其。幽。門。若。ク。ハ。膽。囊。ヨ。リ。下。行。ス。ル。ニ。由。リ。テ。發。ス。ル。コ。ト。有。レ。ド。モ。慢。性。ノ。便。秘。硬。便。存。在。時。ニ。於。ケ。ル。損。傷。其。他。異。物。ニ。因。ル。損。傷。等。モ。亦。恐。ク。其。發。生。ニ。關。係。ヲ。有。ス。ル。者。ナ。ラ。ム。ト。云。フ。(ランツ氏)而。シ。テ。本。症。ノ。輕。度。ナル。者。ハ。頑。固。ナル。便。秘。痛。痛。樣。疼。痛。多。少。ノ。鼓。脹。ヲ。呈。ス。ル。等。ニ。過。ギ。ザ。レ。ド。モ。重。症。ノ。者。ニ。在。リ。テ。ハ。慢。性。腸。閉。塞。症。ノ。症。狀。ヲ。呈。ス。ル。コ。ト。有。リ。

S。狀。部。ニ。來。ル。慢。性。ノ。炎。症。ハ。殊。ニ。亦。組。織。ノ。増。殖。ヲ。伴。フ。者。ニ。シ。テ。慢。性。増。殖。性。S。狀。部。炎。(Signoitis chronica hyperplastica)ノ。名。ア。リ。本。症。ニ。來。ル。特。徵。ハ。左。下。腹。部。ニ。於。ケ。ル。疼。痛。左。腸。骨。窩。部。ニ。於。ケ。ル。臘。腸。狀。ノ。過。敏。ナル。抵。抗。及。頑。固。ナル。便。秘。ニ。シ。テ。此。便。秘。ハ。實。ニ。本。病。ノ。原。因。タ。ル。者。ナ。リ。此。症。モ。亦。臨。牀。上。癌。腫。ニ。酷。似。ス。ル。ヲ。以。テ。類。癌。腫。性。慢。性。S。狀。部。炎。(Signoitis chronica pseudocarcinomatos)ト。名。ケ。ラ。ル。蓋。シ。S。狀。部。炎。ノ。最。多。ナル。轉。歸。ハ。炎。症。ノ。周。圍。ニ。蔓。延。シ。テ。腹。膜。ノ。局。所。的。癒。著。ヲ。來。ス。ニ。在。リ。S。狀。部。周。圍。炎。(Die Perisignoitis)即。チ。是。ナ。リ。而。シ。テ。本。症。ハ。盲。腸。周。圍。炎。ト。全。然。同。一。ナル。病。的。機。轉。ヲ。呈。ス。ル。者。ニ。シ。テ。適。當。ナル。處。置。(安靜食養療法)使。通。ノ。調。節。ヲ。施。ス。ト。キ。ハ。炎。症。性。硬。結。ハ。漸。次。消。散。ス。ル。モ。亦。長。ク。其。退。行。ヲ。見。ザ。ル。コ。ト。有。リ。ランツ。氏。ニ。從。ヘ。バ。斯。ノ。如。キ。結。腸。ノ。炎。症。ハ。實。際。人。ノ。信。ズ。ル。ヨ。リ。モ。多。キ。者。ニ。シ。テ。內。科。醫。ノ。所。謂。「腸。機。能。神。經。症」中。ニ。ハ。恐。ク。亦。此。ノ。如。キ。症。ヲ。包。括。ス。ル。コ。ト。少。ナ。カ。ラ。ザ。ル。可。シ。ト。云。フ。

第五 蟲樣突起炎(盲腸周圍炎)

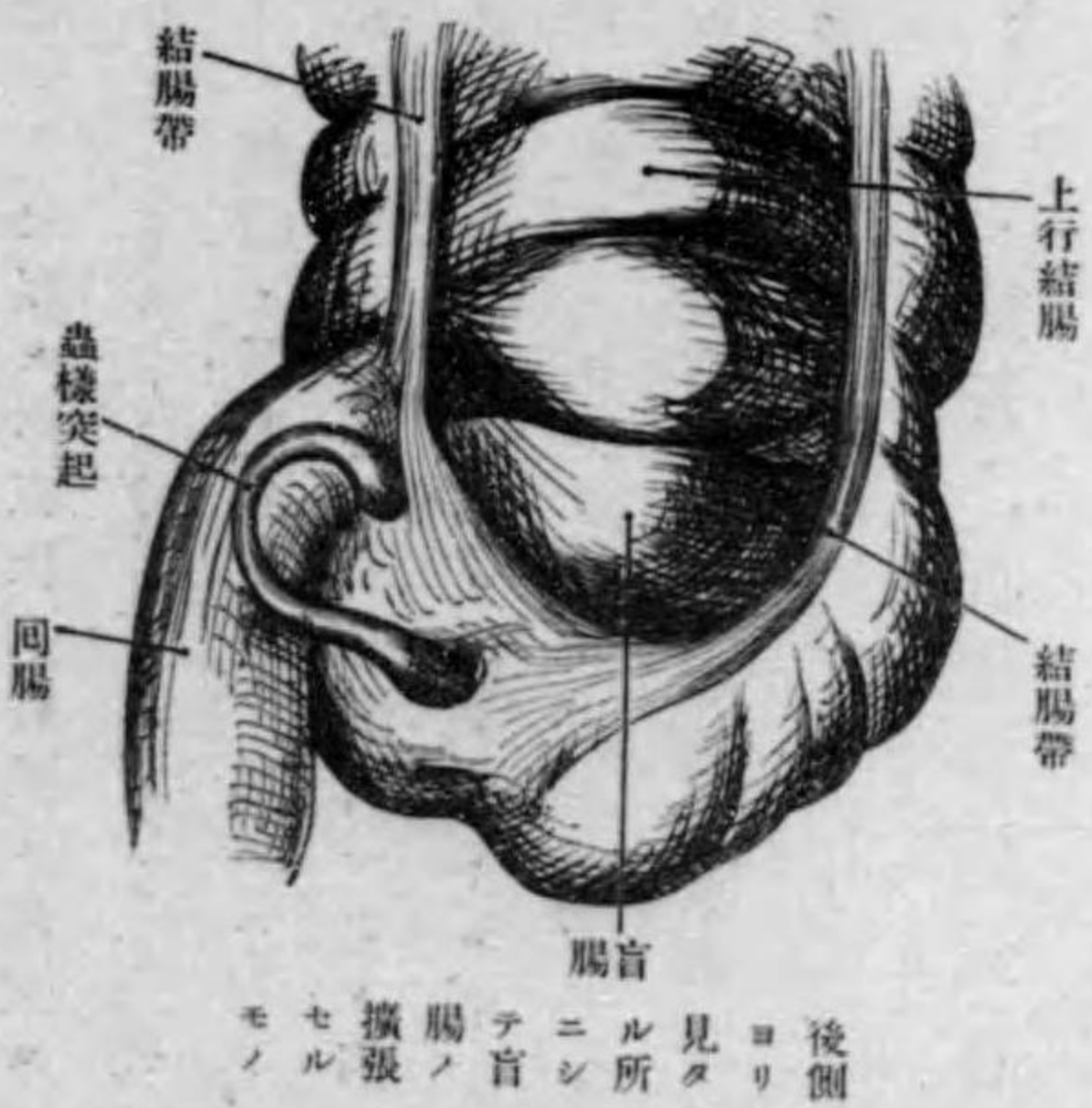
蟲。樣。突。起。又。蟲。樣。垂。(Der Warngfortader, Pevissus vermiformis oder der Warmbaug, Appendix vermiformis)

(第百二十三及第百二十四圖)ハ、其全長約五乃至八仙達(但、其長二十乃至三十仙達ナル者ヲ見タルコト有リ)ヲ算スルモ、其内腔ノ直徑ハ、僅々四乃至五密達ナル盲端ニ終ル空洞器官ニシテ

蟲樣突起炎(盲腸周圍炎)

通常盲腸下端ノ後内側ヨリ遊離シテ腹腔内ニ懸垂スルモ、其位置ハ其長ニ從ヒ一定セズ、或ハ盲腸ノ後側ニ在ルコト有リ、或ハ其尖端ハ膽囊又ハ右腎ノ側傍、又ハ胃ノ底部ニ在ルコト有リ、或ハ又低ク小骨盤内ニ下垂スルコト有リ、或ハ又時トシテ其一部若クハ全部腹

第三百二十三圖
起突様蟲及腸盲

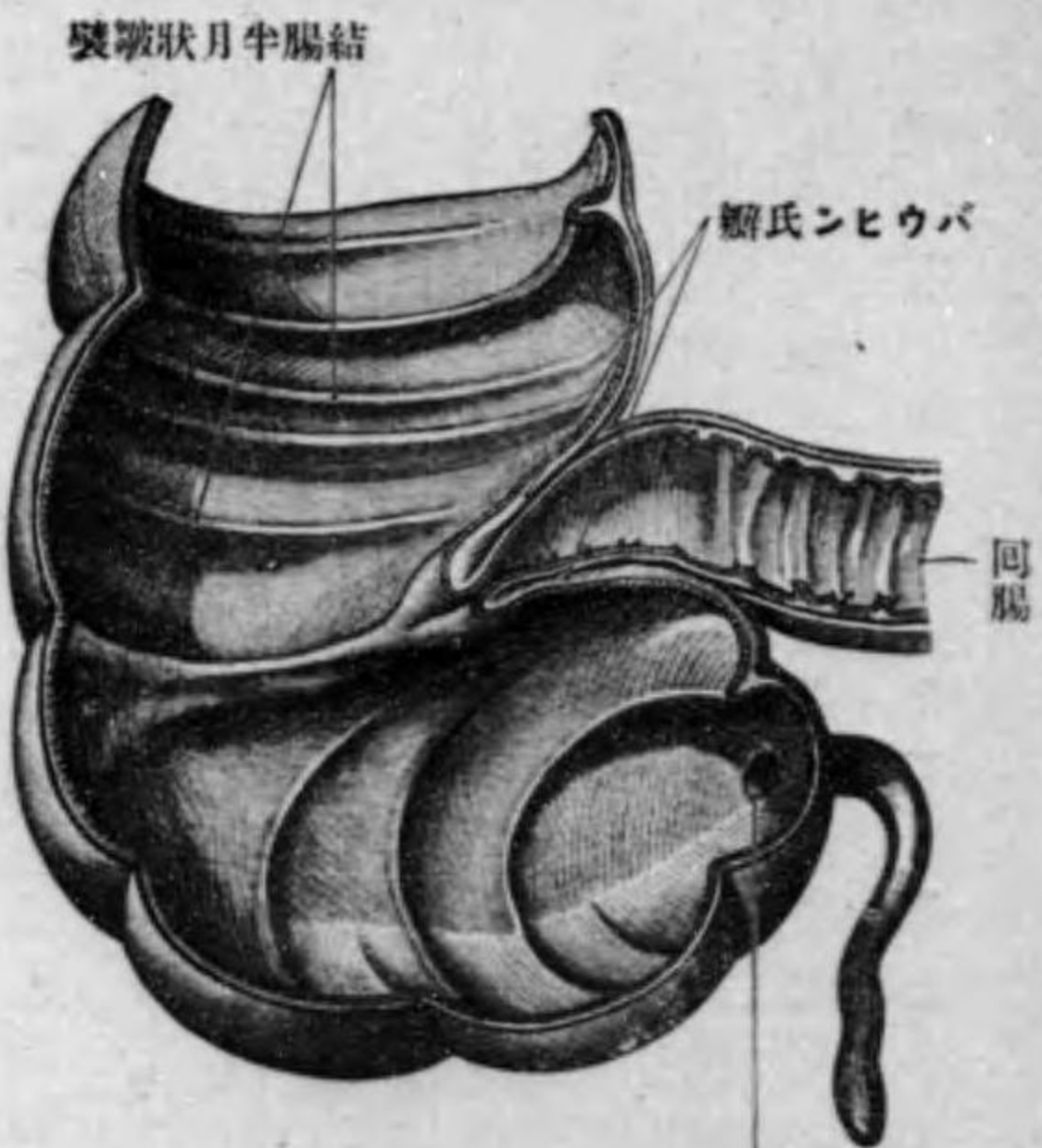


第三百二十四圖
起突様蟲及腸盲



膜外ニ在ルコト有リ。然レドモ該突起ハ通常全然腹膜ヲ以テ被覆セララル者ニシテ、其運動ハ之ニ附著スル長短不同ナル腸小間膜ニ由リテ多少牽制セララル。而シテ蟲様垂ハ、大腸ノ連續物ナルヲ以テ、其壁ノ組織的構造ハ、大腸ニ於ケル者ト同一ナレドモ、只之ト異ナル所ハ、其粘膜ハ、非常ニ濾胞ニ豊富ナルニ在リ。リ、ベルト氏ニ從ヘバ、此濾胞ハ三十歳ノ頃ニ至

第三百二十五圖
同腸及盲腸内ノ



前額斷ニシテパウヒン氏瓣(結腸瓣)ハ閉鎖セル状態ニ在リ

レバ自然ニ萎縮ヲ始メ、管腔ハ閉塞スト云フモ、アシフ氏ハ之ヲ以テ生理的現象トセズ、其閉塞スルハ、主トシテ慢性炎症性機轉ニ基ク者ナラムト云ヘリ。又蟲様垂ノ盲腸ニ開口スル部ニハ、所謂ゲルラ、ハ氏瓣

(第百二十五圖)ナル者アリ。該部ノ粘膜炎ハ、半月狀ノ皺襞ヲ爲シテ糞便ノ垂腔内ニ竄入スルヲ防グモ、其發育ハ多クハ不完全ナルヲ以テ、必ズシモ常ニ然ルニ非ズ。加之、小兒ニ在リテハ、蟲様突起ハ漏斗狀ヲ爲シテ盲腸ト連ナリ、以テ其間ニ廣濶ナル交通路ヲ有スル者トス。
蟲様突起炎(盲腸周圍炎) Die Entzündung des Wurmfortsatzes, die Appendicitis (die Perityphlitis). 凡、盲腸部ニ來ル炎症ハ、古來其源ヲ盲腸ニ發スル者ト信ジ、汎ニ之ヲ盲腸炎(Typhlitis)ト稱シ、又之ニ盲腸周圍炎(Perityphlitis)盲腸周圍蜂窠織炎(Paratyphlitis)回盲部腹膜炎(Haemecolpertonitis)等ノ稱呼ヲ與ヘ、其原因ハ殊ニ糞便ノ滯積

ニ由ル者トシ之ヲ又糞性盲腸炎 (Typhitis stercoraria) ト名ケタレドモ近時ノ經驗ニ由リ殊ニ晚近本症ニ對シテ所謂早期手術ヲ稱用スルニ至リテヨリ炎症ノ根源ハ主トシテ蟲樣突起内ニ存シ盲腸部殊ニ其周圍ハ只炎症ノ之ニ蔓延スルニ由リ繼發的ニ侵サルル者ナルヲ知ルニ至レリ故ニ米醫レギナルド・フッツ氏ハ一千八百八十六年始テ本病ニ「蟲樣突起炎」(Typhlitis) ナル名ヲ附與シタリ是實ニ適當ノ名稱ナレドモ獨醫ハ今モ尙多ク「盲腸周圍炎」(Perityphlitis) ナル名ヲ襲用スルガ如シ。

原因

原因 蟲樣突起ノ炎症ハ固ヨリ病原的細菌ノ傳染ニ因ル者ニシテ此細菌ハ或ハ腸管ヨリ直ニ該突起内ニ入ルコト有リ或ハ淋巴行及血行ニ由リテ其中ニ達スルコト有リ故ニ吾人ハ腸發性蟲樣突起炎 (Die enterogene Appendicitis) ト血發性又轉移性蟲樣突起炎 (Die hämogene oder metastatische Appendicitis) トヲ區別スレドモ前者ヲ見ルヲ最多ナリトス而シテ轉移性ノ症ハ間、扁桃腺炎、肺炎、流行性感冒、骨髓炎等ノ經過中ニ發スルコト有レドモクレツ氏ニ據レバ扁桃腺炎ハ殊ニ蟲樣突起炎ト關係ヲ有スル者ニシテ本症ニハ血行ニ介シテ蟲樣突起炎ヲ起サシムルコト有ルノミナラズ亦扁桃腺ヨリ排出セラレタル化膿性物質ハ嚙下セラレテ蟲樣突起ニ達シ以テ之ニ炎症ヲ發セシムルコト有リト云フ而シテ蟲樣突起ニ急性炎症ヲ起サシムル細菌ニ種々アレドモ就中通常多ク觀ル所ノ者ハ普通大腸菌及連鎖球菌ニシテ稀ニハ葡萄球菌、肺炎球菌、菌、惡性水腫菌等ヲ發見スルコト有リ但是等ノ細菌ハ亦屢ニ混合傳染ヲ來ス者ニ

シテハイム氏ニ據レバ大腸菌ト連鎖球菌トノ混合傳染ハ比較的の多ク觀ル所ニシテ單獨ナル大腸菌ノ傳染ニ在リテハ炎症ノ經過ハ亞急性或ハ慢性ナルモ局所ノ變化ハ高度ニシテ蟲樣突起ハ屢ニ壞疽ニ陥ルコト有リ之ニ反シテ連鎖球菌性蟲樣突起炎ニ在リテハ局所ノ變化ハ僅微ナルモ其經過頗ル急激シテ重症ナル全身症狀ヲ起シテ死ニ至ラシムルコト多シ又同氏ニ據レバ此症ハ殊ニ年少者ニ於テ連鎖球菌性あんざーJanzeノ後ニ來ルコト多シト云フ又マンチル氏Mancherlニ據レバ蟲樣突起炎ニ最多ナル病原菌ハ單ニ大腸菌ノミナルカ或ハ其連鎖球菌、葡萄球菌及肺炎球菌トノ混合傳染ナリト云フモ、ターウエル及ランツ氏ハ連鎖球菌ヲ以テ其最も主要ナル者トセリ蓋シ兩氏ノ說ニ從ヘバ大腸菌ヲ以テ最多ノ原因ト爲ス者アルハ是恐ク本菌ハ培養上其發育頗ル迅速ナルヲ以テ實際連鎖球菌ヲ存スルモ之ヲ看過スルニ因ル者ナラムト云フ。

上記諸種ノ細菌ノ傳播ニ由リ蟲樣突起ニ急性炎症性發作ヲ來ス所以ノ者ハ果シテ那邊ニ存ス可キヤ是大ニ講究ヲ要ス可キ問題ナレドモ蟲樣突起炎ノ發生ニ關シテ最も肝要ナルハ蓋シ先該突起ニ固有ナル解剖的關係ニ在リト謂ハザル可カラズ即チ蟲樣突起ノ異常ニ長クシテ而モ其管腔ノ狭キコト其多少廣キ開口ヲ以テ盲腸ニ附麗スルコト其種々ナル位置ヲ占ムルコト其粘膜ノ頗ル濾胞ニ富ミ之ニ深キ凹窩ヲ存スルコト等ハ皆是之ニ容易ニ炎症ヲ起サシムル素因ヲ作ル者ナリ今若シ蟲樣突起

ニ於ケル尋常ノ吸收作用及排泄妨碍セラレ、病原的細菌ヲ有スル糞便及粘液其中ニ蓄積シ、種々ナル機械的障碍(例之ゲルラッハ氏瓣ノ閉鎖管腔ノ狭窄及屈折盲腸内糞便滯積ニ因ル蟲様突起口部ノ腫脹及皺裂形成等)ノ爲、再ビ盲腸内ニ排泄セラレザルトキハ、之ニ炎症ヲ起スヤ必セリ。是故ニ盲腸及總括テ腸ノ疾患ハ、大ニ蟲様突起炎ノ發生ヲ促ス者ナリ。即之ニ屬スル者ハ、慢性常習便秘糞性盲腸炎、種々ナル不攝生ニ因ル消化障碍、急性及慢性胃腸疾患及殊ニ結腸炎ノ如キ是ナリ。然レドモ外傷及異物ハ、往時人ノ信ジタリシガ如ク、本病ノ誘因タルコト多キ者ニ非ズ。只外傷ハ、既ニ存スル炎症ヲシテ増悪セシムルコトハ、固ヨリ論ヲ俟タザル所ニシテ、所謂「外傷性蟲様突起炎」ナル者ニ在リテハ、蟲様突起ハ多クハ既ニ受傷ノ前ニ炎症ニ侵サレタル者ナリ。間、蟲様突起内ニ存在スル糞石及種々ナル異物(針魚骨膽石木片果實核等)ハ、固ヨリ亦其炎症ヲ誘起シ、之ガ爲、屢穿孔ヲ起サシムルコト有レドモ、輒近諸家ノ實驗ニ據レバ、此事タル實際多キ者ニ非ズト云フ。此他種々ナル腸寄生蟲就中蟻蟲ノ如キモ、間、蟲様突起内ニ入りテ之ニ炎症ヲ起サシムルコト有リ。

之ヲ數多ノ統計ニ徵スルニ、蟲様突起炎ノ第一ノ發作ハ、十歳乃至三十歳ノ間ニ來ルコト最モ多ク、三十歳ヲ過グレバ頓ニ減少シ、四十歳ノ後ニ來ルハ絶ダ罕ニシテ、概シテ男子ハ女子ヨリモ之ニ罹ルコト多シト云フ(シュランゲ氏)。

蟲様突起炎ノ病理解剖

蟲様突起炎ニ於ケル解剖的變化ハ、本症ニ所謂早期手術ノ施サルルニ至リテ

ヨリ益々闡明セラレタリ。蓋、臨牀上輕度ノ症ニ在リテハ、只蟲様突起ノ粘膜ニかたゝるヲ起スニ過ギズ(かたゝる性又單純性蟲様突起炎 *Appendicitis catarrhalis s. simplex*)。即、粘膜ハ潮紅腫脹シ、其分泌尋常ヨリ増加シ、且粘膜ノ深層、殊ニ粘膜下組織内ニ多少ノ小細胞性浸潤ヲ來シ、濾胞腫脹シ、該突起ハ爲、ニ肥厚スル者ノ如ク、稍、硬勁ト爲ル。但、斯ノ如キかたゝるハ、只蟲様突起ニノミ限局シテ發スル者ナリヤ否ハ、一個ノ疑問ニ屬スト雖、是恐ク必然該突起管腔ノ一時的若クハ持續的ノ狹縮ノ爲、分泌物ノ排泄障碍ヲ來スニ因ル者ニシテ、此場合ニ於テハ、實際管腔内ニ灰白色或ハ帶黃色ノ粘液ヲ充スコト多ク、此際又屢、粘膜内ニ小出血ヲ來シ、爲、ニ亦之ニ淺表ノ物質缺損ヲ生ズルコト有リ、而シテ蟲様突起ニ於ケル爾後ノ運命ハ、主トシテ管腔狹窄ノ狀態(其一時的ナリヤ、持續的ナリヤ、又其全不全)ニ關スル者ニシテ、狹窄再ビ除却セラルトキハ、其中ニ蓄積セル分泌物ハ細菌ト共ニ盲腸内ニ排泄セラレ、炎症ハ速ニ消散シ、時ニ只僅ニ該突起ノ肥厚ヲ貽スニ過ギズ。然レドモ蟲様突起ノ管腔全然閉塞セラルトキハ、分泌物漸次管腔内ニ蓄積シ、以テ絶グ稀有ナルモ、蟲様突起ノ水腫 (*Hydrops des Wurmfortsatzes*) ヲ來シ、水腫ハ間、拳大或ハ其以上ニ達シ、或ハ炎症持長スルトキハ、腔内ニ膿ヲ蓄積シ、以テ蟲様突起ノ蓄膿 (*Empyem des Wurmfortsatzes*) ヲ來スコト有リ。

蟲様突起ノ深層ヲ侵セル化膿性炎症ニ在リテモ、自然ニ治癒ニ就クコト有レドモ、其治癒スルヤ、通常粘膜潰瘍ノ痕痕結成ノ爲、管腔ノ萎縮及閉塞ヲ免カレザル者トス。然レドモ斯ノ如キ炎症ニ在リテハ、亦屢、管腔ノ穿孔ヲ來スコト有リ(穿孔性蟲様突起炎 *Appendicitis perforativa*)。蓋、此穿孔ノ原因タル、一々之ヲ確知スルコト能ハズト雖、蓄膿ニ際シテ粘膜ニ潰瘍

蟲様突起炎(盲腸周圍炎)

ヲ生ズルハ、大ニ之ニ關係ヲ有スル者ニシテ、穿孔ニ際シテハ屢、其側傍ニ糞石或ハ糞小塊ヲ發見スルコト有リ。然レドモ亦之ヲ缺如スルコト、決シテ少ナカラズ。而シテ潰瘍ノ或ハ徐徐ニ或ハ極テ急劇ニ深部ニ進行シテ遂ニ穿孔ヲ來スハ、又一ハ傳染セル細菌毒性ノ強弱如何ト、一ハ機械的作用ニ關スル者ニシテ、穿孔ハ實ニ糞石又ハ緊縮セル蓄膿囊壁ノ壓迫若クハ殊ニ蟲様突起ノ屈折部ニ來リ易キ血行障礙等ニ由リテ催進セラルルコト有ル可シ。而シテ此穿孔ハ、或ハ一。所ニ於テシ、或ハ間、數所ニ於テシ、其孔口ハ時トシテ甚ダ細小ナルコト有ルモ、亦廣大ナルコト有リ。又其部位ハ一定ナラザルモ、蟲様突起ノ尖端ニ來ルヲ殊ニ多シトス。

穿孔性蟲様突起炎ニ於テ、組織ノ限局性破壊ヲ起サシムル所ノ血行障礙ハ、間、頗ル高度ニシテ、爲ニ蟲様垂ノ大部或ハ其全部急劇ニ壞死ニ陥ルコト有リ(壞疽性蟲様突起炎 *Septic-dictis gangrenosa*)。但レ此壞死ハ、殊ニ亦細菌ノ毒性強烈ナルニ因ル者ニシテ、壞死ハ最初粘膜炎ニ現ハルルモ、之ヨリ忽チニシテ外方ニ向テ進行ス。即、壞死セル部分ハ、黑色帶綠黑色或ハ灰白色ヲ呈シ、或ハ其自然ノ連續部ヨリ全然分離シテ存スルカ、或ハ尙殘ニ之ト其連續ヲ保ツ者アルヲ見ル可シ。但レ茲ニ注目ス可キハ、稀有ナル可キモ、早期手術ニ際シテ蟲様突起ハ全部壞死ニ陥レルニ拘ラズ、其漿液膜ハ尙能ク其形態ヲ維持シ得テ、腐敗性内容ノ腹腔内ニ穿破スルヲ防止スル者アルヲ目睹スルコト有ル是ナリ。

所謂單純性蟲様突起炎ノ最輕度ノ症ニ在リテハ、其粘膜炎限局シテ僅ニかたゝる性炎症ヲ起スニ過ギザレドモ(蟲様突起内炎 *Die Endophrenditis*)、多クノ症ニ在リテハ、炎症ハ進ニ

テ其漿液膜ニ蔓延スル者ニシテ、漿液膜ハ著シク潮紅シ、且屢早ク既ニ容易ニ剝離セラル可キ纖弱ナル纖維素性癒著ニ由リ、附近ノ漿液膜ト連著スルヲ見ル(蟲様突起周圍炎 *Die Periphrenditis*)。加之、病勢ノ強盛ナルニ當リテヤ、炎症ハ更ニ其隣接部ノ盲腸小腸及網膜ニ蔓延シ(所謂盲腸周圍炎 *Die Perityphlitis*)。其間ニ癒著ヲ生ジ、之ガ爲、又蟲様突起及侵サレタル腸ノ屈折及狹窄ヲ來シ、危險ナル官能障礙ヲ招來スルコト有リ。然レドモ斯ノ如キ癒著性炎症ハ、亦一方ニ於テハ蟲様突起ノ側傍ニ滲出物ヲ形成スルニ際シテ、腸壁ヲ作ルヲ以テ、所謂盲腸周圍炎ノ多數ノ場合ハ、甚ダ良好ナル機轉ト謂ハザル可カラズ。蓋、斯ノ如キ蟲様突起周圍炎性若クハ盲腸周圍炎性炎症ハ、盲腸部ニ限局性ノ腫瘤ヲ形成スル者ニシテ、此觸察シ得可キ腫瘤ハ、主トシテ侵サレタル組織(腸壁自己、腹膜後組織、網膜等)ノ炎症性浸潤ニ因リテ生ズルモ、一部ハ亦侵サレタル盲腸及之ニ隣接スル小腸ノ瓦斯ノ爲、ニ多少膨滿スルニ由ル者トス。而シテ此腫瘤ハ、炎症ノ進ムニ從ヒ、滲出物ノ蓄積ヲ來スニ由リ、益顯著トナル者ニシテ、此滲出物ハ膿性ナルヲ常トス。所謂盲腸周圍炎性又蟲様突起周圍炎性膿瘍(*Der purigulöse oder puriguläre Abscess*)是ナリ。然レドモ此膿瘍ハ、必ずシモ蟲様突起ノ穿孔ニ由リテ生ズル者ニ非ズ、亦淋巴行ニ由リテ病毒ノ此所ニ侵入スルニ因リテ生ズル者ニシテ、最初期ニ在リテハ、滲出物ハ亦漿液性或ハ漿液纖維素性ナルコト有リ。而シテ純漿液性滲出物ハ、殆ド皆細菌ヲ有スルコト無クシテ速ニ吸收セララルルモ、膿性滲出物ハ容易ニ吸收セララルコト無ク、却テ速ニ増大シ、數日ナラズシテ大ナル腫瘤ヲ形成スルヲ多シトス。

盲腸周圍炎性膿瘍ノ自然ニ吸入セラレズシテ増大スル者ハ之ヲ放任スルトキハ遂ニ隣接臓器内ニ破開スルコト有リ殊ニ盲腸内ニ破開スル者最も多キモ亦時トシテハ小腸直腸膀胱子宮腔膿瘍内等ニ破開スルコト有リ然レドモ此膿瘍ニシテ若ク早ク排泄ノ路ヲ發見セザルトキハ漸次増大シ更ニ其周圍ニ膿瘍ヲ作り以テ膿瘍ハ一所ヨリ諸所ニ蔓延スルコト有リ即其上行結腸ニ沿ヒ腎臟部及横隔膜下ニ達スルヤ腎臟周圍炎性膿瘍 (Der nephritische Abscess) 若クハ横隔膜下膿瘍 (Der subphrenische Abscess) ヲ生ジ其降テ小骨盤内ニ入ルヤ骨盤膿瘍 (Der Beckenabscess) ヲ生ジ直腸ト膀胱トノ間ニ蓄積シタル膿ハ更ニ左側ノ骨盤壁ニ沿テ上行シ鼠蹊韌帶上ニ現出スルコト有リ此他膿瘍ハ深ク腹膜後組織内ニ蔓延シ以テ間廣大ナル腹膜後膿瘍 (Der retroperitoneale Eiternag) ヲ來シ或ハ膿瘍ハ腹壁ヲ侵シ膿ハ此所ヨリ排泄セララルコト少ナカラズ。

爾他蟲様突起ノ炎症ニ合併シ來ル症ニシテ最も不良ナルハ炎症ノ廣ク腹膜腔内ニ蔓延シ以テ瀰蔓性腹膜炎ヲ發スルニ在リ此際特ニ注目ス可キハ盲腸部ニ於ケル炎症性浸潤ハ著明ナラズ或ハ全ク之ヲ缺如シ而シテ腐敗性化膿性腹膜炎ハ屢急性に現ハレテハ下ニ經過スルコト有ル是ナリ。

蟲様突起炎ノ症候

症候 蟲様突起炎ノ症候ハ炎症ノ強弱腹膜ノ侵サレル程度及殊ニ其合併症ノ有無等ニ由リ一定ナル能ハズゾンチンブルグ氏ハ蟲様突起炎ヲ急性及慢性ノ二症ニ區別シ急性症ヲ更ニ急性單純性症ト急性壞疽性症トニ區別シ蟲様突起ノ穿孔ハ壞疽ニ基ク者ナルヲ以テ穿孔性症ヲ壞疽性症ト同一視セリ此區別タル臨牀上甚ダ便宜

ナル可キモ臨牀上ノ所見ト病理解剖上ノ變化トハ必ズシモ一致セザルヲ以テ之ヲ區別スルコト難シトス又チルマンズ氏ハ本症ヲ次ノ三種ニ區別スルヲ便宜トセリ

Tilmanus

即チ(一)蟲様突起ニノミ限局セル炎症(二)滲出物形成ヲ有スル蟲様突起炎及(三)瀰蔓性腹膜炎及其他ノ合併症ヲ有スル蟲様突起炎是ナリ此他臨牀上此炎症ヲ輕症中等症及重症ノ三種ニ區別スル者アリ。

蓋定型的ナル急性蟲様突起炎ニ最モ肝要ナル初期ノ徵候ハ最初臍部或ハ胃部ニ限局シ後ニ多ク回盲部ニ互ル所ノ腹痛惡心乃至嘔吐腹壁ノ壓痛熱候及脈搏數ノ増加ニシテ本症ヲ發スルニハ亦屢全身違和食思不振舌苔酸風氣痛痛樣ノ不定ナル刺痛輕度ノ惡心便秘若クハ下痢等ノ前驅症ヲ以テスルコト有リ。

蟲様突起炎ニ來ル疼痛ニ自覺的ト他覺的トノ二者ヲ區別セザル可カラズ自覺的疼痛ハ患者通常腹痛トシテ訴フル所ニシテ其發生ニ關シテハ諸說アレドモレナント

Lenander

ル氏ハ之ヲ體壁腹膜ヨリ發シ腸間膜ノ牽引セララルニ因ル者ナラムト説明シラント

Lanz

ツ氏モ亦實驗ニ徵シテ此說ニ左袒セリ他覺的疼痛ヲ檢査スルニハ宜シク先ッ皮膚痛覺過敏ヲ檢スベシ急性症ニ在リテハ右腸骨窩部ノ皮膚ヲ皺襞狀ニ撮擧スルニ左側

Mc Burney

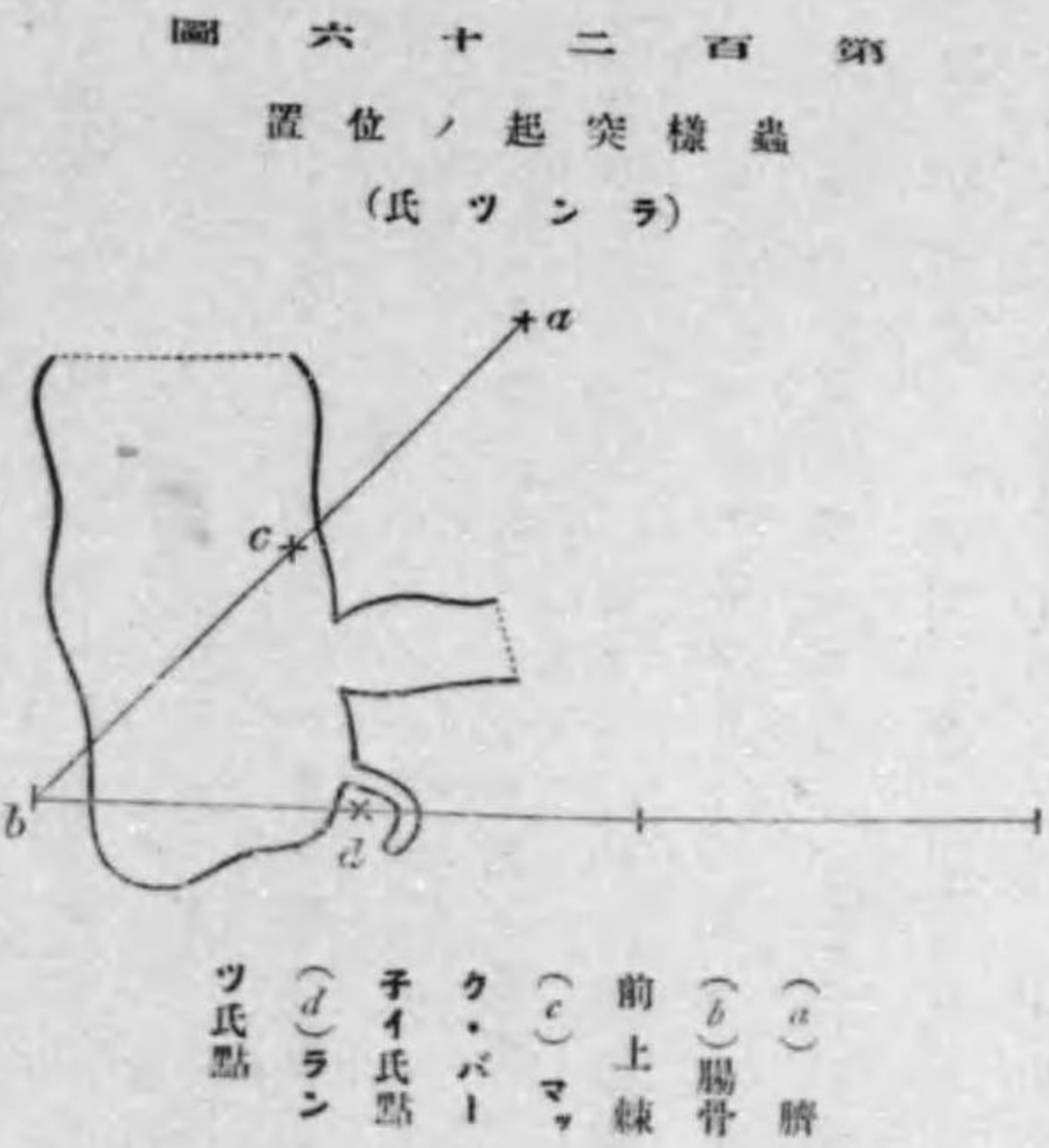
ノ同部ニ比シテ過敏ナリ又殊ニ肝要ナルハマックバーナイ氏點ニ於ケル壓痛ナリト

Lange Roux

ス同氏ニ據レバ臍ト腸骨前上棘トヲ通ズル假線内ニ於テ後者ヲ距ルコト二いんち

蟲様突起炎(盲腸周圍炎)

ルマンス・ランツ氏等ニ從ヘバ、所謂マック・パーチイ氏點(Dr. Mc Burney'sche Punkt)ハ、蟲樣突起ノ基根部ニ一致スル者ニ非ズ、該點ハ、却テ上行結腸ノ内側ニ於テ蟲樣垂根ヲ距ルコト上方約四乃至五仙迷ノ所ニ在リト云フ(第百二十六圖)。然レドモマック・パーチイ氏



當リテヤ、其收縮最モ著明ナルモ、其緩解スルヤ、筋收縮モ亦自ラ消散ス。但、慢性ノ炎症ニ在リテモ、「でふんす」ハ、亦屢々長ク存在スルコト有リ。熱ハ、蟲樣突起炎ニ在リテハ、頗ル一様ナラズ。重症ノ經過ヲ取ル者、又ハ滲出性ノ症ニ

在リテモ、全然之ヲ缺如スルコト有リ。之ニ反シテ經過ノ短ク且良好ナル症ニ在リテモ、亦俄然高熱ヲ呈スルコト有リ。然レドモ通常ノ蟲樣突起炎發作ニ際シテハ、一度内外或ハ間之ヨリ以上ノ體溫昇騰ヲ見ルコト多シ。而シテ惡寒ニ次グニ四十度内外ノ高熱ヲ以テスル者ハ、多クハ化膿ニ陥ルノ徵候ニシテ、殊ニ高熱持續シテ四五日ニ互ルトキハ膿瘍ヲ形成スルヲ常トス。而シテ脈搏數ハ、通常熱ノ高低ニ伴フ者ナレドモ、體溫低キニモ拘ラズ、脈搏數著シク増加シ、殊ニ兩曲線ノ相交又スル者ハ、最モ忌ム可キ徵候ト爲ス可シ。蓋、虚脱ハ、通常腹膜ノ著シク侵サレタル徵候ニシテ、蟲樣突起ノ穿孔ニ際シテ之ヲ見ルヲ多シトス。殊ニ虚脱ヲ起スニ先テ、急ニ劇痛ヲ起シ、俄然發汗シ、且腹壁著シク緊張スルトキハ、其穿孔ヲ來シタルヤ、蓋、殆ド疑ヲ容ル可カラズ。

蟲樣突起炎ノ稍、輕度ノ症ニシテ、腹膜ノ侵サルコト多カラザル者ハ、二三日ニシテ恢復ニ向ヒ、可良ノ經過ヲ取ルモ、其稍、重症ノ者ニ在リテモ、限局性ノ蟲樣突起炎性若クハ盲腸周圍炎性滲出物ヲ生ズル者ハ、亦經過ノ可良ナル者ヲ多シトス。但、此滲出物ニ由來スル腫瘤ハ、初期ニ在リテハ、腹筋ノ緊張ノ爲、之ヲ觸知スルコト能ハズ。筋緊張ノ稍、緩解シタル後、始テ之ヲ觸知シ得ルヲ常トス。而シテ此腫ハ、瘤通常右側腸骨窩内、或ハ腹壁ニ接シテ存在スルモ、亦右側腸骨前上棘ノ上後方ニ於テ之ヲ認ムルコト有リ。是、盲腸後方ノ結締織ニ滲出物ヲ生ジタル者ニシテ、ウヰルヒョウ氏ノ所謂盲腸周圍蜂窠織炎(Die Paratyphitis)是ナリ。蓋、斯ノ如キ滲出物ハ、假令化膿性ノ性質ヲ帶ブルモ、

一乃至二三週日ノ間ニ消退スルヲ多シトス。然レドモ其益増大シ且高热ヲ以テスル者ハ常ニ膿瘍ヲ形成スル者ニシテ腫瘍ハ日ナラズシテ波動ヲ呈スルニ至ル。斯ノ如キ症ニ在リテハ其自然ニ吸收セラレ或ハ破開スルヲ俟タズ宜シク速ニ切開排膿セシム可シ。

茲ニ實地上甚ダ肝要ナルハ蟲様突起炎ハ間下腹ノ左側ニ其症狀ヲ呈スルコト有ル是ナリ。蓋シ斯ノ如キハ時トシテ最初實際右側ノ定型的位置ニ存在シタル局所的炎症ノ左側ニ蔓延シタルガ爲ナルコト有ルモ亦左側ノ滲出物ハ淋巴行或ハ血行ニ由リテ轉移性ニ生ズルコト有リ或ハ又蟲様突起ハ異常ニ長クシテ正中線ヲ越テ左方ニ達シ以テ最初ヨリ左側ニ症狀ヲ現ハスコト有ル可シ。

發作甚ダ短キモ而モ反覆發來シ其症狀トシテ盲腸部ノ自發痛壓痛でふんす悪心嘔吐等ヲ來ス者ハ其蟲様突起ニ關係ヲ有スル者タルヤ殆ド疑ヲ容ル可カラズト雖斯ノ如キ場合ニ手術ヲ施スニ敢テ蟲様突起ニ炎症ヲ認ムルコト無ク突起内ニハ只糞石或ハ幼少ナル蛔蟲ヲ存スルカ或ハ僅ニ狭窄ヲ認ムルコト有リ。ランツ氏ハ斯ノ如キ症ヲ蟲様突起性痛痛(Colic appendicularis)ト名ケタリ。

蟲様突起炎ニハ結核病性或ハ放線菌病性ノ者(結核性及放線菌性蟲様突起炎)(*Myobacteriosis tuberculosa und actinomycetica*)ノ外亦外觀上一回ダモ急性ノ發作ヲ來シタルコト無ク最初ヨリ慢性ノ經過ヲ取ル者アリ。蓋シ斯ノ如キ慢性蟲様突起炎(*Appendicitis chronica*)

ハ或ハ始終慢性ニ經過スルカ或ハ遂ニ病勢ノ進ムニ從ヒ急性發作ヲ來ス者ナリ。然レドモ斯ノ如キ慢性症ハ恐ク臨牀上看過セラレタル輕度ノ急性症ヨリ轉ジ來ルカ或ハ既ニ小兒期ニ經過シタル慢性症ヨリ發スル者ナラム。ランツ氏ニ從ヘバ小兒期ニ於テハ實際慢性蟲様突起炎ヲ見ルコト少ナカラズ只其症狀ノ著明ナラザルガ爲胃若クハ腸ノ疾患ト看做サル者ナラムト云フ。蓋シ成人ニ於ケル慢性蟲様突起炎ニ來ル症狀ハ胃腸ノ障礙惡心嘔氣腹内痛感マツクパーネイ氏點ノ壓痛筋動硬盲腸ノ膨滿等ニシテ此際間著シク變化セル蟲様突起ヲ觸知シ得ルコト有リ。斯ノ如キ症ニ於テハ蟲様突起ヲ切除スルニ其著シク肥厚シ且管腔ノ閉塞スルヲ見ルヲ多シトス。

慢性蟲様突起炎ニシテ專ラ慢性胃腸かたゝる或ハ種々ナル神經的症狀ヲ呈シ爲ニ男子ニ在リテハ慢性胃腸病ノ診斷ヲ下サシメ女子ニ在リテハ殊ニ亦神經衰弱症若クハひすてりト診斷セララル者アリ。エワルド氏ノ所謂假面性蟲様突起炎(*Appen-dicitis larva*)即是ナリ。之ニ反シテ神經性ノ人ニ在リテハ蟲様突起ニ毫モ變化ヲ認メザルモ時トシテ恰モ蟲様突起炎ノ如キ症狀ヲ呈スルコト有リ。是近時フランケ・ホヘチツク・キニツト子ル氏等ノ報告セル所ニシテ斯ノ如キハ多クハ只腸ノ痙攣ニ基ク者ナリ之ヲ假性蟲様突起炎(*Die Pseudoappendicitis*)ト名ク。

蟲様突起炎ニ來ル合併症中最モ主要ナル者ハ限局性及汎發性腹膜炎竝ニいれうすナリ。限局性(或ハ汎發性)腹膜炎ハ蟲様突起ノ穿孔ニ由來スルコト有ルモ亦毫モ穿孔

蟲様突起炎ノ合併症

蟲様突起炎(盲腸周圍炎)

無キモ、淋巴行若クハ血行ニ由リテ之ヲ發スルコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタリ。然レドモ蟲様突起ノ炎症ニ際シテ腹膜局部ノ侵サルルハ、殆ド毎常觀ル所ニシテ、元來之ヲ以テ合併症ト看做スコト能ハズ、寧之ヲ當然ノ結果ト爲シ、人多クハ「蟲様突起炎」ナル名稱ニ代フニ、亦屢「盲腸周圍炎」(Die Perityphlitische)ナル稱呼ヲ以テス。而シテ此際殊ニ又網膜ノ炎症ニ與カルハ、適以テ其蔓延ヲ防護スルノ用ヲ爲スコト多シ。上文既ニ述ベタルガ如ク(本卷二八一頁參照)炎症ノ蟲様突起若クハ盲腸ノ周圍ニ蔓延スルヤ、侵サレタル腸管ノ炎症性肥厚浸潤セラレタル網膜ノ癒著其他腸管各自ノ癒著等ニ由リ、最初盲腸部ニ周圍ノ境界判然タラザル弾力性ノ腫瘤ヲ生ズル者ニシテ、斯ノ如キ腫瘤ハ自然ニ消散スルコト有レドモ、第一週ノ終ニ至ルモ消退スルコト無ク、却テ益増大スル者ハ、是レ既ニ盲腸周圍炎性膿瘍(Perityphlitischer Abszess)ヲ形成セル者ニシテ、此膿瘍ハ、多クハ盲腸ト腹壁ノ間ニ生ズルモ、亦腹腔内ノ諸所ニ之ヲ生ズルコト有ルハ、亦既ニ上文ニ述ベタリ(本卷二八一頁參照)。而シテ蟲様突起炎ノ合併症ニシテ最モ恐ル可キ者ハ、汎發性腹膜炎ニシテ、本症ハ間、初發ニ來リ、最初ヨリ全肚腹ノ鼓腸及壓痛ヲ來スコト有ルモ、此危險ナル症狀ハ、或ハ二三時間ノ經過中ニ、又ハ數日ノ後ニ消退スルコト有リ、或ハ二三日間ニ電撃様ノ經過ヲ取り速ニ致命セシムルコト有リ。故ニ後者ノ如キ場合ニ於テハ、實際蟲様突起炎ナルモ、恰モ急性腹膜炎ノ如キ症狀ヲ呈スル者トス。次ニ肝要ナル合併症ハ、いれうすナリ。本症ハ、急性蟲様突起炎ニ在リテハ、或ハ一汎反

蟲様突起炎ノ經過

射的腸麻痺ノ爲、ニ來リ、或ハ盲腸及炎竈ニ隣接セル腸管ノ浮腫性浸潤ノ結果、局所的腸麻痺ノ爲、ニ來ル者トス。然レドモ急性炎症性症狀ノ減退スルカ、或ハ手術ヲ施ストキハ、此症狀モ亦自ラ消散スルヲ常トス。但此いれうすハ、亦發生スル膿瘍ノ爲、腸管壓迫セラレ、或ハ膿瘍ト癒著シタル腸管ノ屈折セラレ、或ハ癒著性索條ニ由ル絞扼等ノ爲、ニ發スルコト有リ。故ニ斯ノ如キ場合ニ在リテハ、速ニ手術ヲ施シ、以テ障礙物ヲ除却セザル可カラズ。

蟲様突起炎ノ經過

經過 蟲様突起炎ノ經過ハ、殊ニ其合併症ノ有無ニ關スルコト至大ナリトス。蓋單純ナル蟲様突起炎性發作ニ在リテハ、數日乃至數週日ニシテ症狀消散シ、臨牀上全ク治癒ニ就ク可シト雖、其眞ニ解剖上治癒スル者ハ絶ダ罕ナリ。是レ本症ハ、一旦治癒スルモ、屢再發スル所以ナリ(再發性蟲様突起炎 Die rezidivierende Appendicitis)ケルテ氏ニ據レ

蟲様突起炎ノ診斷

バ、本症ノ再發スル者ハ、少ナクモ四〇%ニシテ、而モ再發症ハ、重症ナル化膿性破壞性症ニ於ケルヨリモ、輕症ナル發作後ニ來ルコト多シト云フ。而シテ再發症ハ、發病後一年內ニ來ルコト最モ多キ者ニシテ、再發度數ノ重ナルニ從ヒ、持續的治癒ノ希望益減却セラルル者トス。又再發性蟲様突起炎ハ、妊娠中ニ來ルコト殊ニ多シト云フ。

診斷 蟲様突起炎ノ多數ノ者ハ、急性タルト慢性タルトニ拘ラズ、特異ナル症狀ヲ呈スルヲ以テ、其診斷多クハ難カラザルモ、本症ニハ可及的早期ノ診斷ヲ要スルヲ以テ、常ニ先其主徵ニ注目ス可シ。即チ肚腹ノ自發痛、回盲部ノ壓疼、腹壁ノ緊張(でふんす)

悪心及嘔吐、體溫昇騰、脈搏數ノ增多等是ナリ。然レドモ其症狀ハ、特異性ナラザルコト往
 往之有ルヲ以テ、直ニ正確ナル診斷ヲ下シ難キコト有リ。殊ニ蟲様突起ニシテ若シ異常
 ノ位置ニ存在スルトキハ、最初ノ疼痛發作ニ際シテ、間、腎石痛或ハ膽石痛ト誤診
 セラレ、或ハ又時トシテ胃ノ穿孔ト誤診セララルコト無キニ非ズ。又婦人ニ在リテハ
 殊ニ卵巢ノ炎症ト誤ララルコト有リ。此他尙往々誤診ヲ來スコト有ルハ、消化不良、殊
 ニ小兒ニ於テ急性腸かたゝる糞便滯積、腸壘積中毒症等ナリトス。
 蟲様突起炎ノ診斷ニ於テ殊ニ肝要ナルハ、觸診法ナレドモ、肚腹頗ル過敏ニシテ腹壁
 著シク緊張スルトキハ、強テ之ヲ施ス可カラズ。是レ只徒ニ患者ヲ苦惱セシムルノミニ
 シテ、得ル所無ケレバナリ。然レドモ疼痛既ニ稍、蟲様突起ノ周圍ニ限局スルニ至レバ股
 關節ヲ屈曲シ、以テ腹壁ノ緊張ヲ減却セシメ、最モ注意ヲ加ヘテ觸診ヲ施ス可シ。之ニ
 由リテ蟲様突起ノ過敏ナルヲ確認シ、又盲腸周圍炎症浸潤ヲ證明シ得タルトキハ、先
 之ヲ以テ満足シ、更ニ無用ノ壓迫等ヲ試ム可カラズ。是レ之ガ爲、患者ニ苦痛ヲ與フルノ
 ミナラズ、爲、ニ亦蟲様突起ノ穿孔ヲ促ガシ、或ハ既成ノ瘻著ヲ剝離シ、以テ危險症ヲ發
 來セシムルコト有レバナリ。而シテランツ氏ノ唱フルガ如ク、觸診ニ際シテ疼痛點ノ
 必ズシモ常ニマック・パーチイ氏點ニ存在スル者ニ非ザルコトハ、既ニ上文ニ述べタリ
 (本卷二八四頁參照)。又蟲様突起ハ、往々小骨盤内ニ下垂スルコト有ルヲ以テ、膈及肛門内ヨリ
 觸診ヲ施スコトヲ忘ル可カラズ。此法ハ、殊ニ亦骨盤化膿ノ際、最モ肝要ナル者トス。而

シテ本症ニ間、膀胱裏急後重及尿道内疼痛ヲ起スコト有ルハ、多クハ蟲様突起ノ小骨
 盤内ニ下垂スル徵候ナリト云フ。

盲腸周圍炎症腫瘍ニシテ既ニ波動ヲ呈スル者ハ、其膿瘍タルコト毫モ疑ヲ容ル可カ
 ラズト雖、疑ハシキ場合ニ於テ、之ヲ決定セムガ爲、試驗的穿刺術ヲ施スハ常ニ戒ム可
 シ。又該腫瘍ニシテ長ク存在スル者ハ、時ニ盲腸ノ惡性腫瘍若クハ結核性回盲部腫瘍
 ト誤診セララルコト有リ。宜シク注意スベシ(本卷二六七頁參照)。

蟲様突起炎ノ病性ヲ知悉セムガ爲、施サレタルろいこちにてん數ノ計算(クルシマン氏
 Curschmann)

ノ價値ニ就テハ、從來諸説區々一致スル所アラズ。殊ニレイン氏ノ如キハ其全ク用ユルニ
 足ラザルコトヲ唱道スレドモ、之ヲ諸他ノ症候ニ參照シテ施ストキハ、亦全ク價値無キ者

ト謂フ可カラズ(チルマンズ氏)。クルシマン・ゾンチンブルク及コーテ氏ニ從ヘバ、體溫三
 十七・九度、脈搏九十六至ろいこちにてん數一萬四千ノ平均數ヲ示スハ單純かたゝる性蟲

様突起炎ト認ム可ク、是等ノ曲線平等ニ増進シ、體溫三十八・二度、脈搏百十六至ろいこち
 てん數二萬ナルハ、爾他重症ナル臨牀的症狀ヲ伴フトキハ、蟲様突起ニ高度ノ病的變化ヲ
 呈スルモ、其尙多クハ限局性ナルヲ知ル可ク、又體溫三十八・五度、脈搏百二十二至ニシテ、殊
 ニろいこちにてん數ノ著シク増加シテ三萬ヲ算スルハ、多クハ多少蔓延セル腹膜炎ナル
 ヲ徵ス可シト云フ。又ゾンチンブルグ及コーテ氏ニ據レバ、體溫高ク脈搏頻數ナルモ、獨ろ
 いこちにてん數ノ多カラザルハ(約一萬八千)、多クハ蔓延性腹膜炎ニシテ、豫後ノ疑ハシ

蟲様突起炎ノ豫後

キ者ナリ。是れいこちてんノ少数ナルハ、體力ノ衰弱ヲ示ス者ニシテ、高度ノ中毒ニ因ル者ナリト。此他同氏ニ據レバ、體温及脈搏數ノ高キニモ拘ラズ、いこちてん數ハ急速ニ減少スルハ、常ニ豫後ノ凶ナルヲ示ス者ナリト云フ。然レドモ、茲ニ宜シク留意スベキハ、死ノ直前ニ當リ、著シキ所謂「死前白血球增多」ヲ來スコトノ稀有ナラザルコト是ナリ。ゾンテンブルグ氏ハ、此現象ヲ以テ、始、限局セラレタル炎症ノ急速ニ蔓延スルガ爲、ナラムト云ヘリ。所謂假面性及假性蟲様突起炎ニ就テハ、既ニ上文ニ述ベタリ(本卷二八七參照)。

豫後 常ニ疑ハシキ者ト謂ハザル可カラズ。是レハ、最初輕症ナル者モ、俄然不良ナル經過ヲ取ルコト有ルト、又一ハ、其初發ノ急激ナル者ニ在リテモ、是レ殊ニ壞疽性症ニ於テ睹ル所ナリ、所期ニ反シテ全然可良ノ經過ヲ取ルコト有レバナリ。而シテ本症ノ豫後ノ吉凶ハ亦主トシテ上記ノ合併症ノ有無ニ關スル者ニシテ、殊ニ之ニ汎發性腹膜炎ヲ繼發スルトキハ、常ニ危險ナルヲ多シトス。然レドモ、若ク早ク之ヲ發見シ、二十四時間以內ニ開腹術ヲ施ストキハ、之ヲ救治シ得ルコト少ナカラズ。但シ蟲様突起炎ノ死亡數ハ、往時人ノ多ク主張シタルガ如ク、甚ダシク多數ナル者ニ非ズ。シホルツ・キムメル・ロツテル氏等ニ從ヘバ、内科的及外科的ニ處置セラレタル本症ノ全死亡數ハ、四・七乃至一四・三%ノ間ニ在リト云フ。又サーリー氏ニ據レバ、保守的ニ治療セラレタル患者六千七百四十人中、死亡セル者ハ八・八%ニ過ギズ。而シテ再發セル者ハ、二〇・八%ナリト云フ。殊ニ近年本症ニ對シテ所謂早期手術ノ益、多ク施サルルニ至リテヨリ、手術患者ノ

蟲様突起炎ノ療法

死亡數ハ益、減少シ、中間期手術ヲ施サレタル患者ノ死亡數モ、亦大ニ減少スルニ至レリ。例之ルー氏ハ、中間期手術患者六百七十人中、僅ニ二名ヲ失ヒタルノミナリト云ヒ、ストレムメル氏ニ據レバ、中間期手術ノ死亡數ハ、〇・五%以下ナリト云フ。

療法 第一ニ肝要ナルハ、豫防ナリ。即チ胃腸ノかたゝるヲ患ヘ、或ハ秘結スル者ニハ攝生ヲ守ラシメ、且適當ナル療法ヲ施シテ之ヲ治ス可シ。既ニ本病ヲ發シタル者ニ在リテハ、往時主トシテ内科的療法ヲ施サレタレドモ、今ハ外科的療法ヲ施サルルコト益、多キヲ加フルニ至レリ。就中急性蟲様突起炎ニ對シテハ、方今早期手術(Die Frühoperation)ヲ稱用スル者益、多シ。此手術タル、發病後二十四時間乃至四十八時間以內ニ蟲様突起ヲ切除スル者ニシテ、此間ニ施サルル所ノ手術ハ、通常危險無キノミナラズ、之ニ由リテ亦他ノ危險ナル合併症ノ發生ヲ防遏スルコトヲ得可シ。唯憾ムラクハ、吾人ハ今日實際ニ於テ、早期手術ヲ行フノ機會ニ遭遇スルコトノ尙甚ダ少ナキコトヲ蓋ス。斯ノ如キハ、一ハ初期ニ本症ヲ確診セララルコトノ未ダ甚ダ多カラザルニ由ル可シト雖、又一ハ之ヲ診斷シ得ルモ、世醫多クハ早ク之ヲ外科醫ニ送附セザルニ由ラズムバ非ラズ。而シテ吾人ハ、若ク早期手術ヲ施シテ蟲様突起ヲ切除スルコト能ハザルトキハ、該突起ノ穿孔若クハ急性汎發性腹膜炎ノ如キ危險症ヲ起サザル限、ハ、炎症ノ全ク消散スルヲ俟チテ手術ヲ施シ、以テ侵サレタル蟲様突起ヲ切除スルコトヲ努メザル可カラズ。是レ所謂中間期手術(Die Intervalloperation)ニシテ、佛醫ノ「冷時手術」(L'opération à

蟲様突起炎(盲腸周圍炎)

(Foid)ト稱スル者即是ナリ。然レドモ既ニ膿瘍ヲ生ジタルトキハ、可及的早ク切開排膿セシメザル可カラザルハ固ヨリ論無シ。蓋中間期手術ヲ施シ得キ時期ハ、各症ニ由リ豫一定スルコト能ハズト雖、要スルニ、急性發作ノ後、患者既ニ自覺的症狀ヲ訴フルコト無ク、他覺的検査ニ於テモ、炎症性滲出物吸收セラレテ殆ド其痕跡ヲ證明スルコト能ハザル時ニシテ、此時期ハ早キハ急性發作後二三週間ノ後、遅キハ二三ヶ月ノ後ニ在リ。又本病ノ發作ヲ有シタル未婚ノ女子ニシテ結婚セムト欲スル者ニハ、中間期手術ヲ施スヲ最モ必要ナリトス。是本症ニ罹リタル者ニ在リテハ、妊娠ニ由リ不良ノ影響ヲ蒙ムルコト有レバナリ(本卷二八九頁參照)。

今蟲様突起炎及其繼發症ニ對シテ施ス所ノ手術ヲ區別シテ、左ノ三種ト爲ス。即チ(一)急性發作ニ於ケル早期手術(二)盲腸周圍炎症性膿瘍ニ於ケル手術及(三)發作ノ休歇時ニ於ケル中間期手術是ナリ。而シテ蟲様突起ヲ切除スル者、之ヲ蟲様突起切除術(Die Appendektomie oder Appendicektomie)ト稱ス。

(1)急性發作ニ於ケル早期手術(Die Frühoperation bei akutem Anfall)ハ、發作ノ直後或ハ遅クモ四十八時間以内ニ施サル者ニシテ、熟練家ニ在リテハ、通常危險ナル手術ニ非ズ。然レドモ從來ノ實驗ニ徵スルニ、初發ノ臨牀的症狀ハ、必ズシモ蟲様突起ニ於ケル解剖的變化ノ程度ニ一致スル者ニ非ズ。其變化ノ輕度ナル者モ、亦既ニ高度ノ壞疽ニ陥レル者モ、最初殆ド同一ナル症狀ヲ呈スルコト有ルヲ以テ、手術ノ結果ハ、豫之ヲ確知

急性發作
ニ於ケル
早期手術

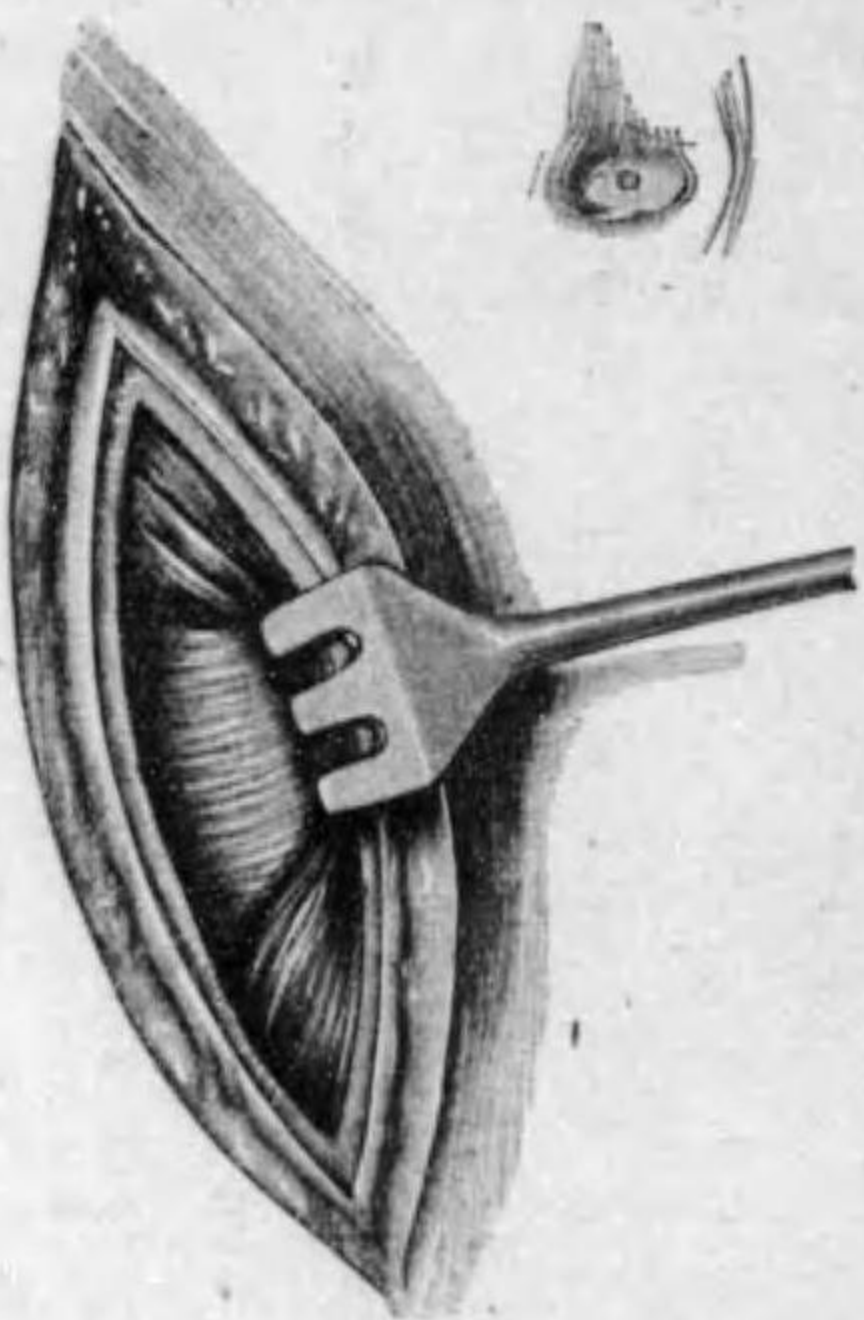
手術式

スルコト能ハザル者トス。但、發病初期ニ於ケル多少ノ虛脱狀態ヲ以テ、手術ノ禁忌ト爲スニ足ラズ、否、寧、此際ニ於ケル手術ハ、虛脱ニ對スル最良ノ療法ニシテ、之ニ由リ一舉ニシテ其原因ヲ除却シ、以テ直接ニ患者ノ生命ヲ救助シ得ルノミナラズ、亦將來起ル可キ危險ナル再發症ヲ一掃スルコトヲ得可シ。

手術式。本手術ニ於ケル腹壁ノ切法ハ、蟲様突起ノ所在部位ニ從ヒ一定ナラザルモ、殊ニ稱用ス可キハ、副直腹筋切法、側面切法、又斜切法及交換切法ト爲ス。

副直腹筋切法(Der Pararektalschnitt)ハ、レナンドル・ゼン氏等ノ法ニシテ、此法ヲ以テスルニハ、直腹筋ノ外縁ニ於テ、臍ト腸骨前上棘トヲ連結スル假線ノ約中央ニ於テ、稍、其上

圖 七 十 二 百 第
法切筋腹直副ノ氏ルデンナレ



蟲様突起炎(盲腸周圍炎)

方ヨリ少シク斜ニ下内方ニ向テ皮膚ヲ切開シ(第三十一圖參照)、次デ外斜腹筋ノ腱膜ヲ切開スルトキハ、直腹筋ノ前鞘ヲ見ルヲ以テ、皮膚切開線ヨリモ稍、内側ニ偏シテ之ヲ切開スルトキハ、直腹筋露出ス。是ニ於テ劍鉤ヲ以テ之ヲ内方ニ排開シ(第百二十七圖)、略、直腹筋前鞘ノ切開ニ一致シテ其後鞘(臍ト腸骨縫際ノ中間及腹膜ヲ切開ス。此法ヲ以テシタルトキハ、

後ニ腹壁縫合ニ際シ、最初ニ腹膜ト共ニ横腹筋膜及直腹筋後鞘ヲ縫合シ、次ニ直腹筋

前鞘及外斜腹筋腱ヲ縫合シ、最後ニ皮膚ヲ縫合ス。

側面切法又斜切法 (Der Flanken- oder Schrägschnitt) ハ、ゾンチンブルグ氏ノ法ニシテ、腸骨

前上棘ノ上内側ニ斜切開ヲ施ス者ナリ。其法ハ、腸骨動脈ノ結紮ニ施ス所ノ皮膚切法

ト異ナルコト無シ (本卷第二十五圖ノ第三十圖リ及第三十一圖リ參照)。

所謂交換切法 (Der Wechselschnitt) 第百二十八乃至第百三十圖ハ、オット・スフレンゲル氏ノ名ケタル所

圖 八十二百第 (法切氏イ子バ・クマ) 法切換交 (一 其)

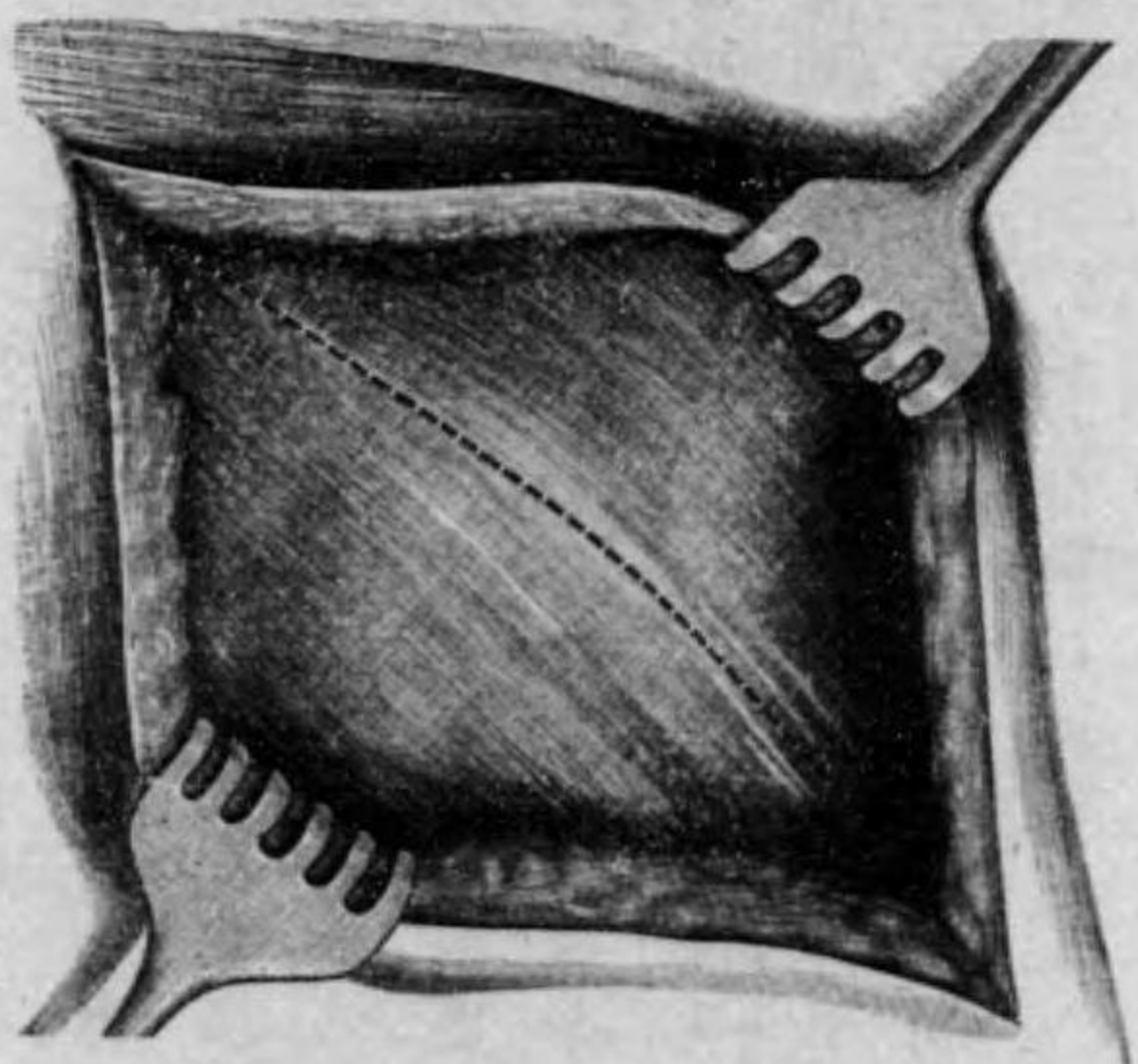
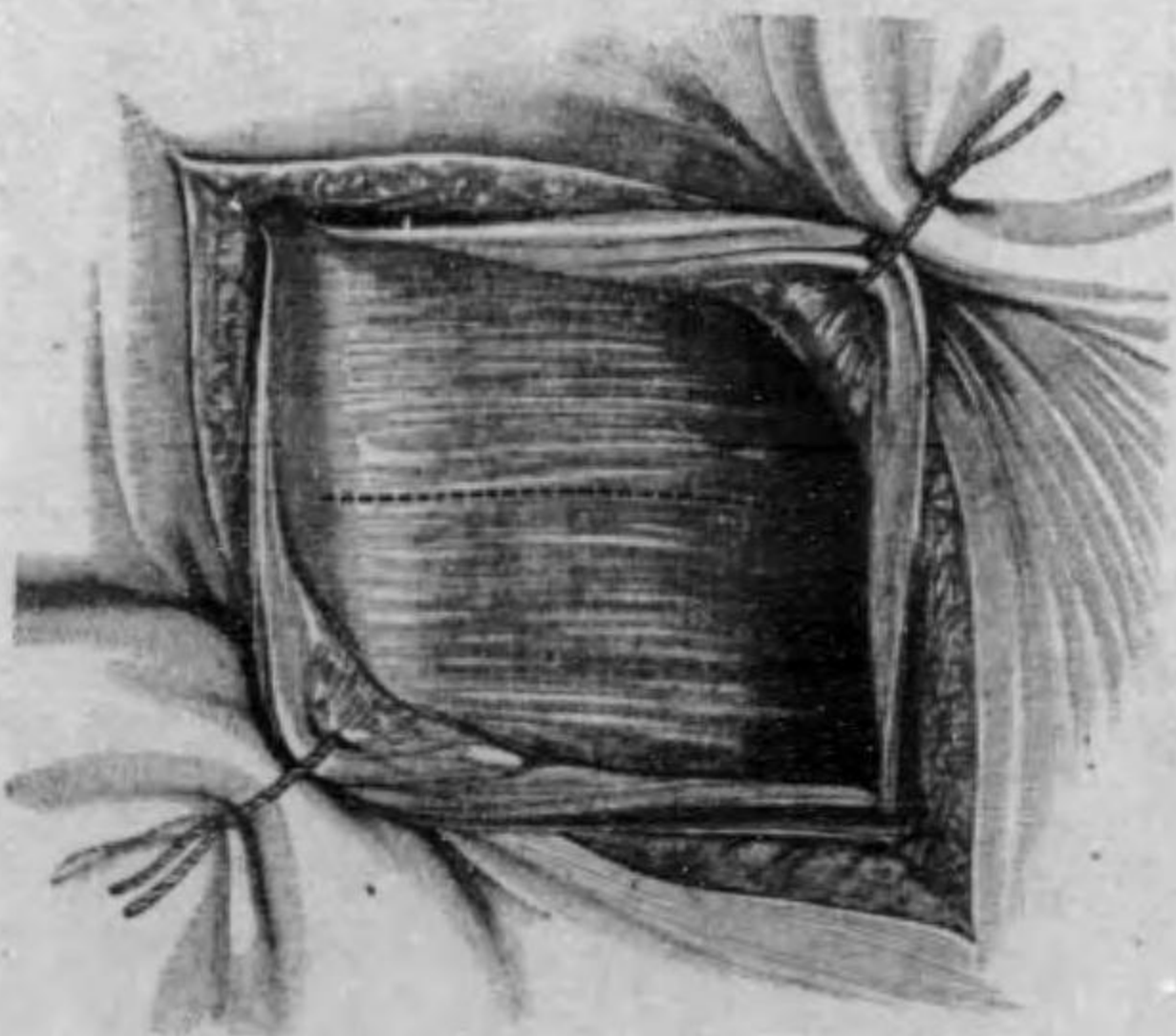


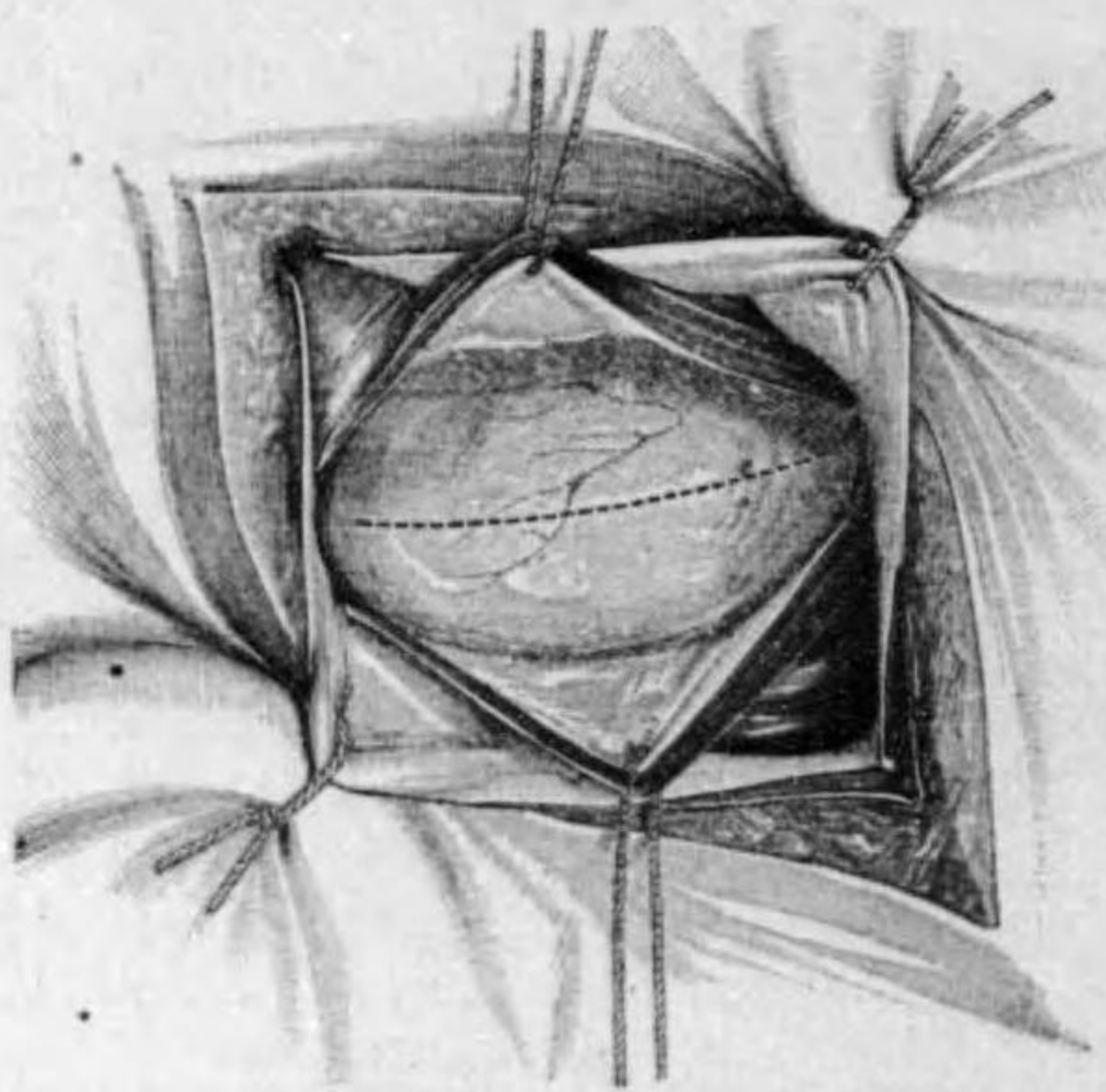
圖 九十二百第 (法切氏イ子バ・クマ) 法切換交 (二 其)



Otto Sprengel

ナルモ、此法ハ既ニ米醫マック・バーチイ氏 (一八九四年) ノ推舉セシ法ニシテ、氏ハ之ヲ「鐵鉞」切法 (Griffon (Bistouri) Incision) ト名ケ、リール氏ハ、之ヲ之字形切法 (Der Zickzack-schnitt) ト名ケタリ。此法ヲ以テスルニハ、鼠蹊韌帶ヲ距ルコト上方約三指横徑ノ所ニ於テ、腸骨前上棘ノ上内側ヨリ該韌帶ニ竝行シテ下方ニ向ヒ、七乃至十仙迷ノ長キニ於テ皮膚切開ヲ施シ、外斜腹筋 (主トシテ其腱膜) ヲ露出スルニ至レバ、其纖維ノ方向ニ於テ之ヲ切開シ (第百二十八圖)、次デ其兩縁ヲ上下兩方ニ向テ剝離シタル後、強キ絹絲ヲ以

圖 十三百第 (法切氏イ子バ・クマ) 法切換交 (三 其)

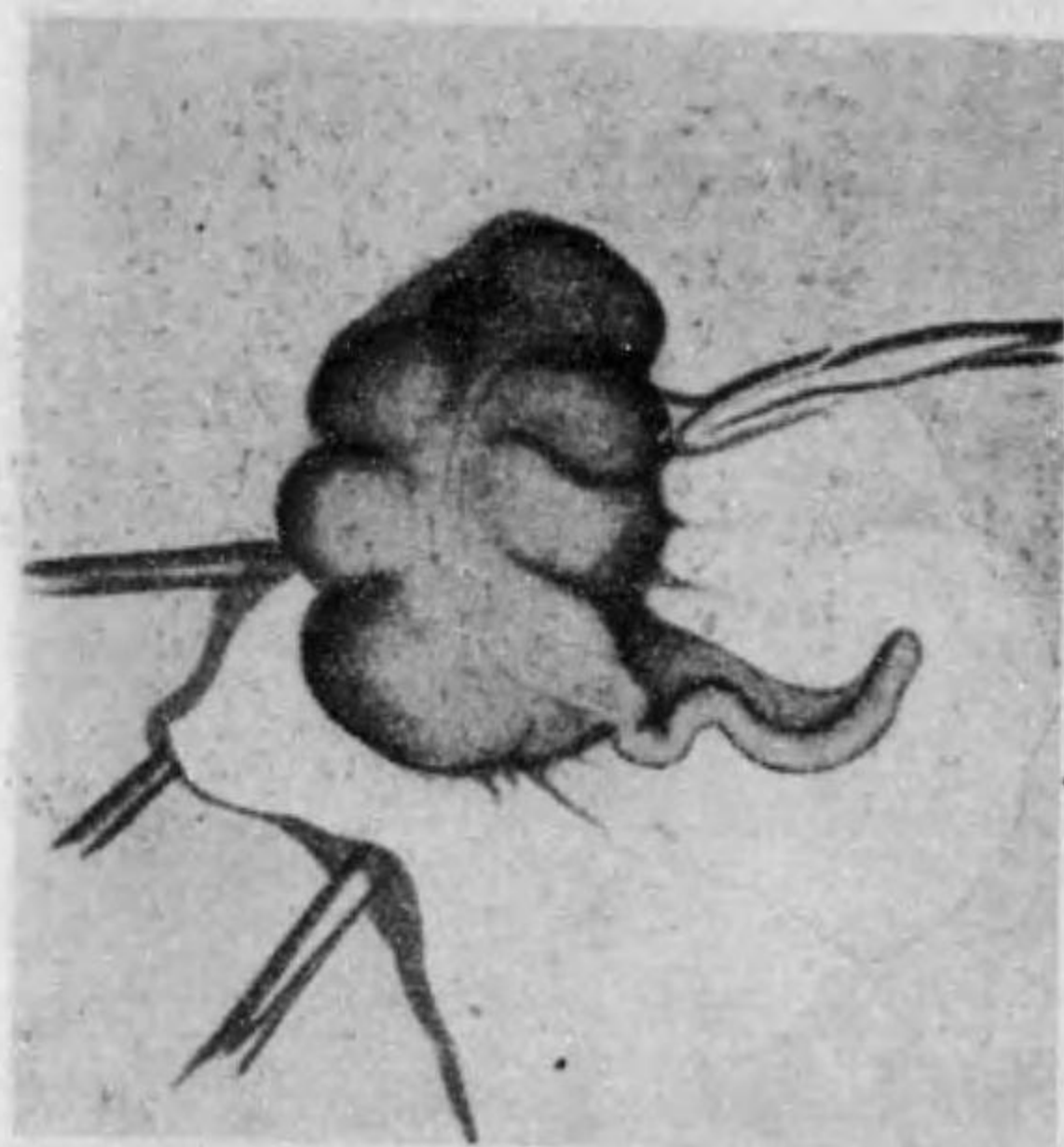


テ兩側縁ヲ皮膚ニ縫著ス。其底面ニ露出スル者ハ、即、内斜腹筋ナリ (第百二十九圖)。是ニ於テ其内側ノ腱樣部ヲバ直腹筋外鞘ノ一部ト共ニ深在腹筋ノ纖維ノ方向ニ於テ切開シ、内斜腹筋ハ横腹筋ト共ニ鈍的ニ圖中點線ノ方向ニ排開シタル後、亦其上下兩縁ヲ強絹絲ヲ以テ把持シ、次デ横腹筋膜及腹膜ヲ同一ノ方向ニ於テ切開ス (第百三十圖)。而シテ此法ニ依リ腹壁ヲ切開シタルトキハ、蟲樣突起ヲ處

蟲樣突起矣 (盲腸周圍矣)

置シタル後、先、腹膜ヲ縫合シ、次、深在性筋層ヲ縫合シ、更ニ第三ノ縫合ニ由リテ外科
 腹筋ヲ縫合シタル後、最後ニ皮膚創ヲ縫合ス。
 上述ノ切法中、何レノ法ヲ採用ス可キヤハ、固ヨリ各症ニ由リ一定スルコト能ハザルモ、
 交換切法ハ多ク人ノ稱用スル所ナリ。余輩ノ如キモ、亦通常之ヲ賞用ス。蓋、此切法タル、
 組織ノ纖維ヲ生理的ノ方向ニ從テ切開スル者ニシテ、亦神經ヲ損傷スルコト無キヲ
 以テ、手術後腹へるにあノ發生ヲ最モ確實ニ防止スルコトヲ得可シ。
 斯テ上記ノ法ニ由リ腹壁ヲ切開シタル後ハ、注意シテ創内ニ手指ヲ送入シテ蟲様突

圖一十三百第
 シ出ニ外創壁腹ニ共ト腸盲ヲ起突様蟲
 者ルセ鎖閉ヲ腔腹テ以テ巾抵壓



起ヲ求メ、此際盲腸ノ前側ニ於テ
 走ル所ノ結腸帶ヲ下方ニ追跡ス
 可シ。其底止點ハ、恰モ蟲様突起ノ
 根部ニ相當ス。既ニシテ之ヲ發見
 スルトキハ、濫ニ壓迫牽引等ヲ加
 ルコト無ク、盲腸ト共ニ之ヲ徐々
 ニ腹壁創外ニ出シ、其周圍ニハ壓
 抵巾ヲ當テテ全ク之ヲ閉鎖シ、以
 テ蟲様突起ノ切除ニ著手ス(第百三
 十二圖)即之ヲ行フニハ、先、二三ノ集

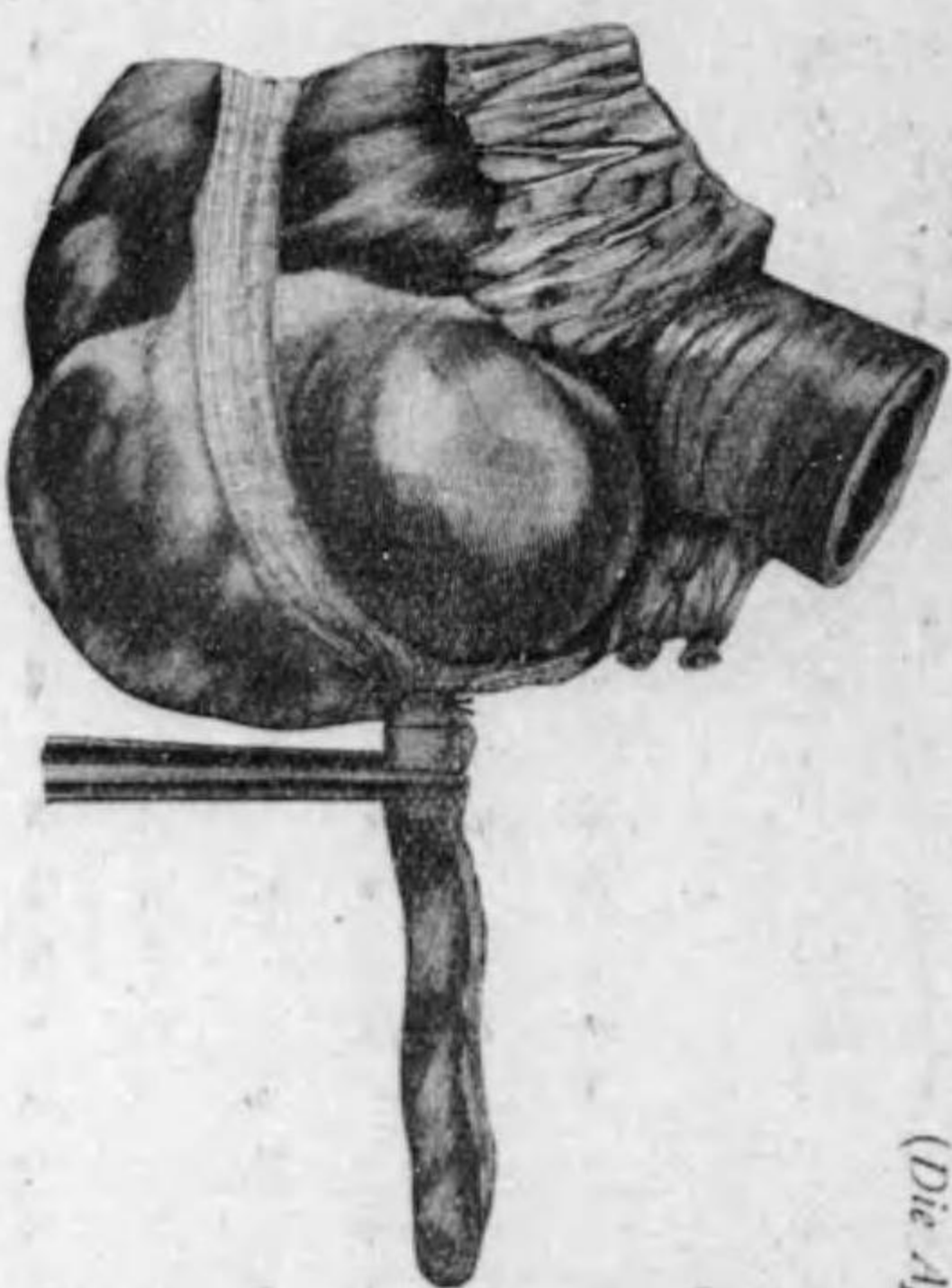
圖二十三百第
 除切ノ起突様蟲
 (一 其)



蟲様突
 起間膜
 ヲ結紮
 スルト
 コロ

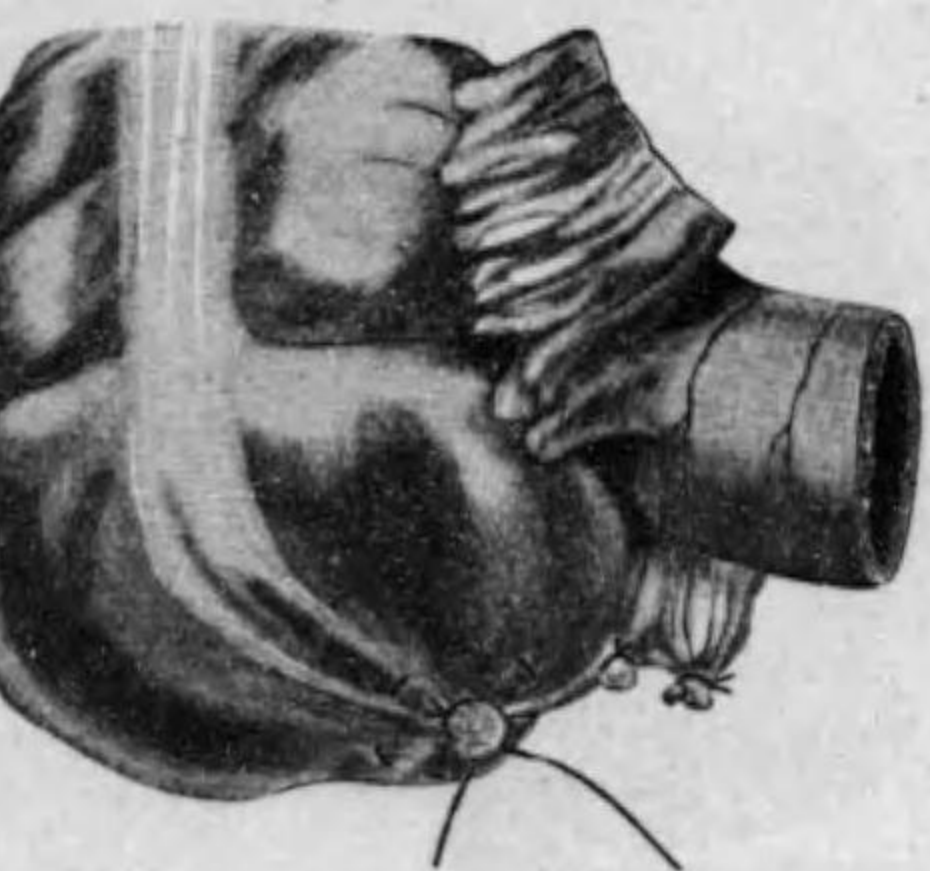
束結紮ヲ施シ、蟲様突起ニ附著スル
 蟲様突起間膜ヲ分離シタル後、絹絲
 ヲ以テ突起ノ根部ヲ結縛シ、其末梢
 部ハペアン氏鑷子ヲ以テ挾持シ、刀
 若クハ烙白金ヲ用ヒテ其中央ヲ切
 斷ス(第百三十二及第百三十三圖)。此際蟲様突起
 ノ肥厚セル者ニ在リテハ、結紮スル
 ニ先チ、例之、コッヘル氏蟲様垂壓挫子
 (Die Appendixklemme nach Kocher) (第百三十

圖二十三百第
 除切ノ起突様蟲
 (二 其)



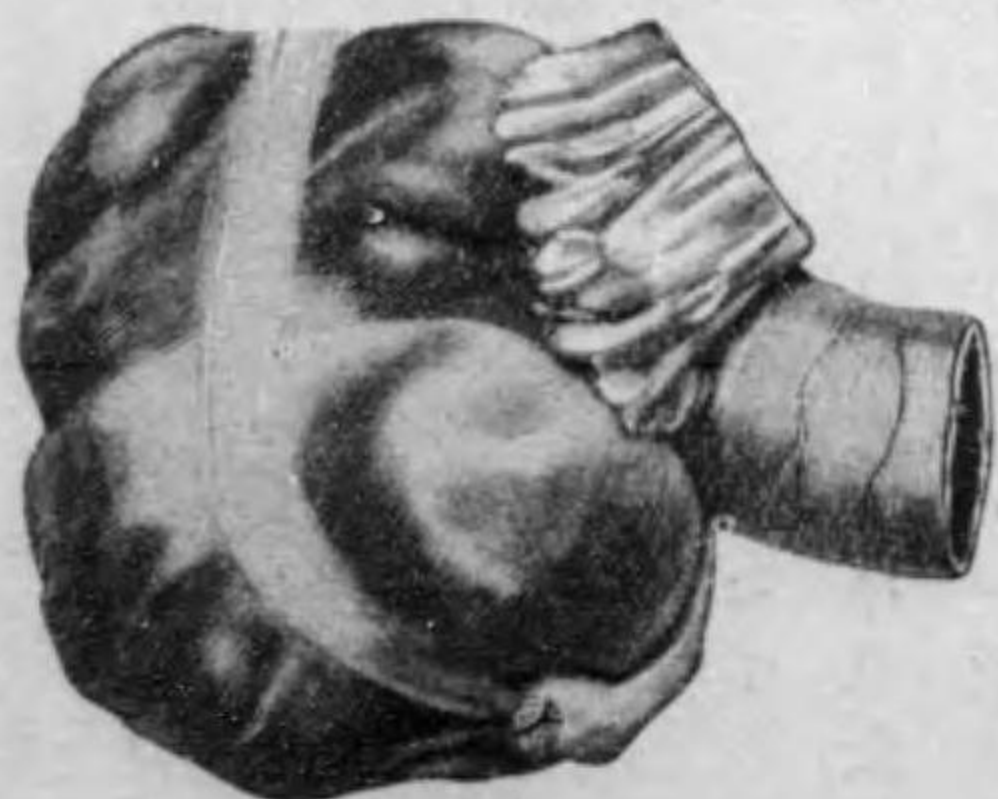
蟲様突
 起ヲ結
 紮シ之
 ヲ切除
 スルト
 コロ

六圖ヲ用ヒテ基根部
 ヲ壓挫シタル後、該
 部ヲ結紮スルヲ良
 トス。斯テ突起ヲ切
 除シ了レバ、斷端ハ
 ラムペール氏法ニ
 從ヒ、煙草囊縫合ニ
 由リテ之ヲ内方ニ



斷端ヲ埋ムルガ爲ニ施ス草囊縫合

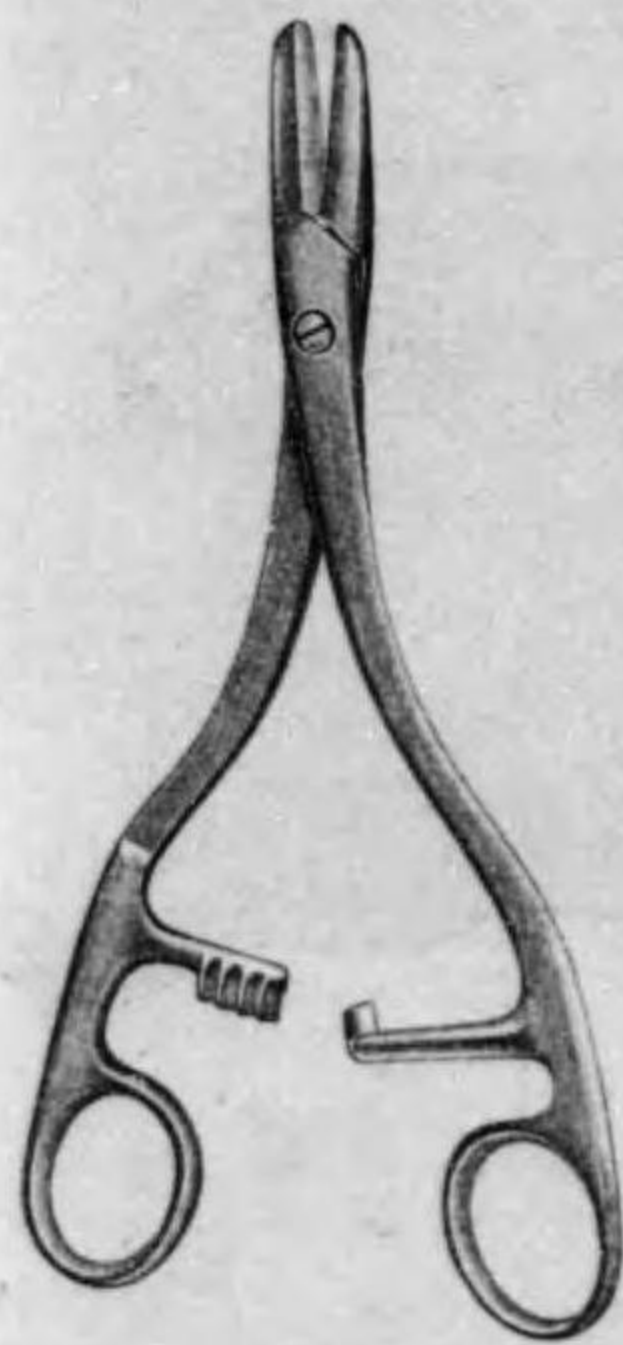
第百三十五圖 蟲樣突起ノ切除 (其四)



蟲樣突起ノ間斷ヲ縫合ニ著ス

埋没シ(第百三十四圖)終ニ其上ニ蟲樣突起間膜ノ斷端ヲバ縫著ス(第百三十五圖)是ニ於テ殺菌食鹽水ヲ用ヒテ手術部ヲ清拭シタル後之ヲ腹腔内ニ還納シ既ニ上文ニ述ベタル縫合法ニ由リテ腹壁創ヲ縫合閉鎖シ以テ手術ヲ完了ス

第百三十六圖 へル氏蟲樣垂壓子



然レドモ若シ蟲樣突起炎ノ初發ニ於テ早期手術ヲ施スコト能ハザルトキハ對症の療法ヲ施スニ止マルノミ此際最モ肝要ナルハ嚴ニ

盲腸周圍
炎性膿瘍
ニ於ケル
手術

安靜ヲ守ラシメ少量ノ流動食餌ヲ取ラシムルニ在リ而シテ局所ニ冰囊ヲ貼ス可キヤ或ハプリースニツ氏巻法ヲ施ス可キヤハ患者ノ撰ム所ニ委シテ可ナルモ疼痛劇甚ナルトキハ冰囊ヲ貼シ其他ノ場合ニ於テハ濕溫巻法ニ由リテ大ニ疼痛ノ緩解ヲ覺ユル者トス又劇痛アル者ニハ阿片若クハモルひねヲ與フルヲ例トスルモゾンチンブルグ・ストリックル氏等ニ據レバ阿片ハ輕症ノ者ニハ全ク無用ニ屬シ重症ノ者ニ在リテハ自覺的症狀ヲ隱蔽スルヲ以テ却テ有害ナリト又本症ニ對シテ下劑ヲ投ズルノ可否ニ就テハ從來議論ノ岐ルル所ナルモ近時ゾンチンブルグ・コーテ氏等ハ輕症ナル者ニハ初期ニ蓖麻油ヲ與フルハ大ニ有效ナリト云ヘリ

Kohe

(2) 盲腸周圍炎性膿瘍ニ於ケル手術 (Die Operation beim perityphlitischen Abscess) ニ在リテハ先ツ注意ヲ加ヘ無用ノ強壓等ヲ加フルコト無クシテ滲出物ノ境界ヲ定メ其領域内ニ軟化シ若クハ波動ヲ呈スル部位アリヤ否ヤヲ検査シ若シ確實ナル部位ヲ發見スルコト能ハザルトキハ疼痛ノ最モ甚ダシキ所ハ膿瘍ノ所在部ニ適シ且通常亦蟲樣突起ノ所在部位ナルヲ以テ此所ニ切開ヲ施ス可シ此際假定セル膿瘍ノ稍外側ニ偏シテ切開ヲ施スヲ良トス此部位ハマック・パーチイ氏點ノ直下ニ在ルコト最モ多シ而シテ皮膚切開ハ通常ゾンチンブルグ氏ノ法ニ據ル可シ(本卷二九六頁參照)小ナル膿瘍ナルトキハ之ヲ中央トシテ約十仙迷長ノ切開ヲ施スヲ以テ足レリトス斯テ筋層ニ達スレバ閉鎖セル鑷子若クハ麥粒鑷子ヲ用ヒテ鈍的ニ深部ニ向テ進ム可シ膿瘍若シ腹壁ニ接

蟲樣突起炎(盲腸周圍炎)

シテ存在スルトキハ直ニ之ニ到達シ得キヲ以テ直ニ進出スル所ノ惡臭アル帶綠黃色ノ膿(膿)之ニ糞石又ハ小糞塊ヲ混ズルコト有リ)ハ乾燥セル殺菌ガ―セヲ用ヒテ拭去ス可シ。若シ又膿瘍所在ノ部位深クシテ脊柱ニ接近シ、體壁腹膜ト癒著セル腸蹄係或ハ網膜ヲ以テ被ハルルトキハ、側腹壁ヨリシテ進行スルヲ最モ安全ナリトス。即チ腸蹄係或ハ網膜ハ注意シテ腹壁ヨリ遠ザケ、以テ盲腸ノ外後側ニ達スル如クス可シ。斯ノ如クスルトキハ、無用ニ遊離ノ腹腔ヲ開クコト無クシテ、必ズ膿竈ニ達スルコトヲ得可シ。斯テ排膿シタル後ハ、注意シテ膿瘍腔内ニ指ヲ送入シ(此際盲腸ヲ壓排シテ其位置ヲ變ゼシム可カラズ)蟲様突起ヲ搜索ス可シ。該突起ハ、遊離シテ存在スルカ、或ハ否ラザルモ、之ヲ分離スルコト多クハ容易ナリ。若シ幸ニシテ之ヲ分離シ得タルトキハ、先其間膜ヲ結紮シ、次テ其基根部ヲ距ルコト約一・五仙迷ノ所ニ於テ、通常肥厚シタル漿液膜ヲ環狀ニ切開シ、約一仙迷之ヲ根部ニ向テ剝離翻轉シタル後、翻轉部ニ密接シテ細キ絹絲ヲ以テ蟲様突起ヲ結縛シ、其直前ニ於テ之ヲ切斷シ、斷端ヨリ脱出スル粘膜ハ之ヲ剪除シ、斷端ヲ清拭シタル後、先ニ翻轉セル漿液膜ヲ復位シテ之ヲ被覆シ、該膜ニシテ尙固性ヲ保ツトキハ、二三ノ縫合ニ由リテ其縁ヲ縫合閉鎖ス可キモ、否ラザルトキハ、開放ノママ之ヲ放置ス。但シ之ガ爲、糞瘻ヲ形成スルコトハ、通常之無シトス。然レドモ蟲様突起ハ、其組織屢脆弱ト爲ルコト有ルヲ以テ、毎常上記ノ法ニ由リテ處置スルコト能ハザル者トス。故ニ斯ノ如キ場合ニ在リテハ、止ヲ得ズ只之ヲ結縛スル

ノミヲ以テ満足セザル可カラズ。

既ニシテ上記ノ如ク、蟲様突起ノ處置ヲ了レバ、更ニ一回膿瘍腔ヲ綿密ニ清拭シ、創腔内ニハ深ク中等大ノ排導管ヲ插入シ、其周圍ニハ適宜ニよ―どふるむが―セヲ栓塞シ、防腐的綿帶ヲ施シ、以テ手術ヲ終了ス。

然レドモ盲腸周圍炎症膿瘍ハ、亦廣ク蔓延シテ屢、大ナル膿竈ヲ形成スルコト有リ。然ルトキハ、之ニ對孔ヲ作り、以テ排膿ヲ利セザル可カラズ。例之膿瘍若シ上行結腸ト側腹壁トノ間ニ存在スルトキハ、腰部ニ對孔ヲ作ラザル可カラズ。又骨盤内膿瘍ニ在リテハ、其部位ニ從ヒ右側若クハ左側鼠蹊韌帶上ニ切開ヲ施スカ、或ハ又ロツテル氏ニ從ヒ、下方直腸ヨリシテ之ヲ切開セザル可カラズ。

Rohrer

盲腸周圍炎症膿瘍若クハ腹膜炎ノ爲、腹壁ヲ切開シタルトキハ、患者ヲシテ半坐位ヲ取ラシメ、且寢臺ノ頭端ヲ高クセシムルヲ良トス。所謂フ・ウ・ラ・イ氏位置(*The Fowler's table*)是ナリ。或ハ又時宜ニ由リ股關節ヲ屈曲シ、左側位ヲ取ラシムルモ可ナリ。

(3) 中間期ニ於ケル蟲様垂ノ摘出術(*Die Exstirpation des Appendix im freien Intervall*)ハ、所謂中間期手術(*Die Intercolopation*)ナリ。之ヲ行フニハ、先下劑ヲ投ジテ腸管ヲ疏通ス可シ。腹壁ノ切法ハ、症ニ由リテ一樣ナラザルモ、余余二九五頁參照、蟲様突起ノ周圍ニ著シキ癒著ヲ存スル者ニ在リテハ、廣ク之ヲ切開セザル可カラザルコト有リ。此際注意ス可キハ、腹壁腹膜ハ往々腸管ト癒著スルヲ以テ、誤テ之ヲ損傷セザルニ在リ。斯ノ如キ場合ニ

中間期ニ於ケル蟲様垂ノ摘出術

蟲様突起炎(盲腸周圍炎)

三〇三

在リテハ、瘻著部ノ側傍ニ於テ腹腔ヲ開キ、此所ヨリシテ腹膜ト腸管トノ瘻著ヲ剝離スルヲ良トス。蟲様突起ニシテ若シト隣接スル漿液膜面ト鬆疎ニ瘻著スルトキハ、之ヲ剝離スルコト頗ル困難ナリ。而シテ幸ニシテ之ヲ剝離シ得タルトキハ、上文述ベタル法ニ從ヒ、蟲様突起ヲ切除ス可シ。此際若シ切除セル蟲様突起ノ斷端ヲ確實ニ閉鎖スルコト能ハザルトキハ（是レ其組織ノ脆弱ナルガ爲、往々見ル所ナリ）、蟲様突起間膜若クハ網膜ノ一部ヲ以テ之ヲ被覆シ、固ク之ヲ縫著ス可シ。而シテ縫合部ハ、單ニ腹腔内ニ放置セズ、必ズヤ之ヲ腹膜ノ裂隙内ニ縫著シ以テ後ニ至リ該部ニ穿孔ヲ來スコト有ルモ、之ヲシテ外方ニ破開セシムル如クスルヲ肝要ナリトス。

斯テ蟲様突起ノ切除ヲ了レバ、法ノ如ク腹壁創ヲ縫合閉鎖シ、術後ハ患者ヲシテ約三週間臥牀ニ就カシム可シ。以テ能ク腹壁へるにあノ發生ヲ防止スルコトヲ得可シ。

第六 腸ノ腫瘍

腸ノ腫瘍 Geschwülste des Darms 中最モ主要ナル者ヲ、亦癌腫ト爲ス。然レドモ胃ニ於ケルガ如ク、屢ニ發生スル者ニ非ズ。就中小腸ノ癌腫ハ、最モ稀有ニシテ、直腸及結腸ノ癌腫ヲ最多ナリトス。之ヲ統計ニ徵スルニ、腸ノ癌腫百例中、結腸癌腫ハ九十五例ニシテ、小腸癌腫ハ僅々五例ニ過ギズ。而シテ結腸ニ於テハ、盲腸及殊ニS狀彎曲部ニ發

生スル者ヲ最モ多シトス。是レ此彎曲部ハ、糞塊ノ通過ニ際シテ、機械的刺戟ヲ受クルコト多大ナルニ因ル可シ。而シテ其發生スルヤ、始ハ多クハ腺腫ニシテ、後漸ク癌腫ニ變性スル者ナリ。故ニ此部ニハ、圓柱細胞癌腫ヲ見ルコト最モ多ク、時トシテハ膠様癌腫ヲ見ルコト有リ、蓋シ腸ノ癌腫ハ、肉眼上通常限局セル多クハ軟性ノ結節ヲ呈シ、或ハ大部ニ蔓延セル乳嘴様ノ暴殖ヲ呈スル者ニシテ、其限局セルト蔓延セルトニ拘ラズ、早ク其周圍部ノ腸管ニ間、高度ノ癌腫性浸潤ヲ起サシメ、爲ニ局部ノ腸管壁ハ廣ク肥厚シ、硬固ト爲リ、且殆ド常ニ著シキ癌腫組織ノ崩壞ヲ來シ、終ニ腸ノ穿孔ヲ招クコト罕ナラズ。又腸ハ、屢ニ其周圍ト瘻著ス。此他腹膜後ノ淋巴腺ハ、夙ニ侵サルル者トス。

直腸及肛門ノ癌腫ハ、尙次章ニ述ブ可シ。

爾餘ノ腸腫瘍ハ、癌腫ニ比シテハ罕ナルモ、間、纖維腫及脂肪腫ヲ見、稀ニハ血管腫、筋腫及肉腫ヲ見ルコト有リ。殊ニ興味アルハ、原發性ノ小腸肉腫ニシテ、此肉腫ハ多クハ小圓形細胞肉腫ニ屬シ、常ニ漿液膜下ニ生ジ、殊ニ三十歳乃至四十歳ノ男子ニ來リ、侵サレタル腸ハ狭窄スルモ、是レ一ハ亦腸ノ疊積ヲ來スニ因ル、又之ニ反シテ擴張スルコト有リ。而シテ本症ニ特異ナルハ、其經過ノ急劇ニシテ、速ニ全身障礙ヲ來シ、且早ク腸間膜腺腹膜後腺、腹膜網膜及腎臟ニ轉移症ヲ發シ、數月ニシテ患者ヲ斃スニ在リ。此他腸ノ結締織性腫瘍ハ、往々茸腫ノ形狀ヲ呈シ、爲ニ多少腸管ノ通路ヲ妨害シ、又時ニ全ク之ヲ閉塞セシムルニ至ルコト有リ。殊ニ其腸壁ヲ牽引シテ腸ノ疊積ヲ來ス際ニ然リ

トス。然レドモ亦其莖部離斷セラレ、腫瘍ハ肛門ヨリ外方ニ排出セラレ、自然ニ治癒スルコト無キニ非ズ。

腸ノ結核病放線菌病其他膿膜腫モ亦縮腫ニ於ケルト同一ノ症狀ヲ發來ス可シ。特ニ回盲部ハ局所結核病ノ好發部位ニシテ、之ニ潰瘍ヲ生ジ、次テ腸壁ニ著シキ浸潤肥厚ヲ起シ、以テ所謂結核性回盲部腫瘍ヲ發生スルコト有ルハ、既ニ前項ニ述ベタリ(本卷二六七頁參照)。

茲ニ尙一種ノ囊腫ニシテ、腸管囊胞様氣腫(Pneumatosis cystica intestinalis)ト稱セララルル者アリ。該囊胞ハ豌豆大乃至榛實大ニシテ、其中ニ瓦斯ヲ含蓄シ、宛モ葡萄實ノ如ク累々トシテ腸壁ニ懸著ス。是ハハーン氏ガ人體ニ就テ始テ實驗セル所ニシテ、斯ノ如キ瓦斯ヲ含蓄スル所ノ囊胞ノ發生ニ就テハ、未ダ一定ノ説明アラザルモ、ハンゼマン氏ニ從ヘバ、恐ク瓦斯ヲ發生スル細菌ノ所爲ナラムト云ヒ、博士三宅達氏ハ機械的ニ腸瓦斯ノ竄入スルニ由リテ發生スル者ナラムト云ヒ、氏ハ動物試験ニ由リテ之ヲ證明セリ。

診斷 腸ノ腫瘍ハ、著シク増大シテ腸管ノ通過ヲ妨グルカ、或ハ表面ニ位シテ外部ヨリ能ク觸察シ得ルニ非ザルヨリハ、診斷ヲ下スコト容易ナラズ。而シテ盲腸癌腫及後文説ク所ノ直腸癌腫ヲ除クノ外ハ、通常腸ノ腫瘍ハ腹壁ト癒著セザル間ハ、甚ダ移動シ易キヲ以テ、往々遊走腎ト誤診セララルルコト無キニ非ザレドモ、後者ハ其特異ナル形狀ニ由リ、之ヲ識別ス可シ。又肉腫及殊ニ癌腫ノ如キ惡性腫瘍ハ、通常速ニ惡液質ヲ惹起セシム。但シ盲腸部ノ新生物ハ、該部ノ慢性炎症疾患ト鑑別スルコト頗ル難キコト有リ(本卷二六七頁參照)。此他尙真正ノ腸腫瘍ト鑑別ヲ要ス可キ者ハ、所謂囊瘤ナレドモ、其鑑別ハ既ニ上文ニ述ベタリ(本卷二六一頁參照)。

腸腫瘍ノ療法

療法 癌腫及肉腫ニ在リテハ、腸切除術ヲ施シ、可及的早ク其摘出ヲ企テザル可カラズ。良性ノ腫瘍ニ在リテモ、腸ノ狭窄症ヲ發來スルトキハ、根治療法ヲ行ハザル可カラズ。腸切除術ハ、小腸及横行結腸ノ如キ移動シ易キ部位ニ在リテハ、施シ易キモ、盲腸上行結腸及下行結腸ニ於テハ、至難ナリトス。故ニ患部ヲ切除スルコト能ハザルトキハ、狭窄部ノ上下兩方ニ於テ、腸吻合術ヲ施スカ、或ハ腸ノ患部ヲ他ノ腸ヨリ分離シテ縫合スルカ(腸噴置術)、或ハ又既ニ重症ノいれうすヲ起セル者ニ在リテハ、狭窄部ノ上方ニ先ッ人工肛門(腸瘻造設術)ヲ設クルヲ良トス。是等腸手術ノ術式ハ、尙次項ニ詳述ス可シ。

第七 いれうす(腸閉塞症)

いれうす(腸閉塞症)

いれうす(腸閉塞症) Der Ileus (der Darmverschluss) トハ、腸管ノ麻痺(若クハ窄ニ痙攣)ニ因リ、或ハ種々ナル原因ニ基ク、腸管ノ狭窄若クハ閉塞ニ因リ、多少急劇ニ便通閉止腹痛胆汁糞様物ノ嘔吐及鼓腸ナル四主徵ヲ發來シ、斯テ腸内容ノ通過全然杜絶セララルルヤ、爲ニ頗ル危険ナル症狀ヲ繼發シ、此際速ニ適當ナル處置ヲ施サザルトキハ、通常死ニ至ラシムル者ヲ謂フ。

いれうす(腸閉塞症)

因_いれ_れう_すノ_ノ原_原

原因及區別 抑_抑本_本症_症ヲ_ヲ發_發生_生ス_スル_ルヤ_ヤ其_其原_原因_因一_一ニ_ニシ_シテ_テ足_足ラ_ラズ_ズト_ト雖_雖之_之ヲ_ヲ要_要ス_スル_ルニ_ニ、一_一ハ_ハ腸_腸筋_筋質_質ノ_ノ機_機能_能的_的障_障碍_碍ノ_ノ爲_爲、腸_腸内_内容_容ノ_ノ通_通過_過ヲ_ヲ妨_妨グ_グ、一_一ハ_ハ主_主ト_トシ_シテ_テ機_機械_械的_的障_障碍_碍ノ_ノ爲_爲、均_均シ_シク_ク亦_亦其_其内_内容_容ノ_ノ通_通過_過ヲ_ヲ妨_妨グ_グル_ルニ_ニ因_因リ_リテ_テ發_發生_生ス_スル_ル者_者ナ_ナリ_リ。故_故ニ_ニ今_今茲_茲ニ_ニ本_本症_症ヲ_ヲ其_其發_發生_生ノ_ノ原_原因_因ニ_ニ從_從ヒ_ヒ、自_自動_動的_的及_及機_機械_械的_的い_いれ_れう_す。ノ_ノ二_二種_種ニ_ニ大_大別_別シ_シ、後_後者_者ヲ_ヲ更_更ニ_ニ絞_絞扼_扼性_性及_及閉_閉塞_塞性_性い_いれ_れう_すノ_ノ二_二種_種ニ_ニ區_區別_別シ_シテ_テ論_論述_述セ_セム_ムト_トス_ス (エ_エム_ム・ウ_ウィ_ィル_ルム_ムス_ス 及_及ハ_ハ・シ_シュ_ュラ_ラン_ンゲ_ゲ氏_氏ニ_ニ據_據ル_ル)。

自_自動_動的_的い_いれ_れう_す

麻_麻痺_痺性_性い_いれ_れう_す

(一) 自_自動_動的_的い_いれ_れう_す Der dynamische Ileus 又_又麻_麻痺_痺性_性及_及痙_痙攣_攣性_性ノ_ノ二_二種_種ヲ_ヲ區_區別_別ス_ス可_可シ_シ。但_但茲_茲ニ_ニ肝_肝要_要ナル_ルハ_ハ、麻_麻痺_痺性_性ノ_ノ症_症ニ_ニシ_シテ_テ、痙_痙攣_攣性_性ノ_ノ者_者ハ_ハ、罕_罕ニ_ニ觀_觀ル_ル所_所ナ_ナリ_リ。

(二) 麻_麻痺_痺性_性い_いれ_れう_す (Der paralytische Ileus) ハ_ハ種_種々_々ナル_ル原_原因_因ニ_ニ基_基ク_クモ_モ其_其主_主要_要ナル_ル者_者ハ_ハ、腹_腹膜_膜ニ_ニシ_シテ_テ、爲_爲、腸_腸麻_麻痺_痺ヲ_ヲ來_來ス_ス者_者ト_トス_ス (腹_腹膜_膜炎_炎性_性い_いれ_れう_す。 Der peritonische Ileus) 是_是、腹_腹膜_膜ニ_ニシ_シテ_テ、發_發ス_スル_ルヤ_ヤ、炎_炎症_症ハ_ハ亦_亦腸_腸管_管ノ_ノ一_一局_局部_部或_或ハ_ハ稍_稍、大_大部_部ニ_ニ蔓_蔓延_延シ_シ、爲_爲、腸_腸筋_筋質_質ノ_ノ收_收縮_縮機_機能_能ヲ_ヲ障_障碍_碍ス_スル_ルニ_ニ因_因ル_ル者_者ニ_ニシ_シテ_テ、局_局所_所的_的腸_腸麻_麻痺_痺ハ_ハ、殊_殊ニ_ニ盲_盲腸_腸周_周圍_圍炎_炎ニ_ニ來_來リ_リ、又_又婦_婦人_人ニ_ニ在_在リ_リテ_テハ_ハ、屢_屢、骨_骨盤_盤腹_腹膜_膜炎_炎 (Peritonitis) ニ_ニ於_於テ_テ、略_略ル_ル所_所ナ_ナリ_リ。腸_腸管_管ノ_ノ血_血行_行障_障碍_碍モ_モ亦_亦麻_麻痺_痺性_性い_いれ_れう_すノ_ノ原_原因_因タル_ルコ_コト_ト少_少ナ_ナカラ_ラズ_ズ。是_是、殊_殊ニ_ニ腸_腸間_間膜_膜ニ_ニ於_於ケ_ケル_ル廣_廣汎_汎ナル_ル手_手術_術後_後嵌_嵌頓_頓へ_へる_るニ_ニあ_あ (殊_殊ニ_ニ大_大ナル_ル鼠_鼠蹊_蹊へ_へる_るニ_ニあ_あ)ノ_ノ整_整復_復術_術後_後、其_其他_他間_間、腸_腸間_間膜_膜動_動脈_脈ノ_ノ栓_栓塞_塞ニ_ニ來_來ル_ル者_者ニ_ニシ_シテ_テ、其_其腹_腹腔_腔内_内手_手術_術ノ_ノ直_直後_後若_若ク_クハ_ハ、數_數日_日ノ_ノ後_後ニ_ニ發_發ス_スル_ル者_者之_之ヲ_ヲ手_手術_術後_後い_いれ_れう_す (Der postoperative Ileus) ト_ト名_名ク_ク。但_但茲_茲ニ_ニ注_注意_意ス_ス可_可キ_キハ_ハ、此_此種_種ノ_ノい_いれ_れう_すハ_ハ、亦_亦一_一部_部ハ_ハ、手_手術_術後_後腹_腹膜_膜面_面ノ_ノ痙_痙攣_攣著_著ニ_ニ因_因ル_ル機_機械_械的_的障_障碍_碍ニ_ニ基_基ク_クコ_コト_ト有_有ル_ル是_是ナ_ナリ_リ。此_此他_他例_例之_之瓦_瓦斯_斯ノ_ノ蓄_蓄積_積ノ_ノ爲_爲、腸_腸管_管過_過度_度ニ_ニ擴_擴張_張セラ_レレ、

以_以テ_テ其_其麻_麻痺_痺ヲ_ヲ來_來シ_シ (ノ_ノト_トナ_ナー_ーゲ_ゲル_ル氏_氏、或_或ハ_ハ又_又腹_腹膜_膜炎_炎ヲ_ヲ起_起サ_サザ_ザル_ルモ_モ、細_細菌_菌毒_毒素_素ノ_ノ爲_爲、其_其麻_麻痺_痺ヲ_ヲ來_來ス_スコ_コト_ト有_有リ_リ (シ_シュ_ュラ_ラン_ンゲ_ゲ氏_氏)

腸_腸麻_麻痺_痺ハ_ハ、亦_亦例_例之_之舉_舉丸_丸或_或ハ_ハ、腹_腹壁_壁ハ_ハ挫_挫傷_傷後_後、其_其他_他持_持核_核ハ_ハ、手_手術_術後_後等_等ニ_ニ反_反射_射的_的ニ_ニ來_來ル_ルコ_コト_ト有_有レ_レド_ドモ_モ (反_反射_射的_的い_いれ_れう_す Der Reflektus) 之_之ガ_ガ爲_爲、眞_眞ニ_ニい_いれ_れう_すヲ_ヲ起_起ス_スガ_ガ如_如キ_キハ_ハ、蓋_蓋絶_絶ダ_ダ罕_罕ナ_ナリ_リト_トス_ス。此_此他_他中_中樞_樞神_神經_經ノ_ノ疾_疾患_患 (例_例之_之卒_卒中_中、又_又ハ_ハ多_多量_量ノ_ノ阿_阿片_片ハ_ハ、服_服用_用後_後、間_間腸_腸ノ_ノ蠕_蠕動_動機_機械_械減_減少_少乃_乃至_至消_消失_失シ_シ、以_以テ_テ麻_麻痺_痺性_性い_いれ_れう_すノ_ノ症_症狀_狀ヲ_ヲ來_來ス_スコ_コト_ト有_有リ_リ。

(三) 痙_痙攣_攣性_性い_いれ_れう_す (Der spastische Ileus) ハ_ハ、殊_殊ニ_ニひ_ひす_すて_てり_りニ_ニ觀_觀ル_ル所_所ナ_ナリ_リ。然_然レ_レド_ドモ_モひ_ひす_すて_てり_りニ_ニ性_性い_いれ_れう_す (Ileus hystericus) ナ_ナル_ル者_者ハ_ハ、亦_亦往_往々_々腸_腸ノ_ノ麻_麻痺_痺ニ_ニ由_由來_來ス_スル_ルコ_コト_ト有_有リ_リ。腸_腸内_内ノ_ノ異_異物_物、膽_膽石_石及_及寄_寄生_生蟲_蟲 (蛔_蛔蟲_蟲) ハ_ハ、之_之ヲ_ヲ刺_刺戟_戟シ_シテ_テ腸_腸痙_痙攣_攣ヲ_ヲ發_發シ_シ、間_間、い_いれ_れう_すヲ_ヲ起_起サ_サシ_シム_ムル_ルコ_コト_ト有_有リ_リ。此_此他_他腸_腸潰_潰瘍_瘍モ_モ亦_亦恐_恐ク_ク腸_腸痙_痙攣_攣ヲ_ヲ發_發シ_シ、本_本症_症ヲ_ヲ起_起サ_サシ_シム_ムル_ルコ_コト_ト有_有ラ_ラム_ムト_ト云_云フ_フ。

症候及診斷 い_いれ_れう_すニ_ニ來_來ル_ル四_四主_主徴_徴即_即使_使通_通閉_閉止_止腹_腹痛_痛、膽_膽汁_汁糞_糞様_様物_物ノ_ノ嘔_嘔吐_吐及_及鼓_鼓腸_腸ハ_ハ、本_本項_項ノ_ノ初_初頭_頭ニ_ニ之_之ヲ_ヲ述_述ベ_ベタ_タリ_リ。就_就中_中鼓_鼓腸_腸ハ_ハ、麻_麻痺_痺性_性い_いれ_れう_すニ_ニ最_最モ_モ肝_肝要_要ナル_ル徴_徴候_候ニ_ニシ_シテ_テ、腸_腸麻_麻痺_痺ノ_ノ廣_廣狹_狹ニ_ニ從_從ヒ_ヒ、或_或ハ_ハ一_一局_局部_部ニ_ニ限_限局_局シ_シ、或_或ハ_ハ大_大部_部ニ_ニ蔓_蔓延_延ス_ス。手_手術_術後_後ノ_ノ麻_麻痺_痺性_性い_いれ_れう_すニ_ニ在_在リ_リテ_テハ_ハ、鼓_鼓腸_腸ハ_ハ、僅_僅々_々數_數時_時間_間ニ_ニシ_シテ_テ著_著シ_シク_ク蔓_蔓延_延ス_スル_ルコ_コト_ト有_有レ_レド_ドモ_モ、多_多ク_クハ_ハ二_二十_十四_四時_時間_間乃_乃至_至四_四十_十八_八時_時間_間ヲ_ヲ經_經テ_テ高_高度_度ニ_ニ達_達シ_シ、此_此際_際瓦_瓦斯_斯ノ_ノ蓄_蓄積_積ヲ_ヲ來_來ス_スコ_コト_ト多_多キ_キヲ_ヲ以_以テ_テ、肚_肚腹_腹著_著シ_シク_ク膨_膨滿_滿シ_シ、打_打診_診ス_スル_ルニ_ニ鼓_鼓音_音ヲ_ヲ發_發ス_スル_ルヲ_ヲ常_常ト_トス_ス。然_然レ_レド_ドモ_モ腹_腹腔_腔内_内ニ_ニ滲_滲出_出物_物ヲ_ヲ生_生ズ_ズル_ルト_トキ_キハ_ハ、部_部位_位ニ_ニ由_由リ_リ亦_亦濁_濁音_音ヲ_ヲ發_發ス_ス可_可シ_シ。腹_腹膜_膜炎_炎性_性い_いれ_れう_すニ_ニ在_在リ_リテ_テハ_ハ、大_大便_便及_及風_風氣_氣ノ_ノ通_通過_過い_いれ_れう_す (自_自動_動的_的い_いれ_れう_す)

痙_痙攣_攣性_性い_いれ_れう_す

自_自動_動的_的い_いれ_れう_す
斷_斷す_すノ_ノ症_症候_候及_及診_診

忽チ閉止スルモ、手術後いれうすニ在リテハ、初起ニハ尙能ク其通過ヲ見ル可シ。又腹痛ハ、殊ニ腹膜炎ヲ起セル際ニ認ムル所ナレドモ、必ズシモ常ニ然ルニ非ズ。嘔吐ハ、手術後いれうすニ在リテハ、高度ノ鼓腸ヲ起シタル後ニ來ルヲ多シトス。
痙攣性いれうすハ、上述ノ如ク、殊ニひすてりー患者ニ觀ル所ナレドモ、ひすてりー症狀ヲ除キテハ、他ニ特有ノ徴候ヲ呈スルコト無ク、只本症ニハ、一汎ニ全身狀態ノ比較的佳良ナルヲ見ルノミ。

自動的いれうすノ療法

療法 諸般ノ自動的いれうすニ對シテハ、先、其原因、即チ其腹膜炎ニ基因スルヤ、或ハ單ニ腸麻痺若クハ痙攣ニ基因スルヤヲ探リ、各之ニ適スル療法ヲ施サザル可カラズ。然レドモ是、必ズシモ常ニ容易ナラズ。故ニ疑ハシキ場合ニ在リテハ、速ニ開腹術ヲ施シ、以テ徒、ニ手術ノ時機ヲ逸ス可カラズ。手術後いれうすニ在リテモ、再開腹術(Die Reöffnung)ヲ施スヲ必要トスルコト有レドモ、患者ノ一般狀態ニシテ之ヲ許サザルトキハ、一時腸瘻造設術ヲ施スヲ以テ満足セザル可カラズ。爾他腸内ノ異物膽石寄生蟲ニ因スル痙攣性いれうすニ對シテモ、亦屢、手術の療法ヲ施サザル可カラザルコト有リ。

機械的いれうす

(一) **機械的いれうす** Der mechanische Ileus ハ種々ナル機械的作用ニ由リテ發スル者ニシテ、今之ヲ絞扼性いれうす及閉塞性いれうすノ二種ニ大別ス可シ。然レドモ此區別タル實地上亦之ヲ明ニスルコト能ハザル場合少ナシトセズ。
(二) **絞扼性いれうす** (Der Strangulationsileus) トハ、腸管ノ一部之ニ屬スル腸間膜ト共ニ絞

絞扼性いれうす

嵌頓ニ因ルいれうす(内嵌頓症)

扼セラレ、爲ニ腸管腔ハ全ク不通トナルニ至ルマデ壓閉セララルノミナラズ、同時ニ亦壓閉セラレタル腸管ノ榮養障礙セラレ以テ頗ル危險ナル症狀ニ陥ル者ヲ謂フ。而シテ之ニ屬スルいれうすニ種々アレドモ、今其主要ナル者ヲ擧グレバ、腸管ノ網膜ノ裂隙、腹膜及腸間膜ノ尋常若クハ異常ノ開口囊或ハ皺襞内ニ陥入スル者軸旋結節形成、壘積等ト爲ス可シ。

(イ) **網膜裂隙腸間膜開口腹膜囊内ニ於ケル嵌頓**ニ因ル絞扼性いれうす (Der Strangulationsileus durch Einklemmung in Nischen, in Oefnungen des Mesenterium, in Bandschlingen) ハ、狹義ニ於ケル所謂内嵌頓症 (Die innere Einklemmung, Invagination interna) ニシテ、腸管ハ殊ニ肝臟、胃、脾臟及脾臟ノ間ニ在ル所ノ網膜囊(ウキンスロー氏孔ニ由リテ腹膜囊ト交通ス) 小腸間膜ノ起始部ニ於ケル十二指腸空腸窩盲腸ノ内側ニ在ル盲腸下窩S狀彎曲部ノ下面ニ在ル所ノS狀間窩等ニ於テ嵌頓ヲ來スコト有リ。又横隔膜ノ裂隙及其先天性缺損部ニ腸ノ嵌頓(所謂横隔膜へるにあ)ヲ來スコト有ルハ、既ニ第二卷胸部外科ノ條下ニ述ベタリ。

腸ノ軸旋

(ロ) **腸ノ軸旋** (Die Achsenverletzung oder der Volvulus des Darms) ハ、亦腸閉塞症ノ主要ナル原因ナリ。ツェーゲフォンマンントイフェル氏ハ、之ヲ二種ニ區別セリ。即チ一ハ腸軸周圍ノ廻旋ニ因スル者ニシテ、寧閉塞性いれうすニ屬シ、一ハ腸間膜軸周圍ノ廻旋ニ因スル者ニシテ、眞ニ絞扼性いれうすニ屬スル者ナリ。而シテ後者ノ發スルヤ、通常腸管ノ一部偶、歸

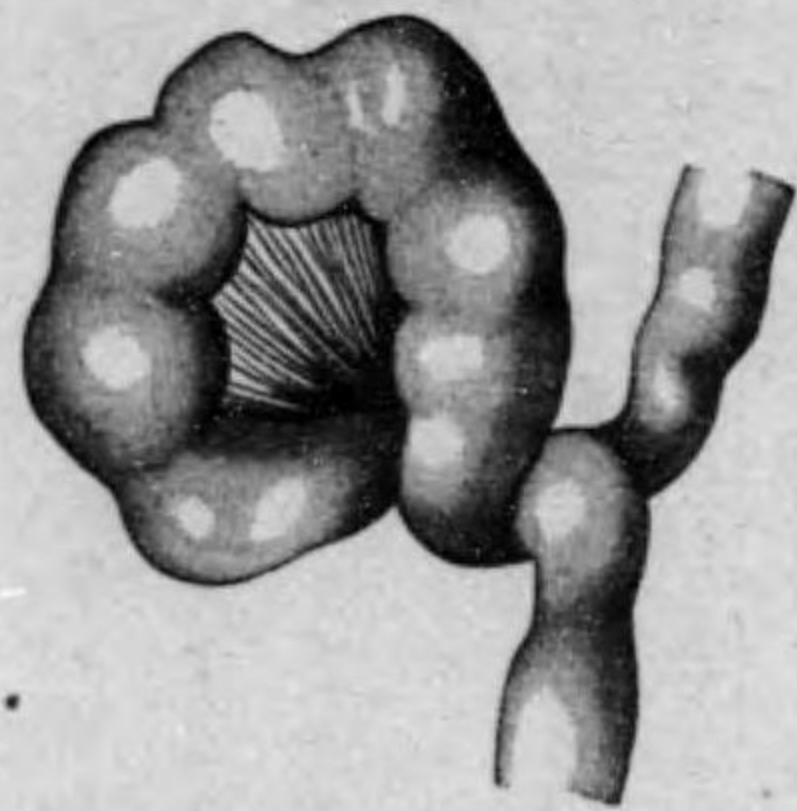
いれうす(機械的いれうす)

係ヲ形成スル際、其兩脚腸間膜ノ附著部ニ於テ相重ナルニ由ル者ニシテ、既ニ軸旋ヲ生ズルトキハ、一面ニハ他ノ腸管ニ因リ、一面ニハ充實セル自家内容ノ重力ニ因リテ、

圖七十三百第
部曲彎狀Sル有ヲ向傾ノ軸旋



圖八十三百第
旋軸ノ腸結



異常ノ位置ニ固定セララルヲ常トス。本症ヲ來スコト最モ多キハ、回腸ノ下部及S狀彎曲部ニシテ、軸旋ノ原因タル腸ノ挫傷腸管充實ノ不平等ナル時ニ於ケル蠕動的運動等ニ在リト雖、彎曲部若クハ亦同部腸間膜ノ過長等ハ、之ガ素因ヲ爲ス者ナリ。即チ彎曲部ノ屈曲ヲ形成スル所ノ兩脚ハ、基根部ニ於テ相近接シ、腸間膜ヲ軸トシテ容易ニ捻轉ス可シ(第百三十七及第百三十八圖)。而シテ腸ノ軸旋ヲ起スヤ、固ヨリ其一部ニ血行障礙ヲ來スヲ以テ、間、其壞死及穿孔ヲ來スコト有リ。殊ニ本症ニハ、いれうすヲ來スコト甚ダ早ク、且患者速ニ増進性虚脱ニ陥ル者ニシテ、糞便鬱滯シ腹腔極度ニ緊滿セルガ爲メ、又心臟及肺臟ノ麻痺ヲ來シ、或ハ腸穿孔ノ爲メ、汎發性腐膿性腹膜炎ヲ起シ、早ク致命セシムルコト有リ。

結節形成

(ハ)結節形成(Die Knotenbildung)ハ、時トシテハ腸間膜及結腸間膜甚ダ長キトキハ、小腸及S狀彎曲部ニ於ケル軸旋ヨリ來ルコト有リ。是通常先ツ腸管ノ一定部、例之S狀部ニ軸旋ニ由リテ蹄係ヲ生ジタル際、他ノ腸管、例之小腸來リテ轉捩セル蹄係ノ頸部、即チ固定部ヲ纏絡緊約スルニ因ルナリ。又結節形成ハ、稍、長キ蟲様突起ニ由リ、或ハ長大ナルメックケル氏憩室(本卷二五三頁參照)ニ由リテ生ズルコト有リ。即チ兩者共ニ小腸蹄係ノ頸ヲ纏絡シ

圖九十三百第
ヲ(D)係蹄腸小
室憩腸ルタノ絡纏
成形節結ル因ニ



圖十四百第
ル因ニ條索樣鍵長
成形節結ノ係蹄腸小



單一ナル結節ヲ形成スルコト有リ(第百三十九圖)。又憩室ノ末端

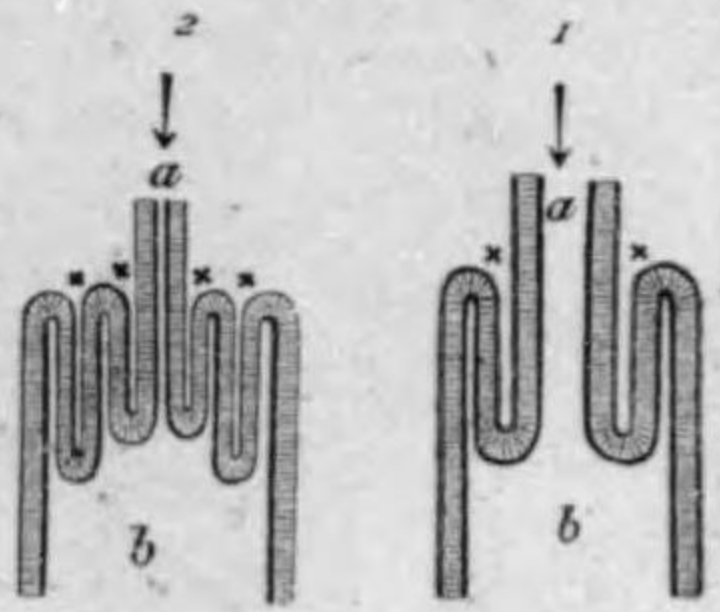
腸ノ疊積

腹壁腸間膜或ハ腸ト癒著スルトキハ、此憩室索條ノ爲メ、腸ノ蹄係屈折セラレ、以テ結節ヲ形成スルコト有リ。此他之ト均シク、古キ腹膜炎症癒著ニ因ル爾他ノ組織索條モ、亦結節形成ノ原因ト爲ルコト屢、之レ有リトス(第百四十圖)。

(ニ)腸ノ疊積(Die Invagination oder Intussusception des Darms)ハ、腸ノ一部ニ皺襞ヲ生ジ、其上部若クハ下部ノ腸管内ニ翻入シテ嵌頓スルノ症ニシテ、本症ハ元來一部ハ閉塞性いれうすニ屬スル者トス。而シテ其翻入ハ、通常下部ノ腸管内ニ向フ者(下行性腸疊積)多ク、上部ニ向フ者(上行性腸疊積)ハ絶ダ罕ナリ。又疊積ハ、通常單性(第百四十一圖)ニシテ、複性ノ

いれうす(機械的いれうす)

圖一十四百第
積疊ノ腸
(圖型模)

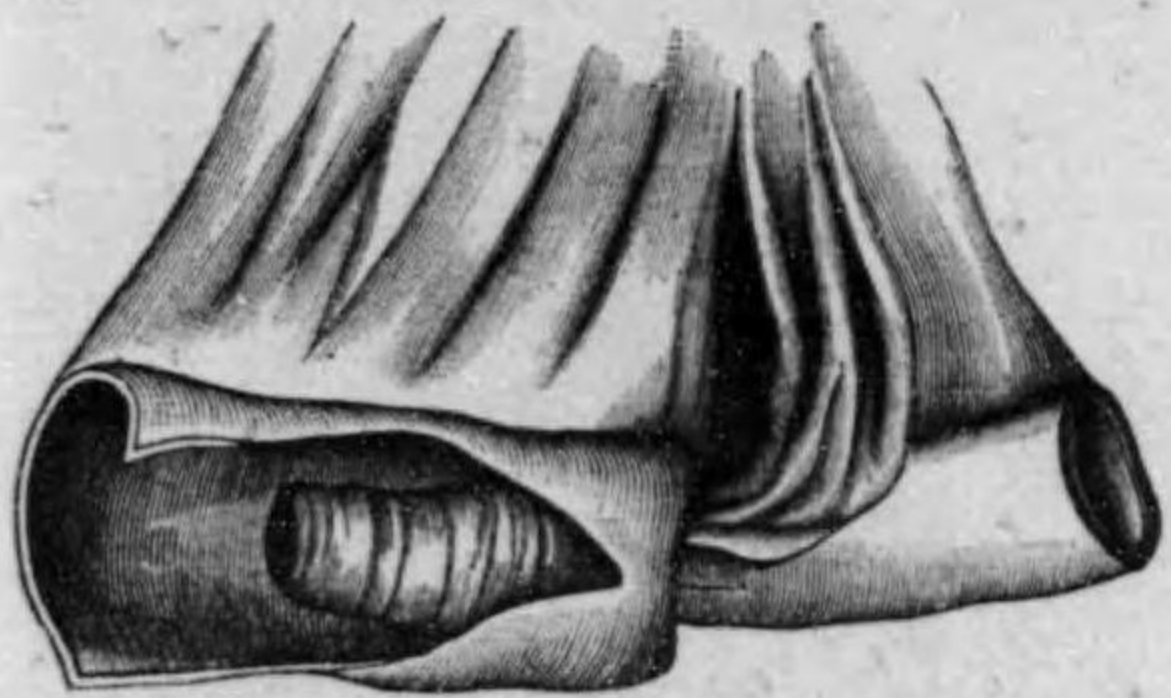


(1) 單性
積疊 (2)
複性積疊
(a) 上部
ノ腸管
(b) 下部
ノ腸管

者ハ少ナシトス。而シテ單性積疊ハ、三層ノ腸壁ヨリ成ル者ニシテ、其外層ヲ外鞘 (Intussusception) ト名ケ、他ノ二層即進入スル腸管ト謝出スル部トヲ内鞘 (Intussusception oder Invagination) ト名ク。即チ最モ内部ニ在ル腸管 (a) ハ、謝出部ニシテ、中間ノ者ハ進入部ナリ。又腸管ノ嵌入スルト同時ニ、腸間膜モ亦共ニ其間ニ牽引セラルルヲ常トス。

腸ノ積疊ハ、小兒ニ於テ小腸ノ最下部、即チ回腸ニ來ルコト最多ニシテ、ライヒテンステルン氏ニ據レバ、本症ノ半數ハ一歳乃至十歳ノ間ニ來リ、全數ノ約四分ノ一ハ一歳ノ者ニ經驗セラレタリト云フ。蓋シ本症ノ原因ニ至リテハ、悉ク明ナラズト雖、最モ多キハ炎症ニ由リテ腸壁ノ一部弛緩スルカ、或ハ其一部ノ麻痺ヲ起スニ際シ、連續部ノ腸管ニ蠕動ヲ發來シ、以テ麻痺セル腸管内ニ陷入スルニ在リ。

圖二十四百第
疊重ノ腸



但シ陷入部ノ長短ハ一樣ナラズ、間、甚ダ廣大ニシテ、小腸ノ大部陷入スルコト有リ。殊ニ回腸ハ、盲腸ト共ニ廣ク結腸内ニ陷入スルコト有リ。所謂回盲部積疊 (Intussusception ileocecalis) 是ナリ。又間、此回盲部積疊ハ、遠ク結腸内ニ入り、S 狀彎曲部ヨリ、甚ダシキハ亦直腸内ニ達スルコト有リ。蓋シ腸ノ積疊ヲ起ストキハ、腸及腸間膜ハ壓迫牽引セララルヲ以テ、腸壁ノ血行障碍及腸管腔ノ閉塞ヲ來シ、其持續愈、久シキトキハ、其障碍愈、甚ダシトス。但シ本症ノ轉歸ハ種々ニシテ、或ハ陷入セル腸部自ラ疏解シテ治癒スルコト有リ、或ハ相對向スル外部ノ漿液膜面 (第百四十一圖 X) ニ癒著ヲ起シ、腸ノ永久の狹窄ヲ來スコト有リ、或ハ緊嵌セル腸ノ一部血行障碍ノ爲、遂ニ壞死脱落スルコト有リ。此際相對向スル外部ノ漿液膜面ニ既ニ癒著ヲ生ズルトキハ、壞死片ハ肛門ヨリ排出セラレ、閉塞症忽チ緩解スルコト無キニ非ザレドモ、若シ癒著ヲ存セザルトキハ、腸ノ穿孔ヲ來シ、腐敗性腹膜炎ヲ起シテ致命セシム。而シテ本症ノ經過ハ、或ハ急性ナルコト有リ、或ハ慢性ニシテ數週ヨリ數月ニ瀰リ、加之、年餘ヲ閱スル者アリト雖、通常急性ノ經過ヲ取ル者最多ニシテ、患者ノ多數ハ、腸ノ閉塞及穿孔ニ因ル急劇ノ症狀ヲ發シテ斃ルヲ常トス。但シ慢性ノ症ニ在リテモ、榮養障碍及糞便鬱滯ノ爲、ニ益、衰弱ヲ來シ、且心肝腎等諸臟器ノ脂肪變性ヲ併發シ、患者遂ニ鬼籍ニ上ルヲ多シトス。

閉塞性いれ
うす

いれうす(機械的いれうす)

者ハ殊ニ腸潰瘍治後ノ瘻痕收縮及硬結腸内ノ腫瘍異物腸石膽石糞瘤等ニ由リテ發シ、後者ハ殊ニ卵巢子宮脾臟腎臟膀胱等ノ腫瘍若クハ膿瘍其他強ク緊張セル腸間膜ノ壓迫等ニ由リテ發ス。而シテ腸管ノ内部ニ生ズル腫瘍ニシテ腸閉塞症ヲ起サシムルコト最も多キハ、殊ニ腸癌腫ニシテ、此腫瘍ハ、上文既ニ述ベタルガ如ク、結腸及直腸ニ生ズルコト最も多シ。又腸ノ閉塞ヲ起サシムル上記ノ膽石ハ、輸膽管ヲ通ジテ排出セララル者ニ非ズ、通常膽道ト腸(多クハ十二指腸或ハ結腸)トノ間ニ瘻孔ヲ生ジ、之ヨリ排出セララル者ナリ。但、小ナル膽石モ、長ク腸憩室内ニ留ルトキハ、之ニ磷酸鹽類ノ沈著ヲ來シ、以テ巨大ナル結石ヲ形成シ、腸管ノ通過ヲ妨グルコト有リ。爾他腸ノ疊積ハ、一部ハ腸管腔ノ狭窄ヲ來シ、以テ閉塞性いれうすヲ發スルコト有ルハ、既ニ上文ニ述ベタルガ如シ。

此他閉塞性いれうすノ發生ニ就テ尙注目ス可キ者ヲ腸ノ屈折及其腸軸回轉(Die Krü-ckung und Drehung des Darms um die Darmachse)ト爲ス。蓋、斯ノ如キ症ハ、腸ノ常態ニ於テ若クハ病的機轉ノ爲、ニ或ル部位ニ固定セララル所ニ來ル者ナリ。今例之盲腸若クハ移動性ニシテ(ウキルムス氏ノ所謂移動性盲腸(Caecum mobile))其固定ハ右側結腸彎曲部ノ直前ニ始マル者トセムニ、此場合ニ於テモ、盲腸尋常ノ位置ニ存在スルトキハ、其通過ヲ妨グルコト無シト雖、若其位置ヲ變ジテ横行結腸ト竝行スルコト有ラムカ、盲腸ハ彎曲部ノ直前ニ於ケル固定部ニ於テ屈折セラレ、此際盲腸若クハ糞便ヲ以テ強ク充實セ

機械的いれうすノ症候

ラルルトキハ、之ト竝行スル空虚ナル腸脚ノ壁ハ、瓣蓋狀ニ壓搾セラレ、以テ腸管全ク不通ト爲ル可シ。斯ノ如キ腸ノ屈折ハ、亦或ル一部例之小骨盤内ニ於テ固定セラレタル小腸蹄係ニ於テモ見ル所ニシテ、小腸ニ於テハ此屈折ニ加フルニ通常尙輸入腸脚ノ捻轉ヲ以テシ、更ニ一層腸ノ通過ヲ妨グル者トス。而シテ斯ノ如キ腸軸周圍ニ於ケル腸ノ捻轉ハ、從來多クハ「軸旋」ト看做サレタルモ(本卷三一頁參照)、ウキルムス氏ハ、之ヲ腸間膜軸周圍ニ於ケル腸ノ捻轉ニ因ル「眞ノ軸旋」ト區別セムガ爲、前者ヲ絞。榨。閉塞(Dar-Myringenschluss)ト稱セムコトヲ建議セリ。

症候 いれうすノ症候ハ、其原因ノ異ナルニ從ヒ各異ナル者ニシテ、或ハ前兆無クシテ突然發スルコト有リ、或ハ久シク消化障礙大便不利、腹膜刺戟症ノ如キ前驅症ヲ以テ稍、徐々ニ發スルコト有リ、而シテ腸管全ク閉塞セラレ、嵌頓部ニ於テ毫モ大便ノ通過ヲ許サザルトキハ、劇甚ナル痙攣様ノ疼痛ヲ發スルト共ニ、一部ハ腹壓ニ由リ、一部ハ逆行蠕動ニ由リテ嘔吐ヲ來シ、此際始、ハ胃ノ内容ヲ吐出スルモ、次デ腸ノ内容ヲ吐逆ス。吐糞(Das Kothbrechen)是ナリ。故ニ初、十二指腸及空腸ヨリ來ル吐物ハ、膽汁ヲ含有スルモ、後ニ至リ吐物回腸部ヨリ來ルトキハ、益、糞様ノ性質ヲ帶ブルニ至ル。然レドモ玆ニ注意ス可キハ、腸ノ上部ニ滯積スル所ノ内容モ、腐敗ニ陥ルトキハ亦糞臭ヲ放ツヲ以テ、吐糞ヲ以テ必ズシモ腸ノ下部ヨリ來ル者ト斷定スルコト能ハザルコト是ナリ。又腸閉塞上部ニ於ケル腸管ハ、糞便及殊ニ瓦斯ノ滯積ニ應ジテ擴張スルヲ以テ、肚腹ハ

いれうす(機械的いれうす)

鼓狀ニ膨大シ、以テ鼓腸ヲ來ス。蓋シ此瓦斯タル、滯積セル蛋白質ノ腐敗分解ニ由リテ生ズル者ニシテ、之ガ爲、鼓腸ヲ來スハ、一ハ腸管ノ血行障礙ノ爲、其容易ニ吸收セラレザルニ因ルナリ。此時ニ際シ腸ノ蠕動亢進シ、血液ノ輸入竝ニ腸腺ノ分泌増進スルヲ以テ、患者吐逆スルニモ拘ラズ、腸内ニハ忽チ復、稀薄糞樣ノ内容ヲ多量ニ蓄積ス。此際尿量ハ常ニ減少シ、或ハ全ク無尿ト爲ルコト有リ。而シテ熱ハ、いれうすノ原因ニ從ヒ、初ヨリ多少之有ルヲ常トス。上記ノ症狀ニ次デ來ル者ハ、頓ニ増進スル虚脱及死亡ニシテ、殊ニ腸ノ穿孔ヲ起ストキハ、汎發性腹膜炎ヲ發シ、速ニ致命セシム可シ。但シ腸ニ穿孔ヲ起サザルモ、亦能ク腐敗性腹膜炎ヲ發ス可シ。是、分解セル腸内容中ノ細菌若クハ其トキキシハ、既ニ侵害ヲ蒙ルレル腸壁ヲ通ジテ腹膜内ニ竄入シ吸收セララルニ因ルナリ。蓋シ此トキハ、既ニシテ吸收セララルトキハ、腐敗性腹膜炎ヲ起スニ至ラザルモ、亦其全身中毒ニ由リテ、致命セシムル者トス。然レドモ最モ僥倖ナル症ニ在リテハ、腸ノ穿孔後、限局性炎症ヲ起シ、以テ包裹セラレタル糞膿瘍ヲ形成スルコト有リ。

腸閉塞症ニ於テ閉塞部ヲ距ルコト遙ニ上方ニ潰瘍ヲ生ジ、遂ニ腸ノ穿孔ヲ來スコト有ルハ、夙ニコ、ベル氏ノ稱道セル所ニシテ、氏ハ之ヲ腸内容蓄積ノ爲、腸管過度ニ伸張擴張セラ
ルルニ因ル者トシ、此潰瘍ヲ伸張潰瘍 (Das Darmgeschwür) ト名ケタリシガ、余ハ數多ノ動物試験ニ由リ人工的ニ此潰瘍ヲ生ゼシメ、以テコ、ヘル氏ノ主張セル所ヲ證明セリ。

機械的いれうすノ經過

經過

本症ノ經過ハ、各症一樣ナラズ。急劇ナル症ニ在リテハ、患者僅ニ一二日ニシテ

機械的いれうすノ診斷

忽チ虚脱ニ陥リ、或ハ腸ノ穿孔ニ因ル汎發性腐敗性腹膜炎ニ由リテ斃ルルモ、又時トシテハ極テ慢性ノ經過ヲ取り、數週日ヨリ數月ニ互ル者アリ。内嵌頓症ノ自然ニ疏解シテ治癒スル者ノ如キハ、主トシテ其原因ニ關スル者ニシテ、腸壘積症ニ於テ壘積部ノ脱落ニ由リ、自然ニ治癒スルコト有ルハ、既ニ上文ニ述べタリ。

診斷

本症ノ診斷ニ最モ肝要ナルハ、大便閉止、嘔吐、就中吐糞、鼓腸及痛樣疼痛ナリ。又本症ニ於テハ、毎ニ腸閉塞若クハ嵌頓ノ部位及其發生ノ原因ヲ確知スルヲ肝要ナリトス。部位ニ關シテ先ヅ注目ス可キハ、疼痛初發ノ局所、鼓腸ノ度及吐物ノ性状ナリ。殊ニ肝要ナルハ、閉塞症發生ノ初ニ當リ、局所的鼓腸、所謂ワール氏症候 (Das Wahr'sche Zeichen) ヲ認知スルニ在リ。閉塞部若シ十二指腸或ハ空腸ノ領域内ニ在ルトキハ、鼓腸ハ只限局性ニシテ、吐物ハ單ニ胆汁ヲ含有シ、糞便ヲ混ゼザレドモ、閉塞部益、腸ノ下部ニ在ルトキハ、鼓腸益、大ニシテ、吐糞ノ症狀亦益、顯著ナリ。此他注意ス可キハ、小腸ノ閉塞症ハ、急劇ニ經過スルモ、結腸ニ於テハ之ヨリ緩徐ナルコト是ナリ。是、後者ニ在リテハ、小腸ニ於ケルガ如ク、一頓ニ全ク腸管ノ閉塞ヲ來スガ如キコト少ナク、レバナリ。又肛門或ハ腔内ニ指ヲ送入シテ精密ニ検査シ、或ハ腸消息子ヲ肛門内ニ送入シ、又空氣ヲ壓送シ、冷水ヲ灌注スル等ハ、診斷上頗ル肝要ナリトス。

いれうす(機械的いれうす)

緩慢ナルヲ多シトス。但シ閉塞性症ニ在リテモ、腸ノ狭窄若クハ閉塞俄然増進スルトキハ、急劇ナル症狀ヲ來シ、此際狭窄部ノ上方ニ於ケル腸管ニ活潑ナル蠕動的運動ヲ認ムルコト有リ。ノットナーゲル氏ハ、之ヲ腸勁直(Die Darmstiefung)ト名ケタリ。吾人ハ、小兒ノ嵌頓症ハ、通常腸管ノ疊積ニ因ルヲ知ル。又其憩室形成ニ因スル者ハ、二十歳乃至三十歳ノ年齢ニ最多ナリ。女子ニ在リテハ、曾患ノ腹膜炎卵巣或ハ子宮ノ疾患ニ基ク索條形成及癒著等之ガ原因ト爲ルコト多シ。單純ナル大便滯積、膽石、膀胱腫瘍等モ亦外觀的嵌頓症狀ヲ呈スルコト有ルヲ以テ、之ニ注意セザル可カラズ。但シ大便ノ滯積ニ在リテハ、通常鼓腸ヲ缺如ス。是之ガ爲、腸瓦斯ノ通過ヲ妨グルニ至ラザレバナリ。而シテ總テ腸閉塞症ニ在リテハ、固ヨリ綿密ニ患者ヲ診査シ、或ハ又外へるにハ存在セザルヤ否ヲ探ラザル可カラズ。此際殊ニ著目ス可キハ、閉鎖孔へるにハ會陰へるにハ坐骨へるにハ等ノ存否如何ニ在リ。然レドモ腸閉塞ノ部位及種類ヲ確診スルハ、早ク開腹術ヲ行ヒタル後ニ在ルヲ常トス。

機械的いれうすノ療法

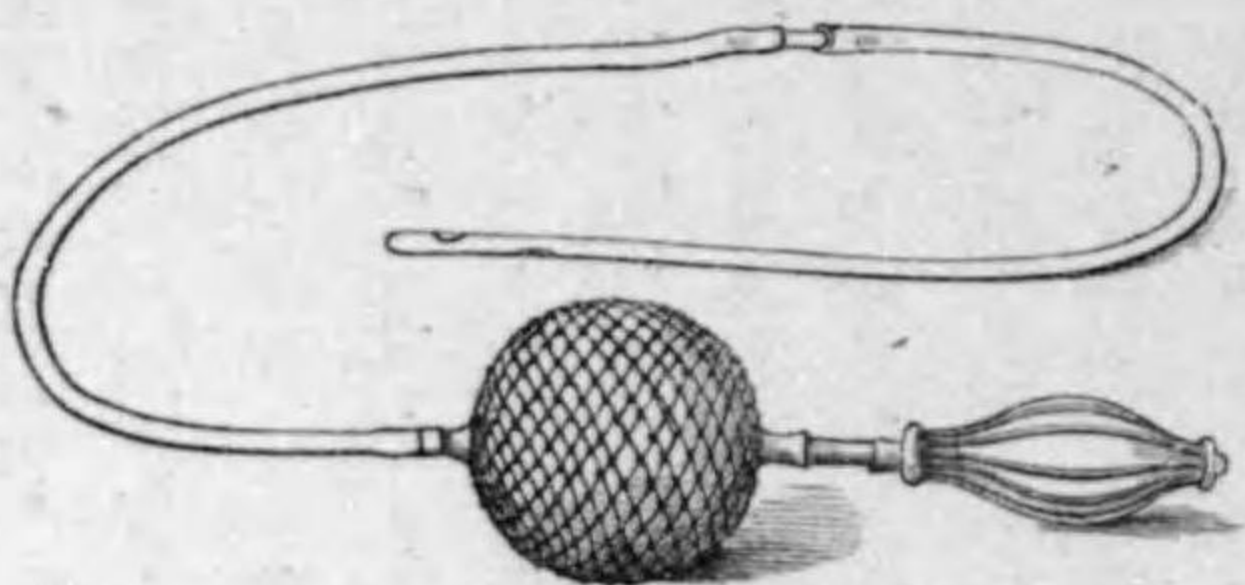
豫後 即時ニ障碍ヲ除却セザルトキハ、極テ不良ナリ。患者ハ多クハ、腸ノ穿孔汎發症、腹膜炎、虚脱、高度ノ鼓腸ニ因スル心臟及肺臟機能ノ障碍等ニ由リテ死亡シ、其自然ニ治癒スル者ノ如キハ、蓋シ絶ダ罕ナリ。但シ腸ノ穿孔ヲ起スモ、限局性包裹性膿瘍ヲ形成スル者ハ、豫後ノ吉ナルヲトス可シ。否ラザル者ニ在リテハ、初期ニ開腹術ヲ行フニ非ザレバ、決シテ治癒ヲ期ス可カラズ。ナウニン氏(一千八百九十六年)ニ據レバ、いれうす

機械的いれうすノ療法

ニ於テ發病ノ第一及第二日ニ開腹術ヲ施ストキハ、七五%ノ治癒ヲ見ル可キモ、第三日以後ニ至レバ俄ニ三五乃至四〇%ニ減少スト云フ。

療法 本症ハ、其發生原因ノ異ナルニ從ヒ、亦療法ヲ異ニス可キモ、常ニ最モ必要ナルハ、手術的療法ナリ。然レドモ、今モ尙吾人ノ頗ル遺憾ニ堪ヘザルハ、患者ハ徒ニ内科的ニ處置セラレテ手術ヲ施ス可キ時機ヲ失スルコトノ甚ダ多數ナルコト是ナリ。而シテ非手術的療法トシテハ、古來本症ニ大量ノ阿片ヲ與フルヲ法トセリ。即チ之ヲ内服セ

圖 三 十 四 百 第
二連護球=消息子ヲ附シタルノモル



いれうす(機械的いれうす)

シメ、或ハ注射ス。バッチユ・オステルマイエル氏等ハ、あごのびんノ皮下注射(〇・〇五ヲ一乃至二回注射ス)ヲ推奨セリ。ふぞすちぐみんすごりひにん等ノ内服ハ、其效確實ナラズ。此他内用ニハ酒類、氷片ヲ與へ、腹部ニハ温罨法ヲ施ス(冷罨法ハ患者堪ヘザルヲ常トス)。又疼痛劇甚ナル者ニハ、もるひねノ皮下注射ヲ施ス可シ。而シテ本症ノ初期ニ當リテハ、瀉ニ下劑ヲ投ズルハ不可ナリ。是レ之ニ由リテ腸ノ運動ヲ催進シ、以テ症狀ヲ増悪セシムルコト有レバナリ。但シ嵌頓症狀ノ宿便滯積(糞瘤)ニ由來スル者ニ在リテハ、下劑ヲ投ズ可シ。此症ニ對シテハ、亦直腸内ニ強力ノ灌水法ヲ施シテ良效ヲ得ルコト有

リ。但し時トシテハ直腸内ニ於テ硬ク凝結セル糞塊ハ、手指若クハ器械ヲ用ユルニ非ザレバ除去シ得ザルコト有リ。此他腸閉塞症ニ對シテハ、又胃ノ洗滌法ヲ行ヒ、腸内ニハ直腸ヨリ灌水器ヲ用ヒテ冷水ヲ灌注シ、(此際骨盤ハ可及的高舉スルヲ良トス)或ハ二連護謨球(第百四十三圖)ヲ附シタル消息子ニ由リテ空氣ヲ吹送ス可シ。之ニ由リテ間、速ニ良效ヲ奏スルコト有リ。又鼓腸ノ著シキ者ニハ、時ニフラーウアー氏注射器ヲ用ヒテ穿刺術ヲ試ム可キモ、此法タル危險無キニ非ズ。

然レドモ上記ノ諸法ハ、皆是、姑息的ノ方法ニ過ギザル者ニシテ、此姑息的療法ハ、屢、不良ナル結果ヲ齎スコト有リ。是、其一時ノ奏效ニ誤マラレ、以テ手術ヲ施スノ好時機ヲ逸スルコト有レバナリ。蓋、いれうすノ根治的療法ハ、時機ヲ誤ラズシテ開腹術ヲ施シ、嵌頓セル腸管ヲ求メテ之ヲ疏解スルノ一途アルノミ。而シテ開腹術ヲ行フノ時期愈、早ク、鼓腸ノ度未ダ甚ダシカラズ、且患者尙衰脱ニ陥ラザルトキハ、手術ノ成績愈、佳良ナル可キモ、既ニ高度ノ鼓腸ヲ呈シ、患者著シク脱力セル者ニ在リテハ、本術モ亦其效無キヲ常トス。但、罹患ノ初期ニ開腹術ヲ施スコトハ、患者竝ニ傍人ノ共ニ決斷ニ苦ム所ナリ。蓋、斯ノ如キ際ニ於ケル開腹術ハ、生命上危險ノ手術ニ屬シ、其善良ナル轉歸ハ、決シテ保證スルコト能ハザル者ナレバナリ。

開腹術ヲ施スニ決シタルトキハ、先、胃ノ洗滌法ヲ施シ、且精密ナル検査ニ由リテ閉塞部ノ位置及其種類ヲ判知セムコトヲ要ス。根治手術ヲ施シ得ラル可キ症ニ在リテハ、

腹壁ヲ廣ク切開シ、時トシテ劍狀突起部ヨリ恥骨縫際ニ至ルマデ切開ヲ要ス可キモ、只糞瘻ヲ造クルニ止ルトキハ、局部ニ小切開ヲ施スヲ以テ足レリトス。前者ノ場合ニ在リテハ、腹壁ヲ切開シタル後、胃ヨリ順次腸ニ互リテ嵌頓部ヲ搜索ス可シ。此際亦殊ニ胃ノ後方脾臟蟲様突起腹膜囊、其他橫隔膜ノ裂隙、腸間膜及結腸間膜ノ裂孔等ニ著目セザル可カラズ。既ニシテ嵌頓部ヲ發見スルトキハ、其所見ニ從ヒ適宜ノ處置ヲ施ス可シ(此際腹腔ノ冷却ヲ防ガザル可カラザルハ、固ヨリ言フ俟タズ)。例之嵌頓ノ原因ニシテ若、膜様ノ索條物ナルトキハ、之ヲ切離シ、軸旋疊積等ナルトキハ、注意シテ其整復ヲ謀ルガ如シ。慢性ノ腸疊積症ニ在リテモ、尙其整復ヲ試ム可シト雖、能ハザルトキハ、疊積セル腸管ヲ切除セザル可カラズ。腸ノ嵌頓部ヲ除キ得テ其部尙健全ナルトキハ、腸ノ内容ヲ直腸ニ向テ排除シ、消毒ノ後之ヲ腹腔内ニ還納ス可シ。然レドモ腸若、甚ダシク擴張シテ還納シ難キトキハ、之ヲ切開シテ可及的其内容ヲ去リ、次、デラムベール氏ノ法ニ從ヒ腸縫合術ヲ施シタル後、之ヲ整復ス可シ。又嵌頓部既ニ壞疽ニ陥ルトキハ、或ハ直ニ其部ヲ切除スルカ、或ハ又之ヲ腹壁外創ニ縫著シテ假ニ肛門ヲ造リ、嵌頓症ノ治癒スルヲ俟チ、之ヲ腹壁ヨリ遊離シ、切除及縫合ニ由リテ、人工肛門ヲ全治セシムルヲ良トス。

いれうすノ後期ニ於テ、鼓腸ノ爲、腸ノ著シク膨大セル者ニ在リテハ、嵌頓部ヲ發見スルコト難キノミナラズ、又之ヲ發見シ得ザルコト往々之有リ。故ニ斯ノ如キ症ニ在リ

テハ、先ッ膨大セル腸管ニ糞ヲ造リ、以テ患者ノ苦惱ヲ除カザル可カラズ。乃チ小切開ニ由リテ腹腔ヲ開キタル後、腸ノ膨大セル蹄係ヲ腹創内ニ縫著シ、只僅ニ之ヲ切開ス。斯ノ如キ糞瘻ハ、患者幸ニ生存スルトキハ、後日ニ至リ自ラ治癒スルコト有リ。否ラザレバ、後ニ至リテ手術ニ依リ之ヲ治癒セシム可シ。

第八 腸瘻

腸瘻 Die Darmfistel ヲ區別シテ、二種ト爲ス。内腸瘻及外腸瘻是ナリ。

(一) 内腸瘻 Die innere Darmfistel ハ、腸ト他ノ空洞器官トノ間ニ異常ノ交通路ヲ有スル者ニシテ、即チ腸内瘻 (Fistula intestino-visceralis) ナリ。而シテ此瘻管形成ハ、常態ニ於テ既ニ腸ト交通スル器官トノ間ニ於テスルコト有リ。例之胃腸瘻、小腸瘻、大腸瘻ノ如キ、其他腸膽瘻ノ如キ是ナリ。或ハ又常態ニ於テ腸ト交通ヲ有セザル器官トノ間ニ於テスルコト有リ。例之腸尿管瘻、生殖器瘻ノ如キ是ナリ。蓋シ是等ノ腸瘻ハ、主トシテ損傷若クハ炎症(結核病)其他腫瘍膽石症腎石症等ニ基因スル者ニシテ、瘻管ノ形成ハ、隣接セル器官トノ間ニ來ルヲ最モ多シトス。即チ隣接セル腸蹄係ハ、互ニ相交通シ、腎臟ハ之ニ隣接セル結腸彎曲部ト交通シ、女子ノ生殖器ハ下部ノ回腸盲腸蟲様突起 S 狀彎曲部直腸等ト交通シ、膽囊ハ十二指腸或ハ横行結腸ト交通スルガ如シ。但シ時トシテハ瘻管ハ亦互ニ隔離セル器官トノ間ニ生ジ、以テ甚ダ複雑ナル交通路ヲ形成スルコト有リ。

腸瘻
内腸瘻

内腸瘻ノ療法

外腸瘻

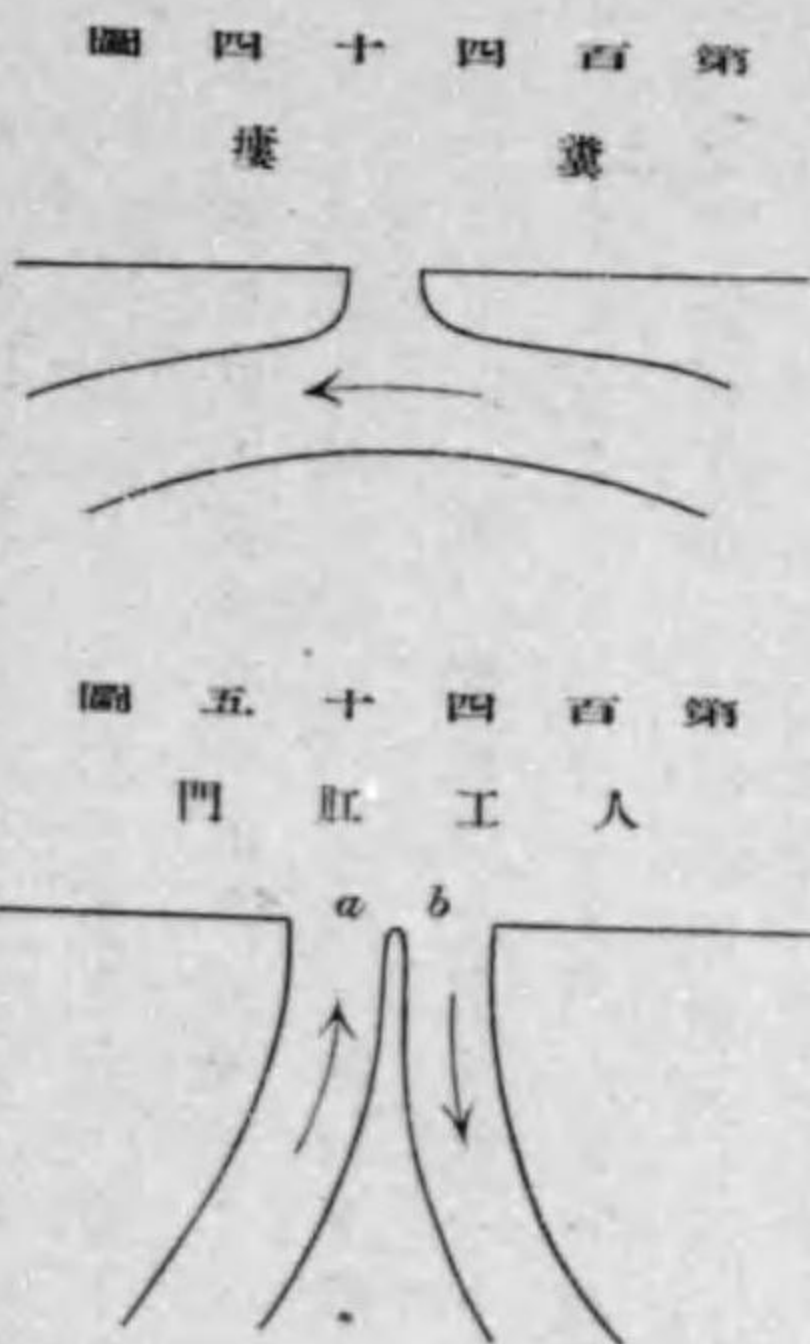
ト有リ。

療法 内腸瘻形成ノ爲、危険ナル症狀ヲ發來スルトキハ、瘻管ノ閉鎖ヲ努メザル可カラズ。此際外部ヨリ到達シ得キ瘻管例之腸腔瘻ニ在リテハ、次項外腸瘻ニ於ケルト同一ノ法ニ由リテ治癒セシムルコトヲ得レドモ、其他ノ症ニ在リテハ、開腹術ヲ施シタル後、瘻著セル器官ヲ剝離シ、以テ瘻管ヲ各別ニ閉鎖セザル可カラズ。

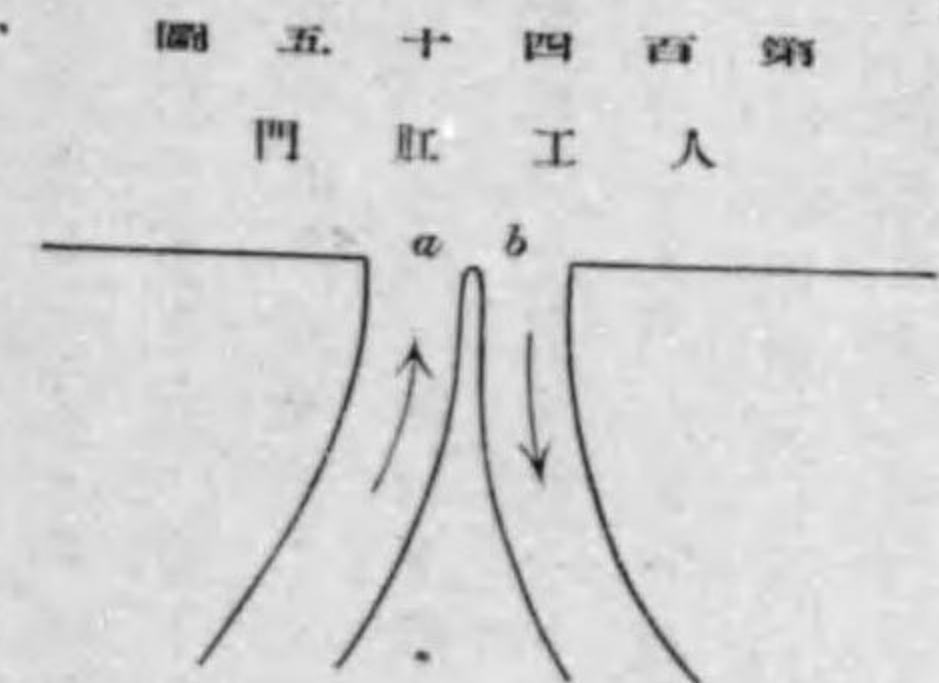
(II) 外腸瘻 Die äussere Darmfistel ハ、瘻孔ヨリ絶エズ腸内容ノ外方ニ排泄セラルル所謂糞瘻 (Die Kofistel) ニシテ、多クハ腹壁ニ開口ス。故ニ又腸壁瘻 (Die Darmhohlenwandfistel) ノ名アリ。而シテ其發生ノ原因ニ種々アレドモ、其主要ナル者ハ、腸ノ穿通性創傷、嵌頓へるに於テ腸ノ潰瘍性諸病(結核病癌腫放線菌病蟲様突起炎消化性潰瘍)腹膜及腹壁ノ炎症性疾患等ナリトス。但シ吾人ハ亦治療上、故意ニ腸瘻ヲ作ルコト少ナカラズ。所謂人工肛門 (Der künstliche After) 是ナリ。

糞瘻ハ、其形狀ニ從ヒ、直達的及介達的ノ二種ニ區別セラレ。前者ハ、瘻管ノ直ニ腹壁ニ開口スル者ヲ謂ヒ、後者ハ、腹壁ノ開口ト腸トノ間ニ多少大ナル空隙ヲ存スル者ヲ謂フ。而シテ瘻管ハ、或ハ腸粘膜炎ヲ以テ被ハルルコト有リ(唇狀瘻)或ハ皮膚上皮ノ其内ニ増殖スル者アリ、或ハ又肉芽ヲ以テ被ハルルコト有リ。此場合ニ於テハ、瘻管ハ多クハ長クシテ管狀ヲ爲スモ(管狀瘻)唇狀瘻ニ在リテハ、瘻管ハ多クハ短シトス。糞瘻ハ之ヲ人工肛門ト區別セザル可カラズ。是、前者ニ在リテハ、糞便ノ一部ハ瘻口ヨ

腸瘻(内腸瘻・外腸瘻)



第百四十四圖 瘻



第百四十五圖 門肛工人

リ排泄セラルルモ、其大部ハ尋常ノ肛門ヲ經テ排泄セラルル者ナレドモ、人工肛門ニ在リテハ、糞便ハ悉ク之ヨリ排泄セラルル者ナレバナリ。即ち兩者ノ關係ハ、第百四十四及第百四十五圖ニ示ス所ニ由リ、能ク之ヲ領解スルヲ得可シ。但、此間ニ亦種々ナル階級アリテ、糞瘻ニハ亦甚ダ細小ナル者アリ。然、

外腸瘻ノ療法

モ瘻口ヨリ排泄セラルル糞便ノ量ハ、必ズシモ其廣狹ニ關セザル者ニシテ、寧ろ射出腸管ハ瘻管ノ直下ニ在リテ自在ニ開通シ、輸入腸管ト廣ク交通スルト否トニ關スル者トス。比較的狭小ナル瘻口ヨリシテ大便ノ大部排泄セラレ、之ニ反シテ廣大ナル瘻口ヨリ只其一部ノミ排泄セラルルコト有ルハ、之ニ由リテ理解シ得可シ。

療法 本症ニ在リテハ、糞便絶ズ多少腹壁外ニ排泄セラルルヲ以テ、患者竝ニ傍人ノ不快實ニ言フ可カラズ。故ニ之ガ爲、患者ノ榮養障礙セララルルニ至ラザルモ、常ニ醫療ヲ要スル者トス。而シテ瘻管ヲ生ジタル原因ニシテ既ニ經過シ去リ、只糞瘻ヲ留ムル者ハ、手術的ニ之ヲ閉鎖シ得可シト雖、其法ハ必ズシモ常ニ容易ナラズ。然レドモ瘻管ヲ生ジタル原病ニシテ尙存在スル者ニ在リテハ、之ヲ治癒セシムルニ非ザルヨリハ、固

ヨリ瘻管ヲ閉鎖スルコト能ハザル者トス。其手術式ハ、次項ニ詳ナリ。

第九 腸門直腸及肛ノ手術

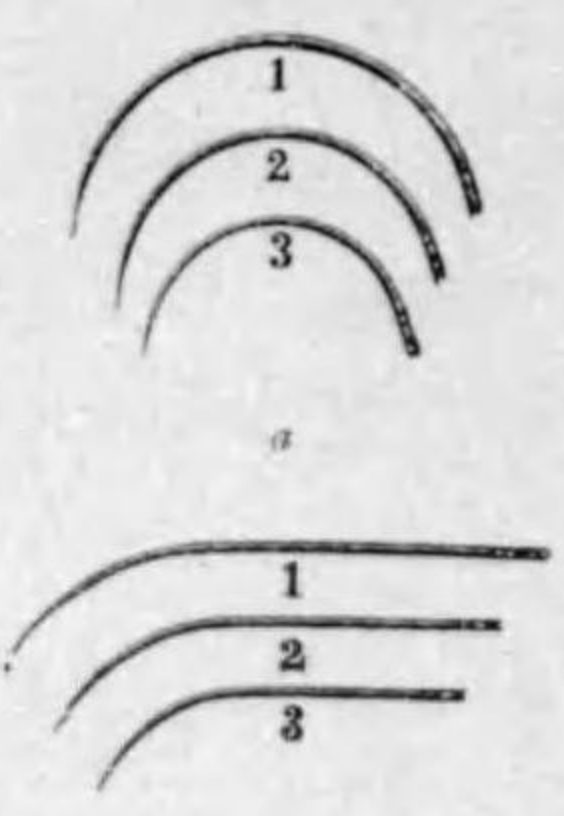
腸切開術 腸縫合術

(一)腸切開術 Die Eröffnung des Darms, die Enterotomie ハ、主トシテ腸内異物ノ嵌留シテ肛門ヨリ排出セラルルコト能ハザル際ニ施サル者ナレドモ、亦急性腹膜炎及急性腸閉塞症ニ於テ、一時腸内容ヲ排泄セムガ爲、之ヲ行フコト有リ而シテ切開ヲ行フニハ、刀ヲ以テシ、可及的腸間膜ノ附著部ヲ離ルル部位、即ち該部ノ對側ニ於テ常ニ腸管ニ縱切開ヲ施スヲ法トス。

(二)腸縫合術 Die Darmnaht, die Enterorrhaphie ハ、偶然或ハ手術ニ由リテ生ジタル腸ノ創傷ニ施サル者ニシテ、此術ヲ施スニハ、局部ノ腸管ヲ可及的腹腔内ヨリ牽出シテ無腐的濕温が一せ上ニ置キ、兼テ之ヲ以テ腹腔ヲ閉鎖シ、以テ其汚損ヲ防グ可シ。又指壓若クハ特種ノ腸夾壓子 (Die Darmklammer) (第百六十九及第百七十圖) ヲ用ヒテ腸管ノ

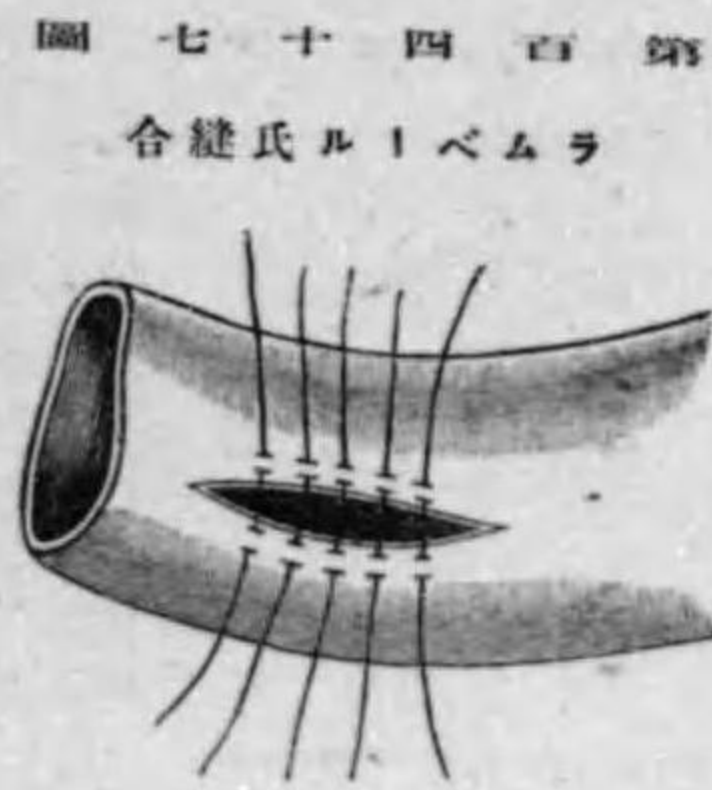
ラムベール氏縫合法

第百四十六圖 針合縫腸氏ルヘッコ



腸ノ手術(切開術及縫合術)

兩端部ヲ壓閉シ以テ其内容ノ溢出ヲ防ガザル可カラザルコト有リ。單純ナル腸ノ縱切創或ハ横切創ヲ縫合スルハ、甚ダ簡單ナリ。即ちラムベール氏縫合法 (Die Lembert'sche Naht) ヲ行フ是ナリ。其法タル、創縁ヲ内方ニ翻轉シタル後外部ノ漿



第七十四百第
合縫氏ルイベムラ

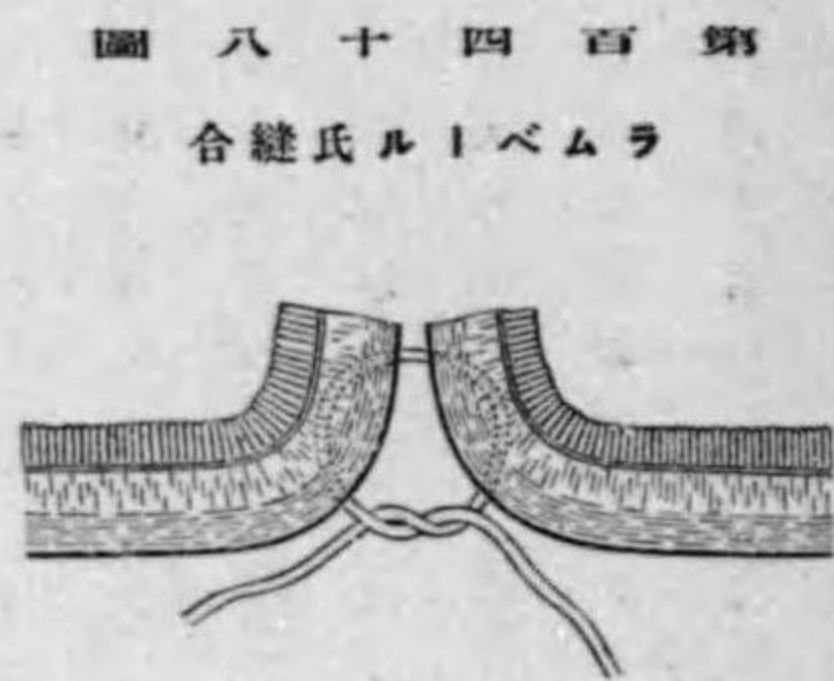
液膜面ヲ縫合ニ由リ十分廣ク相接著セシムルニ在リ。之ニ用ユル縫合針ハ、最モ纖細鈍圓ナル者ヲ良トシ(第百四十六圖 a b)、縫合材料トシテハ、亦最モ細キ防腐的絹絲(余ハ常ニコツヘル氏ノ防腐的絹絲ヲ用ユ)、或ハ腸線ヲ用ユ。其法、第百四十七圖ニ示スガ如ク、創縁ヲ距ルコト三乃至五密迷ノ所ニ針尖ヲ刺入シ、粘膜炎ヲ傷ケズシテ漿液膜及筋層ヲノミ刺通シ、粘膜炎下ヲ潛行シテ創縁接近部ニ於テ漿液

膜面ニ針ヲ出シ、更ニ對側ノ創縁接近部ニ刺入シ、前記ト均シク粘膜炎下ヲ潛行シ、創縁ヲ距ルコト亦三乃至五密迷ノ所ニ針ヲ出スニ在リ。斯ノ如ク數多ノ縫合ヲ密接竝列シ、結節ヲ施シタル後ハ、絲端ヲ短切ス可シ。之ニ由リテ漿液膜面ハ廣ク密接セラレ、創縁ハ腸管内ニ翻入セララル可シ(第百四十八及第百四十九圖)。

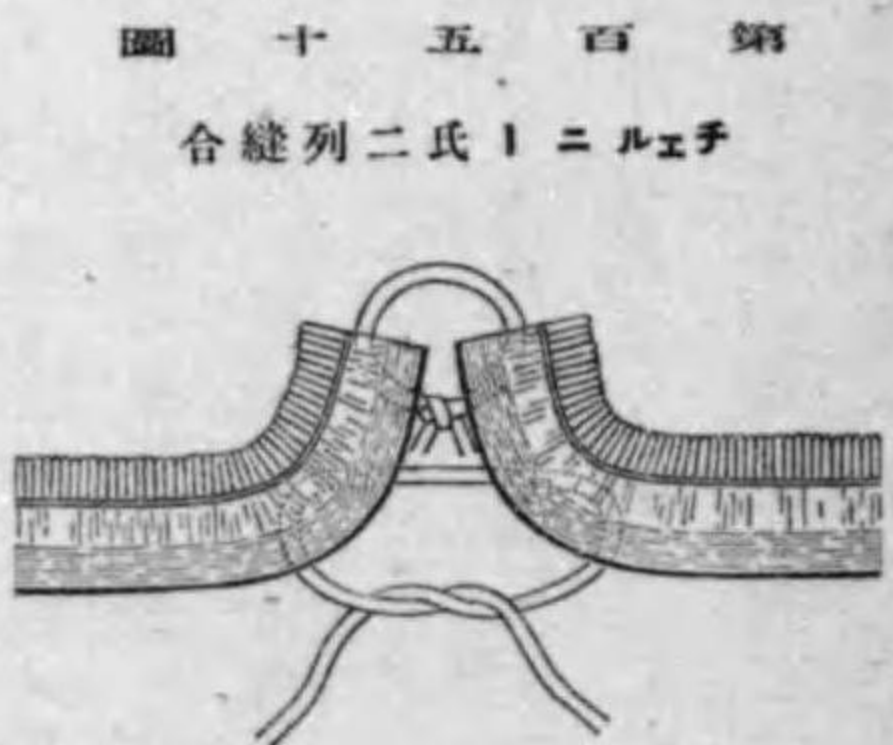
ラムベール氏縫合法ハ、胃腸ノ縫合上極テ樞要ナル者ニシテ、此縫合法ノ創始(一千八百二十六年)ハ、實ニ胃腸外科ニ大ナル進歩ヲ與ヘタリ。然レドモラムベール氏法ノ如ク、只一列ノ縫合ヲ以テシテハ、時ニ其縫合ノ確實ナルコトヲ保證スルコト能ハザルコト有リ。是ニ於テ、**チエルニー**及**アルベルト**ノ兩氏ハ、此一列縫合ヲ改良シテ、其面ニ更ニ**第二列ノ縫合ヲ施セリ**。
Czerny
Albert

チエルニー氏縫合法

チエルニー氏縫合法(Die Czerny'sche Naht)ハ、始ニ腸ノ斷端ニラムベール氏法ノ如ク、漿



第八十四百第
合縫氏ルイベムラ



圖一十五百第
合縫列二氏ルニルエチ



圖二十五百第
合縫列二氏トルベルア



圖九十四百第
合縫氏ルイベムラ



圖一十五百第
合縫列二氏ルニルエチ



圖三十五百第
合縫列二氏トルベルア

アルベルト氏縫合法

液膜ト筋層トヲ通ジテ縫合ヲ施シタル後、更ニ其上面ニ於テ均シク亦此兩層ヲ通ジテ第二列ノ縫合ヲ施スニ在リ(第百五十七及第百五十一圖)。然ルニ**アルベルト**氏縫合法(Die Albert'sche Naht)ノ前法ト異ナル所ハ、最初ニ腸壁ノ全層ヲ通ジテ縫合ヲ施スニ在リテ、第二列ノ縫合ハ、**チエルニー**氏法ト異ナルコト無シ(第百五十二及第百五十三圖)。蓋アルベルト氏ノ二列

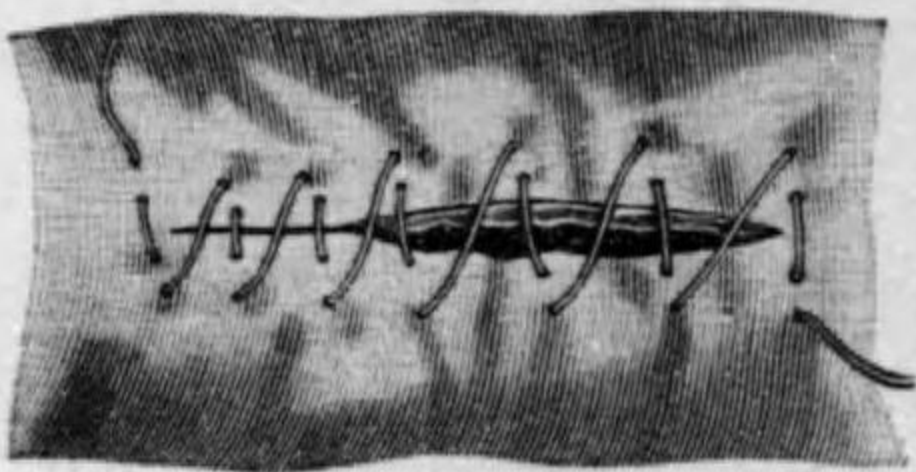
腸ノ手術(縫合術)

縫合ヲ以テスルトキハ、外觀上針孔ヲ通ジテ腸ノ内容外方ニ流出スルノ虞アルガ如キモ、實際ニ於テハ、之ガ爲、危險症ヲ招クガ如キコトハ決シテ之無シトス。故ニ余輩ハ、通常此法ヲ稱用ス。

腸ノ創傷ヲ縫合スルニハ、尋常ノ皮膚創傷ニ於ケルガ如ク、創面ヲ接合スルニ由リテ癒合セシムルコト能ハズ、是、腸壁ノ創面薄キニ過グレバナリ。從來ノ實驗ニ據レバ、漿液膜ト粘膜トヲ接合シテ癒著スルトキハ、時トシテ癒合スルコト無キニ非ザレドモ、兩粘膜面ヲ接合シテ癒著スルトキハ、必ズ癒合セザル者ナリ。之ニ反シテ兩漿液膜面ヲ互ニ接合癒著スルトキハ、癒合スルノ性ヲ具フル者トス。蓋、兩漿液膜面ハ、互ニ癒著スルコトヲ始テ實驗セシハ、佛醫ジョーベル及ラムベールノ兩氏ニシテ、ジョーベル氏ノ此腸縫合術ヲ世ニ公ニセシハ、實ニ一千八百二十四年ナリトス。蓋、ジョーベル氏ノ腸縫合法ハ、ラムベール氏法ノ如ク腸ノ兩創縁ヲ内翻シテ兩漿液膜面ヲ互ニ接著セシムルニ在レドモ、只之ト異ナル所ハ、腸壁ノ全層ヲ通ジテ針ヲ穿通スルニ在リ。然レドモ、單ニ此法ヲ以テスルトキハ、針孔ヲ通ジテ腸ノ内容腹膜腔内ニ竄入シ、炎症ヲ起スノ危險アルヲ以テ、現今之ヲ用ユル者無ク、今ハ專ララムベール氏ノ法若クハ、チルニー或ハアルベルト氏ノ法ヲ稱用ス。又腸縫合ヲ一層確實ナラシメムガ爲、ドアイアン氏ハ第三列ハ縫合ヲ行ヒタレドモ、是、只特別ノ場合ニ選用ス可キ者ニシテ、此法ヲ以テスルトキハ、腸ノ内腔ヲシテ狹隘ナラシムルノ缺點アリ。

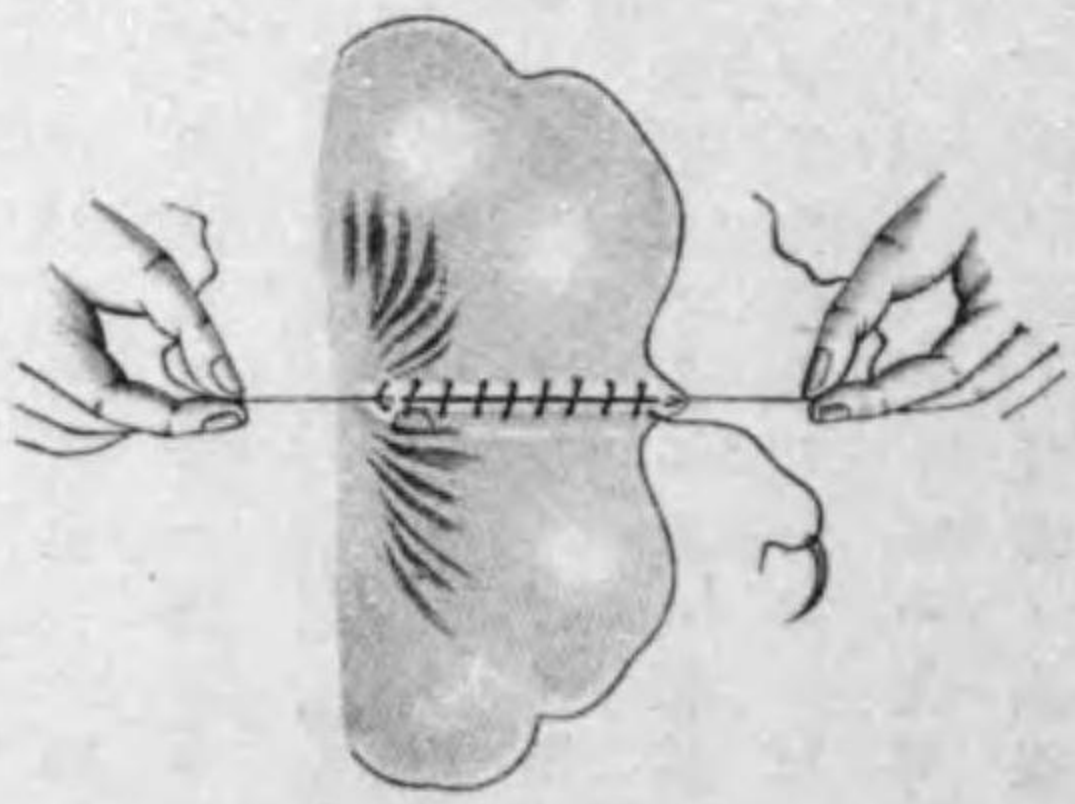
以テスルノ甚ダ便宜ナルコト有リ。之ニ亦最モ細キ絹絲ヲ賞用ス。其法、先、創ノ兩端ノ近部ニ於テ各一個ノ細キ絹絲結節ヲ施シ、絲端ヲ長クシ、之ニ由リテ腸ヲ高舉シ、同時ニ創縁ヲ觸接セシメ、内翻シタル創縁ヲ漿液膜及筋層ヲ通ジタル連次縫合ニ由リテ縫接スルニ在リ。是、一千八百三十四年佛醫デュピイラン氏ノ發表セル所ニシテ、*Dupuytren*

第百五十四圖
チ、ピ、イ、ラ、ン、氏、連、次、縫、合



縫合絲ハ全ク緊約セラレザル所ヲ示ス

第百五十五圖
連、次、性、腸、縫、合



其法式ハ、第百五十四及第百五十五圖ニ就テ能ク領解スルコトヲ得可シ。然レドモ、單ニ此法ヲ以テスルトキハ、亦縫合ノ確實ナラザル虞アルヲ以テ、次、其上面ニ漿液膜及

筋層ヲ通ジテ第二列ノ連次縫合ヲ施スヲ良トス。余ハ連次縫合ヲ施スニモ、亦アルベ

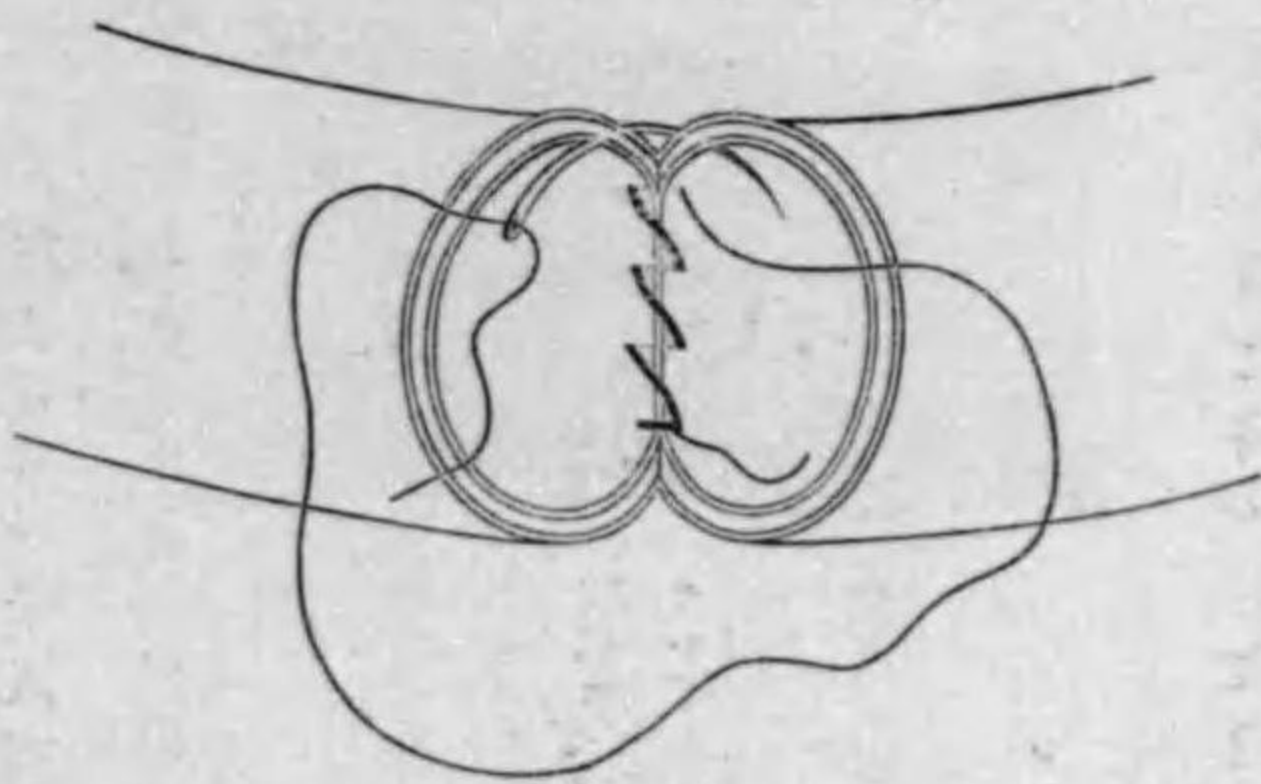
線狀腸縫合法
環狀腸縫合法

ルト氏法ニ則トルヲ常トス。上文述べタル所ハ、所謂線狀腸縫合法 (*Die lineare Darmnaht*) ナリ。然レドモ腸切除術後ニ於ルガ如ク、腸管ノ全ク横斷セラレタル場合ニ在リテハ、亦特別ノ縫合術ヲ要ス。即、環狀

腸ノ手術(縫合術)

腸縫合法 (Die sirkuläre Darmnaht) 行フ是ナリ。但此縫合法モ、亦ラムベール氏ノ原則ニ從ヒ、チエルニー氏又ハアルベルト氏ノ如ク、二列ニ縫合スルヲ最良ナリトス。然レドモ環狀縫合ヲ行フニハ、外部腸管面ヲ甚ダ廣ク觸接シテ縫合セザルニ注意ス可シ。否ザレバ、之ニ由リテ内方ニ突出シテ腸管腔ヲ狹窄セシムル所ノ環狀ノ隆起ヲ生ズレバナリ。而シテ環狀縫合ヲ施スニハ、先ツ腸内縫合 (Die intraluminaler Darmnaht) 行フヲ良トス。即チ腸管ノ後壁ニ於テ腸ノ内面ヨリ兩創縁ノ筋層及漿膜面ヲ通ジテ縫合ヲ行フ。然ルトキハ、縫合セザル粘膜縁ハ、自ラ互ニ相接著ス、或ハ又全層ヲ通ジテ此縫合ヲ行フモ可ナリ (第百五十六圖)。但此法ヲ以テスルトキハ、全部ヲ縫合スルコト能ハザルヲ以テ、殘餘ノ創縁ハ外方ヨリ縫合ス。又第二列ノ縫合ハ、固ヨリ外方ヨリ施サザル可カラズ。此縫合ニモ、亦連次性二列縫合ヲ施スヲ良トス。

圖 六 十 五 百 第
合 縫 内 腸



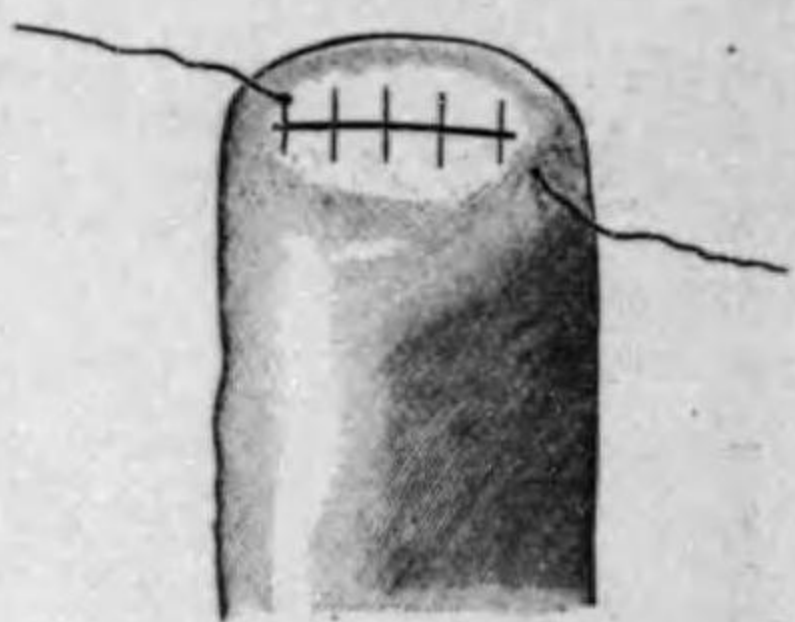
内面ヨリ連次性ニ縫合ス

カラズ。此縫合ニモ、亦連次性二列縫合ヲ施スヲ良トス。

閉鎖端ノ腸

近時ニ至リ、環狀縫合ニ由リテ腸ノ兩斷端ヲ接合スル代リニ、兩斷端ヲ各別ニ全ク閉鎖シタル後、所謂側方腸吻合術 (本卷三四一頁參照) 行フ者少ナカラズ。而シテ腸ノ斷端ヲ閉鎖

圖 七 十 五 百 第
鎖 閉 ノ 端 斷 腸
(氏スラバ・ン・フ)
(一 其)



斷端ヲ内翻シテ連次性ニ縫合ス

圖 八 十 五 百 第
鎖 閉 ノ 端 斷 腸
(氏スラバ・ン・フ)
(二 其)



前圖連次性縫合ノ兩端ヲ結縛セシモノ

圖 九 十 五 百 第
鎖 閉 ノ 端 斷 腸
(氏スラバ・ン・フ)
(三 其)

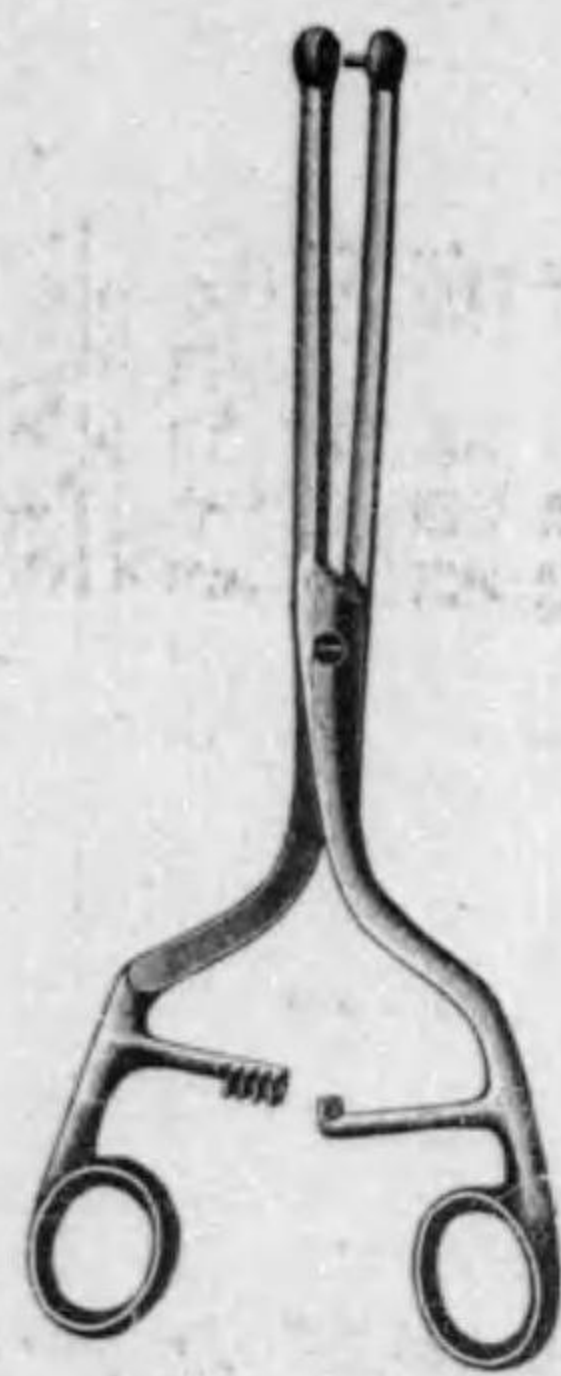


縫合閉鎖後ノ状態ヲ示ス

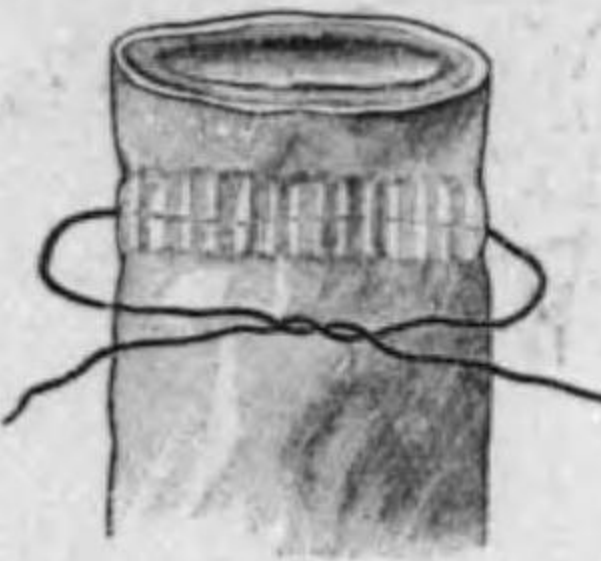
腸ノ手術(縫合術)

スルニハ、或ハ二列ノ漿液膜筋層縫合ヲ以テスルカ、或ハ括約縫合ヲ以テス。前方ヲ以テスルニハ、腸管ノ斷端ヲ内翻シテ之ヲ連次縫合ニ由リテ閉鎖シ、更ニ其上面ニ第二列ノ縫合ヲ行フ (フォン・バラス氏) (第百五十七圖、第百五十九圖) 括約縫合 (Die Schlingnaht) 又括約閉鎖 (Der Schlingverschluss) (ドアイアン氏) ハ、腸壓挫鉗子又腸壓榨器 (Die Darmquetschzange oder der Enterotrich) (第百六十圖) ヲ用ヒテ腸管ヲ強ク壓挫シタル後、壓挫溝ニ絲ヲ廻ラシテ固ク之ヲ結縛シ (第百六十一圖) 斷端ニ突出セル粘膜炎ハ之ヲ切除シ、殘餘ノ粘膜炎ハ、烙白金ヲ以テ燒灼シ次デ鉗子ヲ用ヒテ斷端ヲ腸管ノ内方ニ陥沒セシメタル後、其周圍ニ恰モ煙草囊ヲ括約スルガ如ク、粘膜炎下組織ニ至ルマデ絲ヲ通ジテ結縛シ (所謂煙草囊縫合 Die Tabakentnaht) (第百六十二圖) 更ニ其上面ニ第

圖十六百第
子鉗挫壓腸氏ルヘ、コ



圖一十六百第
鎖閉ノ端斷腸
(氏ンアイアド)
(一 其)



圖二十六百第
鎖閉ノ端斷腸
(氏ンアイアド)
(二 其)



腸ノ壓挫
周閉ニ
絲ヲ廻
ラス

錐子ヲ
以テ斷
端ヲ陷
没セシ
メタル
後所謂
煙草囊
縫合ヲ
施ス

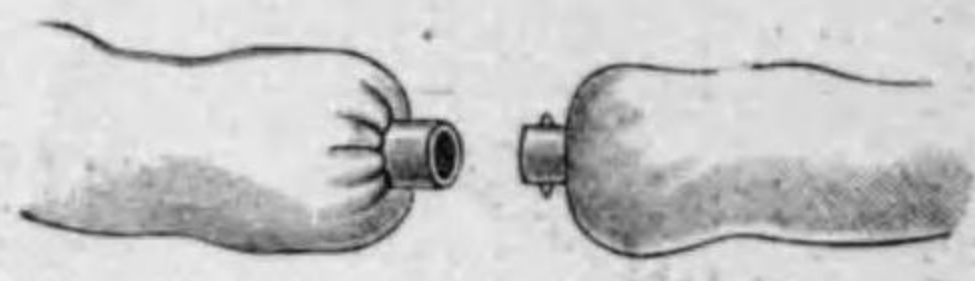
二ノ括約縫合ヲ施ス者ナリ。

腸ノ縫合術ヲ容易ナラシメ、縫合部ノ腸内容ト觸接スルヲ防キ、且縫合シタル腸管内ノ通路ヲ安全ナラシムガ爲、一千八百九十二年米醫マーフィー氏ハ、金屬器ノ嵌合ニ由リテ直ニ腸管ヲ接合固定スル新器械ヲ發明セリ。所謂マーフィー氏鉗 (Dr. Murphy's Knopf) (圖百六十三圖 a、b、c) 是ナリ。該器

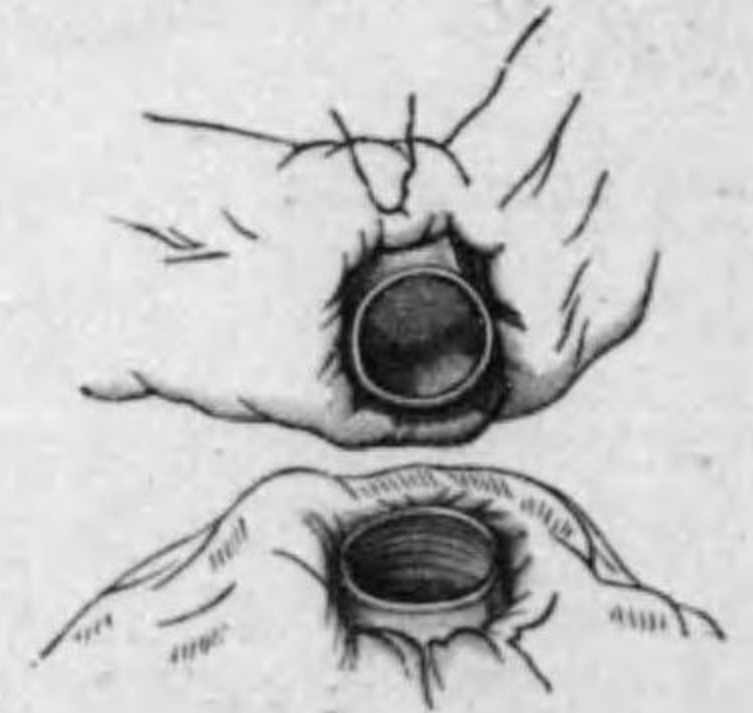


(a) 及 (b) ハ 鉗ノ兩各側部 (c) ハ (a) 及 (b) ラ 接合シタル者

圖四十六百第
ルタシ著縫入插ニ端兩ノ腸部兩ノ鉗氏レフイマ



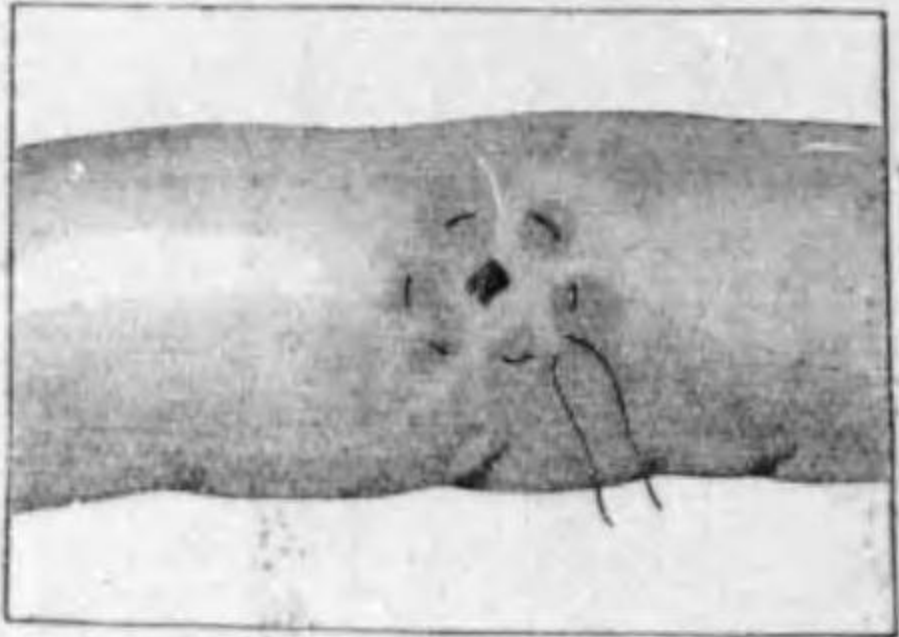
圖五十六百第
ルタシ著縫入插ニ壁側兩ノ腸部兩ノ鉗氏レフイマ



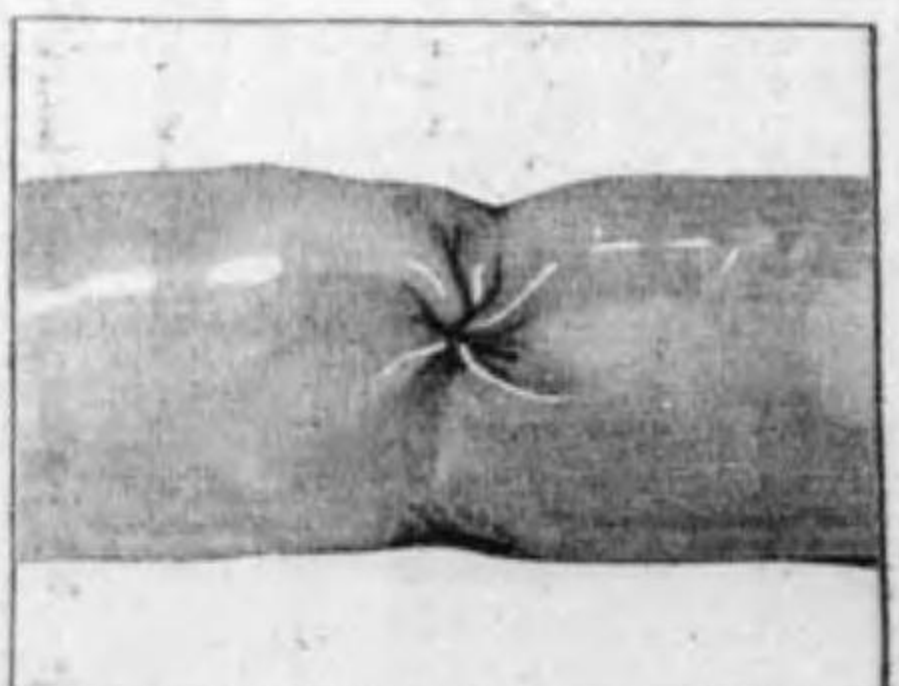
ハ、二個ノ空洞ナル金屬環ヨリ成リ、中央ニ圓塔ヲ具ヘ、之ヲ嵌合スルトキハ、球狀ヲ呈ス (圖四)。今之ヲ使用スルニハ、兩環ヲ上下ノ各腸管創端内ニ插入シ、腸管端ハ煙草囊ノ口ヲ約スルガ如ク連次縫合ニ由リテ固定シ、兩者ヲ相嵌合スルトキハ、漿液膜面ハ

緊密ニ接著シ、器械ハ再ビ離開スルノ悞無シ (圖百六十四及圖百六十五圖)。尙其安全ヲ謀ラムガ爲、

圖六十六百第
合縫囊草煙ルセ施ニ創小ノ腸
(一 其)



圖七十六百第
合縫囊草煙ルセ施ニ創小ノ腸
(二 其)

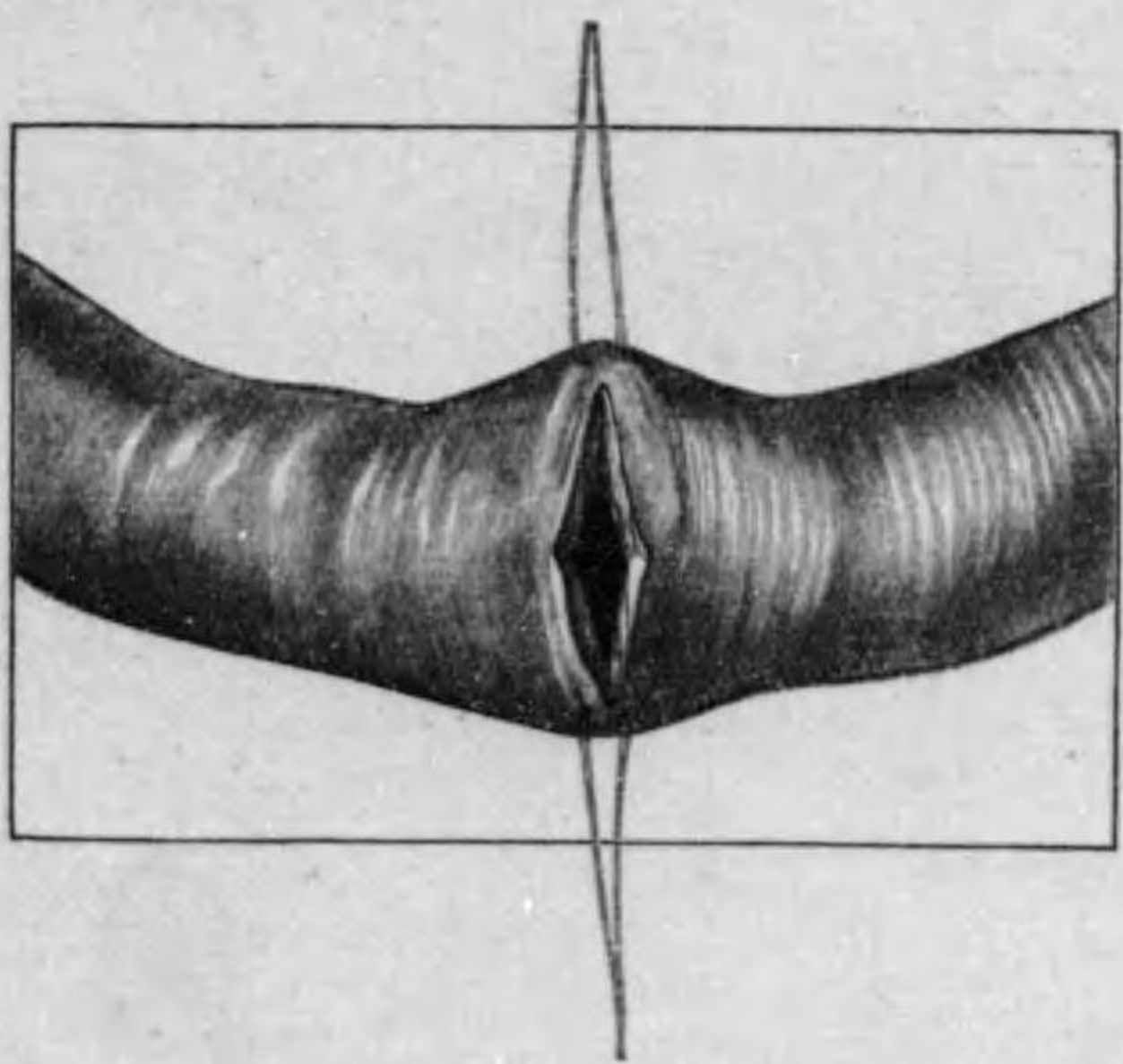


兩腸管端ヲバ淺在性ノ漿液膜縫合ニ由リテ接合スルモ可ナリ。時日ヲ經過スルトキハ、兩環内ノ腸壁ハ壞死ニ陥リ、其外部ハ炎症性

腸ノ手術(縫合術)

病變ノ爲ニ癒合シ、鉗ハ自然ニ腸壁ヨリ脱落シテ、糞便ト共ニ體外ニ排出セラル可シ。蓋シマ
ーフィー氏鉗ハ、通常二週間以内ニ肛門ヨリ謝出スルモ、間、該鉗插入部ノ腸管廣ク壞死ニ陥
リ、腸ノ穿孔ヲ來スコト無キニ非ズ。

第百六十八圖 大腸ナ損缺ノ縫合



キモ、稍、大ナル挫創ニ在リテハ、患部ヲ腸管縱軸ノ方向ニ於テ切除シテ、縱創ヲ作り、其
左右兩側面ニ固定絲ヲ通ジテ之ヲ牽引シ、以テ縱創ヲシテ、横創ニ變ゼシメ、縫合ヲ施

之ニ由リテ亦手術ヲ容易ニシ、且迅
速ナラシム可キモ、老練家ニ在リテ
ハ、環狀縫合或ハ側方腸吻合術ニ由
リテ之ト同一ノ成績ヲ收ムルコト
ヲ得可シ。

腸ノ小ナル缺損例之其穿孔ニ在
リテハ、第百六十六及第百六十七
圖ニ示スガ如ク、所謂煙草囊縫合
ニ由リテ之ヲ閉鎖スルコトヲ得
可シ。而シテ此法ハ、亦腸ニ生ジタ
ル小ナル挫創ニ施スコトヲ得可

腸切除術
手術ノ適
應症

サザル可カラズ(第百六十八圖)

(三)腸切除術 Die Darmresektion ハ、殊ニ腸ノ惡性新生物(癌腫肉腫)腸結核病腸
ノ癥痕性狭窄損傷壞死其他偽肛門ヲ治スル際及結腸疊積ハ直腸ヨリ脱出セル際等
ニ施サルル者ニシテ、輒近益之ニ改良ヲ加ヘ、比較的多少行ハルル頗ル肝要ナル手術
ト爲レリ。而シテ此手術ニシテ一定ノ法式ニ適フトキハ、能ク大部ノ腸ヲ切除スルコ
トヲ得可シ。

第百六十九圖 コヘル氏腸夾子



腸切除術ハ、其部位ニ從ヒ、小腸切除
術、回盲部切除及大腸切除術ニ區別
セラル。蟲様突起切除術ハ、既ニ上文
ニ述ベタリ(本卷二九四頁參照)

小腸切除術

第百七十圖 ミツリク子腸夾



(一)小腸切除術 Die Dünnarmre-
sektion ヲ施スニハ、通常正中腹壁切開
ヲ以テシ、先切除去可キ腸管ヲ腹壁創外
ニ牽出シ、其下ニ無腐的濕温ガ一セヲ敷
キ、同時ニ之ヲ以テ腹腔ヲ密閉ス可シ。之
ニ由リテ亦腸ノ脱出及腹腔ノ冷却ヲ防
禦ス。腹腔創ノ過大ナル者ニ在リテハ、假

腸ノ手術(切除術)

ニ其一部ニ縫合ヲ施シテ閉鎖ス可シ。斯テ切除ス可キ腸管ノ内容ヲ驅除シタル後、助手ヲシテ指壓ニ由リテ其上下ノ腸管端ヲ壓閉セシムルカ、或ハ腸夾(Die Darmklammer) (第百六十九及第百七十圖)ヲ以テ之ヲ壓閉シ、次テ腸ヲ切除スルニ先チ、之ニ附著スル腸間膜ヲバ切除ス可キ腸管ニ沿テ横ニ剝離ス(第百七十一圖)。其長ハ、固ヨリ切除ス可キ腸管ノ

圖 一 十 七 百 第
ス離分紫結ヲ膜間腸ニ前ノ除切腸

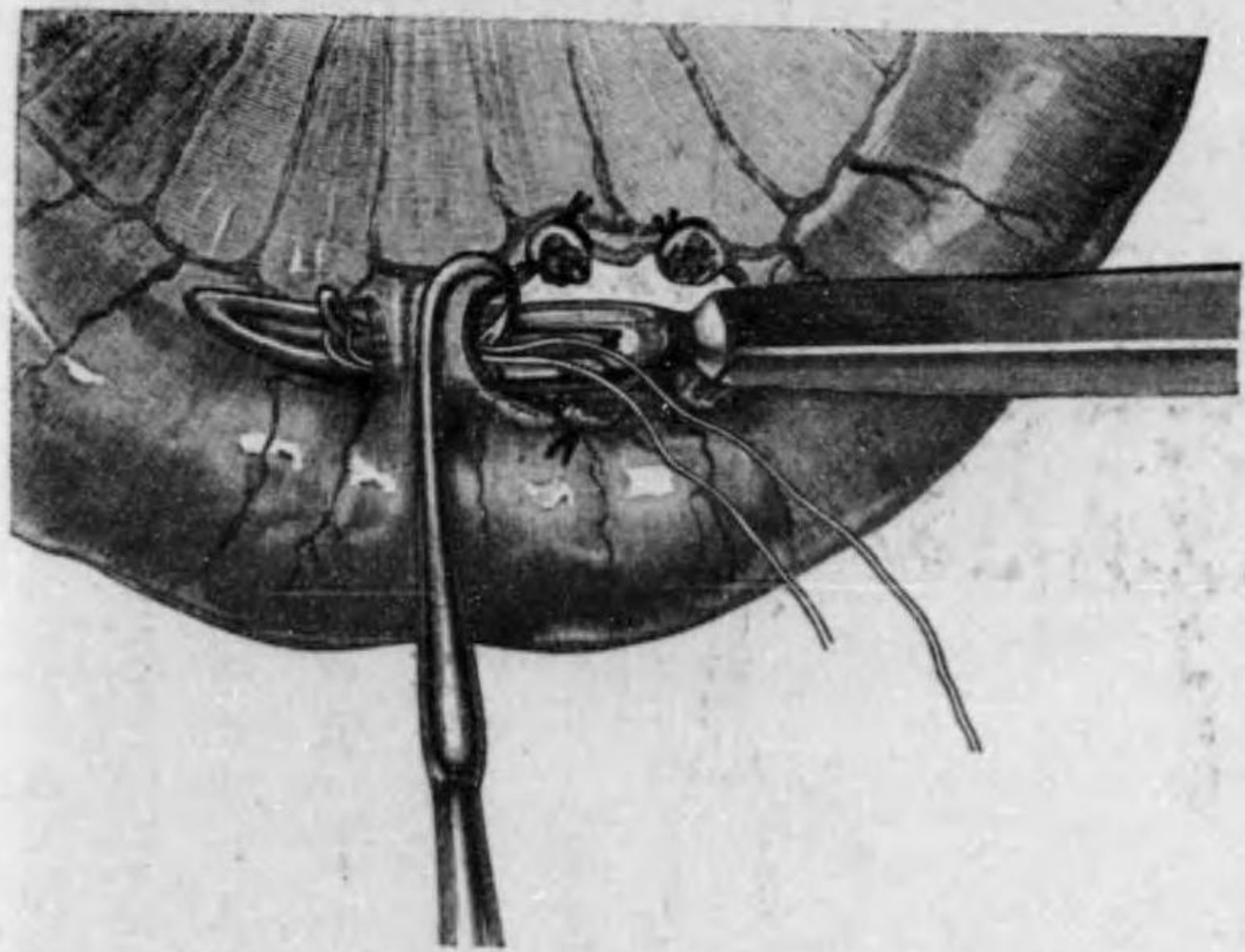
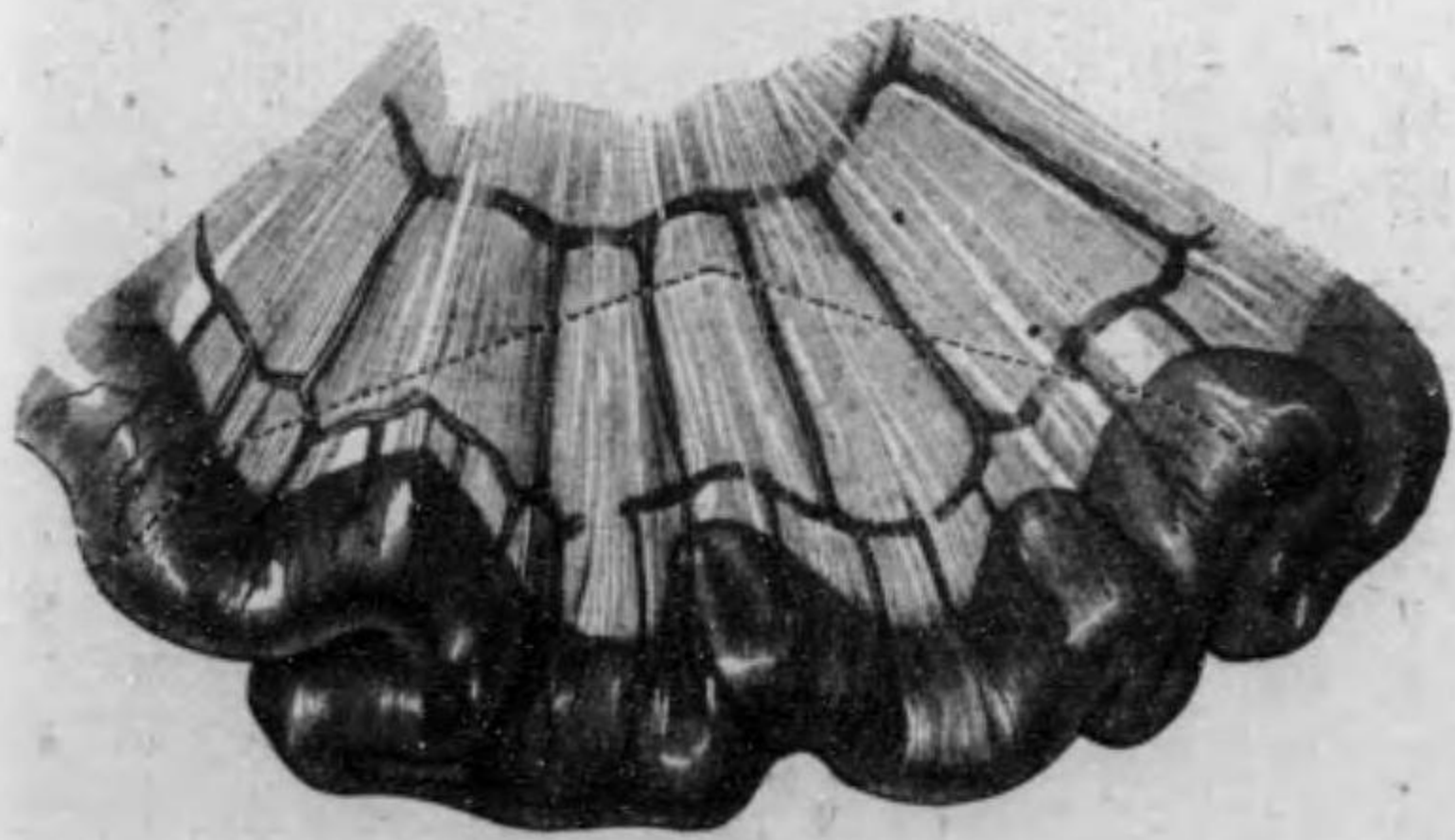


圖 二 十 七 百 第
線除切ノ膜間腸ルケ於ニ除切腸ルナ大廣



長ニ從フ者ニシテ、腸管ノ斷端ヨリハ決シテ多ク剝離ス可カラズ。是、腸間膜ヲ缺ケル腸管ハ、壞死ニ陥リ易ケレバナリ。而シテ腸間膜剝離ノ際ハ、集束結紮ヲ行フ可キモ、大ナル血管ハ各別ニ遊離シテ結紮セザル可カラズ。又腸ノ大部ヲ切除セザル可カラザルトキハ、之ニ附著スル腸間膜ヲ楔狀ニ切除スルヲ良トス(第百七十二圖)。既ニシテ腸間膜

圖 三 十 七 百 第
術 除 切 腸 小
(一 其)

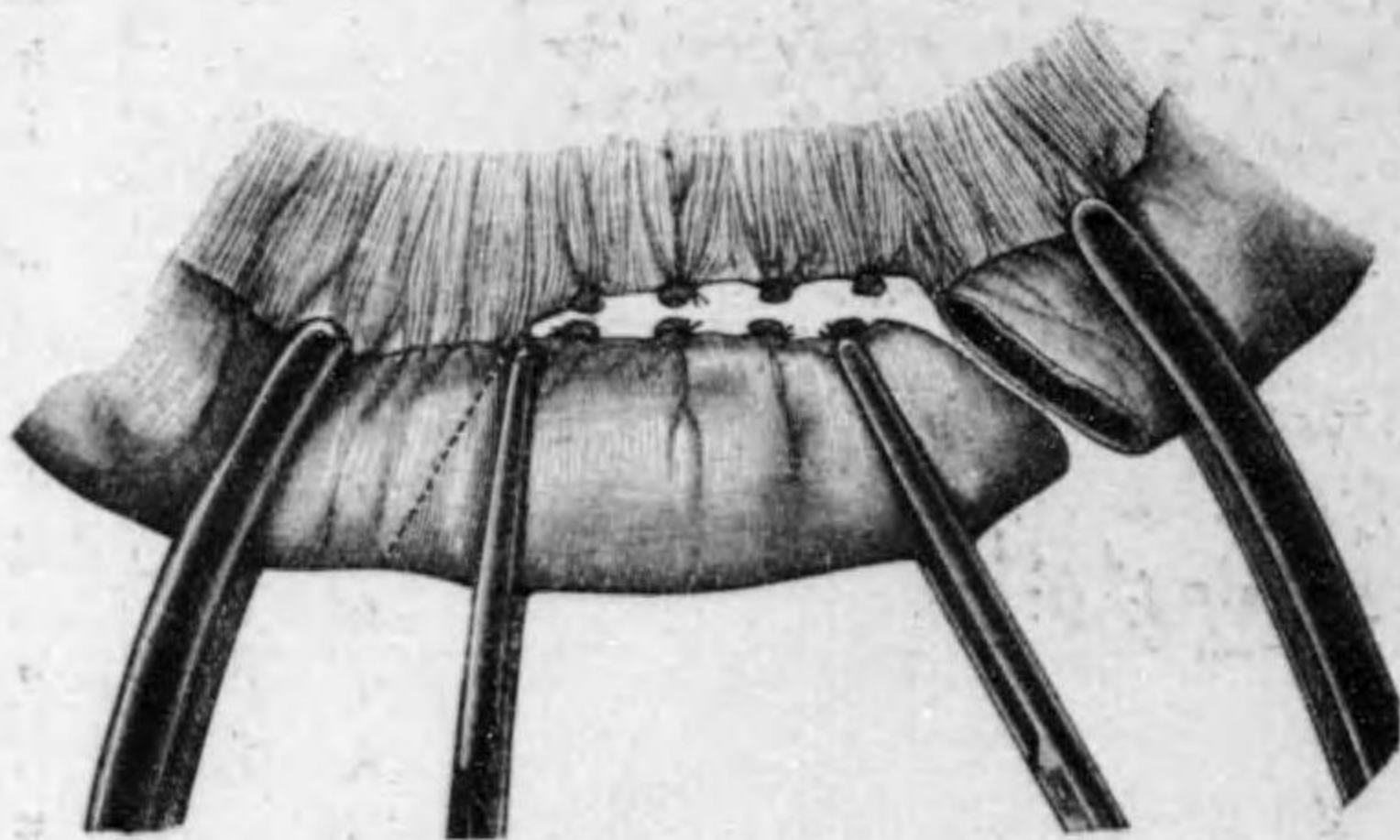
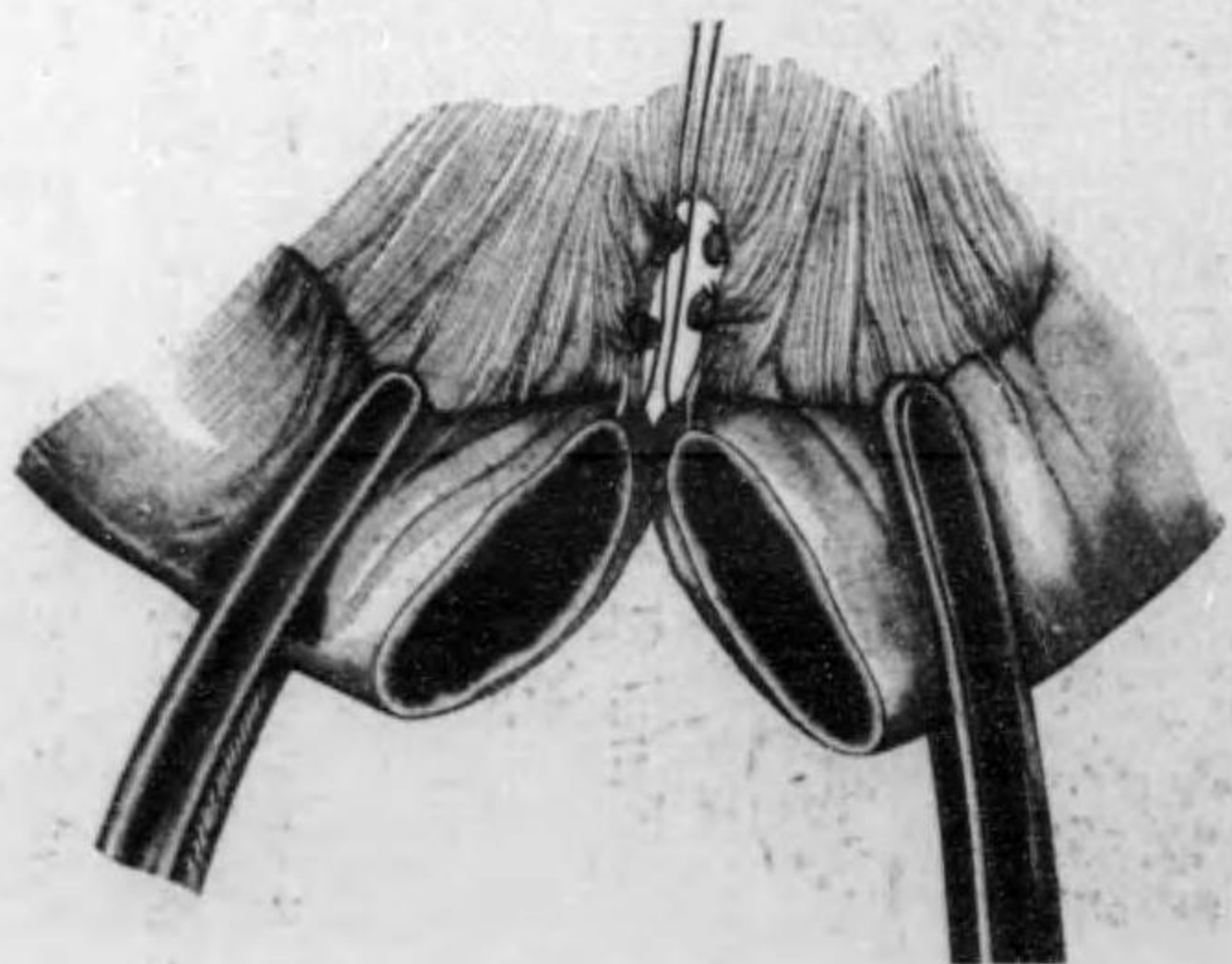
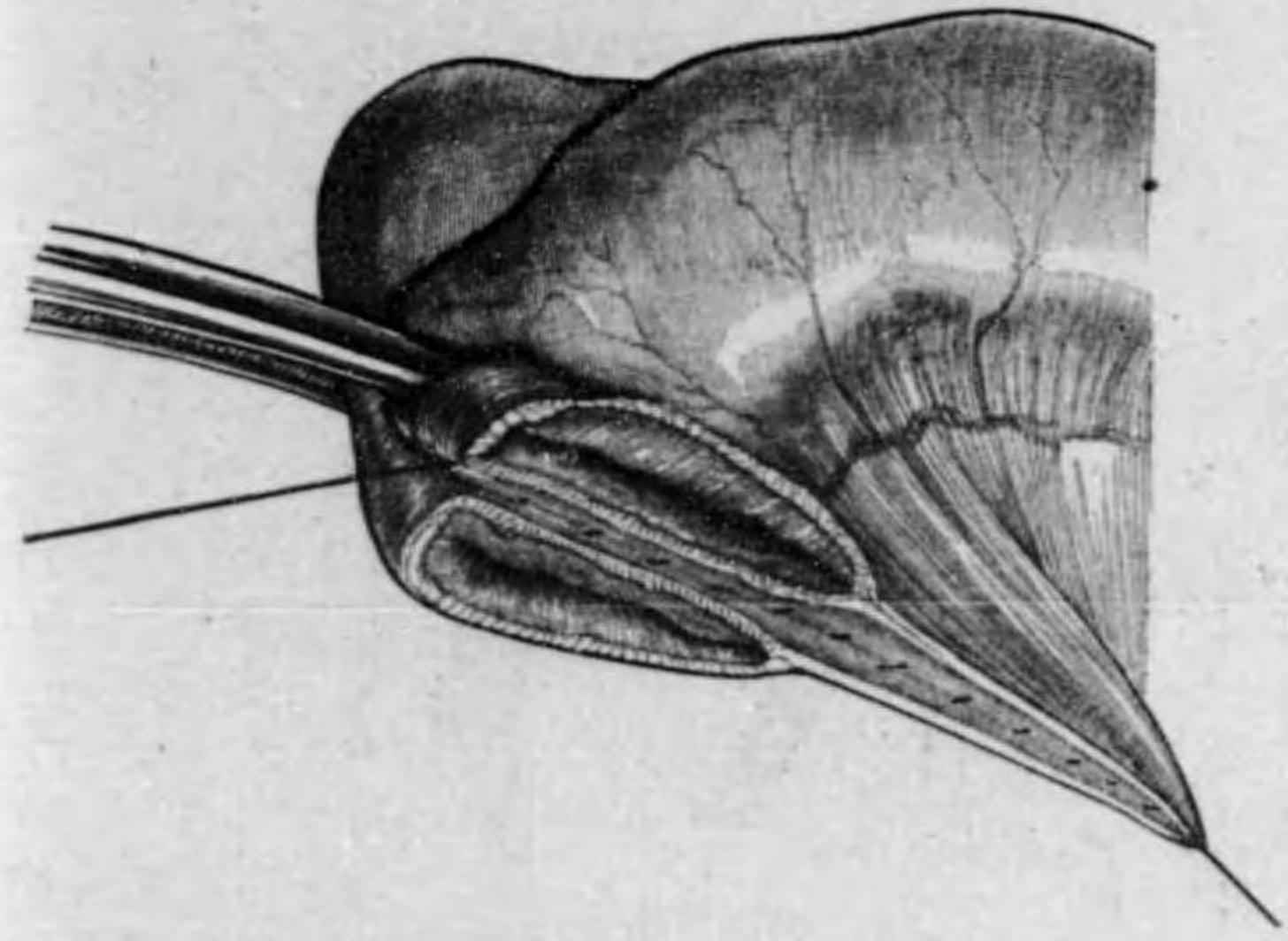


圖 四 十 七 百 第
術 除 切 腸 小
(二 其)

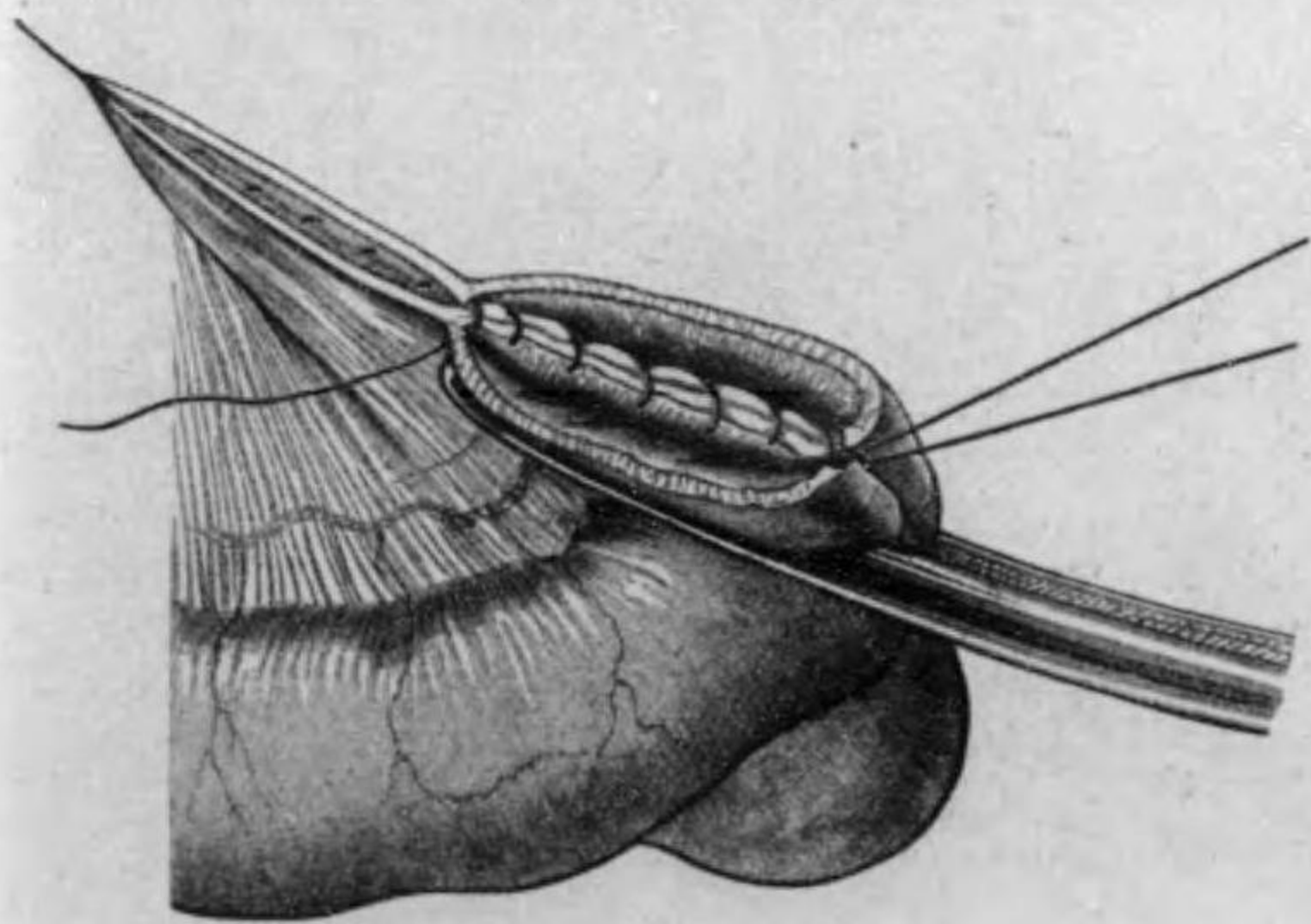


ヲ全ク剝離シ了レバ、嚴ニ止血法ヲ行ヒタル後、剪ヲ以テ腸管ヲ稍、斜、ニ切除シ(第百七十
 三圖、次デ其兩斷端ヲバリぞーる若クハ昇汞濕性が一せ(千倍)ニテ清拭シ、法ノ如ク環
 狀腸縫合術(端端吻合術 Die End-End-Anastomosis)ヲ行フ(第百七十四乃至第百七十七圖)ヒール氏く
 りに、くニ於テハ、小腸ヲ縫合スルニ通常一列ノラムベール氏縫合ヲ施スモ、此法ヲ以

第百七十五圖
小腸切除術 (三 其)

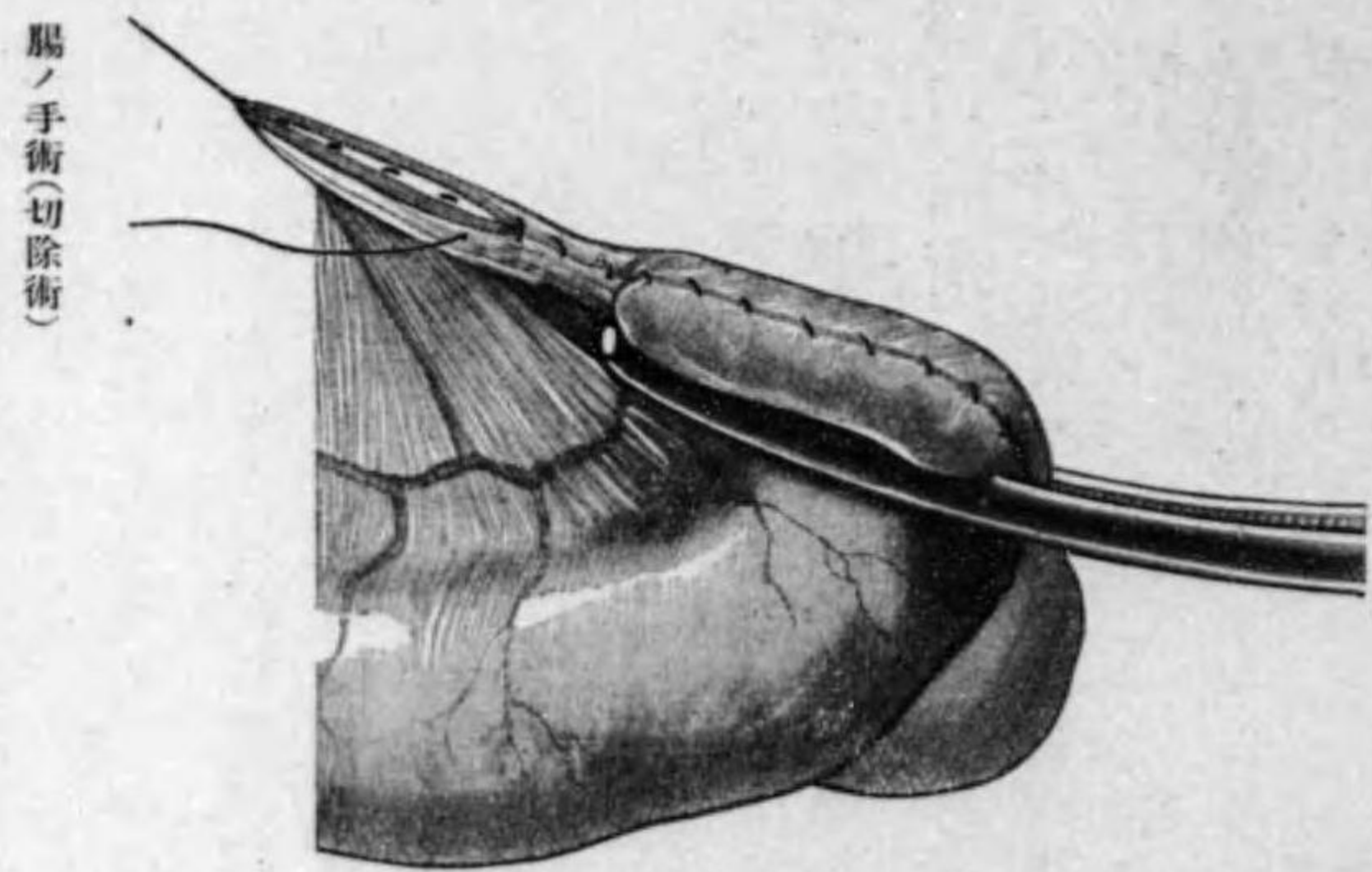


第百七十六圖
小腸切除術 (四 其)



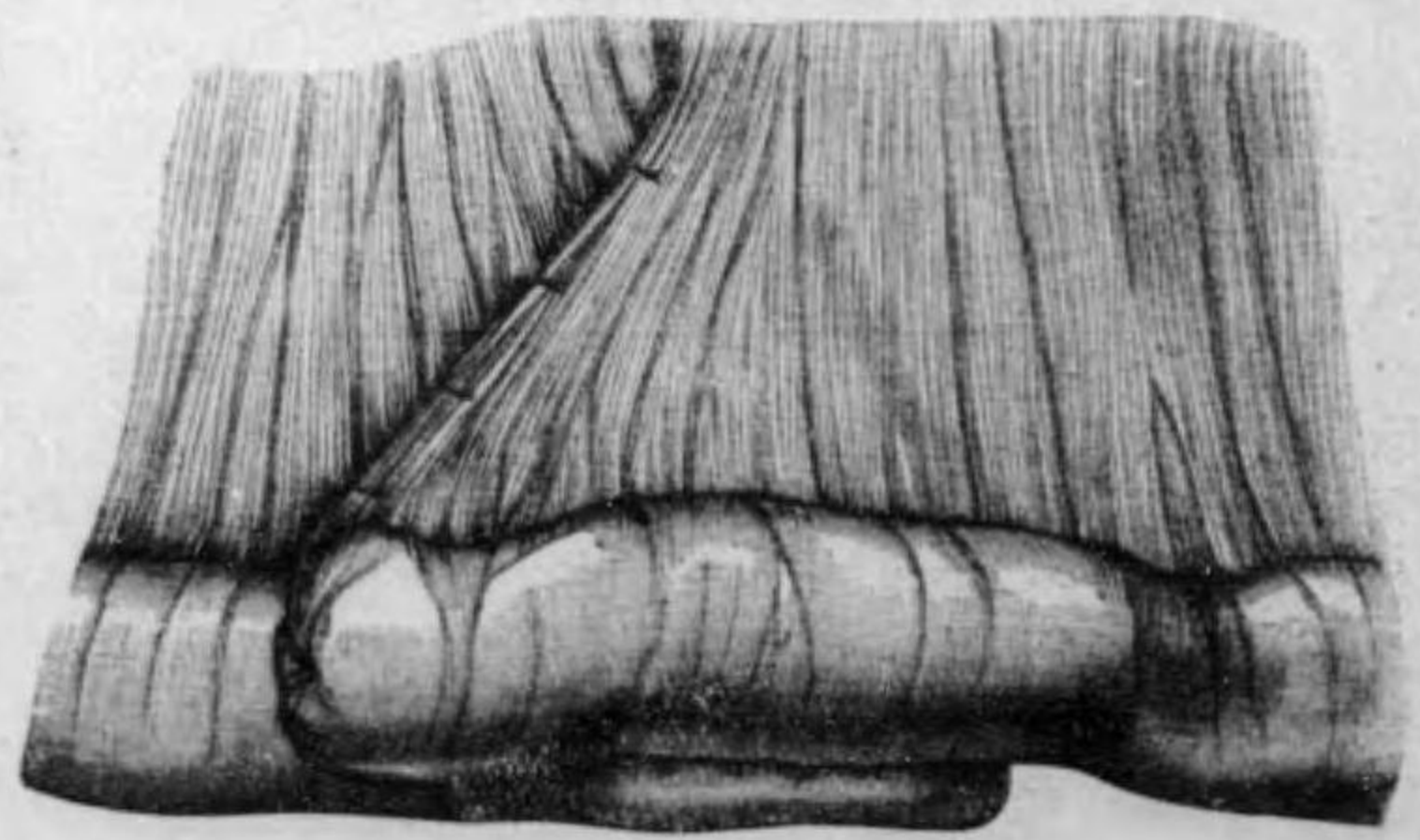
テスルトキハ、腸管腔ノ狭窄ヲ來スコト無クレドモ、最モ、綿密ニ縫合ヲ施スニ非ザレ
 バ、縫合部破綻スルノ虞無キニ非ズ。故ニ小腸ニ於テモ、一汎ニ二列ノ縫合ヲ施スヲ良
 トス可シ。而シテ縫合ニハ、結節縫合ヲ以テスルモ、亦連次縫合ヲ以テスルヲ頗ル便宜
 ナリトス。又腸ノ兩斷端ヲ縫合スルニ際シ、其管腔同一大ナラザルトキハ、小ナル管腔

第百七十七圖
小腸切除術 (五 其)



腸ノ手術(切除術)

第百七十八圖
小腸切除後方吻合術ヲ施タル者 (六 其)



三四一

回盲部切除術

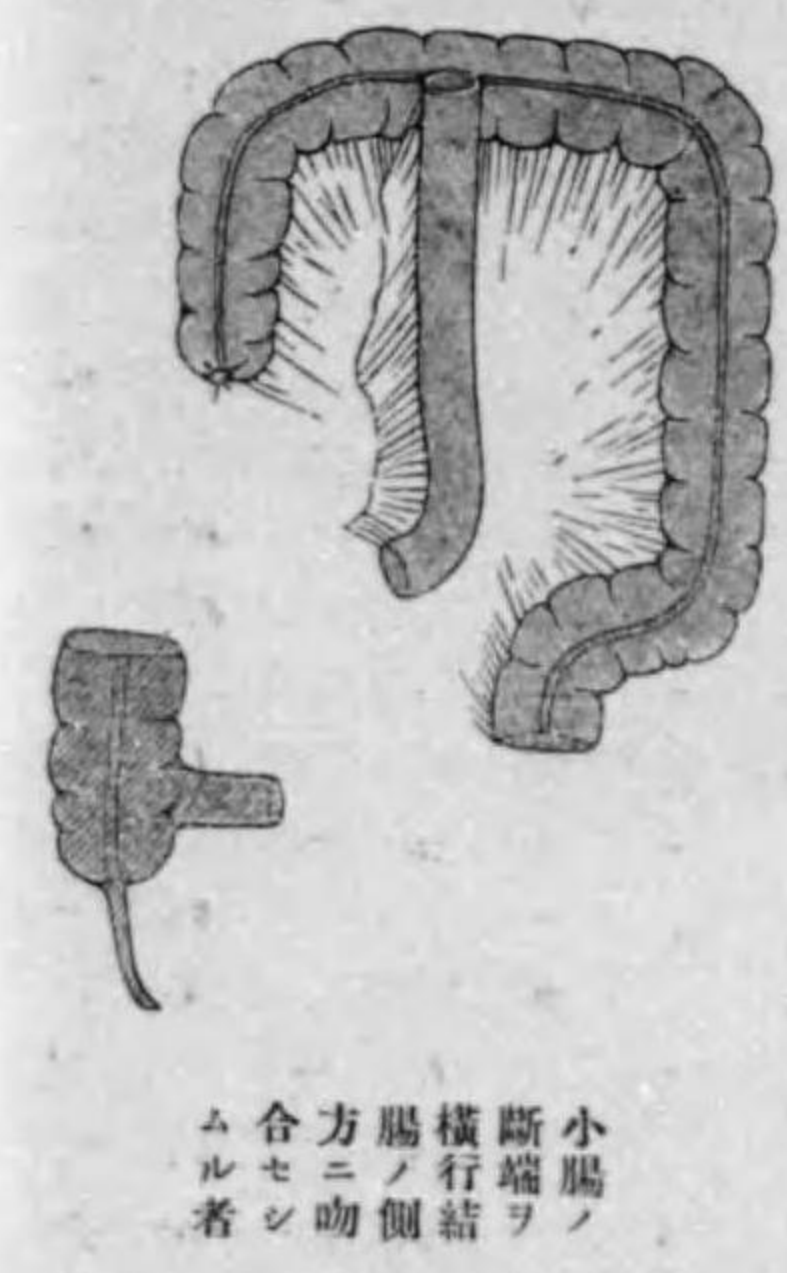
ニ斜ニ新創ヲ造リテ接合ス可ク、兩管腔ノ差甚ダ大ナルトキハ、廣キ腸管端ヨリ楔狀ノ一片ヲ切除ス可シ。又剝離セル腸間膜ノ創縁ニハ(時宜ニ由リ、皺襞狀ニ重疊シ)細キ絹絲ヲ用ヒテ連次性縫合ヲ施シ、其間隙ヲ全ク閉鎖セザル可カラズ(第百七十七圖)。

腸切除術ヲ施シタル後ハ、上記ノ如ク環狀縫合ヲ施サズ、亦腸ノ斷端ハ各別ニ閉鎖シ(本卷三三頁參照)、次デ側方腸吻合術(側側吻合術) Die Seiten-Seit-Anastomose)ヲ行フカ(第百七十八圖)或ハ又時宜ニ由リ、一方ノ斷端ヲ豫、盲端ト爲シタル他側腸管ノ側方ニ吻合セシムルヲ良トスルコト有リ(端側吻合術 Die End-seit-Seit-Anastomose)而シテ是等ノ法ハ、殊ニ小腸ノ斷端ヲ大腸ニ縫著セシムル際、多ク稱用セラレ(第百七十九圖)。

(四)回盲部切除術 Resectio ileocecalis ハ、殊ニ回盲部ノ腫瘍(癌腫)結核性腫瘍ニ施サルル所ニシテ、其法ハ小腸切除術ニ比スレバ遙ニ難シトス。是此部ハ、短廣ナル腸間膜ヲ有スルヲ以テ、之ヲ移動セシムルコト甚ダ困難ナルノミナラズ、大腸ノ縫合部ハ治癒シ難ク、加フルニ其内容ハ、小腸ニ比スレバ常ニ遙ニ傳染性強大ナレバナリ。

本手術ヲ施スニハ、右側直腹筋ノ外側ニ長大ナル切開ヲ施シテ腹壁ヲ

第百七十九圖 回盲部切除術



小腸ノ斷端ヲ横行結腸ノ側方ニ吻合セシムル者

開キ、先ッ回腸下部ノ腸間膜ヲ結紮シタル後、回盲部ヲ距ルコト約十仙迷ノ所ニ於テ、法ノ如ク小腸ヲ切除シ、其斷端ハ直ニ移動ノ容易ナル横行結腸ノ中央部ニ縫著ス。此際小腸ノ斷端ハ、斷端ノ側方吻合ニ由リテ横行結腸ニ吻合セシムルカ(第百七十九圖)或ハ又其吻合ハ、側側吻合術ニ依ル可シ。斯レテ此吻合術ヲ了レバ、盲腸ニ附著スル小腸ノ腸間膜ヲ盲腸ニ向テ固キ結紮ヲ施シテ分離シ、次デ盲腸ヲ切除セムトスル上行結腸ト共ニ、先ッ其外側ノ腹膜翻轉部ヨリ剝離ス可シ。此際通常結紮ヲ要スルコト無キモ、茲ニ宜シク注意スベキハ、誤テ腹膜後ノ結締織内ニ在ル所ノ輸尿管ヲ損傷セザルニ在リ。

次デ外側ノ剝離ヲ了レバ、盲腸ヲ提舉シ、結腸間膜ヲ結紮シツツ、切除ス可キ部位ニ達スルマデ上行結腸ノ内縁ヲ分離ス。此際亦輸尿管ヲ毀損セザルニ注意ス可シ。是ニ於テ切除セラレ可キ腸ハ、全ク其周圍ヨリ分離セラルルヲ以テ、切除ス可キ結腸ニ二條ノ太キ結紮ヲ廻ラシテ之ヲ二、所ニ於テ結紮シ、其中間ハ烙白金ヲ用ヒテ燒斷スルトキハ、回盲部ハ全ク分離セラルルヲ以テ、殘留セル結腸ノ斷端ハ之ヲ内方ニ翻入シ、小腸ニ於ケルガ如ク、單一ナル煙草囊縫合ヲ以テセズ、數回ノ縫合ヲ施シテ之ヲ確實ニ閉鎖ス可シ。

然レドモ既ニ病勢ノ進行セル回盲部ノ惡性腫瘍結核性腫瘍等ニ在リテハ、回盲部切除術ヲ施スコト能ハザルコト有リ。斯ノ如キ場合ニ在リテハ、腸管ノ患部ヲ切除スルゴト無ク、只爾餘ノ腸管ヨリ全然切離シテ患部腸管ノ斷端ヲ縫合ニ由リテ閉鎖シ、次デ

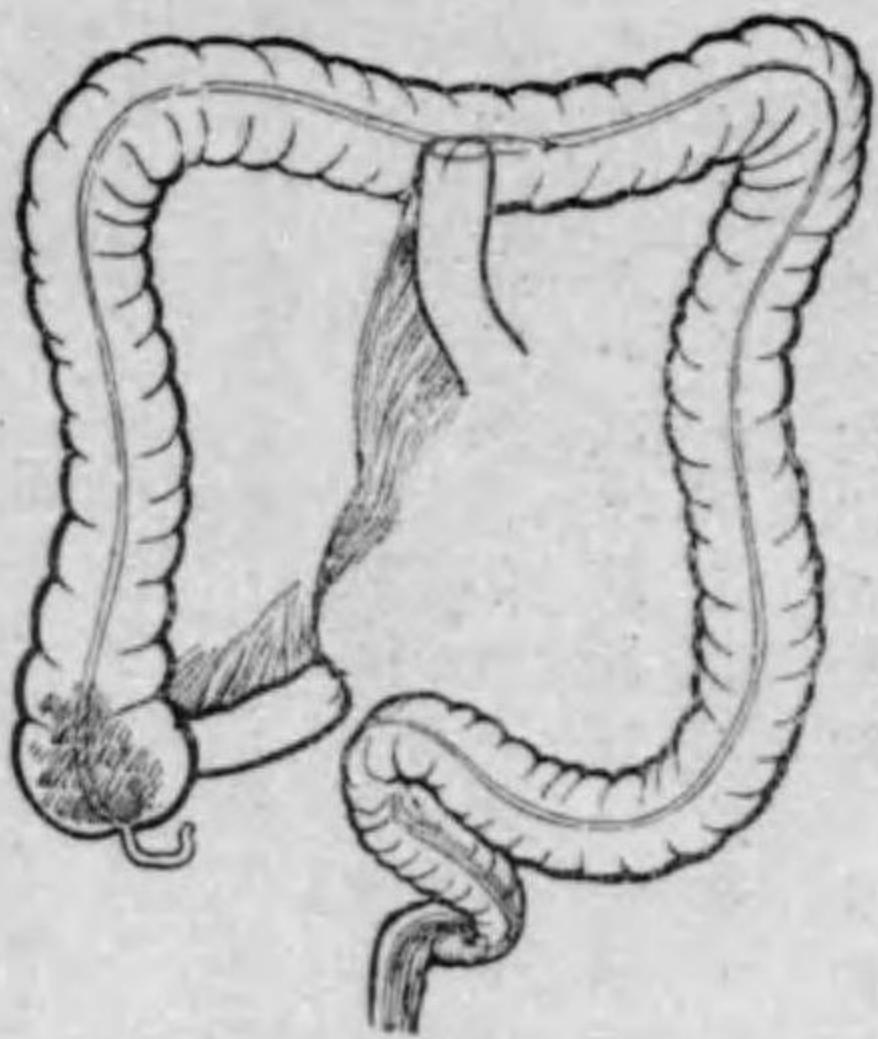
術全部腸噴置

圖十八百第 術置噴(部盲回)腸部全



側腸
吻合術ヲ
施シ上行
結腸ノ斷
端ニ瘻孔
ヲ作レル
モノ

圖一十八百第 術置噴(部盲回)腸部一



左側腸
吻合術ヲ
施シ回盲
部ハ切離
セラレザ
ルモノ

ヲ防止ス可シ。然レドモ亦時宜ニ由リテハ、只小腸ヲノミ横斷シ、其中樞斷端ハ横行結腸

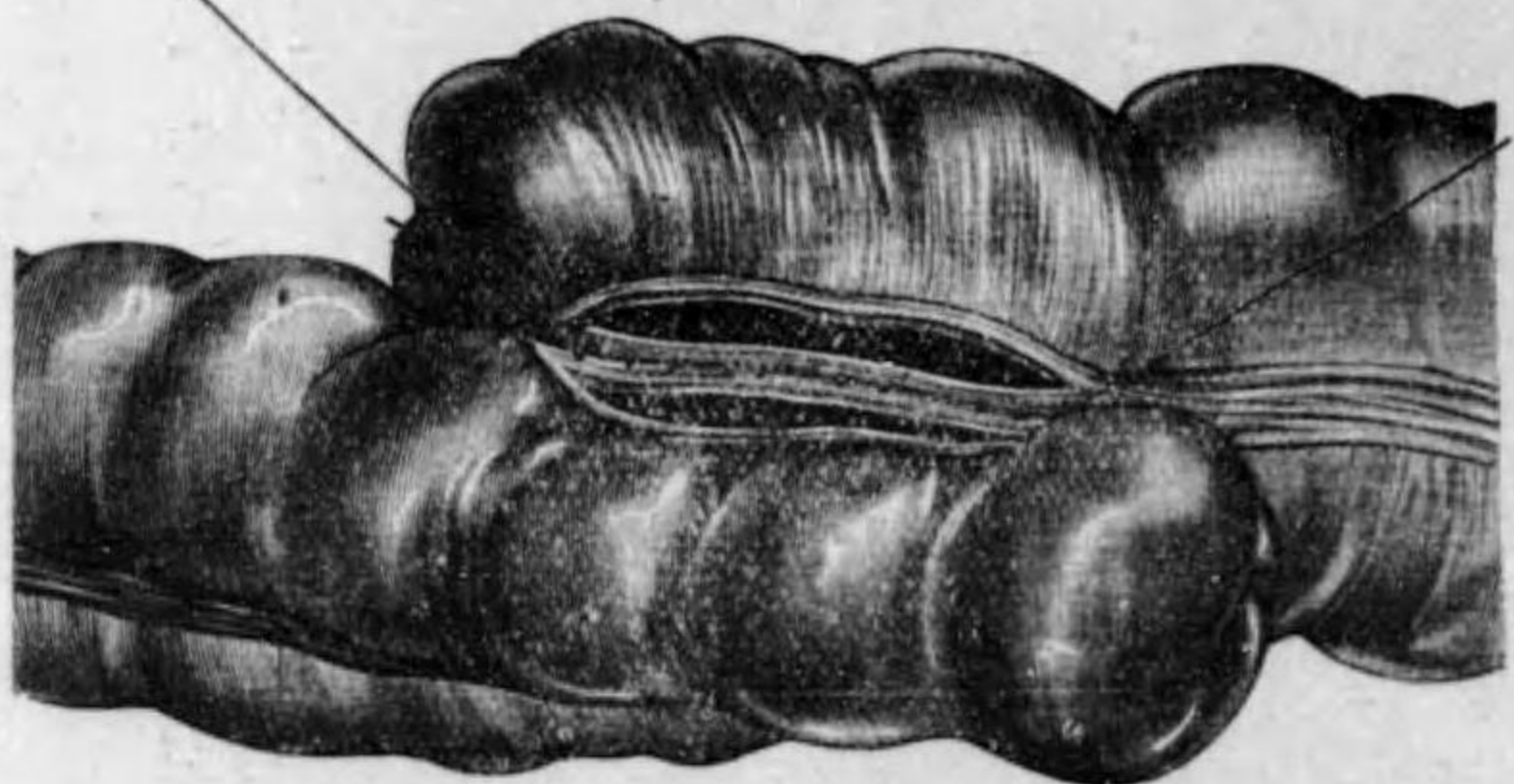
術一部腸噴置

大腸切除術

ニ縫合吻合セシムルコト、前法ノ如クシ、盲腸及上行結腸ハ、之ヲ切離スルコト無ク、其
連續ヲ保タシムルコト有リ。之ヲ一部又不全腸噴置術(Die partielle oder unvollständige
Darmanschlingung)(第百八十一圖ト名ク。

(ハ)大腸切除術 Die Dickdarmresektion ハ、小腸切除術ニ比スレバ、其術亦遙ニ

圖二十百第 合吻方側ノ後除切腸大



腸ノ手術(切除術)

困難ニシテ、而モ術後ノ危険少ナカラズ。是、大腸
ノ各部ハ、血管ノ配列一様ナラズ、腸間膜ノ關係
モ各部其趣ヲ異ニシ、又腸間膜ノ附著部廣大シ
テ、腹膜被覆ノ缺乏スル所アルノミナラズ、其壁
ハ軟弱ニシテ、而モ内容ノ甚ダ傳染性ナル等ニ
因ルナリ、只横行結腸及S狀彎曲部ノ如キ移動
シ易キ部分ハ、之ヲ切除スルコト稍、容易ナルノ
ミ。是故ニ大腸ニ於テハ、之ヲ切除シ得ルモ、小腸
ニ於ケルガ如ク、輪狀縫合ニ由リテ斷端ヲ縫著
スルコト難キヲ以テ、其兩斷端ハ確實ニ閉鎖シ
側方吻合術ヲ施スヲ良トス(第百八十二圖)。爾他大腸
各部ニ施サル諸種ノ切除術式ハ、一々茲ニ掲
グルコト能ハズ、學者宜シク外科手術書ニ就テ

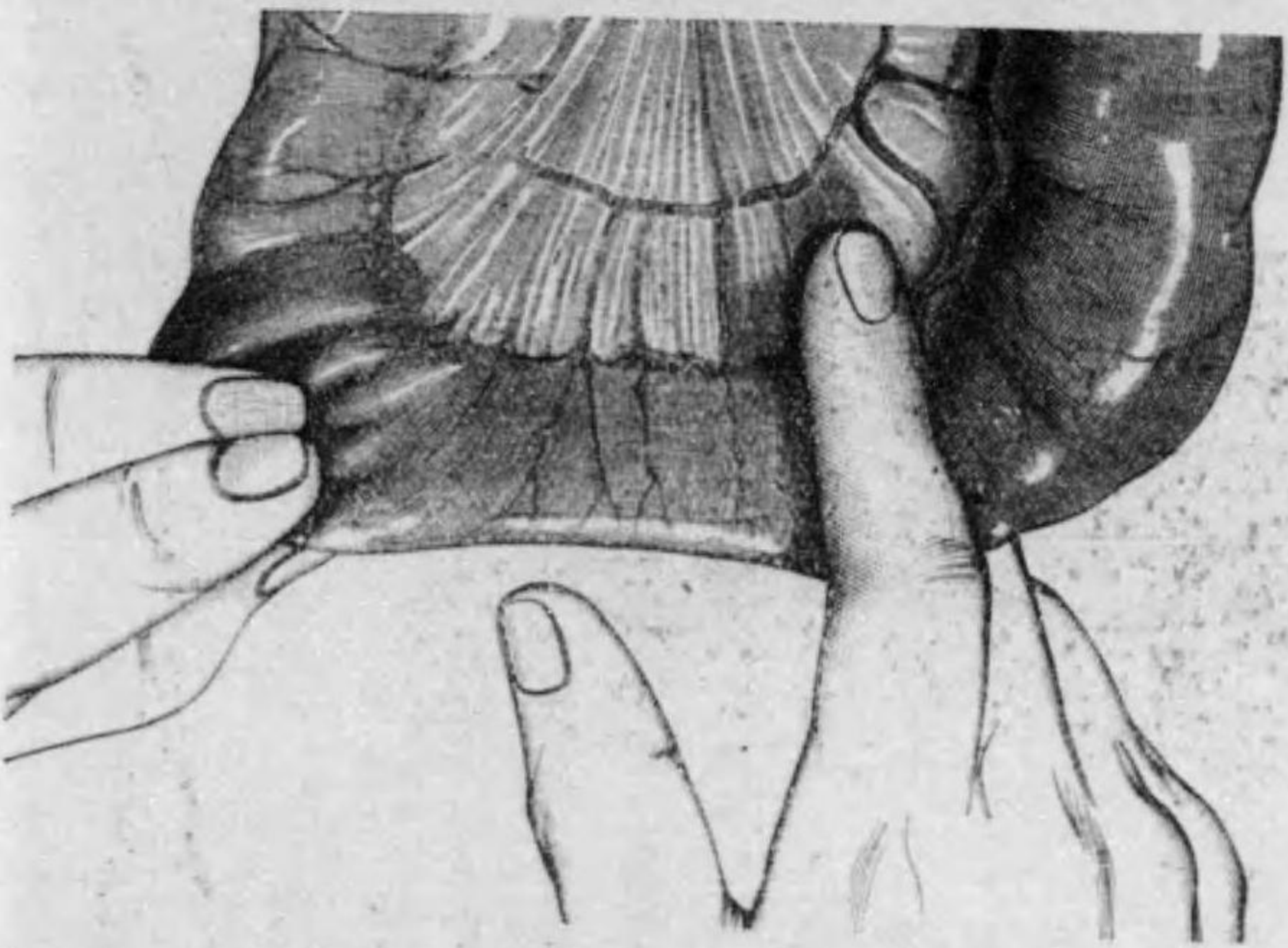
腸吻合術

観ル可シ。
(四) 腸吻合術 Die Darm- oder Enterostomose 腸狭窄部ノ上下兩方ニ在

應手術ノ適

圖 三 十 八 百 第

ス除驅過擦ヲ容内腸テ以ヲ指手



手術式

ル所ノ二個ノ腸管ヲ人工的ニ相
互連接交通セシムル法ニシテ腸
管ノ一部ニ除ク可カラザル障
有ル際(例之蔓延セル癌腫若クハ
患者體力衰弱ノ爲狭窄部ヲ切
スルコト能ハザル際ニ應用セラ
ル。蓋此手術タル、一千八百六十
年メーソン・ニューウ及ハッケン氏ノ
始、テ推舉セル者ニシテ、近時ザル
チエル・ウエルフレル・フォン・ハッケル
ゼン・ヴォイター Wölfler V. Hacker
ゼン・コックヘル・フォン・アイゼルスベ
ルグ等ノ諸氏ニ依リテ益々完成セ
ラレタリ。
腸吻合術ヲ施スニハ、先ッ吻合ス可
キ腸管ノ内容ヲ擦過シテ其内容

圖 四 十 八 百 第

子夾腸氏ルヘッコ

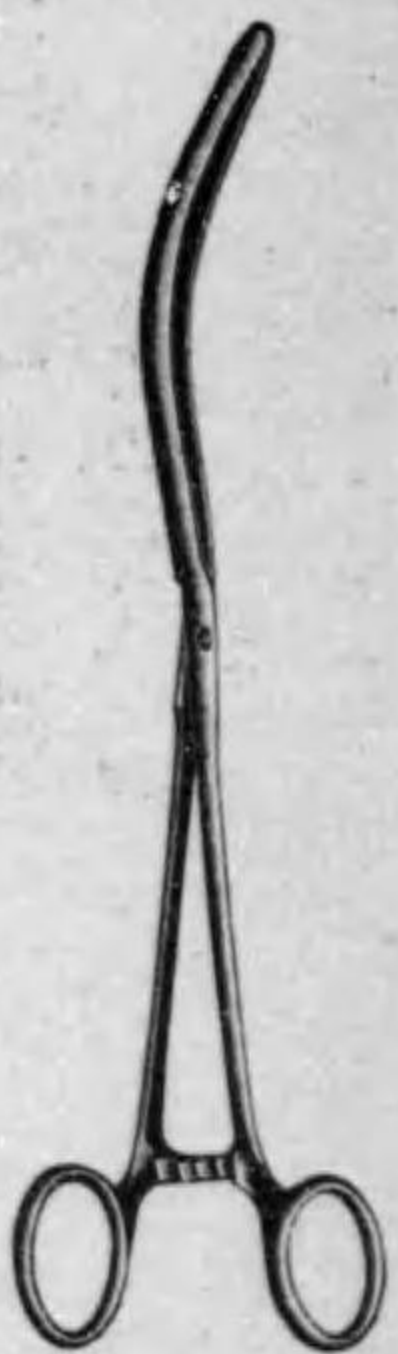
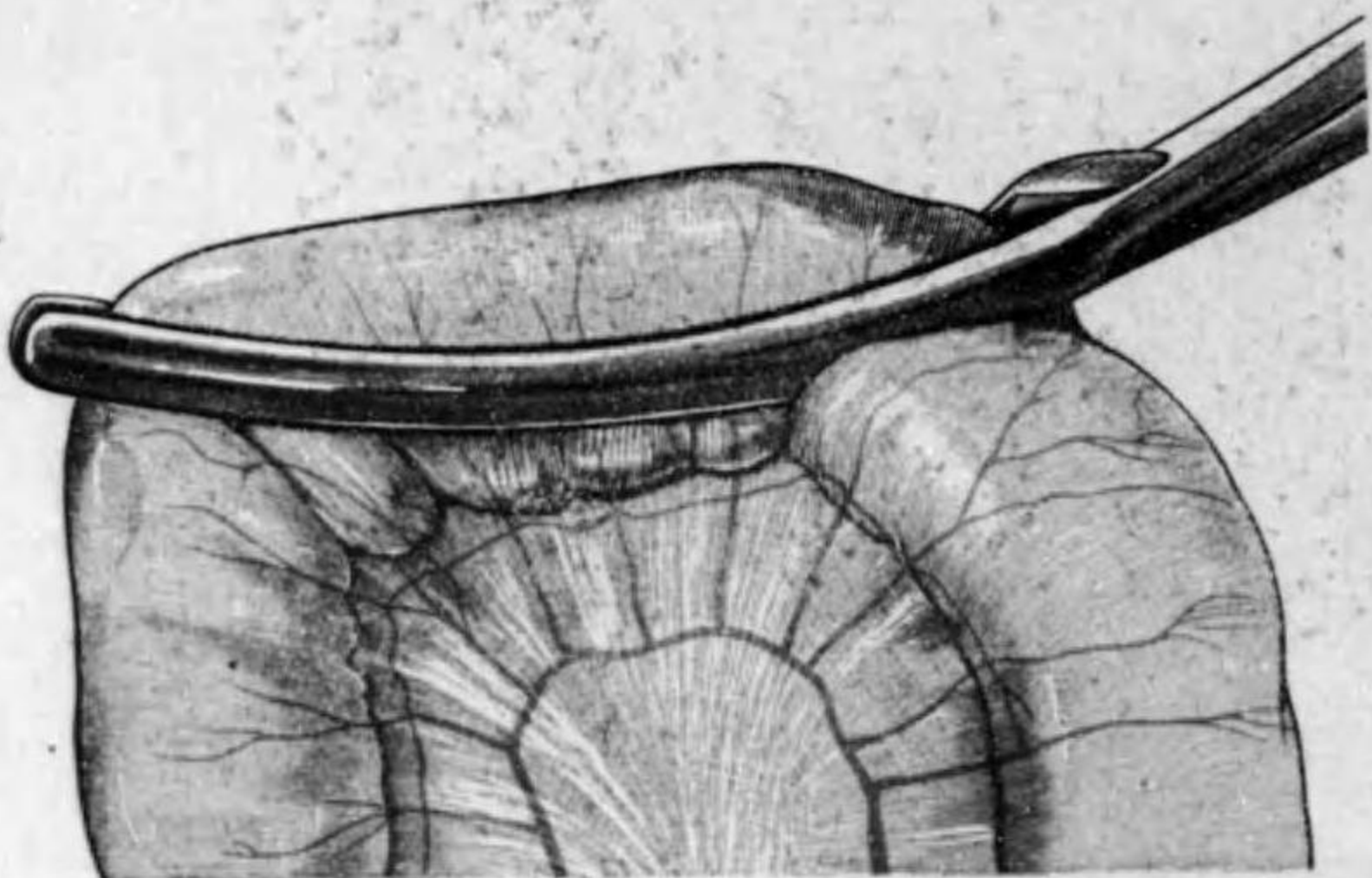


圖 五 十 八 百 第

ス壓挾ヲ腸テ以ヲ子夾腸氏ニアイアド

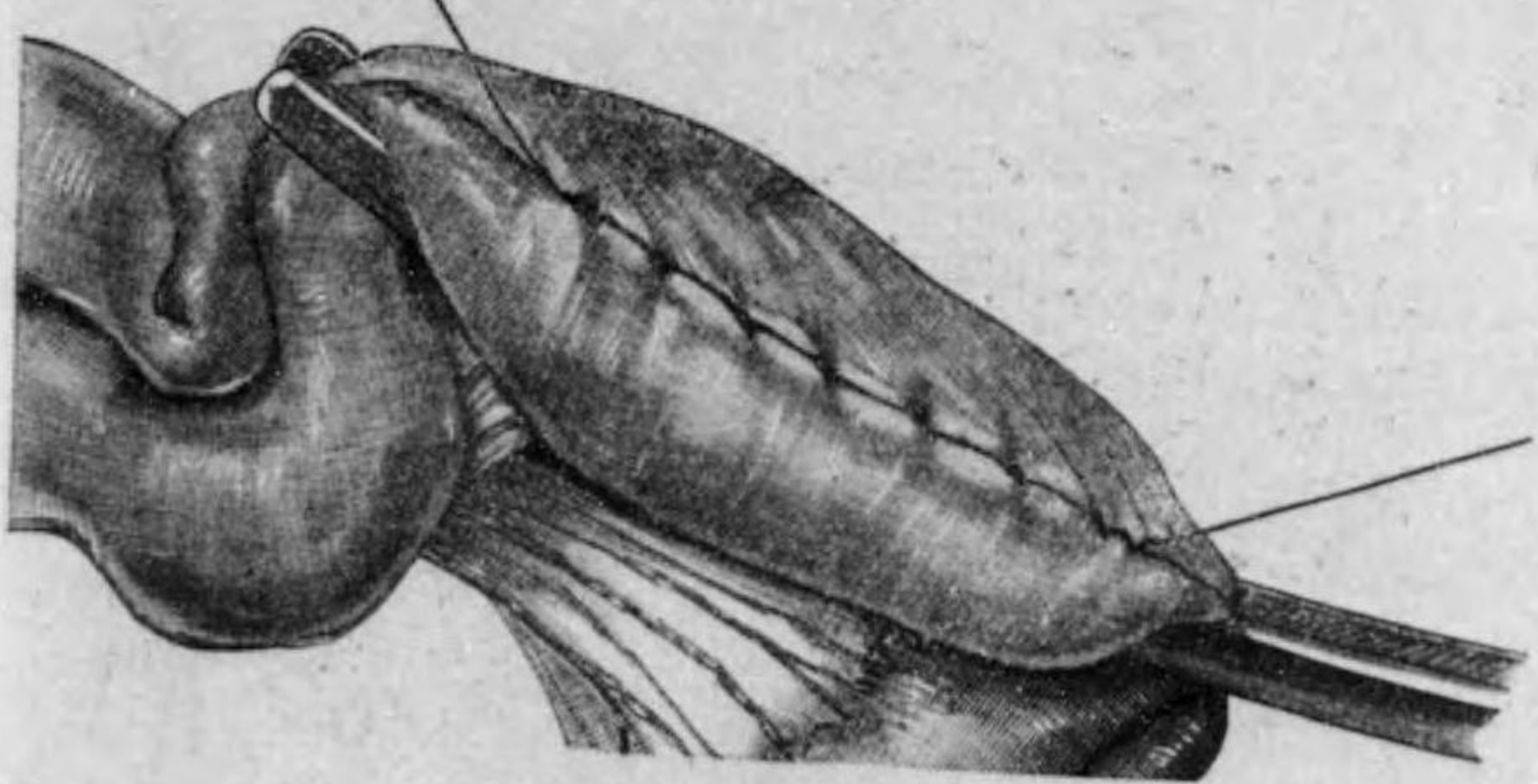


腸ノ手術(吻合術)

ノ腸夾子(Die Darmklemme)第百八十四圖ヲ以テ腸
管ヲ挾壓シ(第百八十五圖)次デ兩側ノ腸管ヲ縱
ニ竝列シ、其各凸側ニ於テ先ッ縱ニ四乃至五
仙迷長ノ連次性漿液膜筋層縫合(後方縫合)
ヲ施シテ兩側腸管ノ漿液膜ヲ縫接シ、其絲
端ハ長クシ、其一端ニハ針ヲ附シタルママ
トシ、次デ此縱行縫合線ヲ距ルコト約五密
迷ノ所ニ於テ、又兩側ノ腸管ニ三・五乃至四・
五仙迷ノ縱切開ヲ施シタル後、腸ノ全壁ヲ
通ジタル連次性縫合ニ由リテ、後側ヨリ前
側ニ至ルマデ兩側開口ノ全部ヲ縫合閉鎖
シ、最後ニ前側縫合ノ前面ニ於テ、後側縫合
ニ用ヒタル針ト糸トヲ用ヒテ殘部ノ漿液

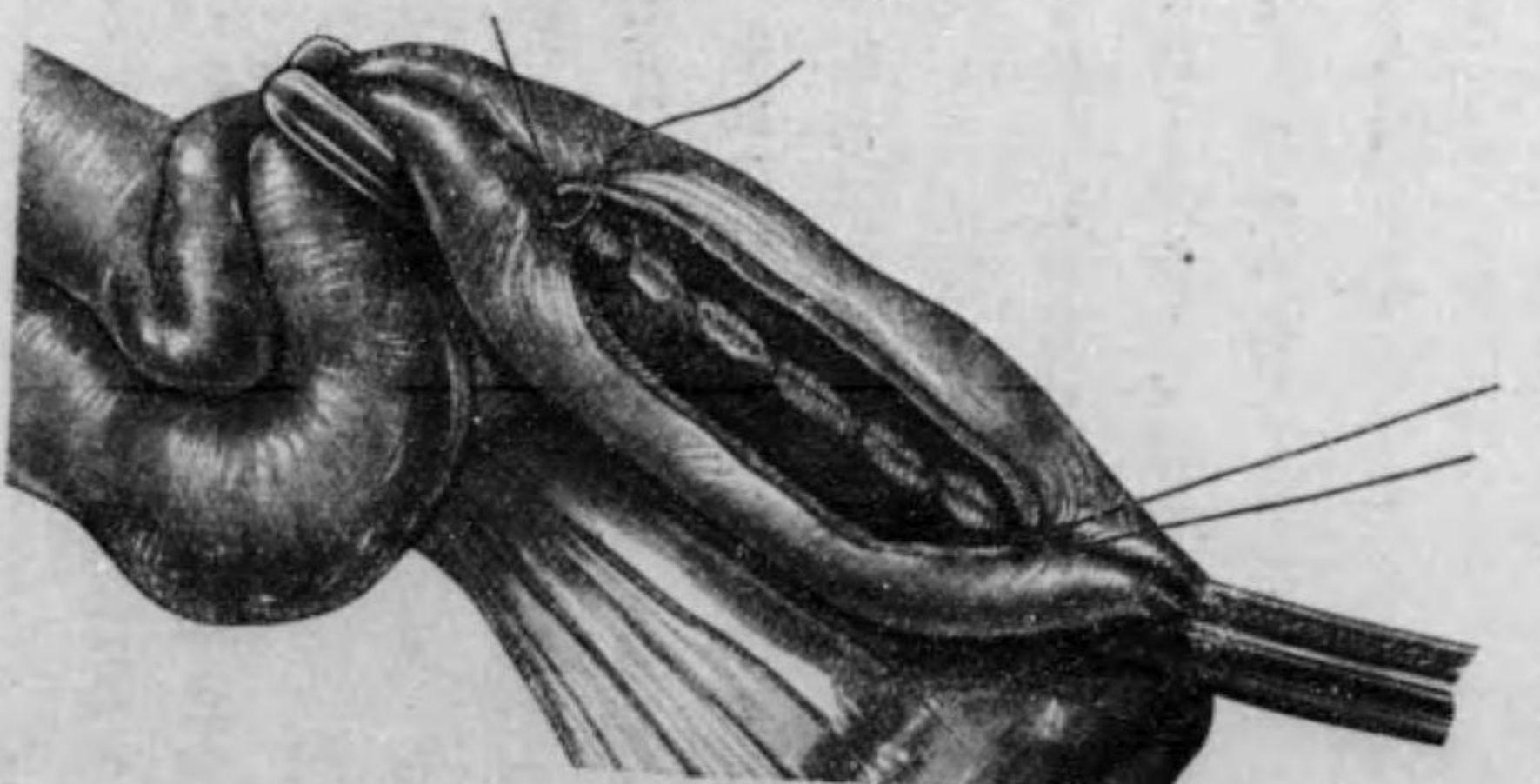
膜縫合ヲ施ス。其方法ハ、宜シク第百八十六乃至第百八十八圖ニ就テ觀ルベシ。
腸吻合術ハ、上述ノ如ク、通常腸管ニ除ク可カラザル障礙アルニ際シ、其上下兩端ヲ互

第百八十八圖 腸吻合術 (一)



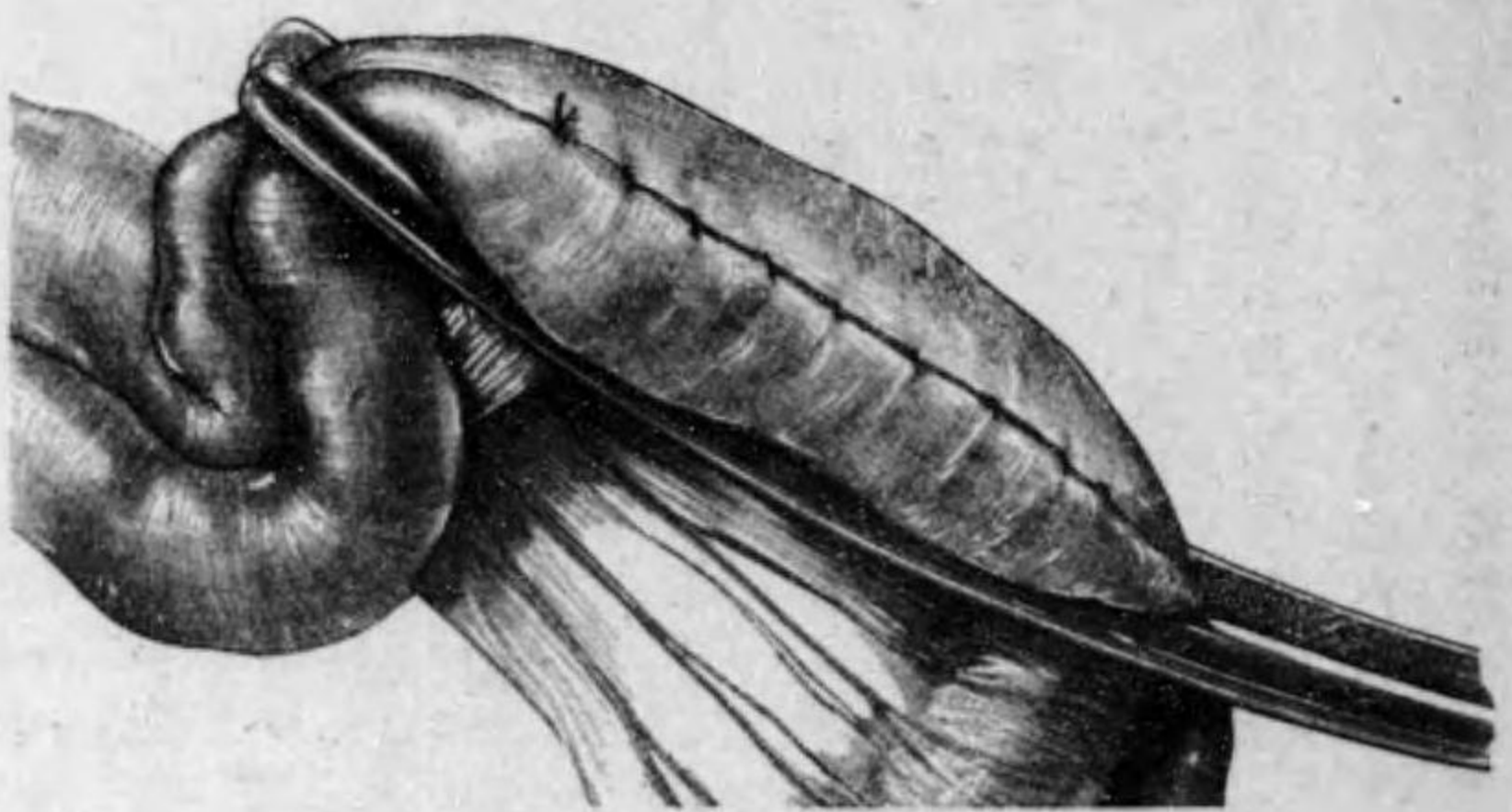
二例
縫合ヲ以テ
テセ
ル者
ニシテ
テ後
方ノ
連次
性漿
液膜
縫合
ヲ示
ス

第百八十八圖 腸吻合術 (二)



兩側ノ腸管ヲ切開シテ、
前方ノ切開口ヲ縫合シ、
連次性漿液膜縫合ニ由リテ閉鎖セラル者

第百八十八圖 腸吻合術 (三)



前方ノ切開口ヲ縫合シ、閉鎖シ、最後ニ前方ノ連次性漿液膜縫合ヲ了リタルモノ

來スルコト有レバナリ。

腸管ノ兩端係ニ側方吻合ヲ施スニ當リ、順蠕動ノ方向ニ於テスルト、反對ノ方向ニ於テスルトノ二法アレドモ、通常順蠕動ノ方向ニ吻合セシム。是レ此法ヲ以テスルトキハ、腸内容

腸ノ手術(吻合術)

ニ接合セシムル法ナレドモ亦他ノ手術ト同時ニ施スコト有リ。例之胃腸吻合術腸腸置術腸切除術等ノ際ニ於ケルガ如シ。

腸切除術後又ハ縫合ニ依ル腸吻合術ノ代用トシテマーフィー氏鉗ヲ使用スルコト有ルハ、既ニ上文ニ述べタリ(本卷三四頁參照)。然レドモ小腸ト大腸トノ吻合ニ在リテハ、内容流動性若クハ稀薄粥狀ナルヲ以テ、鉗ヲ使用スルコトヲ得レドモ、大腸ト大腸トノ吻合ヲ施スニ當リテハ、鉗ヲ使用スルコト能ハザル者トス。是其内容ハ、濃稠ナルヲ以テ、鉗ノ管腔閉塞セラレ、爲ニ危險症ヲ招

腸瘻造設術

手術ノ目

(五)腸瘻造設術 Die Anlegung einer Darmfistel, die Enterostomie ヲ施スニ、二様ノ目的アリ。即チ第一ハ胃内ニ榮養物ヲ輸入スルコト能ハザル際、直接ニ腸内ニ之ヲ輸入セムガ爲メ之ヲ施シ、第二ハ腸管ノ不通ナルニ際シ其内容ヲ外方ニ排泄セムガ爲メニ之ヲ施ス。故ニ前者ニ在リテハ、可及的腸管ノ上方ニ瘻孔ヲ設ケザル可カラザルモ、(空腸瘻造設術及十二指腸瘻造設術)後者ニ在リテハ、可及的其下方ニ之ヲ設ケザル可カラズ(回腸瘻造設術及結腸瘻造設術)。

空腸瘻造設術

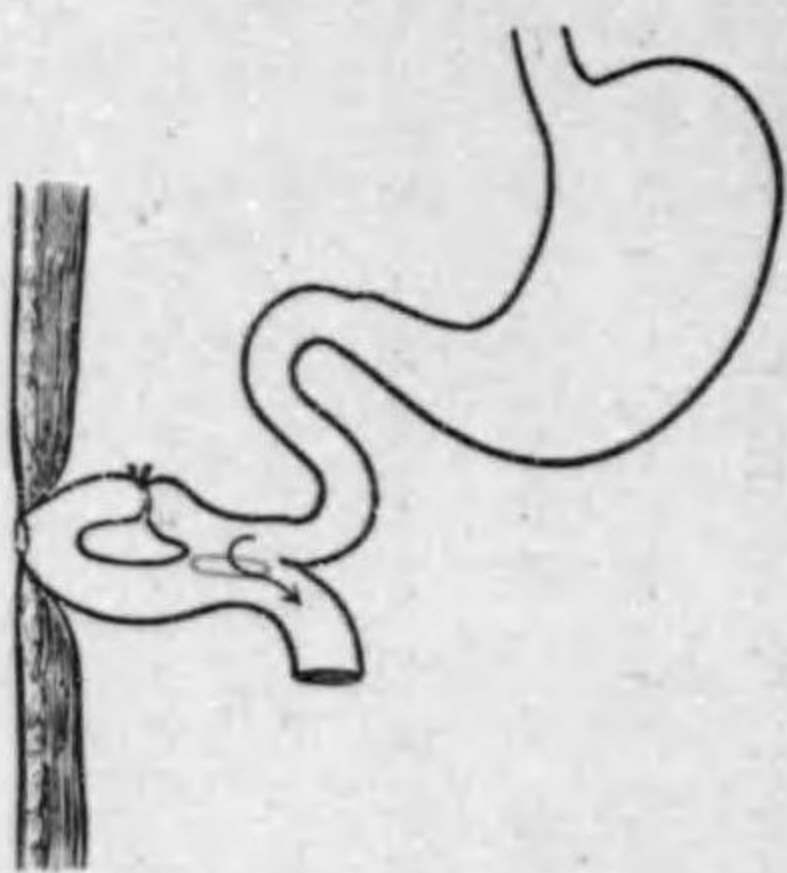
フォンアイゼルスベルグ氏法

(イ)空腸瘻造設術 Die Jejunostomie ハ胃瘻ヲ造クルコト能ハザル際施サルル法ニシテ、本術ニ於テモ、亦胃瘻造設術ニ於ケルガ如ク、食餌ヲ容易ニ且確實ニ送入セシメ得ルト同時ニ、其逆流シ來ラザル如クスルヲ肝要ナリトス。之ニ左ノ諸法アリ。
 フォンアイゼルスベルグ氏空腸瘻造設術 (Die Jejunostomie nach v. Eiselsberg) ハ胃腸瘻造設術ニ於ケルガ如ク、切開セル腹腔ヨリ最上部ノ空腸ヲ牽出シタル後(至二三六四番目)、十二指腸空腸彎曲部ノ下方約三十仙迷ノ所ニ於テ、恰モウツチル氏胃瘻造設術(至二九九番目)ニ於ケルト同ジク、腸内ニ護謨管(此管ハ胃瘻ニ用ユル者ヨリ細クシテ幅四乃至五密迷ナル可シ)ヲ斜ニ插入シ、其尖端ハ常ニ輸出腸脚ト同一ノ方向ヲ取ラシムル如クシ、斯テ胃瘻造設術ニ於ケルト同ジク、瘻孔部ハ腹膜内ニ縫合シ、護謨管周圍ノ腹創ハ、全ク縫合閉鎖ス。

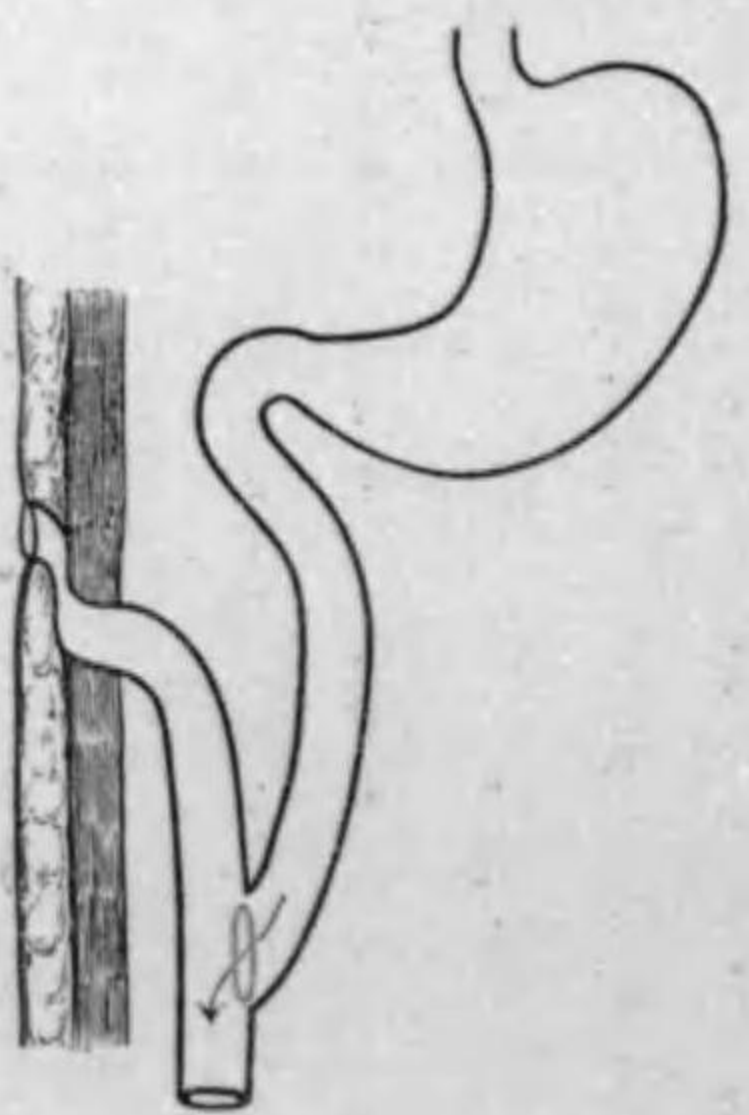
メヨロブソン氏法

メヨロブソン氏空腸瘻造設術 (Die Jejunostomie nach Mayo-Robson) ハ前法ノ如ク、空腸ヲ腹創ヨリ牽出シタル後、先其蹄係ニ大ナル腸吻合術ヲ施シテ之ヲ整復シ、次デ蹄係ノ尖頂ヲ腹創内ニ縫著シ、二三口ヲ經テ之ニ孔ヲ穿テ、之ニ護謨管ヲ插入ス(至百八十九番目)。又氏等ハ胃腸内容ノ瘻口ヨリ流出スルヲ全ク防止センガ爲メ、此圖ニ示スガ如ク、腸ノ輸入脚ヲ閉塞セリ然

第九百八十九圖
メヨロブソン氏空腸瘻造設術



第九百九十圖
メヨロブソン氏空腸瘻造設術



マイドル氏法

ルトキハ、幽門ヨリ來ル内容ハ、悉ク矢ノ方向ニ於テ直ニ下方ニ輸送セララル可シ。
 マイドル氏空腸瘻造設術 (Die Jejunostomie nach Maydl) ハ、ルイ氏ノ Y 狀胃腸瘻造設術(至三四〇番目)ノ方式ニ倣ヒ、十二指腸空腸彎曲部ノ下方約三十仙迷ノ所ニ於テ腸ヲ橫斷シ、其上端ハ端側吻合術ニ由リテ約二十仙迷下方ノ小腸ニ接合シ、下端ハ新ニ直腹筋内ニ設ケタル小ナル腹創ニ縫著スルコト、第九十圖ニ示スガ如クシ、而シテ最初ノ開腹創ハ、全ク縫合閉鎖スルニ在リ。

腸ノ手術(腸瘻造設術)

十二指腸瘻造設術 (Die Duodenostomie) ハ其解剖的關係上本卷二四三頁參照、只其最上部ニ施スコトヲ得レドモ、此所ニ榮養瘻ヲ造クルコトハ、概シテ絶ダ罕ナリトス。

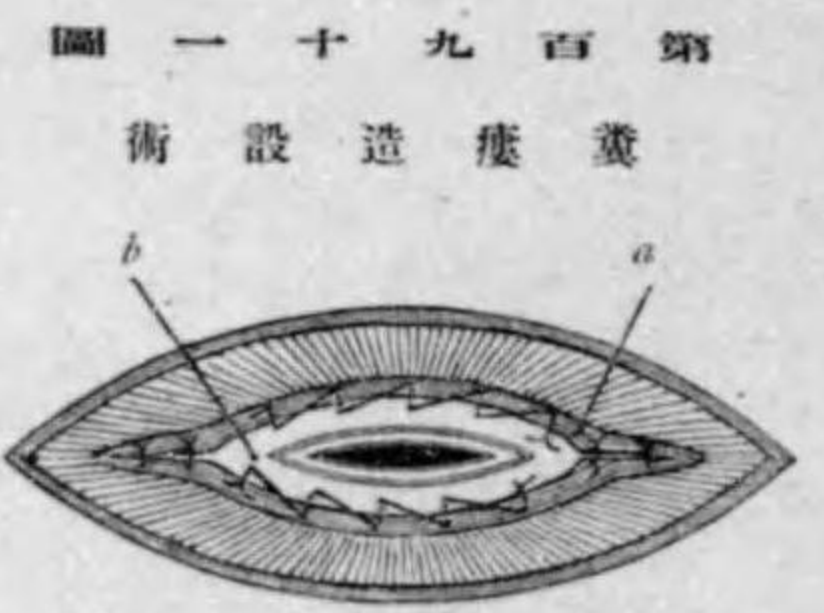
(口) 回腸瘻造設術及結腸瘻造設術 Die Ileostomie und Kolostomi ハ其ニ人工的ニ糞便ヲ排泄セシムルガ爲メニ施サル法ナレドモ、前者ハ只盲腸ノ上部ニ障礙ノ存スル場合ニ限リテ施サレ、其他ノ場合ニ在リテハ、障礙物所在ノ上方ニ結腸瘻ヲ設クルノミ。而シテ吾人ハ、上記腸瘻ノ機能ニ從ヒ、之ヲ二種ニ區別ス。即チ一ハ、狹義上ノ糞瘻 (Die Kofistel, Fistula stercoralis) ニシテ、腸内容ノ一部ハ瘻口ヨリ排泄セララルモ、他ノ一部ハ尙自然ノ路ヲ經テ排泄セララル者ヲ謂ヒ、一ハ不自然の肛門 (Der wider natürliche After, Anus praeternaturalis) ニシテ、大便ノ全部之ヨリ排泄セララル者ヲ謂フ。但、此兩者ノ間ニハ、最小ナル糞瘻ヨリ、完全ナル不自然の肛門ニ至ルマデ、種々ナル中間症アルヤ、固ヨリ論無シ。而シテ不自然の肛門ハ、亦種々ナル原因ニ由リテ生ズルコト有レドモ、其手術ニ由リテ設ケラレタル者之ヲ人工肛門 (Der künstliche After, Anus artificialis) ト名ケ、其手術ヲ人工肛門造設術 (Die Anlegung eines künstlichen Afters) ト名ケ。

糞瘻造設術
S 狀部腸瘻造設術

(I) 糞瘻造設術 Die Anlegung einer Kofistel (Fistula stercoralis) ハ腸管ノ不通時例之内嵌頓症、新生物、狹窄、鎖肛、膀胱腸瘻等ニ於テ、其内容ヲ外方ニ排出セムガ爲メニ施サル法ニシテ、或ハ小腸ニ、或ハ大腸ニ之ヲ施ス可キモ、患者ノ榮養ヲ害セザラムガ爲メ、可及的腸管ノ下部ニ之ヲ設クルヲ可トス。就中 S 狀部腸瘻造設術 (Die Entero-

(リットレエ氏肛門) 手術式

stomie am Serrumum) ハ、手術ヲ施ス可カラザル直腸ノ狹窄、癌腫等ニ施サル法ニシテ、此所謂リットレエ氏鼠蹊肛門 (Anus inguinalis nach Litre) ハ、最も廣ク應用セララル。手術式。皮膚切開ハ七乃至八仙迷ニシテ、左側鼠蹊韌帶ノ上方一拇指横徑ノ所ニ於テ之ト竝行シ、其起始ハ腸骨前上轉ノ高トス。皮膚淺在筋膜筋層及横腹筋膜ヲ切割シ、止血シタル後、鑷子ヲ以テ腹膜ヲ撮舉シテ之ヲ切開シ、先、其兩創縁ヲ連次性縫合ニ由



第九百一十一圖 糞瘻造設術 (a) 體 (b) 壁腹膜 (c) 腸腹膜



第九百一十二圖 糞瘻造設術 (想像像)

リテ皮膚縁ニ縫著シ、次デ通常逼出シ來ル小腸腸係ヲ壓抵シツツ、S 狀部ヲ搜索シ (該部ニハ結腸帶及囊狀膨起アルヲ以テ之ヲ認識ス可シ)、之ヲ僅ニ創外ニ牽出シ、腸壁ハ亦連次縫合ニ由リテ、皮膚切開ト竝行シテ體壁腹膜及横腹筋膜ニ縫著ス。其長サハ三乃至四仙迷、最廣部ハ一・五乃至二仙迷ナリ。此際腹膜ノ切開口ニハ、二三ノ結節縫合ヲ行フヲ良トス (第九百一十一及第九百一十二圖)。而シテ斯ノ如ク縫著セル腸管ハ、直ニ切開スルノ必要ヲ認メザルトキハ、二十四時乃至四十八時間ヲ經テ、其腹壁創ト癒著スルヲ俟テ、皮膚切開線ノ方向ニ於テ、刀若クハ烙白金ヲ以テ切開ス可シ。

腸ノ手術 (腸瘻造設術)

小腸ニ於ケル腸瘻造設術

爾他下行結腸及盲腸部ニ施ス腸瘻造設術ノ術式モ概シテ前法ニ異ナラズ盲腸部ニ瘻瘻ヲ造クルニハ時宜ニ由リ蟲様突起ヲ利用スルコト有リ即該突起ヲ切開創若クハ新ニ設ケタル小孔ヨリ牽出シテ之ヲ其周圍ニ縫著シタル後其尖端ヲ切除シ以テ此所ニ瘻瘻ヲ造ル可シ所謂蟲様突起瘻造設術(Die Aphakostomie)是ナリ

小腸ニ於ケル腸瘻造設術(Die Intestinalanastomie am Dünndarm)ハ小腸自己ニ存スル狹窄若クハ閉塞ノ際施サルル者ニシテ其術式ハ亦結腸瘻造設術ニ於ケルト異ナラズ只皮膚切開ノ部位ハ各症ニ應ジテ選擇セザル可カラザルモ通常白線或ハ右側若クハ左側腸骨窩部ニ於テ之ヲ施ス可シ

上述ノ法ニ依リ瘻瘻ヲ設ケタル爾後ノ處置ハ人工肛門造設術ヲ施シタル後ニ於ケルト同ジ(本卷三五七頁參照)

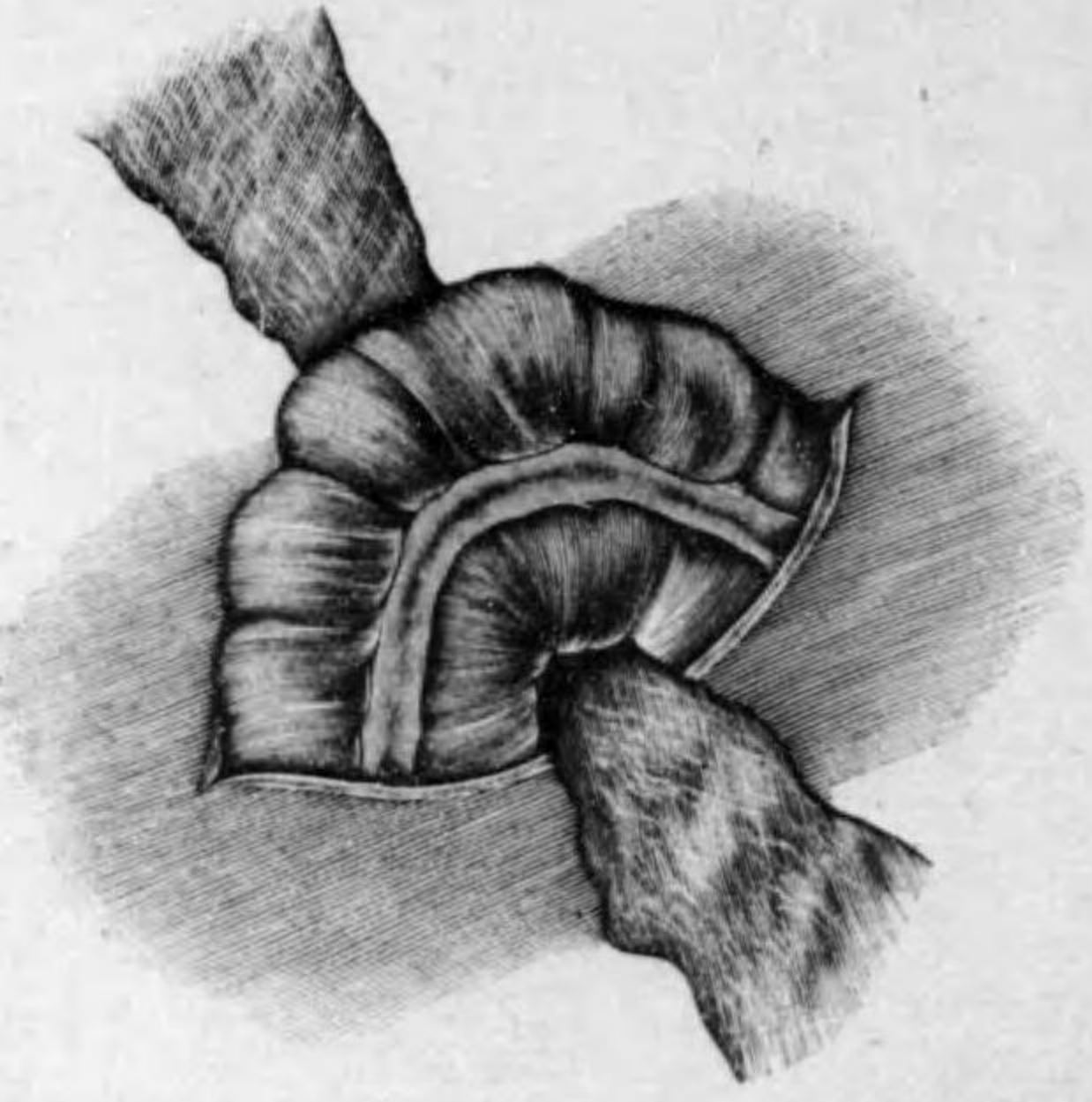
瘻瘻造設術ヲ施シタル後其下部ノ輸出腸管遂ニ全ク閉塞スルトキハ此瘻瘻ハ既ニ人工肛門ノ作用ヲ營ム者ナリ然レドモ斯ノ如キ肛門ハ全然完備セル者ト云フヲ得ズ加之瘻瘻便ノ一部分ハ尙腸蠕動機ニ由リテ閉塞部ニ達シ此所ニ種々ナル障礙ヲ惹起スルコト有リ例之疼痛潰瘍形成滯滯擴張等ノ如キ是ナリ或ハ又瘻孔部ニ「距」ヲ形成シ以テ瘻瘻ハ人工肛門ニ變ズルコト有リ

人工肛門(不自然的又偽肛門)造設術

(II)人工肛門(不自然的又偽肛門)造設術 Die Anlegung eines künstlichen Afters (eines widernatürlichen Afters, Anus praeternaturalis) ハ最初ヨリ腸

管ノ連續ヲ斷絶シ腸ノ内容ヲ悉ク瘻口ヨリ排出セシムル法ニシテ腹壁ノ切開及瘻口ヲ造設スル腸管ノ部位ハ瘻瘻造設術ニ於ケルト同一ナルモ只此手術ニ於テハ腸管ノ兩脚ヲ腹創外ニ牽出シ廣ク之ヲ此所ニ縫著セザル可カラズ而シテ此法ハ亦左側鼠蹊部ニ施サルルヲ最モ多シトス(所謂リットレエ氏鼠蹊肛門)(本卷三五三頁參照)

圖三十九百第 S狀部ニ於ケル人工肛門造設術



腸ノ手術(腸瘻造設術)

圖四十九百第 S狀部ニ於ケル人工肛門造設術



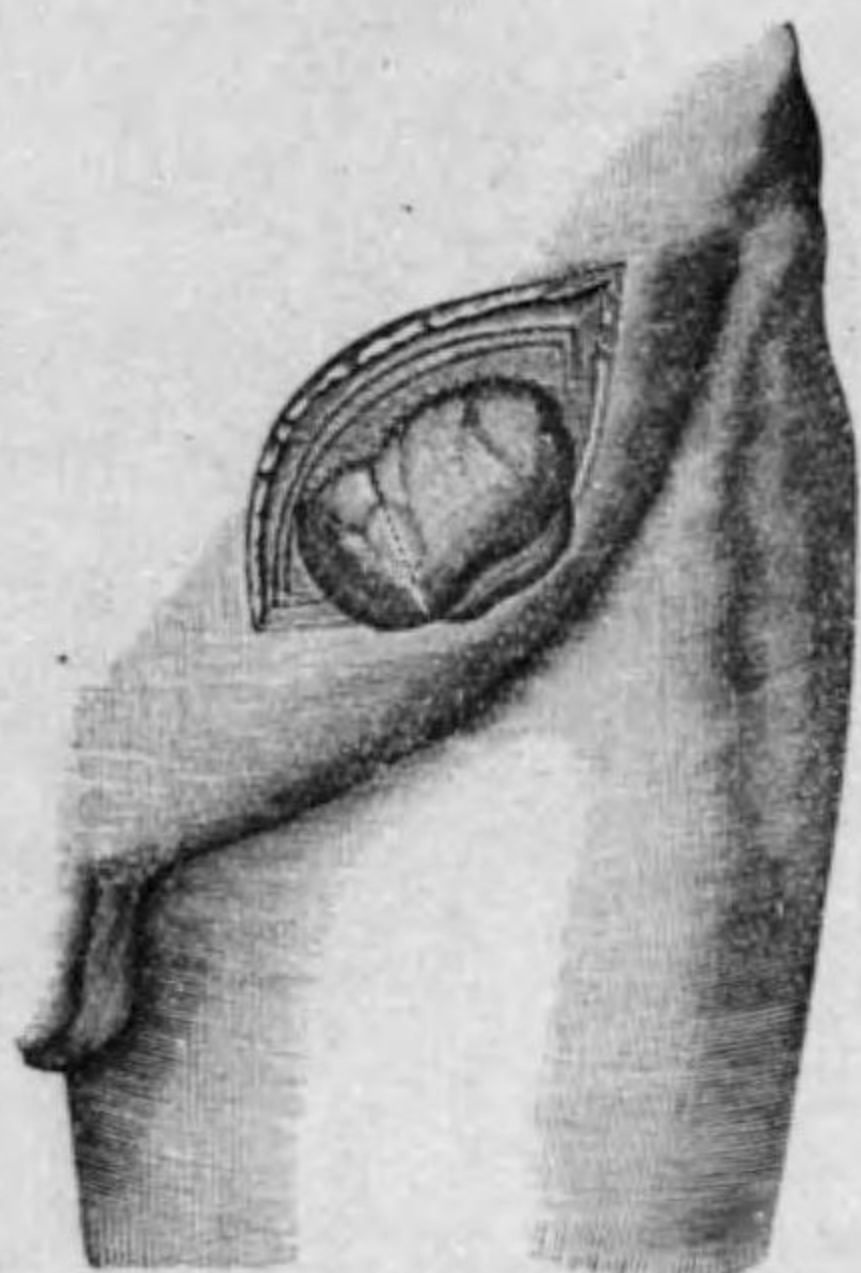
S狀彎曲部ヲ鑷鐵狀ト爲シ兩脚間ニ「二三」ノ結節縫合ヲ施シ更ニ其周圍ニ連次縫合ヲ施セルモノ



圖五十九百第 (圖像想)門肛工人

三五五

第六百九十六圖
S 狀部ニ於ケル
人工肛門造設術



或ハ之ヨリ可ナルハ、腸ノ兩脚ヲ連続縫合ニ由リテ體壁腹膜及横腹筋膜ニ縫合固
定ス(第百九十四及第百九十五圖)。斯テ急ヲ要セザルトキハ、二三日ヲ經テ始、腸直徑ノ約三分一
ノ横切開ヲ施シ、後ニ至リ更ニ之ヲ開大スルカ、或ハ牽出セル腸蹄係ヲ全ク切開ス(第
百九十六圖)。然レドモ若シ一次的ニ手術ヲ施サムトスルトキハ、綿密ナル腹膜ノ二列縫合ニ
由リ、腹腔ヲ十分ニ閉鎖セザル可カラズ。而シテ此切開ヲ施スニモ、亦烙白金或ハ刀ヲ
以テス。又腸管ヲ全ク切斷スルトキハ、其兩斷端ハ後ニ萎縮スルノ傾向ヲ有スルヲ以
テ、之ヲ全斷シタル後ハ、尙二三ノ縫合ニ由リテ之ヲ皮膚創ニ固定ス可シ。Schlitzinger
ル氏ハ、人工肛門ヲ固定スルニ第一次ノ手術時ニ際シ全然腸管ヲ切離シ、輸出腸脚ヲ
閉鎖シテ盲端ト爲シ、之ヲ腹腔内ニ納メ、輸入脚ヲノミ腹壁ニ縫合セリ。

第七百九十七圖
嵌頓ル腸ノ後
嵌頓ル腸ノ後
距離ヲ生ラズル
偽肛門



腸ノ手術(偽肛門ノ手術的閉鎖術)

腸管ノ輸
入及輸出
管端ハ半
切開シ
テ示ス

(六) 偽肛門ノ手術的閉鎖術 Der operative Verschluss des. widernatürlichen Afters (Anus praeternaturalis) 腸ノ瘻口ヲ手術的ニ閉鎖シ、糞便ヲシテ再ビ尋常ノ肛門ヨリ排出セシムル法ニシテ、該手術ハ糞瘻若クハ人工肛門ヲ設ケタル原因自ラ消散スルカ、或ハ手術ニ由リテ除去スルコトヲ得タル際ニ施ス所ナリ。而シテ此手術ヲ要スルコト最モ多キハ、嵌頓シ且瘻口ニ陥リタルへるにあニ罹リタル患者ニシテ、嵌頓へるにあニ由リテ

上述ノ如ク、人工肛門ヲ造リタル後ハ、へるにあニ似タル壓枕若クハ砂漏形ノ二重護謨球ヲ用ヒテ之ヲ閉鎖ス可シ。護謨球ノ一端ヲ腸内ニ置キ、他端ヲ腹壁外ニ置キ、之ニ接シタル護謨管ニ由リテ空氣ヲ吹送スルトキハ、密ニ之ヲ閉鎖スルコトヲ得可シ。此他硬護謨或ハ強力性護謨ヨリ成レル閉鎖器アリ。近時ニ至リテ自然ニ閉鎖シ得可キ人工肛門ヲ造タルニ、種々ナル法ヲ案出セリ。即チゲルスニー氏ノ如キハ、腸蹄係ヲ回轉シテ(百八十乃至二百七十度)之ヲ縫著シ、ウヰツェル・フエン・ハッケル氏等ハ、左直腹筋ヲ前後ノ兩半ニ分チ、其間ニ腸管ヲ通ジテ其輸出管端ヲハ縦行創ノ下角ニ、輸入管端ヲハ其上角ニ縫著セリ。斯ノ如クスルトキハ、筋質ハ恰モ括約筋ノ作用ヲ營ム可シ。

圖八十九百第
ルザセ生ヲ距
門肛的然自不

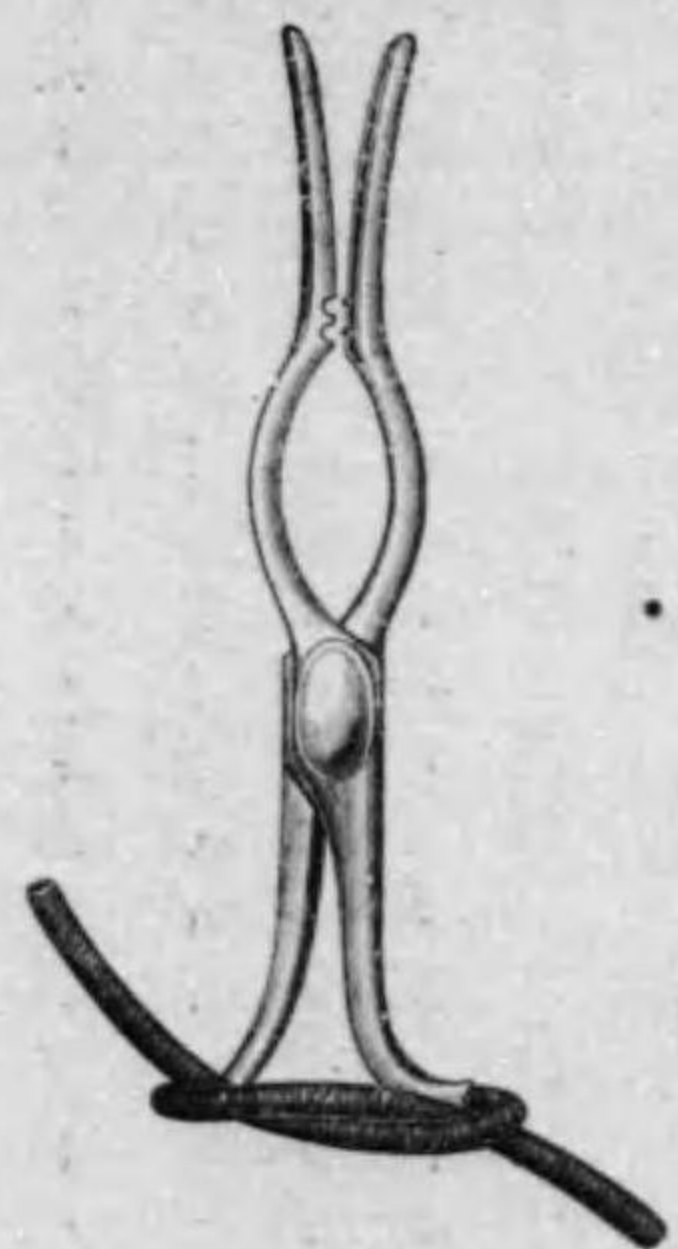


腸ハ偽肛
門ノ附近
ニ於テ半
ハ切開シ
テ示ス

圖九十九百第
子控壓距氏ンリコ



圖百二第
子控壓距氏ツ、リクミ



生シタル斯ノ如キ不自然の肛門ノ自然ニ治癒セザル所以ノ者ハ、主トシテ輸入腸管ト輸出腸管トノ間ニ隔壁様ノ所謂距(Spuri)ヲ發生スルニ因ルナリ。此距狀ノ突起ハ、腸ノ蹄係全ク壞死ニ陥リタル後生ズル偽肛門ニ於テ最モ著大ナル者ニシテ、斯ノ如キ偽肛門ハ、二重ノ管ヨリ成リ、此二重管ノ兩口間ニ於ケル突起ハ、兩腸管ノ互ニ癒著シタル壁ト腸間膜トヨリ成ル者ナリ(第九十七圖)。然レドモ腸ノ壞死ニ陥リタル部分若シ其前壁ノミナルカ、或ハ損傷若クハ手術ニ由リテ生シタル偽肛門ニ在リテハ、始ハ此突起ヲ缺如スレドモ、時日ヲ經過スルトキハ、亦腸ノ後壁漸次脫出シテ多少突起ヲ生ズルニ至ル者トス。第九十七及第九十八圖ハ、共ニ其極端ノ者ヲ示シタル者ニシテ、此間ニハ尙數段ノ中間症アリ

ルヤ明ナリ。腸後壁ノ脫出ハ、太キ護膜管或ハ膨脹セシメ得可キ護膜球等ニ由リテ退却セシメ得可キモ、兩腸壁ノ癒著ニ由リテ生シタル高度ノ距(第九十七圖)ニ在リテハ、コリン氏或ハフォン・ミクリツ氏ノ距壓控子(Die Spougutsche nach Collin oder v. Mikulicz)第九十九及第一百圖ヲ用ヒテ之ヲ挫滅ス可シ。是等ノ器械ハ、距狀ノ突起ヲ緊撮シ、大約八乃至十二日間放置スルトキハ、其壞死ニ陥ルト同時ニ自ラ脫落ス。斯ノ如クスルトキハ、距ニ裂痕ヲ生ズレドモ、尙未ダ十分ナラザルトキハ、更ニ同法ヲ反覆ス可シ。此際腹膜ヲ損傷シ、或ハ距ノ後隅ニ在ル腸管ヲ共ニ挾撮セザルニ注意セザル可カラズ。上述ノ法ニ由リ障礙物ヲ除去シタルトキハ、腹壁ノ瘻口ハ收閉シテ自ラ治癒ニ就クコト有レドモ、輒近ニ至リテハ、寧ろ無腐の手術ニ由リテ腹壁ヲ切開シ、癒著セル腸ノ一片ヲ切除シ、腸縫合術ヲ施スノ法ヲ費用ス。其法、次ノ如シ。即チ先ラ腹壁ヲ切開シタル後、偽肛門ノ周圍ニ於ケル腸管ノ輸入及輸出管端ヲ剝離シ、腸ヲ腹腔ヨリ牽出シ、當該部ヲ切除シタル後、法ノ如ク腸ノ兩端ヲ縫接ス。此際時トシテ輸出腸管ノ起始部甚ダシク狹窄スルコト有ルヲ以テ、其大部分ヲ切除セザル可カラザルコト有リ。輕度ノ狹窄ハ、手術前ブーヒーヲ送入シ、或ハ膨脹シ得可キ護膜球等ニ由リテ除クコトヲ得可シ。既ニシテ腸ノ縫合術ヲ終レバ、能ク之ヲ消毒シテ整

圖一
ヲ距テ以ヲ子控壓距
ス示ヲ狀ルス滅挫



腸管ノ前
壁ヲ偽肛
門ノ近部
ニ於テ切
除シ以テ
壓控子ノ
位置ヲ明
ナラシム

腸ノ手術(偽肛門ノ手術的閉鎖術)

復シ、腹創ハ其周縁ヲ悉ク新創ト爲シ、縫合ニ由リテ閉鎖ス。

壓挫子ニ依ル偽肛門ノ閉鎖術ハ、元トデビ、イトラン氏ノ法ニシテ、往時防腐的若クハ無腐

Dupuytren

的、外科ノ尙行ハレザリシ頃ニ在リテハ、専ラ人ノ稱用スル所ナリシモ、輒近ニ至リテハ、上

記ノ手術的療法ヲ行フ者益々多シ。然レドモ此ノ如キ壓挫子療法 (*The Kiamurshandlung*) ハ、危険

少ナキヲ以テ、亦隨時施用ス可キ者トス。

法、瘻ノ閉鎖

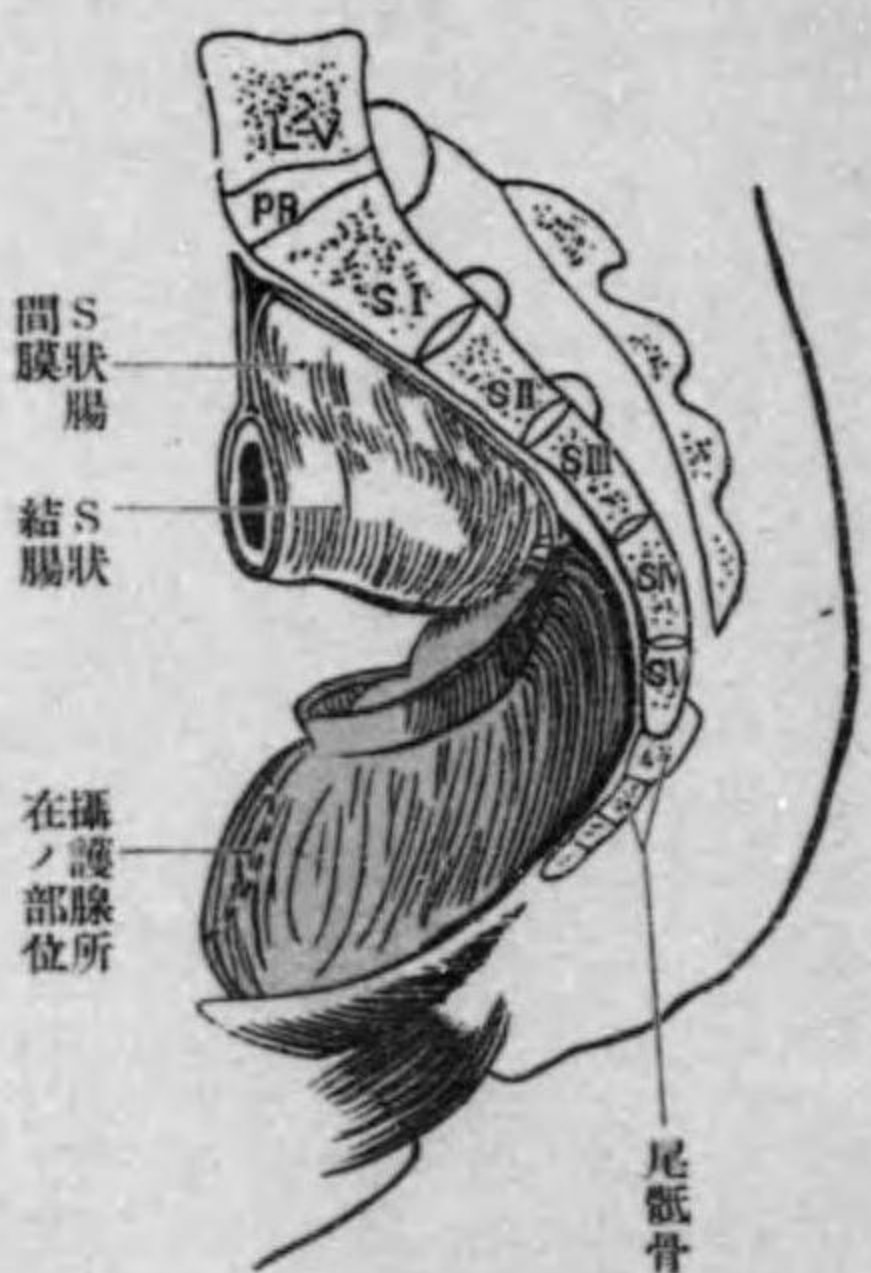
距ヲ有セズ又粘膜ヲ以テ被覆セラレザル狹小ナル管狀瘻ハ、手術ヲ施サザルモ、自然ニ治癒スルコト少ナカラズ。否ラザルモ、亦燒灼法、腐蝕藥等ノ使用ニ由リ治癒ス可シ。然レドモ腸ノ粘膜外皮ト癒著セル所謂唇狀瘻ニ在リテハ、強キ燒灼法若クハ刀ヲ以テ瘻管ヨリ粘膜被覆ヲ除去シ、之ニ新創ヲ作ルニ非ザルヨリハ、治癒スルコト無キ者トス。但シ、稍大ナル瘻ニ在リテハ、間亦上文ニ述ベタル所ノ法ニ依リ、其閉鎖ヲ企テザル可カラザルコト有リ。

第八章 直腸及肛門之損傷及疾患

直腸及肛門ノ解剖

直腸 (*Der Mastdarm, Rectum*) ハ、大腸ノ下端部ニシテ、小骨盤内ニ位シ、其上端ハ第三薦骨椎部ニ起リテ肛門 (*Der After, Anus*) ニ終リ、其全長ハ十二乃至十四仙迷ナリ。但シ、直腸ノ上端ハ、左側薦腸關節部ニ於テS狀結腸ノ下端ヨリ始マル者トスルトキハ、其全長ハ十五乃至二十

直腸 (見所ノリヨ方側) 直腸 (氏ダンニルコ)

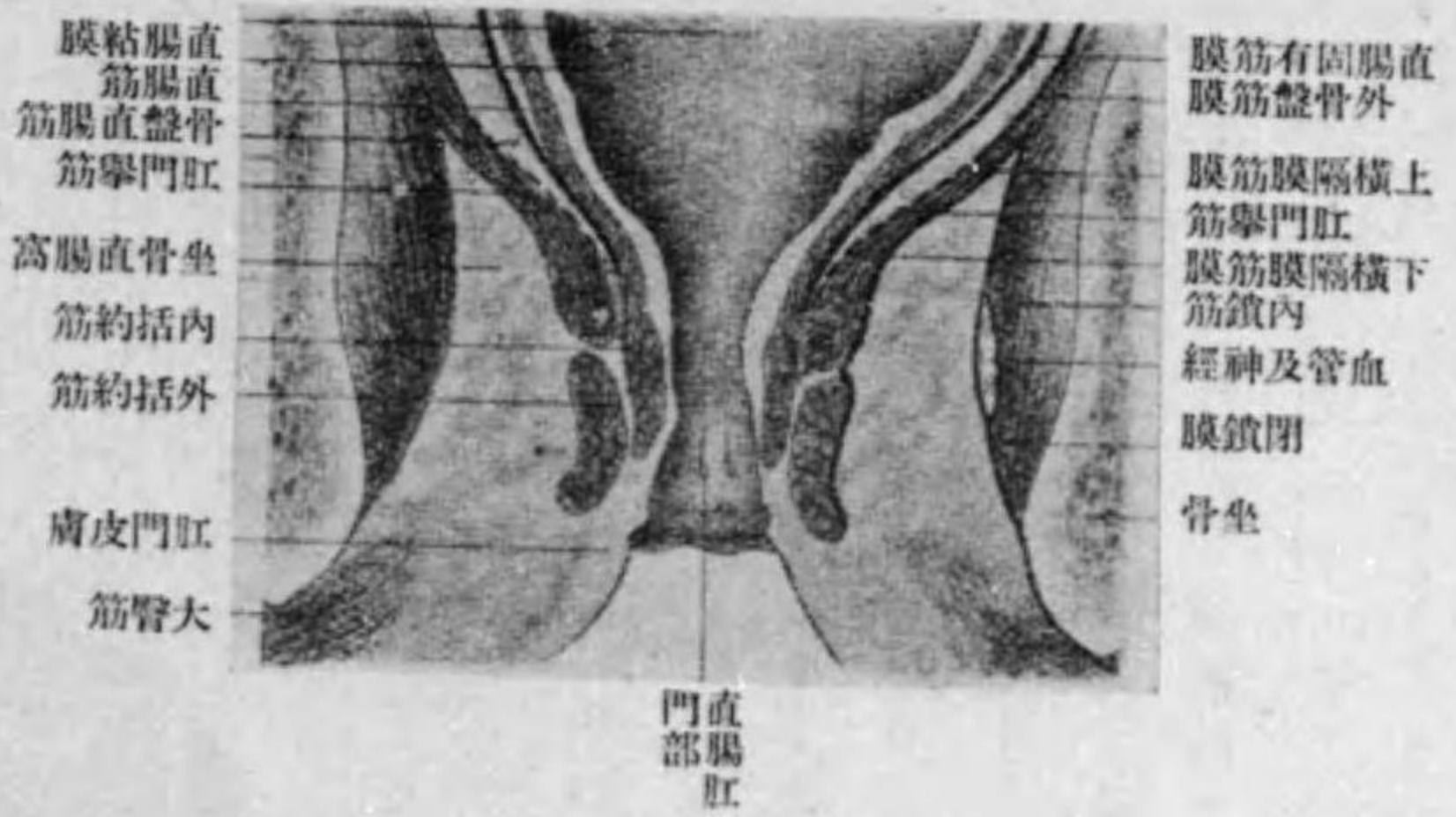


直腸膨大部ハ青色、肛門部ハ黄色ナリ。膨大部ハ糞便ニ由リ著シク擴張セラレ其上面ニ腹膜ノ翻轉部ヲ見ル。第一乃至第五薦骨椎

仙迷ト爲サザル可カラズ。二百二圖。而シテ其後側ハ、薦骨ニ接シ、之ト共ニ彎曲ス。故ニ此部ヲ薦骨彎曲 (*Flexura sacra*) ト稱シ、其最下端ノ肛門ニ向ヒ後方ニ彎曲スル部ヲ會陰彎曲又肛門彎曲 (*Flexura perinae-analis*) ト稱ス。然レドモ直腸ハ、又膨大部及肛門部ノ二部ニ區別セラル直腸膨大部又直腸膨大 (*Prox ampullaris recti s. Ampulla recti*) ハ、眞ノ糞便貯蓄所ニシテ、其壁ハ著シク擴張セラルルコトヲ得可シ。二百二圖。直腸部 (*Prox analis recti*) ハ、直腸ノ最下端部ニシテ、此部ハ只排便ノ際ノミ哆開シ、平時ニ在リテハ、左右ノ兩壁相接合シテ矢狀ノ方向ニ於ケル裂隙ヲ爲スニ過ギザル者トス。結腸ニ於テ結腸帶トシテ現ハル平滑筋纖維ハ、直腸膨大ニ移行スル部ヨリ分散シテ其周壁ニ平等ナル層ヲ作り、肛門部ニ至リテハ、肛門舉筋ノ纖維ト合シ、平滑筋層ハ、肛門部ニ至リ内方ニ於テ内括約筋トナリ、外方ニ於テハ肛門部ノ最下部ニ於テ外括約筋ノ一部ヲ構成ス。

直腸及肛門ノ解剖

圖三百二第 直腸下端ノ前額斷

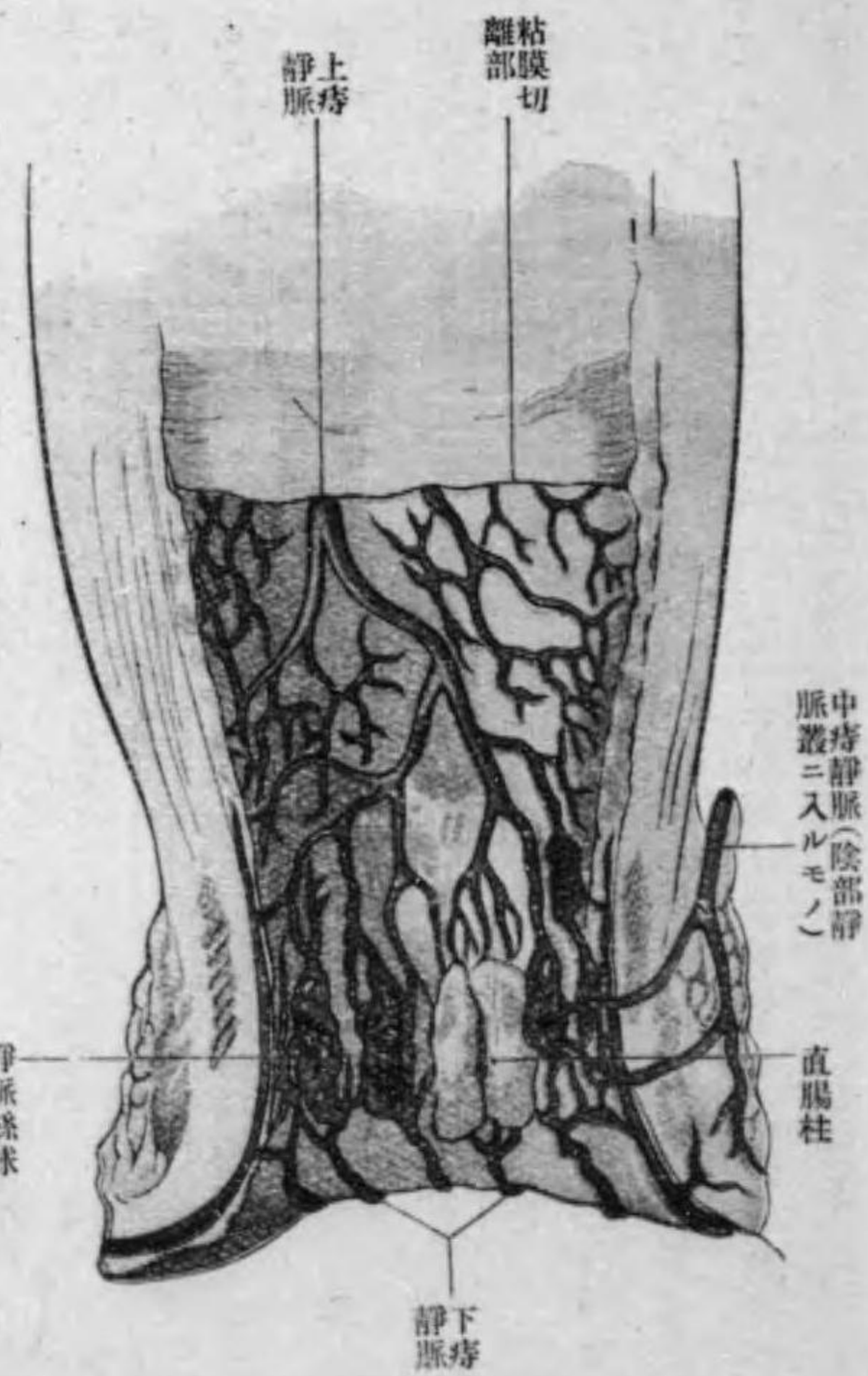


次ニ肝要ナルハ、直腸膨大部ト、腹膜トノ關係ナリトス。即チ直腸膨大部ハ、其上部ニ於テ前壁及左右ノ側壁ハ腹膜ヲ以テ被ハルルモ、其他ノ部分ハ直接ニ骨盤ノ總竦ナル蜂窠織ニ接著シ、其後部モ亦同一ノ蜂窠織ニ由リ薦骨ノ前面ヨリ分離セラル。故ニ膨大部ハ、後方ニ向テ擴張スルコト能ハザレドモ、側方及前方ニ向テハ著シク擴張セラルルコトヲ得可シ(第百二十二圖參照)。

直腸肛門部ハ、其周圍ニ存在スル筋層(内及外括約筋肛門舉筋)ニ由リ其周圍強固ナルモ、其兩側傍ニハ脂肪及結締織ニ富メル坐骨直腸窩(Fossa ischio-rectalis)アリ、以テ排便ノ際、肛門裂隙ヲシテ能ク抵抗無クシテ開張セシムルコトヲ得セシム(第百二十三圖)。

直腸ノ動脈ハ、不對ノ上痔動脈(1. haemorrhoidalis superior) (下腸間膜動脈ノ分枝)及各一對ノ中痔動脈(1. haemorrhoidalis media) (下腹動脈ノ分枝)及下痔動脈(1. haemorrhoidalis inferior) (内陰部動脈ノ分枝)ニシテ、各動脈ハ數多ノ吻合枝ニ由リ互ニ相連絡スルヲ以テ、直腸ニ於テハ、動脈幹ヲ結紮スルモ、小腸及結腸ニ於ケルガ如ク、

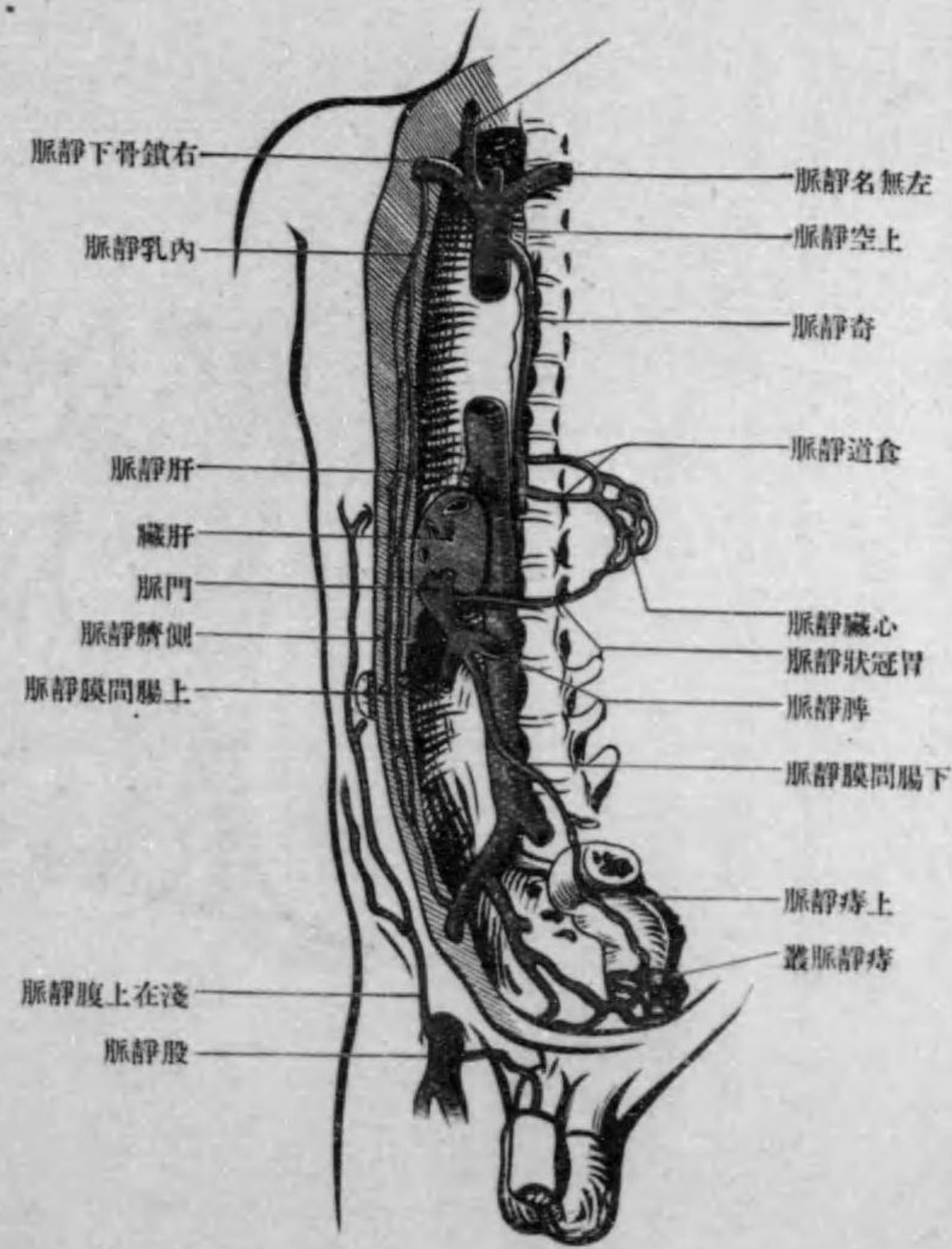
圖四百二第 直腸ノ靜脈



著シキ血行障礙ヲ來サザル者トス。直腸ノ靜脈(第百二十四圖)ハ、痔靜脈叢(Venae hemorrhoidales)ヨリ集合シテ幹トナリ、動脈ニ沿テ走ル。故ニ靜脈ニモ、亦不對ノ上痔靜脈各有對ノ中痔靜脈及下痔靜脈アリ、而シテ痔靜脈ノ泉源タル靜脈叢ハ、一部ハ粘膜炎下ニ在リテ、内痔靜脈叢トナリ、一部ハ直腸筋層ノ外方ニ在リテ、外痔靜脈叢ヲ成ス。上痔靜脈ハ、直腸ニ於ケル靜脈血還流ノ主干ニシテ、直ニ下腸間膜靜脈ニ注ギ(第百二十五圖)、其最下ノ根部ハ、肛門直上部ニ在ル直腸柱ナル隆起ヲ形成スル粘膜炎下ニ於ケル數多ノ靜脈絲球ヨリ來リ、此絲球ハ病的ニ於テハ著シク擴張スルノミナラズ、又互ニ相吻合シ、以テ所謂痔結節ヲ形成ス(第百二十四圖)。

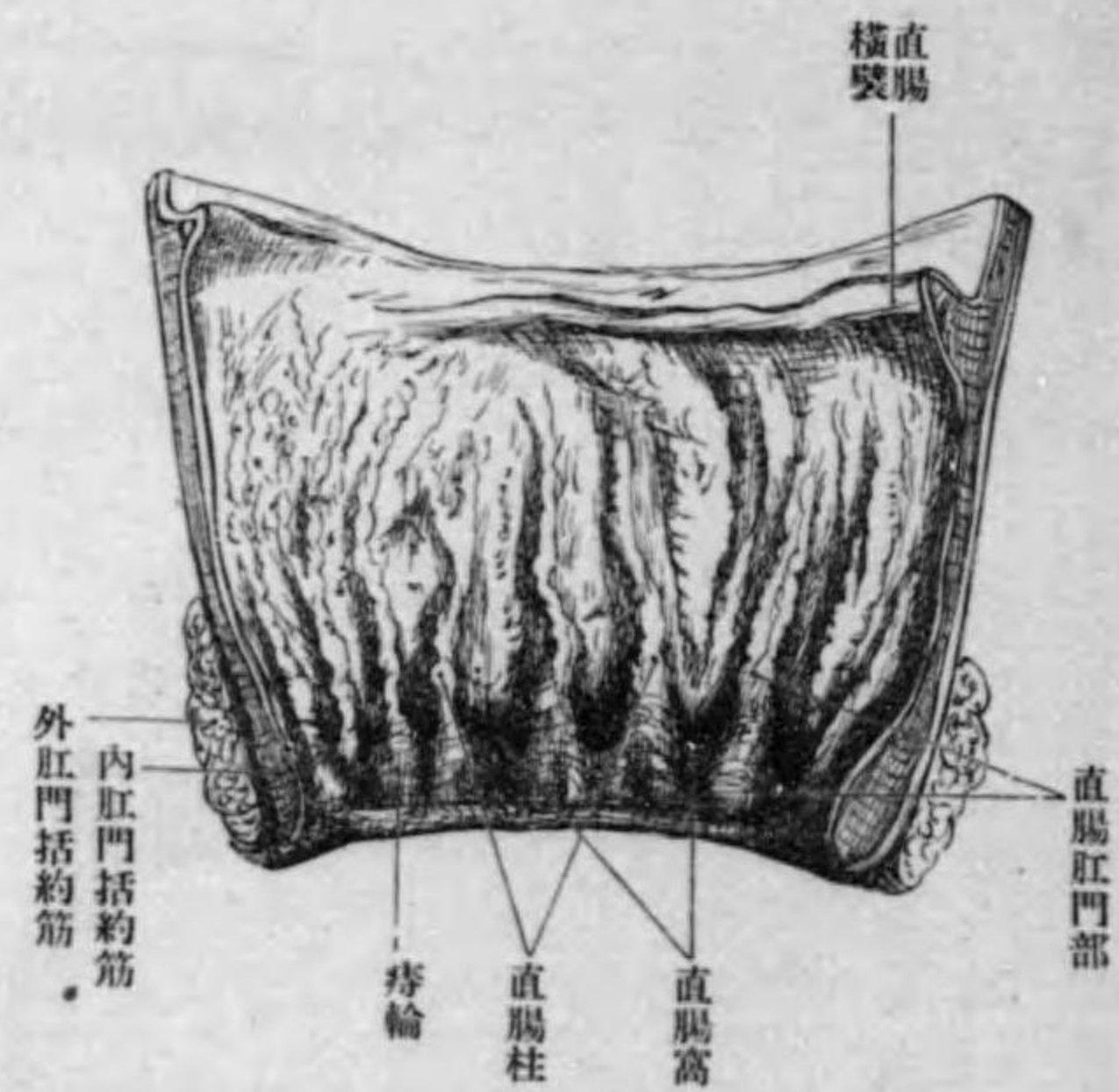
直腸及肛門ノ解剖

圖 五 百 二 第
絡連ノ系脈門ト脈靜幹脈ルナ大
(氏グニルコ)



輪ヲ成ス。痔輪 (Anulus hemorrhoidalis) (第百六圖) 是ナリ。此部ニ於ケル靜脈絲球ハ、其通路ヲ上持靜脈ニ取ルノ外、尙ニ方ノ通路ヲ有ス。即第一ハ、肛門部ノ筋層ヲ地平ニ貫キ中持靜脈ニ注グ枝極ニ、第二ハ、粘膜下ニ於テ肛門括約筋ヲ繞グリ、下持靜脈及内陰部靜脈ニ注グ靜脈枝ニ入ル。

圖 六 百 二 第
膜粘ノ部下腸直



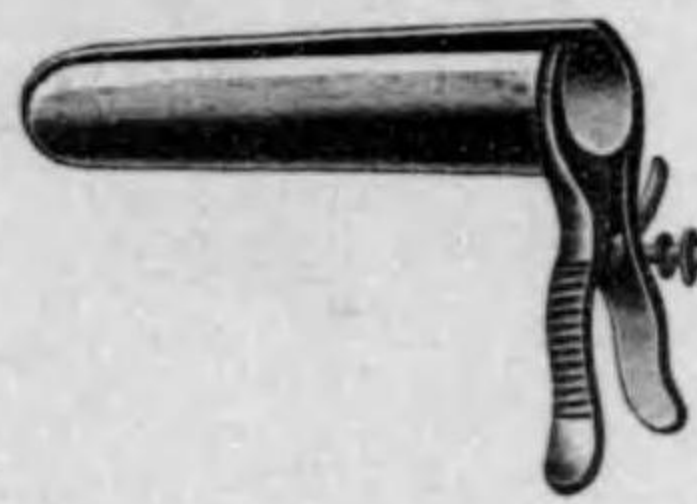
直腸ノ淋巴管ニハ、三個ノ領域ヲ區別ス可シ。(一)肛門ハ、淋巴管ハ、下持動靜脈ノ徑路ニ沿ヒ鼠蹊淋巴腺ニ達シ、且多クハ其上方ニ位スル中央部ノ腺ニ入ル。(二)直腸膨大部及肛門部粘膜及筋層ハ、淋巴管ハ、或ハ上持動脈ニ沿ヒ、或ハ中持動脈ニ沿ヒ、薦骨淋巴腺ニ入ル。(三)痔輪部ハ、淋巴管ハ、中持靜脈ト共ニ走リ、下腹動脈幹ノ傍側ニ在ル淋巴腺ニ入ル。直腸ノ神經ハ、交感神經叢ヨリ派出セラル。

茲ニ直腸及肛門ノ疾患ヲ論ズルニ當リ、先其一般検査法ヲ略述ス可シ。之ニ二法アリ。曰。視診。曰。觸診。是ナリ。
肛門ノ視診ヲ行フニハ、患者ヲシテ背位側位或ハ膝肘位置ヲ取り、臀部ヲ明所ニ向ハシメ、檢者ハ兩手指ヲ以テ臀肉ヲ左右ニ披開シ、且患者ヲシテ強ク努責セシムルヲ良トス。
直腸ノ視診ヲ行フニハ、上記ノ位置ニ於テ直腸鏡 (Das Mastdarmspekulum) ヲ用ヒ、肛門及直腸

直腸及肛門ノ検査法

壁ヲ披開シ、光線ヲ射入セシムルヲ要ス。直腸鏡検査法 (*The Rectoscopy*) 是ナリ。而シテ直腸鏡ニ種々アレドモ、ストラングラー・チ・フェルグソン・ケリー氏等ノ製ニ係ル者最モ實用ニ適ス。第百七十九號(第百十圖) フェルグソン氏ノ直腸鏡ハ、検査ノ際殆ド疼痛ヲ起サシメズ、且之ヲ廻轉スルトキハ、其間隙部ヨリ廣ク直腸ノ粘膜炎ヲ觀察シ得ルヲ以テ、甚ダ便利ナリ。但、麻醉ヲ

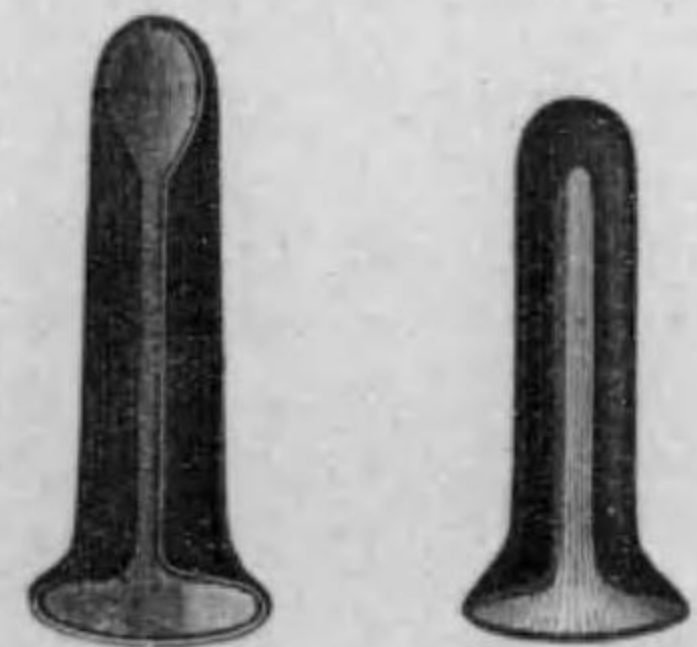
第百七圖 鏡腸直氏ゲンラトス



第百八圖 鏡腸直氏子イラ



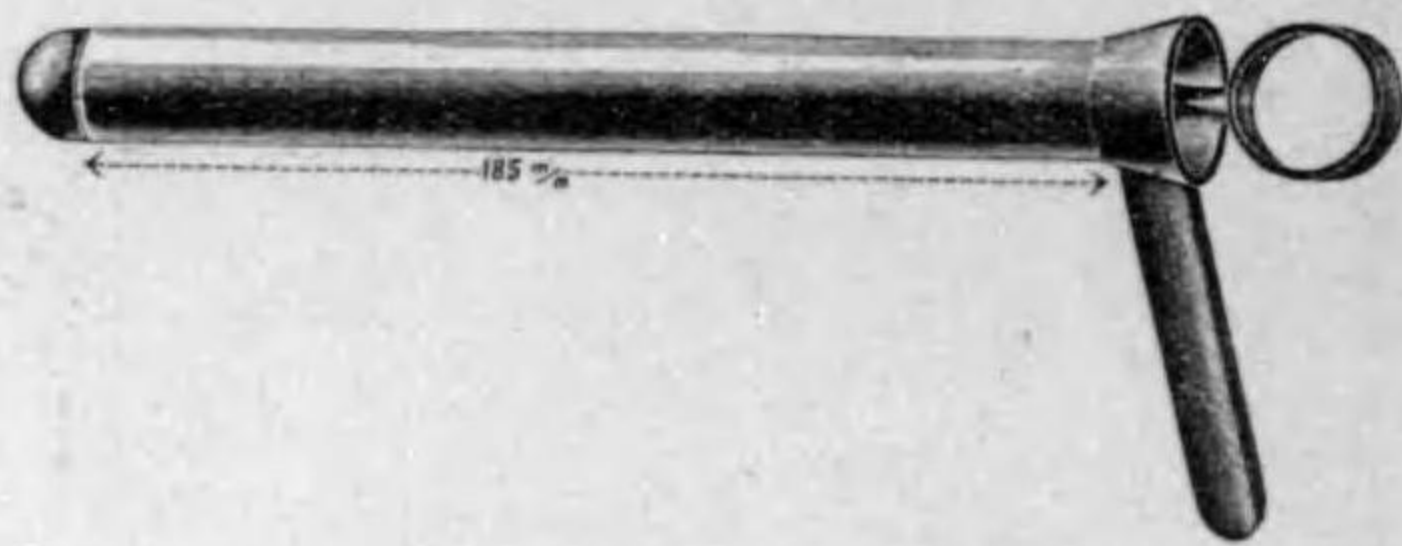
第百九圖 鏡腸直氏ソ、グル、フ



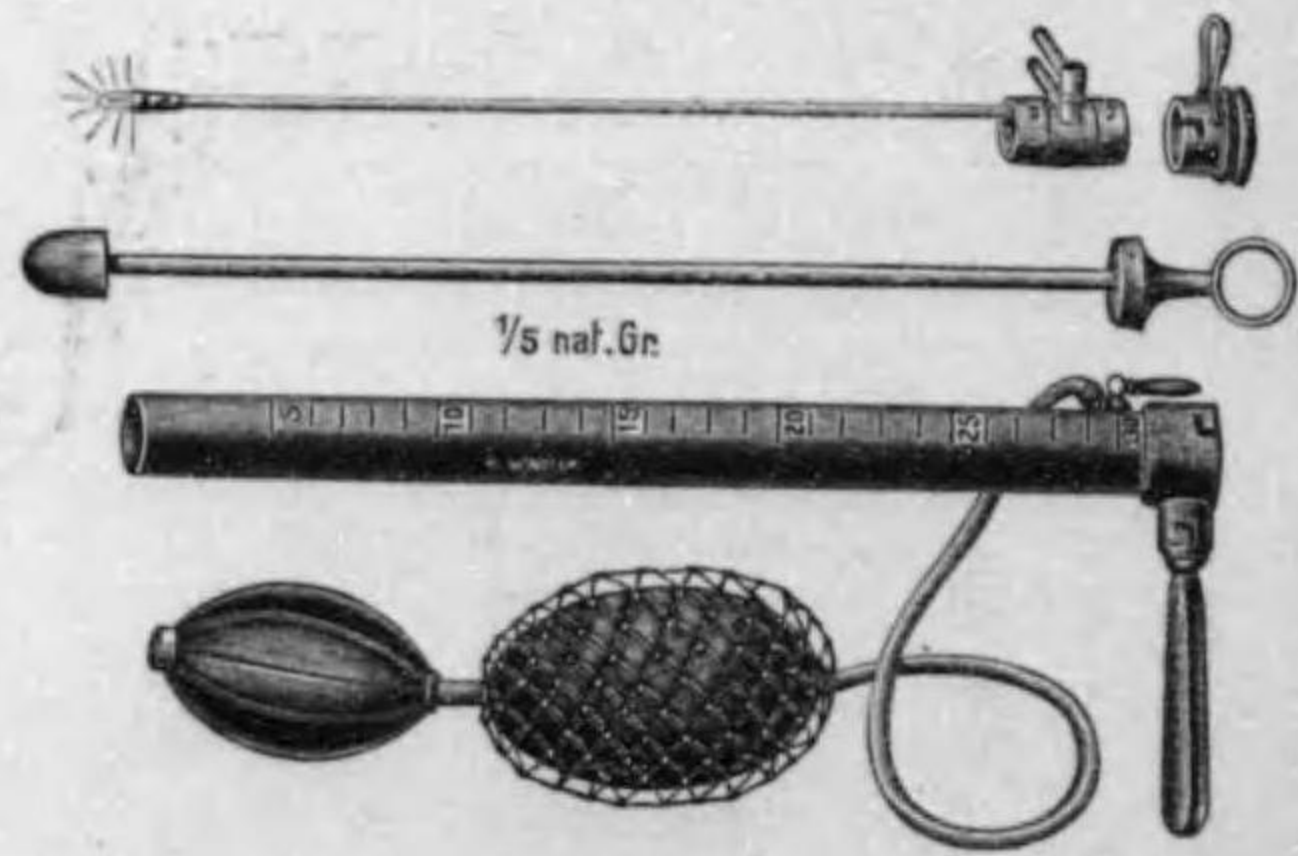
施シ、括約筋ヲ皮下ニ伸展シタル場合(下文ニ詳ナリ)ニ在リテハ、シモン氏ノ子宮鏡ヲ應用スルヲ便利ナリトス。

軌近直腸ヨリ更ニ進デ、S 狀彎曲部ヲ視診シ得ルニ至レリ。之ヲ^{ろまのすこび}又^{ろまのすこび}もい^{ろまのすこび}す^{ろまのすこび}こ^{ろまのすこび}び^{ろまのすこび} (The *Romanoskop* oder *Signoskop*) ト稱シ、之ニ^{ろまのすこび}ろ^{ろまのすこび}ま^{ろまのすこび}の^{ろまのすこび}す^{ろまのすこび}こ^{ろまのすこび}び^{ろまのすこび} (Das *Romanoskop*) ナルユ。第百十一圖ニ示スハ、ストラウス氏^{ろまのすこび}の^{ろまのすこび}す^{ろまのすこび}こ^{ろまのすこび}び^{ろまのすこび} (Das *Romanoskop nach Straus*) ニシテ、此器械ノ構造タル柄ヲ附シタル金屬ノ直管閉鎖器、電燈支持器及被蓋ノ四部ヨリ成

第百十圖 鏡腸直氏イリイケ



第百十一圖 ぶいこすのまる氏スウラトス



リ、金屬管ハ太一・九乃至二・三仙、長三・五仙、迷ニ達シ、内腔ヲ黑色ニ塗リ、其外端ニ内腔ニ通ズル小管連續シ、之ニ活栓ノ裝置アリ、テ二連護球ヲ附シ、通氣ヲ自在ニス。今此器械ヲ用ヒテ直腸及 S 狀彎曲部ノ内景ヲ觀察セムトスルニハ、患者ヲシテ膝肘位置ヲ取ラシメ(第百十二圖)、

器械ヲ少シク温メ、之ニ油ヲ塗リ、管内ニ閉鎖器(おぶつらー)ミ^るヲ挿入シタル後、徐々ニ之ヲ直腸ヨリ深ク S 狀彎曲部ニ至ルマデ送入シ、然ル後閉鎖器ヲ除去シ、管内ニ電燈支持器ヲ挿入シ、電流ヲ通ジテ其内景ヲ照檢ス。而シテ照檢ニ際シテハ、被蓋ヲ以テ管ノ外端ヲ密閉シ、或ハ後退セシメザル可カラザルモ、前進セシムルニ際シテハ、被蓋ヲ以テ管ノ外端ヲ密閉シ、二連護球ニ依リ管内ニ空氣ヲ吹入シ、腸管ヲ膨脹セシメ、電燈ノ照明ニ由リ被蓋ノ窻孔

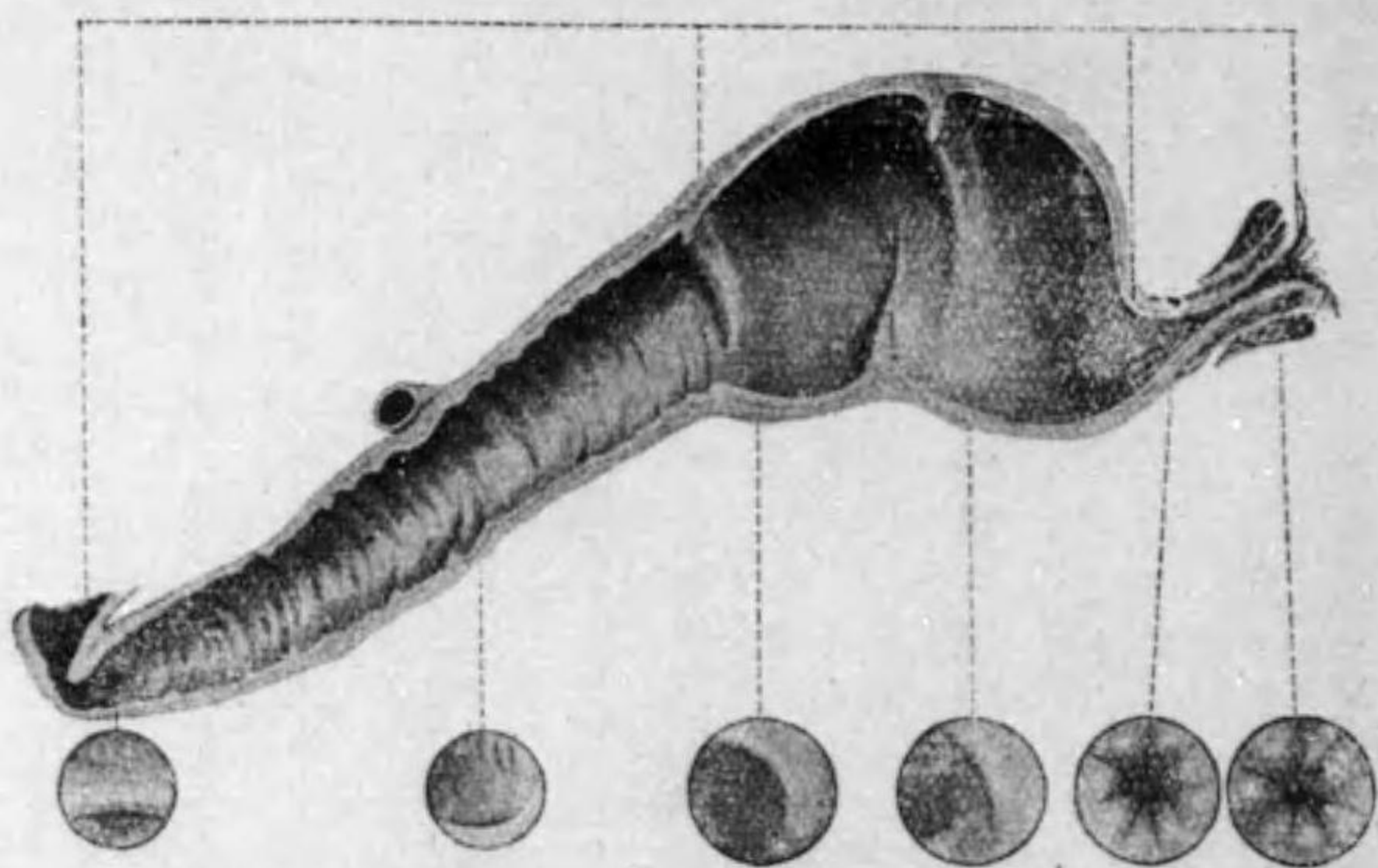
圖 二 十 百 二 第
ヲぶいこすのまる氏スウラトス
圖 像 想 ル タ シ 入 插



ヨリ内腔ヲ視察シツツ深部ニ
進ム如クス。之ニ由リテ容易ニ
S 狀部ニ至ルマデ達スルコト
ヲ得、以テ能ク其内景ヲ視察ス
ルコトヲ得可シ。
直腸ノ觸診ヲ行フニハ、患者ヲ
シテ亦上記ノ位置ヲ取ラシメ、
示指ニおれーふ油或ハわぜり
んヲ塗リ、僅ニ之ヲ廻轉シツツ
徐々ニ肛門ヨリ括約筋ヲ通ジ

テ可及的直腸ノ高部ニ至ルマデ送入ス可シ。時トシテハ検査ニ先チ、微温湯ヲ用ヒテ直腸
内ヲ洗滌シテ之ヲ清淨ニシ、又時ニ排尿セシムルヲ要スルコト有リ。而シテ此直腸内用手
検査法 (*Die manuelle Untersuchung des Rektum*) ハ、單ニ直腸ノ疾患ニ施サルルノミナラズ、亦尿道・
攝護腺・コウパー氏腺精囊膀胱婦人生殖器・子宮・卵巢及其周圍組織、其他骨盤骨爾他腸
ノ諸病竝ニ腹腔ノ腫瘍及膿瘍・大腿骨脱臼・坐骨へるにあ・脊動脈瘤等ノ診斷ニ應用セラレ、
頗ル肝要ナル者トス。
全手ヲ直腸内ニ送入スルノ法 (*Die Einführung der ganzen Hand ins Rektum*) ハ、**フ・ハ・ヌー・ス・バウ**
ム及**シモン**氏ノ始テ施行セル所ニシテ、該法ハ殊ニ婦人科の諸病内嵌頓症膀胱疾患等ノ

圖 三 十 百 二 第
ルケ於ニ位部當相其及腔内ノ腸直
見所ぶいこすのまる氏スウラトス



骨部ニ至ルマデ括約筋及皮膚ヲ切離スル法ヲ以テスルコト有リ。所謂後部括約筋切開法
(*Sphincterotomy posterior*) 是ナリ。此兩法ヲ施シタル後ハ、一時大便ノ失禁ヲ來セドモ、比較的短
直腸及肛門ノ検査法

時日ニシテ治癒スルヲ常トス。
 消息子ヲ以テ直腸ヲ探檢スルニハ、恰モ食道消息子ト同形ナル護膜製消息子ヲ用ユ。此法ハ、殊ニ直腸高部ノ狭窄ニシテ指頭ノ達セザル者ニ適スルモ、亦直腸及結腸ヲ洗滌シ、或ハ此中ニ空氣ヲ吹入スル際ニ稱用セラレ(空嚢〇〇〇)而シテ消息子送入ノ際ハ、其尖端直腸粘膜ノ皺襞、薦骨岬等ニ衝著シ、誤テ狭窄ト認メラルルコト有レドモ、注意シテ徐ニ之ヲ送入スルトキハ、通常大約S狀彎曲部ノ中央ニ至ルマデ到達スルコトヲ得可シ。

第一 直腸及肛門ノ畸形

直腸及肛門ノ畸形

肛門閉鎖症

直腸及肛門ノ畸形 Missbildungen des Rektum und Anus 其先天性閉鎖及異常開口ニシテ、就中最モ肝要ナル者ハ、肛門閉鎖症(鎖肛症)ナリ。故ニ茲ニハ、専ラ本症ニ就テ述ベムトス。
 肛門閉鎖症 Die Aferverschliessung oder Aftersperre, Atresia ani. 抑胎生時ニ於テハ、榮養管ハ前腸中腸及後腸ノ三部ヨリ成ル者ニシテ、其最下部タル後腸又終腸ノ末端ハ、始ハ盲嚢ヲ爲スモ、胎兒ノ發育スルニ從ヒ、終ニ直腸ト爲ル。即、大約胎生ノ第四週ヨリ、肛門口ハ恰モ口腔ニ於ケルガ如ク、外部ヨリ翻入ヲ始メ、此翻入部ハ終腸ノ盲嚢ト連合シテ、開通セル管腔ト爲リ、以テ直腸及肛門ヲ形成ス。而シテ此際終腸ハ、尙尿囊即尿管及將來ノ膀胱ノ末端竝ニウオルフ氏管ト開通スルヲ以テ、腸及泌尿生殖

圖四百二十二第 鎖閉門肛



圖五百二十二第 鎖閉腸直及門肛



圖六百二十二第 鎖閉腸直



直腸及肛門ノ畸形(肛門閉鎖症)

器ハ共同ノ孔口、即汚道(Die Kloake)ヲ有スルモ、大約第十週ノ頃ニ至レバ、此三形器ハ互ニ相分離シ、生殖器ト直腸下部トノ間ニ障壁、即會陰(Der Damm, Perinaeum)ヲ生ジ、以テ獨立ノ形器ヲ完成ス。然レドモ此時ニ際シ、若シ發育上ニ障礙アリ、殊ニ各器其分離ヲ誤ルトキハ、或ハ汚道ヲ存シ、或ハ之ヲ存セザル種々ナル肛門閉鎖ヲ生ズ。

フクニエスマルヒ氏ハ、之ヲ左ノ四種ニ大別セリ。

- (一) 肛門閉鎖(Atresia ani) ハ、肛門缺如シ、直腸ハ肛門部皮膚層ノ近傍ニ於テ盲端ニ終ル者ニシテ、肛門部ノ皮膚ハ僅ニ凹陷シ、肛門ノ痕跡ヲ呈スル者アリ、或ハ菲薄ナル皮膚ヲ以テ閉鎖セララルル者アリ、或ハ又稍、鞏硬ナル組織ニ由リテ閉鎖セララルル者アリ(第百十四圖)。蓋斯ノ如キ症ハ、其ニ皆所謂「真正ノ鎖肛症」ナリ。
- (二) 肛門及直腸閉鎖(Atresia ani et recti) ハ、肛門及直腸ノ共ニ缺如スル症ニシテ、結腸ハ第五腰椎、或ハ薦骨上縁ノ左側ニ於テ盲端ニ終リ、直腸ノ部位ハ結締織ヲ以テ充滿セラレ、肛門部ニハ屢、只淺キ凹痕ヲ存スルヲ見ルノ

三(第百十五圖)

(三)直腸閉鎖(Abscess recti)ハ、肛門口存スルモ、唯直腸ノ一部缺如スル症ニシテ、直腸ノ下端ハ内括約筋ノ上際ニ於テ盲端ニ終ル者ナリ(第百十六圖)。

(四)先天性汚道(Clauca congenita)トハ、直腸ハ異常ノ部位、即チ泌尿器若クハ生殖器内ニ開口シ、肛門閉鎖ヲ兼ル症ニシテ、之ニ左ノ數種アリ。即チ男兒ニ在リテ直腸若ク膀胱内ニ開口スルトキハ、膀胱肛門(Amus vesicalis)第百十七圖ヲ生ジ、若ク尿道ノ攝護腺部ニ開口スルトキハ、尿道肛門(Amus urethralis)第百十八圖ヲ生ズ。又直腸ハ、龜頭ニ開口スルコト有リ。龜頭肛門(Amus glandis)第百十九圖是ナリ。而シテ女兒ニ於テ殊ニ見ル所ノ畸形ハ、直腸ノ腔内ニ開口スル者、即チ腔肛門(Amus vaginalis)第百二十圖ニシテ、其子宮ト交通スル者、即チ子宮肛門(Amus uterinus)ハ、絶ダ罕ナリトス。此他時トシテハ直腸閉鎖シ、肛門ハ腔内ニ開口スル者ヲ見ルコト有リ(第百二十一圖)。

以上ハ、只肛門及直腸畸形ノ主要ナル定型ヲ擧ゲタル

圖七十百二第 門肛膀胱勝



圖八十百二第 門肛道尿



圖九十百二第 門肛頭龜



肛門閉鎖症ノ症候

圖十二百二第 門肛腔



圖一十二百二第 者ル口開ニ内腔ノ門肛



開口スル者ニ在リテハ、排泄口稍、廣濶ナルヲ以テ、著シク排便ヲ妨グザルヲ常トス。固ヨリ言ヲ俟タズ。
症候 鎖肛症ノ臨牀的症候ハ、固ヨリ畸形ノ程度及形狀ニ從ヒ異ナル者ニシテ、直腸下端ノ全然閉鎖セル者ニ在リテハ、直ニ肛門ヲ造ルカ、或ハ人工肛門ヲ設ケ、腸ノ内容ヲ外方ニ排泄スルニ非ザレバ、腸閉塞症ト同一ナル症狀ヲ發來シ、小兒ハ生後四乃至七八日間ニシテ斃ルルヲ多シトス。假令直腸ノ膀胱或ハ尿道内ニ開口スル者ニ在リテモ、大便ノ排泄ハ常ニ十分ナラザルヲ以テ、通常亦前記ノ症狀ヲ發來スル者ナリ。但シ其腔内ニ開口スル者ニ在リテハ、排泄口稍、廣濶ナルヲ以テ、著シク排便ヲ妨グザルヲ常トス。
療法 治術ヲ施スハ可及的早キヲ要スレドモ、通常畸形ヲ發見スルコト遅ク、患兒既ニ危険ナル症狀ヲ呈スルニ至リテ醫治ヲ乞フ者多シ。而シテ菲薄ナル皮膜ヲ以テ肛門ノ閉鎖セル者ニ在リテハ、胎兒便ノ壓迫ニ由リ、直腸ノ盲端外方ニ突隆シ緊張スルヲ以テ、單ニ指頭或ハ尖刀ヲ以テ破開スルコトヲ得可シ。斯ノ如キ症ニ在リテハ、菲薄ナル膜ハ、亦自ラ破裂スルコト有リ。又直腸ノ下端肛門ノ近傍ニ達スル者ニ在リテハ、胎兒便ノ充實スルト、患兒ノ腹壓トニ由リテ、肛門部隆起スルヲ以テ、先、尖刀ヲ以

肛門閉鎖症ノ療法

直腸及肛門ノ畸形(肛門閉鎖症)

テ之ヲ切開シタル後、球刀ヲ採リテ更ニ創口ヲ開大シ、直腸ノ粘膜縁ヲ外表ノ皮膚ニ縫著スルヲ以テ足レリトスルモ、直腸下端ト肛門部トノ間ニ稍、厚キ組織層ヲ存シ、外部ヨリ之ヲ觸知スルコト能ハザル者ニ在リテハ、症ニ應ジテ尋常ノ部位ニ於テ肛門ヲ造ラザル可カラズ。肛門成形術又造肛術即是ナリ。

肛門成形術又造肛術

Die Proktoplastik (會陰部、偽肛門、Anus praeternaturalis posterior) ヲ施スニハ、患兒ヲ截石位置ニ固持シ、肛門部ニ於テ矢狀ノ方向ニ切開ヲ施シテ直腸ノ常位タル可キ徑路ヲ追ヒ深部ニ進入ス。此際男兒ニ在リテハ、尿道ニかてーテるヲ送入シ、女兒ニ在リテハ、腔内ニ小指若クハかてーテるヲ送入シテ其損傷ヲ豫防ス可シ。組織ヲ剝離シツツ深部ニ進ムニ際シ、常ニ指頭ヲ以テ胎兒便ヲ充實シ波動ヲ呈スル直腸ノ末端ヲ觸レザルヤニ注意セザル可カラズ。尾骶骨ヲ切除スルトキハ、直腸端ヲ發見スルコト容易ナリ。幸ニシテ之ヲ發見シ得タルトキハ、直腸ヲ可及的其周圍ヨリ剝離シ(此際誤テ腹腔ヲ切開スルコト無キニ注意ス可シ)、外部ノ皮膚ニ到ルマデ之ヲ引下シ、或ハ創内ニ之ヲ縫著ス可シ。緊張甚ダ過度ナルトキハ、皮膚縁ヲ其下層ヨリ剝離シテ縫接ニ便ナラシム。斯テ尖刀ヲ以テ直腸端ヲ開キ、更ニ球刀ヲ用ヒテ創口ヲ開大シタル後、粘膜縁ヲ皮膚又ハ創面ニ縫著ス。會陰部ヲ切開シテ骨盤組織内ニ進入スルハ、約三仙迷ヨリ多クモ四仙迷ヲ超過ス可カラズ。之ニ由リテ直腸ヲ發見スルコト能ハザレバ、宜シク手術ヲ中止スベシ。是之ヨリ深ク進入スルトキハ、腹膜ヲ

毀傷スルノ虞アレバナリ。故ニ此場合ニ於テハ、造肛術ヲ廢シ、リットレエ氏ノ法ニ從ヒ、腸骨窩部ニ於テ結腸S狀部ニ人工肛門ヲ設クルヲ最良ナリトス(Litte 本卷三五四頁參照)。該部ハ、通常胎兒便ヲ以テ緊滿充張セラルルヲ以テ、術ヲ施スコト最モ容易ナリトス。

造肛術ヲ施スハ、屢甚ダ困難ニシテ、又之ヲ行フコト能ハザルコト有リ。且其豫後ニ至リテモ、概シテ不良ニシテ、患兒ハ術後衰弱ニ由リ、或ハ腐敗性蜂窠織炎又ハ腹膜炎ニ由リテ斃ルルヲ多シトス。幸ニ治療シタル小兒ニ在リテモ、時々直腸ふーじーヲ通ジテ肛門ノ癰痕性狭窄ノ發生ヲ豫防セザル可カラズ。又直腸端ヲ切開シ得ルモ、膨脹セル腸筋質ノ麻痺ニ由リ、十分胎兒便ノ排泄ヲ得ザルコト有リ。

先天性汚道ヲ形成セル者ニ在リテモ、亦手術ニ由リ之ヲ治スルコトヲ得可シト雖、常ニ男兒ニ略ル所ノ膀胱肛門ニ在リテハ、膀胱ニ腐敗性炎症ヲ起スヲ以テ、小兒ハ生後數日ナラズシテ死スルヲ常トス。尿道肛門ハ、汚道ヲ存セザル鎖肛ニ於ケルト同一ノ法ニ由リテ治ス可シ。造肛術ヲ行フトキハ、手術ニ由リテ牽引セラレ若クハ切離セラレタル瘦管ハ、自ら閉鎖スルヲ常トス。又之ヲ結縛シ、次デ切離スルモ可ナリ。然レドモ女兒ニ往々見ル所ノ腔肛門ニ在リテハ、通常排便ヲ妨グルコト少ナキヲ以テ、數月若クハ年餘ヲ經テ手術部ノ能ク發育スルヲ俟テ、術ヲ施スヲ得策ナリトス。其法、尾骶骨ノ前縁ヨリ腔ノ近部ニ至ルマデ皮膚ヲ縱切シ、次デ直腸ノ腔ニ開口スル部ヲ露出シ、且鈍器ヲ以テ直腸ヲバ其周圍ノ結締織ヨリ剝離シタル後、小刀或ハ剪刀ニテ直腸ノ末

端ヲ腔ノ開口部ヨリ離斷シ、斷口ヲ會陰創ノ後角ニ移シテ皮膚ノ創縁ニ縫著シ、次デ他ノ會陰部ノ創縁ヲ縫合スルニ在リ。

直腸憩室 (Der Divertikel des Rektum) ハ、先天性或ハ後天性ニ來ルコト有レドモ、罕ナリ。其療法ハ、外部ヨリ切開シテ之ヲ露出シ、若クハ切制シ、且可及的之ヲ切除スルニ在リ。

第二 直腸及肛門ノ損傷

直腸及肛門ノ損傷

直腸及肛門ノ損傷 Verletzungen des Rektum und Anus ニ種々アリ。肛門ノ切創ハ多クハ、手術的創傷ニシテ、括約筋ノ全斷セラレタル者ニ在リテハ、一時大便ノ失禁ヲ來セドモ、創面ノ治癒スルト共ニ、亦毫モ障礙ヲ留メズシテ治癒スルヲ常トス。然レドモ直腸上部ノ創傷ニシテ、殊ニ其穿孔性ノ者ニ在リテハ、往々危険ナル症狀ヲ發來スルコト有リ。是レ直腸周圍ノ蜂巢織中ニ腐敗性炎症ヲ起ストキハ、其蔓延容易ニシテ、汎發性腹膜炎ヲ繼發スルコト有レバナリ。又直腸ノ創傷ハ、間膀胱尿道骨盤骨等ノ損傷ト合併スル者ニシテ、女子ニ在リテハ、分娩ノ際腔ヨリ會陰及直腸ニ互ル裂創ヲ來スコト少ナカラズ。所謂會陰破裂 (Der Dammris) 是ナリ。此他直腸ニハ、銃創ヲ來スコト有レドモ、此際隣接部ノ創傷ヲ合併スルヲ常トス。

強キ努責ニ由リテ大ナル硬便ヲ排出セムトスルニ當リ、間直腸ニ縱行或ハ橫行ノ裂創ヲ來スコト有リ。是レ殊ニ婦人ニ於テ睹ル所ニシテ、通常括約筋上部ノ直腸腔壁破裂

シ、腔ヨリ糞便ヲ漏ス者ナリ。嘗テ米醫^{Mayo}ヨ一氏ハ、常習便秘ヲ患フル四十歳ノ婦人、一日上固硬便ヲ下サムトシテ強ク努責セシニ、頓ニ腹部ノ破裂セルガ如キヲ感知セシガ、翌朝ニ至リ腔ヨリ糞便ヲ漏シタル者ヲ實驗セリト云フ。又曾テ直腸ノ疾患(例之潰瘍直腸脱ニ因ル直腸壁ノ菲薄ナル者)ニ罹レル者ニ於テ、罕ニ直腸壁ニ特發性破裂ヲ來スコト有ル者ニシテ、其裂隙ヨリハ小腸ノ一部ヲ脱出スルコト多シ。此他實地上最モ戒心注意ス可キハ、灌腸器若クハ直腸^スノ^ノ送^入ニ際シ、誤テ直腸ヲ傷クルコト有ル是ナリ。是レハ、尖端ヲ具フル灌腸器ヲ用フルニ因リ、或ハ器械ノ用法粗暴ナルニ由ル可シト雖、亦一ハ直腸ニ炎症性軟化潰瘍等ヲ存シ、以テ此損傷ヲ速ク者ナリ。而シテ之ニ由リテ生ズル損傷ハ、或ハ單純ナル粘膜炎^ニシテ、間之ヨリ慢性ノ潰瘍ヲ生ズルコト有リ、或ハ全ク直腸壁ヲ穿通セル創傷ニシテ、之ガ爲、直腸壁及其周圍蜂巢織ニ腐敗性若クハ壞疽性ノ炎症ヲ發來シ、加之膿毒症或ハ腹膜炎ニ由リテ致命セシムルコト無キニ非ズ。殊ニ灌腸器ノ尖端ヲ以テ直腸壁ヲ穿通シ、其周圍蜂巢織内ニ藥液ヲ注入シタル場合ニ然リトス。

上記ノ如キ直腸ノ損傷ニ繼發スル所ノ症狀ノ輕重ハ、固ヨリ創傷ノ廣狹深淺及其他ノ狀況ニ由リテ異ナル者ナリ。即チ表在性ノ創傷ニシテ穿孔ヲ起サザル者ニ在リテハ、創液ノ排泄佳良ニシテ、其大便ト混合セル者創所ニ鬱滯スルコト無キトキハ、創面ハ大便ニ觸ルルモ、早ク治癒スルヲ常トスルモ、直腸壁ノ全ク穿通セラレタル者ニ在リ

テハ、大便粘膜下組織中ニ浸潤シテ腐敗性炎症ヲ起シ、又腹膜破開セラレ、大便腹腔内ニ竄入スルトキハ、忽チ蔓延性腐敗性腹膜炎ヲ起シテ致命セシム可シ。此他直腸靜脈損傷セラルトキハ、化膿性靜脈炎ヲ發シ、病勢門脈ニ傳播スルトキハ、膿毒症ヲ發スルコト有リ。是亦最モ恐ル可キ繼發症ナリトス(第百五圖參照)。

此他直腸ノ損傷ニ於テ深ク注意ヲ要ス可キ者ヲ出血ト爲ス。此出血ハ、管ニ直腸ノ損傷ニ因ルノミナラズ、亦外科的手術殊ニ痔核ノ手術後ニ往々睹ル所ニシテ、甚ダ危険ナル者ナリ。是レ直腸内ニ著シキ出血ヲ來スコト有ルモ、患者危篤ナル貧血状態ヲ呈スルニ至ラザレバ、看護者又ハ醫士ノ知ル所ト爲ラザルコト、往々之レ有レバナリ。斯ノ如キ場合ニ於テ、試ニ肛門ヲ披開スルトキハ、忽チ半凝固セル多量ノ血液ノ肛門外ニ迸出スルヲ見ル可シ。是故ニ直腸ノ損傷及手術後ニハ、特ニ亦此後出血ニ注意セザル可カラズ。此他直腸ノ損傷ニハ、治後之ニ癰疽性狹窄ヲ貽スコト有リ。

直腸及肛門損傷ノ療法

療法 總テ直腸ノ損傷ニ於テハ、最モ嚴密ニ止血法ヲ施シ、且後出血ヲ來スコト無キヤ否ニ注目スルヲ肝要ナリトス。直腸下部ノ出血ハ、時宜ニ由リ括約筋ヲ皮下ニ伸展シ、シモン氏腔鏡ヲ送入シ、結紮ニ由リテ止血スルコトヲ得可シト雖、上部ノ出血ニ在リテハ、止血法ヲ施スコト甚ダ難シ。是此部ニ於テハ、出血スル血管ヲ目睹スルコト能ハズ、且之ヲ結紮スルコト能ハザレバナリ。之ニよリどふるむがーセヲ栓塞スルノ法アレドモ、其效確實ナラズ。又出血部ヲ壓迫スルニ所謂直腸球(Der Kapselpolster) (第百二十

第百二十圖 直腸球



二圖ヲ以テスルコト有リ。是其一端ニ活栓ヲ具フル護球ニシテ、之ヲ用ユルニハ、球ヲ空虚ト爲シテ直腸内ニ挿入シタル後、活栓ヲ開キテ管口ヨリ空氣或ハ氷水(五百乃至六百瓦)ヲ注入ス。之ニ由リテ護球膨脹シ直腸内ヲ充填スルヲ以テ、出血スル血管ヲ壓迫スレドモ、是亦確實ナル法ト稱ス可カラズ。故ニ是等ノ諸法ヲ試ムルモ出血尙止マズ、患者益々危險ニ瀕スルトキハ、後部縫合ニ於テ括約筋ヲ切開スルカ、或ハ又直腸後部ヲ切開シ、シモン氏或ハシムス氏ノ腔鏡ヲ送入シ、出血スル血管ヲ搜索シテ之ヲ結紮ス可シ。

爾他肛門及直腸ノ創傷ハ、一般ノ治則ニ從ヒ處置ス可シ。肛門ノ新創ニ在リテハ、殊ニ止血法ノ爲、縫合ヲ施スコトスルコト有レドモ、通常之ヲ要セザルコト多シ。直腸ノ創傷ニ在リテハ、先づ微温湯ヲ以テ洗滌シ、時宜ニ由リ縫合ヲ施スコキモ、創傷稍廣大ニシテ、殊ニ穿孔セル者ニ在リテハ、密閉縫合ヲ施サズ、排導管若クハよどふるむがーセヲ挿入シテ創液ノ排泄ヲ謀ラザル可カラズ。重症ナル直腸ノ損傷ニ在リテハ、糞便及創液ノ排泄ヲ利セムガ爲、後縫合ニ於テ括約筋ヲ切開スルヲ良トス。此際創内ニよどふるむがーセヲ栓塞シ、創液ノ排泄ヲ便宜ニスルヲ最モ肝要ナリトス。又既ニ直腸周圍ニ腐敗性炎症ヲ發シタル者ニ在リテハ、直腸周圍ニ切開ヲ施シ、十分ナル排導

法ヲ施サザル可カラズ。加之、危険ナル症ニ在リテハ、時宜ニ由リ亦尾骶骨及薦骨下部ヲ切除シテ創口ヲ開大シ、よーどふるむがーセラ栓塞シ、以テ創液ノ排泄ヲ謀ラザル可カラザルコト有リ。

第三 直腸内異物

直腸内異物

直腸内異物 Fremdkörper im Mastdarm ハ既ニ上文ニ述ベタルガ如ク、多クハ食道ヨリ入ルモ、亦肛門ヨリ入ルコト有リ(本在二五八頁參照)而シテ異物ノ口腔ヨリ入りテ肛門ニ達スル時日ハ、一定セズト雖、グーイドセル氏ニ據レバ、多クハ二十四時間ヨリ六乃至九日ノ間ニ在リト云フ。此異物ハ、或ハ直ニ肛門外ニ排出セララルコト有リ、或ハ直腸内ニ嵌留スルコト有リ、或ハ直腸粘膜ヲ穿孔シテ直腸及其周圍組織ニ危険ナル炎症ヲ起サシメ、又時トシテ腹膜炎ヲ發セシムルコト有リ、或ハ隣接臟器殊ニ膀胱腔内等ニ穿孔スルコト有リ、而シテ嚙下セララル異物ノ種類ハ、頗ル多キ者ニシテ、殊ニ精神病者、ひすてりー患者、罪人等ハ、亦驚ク可キ物體ヲ肛門内ニ潛匿ス。又固結セル糞塊ハ、直腸内ニ留滞シテ數月ノ久シキニ瀰リ、加之、歳ヲ經ルコト往々之アリ、以テ間、直腸ノ狭窄、或ハ腫瘍ト誤診セララルコト有リ、蓋此ノ如ク固結セル糞塊ノ中心ニハ、屢、膽石、小ナル果實核ヲ存スル者ニシテ、糞塊ハ堅キコト宛モ石ノ如ク、間、其外表ハ石灰屑ヲ以テ被ハレ、眞ノ腸石ニ似ルコト有リ。

直腸内異物ノ症候

症候 異物ノ種類、大小及其他ノ性状ニ由リ一様ナラス。若シ其大ナル者直腸内ニ嵌留スルトキハ、便秘症ヲ來シ、或ハ全ク大便閉ヲ發シ、加之、終ニいれうすヲ起スコト有リ。又其嵌留久シキニ瀰ルトキハ、直腸粘膜ニ往々慢性かたーるヲ起サシメ、粘膜腫脹シテ外方ニ脱出スルコト有リ。此他異物ノ爲尿道壓迫セララルトキハ、排尿困難、或ハ尿閉ヲ起シ、殊ニ銳端、或ハ稜角ヲ具フル異物ハ、直腸内ニ刺痛ヲ發セシメ、又之ヲ毀傷シテ炎症及化膿ヲ起サシメ、腸壁ヲ穿孔スルトキハ、腐敗性直腸周圍炎、或ハ腹膜炎ヲ發來ス可シ。又異物ハ、直腸壁ヲ穿通シテ隣接臟器、例之膀胱、子宮内等ニ竄入スルコト有リ。

直腸内異物ノ療法

療法 先ツ異物ヲ除去スルニ在リ。小ナル異物ハ、指、或ハ鉗子ヲ以テ容易ニ除去スルコトヲ得レドモ、若シ除去シ難キトキハ、麻醉ヲ施シテ括約筋ノ皮下伸展法ヲ行フカ、或ハ括約筋ノ後際ヲ切開セザル可カラズ。異物ニ因スル直腸及其周圍組織ノ損傷、炎症等ニ對シテハ、宜シク本章第二及第四項ノ通則ニ從テ處置スベシ。

第四 直腸及肛門ノ炎症性疾患

直腸及肛門ノ炎症性疾患 Entzündliche Erkrankungen des Rektum und Anus ニ、左ノ諸症アリ。

(1) 直腸炎 Die Entzündung des Mastdarms, die Proktitis (Rectitis) ニ、急性及慢

直腸及肛門ノ炎症性疾患

直腸及肛門ノ炎症性疾患(直腸炎)

性ノ二症ヲ區別ス。急性直腸炎 (*Proctitis acuta*) ハ、他部粘膜ノ急性かたゝるト均シク、粘膜ノ充血及腫脹ヲ來ス者ニシテ、腫脹ハ間、甚ダ高度ニ達シ、屢、上皮ノ剝脫ヲ來シ、粘液ノ分泌盛ニシテ、且粘膜下組織ニ炎症性浸潤ヲ起ス者ナリ。又間、上皮ニ限局性ノ痂皮ヲ形成シ、其脫落後ニ扁平ナル潰瘍ヲ生ジ (潰瘍性直腸炎 *Proctitis ulcerosa*) 此潰瘍ハ、或ハ直ニ治癒シ、或ハ更ニ深部組織ヲ侵シ、以テ直腸周圍ノ蜂窠織ニ炎症性浸潤及肥厚ヲ來シ、或ハ又膿瘍ヲ生ズルコトモ有リ (直腸周圍膿瘍 *Periproctitis abscess*)。慢性直腸炎 (*Proctitis chronica*) ニ於テハ、殊ニ粘膜及粘膜下組織ノ炎症性浸潤並ニ筋層ノ肥厚ヲ來ス。故ニ本症ニ在リテハ、直腸粘膜ヨリ其周圍蜂窠織ニ互リテ蔓延性ノ肥厚ヲ呈シ、又屢、限局性贅肉狀ノ組織繁殖及潰瘍ヲ見ルコト有リ。

原因 急性及慢性直腸炎ハ、或ハ局所的刺戟ニ因リテ直腸ニ原發スルコト有リ、或ハ隣接臟器殊ニ膀胱攝護腺子宮ノ炎症ニ繼發スルコト有リ。而シテ原發性直腸炎ハ、寒冷刺戟、異物糞便滯積、寄生蟲血行障礙 (例之痔疾) 直腸内手術等ニ基因スルコト有ルモ、多クハ一定細菌ノ傳染ニ因ル者ナリ。即淋疾、梅毒、結核病、ぢふてりー赤痢等ニ於ケルガ如キ是ナリ。直腸淋疾 (*Die Mastdangonorrhoe*) ハ、主トシテ外陰部ヨリ淋疾性分泌物ノ直接ニ直腸内ニ傳播セラレルニ因ルモ、罕ニハ鶏姦ニ因リ、又時トシテハバルトリニ一氏腺膿瘍ノ直腸内ニ破開スルニ由リテ發ス。而シテ本症ハ、多クハ粘膜ノ表層ニ限局スルモ、稀ニハ稍、深キ潰瘍瘻孔ヲ生ジ、後ニ高度ノ直腸狹窄ヲ來スコト有リ。

直腸炎ノ原因

直腸炎ノ症候及經過

症候及經過 急性直腸炎ニ在リテハ、直腸内ニ於ケル灼クガ如キ間、劇甚ナル疼痛。裏急後重、括約筋及肛門舉筋ノ痙攣 (肛門痙攣) ヲ以テ主徵ト爲ス。又膀胱三角部刺戟セラレルトキハ、膀胱頸ノ痙攣性收縮ニ因リ、屢利尿困難尿淋瀝尿閉等ノ排尿障礙ヲ起シ、直腸粘膜ハ往々著シク腫脹シテ脱出シ (直腸外翻 *Ectropium recti*) 分泌物ハ始、血液ヲ混ズルコト多キモ、後ニハ純粘液性或ハ稍膿性ト爲ル。而シテ本症ハ、原因ニ由リ固ヨリ其經過ヲ異ニスル者ニシテ、單純ナル原發性炎症ニ在リテハ、多クハ八乃至十日間ニシテ漸ク治癒ニ就クモ、淋疾ノ傳染ニ基因スルガ如キ症ニ在リテハ、其經過長ク、時トシテ結腸ニかたゝるヲ傳播シ、劇甚ナル下痢ヲ來スコト有リ。而シテ急性直腸炎ハ、屢、慢性症ニ轉ズル者ニシテ、後症ニ在リテハ、縷ヲ引ク所ノ膠様粘液若クハ膿ヲ多量ニ分泌ス。殊ニ潰瘍及瘻管ヲ繼發スル者ニ於テ然リトス。此他急性症ハ、間、直腸壁ノ穿孔ヲ來シ、以テ直腸周圍蜂窠織ノ化膿ヲ起サシムルコト有リ。又かたゝる症久シク持續スルトキハ、殊ニ淋疾毒傳染ニ因ル、往々高度ノ直腸狹窄ヲ貽スルコト有リ。

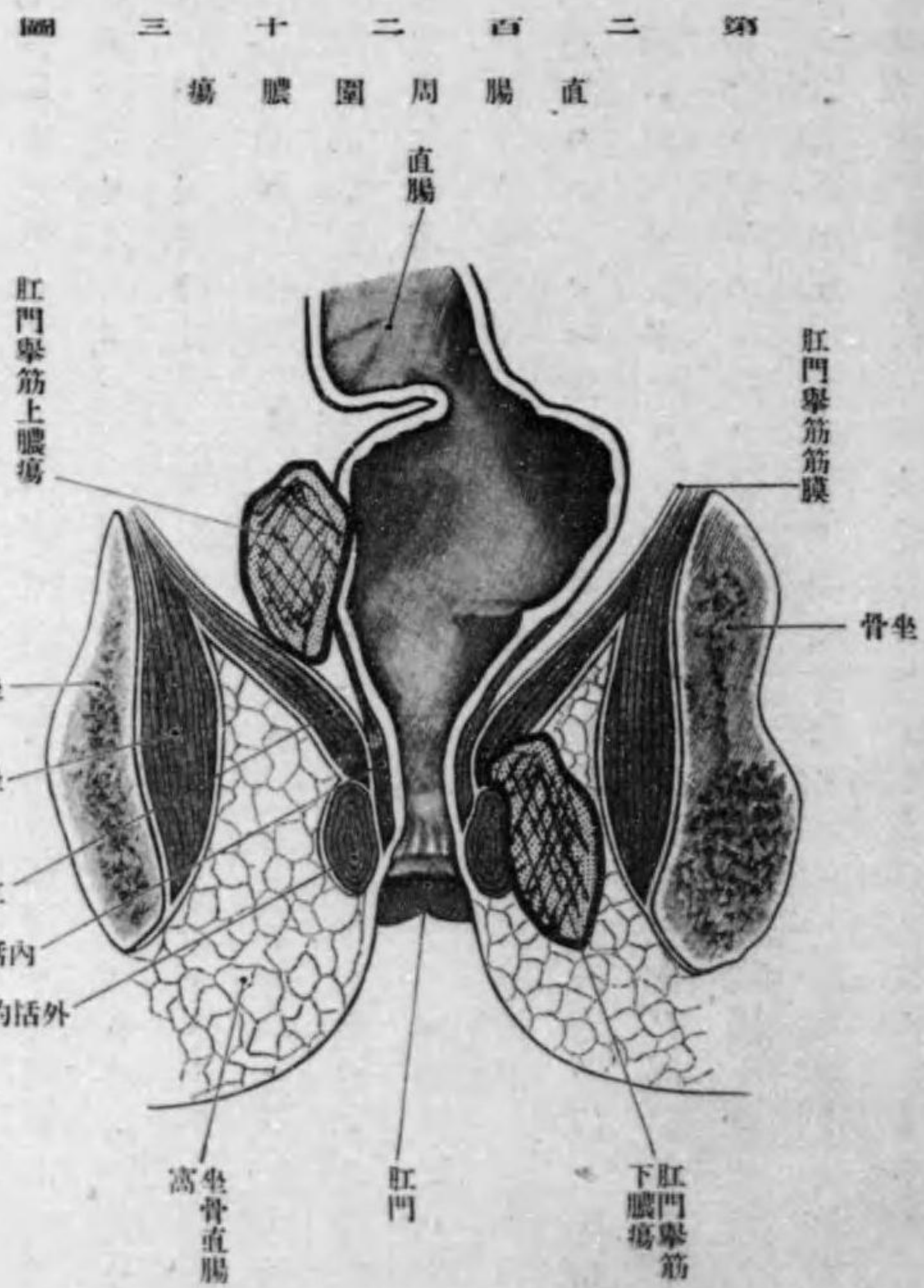
療法 主トシテ先、其病原タル刺戟ヲ除却スルニ在リ。即異物糞塊ノ如キハ、直ニ除去シ、蠕蟲ニ原因スル者ニハ、鹽類下劑ヲ與ヘ、膝肘位置ニ於テ直腸ヲ洗滌ス可シ。之ニ藥用石鹼ノ溶液 (〇・二—〇・五ト一〇〇〇ノ比例) ヲ賞用スル者アリ。又水銀軟膏ニかかを酪ヲ伍シタル者ヲ肛門内ニ插入スルヲ良トス。急性炎症ニ對シテハ、患者ヲ褥中ニ安臥セシメ (側臥若クハ俯臥ヲ良トス) 食餌ハ流動性ノモノヲ與ヘ、便秘スル者ニハ、

直腸炎ノ療法

時々蓖麻子油ヲ投ジテ軟便ヲ利セシム。又疼痛甚急後重ノ甚ダシキ者ニハ、溫坐浴ヲ命ジ、其他阿片或ハモルヒネヲ注腸シ、或ハ麻醉性坐藥ヲ用ユ可シ。又炎症ノ劇甚ナル者ニハ、肛圍ニ水蛭ヲ貼シテ緩解スルコト有リ。又直腸淋疾ニ在リテハ、さりちしる酸水過滿、俺酸加里水ふろたるこゝる水、硼酸水、硝酸銀水(三乃至四千倍)ヲ用ヒ、十分ニ直腸内ヲ洗滌スルヲ肝要ナリトス。慢性直腸炎ニハ、直腸内ニ收斂藥殊ニ硝酸銀水、結礬水、たんにん水等ノ注入ヲ行フヲ良トス。フオン・エスマルヒ氏ハ、こばいばはるさむ及てれびん油ヲ坐藥トシテ稱用セリ。此他慢性症ニ在リテハ、潰瘍、瘻孔、狹窄等ノ有無ヲ檢シ、殊ニ其微毒及結核病等ニ基因スル者ニハ、局所療法ノ他ニ、適當ナル全身療法ヲ施スヲ肝要ナリトス。

(二)直腸周圍炎 Die Entzündung des periproktalen Bindegewebes, die Periproktitis. ハ直腸周圍ニ於ケル蜂窠織ノ炎症ナリ。故ニ又直腸周圍蜂窠織炎(Die Paraproktitis)ト名ケラル。

原因 本症ハ、直腸ノ損傷及疾患、例之直腸内異物、銃創、直腸手術、直腸ノ炎症及潰瘍等ニ繼發スルコト多ク、レドモ、亦其隣接器官、殊ニ膀胱尿道、子宮、骨盤骨等ノ損傷及疾病ニ續發スル者ニシテ、局所ニ炎症ヲ特發スルハ、絶ダ罕ナリトス。而シテ直腸ハ、鬆疎ナル周圍ノ結締織ニ由リテ他部ト連續スルヲ以テ、炎症一朝直腸ヨリ其周圍蜂窠織ニ波及スルトキハ、其蔓延甚ダ迅速ニシテ、高热ヲ發シ、蜂窠織ハ忽チ化膿ニ陥リ、且腐



他ノ障礙物ヲ有セザレバナリ。是故ニ直腸周圍膿瘍ニシテ肛門舉筋ノ上部、即、該筋ト直腸壁トノ間ニ生ズルトキハ、上方ニ向テ蔓延進行スルモ、肛門舉筋ノ下部ニ生ズルトキハ、下方即、外方ノ皮膚ヲ破開シテ膿ヲ漏泄スルヲ常トス(第二十三圖)。然レドモ此膿

直腸及肛門ノ炎症性疾患(直腸周圍炎)

膿竈ヲ形成スルコト多シ。直腸周圍膿瘍(Die Paraproktitis)即、是ナリ。但、直腸周圍ニ炎症及化膿ヲ來スモ、肛門周圍ノ侵サレルハ比較的遅キ者トス。是、直腸周圍蜂窠織ハ、下方ニ向テハ會陰筋膜及肛門舉筋ニ由リテ會陰ノ皮膚ト遮斷セララルモ、上方ニ向テハ毫モ