

56  
87



始



56

87

醫學博士 弘田長監 輯

第二十篇

# 日本小兒科叢書

小兒蟲樣突起炎、腹膜炎及  
ヒルシエスプルング氏病

醫學士 井上吉之助

56-87

醫學博士弘田長監輯

第二十篇

# 日本小兒科叢書

小兒蟲様突起炎、腹膜炎及  
ヒルシスプルング氏病

醫學士 井上吉之助

大正  
5. 8. 14  
内交

目次

小兒蟲樣突起炎、腹膜炎及ヒルシスプルング氏病

小兒蟲樣突起炎	一
一 小兒蟲樣突起ノ構造	三
二 發病原因	五
三 細菌性原因	二
四 再發誘因	一五
五 病理解剖	一五
六 症候	二三
七 經過	三七
八 診斷	四八
九 豫後	五一

十 療法	五三
初生兒腹膜炎	六二
一 原因	六二
二 病理解剖	六四
三 一般症候	六五
四 症候各論	六六
五 經過及豫後	六八
六 療法	七〇
小兒急性腹膜炎	七二
一 原因	七二
二 細菌學的原因	七六
三 病理解剖	八一
四 症候	八五

肺炎菌性腹膜炎ノ症候	八七
連鎖球菌性腹膜炎ノ症候	九五
淋菌性腹膜炎ノ症候	九七
穿孔性腹膜炎ノ症候	九九
五 診斷	一〇一
六 豫後	一〇五
七 療法	一〇七
結核性腹膜炎	一一二
一 病理解剖	一一四
二 症候	一一〇
一 結核性滲出性腹膜炎	一一三
二 結核性癒著性腹膜炎	一二五
三 經過及轉歸	一三三

四 診断.....一三三

五 豫後.....一三六

六 療法.....一三八

ヒルシスプルング氏病.....一四六

一 病理解剖.....一四七

二 發病起源.....一五〇

三 症候.....一五四

四 經過及轉歸.....一六〇

五 診斷.....一六一

六 療法.....一六六

目次終

日本小兒科叢書 第二十篇

小兒蟲樣突起炎、腹膜炎及  
ヒルシスプルング氏病

醫學士 井上吉之助 著



小兒蟲樣突起炎

蟲樣突起及其周圍ニ於ケル炎症ノ研究ハ、近時多大ナル興味ト、確實ナル業績トヲ以テ著シキ進步ヲ爲シ、其原因、病理解剖及症候等凡テノ方面ニ於テ殆ンド往時ノ面目ヲ一新セルノ觀アリ。就中從來閑却セラレタル小兒ニ對スル本病ノ關係ハ、漸ク精細ニ入り、學者ノ注意スル所トナリテ、管ニ其罹病數ノ大人ニ比シテ多數ナルノミナラズ、診斷ノ困難ナルガタメ屢、小兒期ニ

小兒蟲樣突起炎

初發スル第一發病發作ノ看過セラレ、コト少ナカラザルヲ認メラル、ニ到レリ。Selter氏ニヨレバ、本病ノ兒童期ニ發スルコト遙カニ大人ノ上ニアリテ、綿密ナル検査ニヨリ輕症ノ場合ヲモ合算スル時ニハ、大人罹病數ノ約七倍ノ多キニ及ブト言フ。之レヲ以テモ本病ハ小兒ニアリテ甚ダ注意ヲ要スベキ疾患ニシテ、第一次發病時ノ誤ガ惹ヒテ後來更ニ大ナル障碍ヲ惹起セルモノ或ハ想像以上ニ多數ナルベシ。是故リ Sonnenburg, Karewski, Selter等ノ諸氏ハ蟲樣突起炎ヲ目シテ小兒疾患中重要ナルモノ、一ト爲セリ。斯ク本病ニ於ケル知見進歩ノ一端ハ、殊ニ早期手術ヲ行ハレタル場合ノ研究ニ負フ所甚大ニシテ、之レニヨリ實ニ發病早期ノ病變ヲ知り得タルノミナラズ、原因的病機ノ如何ヲ推察シ、尙死後解剖ニ附セラレタル場合ト彼此比較シテ、經過ノ變遷ヲモ明ラカニシ得タルナリ。斯クテ從來盲腸炎又蓄便性盲腸炎ナル名稱ヲ以テ現ハサレタル盲腸部附近ノ炎症ハ、今日ニ於テハ殆ド凡テノ場合蟲樣突起ニ原發スル炎症ニシテ、之レヨリ其周圍ニ及ビ、更ニ進ンデ隣接セル盲腸附近ヲ犯スニ到ルモノナルコト明瞭トナレリ。從ツテ其名稱モ正當ニ蟲樣突起炎乃至蟲樣突起周圍炎ト改メラルベキモノナ

リトス。

小兒ニ於テ殊ニ本病ニ罹ルハ兒童期ニシテ、哺乳兒ニハ極メテ稀ナリ。大人ニ比シテ著シク多數ナル理由トシテ蟲樣突起ノ構造、及其盲腸トノ接續部其他周圍ニ對スル生理解剖上ノ關係等大人ノ場合ト異ナリ炎症發生ニ好適ナル状態ヲ備フルニ因ルモノト解釋セラレ、ナリ。

### 一 小兒蟲樣突起ノ構造

小兒ノ骨盤窩ハ大人ノ其レニ比シ直立ニ近キ位置ヲ取り、而シテ盲腸ハ比較的深處ニ位ス。蟲樣突起ノ長サハ一般ニ大人ヨリモ著シク長クシテ、其大腸トノ比例 Ribbertニヨルトキハ大人ニアリテハ一ニ對シ二十ノ長サノ比ナルニ、初生兒ニ於テハ一ニ對スル十ノ比例ナリ、而シテ年齢ノ長ズルニ從ヒ其比較差小トナリ、漸次大人ノ比ニ近ヅク、故ニ小兒蟲樣突起ハ通常ノ場合ニ於テモ其先端常ニ小骨盤内ニ存ス。

蟲樣突起ノ内方ニ向ヒ屈曲セル場合ニハ、脊椎柱ト腰筋トノ間ニ成レル縦溝ノ中ニ位シ、其他盲腸連結部ノ異常及稀有ナル屈曲等ノタメ、或ハ後方腰

部ニ向ツテ走行シ、又ハ上方ニ輾回シテ盲腸ノ前面乃至側方ヲ上走スルコトアリ、且尙多數ノ場合ニ於テ小兒ノ蟲樣突起ハ其位置固定セズシテ甚ダ移動シ易シ、之レ盲腸トノ間ナル腸間膜大人ニ比シ疎ニシテ延長性ナルヲ以テナリ。

哺乳兒及幼少ナル時期ニ於テハ蟲樣突起内腔ノ盲腸ニ開口スル所漏斗狀ヲ爲シ漸次擴大ス、從ツテ糞便其他滲出液等ノ出入容易ナリ、而シテ尙ホ三年乃至十二年ノ間ニ於テ、彼ノ所謂ゲルラハ氏瓣膜ト稱スル半月様ノ粘膜褶漸次此開口部ニ當リテ發育シ來リ、之レニヨリテ一方ニハ内容物ノ排除障礙セララル、モノト認メラル。

蟲樣突起粘膜ハ非常ニ淋巴結節及腺窩(Krypte)ニ富ムモノナリ、殊ニ年齢ノ幼少ナルモノ程此等淋巴組織饒多ニシテ、腺窩ノ一部ノモノハ粘膜下組織ニ迄達シ、加之其ノ或モノハ更ニ筋肉層ニ迄及ブモノアリ、又粘膜ニハ已ニ小兒ニ於テ多數ノ成形細胞、エオデン嗜好細胞ヲ含有ス、漿液膜ハ疎ニシテ菲薄ナリ。

上記ノ如キ小兒蟲樣突起ノ長サ、其移動性、内容物ノ蓄積シ易キコト及淋巴

性濾胞腺窩等ニ富メルコト、何レモ炎症ノ發生ニ對シテ甚ダ好都合ナル素因ヲ爲スモノニシテ、多クノ傳染性物質ヲ含有スル糞便ヨリ機會ニ應ジテ茲ニ病變ヲ惹起スルニ到ルベキコト容易ニ理解サルベシ、只盲腸ヘノ開口部ハ幼少ナル者ニハ廣濶ナルヲ以テ不純物ノ容易ニ進入シ得ルト共ニ、一方ニハ滲出物等ノ排除ニモ亦頗ル好都合ナリ、然シナガラ年ノ稍長ズルニ從ヒ漸次狹小トナリ、既ニ第二年ニ到レバ其孔口ハ内腔ニ比シ、ヨリ狹隘ト爲ルモノナリ、之レニヨリテモ哺乳兒期ニハ本病ノ極メテ稀有ナルニ對シ兒童期ニ到レバ凡テノ狀況炎症ノ發生ニ便宜ニシテ俄ニ罹病數ヲ増加スルモノト認メラル。

## 二 發病原因

既ニ述べタル如ク近來臨牀的検査ノ精密及診斷上細心ナル注意ノ結果ハ小兒ニ蟲樣突起炎ヲ見ルコト少カラザルヲ知ルニ到レリ、Sommerburg氏ハ二年半乃至四年ノ間ニ最も多數認ムルト言ヒ、初生兒ト雖モ全然除外サルルモノニアラザレドモ極メテ稀有ニシテ、三年以後ニ到リテ著シク増加ス。



Heubner氏ハ三十五例中六年以下十二例(内一年乃至二年ノモノ三例アリ)六年乃至十三ノモノ二十三例ナリシト。  
 男女性ノ關係ニ就テ二三ノ統計ヲ舉グレバ左ノ如シ。

	男	女
Sonnenburg	110	17 (三十七例ノ内)
Heubner	211	14 (三十五例ノ内)
Zimmermann	34	26 (六十例ノ内)
Haist	21	17 (三十八例ノ内)

之ニヨリテ觀ル時ハ兒童ノ方少女ニ比シテ稍多數ヲ占ムルガ如キモ著シキ差異ヲ見ズ、Neuberg氏ハ八十二例ニ於テ兩者ノ數略、相半バスト言フ。  
 蟲樣突起炎ハ蟲樣突起粘膜炎ニ原發スルモノニシテ、上記ノ解剖的構造ガ第一ニ素因ヲナシ從來健全ナリシ粘膜炎ニ發生ス、其他尙素因トシテ重大ナル關係アルモノハ淋巴性體質ナリトス。  
 前ニモ述べタル如ク蟲樣突起ハ淋巴組織ニ富ム器官ニシテ、就中小兒ニアリテ著シキ發達ヲ見ルナリ、而シテ淋巴性體質乃至胸腺淋巴性體質ノモノ

ニ於テハ、全身ノ淋巴系組織ノ異常ナル發育ニ伴ヒ、蟲樣突起ニ於テ殊ニ淋巴球ノ増殖ヲ見、加之其突起甚ダ長キコト多シ、從ツテ斯カル體質ノモノニハ好ンデ本病ノ發生ヲ見ルナリ。Merklen, Bahrdt氏等ヨリ蟲樣突起炎ノ發生ニ關シテ家族的素因アリトテ、一家族内ニ同時ニ多數ノ罹病者アリト言ハレタルモノハ、恐ラク之レ淋巴性素質アル家族ニシテ同時ニ榮養其他相等シキ誘發原因ノ働キタルモノト推セラル、ナリ。  
 蟲樣突起ノ異常ニ長キコトアルモ既ニ舉ゲタリ、然ル時ニハ其内腔トノ關係不釣合ナルタメ、若シ粘膜炎ニアル刺戟ノ加ヘラレタル場合ニハ之レガ爲メ催起セラレシ分泌物ハ暫クニシテ内腔ヲ充滿シ、且他方ニ於テ粘膜炎ノ腫脹アルガ爲メニ内腔狹隘トナリ、分泌物ノ排除困難ニシテ、容易ニ障礙ヲ除去スルコト能ハズ、斯クシテ炎症ノ發生ヲ助勢スベシ。尙蟲樣突起腸間膜ノ短縮セルモノニアリテハ、之レガタメニ蟲樣突起屈折シ、從ツテ腔内通過ニ圓滑ヲ缺キ内容物蓄積ノ因ヲ爲スベシ。其他蟲樣突起ニ分布セル血行ノ不十分ナルコトモ炎症ノ發生ニ一定ノ關係アリト稱スルモノアリ。  
 本病ノ發スルニ先チ腸加答兒殊ニ大腸加答兒ヲ見ルコト少ナカラズ、即チ

下痢ノ持續セシ後ニ於テ突然發病シ、或ハ更ニ多キハ消化不良性便秘ガ誘起セル觀ヲ呈スル場合ナリトス、小兒期ニ於テハ大人ヨリモ腸胃障礙ヲ起スコト屢ナルモノナレバ從ツテ本病ヲ誘發スル機會モ亦多シト認メラル。Selter, Boas, Combe氏等ニヨルトキハ就中大腸ニ於ケル急性乃至慢性加答兒後ニ好ンデ發スルモノニシテ其際大腸ノ臚胞ノ犯サル、ト共ニ蟲樣突起ノ淋巴球又變狀ヲ蒙リ、斯クテ炎症發生ノ機會ヲ作ルモノトセラル。諸種ノ傳染性疾患ニ繼續シテ蟲樣突起炎ヲ起スコトモ亦少ナカラズ、例之「インフルエンザ」傳染性安魏那、猩紅熱、麻疹、丹毒、流行性耳下腺炎等ニ併發ス。蟲樣突起炎ト安魏那トノ間ニハ殊ニ Sahl 氏ニヨリ(密接ノ關係アルモノト唱ヘラレ、蟲樣突起ニ於ケル腺窩、淋巴球ハ咽頭扁桃腺ト全ク類似ノ構造ヲ有シ、又一方ハ口腔ニ接シ、一方ハ腸管ニ隣リ共ニ多數ノ病芽ニ絶エズ接觸シ其感染ニ暴露サレ居ルモノトス。尙安魏那トノ直接ノ關係ニ就テハ Alexander, Berghaldt, Wahl 氏等ヨリモ認メラレ居ル所ニシテ、アル場合ノ如キ短時日ノ間ニ多數罹病者アリシモノニ就キテ検査セルニ其過半数ニ於テ安魏那ノ前行セルヲ見タリト言フ。

「インフルエンザ」ニ屢、續發スルコトモ多數ノ報告アリ、小兒ニ於ケル「インフルエンザ」ハ消化器官ヲ犯スコト頗ル多ク、其腸障礙ヨリ蟲樣突起ヲ刺戟シ遂ニ蟲樣突起炎ノ成立ヲ見ルナリ。猩紅熱ノ經過中ニモ亦屢、本病ヲ發ス、Kauffmann 氏ニヨレバ猩紅熱ニ於テ扁桃腺ガ強ク炎症ヲ呈スル如ク、蟲樣突起粘膜ノ淋巴組織モ同様ナル反應ヲ呈スルモノニシテ、精査スル時ニハ多クノ場合ニ於テ多少ノ炎症變化ヲ起シ居リ、其大部分ノモノハ潜伏性ニ經過シ幸ヒ著明ノ障礙モ無ク看過セラル、ナリト言フ。

糞石ハ蟲樣突起炎ノ手術ニ際シテ多數ニ見出サル、所ノモノナレドモ、從前考ヘラレタル如ク本病ノ發生原因ニ對シテ重要ナル意義ヲ有スルモノニテハ非ザルガ如シ、即チ糞石ガ炎症ヲ惹起スルニ非ズシテ、寧ロ一度炎症アリシ蟲樣突起内ニ二次的ニ糞石ノ形成サル、コト甚ダ少ナカラザルナリ。而シテ斯ク形成サレタル糞石ハ其他ノ關係ト共ニ再發ニ對シテノ素因ヲ大ナラシムル一要素トナルナリ、換言スレバ糞石ハ本病ノ原發因ヲ爲スニアラズシテ、以後ノ經過ニ向ヒテ一定ノ意義アルモノトス。Sonnenburg 氏ハ手術ヲ行ヒシ二百例中五十有餘ニ糞石ヲ見、Reinvers ハ從來ノ文獻ヲ集録

セルニ四百五十九例中糞石アリシモノ百七十九ナリシト言フ。  
糞石ノ成生ニ就キテハ Ribbert, Brunn 氏等ハ單ニ糞塊ノ硬化シテ結石スル  
ニ到ルモノトハ認メズ、病的ニ分泌サレタル粘液性滲出物ニ糞便ノ混入シ  
テ成立スルモノナリト言フ。糞石ハ殆ド常ニ蟲樣突起ノ末端部ニ於テ見出  
サル、モノニシテ、炎症ノ爲メ突起内壁ニ肥厚ヲ起シ、又内腔ノ閉塞、屈曲等  
ノ爲メ蠕動不十分トナリ、内ニ粘液等ノ貯留ヲ來タシ之レニ糞便混入シ來  
リテ漸次硬化行ハレ遂ニ結石スルニ到ルモノナリ。而シテ糞石一定ノ大サ  
ニ達セル場合ニハ間接ニ滲出物ノ排泄ヲ妨ゲ、其蓄積セル所ニ病原菌移殖  
シ、又ハ既ニ存在セシ病原菌ハ之レニヨリテ更ニ毒力ヲ増加シ、タメニ益々  
炎症ヲ増悪ナラシムルコトアリ。  
又以前ハ糞石形成アル時ニハ之レガタメニ粘膜漸次ニ破壊サレ遂ニ之ヲ  
穿孔セシムルモノト考ヘタリシモ、最近病理組織上ノ研究ノ結果ハ糞石自  
身斯カル働キヲナスコトハ認メラレズ、却テ糞石ハ其部ノ粘膜ニ對シ多少  
保護スル作用ヲ爲スモノナリト言ハル。  
腸内寄生蟲就中蛔蟲、鞭蟲、蟯蟲等亦屢、本病發生ニ對スル原因的關係ノ如何

ニ就テ古來ヨリ種々論議サル、所ナリ、實際手術ニ際シ又ハ解剖ニ當リテ  
是等寄生蟲ヲ見出スコト決シテ少ナシトセズ、殊ニ小兒ニアリテハ最も多  
ク蟯蟲ノ存在セルヲ證明セラレ、ラインドルフ氏ノ如キハ確カニ蟯蟲ノ原  
因トナリテ小兒ニ蟲樣突起炎ヲ起スモノ屢、アット認定シ、原因トシテ輕視  
スベカラザルモノナリト云フト雖モ、又他方アシヨッフ氏ノ如キハ蟯蟲ノ存  
在ヲ以テ單ニ偶然ノ寄生ト認メ、決シテ炎症ニ對シ原因的關係アルモノニ  
非ズト云フ。尙健全ナル蟲樣突起内腔ニ何等病的異常ヲ呈セズシテ多數寄  
生シ居ルコトモ亦屢、見ル所ナリトス。  
異物ハ糞石ニ比シテ遙カニ少數ナレドモ、亦時ニ見出サル、其種類頗ル多樣  
ナリ。例之果實ノ核、釘、針、齒芽等ハ比較的多ク見ル所ナリ、然シナガラ此等ノ  
モノガ本病ノ發病ニ向ヒ原因トシテ一定ノ關係アルモノナルカハ尙疑ナ  
キ能ハズ、何レニセヨ重要ナル意味アルモノトハ認メ難シ。  
其他外傷殊ニ外部ヨリ盲腸部ヘノ打撲或ハ烈シキ運動例之バ體操、舞蹈等  
モ原因トシテ列舉セラル、コトアレドモ、是等ガ第一ノ發病原因ト爲リ得  
ルコトハ信ジ難キモノニシテ、只再發ニ向ヒテハ一部ノ誘發因トナルコト

確ニアルベク、既ニ變狀ヲ起セル蟲樣突起ニ更ニ穿孔、轉振等ヲ惹起スル機會ヲ與フルコトアルベシ。

### 三 細菌性原因

蟲樣突起炎ニ對シ從來細菌學的研究ニヨリテ得ラレタル所見ハ甚ダ多様ナリ、大腸菌、連鎖球菌、肺炎菌、假性實扶埤里菌、其他乳酸菌、惡性水腫菌、バラ肺炎菌等多數ノ細菌ハ、炎症ヲ呈セル蟲樣突起病竈ヨリ見出サレ、且培養セラレタリ、然シナガラ是等細菌ガ其各場合ニ對シテ純粹ニ原因的ニ働キシモノナルカ、即原始的ニ蟲樣突起粘膜ニ向ヒテ病機ヲ惹起シタルモノナルカニ就キテハ未ダ確實ナル證左ヲ認ムル能ハザルナリ、而シテ少ナクトモ原因的ニ意義アルモノトシテハ、發病早期ニ當リテ蟲樣突起ノ第一病竈ニ多數存在シ、且活力著シキモノナラザルベカラズ、Lubarsch氏ハ發病初期ニ蟲樣突起ヲ檢索シテ、グラム陽性ノ雙球菌及桿菌ヲ認メタリ、又一部ノ學者ハ實ニ肺炎菌、連鎖球菌及假性實扶埤里菌ヲ初期ニ於テ見タリト言フ、而シテ多數ノ學者ハ病初期ニ於テハ主トシテ嫌氣性細菌存在スルト言ヒ、Hyde

氏ノ如キハ之レヲ以テ眞ニ原因上重要ナル働キヲ爲スモノナリト稱ス、然シナガラ一方ニハ好氣性細菌モ亦初期ニ於テ見出サル、ト云フ者アルヲ以テ、結局ハ嫌氣性細菌及好氣性細菌共ニ本病ノ發生ニ向ヒテ一定ノ關係アリト見ザルヲ得ザルナリ。

斯クノ如ク其現ハサレタル所見ハ種々アリト雖モ、要スルニ發病初期ニ於テ有意味ノモノトシテ目サル、ハ重球菌ニシテ、就中連鎖球菌、肺炎菌及バラ肺炎菌等有力ナルモノト認メラル、而シテ後ニ爾他ノ細菌ノ之レニ附加スルモノトス、大腸菌ノ如キハ甚ダ多數ノ場合ニ見ルモノナリト雖モ、新鮮ノ場合ニハ寧ロ少數ニシテ、後ノ經過ニ於テ大ニ繁殖シ、尙之レヨリ重大ナル障礙ヲ起シ得ベキモノナリ。

是等細菌ノ蟲樣突起ニ達スル徑路ニ就キテハ二途ヲ考ヘラル、一ハ腸管内ヨリ直接之レニ移行スルモノニシテ、他ハ血行ニヨリ遠隔ノ所ヨリ之ニ轉移シ來ルモノトス、Smith氏ガ本病ヲ以テ安魏那ト密接ノ關係アリト唱ヘテヨリ其病原菌ハ血行ニ入りテ蟲樣突起ニ到達スルトノ說アリ、然シナガラ又嚥下サレタル病原菌ガ漸次腸管ヲ通リテ蟲樣突起ニ到ルトモ言ハル。

Libman 氏ハ五十例ニ就キテ其血液ヲ検査セルニ凡テ無菌性ナリシト言ヒ、  
 Heile 氏ハ犬ニ就テ人工的ニ扁桃腺ヨリシテ血液感染ヲ起サシメシガ蟲樣  
 突起ニ炎症ヲ起スニ到ラザリシト報ズ。斯クノ如ク血行徑路ニ就キテハ尙  
 少ナカラザル疑點ノ存在スルモノニシテ、理論上ハ設置キ實驗上確實ナル  
 證明ヲ未ダ認メ得ザルナリ。

其故ニ細菌ハ主トシテ腸管即チ盲腸ヨリ直チニ蟲樣突起内ニ進入スルモ  
 ノト考ヘラル、尙或ハ既ニ蟲樣突起内ニ存在セシ細菌ノアル機會ニヨリテ  
 活動性ニナル場合モアリ得ベシ、即蟲樣突起ニ或ル機械的障礙アリテ分泌  
 物ノ排除不十分トナリ、其ノ腔内ニ貯留スル場合ニハ今迄單ニ潜在セシ細  
 菌ハ俄ニ勢力ヲ得、急速ニ増殖シ、且一方粘膜ニ加答兒性變狀ヲ起シ、又循環  
 關係ノ變化等何レモ細菌ノ發育ニ好餌ヲ給與シ、益々勢ヲ張ルニ到ルナリ、  
 就中蟲樣突起末端部ハ其基部ニ比シテ遙カニ淋巴組織ニ富ムノミナラズ、  
 不平均ノ充血アリテ、細菌ノ移殖及發育ニ頗ル好都合ナル狀況ニアルヲ以  
 テ、多數ノ急性蟲樣突起炎ノ初期ニ於テハ、其末端屈曲セル部分ニ最初炎症  
 ヲ起シ、且ツ初メニハ屢此部ニ限局セラレ、健全部ニ對シテ明劃ナル輪廓ヲ

呈スルコトアリ。

#### 四 再發誘因

第一發病發作ヲ經過シタル場合(或ハ無意識ノ中ニ)ハ、假令輕症ノ加答兒  
 性突起炎ナリトモ内腔ノ狹窄乃至閉塞等多少ノ變狀ヲ殘スモノニシテ、多  
 數ノ場合ニ於テハ更ニ周圍ニ炎症ノ及ブヲ以テ、其一度治癒ノ轉歸ヲ取リ  
 シ蟲樣突起ニ屢、屈曲其他異常ナル位置ヲ來タシ、又ハ癩痕組織、糞石ノ形成  
 等ヲ見ルナリ。然ル場合ニハ是等ハ何レモ容易ニ再發ノ素因トナルモノニ  
 シテ、食事ノ不攝生、腸胃障礙、過劇ナル運動、外部ヨリノ衝動等誘因トナリ發  
 病シ、斯クノ如クシテ再三再四繰リ返ヘスコトアルベキナリ。

#### 五 病理解剖

蟲樣突起炎ノ最初ニ於ケル發病發作ハ既ニ言ヘル如ク常ニ蟲樣突起ニ原  
 發スルモノニシテ、多クハ突起ノ末端ニ近キ部分ニ始マリ、先粘膜皺ニ當リ  
 上皮細胞ノ表面性破潰アリ、且濾胞ニハ單純ナル發赤及腫脹ヲ認メ、淋巴細

胞ニ富メル纖維素性滲出物ヲ以テ充タサル、粘膜及粘膜下組織ハ新ラシキ淋巴細胞ノ浸潤アリテ、多少浮腫狀ニ腫脹ス。斯カル變化ハ發作ノ起リシ約一時間後ニ見ル所ニシテ臨牀上所謂單純性蟲樣突起炎 (Appendicitis simplex) ト稱セラレ、輕微ナル場合ニシテ、幸ヒニモ萬一病變茲ニ停止シ、且退行スルニ於テハ殆ド後ニ變狀ヲ遺スコトナシニ全ク治癒シ得ベキモノトス。此レヨリ更ニ病機ノ進行スル時ニハ、粘膜溝ニ相當シテ破壞作用ヲ及ボシ之レニ表在性ノ淺キ潰瘍ヲ形成ス、而シテ此部ノ突起壁ハ漿液膜ニ到ル迄全部強キ細胞浸潤起リテ肥厚シ、蔓延性炎症ヲ呈ス、又腔内ニハ漿液性滲出アリテ、後ニ纖維性ノ滲出ヲ見ル、即單純潰瘍性蟲樣突起炎 (Appendicitis phlegmonosa-ulcerosa simplex) ノ變化ニシテ、發病後約二十四時間以内ニ起ス變狀ナリ。若シ此時期ニ於テ治癒ニ向フ場合ニハ、其表在性潰瘍ニ相當シテ癩痕組織ヲ形成シ、粘膜皺襞ハ互ニ癒著シテ突起ノ内腔ニ狹窄乃至閉塞ヲ起スニ到ルベシ、然ル時ニハ之レガ爲メニ屢、再度ノ發病ヲ誘起シ、遂ニ慢性ノ經過ヲ取ルコトアルベシ。

上記潰瘍ガ尙深ク進入シ、又周圍ニ炎症擴ガリ、或ハ膿瘍ヲ形成スルコトアリ (Appendicitis phlegmo-ulcerosa gravis s. destruens)。然ル場合ニハ其深キ膿瘍ニ相當シテ高度ノ狹窄、閉塞等ヲ起シ、又周圍ニハ結締組織ノ沈著ヲ見ル、而シテ最後ノ時期ニ到リテハ此ノ深在性潰瘍ハ壞疽性トナリ、遂ニ穿孔ヲ起スニ到ル (Appendicitis gangraenosa s. Perforativa)。Kretz 氏ハ轉移性ノ發生ニ就キテ説ヲ爲シ、或ル傳染性疾患ニ際シ殊ニ連鎖球菌ガ淋巴濾胞ノ中心芽ニ近ク移殖發育シ、血管壁ニハ壞死ヲ起シ、且周圍組織ニ出血シ、又ハ破壞ヲ及ボシ、斯クテ梗塞様病竈ヲ形成ス、若シ之レニテ病機ノ停止スル場合ニハ、癩痕組織ヲ殘シテ治癒ニ赴ケドモ、更ニ増悪スル場合ニ於テハ膿瘍ヲ形成シ、此ノモノ最後ニ或ハ内腔ニ又ハ外ニ破潰穿孔スルニ到ルナリト言フ。

炎症ガ單純ニ蟲樣突起ノ粘膜上ニ止マルコトハ甚ダ稀有ニシテ、一般ニハ容易ニ漿液膜ニ炎症波及シ、之レヨリ更ニ隣接セル腹膜ヲ犯スニ到ルモノナリ。漿液膜ハ他ノ層ト淋巴系及血管系ニヨリテ密接ニ連絡セルヲ以テ、粘膜ニ稍、強度ナル炎症起ルニ當リテハ漿液膜モ勢ヒ免カル能ハザルモノトス、尙然シナガラ病初期ニ於テ一時ノ刺戟症狀ヲ認ムルコトアリ、殊ニ小兒ニ於テ臨牀上初メニ壓痛アル鼓狀ノ腹部膨滿ヲ呈スルコトアレドモ、之ハ

間モナク消退スルモノニシテ、眞ニ炎症ヲ起セル場合ニ於テハ、外壁ニ漿液纖維性ノ滲出物ヲ現ハシ、又周圍腸管壁ニモ沈著シ、蟲樣突起ヲ中心ニ圍繞シテ限局セル滲出性炎ヲ現ハスナリ。此ノ滲出液ハ時ニ單ニ反應的ニ出現ス、然ル時ニハ一般ニ無菌性ニシテ、治癒ニ際シテ全ク吸收サル、ニ到リ、或ハ盲腸其他ノ部分ト癒著ノ媒介ヲ爲シ、屈曲ノ位置ノ異常等ヲ將來スルコトアリ、然シナガラ又屢、細菌性ノ滲出液アリテ其活力ノ程度ニ從ヒ多少ノ範圍ニ腹膜炎ヲ起シ、更ニ化膿性炎症ヲ呈スルコトアリ。

蟲樣突起壁ニ形成サレシ膿瘍ガ外方ニ穿孔スル場合ニ於テハ、屢、既ニ前以テ周圍ニ結締織性癒著アリシ所ニ於テス、而シテ穿孔ノ大サ及性状ニヨリテ其影響スル所一様ナラズ、斯クノ如クシテ更ニ構成セラレタル所謂蟲樣突起周圍膿瘍ハ多クノ場合粘稠ナル膿ニシテ、黃色乃至黃褐色ヲ呈シ、時ニ屢、絮狀物ヲ浮遊シ、惡臭ヲ放ツ、若シ同時ニ血管ノ破綻アル時ニハ血膿樣ノ滲出ヲ見ルベシ、然シナガラ周圍ニ尙癒著等ヲ起サザル早期ニ破潰スル時ニハ直チニ腹膜炎ヲ惹起シ、急速ニ重篤症狀ヲ起スベシ。

癒著ノ爲メ囊狀ニ限局サレシ膿瘍ノ位置ハ或ハ腹膜内ニ存スルコトアレ

ドモ、寧ロ多クノ場合ニハ腹膜外ニ位置ス、而シテ之レヨリ二次的ニ腹膜ヲ犯スコトアリ。腹膜外膿瘍ハ時ニ結腸ニ沿フテ上方ニ轉ジ、或ハ腎臟ヲ圍繞シ、又ハ肝臟縁ニ達シ、更ニ其上面ニ到リテ横隔膜下ニ膿瘍ヲ現出スルコトアリ。其他下方ニ向ヒテハ腸骨筋ニ沿フテ降下シ鼠蹊韌帶ニ達シ、其直上ニ隆起ヲ起ス、或ハ又更ニ深部ノ筋層ヲ破リテ腸骨窩ニ達スルコトアリ。

腹膜内ニ位スル場合ニアリテハ蟲樣突起ノ位置ニヨリ、又前以テ癒著等アルタメ、其他尙盲腸ニ異常ノ變位アル等種々ノ關係ニヨリ膿瘍ノ位置モ亦頗ル多様ナリ。通常ノ蟲樣突起ノ位置ニ於テハ盲腸ノ後壁ヨリパウヒン氏瓣膜ノ約一横指下方ニ存在スルヲ例トス、之レヨリ或ハ内方ニ向ヒ小骨盤ニ赴キ、多ク右小骨盤腔ニ占居スレドモ、時ニ左側ニ在ルコトアリ、又盲腸ノ前方ニ於テ腹壁トノ間ニ表在性ニ現ハル、ヲ觸知シ得ルコトアリ、若シ膿瘍ガ盲腸後方ニ在ル場合ニハ一般ニ盲腸前面ニアルモノヨリハ稍、高ク位シ時ニハ腎臟附近ニ到レルコトアリ。

斯クノ如ク膿瘍ハ其位置ノ頗ル多様ナルノミナラズ、大サニ於テモ各場合ニヨリ種々異ナリ、而シテ多クハ單一ナレドモ、時ニハ數個存在シ、或ハ内ニ

隔膜形成セラレテ多房ニ別タル、モノアリ。  
 化膿竈漸次増大スルニ當リテ、アル程度迄ハ逐次新タニ増殖スル結締織ノ  
 タメニ保護セラル、ト雖モ、一方隣接器官ニ對シテ壓迫障礙ヲ及ボシ、又之  
 レヲ包圍セル癒著結締織ノ彈力漸次減退シ遂ニハ其一部ニ破壊行ハレ  
 之レヨリシテ周圍ニ穿孔スルニ到ルベシ、其穿孔ヲ起ス方面ハ各場合ニヨ  
 リテ一定セズ、若シ腹壁ニ癒著アリテ之レヨリ外方ニ穿孔スル場合ハ最モ  
 單純ニシテ、最初先皮下ニ稍、硬度ノ波動ヲ呈スル隆起ヲ起シ、恰モ蜂窠織炎  
 ト同ジ外觀ヲ呈スルナリ、斯クテ膨隆ハ漸次増進シ其極度ニ到リテ破潰シ  
 惡臭アル又屢、糞臭ヲ帶ブル膿ヲ排泄スベシ。  
 腸管内ニ向ヒテ穿孔スル場合ニアリテハ盲腸ニ破潰スルモノ他ニ比シテ  
 遙カニ多數ナリ、又膿瘍小骨盤腔ニアル時ニ於テハ直腸内ニ穿孔スルコト  
 アリ、而シテ小腸ニ向ヒ穿孔スルコト最モ稀ナリ、其穿孔ハ或ハ一個所ニ於  
 テシ、時ニハ數個ノ破潰口ヲ見ル、斯クシテ若シ全部或ハ大部分ノ膿ヲ排除  
 セラレタル場合ニハ、之レヨリ自然治愈ニ赴クコトナキニ非ズ、然シナガラ  
 又其穿孔部開口セルタメニ腸内容ノ流入シテ更ニ腐敗症ヲ起ス危險アリ。

其他稀有ナレドモ、膀胱ニ穿孔シ、且十分ニ排膿アリテ治愈セル例ヲ聞ク、膀  
 胱壁ハ一般ニ筋肉層ニ富ミ、又一方ニハ尿ノ常ニ貯溜シ來ルヲ以テ開口部  
 閉鎖サレ易ク、排膿十分ニ行ハレザルコト多シ、而シテ他方ニハ之レガタメ  
 ニ膀胱加答兒ヲ起スヲ例トス、尙又、ドーグラス腔ニ下降セル膿ノ腔ニ破潰  
 セル例アリ。

危險ナルハ血管壁ヲ犯ス場合ニシテ、靜脈ニ及ンデハ其内膜ニ變化ヲ起シ  
 血栓ヲ形成シ、之レヨリ化膿性栓塞トナリテ遠方ニ流送サレ、或ハ肺ニ轉移  
 性硬塞ヲ起スコトアリ、動脈ノ犯サル、ハ靜脈ヨリ遙カニ少ナケレドモ、之  
 レガタメニ著シキ出血ヲ見ルコトアリ。

蟲樣突起膿瘍ノ穿孔ヨリ急性ニ汎發性腹膜炎ヲ惹起スルコト少ナカラズ、  
 殊ニ小兒ニ於ケル急性腹膜炎ノ多數ノモノハ蟲樣突起炎ノ原因ニヨリテ  
 發スルモノトス、就中危險ナルハ其早期ニ於テ蟲樣突起ニ生ゼシ化膿竈ヨ  
 リ直接ニ腹腔内ニ破潰シテ急性腹膜炎ヲ起ス場合ナリ、或ハ之レニ先チ癒  
 著形成アリテ、先ヅ蟲樣突起周圍膿瘍ヲ作り、一定ノ増大ヲ見、之ヨリ更ニ二  
 次的ニ穿孔シテ腹膜炎ヲ起ス、前者ノ場合ニ於テ殊ニ劇烈ナルハ壞疽性蟲



樣突起炎ニ續發スルモノニシテ、單時日ノ經過ニ於テ、時ニハ既ニ二十四時間前後ニ死亡ノ轉歸ヲ取ルモノ多シ、斯カル場合ハ敗血性腹膜炎ノ症ニシテ、開腹スルモ僅ニ少量ノ血液漿液性ノ滲出物ヲ見ルニ過ギズ、加之稀レニハ殆ド滲出液ヲ缺如スル場合アリ。

蟲樣突起周圍ニ形成サレシ膿瘍ノ腹膜腔ニ穿孔セル場合ニハ、之レニ含有スル細菌ノ毒力ノ程度、膿ノ分量及穿孔ヲ起セシ潰瘍ノ性状如何ニ從ヒ、多少輕重ノ差アル化膿性腹膜炎ヲ起ス、壞疽性潰瘍ヲ生ジ之ヨリ毒性強キ膿ノ破裂セルモノニアリテハ、腐敗膿性ノ滲出液ヲ生ジ、豫後不良ナル敗血症ヲ起スニ到ルベシ、然シナガラ又穿孔ヲ起スコトナクシテ膿瘍ノ反應トシテ廣ク腹膜ニ漿液纖維性炎症ヲ發シ、次デ之ヨリ化膿性ニ轉ズル場合アリ。穿孔アリテモ必ズシモ直チニ急激ナル化膿性腹膜炎ヲ起スモノト定マラズ、時ニハ纖維膿性炎トシテ比較的緩慢ナル經過ヲ取ルモノアリ、斯クノ如キハ毒性ノ弱キモノ、又ハ膿分量ノ少ナキ場合ニ見ル所ニシテ、此際穿孔部周圍ニ限局シテ膿性炎症ヲ呈シ、他ノ腹膜部分ハ病變ノ輕微ナルコトアリ、其他膿ノ一定ノ部位ニ限局貯溜シ或ハ化膿性炎症全腹膜ニ互ルモノ内臟諸

器ハ悉ク結締織性癒著ヲ以テ包圍サレ其間數個所ニ散在シテ膿瘍ヲ形成スルコトアリ。

併發症トシテ肋膜炎ニ炎症ヲ起スコト少ナカラズ、既ニ單純性蟲樣突起炎ニ於テ漿液性肋膜炎ヲ起スコトアリ、此際殆ド常ニ右側ニ限ラル、又膿瘍ノ肝臟表面ニ轉移シ來リ、橫隔膜下膿瘍ヲ形成セル場合ニ於テハ、其刺戟トシテ之ニ接セル肋膜腔ニ漿液性滲出ヲ見ルコトアリ、又更ニ之ヨリ化膿ニ赴クモノアリ、其他一般腹膜炎ニ隨伴シテ現ハレ、殊ニ若シ膿ノ橫隔膜ヲ破潰スル場合ニ於テハ、限局性化膿性肋膜炎ヲ生ズベシ。  
其他肺臟、肝臟ニ膿瘍ヲ併發シ、又轉移性ニ心臟內膜炎、腦膜炎、腦膿瘍或ハ脾臟、腎臟ニ膿瘍ノ發生ヲ見ルコトアリ。

### 六 症 候

蟲樣突起炎ノ症狀ハ大人ニアリテハ通例定型的ノ發作トシテ、明ラカニソレト診定シ得ルコト多シト雖モ、斯カル場合ノ多クハ其再發々作ニシテ、原發性蟲樣突起炎ハ主トシテ小兒期ニ於テ現ハレ、或ハ少ナクトモ春機發動

期前後ニ發スルヲ例トス、而シテ小兒ノ原發性炎中殊ニ多數ニ見ル所ノ單純性蟲樣突起炎ハ其症狀ノ不備ナルノミナラズ、小兒ノ訴フル所ハ大人ト異ナリ、正鵠ヲ指示スルコト少ナキヲ以テ、屢或ハ單ニ腸胃加答兒ト看做サレ又ハ胃性熱發ト目セラレ、週期性嘔吐ト信セラレ、斯クテ兎モ角アル經過ノ下ニ臨牀上治療ノ轉歸ヲ取ル場合少ナシトセズ、尙時ニハ排尿時疼痛アルタメ泌尿器ニ於ケル障礙トシテ看過スル場合無キニ非ズ、斯クノ如クシテ第一發病發作ハ他疾患ノ診斷ノ下ニ處置セラル、コト多ク、而シテ其經過シタル後ニ於テハ多少ノ變狀ヲ殘遺スベキコト免カレ難キ所ナルヲ以テ、之ガ因トナリ後來更ニ著明ナル發作トシテ現ハルベキモノナリトス、然シナガラ又既ニ記載シタル如ク、單純性蟲樣突起炎ノ輕度ナル間ニ治療シタル場合ニアリテハ、少シモ之ニ異狀ヲ殘サズ、殆ンド常態ニ復歸シ得ベキコトアルヲ以テ、早期ニ當リテ十分注意シテ適當ノ處置ヲ施シ、以テ將來再發ノ禍因ヲ除去スベキコトハ就中兒科醫ノ留意スベキ點ナリトス。

反之小兒ニ於テモ亦初メヨリ十分著明ナル症狀ヲ以テ發スル場合アリ、發病ハ多數ノ場合廣キ又ハ狹キ意味ニ於ケル消化器障礙ノ經過中ニ於テシ

或ハ其後ニ續發ス、其他安魏那麻疹、インフルエンザ、猩紅熱等急性熱性疾患ニ併發スルコト少ナカラズ、其初發徵候ハ通常腹痛ニシテ假令症候ノ不完全ナル場合ト雖モ必ズ見ル所ノモノナリ、屢、遊戲中又ハ食事中突然腹痛ヲ訴へ、直チニ遊戲ヲ中止シ、或ハ箸ヲ置キ、同時ニ傍ニ伏臥シ、其際好シク疊又ハ蒲團ニ腹部ヲ當テ、或ハ兩脚ヲ屈シテ腹ニ附著シ、元氣ヲ失ヒ、皮色蒼白トナル、斯カル場合ニ小兒ヲ檢診スルモ尙客觀的ニハ何等異常ヲ認メ得ザルヲ常トス、體溫尋常ニシテ、脈搏モ大差ナク、腹部ニ於テ未ダ特ニ限局セル病變部ヲ觸知シ得ズ、故ニ只一般痙痛發作ト異ナル所ナシ、然シナガラ斯カル場合ニアリテモ小兒稍、年長セルモノナル時ハ比較的限局セル部分ニ疼痛ヲ訴フルコト少ナカラズ、就中盲腸部位ヲ示スコト多ク、其他或ハ臍部ノ附近、時ニハ反對ニ左腹部ニ訴フルコトアリ、尙屢、排尿ニ當リテ疼痛アルヲ叫ブコトアリ。

斯クノ如ク自發疼痛ヲ訴フレドモ、腹部ヲ壓迫スルニ未ダ銳敏ナル部位ノ不明ナル場合少ナカラズ、之レニハ小兒ノ感覺ノ不確實ナルニ因ルモノアリト雖ドモ、亦疼痛ノ一過性ニ經過シ、間隔ヲ置キテ反復シ來ルコトアル

タメナリ、故ニ正確ニ壓痛部ノ存在ヲ判斷シ難シ、然シナガラ斯ク不定ナル腹痛ノ發作性ニ繰リ返ヘシ現ハレ、或ハ尿ノ理學的所見ノ全ク陰性ナルニ拘ハラズ排尿毎ニ疼痛ヲ訴フル場合ノ如キニ遭遇セバ、特ニ本病ノ潜在如何ニ就キテ注意ヲ拂フ必要アルモノトス。

腹痛ト同時ニ其疾患ノ程度ニ從ヒ多少ノ腸胃症狀アリ、食慾不振、噯氣、嘔吐及便通ノ不規則即便秘結又ハ下痢アリ、尙之ト前後シテ多クノ場合多少ノ發熱ヲ起ス、斯クテ後、腹部ニ膨滿、緊張ヲ起シ更ニ盲腸部ニ當リ或ハ其附近ニ限局セル抵抗部ヲ觸知シ得ルニ到レバ、其症狀全ク顯著ナルモノトス。

小兒期ニ於ケル原發性蟲樣突起炎ハ症狀ノ不定ナルノミナラズ又頗ル多樣ナリ、而シテ臨牀上ノ輕重ハ常ニ必ズシモ病理解剖上ノ變化ト平行スルモノト限ラズ、解剖上壞疽性蟲樣突起炎アルニ拘ハラズ、其症狀ノ比較的輕微ナルコトアリ、尙ホ解剖上重キ穿孔性蟲樣突起炎ノ治療轉歸ヲ取レル所見ニ向ヒ之ヲ既往症ニ尋ヌルニ單ニ一過性ノ輕微ナル下腹部病感ノアリシニ過ギザリシ例アリ、反之臨牀上甚ダ烈シキ症狀ヲ呈セル場合手術ニヨリテ取り出サレタル蟲樣突起ニハ唯極メテ輕度ノ變化ヲ認メ得タルノミ

ナルコトアリ、加之手術ノ結果ハ時ニ健全ナル蟲樣突起ノ切除セラレ、場合アリト言ハル。

局處症狀

(一) 自發疼痛 腹痛トシテ自發的疼痛ヲ腹部ニ訴フルコト每常見ル所ナレドモ、其現出ノ模様ハ一律ナラズ、多クノ場合ハ初發徵候トシテ今迄健全ナリシ小兒ニ或ハ遊戲中又ハ食事中ニ突然發シ、且暫クノ間隔ヲ以テ發作的ニ反復シ、痙痛様ニ襲フト雖モ、時ニハ殆ド疼痛ヲ感ゼシメザル如キ場合アリ、只此際年長ノ小兒ニアリテハ腹部ニ於ケル重感、又ハ牽引サル、如キ、或ハ刺スガ如キ感覺ヲ訴フルコト屢ナリ、自發疼痛ノ不明ナルハ一般ニ單純性蟲樣突起炎ノ輕度ナル場合ヲ多シトスレドモ、又時ニハ潰瘍性ノモノ、尙突起周圍ニ炎症ヲ起スニ到リタル場合ニ於テモ疼痛ヲ缺クコトアリ。

疼痛ノ顯著ナル場合ニハ幼少ナル兒ニ在リテモ多ク發作性ニ之ヲ發シ、其發病初期ニアリテハ一樣ニ腹部全體ニ互タリテ疼痛ヲ訴ヘ或ハ屢、胃部、臍窩上方ニ之ヲ感ズレドモ、後次第ニ右下腹部ニ偏在シテ訴フルヲ例トス、サレド斯ク限局セル場合ニアリテモ必ズシモ盲腸部ニ一定スルモノニ非ズ

或ハ臍附近ニ、其他横行結腸部、胃部等ニ訴フルコトモ少ナカラズ、殊ニ幼少ナルモノ程自發痛ノ存在不定ナリ、而シテ既ニ蟲樣突起周圍ニ炎症ヲ惹起シタル場合ニ於テハ、疼痛上方ニ又ハ下肢ニ向ヒテ放射スルコトアリ、尙又身體ノ運動殊ニ腹部ニ衝動ヲ與フルトキ例之咳嗽、嘔吐ニ當リテ疼痛ヲ増スコト多シ、其外蟲樣突起ノ位置深ク小骨盤内ニ存在シ之ニ炎症ヲ發シタル場合ニハ膀胱ノ充滿サレタルトキ、又ハ排尿、便通ニ際シテ疼痛ヲ訴フ。自發疼痛ノ強弱ハ又必ズシモ病理的變化ノ輕重ニ平行スルモノニ非ズ、又斯クノ如キ疼痛ハ急性腸胃加答兒ノ場合下痢、嘔吐等ニ伴フテ現ハル、コトアルモノナレバ診斷ニ當リテハ尙他ノ客觀的症狀ヲ主トシテ參照セザルベカラズ。

(二) 壓迫疼痛 ハ最モ重要ナル一徵候ニシテ、其典型的ナル場合トシテハ腹部ヲ觸壓スルニ右側下腹部ニ於テ臍ト腸骨前上棘トノ中間即所謂マック、ブルチー氏點ニ疼痛アリ、其強弱ハ場合ニヨリ種々アリト雖モ每常之ヲ認メ、假令他ノ症狀ヲ缺如スル場合、例之バ自發疼痛ノ不明ナルノミナラズ、無熱ニシテ脈搏尋常、又腹部ニモ特ニ膨滿ヲ見ザル時ニアリテモ、綿密ニ之ヲ檢

診スル時ニ於テハ必ズ壓痛點ノ存在スルヲ認ムベシ、若シ客觀的所見ニ於テ此腹部壓痛點ヲ缺如スルカ、或ハ小兒甚ダ幼小ナルガタメニ壓迫疼痛ノ確カニ認識シ得ザル場合ニ於テハ其診定ハ尙不確實ナリト言ハザルベカラズ。

發病初期ニハ屢、鼓脹アリテ腹部ヲ觸診スルニ到ル處ニ痛ミヲ訴フルコトアリ、此場合ニアリテモ就中壓痛ノ強キ部位ヲ盲腸部附近ニ認メ得ルコト多シ、既ニ蟲樣突起周圍炎ヲ惹起セル場合ニアリテハ必ズ觸診ニヨリ限局シテ強キ壓痛部ヲ認ムベシ、又多クノ場合ニ蟲樣突起ニ相當セル皮膚ハ知覺過敏ニシテ、其著シキ場合ニアリテハ殆ド腹部ヲ十分觸診シ得ザルコトアリ、然シナガラ時ヲ經テ知覺過敏ノ減退シタル時之ヲ視レバ特ニ患部ニ當リテ壓痛ノ強キヲ確認シ得ベシ、ブルムベルグ氏ハ患部ヲ壓迫シ居ル間ヨリモ其手ヲ離シタル瞬間ニ於テ特ニ疼痛ヲ感ズルモノナリト言フ。

壓痛點ハ常ニ必ズシモマック、ブルチー氏點ニノミ存スルモノニ非ズ、殊ニ病初ニ於テ其所一定セザルコト多シ、小兒ニアリテハ屢、小骨盤内ニ蟲樣突起存在スルタメ從ツテ壓痛部位モ著シク下方ニ深在シ、肛門ヨリ指頭觸診ニ

ヨリテ初メテ限局セル疼痛部位ヲ認メ得ルコトアリ。  
 化膿性乃至腐敗性蟲樣突起周圍炎等重篤ナル場合ニアリテハ又從ツテ強  
 キ疼痛ヲ起スヲ常トシ、殆ド手ヲ以テ腹壁ヲ壓迫シ能ハザルコトアリ、然シ  
 ナガラ尙極メテ重症ナル場合ニアリテハ或ハ震盪症ノ爲メ又ハ急速ニ敗  
 血症ヲ起シテ痛覺ノ減退セルガタメ却テ疼痛ヲ訴ヘザルコト稀レニアリ。  
 一般ニ小兒ハ其感覺ヲ發表スルニ必ズシモ正鵠ヲ示スモノニ非ザルヲ以  
 テ、壓痛部ノ検査ニ當リテモ一概ニ其言フ所ヲ信ズル能ハズ、腹部ノ觸診ノ  
 傍ヲ其顔貌乃至動作ヲ窺フテ眞ニ疼痛ヲ感ズル局所ヲ推知スルコト肝要  
 ナリ。

(三) 腫瘍ノ形成 多數ノ場合ニ於テ壓痛アル抵抗物ヲ認ム、或ハ索狀トシテ  
 又ハ隨圓形ニ、尙單ニ周圍境界ノ不明ナル抵抗トシテ觸知ス、然シナガラ時  
 ニ腫瘍形成ノ認メザルコトアリ、就中急性發作ノ初メニ於テハ屢、尙肥厚セ  
 ル蟲樣突起ヲ觸知スルニ到ラズ病機ノ慢性經過ヲ取ルニ及ンデ漸ク索狀  
 等トシテ明ラカニ認メ得ベシ。  
 腫瘍ノ部位ハ一般ニ右腸骨窩即盲腸部ニアルヲ例トスレドモ、既ニ位置異

常アリテ蟲樣突起末端ガ盲腸窩ニ存セズシテ深ク小腸ノ間ニ固定サレア  
 ル時、又ハ小骨盤内ニ潜在セル場合ニ於テハ、唯深所ニ不正確ナル抵抗トシ  
 テ觸知シ得ルニ過ギズ、斯ク其小骨盤内ニ轉位セル場合ニアリテハ直腸ニ  
 入レタル指頭ト、腹壁ヨリノ觸診ニヨリテ多クハ右側ニ腫瘍ヲ尋テ得ベク  
 之ヲ壓スルニ疼痛ヲ訴フベシ。

蟲樣突起周圍炎ヲ惹起セルモノニアリテハ、常ニ明ラカニ腫瘍ヲ認メ得ル  
 ナリ、此際屢、發病一二日ノ後ニ於テ最モ著シク現ハル、且純粹ニ蟲樣突起ノ  
 ミ犯サレタルモノニ比シテ稍、大キク境界又不明瞭ナルヲ例トス。

重症ナル壞疽性乃至穿孔性蟲樣突起炎ニ於テハ、時ニ限局セル抵抗ヲ見ズ  
 シテ、廣ク下腹部殊ニ右側ニ偏シテ緊張アル膨滿ヲ呈シ、又ハ全腹ニ互ルコ  
 トアリ、就中穿孔性ノモノニ於テハ其滲出物ノ位置如何ニ應ジ、若シ盲腸ノ  
 後方ニ潜在シ、或ハ深ク下方ニ存在スル場合ニアリテハ、又明劃ナル腫瘍ト  
 シテ觸知シ難シ。

腫瘍ノ形成ハ單純ナル場合ハ單ニ肥厚セル蟲樣突起自身ニ因ルモノニシ  
 テ、尙之ニ滲出物膿等ノ貯溜シ膨脹セル場合ニハ卵圓形ノ腫瘍トシテ現ハ

レ、更ニ周圍ニ炎症ヲ起セル場合ニアリテハ漿液性浸潤ニヨリテ稍、廣キ濁音界ヲ現出スベシ、又一時糞塊ノ停滞シ之ガタメニ腫瘍トシテ觸ル、コトアリ、斯クノ如キハ便通アリタル後ニハ直チニ消失スベシ。

穿孔性蟲樣突起炎ノ腫瘍ガ單一ナル膿瘍ト異ナルハ、其波動ヲ呈セザルニ於テモ明ラカニシテ、膿中多クノ纖維素ヲ混在セル外、肥厚セル癒著組織及ビ腹膜、腱膜ニ於ケル浸潤等之ガ基礎ヲナスモノニシテ、稍、時ヲ經過セル場合ニアリテハ更ニ腹筋ノ一部ニ浸潤アリテ腫瘍ノ形成ニ參加スルコトアリ。

腫瘍ノ大小モ亦疼痛ト同ジク疾患ノ輕重ト全然一致スルモノニ非ズシテ一ニ之ヲ以テ豫後ヲ測知シ得ベキモノニ非ズ、深所ニアル腫瘍ハ外界ヨリ明知シ難キコトアルハ既ニ述ベタルガ如シ。

(四)腹部ノ膨滿及緊張 發病第一日ニ於テハ屢、刺戟症狀ノ爲メニ腹部全般ニ強キ鼓脹ヲ呈シ、爲メニ初メニ十分盲腸部所見ヲ觸診シ能ハザルコトアリ、然シナガラ斯カル初期刺戟ニヨル鼓脹ハ通例間モ無ク減退スルモノナルヲ以テ、ヤガテ眞ノ症狀ヲ認メ得ルニ到ルベシ、一般ニ單純性蟲樣突起炎

ニアリテハ腹部全般ノ膨滿ハ著シカラザルヲ常トスレドモ屢、尙右下腹部ニ偏シテ膨滿ヲ呈シ、又患部ニ相當セル部位ハ常ニ多少ノ度ニ於テ緊張アリ、之レ主トシテ腹筋ノ反射的緊縮ニヨルモノニシテ、腫瘍其他限局セル抵抗部ヲ認メ難キ場合ニアリテモ、特ニ盲腸部ニ偏在シテ緊張ヲ呈スルハ見逃シ難キ點ナリトス。

既ニ蟲樣突起周圍炎ヲ起セルモノニアリテハ每常多少ニ拘ハラズ膨滿アルモノニシテ、又腹筋ニハ反射的緊張ヲ見ル。穿孔性蟲樣突起炎ニ於テハ其突起壁ニ破潰アリタル後、數時間ニシテ膨滿著明ニ現ハレ、尙數日ニ互リテ存在ス、若シ又其周圍比較的廣キ範圍ニ傳染性炎症ヲ起シタル場合ニアリテハ腹膜炎ニ見ルガ如キ高度ノ膨滿ヲ呈シ、肝臟濁音界ハ消失シ、且強度ノ緊張ヲ起スベシ。

(五)嘔吐 嘔吐ハ好ンデ病初ニ現ハル、モノナリ、サレド單純ナル蟲樣突起炎ニテハ屢、嘔吐ヲ缺ク、然シナガラ少ナクトモ食欲不振ニ伴フテ惡心アルヲ常トス、突起周圍ニ炎症ノ及ベル場合ニアリテハ輕症ト雖モ嘔吐、嘔氣ヲ缺如スルコト殆ドナシ、更ニ腹膜ニ稍、廣キ炎症ヲ惹起シタル場合ニ到リテ

ハ嘔吐持續シテ現ハレ、烈シキ場合ニハ極メテ少量ノ食餌ヲ嚙下シテモ直チニ嘔吐ヲ催起ス。

嘔吐ノ直チニ休止スルカ、或ハ持續スルカ、又ハ一旦止ミタルモ後ノ經過ニ於テ更ニ現出スルカ等ノ關係ハ病症ノ經過及ビ豫後ヲ定ムル上ニ重要ナル點ナリトス、嘔吐烈シクシテ糞樣物ヲ吐出スルニ到レルハ麻痺性吐糞症ヲ起セルモノニシテ、豫後モトヨリ不良ナルベク、其他血液ニ由來スル咖啡殘渣物ヲ吐出スルモ亦危險視スベキ徵候ナリトス。

(六) 便通 蟲樣突起炎及ビ其周圍炎ニ於テ多數ノ場合ハ便秘ニ傾クヲ例トス、殊ニ病初ニ於テ然リトス、サレドモ亦小兒ニアリテハ下痢ヲ見ルコト大人ニ比シテ遙カニ多シ、病初第一日、第二日頃ニ於テ嘔吐ノ傍ラ下痢アルコト小兒ニハ決シテ少ナシト言フヲ得ズ、以後ノ經過ニ於テ普通便ヲ排泄スルニ到ルハ一般ニ良好ナル徵ニシテ、下痢ノ持續シ、或ハ一旦止ミタルモノ更ニ現ハル、ガ如キハ平滑ナル轉歸ヲ取ルモノト認ムルヲ得ズ。

一般症狀

全身ニ於ケル障礙ハ局所ニ於ケル變狀ト相俟チテ、疾患ノ輕重竝ニ轉歸ヲ

推定スル標準トナル所ノモノニシテ、特ニ重要視スベキモノナリ、例之局所ニ明瞭ナル症狀ヲ呈スルト共ニ、體溫更ニ上昇シ、脈搏頻數、其他一般症狀ノ増加スル傾向アル場合ニハ炎症ハ蟲樣突起ニ止マラズシテ、尙進ンデ周圍ニ蔓延セルコトヲ推察シ得ベシ。

發熱ノ程度及ビ熱型ハ各場合ニヨリ一定セズ、殊ニ小兒蟲樣突起炎ニ對シテ發熱ハ重大ノ價值ヲ有スルモノニ非ズ、屢、輕熱ニテ經過スルコトアルノミナラズ、時ニハ殆ド發熱不明ナルコトアリ、然シナガラ一般ニハ中等度ノ熱候ヲ以テ現ハレ、屢、頭痛ヲ訴フ、又稀レニハ著シキ高熱ヲ以テ發病スルコトアリ。

脈搏ノ性狀及ビ數ハ反之特ニ注意ヲ拂フベキモノニシテ、他ノ症狀ヲ參照スル傍ラ之ヲ以テ經過ノ不良ヲ決定スベキ指南針トナルモノナリ、一般ニ其搏動數増加シ、有熱、無熱ニ拘ハラズ頻數トナリ、重症ナルモノニハ一分間百二十乃至百四十ヲ算スルコトアリ、痙痛ノ發作ニ當リ又ハ腹膜炎ノ起ラントスル時ニハ脈搏ノ緊張小ニシテ、或ハ遲徐ニ或ハ頻數トナル、尙此外ニ、チアノーゼ現ハレ、四肢ノ厥冷等ヲ起スハ屢、震盪症ノ徵ニシテ、又傳染ノ

強度ナルコトヲ示スモノナリ。  
 顔貌ハ輕症ノ單純性蟲樣突起炎ノ場合ニハ殆ド常ト異ナラズ、周圍ニ炎症ヲ起シ又ハ重篤炎症アルモノ程不安ニシテ苦痛アル外貌ヲ呈シ、鼻唇溝深クナリ、舌ハ乾燥シテ厚キ苔ヲ被ムリ、鼻尖端厥冷シ、冷汗ヲ催ス、最モ重症ナル場合ニハ所謂ヒボクラテス氏顔貌ヲ呈スルニ到ルベシ。  
 意識ノ障礙ハ疾患ノ程度ニ從フモノニシテ、炎症ノタメ腹膜血管ニ血液貯溜セラレ、其結果腦ニ貧血状態ヲ起スニ起因スルモノト解セラル、他ノ一般症狀ト共ニ狀況ノ判斷ニ資スベキモノトス。  
 クルシュマン氏ガ本病者ノ血液ヲ検査シテ常ニ白血球ノ増加アルヲ認メテヨリ、之マタ缺クベカラザル一所見トシテ特別ノ意義ヲ有スルモノトナレリ、氏ニ從フ時ハ通例二乃至三萬ヲ算スルモノトス、若シ反之白血球ノ數減少スルカ、或ハ増加アリテモ極メテ輕微ナル場合ニ於テハ、之レ惡性經過ヲ取ルモノニシテ、屢、腹膜炎ヲ起シタルモノニ見ル所ナリ、故ニ他ニ重篤ノ症狀アリテ且血液中白血球ノ數減少セル場合ハ其豫後不良ナリト認定シテ可ナリ、爾後ノ經過ニ於テモ亦白血球ノ増減ハ脈搏、體溫等ト相俟テ豫後

ヲ推定スル標準トナルベシ。

### 七 經過

蟲樣突起炎及ビ其周圍炎ハ上記ノ如ク病症ノ多樣ナルノミナラズ、經過モ亦決シテ一律ナラズ、發病第一ノ發作ハ其經過頗ル輕微ナルコト多キガタメニ屢、單ナル腸胃障礙トシテ看過サル、ナリ、然シナガラ又外觀上輕症ト判斷シタルモノニ於テ不測ニモ不良ナル經過ヲ呈スル場合アリ、或ハ又初メヨリ險惡ニ現ハレ全然重篤ナル状態ノ下ニ終始スルモノアリ。  
 單純性蟲樣突起炎及ビ輕度ノ蟲樣突起周圍炎ニ於テ、多クノ良好ナル經過ヲ取ル場合ニアリテハ數日ノ中ニ既ニ症狀減退ノ傾向ヲ示ス、體溫四五日ニシテ降下シ、脈搏又之ト同時ニ、或ハ尙先キニ其數ヲ減ズ、局所病變ニアリテハ自發疼痛先去リ、腫瘍乃至抵抗物ハ漸次ニ縮小シ、之ニ對スル壓迫疼痛モ亦減退ス、尙排便、排尿時ニ疼痛ヲ伴ハザルニ到リ、一方消化不良症調節セラレ、之ガ爲メニ腸内ノ瓦斯等排除セラレテ腹部ノ膨滿モ去リ、一般症狀局所變化相共ニ輕快シ、遂ニ治癒ニ赴クベシ。



然シナガラ是等比較的輕症ノ場合ニアリテ、臨牀上大體ニ治愈ノ轉歸ヲ取リシモノニ於テモ、病理解剖上ニハ尙多クノ場合急性炎ノ過ギ去リシ後ニ肉芽性病變ヲ殘シ、壁ノ肥厚、內腔ノ狹窄等ヲ起シ、其結果滲出物、糞塊等ヲ貯溜シ、或ハ癒合ニヨリテ屈曲ヲ起スコトアルガタメニ、既ニ無熱トナリテ一般症狀ノ輕快シタル後ニ於テモ尙綿密ニ検査スル時ニハ索狀樣ニ肥厚セル蟲樣突起ヲ觸知シ得ルコト少ナカラズ、或ハ稍、限局セル腫瘍形ノ抵抗物トシテ認メ得ベシ、是等ハ稍、強ク壓迫スル時ニハ尙疼痛ヲ感ジ、其他盲腸部ヲ強ク運動セシムル時、又腸内ノ著シク充滿セル等ノ時ニモ亦疼痛ヲ發スルコトアリ、若シ又癒著性萎縮及ビ癩痕ガ腸間膜ニモ波及セル場合ニハ神經ヲ牽引シテ時々疼痛ヲ發スルコトアリ、斯クノ如キ狀態ニ於テ數週乃至數月ヲ持續シ、漸次縮小シ遂ニハ全ク吸收セラレテ消失シ、全治ニ赴クコトアリ、サレド他方ニハ又此基礎ノ上ニ或ル機會ニ際シテ突然ニ急性發作ヲ誘導シ、再發トシテ發病時ヨリモ更ニ顯著ナル徵候ヲ以テ現出スルコト甚ダ屢、見ル所ナリ。

化膿性炎症ニシテ直接蟲樣突起ヨリ其周圍ニ向ヒ侵襲スル場合ニ於テ、時

ニハ化膿病機間モ無ク停止シ、且漸次吸收セラレテ全ク消失スルニ到ルコトアリ、即比較的重篤ナル症狀ヲ以テ發病シ、顯著ナル局所症狀ニ伴フテ弛張性熱型ヲ呈スル場合ニ於テモ、時トシテ短時日ノ後ニ體溫降下シ、其他ノ症狀從テ快方ニ赴クコトアルナリ、然シナガラ其多クノ場合ニアリテハ化膿ハ一定ノ程度迄進行シ、膿瘍ヲ形成スルニ到ルモノトス、然ル時ニハ症狀ハ發作ニ引キ續キ更ニ減退スルコトナク、炎性腫瘍ハ漸次其大サヲ増加シ、疼痛モ亦加ハリ、熱ハ尙持續シ間歇性又ハ弛張性熱型ヲ呈シ、屢、之ニ惡寒、戰慄ヲ伴フ、サレド發熱ハ必ズシモ每常高度ニ現ハル、ト一定セズ、稀レニハ大ナル囊狀化膿竈ヲ形成セルニ拘ハラズ全然無熱ニ經過シ、又ハ却テ常溫以下ノ體溫ヲ呈スル場合モアリ、反之脈搏ハ每常必ズ頻數ニシテ且小ナリ尙一般症狀ハ多少強ク犯サル、モノトス。

膿性滲出物ノ量ハ場合ニヨリ種々異ナリ、時ニハ唯少量ニ過ギザルコトアリ、又反對ニ頗ル多量ニ見ルコトアリ、此際ニハ或ハ骨盤腔ニ降りテ膀胱周圍ヲ滿タシ、更ニ左腹腔ニ及ビ、又ハ直腸ノ附近ニ到ル、或ハ之レト反對ニ上方ニ向ヒテ移行シ、腎臟後方、肝臟下部ニ到達スルコトアリ、而シテ若シ多量

ノ膿性滲出物ノ小骨盤ヲ充滿スル時ニ於テハ神經幹ヲ壓迫シテ疼痛ヲ發シ或ハ知覺異常ヲ起シ、尙腸骨靜脈ヲ壓シテ下肢ニ浮腫ヲ起スコトアリ。更ニ以後ノ經過ニ於テ膿瘍ノ取ルベキ運命トシテ、若シ之ニ人工的排除ノ途ヲ講ゼズシテ自然ニ放置シタル場合ニ於テ、稀レニハ徐々ニ吸收行ハレ著シキ、障礙ヲ起スコトナシニ縮小スルコトアリ、然ラザル時ニハ自ラ他ニ破潰ノ途ヲ求ムルカ、或ハ長時ニ互リテ膿瘍ノ存在スル爲メニ全身ニ惡液質ヲ將來シ、尙其他ノ併發症ヲ惹起スルニ到ルベシ。

膿瘍ヲ人工的ニ切開シ、排膿ヲ行ハザル場合ニ於テ、自潰排膿ヲ起ス方向ハ種々ニシテ或ハ腸管内ニ、又ハ膀胱、腔腔へ、時ニハ腹壁ヲ通ジテ直接外ニ破裂スルコトアリ、之ニハ殊ニ比較的抵抗少ナキ臍窩ヨリスルコト多シ、腸管又ハ膀胱内へ破潰スル場合其穿孔ノ大ナル時ニハ多量ノ膿短時間ノ中ニ便通又ハ尿ト共ニ排泄セラレ、屢之ト同時ニ熱候急速ニ下降シ、局處ニ於テ今迄觸知シ得タル腫瘍ハ突然ニ消失スルニ到ルベシ、且之ニヨリ全部ノ膿ノ排除サレ、又穿孔部周圍ニ於テ他ニ炎症ヲ及ボサマルニ於テハ、一般症狀モ良好トナリ、早ク治療ヲ見ルコトアルベシ、反之穿孔ノ小ナル場合ニ於テ

ハ排膿短時間ニ行ハレズ徐々ニ少量宛便、尿ニ混入シテ出ズルヲ以テ、茲ニ排膿アルヲ認メ難キコト多シ、同様ニ腫腸モ漸次縮小シ行キテ突然消失スルガ如キコトナシ、斯クテ膿瘍ノ腸管又ハ膀胱トノ間ニ瘻管ヲ形成シ、幸ヒ治愈ノ轉歸ヲ見ルモノニアリテモ前者ノ如ク短時間ニ行ハル、コトナク、且多クノ場合自潰ニヨレルコト認メ難シ、尙後者ノ場合ニハ其經過中更ニ他ニ障礙ヲ起スコト頗ル多シ。

膿瘍ガ癒著ナキ腹腔内ニ破潰スル場合ニハ直チニ一般腹膜炎ヲ起スベシ、兼テ觸知セシ腫瘍ノ消失スルト共ニ、速カニ著シキ鼓腸ヲ起シ、烈シキ腹痛ヲ訴へ、嘔吐頻發シ、明ラカニ急性腹膜炎症狀ヲ呈シ、遂ニ虚脱ニ陥ルベシ。

其他小兒ニ於テハ既ニ極メテ早期ニ急性腹膜炎ヲ發スルコトアリ、之レ壞疽性蟲樣突起炎ニ際シテ小兒ハ大人ニ於ケルヨリモ早期ニ滲出液ヲ來タスコト少ナク、從ツテ癒著ノ未ダ起ラザル所ニ早ク穿孔ヲ起シ、腹膜全般ニ急性炎症ヲ發シ重篤ナル症狀ノ下ニ多クハ不幸ナル轉歸ヲ取ルベシ。

稀レニ最モ激烈ナル經過ヲ取ルモノアリ、初メヨリ險惡ナル症狀ヲ以テ突發シ局處ニ於ケル病變モ著明ニシテ間モ無ク震盪症狀ヲ起シ、之ニ續テ直

チニ一般敗血症狀ノ下ニ急速ニ死ノ轉歸ヲ取ル、或ハ一方ニ腹膜炎ヲ起シ又肋膜肺臟ニ轉移性化膿炎ヲ發シ、腹腔靜脈等ニ靜脈炎等ヲ起スコアリ。

以下症例三四ヲ列舉シ經過ノ一端ヲ示サ

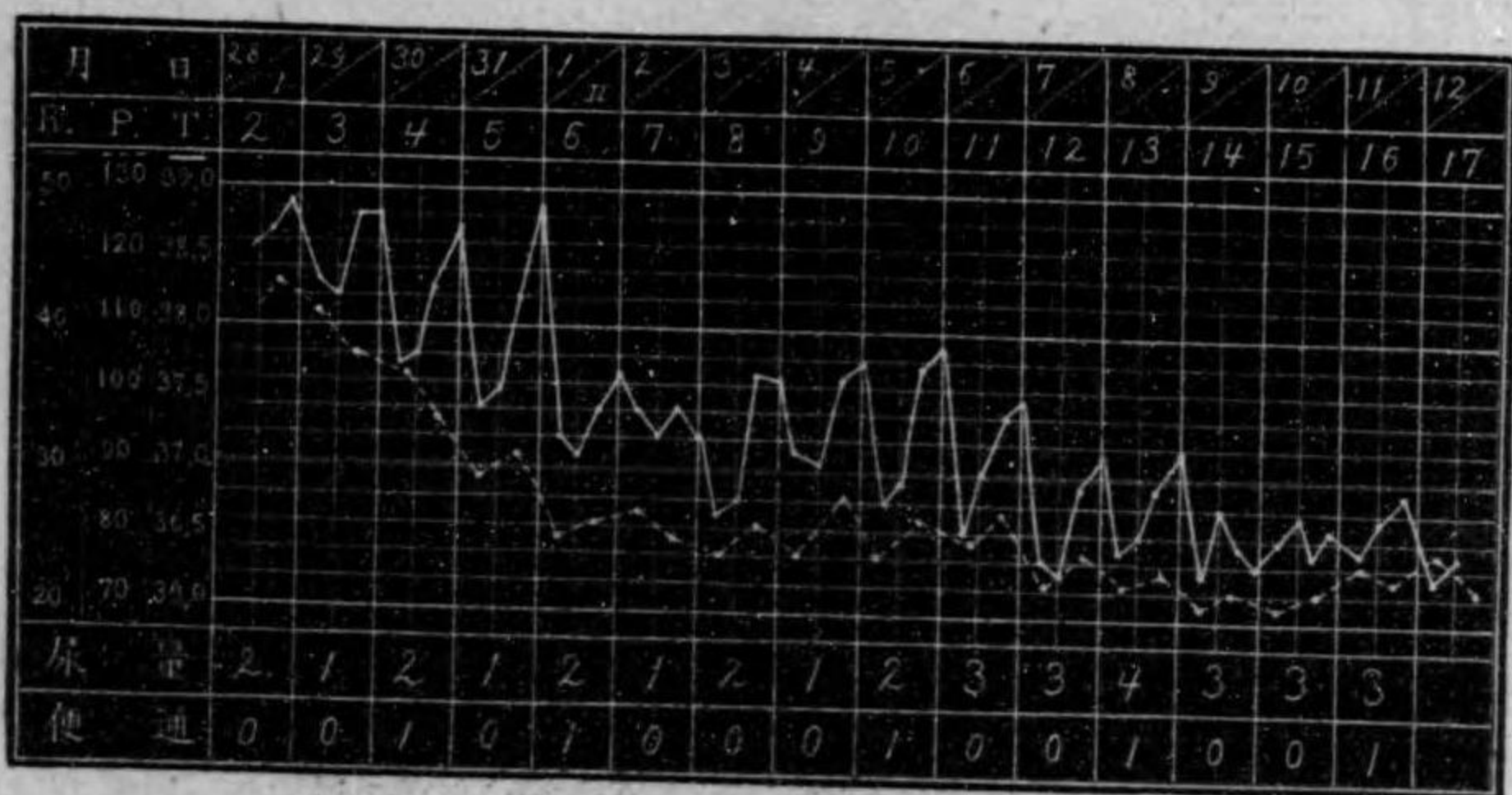
住〇 男兒 十三年

一月二十七日、兒ハ下腹部ニ疼痛アルヲ訴ヘ食慾不振、倦怠アリ、嘔吐無ク、便一回アリ、翌二十八日入院ス。

入院時ノ所見ハ腹部下半一般ニ緊張シ、膨滿ハ著シカラズ、下腹部皮膚ニ知覺過敏アリテ觸診甚ダ困難ナリシモ、右側下腹部ハ就中緊張強ク盲腸部ニ當リテ約手掌大ニ濁音界ヲ認メタリ、當時體溫三十八度七分、脈搏百二十至、舌ニ白苔ヲ被リ、扁桃腺兩側共稍、腫大シ輕度ノ發赤アリ、尿意不良。

二十九日、三十日熱候持續ス、下腹部ハ尙著シ

圖 一 第



ク緊張シ壓痛強シ、サレドモ其大部分ハ皮膚ニ感覺銳敏アルタメノ反射的疼痛ナルガ如シ、尿利尙不良、尿中輕微ノ蛋白ヲ證ス。圓壻ヲ見ズ。

二月一日體溫稍、降ル、脈搏八十至、腹部ノ緊張減少シ腹壁軟トナリ、觸診ニ好都合トナレリ、即右腸骨窩ニ當リテ斜メニ走行セル索狀ノ抵抗物ヲ觸知ス、壓迫スルニ疼痛アリ、サレド強カラズ、黄色泥狀便一回自然排泄アリ。

三日ヨリ午前中常溫トナリ、午後輕度ノ發熱アリ、サレドモ漸次下降ス一般症狀著シク良トナリ食慾増進ス、食餌ハ最初牛乳六十瓦宛一日五回與へ、爾後隔日位ニ一回量約二十瓦宛ヲ增量ス、其後便ハ秘結シ、時々灌腸ニヨリ軟便ヲ出セリ。

盲腸部ノ抵抗ハ漸次日ヲ追フテ縮小シ十日頃ニハ殆ド其影ヲ没セリ。

吉〇 男 三年六ヶ月

九月十五日入院之ヨリ先十一日突然發熱三十九度ヲ示シ、腹痛ヲ訴フ、嘔吐ナシ、便ハ一回下劑ヲ用ヒラレ通痢アリシモ其後秘結ス、熱ハ三十八度乃至三十七度四、五分ノ間ヲ往來ス、入院時ノ所見ハ顔貌稍、苦悶狀ヲ呈シ、腹部膨滿シ、中等度ノ緊張アリ、臍部ヨリ右腸骨窩ニ向ヒ斜メニ下方ニ向ヘル長圓形ノ抵抗ヲ觸知ス、打診上濁音アリ、咽頭粘膜炎發赤シ、舌乾燥シ、白苔ヲ被ル、體溫三十八度七分、脈搏小ニシテ百十五至ヲ算ス。

局部ニハ「イヒチオール」ヲ塗布シ、冰囊ヲ貼ス、内服トシテ鹽里母、阿片丁幾(二日ニ三滴)及一方ニ「ヂガレーン」ヲ與フ、此日黃綠色ノ泥狀下痢便二回アリ、榮養ハ等分稀釋乳トシ一日五十五瓦宛一日五回トス。

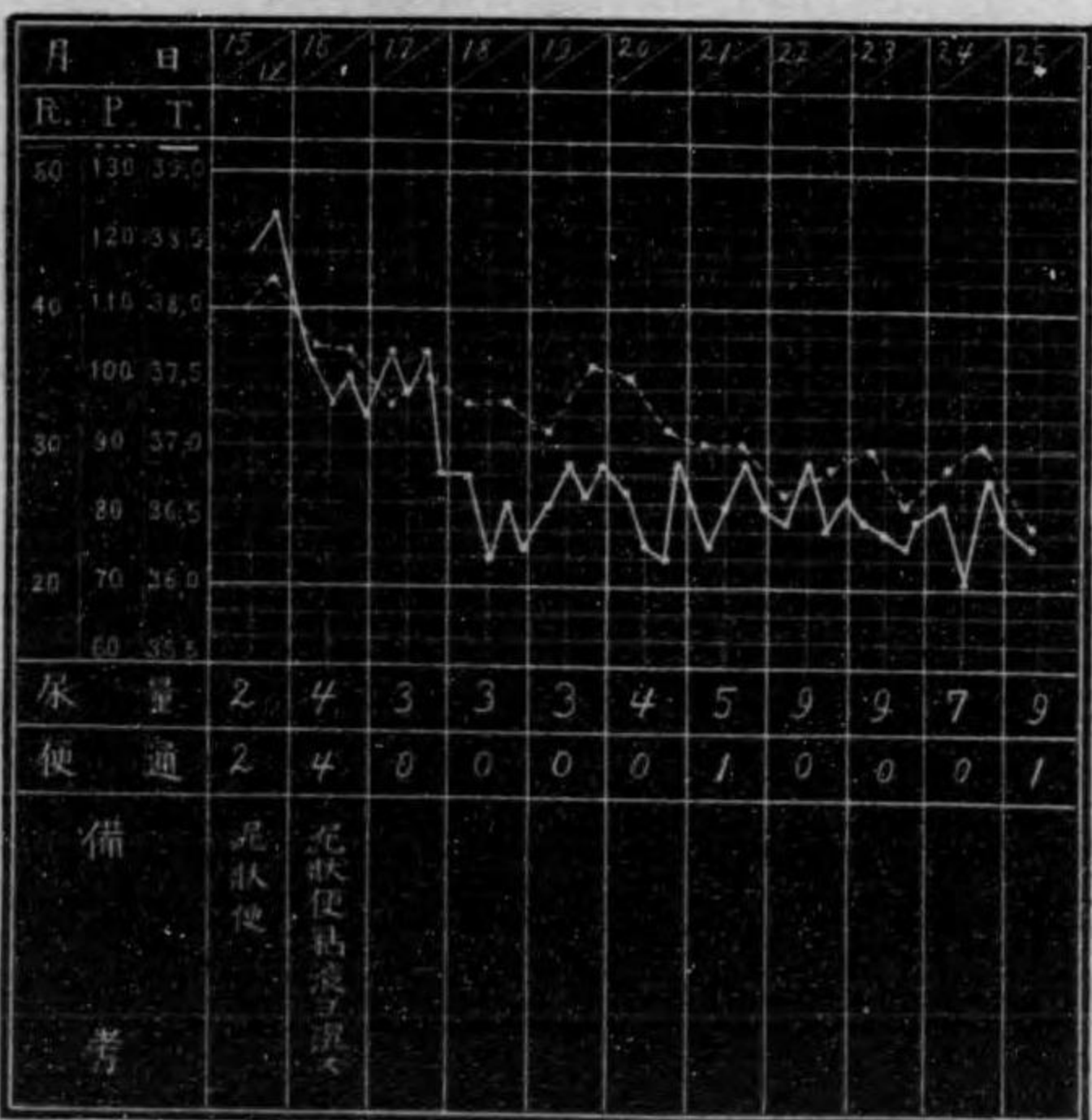
十六日體溫三十七度二分乃至六分、脈搏百〇五、顏貌良トナル、盲腸部ニ於ケル腫瘍ハ其右端境界稍、不明トナリ縮小ス、少許ノ粘液ヲ混ゼル泥狀便四回アリ嘔吐ナシ

尿中蛋白ヲ證ス、(ズルフ)、並ニヘルレル氏法陽性、檢鏡上少數ノ赤白血球ヲ見ル、圓塔無シ。

十八日體溫常溫ニ降り、脈百至、腹痛殆下ナク食慾良トナリ牛乳一日量四百三十瓦ヲ攝取シ便秘結ス。

十九日、無熱、腹部ノ膨滿著シク減少シ、腫瘍ノ限界一般ニ不明トナリ右腸骨窩ニ多少ノ抵抗ヲ認ムルニ過ギズ、壓痛僅カニ存ス、(阿片丁幾ノ内服ヲ止ム)。

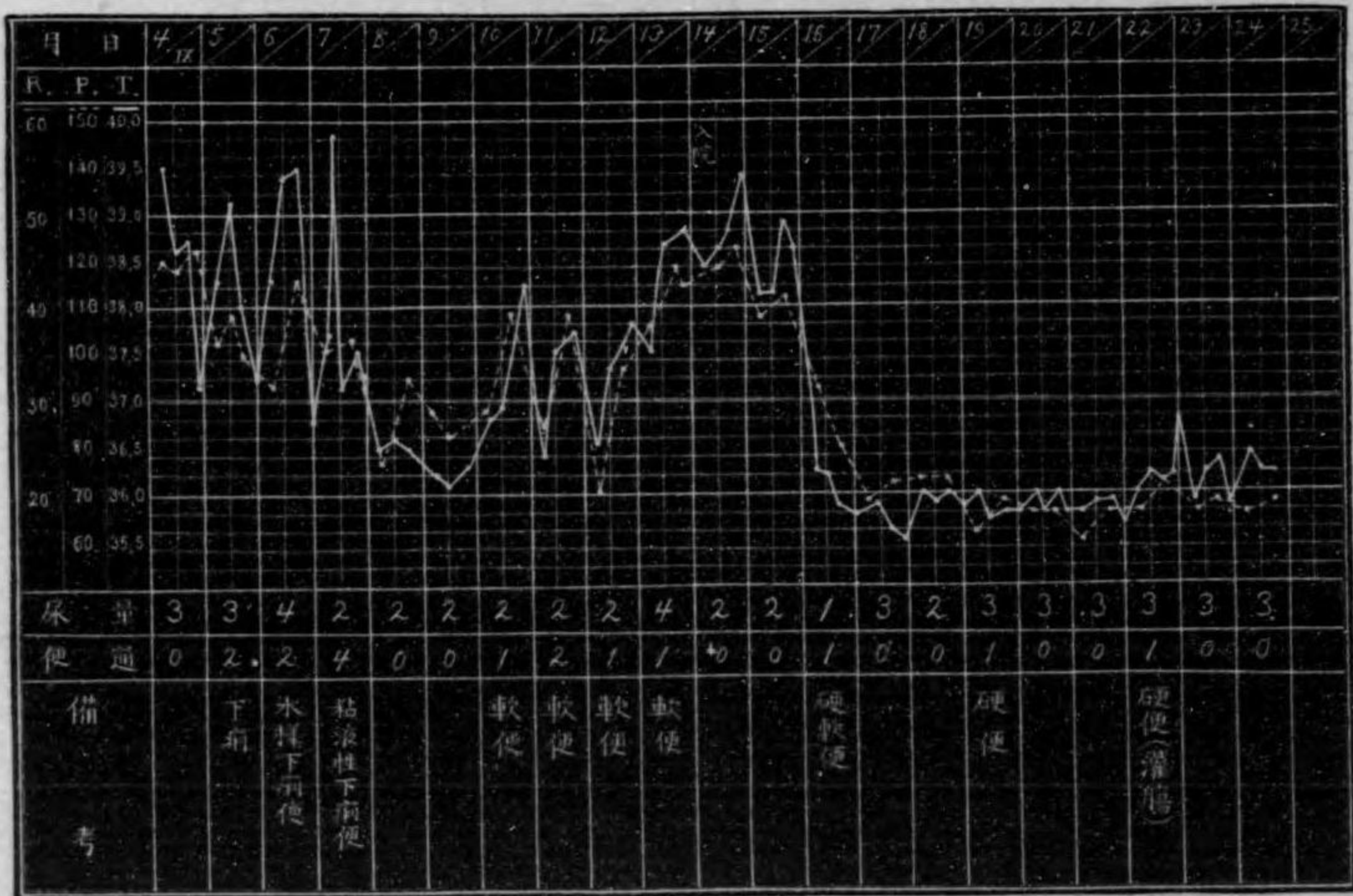
圖 二 第



二十三日ニハ腹部ノ局所病變觸診ニテ不明トナル、二十七日迄ハ尙流動食ノミヲ供シ、二十八日ヨリ「オマジリ」ヲ始メ漸次粥ニ向ヘリ。

吉〇 女兒 八年七ヶ月  
九月四日腹痛ヲ訴ヘ、發熱三十九度五分アリ、熱ハ弛張性ニシテ七日迄續キ、六日ニ水様下痢二回アリ、七日ニハ下痢四回アリ、腹痛ハ主トシテ下腹部ニ存シ、兩側ニ訴フ、八日體溫常溫ニ降り、九日同ジク無熱ナリシモ十日夜ニ入り更ニ熱發シ、三十八度二分ニ昇リ、十三日ニハ三十八度八分ニ到リ十四日入院

圖 三 第



ス、便ハ一日一二行軟泥狀ナリ、入院時體溫三十八度六分、脈百二十至、舌輕度ノ白苔ヲ被ムリ、腹部一般ニ膨滿シ、緊張ハ強カラズ、右腸骨窩ニ小兒拳大ノ圓形ナル抵抗ヲ觸知ス、壓迫ニヨリ疼痛ヲ訴フ、一般症狀ノ犯サル、コト輕微ナリ、局處ニハ冰囊ヲ貼シ、阿片丁幾ノ内服、榮養ハ三分ノ二稀釋乳トシ一回百二十瓦宛トス、此夜體溫三十九度四分ニ昇ル。

十五日、體溫最高三十八度九分、脈搏百十至、便秘結ス、自發疼痛殆ド去リ、抵抗部ニ於ケル壓痛存スレドモ以前ヨリハ著シク輕減ス、腫瘍ノ境界著明ナリ、尿利不良ニシテ、尿中微量ノ蛋白及、インデカンヲ證スル外異常ヲ見ズ。

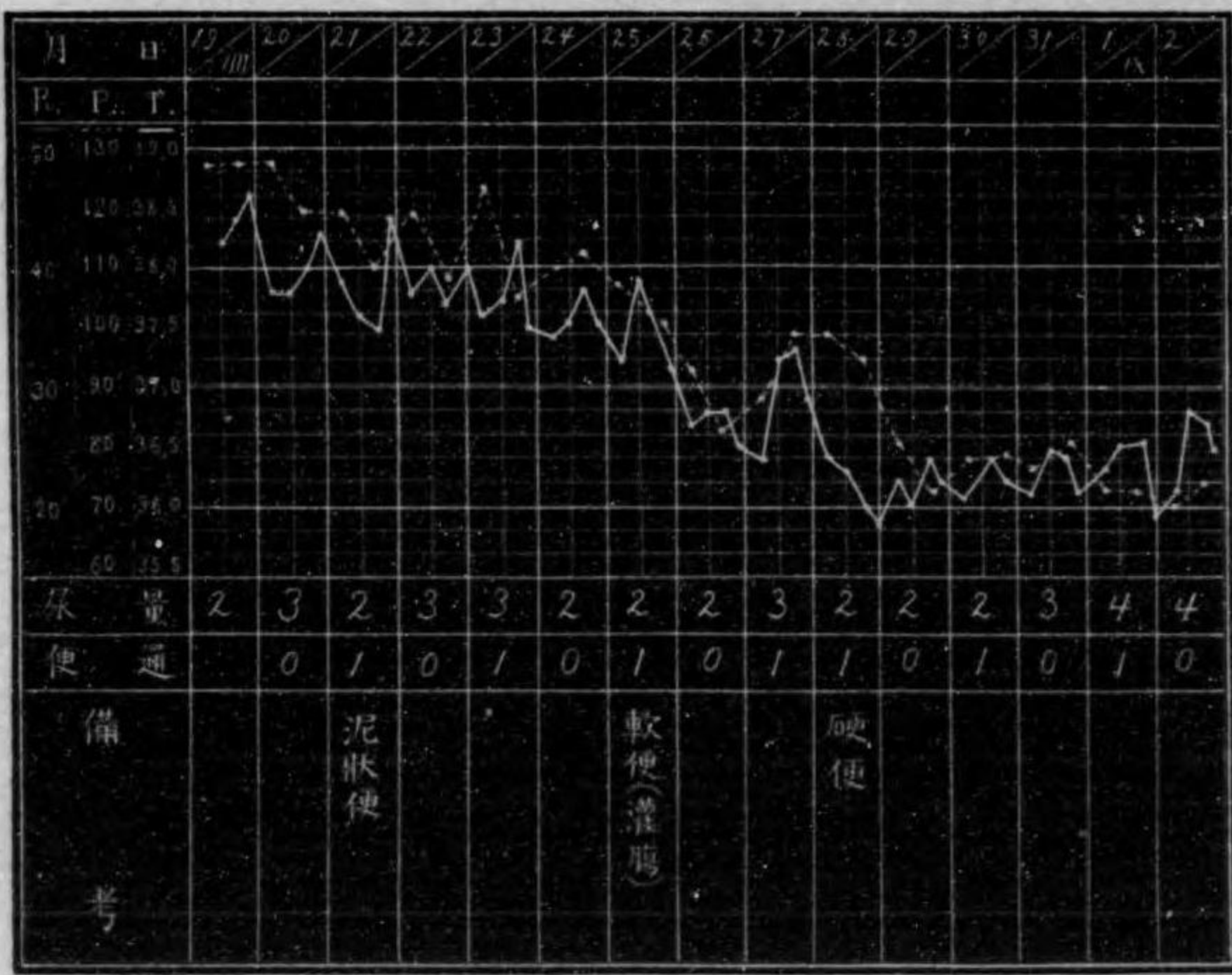
十六日ニハ熱急速ニ下降シ、脈又之ニ平行シテ減數シ、一般症狀良好トナル、翌十七日ニハ右腸骨窩部ノ緊張去リ、腹壁軟トナリ、囊キニ圓形ニ觸知セシ抵抗ハ變形シテ横ニ走行スル索狀トシテ認メラレ、壓痛著シク減ズ。

十九日ニハ抵抗物更ニ縮小シ輕微ノ壓痛アルノミ、超エテ二十二日ニハ壓痛モ去ル引キ續キ無熱ノ經過ナリ。

皆〇 女 三年四ヶ月

八月十五日下午痢數行、發熱無ク、元氣良ナリシ、同十七日腹痛ヲ訴ヘ體溫三十八度ニ昇ル、主治醫ヨリ下劑ヲ與ヘラレ黄色粘液下痢便アリシト云フ、十八日ハ熱三

圖 四 第



此日牛乳百五十瓦及、スロープ百瓦ヲ數回ニ分食ス。  
二十一日體溫三十七度五分ヨリ最高三十八度四分アリ、泥狀便一回自然ニ出ヅ、

十九度五分、腹痛増加シ、嘔吐アリ、續イテ嘔氣發シ、夜ニ入り更ニ三回ノ嘔吐アリ、翌十九日入院ス。顔貌少シク苦痛ノ狀アリ、舌ニ白苔ヲ被ムリ、下腹部ハ一樣ニ緊張強ク且僅カニ膨滿ス、觸診スルニ一體ニ疼痛ヲ感ジ、其緊張壓痛ノ爲メ十分觸診スルコト能ハズ、脈百二十五、稍、小ナリ、阿片丁幾ノ傍ラ、強心劑ヲ與フ。

二十日、入院來嘔吐止ミ、便秘結ス、顔貌良トナル、下腹部緊張弱シ疼痛アリ、殊ニ右下腹部ニ壓痛著シ、尿中蛋白ヲ證セズ、インデカンアリ、

二十三日體溫稍降、脈百十至、尙時々下腹部ニ自發痛ヲ訴フ、舌ニハ尙白苔ヲ被ムリ、腹部ノ膨滿ハ減少セルモ尙緊張アリ殊ニ右下腹部ニ強ク、而シテ明ラカニ腫瘍ヲ認メ得ザレドモ或ル抵抗ヲ感ズ、便ハ祕結ス。

二十六日常溫ニ降り、脈搏又之ニ伴フ、腹部ノ緊張著シク減少シ、右腸骨窩ニ於ケル抵抗却テ著明ニ認メ得、マック、ブルチー氏點ニ殊ニ壓痛アリ、爾來無熱ニ經過セシガ其後暫クノ間小ナル索狀形ノ抵抗物ヲ緊張ナキ腹壁ヲ透シテ觸知シ得タリ。

### 八 診 斷

前項記載セル症狀ヲ基礎トシテ觀察スルトキ本病ノ診斷ハ確定シ得ルモノナリト雖モ、其症狀ハ常ニ悉ク具備セラル、モノト限ラズ、殊ニ小兒ニ於テハ其診察ノ困難ナルコト決シテ大人ノ比ニ非ズ、就中年少ノ者ニアリテハ屢不安及拒否ノ爲メニ十分ニ腹部ヲ觸診スルコト能ハズ又其訴フ所モ正鵠ヲ告ゲザルコト多シ。

熱候、嘔吐、便秘等ハ診斷上必ズシモ主要ナルモノニ非ズ、發熱ハ屢極メテ輕

微ナルノミナラズ、時ニ之ヲ缺ク、嘔吐モ單純性蟲樣突起炎ニハ見ザルコト多シ、便ハ小兒ニアリテ其初メ下痢ヲ來タスコト少ナカラザルナリ。反之一般ニ缺クベカラザル重要ナル症候ハ局所症狀ニシテ、就中壓痛ヲ所謂マックブルチー氏點又ハ其附近ニ確認スルニアリ、而シテ尙之ニ腫瘍狀ノ抵抗ヲ認ムルコトヲ得レバ愈、診定確實ナリ、サレドモ初期ニ屢見ル所ノ鼓腸ハ其觸診ニ當リテ大ヒニ妨害トナルモノトス、而シテ其壓痛部位ヲ確メントスルニハ小兒ノ注意ヲ成ルベク他方ニ轉向セシメ、不用意ノ間ニ眞實疼痛アル點ヲ認識スルコト緊要ナリ、若シ腹痛ヲ訴フル小兒ニシテ此ノタメニ歩行ニ困難ヲ感ジ、又一方ニ便通ノ不規則、發熱等アルモノニ遭遇セバ上記ノ注意ヲ以テ精細ニ診察スルコト必要ナリ、又場合ニヨリテハ直腸ヨリ指頭ヲ以テ小骨盤腔ヲ觸診スルコトヲ要ス。

單純性蟲樣突起炎ノ輕微ナル場合誤リ易キモノトシテハ先ヅ胃性熱發ニシテ嘔吐、下痢ヲ起シテ同時ニ熱發ヲ見ルモノナリ、熱ハ屢數日持續シ、尙腹痛ヲ伴フヲ例トス、又或ル場合ニハ腸加答兒トシテ取り扱ハル、コトモ少ナカラズ、殊ニ主トシテ疝痛樣ノ發作ヲ起シ粘液、擬膜樣ノ下痢便ヲ排泄ス

ル場合ニ於テ然リトス、從來多少ノ發熱ヲ伴ヒ腸痛ト稱シ來レルモノ、中ニハ恐ラク蟲樣突起炎ノ原發ナリシモノ少ナカラザリシナラン、尙排尿時ニ於テ疼痛ノ特ニ著明ナル場合ニハ膀胱疾患ト認メラレ、其他初期ニ於テ中心性肺炎ト誤マラレタル場合アリ。

其他時ニ鑑別ノ必要ニ遭遇スルモノトシテ腸室扶斯ノ初期症狀アリ、之ニアリテハ以後ノ熱型其他ノ經過ヲ見バ十分ニ區別シ得ベク、又ウイダール氏反應ヲ檢シテ確メ得ベシ、腸嵌頓トハ腸蠕動ノ亢進シテ腹壁ヨリ明ラカニ之ヲ認メ得ルコト、嘔吐ノ益、増悪スル事、又灌腸ニヨリ出血アルコト等參照スベシ。

蟲樣突起炎中ニ於テ其單純ナルモノナルカ、乃至重症ナル壞疽性炎ナルカ、其間ノ區別ニハ屢、頗ル困難ヲ感ズ、又同時ニ腹膜ノ犯サレタルヤ否ヤヲ判別シ能ハザルコトモ少ナカラズ、一般ニ多少廣ク腹膜炎ヲ發シタル場合ニ於テハ其レニ相當セル重篤症狀ヲ呈スルヲ常トスレドモ、稀ニハ擴汎ナル腹膜炎アルニ拘ハラズ症狀比較的輕微ナルコトアリ、又反對ニ頗ル激烈ナル症狀ヲ以テ現ハレ短時日ノ中ニ死歸ヲ取ル場合、生前ニハ唯敗血症又ハ

急性腹膜炎ノ診斷ノ外蟲樣突起ニ關シテハ如何ノ推定ヲ下シ能ハザルコトアルベシ。

膿瘍ノ存在ヲ查定スルコト又時ニ困難ナリ、盲腸部ヨリ離レテ深ク小骨盤内ニアルトキ、又ハ膀胱附近ニ存シ、或ハ反對方向ニ肝臟縁附近ニアルトキ、又ハ小腸ニ圍繞セラレタル中ニ潜在スル等ノ時ニハ直チニ腫瘍トシテ認メ得ズ、僅ニ不確ナル抵抗トシテ觸知シ得ルニ過ギズ、手術ニ際シテ意外ニ多量ノ膿ヲ貯蓄セルニ驚カサルコトアルベシ、膿瘍ノ形成ニ對スル診斷ニハ發作ノ後更ニ尙弛張熱ノ持續スルコト又推斷ノ根據ト爲リ得ベシ、而シテ之ト鑑別ヲ要スベキモノトシテ腰筋ノ膿瘍アリ。

## 九 豫 後

本病ノ豫後ニ就テハ決シテ輕々シク斷定スルコト能ハズ、如何ナル場合ニ於テモ細心ノ注意ヲ要スルモノニシテ、既ニ症候ニ於テ述ベタルガ如ク多様ナル經過轉向ハ豫後ヲ定ムルニ頗ル困難ヲ感ズ、單純性蟲樣突起炎ニシテ不慮ノ經過ヲ取ルコトモアリ、然シナガラ早期ニ診定シ得テ適當ナル處

置ヲ施ス場合ニ於テ一二日ニシテ少ナクトモ急性症狀去リ、熱其他ノ全身  
 症狀ノ良好ニ向フ時ニハ一般ニ豫後良ナルモノト見テ大過無ク、只ニ急性  
 發作ヲ停止シ得ルコトアルノミナラズ、全ク治癒セシメ得ルコトアリ、若シ  
 引キ續キ病症増悪スル傾向アル場合ニ於テハ單ニ對期療法ニ委スルコト  
 危險ニシテ、外科的療法ヲ待チテ其豫後ヲ決定シ得ベシ。  
 一度急性發作ノ經過セル後ニ於テ尙アル抵抗ヲ認ムル場合ニアリテハ再  
 發々作ハ免カレ難キモノト思ハザルベカラズ、而シテ再發ハ初發時ニ比シ  
 テ一般ニ更ニ顯著ニ現ハル、ヲ以テ、カ、ルモノニ對シテハ其間ニ手術ヲ  
 行ヒ根本病源ナル蟲樣突起ヲ切除スルコトヲ要ス。  
 殊ニ小兒ニ多シト言ハル、壞疽性蟲樣突起炎ニシテ早ク穿孔ヲ起シ腹膜  
 炎症狀ヲ呈スル場合ハ豫後全然不良ナリ、險惡ナル症狀ノ下ニ數日ニシテ  
 斃ル。  
 膿瘍ヲ形成シタル場合ハ之ヲ放置シテ自然破潰シ治癒ノ轉歸ヲ取ルコト  
 ナキニ非ズト雖モ、其間ニ種々ノ障礙ヲ惹起スルコトハ既ニ述ベタルガ如  
 ク從ツテ危險ヲ伴フコト多シ、兎ニ角手術的ニ排膿スルコト緊要ナリ。

### 十 療法

蟲樣突起炎ノ治療方針ハ早期ニ正確ナル診斷ヲ下シ得ルコトニヨリテ確  
 立セラル、ナリ、近年本病ニ關スル研究ノ進歩ニ伴ヒ小兒期ニ於テ多ク發  
 スル所ノ原發性發作ニ對シテ漸ク一般ノ注意スル所トナリ、腹痛等アル場  
 合ニテモ直チニ腸胃障礙ト看做サズ、從ツテ又妄リニ下劑ヲ應用スルコト  
 著シク減少セリト雖モ、尙屢、症狀ノ不備ナルガ爲メニ、第一發作ノ誤認ノ間  
 ニ經過スルコト決シテ少ナカラズ、就中幼少ナル者ニ於テ然リトス、而シテ  
 不幸早期ニ急性腹膜炎症狀ヲ起シタル場合ニアリテハ手術ニ際シテ又ハ  
 死後解剖ニヨリテ始メテ蟲樣突起炎ヨリ出發セルモノナルヲ知り得ベシ。  
 蟲樣突起炎乃至同周圍炎ノ治療ニ當リ其凡テノ場合ニ對シテ一定不變ノ  
 方法ヲ施シ得ルモノニアラズ、病症ノ輕重及時期等各々ノ場合ニ適應セル  
 處置ヲ取ラザルベカラズ、外科醫側ヨリハ如何ナル場合ニ於テモ殊ニ早期  
 ニ無條件ニ手術ヲ施スベキコトヲ唱ヘラレ、病根ナル蟲樣突起ヲ切除スル  
 コトノ必要ヲ説カルレドモ、實際單純性蟲樣突起炎ノ場合ニアリテハ手術



ニヨルコトナク、單ニ内科的療法ニヨリテ全ク治癒シ得ルコトアルアリ、一方ニハ又早期手術ニヨリ切除セラレタル蟲樣突起ニシテ、障碍ヲ殘スベキ病的變化ヲ認メ得ザリシ例アルヲ以テ、通常少ナクトモ發病第一、第二日ニハ先ヅ對期療法ノ下ニ病勢ノ趨向經過ノ如何ヲ觀察シ、狀況ニ應ジテ直チニ外科的手術ヲ行フモ決シテ遲シト言フベカラズ。

疑診ノ場合例ヘバ屢、看過サレ易キ原發々作時ノ症狀ノ如キ、即無熱ナルカ、又ハ輕微ナル發熱ニツレ腹痛發作性ニ出現シ、局所ニ壓迫疼痛ヲ認ムル場合、或ハ自發疼痛無クシテ唯壓迫疼痛ヲ確メ得タルモノニ向ヒテハ、身體殊ニ腹部ヲ安靜ニ保チ、流動食ヲ供與シ、此際若シ糞塊ノ貯留ヲ見ル時ニハ靜カニ灌腸ヲ行ヒ排便セシムベシ、多クノ場合如上ノ處置ニヨリテ此等障碍ノ消失スルヲ例トス、而シテ尙暫クノ間ハ食餌ノ注意、比較的ノ安靜ニヨリテ經過ヲ監視スベシ。

相當ノ發熱、一、二回ノ嘔吐ヲ以テ發病シ、同時ニ腹痛ヲ訴ヘ、右側下腹部ニハ緊張又ハ限局シテ抵抗ヲ觸知シ且壓痛ヲ認メ、一般症狀ノ犯サル、コト輕微ナリト雖モ、凡テノ症狀ノ具備セラレタル場合ニ於テハ絕對ニ安靜ヲ命

ジ、食物ノ攝取ヲ節減シ、局所ニハ冰嚢ヲ貼シ、阿片、モルヒネ、劑等ヲ用ユベシ、之レニヨリ急性炎症ヲ停止セシメ得ルコト屢、アルノミナラズ更ニ治癒ニ赴カシメ得ルコトアリ。

小兒ヲシテ絕對ニ安靜ヲ守ラシムルニハ仰臥位ヲ取ラシメ、種々身體ノ運動殊ニ腹部ノ動搖ヲ催起スベキ處置ヲ避クベシ、大小便ノ排泄モ尿管、ゴック、便器等ヲ用キテ就牀ノ儘行ハシムベシ。

局所ニ冰嚢ヲ貼付スルニ當リ、直接之ヲ腹壁ニ當ツル時ハ皮膚ニ對シテ強キ刺戟トナルヲ以テ、其間ニ乾キタル又ハ固ク絞リテ僅カニ濕潤セル綿紗ヲ置キ、其上ヨリ冰嚢ヲ接スルヲヨシトス、囊中ニ入ルベキ冰塊ハ成ルベク細碎シ、又重味ノ加ハラヌ様上方ヨリ絲ニテ懸垂スルヲヨシトス、其他ライテル氏ノ冷却裝置モ同様目的ニ用キラル、若シ冰嚢貼付ヲ全然堪ヘ得ザル者ニハ冰冷ニセル濕布卷法ヲ施シ絶エズ交換スベシ、然ラザレバ微温湯濕布ヲ以テス、又局所皮膚ニ水蛭ヲ用ユルハ却テ刺戟ヲ與ヘ安靜ヲ害スル虞アレバ避クベキモノトス、上記冷却ハ炎症ノ全ク消褪スル迄持續スルヲ要ス。

無熱ニシテ局所ノ變狀不著明ナル時ニハ灌腸ヲ行フコト不可ナシト雖モ、抵抗ヲ認メ發熱ヲ伴フニ於テハ之ヲ避クベシ、殊ニ下劑ノ使用ハ全ク禁ズベク、之レガ爲メニ腸ノ運動ヲ増加シ炎症ヲシテ増悪セシムルノミナラズ、尙穿孔ヲ起ス危險アルベシ。

藥劑トシテ賞用セラル、モノハ阿片劑ナリ、通常阿片丁幾又ハ阿片越幾斯用キラル、阿片丁幾ハ十布仙ノ割合ニ阿片ヲ含有ス。

處方

阿片越幾斯

〇・一

甘扁桃乳劑

一〇〇・〇

處方

右混和每一時乃至二時間毎ニ一小兒匙乃至一食匙宛(五歳ヨリ八歳迄)

阿片丁幾

二・〇

稀鹽酸

〇・五

餛水

一〇〇・〇

右二時間乃至三時間毎ニ一茶匙乃至一小兒匙宛(三年乃至五年ノ小兒年長ノ小兒ニ對シテハ二時間乃至三時間毎ニ阿片丁幾五乃至八滴宛ヲ用

ユ。

若シ嘔氣アル場合ニハ薄荷油(一：一〇〇)ヲ添加スベシ、或ハ又坐藥トシテ用ユ、一坐藥中二年乃至五年ノ者ニハ阿片末又ハ阿片越幾斯〇・〇一乃至〇・〇二ヲ尙長ジタル者ニハ〇・〇三ヲ入ル、而シテ疼痛ノ強弱ニ應ジテ二十四時中三四回用キテ可ナリ、是等ハ通常疼痛ノ訴アル間持續セラル、哺乳兒ニアリテハ注意ノ下ニ相應量ヲ用ユベシ。

シュライベル氏ハ稍、大量ニ與ヘテ疼痛ヲ止メ、輕度ノ嗜眠ノ現ハル、ヲ宜シト言フ、而シテ漸次減量シ症狀ノ全ク消褪スルニ到リテ始メテ止ムベシト、尙之ガタメ十日以上便ノ秘結スルモ差支ナシト言ハル。

腹膜ニ多少ナリトモ炎症ノ擴ガリシ場合ニ於テハ又稍、多量ニ投與スルヲ宜シトス、或ハ一回ニ又ハ數回ニ分與ス、若シ頭痛、眩暈等アル時ニハ濃厚ナル咖啡ヲ與フ。

「バントボン」モ同様ノ目的ニ使用サル、二布仙ノ溶液又ハ碇劑(〇・〇二)アリテ内服又ハ皮下注射ニ用ユ、阿片劑ノ約五分ノ一量ヲ用ユベシ、尙「バントボン」舍利別アリ、其一茶匙中ニハ〇・〇〇三瓦ヲ含有ス。

「モルヒネ」ハ一年以下ノモノニハ之ヲ避クベシ、鹽酸「モルヒネ」ヲ皮下注射トシ左記ノ量ヲ一日一回夕刻ニ注射ス。

二年乃至四年 一 「ミリグラム」

五年乃至八年 二乃至三「ミリグラム」

八年以上 三乃至五「ミリグラム」

疼痛殊ニ烈シキモノニハ二十四時間ニ二回注射スルモ可ナリ。

食餌ハ殊ニ初期ニ於テハ注意ヲ要ス、稍、年長ノ小兒ニハ第一日ニ全然絶食セシムルヲ宜シトス。時ニ此間少量ノ滋養灌腸又ハ水分ノ注射ヲ行フ、サレドモ之ヲ行フニ十分静肅ニ保持スルコトヲ要ス、次デ流動食ノ少量ヨリ始ム、冰片、冰冷ニセル牛乳、茶、肉汁、ベプトン汁、肉羹汁等ヲ少量宛與フ、幼少ノモノニシテ絶食スルコトノ堪ヘ難キモノニハ初メヨリ少量ノ流動物ヲ與フ、カクシテ炎症ノ消退スル迄流動食ヲ續ケ、病症ノ輕快ヲ見テ徐々ニ「オマジリ」薄キ粥等ヲ始ム、急速ニ固形食ヲ與フルコトハ屢、更ニ症狀ノ逆轉ヲ惹起スベシ。

重症ノ場合ニハ生理的食鹽水ノ皮下注入ヲ施ス、之ガタメニ脈搏其他一般

症狀ヲシテ大イニ良好ニ向ハシムベシ、殊ニ重症ノ初期ニ現ハル、震盪症乃至中毒症狀アル如キ場合ニハ必要ナリ、一回ニ百瓦乃至二百瓦ヲ三、四時間毎ニ注入ス。

如上ノ處置ヲ施シテ兩三日ノ經過ヲ見ル時病勢玆ニ停止スルカ、或ハ既ニ輕快ノ徵現ハル、ニ於テハ治癒ノ望アルモノニシテ、引キ續キ安靜ヲ守リ、局所ニ對スル處置ノ外嚴重ナル食餌ノ注意ニヨリ治癒シ得ベシ、反之若シ兩三日ヲ經テ更ニ腫瘍ノ形成著明トナリ、熱候續キ其他ノ症狀輕快セザルニ於テハ外科的治療ヲ施スコトヲ要ス。

對期療法ニヨリテ先ヅ急性症狀ノ幸ヒ消去シタル場合ニ、尙局所ニ腫瘍物乃至抵抗ガ數週又ハ數月ニ互リテ全ク消散スルニ到ラザル時ハ急性病的症狀無キ中間時ニ於テ開腹シ、何等カノ變狀ヲ起シ居ル蟲樣突起ヲ除去スルコトヲ要ス、若シ又假令明ラカナル腫瘍ヲ觸知シ得ズトモ再發セル場合ニアリテハ早ク外科的手術ニ依ル方安全ナリトス、其他膿瘍ヲ形成スル時ニモ亦外科的手術ヲ施スヲ宜シトス。再發ニ對スル豫防方法トシテ、若シ少シニテモ抵抗ノ殘遺セル時ニハ尙就

牀ヲ命ジ、灰白軟膏、沃度劑、イヒチオール等ヲ局所ニ用キ、又内用ニモ沃度劑ヲ與フ、カクシテ尙消失スルニ到ラザル時ニハ手術ニヨリ根本的ニ病源ヲ除去スベシ、其他常ニ食餌ヲ選擇シ消化障礙ヲ起サバル様注意シ、殊ニ便通ヲ正規ニシテ下痢、便秘何レモ早ク之ヲ整へ、又小兒ニハ就中腸寄生蟲ノ存在ヲ避クルコトヲ努ムベシ、其他烈シキ運動例之體操、舞蹈、競走等モ之レヲ禁止スベシ、而シテ若シ多少ニテモ類似ノ障礙ノ現ハレタル場合ニハ直チニ安靜其他ノ注意ヲ以テ之ニ臨マザルベカラズ。

### 初生兒腹膜炎

初生兒竝ニ胎兒ニ於ケル急性腹膜炎ニ就テハ既ニ古ク Duges 氏(一八二一年)ノ産褥時ニ於ケル初生兒腹膜炎トシテノ記載アリ、夫レヨリ Thore 氏(一八四〇年)及 Bedner 氏等ノ報告ニ續キ Lorain 氏(一八五五年)ハ急性腹膜炎ヲ以テ初生兒ノ産褥性疾患中比較的多數ニ見ルモノナリト言へリ、次デ Hockel, Buhl 氏(一八六一年)等ハ病理解剖上ノ方面ヨリ研究シテ其發生原因ヲ究メ、Quinquard (一八七二年) Wiederhofer 氏等ニヨリ臨牀上ノ所見ハ更ニ詳細トナレリ。

### 一 原因

初生兒ニ於ケル急性腹膜炎ハ殆ド凡テノ場合産褥性疾患ニシテ、其大多數ノモノハ臍部創傷ニ於ケル傳染ヨリ發足ス、即チ臍炎或ハ臍壞死、竝ニ壞疽、尙進ンデ臍血管炎ヨリ炎症ノ腹膜炎及ブラ常トス、其他臍部丹毒、實扶埤里性疾患モ亦之ガ誘發原因トナルコトアリ、而シテ或ハ單ニ腹膜炎ノミヲ起

シ或ハ時ニ全身敗血症ノ一部症候トシテ急性腹膜炎ヲ伴フコトアリ。往時ニアリテハ創傷ニ對スル消毒方法不完全ニシテ、産後初生兒ノ手當殊ニ臍帶ノ處置等ニ就キテモ遺憾ナル點多カリシヲ以テ、臍部ノ傳染性疾患亦從ツテ頻出シ、是ヨリ腹膜炎ヲ續發スルコト屢ナリシガ、其後創傷ニ對スル滅菌的處置ノ進歩發達セルニヨリテ、臍部ノ傳染性疾病モ爾他ノ傳染病ト共ニ著シク其數ヲ減少スルニ到レリ。

臍部ノ炎症ハ臍帶脫落後ノ創面ニ葡萄狀球菌、連鎖狀球菌、其他ノ化膿性細菌ノ傳播繁殖ニヨリテ起ルモノニシテ、臍帶切除ニ際シテ手指、剪刀等ノ消毒不十分ナルコト、又ハ其後ノ處置ニ於テ無菌性ナラザル爲メ、不潔物ノ接觸ガ是等化膿菌ヲ媒介シテ炎症ヲ起スニ到ルモノナリ、時ニハ又既ニ臍帶脫落後肉芽組織ヲ生ジタル所ニ僅少ノ創傷ヲ生ジ、之ニ不潔物ノ接觸シテ炎症ヲ起スコトアリ、若シ炎症ニシテ只小局部ニ止マリ深ク進行セザル場合ニハ單純ナル臍炎トシテ終ルト雖モ、更ニ炎症滲出物ヲ増加シテ濕潤シ、汚穢色ヲ呈シテ壞死、壞疽ヲ起シ、或ハ尙深ク進入シテ動靜脈及其周圍組織、淋巴管ヲ犯シ附近ニ蜂窠織炎ヲ發生スルニ到レバ、炎症ハ好ンデ腹膜炎ニ波

及スベシ、又單ニ腹膜炎ヲ起スニ止マラズ血管ニ栓塞ヲ生ジ、又之ニ化膿菌ノ移殖シ、崩壞シテ血流中ニ入り全身敗血症ヲ惹起スルコト決シテ稀有ト言フベカラズ。

臍動脈炎ハ必ズシモ腹膜炎ヲ惹起スルモノニ非ズト雖モ、臍靜脈炎ハ最モ屢、腹膜炎ヲ犯シ、或ハ上記ノ如ク敗血症ヲ起スニ到ルコト少ナシトセズ、尙稀レニハ腸管ニ向ヒテ壞疽ヲ起シ、是ヨリ腹腔ニ穿孔シテ急性腹膜炎ヲ起ス場合アリ、其他腸ニ先天的閉鎖アリテ腹膜炎ヲ惹起シ、又腸間膜腺ノ化膿ヨリ本病ヲ發生スルコトアリ (Sanger 氏)。

以上出生後ニ發病スル腹膜炎ノ外先天微毒兒ニ於テ、或ハ急性ニ或ハ慢性經過ヲ以テ微毒性腹膜炎ヲ見ルコトアリ、然シナガラ其多數ノモノハ早ク胎兒期ニ於テ發病スルモノニシテ、Simpson 氏ハ胎兒腹膜炎ノ原因ハ其ノ大多數ノモノハ先天性微毒ナリト稱ス、從テ既ニ胎内ニアリテ生命ヲ失ヒ死産スルモノ多シ。

初生兒腹膜炎ニ對シテ男女間ノ性ニ就キ特ニ素因ヲ認ムルコト能ハズ、體質ニ於テモ屢、強壯ナルモノ、犯サル、ヲ見ル、四季ニ關シテハ春夏ノ候、秋

冬ニ比シテ遙ニ多數ナリト言ハル(Thore)。

### 二 病理解剖

腹腔内ノ滲出物ハ通常其量多カラズ、性状ハ一般ニ纖維膿性ニシテ、之ニ纖維素ノ凝固物ヲ含有ス、其滲出液ハ殊ニ肝臟、脾臟ノ表面、腹壁ノ横隔膜部ニ沈積シ、或ハ腸管ノ此處彼處ニ粘著ス、尙骨盤腔ニ黃色乃至黃褐色ノ溷濁液トシテ沈澱スルコトアリ、此際屢、又纖維素ノ外、膿球ヲ含有スル夾雜物ノ浮游スルコト多シ。

其他滲出液ハ時トシテ腐敗性ニシテ暗褐色ヲ呈シ、頗ル刺戟性ノ惡臭ヲ放ツモノアリ、而シテ腹膜ノ表面就中肝臟部ニハ汚穢色ノ被膜様ノ成形物ヲ見ル、脾臟又屢、肥大ス。

臍血管炎ヨリ惹起セラレタル場合ニ於テハ血管ニ添ヒ周圍ノ結締組織ニ炎症浸潤アリテ浮腫狀ヲ呈ス、其他臍ノ周圍側腹壁、腸間膜及腸管壁ニ於ケル粘膜炎下結締織及グリソン氏膜等何レモ浸潤アリテ溷濁ヲ呈ス、且是等ノ浸潤部ニ於ケル淋巴腔ハ膿球ヲ以テ充タサル、モノ多ク、時ニハ處々ニ點

狀ノ小膿疱トシテ散在スルコトアリ。

### 三 一般症候

本病ノ發スルヤ多クノ場合小兒著シク不安トナリ、時々強キ號泣ヲ發シ、哺乳ヲ停止シ、脈搏頻數トナル、次デ特有ナル腹膜炎症狀ヲ現ハスモノトス、然シナガラ又屢、是等前驅症狀ヲ缺如シ、突然重篤ナル症狀ヲ以テ發スルコトアリ、其特異症狀トシテハ綠色胆汁様ノ嘔吐頻發シ、同時ニ黃綠色ノ下痢便アリ、而シテ之ト共ニ腹部著シク膨滿シ且緊張シ、之ニ觸ル、ニ疼痛アルヲ認ムベシ、呼吸ハ淺表ニシテ促迫シ、脈搏及體溫急速ニ昇騰ス、小兒ハ既ニ全ク哺乳ヲ欲セズ、羸瘦俄カニ加ハリ、又多少黃疸ヲ伴フコト多シ。

臍炎乃至臍血管炎アル場合ニ於テハ臍部ニ炎症病變ヲ見、又下腹部ヲ動かシ、或ハ壓迫スルニ疼痛ヲ認メ、兩下肢ハ屈曲シテ腹部ニ接シ、呼吸主トシテ胸式ヲ呈ス、而シテ更ニ嘔吐頻發シ一般症狀ノ増悪スルト共ニ上記ノ如キ重篤症狀ヲ起シ來レル時ニハ既ニ腹膜炎ノ犯サレタリト推定シ得ベシ、斯クノ如キ症狀ヲ以テ稀レニ數日間殆ド變化ナク經過スルコトアリ、或ハ

多少輕快ニ向フコトアリ、然シナガラ多數ノ場合ニ於テハ漸次症狀進行シ短時間ノ後速カニ虛脱ニ陥リ、顔貌衰へ、脈搏、體溫著シク降下シ、四肢ノ末端ハ厥冷シテ紫紅色ヲ呈ス、此時期ニ到テハ屢、下痢止ミ、却テ便秘シ、嘔吐モ亦休止スルコト多シ、尙顔面及四肢ノ筋肉ニ痙攣ヲ現ハシ、時々全身ニ痙攣ノ起ルコトアリ、斯ク險惡ナル症狀ハ既ニ死ノ眼前ニ迫ルヲ暗示スルモノトス。少數ノ場合ニ於テハ是等顯著ナル症狀ヲ呈スルニ拘ハラズ幸ヒニモ敢テ急速ニ増惡スルコトナク、却テ漸次腹部ハ其異常ナル緊張及膨滿ヲ減ジ、脈搏及體溫漸次常態ニ復歸シ、患兒ノ不安モ消失シテ安靜トナリ、再ビ哺乳ヲ初メ漸次快方ニ向ヒ遂ニ治癒ニ赴クコトアリ、斯ノ如キハ蓋シ異例ニ屬ス。

#### 四 症候各論

嘔吐、ハ一般ニ初發徵候トシテ現ハレ、大多數ノ場合ニ於テ見ル所ナレドモ、時ニ之ヲ缺如ス、又初期ニナクシテ病ノ終期ニ於テ現ハル、コトアリ、其初ハ攝取セシ牛乳ヲ吐出シ、屢、又單純ナル反芻作用ノ像ヲ呈スルコトアレドモ、反復嘔吐スルニ及ンデハ綠色膽汁様ノ液ヲ吐出ス、其吐出量ハ一般ニ

多カラズ。

便通、過半数ノ場合ニ於テ下痢ヲ見ル、殊ニ初期ニ於テ然リ、而シテ病勢極盛ノ期ニハ却テ便秘ヲ起スコト少ナカラズ、又便意ニ伴ヒ或ハ之ニ先チテ痙攣様ノ疼痛アル如ク患兒ハ強キ強泣ヲ發ス。

腹部所見、腹部ノ膨滿ハ必發ノ徵候ニシテ診斷上重要ナル所見ナリ、同時ニ腹壁ニ緊張ヲ認ム、然シナガラ稀レニ發病初期ニ於テハ膨滿ノ不著明ナルコトアリ、又腦膜炎ヲ合併スル場合ノ如キハ全經過ヲ通ジテ膨滿ヲ認メ得ザルコトアリ。

黃疸、ハ又屢、現ハル、モノニシテ或ハ早期ニ發シ、或ハ漸ク末期ニ於テ認メラル、之グリソン氏結締織層ニ浸潤アリテ膽管ノ壓迫サル、ニヨリ發スルモノ、或ハ時ニ二十指腸壁ニ浸潤アルタメ膽汁排泄ニ障礙ヲ起ス結果ナルコトアリ。

脾臟、多數ノ場合ニ肥大ヲ認ム。  
脈搏、ハ一般ニ微弱トナリ、橈骨動脈ヲ觸ル、ニ絲ノ如キコトアリ、其數又頗ル多ク、百二十、百六十乃至百八十ヲ算シ、時ニ全ク測算シ難キコトアリ、而

シテ愈、其終末期ニ於テハ速カニ降り九十乃至八十ニ減少ス。  
 體溫、最初三十八度附近ニ昇リ、其後二十四時間以内ニ更ニ昇リテ三十九度ニ到ルコト多シ、之ヨリ尙漸次昇騰シ最高四十度、四十一度、又尙以上ニ達スルコトアリ、又屢、弛張ヲ示シ四十度附近ヨリ三十七度臺ニ急降シ、更ニ二十四時間内ニ再ビ三十九度餘ニ昇ルガ如シ、病症ノ險惡ナル場合ニ於テハ其差殊ニ大ナリ、而シテ末期ニ於テハ脈搏ト同ジク著シク降り屢、常溫以下ノ體溫ヲ示スナリ。  
 呼吸、呼吸數モ亦病勢強キ場合ニハ脈搏、體溫ニ伴ヒ著シク上下ノ動搖ヲ呈ス、多キハ百又ハ以上ヲ算シ又直ニ減ジテ四十乃至三十二降ルコトアリ、尿、ニ就キテハ其検査セラレタルモノ少數ナレドモ一般ニ比重増加シ尿素及鹽化物ヲ含有ス。

### 五 經過及豫後

初生兒ノ急性腹膜炎ハ其死亡ノ轉歸ヲ取ル場合ニ於テモ、亦幸ヒ治療ニ赴ク場合ニアリテモ經過極テ短カキモノニシテ、通例二日乃至五日ニ過ギ

ズ、就中重篤ナルモノニ於テハ頗ル急激ニシテ、既ニ二十四時間以内ニ鬼籍ニ上ルコト屢、ナリ、稀有ノ例トシテ十一日間持續シタルモノアリ。  
 豫後ハ通常頗ル不良ニシテ大多數ノモノ死ノ轉歸ヲ取ル、若シ治療スル如キ場合ハ寧ロ異例ト認メラル。  
 合併症トシテ從來見ラレタルモノニハ腦膜炎、肋膜炎、肺炎、心囊炎、丹毒、臍動靜脈炎等舉ゲラル。

#### 症例(ダイス氏例)

生後十二時間ニ於ケル初生兒、父母健存シ結核、微毒ノ既往症ヲ知ラズ、兒ハ約一ヶ月ノ早産ニシテ分娩ニ異狀ナシ、其際既ニ異常ニ大ナル腹圍ヲ認メタリト、胎便未ダ無シ。

患兒ハ發育尋常ニシテ成熟兒ノ徵ヲ具備ス、皮膚色汚穢灰褐色ヲ呈ス、眼瞼及下肢ニ浮腫アリ、尙眼瞼、胸部皮膚ニ皮下溢血斑ヲ認ム、體溫三十六度、脈九十乃至百、肺下葉ニ膨脹不全部ヲ認ム。

腹部ハ著シク膨滿シ、就中右側方ニ強ク、且緊張ス、右半側全部及正中線ヲ超エテ左へ約一横指徑ノ範圍ニ互リテ濁音ヲ呈ス、波動不明ナリ、反之他側左腹部ハ鼓



音ヲ呈ス、肝臟、脾臟ノ濁音ヲ缺如ス、嘔吐ナシ。  
 手術ヲ行ヒ腹壁ヲ切開セルニ、腹膜ハ肥厚シ腹腔内ニ膽汁様色澤ヲ有スル瀾濁セル水様液アリ、全量約三分ノ一「リール」アリ、中ニ多クノ纖維素ヨリ成ル夾雜物ヲ認ム、小腸ノ漿液膜ハ充血シ、其表面ニ新鮮ナル纖維性癒著物アリ、又小腸相互ニ癒著ス、一局部ニ空洞ヲ形成シ上方ハ肝臟下面ニ達ス、腹腔内ノ液ハ無臭ニシテ數回ノ培養ヲ行ヒシモ無菌ナリシ。  
 手術後四十時間ニテ死亡シ、死體解剖ヲ行ヒシニ小腸ハ鼓張シ、腹膜ト強ク癒著シ、又各腸管、膀胱等ノ間ニ結締織ノ連鎖アリ、之ニヨリ小腸ハ軸轉振ヲ起シ、アル部ノモノハ強ク緊縮サル、其傍ラニ直徑約一仙迷ノ穿孔ヲ認メタリ、腹膜ノ兩壁ハ纖維性癒著アリテ黄染ス、蟲様突起ニ異狀ナシ。  
 其他肺臟ニハ膨脹不全部及氣管枝肺炎ヲ認ム、微毒徵候ナシ。  
 本例ハ既ニ胎生中ニ腹膜炎ヲ起シタルモノニシテ其原因ハ腸閉塞及腸穿孔ニ在ルモノトス。

### 六 療法

先天性異常ニ由來スルモノハ大多數ノ場合如何トモ手ヲ下シ難シ、豫防方

法トシ臍部炎症ニ對シテ十分ナル處置ヲ講ズルコト必要ナリ、初生兒腹膜炎ニシテ分娩後發病スルモノハ殆ド凡テ臍部ノ傳染ニ繼續スルモノナレバ、分娩後臍部ノ處置ニ留意スルコト最モ緊要ナリ、近時消毒法ノ進歩ニ伴ヒ本病ヲ見ルコトノ減少セルハ主トシテ其豫防法ノ效果ニ歸スベキモノトス、即チ切除後殘レル臍帶部ハ無毒ニセル麻布「ガーゼ」等ニテ包ミ乾燥的ニ處置シ、外部ヨリ嚴ニ不潔物ノ接觸ヲ避クベシ。  
 臍壞死、壞疽等ノ起レル場合ニハ或ルベク清淨ニシ、醋酸礬土水ノ濕性繃帶ヲ施シ、又一半「クロール」鐵液ノ塗布或ハ硝酸銀棒ヲ以テ腐蝕ス、尙確實ナルハ早ク燒灼電氣ヲ以テ除去シ、撒布劑ヲ用ユルナリ、若シ血管炎ヲ起シ化膿竈アル時ニハ瘻管ヲ切開シテ排膿ヲ十分ニシ、無毒的處置ヲ施スベシ。  
 母親健全ナル場合ハ可成母乳ヲ供給シ、若シ母親ニ產褥熱等アル時ニハ他ニ健康ナル乳母ヲ選ビテ其乳ヲ與ヘ、小兒ハ清淨ナル室ニ移シ、ホフマン氏液「ヂガレーン」等ノ強心劑又ハ酒類ノ少許ヲ内服セシメ、腹部ニハ微溫湯ヲ以テ「プリスニツ」氏卷法ヲ施ス、著シキ高熱アル場合ニハ注意シテ冷卷法ヲ行フ。

## 小兒急性腹膜炎

小兒ニ於ケル急性腹膜炎ハ決シテ稀有ナル疾患ニ非ズ、就中興味アルモノトシテハ其發生ノ偶然ニシテ、直接密ナル誘因ト認メ得ベキモノ、存在セザル場合ナリトス、之ニ對シテ比較的多數ニ見ル所ノモノハ續發性腹膜炎ニシテ、腹腔内ニ於ケルアル器官ニ炎症疾患アル場合、之ヨリ直接腹膜炎ニ炎症ノ移行スルモノナリ、前者ノ場合ヲ往時ハ僂麻質斯性急性腹膜炎ト稱シタレドモ、近來細菌學的研究ノ結果ハ是等特發性ノ急性腹膜炎中ニハ特ニアル種ノ細菌ニヨリテ惹起セラル、モノ大部分ヲ占ムルコト明カトナレリ、而シテ細菌性腹膜炎ハ其原因タル細菌ノ種類ニヨリ發生、經過等多少特異ノ點アルコト學者ノ注意スル所トナレリ、其他直接腹膜炎ニ外傷ヲ蒙リ之ガ原因トナリテ腹膜炎ヲ發スルコトアリト雖モ素ヨリ稀有ニ屬スルモノナリ。

## 一 原因

特發性急性腹膜炎ハ多ク學齡期小兒即チ五年乃至十二年頃ノ小兒ヲ犯シ、又比較的的女性ニ多ク見ル所ナリ、往時ハ感冒殊ニ腹部ノ冷却等ヲ以テ主ナル誘發因ト看做シ、之ヲ以テ僂麻質斯性腹膜炎ナル名稱ヲ得タルモノニシテ、又肺炎其他ノ急性傳染性疾患ノ經過中或ハ其經過後ニ發スルコトモ少ナカラズ、然シナガラ斯カル特發性急性腹膜炎ノ多數ハ殊ニ其原因細菌ニアリテ、就中肺炎菌及連鎖球菌、葡萄狀球菌ノ如キ化膿菌又ハ淋毒菌等ニヨリテ惹起セラル、モノ多數ヲ占ムルガ如シ、尙之ニ就キテハ後章細菌的原因ノ條下ニ更メテ説クベシ。

特發性腹膜炎ニ對シ小兒ニ於テモ又屢見ル所ノ續發性腹膜炎ハ腹腔内ニ存在スル諸器官、竝ニ之ニ隣接セル器官ニ炎症アル場合、アル機會ニヨリ腹膜炎ニモ亦炎症ヲ起スモノニシテ、其發生機轉ニ種々アリ、或ハ是等炎症竈ヨリ逐次圍繞セル腹膜炎ニ向ツテ瀰蔓シ、又ハ穿孔、破潰等ニヨリ炎症成形物乃至腐敗様物ノ腹腔内ニ溢流スル結果急激ニ炎症ヲ發スルナリ、前者ノ場合ニアリテハ比較的限局セル腹膜炎ヲ起シ、時トシテ更ニ之ヨリ全般ニ擴汎スルコトアリ、後者ニアリテハ一般ニ急速ニ汎發性腹膜炎ヲ起スモノト雖

モ、若シ穿孔以前既ニ周圍ニ癒著アリテ障壁ヲ形成セル場合ニハ一部ニ局限サル、コトアリ。

續發性腹膜炎ノ原因中腸管ニ於ケル疾患ヨリスルコト最多シ、就中重要ナル關係ヲ有スルモノヲ蟲様突起炎トス、蟲様突起ニ炎症、潰瘍等ノ發生シタル時屢、先ヅ其周圍局限セル範圍ノ腹膜炎ニ起シ、或ハ之ヨリ更ニ進んで全腹膜炎及ブ、反之穿孔性蟲様突起炎ノ場合若シ早期ニ於テ壞疽部ヨリ穿孔スル時ニハ直チニ汎發性腹膜炎ヲ起ス、サレドモ穿孔ニ先チ其周圍ニ癒著等アル場合ニハ流出セル滲出液ハ一定範圍ニ妨止セラレ、局限セル化膿竈ヲ呈スルコト少ナカラズ、只注意スベキ事實トシテ小兒ニアリテハ早期穿孔ニヨル汎發性腹膜炎ノ比較的多數ナルコト諸家ノ唱フルトコロナリ。

其他濾胞潰瘍性腸炎、腸室扶斯赤痢、結核性潰瘍、胃及十二指腸等ニ於ケル潰瘍ヨリ發スルコトナキニ非ザレドモ、小兒期ニハ何レモ稀少ニシテ、腸室扶斯潰瘍ノ穿孔ノ如キモ大人ト異ナリ極メテ稀レニ見ルニ過ギズ、只結核性潰瘍ヨリ穿孔性急性腹膜炎ヲ起スコトハ時ニ遭遇スル所ナリ。

後天性ニ起レル腸管ノ狹窄乃至閉塞先天性ノ場合ハ初生兒腹膜炎條下ニ述ベタリノ結果、又脫腸ノ嵌頓、インワギナチオン、腸管ノ屈曲及捻轉、結締織索條ニヨル嵌榨等ヨリシテ腸壁ニ壞疽ヲ起シ、之ヨリ穿孔性腹膜炎ヲ起スコトアリ、其他腸管ニ異物介在シ其刺戟ニヨリテ潰瘍ヲ起シ遂ニ穿孔スルコトアリ、之ト同様ノ關係ト認メラルベキ蛔蟲ニヨリ惹起セラレタル例アリ。

肝臓間質炎、肝臓微毒、脾臓ニ於ケル硬塞等ニ繼發シテ急性腹膜炎ノ現ハルルコトアリ、尙腹膜炎以外ニ在リテ隣接セル器官ノ疾患トシテ腹壁ノ蜂窠織炎、臍部炎症、肋膜炎、腎臓卵巢、膀胱等ノ炎症、腹膜炎後淋巴腺ノ化膿及脊椎骨盤骨ノ「カリエス」壞疽性疾患等ヨリ急性腹膜炎ヲ起スコトアリ。

急性腹膜炎ガ比較的少女ニ多ク現ハル、コトハ既ニ述ベタル所ニシテ、其アルモノハ生殖器官ニ於ケル炎症例之腔炎、喇叭管炎等ヨリ上行シテ腹膜炎ニ化膿性炎ヲ起スニ至ルモノナリ、而シテ其多クハ淋毒菌ノ原因ニヨルモノナレドモ時ニ他ノ化膿菌モ見出サル。

外傷性腹膜炎ハ直接外力ノ加ハリテ腹膜炎ニ創傷ヲ蒙リ、或ハ墜落等ニヨリ

テ損傷ヲ受ケ、又ハ熱湯ヲ腹部ニ浴ビ火傷ノ結果起スコトアリ、稀レニ灌腸器ヲ使用スルニ當リ誤マリテ直腸ヲ突破リ腹膜炎ヲ損傷シ急性炎症ヲ起シタル例ヲ聞ク。

斯クノ如ク腹膜炎ヲ誘發スベキ原因頗ル多様ニ存スレドモ、一般ニ續發性腹膜炎ハ蟲様突起炎及同周圍炎ヨリ發スルモノ最モ多數ヲ占ムルモノニシテ、從テ最モ重要ナル關係ヲ有スルモノトス、然シナガラ二年以下、哺乳兒ニアリテハ此種蟲様突起炎ヨリ續發スルモノ比較的少數ニシテ、他ノ漿液膜ニ於ケル化膿性炎症例之化膿性心囊炎、膿性纖維性肋膜炎ト同時ニ發生スル場合多シ、又稀ニハ腦膜炎ニ伴フコトアリ、之ニ對シテ特發性腹膜炎ハ通常細菌ト密接ナル關係ヲ有スルモノナルヲ以テ以下少シク細菌的研究ノ一般ヲ述ベン。

## 二 細菌學的原因

小兒ノ急性腹膜炎殊ニ化膿性炎ニ向ヒテ細菌學的检查ノ結果原因トシテ一定ノ關係アリト認メラレタルモノ少ナカラズ、肺炎菌、連鎖狀球菌、葡萄狀

球菌、普通大腸菌、淋毒菌等其主要ナルモノトス、是等ハ單獨ニ腹膜炎ノ原因トシテ働クコトアリ、或ハ同時ニ二種以上ノ細菌ニヨリテ惹起セラル、コトアリ、就中肺炎菌ニヨリ起サル、モノハ特發性急性腹膜炎中殊ニ重要ナル位置ヲ占ムルモノトス、尙連鎖球菌、淋毒菌ノ原因トナレル場合モ亦特殊ノ發病經路ヲ呈ス。

肺炎菌性腹膜炎ハ一般ニ原發性ニ現ハレ、臨牀上ニ於テモ亦多少特有ナル症狀ヲ呈スルモノニシテ、小兒ヲ犯スコト頗ル多ク大人ノ罹患ニ對シ約二倍ニ當ルト言ハル、往時特發性癩麻質斯性腹膜炎ト稱セラレタルモノ、大部分ハ肺炎菌性腹膜炎ナリシコト推定スルニ難カラズ、其發生經路即如何ニシテ肺炎菌ガ腹膜炎ニ到達スルカニ就キテ *Mishaut* 氏ハ血液經路ニヨリ比較的遠隔ノ所ヨリ肺炎菌ノ傳達セラレ得ルコトヲ主唱ス、尙ホ又肺炎ノ經過中實際血液中ニ本菌ヲ證明シ得ルコト少ナカラズト雖モ、*Sloss* 氏其他ノ學者ハ血行經路ニヨル發生ヲ疑ヒ、腸管ヨリシテ腹膜炎ニ到ル事實ヲ立證セリ、其他周圍ニ隣接セル器官ニ肺炎菌性疾患アル場合、之ヨリ或ハ淋巴道ニヨリ、又ハ炎症ノ漸次連續的ノ進行ニヨリテ腹膜炎ヲ惹起スル場合アリ。

元來肺炎菌ハ多數健全ナル人ノ口腔竝ニ咽頭附近ノ粘膜ニ見出サル、モ  
 ノニシテ、又腸内ニ存在シ得ルコトモ確カニ證明サレタル所ナリ、其他肺炎  
 ニテ死亡シタル者ノ解剖ニ際シ何等炎性變化ヲ伴フコトナクシテ腹腔内  
 ニ本菌ヲ見出シ、尙蟲様突起周圍炎ノ膿中ヨリ肺炎菌ヲ檢出シタルコトモ  
 少ナカラザルナリ、而シテ腸内容ニ混ゼル肺炎菌ガ腹膜ニ達シ得ルニハ腸  
 壁ニ一定ノ變化アル時ナラザルベカラズ、若シ腸管壁ニシテ全ク健體ナル  
 場合ニハ細菌ノ通過ハ全ク不可能事ニ屬ス、但シ Bönniken, Arnd 氏等ノ實驗  
 ニヨル時ハ比較的輕微ナル變化例之充血、漿液性浸潤アレバ既ニ十分細菌  
 ハ之ヲ通過シテ腹膜ニ達シ得ルモノナリト言フ、Stoos 氏ハ突然急性腸胃  
 加答兒ヲ發シ數回ノ下痢ヲ伴ヒシ小兒引キ續キ腹膜炎ヲ起シ、遂ニ死亡シ  
 タル者ニ解剖ヲ行ヒシニ急性腹膜炎ノ像ヲ認メ、蟲様突起ニ異狀ナシ之ニ  
 多數ノ雙球菌ヲ證明シタリ、即チ之ニアリテハ病原菌ノ腸壁ヲ通ジテ腹膜  
 ニ到リ、シモノナルコト明ラカナリト言フ、尙大腸菌ニヨリテモ同様ノ發病  
 關係認メラレタリ、然シナガラ假令細菌ノ腹膜ニ到達スルモ之ニ炎症ヲ惹  
 起スルタメニハ細菌ニ特ニ病的勢力ノ強盛ナルコトヲ要ス、此毒勢ハ Netter

氏ニヨルトキハ同一個人ニ在リテモ時ニヨリテ差異アルモノニシテ、肺炎、  
 肋膜炎、安魏那、關節炎等現ニ炎症アル所ヨリハ毒勢強キ肺炎菌ノ現出スル  
 モノナリト言ハル、而シテ又是等毒勢強キ菌ノ腹膜ニ到達シタル時ニ於テ  
 モ、若シ腹膜ニシテ全然健全ナル時ニハ此處ニ炎症ヲ惹起セシムルニ多數  
 ノ肺炎菌ヲ要スベキコト實驗ニヨリテ知ラレタリ、反之若シ腹膜前以テ何  
 等カ化學的、物理的又ハ機械的障礙ヲ受ケ居ル場合ニアリテハ、比較的少數  
 ノ細菌ヲ以テシテモ炎症ヲ起シ得ルニ十分ナリ、故ニ腸加答兒、肋膜炎等ハ  
 一種ノ化學的障礙ヲ腹膜ニ及ボスモノニシテ、尙外部ヨリノ冷却、外傷モ亦  
 細菌ノ移殖ニ便宜ヲ與フルモノト考ヘラル、其他全身ノ虛弱、疲勞過度、前行  
 セル傳染性疾患等何レモ其發生ヲ誘因シ得ベキモノトス、尙小兒ノ大人ニ  
 比シテ多數ノ罹病者ヲ有スルモ小兒體質ニ於ケル一種ノ素因ト認メラル、  
 肺炎菌ノ肋膜ヨリ腹膜ニ達スルニ從來ハ一般ニ淋巴道ニヨルモノト唱ヘ  
 ラレシガ、其後臨牀上竝ニ實驗上細菌ガ橫隔膜ヲ通ジテ連續的ニ發育シ行  
 クコト證明セラレタリ、又肺炎菌性腹膜炎ガ女性ニ多數現ハル、點ヨリ屢  
 侵入經路ヲ女子生殖器ニ求メラレタレドモ、解剖ノ結果ハ腔、前庭部ニ輕度

ノ炎症アル外、子宮ニハ常ニ病的變化ヲ缺キ、Riedel氏ノ如キハ重篤ナル敗血性炎ナルニ拘ハラズ子宮ハ健全ナリシト言フ、故ニ後ニ述ブル所ノ淋毒菌又ハ他ノ化膿菌ニヨリ惹起セラレ、直接生殖器官ニ於ケル炎症ヨリ上行スル腹膜炎ノ場合ヲ除キ、肺炎菌性腹膜炎ニアリテハ生殖器ノ經路ニ依ルモノハ寧ろ稀有ナリト認メラル。

急性傳染性疾患例之猩紅熱、丹毒、實扶埕里、麻疹、急性安巍那等ノ經過中發スル所ノ急性化膿性腹膜炎ハ多ク連鎖球菌ニヨリテ惹起サル、モノニシテ、就中猩紅熱ニ併發スルモノ比較的屢見ル、好ンデ其落屑期ニ發シ、同時ニ他ノ漿液膜例之肋膜、心囊、關節囊等ニ炎症ヲ伴フヲ常トス、又女子生殖器疾患ヨリ續發セルモノ、中ニモ本菌ニ因ル場合アリ、其他時ニ全ク獨立シテ特發スル場合アリ。

淋毒菌ノ原因ニヨル急性腹膜炎ハ殆ド凡テ少女ノ生殖器疾患例之腔炎、喇叭管炎等ヨリ繼發スルモノト認メラル、然シナガラ反對ニ小兒期ニ於テ生殖器疾患ヨリ發生スル腹膜炎ガ悉ク淋毒菌ニヨルモノニ非ズ、尙連鎖球菌、葡萄狀球菌及大腸菌等ニヨリテ惹起セラル、場合モ亦決シテ少ナカラ

Y. (Riedel, Mertens)

Mertens 氏ノ觀察ニヨルトキハ是等急性腹膜炎ノ發病ニ先チ常ニ腔炎又ハ喇叭管炎ヲ認ムルモノニシテ、其他蠕蟲ノ寄生セル際陰部ニモ痒感アリ、之ヲ搔爬シテ小損傷ヲ起シ之ニ細菌移植シテ炎症ヲ起シ、更ニ種々ノ機會ニヨリ上行シ遂ニ腹膜炎ニ達スルモノト解セラル。

### 三 病理解剖

特發性急性腹膜炎ニシテ急激ニ死亡ノ轉歸ヲ取リシ場合ニハ腹膜炎ノ廣範圍ニ互リテ強度ノ脈管充血ヲ認メ、尙屢、散在性ニ溢血ヲ見ル、漿液膜及漿液膜下組織ニハ溷濁肥厚アリ、時トシテ更ニ之ニ接スル筋肉組織ニ浮腫様浸潤ヲ見ルコトアリ、腹腔内ニ於ケル遊離滲出物ハ其量概シテ少ナク、性状ハ此場合主ニ漿液性ニシテ黃褐色又ハ溷濁セル白色ヲ呈シ中ニ纖維性夾雜物ヲ含、有ス、又腹膜内々臟表面ニハ纖維性滲出物沈著シ、就中肝臟、脾臟ノ表面ニ著明ナリ、反之他ノ場合ニアリテハ既ニ多量ノ滲出液ヲ現ハシ、黃綠色ノ漿液膿性液ヲ貯溜ス、或ハ純粹膿性ナルコトアリ、R. Löwe 氏ハ六年ノ少

女ノ急性汎發性腹膜炎ニ於テ其臍窩ヨリ自潰破裂セル滲出物が主トシテ乳糜様膿性ノモノヨリ成レルヲ報ゼリ、急性傳染性疾患殊ニ猩紅熱ニ併發スル場合ニハ屢、膿性滲出液ヲ見、或ハ漿液纖維性ナリ、更ニ他ノ場合ニアリテハ滲出液僅少ニシテ反之結締織ノ新生殊更著シク腹膜組織ニ肥厚ヲ呈シ、或ハ相接スル部位ノ癒著スルモノアリ。

蟲様突起炎及同周圍炎其他腸ニ於ケル炎性疾患、肝臟、脾臟、腎臟、女子生殖器疾患等ヨリ發スル所謂續發性腹膜炎ニアリテハ一般ニ先ヅ限局セル隣接部位ニ炎症ヲ起シ、時ニハ幸ヒ狹範圍ニ止マルコトアレドモ、屢、更ニ進行シテ汎發性腹膜炎ヲ惹起スルコト少ナカラズ、就中蟲様突起ニ於ケル炎症、壞疽ヨリ發スル場合ハ時ニ限局セル炎竈ヲ作ル暇ナク早ク汎發性腹膜炎ヲ形成スルコト屢、ナリ、殊ニ小兒ニ於テ其轉向速カナリ。

是等續發性腹膜炎ニ於ケル滲出物ノ性状ハ一般ニ纖維性ニシテ、或ハ之ニ膿球ヲ含有ス、稀有ナレドモ赤痢ニ合併セル腹膜炎ニ於テ多量ノ滲出物ヲ來タシ著明ナル汎發性腹膜炎ナリシモノアリ、又蟲様突起炎ヨリ起リシモノニシテ全ク囊狀ノ限局サレシ膿瘍ヲ形成セルモノアリ。

穿孔性腹膜炎ノ中、隣接器官ニ於ケル膿瘍ノ破壊シテ化膿性腹膜炎ヲ起シタル場合ニアリテハ其滲出物素ヨリ膿性乃至纖維膿性ナリ、之ニ反シテ腸管壁ニアル諸種潰瘍ヨリ穿孔セル場合ニアリテハ、腸内容即瓦斯、糞便等ヲ腹腔内ニ見ルベシ、若シ直チニ死ノ轉歸ヲ取ルニ到ラザルトキニハ滲出物ハ腐敗變化ニ陥ルベシ、腹膜炎ニ壞疽ヲ起スコト稀レニ壞疽性臍炎ノ後ニ見ル。

肺炎菌性腹膜炎ハ病理解剖上相異ナルニ様ノ變狀ヲ以テ現ハル、炎症一部ニ限局シテ囊狀ニ化膿竈ヲ作ルモノト、腹膜炎全般ニ互リテ汎發性ノ炎症ヲ來タス場合トアリ、前者ニアリテハ下部殊ニ多クノ場合其中央ニ當リ、時ニハ稍、側方ニ偏シテ腸管、網膜、結締組織等ノ相互ニ錯綜シテ膿瘍ヲ形成ス、囊ノ中ニハ一般ニ多量ノ濃厚粘稠ニシテ、綠色、黃綠又ハ黃色ヲ帶ブル膿ヲ貯フ、臭氣無ク、又屢、多數ノ纖維性夾雜物ヲ混在ス、其外單ニ一個ノ膿瘍ニアラズシテ多數ノ囊狀膿瘍ヨリ形成サル、場合アリ。

後者ニ屬スル肺炎菌性腹膜炎ハ炎症全腹膜炎ニ擴布シ、一般ニ腹腔内ニ極メテ多量ノ膿ヲ有シ、小腸管ハ此中ニ浮游スルガ如キ狀ヲ呈ス、而シテ腸管及

網膜等ノ間ニハ殆ド癒著ヲ認ムルコトナク、又假令之アリテモ輕微ナリ、腹膜ノ外壁膜及腸漿液膜ニハ輕度ノ纖維性沈著ヲ見ル、又腹膜ニハ強キ充血ヲ呈スレドモ夫レ自身ニハ殆ド肥厚ヲ見ズ、此種ノモノハ其儘自然ニ放置スル時ニハ屢、臍ヨリ自潰シ膿ヲ出スベシ、又腔其他ニ破潰スルコトアリ、或ハ上腿ニ下降シ、又鼠蹊管ヲ通リテ陰囊内ニ達スルコト稀レニアリ、上記二種ノ外肺炎菌性腹膜炎ニ尙激烈ナル場合アリ、即所謂肺炎菌性敗血症ヲ呈シ、急速ニ不幸ナル經過ヲ呈スルモノニシテ、之ガ解剖上ノ變化トシテハ腹膜及腹腔内諸臟器ニ纖維性沈著アリ、殊ニ腸管ニ於テ強ク、腹腔内ニハ少量ノ稀薄ナル漿液膿性ノ稍、褐色ヲ帶ブル滲出物ヲ見ルニ過ギズ、或ハ少量ノ濃厚ナル膿性滲出物ナルコトアリ、斯ク等シク肺炎菌ノ原因タル腹膜炎ニシテ夫レ々々異ナル變化ヲ呈スル理由ハ主トシテ細菌ノ毒力ニ依ルモノニシテ、毒力比較的弱キ場合ニハ局限セル化膿竈ヲ形成スルニ止マレドモ、最強ナル毒力ヲ有スル菌ニ由來スルモノハ敗血症ヲ呈スルモノト解セラル、淋菌性腹膜炎ハ其發生ノ經路ニ準據シ、生殖器ニ相接スル附近ニ比較的限

局シテ現ハル、コトアリ、或ハ汎發性腹膜炎トシテ來ル、後者ノ場合腹腔ヲ開クニ稀薄ナル膿性滲出液ノ主トシテドーグラス腔内ヲ占ムルヲ見ル、其量頗ル多キコトアリ、或ハ只少量ニ過ギザルコトアリ、尙全般ニ纖維膿性ノ沈著ヲ見ルヲ例トス。

#### 四 症 候

特發性腹膜炎ノ發病ハ一般ニ急激ナリ、多クハ何等異狀ノ前行スルコトナク突然ニ發ス、又時ニハ前驅症狀トシテ一兩日間倦怠、不愉快、惡寒及腹部ニ於ケル不定ナル疼痛ヲ訴フルコトアリ、斯クテ疼痛ハ漸次其度ヲ増シ、主トシテ臍部附近ヨリ下腹部ニ感ジ、且腹筋ニ緊張アリ、之ニ次デ嘔吐ヲ發ス、初メニハ攝取セル食物ヲ吐シ、後ニハ綠色胆汁様ノ液ヲ吐出ス、而シテ是等ニ前後シテ體溫上昇シ、脈搏頻數トナリ一般障礙ヲ現ハスニ到ル、反之前驅症ナキ場合ニハ全ク突然ニ強キ下腹痛、嘔吐及熱發ヲ以テ發病ス。

既ニ腹膜炎十分ナル炎症ヲ起スニ到レバ、患兒ハ一見重患ノ顔貌ヲ呈シ、苦痛ノ表情アリ、仰臥位ヲ守リテ動カズ、顔面ハ或ハ蒼白ニ、或ハ潮紅シ、時ニ著



シク發汗ス、呼吸促迫シテ淺表トナリ、吸氣ニ當リ胸廓ハ只上方ニ舉上セラ  
 ル、ノミニシテ純粹ノ胸式呼吸ヲ行フ、體溫ハ三十九度又ハ以上ニ昇ル、脈  
 搏小ニシテ頻數ナリ、食慾全ク缺如シ口渴著シク皮膚乾燥ス、排尿困難ニシ  
 テ疼痛ヲ伴ヒ、尿利減少ス。  
 腹部ハ膨滿シ且緊張強ク、下肢ヲ屈曲シテ腹部ニ近接シ、或ハ僅カニ外旋ノ  
 位置ニ於テ伸展ス、觸診スルニ到ル處一様ニ疼痛ヲ訴フルコトアリ、或ハ一  
 部ニ偏シテ特ニ疼痛ヲ感ズル如キ場合アリ、腹腔内ニ稍、多量ノ滲出液ノ存  
 在スル場合ニハ多ク下腹部ニ當リテ濁音ヲ認メ、時ニ何レカノ側腹部ニ主  
 トシテ濁音界ヲ證明ス、其境界線ハ患兒ノ位置ヲ變ズルニ從ヒ異動スルヲ  
 常トス、若シ頗ル多量ノ液ヲ貯溜セル時ニハ下腹部ハ臍部ニ向ヒテ膨隆シ  
 皮膚緊張シテ光澤ヲ發シ、腹壁靜脈ノ怒張走行スルヲ見ル、斯クノ如キ場合  
 ニハ又自覺症狀モ從テ強シ。  
 更ニ尙滲出液ノ化膿セル場合ニアリテハ惡寒、戰慄ヲ伴フテ發熱シ、弛張熱  
 型ヲ呈シ高キハ四十度、四十一度ニ達シ、低キハ常溫以下ニモ及ブ、同時ニ發  
 汗アリ、苦痛不安ノ狀著シク、衰弱頓ニ加ハリ、四肢端厥冷シテ紫紅色ヲ呈ス、

脈搏微弱トナリテ其數算ヘ難ク、時ニ不隨意的ニ尿便ノ排泄アリ、更ニ進シ  
 デハ意識溷濁シ遂ニ昏睡ニ陥ル。  
 幸ヒ病症ノ頓挫スル場合ニハ先ヅ熱候低下シ、腹部ノ自發疼痛及運動、壓迫  
 ノ爲ニ感ズル疼痛減退シ、腹圍縮小ス、呼吸ハ安靜トナリ、脈搏モ亦佳良ニ、一  
 般症狀快方ニ向フ、而シテ滲出液ハ一定度ニ局限シ徐々ニ吸收サル、ニ到  
 ル、稀レニハ多量ノ滲出物ノ腸管又ハ膀胱ニ自潰穿孔シテ之ヨリ排除サレ、  
 或ハ臍窩ヨリ腹壁ヲ通ジテ外ニ自潰シ幸ヒ治癒ニ赴クコトナキニ非ズ、然  
 シナガラ通常化膿セル場合ニ對シテハ早ク人工的ニ排膿ノ途ヲ講ゼザレ  
 バ種々ノ危險ヲ伴フモノトス。  
 其他頗ル急激ノ經過ヲ取ル場合ニハ始メヨリ高熱、惡寒、戰慄アリ、全腹部ニ  
 烈シキ疼痛ヲ訴ヘ、斷ヘズ嘔吐、吃逆ヲ發シ、尙時ニハ譫妄其他ノ腦症狀ヲ現  
 ハシ、遂ニ昏睡ニ陥リ、僅カニ二十四時間乃至三十六時間ノ中ニ鬼籍ニ上ル  
 モノアリ。  
 肺炎菌性急性腹膜炎ハ、症候、  
 肺炎菌性腹膜炎ハ其病理的變化ニ於テ二型ヲ區別スル如ク、症候ニアリテ

モ同ジク各自異ナル徴候ヲ呈スルナリ。

一 限局性腹膜炎 (abgesackte Peritonitis) ハ次ニ述ブル汎發性腹膜炎ニ比シテ遙カニ多數ニ見ル所ニシテ、一般ニ急激ニ發病シ前驅症狀ヲ認メ得ザルヲ常トス、其初發徴候ハ下腹部ノ疼痛、嘔吐及發熱ナリ、發熱ハ第一日ニ既ニ三十九度又ハ之以上ニ昇リ、時ニ惡寒戰慄ヲ伴フ、稀レニ痙攣ヲ發スルコトアリ、短時間ノ中ニ早ヤ重患ノ外貌ヲ呈スルニ到ル。

下腹部ニ於ケル疼痛ハ本症ニ必發ノ徴候ニシテ、多ク下腹全部ニ之ヲ訴フレドモ、亦全腹部ニ感ズルコトアリ、尙屢、限局セル部位殊ニ下腹ノ右側ニ偏在シテ訴フ、嘔吐モ亦初期ニ於ケル必發徴候ノ一ニシテ吐物中ニ多ク膽汁ヲ混ズ。

Dienlfoy 氏ハ初期症狀ノ一ニシテ又診斷上ニモ價値アルモノトシテ下痢ヲ算フ、Michaut 氏ハ其三十三例中十四例ニ於テ初期下痢ヲ認メ、第二、第三日ニ於テ下痢ヲ起シタルモノ六例アリシト言フ、而シテ尙以後ノ經過ニ於テハ殆ド凡テノ場合下痢ヲ來タスモノニシテ、便秘アルハ寧ロ例外ニ屬ス。

斯クノ如ク發病初期ニ於テハ頗ル激烈ナル症狀ヲ呈スレドモ、數日ノ經過

ニ於テ漸ク多少ノ緩解ヲ來スヲ例トス、嘔吐ノ度數減ジ、其際ノ苦痛輕快シ而シテ自發疼痛ハ著シク減退スレドモ、尙便通時ニハ之ヲ感ジ、或ハ裏急後重アリ、又下痢ヲ伴ハズシテ痙攣様疼痛ヲ訴フルコトアリ、通常下痢ハ尙持續シ數週ニ及ブコト少ナカラズ。

體溫ハ Michaut 氏ニヨルトキハ病初第一日ニ最高ヲ呈シ三十九度五分乃至四十度ニ達シ、其後ハ三十八度以上三十九度五分ノ間ヲ往來シ、約十日ニ互リテ連續シ、次デ漸次散渙性ニ下降スルト云フ、體溫ノ上下ニ伴フテ脈搏數ニ増減アリ。

腹部ノ他覺的症候トシテ最初ニ見ルハ膨滿ナリ、且一定ノ緊張ヲ呈シ、打診ヲ行フニ強キ鼓音ヲ聞ク、即チ此時期ニアリテハ膨滿ハ主トシテ腸ノ鼓張ニ因ルモノトス、サレド一定度ヲ超エテ極度ニ達スルニ到ラズ、約二週ヲ經過スル時ニハ病症稍、變化シ別種ノ時期ヲ劃スベシ、即チ腹腔内ニ滲出液ノ貯溜シ來ルヲ主徵トナス時期ニシテ、腹部打診ヲ行ヒ濁音界ヲ認ムルコトニヨリ滲出液存在ヲ證シ得ベシ、濁音ハ主トシテ下腹部ヲ占メ、時ニハ卵巢腫瘍ニ於ケルガ如キ濁音界ヲ呈スルコトアリ、而シテ多クノ場合下腹中央

部ヲ占ムレドモ時ニハ右側ニ偏シテ特ニ膨隆セル濁音部ヲ見ル、觸診スルニ弾力性硬度ニ緊張シ、屢、明ラカニ波動ヲ認ム、體ノ位置ヲ變ズルコトニヨリテ又濁音界ニ異動ヲ來タス、腹壁皮膚ニハ腹腔内ノ壓ノ結果怒張セル靜脈網ヲ現出ス。

此時期ニ到リテ尙手術ヲ施スコトナク、切開排膿ノ途ヲ作ラザルニ於テハ熱候ハ尙絶エズ持久昇降シ、衰弱羸瘦漸次加ハル、反之腹部ノミハ益、膨隆シ、臍ハ膿ノタメニ「ヘルニヤ」様ニ隆起シ、菲薄ナル臍窩皮膚ハ緊張シ之ヲ透シテ腹腔内ニ膿ノ存在ヲ認メ得ベシ、而シテ遂ニ或ハ臍窩ヨリ自カラ破潰シ膿ヲ排出シ、幸ヒニ漸次治癒ニ赴クコトナキニ非ズ、サレド屢、漸次衰弱加ハリ來リ、又ハ敗血症ニ陥リテ死スルニ到ルベシ。

上記ハ限局性肺炎菌腹膜炎ノ定型ノ場合ニ於ケル經過ニシテ、斯ク限局シテ囊狀化膿竈ヲ形成スル場合ハ比較的長キ經過ヲ有スルモノトス、*Mechnikoff*氏ニヨレバ本症ノ經過ヲ凡ソ左ノ三期ニ區別シ得ルト言フ。

- (一) 病初期ノ激烈ナル症狀ヲ呈スル時期
- (二) 下腹部ニ於テ明ラカニ滲出液ノ貯溜ヲ認ムル時期

(三) 臍窩膨隆ノ時期、或ハ瘻管形成ノ時期

各時期ノ推移ハ素ヨリ漸進的ナリ。

症例 (M. Soos 氏)

三年六ヶ月小兒 發病ハ一月中旬ニシテ、突然ニ熱發シ、扁桃腺炎ヲ起シ、下腹部ニ自發疼痛及排尿時疼痛ヲ訴フ、同時ニ嘔氣嘔吐アリ、次デ腹部膨滿ヲ來セリト、便通ハ發病第一日ニハ無ク其後下痢便アリ。

上記症狀ハ一兩日ノ後稍、輕減セリト雖モ、熱發尙持續シ、腹部ノ膨滿ハ更ニ増加シ、反之身體ハ羸瘦ス、便通ハ比較的正規トナリシモ其際疼痛アリ、尙自發疼痛ヲ腹部諸所ニ訴フ。

斯カル既往症ヲ以テ二月十六日入院セル時ノ現症ハ、皮色蒼白ニシテ羸瘦著シク、眼窩陷没ス、舌ニ灰白色苔ヲ被ムリ其周緣赤シ、呼吸ハ淺表ニシテ促迫シ、體溫三十八度二分、脈搏百二十、緊張弱シ、腹部ハ強ク膨滿シ臍ハ圓錐狀ニ隆起シ、其菲薄ナル皮膚ヲ透シテ内ニ黃色ノ滲出液アルヲ認メラル、腹圍臍高ニ於テ六十三仙迷ヲ算ス、一般ニ強ク緊張シ上腹部ニ於テ皮下靜脈ノ著シキ怒張セルヲ見ル、下過半部濁音ヲ呈シ、中央線ニ於テ臍ノ上方三仙迷ニ及ビ半月形ニ濁音界ヲ劃ス、其上方腹部ハ鼓音ヲ呈シ一二腸管ノ膨隆ヲ認ム、心音ニ異狀ナシ。

胸部所見ニ於テハ打診上異常ナケレドモ、左右共少数ノ水泡音ヲ聞キ、又右ニ肋膜摩擦音ヲ聽取ス。

診斷ハ肺炎菌性腹膜炎。

排膿ノ必要目前ニ迫レルヲ以テ臍部皮膚ニ切創ヲ作り、約二立ノ膿ヲ排出セリ、洗滌セル後硝子「ドレーン」ヲ施ス、膿ハ濃厚ニシテ黄色ヲ帶ビ特ニ臭氣ナシ、爾後洗滌ヲ行フテハ排膿ヲ好クシ、漸次分泌減少シ治癒ニ赴ケリ、膿ヨリ培養セル菌ハ其性狀肺炎菌ニ一致ス。

症例

十一年半ノ小兒 十一月四日突然熱發、全身痙攣、嘔吐ヲ以テ發病ス、且腹部ニ疼痛ヲ訴フ、體溫ハ三十九度二分アリ、主治醫ハ急性胃腸加答兒トシテ手當セリ、六日腹痛ノ外更ニ左肺尖部ニ水泡音及輕度ノ濁音ヲ認ム、體溫朝三十九度二分、夕三十七度八分、七日ニハ下腹部ノ膨滿著シク、嘔吐止ム、粥狀便三回アリ、脾臟腫大ス、十日腹部益膨滿シ、顔貌險惡ニシテ一般狀態不良、脈搏百四十ヲ算ス。十四日ニハ右下腹部ニ輕度ノ濁音アリ、更ニ腸窻扶斯ノ疑診ノ下ニ隔離サレタリ、當時ノ所見ハ舌ニ白苔アリ、腹部強ク膨滿シ、到ル處疼痛アリ、脾腫ヲ觸知セズ、下痢アリ、「ロゼオラ」ヲ見ズ、其後弛張型ノ熱候持續シ、腹部ノ膨滿ハ減少シ、之ニ對

シテ明ラカニ濁音ヲ側方ニ認ム、茲ニ到リテ滲出性腹膜炎ナルコト愈確メラレタリ。

十二月十五日外科的手術ヲ施サレタリ、當時ノ所見ハ兒ハ羸瘦シ、顔面蒼白、舌ニ白苔アリ、下腹部著シク膨滿シ、其周徑臍高ニ於テ五十八仙迷、上腹壁靜脈ハ怒張ス、臍ハ殊ニ隆起シ膿性内容ヲ透明ス、打診上下腹部ニ抵抗アリ、但シ壓迫疼痛ハ強カラズ、濁音界ハ仰臥位ニ於テ上方ニ凹線ヲ劃キ、臍上三仙迷ニ達シ更ニ左右ニ高マル、體位ノ變更ニ應ジテ濁音界ヲ異ニス、心音純ニシテ、肺臟ニ異狀ナシ、尿中蛋白ヲ證セズ、「インデカン」稍著シ。

切開創ハ臍中線ニ施サレ、約一立半ノ濃厚ニシテ綠色無臭ノ膿ヲ排出セリ、膿ハ主トシテ小骨盤腔ヲ占メ居タルモノニシテ腸管ハ後下方ニ壓セラレ互ニ癒著セリ、體溫ハ手術後直チニ下降シ爾後漸次快方ニ向ヘリ。

二 廣ク腹膜炎全般ニ化膿性炎ヲ惹起スル所ノ肺炎菌性腹膜炎ハ前記ノ限局性膿瘍ヲ形成スル場合ニ比シテ遙カニ少數ナリ、而シテ此中又二様ノ經過ヲ區別シ得、其一ハ腹膜炎全部ニ互リテ炎症ヲ起シ、腹腔内ニ多量ノ滲出液ヲ來タス所ノモノニシテ、他ハ激烈ナル症狀ヲ呈シ速カニ敗血症ニ陥リ、短經過ノ下ニ死亡ノ轉歸ヲ取ルモノトス。

發病ハ常ニ急激ナリ、限局性炎ニ在リテハ初期症狀ハ通常一兩日ヲ經テ緩解スルヲ例トスレドモ、之ニアリテハ引キ續キ益、増悪ノ傾向ヲ呈スルモノトス、各症狀ニ就キテハ別ニ特異ナル點ナク、上來記載セル症狀ノ更ニ烈シク現ハル、モノニシテ甚ダ重篤ナル病觀ヲ呈ス。

一般ニ汎發性腹膜炎ハ單一ノ定型の經過及徵候ヲ示スモノニ非ズ、腹部ニ於ケル他覺的症狀ノ外、殊ニ全身症狀ノ犯サル、コト著シキモノニシテ不良ノ轉歸ヲ取ルコト多ク、經過ハ短カキハ二日ニ過ギザルコトアリ、或ハ三週ヲ維持シ得ルコトアリ、而シテ早ク適當ノ時期ニ手術ヲ施スコトヲ得バ又幸ヒ治愈シ得ルコトモ絶無ニ非ザルナリ。(Naun, Brun, Stooz, etc.)

症例 (Goss 氏)

十二歳ノ女兒 七月四日不熟ノ櫻實ヲ多食シ、其夕刻強キ疝痛様腹痛ヲ訴ヘ、嘔吐、下痢ヲ起シ、此際多クノ櫻實ヲ出セリ、五日更ニ烈シキ腹痛ヲ起シ下痢アリ、六日ニハ屢、惡臭ノ放屁アリ、而シテ又臭氣強キ下痢便二十四時間ニ約十回アリ、下部ノ激痛尙存ス、八日ニ綠色ノ液狀物ヲ嘔吐シ、時々譫語ヲ發ス。

發病八日目病院ニ收容セル時、患兒ハ重患ノ外貌ヲ呈シ、眼窩陷没シ、眼瞼周圍暗

褐色ヲ帶ブ、舌ハ灰褐ノ苔ヲ被ムリ乾燥ス、體温三十八度四分、脈搏百、中等度ニ緊張ス、呼吸胸式ナリ、腹部ハ著シク膨滿シ、腹圍臍高ニ於テ五十八仙迷アリ、臍ル、ニ到ル處疼痛ヲ訴フ、盲腸部ニハ抵抗ヲ認メザレドモ輕濁音ヲ呈ス、下部ハ一般ニ強濁音ヲ呈シ、體位ヲ變ズルニ從ヒ異動スルヲ認ム、即腹腔内滲出液アルヲ知ル、胸部所見陰性ナリ、腹部ニ冰囊ヲ貼シ、阿片丁幾ヲ直腸ヨリ注入ス。

十四日體温三十七度六分、脈搏八十六、惡臭アル下痢便ヲ出ス、嘔吐ナシ、發作性ニ烈シキ自發疼痛ヲ訴フ、壓痛昨日ニ同ジ、診斷上多少蟲様突起炎ノ疑モアリ右側ニ偏シテ切開ヲ行フ、同時ニ多量ノ濃厚ナル黃綠色膿ヲ排出セリ、膿中纖維性絮狀物ヲ混ズ、蟲様突起及盲腸ニハ他ノ腸管部ト同様ニ輕度ノ纖維性沈著ヲ見ル、外炎性變化ヲ認メズ、腸ハ一般ニ鼓張ヲ呈シ、漿液膜ニハ著明ナル充血アリ、洗滌後小骨盤腔ニ向ヒ排膿管ヲ施ス。

十五日體温三十七度五分、脈搏七十二、尙多量ノ膿ヲ出ス、十六日ヨリハ全身症狀頓ニ輕快シ疼痛モ去リ、斯クテ漸次順經過ヲ以テ數週ノ後全治セリ。之ヨリ先キ膿ノ細菌學的檢査ハ肺炎菌ヲ證明セリ。

連鎖球菌性腹膜炎ノ症候

特發性急性腹膜炎ニシテ連鎖球菌ニヨリ惹起セラル、モノハ肺炎菌ノ場

合ニ比シテ少數ナリ、猩紅熱、實扶埕里、麻疹、丹毒、急性扁桃腺炎等ニ併發スル腹膜炎ハ屢、其原因連鎖狀球菌ナリ。

發病ハ肺炎菌性ノ場合ト同ジク急激ナリ、突然嘔吐、熱發、腹部疼痛ヲ以テ起リ又屢、烈シキ下痢ヲ伴フ、而シテ連鎖球菌性腹膜炎ハ限局性ニ膿瘍ヲ形成スルコト極メテ稀有ニシテ、一般ニ汎發性腹膜炎ノ病型ヲ呈スルモノトス、從テ多クノ場合重篤ナル全身症狀ヲ現ハシ、上記肺炎菌性腹膜炎ノ第二病型ト略、同ジク、加之夫レニ比シテ更ニ激烈ナルコト多シ、經過亦短ニシテ僅カニ一兩日ニシテ死亡ノ轉歸ヲ取ルモノ多數ヲ占ム。

症例 (Stross 氏)

六年ノ女兒 十一月二十六日突然發熱シ、嘔吐アリ、下腹部ニ疼痛ヲ訴ヘ、腹部膨滿シ、脈搏百四十ヲ算ス、翌二十七日ニハ既ニ一般腹膜炎ノ症狀ヲ現ハシ、體溫三十八度ヨリ四十度ニ昇リ、脈搏百二十至、惡臭アル下痢便ヲ出ス、三十日ニハ下腹低下部ニ體ノ變位ニヨリ異動スル濁音ヲ認メタリ。  
十二月一日病院ニ收容サル、當時ノ所見ハ眼窩陷沒シ苦痛ノ顔貌ヲ呈シ、脈搏小ニシテ百三十四ヲ算ス、舌乾燥シ煤色ヲ帶ブ、下腹部ハ膨滿シ、皮膚ニ靜脈ノ怒張

ヲ見ル、壓スルニ到ル處疼痛ヲ訴フ、打診上濁音ハ下腹部ヲ占メ、中線ニ於テ臍ノ下三仙迷ヨリ始マリ兩側ニ向ヒ半月形ニ擴ガル、臥位ヲ變ズルニ應ジテ濁音界モ移動ス、此夕手術ヲ行ヒ約四分ノ三立ノ薄キ赤色ヲ帶ブル所ノ膿ヲ排泄セリ、蟲樣突起ニ異狀ナシ。

二日ハ體溫三十七度五分乃至三十八度八分脈搏百三十至ニシテ全身症狀稍、良ナリ、然ルニ三日ニハ再ビ不良トナリ甚ダ惡臭アル下痢便ヲ出シ、五日遂ニ鬼籍ニ上レリ。

解剖所見ニヨレバ腸漿液膜及網膜ハ纖維素竝ニ膿ヲ以テ蔽ハレ、諸處ニ於テ癒著シ、肝臟面ニモ亦纖維性膿ヲ見ル、蟲樣突起ハ只粘膜ニ充血アルノミ、穿孔ヲ認メズ、胃粘膜又充血ス、腸管内ニハ多量ノ稀薄ニシテ惡臭アル綠色ノ内容アリ、廻腸ノ粘膜ハ強ク充血シ多數ノ出血斑ヲ見ル、細菌的檢査ノ結果ハ連鎖狀球菌ヲ純培養シ得タリト。

淋菌性腹膜炎ノ症候

淋菌性腔炎ガ幼少ナル女兒ニ於テモ比較的多數ニ見ラルルコトハ汎ク知ラレタル事實ナリ、而シテ淋菌ノ原因ニヨル腹膜炎ノ多クハ是等生殖器ニ於ケル炎症ニ續發スルモノトス、サレド腔炎等ハ不知不識ノ間ニ經過シ居

ルコト少ナカラズシテ、急性腹膜炎ノ發シタル後近キ既往ヲ尋テ始メテ  
 腔炎ノ前行セルヲ認ムルハ屢ナリ、然シナガラ又是等生殖器ニ於ケル炎症  
 或ハ損傷ヨリ上行シテ腹膜炎ヲ惹起スルモノハ必ズシモ單ニ淋菌ノミニ  
 非ズ、其他大腸菌、葡萄狀菌等ノ原因タルコトモ決シテ稀ナラズ、而シテ斯カ  
 ル發生經路ニヨルモノヲ又上行性化膿性腹膜炎 (Peritonitis Purulenta ascendens.)  
 トモ稱セラル。(Riedel; Mertens.)

發病ハ又多クノ場合急ナリ、突然嘔吐、熱發、烈シキ腹痛ヲ以テ現ハル、疼痛ハ  
 主トシテ下腹部ニ存シ、壓迫ニヨリ殊ニ痛感強シ、又常ニ排尿時ニ疼痛ヲ訴  
 フ、此際腔附近ヲ検査スルトキハ既ニ炎症アリテ多少ノ膿性分泌ヲ見、或ハ  
 陰脣及其附近ニ炎症性小潰瘍アルヲ認メ得ルコト少ナカラズ。

此種ニ屬スルモノハ其發病ノ模様屢、蟲様突起周圍炎ニ類似ス、而シテ病變  
 幸ヒ生殖器ニ相接スル附近ニ限局セル場合ニハ病症モ停止シ、漸次輕快ニ  
 向フコトアリト雖モ、屢之ヨリ更ニ汎發性腹膜炎ヲ惹起スルニ到ルナリ、其  
 重篤ナル場合ニアリテハ腹部ニ異常ナル膨滿ヲ起シ、高熱、脈搏ノ不良、頻數  
 等全身症狀ノ犯サル、コト強ク、急速ニ著シキ衰弱ニ陥ルナリ。

症例 (Mertens 氏)

五年ノ少女 急激ニ全腹部ノ疼痛及嘔吐ヲ以テ發病ス、母親ノ言ニヨレバ數日  
 來頻リニ外陰部ニ痒感アリテ搔爬シ居レリト。

發病第三日ニ於ケル所見ハ、既ニ著明ナル一般腹膜炎症狀ヲ呈シ、直チニ開腹術  
 ナ行フ、腹腔ヨリハ多量ノ稍、稀薄ナル膿性滲出液ヲ出ス、臭氣強カラズ、更ニ深ク  
 右側喇叭管ノ先端附近ニ大ナル褐色ノ膿ヲ以テ充タサレシ病竈アリ、喇叭管ハ  
 強ク發赤シ且腫脹ス、壓搾スルモ膿ハ出デズ、蟲様突起ニハ異狀ナシ、大陰脣及前  
 庭部ニ搔爬ニヨル小潰瘍アリ、且周圍ニ炎症ヲ呈セリ。

手術後四週ノ經過ニ於テ治癒セリ。

穿孔性腹膜炎ノ症狀

續發性腹膜炎ハ原病症ノ經過中新タナル機轉ニ於テ上記ノ如キ腹膜炎症  
 狀ヲ現出シ來ルヲ例トス、就中其大多數ヲ占ムル所ノ蟲様突起炎ニ繼發ス  
 ル場合ニ就キテハ特ニ該病下ニ記載セルヲ以テ茲ニ省略スレドモ特ニ穿  
 孔性ノ場合ニ付キテ少シク述ベシ。

穿孔性腹膜炎ノ症狀ハ一般ニ急激ナリ、前行セル疾患ノ經過中突然ニ重篤

ナル腹膜炎症狀ヲ發シ同時ニ昏睡状態ニ陥ルヲ常トス、殊ニ穿孔ノ大ナル場合ニ於テ著シ、然シナガラ必ズシモ直チニ腹膜炎ニ特有ナル症狀ノ現ハル、ト限ラズ、蟲様突起炎又ハ窒扶斯潰瘍ヨリ穿孔セル場合、時トシテ漸ク一兩日ヲ經過シタル後初メテ腹膜炎起レルヲ診定シ得ルコトアリ。

腸管ニ穿孔アリシ時ニハ腸内瓦斯ノ腹腔内ニ現ハル、タメ腹部ノ膨滿及緊張ハ俄カニ著シクナリ、打診上高調ノ鼓音ヲ呈シ、屢、金屬様響音ヲ伴フ、尙深部ニハ滲出液ノ存在ヲ認知シ得ベシ、而シテ最高鼓音部ハ平仰臥位ニ於テ正中部殊ニ屢、胃下方ニ認め、肝臟及脾臟ノ濁音界ハ消失ス。

腸管ニ於ケル穿孔ノ稍、大ナル時ニハ腹部ヲ聽診スルニ呼吸ノ吸氣時ニ相當シテ一種ノ「グル」音様ノ音響ヲ聞クベシ、是レ横隔膜ノ壓迫ノ爲メ瓦斯ノ穿孔部ヲ通過スルトキニ發スルモノト解セラル、反之若シ穿孔甚ダ小ナル時或ハ固形ノ腸内容物ノタメニ穿孔部ノ直チニ閉鎖セラル、カ、又ハ腹腔内ニ既ニ多量ノ滲出物アリテ之ガタメニ外ヨリ穿孔部ノ壓迫閉塞セラルル時ニハ、是等症狀ヲ缺クベシ。

穿孔ト同時ニ屢、昏睡ニ陥ルコトアルハ既ニ言ヘリ、尙之ニ伴ヒ脈搏不良ト

ナリ、全身障礙殊ニ強ク現ハレ、一見重篤ノ病症ヲ認め得ベシ。

### 五 診 斷

腹膜炎ノ症狀ハ元來特有ニシテ著明ナル場合ニアリテハ誤ルコト殆ド無カルベク、腹部ノ膨滿、緊張、疼痛等局所ニ於ケル變狀ヲ主要ナルモノトシ、其急性ナル場合ニハ又常ニ嘔吐、發熱、下痢等伴ハル、然シナガラ唯診斷ニ困難ヲ感ズルハ其初期ニアリテ症狀ノ尙具備セザル時ナリ、嘔吐、腹痛ノ如キハ小兒期ニ殊ニ多數見ル所ノ急性腸胃加答兒ニ在リテモ等シク存スル症狀ナリ、局所疼痛ニ就キテモ稍、年長ノ小兒ニアリテハ比較的理會力確ニシテ、其訴フル所又答フル點モ略、正鵠ニ近キヲ指示シ、診斷ノ資ニ供シ得ベシト雖モ、年少ノ小兒ニアリテハ其言フ所殆ド信ヲ措キ難ク、從テ診斷困難ナル場合少ナカラズ、故ニ幼少ノ者ニ向ヒテハ腹部ノ觸診ニ當リテモ主トシテ他ノ部ニ手ヲ下シ、小兒ノ注意ヲシテ成ルベク腹部以外ニ向ハシメ、其間ニ眞實ナル局部所見ヲ洞察スベシ、又股關節炎ノ際ニ用フル診斷法ヲ推奨スル人アリ、即小兒ニ仰臥位ヲ取ラシメ右足ヲ膝關節ニテ伸バセシマ、輕ク



舉上シ、其足蹠ヲ手拳ヲ以テ輕ク叩クナリ、若シ患者此際腹部ニ疼痛ヲ感ズルニ於テハ卒然トシテ手ヲ其疼痛ヲ發セル腹部局所ニ當ツルヲ認ムベシ、但シ此方法ハ腹腔内滲出液ノ多量ナル場合ニハ不明ナルモノトス。

鑑別上先ヅ小兒ニ廣ク見ル所ノ急性腸胃加答兒ニアリテハ、其疼痛ハ稍、深部ニ感ズルモノニシテ、腹膜炎ニ於ケルガ如ク身體ノ動搖位ニテハ直接疼痛ヲ惹起セズ、故ニ腹膜炎ノ際ニハ常ニ自カラ努メテ安靜ニ臥位ヲ取ルニ反シテ之ニアリテハ輒轉反側シ、時々發作性ニ痙攣様ノ疼痛ヲ發ス、而シテ既ニ滲出液ノ存在ヲ認ムルニ到レバ診定更ニ容易ナリ。

蟲様突起炎トハ早期ニ於テ鑑別スルコト甚ダ困難ナリ、加之時ニハ殆ド不可能ナル場合アリ、初期症狀ナル發熱、嘔吐、腹痛等ハ雙方ノ場合ニ見ル所ニシテ、疼痛ノ存在スル所モ初期ニハ一定シ居ラザルコト多シ、蟲様突起炎ニシテ初メ全下腹部ニ疼痛ヲ訴フルコトアリ、又腹膜炎ニアリテハ多數ノ場合主トシテ中央部ニ疼痛ヲ訴フルモノナレドモ、時ニ右方ニ偏在スルコトアリ、就中肺炎菌性腹膜炎ニ於テ屢、見ル所トス、一部ノ人ヨリハ蟲様突起炎ニ經驗スル所ノ右側腹筋ノミノ緊張ハ肺炎菌性腹膜炎ニハ缺如スルカ、或

ハ存スルモ極メテ輕微ナリト言フ、斯ク初期ニ於テハ其症狀相混同スレドモ少シク經過シテ盲腸部ニ局在セル著明ノ抵抗、濁音、壓痛等ヲ現出シ、蟲様突起周圍炎ノ特異症狀ヲ呈スルニ到レバ鑑別自カラ明ラカナリ、然シナガラ又限局性腹膜炎(肺炎菌性)ニシテ膿瘍ノ正中部ニ存在セズシテ、右側ニ偏在スル場合ニアリテハ蟲様突起炎後ノ化膿ト誤ルコトナキニ非ズ、其他便通ハ肺炎菌性及其他ノ急性腹膜炎ノ初期ニハ通常下痢ヲ伴ヒ、反之蟲様突起炎ニテハ便秘スルヲ例トスレドモ、是レ又必ズシモ然ルニアラズ、後者ノ場合ニ下痢ヲ伴フコトモ亦少ナカラズ、Murch氏ノ如キハ小兒期ノ蟲様突起炎ニ烈シキ下痢ヲ來タスコト大人ト異ナリ頗ル多シト言フ。

腸室扶斯ト鑑別ヲ要スベキ場合又少ナカラズ、例ヘバ腹腔ノ滲出液少量ニシテ、下腹部ノ膨滿著シカラズ、其疼痛又輕度ナル場合ニ於テ殊ニ然リトス、且屢、脾腫ヲ見ルニ於テヲヤ、而シテ熱ハ弛張性ニ數日ニ互リテ漸次昇騰シ行クコトアリ、又一方小兒腸室扶斯ハ其發病ノ急激ナルコトモ稀ナラザルヲ以テ、單ニ發病ノ緩急ハ區別ノ標準トナルヲ得ズ、ロゼオラノ存在、著シキ脾腫、尙特ニウイダール氏反應ノ検査ニヨリテ確定シ得ベシ、滲出液ノ多量ニ

存スル場合ニハ素ヨリ診斷容易ナリ。  
稀レニ腹壁ノ蜂巢織炎ニ於テ急性ニ惡心、嘔吐、高熱等ヲ以テ發スル場合、多  
少類似ノ症狀ト看做サル、コトナキニ非ズト雖モ、此場合疼痛ハ比較的小  
部分ニ限局サレ、且局部ノ變狀ヲ精査スル時ニハ直チニ其然ラザルヲ認メ  
得ベシ。

幼少ナルモノ、殊ニ哺乳兒ニアリテハ時ニ肺炎ノ初期ト迷フコトアリ、例之  
嘔吐、發熱ヲ以テ突發シ、食慾減ジ、絶エズ強キ腹痛アルモノ、如ク蹄泣シ、脚  
ヲ腹部ニ向ケテ屈曲シ、腹壁強ク緊張シ、體溫三十九度以上ニ昇リ、脈搏多ク、  
胸部ニハ氣管枝雜音ヲ聞ク場合、重大ナル炎症ノ果シテ胸部ニアルヤ、或ハ  
又腹部ニ存在スルモノナルヤ、疑惑ノ中翌日ニ到リテ肺上葉ニ著明ノ濁音  
ノ現ハレ來ルコトアリ、サレド又輕卒ニ呼吸ノ促進アルヲ見テ直チニ呼吸  
器系ノ疾患ヲ推セントスル如キハ素ヨリ早計ニシテ、特ニ他覺的症狀ニ注  
意ヲ拂フコト大切ナリ、其他稀レニ腦症狀ヲ呈シ、急速ニ不幸ノ轉歸ヲ取ル  
場合ニ對シテハ生前正確ナル診斷ヲ下シ難キコトアリ。  
限局性ノ肺炎菌性腹膜炎ニ於テハ熱發一二週間持續シ、小兒ハ著シク羸瘦

シ、又胸部ニ水泡音、摩擦音、時ニハ肺ニ浸潤竈ヲ認メ、咳嗽ヲ發スル事屢アル  
ヲ以テ、斯カル場合其本態ノ結核性ナラズヤトノ疑ヒ起ルナキヲ保セズ、然  
シナガラ之ニアリテハ滲出液頗ル多量ニシテ、斯ク短時日ノ間ニ臍ノ突出  
ヲ來タス程多量ニ貯溜スル事結核性腹膜炎ニハ不可能事ニ屬シ、其茲ニ到  
ルニハ更ニ多數ノ日時ヲ要スベク、之ニ先チ索狀乃至塊狀ノ抵抗ヲ認ムベ  
キ時期アルヲ例トス、尙結核性腹膜炎ハ通常其發病緩慢ナレドモ時ニ急性  
ニ現ハル、コトアリ。

淋菌性腹膜炎ノ生殖器ヨリ上行スルモノニアリテハ殊ニ蟲様突起周圍炎  
ト誤リ易シ、之ガ鑑別トシテハマック、ブルチー點ニ於ケル壓痛、筋肉ノ緊張等  
ノ外、腔ヨリ分泌ノ有無ヲ檢スルヲ要ス。

「インワギナチオン」トノ區別ニハ病初ノ無熱ナルコト、嘔吐頻發シテ遂ニ吐  
糞ヲ見ルコト、便秘結シ灌腸ヲ施スモ少シモ糞便ヲ出スコトナク單ニ血液  
ノ排流スルコト等ニ依ル。

## 六 豫 後

急性腹膜炎ノ豫後ハ全ク疑問ナリ、多數ノ場合不良ト見ザルベカラズ、サレド肺炎菌性腹膜炎ノ中限局性ニ膿瘍ヲ形成スルモノハ屢、治癒ノ轉歸ヲ取ルモノトス、而シテ之ニ臍部ヨリ自潰排膿シテ遂ニ治癒スルコトナキニ非ズト雖モ、茲ニ到ル迄放置スルハ寧ロ危険ニシテ、其間衰弱、羸瘦加ハリ、又中毒症、其他ノ併發症ノタメ遂ニ死亡スルコトアリ、反之適當ノ時期ニ手術ヲ施シ膿ヲ排除スル時ニハ比較的多少ノ場合良好ナル結果ヲ見ルベシ、*Chaut*氏ハ限局性肺炎菌腹膜炎ノ二十二例ノ中一例ヲ除ケル二十一人ニ手術ヲ施シタルニ、二例ノ死亡アリシノミニシテ他ノ十九例ハ治癒シタリ、死亡セル二例ノ中一ツハ肋膜炎ヲ、他ハ心囊炎ヲ合併シタリト。

肺炎菌腹膜炎ニアリテモ汎發性ノ場合ハ前者ニ比シテ其豫後遙カニ不良ナリ、只ニ診斷上困難アルノミナラズ、手術ヲ施シタル場合ニモ之ヲ救助シ得ルコト少ナシ、而シテ手術ヲ施スコトナク單ニ對期療法ノミニ委スルニ於テハ殆ド治癒ノ望ミナク、早期ニ手術ヲ行ヒ得タルモノ、中時ニ良果ヲ得タルモノヲ聞ク。

連鎖球菌腹膜炎ハ一般ニ汎發性ニ現ハレ、其症狀ノ重篤ナル場合多數ヲ占

ムルガ如ク、豫後モ亦從テ不良ナルヲ例トス、反之淋菌其他ノ化膿菌ニヨリテ惹起サル、所謂上行性腹膜炎ニ於テハ尙比較的治癒ノ見込アリ、*Riedel*氏ハ手術ヲ行ヒシ五例ノ中三例ノ治癒轉歸ヲ報ゼリ。

穿孔性腹膜炎ハ殊ニ激烈ナル症狀ヲ以テ現ハル、ヲ例トシ、早ク手術ヲ爲ス時ト雖一般ニ豫後不良ナリト覺悟セザルベカラズ、其他外傷性腹膜炎ハ其傷害ノ程度ニヨリ良好ニ經過スルコトナキニ非ズ、又嵌頓、インワギナチオンニ併發セル場合原障礙ノ早ク除去セラル、ニ於テハ腹膜炎モ亦治癒ノ轉歸ヲ取ルニ到ルベシ。

敗血症ヲ呈スル急性腹膜炎ハ豫後絶對ニ不良ナリ。

### 七 療法

續發性腹膜炎ニ對シテハ其原因ノ如何ニヨリ療法モ種々ナリ、主トシテ原因タル病竈ヲ除去スルコトヲ眼目トセザルベカラズ。

特發急性腹膜炎ハ發病初期ニ於テ診斷ノ尙正確ニ定マラザル時期ニアリテハ對期療法ヲ行ヒ、消炎ノ方法及現在苦痛トナレル疼痛等ニ對スル處置

ヲ施スコトヲ要ス、就中肺炎菌腹膜炎ノ多クノ場合、又ハ其他ノ原因ニヨル限局性腹膜炎ニ對シテハ尙一定時期迄ハ主トシテ内科的療法ヲ行ヒ、一部ニ膿瘍ヲ形成スルヲ俟テ外科的治療ヲ施スコトヲ要ス。

先急性腹膜炎ノ疑アル場合ニ遭遇セバ、患兒ニ絶對ノ安靜ヲ命ズベシ、尤モ小兒ハ既ニ腹痛ノタメニ早ク臥牀ニ就クヲ例トス、殊ニ腸ヲシテ全然靜穩ノ状態ニアラシムルコト緊要ナリトス、限局性肺炎菌腹膜炎ノ如キ其レ自身囊狀化膿竈ヲ形成スル傾向アルモノニ向ヒテ安靜ナル處置ハ又有利ニ作用スルモノトス。

腸管ノ鎮靜ヲ計リ、疼痛ヲ減却スル目的ニハ局所ニ冰冷法ヲ施シ、又阿片劑ノ如キ麻醉劑ヲ内用セシム。

局所ニ對スル冰冷法トシテ簡單ナルハ腹部ニ冰囊ヲ貼付スルニアリ、冰塊ヲ細碎シテ成ルベク扁平ニ當ツルヲヨシトス、又直接ノ接觸ヲ避ケテ其間ニ二三枚ノ「ガーゼ」ヲ置ク、尙壓ノ加ハラヌ様上方ヨリ吊リ下グベシ、冰囊ニ代フルニ冰冷ニセシ濕布ヲ頻回交換スルモ可ナリ、若シ冷却スルコトノ不快ヲ伴フ時ニハ濕性溫卷法ヲ施スベシ、尙ライテル氏冷却裝置賞用セララル。

水蛭ハ多少疼痛ヲ減却スル働キアルヲ以テ腹痛ノ烈シキ場合ニハ用フルモ可ナリ、年齢ニ應ジ三乃至六疋ヲ貼ス。

阿片劑ハ腸管ノ安靜及止痛ノ兩様ニ働ク、用量ハ餘リニ少量ニ過ギザルヲ宜シトス、幼少ナル者ニハ〇・〇〇〇五乃至〇・〇〇二ヲ、稍、年長ノ小兒ニハ〇・〇二乃至〇・〇三宛ヲ初メニハ一時間毎ニ與ヘ、漸次間隔ヲ大ニス、或ハ阿片丁幾ヲ與フ、年齢ニ應ジ一滴乃至十滴迄、而シテ疼痛ノ去ルヲ見バ中止スベシ。

處方

阿片越幾斯

〇・〇五—〇・二

苦扁桃乳劑

一五〇〇

右混和一乃至二時間毎一小兒匙宛。

阿片劑ヲ與ヘテ嘔吐ヲ催起シ、口ヨリ攝取スルコト能ハザル時ニハ直腸ニ注入シ、或ハ坐藥トシテ用フ。

年長ノ小兒ニハ阿片劑ノ代リニ「モルヒチ」モ亦用ヒラル、皮下注射トシテ鹽酸「モルヒチ」〇・〇一—一〇ノモノヲ四分ノ一筒乃至二分ノ一筒ヲ施ス。

阿片劑ヲ内用スル時ニハ便秘ヲ來タスヲ例トス、サレド通常其儘ニ靜止シ置クベシ、一週間以内ニ強ヒテ排便スルヲ要セズ、尙永ク秘結スルニ於テハ灌腸ヲ行ヒ、又ハ食鹽水洗腸ニヨリ排便ス、此際ニモ下劑ヲ用フルコトヲ禁ズベシ。

發病初期ニ於テハ腹痛、頻發ノ嘔吐、其他急激症狀ノタメ口ヨリ榮養物ヲ攝取スルコト不可能ナル場合多シ、然ル時ニハ直腸ヨリ水分ヲ注入シ、又ハ滋養灌腸ニヨリテ一時衰弱ヲ維持スベシ、食鹽水ノ直腸内注入ニハ點滴法ヲ用ヒ、徐々滴狀ニ送入シテ一時ノ刺戟ヲ少ナクスルト共ニ吸收スル量ヲ大ナラシムルヲヨシトス、或ハ皮下ニ食鹽水注射ヲ行ハ、更ニ確實ナリ。膀胱ニ對シテ常ニ貯尿狀態ヲ觀察シ、充滿シテ排尿困難アル時ニハ「カテーテル」ニ依ルベシ、又高度ノ鼓張ハ灌腸ニヨリ輕減スルコトアリ。

虛脫症狀ノ現ハレタル時ニハ阿片劑及冰冷法ハ禁忌ナリ、反對ニ溫罨法ヲ施シ、内用ニ「シャンペン酒」、「コンニヤク酒」、「咖啡」、「茶」等ヲ與ヘ、同時ニ「カンフル」、「エーテル」等ノ皮下注射ヲ行フベシ。

嘔吐ノ殊ニ頻發スル者ニ對シテハ絶食ヲ行ヒ、只小冰片、冰冷水、鑛泉水ノ少

量ヲ與ヘ、或ハ冰冷ニセル牛乳、母乳、茶、薄キ粘滑汁等ヲ注意シテ少量宛與フ、同時ニ存スル煩渴、吃逆等モ冰片ノ飲用ニヨリ輕減サル、コト少ナカラズ。

高熱アルモノニハ時ニ冷水纏絡法モ行ハル、腹部皮膚ニ外用トシテ水銀軟膏ヲ塗擦シ、其他「ヨードホルム軟膏」、「ヨードール」、「ソバヨードール」(二乃至五%)軟膏及沃度「コロヂウム」(一〇〇)等用ヒラル。

多量ノ滲出液アル場合ニハ開腹術ニヨリテ膿ヲ排除スベシ、排膿後ハ食鹽水ヲ以テ洗滌シ、又ハ「ガーゼ」ニテ十分ニ清拭シ、「ドーグラス」腔ニ向ヒテ排膿管ヲ插入シ置クベシ、汎發性腹膜炎就中連鎖球菌ニ因ル場合ノ如キハ早期ニ手術的處置ヲ施スコトヲ要ス。

其他内服藥トシテハ強心劑、利尿劑ノ外沃度劑等用ヒラレ、幸ヒ輕快ノ緒ニ就ク場合ニハ漸次流動食ヨリ半流動食ニ移リ更ニ固形食ニ移ルヲ順序トス。

## 結核性腹膜炎

結核性腹膜炎ハ小兒ニ於テ比較的多數ニ見ル所ノモノニシテ、殊ニ臨牀上他ニ著明ナル結核性病變ノ認め難クシテ、殆ド原發ノ觀ヲ呈スル結核性腹膜炎ハ大人ニ比シ小兒ニ現ハル、コト遙カニ大ナリ、就中四年乃至十年ノ小兒ニ來リ、(Heubner) 反之哺乳兒期ニハ絶無ト云フニ非ザレドモ極メテ稀ナリ、而シテ小兒期全疾患ニ對スル絶對罹患數ニ就キテハ學者ノ統計一致セズ、ソノ少ナキハ二六% (Schmitz) 多キハ一四% (Göttinger Klinik) ヲ算ス、男女間ノ關係ニ就キテハ兒童ノ方少女ヨリ稍多キガ如シ、例之十七ニ對スル十五 (Schmidt) 又ハ十八ニ對スル十三 (Schreiber) 等ノ比ヲ舉ゲ。

結核性腹膜炎ノ發生ハ嚴密ナル意味ニ於テ言ハ、殆ド凡テノ場合續發性ノモノナリ、然シナガラ其間多少ノ差異アリテ、明ラカニ前行セル結核性疾患ニ續發スル場合ト、一見腹膜炎原發セル場合トヲ區別シ得ベシ、元來小兒結核症ノ傳染經路ニ就キテハ諸家ノ說種々ニシテ一定セズト雖モ、大體外氣性傳染 *aerogene Infection* ト食餌性傳染 *enterogene Infection* トヲ以テ主要ナル

經路ト認ムルニ就キテハ異論ナキガ如シ、而シテ外氣ヨリ侵入スル場合ニアリテハ呼吸器系ノ何レカニ第一病竈ヲ占有スルモノニシテ、就中結核菌ガ氣道ニ入りテ氣管枝淋巴腺ニ侵入シ、茲ニ一定時潜伏シ、或ル機會ニ遭遇スル時忽チニ活動ヲ始メ或ハ肺臟ニ、或ハ腦膜、腹膜ニ又ハ其他ノ諸臟器ニ移行シ、是等ニ結核性變化ヲ惹起スルニ到ルコトハ既ニ廣ク知ラレタル事實ナリトス、而シテ其傳播ニ當リ直接媒介ヲ爲ス所ノモノハ屢、血液ナリト雖モ、亦淋巴路ヲ介シテ移行スルコト決シテ少ナカラザルガ如シ、血管經路ニヨル場合ニハ時ニ全身ニ粟粒結核症ヲ發シ、其部分現象トシテ粟粒結核性腹膜炎ヲ見ルコトアリ。

食餌性傳染經路ニヨル場合結核菌ハ牛乳其他ノ食餌ト共ニ攝取サレ、消化器官中殊ニ屢、腸間膜ノ淋巴腺ニ侵入シ、先ヅ茲ニ潜在スルコト多數ナリ、其外口蓋扁桃腺及ワルダイエル氏扁桃腺輪ノ侵入門戸トナルコトモ少カラザルベシ、而シテ實際腸間膜腺結核及後腹膜腺結核ハ小兒死體ノ解剖ニ當テモ多數ニ見ル所ニテ、又時ニハ既ニ自ラ著キ乾酪變性ニ陥リ、周圍ニ癒著ヲ起シ、更ニ大網等ニ結著シ、種々ノ形狀ニ結節ヲ形成スルヲ認め、臨牀上ニ於テ

モ腹部膨滿ト共ニ壓痛アル抵抗物トシテ一定ノ症狀ヲ呈スル場合アリ。其他腸管ニ於ケル結核性病變、泌尿、生殖器竝ニ脊椎其他骨組織ニ結核アリテ、之ヨリ腹膜炎ノ續發スル場合アリ、稀レニハ腸ニ於ケル結核性潰瘍ノ穿孔シテ急性穿孔性腹膜炎ヲ起スコトアリ。

### 一 病理解剖

腹膜ニ現ハル、結核性病變ハ種々多様ニシテ決シテ一律ノ所見ヲ呈スルモノニ非ズ、全身粟粒結核ノ部分現象トシテ現ハル、場合ニハ一般ニ炎性變化ヲ缺キ、又滲出物ヲ來タスコトナク、只結核性顆粒ノ多數ニ散發スルヲ見ルナリ、但シ粟粒結核ニテモ亞急性ニ經過スル場合ニハ多少ノ稍、透明ナル滲出液ヲ見ルモノトス、サレド此際見ル滲出液ハ炎性滲出液ニ比シテ蛋白ノ含有量少ナク、尙癒著ヲ起スコトモ稀ナリ、或ハ又結核性腸潰瘍アル時、之ニ相當セル腹膜部位ニ少數ノ粟粒結核ヲ見ルコトアリト雖モ單ニ腸結核ノ副現象タルニ止マル。

之ニ對シ主トシテ腹膜ノミヲ犯ス所ノ結核性病變ニアリテモ亦各場合ニ

ヨリ炎症ノ像ヲ異ニス、而シテ固有ノ結核性腹膜炎ハ大體ニ於テ二様ニ區別シ得ルモノトス、一ハ結核性顆粒ノ傍ラ主ニ多量ノ滲出液ヲ來タスモノニシテ他ハ反對ニ滲出物ハ極少量ニ過ギザレドモ癒著、肥厚等ノ著明ナル場合ナリトス、然シナガラ此二様ノ病變ハ初メヨリ全然各別ニ發足スルモノニ非ズシテ、兩者相伴フテ現ハル、内何レカ一方ノ特ニ強盛トナリテ他ヲ壓倒スルニ到ルモノナリ。

比較的早期ニ於ケル變化トシテハ腹膜及網膜ノ諸處ニ粟粒大ノ不透明灰白色又ハ黃色ノ結核顆粒ノ播布サル、ヲ見ルナリ、其多クハ淋巴腺ニ接シテ現ハル、而シテ漿液膜ハ初期ニハ殆ド何等ノ變化ヲ受ケ居ラザルヲ常トス、稀レニハ此時期ニ於テ既ニ病機ノ停止シ、結核顆粒ハ遂ニ消失スルニ到リ幸ヒ治癒ニ赴クコトアリ。

然シナガラ一般ノ場合更ニ病機進行シ、一定度ノ炎性變化ヲ起スニ到ルモノトス、結核性顆粒ノ發生スル範圍ハ廣狹種々アリト雖モ好シク大綱及腹膜ノ内臟面ニ現ハレ、腹壁膜ニハ比較的少ナシ、更ニ之ヨリ肝臟、脾臟ノ表面、漿液膜、橫隔膜面等ニ現ハル、ニ到ル、次デ細小粒ナリシ結核節ハ漸次其大

サヲ増加シ、後ニハ乾酪様變性ニ陥リ、其中央部ヨリ軟化シ始ム、之ヲ顯微鏡下ニ檢スル時ハ巨大細胞、結核菌ヲ證シ得ベシ、之ト同時ニ漿液膜ハ又一般ニ反應性炎症ヲ起シ、纖維素ノ沈著アリテ肥厚ヲ來ス、是等結核節ハ更ニ互ニ相融合シ、其大サ扁豆大、豌豆大ニ達スルコトアリ、一方ニハ軟化セルモノ遂ニ自潰シテ内容ヲ散ジ、周圍ニ又新タナル粟粒結核節ヲ形成ス、以上ノ變化ト相伴ヒ腹腔内ニハ多少ノ差コソアレ、滲出液ノ發生ヲ來タスモノトス、滲出液ハ初メニハ多ク稀薄ナル漿液性ニシテ、屢、稍、綠色ヲ帶ブ、後チニハ漿液纖維性トナリ、液中ニ纖維素ヨリ成ル夾雜物ノ浮游スルヲ認メ、且、濁濁スルコト多シ、滲出液ノ有スル蛋白質量ハ三乃至五%ナリ、而シテ滲出液中ヨリ結核菌ヲ證明シ得ルコトハ極メテ稀ナリト雖モ、之ヲ移殖シテ傳染ノ行ハレタルコト少ナカラズ、其他滲出液ハ膿性ナルコトアリ、或ハ血球ノ混入スルニヨリ、又ハ毛細管ノ破裂ニヨリテ血性滲出液ヲ呈スルコトアリ、サレド小兒ニアリテ頗ル稀有ニ屬ス、尙若シ之ニ腸管壁ノ穿孔アル場合ニハ腐敗性滲出物ト變ズベシ、滲出液ノ現ハル、ニ從ヒテ纖維素ハ腸管、其他周圍臟器ノ表面ニ沈著シ、漸

次擬膜様成形物ヲ爲ス、尙腸管各自ノ間、或ハ腹壁、其他ノ内臟器官トノ間ニ癒著ヲ起スコト少ナカラズ、且是等錯雜ナル癒著ガ屢、一部ニ囊狀ヲ形成シ、中ニ滲出液ヲ貯溜シ、他ト相隔離スルコトアリ、初期ニ現ハレシ滲出液ガ早ク吸收セラル、カ、又ハ初メヨリ滲出液ノ極メテ少量ナル場合、其主要ナル變狀ハ纖維性肥厚竝ニ纖維素ノタメ行ハレシ強度ノ癒著ニシテ、所謂乾性腹膜炎ノ像ヲ呈スルモノトス、然シ此場合ニアリテモ全然初メヨリ滲出液ヲ缺如スルコトハ殆ド無シト言ハル、從テ真正ノ意味ニ於ケル乾性腹膜炎ハ極メテ稀有ノモノナリ、纖維素ヨリ成レル索狀乃至膜狀組織ハ腸管、網膜、其他器官ノ間ニ錯綜シテ癒著ノ媒介ヲ爲シ、其間諸處ニ結核節相融合シテ乾酪變性ヲ起シ、又周圍ニハ新ラシキ粟粒結核ヲ播種ス、就中網膜ハ最モ強ク犯サレ、殊ニ多數ノ結核顆粒散在シ、大小、新舊種々ナル結節ヲ認メラル、尙之レト同時ニ網膜自身モ著シク肥厚シ、且屢、上方ニ蕈捲シ、又腹壁及腸管ト相結ビ、一ツノ不定形ナル凝塊ヲ形成スルコト少ナカラズ、之レ臨牀上屢、見ル所ノ臍部上方ヲ横ニ又ハ斜メニ走行スル太キ索狀隆起物ノ本態ナリ、其他肥厚セル癒著組織層内



ニ於テ融和結合セル大結核節ガ乾酪變性ニ陥リ、更ニ軟化スル時ニハ一囊狀ノ膿瘍ヲ形成スルコトアルベシ。或ハ又纖維性被膜及癒著層ニ肉芽組織ノ發生シタル時ニハ次デ起ル萎縮ノ爲メニ癒著セル部分ハ強ク牽引セラレ、腸管ニ著シキ屈曲ヲ起シ腸内容ノ通過ニ障礙ヲ及ボスコトアリ、尙異常ナル所ニ結締織索狀ヲ形成セルタメ、或ハ又腫大セル腸間膜淋巴腺ノ壓迫等ニヨリテモ稀レニ腸管ニ狭窄乃至閉塞ヲ來タス場合ナキニ非ズ。斯クノ如ク癒著、肥厚、萎縮竝ニ滲出液ノ囊狀貯溜等紛糾、錯綜シテ形狀種々ナル又大小相異ナル腫瘍狀隆起物ヲ現出シ、臨牀上腹部觸診ニ對シテ多様ノ所見ヲ呈出スルナリ、若シ腹膜ニ於ケル内臟面及腹壁面トノ間全然相癒著スルニ於テハ腹腔間隙ハ閉鎖スルニ到ル。

腹腔内滲出物ガ腸内ヨリ化膿菌ノ傳播ヲ受ケテ膿性滲出後ニ變化スルコトアリ、此ノ際或ハ腸管及大網其他トノ癒著ノタメ一局部ニ限定セラレ囊狀ノ膿瘍ヲ形成シ、或ハ大量ノ膿液トシテ腹腔ノ大部ヲ充タシ、遂ニハ臍部皮膚ヨリ外ニ破壊シ、又ハ腸管稀レニ膀胱等ニ向ヒテ自潰シ、多量ノ膿ヲ排泄スルコトアリ、時ニハ自然ニ破壊スルニ到ラズ、又人工的ニ排膿ノ手段ヲ

取ラズトモ漸次吸收サレテ幸ヒニモ遂ニ消失スルニ到ルコトアリ。

結核性腹膜炎ガ直接腸結核ニ續發セザル場合ニ於テハ腸管自己ハ屢、常態ヲ維持スルモノトス、只漿液膜ニハ多數ノ灰白色又ハ乾酪變性ニ陥レル結核節ヲ認ムルコト常ナリ、稀レニ二次的ニ腸へ破潰シテ瘻孔ヲ形成スルコトアリ、小兒ニ於テハ腸粘膜炎ノ結核性潰瘍ヨリ腹膜炎ヲ起スコトハ稀有ニ屬ス、其他少女ニアリテハ成人婦女ニ於テ見ルガ如ク屢、喇叭管、子宮體等ニ多數ノ結核節ヲ認ムルコトアリ。

尙一般ニ稀有ナレドモ有莖ノ眞珠樣結核節ヲ腹膜ニ見タル報告アリ。腎臟、肝臟ハ屢、アミロイド變性ニ陥リ、之レアルガ爲メニ血液循環ニ障礙ヲ及ボシ、其結果滲出液ノ發生ニ補助ヲ與フルコトアリ。

結核性腹膜炎ハ比較的治癒ノ傾向大ナルモノニシテ滲出液ノ吸收屢、平滑且良好ニ行ハル、コトアルノミナラズ、乾酪變性ニ陥レル病竈モ亦結締組織ニ包圍セラレテ病機ノ進行停止シ、又周圍ヘノ傳播モ阻止セラレル場合少ナカラズ、而シテ後ニ只多少ノ肥厚、癒著ヲ殘シ之ニヨリテ以前アリシ病機ヲ推察セシムルニ過ギズ。

## 二 症 候

結核性腹膜炎ハ病理解剖上滲出液性ト、乾性癒著性トノ別アル如ク、症狀及經過ニ於テモ兩者ノ間ニ多少異ナル所アルモノトス、一般ニ三年乃至十年ノ間ニ於ケル小兒ニ來ルコト最モ多數ニシテ、哺乳兒期ニハ極メテ稀ナリ、Henoch氏ノ見タル最少年限ハ二年半ナリシト言フ。

發病ハ一般ニ頗ル緩慢ニシテ、既往ニ於テ比較的健全ナリシ小兒ヲ犯スコトモ少ナカラズ、最初特ニ本症ノ發病ヲ區劃スベキ徵候ノ認め難キコト多ク、通常何時ヨリ發病セシモノナルヤ正確ニ定ムルコト能ハズ、只不知ノ間ニ小兒不元氣ノ模様ヲ認め、食慾減ジ、活潑ナル運動ヲ避ケテ好ンデ室内ニ止マリ、倦怠ノ狀アリ、斯ノ如キ狀態ノ下ニ漸ク腹部ノ徐々ニ膨滿シ來ルヲ兩親乃至保護者ヨリ注意セラル、ニ到ル。

反之少數ノ場合ナレドモ稍、激烈ノ症狀ヲ以テ急性ニ發病スルコトアリ、恰モ急性腹膜炎ノ發病ニ於ケル如ク突然熱發、嘔吐、腹部ノ疼痛ヲ訴へ、又之ニ膨滿緊張ヲ起ス。例之五年ノ小兒ニ於テ突然急性症狀ヲ以テ發病シ、下腹部

ニ強キ膨滿且緊張ヲ起シ、烈シキ腹痛ヲ訴へ、而シテ肺上葉部ニハ呼吸音微弱ナル部分アリ、斯テ一週間ノ經過ノ後虛脱ノ下ニ死亡セルニヨリ解剖ヲ行ヒシニ、腹腔内ニハ一立半ノ膿性滲出液アリ、腹膜兩壁ハ膿纖維性ノ滲出物ヲ以テ蔽ハレ、腸管ハ諸處ニ癒著ヲ起シ、漿液膜、大網等ニ多數ノ結核節ヲ見、小腸、盲腸、蟲樣突起等ノ粘膜ニハ結核性潰瘍及乾酪變性ニ陥レル濾胞ヲ認めタリ、即チ腸結核ガ原發病竈ニシテ之ヨリ急性ニ腹膜炎ヲ惹起シタルモノナリ。(Henoch)

然シナガラ發病ノ急性ト見ラル、者ノ中ニハ屢、既往症ノ不明ナルコト、又ハ不注意ノ爲メニ既ニ多少ノ障礙アルヲ知ラズシテ突然ノ急性轉機ニ際シ、初メテ病患ヲ認ムル場合ナキニ非ザルベシ。(Henoch)是等ノ場合時ニ腹部疼痛ノ特ニ盲腸部ニ局在シテ、一見蟲樣突起周圍炎ノ狀ヲ呈スルコトアリ、尙發病ノ亞急性ナル場合アリ、即チ週餘食慾不振、下痢、倦怠、熱發等ノ症狀持續シ、且全身ノ衰弱、皮膚蒼白漸ク加ハリ、其腹部ニ於ケル症狀追次著明ニ發現シ來ルコトアリ、例ヘバHenoch氏ノ例ニ於ケル如ク約三週前ヨリ食慾不振、下痢發熱アリ、漸次蒼白、羸瘦加ハリ、收容時ニハ腹部ハ異常ニ膨滿緊張シ、

鼓音ヲ呈シ、特ニ著シキ壓痛無ク、又滲出液ヲ證明シ得ズ、口唇及舌ハ乾燥シ、強キ口渴アリ、脾臟ヲ觸レズ、胸部ニハ左下葉ニ加答兒性雜音アルノミ、爾後六日間體溫三十八度二分乃至三十九度六分ノ間ヲ往來シ、脈搏百二十至ニシテ鼓張益増加ス、遂ニ虛脫症狀ノ下ニ鬼籍ニ上レリ、而シテ解剖ノ結果ハ腹腔ニハ約百瓦ノ溷濁セル褐色ノ纖維夾雜物ヲ含有スル滲出液アリ、腸ハ強ク瓦斯ヲ以テ充滿サレ、腸管ノ表面及腹壁膜ニハ著シク多數ノ粟粒大結核節ノ存在セルヲ認ム、腸管粘膜ニ異常ナク、又氣管枝淋巴腺及腸間膜淋巴腺共ニ結核性變化ヲ證セズ、此例ニアリテハ單ニ腹膜ノミニ限リテ結核性炎症ヲ起セル場合ニシテ、發病亞急性ニシテ經過比較的短カシ。

一 結核性滲出液性腹膜炎。

又ノ名ハ結核性慢性腹水 (tuberculöse chronische Ascites) ト稱セラレ、腹腔内滲出物ノ貯溜ニ應ジ腹部ノ周徑漸次増加シ、膨滿ノ狀ヲ呈シ來ル、又屢、不定ナル腹痛ヲ訴ヘ、輕度ニ熱發ノ動搖アリ、食慾ハ減退シ尙噯氣、嘔吐ヲ伴フコト多シ、或ハ時ニ疝痛様ノ激痛ヲ訴フルコトアレドモ、亦反對ニ疼痛ヲ缺如スルコトモ少ナカラズ、便ハ秘結シ或ハ下痢アリ、Mantoux氏ニヨレバ初期ニ屢、胸

部下縁ニ沿フテ肋膜摩擦音ヲ聞クコトアリト言フ。

腹部ノ膨滿ハ益、増大シ、打診、觸診等ニヨリテ内ニ液體ノ存在ヲ證明シ得ルニ到ル、カクテ腹水症狀ハ時ニ數週乃至數ヶ月ニ互リ本病ノ殆ド唯一症狀トシテ存スル場合アリ、且膨滿ノ度ハ尙絶エズ徐々ニ増加ス、其多少急激ニ急性症狀ヲ以テ發病セシ場合ニ於テモ、初期急性症狀ノ緩解スルト共ニ主トシテ腹水ノ著明ニ現ハレ來ルヲ例トス、而シテ多數ノ場合ニ於テハ前驅症狀輕微ニシテ不著明ナルノミナラズ、時ニ其間ノ經過短時日ナルガ爲メ特ニ深キ注意ノ拂ハレザル家庭ニアリテハ腹部ノ膨滿著明トナルニ及ンデ漸ク醫師ノ門ヲ叩クニ到ルモノ屢、ナリ。

腹部膨滿ノ多少著明ニ現ハレ來リテモ小兒全身狀態ハ尙強ク犯サレザル場合少ナカラズ、暫クノ間ハ比較的元氣ニシテ羸瘦モ亦強カラズ、然シナガラ稍、時日ヲ經過シ、病機漸ク進行スル時ニハ全身ノ榮養大ニ害セラレ、衰弱ノ狀漸ク著明トナリ、殊ニ上下四肢ニ強キ瘦削アリテ、腹部ニ於ケル強大ナル膨隆ニ對シ一見著シク不鈞合ナル對照ヲ呈スルニ注意ヲ惹カルベシ、腹部ノ膨滿高度ニ達スル時ニハ全腹部或ハ橢圓トナリ、又ハ更ニ強ク半球

狀ニ膨隆スルニ到ル之ガ爲メニ腹壁皮膚ハ強ク緊張シ、且光澤ヲ發シテ輝キ、又皮膚下ニ腹壁靜脈ノ怒漲シ青線トシテ上下ニ走行スルヲ認メ得、尙通常陷沒セル臍窩ハ腹壁ノ緊張ニヨリ開張サレ扁平トナリ、時ニ或ハ反對ニ疱狀ニ隆起スルコトアリ。斯クノ如キ強度ノ膨滿ハ屢、單ニ腹腔内ノ滲出液ニ因ルノミナラズ、同時ニ殊更腸ニ鼓張アルガタメニ惹起セラル、モノナルコト多シトス、此際菲薄ニ緊張サレシ腹壁ヲ透シテ氣腸ノ紆曲スルヲ認メ得ルコトアリ。

多量ナル滲出液ノ腹腔内ニ貯溜スルコトハ打診法及波動ノ存在ニヨリテ證明セラル、仰臥位ヨリ側臥位ニ轉ジ、或ハ半臥位ヲ取ラスル等、身體位置ヲ變ズルコトニヨリテ濁音界ヲ異ニシ、常ニ其下方ニ當リテ打診上抵抗ヲ認メ、上方ニ向フ所ハ每常鼓音ヲ呈ス、若シ滲出液ノ比較的少量ナル場合ニアリテハ之ヲ證明スルコト屢、困難ナリ、或ハ又腹部膨滿ガ主トシテ氣腸ニヨリ成立セル場合ニアリテハ到ル處鼓音ヲ現ハシ、横隔膜ヲ上方ニ壓迫シ、季肋緣ヲ超エテ胸腔ニ及ビ、側方ニテハ第五肋骨附近ニ到ル迄鼓音ヲ呈スルコトアリ。

滲出液ハ屢、數月間殆ド同ジ狀態ニ停止シ、唯僅カニ増減ヲ示スニ過ギザルコトアリ、或ハ一時液ノ吸收サレ消失スルコトアリト雖モ、多クノ場合更ニ再ビ貯溜ヲ起シ來ル、而シテ滲出液ノ急速ニ増加スル際ニハ屢、其刺戟症狀トシテ嘔氣、嘔吐ヲ發シ、且輕度ノ熱發ヲ起スモノトス、幸ヒ良好ナル轉歸ヲ取ル場合ニハ漸次滲出液減少シ、之ト共ニ腹部ノ膨滿、緊張減退シ、全身症狀亦相伴フテ輕快ス、且之ヨリ滲出液ノ全部吸收セラレテ永久ニ消失スルコトモ決シテ少ナカラズ、然シナガラ屢、又一時輕快アリシ後數年ヲ經テ更ニ腹膜炎ヲ再發シ、或ハ他ノ器官ニ結核症ヲ發生スルニ到ルナリ。

## 二 結核性癒著性腹膜炎

癒著性腹膜炎ニ在テモ多クノ場合最初ニ多少ノ滲出液ヲ現ハシ、之ヨリ纖維性成形物ヲ沈著スル結果癒著ヲ惹起スルニ到ルモノニシテ、滲出液ノ發生ハ一定度ニ停止シ、或ハ更ニ吸收セラレ、反之纖維素ハ益、多量ニ生成シ、遂ニ著シキ癒著性變化ガ主要ナル部分ヲ占ムルニ到ルナリ、サレド時ニハ初メヨリシテ滲出液極メテ少量ニシテ特ニ癒著性炎症ノ強大ナル場合アリ。此ノ場合滲出液ハ漸次其自由ナル流動性ヲ失ヒ、體位ノ變更ニ際シテモ濁

音界ノ移動スルコト前ノ如ク著明ナラズ、且腹膜間ニ生ゼル癒著ハ屢、液ヲ一部ニ限局包圍スルタメ、打診上一定部位ノ濁音界ニ隣接シテ、又鼓音ヲ呈スル部分ヲ認ムルコトアリ、而シテ其關係ハ體ノ位置ヲ變更スルモ影響ヲ受クルコトナシカ、ル時期ニ於テハ又多數ノ場合腹壁ノ緊張度減ジ、多少軟解スルヲ以テ腹部ノ觸診所見ハ更ニ容易トナリ、從テ屢、種々ナル方向ニ走ル所ノ抵抗物ヲ觸知シ得ベシ、殊ニ臍ノ上方ニ當リ或ハ横ニ、或ハ斜メニ太キ索狀トシテ觸知スル長キ抵抗物ハ多ク見ル所ノモノトス、之レ肥厚セル網膜及相互ニ癒著セル腸管等ヨリ形成サル、モノニシテ、壓迫スルニ多少ノ疼痛ヲ伴フヲ例トス、其他臍附近ニ腹壁ニ接近シテ其大サ一様ナラザル腫瘍狀ノ抵抗ヲ認メ、或ハ癒著セル大網、腸管等ノ間ニ介在セル滲出液囊ノ稍、大ナル一腫瘍ノ狀ヲ呈スルコトアリ。

上記腹部ニ於ケル所見ト共ニ患兒ノ一般狀態又大ニ障碍セラレ、皮膚蒼白ニ、羸瘦増加シ、食慾不振、倦怠等アリ、且比較的著シキ體溫ノ上昇アリ、熱型ハ一般ニ不定ナレド屢、弛張性ニシテ殊ニ夕刻ヨリ夜間ニ體溫ノ昇騰スルコト多シ、脈搏體溫ニ伴フテ頻數トナル時々腹部ニ自發疼痛ヲ訴フルコトアリ。

リテ、便通屢、下痢狀ナリ。

以下少シク症狀各項ニ就キテ述ベシ。

腹部ハ膨滿ハ腹膜炎症狀中殊ニ重要ナルモノニシテ、既ニ一般病症ノ項ニ於テ述ベタル如ク漸次著明ナル局所症狀トシテ現ハレ、時ニハ數ヶ月間唯一ノモノナルコトアリ、又之ト伴フテ腹壁ニ緊張ヲ起シ疼痛ヲ發ス、就中滲出液性腹膜炎ニアリテハ一般ニ膨滿強クシテ、又屢、同時ニ存スル腸氣腫ノ爲メニ更ニ其度ノ増加サル、ヲ例トス、而シテ初期ニ於テハ只單ナル瓦斯膨滿トシテ看過サル、コトナキニ非ズ、打診上滲出液ノ存在スル所ハ濁音ヲ呈シ、著シキ癒合アル所モ亦濁音ヲ認ムルモノトス、若シ純粹ニ滲出液ノミ多量ニシテ癒著等ノ變狀少ナキ場合ニ於テハ、身體位置ヲ變ズルニ從ヒ濁音界モ亦異動スベキコトハ既ニ述ベタルガ如シ、反之、一部ニ限局サレタル囊狀ノ滲出物ヲ有スル場合ニアリテハ其部ニ局在シテ濁音ヲ呈シ、又體位置ノ如何ニヨリ濁音界ヲ變化スルコトナシ、又滲出液少量ニシテ鼓張ノ強キ場合ニアリテハ全腹部鼓音ヲ呈ス、若シ又滲出液ノ多量ナル上鼓張強キ時ニハ横隔膜ヲ上方ニ壓シ、屢、呼吸促迫ヲ起ス。

癒著性腹膜炎ニアリテモ等シク腹部ノ膨滿アレドモ前者ノ如ク著明ナラザルヲ多シトス、時ニ殆ド扁平ナルコトアリ、又比較的大ナル腫瘍狀ノ抵抗物ニヨリ種々ノ形、及大サヲ異ニスル隆起ヲ認メ得ルコトアリ、腸ニ活潑ナル蠕動アル時ニハ高キ「グル」音ヲ認ム。

愈、病ノ末期ニ近ズケル時ニハ、多クノ場合腹部膨滿ハ減退スルノミナラズ、却テ陷没スルヲ例トス、然シナガラ時ニハ死ニ到ル迄膨滿ノ持續スルコトアリ、又稀レニハ初メヨリ全經過ヲ通ジテ腹部膨滿ヲ缺キ扁平ニシテ、或ハ寧口稍、凹陷ヲ呈スルコトアリ、斯クノ如キ場合若シ更ニ疼痛ノ輕微ナル場合ニアリテハ生前ニハ殆ド診斷ヲ下シ難シ、只解剖ニヨルニ是等ノ場合ハ滲出物ヲ全ク缺如シ、腸管ハ空虚ニシテ各自ノ間一癒著アルコト多シ。

疼痛、屢、初メヨリ痙攣様ノ自發疼痛ヲ訴フ、或ハ只不定ナル微痛ヲ感ズルニ過ギザルコトアリ、反之腹部ヲ壓迫スル時ニハ凡テノ場合ニ疼痛ノ訴アルベシ、殊ニ癒著性ノ場合ニ抵抗部ヲ觸診スルニ當リテ其著シキヲ認ム、サレド時ニハ抵抗著シクトモ疼痛ノ輕微ナルコトアリ、Töhllein氏ハ結核性腹膜炎ニ於テハ濁音及抵抗壓痛ハ多ク左腸骨窩ニ存スルモノニシテ右側ハ

異狀ナシト言ヘドモ、稀レニハ盲腸部ニ局限シテ抵抗壓痛ヲ認メ、腹部ノ其他ニアリテハ壓痛ノ缺如スルコトアリ、而シテ此場合若シ急性ニ發病セルモノナル時ニハ蟲様突起周圍炎トノ區別頗ル困難ナリ、其他尙疼痛ヲ只下腹部、左腸骨窩等ニ局限シテ訴フルコト少ナカラズ、或ハ緊張、膨滿セル腹壁ヲ觸診スルニ到ル處ニ疼痛ヲ訴フルコトアリ、反對ニ又自發痛及壓痛ヲ全經過ヲ通ジテ全然缺如スルコトアリ、サレドモ斯ノ如キハ素ヨリ少數ノ場合ナリ。

觸診ニ際シ腹部ノ状態ヲ尙綿密ニ檢索センニハ先排便灌腸ヲ行フテ腸内ヲ空虚ニシタル後ニ於テ爲スベシト言フ、(Schmitz) 又時ニハ麻醉ヲ行ヒ直腸ヨリ指頭検査ヲ行フ必要アリ、Töhlleinハ直腸ヨリノ觸診ニヨリテ結核節ヲ探知シ得ルコト少ナカラズト云フ。

熱候、病初ニハ發熱ナキコト多シ、一般ノ場合ニ於ケル如ク緩慢ニ發病スル折ニハヨシ多少ノ體溫上昇アルトモ極メテ輕微ニシテ又持續シテ存セズ、反之急性、亞急性ニ發病スル場合ニアリテハ常ニ同時ニ相當度ノ熱發ヲ見ルモノトス、而シテ既ニ病勢ノ稍、進行シタル時ニハ何レノ場合ニアリテ

モ常ニ熱候ヲ伴フヲ例トス、本病ノ發熱ニハ一定ノ熱型ナク、多數ノ場合著シク移動性ニシテ不規則ナル弛張熱型ヲ示シ、朝ハ比較的輕度ナレドモ、夕刻ニ到リ殊ニ上騰ス、其著シキ場合ニアリテハ間歇熱型ヲ呈ス、稀レニハ又稽留性ナルコトアリ、更ニ稀有ナレドモ全然發熱ヲ認メザルコトアリ、便通ニ就キテハ特ニ一定ノ關係ナシ、殊ニ病初ニハ通常ナル消化便ヲ見ルコト多シ、又アル一部ノ學者ヨリハ陶土色ノ脂肪便ヲ排出スルヲ以テ本病ニ特有ノ徵ナリト稱スルモノアレドモ、決シテ之ニ限ルモノニ非ズシテ然ラザル場合却テ多キガ如シ、而シテ更ニ進行シタル經過ニ於テハ交互ニ或ハ下痢、或ハ便秘ヲ起スコト屢アリ、大腸加答兒ヲ合併スル場合ニハ之ニ頑固ナル下痢ヲ伴フ、又腸ニ結核性潰瘍ノ同時ニ存在スル時ニハ絶エズ下痢ヲ繰リ返ヘシ、種々止痢ノ方法ヲ講ズルニ拘ハラズ少シモ效果ノ擧ガラザルコト多シ。

尿ニハ多クノ場合、インデカンヲ證明ス、サレドモ其量ノ異常ニ大量ナルコトハ稀ナリ、其他屢、蛋白ヲ認ム、時ニ腎臟炎ノ合併シテ圓柱、赤、白血球等ヲ檢鏡シ得ルコトアリ、患者少女ニシテ同時ニ生殖器ニ結核性疾患ノアル場合ニハ之ニ發セル分泌物ノ尿ニ混ジ、尿沈澱物ヨリ結核菌ヲ證明シ得ベシ、血液検査ニヨリ特別ノ所見ヲ認メズ、淋巴球ノ増加モ無ク、唯全身ノ貧血状態ニ應ジテ血液ニモ亦貧血性所見ノ多少存スルニ過ギズ。

### 三 經過及轉歸

結核性腹膜炎ノ經過ハ一般ニ慢性ニシテ時ニハ數年ニ亙ルコトアリ、急性ニ發病シタル場合ニアリテモ其初メ急激症狀ヲ呈スレドモ、其後ノ經過ハ等シク緩慢トナルコト多シ、又全然腹膜炎ノミニテ終始シ、全經過中他ノ器官ニ結核性病變ノ併發セザルコトアリ、但シ此場合ニアリテモ解剖ヲ行フ時ニハ氣管枝淋巴腺、又ハ腸間膜淋巴腺ニ結核病竈ヲ見ルコト屢ナリ、然シナガラ多クノ場合同時ニ或ハ前後シテ肋膜ニ滲出性乃至乾性炎症ヲ見、又ハ肺臟ニ炎症病竈ヲ合併スベシ。

約一年前後ノ經過ヲ取ル場合ニアリテハ局所症狀漸ク著明トナリ、例之滲出性炎ナル時ニハ腹部ハ屢、半球形ニ膨滿シ、強ク緊張シ、皮下ニ靜脈ノ怒張アリ、之ト共ニ全身症狀ヲ伴ヒ、食慾不振、不正ノ熱發等アリテ漸次羸瘦、衰弱

ヲ増加ス、而シテ是等經過ノ長短ハ主トシテ患兒全身ニ於ケル抵抗力ニ關係スルモノニシテ、若シ他ニ結核性病竈ヲ合併スル場合ニハ其豫後ハ一般ニ不良ナリ。

良好ノ經過ヲ取り輕快又ハ治癒ニ赴ク場合ニアリテハ、先ヅ不正ナル熱發輕減シ、漸ク無熱ノ日ヲ介在シ、斯クテ漸次體溫常態ニ復シ、腹部ニ於テハ緊張先ヅ減ジ、滲出液ノ徐々ニ吸收セラル、ニ應ジテ濁音部減少シ、或ハ硬結、肥厚等ノ抵抗物漸次縮少シ、膨滿不著明トナリ、漸ク追フテ恢復期ニ入ルナリ、然シナガラ又反對ニ比較的急速ニ治癒轉歸ヲ取ル場合アリ、斯ノ如クシテ單ニ腹膜ノミノ犯サレタル場合ニアリテハ遂ニ全ク治癒スルニ到ルコト決シテ少ナカラズ。

多量ニ現ハレタル膿性滲出物ノ運命ニ就キテハ時ニ自然ニ吸收セラレテ遂ニ消失スルニ到ルコトナキニ非ズ、又稀レニハ腸管ニ破潰シ多量ノ膿ノ糞便ト共ニ排泄サル、コトアリ、此場合烈シキ下痢ヲ起シ、便通ハ殆ド膿樣ノ液ヨリ成リ、其後速ニ且著シク腹部膨滿ノ減退スルヲ認ムベシ、其他時ニ腹壁ヲ通ジテ殊ニ臍部皮膚ヲ破壊シ此處ヨリ外ニ膿漿液性ノ滲出液ヲ出

シ後ニ臍部瘻管ヲ形成ス、又ハ囊ニ臍窩直後ニ癒著セル膿瘍アリテ此内ニ腸管ヨリ穿孔シ、爲ニ其内容ハ糞便ヲ混ジ、之ヨリ更ニ二次的ニ外界ニ破潰スルコトアリ、尙稀ニハ横隔膜ヲ穿孔シテ肋膜腔内へ流入スルコトアリ、癒著性腹膜炎ニ於テハ時ニ索狀結締織ノ癒著關係ニヨリテ腸ニ屈曲ヲ起シ、或ハ腫瘍狀ノ抵抗物ニヨリ壓迫セラル、等ノ爲メ狹窄乃至閉塞ヲ惹起シ、吐糞症ヲ起ス危險ノ現ハル、コト無キニ非ズ。

肋膜肺臟、腦膜其他隣接セル、又ハ遠隔ニ存在スル器官ニ結核症ヲ合併スル場合ニ就キテハ茲ニ説カズ、而シテ是等合併症ナキ患兒ニアリテモ屢、又漸次衰弱、羸瘦ヲ増加シ、心臟衰弱ノ結果浮腫等ヲ發シ遂ニ鬼籍ニ上ルコトアリ、又卒然粟粒結核ヲ惹起シ急速ノ經過ヲ以テ不幸ナル轉歸ヲ取ルコトアリ。

#### 四 診 斷

結核性腹膜炎ハ一般ニ其發病甚ダ緩慢ニシテ初期ニハ十分ナル症狀ヲ具備セザルヲ以テ暫ラクハ其病患アルヲ看過セラル、コト少ナカラズ、兩親



乃至保護者ノ認メテ醫師ノ門ヲ叩ク時ニハ屢、既ニ一定ノ時期ヲ經過シ居ルナリ、加之實際ニ於テ早期ニ正確ニ斷定シ得ルコトノ困難ナル場合多シ。特有ナル症狀トシテ先注意ヲ惹クモノハ腹部ニ於ケル膨滿ナリ、診斷ニ當リテモ腹部ニ於ケル所見ヲ主要ナルモノトシ、滲出物及癒著等ニヨリ起レル抵抗ヲ證明スルニアリ、之ニ就キテハ、既ニ症候ノ條下ニ述ベタル所ナレドモ唯滲出液ノ少量ナル場合ニハ輕ク打診ヲ行フコトヲ要ス、又滲出液ト同時ニ癒著アル場合ニテモ其程度ニヨリ體位ヲ變ズル時徐々ニ滲出液ノ底部ニ移リ濁音界ノ移動スルコトアリ。

反之初メヨリ發熱ヲ伴ヒ急激ノ症狀ヲ以テ發病スル場合ニアリテハ急性腹膜炎ト殆ド異ナル所ナシ、又腸室扶斯ノ初期ト鑑別ノ必要アル場合アリト雖モ少シク以後ノ經過ヲ觀察スル時ハ自カラ斷定ヲ下シ得ベシ。

診斷上殊ニ注意ヲ要スルハ、Tobler 氏ヨリ言ハレタル慢性腸加答兒ノ結果トシテ現ハル、所謂假性腹水症狀ナリトス、元來腹水症狀ノ證明ハ體位ノ變化ニ伴フ濁音界ノ移動及波動ヲ認ムルニアリ、然ルニ小兒久シク、時ニハ數年ニ互リテ下痢ヲ患ヘ、榮養狀態著シク害セラレ、爲ニ發育不十分ニシテ

腹部下垂ノ狀態ヲ起セルモノニアリテハ屢、腸管内容ナル流動物ガアル要約ノ下ニ恰モ腹水アルト等シク波動及濁音ノ移動ヲ呈スル事アリ、Tobler 氏ハ結核性滲出腹膜炎ナル診斷ノ下ニ開腹術ヲ行ヒタルニ、豫想ニ反シテ滲出液ノ痕跡ヲモ認メザリシ例ヲ舉グ、尙 Schmidt, Stoor, Allaria 氏等モ同様ノ實驗ヲ報ジ、斯ル場合ノ決シテ稀少ナラザルヲ稱ス、而シテ Tobler 氏ニヨレバ假性腹水ノ場合ノ所見ハ腹部膨滿シ、腹腔内ニ滲出物アルガ如ク臍窩扁平トナリ、或ハ屢、却テ隆起シ、腹壁皮膚ニ靜脈ノ怒張ヲ見ル、波動ノ模様ハ全然腹水ノ場合ニ於ケル如ク、打診ニヨリ低下部ニ濁音ヲ認メ、側臥位ヲ取ラス時ハ之ニ應ジテ又移動ス、而シテ上方ノ境界ハ水平線ヲ以テ劃スルナリ、然シナガラ引キ續キ數日間注意シテ觀察スル時ハ、其間多少波動ノ不著明ナル時ノアルノミナラズ、濁音界ノ移動モ常ニ同一ナルコトナク、上方ノ境界又時ニ水平ナラズシテ、或ハ左又ハ右側ノ高位ヲ占ムルコトアルヲ認ムベシ、尙或ル部分ニ特ニ指壓ヲ加フル時此部ノ腸内容ノ他ニ追ヒ遣ラルル爲メニ鼓音ヲ呈スルコトアルベシ、斯ノ如キ方法ニヨリ稍、其疑ヲ解キ得ベシト雖モ、尙不確實ナル時ニハ腸洗滌又ハ下劑ヲ用ヒテ腸内容ヲ排除シ

タル後更ニ検査スルコトヲ要ス。  
 其他腫瘍狀ノ抵抗アルモノニ於テハ肉腫、淋巴肉腫、癌腫、及卵巢囊腫トノ間ニ鑑別ヲ要スル場合ニ遭遇スルコトアルベシ。

### 五 豫 後

小兒期ニ於ケル結核性腹膜炎ノ豫後ニ就キテハ、以前ハ多ク絶望的ニ看做サレシト雖モ、其單純ニ腹膜ノミ犯サレ、他ノ器官ニ結核症ナキ場合ハ比較的良好ナル轉歸ヲ取ルコト少ナカラズシテ、唯一時ノ輕快ニ止マラズ永久的全治ノ結果ヲ得ルコト決シテ稀有ナラザルナリ、合併症無キ結核性腹膜炎ハ其經過通常六ヶ月乃至一年ニシテ生來比較的健全ナリシ者ハ殊ニ其豫後良好ナリ。

急激症狀ヲ以テ發病シ、次デ慢性ノ經過ニ移リ腹部膨滿、腹水及高热等ヲ發スモノニアリテモ亦屢、全治ノ轉歸ヲ取ルコトアリ、一般ニ滲出液性腹膜炎ニハ良性ナル場合多ク、反之癒著性ノモノハ單純ニ經過スルコト少ナク、他ニ同時ニ結核性ノ合併スルコト多シ、從テ豫後ニ於テモ一樣ニ推定ヲ下シ

難ク、屢、不良ノ結果ヲ見ルナリ、而シテ單純ナル場合ハ一般ニ内科的藥物療法ニヨリテ效果ヲ擧ゲ得ベシト雖モ、合併症アルモノニハ外科的療法ヲ俟タザルベカラザルコト多シ。

病症ヲシテ進ンデ險惡ナラシムル動機トシテハ、第一ニ體質上先天的ノ缺陷、一般衰弱等主要ナル關係アルモノニシテ、非衛生的ノ居住及榮養食餌ノ不給ハ之ヲ助勢シ、尙之ニ他疾患ノ併發スル場合ニハ豫後ハ頗ル懸念スベキモノナリトス。

經過不良ナル徵候トシテハ持續スル熱發、脈搏ノ頻數(百十以上)、強大ナル腹部膨滿、頑固ナル下痢、急速ノ羸瘦等算ヘラレ、又一旦輕快セル病症ノ更ニ再發スル場合モ豫後一般ニ不良ナルモノト看做サル。

其他屢、見ル所ノ合併症ニシテ且豫後不良ノ結果ヲ將來スルモノハ腸結核(潰瘍性)、腸間膜淋巴腺ノ乾酪變性、化膿竈、腸閉塞症、肺結核、腦膜炎等ニシテ、殊ニ一般粟粒結核ヲ惹起スル場合ニハ急速ノ經過ニ於テ死ノ轉歸ヲ取ルニ到ルベシ。

近時外科的手術療法ノ進歩ニ伴ヒ、豫後ニ於テモ大ニ良好ノ傾向ヲ呈スル

ニ到リシト雖モ、尙之レ一部ノ場合ニ適應スルモノニシテ、多大ノ效果ヲ推獎サレシ單純ノ開腹術モ凡テノ結核性腹膜炎ヲ征服スルコト素ヨリ不可能ニシテ、唯適當ナル場合ニ效果ヲ收メ得タリト言フニ過ギザルナリ。

## 六 療 法

結核性腹膜炎ノ治療ニ就キテハ從來屢、內科的療法及外科手術療法トノ間ノ爭點トナレルモノニシテ、今日ニ於テモ尙學者ニヨリ其意見ヲ異ニス、サレド小兒期ニ於ケル結核性腹膜炎ハ自然治癒ニ赴クコト少ナカラザルモノニシテ、殊ニ學齡初期ノ者ニハ治癒傾向頗ル多ク、M. Stoor 氏ノ言ニヨレバ滲出性腹膜炎ハ漿液性肋膜炎、淋巴腺炎ト同様局部性疾患ト看做シ得ベキモノニシテ、一般內科的療法ノ奏效スル場合決シテ少ナカラザルナリ。然シナガラ又多クノ結核性腹水ニ於テハ藥物的姑息療法ノ十分效果無キ場合、或ハ再發ヲ起セル際等開腹術ヲ行ヒテ確實ニ治癒シ得ルコトアリ、故ニ手術ヲ行フベキ適應ナル場合ハ各病症ニ當リテ秤量スベキモノニシテ、凡テニ向ヒ一律ニ決定シ得ルモノニ非ズ。

腹腔内滲出物ノ尙著シカラザル程度ニシテ、一方患兒ハ榮養其他衛生的設備ノ良好ナル狀況ニ措カレ得ル場合ニ對シテハ、先ヅ姑息的療法ヲ行フテ經過ヲ觀察シ、尙滲出物ノ吸收サレズ、或ハ却テ増加ノ模様アルニ於テハ手術的處置ニ俟タザルベカラズ、反之若シ良好ナル狀況ノ下ニ治療シ能ハザル時ニハ寧口初メヨリ外科的療法ニ依ルヲヨシトス。

姑息療法トシテ最も重要ナルハ安靜ナリ、身體ノ安靜自身既ニ滲出液ノ吸收ニ效アルモノニシテ、殊ニ家庭ヲ去リテ病院ニ絶對安靜ヲ保ツコト必要ナリ、又病室ハ廣濶ニシテ新鮮ナル空氣ノ流入シ、明ラカナルヲ選ブベシ。次に重要ナルハ適當ナル榮養ヲ給與スルコトナリ、然シナガラ之ニハ困難ヲ感ズルコト少ナカラズ、何トナレバ多クノ場合消化障礙ヲ伴ヒ食慾不振下痢、時ニ嘔吐等アルヲ以テ其狀態ニ適應シ、且滋養ニ富ム食餌ヲ擇バザルベカラズ、一般ニ流動食ヲ主トシ牛乳、肉羹汁或ハ牛乳製品(「ヨーグルト」、牛酪乳)ヲ與ヘ、消化作用ノ尋常ナル時ニハ粥汁、細碎セル肉類、野菜汁等ヲ用フ、斯クテ漸次狀況ニ應ジ半固形ノ食餌ニ移行スベシ、殊ニ頑固ナル下痢ヲ伴フ場合ニハ十分注意ヲ要ス。

安靜竝ニ適當ナル榮養ト相伴ヒテ頗ル效果アルモノハ新鮮ナル戶外空氣ニ接觸スルコトナリ、之ニ就キテハ殊ニ海氣療法推奨セラル、海濱ニ近ク居テ占メ、素ヨリ絶對ニ安靜ヲ守ラシメツ、日々十分海氣ニ曝露セシムル時ハ、腹部ニ於ケル局所症狀ノ漸次輕快ニ向フト共ニ全身ノ榮養狀態可良トナリ、體重ノ増加スルヲ認ムベシ、但シ急性症狀ノ存在スル場合ニハ其緩解セル折ヲ見テ行フヲヨシトス。

同様關係ニ於テ高山療法モ亦結核性腹膜炎ニ對シ、一般結核症ニ於ケル場合ノ如ク著大ノ效果ヲ唱ヘラル、之ニハ一定ノ完全ナル設備ヲ要スルモノニシテ、我が國ニ於テ未ダ之ガ設立ヲ聞カザルナリ、就中冬期ニ於テ價値アルモノニシテ同時ニ日光療法ヲ行フ、此方法ヲ行フニハ空氣ノ特ニ乾燥セル、且太陽光線ノ強キ高山ヲ選擇スベキモノニシテ、日光療法ニハ初メ一日十分乃至十五分間疾患部ヲ日光直射ノ下ニ曝露シ、日々繰リ返ヘシ、皮膚ノ褐色ニ變ズル迄持續ス、但シ全身ハ安靜ニ保持スルコトヲ要ス。

疼痛著シキ場合ニハ腹部ニ溫濕布ヲ施シ、「ベラドンナ」ノ塗擦、沃度丁機、阿片劑ノ塗布ヲ行フ、尙腹部ノ膨滿、鼓張ニ對シテハ一般食餌上ノ注意ノ外、オレ

「フ」油、メントール油等ノ油劑ヲ塗布シ、又濕布器法ヲ施ス。

内服藥トシテハ「チオコール」、「グアヤコール」製劑等用ヒラル。

「チオコール」、〇・二五乃至〇・五瓦一日二三回ニ服用(水劑トシテ)。

「ジロリン」、一二茶匙乃至四茶匙迄

「クレオゾタール」、牛乳ニ混ジ左ノ分量ニ與フ。

一年ノ終リ 一日三回三滴宛

二年 同 五滴宛

三年以後 同 十乃至十五滴宛

其他炭酸「グアヤコール」、「クレオソット」丸等一般結核症ニ用ヒラル、藥劑亞砒酸「カリウム」溶液又ハ「ホーレル」水ハ「メンタ」水ト混ジ、亞砒酸「カリウム」液三分ノ一ニ「メンタ」水三分ノ二ヲ加ヘ、次ノ如キ量ヲ與フ。

二年ノ小兒ニハ一日二回一滴ヨリ初メ、三日間毎ニ一日一滴ヲ増加シ、二回三滴迄昇ス、而シテ三年ノ者ニハ四滴迄、五乃至六年ノ者ニハ七滴迄、七乃至十年ノ者ニハ七乃至十滴迄トス、其レ以後ノ年齢ノ者ニハ「メンタ」水トノ等分液ニテ、一日二回四滴ヨリ始メ十滴ニ及ブ、而シテ又漸次減量シ、

突然ニ中止セザルヲ宜シトス。

本劑ノ内用ハ食欲不振、胃痛、下痢等ヲ催起スルコトアルヲ以テ時ニ皮下注射ヲ施スベシ、之ニハ「カコヂール酸」ナトリウムトシ隔日又ハ二日置キニ〇・〇一(三年)〇・〇二乃至〇・〇三(八年)〇・〇五(十三乃至十四年)ヲ皮下ニ注射ス。亞砒酸中毒ノ徵候現ハレタル時ハ速カニ之ヲ中止スベシ。

「ツベルクリン」注射モ亦結核性腹膜炎ニ試ミラル、コト屢ナリ、本注射ハ一般小兒ニ對シ行ハル、注意ノ下ニ、先ツ少量ヨリ初メ、且成ルベク反應ヲ避クルコトヲ要ス、初回注射量トシテ舊「ツベルクリン」ナラバ百分ノ一密瓦ヨリ始ム、無蛋白「ツベルクリン」ハ百分ノ一密瓦、新「ツベルクリン」ハ百分ノ一密瓦、新「ツベルクリン」菌乳劑ハ百分ノ一密瓦ナリトス、是等ノ稀薄溶液ヲ作ルニハ〇・五%石炭酸溶液ヲ用フベシ。

以上ノ初回要量ヲ以テ注射シ、尙多少ノ反應アル時ニハ次回ハ更ニ同量ヲ以テシ、全ク反應ヲ起サザルニ到リテ增量ヲ行フ、増加スベキ程度ハ初メノ尙少量宛ノ間ハ一、三、五等ノ數量ヲ以テ進ミ、稍、大量ヲ注射スベキ時期ニ到レバ前回量ノ二分ノ一乃至十分ノ一ヲ増加スベシ。

注射ハ一般ニ皮下ニ行ヒ可成皮下脂肪組織ノ多キ部位ヲ選ブベシ、例之上膊、背部、胸部(乳腺附近)等通常行ハル、所ナリ、注射器ハ二十分ノ一立方糲ヲ計リ得ルモノナラザルベカラズ、而シテ毎注射ノ間隔ハ反應現象ノ如何ニヨルモノニシテ、其全然消失スルヲ俟テ行フモノトス、通常始メハ中二日ノ間隔ヲ置キ、後大量ヲ用フルニ到レバ五乃至七日ニ繰リ返スベシ。「ツベルクリン」注射ノ反應トシテ見ルモノハ、輕微ナル發熱、倦怠感、四肢ノ疼痛、食欲減退等ナリ。

尙「レントゲン」放射線ヲ腹部ニ施セル例ヲ聞ケドモ其報告ニ效果アリシト云フモノト、一方ニハ却テ不良ニ陥ラシメタリトノ報告トアリ。

對症療法トシテ下痢アル場合ニハ「チオコール」ト共ニ「タンナルビン」、「ザロール」、又ハ「ビスマット」劑ヲ用ヒ、或ハ阿片劑モ用ヒラル、輕度ノ下痢ハ時ニ腹水ヲ減少セシムル效ナキニ非ズ。

頑固ナル嘔吐ニ對シテハ「ビスマット」、「青酸」ヲ與フ。

若シ常ニ便秘ニ傾ケル場合ニハ灌腸ニヨリテ排便ヲ行ヒ、下劑ノ使用ハ成ルベク避クルヲ宜シトス。

外科的療法トシテハ開腹術ヲ行ヒ、滲出液ノ多量ナル場合ニハ之ヲ排除ス、其傍ラ結核性結節等アル場合ニテモ特ニ之ニ手ヲ加フルコトナク、單ニ腹腔ヲ開展スルニ止メ、カクテ、其後急速ニ結節ノ發育休止シ、遂ニ吸收消失スルニ到ルベシ、サレド滲出液ヲ缺如スル所ノ乾性腹膜炎ニ於テハ開腹術ノ結果モ常ニ良好ナリト定マラズ、且屢、却テ不良ノ障礙ヲ起スコトモ少ナカラズ、時ニ之ガタメ全身結核症ヲ誘發スルコトアリ。

又成ルベク早期ニ於テ手術ヲ施スコトヲ推奨スル人アリ、若シ慢性ニ經過セルモノニテ、アル一局部ニ膿瘍ヲ形成セル場合ニハ此部ニ切開ヲ施シ排膿スベキモノトス。

手術ニ對スル禁忌トシテハ既ニ肺臟、腦膜、骨組織等ニ結核ノ蔓延セル場合ニシテ、其結果ハ寧ロ不幸ナル轉歸ヲ速カナラシムルモノナリ。

結核性腹膜炎ニ對シ開腹術ガ直接效果アル理由トシテハ腹壁ヲ切り腹膜自身ヲ外氣ニ開展スルコトガ腹膜ニ充血ヲ催起シ、恰モビール氏ノ鬱血療法ト同様ノ關係ニ働クモノナリト信ゼラル、而シテStorr氏ニヨレバ年少ノ者ニシテ單ニ滲出液性腹膜炎ナル場合ニ對シテハ唯腹壁ヲ切開シテ貯溜

セル液ヲ排除スルノミニテ十分目的ヲ達スベク、若シ滲出液ノ傍ラ結節乃至小腫瘍物等ノ存在セル場合ニハ、Tavelis氏ノ處置ニ從ヒ尙「ピオフィアルム」溶液ヲ以テ洗滌スルヲ宜シトス、單ニ穿刺法ヲ行ヒ排膿スルコトモ時ニ效アリト雖モ確實ナルモノニアラズ。

Hoffmann氏ハ動物試驗ニ於テ開腹術ヲ行ヒタル時腹膜兩面ニ沃度丁幾液ヲ塗布スル時ハ治癒期間ヲ大ニ短縮シ得ベシト稱ス。

其他腸閉塞症、糞便瘻孔等ヲ起シタル場合ニハ又素ヨリ外科的治療ニ委セザルベカラズ。

## ヒルシユスブルング氏病

ヒルシユスブルング氏病ハ畢竟頑固ナル便秘症ニシテ、先天的基礎ノ上ニ通常初生兒期ヨリ發病シ、臨牀上ニハ高度ノ持續性便秘ニ伴フテ著シキ鼓張及腸ノ蠕動充進ヲ呈スルモノ、又病理解剖的變化トシテ結腸ニ先天性擴張及肥大ヲ見ルモノトス、之レコッペンハーゲンノ醫師ヒルシユスブルング氏ヨリ本症ニ附與セラレタル定義ナリ(千八百八十六年)從テ臨牀上單ニ一症候トシテ現ハル、頑固ナル便秘及其結果現ハル、症狀群ハ之ニ編入サレザルハ勿論、尙炎症ノ結果或ハ神經性疾患ノ經過中神經性腸狹窄症ノ爲メニ起レル便秘症ノ如キモ亦ヒルシユスブルング氏病ト目スルコト能ハザルナリ。

本病ノ歴史ヲ尋ヌルニヒルシユスブルング氏ノ報告アリシヨリ以前、既ニ二三ノ文獻記載ヲ見ル、之ヨリ先千八百四十二年 Annon 氏ニヨリ初生兒竝ニ七ヶ月胎兒ニ於ケル結腸及直腸ノ擴張トシテ記載セラレタルモノハ恐ラク本病報告ノ嚆矢ナラン、次デ千八百四十六年 Favelli 氏ハ大人ニ於テ同様

ノ變化ヲ見、千八百六十一年 Henoch 氏ハ一臨牀的觀察ヲ報告シ、更ニ Jakobi 氏(千八百六十九年)ハ臨牀上竝ニ解剖上稍、精細ナル檢索ヲ發表セリ、引キ續キ Barth, Poecoch, Chapman, Gee, Bristowe, Morris, Fütterer, Middeldorff, Gaume 氏等ヨリ相似タル例ノ報告アリシト雖モ、未ダ尙一獨立疾患トシテ重要ナル價値ト、興味トヲ以テ迎ヘラレザリシガ、千八百八十六年伯林ニ於ケル小兒科學會ニ於テヒルシユスブルング氏ヨリ「結腸ノ先天性擴張及肥大ニ因スル便秘症」ナル題下ニ臨牀上及病理解剖上確實ナル研究成績ノ報告セラル、ニ及ビ漸ク學者ノ注意ト興味トヲ喚起シ、其後ノ研究ヲ重テ以テ今日ニ到レリ、斯クテヒルシユスブルング氏ノ功績ハ遂ニ本病ニ冠スルニ同氏ノ名ヲ以テセラル、事トナレリ。

## 一 病理解剖

病理解剖的變化ノ主トシテ存スル所ハ既ニ言ヘル如ク結腸ニシテ、就中S字狀彎曲部最モ著明ナリ、Löwenstein 氏ニヨル時ハ從來報告セラレタル場合ノ約三分ノ一ハ單ニ此部分ニノミ擴張ヲ認メタルモノニシテ、爾餘ノ場合

ニ於テ此部以外ノ結腸ニモ尙多少ノ程度ニ擴張ヲ見タリ、稀ニハ更ニ直腸小腸ニモ及ベルモノアリ、其擴張ノ如何ニ強大ナルカハ、從來ノ報告中或ハ牛ノ結腸ニ比較サレ、(Formad, Bastianelli) 又ハ馬ノ其レニ比セラレ、(Cruveilhier) 其他大人大腿ノ周圍、(Walker, Griffith) 大人胃ノ大サ、(Gee, Berry, Treves) アリト稱セラレ、又其内容物ノ屢、數「キロ」瓦ヲ算スルコトアルニヨリテモ如何ニ巨大ナルカヲ推察スルニ難カラザルベシ。

斯ク結腸ニ於ケル擴張ト同時ニ凡テノ場合同腸壁ニ著シキ肥厚ヲ認ム、之レ主トシテ先ヅ環狀筋層ノ肥厚ニシテ、結腸線ハ擴大ノ爲メ殆ド見ルベカラズ、而シテ一見肥厚ノ不著明ナル場合アリト雖モ、之ヲ強大ナル擴張ニ對比秤量スル時ハ素ヨリ肥厚アルコトヲ了解スベシ、若シアル部分ニ於テ特ニ腸壁ノ菲薄ナル場合ハ壓迫其他ノ原因ニヨル二次的瘦削ノ状態ヲ呈スルモノトス。

結腸ハ斯クノ如キ擴張肥厚ヲ呈スルノミナラズ、就中S字狀彎曲部ノ屢、延長セルヲ證ス、又此部ノ腸間膜通例異常ニ弛緩ス、小腸ト大腸トノ比例ハ尋常ノ場合ニハ七ニ對スル一ナルニ、本病ニテハ屢、三ニ對スル一ナリ、サレド

此延長ハ必ズシモ本病ノ凡テノ場合ニ見ルモノニハアラズ、殆ド健態ト同ジ長サヲ有セル例モアルナリ、然シナガラ更ニ多數ノ場合ニ於テハ此延長セルS字狀彎曲部又ハ他ノ結腸ノ著シク迂回セルヲ認ムルナリ。

斯クノ如ク擴大且延長セルS字狀彎曲部ハ腹腔内ニ於テ廣大ナル場所ヲ占領シ、左腸骨板ヲ越エテ右腸骨板ニ及ビ右下腹部ヲ充タシ、或ハ肝臟縁ニ近ク横ハリ、其甚ダシキ場合ニハ季肋弓ト骨盤骨トノ間ハ唯一ノ擴張セル結腸ノ一部ヲ以テ充填サル、コトアリ、而シテ腸管迂回ノ殊ニ強キハS字狀彎曲部ヨリ直腸ニ移行スル所ニシテ、急角度ヲ以テ屈折ス、其他下行結腸ト彎曲部トノ間及其他ニ於テモ殊更ニ屈曲ヲ呈スルコトアリ、尙稀レニハ軸ニ沿フテ捻轉セルヲ認ム、此際腹膜ニハ急性炎症ヲ見ズ、唯慢性ノ刺戟症狀ノ外、腸間膜淋巴腺ノ腫大スルコトアリ。

腸管ヲ切開シテ檢スルニ何レニモ機械的狭窄ヲ認メザルナリ、粘膜ハ常態ニシテ唯屢、腫脹、發赤ヲ見ルノミ、經過長キ場合ニハ多少ノ上皮細胞ノ剝離乃至潰瘍ヲ起ス、鏡檢上ニハ無形ノ頽敗物ノ傍ラ結締織ニ著シキ淋巴球ノ浸潤及新生肉芽組織ヲ見ル、又粘膜下膿瘍アリシ報告アリ、若シ壞疽ノ進行



シテ之ニ結締織ノ新生保護ノ伴ハザル場合ニハ遂ニ腸穿孔ヲ起シ、汎發性腹膜炎ヲ起スニ到ルベシ。

粘膜炎層ハ殊ニ主トシテ其環狀筋層ニ肥厚アリテ各筋纖維ノ肥大セルコト顯微鏡下ニ明ラカナリ、又粘膜炎上皮細胞竝ニ腺モ肥大ス、(Borksen)重症ノ場合ニハ縱筋層又環狀筋層結締織ニモ増殖アリ、腸管ニ於ケル彈力纖維及神經系要素ノ増殖ニ關シテハ尙不確ナリ。

結腸ノ強大ナル擴張ノタメ他ノ腹腔内諸臟器ハ邊限ニ壓迫セラレ、肝臟脾臟ハ上後方ニ轉位シ、横隔膜又常ニ高位ヲ保チ、時ニ第二肋骨ノ高サニ到ル、下腹部ニ於ケル靜脈ハ鬱血シ、皮下靜脈ニ代償副枝ヲ形成ス、重症ノ場合ニハ更ニ胸腔内臟器ニモ影響ヲ及ボシ、肺臟ノ下方ニ膨脹不全部ヲ起シ、又屢、氣管枝肺炎竈ヲ見、心臟ハ右上方ニ轉位セラル。

## ニ 發病起源

ヒルシユスブルング氏ヨリ下サレタル根本的ノ解釋ニヨレバ既ニ胎内ニ在ル間ニ結腸ニ擴大及肥厚ヲ起シ、異常ナル大サヲ以テ分娩シ來ルモノニシ

テ、更ニ朔リテ其擴大、肥厚ヲ起セシ原因ニ就キテハ或ハ先天的發育異常ニ歸シ、又ハ胎兒期ニ於ケル病的變化ノ結果ト認メラル、然シナガラ擴張、肥大アル結腸ガ何故ニ便秘ニ陥ルカ、即腸内容ヲ排除スルニ足ルベキ十分ナル緊縮運動ノ不能ヲモ考ヘザルベカラズ、近時本病ニ關スル研究ノ大部分ハ各自實驗ノ場合ヲ基礎トシ、是等發病ノ起源ニ對スル論議ヲ以テ充タサルル觀アリ。

現時多數ノ觀察ニヨリ確メラレタル所ハヒルシユスブルング氏ヨリ與ヘラレタル意義ニ於ケル結腸ノ先天性擴張及肥厚ハ寧ロ稀有ナル現象ニシテ、多クノ場合ハ多少先天的基礎ノ上ニ起レル機械的障礙原因トナリテ腸内容鬱積ノ結果先ヅ擴張ヲ起シ、次デ肥厚ヲ來タスモノト解セラル、而シテ之ニ對シ諸家ヨリ唱ヘラレタル説明又二三ニ止マラズ。

第一ニ重要視サル、モノハ結腸就中S字形彎曲部ノ先天的ニ長キコト、及迂回ノ著シキコトナリトス、Yakobi氏ニヨルトキハ生理的ニ於テモ小兒ノS字形彎曲部ハ大人ノソレヨリモ比較的長ク、全大腸ノ身長ニ對スル比例ハ大人ノ比ニ對シ、初生兒ニアリテハ、 $\frac{1}{2}$ ノ割合ヲ呈ス、而シテ結腸中ニ

テモ上行部、横行部ノ比較的短カキニ反シテ、下行結腸就中S字形彎曲部殊ニ長シ、加之此部ノ腸間膜モ亦長ク、且彈力ニ富ム、故ニS字形彎曲部ハ他ニ比シテ容易ニ屈曲ヲ起シ、又位置ヲ轉ジ易シ、今S字形彎曲部ニ内容ノ充滿サル、時ハ、其重量ニヨリ全體ニ降下シ、直腸ヘノ移行部ニ於テ急角度ニ屈曲ヲ起ス、而シテ充滿サル、コトノ大ナル程、壓迫ノ加ハルコト多ク、從テ強ク屈折シ通過ヲシテ益、困難ナラシム、此事實ハ實驗上ニ於テモ證明セラル、所ニシテ、本病ノ發達ニ重要ナル關係ヲ有スルコト多數學者ノ承認スル所ナリ、即上記障礙ニ抵抗シテ腸蠕動運動亢進シ、過剩ナル働作ノ爲メ後天的ニ腸管ノ擴張及腸壁ノ肥厚ヲ惹起スルモノトス、從テ此關係ヨリ發生セル場合ハ哺乳兒期以後乃至大人ニ於テ認メラル、變狀ナリトス、尙直腸ヘノ移行部ニ次デ下行結腸及S字形彎曲部トノ間モ亦屢、屈曲ノ著シキヲ見ル。之ニ類似セル機械的障礙ハ又S字形彎曲部ニ起レル緩慢ナル捻轉ニヨリテモ惹起セラル(Tschernow, Zoepffel, Kleinschmidt, Konietzny)其原因ハ此部ノ異常ナル長サト、兩端基點ノ一定度以內ニ相接近セル素因ニ歸セラル、サレドモ斯カル場合ハ一般ニ少數ニシテ且稍、長ジタルモノニ發スルヲ例トス、而シ

テ初メニ症狀ノ不十分ナルコト多シト言フ。

Honston氏ハ直腸ニ於ケル粘膜横襞(Plica transversalis)ノ異常ニ發育シテ障礙ヲ起セル例ヲ擧グ、通常ノ場合直腸ニ横行スル粘膜襞ニアリ、(時ニハ四又ハ以上)此モノ先天性ニ既ニ非常ナル大サヲ呈シ、又ハ後年ニ於テアル關係ヨリ著シク發育スルコトアリ、而シテ結腸ニ内容物ノ充滿スル時ニハ更ニ著シク現ハレ、狭窄ヲ増加スルモノナリト、尙de Joselin, Göbell, Friedrich氏等同様ノ觀察ヲ報ゼリ。

其他 Fenwick氏ハ肛門括約筋ノ痙攣ニ本病ノ原因ヲ求メントセシガ、之ニ對シテハ疑フ人少ナカラズ、又直腸内壁ニ痙攣性收縮ノ現ハレテ狭窄ヲ來タストノ報告アリ、(Schreiber, Koeppe)之ト反對ニ脊髓疾患ノ爲メニ直腸竝ニ骨盤底ニ麻痺ヲ起シ、糞便貯積シ其結果上方結腸部ニ被動的ニ擴張、肥厚ヲ來タスニ到ル場合アリ、或ハ先天性又後天性ニ結腸ニ向ヘル神經傳達ノ不完全ナル爲メ起ルトノ說アリ、是等ハ何レモ他ニ神経系疾患アルニ當リテ現ハル、症候的ノモノニ過ギザルベシ。

Concetti氏ハ結腸ノ最下部ノ筋肉ニ先天性薄弱アリ、之ニ抵抗スルタメ結腸

部ニ擴大、肥厚ヲ來タスト言フ、然シナガラ又反對ノ論少ナカラズ、或ハ全身ノ衰弱ニ伴ヒ腸壁及其血管ニ於ケル彈力組織薄弱ニシテ、其結果糞便排除ノ能力減ジ、其貯積ニ抵抗シテ結腸ニ擴大、肥厚ヲ來タスト言フ説アリ。

### 三 症 候

ヒルシユスブルング氏病ハ一般ニ稀有スル疾患ニシテ、其多數ノモノハ生後間モ無ク症狀ヲ發スルト雖モ、時ニ成人期ニ現ハレ、稀ニハ高年ニ到リテ發病セル場合アリ、Löwenstein氏(千九百〇七年)ガ從來ノ文獻ヨリ集録セル八十八例ニ就キテ、中五十五例ハ分娩後直チニ其症狀ヲ認め、十三例ハ生後一年ノ間ニ發病シ、尙十一例ハ二歳乃至二十歳ノ間ニ、九例ハ其後ニ、又二例ハ七十歳ニ於テ發病セルモノナリト言フ。男子ハ女子ニ此シテ其數遙カニ多ク、三五ニ對スル一ノ比例ナリト。  
本症ノ主要徵候ハ頑固ナル便秘ニシテ、其秘結ノ程度ハ他ノ如何ナル疾病ニモ見ルコト能ハザル程高度ノモノナリ、一週ニ一回少量ノ困難ナル便通アルガ如キハ普通ニシテ、或ハ數週ニ互リテ漸ク一回ノ便通ヲ見、時ニハ二

三ヶ月間少シモ通ゼザルコトアリ、而シテ初期ニ於テ尙鼓張ノ著シカラザル場合ニモ便秘ノ必ズ存スルヲ例トス、サレド上記ノ如キ強度ナル秘結ヲ起ス迄ニハ尙比較的輕度ナル秘結ノ訴ヲ聞ク時期アルモノトス、又後年期中ニ發病スルモノニアリテモ既往症ヲ尋ヌルニ多少ニ拘ハラズ便秘ノ傾向アルヲ認め得ベシ。

糞便ハ強キ惡臭ヲ放チ、時ニ粘液、血液ヲ伴フ、糞便ノ色ハ黃色乃至暗褐色ニシテ屢、久シキ以前ニ食シタリト言フ果實核等ヲ見出ス、分娩後直チニ秘結ノ持續スル場合ニハ人工的ニ排除セル便ニ胎便ノ混入スルヲ見ルコト少ナカラズ、一度多量ニ排便アリタル後ハ一時腹圍ノ縮小スルヲ常トス、殊ニ便ト共ニ瓦斯ノ排出サレシ時ニ於テ著明ナリ、瓦斯ハ又堪ヘ難キ惡臭ヲ放ツモノトス。病症ノ末期ニ到リテハ多クノ場合下痢ヲ起ス、其初メ先ヅ便秘ノ傍ラ時々下痢便ヲ出シ、相交互スル中途ニハ引キ續キ黃綠色水様ノ下痢便ヲ排出ス、之レ又異常ナル惡臭ヲ有スルモノトス。

本病者ヲ診察セントテ衣服ヲ脱セシムルニ當リ一見顯著ニ吾人ノ注意ヲ惹クモノハ腹部ニ於ケル強大ナル膨滿ナリ、此症狀ハ或ハ分娩後直チニ認

メラル、コトアリト雖モ、夫レ以後ニ於テ徐々ニ増大シ來ル場合ヲ多シトス、之レ主トシテ鼓張ニ因スルモノニシテ、腹部ノ形狀ハ球形ニ近ク、其最大腹圍ハ臍ノ稍、上方ニ存ス、時ニハ側腹部ノ殊更ニ強ク膨滿スルヲ見ルコトアリ、而シテ上腹部ニ當リテ擴大セル結腸ノ横行スルヲ認メ得ルコト少ナカラズ、打診法ヲ行フニ全腹部ハ鼓音ヲ呈シ、唯屢貯積セル糞塊ヲ限局セル不正形ノ濁音界トシテ證明ス、尙疾患ノ經過ニ從ヒ腹部ノ膨滿ハ驚クベキ大サニ達シ、腹壁皮膚菲薄トナリ、且強ク緊張サル、其色蒼白ニシテ光澤アリ、而シテ之ニ怒張セル皮下靜脈ノ網狀ニ走行スルヲ透見ス、尙腹壁皮膚ニ浮腫現ハレ時ニ下肢ニ及ブコトアリ、腹直筋ハ稀レニ離開ヲ起シ、肝臟濁音界縮少シ、唯僅カニ線狀ニ認メラル、ニ過ギズ、或ハ又全然消失ス、脾臟亦打診上證明シ得ラレザルニ到ル。

胸部ハ腹部膨隆ノ壓迫ヲ蒙リ、胸廓ノ形狀ニ迄影響ヲ及ボサル、ヲ例トス、殊ニ尙發育ノ道程ニアル幼少ナル小兒ニアリテハ兩側季肋弓ハ著シク開離シ始ト一直線上ニ竝ブニ到ル、從テ胸廓ノ縱徑ハ甚ダシク短縮セラル。

膨滿セル腹部ヲ觀察シ又ハ觸診スルニ腸ノ蠕動運動ヲ認知スルヲ常トス、

之レ亦重要ナル一徵候ニシテ Ibrahim 氏ニヨルトキハ既ニ早期ニハ現ハルルコトアリト言フ、之ヲ明ラカニスルニハ腹壁ヲ平ラニ撫擦スルニアリ、又後期ニハ腹部皮膚ノ菲薄増加スルヲ以テ更ニ容易ニ認識シ得ベシ、此蠕動運動ハ時ニ腹部一樣ニ現ハル、觀ヲ呈スルコトアレドモ、亦屢、長キ二個ノ膨隆平行シ、或ハ蹄鐵形ニ穹窿部ヲ上方ニ向ケタル隆起ヲ現ハシ、一見疑モナク S 字狀彎曲部ナルコトヲ推知セシムルコトアリ、其著シキ場合ニハ手指ヲ以テ把摑シ得ルナリ、然シナガラ又反對ニ視診上ニハ特ニ異狀ヲ認メラズ、手ヲ以テ觸壓スルニ腸管ノ攣縮ニ伴ヒ硬固トナルヲ感覺シ得ルニヨリテ推知サル、コトアリ、其他蠕動亢進時ニハ振水音ヲ認メ、プレシメトル打診法ニヨリ金屬響音ヲ呈ス。

肛門ヨリ手指ヲ插入シ檢スルニ肛門括約筋ヲ通常ノ如ク平易ニ通過シ得ルコト多シ、ナレド時ニ痙攣性ニ收縮シ、稀ニハ反對ニ痙攣性弛緩ヲ呈シタル例アリ、又肛門縁ニ出血性裂創ヲ見ルコトアリ、直腸壁ハ刺戟感受性減退シ、Finkelstein 氏ヨリハ直腸竝ニ骨盤底部ノ痙攣例ヲ記載サル、直腸内腔ハ空虚ナルカ、又ハ硬化セル糞塊ヲ以テ充タサル、更ニ指頭ヲ深ク差シ込ム時ニ

ハ指頭ノ到達シ得ベキ範圍ニ於テ障壁ニ當ルベシ之ヨリ上方ハ前面ニ反轉シ指頭觸診ニヨリ小骨盤腔ニ糞便性腫腸ノ性状ヲ具備スル所ノ抵抗ヲ認メ得ベシ。

其他ノ消化器障得ハ全然缺如スルコトアリ唯屢嘔吐ヲ見時ニ或ハ過性ニ現ハルOster氏ハ鼓張ノ増加アル際ニハ嘔吐ノ規則的ニ繰リ返ヘサルコトアリト云フ若シ末期ニ於テ腸ニ完全閉塞ヲ起セル場合ニ於テハ素ヨリ烈シキ嘔吐ヲ起シ吐糞症狀ヲ呈スベシ又或ル場合ニ腹部壓痛ヲ訴フルコトアリ。

病症一定時期ヲ經過スル時ハ時々發作性ニ吐糞症狀ヲ發ス是ハ屢自然ニ或ハ對症療法ニヨリテ輕快シ又半年乃至數年ノ間隔ヲ以テ繰リ返ヘシ現ハル而シテ遂ニハ不良ノ結果ニ終ルコトアルベシ又末期ニ於テ危險ナル腹膜炎ヲ發スルコトアリ。

腹腔ニ多大ナル容積ヲ占有セラル結果横隔膜ハ高位置ニ壓上セラルコト打診竝ニレントゲン照射ニヨリ明ラカナリ之ガ爲メ呼吸及血液循環ニ對シ影響ヲ及ボス呼吸型ハ胸式ヲ營ミ屢呼吸促迫シ強度ノ場合ニハ呼

吸困難ヲ訴フ胸部ヲ聽診スルニ多ク尋常呼吸ヲ呈スレドモ時ニ乾性囉音ヲ聞ク又末期ニハ下葉ニ肺炎病竈ヲ起スコトアリ。

心臟ハ上方ニ壓迫セラレ心尖音ヲ第三肋間ニ見出スコトアリ心臟濁音界ハ擴張シ右ニ推移ス脈搏ノ性状ハ一樣ナラズ屢著シキ速脈ヲ呈スレドモ時ニ遲脈アリ末期ニ到リテハ一般ニ脈搏小ニ緊張減ズ其他稀レニ顔面背部腹壁皮膚陰囊陰莖下肢等ニ浮腫ヲ見尙稀レニ腹水ヲ起シ尿利著シク減少ス是等ハ大靜脈管ノ壓迫ノ結果ト認メラル。

泌尿器ニ關シテハ常ニ尿意頻數ヲ起ス重キ場合ニハ尿閉ヲ起ス尿中ニハ殆ド常ニ多量ニインデカンヲ證明ス時ニ蛋白圓柱硝子樣及顆粒圓柱ヲ見ル稀レニ導尿管ノ壓迫セラレテ腎臟水腫ヲ惹起スルコトアリ。

一般榮養狀態及體力ハ病症ノ十分發展セル時期ニ到レバ著シク障得セラレ幼少ナル小兒ヲ早クヨリ犯セル場合ニ最モ強シサレド初期ノ間ハ尙相當ニ身體上及精神上ノ發育ヲ遂ゲ食慾等モ尋常ナリト雖モ漸次羸瘦食慾不振ヲ起シ皮色又蒼白ヲ呈ス四肢ハ殊ニ瘦削シ頭部小ニ眼窩陷沒シ反之腹部ハ偉大ナル膨滿ヲ呈シ著シク不鈞合ナル對照ヲ示スナリ末期ニハ小

兒嗜眠ニ傾キ、顔貌無慾狀ニ、時ニ全身痙攣ヲ起シ、又腦膜炎症狀ヲ呈シタル例アリ。(Neter, Pfisterer, Bernheim, Karner) 尙時ニ烈シキ下痢ニ伴フテ熱發スルコトアリ。

自覺的症狀ハ甚ダ一樣ナラズ、便秘結及鼓張ノ程度ニ應ジテ種々ナリ、一般ニ不氣嫌ニシテ倦怠ノ感アル外頭重、噁氣、食慾缺乏、腹痛等ヲ訴ヘ、稀レニ肩脚痛ヲ訴フ、尙睡眠ノ障礙サル、コト少ナカラズ、而シテ多量ノ排便ノ行ハレタル後ハ其前ニ比シテ著シク輕快ヲ覺ユルヲ常トス、前ニ呻吟セル者ノ既ニ嬉々トシテ遊戯ヲ始ムルコト屢、見ル所ナリ。

#### 四 經過及轉歸

發病ノ緩徐ナルガ如ク經過モ頗ル慢性ナリ、一時輕快ノ模様アレバ又直チニ症狀増悪シ、一進一退ノ病勢ヲ持續シ其間漸次進行ス、分娩後直チニ發病スル場合ニアリテハ胎便ノ排出モ無ク普通ノ人々ヨリ既ニ注意セラル、モノトス、其以後ニ發病スルモノハ最モ多ク離乳時期ニ於テ發シ、比較的急ニ顯著ナル症狀ヲ呈スルコトアリ、又アル場合ハ一定度潜伏的ニ經過シ突

然吐糞症狀ヲ以テ現ハル、場合モアリ、(Sommer)

小兒ニアリテハ其症狀ノ具備シテ現出スル時期ハ屢、人工榮養ニ移行スル時、又ハ雜食ヲ少シヅ、開始スル頃ニシテ、大人ニ於テハ不養生、衰弱狀態等一定ノ關係アルガ如シ、而シテ醫治ニ依ラズトモ時ニ一過性ニ症狀ノ輕快アルコトアリ、治療ノ效果不十分ナル場合ハ高年ニ達シ難ク、多クハ既ニ哺乳時期ニ於テ、或ハ三年乃至四年ノ頃ニ死ノ轉歸ヲ取ルモノトス。

豫後不良ノ前徵トナルモノハ烈シキ下痢、結腸ニ於ケル急性炎症ノ徵候等ニシテ、多量ノ便排泄サル、ニ拘ハラズ腹部ノ膨滿ハ減退セズ患者急速ニ衰弱ニ陥ル、又穿孔性腹膜炎ヲ起シタルモノモ死ノ手ハ殆ド免カル能ハズ、其他榮養不給中毒症(貯溜セル糞便ヨリノ)ノタメ漸次惡液質ヲ起シテ斃レ、或ハ偶、肺炎ヲ併發シテ鬼籍ニ上ルコトアリ。

#### 五 診斷

一定ノ經過ヲ有シ、甚ダ頑固ナル便秘、腹部ノ膨大蠕動高マレル腸管ノ現出等特有ナル症狀ヲ具備セル場合ニハ診斷素ヨリ容易ナリ、サレド初期ニア

リテ鼓張、便秘及多少ノ腸蠕動ノ亢進アルノミノ時ニハ他ニ鑑別ヲ要スベキモノ少ナカラズ、先ヅ稀有ナレドモ初生兒ニ先天性異常トシテ腸管ノ狭窄乃至閉鎖、胎兒期腹膜炎ニ由來スル障礙、メッケル氏憩室、結腸ノ先天性ノ小ナルコト等算ヘラル。

腸管ノ狭窄ガ胃部ニ近ク存スルモノ程鼓張及蠕動運動ハ不著明トス、反之嘔吐ハ常ニ重大ナル必發徵候ナリ、ヒルシュスブルグ氏病ニアリテハ嘔吐ハ一般ニ價值少ナキ症狀ナレドモ若シ十二指腸部ニ壓迫ノ加ハル時ニハ稍、頑強ナル嘔吐ヲ惹起スルモノトス。

哺乳兒ニ於テ不適當ナル榮養狀態ノ結果、著シキ便秘ニ伴ヒ鼓張ヲ呈シ、本病ノ初期ヲ推考セシムルコトナキニ非ズ、又佝僂病ノ續發症狀トシテ類似ノ狀況ヲ現ハスコトアリ、其他稍、長ジタル小兒ニ於テ結核性腹膜炎ノ癰痕性萎縮ニヨリ腸管ノ狭窄現象ヲ見ルコトアレドモ、此際同時ニ腹水及結節等ノ抵抗ヲ認ムルモノトス。

殊ニ屢、鑑別上問題トナルモノハ腹部腫瘍ニシテ同時ニ腸管ニ狭窄症狀ヲ起セル場合ナリトス、例之先天性囊腫、卵巢及腸間膜腫瘍等ナリ、ヒルシュスブルグ氏病ニ於ケル囊腫ハ真正ノ腫瘍ト異ナリ、其大サ位置及形狀ヲ時々變化スルノミナラズ、之ニ指頭壓迫ヲ加フル時ハ此部凹陷スルヲ認メ得ベシ、又適當ノ處置ニヨリテ排便スルコトヲ得バ其程度ニヨリ大サ縮合シ、或ハ消失スルニ到ルベシ、但結石ヲ形成スル場合ニハ此關係不明瞭ニシテ診斷ニ少ナカラズ困難ヲ感ズベシ、之ノ場合ニハ油劑ノ灌腸ニヨリテ表面ヲ軟解シ然ル後検査スルヲ要ス、尙既往症ヲ綿密ニ尋ヌレバ其成立ニ於テ自カラ異點ヲ發見シ得ベシ。

診斷ニ當リテ先ヅ用フベキ方法ハ直腸ノ指頭検査ナリ、初生兒ニシテ若シ生後數日間ニ互リ胎便ノ排泄ヲモ見ザル場合ニハ指頭ヲ肛門ニ挿入シ異常ノ有無ヲ検査スルコトヲ要ス、時ニ先天性の肛門乃至直腸ノ閉鎖ヲ見ルコトアリ、又後年期ニ於テハ肛門裂創、括約筋ノ攣縮及糞石等ノタメ便秘ヲ起スコトアルヲ以テナリ、一般ニヒルシュスブルグ氏病ノ疑ヲ以テ検査スル場合ニハ、直腸ノ最上部即S字狀部へ移行スル部分ヲ注意スルコトヲ要ス、而シテ症候編ニ述ベタルガ如キ屈曲、變狀ノ有無ヲ檢スベシ。

又直腸鏡ヲ用ヒテ内腔ノ變狀ヲ視察スルコトモ要用ナリ、其他殊ニ診斷上

有力ナル方法ハ護謨管ノ挿入ニシテ、指頭及内診鏡ニテ目的ヲ達シ得ザル  
 障碍ノ機械的作用ヲ之ニヨリテ明ラカニシ得ルコトアリ、之ニ向ヒテハ護  
 謨管製ノ胃消息子ヲ最モ良シトス、今肛門ヨリ挿入サレタル消息子ノ次ニ  
 多少ノ抵抗ニ打チ勝チテ狭窄部ヲ通過スル時ニハ、之ト共ニ多量ノ惡臭ア  
 ル瓦斯竝ニ糞便ノ排出シ來ルヲ見ルベシ、而シテ消息子ノ先端ハ廣キ腔内  
 ヲ自由ニ諸方ニ異動シ得、且又菲薄トナレル腹壁皮膚ヨリ其最モ膨滿セル  
 上腹部ニ於テ消息子先端ヲ探知シ得ベシ、若シ此事不明ナル場合ニハ護謨  
 管ヲ通ジテ空氣又ハ水ヲ注入セバ擴張セル結腸彎曲部ノ相平行シテ現出  
 シ來ルヲ認ムベシ、而シテ此際驚クベキ大量ノ液ノ容易ニ注入セラル、モ  
 ノトス、Neter氏ハ二年半ノ小女ニ於テ「リール」ノ水量ノ速カニ且容易  
 ニ注入サレタルヲ報ズ。

以上ノ關係ハ消息子ニシテ直腸及S字狀部間移行部ノ障碍ヲ通過シ得タ  
 ル場合ニ見ラル、モノニシテ、凡テノ場合ニ應用シテ必ズ成功スルモノト  
 限ラズ、下方ヨリノ通過殊更困難ナル時ニハ望ムベカラズ、尙近來直達照射  
 法ノ器具年々進歩シ之ニヨリ直接彎曲部ノ位置、大サ及長サヲ判斷セント

努メラレドモ尙一般ニ困難ナル場合少ナカラズ。

「レントゲン」透射法ハ本病ノ診斷ニ對シテモ甚ダ緊要ナルモノトス、然シナ  
 ガラ之ヲ行フニ先チ貯溜セル糞便ヲ悉ク排除スルコトヲ要スルモノニシ  
 テ、多クノ場合此點既ニ頗ル困難ヲ見ルモノトス、且又陰影形成ノ目的ニ使  
 用セラル、金屬劑、即通例用ヒラル、所ノ次硝酸蒼鉛ヲ多量ニ内服スル  
 ハ小兒ニ在テハ屢、重篤ナル中毒症狀ヲ起ス危險アルベシ(Fuchs及Peters氏ハ  
 Zirkonoxydヲ用フルヲヨシト言ヒ、殊ニ哺乳兒ニアリテハ、Thorium oxydatum  
 anhydricumヲ薦ムト)從テ年長ノ小兒又ハ大人ニ於テハ缺クベカラザル一方  
 法ナリト雖モ、年少ノ者乃至哺乳兒ニ於テハ特ニ注意スルコトヲ要ス。  
 「レントゲン」透射法ハ屢、本病ノ診斷ニ重要ナル補助ヲ爲スモノト雖モ、亦時  
 ニハ腸管ノ狭窄ト位置異常ニ因スル障碍トヲ明確ニ區別シ難キコトアリ、  
 其他 Kieder氏ハ硝蒼或ハ「チクロン」ヲ混入セル粥狀食餌ヲ與へ、數回連續シ  
 テ透射ヲ行ヒ、其進行ノ狀況ニヨリテ障碍ノ如何ヲ診斷セントセリ。  
 Stein氏ハ金屬製螺旋管ノ容易ニ屈曲シ得ベキ消息子ニ護謨ヲ蔽ヒ、又「マン  
 ドリン」ヲ入ル、時ハ強硬ニナルモノヲ用ヒテ、彎曲部ニ挿入シ、之ヲ透射シ



テ消息子ガ抵抗ナシニ彎曲部ノ最高部ニ達スルカ、又之ヨリ左ニ弓形ヲナシテ下行スルカ等ヲ見ントセリ。  
尙最後ノ解決ハ試験的開腹術ニ俟タザルベカラズ。

## 六 療 法

本病ノ治療ハ内科的竝ニ外科的兩方面ヨリ施サル、即チ病症ノ輕重及ビ原因ノ如何ニヨリ、或ハ内科的對期療法ノ奏效スルコトアルベク、時ニハ直チニ外科的手術ヲ受クベキ適應症ヲ呈スルコトアルベシ、早期ニシテ尙擴張及肥厚ノ強度ニ發達セザル時期ニ在リテハ常ニ機械的障礙ノ發生ヲ妨ギ、規則正シク便通ヲ計ルベシ、之ガ爲メ引キ續キ擴張、肥厚ノ増加スルコトナク、其間漸次全身ノ發育ニ伴ヒ、以前ニ於ケル先天的不利益ナル關係モ薄弱トナリ、遂ニハ症狀ヲ起スベキ要約ノ消失スルニ到リ、斯クシテ全治ノ轉歸ヲ見ルコトアリ。

療法トシテ第一ニ行フベキハ食餌上ノ注意、竝ニ規則的ニ便通ヲ行ハシメ、同時ニ瓦斯ヲ排除スルコトナリ、食餌ニハ努メテ輕キ、而シテ糞便成形物ノ

少ナキモノヲ選ブコトヲ要ス、排便ニ向ヒテ下劑ヲ使用スルモ一般ニ其目的ヲ達シ得ザルノミナラズ却テ之ガタメニ嘔吐、腹痛ヲ發シ症狀ヲシテ險惡ナラシムル恐レアリ、之レ本病ニ於ケル秘結ハ主トシテ機械的障礙ノ結果ナルヲ以テナリ、故ニ通常灌腸、時ニハ高壓灌腸ヲ行フテ排除スルヲ宜シトス、然シナガラ又之ニテモ十分ニ目的ヲ達セザルコト屢アリ。

其外腹部ニ按摩ヲ施シ排便ヲ補助シ得ベシ、即チ擴張セル結腸管ニ沿フテ行フモノニシテ、例之先ヅ右腸骨窩ヨリ上ニ向ヒ、次デ之ヨリ横ニ左腹部ニ到リ、更ニ下方ニ向フテ左腸骨窩ニ達ス、斯クノ如ク繰リ返ヘスコト數次、日規則正シク行フモノトス、然シナガラ按摩法モ早期ニ於テハ時ニ有效ナリト雖モ、既ニ經過ノ進ミタル時期ニハ下劑ト等シク却テ惡影響ヲ及ボスモノナレバ心スベシ、加之時ニ強キ按摩ニヨリ腸管ニ穿孔ヲ起ス危險ナキヲ保セズ。

感傳電氣モ亦按摩ト同目的ニ使用サル、此際ニハ兩極電導子ヲ相竝ベ擴張セル結腸ニ沿フテ上方ヨリ下方ニ運ブモノトス、或ハ Lennander 氏ニ從ヒ一極電導子ハ食鹽水ヲ以テ充タサレシ直腸内ニ入レテ其粘膜ニ接シ、他ノ電

導子ハ外腹壁ニ當テ、上下ニ動カス。  
 上記處置ノ外更ニ重要ナルハ機械的障礙アルモノヲ常ニ多少ナリトモ除去シ置クベキコトトス、即チ屢言ヘル如クS字狀彎曲部ヨリ直腸ヘノ移行部ニ於ケル閉鎖狀態ヲ開通スルヲ得バ、凡テノ症狀ハ輕快ニ向フモノナリ、此目的ニ向ヒテハ腸消息子ヲ用フ、今患兒ヲシテ腹臥位ヲ取ラシメ之ニ護謨製消息子ヲ挿入スル時ハ通常容易ニ屈曲部ヲ通過セシメ得、斯クシテ先ヅ石鹼水又食鹽水ヲ注入シ蓄積セル糞便、瓦斯ヲ排除ス、且又多量ノ液ヲ以テ(半)リール乃至一リール以上速ニ彎曲部ヲ充タス時ハ、此部分ハ多少舉上サレ屈曲乃至捻轉ノ度合輕減シ、内容ノ通過更ニ容易トナルモノトス、Kussmaul, Fleiner 氏ハ此際溫メシ油劑ヲ用フルコトヲ稱用ス。  
 斯クノ如クシテ日々之ヲ繰リ返ヘシ、毎時糞便竝ニ瓦斯ノ排除ヲ計ル時ニハ腹部ノ膨滿就中鼓張ハ著シク減少シ、從ツテ自覺症狀又大ニ輕快スルヲ見ルベシ、此方法ハ單ニ施術ノ容易ナルノミナラズ、久シキ互リテ行ヒ得ルノ利益アリ。

Goppert 氏ハ更ニ此方法ヲ擴メテ連續的ニ絶エズ護謨管ヲ挿入シ、即チ持久

的排除管ト爲スベキコトヲ推薦シ、Heubner 氏モ亦其效果アルヲ稱用ス、清水學士ハ東京醫科大學小兒科教室ニ於テ弘田博士指導ノ下ニ同方法ニヨリ卓效ヲ收メラレタル例ヲ報告セリ(九年五月ノ男兒)其後余モ亦生後二ヶ月ノ本病者ニ遭遇シ、直チニ持久的ニ護謨管ヲ挿入シ患兒ノ睡眠中、又稍長ジテ歩行スル際ト雖モ決シテ之ヲ取ルコト無ク(幼少ノ者ナリシ故)予ラトシテ尿管中最大ノモノヲ用ヒタリ(爾來約二年、其間少シモ斷絶セズ、斯クシテ一方ニハ漸次全身ノ佳良ナル發育アリ、相伴フテ殆ド全治ノ狀態ニ到達スルコトヲ得タリ、唯此際管腔ハ容易ニ糞便ヲ以テ閉塞サル、コトアルヲ以テ屢、取り出シテハ管内ヲ掃除シ流通ヲ宜クスルコト肝要ナリ。  
 斯ク對期療法ニヨリテ著シキ良結果ヲ得ルコトアリト雖モ、大多數ノ場合ニ於テハ結局外科的療法ニ依ラザルベカラザルモノトス、サレド又手術ヲ施スニ先チ對期療法ニヨリ暫ラク良好ナル狀況ノ下ニ榮養ヲ恢復シ、全身狀態ヲ強クスル必要ナキニ非ズ、尙又突然ニ吐糞症狀ノ發セル場合ニハ直チニ手術ヲ施スコトヲ要ス、然シナガラ外科的療法ニヨリテモ常ニ良好ナル結果ヲ獲得スルモノニ非ズ、Biermann 氏(千九百十年)ノ統計ニヨレバ手術

的處置ヲ施セシ七十四例ノ中治癒セルモノ四十例ニシテ三十一例ハ死亡シ、三例ハ殆ド不變化ナリシト言フ。

外科的手術ニ於テ從來行ハレタル方法一二ニ止マラズ、其詳細ノ點ハ外科書ニ譲リ、茲ニハ唯一般ニ施サレタル方法ヲ列擧スルニ止メン。

開腹術ヲ行ヒ單ニ屈曲乃至捻轉セル部分ヲ整復スルニヨリ全治ノ目的ヲ達シ得タリトノ報告アレドモ、之レ決シテ根本的ノモノニ非ズ、又再發ヲ見ルコト少ナカラズ、其他人工的肛門ヲ作ルコト屢、試ミラレタレドモ、此法患者ニ甚ダシキ不快ノ感ヲ與フルモノトス。

單ニ腸管ニ向ヒテ穿孔術ヲ施スコトハ一時腸内容殊ニ瓦斯ヲ排除スル效アリト雖モ、通常其結果思ハシカラズ、寧ろ全然避クベキモノトス、或ハ高々腸褶疊法 Coloplicatio ヲ行フ、其結果ハ素ヨリ不定ノモノナリ、之ニ對シ更ニ合理的ナル方法ハ結腸固定術 Colopexie ナリ、腸管ヲ側腹壁ニ結繫シ、異常ノ屈折等ニヨル障礙ヲ除カントスルモノナリ、此法ヲ施スニハ尙擴張肥厚ノ強カラザル中ニアラザレバ效果少ナシ。

腸管相互ノ間ニ吻合術ヲ施ス方法モ亦眞ノ根本的手術ニ非ズシテ單ニ擴

張セル部分ニ於ケル糞便ノ貯溜ヲ輕減スルニ過ギズ、通常S字狀彎曲部ノ終始基底部分ノ間或ハ横行結腸ト直腸トノ間、又ハ廻腹ノ最下部ト直腸トノ間等ニ行ハル、此方法從來屢、施行サレシト雖モ、多クノ場合殆ド良影響ヲ見ザリシト云フ、且時ニ之ヨリ腹膜炎ヲ繼發シタル場合モアリ。

本病ノ障礙ヲ根本的ニ除去スル方法トシテ唯一ナルモノハ狹窄部位、竝ニ擴張セル結腸ヲ全然截除シ、腸内容物ヲシテ再ビ一部ニ停滯貯溜スル事ナカラシムルニアリ。

其他腸ノ痙攣性收縮ニヨリ本病症狀ヲ惹起セル場合ニアリテハ、先ヅ無出血的ニ此攣縮部ヲ擴張スルト共ニ鎮痙劑、例之「ペラドンナ」越幾斯等ヲ與フ、(内服トシ、又ハ腸内注入藥、或ハ坐藥トス)、反之「リスリン」、石鹼灌腸等ハ却テ攣縮作用ヲ増惡スルノ恐レアリ。

小兒蟲樣突起炎、腹膜炎及ヒルシユスプルング氏病終

日本小兒科叢書第二十篇

大正五年八月十一日印刷  
大正五年八月十四日發行

定價 金壹圓拾錢

著者 井上吉之助

東京市本郷區龍岡町三十四番地

發行者 小泉榮次郎

東京市本郷區駒込林町百七十二番地

印刷者 櫻井新三郎

東京市本郷區駒込林町百七十二番地

印刷所 杏林舎

(電話下谷二七四五番)



發行所

東京市本郷區龍岡町三十四番地  
(振替貯金口座東京四一八番)

吐鳳堂書

(電話下谷一六七七番  
四〇七七九番)



# 日小兒科叢書

- |     |  |     |                  |
|-----|--|-----|------------------|
| 第一篇 | 日 <small>本</small> 小兒科 <small>史富士川博士</small><br>分娩ノ初生兒ニ及ボス影響 <small>瀨博士</small><br>初生兒疾 <small>患唐澤博士</small> | 第三版 | 正價金六拾五錢<br>郵稅六錢  |
| 第二篇 | 疫痢ト赤痢 <small>伊東博士</small>  | 第五版 | 正價金壹圓拾錢<br>郵稅六錢  |
| 第三篇 | 小兒期ニ於ケル耳疾患 <small>吉井博士</small>   | 第二版 | 正價金壹圓廿五錢<br>郵稅八錢 |
| 第四篇 | 小兒インフルエンザ <small>井上學士</small>  |     | 正價金七拾錢<br>郵稅六錢   |
| 第五篇 | 小兒肋膜炎 <small>及膿胸</small> <small>戸川學士</small>   | 第二版 | 正價金六拾錢<br>郵稅四錢   |
| 第六篇 | 小兒氣管枝 <small>及肺炎</small> <small>吉田學士</small>   | 第二版 | 正價金七拾錢<br>郵稅六錢   |
| 第七篇 | 哺乳兒夏季下痢症 <small>附蛋白乳</small> <small>戸川學士</small>   | 第二版 | 正價金八拾五錢<br>郵稅六錢  |
| 第八篇 | 小兒腸窒扶斯 <small>及「パラチフス」</small> <small>小杉學士</small>   |     | 正價金八拾五錢<br>郵稅六錢  |
| 第九篇 | 小兒期ニ於ケル主要ナル皮膚病 <small>遠山博士</small>   | 第二版 | 正價金壹圓<br>郵稅八錢    |

# 書既刊書

- |      |   |     |                  |
|------|---|-----|------------------|
| 第十篇  | 白癡 <small>及低能</small> <small>兒三宅博士</small>    | 第二版 | 正價金壹圓貳拾錢<br>郵稅六錢 |
| 第十一篇 | 實扶埕里 <small>及格魯布</small> <small>瀨川學士</small>  | 第二版 | 正價金壹圓<br>郵稅六錢    |
| 第十二篇 | 哺乳兒膀胱腎盂炎 <small>齋藤學士</small>                  |     | 正價金七拾錢<br>郵稅六錢   |
| 第十三篇 | 猩紅熱 <small>田中學士</small>                       |     | 正價金五拾五錢<br>郵稅四錢  |
| 第十四篇 | 百日咳 <small>吉田學士</small>                       | 第二版 | 正價金五拾五錢<br>郵稅四錢  |
| 第十五篇 | 小兒期ニ於ケル眼疾患 <small>宮下博士</small>                |     | 正價金壹圓廿五錢<br>郵稅八錢 |
| 第十六篇 | 先天梅毒 <small>田中學士</small>                      |     | 正價金壹圓五拾錢<br>郵稅八錢 |
| 第十七篇 | 哺乳兒榮養論 <small>宇都野學士</small>                   | 上卷  | 正價金壹圓五拾錢<br>郵稅八錢 |
| 第十八篇 | 小兒貧血 <small>內田學士</small>                      |     | 正價金八拾五錢<br>郵稅六錢  |
| 第十九篇 | 痙攣 <small>及痙攣</small> 素質 <small>齋藤學士</small>  |     | 正價金壹圓貳拾錢<br>郵稅六錢 |
| 第二十篇 | 蟲樣突起炎、腹膜炎 <small>及井上學士</small><br>ヒルシユスプルング氏病 |     | 正價金壹圓拾錢<br>郵稅六錢  |

# 日本小兒科叢書

小兒一般診斷法	平井博士	小兒一般療法	高洲博士	小兒ノ赤痢	伊東博士	小兒ノ腦膜炎	井出學士	小兒腹部腫瘍	三輪博士	小兒ノ體質	太田博士	早産・死産及早産兒	相馬博士	小兒ノ藥劑療法	岩川博士	ハイ子メヂン氏病	平井博士	小兒ノ結核	涌島學士
小兒ヒステリー	柳瀬博士	小兒心臟疾患	大久保學士	小兒腎臟炎	豐田學士	麻疹・風疹	村上學士	水痘	西澤學士	小兒疾患ニ應用セララルX光線及「ラヂウム」	藤浪博士	乳兒脚氣ノ病理解剖	長與博士	乳兒脚氣	唐澤博士	血清及其應用	志賀博士		

56
87

終

