



奏効スルトキハ諸徴漸次輕快ス、又二三ヶ月後ニシテ初メテ奏効ヲ認ムルコトアリ、眼球突出ハ最モ長ク存シ、數脈モ亦比較的長ク後貽セラル、統計上手術例ノ四分ノ三ハ治或ハ著シキ輕快ヲ得タリ。

### 九 喉頭實扶的里 Kehlkopfaphtherie.

**症候** 喉頭實扶的里ハ多クハ咽頭實扶的里ニ續發ス。喉頭ハ纖維素性義膜ヲ有シ、聲音嘶啞シ、特有ナル犬吠様咳嗽アリ、呼吸困難且ツ促迫ヲ呈シ、吸氣延長シ笛聲若クハ鋸斷狀響鳴ヲ聞ク。病勢増進スルト共ニ呼吸障礙從テ増劇シ、心窩及ビ肋間ノ吸氣時陷沒、頸靜脈怒張、「チアノーゼ」等ヲ見、其極度ニ達スルトキハ終ニ窒息ニ陥ルモノトス。經過中熱候アリ、脈搏ハ頻數ニシテ重篤ナル狀態ニ陥ルトキハ著シク微弱且ツ不整トナリ、終ニ心臟麻痺ニ因テ死ノ轉歸ヲ取ル。併發症トシテハ中耳炎、腎臟炎、肺炎、關節炎等ヲ主要トシ、繼發症トシテハ筋麻痺ヲ特有トス、即チ口蓋、咽頭、瞳孔、及ビ四肢等ニ麻痺ヲ來ス。

**診斷** 急性ノ經過、呼吸困難ノ狀態及ビ咽頭ニ於ケル義膜ノ存在ヲ以テ診斷困難ナラザルモ、疑ハシキトキハ咽頭附着物ノ鏡檢ヲ施シ實扶的里菌ヲ檢出スベシ、「急性口喉炎」ノ診斷ヲ参照スベシ咽頭ノ著シキ病變ヲ伴ハザルトキハ本症ノ確診困難ナルコトアリ、喉頭鏡檢ヲ忘ルベカラズ。

**豫後** 血清療法ノ普及及ビ氣管切開術若クハ喉頭插管法ノ適切ナル利用ニヨリテ現今本症ノ豫後ハ其大部ニ於テ良好トス。死因ハ心臟麻痺、肺炎、敗血症等ニシテ窒息ノ爲メニ死ノ轉歸ヲ取ルハ今日ニ於テハ甚ダ稀有ニ屬ス。

**療法** 實扶的里其モノニ對シテハ血清療法ヲ以テスベク。喉頭狹窄ニ因ル危險ニ對シテハ氣管切開術

若クハ喉頭插管法ヲ施シテ之ヲ救フベシ。呼吸困難ニ因ル危險ニ臨ミ吐劑ヲ投ジ嘔吐運動ヲ制止セシムルトキハ爲ニ義膜ヲ嚥出シテ一時窒息ノ危險ヲ脱シ得ルコトアリ喉頭實扶的里ニ於ケル呼吸困難ニ當リ、氣管切開術若クハ喉頭插管法ヲ施スベキ時期ハ、其斷定常ニ必ズシモ容易ナラザルモ、概シテ心窩及ビ肋間ニ於ケル吸氣の陷沒ヲ以テ標準トナシ得ベク、此時期ニ於テ猶、注射セラル治療血清奏効シ呼吸ノ恢復スルヲ期待スルハ失當ナリト云フベシ。既ニ「チアノーゼ」ヲ呈セルモノハ即時ニ之レ等ノ方法ヲ施シテ救助ヲ加フベキ絶對的適應症ナリトス。

氣管切開術ト喉頭插管法トノ選擇ニ就テハ、兩者其利害關係ヲ異ニスルモ、共ニ所定ノ準備ト一定ノ熟練ヲ要スルモノナルヲ以テ、一般ニ其慣レタルモノヲ選ムラ可トセンカ。但シ次ノ場合ニハ氣管切開術ヲ要ス。一 咽頭ノ著シキ腫脹アルトキ、二 插管法ヲ試ミ其目的ヲ達シ得ザル場合、三 插管法ヲ屢々反復セザルベカラザルトキ、四 呼吸困難極度ニ達シ危機切迫セルノ狀態ニ臨ミテハ常ニ確實ニ其目的ノ遂行ヲ期シ得ベキ氣管切開術ヲ採ルベシ。

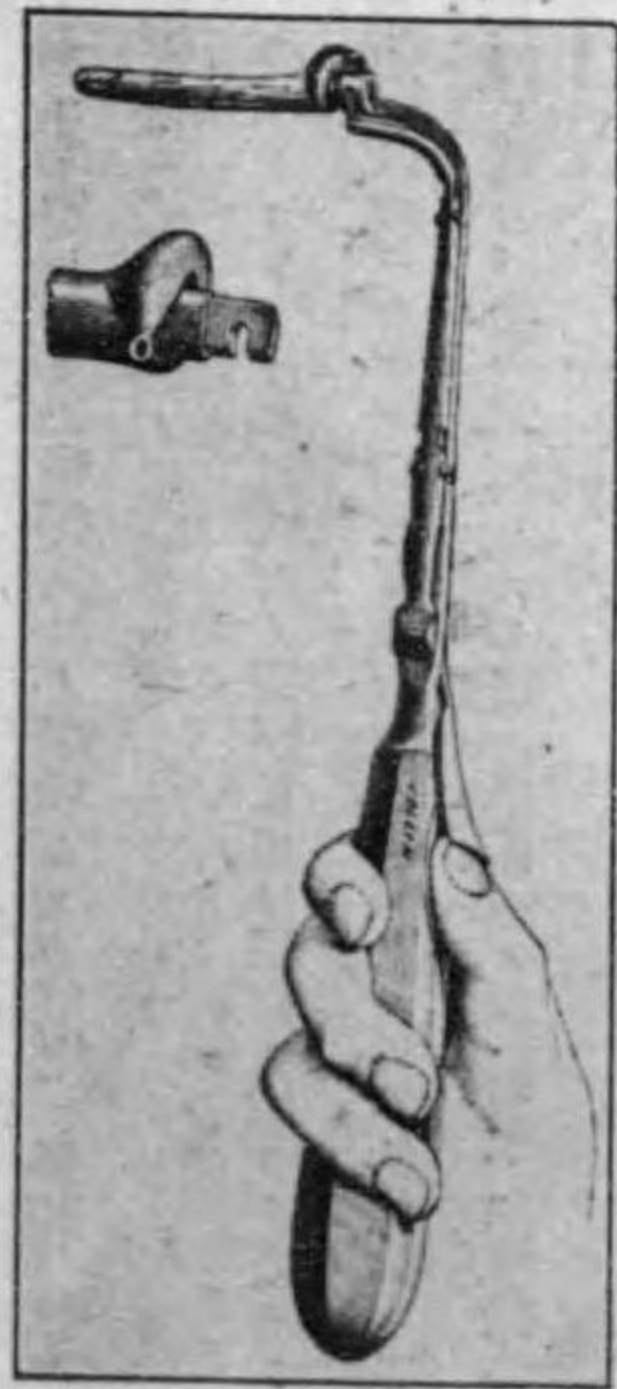
**喉頭插管法ノ利害** 技術一定ノ熟練ヲ要スルモ處置非觀血的ナルコトハ其最モ利トスル所ナリ。其不利トスルハ、挿入時及ビ挿入後ニ於テモ剝脫セル義膜ガ管腔ヲ閉塞シ反テ呼吸絶止ノ危險ヲ招キ得ルコト、挿入時或ハ其後ニ於テモ咳嗽刺戟ノ爲ニ管ノ嚥出セララルコト稀ナラザルコト、管ノ壓迫ニ因ル壓迫壞疽ヲ招致スルノ虞アルコト、從テ長ク持續シテ留置スル能ハザルヲ以テ往往其挿入ヲ反復セザルベカラザルコト等ニシテ、猶挿入時ノ喉頭若クハ氣管ノ傷害、管ノ氣管内墜落、或ハ其誤嚥等ノ虞絶無ニアラズ、又飲食料ガ氣管内ニ流入スルノ危險アリ。

氣管切開術ノ利害 氣道ノ完全ナル開通ヲ最モ確實ニ遂行シ得ベキコト、及ビ氣管内ノ義膜及ビ分泌物ヲ茲ヨリ吸出し得ベキコトハ插管法ニ於テ企及シ得ベカラザル所ナルモ、其法觀血的ニシテ準備及ビ施行共ニ純然タル外科的技術ニ屬シ、完全ナル準備ト一定ノ熟練アルニアラザレバ能ク之ヲ實施シ難シ。猶其不利トスル所ハ手術時ノ副損傷、創傷傳染ノ危險、肺炎、氣管ノ壓迫潰瘍等トス。

喉頭挿管法 Intubation.

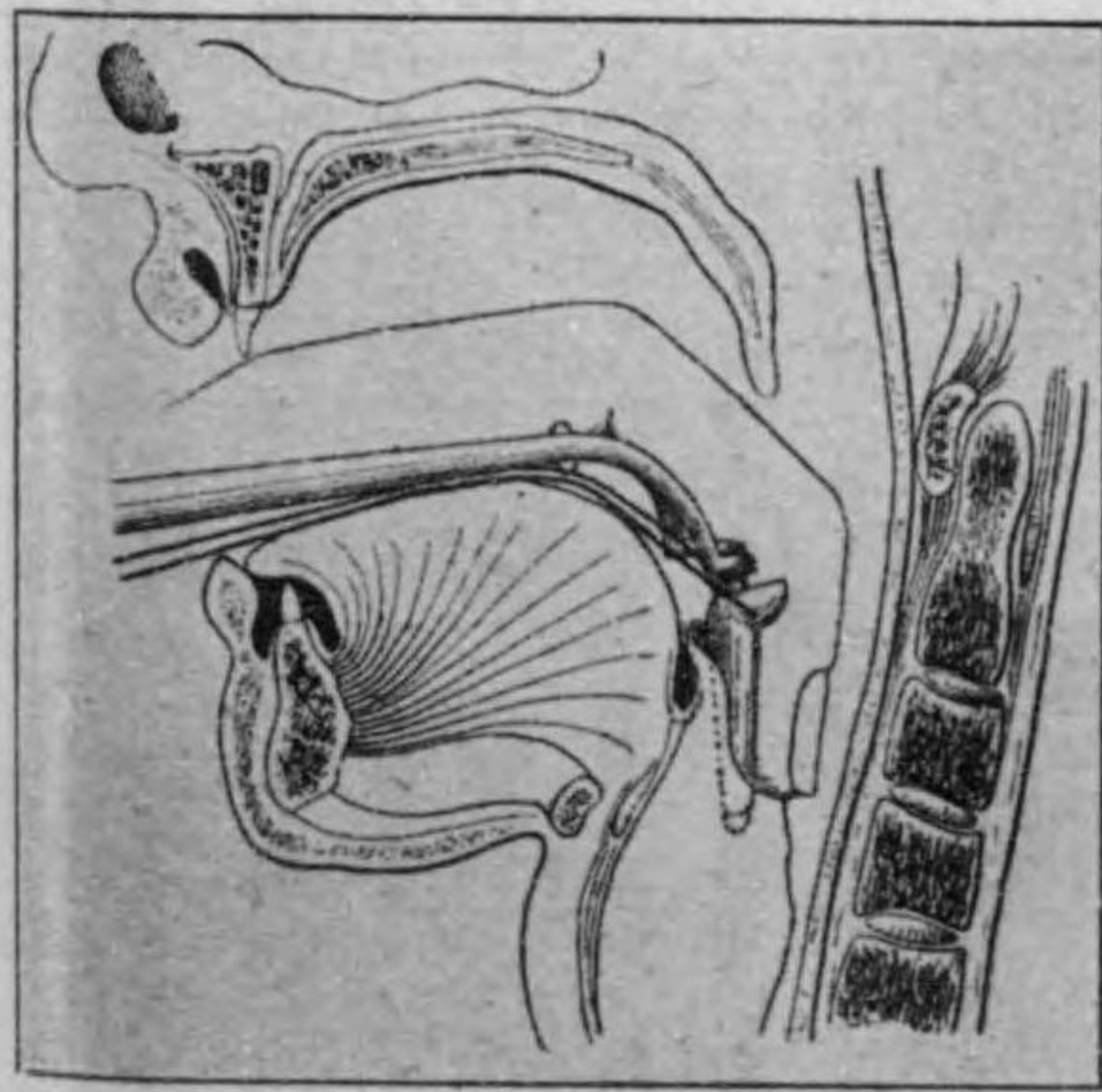
金屬性小管ヲ喉頭腔ニ挿入スルノ法ニシテ、オ、  
ドワイヤー氏 O. Dwyer ノ管及ビ挿入器、普  
ク用キラル、(第二〇六圖) 此管ニハ大小種種  
アリ、患者ノ年齢ニ從テ其宜シキヲ選ムベシ。  
挿管法ヲ行ハントセバ、先ツ一看護者ヲシテ患

圖 六 百 二 第



兒ヲ膝上ニ抱持セシメ、第二看護者ヲシテ其頭部ヲ固定シ且ツ深く白齒間ニ嵌入セル開口器ヲ保持セシム、今術者ハ左  
示指ヲ喉頭ニ送り、指頭ヲ以テ會厭ヲ舌根ニ壓着シ、右手ニ小管ヲ附セル挿入器ヲ取り、左示指ニ沿フテ管ヲ喉頭ニ向  
テ送り、其下端ガ披裂軟骨間ニ達スルヤ、挿入器ノ把柄ヲ  
少シク舉上シテ管ノ先端ヲ前方ニ向ハシメツツ、更ニ進  
入セシムルトキハ、則チ管ハ喉頭腔ニ入ル、是ニ於テ挿入  
器ヲ管ヨリ分離セシメ、之レヲ撤去スルト同時ニ左示指頭  
ヲ以テ更ニ輕ク管ノ上端ヲ壓シ、管ノ頭端ヲシテ喉頭入口  
ニ位置セシム。挿入其宜シキヲ得、呼吸氣ノ通過自由ナル  
ヲ得ルトキハ乃チ呼吸安靜トナリ、「チアノーゼ」消失スベ  
シ。若シ術後反テ呼吸困難増劇スルコトアラバ、是レ挿入  
正ヲ得ズ、(管食道ニ入ルコトアリ、或ハ又其下端ガモル  
ガニー氏竇内ニ進ムコトアリ) 或ハ又義膜ニヨリ管腔ノ閉  
鎖セラレタルモノニシテ、此等ノ場合ニハ一度之レヲ拔去

圖 七 百 二 第  
法 管 挿 喉



シテ再試スベシ、其猶能ク目的ヲ達セザルトキハ、直チニ氣管切開術ヲ施スベキナリ。管ニハ豫メ強キ絹糸ヲ通ジ、挿  
入安置後、其一端ヲ頰邊ニ固定シ、後、管ノ除去ニ當リ、之ヲ抽出スルニ便ナラシムルヲ可トス、患兒ヲシテ此糸ニ觸レザ  
ラシムルノ注意ヲ要ス。挿入後異變ナキトキハ二十四時間之レヲ放置シ得ベシ、長ク留置スルハ壓迫潰瘍ヲ形成セシム  
ルノ危険アリ、一度除去シテ猶呼吸困難アル場合ニ於テハ反復挿入ス。管ノ留置中ハ常ニ智識アル看護人ヲシテ嚴ニ監  
視セシムベシ、往往粘液・義膜ニテ管腔充塞セラレ呼吸困難ニ陥ルコトアリ、此際咳嗽アリテ充盈セル内容喀出セラレ再  
ビ安靜ニ歸スルコトアルモ、其困難長ク持續シ、或ハ甚ダ高度ナルトキハ管ヲ除去セザルベカラズ。管ノ拔除ニ當リテ  
ハ左示指ヲ舌根ニ送り、糸ヲ上方ニ向テ牽引ス。挿入後糸ヲ留置セシメザリシトキハ、挿入時ニ於ルガ如ク抽出器ヲ送  
リテ之レヲ除去ス。

「氣管切開術」ニ就テハ第四手術篇中ニ之レヲ記載ス。

10 聲門水腫 Glottis oedem.

聲門水腫ノ原因ハ諸種ノ喉頭疾患(喉頭加答兒、軟骨膜炎、微毒、結核、腫瘍等)周圍ノ炎症性疾患(特  
ニ化膿性扁桃腺炎、頸部蜂窠織炎、食道周圍膿瘍等)及ビ總テ喉頭ノ鬱血ヲ致スベキ疾病(腎臟、心臟ノ  
疾患、惡液質等)ニ因ル鬱血症、頸部或ハ縱隔竇ニ於ケル腫瘍ノ血管壓迫等)トス。

症候 喉頭充塞ヲ感ジ、狹窄症狀ヲ呈ス、即チ呼吸促進、喘鳴、笛聲、嘔嘶、失聲、心窩及ビ肋間ノ  
吸氣陷沒等アリ、其高度ナルトキハ終ニ窒息ニ陥ル後、喉頭狹窄ヲ参照ス。喉頭鏡検査ニ於テ粘膜ノ浮腫狀腫脹ヲ  
認ム、色澤ハ鬱血性ノモノニアリテハ灰白色ヲ、炎症性ノモノニアリテハ發赤ヲ呈スベシ。  
豫後 窒息死ニ陥ルノ危険アリ。

療法 原因療法ヲ專ラトス、局部的ニハ頸部ニ氷罨法ヲ貼シ、コカイン、アドレナリン液ノ塗布ヲ試ム、發汗療法ヲ施シテ一定ノ効ヲ奏スルコトアリ。呼吸不利甚キトキハ時宜ヲ失セズ氣管切開術ヲ施スベシ、又浮腫ニ對シテハ亂切ヲ行ヒ一時急ヲ救ヒ得ルコトアリ。

一 喉頭結核 Kehlkopftuberculose.

喉頭結核ハ肺結核ニ續發スルヲ常トシ、多ク若年及ビ壯年期ニ發ス。初メ粘膜ニ灰白色或ハ帶赤灰白色ノ結核性浸潤<sup>扁平膿腫、丘狀隆起ヲ生ジ、後崩壞シテ潰瘍ヲ形成ス。此時期ニ入りテ膿門ヲ叩クモノ多シ</sup>崩壞ハ通例甚ダ遅ク、數月余年乃至數年ノ後初メテ潰瘍ノ形成ヲ見ルコトアリ。潰瘍ハ多發シ或ハ單發シ、漸次周圍ニ向テ進行増大ス、其面ハ剝離セルガ如キ狀ヲ呈シ、又往往肉芽發生著シクシテ腫瘍狀ヲナス、周圍ノ粘膜ハ蒼白色ニシテ屢々小結節ヲ有シ、又或ハ小潰瘍ヲ認ム。潰瘍形成ニ次デ<sup>或ハ浸潤期ニ於テ發スルコトアリ</sup>軟骨膜炎ヲ發スルコトアリ、軟骨膜剝離シ其一部脱落スルトキハ軟骨露露セラレ、續テ軟骨ノ壞疽ヲ來ス。

症候 嘎嘶ハ本症ノ初徵ナリ、次デ咳嗽ヲ起ス、咯出セララルル喉頭分泌物ノ血線ヲ混ズルハ潰瘍形成アルノ證トスベシ。疼痛ハ早發シ、嚥下時及ビ咳嗽時ニ甚シク、爲メニ嚥下困難ヲ來シ、又粘膜ノ浮腫軟骨膜炎等ニ因ル呼吸困難ヲ發ス。末期ニ於テハ腐敗性口臭アリ。喉頭鏡検査ニ依リテ特有ノ浸潤、潰瘍肉芽贅殖等ヲ認ムベシ。病竈ハ通例一側ニアリ、好發部位ハ喉頭内面ニ於テ兩披裂軟骨ノ間及ビ其近部ナリ、即チ一側聲帶ノ後半部、モルガニー氏竇壁、假聲帶及ビ會厭ノ下面及ビ基底等トス。

診斷 既ニ進行セル病變ニアリテハ診斷ニ困難ナキモ、初發期ニ於テハ容易ニ決シ難キコトアリ。肺結核患者ニ於テ持久性ノ喉頭刺戟症狀アルトキハ疑ハシ。詳細ニ喉頭鏡検査ヲ行フベシ。性質不明ナル

贅生物アルトキハ之レヲ切除シ顯微鏡的検査ニ附ス。

鑑別 一 喉頭腫、ハ既往ニ微毒ノ病歴アリ、又他ニ現存スル微毒病變或ハ其痕跡ヲ認ムルコトアリ。症徵ノ増進結核ニ比シ速ニシテ、疼痛ナク、或ハ之レヲ訴フルモ劇甚ナラズ。最モ多ク會厭ノ上面或ハ邊緣ヲ侵シ、又眞聲帶、喉頭後壁、披裂會厭皺襞等ニ發シ、屢々多發ス。初メ浸潤ニ由ル結節ヲ發生シ後潰瘍ヲ形成スルコト結核ニ異ナラザルモ、微毒ニ於テハ浸潤部潮紅ヲ呈シ、崩壞スルコト早ク、既ニ數日數週ニシテ潰瘍ヲ形成ス、潰瘍ハ鑿除狀ニシテ好ンデ深部ニ侵入シ、其周圍ノ粘膜ハ多少發赤ス。猶ワツセルマン氏反應ヲ檢スベク、且ツ診斷的驅微法ヲ試ムベシ。二 喉頭癌腫、ハ高年者ニ好發シ

經過緩慢淋巴腺轉移ヲ形成シ、漸進的ニ衰弱シテ惡液質ニ陥ル。好發部位ハ眞聲帶殊ニ其前半<sup>特發性</sup>或ハ喉頭後壁<sup>食道癌ニ續發スル喉頭癌腫</sup>等ニシテ單發ス。癌腫ニ於テモ亦初メ浸潤、後潰瘍ヲ形成ス、癌腫浸潤ハ潮紅ナク、潰瘍ハ其面凸凹不平ニシテ、周圍及ビ深部ニ向テ侵蝕シ、緣ハ隆起シテ堤防狀ヲナス、組織的検査ニ於テ癌組織ヲ證明スベシ。<sup>第二「腫瘍」中「喉頭癌腫」ノ條ヲ參照ス</sup>

豫後 不良。經過中輕快シテ一時治療ノ觀ヲ呈スルニ至ルコトアルモ全治シ難シ。

療法 原因タル肺結核ノ治療ヲ要ス、榮養療法、其他一般的結核治療法ヲ忽ニスベカラズ。局所的ニハ、一 對症處置トシテ、疼痛ニハ適宜局所麻痺藥ヲ應用シ、浮腫ニ因ル呼吸及ビ嚥下困難ニハ亂切法ヲ施シ、著明ノ狹窄症狀アルトキハ氣管切開術ヲ要スベク、肉芽ノ發生著シキモノアルトキハ燒灼・腐蝕等ヲ試ミ、或ハ増殖セル肉芽ガ壓迫ニ因テ吸收セラルルマデ喉頭挿管法ヲ施ス。二 潰瘍ノ治療、ニハ搔爬燒灼、腐蝕等ヲ試ム、二〇乃至五〇%ノ乳酸塗布法好ンデ行ハル。三 手術ハ病變喉頭ニ限局シ、肺ノ變化顯著ナラザルトキ試ミラルルモノニシテ、喉頭全剝出術若クハ其部分的切除ヲ施ス。

### II 喉頭護膜腫 Gumma des Kehlkopfes.

喉頭護膜腫ハ會厭ニ好發ス、殊ニ其上面及ビ周縁ニ多シ、又真聲帶、喉頭後壁、披裂會厭皺襞等ニ發スルコトアリ。初メ潮溼性或ハ散在結節性浸潤ヲ呈シ、此浸潤ハ後崩壞シテ潰瘍ヲ形成ス。潰瘍面ハ脈脂樣膿樣分泌物ヲ被ヒ、綠ハ鑿除狀ニシテ其周圍粘膜炎ハ潮紅ス、好シク深ク侵襲シ、軟骨膜及ビ軟骨ヲ侵シ終ニ會厭軟骨ノ壞疽ヲ來シ、又聲帶ヲ失フニ至ルコトアリ。其治スルヤ何等ノ後胎ナキコトアルモ、重症ニアリテハ癩痕ヲ形成シ、變形或ハ狹窄等ヲ貽スモノトス。

**症候** 嘔嘶及ビ咳嗽アリ、殊ニ聲帶及ビ其近圍ノ侵サルルトキニ於テ著明ナリ。喀痰ハ初メ粘液性ナルモ、潰瘍形成後ハ膿性トナリ血液ヲ混ズ、末期ニ於テ軟骨ノ壞死片ヲ喀出スルコトアリ。疼痛ハ概シテ著シカラズ。會厭及ビ喉頭後壁ニ發セルモノハ嚙下困難ヲ呈シ、聲門ノ侵サルルトキハ呼吸困難アリ且ツ聲門水腫發生ノ危險アリ。

**診斷** 既往症、潰瘍ノ性状喉頭鏡検査、ワッセルマン氏反應、診斷的驅微法、試驗的切除片ノ鏡檢等ニ依ル。  
猶前節「喉頭結核」條下及ビ第三篇中「喉癌」  
診斷及ビ癌腫、癌毒、結核ノ鑑別ヲ見ルベシ

**療法** 驅微法ヲ施ス、局所ニハ沃度沃加里「グリセリン」液ノ塗布ヲ行ヒ、膿瘍形成アルトキハ之ヲ切開スベク、浮腫ニ因ル呼吸困難ニ對シテハ亂切法ヲ施ス。高度ノ呼吸困難アルトキハ氣管切開術ヲ要スル場合アリ。

### III 喉頭腫瘍 Kehlkopfgeschwülste.

喉頭ノ良性腫瘍ハ最モ多ク乳頭腫及ビ纖維腫ニシテ稀ニ囊腫、脂肪腫、軟骨腫等ヲ生ズ。惡性腫瘍ハ殆ンド常ニ癌腫ニシテ極メテ稀ニ肉腫ヲ發ス。乳頭腫ハ大人ニ於テハ聲帶ニ好發シテ單發シ、小兒ニアリテハ多發性ノモノ多ク、屢々全喉頭ニ生ズ。纖維腫ハ發生ノ部位一定セズ、表面圓滑ニシテ、廣キ基底ヲ有シ或ハ有莖性ナリ。一般ニ良性腫瘍ハ若年者ニ發シ、腫瘍ハ境界著明ニシテ、表面平滑ニ發育緩慢ナリ。

**症候** 喉頭腫瘍ハ小ナルモ猶著明ノ固有症狀ヲ呈ス、即チ異物ノ感、聲音ノ濁濁、嘔嘶、咳嗽刺戟、呼吸障礙、窒息樣發作等トス、疼痛ハ一般ニ稀ナリ。聲音ノ清濁交々來リ、窒息樣發作アルモノハ有莖性腫瘍ノ要徴トス。

**診斷** 喉頭鏡検査ニ賴リテ腫瘍ノ狀態ヲ檢スベシ、其性質判明セズ、惡性腫瘍ノ疑アルトキハ一部ヲ切除シ顯微鏡的検査ニ附スベシ。

**豫後** 良性腫瘍ハ良。但シ窒息症狀突發シ危險ニ陥ルコトアリ、永ク多少ノ聲音障礙ヲ貽スモノ多シ。  
**療法** 良性腫瘍ニシテ小ナルモノハ、喉頭鏡ヲ使用シ、粘膜炎布麻痺法ノ下ニ、腐蝕・電氣燒灼・絞斷法等ヲ施スベク。其大ナルモノハ喉頭切開術ヲ施シテ之ヲ剔出ス。氣管切開術ハ喉頭切開術ノ豫備處置トシテ行ハレ、或ハ又高度ノ狹窄症狀或ハ窒息ニ對スル對症的療法トシテ施サルコトアリ。

喉頭癌腫ニ就テハ癌腫ノ條下ニ之ヲ記載セリ。一七  
七頁

### IV 喉頭狹窄 Kehlkopfstenose.

喉頭狹窄ノ發生原因ハ1損傷ニ因スル粘膜炎下溢血、浮腫及ビ熱蒸氣或ハ腐蝕藥吸入ニ因ル腫脹。2喉頭

粘膜ノ炎症性浸潤、炎症性水腫、義膜形成 此等ハ喉頭實扶的里、軟骨膜炎及ヒ喉頭ノ近圍ニ及ブ葛延性フレグモト等ニ因ル場合多シ 3 結核性腫瘤、護膜腫及ビ新生物。4 癥痕 就中損傷、腐蝕、散毒性潰瘍、軟骨膜炎等ニ繼發スルモノ 5 喉頭筋ノ痙攣若クハ麻痺。6 異物。7 周圍ヨリスル壓迫 就中 腺腫等トス。

症候 呼吸困難、喘鳴及ビ發聲障礙等ヲ主徵トス、狹窄ノ急劇ニ發スルト漸徐ニ成立スルトニ從テ此等ノ徵候ハ其發生ノ遲速及ビ程度ヲ異ニス、急性症ニ於テハ俄然呼吸困難ヲ呈シ、直ニ窒息ニ陥ルコトアリ、慢性經過ヲ取レル喉頭狹窄ニ於テハ其症漸進的ナルモ、經過中粘膜ニ於ケル炎症性腫脹或ハ聲門浮腫等ノ發起ニ因テ急激ニ症候ノ増悪ヲ來シ、危險ナル呼吸不利ノ状態ニ陥ルコトナキニアラズ。

豫後 原因ノ異ナルニ從テ一定セズ。

療法 原因療法ヲ施スベシ。急劇ニ高度ノ呼吸困難ニ陥リ、窒息ノ危險アルトキハ即時氣管切開術ノ施行ヲ要ス、又喉頭挿管法ヲ以テ一時ノ急ヲ救ヒ得ルコトアリ。癥痕性狹窄ノ治療法トシテハ或ハ「ブーシュー」擴張法 口腔ヨリシ、又ハ鼻メ作爲シタル氣管切開術ノ創孔ヲ經テ之ヲ行フ ヲ以テシ、或ハ喉頭切開術 内喉頭切開法ヲ行ヒ或ハ外部ヨリ之レヲ施ス ヲ施行ス、又喉頭ノ部分的又ハ全部摘出術ヲ要スルコトアリ。

猶「喉頭實扶的里」及ビ第三篇中「喉頭異物」ノ條下ヲ参照スベシ。

### 一五 食道狹窄 Oesophagusstenose.

食道狹窄ハ異物、食道壁ノ疾病及ビ周圍ヨリノ壓迫ニ因テ生ズ。周圍ヨリスル壓迫ノ原因ヲナスベキハ大動脈瘤・縱隔竇腫瘍・甲狀腺腫殊ニ胸骨後部ニ發スル副甲狀腺腫・種種ナル淋巴瘤腫大・頸部癌腫・喉頭癌腫・脊柱結核ノ膿瘍等ニシテ、食道壁自己ノ疾病トシテハ腫瘍・就中癌腫及ビ癥痕ヲ主要トス。猶炎症

性狹窄・痙攣性狹窄及ビ先天性狹窄等アリ。痙攣性狹窄ハ神經質「患者等ニ於テ消息子挿入ニ當リ發スルコトアルモノ」ニシテ、炎症ハ異物ノ刺戟、腐蝕、護膜腫性浸潤等ニ因ス。此等ノ原因中癌腫ヲ以テ最重要トシ、癥痕之レニ次グ。食道癌腫ニ就テハ其條下ヲ見ヨ。 一七 八頁

#### 癥痕性食道狹窄 Narbige Oesophagusstenose.

癥痕性食道狹窄ハ最多ク過失若クハ自殺ノ目的ニ因ル腐蝕劑嚥下ニ因リテ生ズ。狹窄ノ淺深廣狹ハ多様ナリ、或ハ單ニ粘膜及ビ粘膜下ニ止ルコトアリ、或ハ深ク内外筋層ニ及ビ、甚シキトキハ其侵害食道周圍ニ及ブ。多ク全周性ナルモ、亦半周ニ止リ、或ハ一小部分ニ限局スルコトアリ。又單ニ狹キ環狀狹窄ヲ呈シ、或ハ一定ノ長サニ亘リテ狹窄ス。

本症ハ猶異物通過ニ因ル損傷ノ癥痕・異物壓迫ニ因ル潰瘍ノ癥痕及ビ微毒性癥痕等ニ因テ發ス。

症候 嚥下困難アリ、其程度ハ種種ニシテ、或ハ單ニ壓重ノ感、停滞ノ感、鈍痛等ヲ訴フルニ止ルコトアリ。或ハ只液狀物ノミノ通過ヲ許スモノアリ、其高度ナルトキハ水様物モ亦通ゼズ。嘔吐アリ、飲食物ノ通過不能ナル場合、或ハ其一部分ノ停滞アルトキニ發ス、嘔吐ハ嚥下後直チニ起リ、或ハ暫時ノ後ニ來ル。狹窄上部ニ於ケル擴張、又ハ憩室形成アルモノニアリテハ攝取物此處ニ蓄積腐敗シテ、時時惡臭性大量嘔吐ヲナス。榮養不及ノ結果漸次衰弱ニ陥ル、即チ疲勞、倦怠、及ビ脱力ヲ訴へ、漸次削瘦ス、其程度ハ狹窄ノ高度ナルニ從ツテ甚シク且ツ迅速ニ増進ス。續發的ニ狹窄上部ニ於テ食道ノ肥厚及ビ擴張ヲ呈シ、往往憩室ヲ形成ス。癥痕狹窄部ニ於テハ炎症及ビ潰瘍 消息子診ノ過失、魚骨ノ刺戟等 ヲ發シ易ク、此潰瘍ハ穿孔ノ危險アリ、之レニ因テ食道周圍炎・縱隔竇炎等ヲ繼發ス。

**診斷** 既往、腐蝕劑嚥下及嘔下、疑ヲ以テ通例診斷困難ナラズ。又嘔下、試驗ヲ試ム、即チ液體ヲ嘔下セシメ、其際食道ヲ聽診ス。健康食道ニアリテハ第六―第九胸椎左側ニ於テ一種ノ嗚鳴ヲ聞クモ、狭窄存スルトキハ其響鳴ナク、或ハ著シク減弱シ、又ハ暫時ノ後初メテ之レヲ聽クノ現象ヲ呈スベシ。猶消息、診ヲ行ヒ狭窄ノ位置及ビ程度、瘻痕ノ硬軟等ヲ診定ス。消息子診ヲ行フトキハ先ツ太キ胃用護膜、カテーテルヲ以テ狭窄位置ヲ定メ、後象牙球ヲ有スル鯨骨消息子ノ太キヨリ順次ニ細キヲ送り、其可通性ナルヤ、其程度如何、若クハ又絕對不通性ナルヤヲ檢ス。消息子診ニハ暴力ヲ嚴禁ス、殊ニ細キヲ以テ試ムルトキニ然リトス。狭窄上部ニハ往往潰瘍ヲ存シ、或ハ然ラザルモ壁ノ一部分甚ダ菲薄ナルコトアリ爲メニ其部ヲ破壊穿開スルノ危険アレバナリ。更ニ食道鏡檢査ヲ行ヒ又レントゲン線斷ヲ施ス。鑑別 瘻痕性狭窄ト癌腫性狭窄トノ區別ハ、既往症ニヨリテ普通困難ナキモ、亦稀ニ既往病歴明瞭ヲ缺キ一見判明シ難キコトアリ。斯クノ如キ場合ニ於テハ經過及ビ一般症狀ニ據リテ鑑別ス可シト雖モ、瘻痕性狭窄モ亦漸次ニ増進スル衰弱ヲ呈スルヲ以テ、確實ナル鑑識ハ只食道鏡ヲ利用シ、其輝照ノ下ニ試驗的切除ヲ施シ、顯微鏡檢査ヲ施スニアラザレバ不可能ナル場合アリ。

**豫後** 腐蝕性瘻痕性狭窄ノ豫後ハ専ラ其程度ニ關ス、高度ノモノニアリテハ榮養障礙ノ結果死ノ轉歸ヲ取ルモノ多シ。又穿孔シテ縱隔竇、フレグモニ誘發シ之ニ因テ斃ルルコトアリ。高度ノ狭窄ニアリテハ擴張法一時奏効スルモ亦容易ニ再發スルコトアルヲ注意スベシ。

**療法** 一 漸次擴張法 食道、ブリーシーヲ用ヒ、漸次ニ狭窄部ノ擴張ヲ圖ル方法トス、長時日ヲ要スルヲ以テ患者術者共ニ忍耐シテ、之ニ當ラザルベカラズ。本法ハ瘻痕形成後其開始早キニ從テ効果大ナリ「ブリーシー」挿入ニ就テ最モ注意スベキハ決シテ暴力ヲ加フベカラザルコトトス、手術ノ繼續中出血及ビ

熱發アルトキハ中止スベシ。二 觀血の療法 適應症、1. 全ク不通性ナルトキ、2. 「ブリーシー」ヲ用ヒ一定ノ奏効ヲ見ルモ反復再發スルトキ、3. 炎症症狀アルトキ、ブリーシー使用ノ禁忌、4. 榮養障礙著シク速ニ之レガ恢復ヲ要スルトキ等トス。手術ノ種類 頸部食道ニアリテハ外部ヨリ食道ニ達シ成形的擴張法ヲ施シ、或ハ食道ハ一部切除ヲ行フ。頸部ニアルモ狭窄高度ニシテ其部ニ術ノ施スベキモノナキトキ、及ビ胸部食道狭窄ニシテ瘻痕部ニ向テ手術ヲ企及シ得ザルトキハ造胃瘻術ヲ施ス。此法ハ單ニ榮養路ヲ作爲スル爲メノミナラズ、此所ヨリ食餌ヲ供給シ、以テ患部ノ刺戟ヲ全ク除却シ得ルニ因リ、狭窄部ノ腫脹ヲ減退セシメ後「ブリーシー」擴張法ヲ施シ易カラシムルノ利アリ。即チ一ニ對症的手段トナスベク、二ニ「ブリーシー」療法ノ準備タラシメ得ルモノトス。其他胃切開術ヲ施シテ食道ノ上下兩端ヨリ擴張法ヲ試ムルノ法、内切開刀ヲ用ヒテ行フ内食道切開法、危險ナル偶發損傷及ビ頸部食道瘻造設術等アリ。

### 第十 胸部及脊柱疾病

#### 一 急性乳腺炎 Mastitis acuta.

急性乳腺炎<sup>乳房炎</sup>ハ最モ多ク妊娠年齢ニ於テ、特ニ産褥ニ發シ、稀ニ初生兒ニ來リ、或ハ春期發動期ニ起ルモノアリ、之ニ因テ初生兒乳腺炎、少年性乳腺炎、産褥性乳腺炎等ヲ區別ス。又甚稀ニ成人男子ノ乳腺ニ發ス。外傷ハ直接乳腺炎ノ原因ヲナシ、又之レガ誘因ヲナスコトアリ。

##### 初生兒乳腺炎 Mastitis neonatorum.

兩性初生兒ニ發ス、生後第一日乃至數日中ニ乳腺腫脹ヲ起シ、且ツ乳汁様或ハ清澄ノ液ヲ分泌ス。通常漸次消散、治癒ニ就キ、稀ニ化膿ス、化膿スルトキハ後來乳嘴ノ發育障礙ヲ致スコトアリ。消炎法ヲ施シ、化膿セルトキハ切開ス。

##### 少年性乳腺炎 Mastitis adolescentium.

春期發動期ニ發ス、亦兩性ニ見ル、認ムベキ原因ナクシテ乳腺腫脹シ疼痛アリ、往往腋窩腺腫脹ヲ伴フ、一二週乃至數週間ニシテ自然消散スルヲ常トシ、稀ニ化膿ス。消炎法ヲ施シ、化膿セルトキハ切開ス。

##### 産褥性乳腺炎 Mastitis puerperalis.

婦人ヲ侵ス急性乳腺炎ハ多ク授乳中ノ褥婦<sup>就中初産婦ハ本症ニ罹リ易シ</sup>ニ來リ、殊ニ産褥一ヶ月ノ終リニ發スルヲ最モ多シトス、稀ニ授乳セザル褥婦ニ來リ、或ハ既ニ妊娠末期ニ於テ發起シ、又妊娠産褥ト全ク無關係ニ生ズルコトアリ。

妊娠及ビ授乳ト乳腺炎ノ關係 (Bryant, Nunn u. Billroth)

授乳中ノモノ	妊娠中ノモノ	妊娠及授乳時ニアラザルモノ	總數	%
一七	一三	三	三三	六
二七	三	一	三二	六
計	二八	一	二九	一〇〇

乳汁ノ鬱滯ハ屢々一種ノ乳腺炎ト認ムベキ状態ヲ成立セシムルコトアリ、之ヲ單純鬱滯性乳腺炎 Die einfache Staunungsmastitisト謂フ。然レドモ臨床上重要ナルハ化膿菌ノ侵入ニ基因スルモノニシテ之ヲ化膿性乳腺炎 Mastitis purulenta (或ハ傳染性乳腺炎 Infectiose Mastitis)ト稱ス。

化膿菌ノ侵襲ハ好ンデ乳汁鬱滯アルトキニ於テスルモ亦然ラザル場合アリ。細菌ノ侵入徑路ハ1. 分娩時ニ發シタル子宮創傷ヨリス、2. 授乳中ノ乳嘴ノ損傷或ハ疾病<sup>咬創、擦過傷、癬、皸、濕疹等</sup>ヨリス、哺乳兒ノ有スル濕疹其他ノ化膿性疾患ハ本病發生ニ關與シ得、3. 乳汁排泄管ヲ經テ侵入スル場合モ亦之アルベシト想像セラル、4. 周圍化膿病竈ノ蔓延、例之「フルンケル」「フレグモーネ」、就中乳暈下「フレグモーネ」Phlegmone subareolaris 乳暈「フルンケル」「Furunculosis areolae 等ハ屢々乳腺化膿ヲ誘發ス、5. 他ノ部分ノ化膿原病竈ヨリスル血行轉移、6. 外傷<sup>打撲、衝突、種種ナル創傷等</sup>等トス。

明治三十一年一月ヨリ四十四年六月ニ至ル、十三年六ヶ月間ノ千葉病院外科外來患者五萬三千四百九十九人中、乳房炎患者三百九十七人(内男子二十人)ニ就テノ調査成績次ノ如シ。

- 一 外來患者ノ〇・七四%ハ乳房炎患者ナリ。
- 二 外來男子患者ノ〇・〇五四%ハ男子乳房炎ニシテ、外來婦人患者ノ二・二六%ハ女子乳房炎ナリ。
- 三 乳房炎患者ノ五・〇四%ハ男子ニシテ九四・九六%ハ女子ナリ。



- 四 乳房炎ハ二十一歳乃至二十五歳ニ最も多ク、三二・七五%ヲ占メ、二十六歳乃至三十歳ハ二一・四一%ヲ領シテ第二位ニ在リ。
- 五 膿瘍形成部位ハ上中央部ヲ最多トス。
- 六 乳房炎患者ノ三・九八%ハ妊娠セル婦人ナリ。
- 七 乳房炎ヲ起ス著明ナル第一ノ原因ハ乳嘴咬創ナリ。
- 八 乳房炎患者ノ三六・〇七%ハ授乳中ノ婦人ナリ。
- 九 乳房炎頻發ノ時期ニ就キ四季ノ順序ヲ列スレバ春夏秋冬ノ關係ヲ保ツ、即チ冬季最も多シ。

症候 産褥性乳房炎ノ徵候ハ先ヅ乳汁鬱滯アリテ發起スル場合ト、然ラザルトニ因リテ發生ノ状態ヲ異ニス。一乳汁鬱滯アリテ起ル場合 分娩後乳房ノ増大緊張ヲ來シ多少ノ痛感ヲ發スルコトハ生理的状態トシテ往々認ムル所ナルモ、斯クノ如キ状態ガ分娩ノ直後ヨリ長ク持續シ、或ハ産褥ノ一定經過後新ニ發生シテ、腫脹疼痛愈々加ハリ且ツ硬固トナリ、皮膚微ニ潮紅シ、皮下靜脈ノ擴張ヲ呈シ、同時ニ輕度ノ體温上昇ヲ伴フニ至ルトキハ、之レヲ鬱滯性乳房炎ト名クベキモノニシテ、猶此時期ニアリテハ化膿菌ノ侵襲無ク、排泄スル乳汁中ニ細菌ヲ證明セズ(單純鬱滯性乳房炎)此ノ状態ハ通例適當ナル療法ニ依リテ漸次消散スルモ、此際若シ化膿菌ノ侵入ヲ被ルトキハ、茲ニ瀰蔓性或ハ限局性化膿性乳房炎ヲ發起ス。即チ惡寒發熱ヲ來シ、乳房全部或ハ一部分ニ於テ腫脹緊張益々増劇シ、皮膚發赤著シク、觸診上波動ヲ認知シ、排泄スル乳汁中化膿菌ヲ證明スルニ至ル。放置セラルトキハ周圍ニ蔓延シテ瀰蔓性「フレグモ」ニシテ繼發シ、又乳房ノ壞疽ヲ來スコトアリ。二乳汁鬱滯ノ前驅ナクシテ發起スル場合 普通乳房ノ一部ニ於テ 一葉或ハ少數腺 自發性疼痛及ビ壓痛アル硬結ヲ發シ、熱感ヲ徵ス。熱ハ炎症機轉ノ輕重ニ發熱セザルコトアリ又惡寒戰栗ヲ以テ著シキ高熱ヲ發スルコトアリ 皮膚ハ初メ變化ナキモ 後該當腺葉ノ部分ニ於テ潮紅シ、終ニ膿瘍ヲ形成シ其部ニ波動ヲ觸知シ得ルニ至ル。

乳房内ノ膿瘍ハ往往早ク皮下ニ破レ、次デ皮膚ニ自潰シテ排膿スルコトアルモ、亦漸次近圍腺葉ニ向テ蔓延シ、又乳房周圍ニ瀰蔓性「フレグモ」ニシテ繼發ス。其乳房ノ後方及ビ側方ニ蔓延スルモノヲ乳房周圍炎 Parastitis ト稱シ、好シテ乳房炎ニ繼發スル 特ニ腺ノ後面ト大胸筋トノ間ニ存在スル結締織ニ生ズル限局性膿瘍或ハ蔓延性化膿性乳房炎 Retromammar Abscess 又ハ乳房後「フレグモ」ニシテ Retromammar Phlegmone ト呼ブ。乳房周圍炎ヲ發スルヤ、乳嘴ハ前方ニ向ヒ、乳房下皺襞ハ淺ク殆ンド不明トナリ、膿瘍増大シテ膿汁滯留スルニ從ヒ乳房ハ愈々舉上シ、終ニ乳房ノ上縁又ハ側方ニ波動ヲ呈スル膨隆ヲ現出ス。乳房下部ニ此膨出ヲ來スハ種ナリ蓋シ乳房上部又ハ側部ヲ組成セシメ、結締織ハ鬆粗ナルモ下部ノ結締織ハ緻密ニシテ強固ナレバナリ

自潰排膿後ノ瘻孔ハ孔口充分大ナル能ハザルヲ常トスルヲ以テ排膿充分ナルヲ得ズ、其結果長ク膿漏止マザル瘻孔ヲ生ジ、或ハ乳汁瘻 Milchfistel ヲ後貽セシム。稀ニ産褥性化膿性乳房炎ニシテ限局性膿瘍ヲ形成シ、結締織被囊ニ包裹セラレ長ク膿瘍ヲ止メ慢性ノ状態ニ移行スルコトアリ。後出「慢性限局性乳房炎」ノ條ニ參照

性乳房炎ノ自潰若クハ切開排膿治療ノ後、瘻痕組織ノ爲メニ乳房排泄管ノ一部閉塞セラレ、分泌セル乳汁蓄積滯留シテ排泄管ヲ擴大シ所謂乳囊腫 Milchzyste od. Galactocoele ヲ形成スルコトアリ。乳囊腫ハ乳房内ニ形成ス、腫瘍ハ境界著明波動ヲ觸知スベク穿刺ヲ施ストキハ乳汁ヲ得ベシ、此種滯留膿腫ハ内容ノ蓄積旺盛ナルトキハ時時シテ膿クベキ大サニ達スルコトアリ

膿後 病原菌毒力強ク、膿瘍ノ蔓延著明且ツ迅速ニシテ治療法宜シキヲ得ザルトキハ全身性化膿菌傳染誘發ノ虞アリ、殊ニ蔓延セル乳房後「フレグモ」アル場合ニ於テ此危險多シ、又轉移化膿菌ノ形成ヲ來スコトアリ。乳房自己ニ就テハ排泄障礙、部分的分泌障礙等ヲ貽シ、或ハ全腺ヲ荒廢セシム。

療法 豫防上ノ注意トシテ乳嘴ノ清潔ヲ圖リ努メテ之ヲ保護シ、乳汁鬱滯ヲ防ギ、身體ニ於ケル化膿病竈ハ、特ニ産褥ニアリテハ、充分注意シテ適當ナル療法ヲ加ヘ早ク之レヲ治療セシム。乳汁鬱滯ヲ防ガ

ンガ爲メニハ搾乳器、吸引鐘等ヲ用キテ其排除ヲ圖リ、又提乳帶ヲ用キシメ、猶壓抵綑帶ヲ施ス。單純ノ膿  
炎ハ此等ノ處置ヲ以テ  
漸次消散スルコト多シ

炎症性浸潤ノ初期ニアリテハ、消炎法ヲ講ジ、提舉法ヲ施ス。化膿セルトキハ切開ス。

化膿性乳腺炎ノ手術。乳腺ニ於ケル化膿部ノ切開ハ通例局所麻醉ノ下ニ行ハルルモ、膿竈廣大且ツ深在性ニシテ數  
多ノ大ナル切開ヲ要スルトキハ全身麻醉法ヲ要スルコトアリ。波動ヲ觸知シ得ルトキハ刀ヲ其波動アル部分ノ中央ニ下  
スベク、若シ波動ヲ觸レザルトキハ硬結ヲ呈セル浸潤部ノ中心ニ細心注意シテ檢診スルトキハ此硬結ノ一部ニ於  
テ他ノ部分ニ比シ多少柔軟ナル部ヲ發見スベシ。ニ向テ切開ス  
切開ノ方向ハ常ニ乳嚙ヲ中心トシテ放線狀ニ行フヲ法トス、然ラザルトキハ排泄管切斷セラレ爲メニ乳汁瘻ヲ貽シ、又  
後日授乳ニ際シ障礙ヲ被ルコト尠カラズ。皮膚ハ刀ヲ以テ切開シ、鈍鉤ヲ以テ左右ニ開キ既ニ膿竈壁ニ達スレバ刀尖ヲ  
以テ之ニ刺孔ヲ設ケ、後茲ヨリ麥粒鉗子或ハ指頭ヲ送リテ創孔ヲ開大ス、切開口ハ大ナルヲ可トス、小ニ失スルトキハ  
排膿不充分ナルガ爲メニ往往後發膿汁ノ滯溜ヲ來シ、徒ニ治癒ヲ遷延セシムルノ不利アリ、一箇所ニ於テ切開ヲ加ヘ猶  
膿腔ヲ精査シテ其擴張甚大ナルヲ認ムルトキハ更ニ膿竈ノ他端(殊ニ下位ニアル部分)ニ於テ適宜一箇或ハ二箇ノ對孔ヲ  
造設スベシ。創腔ニハ排膿管ヲ送り或ハ綿紗「タンボン」ヲ施ス。

後療法。排膿保護管ハ膿性分泌物著シク減少シ滯溜ノ傾向ナキニ至レバ速ニ除去スベシ、殊ニ切開法完全ニ施サレ排膿  
充分ナルトキハ長ク之レヲ止ムルノ要ナク、加之初メヨリ之レガ使用ヲ要セザル場合多シ。多クハ初メ兩三日「タンボ  
ン」綿紗ノ挿入ヲ行フヲ以テ足ルモノトス。無用ナル保護管ヲ長ク放置シ、又「タンボン」挿入ヲ久時ニ互リテ行フトキ  
ハ獨リ切開創腔ノ治癒機轉ヲ妨グルノミナラズ、長ク管孔ヲ殘シ、乳汁瘻ヲ形成セシムルコトアリ。

乳腺炎切開ノ後療法トシテ吸引鐘ヲ用ヒ吸引法ヲ施ストキハ、炎症ノ消散ヲ促シ排膿ヲ充分ナラシメ、從テ治癒ヲ促  
進セシム、充分切開セラレタルトキハ病機迅速ニ消退スルヲ以テ此法必ズシモ要アルニアラザルモ、亦適宜之レヲ試ムベ  
シ。毎日一回綑帶交換時ニ於テ施行シ、浸潤ニ因ル硬結消散シ、膿性分泌物無キニ至テ止ム。

乳腺後「フレグモ」ノハ乳腺炎ヲ其初期ニ切開スルトキハ此發生ヲ豫防シ得ベシト雖、既ニ之レヲ併發セルトキハ唯  
一刀ノ切開ヲ以テ足ルモノニアラズ、必ズ全身麻醉法ノ下ニ切開シ、指頭ヲ創腔内ニ送り、「フレグモ」ノ部ヲ搜索  
シテ、其膿竈ノ乳房外圍ニ最モ近接スル部分ヲ求メ、茲ニ一切開ヲ加ヘ、此切開ハ乳腺邊緣 更ニ之レヨリ麥粒鉗子ヲ送入  
シテ對孔ヲ造リ、直ニ排膿保護管ヲ鉗子ニ挿ミ、引キテ膿竈内ニ通ゼシムベシ、而シテ一條ノ排膿管ハ必ず上ヨリ下ニ  
向テ鉛直ニ大胸筋ト腺質トノ間ヲ通過スルヲ要ス、或ハ又更ニ乳房外緣ヨリ内緣ニ向テ一條ヲ貫カシム。乳腺後ニ於ケ  
ル限。局。性。膿。瘍。アルトキハ其乳房外圍ニ最モ近接セル部分ニ於テ乳腺基底緣ノ方向ニ皮膚切開ヲ加ヘ、大胸筋ト乳腺トノ  
間ニ進ミテ之レニ達ス。此切開ハ充分大ニシ、排膿ヲ完全ナラシムベシ、又適宜對孔ヲ造設ス。

瘻管形成アルトキハ其全長ニ互リテ切開ヲ加ヘ、之レヲ開放シテ内部ヲ搔爬若クハ燒灼シ、或ハ一〇%ノ「クロール」  
亞鉛液ヲ以テ腐蝕シ、創腔ノ肉芽治癒ヲ期スベシ。複雑ナル乳汁瘻ノ形成アリ、腺組織ハ大部分荒蕪セラレ、或ハ全ク  
萎縮セルガ如キ場合ニ於テハ乳房切除ヲ施ス。

乳。囊。腫。ハ穿刺法ニ依テ内容ヲ排除スルトキハ一時縮小スルモ、容易ニ再ビ充盈ヲ見ルベク、姑息的處置ニ過ギズ。根  
治的ニハ其全徑ニ互リ切開ヲ加ヘテ之レヲ開放シ、肉芽治癒ヲ營マシムベク、或ハ又囊腫ノ全剔出ヲ企ツベシ。其著大  
ナルモノニ於テハ乳房切除ヲ決行スベキコトアリ。

## 慢性乳腺炎 Mastitis chronica.

### 1 慢性限局性乳腺膿瘍

急性化膿性乳腺炎ニ於テ形成セラレタル限局性膿瘍ハ、往往結締織被囊ヲ以テ周圍ノ健康組織ト境セラ  
レ永ク存留スルコトアリ。此膿瘍ハ其發生ニ當リ多少ノ急性炎症症狀ヲ經過スルヲ常ト  
スルモ亦全ク不知不識ノ間ニ形成セラレルコトナキニアラズ 全身症狀ヲ缺キ、壓痛アルモ  
甚シカラズ、波動アルモ、小ニシテ深在性ノモノハ之レヲ觸レ難シ。往往腋窩淋巴腺ノ腫脹ヲ伴フ。

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

**療法** 切開排膿スベシ。

### 2 乳腺結核 Tuberkulose der Mamma.

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

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

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

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

### 3 慢性間質性乳腺炎 Chronische interstitielle Mastitis.

本症ハ女子ノ總テノ年齢ニ發スルモ、特ニ月經閉止期ノ頃、或ハ閉止後ノ者即チ高年ノ婦人ニ多シ。腺

胞或ハ排泄管周圍ノ結締織ニ圓形細胞ノ浸潤ヲ發シ、結締織増殖及ビ瘢痕收縮ヲ起ス、往往排泄管閉塞ノ爲メ鬱滯性小囊腫ヲ形成ス。

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

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

**豫後** 良ナルモ治癒シ難シ。

**療法** 提乳帶、壓定繃帶等ヲ應用ス。

### 4 慢性囊腫性乳腺炎 Mastitis chronica cystica.

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

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

**豫後** 良ナルモ後年癌腫變性ヲ起スコト稀ナラズ。

慢性乳腺炎

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

### 三 膿 胸 Pyothorax.

膿胸ハ肋膜ノ化膿性炎症(化膿性肋膜炎 Pleuritis purulenta)ニシテ、肋膜腔ニ膿性滲出物ノ溜溜ヲ來ス疾  
病ナリ。(肋膜腔著膿症 Empyema pleurae) 其滲出物ハ初メヨリ膿性ノコトモ亦之レアルモ、初メハ漿液  
性ニシテ後化膿性ニ變ズルヲ常トス。化膿ハ或ハ肋膜腔ノ大部分ニ互リ或ハ一部ニ限局ス。

本症ノ成立ニ就テ最重要ナルハ繼發的ノモノニシテ、急性肺炎ヨリスル炎症ノ蔓延ニ因ルモノ最モ  
多ク、又肺結核ニ續發スルコトアリ。稀ニ肋骨ノ化膿性骨髓炎、胸壁ノ化膿創傷等ニ繼發シ、又腹部ノ種  
種ナル化膿性疾患 膿瘍、肝膿瘍、蟲檢垂炎、腎膿  
種ナル化膿性疾患 周圍結締組織炎、橫膈膜下膿瘍等  
ノ血行轉移ニヨリテ形成セラル、即チ子宮傳染 產褥 丹毒、「フレグモーチ」「フルンケル」「カルブンケル」化  
膿創傷等ヨリシ、又熱性傳染病ノ經過中ニ發スルコトアリ。時トシテハ原因病竈ノ證セラルルモノナク  
全ク原發ノ觀ヲ呈ス。

本症ノ原因ヲナス細菌ハ 1. 肺炎球菌 肺炎ニ因 2. 連鎖狀膿膿球菌 丹毒、產褥熱、化膿  
「フルンケル」「カルブンケル」ニ  
等ノ檢索性肺炎ニ因ルモノ 4. 瓦斯ヲ產生スル種種ナル腐敗菌 通例上記諸  
感胃菌・淋菌等トス。 菌ト混合ス 5. 結核菌 6. 腸室扶斯菌・流行性

#### 1 急性化膿性肋膜炎 Pleuritis purulenta acuta.

症候 稽留或ハ弛張スル熱、稀ニ全ク無熱ニ呼吸困難、咳嗽刺戟等アリ。理學的檢査ニ於テ肋膜腔内滲出

物溜溜ニ因ル諸徵候ヲ呈ス、即チ聲音震顫ノ微弱或ハ消失、濁音界、其上方ニ低調ノ鼓音ヲ聞クコトアリ 肺胞音ノ微弱或ハ  
消失 往往濁音界ノ上部ニ 隣接臟器ノ壓迫ニ因ル打診界ノ變移等ヲ認メ、患者ハ好シク患側臥位ヲ取ル。往  
往患胸側肋間ノ膨隆、皮膚ノ浮腫、潮紅等ヲ見ル。

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

膿胸ニシテ自然排膿ヲ營ムコトアリ。其徑路ハ 一 肋間ヲ經テ胸壁皮下膿瘍ヲ形成シ、後皮膚ヲ破リ  
テ排膿ス。後水ク瘻孔ヲ留ムルヲ常トスルモ、此結果全ク治癒ノ轉歸ヲ取ルコトナキニアラズ。(自然治  
癒ノ一) 二 肺臟ニ向ヒ氣管枝ニ穿破スルコトアリ。之レニヨリテ治癒ヲ營ムノ僥倖ヲ得ルコトアルモ

(自然治癒ノ二) 空氣肋膜腔内ニ竄入シテ膿氣胸ヲ誘發シ、又ハ肺壞疽ヲ生ジテ重篤ニ陥ルコトアリ。

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

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

熱候ハ殆ンド常ニ之レヲ發シ、本症診斷上ノ要徵タルコト上說ノ如クナルモ、亦稀ニ全ク或ハ殆ンド

全ク無熱ニ經過スルコトアルヲ以テ、熱發ナキモ、之レヲ以テ直ニ膿性滲出物ナルヲ否定スル能ハザルナリ、宜シク注意ヲ要ス。疑ハシキトキハ試穿ヲ行フベシ。

診斷的穿刺 Probe-punktion ヲ施スニ當リテハ

當該皮膚ヲ嚴ニ消毒シ 沃度丁幾塗 布ヲ便トス 左示指頭ヲ強ク上下肋骨間ニ壓着シ皮膚ヲ壓陷セシメ、此指尖ニ近接シテ針ヲ刺入スベシ、肋間動脈ノ主管ハ肋骨ノ下縁ニ沿フテ走ルヲ以テ、穿刺ハ正シク肋間ノ中央ニ於テスルカ、或ハ稍、其下部ニ偏シテ行フヲ可トス。但シ腋窩線ヨリ後方ニ於テハ肋間動脈ハ深ク肋骨ノ内面ニ接スルヲ以テ之ヲ傷クルコト甚稀ナリ。刺入ノ深サハ二乃至四仙迷ナルベシ、固ヨリ大人ナルト小兒ナルトニヨリ、又削瘦者ナルト肥滿家ナルトニヨリ之ヲ異ニス。既ニ針ヲ刺入スレバ則チ吸子ヲ牽引ス、濃厚ナル膿汁、就中纖維素凝固物ニ富ム肺炎性滲出物ニアリテハ往往之レヲ筒中ニ吸出スルコト能ハズ僅ニ拔去セル針管中ニ存セル膿ヲ見テ確定シ得ルコトアリ、注意ス可シ。穿刺部位ハ打診聽診ニヨリテ定メタル滲出物瀰漫部ヲ選ムベク、常ニ一定セザルモ、第九第八或ハ第七肋間ニ於テ肩胛線或ハ後腋窩線ニ行フ可キ場合最多シ。

豫後 本症ニシテ放置セラルルトキハ常ニ危險ナリ、自然治癒ハ僥倖ナリ、恃ムニ足ラズ。手術ノ結果ニ就キテハ、患者ノ長幼、榮養ノ狀態、原因ノ如何及ビ新鮮ナルト陳舊性ナルトニ因リテ一ナラズ。肺炎菌性ノモノハ通例良、葡萄狀球菌ニ因ルモノ之レニ次ギ、連鎖狀球菌性ノモノハ疑ハシク、腐敗性菌ノ混合傳染アルモノハ多クハ不良トス。陳舊性ノモノハ既往經過ノ長キニ從テ治癒愈々困難ニシテ、手術後數箇月ニ亙リ或ハ更ニ永ク瘻管ヲ留ルコトアリ。小兒ノ膿胸ハ大人ノソレニ比シテ良ナリ。

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

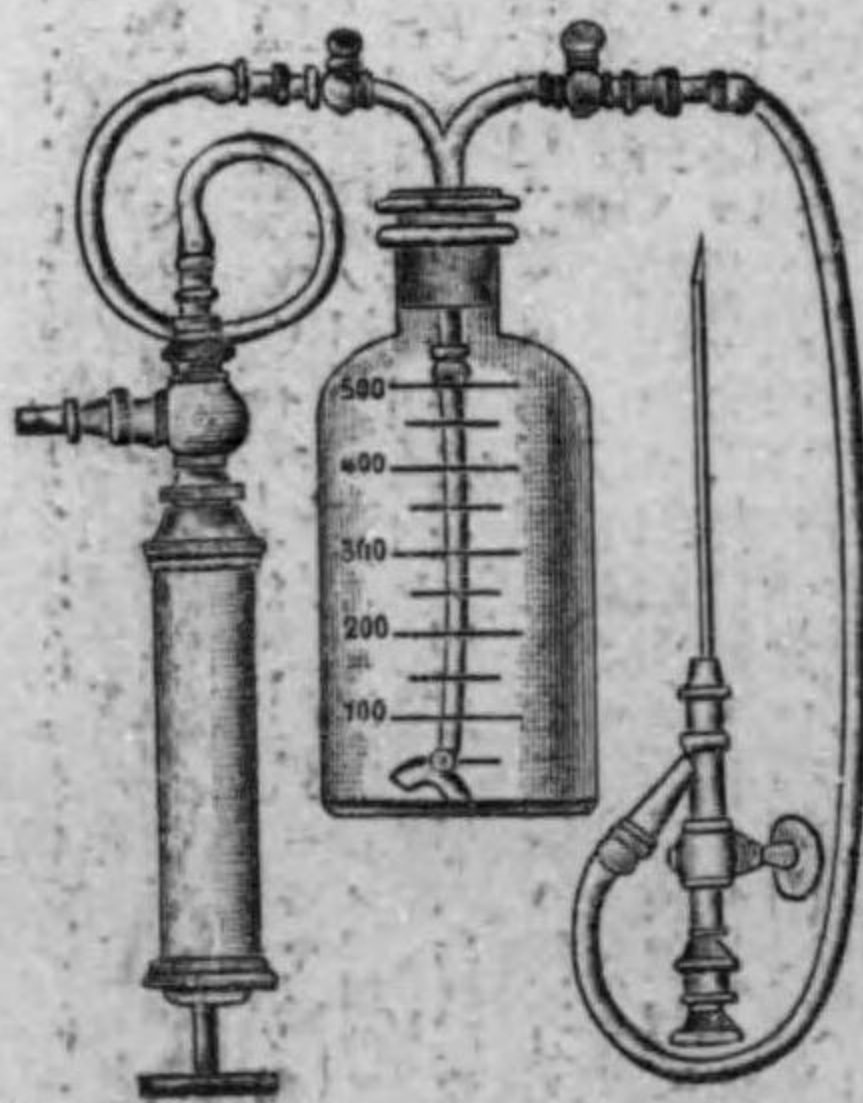
一 膿胸穿刺法 Punktion.

穿刺排膿法ハ、小兒ニアリテハ時トシテ之レヲ以テ治癒ノ目的ヲ達スルコト無キニアラザルモ、一般ニ奏効稀ナリ。只急卒開胸術ヲ施ス能ハザルトキニ於テ、救急的措置トシテ本法ヲ採ルベキ場合少ナカラズ、即チ肺臟及ビ心臓ノ壓迫ニ由ル危險ノ一時的救助、著シキ衰弱ニ因ル開胸術ノ禁忌、兩側膿胸、開胸手術ノ準備缺乏等ノ場合トス。

一 準備 打診聽診ニ依リ滲出物ノ境界ヲ定メ、其診定セラレタル膿腔ノ基底部分ニ穿刺部ヲ選定ス。(通例肩胛線ニ於テ第八或ハ第九肋間若クハ中腋窩線ニ於テ第五或ハ第六肋間) 嚴ニ皮膚ヲ消毒シ、(沃度丁幾塗布法ヲ便トス) クロールエチール麻痺法、或ハ局所注射麻痺法ヲ施ス。

二 器械 穿刺針ハ肋間隙ノ許ス程度ニ於テ成ルベク太キヲ選ム、單純ノ套管針ヲ用ユルモ亦不可ナキモ、排膿中空氣ヲ肋膜腔内ニ吸引セシムルノ虞アルヲ以テ、側方ニ排液管ヲ備フル套管針ヲ取ルヲ便トス、即チ其排液管ニ豫メ長キ護護管ヲ連續固定セシメ、該護護管ノ末端ヲ殺菌水ヲ盛リタル器中ニ没入セシメ置クトキハ、護護管中ニ出デタル膿汁ハ水柱ノ重サニヨリ吸引作用ヲナシ、且ツ空氣ヲ肋膜腔ニ吸入セシムルヲ防ギ得ベシ。又穿刺後自然排液ヲ管マシメズ。套管端ニ短カキ護護管ヲ附セシメ、此護護管ニ吸引唧筒子ヲ連ネテ吸引シ、筒ノ充ツルニ從ヒテ之レヲ捨テ、之レヲ反復シテ内容ヲ排除スルノ法アリ。此際唧筒子ヲ外セル間ハ、該護護管口ヲ固ク指頭ヲ以テ壓閉

圖九百二第 器液吸氏ン一テボ



圖八百二第 法刺穿的斷診ルスニ物出滲腔助



シ、空氣ノ竄入ヲ防グ可シ。又同一ノ目的ヲ以テ空氣ノ陰壓ニ依リ膿汁ヲ吸引スル特種ノ裝置ヲ有スル器械アリ。(ホテ  
イン氏吸液器等)

單純ノ套管針ヲ以テ吸引排膿法ヲ施サントセバ、穿刺前同套管ノ外口ニ適スル太サノ護膜管(長サ五―七仙迷)ヲ取り、其一端ヲ動脈  
錯子ヲ以テ閉鎖シテ備ヘ置キ、後穿刺シテ内針ヲ去リ排膿ヲ開始スルヤ、直チニ此護膜管ノ開放端ヲ套管口ニ連續セシメ、絹糸ヲ以  
テ結紮固定シ、後他端ニ附シ置ケル錯子ヲ去リ、左示指指間ニ護膜管ヲ壓迫閉鎖シテ把持シ、右手ニ適宜ノ唧筒子ヲ取り、此護膜管端  
ヨリ、反復吸引シテ排膿スベシ。此法ハ隨意ニ吸引ノ力ヲ調節シ得ベク、又膿汁濃厚ニシテ自ラ流出セザル場合ニ於テモ適宜力ヲ加  
ヘテ之レヲ吸出シ得ルノ便アリ。

又單純ノ套管針(或ハ排膿用側枝ヲ有スルモノ)ヲ用ヒテスル他ノ方法アリ、即チ今ヤ内針ヲ去リ、排膿開始セラレタルトキ、套管  
口ニ薄キ護膜囊ノ、囊底ヲ開放セルモノヲ連續スルトキハ(側枝アルモノヲ用ヒシトキハ膿メ之レニ連續シ置クベシ)此護膜囊ハ膿ノ  
作用ヲナシ、空氣ノ吸入ヲ防止シ得ベシ。

三 套管刺入 刺入ニ先ダチブラワ。ツ注射器ヲ用ヒテ、刺入セントスル部ニ試穿ヲ行ヒ、内容ノ存在ヲ確定ス。刀尖ニ  
テ豫メ此部ニ小刺ヲ設ケ置クトキハ、多ク力ヲ要セズシテ刺入シ得ルノ便アリ。左示指頭ヲ強ク肋間ニ貼シテ皮膚ヲ壓  
陷セシメ、其指尖ニ近接シ、套管針ヲ刺入ス。刺入ハ肋間ノ中央ヲ過ギ、或ハ少シク下位  
肋骨ノ上縁ニ偏セシムベク、針ハ胸壁ニ對シ正シク鉛直ニ進ムベキヲ要ス。刺入ノ深サ  
ハ通例ニ乃至四仙迷トス。刺入時右手四指ヲ以テ套管針ノ把柄ヲ握リ、殘レル示指ヲ伸  
展シ、刺入スベキ深サニ適スル套管ノ部分ニ其指頭ヲ添ヘ、此部ヲ標示シ置クヲ可ナリ  
トス。(第二十圖)

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

二 膿胸ニ施ス胸腔切開術(開胸術 Thorakotomie)

A 肋骨切除ヲ行ハザル開胸術 Thorakotomie ohne Rippenresektion (肋間切開)

第二十四圖 刺入時套管針ノ把持



法) 肋間筋ヲ切開シ、胸腔ニ達スル法ニシテ、創口ノ開大不十分ナルコト、肋間動脈ヲ  
傷ケ易キコト、排膿護膜管壓平セラレ或ハ屈曲セララルコト等ノ不利アリ。

B 肋骨切除ヲ以テスル開胸術 Thorakotomie mit Rippenresektion 膿胸療法

トシテ最モ適切ナル方法ナリ。診斷確定ヒラレタル場合ハ成ル可ク早く此手  
術ヲ施スベシ。

第二十五圖 肋間筋切開ニ於ケル傳導麻痺法



一 消毒 法ニ從テ皮膚ヲ消毒ス、沃度丁幾消毒法ヲ便ナリトス。

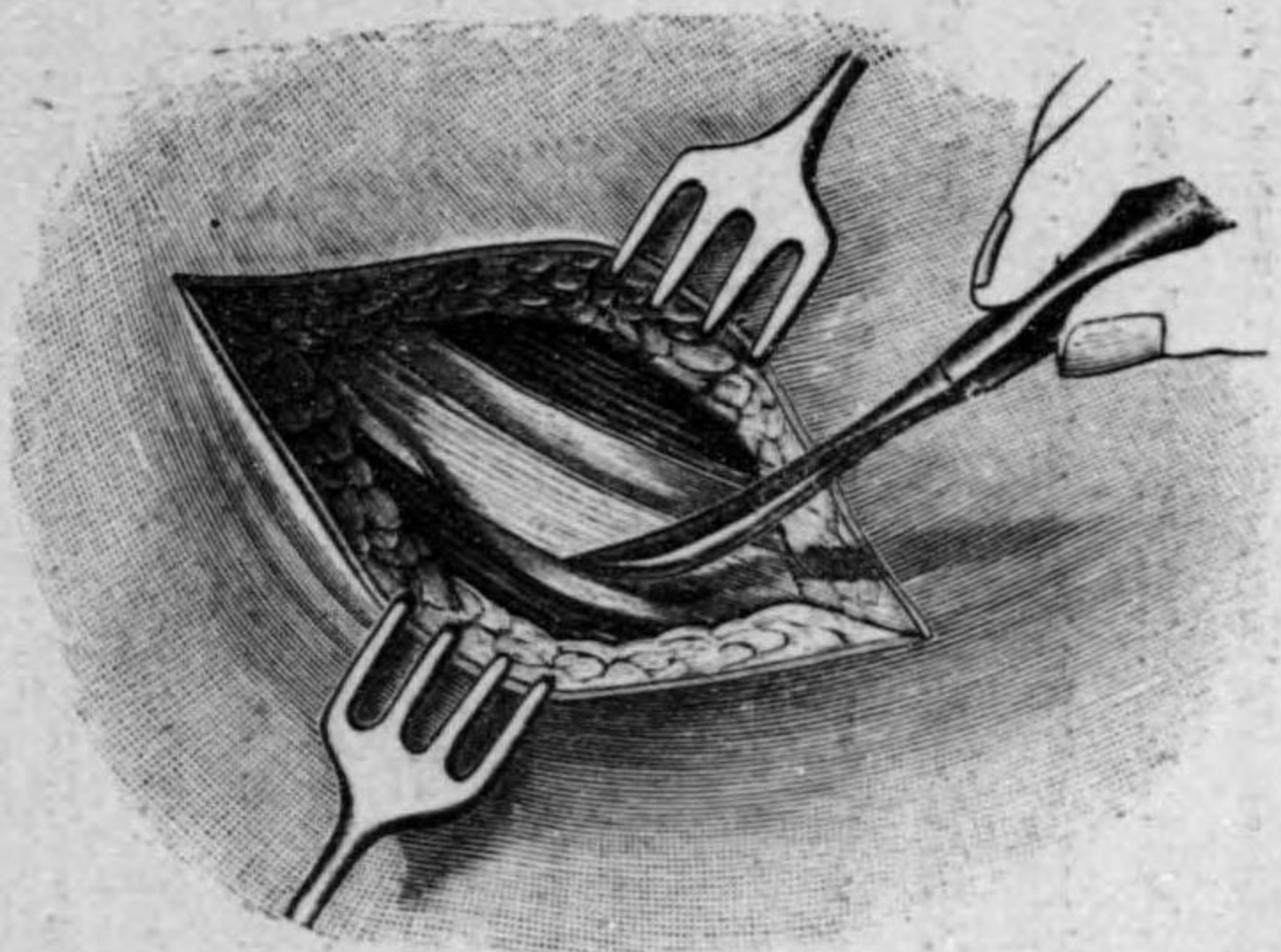
二 麻醉 通例局所麻醉法ノ下ニ施行シ得、只甚シク過敏ナル者及ビ幼兒ニアリテハ全身麻醉法ニ於テス。元呼吸不利  
ノ状態ニアルヲ以テ、全身麻醉ヲ施ストキハ呼吸ニ就キ特ニ注意ヲ要シ、深麻醉ニ達セシメザルヲ可トス。

肋骨切除ニ於ケル傳導麻痺法ハ次ノ如ク行フベシ。即チ先ツ第二十一圖ニ示スガ如ク、切除セントスル肋骨ノ部分ヲ圍繞スル四點  
ヲ上下肋間ニ印シ、其各點ヨリ鉛直ニ注射針ヲ刺入シテ深ク肋間筋内ニ達セシメ、各部ニ「アドレナリン」ヲ混ジタル0.5%ノボカ  
イン」溶液ノ五立仙迷宛ヲ注射シ、後更ニ同一刺孔ヨリ圖示矢ノ方向ニ、皮下ニ(厚ク筋層ヲ有スル部分ニ於テハ亦筋層内ニ)注射ヲ  
加フベシ。

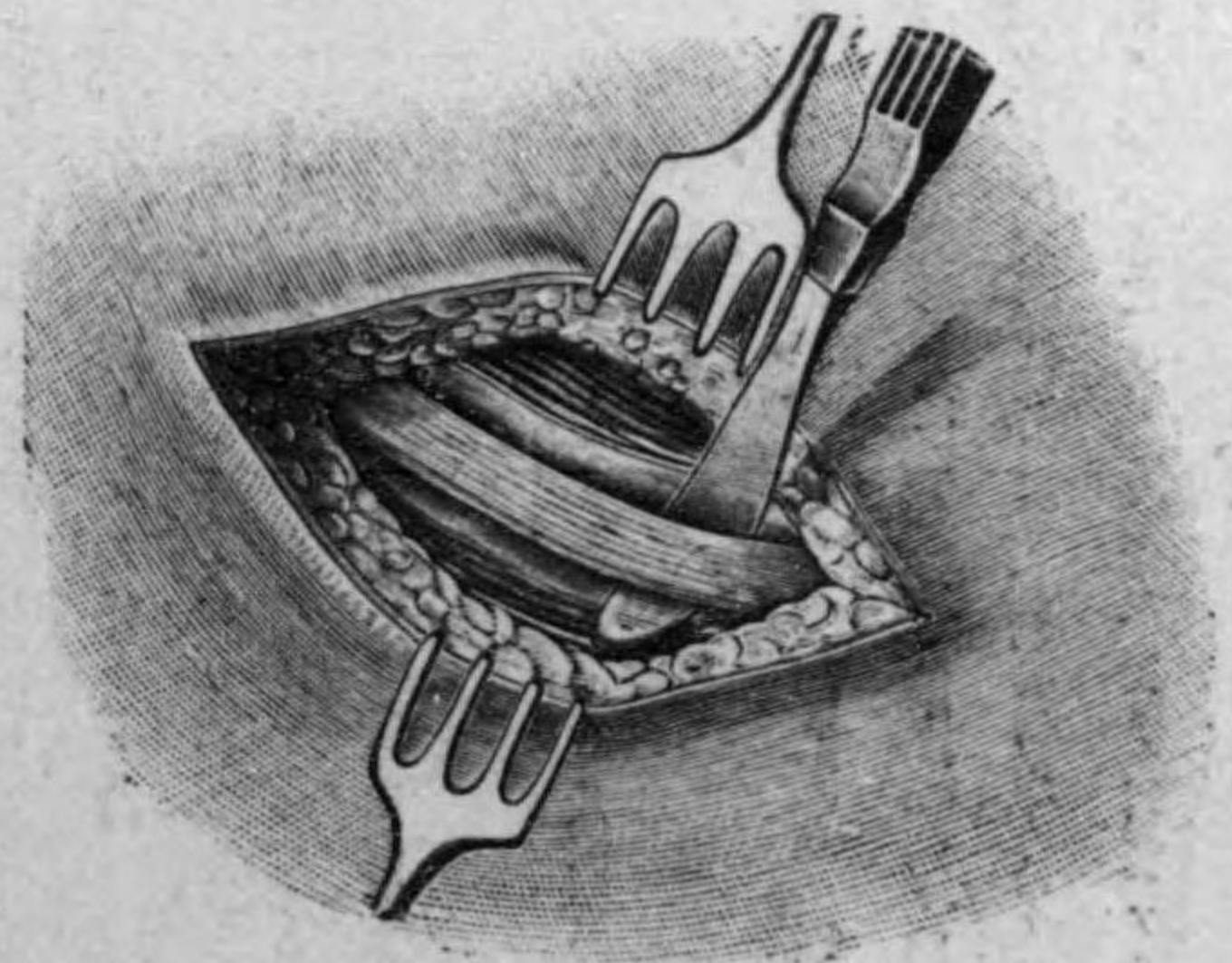
三 體位 呼吸障礙ヲ來シ危險ニ陥ルコトアルヲ以テ、施術ニ不便ナルハ之レヲ免カレザルモ、成ルベク健側臥ヲ避ケ  
シムベシ。又坐位ヲ推奨スルモノアリ。

四 切開ノ位置及ビ大サ 切開部位ハ最モ排膿ニ便ナル位置ニ於テスベシ、即チ膿腔ノ基底ニ近キ部ヲ選ム。後腋窩線  
ニ於テ第六或ハ第七肋骨、若クハ肩胛線ニ於テ第八第九肋骨ニ於テナスヲ最モ多シトス。術前必ズ試驗的穿刺ヲ施シ、蓄  
膿ノ部位ヲ確定スベシ。切開ノ大サハ膿性纖維素凝固物ヲ自由ニ排除シ得ルノ程度ナルヲ要シ、肋骨切除ノ長サハ小兒  
ニ於テ普通三四仙迷、大人ニ於テ四乃至六仙迷ニ及ブベシ。皮膚切開ノ長サハ亦之レニ適セシム、即チ小兒ニアリテハ  
四五仙迷、大人ニアリテハ六乃至八仙迷ナルベシ。

第二十二圖 (一其) 肋骨切除術



第二十三圖 (二其) 肋骨切除術



五 術式、別チテ二段トナスベシ。一ハ肋骨ノ切除ニシテ、二ハ肋膜ノ切開ナリ。

1 肋骨ノ切除 (肋骨切除術 Rippenresektion)

一 皮膚及皮筋層ヲ切開ス。皮切ハ正シク切除セントスル肋骨ノ方向ニ一致シ、且ツ肋骨ノ中央ヲ走ルベシ。皮膚ハ肋骨上ニ移動スルヲ以テ、切開ニ當リ不注意ニ之レヲ緊張スルトキハ、往往皮膚切開線ガ目標トセル肋骨上ヲ脱スルコトアリ、注意スベシ。此缺點ヲ防ガンニハ、術者自ラ左手ノ示指及ビ中指腹ヲ、切除セントスル肋骨ノ上及ビ下肋間ニ貼シ、恰モ此兩指間ニ肋骨ヲ把持スル如クナスベシ。然ルトキハ兩指頭間ノ皮膚即チ肋骨上ノ皮膚ハ、爲メニ緊張、固定セラ

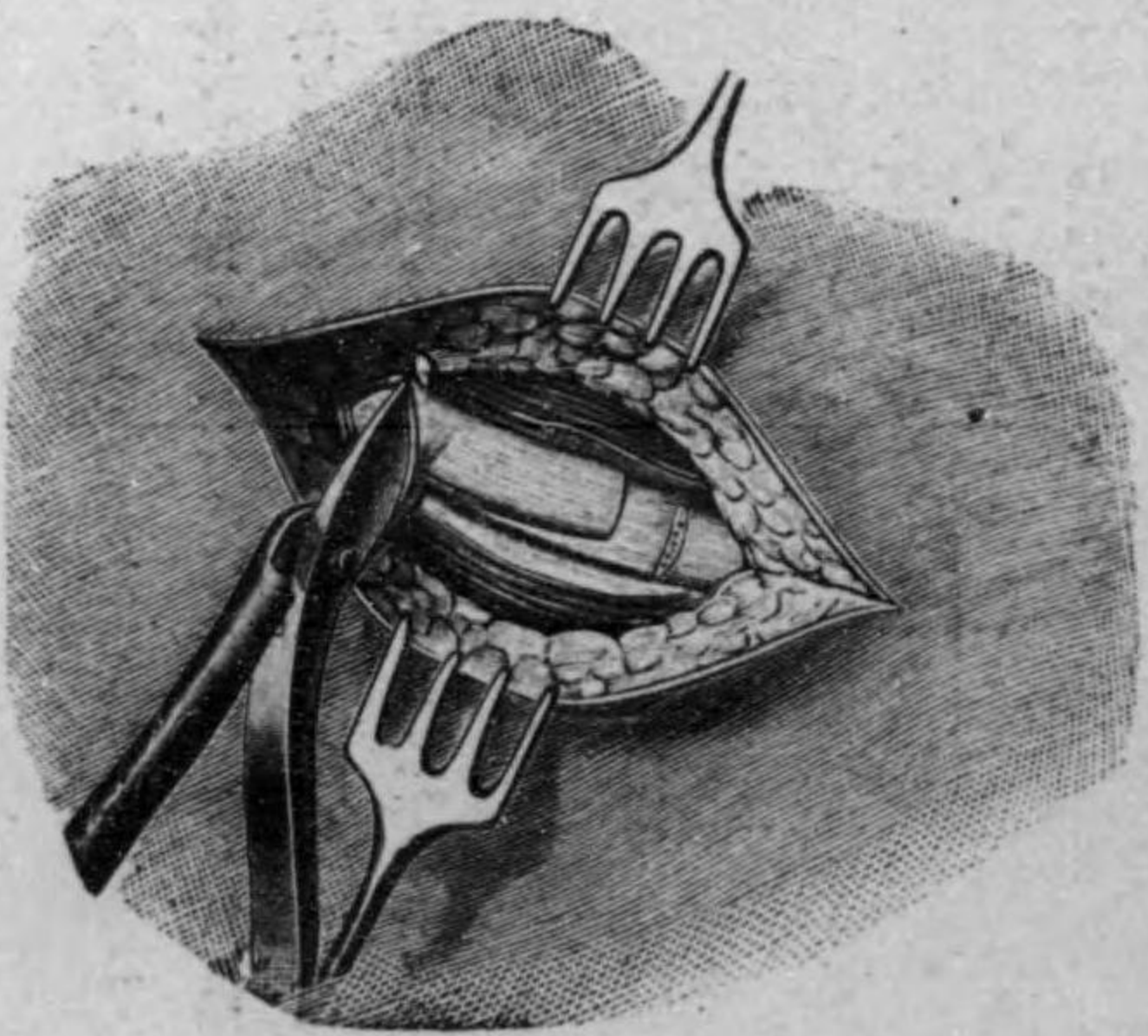
レ、切開ニ便ニシテ且ツ皮膚ガ骨上ヲ滑脱スルノ憂ナシ。骨上軟部ノ層著シク厚カラザルトキハ、一刀能ク骨膜ニ及ビ得可シ。嚴ニ止血ス。皮膚切開時患側上肢ヲ極度ニ舉上セシムルハ宜シカラズ、是レ術後之レヲ垂下セシムルニ當リ皮膚移動ノ結果、肋骨切除部ト皮膚創裂トノ位置相一致セザルニ至ルベケレバナリ。

二 骨膜ヲ處置ス。骨膜ニ達シ、肋骨ノ中央ニ於テ切除セントスル肋骨ノ長サダケ其長軸ノ方向ニ骨膜ニ切線ヲ加へ、其兩端ニ於テ更ニ此線ニ直角ニ肋骨下縁ヨリ上縁ニ至ル小縦切ヲ行ヒ、全骨膜創ヲH字形トナス。次デ骨膜起子ヲ用ヒ切除セントスル肋骨ノ骨膜ヲ骨ヨリ剝離ス。即チ先ヅ外面ニ於テ切線ヨリ上下ニ剝離シ、更ニ上下縁ニ及ビ(第二十二圖)終リニ起子ヲ後面ニ送リテ肋骨後面骨膜ヲ剝離ス。但シ後面ニ於テハ前面ニ於ケルヨリモ剝離遙ニ困難ナルモ、常ニ肋骨面ニ接シテ起子尖ヲ進ムルコトニ注意スレバ、能ク目的ヲ達シ得ベシ。(第二十三圖)斯クテ肋骨ノ一部全ク曝露セラル。此操作ニ於テ肋間動脈ノ損傷ハ之レヲ來スコトナシ。過テ破傷セシトキハ之ヲ結紮シ、或ハ周

第二十四圖 刀剪骨助氏「クッルグ」



第二十五圖 (三其) 肋骨切除術



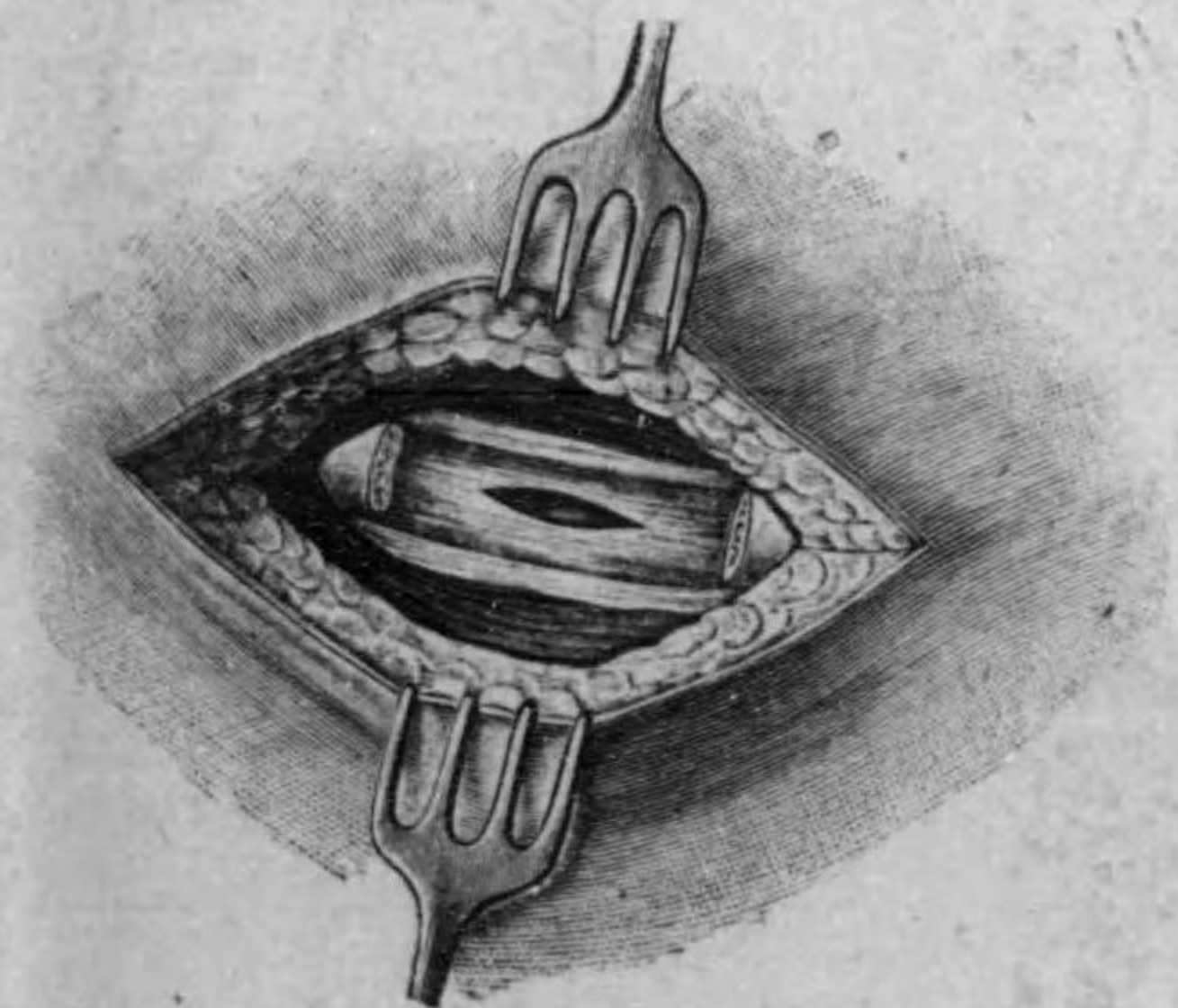
圍括約法ヲ施シテ止血ス。

三 肋骨ヲ切除ス。肋骨剪刀ノ刃ナキ一葉(第二百十四圖b)ヲ取り、遊離セシメラレタル肋骨ノ中央ニ於テ其下ニ之レヲ挿ミ、充分送入シテ後、切除セントスル肋骨ノ一端ニ移シテ保持シ、之レニ刀(圖a)ヲ符合セシメ(圖c)強ク把柄ヲ握ルトキハ骨ハ乃チ剪斷セラル、同様ニ他端ニ於テ斷チ(第二百五圖)全ク骨ノ一片ヲ除去ス。又肋骨剪刀ニ代フルニ線鋸ヲ用ユルモ可ナリ。小兒ニシテ肋間狹隘ナルトキハ、リコール氏圓鑿鉗子或ハリストン氏骨剪刀ヲ以テ之レヲ行フベシ。既ニ肋骨切除セラルレバ、次段ニ入ルニ先ダチ更ニ充分止血法ヲ行フ。

2. 肋膜ノ切開

肋骨既ニ除去セラレレバ、剝離セラレタル肋骨内面ノ骨膜及ビ胸肋膜ヲ隔テテ其所ニ膿液アリ。則チ此障壁ヲ開キテ排膿スベシ。(第二百十六圖)肋膜切開ニ前チ猶一回試穿ヲ行フヲ安全トス。排膿急劇ニシテ、一時ニ大量ヲ去ルトキハ、胸腔内壓ノ劇變ニ因リ、虚脱ニ陥ラシムルノ危険アルヲ以テ注意スベシ。即チ次ノ如ク處置スルヲ可トス。先ヅ刀尖ヲ用ヒテ小刺孔ヲ作り膿汁ヲ進出セシム、此際呼吸促進シ、咳嗽刺戟ヲ起スベシ。暫時ニシテ其稍々鎮靜スルヲ待チ、該小孔ヨリ膿汁ノ流出漸ク勢ヲ納ムルニ及ビ、球頭刀ヲ送りテ此切開孔ヲ前後ニ開大ス、其大サハ略肋骨切開ノ長ニ一致セシム。是ニ於テ全ク背位ヲ取ラシメ、又種種體位

第二百十六圖 肋膜ヲ以テ肋骨ヲ切除スルノ切開

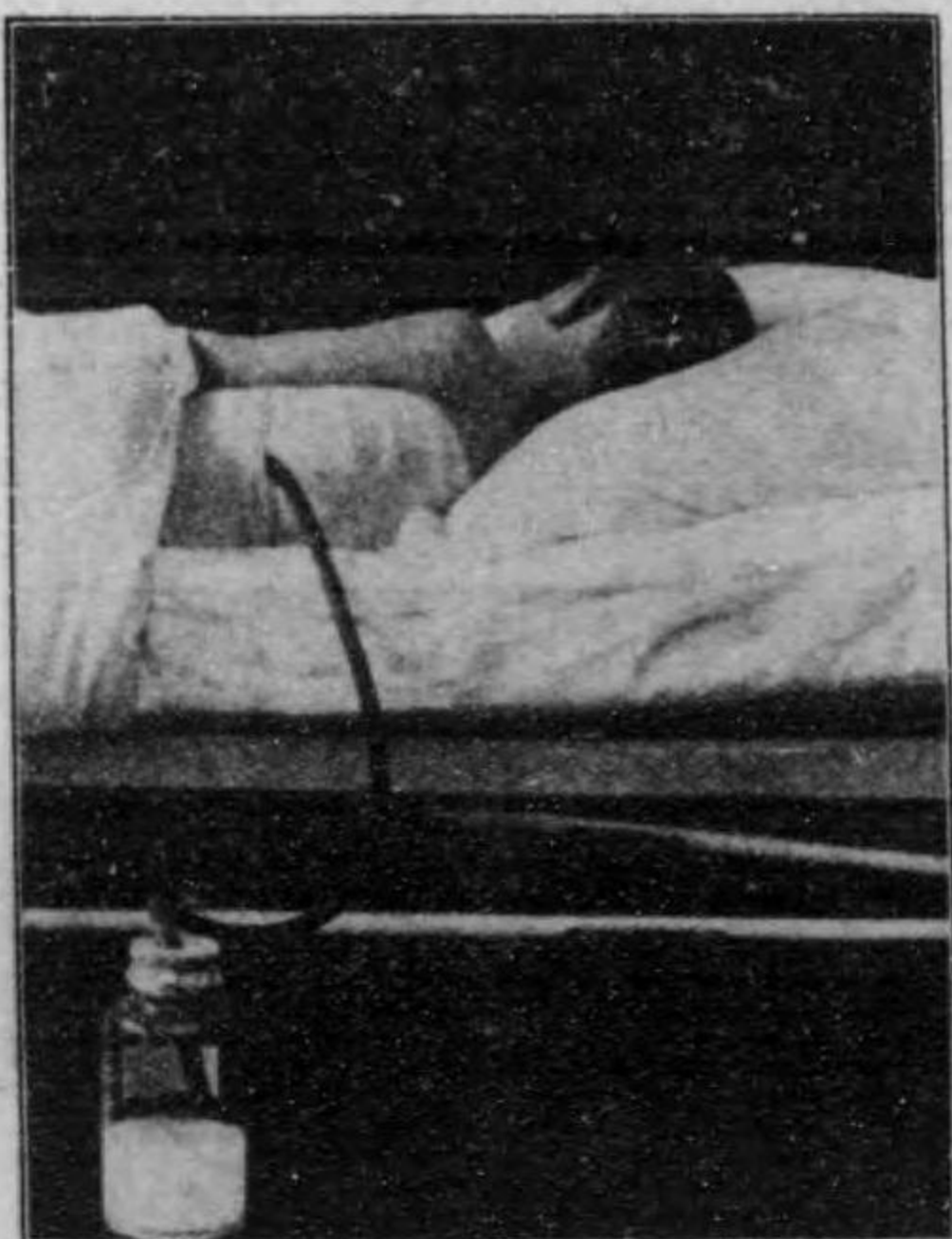


ヲ變換セシムルトキハ膿汁ノ殘部ヲ完全ニ排除シ得ベク、猶同時ニ纖維素凝固物(肺炎性膿胸!)ヲ除去ス、此凝固物ハ往往厚ク且ツ大ナル膜様片ヲナシ、肋膜切開ノ裂隙ヲ充塞シ、鑷子或ハ麥粒鉗子ヲ以テ筒筒之レガ抽出ヲ要スルコトアリ、成ルベク其遺留ナカラシムコトヲ圖ルベシ。膿腔ノ洗滌ハ通例之レヲ行ハズ、只腐敗性化膿性炎症ニ當リテ施スコトアリ。之レヲ行ハントセバ、體温度ノ生理的食鹽水ヲ用ヒ、微弱ナル水壓ヲ以テ注入スベシ。

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

後療法、手術創ニ對シテハ防腐の處置ヲ施ス。此手術ノ後療法ニ於テ最も必要ナルハ收縮セル肺臟ノ再ビ擴張スルヲ圖ルニアリ。即チ空氣ヲ肋膜腔ヨリ排外シ、外部ヨリ空氣ノ竄入スルヲ防グノ法ヲ講ズ。密着セル單純ノ被覆繃帶モ亦或程度マデ此作用アリ。護膜管挿入部以外ノ創裂ヲ綿紗ニテ充塞シ、且ツ廣ク空氣不透過ナル護膜布ノ如キモノヲ以テ被覆シ、排膿護膜管ノ外端ニ長キ護膜管ヲ連ネ之レヲ臥床下ノ受器ニ導クトキハ、護膜管中ノ水柱壓ノ爲メニ胸腔内ニ陰壓ヲ生ジ、能ク上述ノ目的ヲ達スベシ。(第二百十七圖)又ストルヒ

第二百十七圖 胸部手術ノ後處置

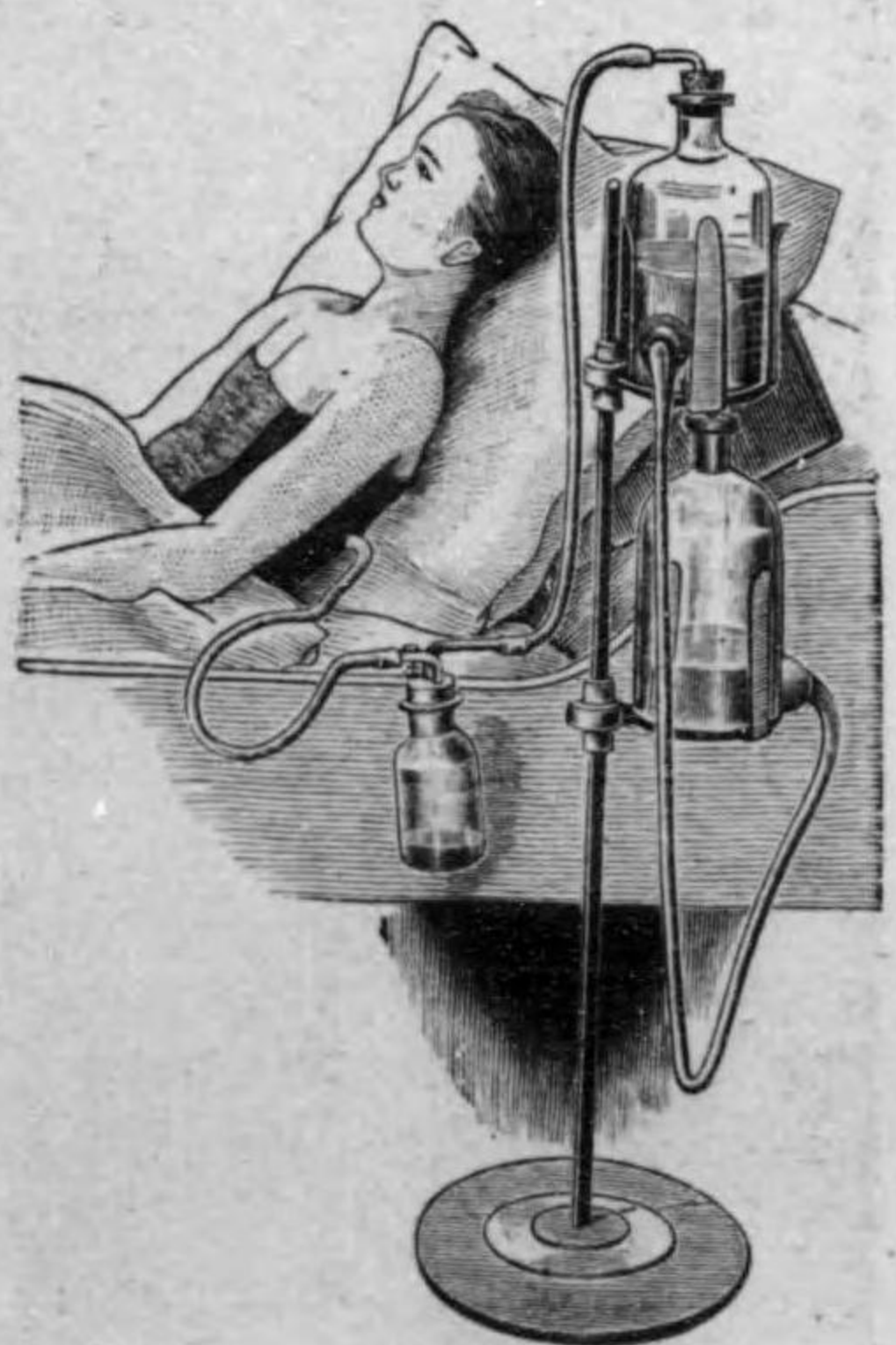




ペルテス兩氏 Storch u. Perthes ノ

瘰癧ヲ以テスル陰壓裝置ハ最モ推奨スルニ足ル。即チ上堰ノ水、下堰ニ流下スルニ因テ胸腔内ニ陰壓ヲ生ズ、上堰ノ液全ク下堰ニ移ルトキハ二堰ノ位置ヲ交換シ、之レヲ反復ス。(第二百十八圖) 打聽診ノ結果肺臟ノ擴張復舊ヲ認メ、且ツ膿性分泌止ムトキハ護膜管ヲ除去ス。早期ニ施術セシモノハ十日乃至一週日ニシテ此目的ヲ達ス。

第二百十八圖 二堰裝置ヲ以テ胸膜手術ノ後處置



2 陳舊性化膿性肋膜炎 Veraltete eitrige Pleuritis.

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

療法 シューデー氏胸廓成形術 Thakoplastik nach Schede ヲ施スヲ可トス。

シューデー氏手術 全膿腔ニ適スル部分ノ胸壁軟部ニ、基底ヲ上方ニ有スル蹄鐵形ノ切開ヲ加ヘ、瓣狀ニ剝離シテ翻轉セシメ(第二百十九圖) 茲ニ生ジタル創面ニ於テ、膿腔ノ外壁ニ相當スル肋骨ヲ總テ切除シ、次デ此領域ニ於ケル肥厚

セル胸肋膜板ヲ、肋骨骨膜及ビ肋間筋ト共ニ全部切除シ、全膿腔ヲ開放シ、前ニ翻轉セル軟部ノ瓣ヲ整理シテ創腔ノ底面ニ接着セシメ其癒合ヲ期スルニアリ。

3 結核性膿胸 Tuberkulose Empyeme.

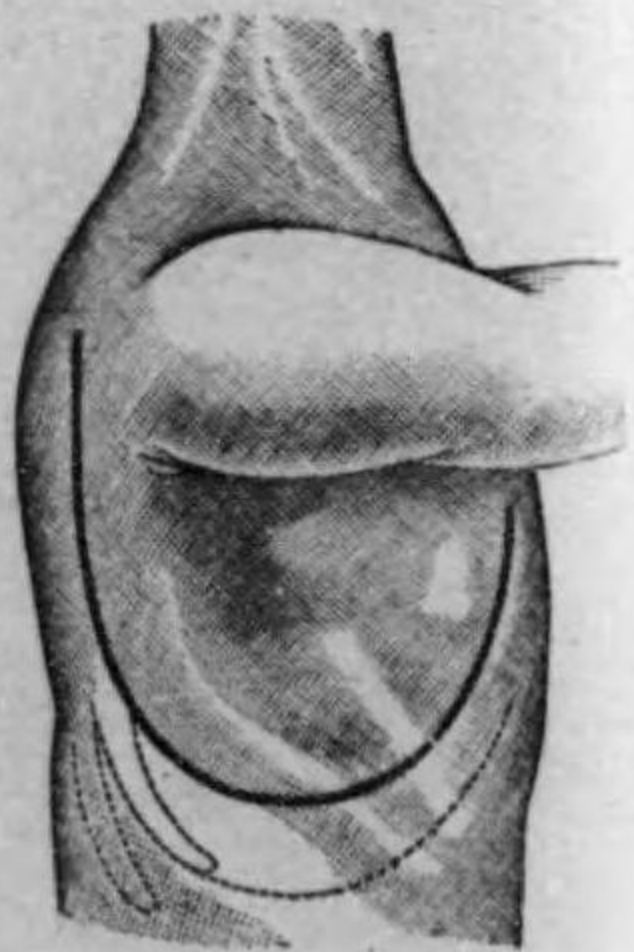
結核性膿胸ノ多數ハ肺結核ニ併發スル結核性肋膜炎ニ基因シ、又肋膜原發結核タルコトアリ。稀ニ肺ニ

於ケル結核病竈若クハ氣管支腺結核ノ肋膜腔内破開ニ由ラ生ジ、又或ハ脊椎結核、肋骨結核等ノ膿瘍ノ竅ニ破開スルニ因スルコトアリ。經過慢性、滲出物ハ稀薄膿性ニシテ、混合傳染ナキモノニ於テハ膿汁中膿膿性細菌ヲ有セズ、普通培養法ノ成績陰性ニシテ、只動物試驗ヲ行フトキハ結核ヲ證明シ得ベシ。混合傳染ヲ發起スルトキハ急性症狀ヲ呈シ、膿汁中膿膿菌ヲ認ム。

豫後 概ネ不良。

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

第二百十九圖 エーデー氏手術ノ切皮



タル結核性肋膜膿瘍ニ對シテハ、當該部ニ於ケル肋骨ヲ切除シテ膿竈ヲ開放スベシ。

#### 四 縱隔竇腫瘤 Mediastinaltumor.

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

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

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

#### 返廻喉頭神經麻痺 Recurrensähmung.

一 後環狀披裂筋ノ麻痺 (後筋麻痺 Postcriculähmung) 呼吸及ビ聲音ニ變化ナク、吸氣困難ヲ發ス。兩側聲帶ニ於テハ吸氣ノ際兩聲帶

ノ離開ナク、僅ニ小間隙ヲ呈スルノミニシテ、若シ強ク吸氣ヲナストキハ兩聲帶ハ愈々近接シテ終ニ全ク閉塞ヲ遺ゼルニ至ル。獨側麻痺ニアリテハ呼吸困難著シカラズ、患側聲帶ハ吸氣ニ於テモ中央ニ止リテ動カズ。

二 披裂筋麻痺 發聲時聲門ノ後三分ノ一ノ部分開放セラレ、聲音嘶啞ス。

三 甲狀披裂筋麻痺 發聲時兩側聲帶近接セズ間隙ヲ存ス、獨側麻痺ニアリテハ發聲時健側ハ直線ヲナスモ患側聲帶ハ弛緩シテ側方ニ彎曲ス。

四 返廻神經ノ全麻痺 兩側ノ麻痺ニアリテハ發聲時接合ト吸氣時離開トノ中間狀態、所謂屍體位置ニアリ、發聲及ビ吸氣時全ク運動セズ、高聲ヲ發シ難ク又咳嗽スルコト能ハズ、但シ安靜時ニハ呼吸困難ナシ。獨側ノトキハ患側聲帶ハ静止シ、健側聲帶ノミ運動シ、發聲ノ際ニハ正中線ヲ超ユルヲ見ル。發聲シ又咳嗽ヲナシ得ルモ聲音ハ粗糙ナリ。

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

縱隔竇内ニ發育スル淋巴腺結核若クハ惡性淋巴腺腫等ニアリテハ、通例體表面部頸部、腋窩部ニ於テ同病變ニ一致スル淋巴腺腫脹ヲ有スルヲ以テ之レヲ鑑識シ得ベシ。縱隔竇腫瘤ノ徵候アリテ後、新ニ一箇若クハ少數ノ淋巴腺腫脹ヲ頸部ニ發セシトキハ、該腫瘤ハ原發性惡性新生物ナルヲ認メ得ベク、之レニ反シ他ノ部分ニ惡性腫瘍アリテ後、縱隔竇ニ腫瘤ヲ發スルトキハ、此部ニ於ケル轉移形成ナルヲ想像シ得ベシ。血液

ヲ混ズル喀痰アルハ肺臟若クハ氣管支ニ關係アル腫瘍肺原發腫瘍或ハナルヲ示ス。壓迫症狀ノ増加及ビ濁音界擴大ノ迅速ナルハ腫瘍ノ發育急ナルヲ證シ、惡性腫瘍特ニ肉腫ヲ疑フベシ。食道癌腫ニ就テハ其條下一七ヲ參照ス。

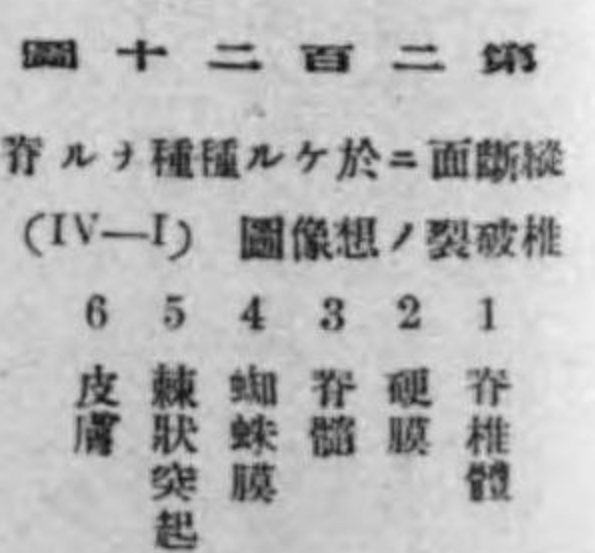
豫後 腫瘍ノ性質ニ關スルモ、部位的關係上本來良性ノモノニアリテモ不良ノ轉歸ヲ取ルコト多シ。療法 惡性淋巴瘤腫ニハ亞砒酸・沃度加里等ノ内服及ビレントゲン線療法ヲ施シテ奏効スルコトアリ。淋巴瘤結核ニモレントゲン線療法ヲ試ム。良性腫瘍ニシテ壓迫症狀ノ爲メニ危險アルトキハ之レガ手術的除去企圖セラル、胸骨穿開術、肋骨及ビ助肋骨切除術、上部ノモノハ時トシテ完全ニ剔出シ得ルコトアリ。惡性腫瘍ニアリテハ早期診定困難ナルガ爲メ、通例手術ノ時期ヲ失スルモノ多シ、幸ニ早期ニ診斷シ得ルモ其手術至難ニシテ、且ツ危險多ク、腫瘍全剔出ノ目的ヲ達スルコト難シ。

### 五 脊椎破裂 Spina bifida.

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

一 脊髄、ヘルニア、或ハ脊髄、脊髄膜、ヘルニア Myelocoele oder Myelomeningocoele

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



「アニルヘ」膜脊下膜硬

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

三 脊髄膜、ヘルニア、Meningocoele 囊ハ皮膚及ビ脊髄膜ヨリ成ル、液ハ蜘蛛膜下腔(II)ニ滲溜シ、稀ニ硬膜下(I)ニス。硬膜ハ或ハ破裂シ或ハ閉鎖ス、腫瘍ハ有莖性ニシテ皮膚ヲ以テ被ハル。

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

症候 脊椎ニ於テ先天性ニ異常ノ隆起アリ、此部ニ骨質ノ缺陷部ヲ觸知スベシ、隆起部ノ皮膚ハ異常ナキコトアリ、又往往血管ニ富メル菲薄ナル膜狀ヲナシ、又ハ癩痕性ナルコトアリ、或ハ又毛細血管ノ擴張ヲ有シ又脂肪蓄積或ハ脂肪腫形成ヲ伴フコトアリ。腫瘍ハ或ハ廣キ基底ヲ有シ、或ハ有莖性ナリ。此膨隆ハ壓迫ニヨリテ縮小スルノ性質



「アニルヘ」膜脊下膜蜘蛛

脊椎破裂

アリ、或種類ニアリテハ強ク之レヲ壓スル時ハ腦壓迫症狀ヲ發現スベシ。脊髓自己ノ變化アルモノニ於テハ、下肢ノ知覺及ビ運動障礙アリ又屢々膀胱直腸ノ麻痺ヲ伴フ。

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

豫後 開放性ノモノ、脊髓脊髓膜「ヘルニア」及ビ脊髓囊「ヘルニア」ハ不良、多クハ他ノ畸形合併、發育不全、榮養不良等ノ状態ノ下ニ生レ、短小時日中ニ死ノ轉歸ヲ取ル。若シ若干日月成育スルモ、脊髓異常ノ結果タル麻痺、膀胱及直腸囊ノ破壊穿孔後ノ化膿等ノタメニ斃ルルコト多シ。獨リ脊髓膜「ヘルニア」ニアリテハ比較ノ良性ニ屬ス、生後長年月生存スルモノノ多クハ此種類ナリ。

療法 梅毒ノ發生ヲ防止シ、化膿菌ノ傳染ヲ豫防ス。内容ノ充盈著シキトキハ穿刺法ヲ試ム、穿刺液ハ一時ニ多量ナルベカラズ、穿刺中及ビ穿刺後ハ頭部ノ低下ヲ要シ、猶術後壓抵縛帶ヲ施ス。脊髓膜「ヘルニア」ニシテ著シキ畸形合併ナキモノニハ手術ノ療法ヲ行フ。即チ囊ヲ遊離シ、其頭ニ於テ之レヲ斷チ、骨破裂ノ大ナルモノニ對シテハ成形ノ處置ヲ施シテ破裂部ノ閉鎖ヲ企圖ス。脊髓組織ガ囊ノ形成ニ與レル種類ニ手術ヲ施サントスルトキハ努メテ脊髓及ビ神經ヲ保護スベシ。



四一六



### 六 脊柱側彎症 Scoliose.

脊柱側彎症ノ原因ハ先天ノ異常、習慣性體勢、學童ニ見ルモノ 佝僂病、重力ノ關係、例ヘバ臍胸治後ノ偏胸歪縮、一筋側下肢ノ短縮、坐骨神經痛等 麻痺、脊椎骨、骨盤骨等ノ外傷及ビ疾病、骨折、結核、酸毒等 等トス。

症候 脊柱ノ側彎ヲ呈ス、其位置及ビ程度ハ甚ダ種種ナリ。通例調節性側彎ヲ兼ヌ、即チ右側彎部アルトキハ其上或ハ下位ニ於テ左側彎ヲ見ル。續發的變化トシテ肋骨ノ彎曲異常、胸廓變形、肩胛位置ノ左右不均等、斜頸、骨盤傾斜等ヲ起ス。

習慣性側彎症ハ其程度ニヨリ之レヲ三別シ得ベシ。一、時時側彎ヲ呈スルモ、隨意ニ矯正位ヲ取り得ルヲ初發期トス。二、斷エズ側彎ヲ呈スルモ、自働的或ハ他働的ニ矯正位ヲ取ラシメ得ルヲ中間期トス。三、側彎位ニ於テ固定シ、矯正位ヲ取ラシムル能ハザルヲ固定期トス。

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

療法 原因トナルベキモノヲ除キ、矯正法ヲ施ス。習慣性ノモノニハ豫防法ヲ必要トス、即チ學童ノ爲メニ衛生上適切ナル机及ビ椅子ヲ選擇シ、猶充分ナル光線、休暇時間、適當ナル運動等ニ注意ス。矯正法トシテハ矯正的體操、電氣療法及ビ按摩法等ヲ施シ、重症ニハ「コルセット」或ハ其他ノ矯正裝置ヲ使用ス。

### 第十一 腹部疾病

#### 一 臍瘻 Nabelfistel.

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

#### 1 卵黃管瘻 Ductergangsfistel.

卵黃管瘻ハ卵黃管ノ生後遺殘ニ因テ生ズ。臍帶脱落スル時既ニ存シ、或ハ一度全ク閉鎖セルモノ、後テ臍炎ノ發生、或ハ啼泣、咳嗽、怒責等ニ因ル腹内壓亢進ノ爲メニ破レテ瘻管ヲ生ズルコトアリ。症候 瘻管ニシテ腸管ト交通ナキモノニ於テハ只粘液様分泌アルノミ。腹腔内ノ部分全ク閉塞シ、臍

輪部ニ於テノミ卵黃管ノ一小部遺殘スルトキハ、瘻管ノ形成無ク、唯臍ニ於テ粘膜炎ノ露出ヲ呈スルニ止リ、通例莖ヲ有スル赤色ノ小腫瘍ヲ現出ス。瘻管ノ腸管腔(廻盲瓣ノ上部)ニ通セルモノニ於テハ瘻孔ヨリ糞汁ヲ漏シ、消息子診ヲ行フトキハ之レヲ腸管内ニ達セシメ得ベシ。瘻管壁ノ粘膜炎、臍ニ於テ翻轉スルトキハ、茲ニ突隆セル結節ヲ形成シ、其中心ニ瘻孔ヲ存ス。又卵黃管腔全部翻轉シ、進ミテ腸管壁モ亦翻轉スルコトアリ。卵黃管ノ遺殘物ハ其ダ稀ニ管ノ一端腸端共ニ閉鎖シテ中心ノ管腔ヲ留メ其内ニ分泌物積溜シテ囊腫ヲ形成スルコトアリ

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

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

#### 2 尿管瘻 Urachusfistel.

尿管瘻ハ胎兒尿管ノ生後遺殘ニ因テ生ズ。臍帶脱落時既ニ存スルコトアリ、多ク男兒ニ見ル所トス。又ハ後天的ニ臍高動之レヲ發ス。排尿障礙、膀胱加答兒等ノ爲メニ、一部遺存セル尿管腔ニ尿ノ滯溜若クハ炎症ヲ誘發シ、之レヲ上方ニ向テ開大セシメ、終ニ臍ニ達シテ破レ、瘻孔ヲ作爲スルコトアリ。

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

診斷 後天的ニ形成セラルル臍瘻ニシテ尿ヲ漏スモノハ、一ハ尿管瘻ニシテ、一ハ尿浸潤ニ因スル腹壁膿瘍ノ臍ニ破レタルモノ即チ尿瘻ナリ。此區別ハ、手術ニ當リ管腔壁組織ノ一部ヲ取りテ組織的検査ヲ施シ、其結果尿管上皮ノ存スルト否トニ依テ決スルノ他ナシ。先天的尿管瘻ノ診斷ハ通例困難ナシ。卵黃管トノ鑑別ニ就テハ前節ヲ見ヨ。

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

### II 臍炎 Omphalitis

臍炎ハ臍窩ノ不潔不潔物蓄積及ビ刺戟ニ因シ、又種種ナル臍瘻ノ存在ニ當リテ發ス。初生兒ニ於テ、臍帶斷端ノ全ク癒痕形成ヲ終ルマデハ細菌ノ傳染ヲ被リ易ク、屢々臍炎ヲ發起ス。初生兒臍炎 Omphalitis neonatum初生兒臍炎ニシテ血管斷端ヲ侵スモノハ臍出血ノ原因ヲナス。

症候 臍窩部皮膚ノ腫脹、發赤、糜爛、惡臭性分泌、搔痒、痛感等アリ。屢々臍窩ニ肉芽性贅生物ヲ形成シ、又制止シ難キ出血ヲ來スコトアリ。

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

療法 豫防的ニ臍ノ清潔ニ注意シ、汚物ノ蓄積スルヲ防グベシ。初生兒ニ於テ臍帶ノ處置ハ最モ嚴重ニ防腐的ナルヲ要ス。臍皮膚ノ炎症ニ對シテハ臍窩ヲ清拭シ、二%硼酸水、一%醋酸鞣土水等ノ用法ヲ施シ、炎症ノ消散スルニ及ビ、等分亞鉛華澱粉「デルマトール」等ノ撒布ヲ行フ。肉芽形成アルトキハ硝酸銀桿ヲ以テスル腐蝕或ハ電氣燒灼法ヲ施ス。分泌物ノ排却不充分ニシテ窩腔ニ滯溜スルヲ見ルトキハ適宜切開ヲ行フベシ。臍出血アルトキハ硝酸銀桿腐蝕、「アドレナリン」塗布、電氣燒灼法等ヲ試ムベク猶其目的ヲ達セザルトキハ周圍組織ト共ニ出血部ニ括約結紮法ヲ施スベシ。瘻孔形成アルモノニ對シテハ原因療法ヲ專ラトス。

### III 急性腹膜炎 Peritonitis acuta

腹膜炎ハ或ハ病原細菌ノ侵襲ニ因テ起リ、或ハ細菌ノ關與ナク器械的若クハ化學的刺戟ノ下ニ發スルモ特ニ前者ヲ以テ臨牀上重要ナルモノトス。急性腹膜炎ノ發生ニ與ル細菌ハ大腸菌・連鎖狀膿腫球菌・肺炎菌・淋毒菌・葡萄狀膿腫球菌等就中大腸菌及ビ連鎖狀球菌ヲニシテ、此等細菌ガ腹膜ノ感染ヲ招致スルノ路徑ハ主要ナルモノトス、別表參照直接腹膜ト連鎖セル臟器ニ於ケル炎症ノ蔓延ニ因ルヲ常トシ、只極メテ稀ニ血行循環ニ依ル傳染ヲ認定シ得ルノミ。例之、肺炎菌性腹膜炎ニ於ケルガ如シ。化膿性菌全身的傳染ニ於ケル腹膜炎ハ亦血行性傳染ニ因ルモノ本論ニ於テハ之ヲ除外ス腹膜炎ヲ病竈蔓延ノ狀態ニ基キテ瀰漫性及ビ限局性ノ二種トス。其後者ハ炎症性病機ガ腹膜ノ或一部分ニ限局シ、他ノ部分ニ對シ限界セラルル

モノニシテ、前者ハ腹膜ノ大部ニ向テ炎症ノ蔓延スルモノトス。但シ此二者ノ區別ハ中間型アルト、且ツ兩者各相移行シ得ルトノ爲メニ明確ニ之レヲ識別シ得ザルコト稀ナラズ。

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

鹽田博士ハ急性化膿性腹膜炎ノ分類ニ就キ次ノ如ク之ヲ論述セリ。

炎症ノ廣袤ニヨリ全部・大部・小部腹膜炎トシ、癒着包裏ノ有無ニヨリ非包裏性及完全・不全包裏性腹膜炎ヲ分タントス。而シテ人若シ進行ノ有無ニヨリ區別スレバ進行性・非進行性腹膜炎トナス可シ。按ニ大部小部ト云フハ腹腔ヲ左右横隔膜下・小網膜囊・左右結腸彎曲部・左右腸骨窩・中央小腸部・骨盤腔ノ九トシ、其三箇所以上ノ犯サレタル時ヲ大部トシ、三箇所以下ナル時ハ小部トス。

急性化膿性腹膜炎ノ滲出物ハ、初メ稠濁性・纖維素性ナルモ、後膿性若クハ腐敗性ニ變ズ。

1 急性瀰漫性腹膜炎 Akute diffuse Peritonitis.

急性瀰漫性腹膜炎ノ發生原因中最モ必要ナルハ、蟲樣突起炎ニシテ、其他總テ胃及ビ腸ノ穿破ヲ惹起セシムル疾病、胃潰瘍、腸管狹窄、赤痢、結核等ノ腸潰瘍、腸管狹窄、上部ノ擴張性潰瘍、腸管閉塞症、胃及ビ腸ノ癌腫等ハ本症ノ原因ヲナス。此等ハ初メ先ツ原發病竈周圍ノ腹膜ニ於テ包裹性化膿性炎症ヲ發シ、後チ周圍ニ向テ擴延スル腹膜炎ヲ繼發スルコトアルモ、亦突然管腔壁ノ穿破ヲ來シ、俄然瀰漫性腹膜炎ノ證徴ヲ發現スルコトアリ、斯クノ如キヲ穿孔性腹膜炎 Perforations-peritonitis ト稱ス。腹腔内ニ於ケル婦人生殖器ノ化膿性疾患、梅毒、淋病、化膿性喇叭管炎、卵巣炎、子宮炎、附件炎、化膿性膿腫、化膿性膿瘍、化膿性膿腫、化膿性膿瘍ハ女子ニ於ケル本症ノ

大腸菌ノミ	60%
大腸菌及連鎖球菌	19%
大腸菌及他ノ細菌	4%
連鎖球菌ノミ	9%
双球菌	35%
葡萄球菌	1%

蟲樣突起炎ニ繼發セル腹膜炎六百六十例ニ於ケル病原菌ノ検査成績(嫌氣性菌)(ワイル氏 Weill)ヲ除外ス)

發生原因トシテ蟲樣突起炎ニ次グ。膽囊炎及ビ膽道ハ、化膿性炎症ハ亦蟲樣突起炎ニ於テ來ルト同一ノ關係ノ下ニ瀰漫性腹膜炎ヲ發セシムルコトアリ。又肝臟膿瘍、肝包蟲腫ノ化膿、脾臟及ビ脾臟ノ化膿性疾患等ニ因由スルコトアリ。消化管疾患ニ於テハ必ずシモ化膿竈ノ腹腔内穿破ヲ來サザルモ猶腹膜炎ノ原因ヲナシ得ル場合アリ、是レ著シク菲薄トナレル管腔壁ニ於テハ細菌ガ其壁ヲ滲シテ腹腔内移行ヲ營ミ得レバナリ。胃腸潰瘍、腸管閉塞、膽囊炎、腹等ニ之レヲ見ルコトアリ腹腔外ニ存スル化膿病竈ヨリ傳播シ瀰漫性腹膜炎ヲ來スコト亦稀ナラズ。骨盤「フレグモ」子、化膿性腸筋膜炎、腎臟、膀胱、性助腺炎等上記各疾病ノ他、損傷ハ亦屢々本症ノ原因ヲナス、即チ腹壁穿通創及ビ胃若クハ腸管ノ腹腔内破裂トス。手術其モノニ因テ發スル開腹手術後ノ腹膜炎ハ防癒法ノ漸ク完全ノ域ニ達セル今日ニ於テ殆んど杞憂ニ屬スルガ如キモ、猶以テ本症誘發ノ一因トシテ之レヲ算スベキナリ。

腹膜炎ノ發生起點

起點	Huber	Koch
一 蟲樣突起	七例中	九例中
二 胃及十二指腸	一六	一七
三 其他ノ腸管	八	三
四 女子生殖器	一九	一
五 膽囊	一〇七	四
六 膀胱・腎臟	二	七
七 脾臟	二	一
八 神經	三	一
九 血行循環ニ起因セルモノ	五	二
一〇 手術後ニ發起セルモノ	三	九
一一 其他種種	六	五
一二 不明	四〇	二七

Kochノ標中(九)ノ二例ハ口咽炎及白血病(一)ノ五ハ膽囊「フレグモ」子、化膿性睾丸周圍炎及肝臟膿瘍、急性黃色肝萎縮、潰瘍性肛門周圍炎、鼠蹊腺炎(二)ハ解屍ノ結果發生起點ヲ確認シ得ザルモノ

急性瀰漫性腹膜炎ノ發起ハ、或ハ既ニ存セル原因疾患ノ經過中ニ於テシ、或ハ又殆んど全ク前驅病徴ヲ缺キ突如トシテ來ルコトアリ。其極メテ急劇ニ發起セル場合、穿孔性腹膜炎、或ハ腸管閉塞、腸管閉塞、腸管閉塞、腸管閉塞ニ於テハ一時

虚脱状態ニ陥ルコト多ク、重篤ナルモノニアリテハ直ニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。

本症ノ症候ヲ別チテ全身症状及ビ局所症状トス。本症ニ於ケル一般症状ハ炎症性産物ノ吸收ニ因ル中毒作用及ビ腹膜刺激ニ因スル反射現象ニ歸スベキモノトス。一 全身症状。顔容不安ヲ呈シ、又恐怖若クハ無慾ノ狀ヲ示ス、屢々苦悶ノタメ轉輾反側スルヲ見ル。榮養状態ハ急劇ニ衰退シ、四肢厥冷、往往冷汗ヲ以テ濕ヒ、末期ニ於テ心臟機能漸ク衰弱スルニ及ビテハ肢端チアノーゼヲ呈ス。精神ハ終末マデ明晰ナルコト多キモ、亦興奮シ、譫語ヲ發シ、若クハ嗜眠ニ陥ルコトアリ。煩渴ヲ訴ヘ、食思全ク缺乏シ、暖氣・悪心・嘔吐アリ。吐物ハ初メ胃内容及ビ膽汁ニ止ルモ、末期ニ於テハ糞臭ヲ帶ブルニ至ル。(麻痺性「イレウス」)呼吸ハ助式ニシテ淺表・疾速ニ、脈搏ハ細數ニシテ軟弱ナリ。但シ初期ニ於テハ脈搏著シキ影響アリ、又稀ニ體温ハ多少ノ昇騰ヲ示スヲ常トス、其程度ハ不定ニシテ、或時ハ輕熱ニ止リ、或時ハ甚シキ高热ヲ呈ス、又全ク平温ニ留リ、或ハ却テ降下ヲ來スコトアリ、腋窩ノ計測ニ於テ其上昇ヲ認メザルトキモ、直腸腔ニ於テ檢温シ、著明ノ昇騰ヲ示スコトアリ、注意スベシ。斯クノ如キハ特ニ末期ノ腹膜炎ニ於テ屢々經ト認ムベク、豫ニ局所症状。腹痛アリ、通例初メ原發病變部ニ限局スルモ、後廣ク全腹部ニ之ヲ訴フルニ至ル。突然瀰漫性腹膜炎ヲ發シタル場合ニ於テハ、疼痛ハ初メヨリ全般的ナリ初メハ發作性傾向ヲ有スルモ後テ連續的トナリ、甚ダ劇烈ナルヲ常トス。但シ末期ニ至リテ全身中毒作用愈々進ムトキハ疼痛ハ却テ漸次輕減スベシ、全ク無痛ニ經過スルコトハ絶無ニアラザルモ稀ナリ。脈搏著シ、往往腹壁ノ輕擦モ既ニ劇痛ヲ感ゼシム。壓痛ハ到ル處ニ之レアルモ、又或限局セル部分、殊ニ原發病竈及ビ其近圍ニ於テ特ニ劇甚ナルコト多シ。腹筋緊張ニ因ル腹壁ノ板狀緊張ハ本病初期ノ重要徵候ナリトス、之レガ爲メニ初期ニ於テハ腹壁ノ陷沒ヲ呈スルコトアリ。腹壁緊張ハ刺戟・痙攣、打診ニ際シテ一層増劇ス。初期ニ於テハ猶刺戟現象トシテ腸管ノ蠕動亢進及ビ之レ

ニ伴フ痛痛發作及ビ腹鳴ヲ呈スルモ、既ニ一定時間經過ノ後ニ於テハ、腸管ハ麻痺状態ニ陥リ、全ク靜止シ、腸管腔ハ刻刻膨大シ、爲メニ漸次増大スル腹部膨滿・鼓腸ヲ現出ス。腸管麻痺ノ結果トシテ風氣・糞便ノ排出杜絶シ、下劑効ナク、灌腸モ亦其目的ヲ達セズ。僅ニ下部大腸内容ノ排泄ヲ得ルコトアルニミ腹部膨滿及ビ鼓腸ニシテ極度ニ達スルトキハ胸臈器ノ壓迫現象ヲ呈シ、爲メニ循環及ビ呼吸ノ障礙一層甚シキヲ加フ。膀胱ハ全或ハ不全麻痺ヲ來シ、尿閉、或ハ排尿困難ヲ呈ス。腹腔内滲出物ハ著明ノ濁音部トシテ認メ得ルコトアルモ、初期ニシテ其少量ナルトキ、及ビ大量ノ滯溜アルトキト雖モ既ニ鼓腸甚シキ時期ニ於テハ確實ニ之レヲ徵知スルコト困難ナリ。膀胱直腸腔若クハドーグラス氏腔ニ於ケル滲出物ノ滯溜ハ腔若クハ直腸ヨリ明ニ之レヲ檢知シ得ルコトアリ。

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

早期診斷上必要ナル徵候ニアリ。(一)多少限局セル特殊ノ劇痛部原發病竈ノ疼痛點ト認ムベキ部分ヲ有スル腹部大部分ニ互ル疼痛(初期ニ於テハ發作性ノ傾向アリ)及ビ(二)刺戟ニ因リ増劇スル腹筋ノ緊張トス。之レニ加フルニ不安ノ顔貌ヲ呈シ、胸式呼吸ヲ營ミ、體温ニ伴ハザル脈搏ノ疾數ヲ示シ、暖氣・吃逆・嘔氣若クハ嘔吐ヲ催シ、風氣・糞便ノ排泄困難或ハ杜絶アリ、且ツ排尿困難ヲ訴フルモノハ、之レヲ以テ初期ニ於ケル急性瀰漫性腹膜炎ト診定シ得ベシ。即チ此等症候ノ具備時トシテハ其或モノヲ缺クニ當リテハ直ニ外科手術家ノ手ニ委セラルベキモノナリ。



鑑別 一 限局性腹膜炎、腹腔ノ一部ニ限局セル腹膜炎モ亦嘔氣・嘔吐ヲ催シ、腹壁緊張若クハ鼓腸ヲ起シ、且ツ廣ク病竈外ニ互ル腹部疼痛ヲ呈スルコトアリ、爲メニ往往瀰蔓性腹膜炎ト區別シ難キ場合アリ。此レニアリテハ一般症狀概シテ輕易ニシテ、心臟機能ハ影響ヲ受クルコト少ナク一時較々著シキ侵襲ヲ被ルモ爾後ノ經過ニ於テ漸徐輕快スルヲ認ムベシ、其刻刻増悪スルハ瀰蔓性腹膜炎ノ襲來ヲ疑フニ足ル。限局性腹膜炎ニ於ケル腹部ノ廣汎性疼痛ハ經久的ナラズ、後全ク消散シ、獨リ病竈局部ニ疼痛ヲ殘スヲ以テ特異トシ、猶腹筋ノ緊張ハ病側ノ一半ニ之レヲ徵スルコトアルモ健側ニハ全然之レヲ認メザルヲ常トス。

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

腹膜炎「イレウス」(E. Graser)

- 1 多クハ急ニ熱發シ、稀ニ即時虛脱ニ陥ル。  
初期無熱、往往平温以下ノコトアリ、後特ニ合併症アルトキハ漸次昇騰ス。
- 2 患者ハ全ク安靜ヲ保ツ、腹部壓痛甚シク輕微ナル腸蠕動ニ對シテモ疼痛アリ。  
患者ハ輕微反側シ、又起立スルコトアリ、腹部壓痛ナク、往往壓迫ハ却テ著痛ヲ輕減セシムルコトアリ。

- 3 自發痛ハ漸次輕減ス。
- 4 吐瀉ハ稀ニシテ晚發ス。
- 5 鼓腸ハ初期ヨリ瀰蔓性ナリ。
- 6 腸管係ヲ視ズ、又觸レズ。
- 7 腸運動ナシ。
- 8 腹壁硬固ニ屬ス板狀ニ緊張ス。
- 9 往往瓦斯放出アリ。
- 10 屢々吃逆アリ。

- 自發痛漸次増強シ、且ツ發作ハ頻繁強烈ナル。
- 吐瀉ハ早期ニ發ス。
- 鼓腸ハ初期ニ限局性ニシテ、漸次ニ上方ニ蔓延ス。
- 腸管係ヲ限局膨隆トシテ視又觸レ得ベシ。
- 屢々強キ腸運動アリ。
- 腹壁初メ柔軟ニシテ緊張セズ。
- 全快。
- 吃逆稀ナリ。

三 腸間膜動脈ノ「エンボリ」劇シキ疼痛ヲ以テ發シ、腸管麻痺ヲ呈シ、腹滿鼓腸ヲ起シ、嘔吐ヲ頻發ス。其劇症ニアリテハ直チニ虛脱ニ陥リ、一ニ晝夜ニシテ死ノ轉歸ヲ取ル。此種ノモノハ急性穿孔性腹膜炎トノ區別不可能ナルコトアリ、發病前ニ於ケル下痢、殊ニ血性下痢、及ビ血性吐逆、其迅速凶惡ナル經過、並ニ既往ニ於ケル本病ノ原因タリ得ベキ疾病ノ證明等ハ本症ノ診斷上必要ナリ。

其他腎石疝、膽石疝、急性腸胃加答兒、蟲樣突起炎、箱頓「ヘルニア」、腸間膜靜脈ノ栓塞、急性膀胱炎、膀胱出血、喇叭管破裂、肺炎、肋膜炎、尿毒症、腸室扶斯、腹壁ノ化膿性疾患等ト誤ルコトアリ。  
後述「腸管麻痺」及ビ第三篇中「腸管不通症」ノ診斷ヲ參照ス。

豫後 早期ニ適當ノ手術ヲ施ストキハ回生ノ目的ヲ達スルコト多シ。

鹽田廣重博士曰ク 急性化膿性大部腹膜炎ハ之ヲ内科ニ治療スル時ハ豫後頗ル不頁ナルモノナレドモ、之ニ早期手術ヲ施ストキハ十中其九以上ヲ救助シ得ルハ、表(四二八頁)ニ微シテ明ナリ。故ニ余等ノ任務ハ益技術ノ練習ニ勤ムルト同時ニ一般公衆ヲシテ瀰ク本病ニ對スル早期手術ノ結果顯著ナルヲ知ラシムルニアリ。又之ト同時ニ醫師諸君ガ早期手術推奨トニ盡力セラレンコトヲ希望シテ止マザルナリ。

急性瀰蔓性腹膜炎

**療法** 病機未ダ甚ダ進マズ、全身状態著シク侵サレザルモノニ於テハ、診断既ニ決定スルヤ直ニ開腹手術ヲ施スベシ。若シ夫レ時間ノ關係及ビ一般並ニ局部症状ニヨリテ病機既ニ著シク進行セルヲ知ル場合ト雖心臟機能ニシテ猶能ク手術的侵襲ニ堪エ得ベキヲ認ムルトキハ又進ンデ手術ヲ加フルヲ可トス、時トシテ意表ノ奏効ヲ得ルコトアリ。患者虚脱状態ニアリ脈搏甚ダ微弱ナルトキハ、直ニ之レニ手術ヲ加フルコト危険多キヲ以テ、此場合ニハ先ヅ食鹽水注入

表 甲

姓 名	年 次	死 亡 率 (%)
ロ ッ テ ル	一九〇五—〇六	一七
コ エ ル テ	一九〇五—〇六	一〇
リ	一九〇五—〇六	一〇
ス ブ レ ン ゲ ル	一九〇五—〇六	一〇
ブ ロ ッ ピ ン グ (レ ー ン)	一九〇五—〇六	一〇
ギ ー ル ツ	一九〇五—〇六	一〇
田	一九二二—二三	六・六

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

表 乙

時 間	ク ロ ギ ウ ス (一九二二)	シ ヴ ィ ャ ッ ト (コ ー ー ル テ) (一九二二)	リ ン ド ス ト ロ ー ー ム (一九〇五)	田
〇—三 時	二一・七%	二	〇—〇%	一
三—六 時	七・六%	一	〇—〇%	一
六—九 時	三・五%	一	二—三%	二
九—一二 時	三・四%	一	二—三%	二
一—三 時	一・四%	一	一—二%	一
三—五 時	一・三%	一	一—二%	一
三 日 以 後	一・三%	一	一—二%	一
元	一・三%	一	一—二%	一

法強心劑注射等ヲ以テ處置シ、較ニ心臟機能ノ恢復ヲ待ツヲ良トス。此等ノ處置其効ヲ奏セズ依然險惡ノ状態ニアルモノハ、既ニ手術ノ時期ヲ失セルモノニシテ恐クハ絶望ノ域ニアリ。

**急性化膿性腹膜炎ニ施ス手術ノ概要** 心臟機能ノ著シキ障礙ヲ被ラザル極メテ初期ノ場合ハ全身麻酔法「エーテル」ヲ施シテ手術ノ完全ヲ欲スルヲ得策トスルモ、既ニ心臟衰弱ノ徴アルモノニ於テハ局部所麻痺法ニ依ラザルヲ得ズ。皮膚消毒ハ沃度丁幾塗布法ヲ以テス。切開部位ハ原因病竈ノ不明ナルトキハ先ヅ正中線ニ於テシ、其分明ナル場合ハ先ヅ其部ニ適スル開腹創ヲ加ヘ、次デ病竈蔓延ノ程度及ビ方向ニ從ヒ更ニ第二第三ノ切開ヲ施スベシ、廣ク全腹腔ニ蔓延セルモノニ於テハ兩側腹及ビ正中ニ於テ大ナル三條ノ切開ヲ加フルヲ可トス。滲出物ハ注意シテ全部之レヲ拭除ス、又ハ加温セル鹽水ヲ以テ原因タル病變部ノ發見セラレシトキハ適宜之レヲ處置シ、穿孔部ノ閉鎖、瘻死腸管ノ切除、蟲樣突起切除等、茲ニ綿紗條ヲ挿入シテ周圍ヲ限界セシムベシ。膨滿セル腸管ノ創裂ヨリ脱出セルモノニシテ整理困難ナルトキハ腸管穿刺法ヲ施シテ瓦斯ヲ漏泄セシム。腹壁切開創ハ全部之レヲ開放セシムルヲ可トシ、創裂ヨリ腸管ノ脱出甚シク「タンポン」挿入ニ依リテ之レヲ壓護管或ハ綿紗條ヲ腹腔ノ各方向ニ就中兩側腹ニ向テ送入シ、其ハ原發病竈ニ挿入ス。且ツ各創裂ニ綿紗「タンポン」ヲ挿入シ、滲出物排除ノ自由ヲ圖ルベシ。極メテ初期ニ手術セラレ、未ダ膿性滲出物ヲ見ザルモノニ於テハ原病竈ノ處置例ヘバ蟲樣物ノ清拭ヲ終リテ後腹壁創ノ全部ヲ縫合閉鎖シ、猶能ク治癒ヲ望ミ得ベキハ泰西諸家ノ報告ニ見ル所ナリ。

**後療法** トシテ仰臥位ヲ命ジ上半身ヲシテ稍々高位ニアラシメ、一般状態特ニ心臟機能ニ注意シ、不良ノ徴候アルトキハ適宜之レヲ處置ス。又疼痛、嘔吐、尿閉等ノ對症療法ヲ加フ。腸管麻痺ニ因ル腸管不通ニ對シテハ「アトロピン」ノ注射法ヲ試ム、千倍「アトロピン」水〇・五立、嘔氣嘔吐全ク止ムニアラザレバ飲食物ノ攝取ヲ許サズ、煩渴ニ對シテハ食鹽水皮下注入法ヲ行フ。胃擴張ヲ徵スルトキハ洗滌法ヲ施スベシ。挿入セル綿紗條ハ逐日少許ヅツ拔去剪斷シ、五乃至一週ニ互リテ其全部ヲ去ルベシ、護謨管ノ除去モ亦之レニ倣フ。後日若シ限局性膿瘍ヲ生ズレバ適宜排膿ヲ圖ルベシ。

手術幸ニ奏効スルトキハ一般状態漸次恢復、苦痛逐日輕減シ、腹壁緊張去リ、瓦斯ノ放出開始シ、鼓腸

消散、尿利整調、自ラ便意ヲ催シ、食思ヲ恢復スルニ至ル。

瀰漫性腹膜炎ノ手術成績ハ手術家各々瀰漫性腹膜炎タルノ認定ヲ異ニスベキヲ以テ甲者認メテ限局性腹膜炎トナセルモノヲ乙者算スルコトアルガ如シ統計的ニ之レヲ算出シ、且ツ各人ノ成績ヲ對比シテ其正確ト公平ヲ得ルコト固ヨリ不可能ニ屬スルモ、一般ニ早期ニ施サルルニ從テ良ニ、時期遅ルルニ從テ不良ニシテ、炎症ノ腹膜炎ニ於ケル蔓延領域ガ比較的狭小ナル場合ハ良ニシテ、其大部ニ及ボセルニ從テ不良ナリ。又患者ノ年齢、榮養状態、原因疾患ノ種類及ビ病原菌ノ異同ガ之レニ與ルコト大ナルハ論ヲ俟タザルナリ。

2 急性限局性腹膜炎

Akute zirkumskripte Peritonitis.

或原發炎症性疾患ニ繼發スル腹膜炎ハ往往直ニ廣ク大部分ニ向テ蔓延スルモ、腹膜炎ニ於ケル炎症ハ容易ニ癒著ヲ起スノ傾向アルヲ以テ、亦好シテ癒著ノ爲メニ包裹セラレル限局性炎症ヲ起ス。限局性腹膜炎ノ原因ハ前節瀰漫性腹膜炎ノ條ニ記セル所ト異ナラズ、就中重要ナルハ蟲様突起炎ニ基因スル盲腸部腹膜炎後節「蟲様突起炎」參照及ビ婦人内生殖器ノ化膿性疾患ニ續發スル骨盤腹膜炎トス。「腸石症」ノ條ヲ參照スベシ症候 限局性腹膜炎ニ於テハ毒性産物ノ吸收、腹膜炎ノ刺戟現象共ニ輕度ナルヲ以テ、瀰漫性腹膜炎ニ比スレバ、徵候從テ輕易ナリ。限局性腹膜炎ニ於テモ其初期ニ於テハ廣ク全腹膜炎ノ刺戟症狀ヲ呈スルコト稀ナラズ、即チ廣汎性腹痛、嘔氣・嘔吐、腹壁緊張若クハ輕度ノ全腹部膨滿等ヲ現ハス。此等ノ症候ハ炎症ノ限局スルト共ニ輕減若クハ消散シ、炎症原發處及ビ其周圍ニ於ケル徵候漸ク顯著ナルニ至ル、即チ當該部ニ限局セル自發痛及ビ壓痛著シク、且ツ其部ニ硬結網膜、腸管等ノ炎症性腫大、及ビ腸管相互ノ癒著ヲ形成ス。硬結ハ顯著ナル結節狀ヲナスコトアルモ、多クハ境界不明ナル抵抗部ヲナシ、移動性ナク打診上濁音ヲ呈ス。化膿

シテ膿瘍ヲ生ズルトキハ波動ヲ徵知スベシ。此等ノ硬結若クハ膿瘍ハ體表ニ接シテ存在スルモノニアリテハ、觸診及ビ打診上容易ニ認知シ得ルモ、深在性ニシテ廣ク腸管ヲ以テ圍繞セラレルトキハ外部ヨリ全ク之レヲ探知シ能ハザルコト稀ナラズ。又多ク瓦斯ヲ有スル膿瘍ハ鼓性打診響ヲ呈スルガ爲メニ認定困難ナルコトアリ。腸管ハ患部近傍ニ於ケル關係ノ麻痺ヲ來スニ止ルヲ常トスルヲ以テ、風氣排泄及ビ排便ノ完全ナル杜絶ヲ來スコトナシ。腹筋ノ緊張若クハ腹壁膨出ハ通例病竈部ニ限局シ、爾他ノ部分ニ於テハ柔軟ニシテ容易ニ檢手ヲ以テ壓陷セシメ得ベシ。嘔吐ハ初期ニ於テハ多ク之レアルモ、後チ停止ス只病竈ニシテ胃ノ近傍ニアルトキハ長ク嘔氣・嘔吐ヲ連續スルコトアルノミ。又病竈ノ部位ニ關シ、排尿困難ヲ來スコト稀ナラズ。

全身状態ハ著シク侵サルコトナシ。只初期ニ於テ、腹膜炎刺戟ノ反射現象トシテ較著ナルコトアルモ其繼續久シカラズ、瀰漫性腹膜炎ニ際シテハ刻劇増劇スルニ反シ、之レニアリテハ漸次輕減スルヲ見ルベシ。顔貌及ビ顔色ニ著シキ異常ナク、呼吸亦甚シキ變化ヲ呈セズ、脈搏整強ニシテ其數増加スルモ甚シカラズ、體温ハ不定ナリ、著シキ影響ヲ被ルコトアルモ亦殆ンド全ク昇騰ナキコトアリ。意識ハ明快ナルヲ常トス。

限局性腹膜炎ニシテ漿液性若クハ纖維素性ノモノハ、甚ダ大ナル浸潤ヲ生ジ、且ツ滲出物ノ滯溜ヲ來セルトキト雖、能ク全ク吸收セラレ、自然治癒ヲ營ミ得ルコト疑ヲ容レズ。吾人ハ著大ナル硬結ノ治シテ全然痕跡ヲ止メザルニ至レル多クノ例症ヲ實驗ス。化膿性滲出物ト雖モ滯溜僅少ニシテ其病原菌ノ侵襲能力薄弱ナル場合ニ於テハ細菌ノ死滅ニ次テ全膿瘍ノ消散ヲ致シ得ルハ亦人ノ夙知スル所ナリ。然レドモ既ニ化膿性炎症ヲ呈セル多數ノ場合ハ容易ニ症徵ノ減退ヲ來サズ、放置セラレルトキハ却テ周圍ニ

向テ蔓延シ、或ハ廣大ナル膿瘍ヲ形成シ、或ハ更ニ瀰蔓性腹膜炎ヲ繼發セシムルノ危険アリ。又腹膜外結締織ニ向テ蔓延スルトキハ茲ニ瀰蔓性「フレグモノネ」ヲ發起シ、又肋膜・心囊等ニ向テ蔓延スルトキハ其化膿性炎症ヲ繼發セシムベシ。唯膿瘍ニシテ近圍臟器ノ管腔、例之腸管、膀胱、腔等ニ向テ破ルルトキハ、自然治癒ヲ營ムコトアリ。

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

膿瘍形成ノ診斷ハ本症治療上最モ必要ナル事項ニ屬ス。形成セラレタル硬結長ク消退ノ傾向ナク、却テ漸徐増大シテ疼痛加ハリ、往往硬結ノ一部ニ於テ顯著ナル膿瘍點ヲ微知スルコトアリ或ハ突然急劇ナル發育ヲ遂グルガ如キ場合ハ之レヲ疑フニ足ル、脈搏ノ性状及ビ數ハ亦膿瘍診斷ノ一助トナスベシ、體温ハ膿瘍ノ現存ニ當リテハ通例多少ノ昇騰ヲ來スモ、亦甚ダ軽度ノ熱候アルニ止リ、或ハ全ク影響ヲ被ルコトナク平温ヲ示スコト稀ナラザルヲ以テ、無熱ナルノ故ヲ以テ膿瘍ヲ否認スル能ハズ、之レニ反シ屢々發スル不規則ナル熱候或ハ長ク繼續スル弛張熱等ハ膿瘍形成ノ診斷上有力ナル證徴トス。病竈體表近部ニ存シ觸診上波動ヲ認ムルモノニアリテハ診斷確實ナリ。指頭明ニ波動ヲ知ルコトアリ又著明ナル硬結ノ中心ニ於テ限局セル特殊ノ軟性弾力性ノ部分トシテ之レヲ觸ルルコトアリ試驗的穿刺ハ確實ニ癒著ノ形成ヲ認知シ、腫瘤ノ上部ニ腸管ノ走行ナキヲ認ムル場合ニ於テハ、其領界ノ中央ニ向テ之レヲ施スヲ得ベシ、他ニ確診ノ根據ナキ時ニ於テ、能ク之レニ依テ膿汁ヲ證明シ得ルコトアリ。但シ罹患以外ノ腹腔ニ向テ膿竈ノ内容ヲ送り、或ハ又過テ腸管ヲ刺傷スルノ危険ニ就テハ充分戒ムル所ナカルベカラズ。

限局性腹膜炎ノ初期ニ於テ局部ノ微候未ダ顯著ナラズ、却テ一般症狀著明ニシテ、主トシテ全腹部ニ

互ル疼痛ヲ訴フルトキハ、瀰蔓性腹膜炎トノ鑑別困難ナルコトアリ。限局性腹膜炎ニアリテハ、期待的ニ處置シ、幸ニ化膿セザルトキハ、自ラ吸收セラレテ消散スルノ望アリ、瀰蔓性腹膜炎ニアリテハ、多クノ場合ニ於テ直ニ手術的療法ノ施行ヲ要ス。斯クノ如ク治療方針相馳背スルヲ以テ、其何レニ屬スルヤノ判定ハ實地上甚ダ重要ニシテ、吾人臨牀家ノ往往遭遇スル所ナリ。之レガ鑑別ニ就テハ前節瀰蔓性腹膜炎ノ條下既ニ之レヲ記述アリ。

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

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

#### 四 結核性腹膜炎

Peritonitis tuberculosa.  
腹膜結核 Tuberculosis peritonci.

腹膜結核ハ肋膜結核、腸結核・就中迴盲部結核、喇叭管結核等ノ蔓延ニ因リテ起リ、又肺臟、淋巴腺、骨、關

節、其他ノ結核ニ續發ス。原發性腹膜結核ハ稀有ニ屬ス。本症ハ少年期及ビ壯年期ニ多シ。

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

症候 腹部鈍痛或ハ軽度ノ發作性疼痛ヲ以テ初發徵候トナスモノ多ク、又腹水ノ發生ヲ以テ起ルコトアリ、猶又單ニ消化不良ノ故ヲ以テ醫門ヲ叩クモノアリ。熱候ハ輕微或ハ全ク缺クモ、末期ニ屬スルモノ、又ハ重キ他臟器ノ結核ヲ合併セルモノニアリテハ屢々弛張熱或ハ著シキ消耗性熱型ヲ呈ス。滲出物ハ或ハ全腹部ニ之レガ滯溜ヲ見ルコトアリ、或ハ癒著ノ結果包裹セラレテ限局性ナル場合アリ。癒著性ノモノハ種種ナル腫瘤、硬結若クハ抵抗部ヲ形成ス。腹部膨滿ハ滲出性ノモノニ於テハ甚ダ著明ナルモ、癒著性ノモノニアリテハ著シカラズ。腹痛ハ概ネ輕度ニ之レヲ徵スルノミ。腸胃症狀ハ不定ナルモ好シク慢性消化不良、便秘若クハ下痢等ヲ來ス。又癒著ニ因ル腸管ノ屈曲・絞窄等ハ其狹窄或ハ閉塞ノ原因ヲナス。腸管ノ狹窄或ハ閉塞ノ症狀ヲ初發トシテ發病スルコトアリ。又膿瘍腹壁ニ向テ破開シ瘻孔ヲ生ズルコト稀ナラズ。膿瘍腹壁ニ破レ同時ニ腸管ヲ穿破

腹膜結核ノ爾他結核ニ對スル頻度ノ比較 (Schlimpert 1911)

女子結核屍二一七三中

肺	八〇・三
腸	三・三
腹・管	四・九
生殖器	三・三
骨	二・五
心	二・二
泌尿器	一・四

本症ノ經過ハ甚ダ慢性ニシテ、漸次衰弱ニ陥リ、或ハ併發セル爾他臟器結核ノ爲メニ斃ル。又混合傳染、穿孔性腹膜炎、器械的腸管閉塞症及ビ高度ノ腹水ノ器械的作用等ニ因テ死ノ轉歸ヲ取ルモノアリ。診斷 好發年齡ノ者ニ於テ、漸次増加スル腹腔内滲出物ヲ生ジ、結核ノ遺傳アルモノ、若クハ既往ニ於

テ胸部或ハ骨盤内臟結核ノ病徵ヲ經過セルモノニアリテハ本症ヲ疑フベク、診斷多クハ容易ナルモ、他部ニ結核病變ノ徵知スベキモノナク、殊ニ患者高年ナルトキハ甚ダ困難ナルコトアリ。

鑑別 一慢性滲出性腹膜炎ニシテ稀ニ非結核性ノモノアリ、良性ニ屬スルモ、亦滲出物ヲ生ジ、漸徐ニ増進スル腹部ノ膨滿ヲ呈ス、自覺的症狀輕易ニシテ、容易ニ腹膜結核ト判別シ難シ。斯ノ如キモノニアリテハ内科的處置モ、經過性再容易ニ吸收セザルモノハ寧ろ疑フ結核ニ置キ、開腹手術ヲ施スベシ。二肝臟硬變症ハ高年者ニ發ス、殊ニ嗜酒家ニ多シ、肝臟ノ硬化萎小ヲ來シ脾臟ノ腫大ヲ呈ス。腹水ハ全腹腔ニ互リ、特種ノ硬結

腹膜結核ト合併セル他臟器結核ノ統計

合併セル結核	König		Albrecht	
	男	女	男	女
肺	九〇・七	九四・七	八二・九	八〇・三
腸	五三・五	六五・八	四二・四	三九・五
腎	五九・八	四七・四	二〇・七	二〇・七
助	三三・二	三六・八	六〇・〇	四四・一
粟	三三・二	四七・七	三三・三	三三・三
生	九・三	四四・七	三・三	三・三
腸及生殖器	四・七	三三・二	三・三	三・三
腺	四・七	三三・二	三・三	三・三
肝	四・七	三三・二	三・三	三・三
脾	四・七	三三・二	三・三	三・三

腫瘍等ヲ觸レズ。又壓迫痛及ビ自發性腹痛ナシ。三腹腔内腫瘍 癒著性腹膜結核ニシテ腫瘤ヲ形成スルモノハ、癌腫其他ノ充實性腫瘍ト鑑別ヲ要シ、限局性包裹性滲出物滯溜ヲ有スルモノニアリテハ癒著セル囊腫性腫瘍ト誤診スルコトアリ。四他ノ原因ニ因リテ發スル腹膜炎、癒著性慢性腹膜炎 Peritonitis chronica adhasiva) 腹腔内ニ於ケル種種ナル炎症性疾患 蟲癩突起炎、膽囊炎、喇叭管炎、卵巢炎等、外傷、手術ノ結果、若クハ異物等ニ因テ生ズル腹膜炎癒著ハ不定ノ腹部鈍痛、痙攣發作、便通不整等ノ原因ヲナシ、本症ノ癒著性型ト誤診セララルコトアリ、既往病歴ニ注意スベシ。

豫後 腹膜結核其モノハ必ズシモ不良ナラズ、既ニ非手術的治療法ヲ以テ治癒ヲ見ルコトアリ。又適

當ナル時期ニ於テ外科的處置ヲ施ストキハ、或種類ニアリテハ、能ク著効ヲ奏ス。就中滲出性ノモノハ比較的良ナリトス。膿性滲出物アルモノハ不良、幼者ハ成年者ニ於ケルヨリモ良ナリ、他臓器ニ於ケル進行セル結核ノ併存ハ本症ノ豫後ヲ不良ナラシム。

療法 日光・空氣・滋養等ニ關スル一般的治疗法ノ勵行ヲ必要トス。又レントゲン療法、日光療法、加里石鹼塗擦、「ツベルクリン」療法等効アリ。第三篇中「外科的結核」ノ療法ヲ參照スベシ。腹部ニ向テハ「メシタ」水・肝油等ノ療法好シテ用ヒラル。

腹膜結核ニ施ス外科的手術ハ診斷ノ目的又ハ單ニ滲出物除去ノ爲メニ行ハレ、或ハ原發病竈ヲ有スル臓器ノ除去若クハ偶發セル腸管不通症ノ治療等ニ施サルノミナラズ、亦全ク腹膜結核自己ニ對スル療法トシテ實行セラレモノトス。

開腹術ガ腹膜結核ニ對シテ奏効スル原因ハ、人ノ唱フル所甚ダ區區ニシテ、或ハ滲出物ニ因ル壓迫ノ除去ニ因ルト云ヒ、或ハ滲出物ヲ去リテ其内ニ有スル毒物ヲ去ルニアリトシ、或ハ手術時ノ腹膜刺戟ニ重キヲ置キテ、之レヲ空氣ノ作用ニ歸シ或ハ日光ノ力ナリトシ或ハ單ニ人工的刺戟ガ自然治愈ノ原因ヲ允進セシムルニアリトナス。サレド其起因ノ如何ヲ問ハズ、開腹術ノ治療的効力ハ專ラ腹膜ノ血行循環ヲ旺盛ナラシメ、吸收力ヲ促

腹膜結核ノ轉歸ノ統計  
患者總數六二四名ニ  
就キ小山善氏ノ調査  
日本外科學會  
編六六頁所載  
手術患者二二九名

治癒	輕快	不治	死亡	不明
六六 乾性 一〇	四 濕性 三	一五 濕性 二	二八 乾性 二〇 濕性 八	二 乾性
二六・七〇%	六・七〇%	二四・〇〇%	四四・八〇%	二・三三%

表中死亡中手術ニ因ル者二〇(八・七%)ニシテ他ハ皆合併症ノ爲ニ死シタル者ナリ

治癒	輕快	不治	死亡	不明
五九 乾性 二	四七 乾性 一	一〇 乾性 一	一七 乾性 一	一 乾性
四七・二二%	三九・〇〇%	一〇・〇〇%	一四・四四%	一・一〇%

進セシムルニアリトハ多クノ學者ノ一致スル所ナリ。

腹膜結核ニ施ス開腹術

臍恥骨縫際間ノ白條ニ於テ、七乃至一〇仙達ノ切開ヲ加ヘ、滲出物ヲ流出セシメ、滲出物ハ徐徐ニ之レヲ行フベシ一時ニ大量ヲ漏ストキハ急劇ニ腹壓ヲ減ゼシメ循環機能ニ不良ノ影響ヲ與フルノ虞アリ且ツ殺菌布ヲ以テ普ク腹腔ヲ拭淨シ特ニ兩側腹及ビ骨盤腔ニ注意ス後チ腹壁ヲ縫合閉鎖ス。腹腔ヲ開クニ當リテハ腹ニ腸管ト腹壁腹膜トノ癒着ニ注意シ、癒着アルトキハ注意シテ之レヲ剝離ス。剝離不可能ナルトキハ其所ヲ避ケ他ノ部分ニ於テ腹腔ニ達センコトヲ圖ルベシ。過テ腸管ヲ破傷スルトキハ急性化膿性腹膜炎ヲ發スルノ危險アリ、又長ク癒着ヲ後胎セシムルノ不幸ヲ來スベシ。腹腔ヲ閉鎖スルニ先チ、腹腔ニ「カンフル」油或ハ「グリセリン」ヲ注入若クハ塗敷シ、又或ハ腹壁腹膜ニ向テ沃度丁幾塗布ヲ應用スルモノアリ。手術後一時滲出物再ビ滲溜スルコトアルモ、後チ漸次吸收スベシ。吸收遲延スルモノニアリテハ時宜ニヨリ再手術ヲ試ム。

一般ニ手術ハ滲出性型ノモノニ効多ク、瘰癧性ノモノニ對シテハ手術困難ニシテ奏効少ナシ。

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

腹膜結核ニ對スル開腹術ノ効果  
E. Teichman (1912) 九箇年間ニ及ビ觀察セラレタル五十手術例ノ轉歸

治癒	輕快	不治	死亡
三八 乾性 一	一六 乾性 一	三三 乾性 一	一三 乾性 一
一六・六%	二・二%	三三・三%	五〇・〇%

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

クルテル氏 Hirtel は多數ノ文献ニ基キテ腹膜結核ヲ説キ其療法ニ就テ次ノ如ク結論セリ。 *Ergänzung der Chirurgie u. Orthopädie B. VI*

- 一 腹膜結核ニハ他ノ外科的結核ニ於ケルト等シク、有力ナル衛生的及ビ攝生的一般療法ヲ必要トス。能クベクンバ轉地療養殊ニ高山療法ノ持久ヲ望ム。
  - 二 次ノ場合ハ直接生命ノ危険アルガ爲メニ手術ノ適應症ヲナス。即チ高度ノ腹水、腸管不通症、穿孔性腹膜炎、熱性膿瘍ノ形成トス。
  - 三 滲出性型ノモノハ初發期ニ於テハ保存的ニ處置シ、只必要アラバ穿刺法ヲ施スニ止ム。腹水長ク依然タルトキハ開腹術ヲ施シテ治癒ヲ促進セシメ得ベシ。
  - 四 癒著性型ノモノニモ亦先ヅ保存的療法ヲ施スヲ至當トシ、此種類ニ對シテ手術的療法ハ、或者ハ之レヲ禁忌ナリトシ、或者ハ却テ之レヲ推奨ス。若シ之レヲ行ハントセバ最モ慎重ナルヲ要ス。
  - 五 潰瘍性型ノモノハ其後殆ンド絶對的ニ不良ナリ。
  - 六 手術後モ亦一般的療法ヲ必要トス、(一)ニ記ス所ニ從ヒ全治ニ至ルマデ之レヲ繼續スベシ。
- 小山善氏ハ六百二十四名ノ腹膜結核患者ニ就キテ調査シ、次ノ如ク結論セリ。
- 一 男女。男子ヨリ女子ニ多シ、殊ニ手術患者ニ於テ然リ。然レドモ Koenig 氏等ノ表ニ比スレバ其差著シカラズ。二年齡。十七乃至二十六ノ十ヶ年ニ於テ最モ多ク、而シテ幼キ者一年六ヶ月ヨリ老ヒタル者六十八年ニ至ル。
  - 三 職業。概シテ坐業者ニ多ク、勞動者ニ少ナシ。
  - 四 遺傳。有ル者少ナク、無キ者多シ。
  - 五 合併症。肺及ビ胸膜ノ結核多ク、腹膜近圍臟器ノ結核ハ比較的少ナシ、就中腸管ノミノ結核ハ甚ダ稀ナリ。
  - 六 乾濕二性。總數ヨリ云ヘバ乾性多ク、手術患者ノミニ就テハ濕性多シ。

七 經過。腸ノ狹窄及ビ閉塞ヲ起シタルモノハ稀ナレドモ、穿孔ハソレニ比スレバ稍々多シ。殊ニ膈部及ビ膈間ニ膿孔ヲ生ジ易シ。

八 手術。單純切開ニ止メシモノ多シ。

九 手術成績。治癒輕快ヲ合算シテ六六・四%、又手術ニ因ル不幸ノ轉歸ハ八・七%。

一〇 合併症モ手術ニ依テ多クハ治癒輕快ニ赴ク。

一一 術後ノ糞瘻ハ僅ニ三・一%ニ過ギザレバ敢テ杞憂ヲ要セズ。

一二 非手術患者ト雖、其二六・八%ハ治癒及ビ輕快スルヲ見ル。

内科學者中切リニ外科的療法ヲ非難シ、或ハ糞瘻ヲ遺スト云ヒ、或ハ衰弱ヲ促スト稱シ、其シキニ至リテハ有害無効ナリト絶叫スルモノアリ、之レ各自専門ノ所信ヨリ、斯クアルベキ理ナリト雖、前述ノ統計ニ由リテモ手術有効ノ一般ヲ知ルニ足ル。然レドモ元來本病ハ手術ヲ施サザルモ自然ニ治癒スルコトヲ得ル病ニシテ、前表ニ據ルモ二六・八%ハ治癒或ハ輕快セルヲ見ル、故ニ余ハ進ンデ外科的手術ヲ行フト雖、只ニ手術ノミヲ以テ強イテ偉効ヲ希フモノニアラズ、即チ之レニ由テ自然治癒ヲ補助セント欲スルノミ。故ニ手術ヲ行フニハ患者ノ選擇ニ注意ヲ要スベキモノナルヲ信ズ。 日本外科學會誌第六卷附録

### 五 腹水 Aszies.

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

症候 少量ノ腹水ハ之レヲ診知スルコトヲ得ズ。腹水ノ主徴ハ體位ノ變換ニヨリテ位置ヲ變ズル濁音、體位變換ニヨリ其形ヲ變ズル腹部膨隆、仰臥位ニ於テハ側腹部著シク膨出シテ此部分濁音ヲ呈シ腹壁ノ前面扁平トナリ此部分鼓音ヲ呈ス。起座スルトキハ腹部ノ下半部膨滿シ此部分濁音ヲ呈ス。

及ビ波動ノ觸知トス。腹水瀦溜増加スルニ從ヒ腹部膨隆及ビ濁音界漸次増大シ、皮膚ノ緊張甚シク、臍ハ其凹窩ヲ失ヒ、或ハ却テ「ヘルニア」狀ヲナシテ前方ニ膨出ス。高度ノ腹水ニアリテハ爲メニ横膈膜舉上セラレ、心悸亢進、呼吸困難及ビ「チアノーゼ」等ヲ發スルコトアリ。

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

鑑別 一 鼓腸ニ因ル腹部膨滿ハ體位ニヨリテ其形ヲ變ゼズ、腹部ノ中央最モ膨出スルヲ常トス、波動ヲ觸レズ、打診上鼓音ナリ。二 腹膜結核ノ滲出物ハ比重大ニシテ蛋白含量多シ、即チ比重一〇一八以上ニシテ蛋白量ハ四乃至六%ニ達スルモ、腹水ニアリテハ比重一〇一五以下ニシテ蛋白含量通例一%以下ニ止リ、其多キモ三%ヲ出デズ。腹水ハ熱發ナク、疼痛ヲ訴ヘザルモ、腹膜結核ニ於テハ熱候ヲ伴フ場合多ク、且ツ疼痛ヲ訴フルコトアリ。又腹膜炎性滲出物ハ移動性乏シク、或ハ全ク濁音界ノ變化ヲ認メザルコトアリ。三 卵巣囊腫ハ仰臥位ニ於テモ、膨隆セル腹部扁平ナルコトナク、常ニ前方ニ突出ス。其腹部膨隆ハ往往不平等ニシテ、凸凹ヲ見ルコトアリ。臍ハ上方ニ轉位スルモ、消失又ハ膨出ヲ呈スルコトナシ。濁音界ハ仰臥位ニ於テモ前面ニアリ、位置ノ變換ニヨリテ打診界ヲ變ズルコトナク、或ハ多少之レアルモ僅微ナリ。明ニ波動ヲ觸知スルコトアルモ、濁音界内ニ限ラル。腹水ニアリテハ濁音界ノ内外ニ互ル。内診上、子宮ハ側方ニ偏倚シ、且ツ多クハ上昇ス。腹水ニアリテハ子宮下降シ腸管壓消失ス 卵巣囊腫ノ穿刺液ハ比重高ク(一〇一八以上) 濁ヲ呈シ、多クハ濃稠ニシテ屢、粘稠牽縷性ナリ。

豫後 原因疾病ノ如何ニ關ス、腹水ヲ發セシムル疾病ノ多クハ豫後不良ナルモノトス。

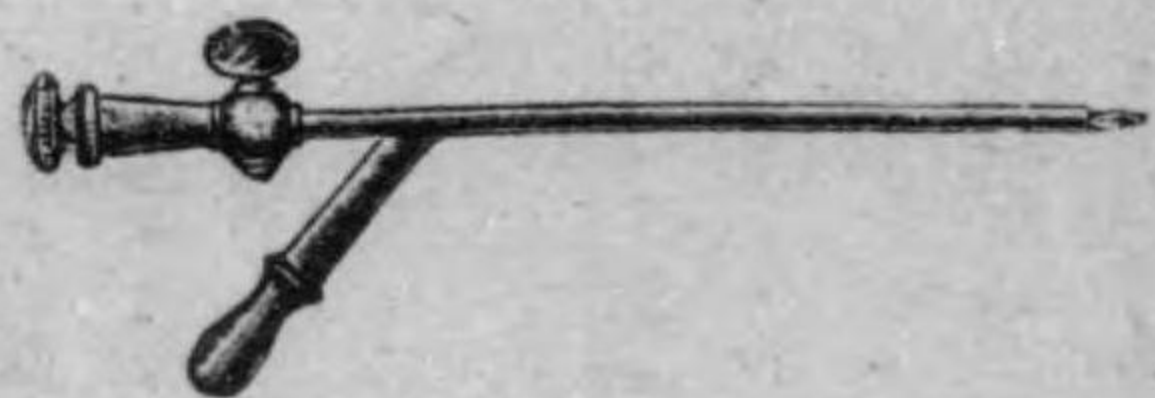
療法 一 原因的療法ヲ必要トス。二 内科的療法トシテハ、全身狀態ニ注意シツツ、緩和ナル利尿劑

發汗劑、緩下劑等ヲ投ジ、飲料ヲ節減セシムベシ。三 手術的療法ニニアリ、一ハ穿刺シテ排液スル法ニシテ、一ハ門脈系ノ鬱血ヲ他方面ニ誘導スルヲ目的トスル手術(就中タルマ氏手術)トス。

腹水穿刺術 *Punktion des Ascites.*

1. 應示症 内科的療法奏効セズ、腹水益々増加シ、胸腔壓迫ニ因リ呼吸及ビ心臟機能ノ障礙ヲ呈セルトキニ於テ之レヲ施ス、要アラバ之レヲ反復ス。2. 準備 患者ヲシテ坐位又ハ半坐位ヲ取ラシムルヲ便トス、又側臥位ニ於テナスベキコトアリ。術前膀胱ヲ空虚ナラシム、術中ノ異變ニ備フル爲メ赤酒及ビ注射用「カンフル」油等ヲ用意ス。穿刺部位ハ白條ニ於テ臍ト恥骨縫線上縁トノ中央、或ハ左臍線ノ中央ニ之レヲ選ビ、嚴ニ消毒シ、穿刺部ニ局所麻痺法ヲ施ス。器械ハ側方ニ排液管ヲ備フル細キ套管針(第二百一十一圖)ヲ用ヒ、膿液ヲ抽出ス 其側管ニ護膜管ヲ附シ、之ヲ容器ニ導クベシ。穿刺排液ニヨリ腹壓低ニ減ジ、腦貧血ヲ起スコトアリ、之レヲ防グ爲メ、木綿腹帶ヲ用意シ、穿刺部ノ上ヲ廣ク緊縛ス。3. 術式 打診上濁音界ヲ定メ、又疑ハシキトキハ、豫メ小注射器ヲ用ヒ試驗的穿刺ヲ行ヒテ之レヲ確定シ、次デ套管針ヲ右手ニ取り刺入ノ深サ<sub>腹壁ノ厚薄ニヨリテ異ナルモ、通例三四仙迷トス</sub>ニ相當スベキ部分ニ示指尖ヲ添ヘテ目標トナシ、(第二百一十圖)先ヅ針尖ヲ前ニ選定セル刺入點ニ接セシメ、腹壁ニ對シ鉛直ニ套管針ヲ置キ少シク強力ヲ用ヒテ腹壁ヲ穿通セシメ、腹腔内ニ刺入ス。(皮膚鞏硬ナルトキハ豫メ刺入部ニ刀尖ヲ以テ細小ナル切開ヲ施スヲ便トス)次デ套管針ノ針ヲ除去スルトキハ則チ液ノ流出ヲ見ル。液ノ流出ハ徐徐ナルヲ可トス。排液ニ從ヒ腹壁ノ緊張漸次減退ス、腹部膨滿ノ退縮ニ從ヒ前ニ裝用セル腹帶ヲ徐ロニ緊縛スベシ。液ノ排出止ムトキハ管ヲ拔去シ、穿刺孔ニハ細キ絹絲ヲ用ヒ一針縫合ヲ施シテ之レヲ閉鎖シ、小綿紗片ヲ貼シテ絆創膏ヲ以テ固定シ、猶壓抵腹帶ヲ施スベシ。

圖 一 十 二 百 二 第  
針管套用刺穿水腹





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

### 六 横膈膜下膿瘍 Subphrenischer Abscess.

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

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

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

診斷 本病ノ原因タリ得ベキ腹部疾病ノ證明、熱候、疼痛、濁音界等ニ據リ診定スベキモ、局部症候全ク

不明ニシテ長ク診斷ノ正鵠ヲ得ル能ハザルコト稀ナラズ。化膿ヲ證スルニ足ルベキ熱發アリテ、其病電ノ不明ナルトキハ常ニ本症ニ一顧ヲ要ス。試驗的穿刺ハ診斷上必要ナリ、穿刺針ハ長キヲ選ミ、背側濁音界ニ於テ過敏ナル部分ヲ選定ス。膿汁中膿汁、瓦斯、包蟲、鈎等ヲ有スルコトアリ又レントゲン線診斷ヲ施シ著明ノ影像ヲ認知スルコトアリ。

鑑別 一 膿胸、右側膿胸ト同側横膈膜下膿瘍トハ屢々誤認セラシ、特ニ兩者ノ兼發ニアリテハ本症ハ閑却セラレ易シ。此兩症ノ鑑別資料次ノ如シ。(a) 既往症ニ於テ原因トナルベキ疾病ヲ異ニス。(b) 横膈膜下膿瘍ニ於テハ肝下界ノ降下著明ニシテ、胸部ニ於ケル濁音界ノ上界ハ上方ニ凸彎スル弧形ヲ呈ス。膿胸ニアリテハ、其境界線ハ水平若クハ側胸ヨリ脊柱ニ向ヒテ昇ル斜線ニ一致スルコト多シ。本症ニ於テハ肺呼吸音ヲ聴取シ得ル部分ト濁音界ニ於ケル呼吸音ナキ部分トノ境界比較的明瞭ナルモ、膿胸ニ於テハ通例明確ヲ缺キ漸次相移行ス。(c) 肺臟壓迫ニ基因スベキ呼吸障礙ハ膿胸ニ於テ著シク、本症ニ於テ輕微ナリ。(d) 試驗的穿刺ヲ下部肋間ニ施シテ膿汁ヲ證明シ得ルトキハ病電何レニアルカヲ判明シ難キコトアリ、刺入セル針ノ横膈膜ヲ穿刺セル場合ノ感覺及ビ横膈膜ヲ刺セル針尖ハ呼吸運動ニ伴フ動搖ヲ呈スルコトヲ以テ其横膈膜ノ上下何レニアルカヲ區別スベシ。但シ肥厚セル肋膜ハ亦之ニ刺入セラレタル針ヲ運動セシメ得ルコトアルヲ以テ注意スベシ穿刺針ノ淺キ部ニ於テ漿液ヲ得、深ク進メタルトキ膿汁ヲ得ルハ漿液性肋膜滲出物ヲ兼スル横膈膜下膿瘍ノ徵トス。一般ニ深ク刺入シテ五六仙初メテ膿腔ニ達スルハ横膈膜下膿瘍ナルコト多シ。(e) レントゲン線斷ニ於テ、陰影ノ上界穹窿ヲ呈シ、呼吸運動ニ伴フ上下動著明ナルモノハ本症ニシテ、其上界直線ニ近ク運動ヲ缺クモノハ膿胸ナリトス。二 肝臟膿瘍及ビ化膿セル肝包蟲腫等トハ打聽診上ノ所見、穿刺等ノミニテハ區別シ難シ、爾餘ノ症狀ニ注意スベシ。猶此等疾病ノ條下ノ参照ヲ要ス

豫後 放置セララル時ハ通例不良。手術的療法ノ豫後ハ專ラ原因的疾患ノ如何ニ關ス。

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

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

### 七 肝臟膿瘍 Leberabscess.

肝臟膿瘍ハ血行特ニ門脈系統或ハ淋巴性轉移就中胃及ビ腸ノ潰瘍、蟲積突起、膽囊炎、肝臟炎、內生殖器ノ化膿性疾患、膿毒症等ニ因テ發起シ、又膽石症、肝包蟲腫等ニ繼發スルコトアリ。其他熱帶地方ニ於テ發スル特發性肝臟膿瘍アリ、此膿ニハ往往赤痢、メーバララ證明シタリ又外傷ヲ誘因トシテ生ズルコトアリ。

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

診斷 鑑別 一 肝包蟲腫ニアリテハ膿瘍ニ比シ壁ノ緊張著シ。二 膽囊水腫及ビ同膿腫ニシテ固有ノ長圓形腫瘤ヲ呈シ、猶移動性アルモノハ鑑別ニ困難ナキモ、既ニ癒着ヲ呈シ且ツ境界顯著ナラサルモノニアリテハ肝下縁ノ限局性膿瘍トノ鑑別往往困難ナリ、既往症ニ注意ス。三 横膈膜下膿瘍トノ判別亦甚ク難キモノアリ、肝前縁ノ觸診的變化、黃疸發生等ニ注意ス。四 腎臟水腫、腎臟膿腫等トハ既往症

結腸膨滿試験、膀胱鏡検査等ニ依リテ區別ス。五、肋膜炎、性滲出物、ニ對シテハ、背部ニ於ケルヨリ前面ニ於テ濁音界高ク其上方ニ向テ穹窿形ヲ呈シ、且ツ呼吸運動ニ因ル濁音界ノ移動著明ナルノ別アリ。其他、腹壁膿瘍、脾膿腫、間歇熱等ト誤診スルコトアリ。

豫後 手術的療法ノ奏効スル場合ノ他殆ンド常ニ不良。

療法 切開排膿ヲ企ツベシ。

肝膿瘍ノ切開 全身状態ノ如何ニ從ヒ、或ハ全身麻醉法或ハ局所麻痺法ヲ施ス。切開部位ハ膿瘍ノ位置ニ從ヒ、或ハ肋骨弓下ニ於テ斜ニ、或ハ正中線ニ於テ縱ニ、或ハ腰部季肋下ニ於テ横ニ之レヲ施ス、又季肋ノ切除ヲ行フベキコトアリ。膿瘍壁既ニ腹壁ニ癒著セルトキハ直チニ切開排膿スベキモ、其癒著ナク腹腔ヲ隔テテ肝臟ノ表面存セルトキハ、膿汁ノ腹腔内流入ヲ防止スル爲メ、好シク二次的切開法行ハル。即チ初回ニ於テ、切開セントスル部分ノ肝臟面ヲ露出セシメ、此部ニ綿紗ヲ被ヒ肝表面ト腹膜トノ癒著スルヲ待チ、兩三日ノ後、切開排膿ス。此二次的切開ノ期間ヲ待ツ能ハザルモノニアリテハ、肝面ト腹膜トノ間ニ綿紗ヲ挿ミテ腹腔トノ交通ヲ斷チ或ハ數絲ヲ置キテ兩者ヲ縫著シ、先ヅ吸引器ヲ以テ成ルベク大部分ノ膿汁ヲ排除シ、後チ切開ヲ加ヘテ排膿管ヲ挿入ス。横膈膜ヲ開キテ膿瘍ニ達スルノ必要ニ遭セルトキハ、上記横膈膜下膿瘍ノ切開法ニ倣ヒテ之レヲ施スベシ。

### 八 肝臟包蟲腫 Echinokokkus der Leber.

肝臟包蟲腫ハ通例單房性ニシテ、稀ニ多房性囊腫ヲ形成ス。

症候 自覺症ハ初期ニ於テハ全ク之レヲ缺キ、囊腫ノ増大ニ從ヒ腹部膨滿及ビ緊張、鈍痛、消化障礙等ヲ發シ、猶腫大愈々加ハルニ及ビ腹胸臟器ノ壓迫症狀ヲ呈ス。肝臟腫大ハ包蟲腫發生ノ部位ニ由リ早

期既ニ之レヲ觸ルルコトアルモ、或ハ長ク潜在スルコトアリ。包蟲腫ニヨル肝臟ノ腫脹ハ或ハ全般的ノコトアルモ、又部分的腫脹ヲ現ハスニ止ルコトアリ、限局性腫脹ヲ呈スル場合ニ於テハ、球形ニシテ表面平滑、弾力性緊張ヲ有スル腫脹ヲ形成ス。其大ナルモノニアリテハ明カニ波動ヲ觸レ、又内容ノ振顫ヲ觸知スルコトアリ。肝ノ腫大ハ往往甚ダ高度ニ達シ、殆ンド全腹腔ヲ領スルニ至ルコトアリ。黄疸ハ稀ナリ。囊腫ニシテ門脈ヲ壓迫スルノ位置ニアルトキハ腹水ヲ起ス。

經過 慢性ニシテ數年・十數年ニ亙ルコトアリ。經過中ノ異變ハ囊腫ノ化膿及ビ腹腔・腸・胃・膽道・胸膜腔・肺臟・心囊等ニ向テスル破開トス。化膿セルトキハ發熱アリ劇痛ヲ起シ迅速ニ衰弱ス、又化膿性腹膜炎ヲ惹起スルノ危険アリ。腹腔内ニ破ルルトキハ、毒素ノ吸收ニ因リ俄ニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ、又包蟲ニ因ル慢性腹膜炎ヲ誘發ス。

多房性包蟲腫ハ稀ナリ、此種類ニ於テハ硬固ナル腫瘤ヲ形成シ、波動ナク、壓痛アリ、腹水及ビ黄疸ヲ起シ、脾腫ヲ呈ス。

診斷 包蟲腫發生ノ部位ニヨリテ難易アリ、内部ニ存スルモノハ容易ニ診斷シ難ク、表面ニ近ク、殊ニ前縁ニ發生セシモノニアリテハ固有ナル腫瘤ノ觸知ニヨリテ診斷困難ナラズ。患者ニシテ犬簇ニ親接スルノ事實ハ診斷ノ一助ヲナス。

鑑別 他疾患ノ肝臟腫大ニ對シテハ、自覺症及ビ全身症狀ノ缺如、或ハ多少之レアルモ其僅微ナルコト緩慢ナル經過、腫瘤ノ表面平滑、球形、其弾力性及ビ波動等ヲ以テ區別ス。多房性包蟲腫ハ肝臟癌腫ト誤ルコトアリ。膽囊水腫ハ肝前縁ニ發セル包蟲腫ト區別シ難キコトアリ、其位置、固有ノ形狀、既往ノ膽石症狀等ヲ以テ判別ス。其他脾膿腫、脾膿腫・右側腎水腫等ト誤診スルコトアリ。化膿セルモノニアリテハ

横、膈膜下膿瘍及ビ他ノ原因ヨリ來レル肝、膿瘍トノ區別困難ナリ。

包蟲腫ノ内容液ハ清澄無蛋白ノ液体ニシテ、琥珀酸、食鹽等ヲ證明シ、猶固有ノ包蟲鉤及ビ層膜片ヲ含有ス。試験的穿刺ヲ行ヒテ之レヲ得ルトキハ診斷確實ナルモ、此法ハ其内容ヲ腹腔ニ漏シ、腹膜傳播ヲ發起セシムルノ危険アリ、其成績陽性ナルトキハ直チニ手術ヲ決行シ得ルノ準備アル時ニノミ施サル。豫後 直接生命ノ危険ナキモ外科的治療ニ頼ルニアラザレバ治癒セズ。化膿シ或ハ破開セルトキハ不良トス。

療法 手術的治療法アルノミ。二次的切開法ヲ施スヲ安全トス。即チ初メ腹壁ヲ開キ、七日乃至十日後、肝臓表面ガ腹壁ニ癒著スルヲ待チ、囊腫ヲ開キテ内容ヲ去リ、排液管ヲ挿入ス。爾後ノ經過ニ於テ囊腫ハ漸次收縮シ、包蟲膜ハ脱落シ、終ニ空洞全ク閉鎖ス。穿刺後膿液ヲ注入スル法アリ、奏効絶無ニアラザルモ確實ナラズ、却テ危害多シ

### 九 膽石症 Cholelithiasis.

膽石症ハ膽囊ノ炎症及ビ膽汁鬱滯ニ因テ發ス。誘因トシテハ膽道壓迫ヲ致スベキ諸病、膽道内ノ寄生蟲竄入、腹部緊迫・就中「ホルセツト」ノ裝用、妊娠、坐業、美食逸居等ヲ舉グベシ。本邦ニ於テ膽石症ハ歐米ニ比シ遙ニ少ナシ。男女ノ關係ニ就テ三宅速博士ノ統計的調査ノ結果ニヨレバ、本邦男女屍體ノ膽石百分率ハ、獨國ノ其レニ比シ兩性共ニ遙ニ低率ナルモ、特ニ女子ニ於テ著シク、男女ノ比率ハ獨國ニ於ケルガ如キ大差ヲ見ズ。Archib.氏ノ統計ニ據レバ男四、五 %對女二〇、六 %即チ一對四・七ナリ 本邦ニ於テモ泰西ト同様ニ男子ノ女子ヨリ寡ナキハ爭フベカラザル事實ナルモ、其對比ハ約一ト一・五六、即チ男二人ニ對シ女三人強ノ比ナリト。本症ハ四十歳以後ニ於テ多シ。

症候 結石膽囊内ニ存シ繼發症無キモノハ全ク症候ヲ現ハサズ、或ハ之レヲ呈スルモ甚ダ輕微ニシテ僅ニ右肋骨弓下壓重ノ感若クハ鈍痛、胃腸障礙、反射的症狀ト認ムベキ精神過敏・鬱憂・頭痛等ヲ訴フルニ過ギズ。膽囊炎 Cholecystitis 加答兒性、化膿性、壞疽性、腐敗性等ノ別アリ 膽囊周囲炎 Pericholecystitis 膽囊穿孔 Perforation 炎症性腫脹若クハ結石ノ挿入ニ因スル膽囊管閉鎖ノ結果トシテ誘發セラルル膽囊水腫 Hydrops 及ビ膽囊膿腫 Empyem 或ハ總輸膽管閉鎖 Cholecholelithiasis 等ヲ來ストキハ爰ニ顯著ニシテ特有ノ症候ヲ現出ス。即チ疼痛特ニ痙攣發作(膽石痛)、熱發、腫瘤形成、黃疸、肝臟腫大等トス。

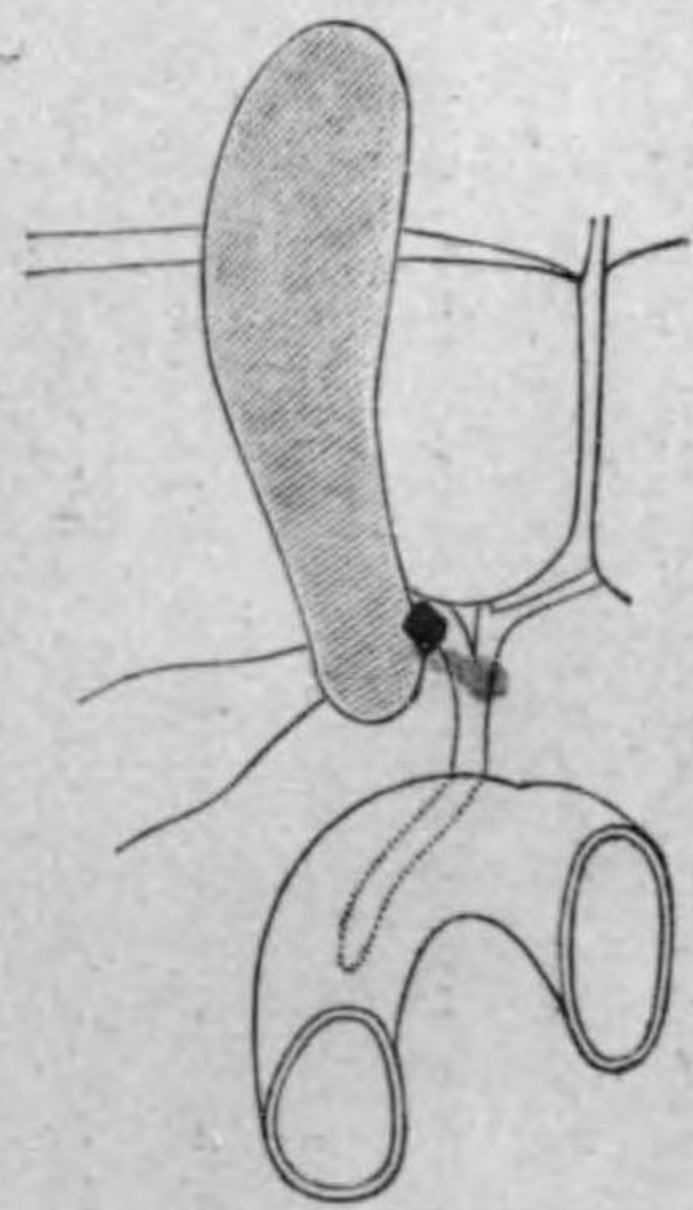
膽石痛 Gallensteinkolik ハ膽石ガ膽道ニ入り之レヲ通過スルニ際シ、其機械的刺戟、殊ニソレニ因スル膽道炎症ノ刺戟症狀トシテ發スルモノニシテ、或ハ突發シ、或ハ前驅症狀 違和、膽囊部若クハ胃部壓重消化障礙等 ヲ以テ來リ、上腹部ニ於テ峻烈ナル痙攣性疼痛ヲ發起ス。疼痛ハ肝臟部、右肩胛部、背部、薦骨部、稀ニ下腹部ニ放散シ、其持續ハ數分間ニ止ルコトアリ、又數時間或ハ其以上ニ互ルコトアリ。發作時ハ多ク發熱ス、往往發熱前惡寒戰慄ヲ前驅ス、又屢々嘔吐ヲ伴フ。肝臟腫大及ビ膽囊腫脹ハ之レヲ認ムルコト少ナク、黃疸ハ通例之レヲ起サズ、時トシテ發作後ニ於テ發スルコトアリ。黃疸ノ發起ハ總輸膽管ガ結石若クハ炎症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

膽囊水腫ハ結石箱在(第二十二圖)若クハ炎症性腫脹、癍痕等ニ因リテ恒久的ニ膽囊管若シクハ總輸膽管ノ閉塞セラレタルトキニ發シ、膽囊ハ腫大シテ觸知シ得ベキ腫瘤ヲ形成ス。即チ膽囊部ヨリ起リテ上下ニ互ル長圓形、或ハ茄子形、或ハ絲瓜形ノ腫瘤ヲ呈ス。大ナルモノハ其下端臍ヲ超ユルモノ稀ナ

ラズ。此腫痛ハ通例移動性ヲ有ス。膽囊水腫ニ於ケル自覺症ハ輕易ニシテ、壓重ノ感、鈍痛若クハ輕度ノ壓痛アルニ止ル。

化膿性膽囊炎ニ於テハ膿汁ノ鬱積ニ因リ水腫ノ場合ニ於ケルガ如キ膽囊ノ著明ナル膨大ヲ呈スルコトアルモ(膽囊腫脹)亦其腫脹ノ顯著ナラザルコトアリ。

圖二百二十二  
膽囊水腫



熱發アリ、疼痛ヲ訴ヘ、一般状態ノ侵サルルコト著シ。腫脹セル膽囊ハ過敏ニシテ容易ニ周圍ト癒著シ、進ンデ限局性腹膜炎ヲ發起セシム、又穿孔性瀰蔓性腹膜炎ヲ誘發スルノ處アリ。往往膽囊腫脹ニシテ無熱及ビ無痛状態ニ於テ長ク持續シ、慢性經過ヲ取ルモノアリ。

總輸膽管閉塞ハ、箱入セル結石ノ停留及ビソレニ伴フ炎症性腫脹若クハ其癥痕性閉塞ニ因テ發シ、熱發アリ、痙攣ヲ起シ、肝臟腫大シ、黄疸ヲ呈ス。往往化膿性若クハ壞疽性炎症ヲ發シテ限局性或ハ瀰蔓性腹膜炎ヲ併發ス。又總輸膽管中ニ結石ノ箱在アルモ、一部ノ間隙アリテ膽汁ノ通過ヲ許ストキハ、黄疸ハ之レヲ缺如スベク、斯クノ如キ状態ノ下ニ長ク顯著ノ症徵ヲ呈セズシテ經過スルモノアリ。

診斷 固有ノ痙攣發作及ビ膽囊部壓痛アリ、加フルニ黄疸ヲ伴フトキハ診斷容易ナルモ、黄疸ハ必發ノ徵候ナラズ、却ツテ只少數ノ場合ニ來ルノミナルヲ以テ、本症ノ診斷往往甚ダ困難ナルコトアリ。膽石症ノ診斷ニレントゲン線應用ノ價值ハ甚ダ大ナラズ、膽石アルモ撮影シ得ザル場合多クレバナリ。サレド幸ニ明瞭ナル影像ヲ得バ本症ヲ確認シ得ベキヲ以テ疑ハシキトキハ一度之レヲ試ムベシ。

リ、又胃瘧ニ於ケルガ如キ食餌攝取トノ關係少ナシ、猶膽囊部壓痛、腫脹形成等ニ充分注意スベシ。其他肋間神經痛、腎石痛、鉛毒痛、肋膜炎、蟲樣突起炎等ト誤ルコトアリ。 一 膽囊水腫若クハ膿腫形成ニ因ル膽囊腫脹ハ腹壁正中ノ右側ニ於テ季肋下部ニ位シ、上下ニ長徑ヲ有スル長圓形、或ハ茄子形ヲ呈シ、其下端ハ圓形ニシテ境界明瞭、横ニ移動性アル腫脹ヲ呈スルヲ以テ診斷スベキモ、猶絞扼肝、遊走腎、卵巢腫脹、胃腫瘍等ト誤ルコトナキアラズ。 三 總輸膽管ノ結石ニ因ル閉塞ハ急性ニ發シテ管腔一時ニ全ク閉鎖セラレ強度ノ黄疸ヲ呈セルモノニ於テハ通例診斷ニ困難ナシ。結石長ク管内ニ停留シテ慢性症ヲ成シ、管壁ト結石トノ間隙ヨリ膽汁ノ流出ヲ許スモノニアリテハ、黄疸ハ減退或ハ全ク缺如スベク、又屢、其強度ニ増減アリ、長キニ互ルニ及ビテハ膽囊ハ炎症性萎縮ニ陥リテ腫脹ヲ呈セズ、僅ニ不規則ナル疼痛發作ト熱發トヲ留ムルニ至リ、診斷甚ダ困難ナルモノアリ。總輸膽管ノ結石ニ因ル慢性閉塞ト鑑別ヲ要スベキモノハ膽道若クハ其近圍ノ癌腫、膽道ノ癥痕性狭窄、或ハ炎症性腫脹及ビ臍頭ノ腫大等トス。此等ニアリテハ通例膽囊腫大ヲ來シ黄疸持續スルモ、熱發及ビ痙攣發作ハ之レヲ缺クヲ常トス。進行セル癌腫ニアリテハ持續性疼痛アリ、黄疸ハ強度ニシテ變化ナシ。

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

療法 膽囊水腫、化膿性膽囊炎(膽囊腫脹)慢性總輸膽管閉塞及ビ持久スル高度ノ黄疸ハ外科的療法ノ

絶對的適應症トス。反復スル痛痛發作ニハ亦手術的療法ヲ要ス。輕微ナルモ自覺的症候消化障礙、膽囊部壓重ノ感、牽引ノ感等ノ長ク持續スルモノハ成ルベク早期ニ手術スルヲ以テ安全トナス。一般ニ膽石症ニ對スル藥用及ビ温泉療法ハ一定ノ效ヲ奏スルモノト認メラルモ、患者ノ社會的境遇此療法ノ持續反復ニ堪エザルガタメニ短少時日ニシテ根治ノ目的ヲ達シ得ベキ手術ヲ要望スル場合亦少ナカラズ、此場合モ手術適應症ノ一トシテ之レヲ算スベキナリ。

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

### 10 腸管麻痺 Darnlähmung.

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

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

急性腹膜炎ハ本症ノ原因中最モ多キヲ占ムルモノニシテ之ヲ炎症性麻痺 *Entzündliche Darnlähmung* ト稱ス、炎症腹膜炎ノ大部分ニ互ルトキハ、麻痺ハ從テ腸管ノ大部分ニ現ハレ、限局性腹膜炎ニ於テハ其

領域ニ於テ限局性麻痺ヲ生ズ。腸管ノ循環障礙ヲ主因トナスモノハ、總テノ絞窄セラレタル腸管(腸腸係ノ絞窄、箱頓若クハ捻轉)重積セル腸管及ビ腸間膜動靜脈ノ栓子栓塞等ニ於ケル當該腸管ノ麻痺トス。單ニ内臟神經ノ反射的作用ニ歸スベキモノ(反射的腸管麻痺 *Reflektorische Darnlähmung*)ハ其主ナル原因トシテ、總テノ腹部内臟及ビ骨盤臟器ノ損傷及ビ疾病ヲ舉グベク、開腹術、腹部内臟特ニ腸管自己ノ損傷及ビ手術、膽囊・膀胱等ノ急性疾患、男女内外生殖器ノ種種ナル急性疾患、腎臟・膀胱ノ疾病及ビ手術、肛門ノ疾病及ビ手術、鼠蹊部ノ手術、腹膜結核等之レニ屬シ、又限局性腹膜炎、總テノ器械的腸管閉塞症腸間膜循環障礙等ハ反射的作用ノ下ニ腸管麻痺ノ原因ヲナスコト多シ、例ヘバ限局性腹膜炎ニ於テ全般的麻痺性鼓腸ヲ來シ、器械的腸管閉塞ニ際シ、病變部以外ノ腸管ニ於テ大部分若クハ全部ニ互ル腸管麻痺ヲ呈スルコトアルガ如シ。高度ノ習慣性便秘及ビ總テノ腸管狹窄ハ腸管ノ過度ノ擴張ノ爲メニ本症ノ原因ヲナス。

以上ノ他本症ノ原因ニハ、猶中樞神經系ノ或種ノ疾病及ビ損傷脊髄損傷、脊髄壓迫、脊髄萎縮等、尿毒症、「ヒステリー」等アリ。又阿片、「モルヒネ」等ノ濫用、氷巻法ノ持長ニ因ル腸管ノ過度ノ冷却等ハ往往腸管麻痺ヲ發起セシムルコトアリ。

症候 腸管ノ大部分ニ於テ麻痺ヲ起シ、筋質其收縮力ヲ失フトキハ、管腔ノ内容移送セラレズ、瓦斯ノ放出及ビ糞便ノ排泄止ミ、(麻痺性腸管不通症)内容鬱滯溜溜スルニ從テ管腔ハ愈々擴張シ、爲メニ腹部ハ全般ニ互リテ膨滿鼓腸ヲ呈ス。(麻痺性鼓腸 *Paralytischer Meteorismus*)此際腸管ハ全ク静止狀態ニアルヲ以テ、腸硬變作ナク、蠕動運動ヲ認メズ、腹鳴ハ之レヲ缺ク。通例腹痛及ビ嘔吐ヲ伴フモ、其缺否及ビ輕重ハ原因ノ異ナルニ從テ一ナラズ。之ト同様ニ一般狀態ノ關係モ亦甚ダ多般ナリ。

猶腸管絞窄ニ因ル限局性麻痺性鼓腸ニ就テハ「腸管閉塞症」ノ症狀ヲ、腸管狹窄上部ノ麻痺ニ就テハ「腸管狹窄症」ノ條下ヲ参照スベシ。

**診斷** 原因の鑑別ヲ必要トス。一 急性、瀰漫性、腹膜炎ニ於テ麻痺性鼓腸ヲ呈スルハ、末期ノ現象ニシテ、既往経過及ビ著シク侵サレタル全身状態ニ依リテ通例診斷ニ困難ナシ。猶同症條下ニ於ケル症候及ビ診斷ヲ参照スベシ。二 急性、限局性、腹膜炎ニ於テ全般ニ互ル腸管麻痺症狀ヲ呈スルトモ、其麻痺が果シテ單一一小部ノ限局性腹膜炎ニ因ル反射的ノモノナルヤ、既ニ大部分ニ蔓延セル瀰漫性腹膜炎アリテ炎症性麻痺ヲ來セルヤノ區別困難ナルコトナキアラズ、特ニ一般状態ノ輕重及ビ腹痛ノ性状ニ注意スベシ。「急性限局性腹膜炎」ノ條ヲ参照ス 三 腹部、外傷(内臟損傷及ビ内出血)ニ因ル反射的腸管麻痺ハ負傷直後或ハ負傷後久シカラズシテ出現スルモノニシテ、繼發セル腹膜炎ニ因ル炎症性麻痺ハ一定ノ經過後ニ於テ發起ス。四 開腹術後腸管麻痺ノ症狀ヲ發スルコトアリ。之レガ單ニ反射腹膜及ビ内臟ノ刺激ニ因ル反射若クハ腸管自己ノ刺戟ニ因スル非炎症性麻痺ニ屬スル一過性ノモノナルヤ、或ハ腹膜炎ノ發起ニ因ルモノナルヤノ區別ハ主トシテ一般症狀ノ輕重及ビ腹膜炎ニ於テ見ルベキ腹部徵候ノ存否ニ據ルベキモ、腹膜炎ニアリテモ、其原因タル細菌ノ毒力微弱ナルトキハ、證微完備セザルコトアルヲ以テ、手術後ニ於ケル單純ノ反射的腸管麻痺ト腹膜炎性麻痺トノ區別ハ容易ニ決シ難キ場合ナキニアラズ。五 箱頓、ヘルニアハ内容ノ如何ニ拘ハラズ腸管麻痺ヲ發起スルコトアリ、外部ニ現ハレタル「ヘルニア」ノ存否ニ注意スベシ。六 器械的腸管閉塞症ハ絞窄性(箱頓、絞窄、捻轉)タルト、閉鎖性タルトヲ問ハズ、腸管ノ大部分ニ來ル反射的麻痺ノ原因ヲナスコト上述ノ如シ、吾人ハ腸管麻痺ノ徵候ヲ呈スル器械的腸管閉塞症ニ遭遇スルコト稀ナラズ殊ニ發病後長時間ヲ經タルモノニ於テ之レヲ見ル。斯クノ如キ場合ニ於テ其病理的變化ノ診斷ハ甚ダ困難ナルモノトス。一面發病ノ當初ニ於テ明ニ器械的腸管閉塞ノ症狀ヲ呈セシ時期ノ状態ニ就テ精細ニ問診シ、他面現症ノ診査ニ當リ器械的腸管閉塞タルノ積極的證明ヲ得ルニアリ。「腸管閉塞症」ノ條下ヲ参照 七 腸管狹窄、上部ノ腸管麻痺ノ診斷ハ腸管麻痺ノ發起前ニ狹窄症狀ヲ呈セシヤ否ヤニ依リテ決定セラル。「腸管狹窄」ノ條下ヲ参照 八 婦人・老人・鬱憂症・食餌不攝生ナル者等ニシテ常習便秘アリ、長ク秘結シ、又上開スルモ常ニ排泄量不十分ナル場合ハ、遂ニ宿便ノ結果、腸管麻痺ノ状態ニ陥ルコト稀ナリトセズ。全身症狀ノ輕易ナルヲ特異トシ、腹壁或ハ腔ヨリ檢シテ、壓迫ニヨリ形ヲ變ジ、指壓ニヨリテ其痕ヲ止ムル糞塊ヲ觸知ス、直腸指診、「カテーテル」送込等ニヨリテ宿便ヲ證明スルトキハ診斷確實ナリ。

以上列記ノ他膽石症・腎石症・男女泌尿生殖器疾病・骨盤會陰ノ手術等ニ因テ起ル腸管麻痺ノ診斷ハ、既往病歴及ビ現在ニ於テ夫等ノ原因ニ關スル診斷ノ根據アリテ、而カモ他ニ腸管麻痺ヲ起スベキ原因ノ全ク證明セラレザルトキニ肯定セラル。ヒステリー<sup>モ</sup>及ビ神經中樞ニ於ケル疾病ノ一分症トシテ來ルモノモ亦同ジ。猶麻酔藥<sup>「モルヒネ」</sup>ノ濫用、腹部水巻法<sup>「モルヒネ」</sup>持長ノ有無等ニ注意ス。「腸管麻痺」ノ條下ヲ参照 豫後 原因ノ異ナルニ從テ一ナラズ。例ヘバ肛門手術、「ヒステリー」、宿便等ニ因ルモノハ良ナルモ急性膀胱炎、膀胱出血、腸間膜動「エンボリー」、同靜脈栓塞等ニ因スルモノハ不良ナリトス。既ニ完全ナル腸管麻痺ノ状態ヲ呈セル急性瀰漫性腹膜炎ハ之レニ手術ヲ施スモ其結果多クハ不良ナリ。

**療法** 原因の疾患ガ手術的治療法ヲ要求スルモノナルニ於テハ適宜ノ手術ヲ施スベシ。例ヘバ急性腹膜炎・器械的腸管閉塞症・腸管狹窄・内臟損傷・箱頓「ヘルニア」等ニアリテハ、其治療的手段トシテ直ニ手術ヲ斷行スベシ。然ラザルモノハ專ラ内科的ニ之レヲ處置ス。

藥劑的ニハ「アトロピン」ノ應用其當ヲ得タルモノト信ゼラル。即チ千倍「アトロピン」水溶液〇・五乃至一立方仙迷ヲ皮下ニ注射シ、後二時間ニシテ更ニ同量ヲ用ヒ、後チ十二時間ヲ經ルモ、尙効ナキトキハ同法ヲ反復ス。

宿便アルトキハ直腸洗滌及ビ高位浣腸法ヲ施シテ糞便ヲ洗去ス、猶宿便ニ因スル腸管麻痺ニハ腹部按摩法及ビ電氣療法等ヲ試ムベシ。

### 腸管狹窄症 Darnstenose.

腸管狹窄ハ腸管腫瘍・就中癌腫、腸結核・就中迴盲結核、種種ナル潰瘍ノ治後癩痕及ビ癒著ニ因ル腸管ノ屈曲若クハ絞扼等ヲ以テ主要ナル原因トナス。其他内腔異物、腸外ヨリスル壓迫、腸管捻轉症、腸管壘積症等モ亦屢、本症ノ原因ヲ成スコトアリ。

症候 狹窄アルモ猶能ク内容ノ通過ヲ許ス間ハ病徵ヲ呈セズ、之レヲ狹窄ノ潜伏時期トス。腸管狹窄ノ要徴ハ内容通過ノ障礙即チ便秘、及ビ狹窄上部ニ於ケル腸管ノ擴張及ビ肥厚ニ因テ來ル鼓腸トス。便通ハ常習性ニ便秘スルヲ例トスルモ、潰瘍ヲ有シ、或ハ加答兒ヲ合併セルモノニ於テハ往往下利ヲ來シ又其原因ノ如何ニ從テ屢、血便ヲ見ル。狹窄ニシテ小腸ノ上位ニアルトキハ高度ノ狹窄アルモ、尙容易ニ流動性内容ヲ通過セシメ得ルヲ以テ長ク便通ノ異常ヲ來サザルコトアリ。狹窄若シ大腸ノ下部ニ存スルトキハ屢、帶狀或ハ細條ヲナセル糞便ノ排泄アリ。鼓腸ハ初期ニ於テハ缺如スルモ、狹窄高度ニ達スルトキハ之レヲ必發シ、或ハ狹窄上部腸管ノ大部分ニ來リ或ハ限局性鼓腸ヲ呈ス。限局性鼓腸ハ或ハ換腎部ノ直上ニ起スコトアリ、例之ニ下位結腸ノ換腎ニ隣シ横行結腸ノ膨脹ニ起ルコトアリ、或ハ遠隔部ニ之レヲ誘起スルコトアリ、例之ニ於ケル限局性鼓腸ヲ來スコトアルガ如シ。又小腸始部ノ狹窄ハ胃擴張ノ原因ヲナスコトアリ。狹窄上

部ニ於ケル腸管ハ獨リ内容ノ鬱滯ニ因リテ擴張シ、腹部膨滿ヲ起スノミナラズ、陳舊性ノモノニアリテハ必ズ腸壁ノ肥厚ヲ伴ヒ、甚シキ蠕動亢進アリ、患者ハ之レヲ自覺シ檢者ハ腹壁上ニ之レヲ認識シ得ルニ至ル。蠕動亢進ニ伴ヒテ腹鳴アリ。疼痛ハ全ク缺如スルコトアルモ多クハ多少之レヲ訴フ、往往痙攣性ニシテ、此發作ト共ニ腹部膨滿(鼓腸)ヲ來シ、其緩解スルヤ腹滿モ共ニ消失スルノ常習アルコト稀ナラズ。又持續セル鼓腸ガ充分ナル便通ニヨリテ一時全ク消失スルヲ見ルコトアリ。嘔吐ハ通過障礙ノ甚ダシキニ及ビテ初メテ發起スルモノニシテ結腸ノ狹窄ニ於テハ之レヲ來スコト稀ニ、小腸殊ニ胃ノ近部ニ通過障礙アルキトハ之レヲ發スルコト多ク且ツ早シ。猶本症ハ種種ナル胃、症狀ヲ伴フコト多シ。

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

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

一 腸管癌腫 四十歳乃至六十歳ニ多シ、往往癌腫ノ遺傳ヲ證明ス。本症ハ高年者ニ於ケル腸管狹窄症ノ原因中最モ主要ナルモノニシテ、大腸ニ發スルコト多ク、小腸ニ稀ナリ。漸次進行スル疲勞及ビ衰弱アリ、屢々血便或ハ粘液血便ノ漏泄ヲ訴フ。腫瘍ニシテ一定ノ發育ヲ遂グルトキハ、外部ヨリ之レヲ觸知シ得ルニ至ル。腫瘍ハ硬固不規則ナル圓形或ハ長圓形ヲ呈シ、又單ニ限局セル抵抗部トシテ認知スベキコトアリ、然レドモ亦部位ノ關係上長ク腹壁上ヨリ之レヲ觸知シ得ザル場合アリ。結腸下部ニアルモノハ直腸S字狀部鏡ヲ用ヒテ檢知シ、直腸下部ナルトキハ猶之レヲ指診シ得ベシ、鼓腸ハ他ノ狹窄ニ於ケルガ如ク、本症ニ於テモ亦一要徴タルモ、其發生ノ遲速及ビ強弱ハ腫瘍發生ノ部位、發育ノ遲



速及び其大小ニ從テ一定セズ。要スルニ高年者ニシテ腸管狹窄症狀アリ、漸次進行スル衰弱ヲ伴フモノニアリテハ先ヅ腸管腫ヲ疑フベシ。直腸癌ニ就テハ一九〇頁ヲ見ヨ

二 腸管肉腫、腸管狹窄症ニ於テ腫瘍ヲ認メタルトキ、其種類ノ鑑別ハ臨床上確定困難ニシテ、年齢ノ關係、迅速ナル發育、小腸ニ好發スルコト等ヲ根據トシテ僅ニ肉腫ノ疑ヲ存シ得ルノミ。

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

四 腸結核、最も多ク盲腸及び盲腸近部ノ小腸ニ發ス。或ハ腫瘍ヲ形成シ、或ハ癩痕ヲ形成シテ腸管狹窄ノ原因ヲナス。遺傳・結核年齢、既往ニ於ケル結核性疾患若クハ其疑症ノ經過・他臟器特ニ肺結核ノ證明等ニ注意ス。斯ノ如キモノニ於テ慢性腸管狹窄症狀ヲ呈スルモノニアリテハ本症ニ疑ヲ置クベシ。廻盲部ニ腫瘍ヲ觸知シ得ルトキハ確診ニ近シ。

五 腸管癩痕、既往病歴ニ於テ腸管癩痕形成ノ原因トナリ得ベキ腸疾病（種種ナル腸潰瘍）ノ經過或ハ腸ノ外傷及び手術若クハ箱頓（ヘルニア）ノ經過等ニ注意ス。

六 微毒性腸管狹窄、好シテ直腸ニ發シ、稀ニS字狀部若クハ下行、橫行或ハ上行結腸等ニ生ス。既往ニ於ケル微毒病歴及び現存スル爾餘ノ微毒病徴ニ注意シ、直腸S字狀部鏡診ヲ施シ、猶診斷的驅徴法ヲ試ム。

七 先天性腸管狹窄、嬰兒ニアリテハ直腸及び肛門ノ先天性狹窄ニ注意ス。

八 腸管ノ屈曲若クハ絞扼、既往ニ於ケル急性限局性或ハ大部腹膜炎、蟲線突起炎、膽囊炎、骨盤腹膜炎等ノ經過・腹部損傷・腹腔手術等總テ腸管癒着ノ原因トナリ得ベキ事項ノ證明ニ注意ス。「腹膜結核ニ就テハ其條下ヲ見ヨ、腸管閉塞症」ノ條下參照

九 腸管ノ壓迫、壓迫ノ原因トナルベキ疾病ヲ證明ス、特ニ直腸及び腹腔ヨリスル診査ニ依リテ、骨盤腔内疾病、就中婦人生殖器疾患ノ検査ヲ怠ルベカラズ。腹腔及び骨盤腔ニ發スル腫瘍、茲ニ瀉溜スル滲出物及び異常位置ヲ呈スル臟器等ハ之レガ原因ヲナス。即チ卵巢、子宮、膀胱、大網膜、腸間膜、膽囊、腎臟、骨盤等ニ發生スル新生物、結核性腫瘍、高度ノ腹水、大ナル膽囊水腫、腹腔内限局性腫瘍、骨盤腔内滲出物、大ナル腸腰筋腫瘍、妊娠子宮、子宮外妊娠、妊娠後屈子宮、遊走腎、遊走肝等トス。是等ハ單ニ外部ヨリ腸管ヲ壓迫シ内腔ヲ狹隘ナラシメテ本症ヲ發起スルコトアルモ、亦同時ニ腸管ノ癒着ヲ招致シ、兩者相俟ツテ本症ヲ成立セシムル場合ヲ多シトス。

一〇 腸管捻轉症及び腸管壘積症、後節其條下ヲ參照スベシ。

狹窄部位ノ診斷ニ就テハ腸管閉塞症ノ條下ヲ參照スベシ。

豫後 專ラ原因ノ如何ニ關ス。

療法 根治的ニハ只手術の療法アルノミ。即チ原因ノ異ナルニ從ヒ、腸管吻合術、腸管切除術、腸管癒着剝離術等ヲ施ス。但シ原因疾患及び全身狀態等ノ關係上此等ノ手術ヲ施ス能ハザル場合ハ食餌療法ヲ專ラトシ、緩下劑ヲ投ジ、腹部按摩法若クハ電氣療法ヲ試ミ、高位灌腸法ヲ施シテ内容ノ排除ヲ圖リ其他適宜對症療法ヲ行フベキノミ。又屢、人工肛門造設ノ要アリ。

### 腸管閉塞症 Darnverschluss.

腸管閉塞症ノ原因大概テ次ノ如シ。

一 腸管内腔ヲ充塞スルモノ、蛔蟲・不消化食塊・果實種子・結石・其他ノ異物及び宿便等トス。是等ハ健康ナル腸管ヲ充塞シテ本症ヲ誘起スルモ、亦既ニ或他ノ原因アリテ腸管狹窄症ノ現存スル場合ニアリテハ容易ニ本症ヲ發起セシメ得ベシ。

二 腸管壁ノ腫瘍或ハ癩痕、癌腫、其他ノ腫瘍、結核性腫瘤、及び結核性潰瘍・微毒性潰瘍・腸管「ヘルニア」

腸管閉塞症

ア 箱頓ニ因ル潰瘍・異物ニ因ル壓迫性潰瘍・其他種種ナル潰瘍性疾患ノ治後癍痕形成等トス。此等ハ殊ニ其部ニ於ケル炎症性腫脹ノ併發スニ因テ助長セラル。

三 腸管外ヨリノ壓迫。

四 腸管一部ノ癒著・牽引、若クハ異常索條・蟲樣突起、或ハ臍腸管遺殘物等ノ卷絡ニ因スル腸管ノ屈曲、若クハ絞扼、及ビ縱軸捻捩。

五 腸蹄係ガ其兩脚ニ於テ絞窄セラルルニ因テ發ス。即チ絞窄 Strangulation ノ形成トス。絞窄ハ或腸蹄係ガ其兩脚ニ於テ異常索條・蟲樣突起・臍腸管遺殘物或ハ他ノ腸蹄係等ノ爲メニ絞窄セラルルニヨリテ發

起シ、(狹義ノ絞窄性腸管閉塞症) 或ハ或腸蹄係ガ腹腔内或ハ腹壁ニ於ケル生理的或ハ病的孔口又ハ裂隙内ニ箱入スルニヨリテ發ス。(内及外「ヘルニア」ノ箱頓、Incarceratio interna et externa) 外「ヘルニア」ニ就テハ、腸管蹄係ノ絞窄ハ腸管ヲ二箇所ニ於テ閉塞セシメ、此絞窄ヲ被レル腸管蹄係ハ他ノ上下腸管ヨリ全ク

分界セラルルモノトス。斯クノ如キ腸管閉塞ノ成立ニ反シ、唯一箇所ニ於テ腸管ノ閉塞ヲ來スモノヲ絞窄ニ對シテ閉鎖性腸管閉塞症、Obturatorileus ト總稱ス。

六 腸蹄係捻轉、後節同症條下ヲ參照スベシ

七 腸腸積症、後節同症條下ヲ參照スベシ

八 神經刺戟ニ因スル反射現象トシテ腸管ノ限局性痙攣性收縮ヲ起シ本症ヲ起スコトアリ。(痙攣性腸管閉塞症 Spasmodischer Darmverschluss) 其原因ト認ム可キハ腸潰瘍、蛔蟲、膽石ノ腸管内箱頓、腸腫瘍等ノ腸管自己ノ疾病、其他腹腔内臟或ハ骨盤臟器ノ外傷及ビ手術、男女生殖器ノ疾病、(睾丸炎、卵巢炎、腎石痛、膽石痛、鉛中毒、腦膜炎、「ヒステリー」等トス。

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

以上ノ原因ハ各、本症ヲ成立セシメ得ルモノ二箇以上ノ同種或ハ異種ノ原因アリテ本症ノ形成セラルルコト亦稀ナラズ。

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

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

腹部膨滿 殆ンド必發ナルモ其ノ程度及ビ狀態ハ多樣ナリ。高度ニシテ終ニ胸腔臟器ノ壓迫症狀ヲ呈セシムルニ至ル腸管閉塞症

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

腸管痙攣症	二六四	腸間膜血管絞窄	二
腸管捻轉症	二七	先天性腸閉塞	四
腸管狹窄症	六八	「ヘルニア」手術後	三
索狀物箱頓	七	痙攣性「イレウス」	一
腸管癒着	七三	腸間膜裂孔内箱頓	三
腸管及腹膜結核	空	結節形成	一
蟲樣突起絞扼	七	十二指腸腸管閉塞	九
蛔蟲ニ因スルモノ	二四	妊娠	四
メツケル氏憩室ニ因スルモノ	二三	手術後	四
逆行性腸箱頓	七	膽石	一
腸外腫瘍ノ壓迫	八	痙攣性	四
腸内異物	四	痙攣性	一
ヒルシュスブルング氏病	三	計	九七

コトアリ、或ハ輕微ニシテ、殊ニ肥滿家ニ於テハ、一見鼓腸ニ因ル腹部膨滿ノ看過セララルコトアリ。稀ニ見ル所ノ小腸上部ノ閉塞ニ於テハ下部腸管ノ大部分空虚トナリ。タメニ却テ腹壁ノ陷没ヲ呈スルコトアリ。腸管閉塞ニ於ケル腹部膨滿ハ鼓腸ニヨリテ發ス、而シテ其成立ニ三種別アリ。即チ閉塞上部ニ於ケル鬱滯性鼓腸、絞窄性腸閉塞ニ際シテ絞窄ヲ被リタル腸管係ガ呈スル鼓腸(絞窄性限局性鼓腸)及ビ腸管痙攣ニ因ル痙攣性鼓腸トス。一 閉塞上部ノ鼓腸ハ總テノ器械的腸閉塞ニ際シテ發シスルモノニシテ、痙攣性鼓腸ノ場合ニ反シ腸管蠕動機ヲ存ス。從テ發作性蠕動亢進、所謂腸硬、*Darmspasmus*ヲ發シ、爲メニ發作性ニ腸管係ノ腹壁膨起ヲ來シ、其際痛痛アリ。此發作ノ鐘靜時ニ當リ、著明ノ腹鳴ヲ聽クコトアリ。腸硬發作ニ際シテ膨起スル腸管係ハ之レヲ腹壁ニ於テ認メ得ベキモ、腹壁緊張著シキトキ或ハ又高度ノ脂肪質ニ於テハ、明ニ目撃スル能ハザルコトアリ。硬變ノ發作アルモ、尋常ノ腸管ニアリテハ蠕動運動ハ之ヲ認メ得ザルヲ常トス。之レヲ顯著ニ腹壁ニ現出セシムルハ既ニ腸管ニ於テ病的肥厚及ビ擴張アルノ證左トス、即チ既往ニ於テ既ニ長ク慢性腸管通過障礙ヲ存セシモノナルヲ知ル。二 絞窄性限局性鼓腸(*Woolf-Bartholin氏症候*)ハ痙攣性鼓腸及ビ腸管ノ大部分ニ互ルベキ閉塞上部ノ鼓腸ニ反シ、侵サレタル腸管係ノミノ痙攣ニ因ル限局性鼓腸ニシテ、絞窄性腸閉塞ノ診斷上重要トス。此種ノ鼓腸ハ上下兩腸管腔ヨリ遮斷セラレタル腸管係内ニ瓦斯ノ發生ヲ起スニ因テ發ス。此鼓腸ハ其形圓形若クハ不正圓形ヲ呈シ、周邊境界著明、不動性ニシテ其壁緊張シ、蠕動機ヲ存セズ、高調鼓音又ハ鐵性鼓音打診槌打診板診斷ヲ以テ呈スルモノトス。此鼓腸ノ認識ハ、尙發病ノ初期ニシテ、閉塞上部鼓腸ノ發生ナク、又腸管痙攣ニ因ル全般的鼓腸ノ續發ナキトキニ於テ著明ナルモノニシテ、其既ニ之レヲ發起シタルモノニアリテハ明瞭ナラザルコト多シ。又極メテ小ナル絞窄性鼓腸ハ全ク充實性ノ腫痛トシテ認知セララルモノニシテ、甚ダ小ナルモノ及ビ深在性ノモノニアリテハ其認識全ク不可能ニ屬スルコトアリ。三 痙攣性、鼓腸腸管痙攣ハ通例瀰漫性平等ノ腹部膨滿ヲ呈ス、腸閉塞ニ於ケル腸管ノ部分的鼓腸ハ之レニ反シ概シテ非相對的ニシテ不規則ナリ。

腹壁緊張 腸管蠕動亢進發作ニ於ケル反射的作用トシテ現出シ、其間歇時ニ於テハ緩解シ、或ハ全ク弛緩消散ス。又

痛痛發作頻繁ニシテ後續發作急迫スルトキハ殆ンド連續的ニ腹壁ノ緊張ヲ呈スルコトアリ。

腹鳴 腸管内ニ滲溜セル液中ニ瓦斯ガ其表面ヲ求メテ移動スルニ因リ、又ハ液成分或ハ瓦斯ガ腸ノ或一部ヨリ他ノ部分ニ移行スルニ因テ發ス。或ハ雷鳴樣雜音ヲナシ、或ハ振水樣響鳴ヲ呈ス。腹鳴ハ或ハ患者之レヲ自覺シテ訴フルコトアリ、或ハ周圍ノ人モ明瞭ニ聽取スルコトアリ、或ハ又聽診器ヲ用ヒテ始メテ之レヲ認識スルノ程度ナルコトアリ。

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

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

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

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

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

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

診斷 腹痛、嘔吐、腹部膨滿、風氣便通ノ杜絶、及ビ全身症狀備ハルトキハ本症タルノ診定ヲ躊躇スベキニアラザルモ、是等ノ發生時期ハ甚ダ區區ニシテ、或ハ發病ト共ニ完全ニ諸徵候ヲ呈スルコトアルモ、或ハ長ク其或モノヲ缺ク。斯クノ如キ各徵候發生ノ前後及ビ運速ハ初期ニ於ケル本症ノ診斷ヲシテ往往迷路ニ入ラシムル所以トス、殊ニ早期診斷ガ豫後ノ良否ニ及ボス影響甚ダ大ナル本症ノ如キニアリテハ、之レヲ診スルモノ常ニ最モ細心ナルヲ要ス。第三編中「腸管」通症ノ診察ヲ參照

一 本症ト誤診セラレ得ベキ疾病。

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

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

二 腸管閉塞症ノ類別。

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

2 閉鎖性ト絞窄性トノ別、閉鎖性腸管閉塞症ハ發生概シテ緩徐ニシテ腸管不通症狀漸徐ニ完成セラルルコト、全身症狀ノ輕易ナルコト、腹部膨滿ハ上部腸管ノ鬱滯性膨滿ニ因ルコト等ヲ要徵トス。

絞窄性腸管閉塞症ハ其發起通例突發的ニシテ腸管閉塞症ノ諸徵候殆ンド同時ニ發現スルコト多ク、絞窄セラレタル腸管係ニ由リテ生ズル麻痺性限局性鼓腸ヲ呈シ、常ニ腸間膜モ共ニ絞窄セララルヲ以テ該腸管係ノ循環障礙ヲ來シ、爲メニ全身狀態ノ侵サルルコト甚ダシ。但シ絞窄性ナルモ其初メ絞窄不完全ナルトキハ、狹窄若クハ閉鎖ニ見ルガ如キ狀態ヲ呈シ、後チ内容充盈ノ結果、完全ナル絞窄性閉塞ニ陥ルモノアリ。

3 閉鎖性腸管閉塞症ノ種別。

腸管閉塞症

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

4 絞窄性腸管閉塞症ノ診斷

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

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

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

内「ヘルニア」箱頓ニ於ケル限局性鼓腸ハ觸知セララルコト稀ニシテ、明ニ之ヲ觸知シ得ルハ多ク索條物等ニ因スル絞窄腸管閉塞症

性ノモノトス。空腸始部ノ閉塞ニ因ル症狀 胃擴張アリ上腹部ノ 痛呈シ、且ツト腹部ニ限局スル疼痛アルハ十二指腸空腸 竇ヘルニアニ於テ之レヲ見ル。既往ニ骨盤腹膜炎其他内生殖器病ノ經過若クハ其疑アルトキハ、内生殖器ト關係アル 腸管閉塞症ナルヲ推想スベク、同様ニ蟲核垂炎ノ經過アルモノニ於テハ當該部ノ痙攣・異常索條等ノ關聯アルヲ想像ス。 絞窄性腸閉塞症アリテ上腹疼痛アリ且ツ胸部ニ異常ノ鼓音ヲ呈スルハ橫膈膜「ヘルニア」ノ疑ヒアリ。患者小兒ニシ テ、膈部ニ限局性疼痛アリ、殊ニ外部ヨリ卵黃管遺殘ヲ證明ス可キモノノ存スルトキハ、メツケル氏憩室若クハ卵黃管 遺殘物ニ因ル絞窄ニ疑ヲ挿ミ得ベシ。

5 腹膜結核ニ因ル腸管閉塞症

腹膜結核ハ全ク突發的ニ腸管閉塞症ヲ以テ發病スルコトアルモ、通例其慢性經過中ニ於テ、痙攣形成ノ 結果、或ハ直ニ或ハ腸管狹窄症狀ニ次デ本症ヲ發起スルモノトス。腹膜結核ニ因ル本症ノ診斷上ノ要 點次ノ如シ。

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

6 限局性痙攣性腸管閉塞症

腸結核、其他總テノ潰瘍性腸疾患、蛔蟲、膽石、腹部外傷及ビ手術等、腸管痙攣ノ原因トナルベキ疾病ノ有無ニ注意ス。

腸管閉塞症ノ此種類ニアリテハ總テノ徵ヲ具備スルモ、一般症狀ノ比較的顯著ナラズ且ツ一過性ナルヲ特有トシ、其容 易ニ發生シ、容易ニ消散スルコト、腹部ノ温濕療法、加温法、温浴法等ガ能ク治療的ニ奏効スルコト等ヲ以テ診斷スベキ モ、亦甚ダ劇烈ニシテ、原因ノ持久ニ從テ經過遷延シ、爲メニ器械的障礙ニ因スル腸管閉塞症ト鑑別スル能ハザル場合少 ナカラズ。開腹手術ヲ施行シテ後初メテ腸管痙攣性閉塞ノ形成ヲ診斷シ得タルモノ屢報告セラレタリ。腸管積、腸捻轉及 ビ腸管屈曲ニ因ル閉塞等ハ、往往容易ニ自ラ解除スル一過性閉塞症狀ヲ呈シ、本症ト誤ララルコトアリ。茲ニ痙攣性腸管 閉塞症ノ診斷的手段トシテ、「モルヒネ」若クハ「アトロピン」或ハ其兩者ノ併用注射法アリ。之レニ依リテ痙攣解除セラ レ、診斷ニ供セラルルト同時ニ治療的奏効ヲ得ルコトアリ。此法ハ腸管痙攣ノ疑症ニ對シテハ一度之ヲ試ム可キモ、此注 射ハ如何ナル腸管不通症ニ對シテモ一時的ニ大ニ自覺症ヲ緩解セシムルヲ以テ、爲メニ他種腸管不通症ニシテ即刻手術 ヲ要ス可キ種類ノモノニ對シ手術時期ヲ失セシムルノ虞アルハ、深く戒メザル可カラザル所トス。即チ即時手術ノ適應症 ト認ム可キ理由絶無ニシテ、且ツ痙攣性閉塞ノ疑フ可キモノアル時ニ於テノミ施サルモノトス。然ラザル場合ニアリテ ハ寧ロ直ニ進ンデ剖腹術ヲ施シ、診斷ヲ確實ナラシムルト同時ニ原因除去ノ措置ヲ遂行シ得ルノ利アルニ就クニ如カズ。 ヒステリー性痙攣性腸管閉塞症、ハ既往ニ於テ「ヒステリー」症狀ノ經過アルコト、全身症狀ノ輕易ナルコト、通 例一過性ナルコト、及ビ皮膚ノ知覺過敏其他神經症狀ノ證明ニ依リテ診斷ス。往往腹部ニ於テ或ハ現出或ハ消散スル腫 瘍ノ形成ヲ伴フコトアリ。又腸管ノ一部痙攣シテ圓柱狀硬結ヲ形成シ腸管疊積ト誤ルコトアリ。猶又極度ノ腹滿ヲ呈シ 人事不省ニ陥リ、穿孔性腹膜炎、腸管係絞窄若クハ内疝頓等ト誤ルコトナキニアラズ。斯クノ如キ場合ニ於テモ呼吸・脈 搏等ノ影響ヲ被ルコト少ナキニ依ツテ區別シ得ベシ。

三 閉塞部位ノ診斷

年齢ニ關シテハ各年齢ニ於ケル腸管閉塞ノ好發種類ヲ以テ部位的診斷ニ資ス可シ。例ヘバ老人ノ閉鎖性腸管閉塞ハ縮腫 ニ因ルモノ多ク、而シテ痙攣ハ結腸ニ好發シ、小兒ノ腸管閉塞ハ腸管積ナルコト多ク、而シテ腸管積ハ回盲部ニ好發スル

等ノ如シ。發病前ニ於テ便秘・血便・裏急後重等アルトキハ結腸ノ障礙特ニ癌腫ニ重キヲ置キ得ルモノトス。疼痛ノ限局ハ部位ノ判定ニ根據ヲ與フルコト多キモ、亦全ク病竈ト遠隔セル部分ノ疼痛ヲ訴フルコトアルヲ以テ注意ス可シ。左右腸骨高ニ限局セル疼痛ハS字狀部若クハ盲腸部ノ障礙ニ疑ヲ存シ得可ク、中心性腹痛及ビ初發時ヨリ既ニ全般的ナル疼痛ハ小腸ナルベシ。疼痛ハ概シテ小腸ニ於ケル閉塞ニ於テ強ク且ツ持続性ナリ。背部ニ放散スル疼痛ハ小腸ニシテ、薦骨部ノ疼痛及ビ裏急後重ヲ伴フ疼痛ハS字狀部及ビ直腸閉塞ノ場合トス。嘔吐ハ原因ノ如何ニ從テ異ナルモ、病變小腸ニアルトキハ早發、頻繁ニシテ、早ク糞臭ヲ帶ブルニ至リ、大腸ニアリテハ之レニ反ス。腹滿ノ心窩ニ限局セルハ多クハ胃ノ膨張ニシテ、小腸起始ノ閉塞ニ之ヲ見ル、此種類ニアリテハ終ニ全般的腹滿ヲ來サズ。腹滿中央ニ限局シ、突出狀ヲ呈シ、側腹ノ空虚ナルハ小腸膨滿ノ徵トス。但シ小腸膨滿ニ於テモ著シキトキハ殆ンド全腹ノ膨滿ヲ呈シ、爲メニ一見大腸膨滿ノ有無ヲ判別シ難キ場合少ナカラズ。S字狀部ノ關係捻轉ニ因スル膨滿ハ中心性ノ膨滿ヲ呈スルコト多シ右側腹ニ於ケル上行結腸膨滿ハ結腸肝屈角ノ障礙ヲ證シ、横行結腸膨滿ハ其脾屈角ノ閉塞ヲ想ハシム。又倒U字形ノ膨滿ハ大腸下部ノ閉塞ヲ示スモノナリ。但シ結腸ノ閉塞ニアリテハ斯クノ如ク閉塞上部結腸ノ全部膨滿ヲ呈スルコトアルモ、亦其上部ノ或部分ニ於テ限局性麻痺性膨滿ヲ致スコトアリ。例ヘバ大腸下部ニ障礙ヲ存シ盲腸部ノミニ限局性膨滿ヲ來スコトアルガ如キ是ナリ。結腸ノ閉塞ニアリテ、猶盲腸ノ閉鎖機能完全ナルトキハ、膨滿ハ結腸ニ止リ、其特異ノ形狀及ビ固有ノ位置ハ診斷上有力ノ證左タルモ、既ニ廻盲瓣閉鎖不全ヲ呈セルモノニアリテハ鼓腸ハ小腸ニ及ビ、固有ノ結腸膨滿ノ外觀ヲ失フニ至ルモノトス。結腸膨滿ニ就キ猶注意ス可キハ結腸ノ異常位置ナリトス。即チS字狀部ノ異常ニ高キ、若クハ著シク右側ニ偏セル、又横行結腸沈下シテ下腹ニ存スル如キモノアルコト是ナリ。腹壁ヨリ目撃シ得キ膨滿セル腸管ノ廣徑ノ大小及ビ其形狀ハ亦此鑑識上必要ナリ。小ニシテ數多ノ伏起ヲ現出セルモノハ小腸ニシテ、太クシテ單一ナルハ大腸ナリトス。例之バS字狀部捻轉ニ於ケル膨滿其高度ナルトキハ、一蹄係ヲ以テ全腹ヲ領スル如キコトアリ。閉塞上部ノ膨滿セル腸管ニ於テ蠕動運動ノ認知セララルハ、多クハ小腸ニシテ此部ニ於テ蠕動ハ迅

速且ツ活潑ナルモ、大腸ニ於テハ之レヲ認ムルコト稀ニシテ、若シ存スルモ僅微ニシテ緩徐ナリ。總テ是等腹滿ノ形狀腸管係ノ認定、蠕動運動ノ目撃等ハ初期ニ於テ部位ノ診斷ニ重要ナル根據ヲ與フルモ、末期ニ於テ已ニ反射的若クハ炎症性腸管麻痺ヲ呈スルニ至リテハ終ニ全ク其價值ヲ失フ可キコト見易キノ理ナリ。打診上兩側腰背部ニ於ケル鼓音ハ結腸膨滿アルノ證トス、蠕動亢進ニ伴フ腹鳴ハ小腸ニ於テ著明ニシテ、大腸ニアリテハ幽微ナリ。洗腸法ヲ施シテ多少ノ糞便ヲ得ルハ、閉塞部位ノ甚ダ下位ナラザルヲ證ス。猶結腸内ニ液ヲ送り、注入シ得タル量ニ依リテ腸ニ於ケル障礙部位ヲ決スルノ法アルモ、直ニ其液量ヲ以テ確實ニ部位ヲ定ムル能ハズ、唯其液量ニテ求メ得タル部位ヨリ高キ何レカノ位置ニ於テ閉塞ノ存スルヲ想像シ得可キノミ。即チ13乃至12「リートル」ヲ注入シ得タルトキハS字狀部以上、一乃至一・五「リートル」ノトキハ結腸脾屈曲部以上、一・五乃至二「リートル」ノトキハ同肝屈曲部以上ニ障礙ノ存スルヲ知ル。猶直腸指診、腔内診等ハ往部位診定上有力ノ證左ヲ得ルコトアリ。「ロマンスコープ」検査、不透性物質ノ注入ヲ以テスレントゲン線検査ノ如キハ部位ノ診斷上利スル所無キニ非ザルモ、本症ニ於テハ實際上之レヲ利用シ得ル場合少ナシ。尿中「インヂカン」ノ増加ハ小腸閉塞ニ之レヲ見ル。

腸管閉塞ノ種類ト腸管部位トノ關係ニ就テ見ルニ、小腸ニ發スルハ、種種ナル癒著・階級絞窄・内ヘルニア・疝・膽石・疝・蛔蟲・腸結核等ヲ多シトシ。結腸ニ發スルハ、癌腫・廻盲部疊積・廻盲部結核・S字狀部階級捻轉・宿便等ヲ主要ナルモノトス。

豫後 器械的腸管閉塞症ニアリテハ、既存ノ或ル疾病ニ續發セルモノト、全ク突發セルモノトヲ問ハズ、其轉歸ハ該閉塞部ガ再ビ開通セシメラルト否トニ關スルモノニシテ、早期ニ適當ナル治療法ヲ施シ目的ノ達セラルニアラザレバ、致死的轉歸ヲ取ルヲ常トス。其經過ノ長短ハ甚ダ種種ニシテ、既ニ一二晝夜以内ニシテ虛脱ニ由テ斃ルルモノアリ、又旬日ニ互リテ後ヲ衰弱ノタメニ逝クコトアリ。癒著性閉塞ノ結果ハ其原因疾患ノ如何ニ關シテ一定セズ。

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

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

療法ノ選擇 一 絞窄性腸管閉塞ニシテ確診セラレ或ハ疑ハルルトキハ即時ニ外科的手術ヲ施ス、二 閉鎖性ノモノニアリテハ或モノハ内科的措置ニ因リテ奏効ヲ得ルコトアリ、特ニ腸管痙攣若クハ痙攣ト相俟テ腸管閉塞ヲ完成セルモノニアリテハ非手術的療法能ク目的ヲ達スル場合アリ、故ニ先ヅ之レヲ試ミテ目的ヲ達セザルトキ直ニ外科的處置ヲ行フベシ。腸管閉塞症ニ對スル外科的手術ノ成績ハ其施サルル事早キニ從テ良ナルコト前述ノ如シ。

非手術的處置 食餌ヲ廢スベシ、煩渴ニハ生理的食鹽水ノ皮下注射ヲ施ス。經過長キニ至ルトキハ流動性食餌ヲ攝ラシメ、又滋養液腸ヲ行フ。下劑ハ内腔充塞ニ因ル腸管閉塞症ノ或モノ（例之費世性閉塞）ニ用ヒテ時トシテ奏効スルコトアリモ、他ノ閉塞症ニハ有害ニシテ絕對的禁忌ナルヲ以テ之レガ使用ニハ最モ注意ヲ要ス。「モルヒネ」注射ハ蠕動亢進ヲ鎮靜シ、疼痛ヲ緩快セシメ、特ニ腸管痙攣ヲ伴フ閉塞ニアリテハ、只自覺症候ノ輕快ヲ得ルノミナラズ、之レニテ閉塞ノ解除ヲ促スコトアルモ、此法ハ如何ナル閉塞症ニ對シテモ一時的ニ大ニ自覺症ノ輕快ヲ來シ、爲ニ必要ナル手術時期ヲ遷延セシムルコトアルヲ以テ注意スベシ。「アトロピン」注射モ同一ノ効ヲ奏スルコトアルモ、亦同一ノ注意ノ下ニ施スベシ、一回量〇・〇〇〇五乃至〇・〇〇一（千倍水溶液半筒乃至一筒）ヲ一日二乃至三回皮下ニ注射ス。高壓液腸法ハ微温水ノ大量（二乃至三リテ）ヲ直腸ニ灌注シ、其壓ニヨリ機械的閉塞ヲ解カントスル目的ノ下ニ施サル、此法ハ或種類ノ閉塞ニ奏効スルコトアルモ、只初期ニノミ應用セラレベキモノトス、既ニ末期ニシテ腸管ノ一部壞死ニ瀕シ、臍弱トナレルノ時期ニ本法ヲ強行スルトキハ、爲メニ腸穿孔ヲ起スノ危險アリ、深ク戒ムベシ。其他胃洗滌法ヲ行フ。腹部ニハ温温巻法ヲ施ス。

外科的療法 一 初期ニシテ全身状態多ク侵サレズ、腸管ノ蠕動亢進ヲ徵知シ、未ダ腸管痙攣ヲ呈セザルモノニアリテハ開腹術ヲ施シテ直チニ病因ヲ尋ネ、其閉塞部ニ對シテ適當ナル手術ヲ施スベシ。麻酔ハ局所麻酔法ヲ望ムモ、全身麻酔ヲ要スル場合多シ、此選擇ハ専ラ全身状態、特ニ心臟機能如何ニ關ス。閉塞部位ニ行ハントスル手術ニシテ、之レヲ局所麻痺ノ下ニ施ス能ハズ、然カモ全身状態ガ全身麻酔ヲ施行ヲ許サザルモノニアリテハ二ノ場合ニ倣フベシ。一般ニ腸管閉塞

メ、又滋養液腸ヲ行フ。下劑ハ内腔充塞ニ因ル腸管閉塞症ノ或モノ（例之費世性閉塞）ニ用ヒテ時トシテ奏効スルコトアリモ、他ノ閉塞症ニハ有害ニシテ絕對的禁忌ナルヲ以テ之レガ使用ニハ最モ注意ヲ要ス。「モルヒネ」注射ハ蠕動亢進ヲ鎮靜シ、疼痛ヲ緩快セシメ、特ニ腸管痙攣ヲ伴フ閉塞ニアリテハ、只自覺症候ノ輕快ヲ得ルノミナラズ、之レニテ閉塞ノ解除ヲ促スコトアルモ、此法ハ如何ナル閉塞症ニ對シテモ一時的ニ大ニ自覺症ノ輕快ヲ來シ、爲ニ必要ナル手術時期ヲ遷延セシムルコトアルヲ以テ注意スベシ。「アトロピン」注射モ同一ノ効ヲ奏スルコトアルモ、亦同一ノ注意ノ下ニ施スベシ、一回量〇・〇〇〇五乃至〇・〇〇一（千倍水溶液半筒乃至一筒）ヲ一日二乃至三回皮下ニ注射ス。高壓液腸法ハ微温水ノ大量（二乃至三リテ）ヲ直腸ニ灌注シ、其壓ニヨリ機械的閉塞ヲ解カントスル目的ノ下ニ施サル、此法ハ或種類ノ閉塞ニ奏効スルコトアルモ、只初期ニノミ應用セラレベキモノトス、既ニ末期ニシテ腸管ノ一部壞死ニ瀕シ、臍弱トナレルノ時期ニ本法ヲ強行スルトキハ、爲メニ腸穿孔ヲ起スノ危險アリ、深ク戒ムベシ。其他胃洗滌法ヲ行フ。腹部ニハ温温巻法ヲ施ス。

本邦ニ於ケル「イレウス」手術ノ成績  
日本外科學會雜誌 高安道成博士調査

第一 箱積性「イレウス」	手術數	治癒數
腸管 疊積症	二二	一一
大腸 捻轉症	一三	八
小腸 捻轉症	三三	二七
索狀物 箱積症	七〇	五七
メツケル氏憩室ニ因ルモノ	二二	一七
腸管逆行性箱積	六	四
内「ヘルニア」	三	一
腸間膜裂孔内箱積	一	〇
複雜性「イレウス」	九	一
蟲樣突起絞扼	一	〇
計	五三	三〇
%		五六・七



症ニ對スル應急的措置ヲ選ムニ當リテハ、最モ全身狀態ノ如何ニ注意ヲ要シ、之レニ加フル負擔(手術的侵襲及ビ麻醉)ヲ成ルベク輕減セシムルヲ必要トス。閉塞腸管ニ對スル精妙ナル技術モ長キニ互ル手術及ビ大量ノ麻醉藥ニ因ル心臟衰弱ノ危険トハ相償ハズ。二 患者ノ全身狀態甚ダシク侵サレタルトキ、就中高齡者、幼弱者等ニアリテハ、局所麻酔法ノ下ニ先ヅ人工糞瘻ヲ造設シ、後チ全身狀態及ビ腸運動機ノ恢復ヲ待テ初メテ腸管閉塞ニ對シ二次的の手術ヲ加フベシ。但シ腸管絞窄ノ診定セラレタルトキハ、常ニ速ニ之レガ解除ヲ企圖セザルベカラズ。

手術ノ種類 一 瘻著ノ剝離・異常索條ノ切除・捻轉ノ解除・疊積ノ整理・内「ヘルニア」ノ整理・腸管壓迫ノ除去等。二 腸管ニ施ス手術 腸管切開術 異物・腸管切除術 腸管切除術 腸壁腫瘍・瘻管・腸捻轉腸壁腫瘍及ビ腸管壁死或ハ著明ノ變化アリテ破壊ノ疑ヒアル場合等 腸管吻合術 同上ノ瘻管壁切除術 其巻絡ニ及ビ腸管遺殘物ノ切除同上其他人工肛門若クハ糞瘻ノ造設等トス。三 腸管捻轉症<sup>一</sup>及ビ腸管疊積症<sup>二</sup>ニ就テハ其餘ヲ見ヨ

III 腸管疊積症 Invagination.

腸管疊積トハ腸管ノ一部分ガ特殊ノ病的變常ヲ呈スルモノニシテ、腸管閉塞症ノ重要ナル一原因ヲナス。

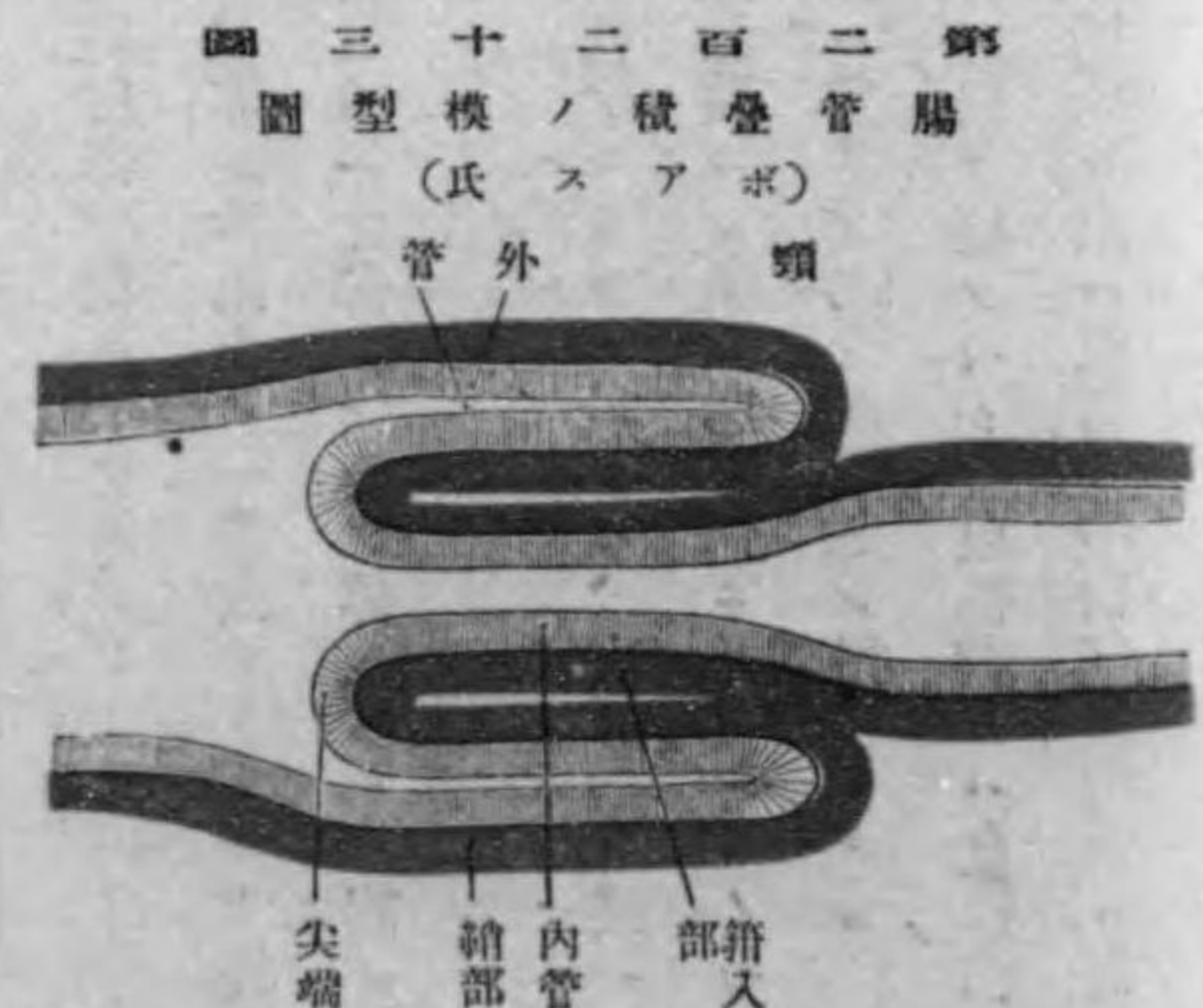
第二 閉塞性「イレウス」

腸管病	腸管癒着ニ因ルモノ	腸及腹膜結核ニ因ルモノ	蛔蟲	腸管壁腫瘍	急性腸炎	慢性腸炎	腸管捻轉	腸管癒着	腸管癒着ニ因ルモノ	腸管癒着ニ因ルモノ	腸管癒着ニ因ルモノ
計	1	1	3	1	2	3	4	7	14	24	57
手術數	1	1	3	1	2	3	4	7	14	24	57
治癒數	0	0	1	0	0	2	1	4	7	10	33
	0	0	1	0	0	2	1	4	7	10	33
計	1	1	3	1	2	3	4	7	14	24	57
%	1.7	1.7	5.1	1.7	3.4	5.1	6.8	11.9	23.8	39.3	96.9

即チ上部腸管ガ下部腸管腔内ニ 類ニ成ハ下部腸管 挿入スルモノトス (第二百二十三圖)腸管疊積ハ小腸若クハ大腸ニ生ズルコトアルモ最モ多ク回盲部ニ來ル。時トシテ疊積程度ニシテ内腔ノ閉鎖完全ラズ、腸間膜ノ障礙ヲ伴ハズシテ、初メヨリ慢性腸管狹窄症狀ヲ呈スルコトアルモ、多クノ場合ニ於テハ、疊積セル内腔ノ循環障礙ト、内腔ノ腫脹ニ因スル内腔閉塞トノ結果、恰モ腸管絞窄症ニ於ケルガ如キ症狀ヲ呈ス。高安博士ノ調査ニ據レバ、本邦ニ於テ實驗セラレタル腸管疊積ハ「イレウス」全數ノ二八・七八%ヲ占ム。本症ハ何レノ年齡ヲ問ハズ發スルモ、他種ノ腸管閉塞ニ反シテ小兒期ニ多ク、就中生後十歳ニ至ル迄ノ間ニ最モ多シ、高安博士ニ據レバ本症總數ノ三七・五%ハ十歳以下ノ者ナリ。

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

**回盲部腸管疊積症** Invagination ileocecalis.  
 症候 本症ノ發スルヤ、全ク何等ノ前驅症ナク早發嘔吐及ビ腹部劇痛ヲ以テ突發スルコト多キモ、亦便秘・下痢・其他消化障礙ノ症狀ヲ前驅スルコトアリ。既往症ニ於テ往往同一發作ノ經過ヲ知ルコトアリ。本症症狀ノ一般ハ大概腸管絞窄ノ條下ニ説キタル所ニ一致ス。腸管閉塞ニ於テ嘔吐ハ必發ナラズ、時トシテ全ク之レヲ缺クコトアリ。本症ノ要徵ハ腹部ニ於ケル一種ノ腫瘤認定トス、即チ右側腹ニ



於テ或ハ上方ニ偏シ或ハ下方ニ位シ、又ハ上腹部ノ正中ニアリテ横走シ或ハ又一部分左腹側ニ互ル圓柱形若クハ紡錘形腫瘍ヲ有ス。往往該腫瘍ハ輕度ノ彎曲ヲ呈シ、其屈曲側ガ臍ニ面セルヲ認ムルコトアリ。腫瘍ハ表面平滑ニシテ移動性アリ、腫瘍自己ノ壓痛ハ多クハ顯著ナラザルモ、移動ヲ試ムルトキハ疼痛増劇ス、通例著明ナル限界ヲ有シ、亦往往單ニ觸診上ノ抵抗部トシテ認知セラル。時トシテ全ク腫瘍ヲ觸知シ得ザルコトアリ。末期ニ於テハ膨滿セル小腸ノ被フ所トナリ、多クハ腫瘍ノ認知困難ナリ。腹滿ハ初期ニ於テハ著シカラザルモ後チ廣汎的鼓腸ヲ發シ、末期ニ於テ腸管麻痺ヲ來スニ及ビテハ一層増劇ス。廻盲部疊積ニ於ケルダンス氏 Dance 症候トハ右腸骨窩ガ左腸骨窩ニ比シ、觸診上空虛ナルコトニシテ、本症診斷上ノ一證徵ナリトス。疊積ノ上部ニ於テハ腸管蠕動運動ノ亢進アリ、時トシテ蠕動運動ガ常ニ或一定部ニ達シテ停止スルヲ認メ之レニ依テ疊積ノ位置ヲ推知シ得ルコトアリ。

本症ハ經過中往往血性若クハ血性粘液性物ヲ漏泄ス。其自然的排泄ナキトキニ於テモ、直腸指診或ハ直腸洗滌等ニ際シ之レヲ證シ得ルコトアリ。但シ此血液漏泄ハ全ク缺如スル場合亦少ナカラズ腸疊積ニシテ大腸下部ニ及ベルモノハ裏急後重ヲ訴フ。疊積腸内管ノ尖端著シク下行セルトキハ直腸指診ニ當リテ之レヲ觸知シ得ベシ。  
**診斷** 急性腸管閉塞症腸管閉塞症參照アリ、特異ノ腫瘍ヲ認定スルトキハ以テ疑フベシ、血性若クハ血性粘液性物ノ漏泄ハ診斷上ノ一要徵ナリ、直腸指診上疊積内管ノ尖頂ヲ觸知シ或ハ直腸S字狀部鏡檢査ニ依テ之レヲ視診シ得ルトキハ診斷確實ナリ。猶年齢ノ關係ヲ重要トス。末期ニシテ腸管全麻痺ヲ呈シ、或

本邦ニ於テ實驗セラレタル腸管疊積症ノ種類  
高安博士調査

計	101
廻盲部ト記セルモノ	7
單ニ腸疊積ト記セルモノ	94
計	101

ハ已ニ腹膜炎ノ併發アルモノニ於テハ診斷困難ナリ。

**鑑別** 本症ニシテ容易ニ自然整復ヲ營ミ、暫時ニシテ自ラ諸徵消散スルモノハ腸管痙攣ト誤ルコトナキニアラズ。又本症ニシテ、初メ慢性狹窄症狀ヲ呈シ、其經過中内管ノ浮腫、炎症性浸潤等ノ結果、完全閉鎖ニ陥ルモノアリ、斯クノ如キハ腸腫瘍・瘻痕若クハ壓迫等ニ因ルモノト誤リ易キモ、之レ等ニアリテハ狹窄症狀發起ノ初メ徐徐ニシテ、不知不識ノ間ニ増悪スルヲ常トシ、腸疊積ニアリテハ其初發ニ溯リテ之レヲ質ストキハ右側腹ニ偏シタル劇痛、或ハ緩和ナル腹痛ヲ以テ、突發的ニ發生シ、後チ慢性症ニ移行セルモノナルコトヲ證明シ得ル場合多シ。

**豫後** 放置セラレルトキハ不良。稀ニ疊積自ラ解除整復セラレ、或ハ内管壞死脱落シテ自然治癒ヲ得ルコトアルモ、是レ僥倖ノミ。

**療法** 早期ニ手術的療法ヲ施ス可トス。1. 早期ニシテ全身狀態多ク侵サレズ、手術及ビ麻酔ニ堪ユルモノナルトキハ、開腹術ヲ施シ、疊積セル腸管ヲ檢シテ之レヲ處置ス。2. 既ニ全身狀態著シク侵サレタルトキハ一時糞瘻ノ造設ニ止メ、二次的ニ病竈ヲ手術ス。  
**疊積腸管ノ處置** 一 初期ナルトキハ、挿入セル内管ヲ壓出シテ整復スベシ。但シ此法ハ早期ニアラザレバ其目的ヲ達セズ、又再發スルコトアルノ不利益アリ。唯技術簡易ニシテ手術的侵襲ノ最モ小ナルヲ利トス。二 腸管切除ヲ施ス。(a) 内腸管ト外腸管トノ漿液膜ノ接著面ヲ縫合固定シ、後其部ニ近ク外

本邦ニ於ケル腸管疊積症ノ手術成績  
高安博士調査

手術種類	治	死	計
開腹整復術	57	3	60
腸管固定術	1	1	2
腸管切除術	2	1	3
腸管吻合術	4	1	5
人工肛門造設術	8	0	8
單純開腹術	1	0	1
計	66	6	72
%	91.7	8.3	100

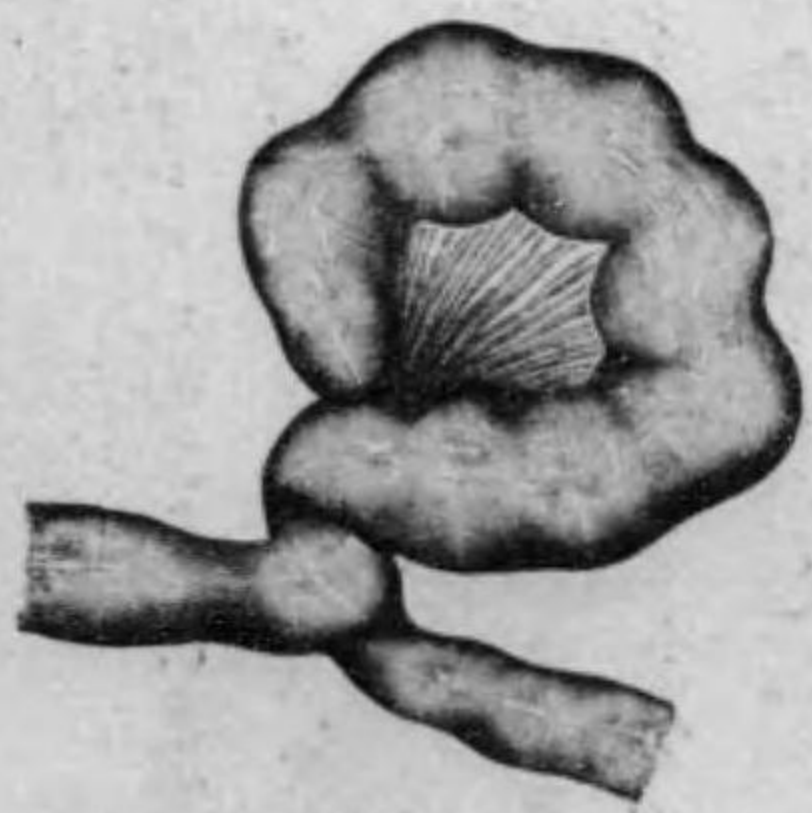
管ヲ縦ニ切開シ、内容タル腸管ヲ牽出シ、其根部ニ於テ之レヲ切除シ、後縦切開創ヲ縫合ス。(b) 疊積セル腸管ヲ上下ニ於テ切斷シ斷端縫合ヲ施ス。

疊積症ニ對シ高壓灌腸ヲ施シテ整復ヲ圖ルノ法ハ、時トシテ奏效スルコトアリ、極メテ初期ナルトキハ宜シク之レヲ試ムベシ。既ニ長時間ヲ經過セルモノニアリテハ腸管穿破ヲ惹起セシムルノ危険アルモノトス。

### 一四 腸管捻轉症 Volvulus

或腸蹄係ガ腸間膜ノ方向ヲ軸トシテ捻轉シ、腸管蹄係自ラ其兩脚ニ於テ絞窄スルモノヲ腸管捻轉症ト謂フ。結腸殊ニS字狀部ニ好發シ、稀ニ小腸ニ發起ス。捻轉ノ程度及ビ其成立ノ速度ハ種種ニシテ、之レヲ異ニスルニ從ヒ、或ハ腸管狹窄症狀ヲ發シ、或ハ完全ナル絞窄性腸管閉塞症ヲ成立セシム、而シテ此等ノ症候ハ或ハ漸次ニ來リ或ハ突發ス。本症成立ノ原因ハ先天性腸間膜過長、腸管自己殊ニ結腸(就中S字狀部)ノ部分的過長、過去ニ於ケル炎症ノ結果トシテ生ジタル腸間膜ノ癩痕性短縮、其他種種ナル腹腔内癒著等ニシテ、誘因トシテ舉ゲラルルハ、食事不攝生、便秘、下痢、劇働、過勞、努責、咳嗽、腹部打撲等トス。

圖四十二百二第 腸管捻轉



圖五十二百二第 腸結ルア向傾轉捻



高安博士ノ調査ニ據レバ本邦ニ於テ腸管捻轉症ハ「イレウス」全數ノ二四・七五%ヲ占ム。本症ハ幼年者ニ少ナク、壯年殊ニ三十乃至五十歳ノモノニ多シ、高安博士ニ據レバS字狀部捻轉症手術一五一例中二十一歳乃至五十歳ノモノ一〇八ヲ算セリ。

症候 診斷 S字狀部捻轉 既往症ニ於テ多クハ習慣性便秘ヲ有ス、又下腹殊ニ左腸骨窩若クハ胃部膨滿ノ感ヲ習慣トスルモノアリ、既往ニ於ケル同一發作ノ經驗アルモノ稀ナラズ。

本症ハ突發的ニ腸管閉塞ノ症狀ヲ以テ發スルヲ多シトスルモ亦或ハ初メ狹窄症狀ヲ呈シテ後完全閉塞ニ移行シ、或ハ長ク狹窄狀態ニ止ルコトアリ。腸管狹窄症及ビ腸管閉塞症ヲ參照ス 疼痛ハ下部ニアリテ痙攣性ナリ、又臍部ニ存スルコトアリ、又主トシテ薦骨痛ヲ訴フルコトアリ。捻轉部全ク閉塞セルトキハ疼痛ハ連續的ニシテ、其間發作性劇痛ヲ起ス。嘔吐ハ狹窄ニ止ルトキニ於テハ長ク之レヲ缺キ或ハ晚發スルモ、急卒ニ強度ノ捻轉ヲ營ミ、腸閉塞ヲ突發セル場合ニ於テハ通例早期嘔吐ヲ發ス。捻轉セル腸蹄係ガ現ハス像ハ一種定型のナル場合多ク、之ニ依リテ一見本症ノ診斷ヲ下シ得ルコト稀ナラズ、殊ニ完全ナル閉塞ヲ呈スルモノニ於テ最モ顯著ナリ、即チ腹滿ハ不規則且ツ不對照的ニシテ、或ハ臍ヲ中心トシテ全腹部ニ互リ、或ハ稍左腹側ニ偏シ、或ハ下部ニ於テ、捻轉膨滿セルS字狀部結腸蹄係ヲ目撃シ得ルコトトス。即チ該蹄係ノ彎曲部ハ上方若クハ上右側ニ存シ、兩脚ハ下方或ハ下左方ニ走レル大ナル膨滿腸管ノ像ヲ現出ス。往往其兩脚間ニ當ル部分ニ於テ縱溝ヲ呈シ、之レニ依テ

本邦ニ於テ實驗セラレタル腸管捻轉症ノ種類 高安博士調査

計	小腸			大腸		
	迴盲部	橫行結腸	下行結腸脾彎等	迴盲部	橫行結腸	下行結腸脾彎等
男	三	四	二	五	三	一
女	一	三	六	五	三	六
計	四	七	八	一〇	六	七

膨隆部ヲ左右二部ニ別ツテ視、或ハ之レヲ觸知ス。其著大ナルトキハ膨滿ハ全腹ニ互リ、其頂横膈膜ヲ壓上シ、肋骨弓ヲ開カシメ、高度ノ呼吸困難、心臟障礙等ヲ呈スルコトアリ。閉塞ノ初期ニ於テハ、捻轉蹄係以外ノ腸管ハ尙空虚ニシテ爲メニ爾他部分ハ反ツテ陷没セルコトアリ、サレド末期ニ於テモ猶腸管上部ノ鬱滯性鼓腸及ビ腸管麻痺ヲ發起スルトキハ、腹滿鼓腸ハ全般的トナル。但シ此時ニ於テモ猶固有ノ腸蹄係膨滿ノ像ヲ認識シ得ルコト多シ。捻轉ニ因テ完全ニ閉塞セル腸蹄係ハ所謂絞窄性鼓腸ヲ呈シ硬孿 Darmstarreノ發作ナシ、唯初メ不完全ニ捻轉シ、爲メニ腸狹窄症狀ヲ呈スルモノニアリテハ、其時期ニ於テ、硬孿發作ヲ有シ、加之此場合ニ於テハ蠕動ヲモ認知シ得ルコトアリ。觸診上此膨大セル腸蹄係ヲ觸レ、左腸骨窩或ハ下腹正中ニ壓痛點ヲ有ス。打診上鼓音ヲ呈ス、腸壁ノ緊張極度ニアルトキハ鑼性ヲ帶ブルコトアリ、此捻轉セル膨滿腸蹄係内ニ液性内容ヲ有スルトキハ其一部ニ濁音ヲ認メ、又振水音ヲ聴取スベシ。結腸内ニ高ク「カテーター」ヲ挿入スル能ハズ、空氣又ハ水ヲ送ルモ直腸以上ニ進マズ。一般狀態ハ不定、甚シク侵サルルコトアルモ亦往往極メテ輕易ナルコトアリ、其強弱ハ主トシテ捻轉度ノ大小及ビ成立ノ遲速ニ關ス、突發シテ捻轉度ノ大ナル場合ニ於テ最モ甚ダシ。

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

盲腸部捻轉

小腸ヲ伴フコトアルモ、盲腸及ビ上行結腸下部ニ限レルモノ多シ。S字狀部ニ次デ頻發スル腸捻轉ニシテ、通例右腸骨窩、稀ニ下腹中央、或ハ臍口左側ニ偏シ、球形ノ腫瘤ヲ形成シ、茲ニ限局性疼痛ヲ訴フ。全身症狀ハ不定、盲腸捻轉ノ呈スル此絞窄性鼓腸ハ結腸下位ニ狹窄ヲ有シテ發スル限局性麻痺性盲腸膨滿ト誤ルコトアリ。

横行結腸捻轉

S字狀部捻轉ト同一關係ノ診候ヲ呈ス。全小腸捻轉 十二指腸空腸部ノ閉塞症狀ヲ備ヘ、劇甚ナル全身症狀ヲ呈ス。又著明ノ中腹膨滿ヲ呈スルコトアリ、往往下血吐血ヲ起ス。

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

療法

開腹術ヲ施シ、捻轉セル腸管ヲ處置スベシ。即チ全身症狀及ビ捻轉腸管ノ變化如何ニ從テ、一 局所麻酔(或ハ全身麻酔ヲ要スルコトアリ)ノ下ニ開腹術ヲ施シテ捻轉ヲ整復ス。二 全身麻酔ノ下ニ捻轉腸管ノ切除術ヲ施ス。或ハ時宜ニヨリ人工肛門ヲ造設ス。

S字狀部捻轉ニ對シ、胃用ネラトン氏護膜管ヲ直腸ヨリ送入シ、捻轉腸管ノ内容ヲ排却シ得テ、一時整復ノ目的ヲ達シ得ルコトアリ。又或ハ高壓灌腸法ヲ施シテ奏効スルコトアリ。初期ニ於テハ之レヲ試ムベシ。然レドモ此等ハ奏効必ズシモ確實ナラズ、時トシテ腸管ヲ破傷スルノ虞アリ、實施上充分ナル注意ヲ要ス。

腸管捻轉症

本邦ニ於ケルS字狀部捻轉症ノ治療成績 高安博士調査

手術種類	治	死
整復術	6	2
同及固定術	7	1
同及腸吻合	3	1
同及人工肛門	3	1
同及腸縫合	1	1
腸管切除術	8	6
人工肛門造設術	1	1
腸管吻合術	2	1
單純開腹術	1	2
計	37	17

### 一五 廻盲部結核 *Ilcoëkal tuberculose.*

廻盲部ノ結核ハ普通腸結核ニ見ルガ如キ潰瘍ヲ生ズルモノアルモ、此部ニ於テハ壁ノ肥厚ヲ呈シ、一方内腔ヲ狹窄セシメ、一方外部ニ向テ腫大スル腫瘤狀發育ヲ來スモノ亦多シ。

症候 初期症狀トシテ下腹部、或ハ盲腸部ニ限局セル疼痛ノ發作アリ、其際發熱ヲ伴ヒ、又嘔吐ヲ起スコトアリ。腸骨窩部、臍ノ近圍、或ハ下腹中央等ニ位スル限局性ノ腫瘤ヲ形成ス、腫瘤ハ大サ鶏卵大乃至手拳大ニシテ、形狀不規則、硬固ニシテ壓痛アリ。腸管内容ノ通過障礙ハ之レヲ來サザルコトアリ、又疼痛發作ヲ伴フ下腹部ノ膨滿、腸蠕動亢進、「グル」音ヲ發シテ疼痛ノ消散スルコト等、明ナル狹窄症狀ヲ呈スルコトアリ。或ハ瀰蔓性腹膜結核ノ併發ニ因ル腹部ノ全般的膨滿及ビ滲出物ノ瀦溜ヲ徵スルコトアリ。榮養漸次衰ヘテ削瘦ス。晚期ニ於テハ膿瘍ヲ形成シ、破潰スルヤ腹壁ニ糞瘻ヲ生ズ。

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

鑑別 一 反復再發スル蟲樣突起炎及ビ慢性蟲樣突起炎 廻盲結核ノ腫瘤ハ蟲樣突起炎ノ浸潤性硬結ニ比シ限局性ニシテ、且ツ移動性大ナリ、其他疼痛ノ持久、住苒不定ノ熱候、爾他結核病竈ノ存在等ヲ以テ蟲樣突起炎ト鑑別ス。二 盲腸癌腫 盲腸部ノ結核及ビ癌腫ハ、其ニ硬固ニシテ表面不規則ナル腫瘤ヲ形成シ、術前ノ診斷不可能ナルコト稀ナラズ。好發年齢、遺傳ノ關係、爾餘結核病竈ノ存在、日哺潮熱、盜汗等ハ以テ結核ヲ診斷スベク。大便中血液ヲ見ルハ癌腫ニ多クシテ、盲腸結核ニハ稀ナリ。三 盲腸部「アクチノミ、コーゼ」本症ノ初期ニ於テハ結核若クハ癌腫トノ判別甚ダ難シ、硬固板狀ノ浸潤形

成、好シテ周邊ニ向ツテ増進スルコト、早期ニ腹壁ニ蔓延スルコト等ヲ特異トス。既ニシテ多發性軟化竈ヲ形成シ、更ニ破潰シテ瘻孔ヲ作り、膿中固定ノ顆粒ヲ證明シ得ルトキハ確實ナリ。腸管通過障礙ハ末期ニ至ルマデ通例之ヲ起サズ。

豫後 疑ハシ、高度ノ腸管狹窄症、腸管閉塞症、蔓延性腹膜結核、混合傳染等ノ爲メ死ノ轉歸ヲ取ルコト多シ。又癥痕ヲ形成シテ全ク治癒ニ就クコトアリ。

療法 廻盲切除術ヲ行フ、其切除不可能ナルトキハ廻盲曠置術ヲ施ス。第三篇中「外科的結核」療法ノ條下ヲ参照スベシ

### 一六 蟲樣突起炎 *Appendicitis.*

蟲樣突起炎ノ病原菌トシテ最も重要ナルヲ連鎖狀球菌トス。又葡萄狀醗膿球菌ニ因テ發スルコトアリ。大腸菌ハ本病ノ多數ニ於テ證明セラルルモ、同菌ガ果シテ單獨ニ本病ヲ發起シ得ベキカニ就キテハ之レヲ疑フ者アリ。其他肺炎菌、腸窒扶斯菌、赤痢菌、「インフルエンザ」菌、結核菌等トス。誘因トシテハ a 解剖的關係、即チ蟲樣垂ノ過長、屈曲、蟲樣垂腸間膜ノ短縮、廻盲部ノ異常移動性等。b 消化障礙、即チ暴飲暴食、不消化物ノ攝取、便秘、下痢等。c 異物竄入、即チ果實、魚骨、植物纖維、楊子ノ毛、結石等。d 蟲樣垂内糞石形成。e 過度ノ運動及ビ外傷、即チ打撲衝突等トス。本症ノ發生ニ就テ血族の關係ヲ認知スルコトアリ、又傳染的傾向ヲ證明シ得タル例アリ。女子ニ比シテ男子ニ多ク、十歳ヨリ三十歳ノ間ニ於テ最も多ク本症ニ侵サル。

本症ハ解剖的變化ノ異ナルニ從テ其種類甚ダ多シ、或ハ炎症單ニ粘膜炎及ビ粘膜炎下ニ限リ、(蟲樣突起内

膜炎 (Endoappendicitis) 或ハ筋層及ビ漿膜ニ及ビ、又或ハ更ニ蟲樣突起周圍ニ之レヲ蔓延セシム。(蟲樣突起周圍炎 Periapendicitis 盲腸周圍炎 Perityphilitis 盲腸背炎 Paratyphilitis 盲腸ノ腹膜ニ被覆セラレザル部分ニ於ケル結核織ノ炎症等) 炎症蟲樣突起ノ外圍ニ及ブトキハ、或ハ顯著ニ依リテ包裹セララル局限炎症(膿瘍形成)ヲナシ、或ハ進ンデ瀰蔓性腹膜炎ヲ發起スベシ。本症ノ分類上最モ重要ナルハ蟲樣突起ノ破壊ヲ來スト否トニアリ、其前者ヲ破壞性蟲樣突起炎 Appendicitis destructiva ト謂ヒ、後者ヲ單純性蟲樣突起炎 Appendicitis simplex ト稱ス。破壞性ノモノハ蟲樣突起ノ全層侵襲セララルノ結果、一部或ハ大部若クハ全部ノ壞疽ヲ來スモノニシテ、其一小部ニ於テ破壊スルモノハ穿孔ノ状態ヲ呈スルヲ以テ、之レヲ穿孔性蟲樣突起炎 Appendicitis perforativa ト謂ヒ、之レニ反シテ蟲樣突起ノ全部或ハ大部ノ壞疽ヲ成スモノヲ壞疽性蟲樣突起炎 Appendicitis gangraenosa ト稱ス。大ニ掲グル二圖ノ一ハ發病後四十八時間(瀰蔓性腹膜炎ノ併發アリ)ニ於テ手術セル穿孔性蟲樣突起炎ニシテ、一ハ發病後三十三時間ニ手術(理想的早期手術)セル壞疽性蟲樣突起炎ナリ。其ニ林病院ニ於ケル吉川ノ實驗例中ノモノナリ

症候 病變ノ時期、炎症ノ強弱、及ビ合併症ノ有無ニ從ヒ、其症徵及ビ經過ハ甚ダ多般ニシテ、輕易ナルハ殆ンド病徵ヲ呈スルコトナクシテ經過スルモノアリ、劇症ニアリテハ短小時日ニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。一般ニ急性蟲樣突起炎ノ要徵ト認ムベキハ腹痛、胃腸症狀、腹壁緊張及ビ硬結形成等ニシテ通例發熱ヲ伴フ。前驅症トシテ往往倦怠、疲勞、食思缺乏、不定ノ腹痛等ヲ發ス。發病前便秘スルコト多キモ亦屢々下痢ヲ發ス。初發症候トシテハ腹痛、腹壁過敏、惡心、嘔吐、熱發等ヲ來スヲ常トス。疼痛ハ通例痙攣性ニシテ右腸骨窩部ニアルモ、初發時ニ於テハ往往臍圍若クハ胃部ニ訴ヘラル。腸骨窩ニ於テ腰痛アリ、又此部ノ皮膚知覺過敏ヲ證シ得ルコトアリ。初期ニ著明ノ局限性壓痛點ヲ認ムルハ診斷上重要ナル徵候ナリ。其位置ハ蟲樣突起ノ位置不定ナルガタメ甚ダ不同ニシテ、或ハ臍棘線ニ於テ臍

ニ接シ、又ハ前上棘ニ偏シテ存シ、或ハ高ク側腹ニアリ、或ハ正中線ニアリ、或ハ又左側ニアルコトアリ。マツクバーチー氏 Mc Burney ハ蟲樣突起ノ起始點トシテ右臍棘線ニ於テ前上棘ヲ去ル二吋ノ點(マツクバーチー氏點)ヲ示シ、ランツ氏 Litz H 左右前上棘ヲ連結セル線ヲ三分シ、其右及ビ中三分ノ一部ノ境界點ニ之レヲ定メタリ。蟲樣突起炎ノ多クノ場合ニ於テハ此等ノ點或ハ其近傍ニ於テ壓痛點ヲ認ム。此等正規位置ト認ムベキ部分ヨリ甚ク隔リテ病竈ヲ形成スルハ盲腸ノ先天性位置異常アルニアラザレバ異常ニ大ナル移動性ヲ有スル盲腸ノ蟲樣突起ニ來ルモノトス。壓痛點ヲ檢シテ其分明ナラザルトキ左側臥ヲ命ジテ檢シ好成績ヲ得ルコトアリ、之レ小腸ガ左側ニ移動スルヲ以テ深在セル病竈ニ壓ヲ達セシメ得ルニ因ル。

胃腸症狀トシテ食思缺乏、嘔氣、惡心、嘔吐等ヲ來スコト多ク、初發期ニ著シクシテ後反テ減退スルコト稀ナラズ。便通ハ便秘スルヲ常トシ稀ニ下痢ヲ來ス。舌苔ハ多ク之レヲ見ル、褐色ニシテ厚ク之レヲ被フハ重症ノ場合ニ多シ。腹部殊ニ病竈近部ノ觸診ニ當リ、反射的ニ腹壁緊張ヲ呈スルハ、發病當初ニ於ケル殆ンド必發ノ症徵ニシテ、病變高度ナルニ從テ顯著ナリトス。盲腸部硬結ハ發病後一定時間ノ後形成セララル、之レ近圍腸

圖六十二百二第 炎起突樣蟲性孔穿



圖七十二百二第 炎起突樣蟲性疽壞



管及び網膜ノ浮腫及び炎症性浸潤ニ因ルモノニシテ、就中網膜カ病竈部ト癢著シテ之レヲ被包シ、其炎症性腫脹ハ茲ニ著明ノ腫瘤ヲ形成ス。蟲様突起炎ニ於ケル硬結ハ右腸骨窩ニ存スルヲ普通トスルモ、亦疼痛點ノ異ナルガ如ク、或ハ上腹ニ位シ、或ハ臍圍ニ存シ、又或ハ左側ニ偏スルコトアリ。硬結ハ壓痛アリ、多少移動性アルコトアルモ通例全ク固定セラル、打診上濁音ナルモ、亦此部ヲ越エテ腸管ノ存在スルトキハ鼓音ヲ呈スルコトアリ。盲腸背炎ニ於テハ壓痛及ビ抵抗ハ腹部ノ前面ニ存セズ、却テ側腹部ニアリ或ハ更ニ腰背部ニ偏ス、即チ季肋ト腸骨櫛トノ間ニアリ。此部分ニ於ケル炎症ノ蔓延高度ナルトキハ、屢々皮膚ノ浮腫ヲ現出シ、又潮紅ヲ見ルニ至ル。盲腸背部ニ於ケル蜂窠織炎ハ又往往腎臟周圍炎ヲ形成シ、或ハ遠ク横膈膜下ニ膿瘍ヲ生ゼシムルコトアリ。

體温昇騰ハ通例之レヲ來スモ、著シク高度ナラザルコト多シ、或ハ全ク熱發ヲ缺クコトアリ、又或ハ突然惡寒高熱ヲ以テ發病ス、但シ熱ノ高低ハ以テ直ニ病變ノ強弱ヲ測ルニ足ラザルモノトス。脈搏ハ反射現象及ビ中毒作用トシテ影響ヲ受クルコト著シク、其細弱疾數ナルトキハ本症ノ重篤ナルヲ知悉スルニ足ル場合多シトス。虚脱、症狀、即チ急劇ナル心臟衰弱、體温下降、脱力、四肢厥冷、「チアノーゼ」、冷汗、腹式顔貌 *Facies abdominalis* 等ハ俄ニ誘發セラレタル蔓延性腹膜炎、就中穿孔性腹膜炎ノ證左タルコト多シ。

蟲様突起炎ハ急性化膿性腹膜炎ノ原因トシテ最も重要ナルモノニシテ、本症ノ經過中ニ之レヲ續發スルヲ常トスルモ、其來襲甚ダ急劇ニシテ發病當初既ニ急性瀰蔓性腹膜炎ノ狀態ヲ呈スルコト亦全ク稀有ナリトセズ。「急性腹膜炎」ノ餘下ヲ参照セヨ 腹膜炎ノ繼發ニ當リ、幸ニ炎症腹膜全般ニ及バズ、炎症病竈ハ近圍臟器ノ癢著ニヨリテ被包セラレ、後化膿ヲ誘起スルトキハ、乃チ包、裹性、限局性膿瘍ヲ形成ス。盲腸周圍膿瘍、膿瘍

ハ硬結内ニ存シ、其小ナルモノ又ハ深在性ノモノニ於テハ顯著ナラザルモ、大ナル膿瘍ニアリテハ明ニ波動ヲ徴知シ得ルニ至ル。化膿竈骨盤腔ニ存スルトキハ、男子ニ於テハ膀胱直腸窩、女子ニアリテハドイグラス氏窩 尿閉、排尿時疼痛等ヲ訴へ、又裏急後重ヲ起スコトアリ。

蟲様突起炎ニ來ル腸管不通症狀ハ腹膜炎性腸管麻痺若クハ反射的腸管麻痺トシテ現ハレ、或ハ又腸管ノ癢著ニ因スル器械的腸管閉塞症ノ形成ニ因リテ生ズ。「腸管閉塞症」ノ餘下ヲ見ヨ

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

慢性蟲様突起炎 *Appendicitis chronica* 急性發作ノ消散後、蟲様突起炎ハ完全ニ治癒ノ狀態ニ歸スルコトアルモ、亦長ク種種ナル程度ニ於ケル變化 蟲様突起及ビ其近傍ニ於ケル癢著、膿様突起ノヲ胎存スルコト稀ナラズ。之レ急性症ヨリ轉化セル慢性蟲様突起炎ニシテ、自覺的ニハ全ク異常ナキカ、或ハ歩行時、飽食後等

ニ於ケル局部緊張ノ感若ク鈍痛、便通不整殊ニ便秘、局所ノ壓痛等ヲ訴へ、他覺的ニ小便結着クハ限局セル抵抗ルコトアリ 鎖事タル誘因ノ下ニ容易ニ急性炎症ヲ再發スルノ狀態ニアリ、患者ハ爲メニ甚シキ生活狀態ノ支障ヲ被ムルニ至ル。短小期間内ニ頻回反復スル再發ヲ來スハ概ネ此種類ニ屬スルモノトス。慢性再發性蟲様突起炎 *Chronische rezidivierende Appendicitis* 慢性蟲様突起炎ハ斯クノ如ク急性症ヨリスル移行型トシテ來ルノ他、又始メヨリ慢性ノ狀態ヲ以テ發起シ、緩慢ナル經過ヲ以テ始終スルモノアリ。

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

化膿の有無、膿瘍形成ノ初期ニアリテハ正確ニ之ヲ判定センコト容易ナラズ。著明ノ硬結ヲ形成シ、壓痛アリ、合理的攝生ヲ施セルニモ拘ハラズ、長ク退縮スル傾向ナキトキハ之レヲ疑フベシ。著明ノ壓痛點アリ、繼續スル熱候殊ニ弛張性熱型ヲ呈スルモノハ最モ疑フベシ。但シ疼痛及ビ熱ヲ缺キテ而カモ膿瘍ノ形成ヲ營ムコトアリ、注意スベシ。硬結ハ其甚ダ顯著ナルトキモ單ニ臟器特ニ大網膜ノ浸潤腫脹ニ基因シ、膿瘍ヲ形成スルコトナクシテ、一定ノ經過後漸次消散スルモノアルヲ以テ、其大ナルト否トヲ以テ化膿ノ有無ヲ測ルコト能ハズ。腋窩計測ニ於ケル體温ノ直腸計測ノソレト大差アルハ膿瘍形成ノ微ナリトナスモ、只時トシテ診斷ノ一助タラシメ得ルノミ。血液ヲ檢シ、白血球ノ增多及ビ一核性中性嗜好白血球ノ増加ヲ以テ化膿ヲ診定スル法アルモ之レ亦絕對的價値ナシ、一立方密性中二〇〇〇—二五〇〇ニ達シ、後全數ヲ維持シ、或ハ漸次増加スルモノハ化膿既ニ皮膚ニ著明ノ浮腫ヲ顯出シ、又ハ潮紅ヲ呈セルモノニ於テハ略之レヲ確認シ得ベク、波動ヲ觸知スルニ至レバ乃チ確實ナリ。直腸及ビ腔腔ヨリスル指診ヲ怠ルベカラズ、此處ヨリ著明ノ膿瘍ヲ探知シ得ルコトアリ。膿瘍有無ノ診斷トシテ試驗的穿刺ハ危險アリ、既ニ其必要ヲ感ジナバ、寧ロ手術的手段ニ出ヅルニ如カズ。試穿ハ過テ腸管ヲ刺シ、又包裹セラレタル膿腔中ノ細菌ヲ無障腹腔ニ導クノ慮アルヲ忘ルベカラズ。

慢性蟲樣突起炎ニシテ當初ヨリ緩慢ナル經過ヲ取ルモノハ症狀ニ特ニ固有ナルモノナク、長ク閑却セラレ易ク、又他ノ腸胃疾患、婦人科の疾患殊ニ卵巢炎、神經疾患等ト誤認セラルルコトアリ。經久的ニ下腹部殊ニ右腸骨窩部ニ於テ不快感、發作性自發痛、壓痛、運動後疼痛等ヲ訴フルモノアラバ注意ヲ要ス。又本症ニシテ硬結ヲ呈スルモノハ廻盲部結核、放線狀菌病若クハ腫瘍等トノ鑑別困難ナルコトリ。鑑別。一 右側腸腰筋炎、熱發、腸骨窩部ノ疼痛及ビ硬結ヲ發シ爲メニ本症ト誤診セラルルコト稀ナラズ。腸腰筋炎ニアリテハ初期ヨリ固有ノ腸關節屈曲位(所謂腰筋位 Psoasflexion)ヲ取ルヲ特徴トス、蟲樣突起炎ニ於テモ腸骨筋膜ト癒著ヲ形成シ爲メニ右腸關節屈曲位置ヲ取ルコトアルモ、此現象ハ一定經過後ニ來ルベク、且ツ必發ナラズ。猶蟲樣突起炎ニアリテハ硬結ハ腸骨ニ對シ通例間隙ヲ存スルモ、腸腰筋炎ニアリテハ密接ス。又蟲樣突起炎ニアリテハ胃腸症狀著シ。二 膽石症、心窩或ハ右季肋下ニ疼痛アリ、肩胛若クハ上背ニ放散ス。右肋骨弓下ニ壓痛著明、往往黃疸ヲ發ス。三 腎石症、疼痛尿路及ビ尿丸ニ向テ放散ス、腰背部過敏、尿意頻數、砂尿、血尿、膿尿等アリ。四 宿便、風氣痛痛ヲ起ストキハ本症ニ疑ヲ置カルルコトナキニアラズ。五 盲腸腫瘍、盲腸結核若クハ癌腫ト鑑別ヲ要ス。盲腸結核ハ六 喇叭管炎、及ビ卵巢炎ト誤ルコトアリ。既往及ビ現在ニ於ケル婦人科疾病ノ有無ヲ質シ、且ツ仔細ニ内診及ビ双合診ヲ施スベシ、卵巢喇叭管炎ニ於テハ腫脹ハ蟲樣突起炎ニ比シ低位ニアルヲ常トスルモ、後者ニアリテモ、亦時トシテ骨盤内ニ發スルコトアリ注意スベシ。病變兩側ニアルヲ認定シ得ルハ是レ喇叭管及ビ卵巢炎ナリ。七 腸閉塞症、就中廻盲重疊ニ類スルコトアリ。全條下ヲ参照セヨ

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

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



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

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

急性蟲様突起炎ノ治療ハ早期ニ蟲様突起切除術ヲ施スヲ以テ理想トナス。即チ病竈尙蟲様突起ノ管腔内ニ限局シテ周圍ニ波及セズ、又早晚穿孔若クハ壞疽ヲ來スベキ運命ニアル劇症ニアリテハ、尙未ダ其破壞ヲ起スニ至ラザルノ時期ニ於テ、開腹術ヲ施シテ之レヲ切除シ、炎症ノ周圍ニ蔓延スルヲ防ギ或ハ危険ナル穿孔性腹膜炎ヲ未發ニ防止スルト同時ニ完全ニ病變部ヲ除去スルニアリ。此手術ハ其時間早キニ從ヒ結果良好ニシテ、延長スルニ從テ死亡率ヲ増加ス。一般ニ發病以來四十八時間以内ニ施サル手術ヲ早期手術、Iridioperation ト呼稱スルモ、劇症ニアリテハ此時間内或ハ既ニ二十四時間以内ニ於テ穿孔若クハ大部分ノ破壞ヲ致シ、忽チニシテ瀰漫性腹膜炎ヲ發スルモノアリ。

既ニ早期手術ノ適應時期ヲ失シ、病機ハ愈々進ミテ周圍ニ炎症ヲ波及シ、癒著ヲ生ジ、之レニ由テ浸潤性硬結ヲ形成セルノ時期(中間期 Internedistadium)ニアリテハ手術的療法ノ施行ハ大ニ考慮ヲ要ス。多クノ經驗ハ、此時期ニ於ケル手術ハ失フ所大ニシテ待期的療法ノ却テ之レニ優レルコトヲ示シタリ。宜シク自然經過ニ委スベキナリ。即チ此時期ニ於テハ嚴ニ安静ヲ命ジ、流動性食餌ヲ持長セシメ、局部

ニ氷罨法或ハ濕温罨法ヲ施シテ其吸收ヲ圖ルベシ。而シテ終ニ腫瘤若クハ抵抗ヲ觸レズ、壓痛ナク、熱候ヲ微セズ、一般狀態モ亦全ク恢復スルヲ待テ、發作後此時期ニ達シ得ルマデノ期間ハ甚ダ多ク、標ナルモ概ネ一二週乃至二三ヶ月ノ間ニアリメテ手術ヲ加ヘ、蟲様突起ヲ切除ス。斯クノ如キヲ間歇期手術、Operation im Intervallト稱ス、此時期ニ於ケル蟲様突起切除術ハ最モ安全ナルモノニシテ又安全手術 Sicherheitsoperation ノ名アリ。之レニ依テ再發ノ虞ヲ斷チ、又慢性蟲様突起炎ノ狀態ニアルモノハ之レヲ根治シ得ベキナリ。

既ニ早期手術ノ時期ヲ失シタルモノニ於テハ前上記載ノ方針ノ下ニ間歇期手術ノ適應時期到ルヲ待ツベキモ、時トシテ中間期ノ經過中危険ナル繼發症(瀰漫性腹膜炎、癌)ノ來襲ニ遭遇シ、爲メニ手術ノ決行ヲ餘義ナクセラルル場合アリ。此時施ス手術ヲ危急手術 Nooperation ト稱ス。此時手術ノ目的ハ前二者ト全ク其範ヲ異ニスルモ

蟲様突起炎

蟲様突起炎ノ手術ニ因ル死亡率 三宅速博士調査 大正五年五月四日

術手全安	術手期週	術手急危	手術總數	死亡數	死亡率
Lanz Roux Kühnel Sprengel Ehner 三宅	Ehner Habener Sprengel 三宅	Ehner Halber Sprengel Kühnel 三宅	1100餘 201 695 34 36 3	3 2 4 4 2 2	約0.25% 0.2% 0.57% 0.86% 0.55% 0.56%
					約0.15% 0.2% 0.57% 0.86% 0.55% 0.56%

絶對的、早期手術ノ人モ、死亡者ヲ出ダサズ、余モ亦十六名ノ患者ニ於テ悉皆ノ全治ヲ見タリ。我教室創設日猶淺キ際助手ノ執刀ノ下ニ手術サレタルモノニシテ、嚴正ナル適應症ヲ誤ラレタルノ嫌ナキ能ハズ、然ルモ爾後最近ニ至ルマデ五箇年間ニ於テ多數ノ術者ヨリ二七例ノ根治手術施サレタレドモ未嘗テ一名ノ死亡例ダモ出ダサズ、今後幾百千例ヲ重ヌルモ、亦此範ヲ失ハザルヲ信ズ

ノニシテ、手術ノ豫後ガ前二者ニ比シテ甚ダ不良ナルハ言ヲ俟タザルナリ。既ニ虚脱状態ニアリ、又ハ瀰蔓性腹膜炎ノ併發アルニ當リテモ、一般状態、特ニ心臟機能ニ對スル措置ヲ取ルト共ニ開腹術ヲ施行シ、能クメテ之ヲ除去スヲ斷行シテ回生ノ效ヲ奏スルコトナキニアラズ。急性腹膜炎ノ「急性腹膜炎」ノ條下ヲ参照セヨ。

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

**蟲様突起切除術** Appendektomie.

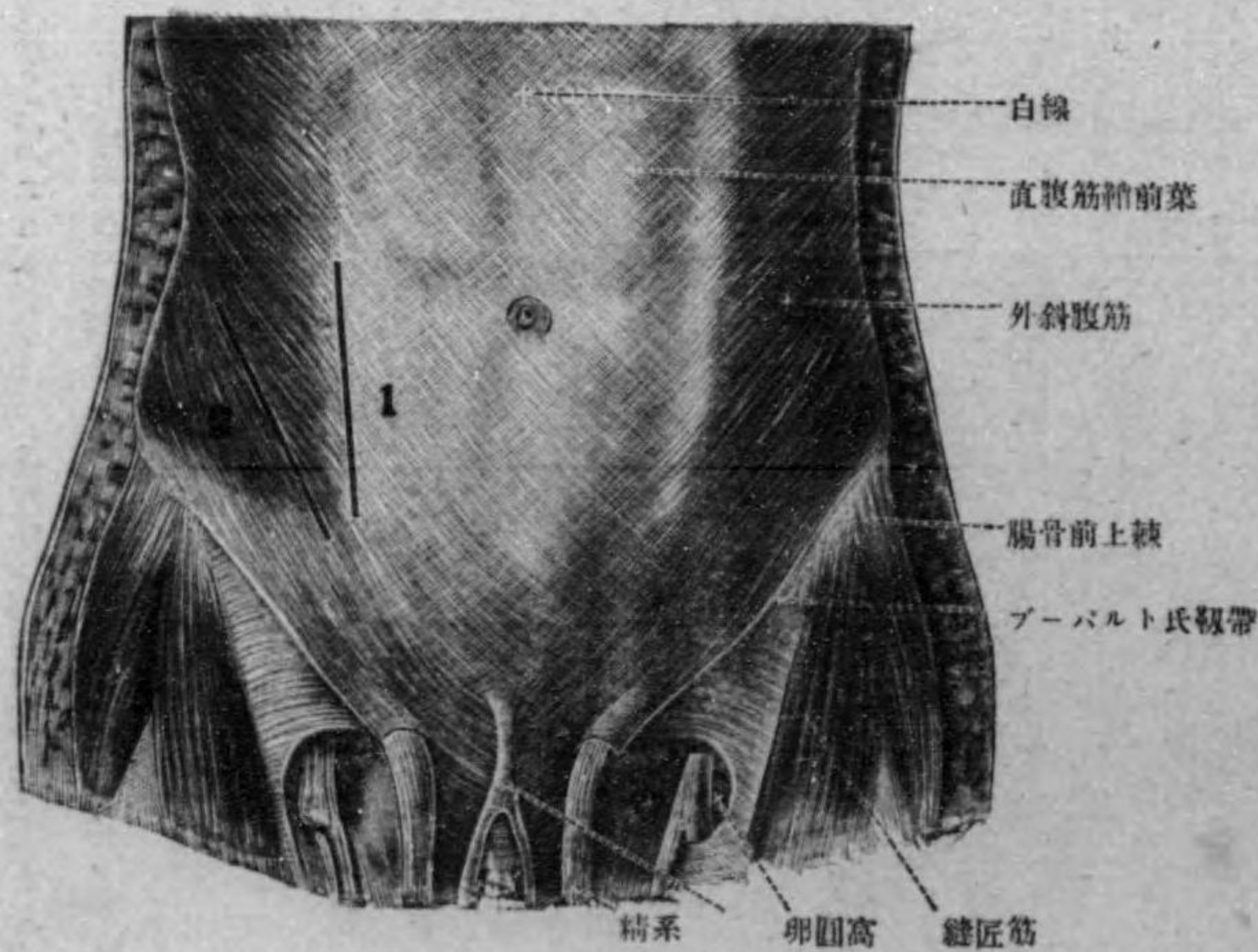
蟲様突起切除術ハ、蟲様突起ニシテ正常位置ニ存シ、且ツ癒著ナク或ハ之レアルモ甚シカラザルトキハ開腹手術中簡易ナルモノニ屬スルモ、先天性異常或ハ癒著ニ因ル失常位置、及ビ複雑ナル癒著アルトキハ、其發見及ビ遊離ニ甚ダ困難ナルコトアリ。又包裹セラレタル化膿竈ノ潛在アルトキハ之レガ開放ニ因リテ瀰蔓性腹膜炎ヲ誘起セシムルノ虞アリ。故ニ此等ノ場合ニ於テハ經驗アル熟練ナル手ニ賴ルニアラザレバ、能ク安全ニ之ヲ剔出シ得ベカラザルナリ。此等位置ノ失常、癒著、化膿竈ノ潛在等ハ常ニ確實ニ之レヲ豫測シ得ベキニアラズ、腹壁ヲ開キ蟲様突起ヲ索ムルニ當リ、初メテ此困難ニ遭遇スルコト稀ナラザルヲ以テ、吾人此手術ニ臨ミテハ常ニ此等ノ總テ有リ得ベキ異變ニ對シ畫策スル所ナカルベカラズ。蟲様突起炎ニ於ケル手術ノ困難ハ、其反復發作セル後ニ行ハルル場合ニ於テ甚シ是レ發作其回ヲ重ヌルニ從テ癒著愈々加ハレバナリ。發病初回ニ於ケル早期手術ガ其施行最モ簡易ナルハ略易キノ理ナリ。

準備 開腹手術ノ準備ヲ嚴行ス。

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

術式 一 腹壁ヲ切開ス。腹壁切開ハ猶第四篇中「開腹術」ノ條項ニ於テ詳説スル所アルベク、茲ニハ本症ノ場合ニ就テ其概要ヲ記ス。失常位置ニ於ケル蟲様突起炎ニアリテハ、或ハ上腹部ニ於テシ、或ハ正中白線ニ於テシ、或ハ腎臟手術ニ於ケルガ如ク側腹切開ヲ以テスルコトアルモ、其等特殊ノ場合ヲ除キテハ常ニ右下腹部ニ於テセラル、此切開式ヲ別チテ三種トス。即チ斜切開、縱切開及ビ交錯切開是ナリ。A 斜切開法 Schräge Schnitt 前上棘ノ内側ニ、略ブーバルト氏靱帶ニ平行シテ、斜ニ上外方ヨリ下内方ニ走ルハ乃至一二仙迷ノ皮膚切開ヲ加ヘ、各筋ヲ總テ同一方向ニ切開シ、充分止血、後チ腹膜ヲ亦同一方向ニ開ク。(第二二二、二二八圖) B 縱切開法 Längsschnitt 臍棘線ノ中央ニ於テ、直腹筋ノ外縁ニ沿ヒ皮膚切開ヲ加ヘ、直腹筋外縁ニ近ク直腹筋鞘ノ前葉ヲ開キ、該筋ヲ現ハシ、之ヲ内側ニ牽引シ、同後葉ヲ現ハシ、之ヲ前葉ノ切開線ト同一線上ニ開ク。後葉ヲ開クニ當リ斜ニ茲ヲ過ル神經アリ之ヲ遊離セシメ牽引シテ保護スベシ。縱切開法ニ猶他ノ二式アリ。其一ハ皮切ヲ直腹筋ノ中央ニ加ヘ以下上記ノ法ニ倣フモノニシテ、其二ハ直腹筋ノ外側ニ於テ腹筋膜ガ直腹筋鞘

圖 八 十 二 百 二 第

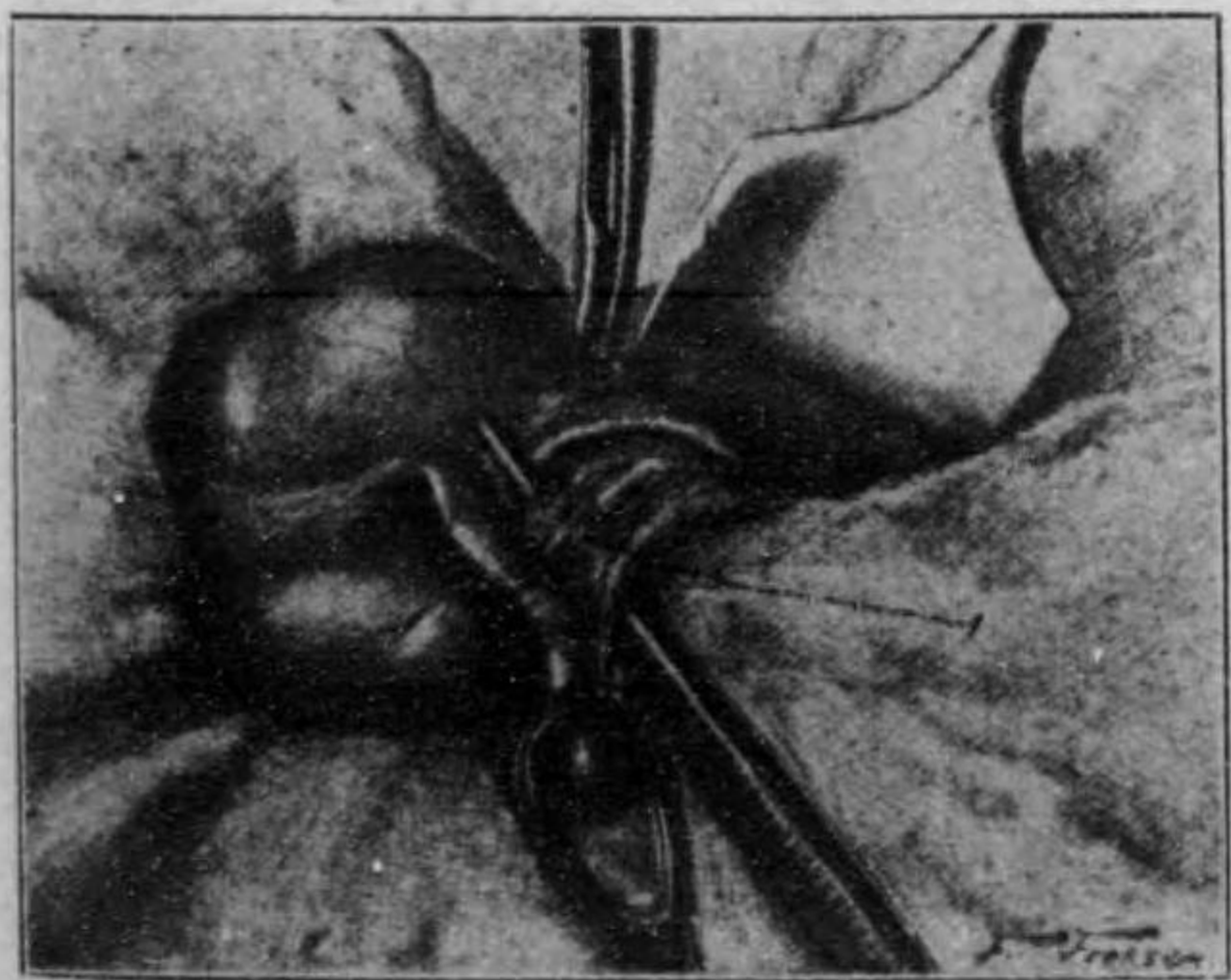


トナル前、即ち側部白條ニ於テナス法トス、此切開ニ於テハ直腹筋ヲ露ハスコトナシ。之ヲ直腹筋外側切開法 Pararekale Schnitt 謂フ。(第百二十八圖) C 交錯切開法 Wechselschnitt 腱膜及ビ筋纖維ヲ横斷スルコトナク神經ヲ傷クルコトナキヲ利トスル法ナリ。即チ臍線ノ中及ビ外三分ノ一境界部ニ於テ外斜腹筋纖維ノ方向ニ一致スベキ縱斜切開ヲ皮膚ニ加フルコト一〇仙迷以上、外斜腹筋腱膜ヲ其方向ニ開キ、其下層ニ於テ内斜腹筋ヲ纖維ノ方向、即チ皮膚切開ニ對シ略直角ヲ呈スル方向ニ鈍性ニ開キ、猶橫腹筋、橫腹筋膜及ビ腹膜ヲ内斜腹筋嚔開ノ方向ニ開キ腹腔ニ達ス。内斜腹筋ノ下層ヲ過グル反廻腸骨動靜脈ハ之ヲ結紮切離ス。二 蟲様突起ヲ索ム。鉗子又ハ指ヲ以テ蟲様突起ヲ探ルベシ。容易ニ之ヲ得ザルトキハ、上行結腸ヲ牽出シテ盲腸ヲ現ハシ、其末端ニ索ムベシ。癒著アレバ注意シテ之ヲ剝離ス。盲腸部ヲ創裂ノ間ヨリ外方ニ牽出シ、蟲様突起ヲ全ク腹腔外ニ露出セシム。三 蟲様突起ヲ切除ス。露出セル盲腸部ノ周圍ニ綿紗ヲタンボンレテ施シ、手術野ヲ腹腔ト遮リ、後先ヅ蟲様突起腸間膜ヲ數箇所ニ於テ結紮切離ス。(第百二十九圖) 是ニ於テ蟲様突起ノ根部ヲ腸桿碎鉗子(第百三十圖)ヲ以テ強ク箝挫シ、後鉗子ヲ去リ、纖細ナル絹糸ヲ以テ此部ヲ結紮シ、剪刀或ハ烙白金ヲ以テ蟲様突起ヲ斷斷ス。後斷端ヲ煙草糞縫合ヲ以テ埋没セシメ、(第百三十一圖) 或ハ二三ノレンベルト氏縫合ヲ加フ。(第百三十二圖) 或ハ又此法ニ代フルニ、次ノ如クスルモ可ナリ。根部ヲ去ル約一仙迷ノ部ニ於テ、刀ヲ以テ漿膜筋層ニ輪狀ノ切線ヲ加ヘ粘膜ノミ之ヲ殘シ、基根部ニ向テ漿膜筋層ヲ剝離シ反轉退却セシメ、遺留セル粘膜管ヲ根部ニ密接シテ結紮シ、切斷或ハ燒斷シ、後退却セル漿膜筋層ヲ修復シテ縫合閉鎖シ、終リニ之レヲ被フニ三ノレンベルト氏縫合ヲ以テシ。或ハ煙草糞縫合ヲ施ス。四 綿紗ヲタンボンレテ去リテ盲腸ヲ還納シ、腹壁ヲ縫合シテ術了ス。

第九百二十九圖

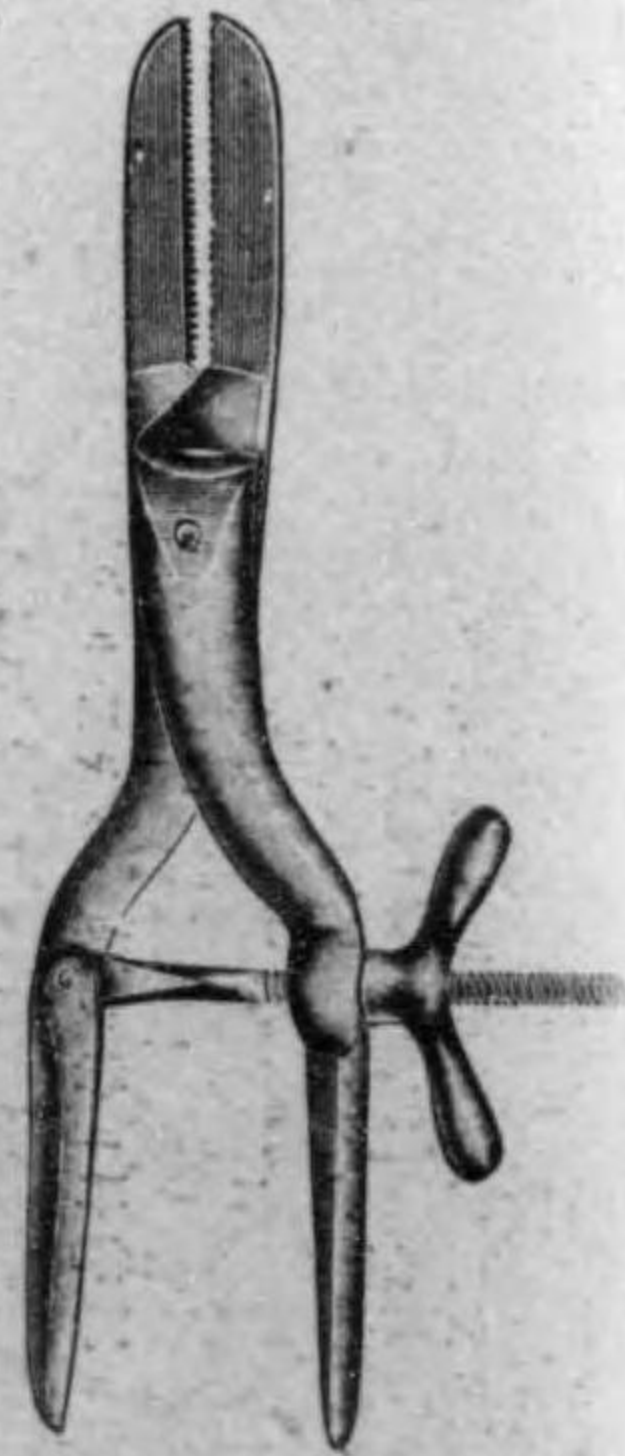
(1)置處ノ膜間腸起突様蟲ルケ於ニ術除起突様蟲

Nach Nordmann



却セシメ、遺留セル粘膜管ヲ根部ニ密接シテ結紮シ、切斷或ハ燒斷シ、後退却セル漿膜筋層ヲ修復シテ縫合閉鎖シ、終リニ之レヲ被フニ三ノレンベルト氏縫合ヲ以テシ。或ハ煙草糞縫合ヲ施ス。四 綿紗ヲタンボンレテ去リテ盲腸ヲ還納シ、腹壁ヲ縫合シテ術了ス。

第十百三十二圖 子鉗碎挫腸

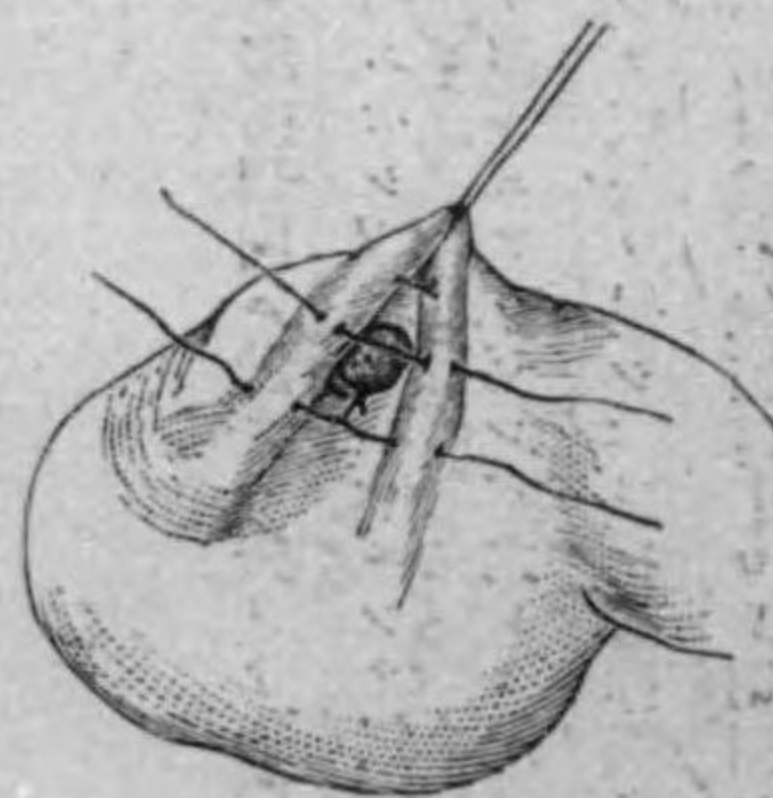


●注意 一 癒著 蟲様突起ヲ索メテ容易ニ得ザルコトアリ、是レ專ラ癒著ニ因ル包裹、若クハ位置失常ニ關ス。乃チ先ヅ癒著ヲ剝離シテ蟲様突起ヲ發見シ、之ヲ遊離セシメザルベカラズ。癒著ノ剝離ヲ行フニ當リテハ嚴ニ副損傷ヲ戒ムベシ。就中腸管ノ癒著ヲ處置スル時ニ於テハ最も細心ナルヲ要ス。癒著甚ダ複雑ナルトキハ終ニ蟲様突起ノ存在部ヲ認ムル能ハズ、或ハ又其遊離困難ナルガタメニ手術ヲ遂行ヲ斷念セザルベカラザルコトアリ。網膜ノ癒著ニシテ容易ニ剝離シ得ザルトキハ寧ロ一重結紮ノ下ニ其一部ヲ切離スルヲ安全トス。腸管ノ癒著ニ際シテハ或ハ粘膜層ヲ殘シテ漿膜筋層ノ一部切離ヲ要スルコトアリ、或ハ腸壁ニ於テ全層ヲ切除ヲ施スベキコトアリ、或ハ腸管一部ノ全切除ヲ強要セララルコトアリ。腸管ノ癒著ニアリテハ、往往癒著部ノ内ニ蟲様突起ヨリ腸管内ニ通ズル瘻管ヲ藏スルコトアリ注意スベシ。二 膿瘍 癒著著シキトキハ屢々其中心ニ於テ膿瘍ノ潛居アルコトアリ。癒著剝離ニ當リテハ常ニ此點ニ注意ヲ要ス。此疑アル癒著ヲ處理セ

圖一十三百二第



圖二十三百二第



トキハ屢々其中心ニ於テ膿瘍ノ潛居アルコトアリ。癒著剝離ニ當リテハ常ニ此點ニ注意ヲ要ス。此疑アル癒著ヲ處理セ

ントスルトキハ、常ニ豫メ腹腔ニ對スル遮斷ヲ目的トスル綿紗「タンボン」ヲ挿入ヲ嚴ニセザルベカラズ。既ニ膿瘍ノ存在ヲ認メタルトキハ、注意シテ周圍ノ汚染ヲ防ギツツ膿腔ヲ拭淨シ、茲ニ綿紗條或ハ護膜管ヲ導キテ排液ヲ圖リ、無障膿腔ニ對シテハ、嚴ニ「タンボン」綿紗ヲ挿入シテ此部ヲ區界セシムベシ。膿瘍存在セル場合ニ於テモ、蟲樣突起ノ容易ニ切除スベキ狀態ニアルトキハ、之レガ除去ヲ企ツベキモ、解剖的關係不分明ニシテ其切除ヲ企及シ得ザルトキハ、放置スルノ已ムヲ得ザルナリ。

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

中間期ニ於ケル危急手術ハ多クノ場合ニ於テ單ニ膿瘍切開ヲ行ヒ得ルニ止ルモ、若シ幸ニ手術野ニ於テ容易ニ蟲樣突起ヲ索メ得バ、同時ニ之レヲ切除スベシ。膿瘍炎ノ手術ニ就テハ「急性腹膜炎」ノ條下ヲ参照ス 内科的處置 初期ニ下劑ヲ投ジテ頓挫的ニ治療ノ目的ヲ達スルコトアルモ、又之レニ因リテ、穿孔若クハ破壊ヲ誘發スルノ危險アリ。故ニ時トシテ著效アリトスルモ其利ハ能ク害ヲ償フニ足ラズ、宜シク廢棄スベキナリ。又腸管蠕動ノ制限ヲ目的トシテ阿片ヲ應用スルコトアリ、屢其效ヲ認ムベキ場合ナキニ

急性蟲樣突起炎ニ對スル手術ノ豫後

De Quervainノ調査

瑞西國各大病院ニ於ケル最近五箇年間ノ統計 (Zentralbl. f. Chir. 1914 Nr. 3)

死亡率

手術ヲ施サザル患者	手術ヲ施セル患者	總數	死亡率
1019	597	1616	61.1%
173	173	346	0.9%
129	129	258	0.7%
76	76	152	0.7%
117	117	234	2.1%

在院日數平均

第一日ニ手術セル者	第二日ニ手術セル者	第三日ニ手術セル者	第四日及其後ニ手術セル者	保存的ニ處置セル者
170	215	316	395	293

アラザルモ、之レガ濫用ハ腸管ノ内容ヲ鬱積セシメ却テ有害ニ作用スルコト多シ。一般ハ此等内科的治療法ノ效果ヲ擧グルハ、之レ病的变化ノ輕易ナルヲ證スルモノト認ムベク、此程度ハ發病當初ニ於テ、能ク之レヲ推測シ得ベキニアラズ、壞疽性若クハ穿孔性蟲樣突起炎等ニシテ、其危險急峻ニ來襲スルモノハ、獨リ早期蟲樣突起切除術ノ能ク救助シ得ベキアルノミ。

唯早期手術ノ時期ヲ失セル中間期ニ於テハ手術ハ却テ危險多キヲ以テ、幸ニ危險症ノ併發ヲ微セザル間ハ、專ラ待期的ナルベシ。其間ノ處置トシテハ嚴ニ安静ヲ命シ、食餌療法ヲ嚴ニシ流動性食料! 局部ニ氷法或ハ温濕法ヲ施シ、劇痛ニ對シテハ莫爾比温ヲ注射ス。既ニ急性症狀ノ緩解輕減解熱ヲ見ルトキハ便通ノ整調ヲ講ズベシ、即チ洗腸法ヲ施ス「グリセリン」洗腸效ナキトキハ、石鹼水注腸法ヲ試ム、但シ嚴ニ過度ノ高壓ヲ禁ズベシ。

三宅連博士曰ク 蟲樣突起炎ハ本邦ニ於テモ亦重要ナル内外科境域疾病ニシテ、其初發ニ當リテハ、悉皆内科家ノ門ニ集リ、直蟲樣突起炎

接外科家ノ治療ヲ煩スモノハ昔無ト云フモ敢テ失當ニアラザルベシ。然ルニ現時歐米諸文明國ニ於テハ、均ク本症ノ大部分ハ、外科家ノ領域ニ屬スルモノト認メ、假令内科家ノ手ヲ煩スモ直ニ之ヲ外科家ニ譲リ、手術ノ好機會ヲ失ハシメザルニ努ムルノ傾向アリ。宜ナルカナ、本症ハ宛然腸管嵌頓症ノ如ク、手術ノ遅延ハ懸ツテ豫後ノ良否ニ及ボスモノナレバ、一刻ヲ遅延スレバ、ソレダケ患者ニ利益ヲ及ボスモノナリ。余多年本邦ニ於ケル蟲様突起炎ノ狀況ヲ察スルニ、恨ムラクハ未ダ歐米先進國ノ夫レニ比スベクモ非ズ是ヲ以テ、貴重ノ人命ヲ救フ術ヲ施サズシテ、空シク鬼籍ニ登ラシムル場合尠少ナラズト思考ス。本邦實地家諸君ニシテ、本症ノ病理解剖的變化ト臨床的症狀トヲ對照シ、徐ニ其病變ノ狀況ヲ考察シ、傍ヲ外科術ハ本症ニ對シ、如何ナル程度マデ爲シ得ルカヲ熟知シ、實地ニ臨ミ、冷靜ナル判斷ヲ下シ、適切ナル適應症ヲ判定シ、外科家ニ讓ルベキハ之ヲ讓リ、然ラザルモノハ自家ノ手ニ委スルノ傾向、全國ニ普及スレバ、蓋シ社會ニ裨益スルコト大ナルベシ。(大正五年四月發行日新醫學第五年八號所載)

三宅速博士「蟲様突起炎ニ就キテ」ノ結論 大正五年四月日新醫學所載

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

一七 ヘルシウスブルング氏病 Hirschsprungsche Krankheit.

先天性結腸巨大症 *Megaecolon congenitum.*

症候 生後排便困難アリ、多クハ發育不良ニ陥リテ早世スルモ、亦同一ノ病徵ヲ有シツツ成育スルモノアリ、頑固ノ便秘及ビ腹部膨滿ヲ呈ス。

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

療法 内科的ニ宿便ノ匙除、結腸高位灌注法、腹部ノ「マツサージ」及ビ電氣療法等ヲ試ミテ内容ノ排却

ヲ圖リ輕快ヲ得ルコトアリ、其效ナキトキハ外科的手術ヲ施ス。即チ肥大擴張セル結腸ヲ切除スルニアリ、又全身狀態ノ如何ニ從ヒテ人工肛門ヲ造設スベキコトアリ。

## 第十二 「ヘルニア」

### 一 鼠蹊「ヘルニア」 Hernia inguinalis.

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

#### 1 外鼠蹊「ヘルニア」 Hernia inguinalis externa.

外鼠蹊「ヘルニア」ノ成立 一 先天的ニ存シ、或ハ生後間モナク形成セララルモノアリ。ニ 先天的ニ鼠蹊管ニ於テ「ヘルニア」發生ノ素因ヲナスベキ構造ヲ備ヘ、後年ニ到リテ之レヲ發起スルモノアリ、即チ鼠蹊管口ノ異常大、腹膜鞘狀突起ノ一部遺殘等アル場合トス。三 全ク先天的關係ナク發生スルモノアリ、即チ老衰、榮養不良、長時ノ病臥等ニ因ル筋組織ノ萎縮及ビ脂肪組織ノ消失ニ因テ起リ、又鼠蹊窩ニ於ケル腹膜前脂肪腫ノ形成ヲ原因トスルモノアリ。

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

先天的異常關係ノ下ニ形成セララルモノハ主トシテ腹膜鞘狀突起ノ遺存ニ因ス。第二百三十三圖ハ其

辜丸ニ對スル關係ヲ示ス、而シテ圖ノ3ハ最モ普通ニ見ルモノナリ。辜丸莖膜腔ト「ヘルニア」囊腔ト相通セルモノ亦稀ナラズ、之レヲ交通性「ヘルニア」ト謂フ。(圖2)又辜丸下行不全ヲ伴フコトアリ。

(圖1)「辜丸下行不全症」ノ條下及び其附圖ヲ參照スベシ。

圖中4ハ「ヘルニア」ニシテ陰囊水腫ヲ兼發セルモノヲ示ス

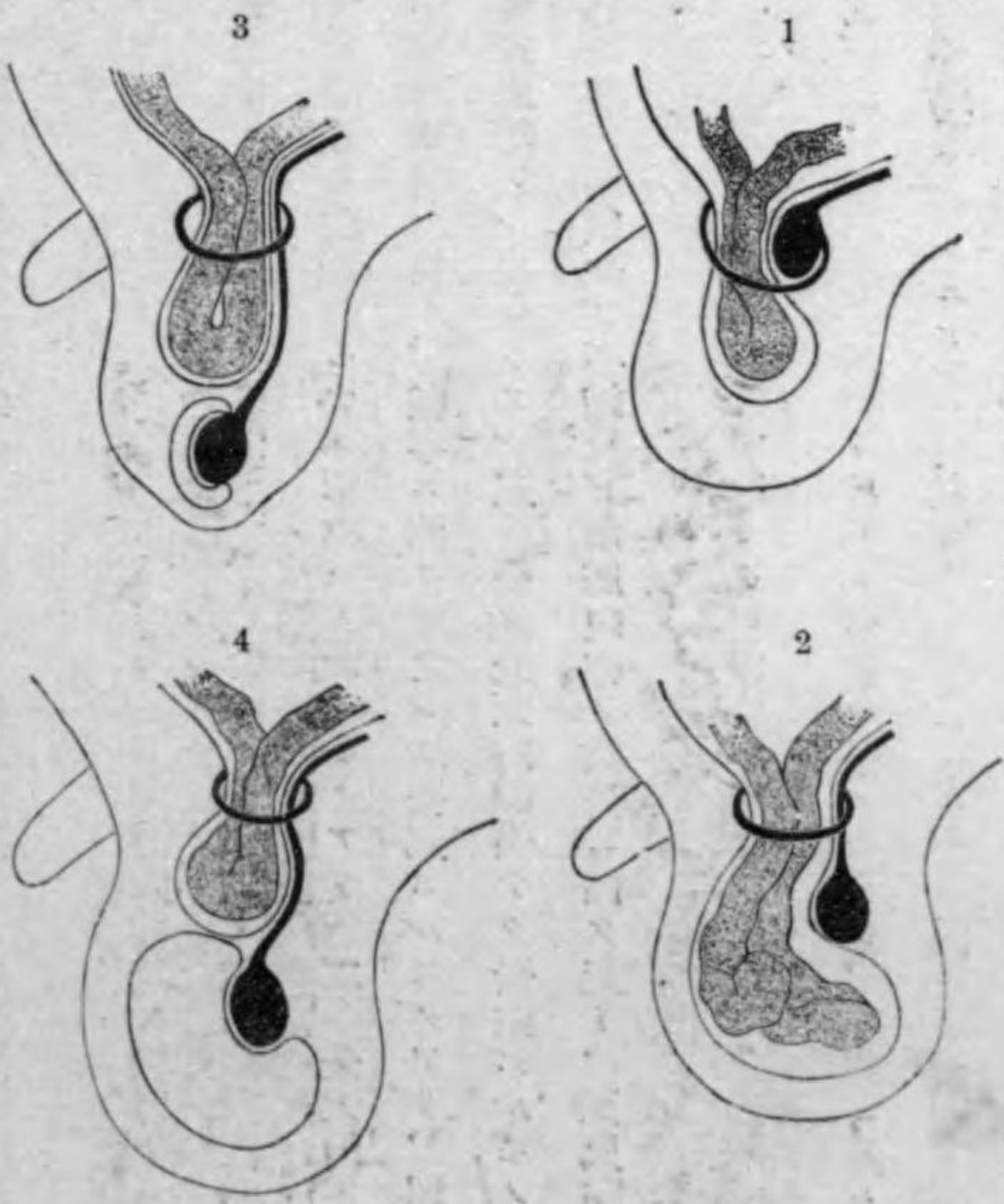
症候 外鼠蹊輪ノ位置ニ於テ、或ハ鼠蹊部ヨリ陰囊ニ互

リテ腫起ヲ生ズ。皮膚ハ尋常ニシテ癢著ナク、只膨隆著シキトキハ緊張ヲ呈ス。腫起ノ形狀ハ球形、長圓形、梨子狀形等ニシテ、境界分明、弾力性ニシテ、表面平滑ナリ。或モノハ單ニ鼠蹊管外口部ノ丘狀腫起ヲ呈スルニ止ルモ、(第二

百三十四圖第二三十五圖)或ルモノハ陰囊ニ及ビ(陰囊「ヘルニア」Hernia scrotalis)陰囊ニ於テ鳩卵大、鶏卵大、或ハ拳大等ノ腫瘤ヲ呈シ、著シキモノニアリテハ小兒頭大ニ達スルコトアリ。(第二百三十六圖)通例該腫瘤ノ外ニ移動性辜丸ヲ觸知シ得ルモ、(第二百三十三圖3)先天性「ヘルニア」ニ於テハ之レ

圖三十三百二第

ス示ヲ係關ルナ種種ノト膜莖有固丸辜及丸辜ト囊「アニルヘ」



ヲ觸レザルコトアリ。(第二百三十三

圖1)又觸ルルモ囊ニ固着セルコトアリ。(第二百三十三圖2)内容腸管ナル

トキハ打診上鼓音ヲ呈ス。「ヘルニア」

ノ腫瘤ハ膨大縮小ノ性アルヲ特異トス

即チ努責ヲ命ヅルトキハ、腫脹加ハリ

安靜平臥ヲ命ジ按摩壓迫ヲ加フルトキハ、内容

腹腔ニ還納セララルガ爲メニ、腫瘤ハ縮小シ或

ハ全ク消散スベク、更ニ起立、努責、咳嗽、啼

泣等ニヨリテ膨大ス。還納時ニ於テ精系ノ方向

ニ指頭ヲ外鼠蹊輪即チ「ヘルニア」門ニ送りテ之

レヲ檢スルトキハ、(第二百三十七圖)健側ニ比

シテ其大ナルヲ觸知シ得ベシ。斯クノ如ク「ヘ

ルニア」ハ普通還納性アルモ、内容ノ癢著ノ爲

メ、或ハ門ノ著シク狹隘ナルガ爲メ、又或ハ内

容ノ充盈セルガ爲メ、之レヲ還納セシメ得ザルコトアリ。(不還納性「ヘルニア」Irreponible Hernia)自

覺的ニハ何等苦痛ナキコト多キモ、亦屢々局部牽引ノ感、或ハ鈍痛等ヲ訴ヘ、著大ナルモノハ爲メニ働

作ノ不便ヲ感ゼシム、其他胃腸症狀ヲ呈スルコトアリ。「箱頓ニ就キハ箱頓

鼠蹊「ヘルニア」

ヲ觸レザルコトアリ。(第二百三十三

圖1)又觸ルルモ囊ニ固着セルコトアリ。(第二百三十三圖2)内容腸管ナル

トキハ打診上鼓音ヲ呈ス。「ヘルニア」

ノ腫瘤ハ膨大縮小ノ性アルヲ特異トス

即チ努責ヲ命ヅルトキハ、腫脹加ハリ

安靜平臥ヲ命ジ按摩壓迫ヲ加フルトキハ、内容

腹腔ニ還納セララルガ爲メニ、腫瘤ハ縮小シ或

ハ全ク消散スベク、更ニ起立、努責、咳嗽、啼

泣等ニヨリテ膨大ス。還納時ニ於テ精系ノ方向

ニ指頭ヲ外鼠蹊輪即チ「ヘルニア」門ニ送りテ之

レヲ檢スルトキハ、(第二百三十七圖)健側ニ比

シテ其大ナルヲ觸知シ得ベシ。斯クノ如ク「ヘ

ルニア」ハ普通還納性アルモ、内容ノ癢著ノ爲

メ、或ハ門ノ著シク狹隘ナルガ爲メ、又或ハ内

容ノ充盈セルガ爲メ、之レヲ還納セシメ得ザルコトアリ。(不還納性「ヘルニア」Irreponible Hernia)自

覺的ニハ何等苦痛ナキコト多キモ、亦屢々局部牽引ノ感、或ハ鈍痛等ヲ訴ヘ、著大ナルモノハ爲メニ働

作ノ不便ヲ感ゼシム、其他胃腸症狀ヲ呈スルコトアリ。「箱頓ニ就キハ箱頓

鼠蹊「ヘルニア」

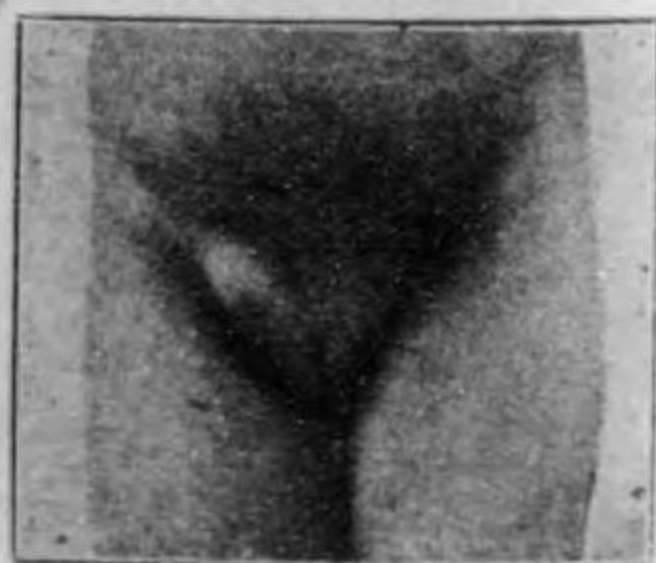
圖四十三百二第

「アニルヘ」蹊鼠外



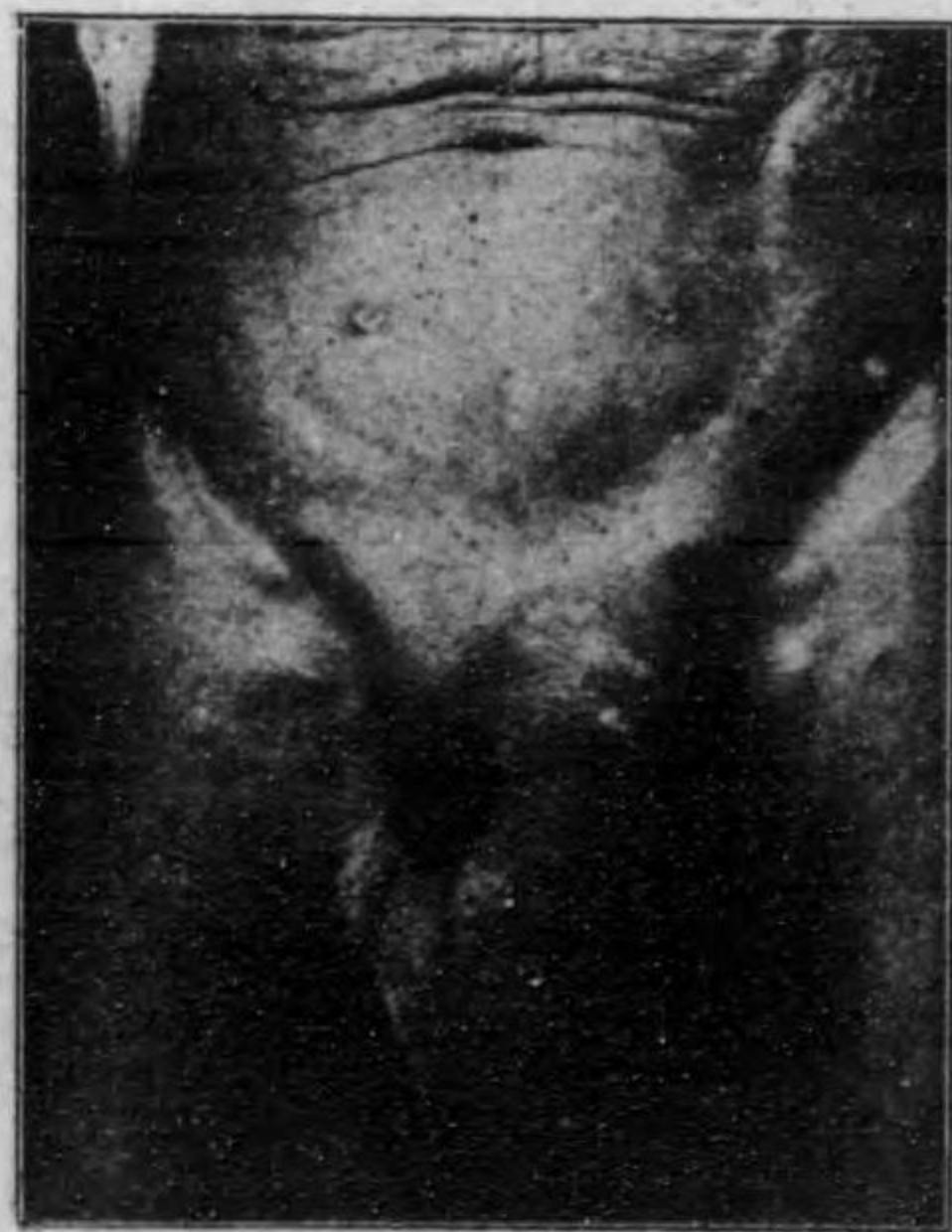
圖五十三百二第

「アニルヘ」蹊鼠外子女



圖六十三百二第

「アニルヘ」蹊鼠外



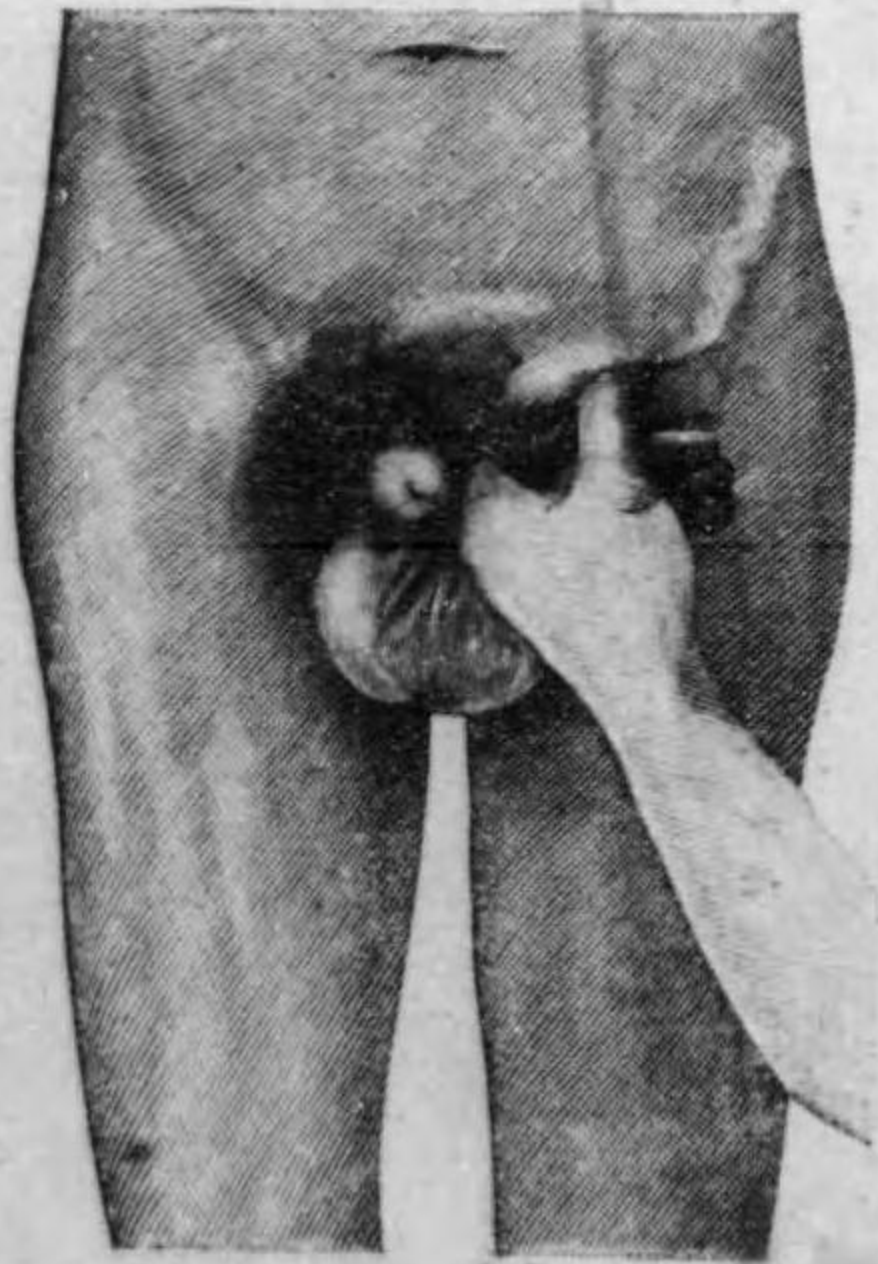
診断 鼠蹊部ニ於ケル特異ノ腫起ニ依リ通例

診断ニ困難ナキモ、其不還納性ノモノハ他症ト誤ルコトナキニアラズ。就中内容網膜ナルトキハ瘻著シ易ク、爲メニ不還納性トナリ、且ツ打診上濁音ヲ呈スルヲ以テ、一見診断ヲ決シ難キ場合アリ、既往症及ビ腫瘍ノ性状ニ注意シ、一方類症ヲ擧ゲテ之レト鑑別スベシ。

鑑別 一 陰囊水腫及ビ精系水腫 同症ヲ見ヨ。

二 淋巴腺腫脹 其外鼠蹊口ニ接シ單發セルトキハ本症ト誤ルコトアリ、其經過、壓痛性、原病竈證明膨縮性ノ缺陷等ニ注意ス。三 流性膿瘍 本症モ亦壓迫ニヨリ退縮スルノ性アリ、骨病竈ノ證明、波動性其境界不分明及ビ腸骨窩ニ於ケル膿瘍ノ證明等ヲ以テ鑑別スベシ。四 腹水 腹膜鞘狀突起ノ遺存セルモノノ中ニ腹水下ルトキハ、膨縮性ヲ呈スル腫瘍ヲ生ジ「ヘルニア」ト誤ルコトアリ。五 脂肪腫 鼠蹊部皮下脂肪腫ハ其觸診狀態恰モ網膜「ヘルニア」ニ類スルモ鼠蹊管ト關係ナキヲ以テ區別ス。精系ニ沿ヒテ下行スル腹膜前脂肪腫、所謂脂肪「ヘルニア」ニアリテハ鑑別殆ンド不可能ナルコトアリ、殊ニ此種ノモノハ往往「ヘルニア」ヲ合併ス、注意スベシ。六 精系靜脈瘤 膨縮性アリ、且ツ部位相類スルモ腫瘍ハ緊張弱ク、表面不規則ニシテ、數箇ノ索條ヨリ成ル。七 股「ヘルニア」 ブーバルト氏靱帶ノ上ヲ出ヅルハ鼠蹊「ヘルニア」ニシテ、股輪「ヘルニア」ハ其下ヲ出ヅ、此關係明瞭ナルモノハ區別ニ困難ナキモ股「ヘルニア」ニシテ著シク上方ニ向ヒ爲メニ腫瘍ガブーバルト氏靱帶ノ上方ニ存スルノ觀ヲ呈シ、反對

圖七十三百二第 查診ノ門「アールヘ」



ニ鼠蹊「ヘルニア」ニシテ同靱帶下ニ向ヒ増大スルコトアリ、又觸診上該靱帶ノ經過不明瞭 肥滿家若クハナルコトアルヲ以テ、一見鑑別ニ惑ヒ、手術ニ際シテ初メテ誤診ヲ認ムルノ例ナキニアラズ。

鼠蹊「ヘルニア」ト股輪「ヘルニア」

- |   |          |                                |                             |
|---|----------|--------------------------------|-----------------------------|
| 1 | ブ氏靱帶トノ關係 | 其上位ヨリ起ル                        | 鼠蹊「ヘルニア」                    |
| 2 | 男女       | 男子ニ多シ                          | 股輪「ヘルニア」                    |
| 3 | 年齢       | 大人ニ見ルモ亦小兒ニ多シ                   | 其下位ヨリ起ル                     |
| 4 | 大小形状     | 陰囊陰唇内ニ下降スルコト多ク 往往著シキ大ナルコトナシ、長形 | 女子ニ多シ                       |
| 5 | 門        | 整復後腫ルル門ハ鼠蹊管ナリ                  | 三十歳以後ヲ普通トス、小兒ニ種ナリ           |
| 6 | 血管壓迫     | 下肢體血浮腫ヲ起スコトナシ                  | 陰囊陰唇ニ關係スルコトナク 著シク大ナルコトナシ、球形 |
- 種ナルモ其大ナルトキハ之ヲ起スコトアリ、往往下肢靜脈瘤ノ原因ヲナス

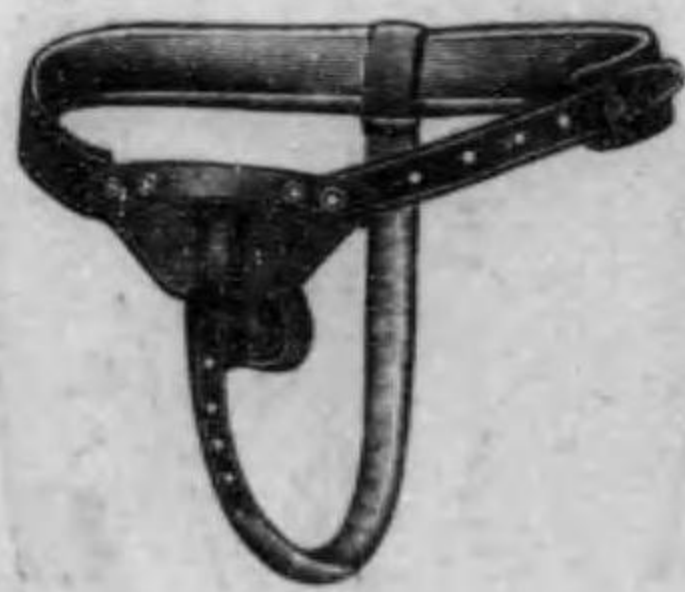
豫後 常ニ箝頓ヲ招致シ得ルノ危険ニアルモノナリ。

療法 豫防的ニ本症ノ發生誘因ヲナシ得ベキ、總テ腹壓亢進ノ原因トナルベキモノヲ除クベシ。

本症ニ對シ「ヘルニア」帶ヲ用ヒテ治療ヲ得ルコトハ小兒ニ於テ時トシテ目的ヲ達スルコトアルノミ、此法ハ概ネ唯内容脱出ヲ防止スルノ姑息的手段ニ過ギズ、之レガ使用ニ當リテハ次ノ諸點ニ注意ス。

- 一 完全ニ還納セシメテ後帶用ス
- 二 運動歩行等ニ當リ壓枕ノ下ヨリ内容ノ脱出セザルコトヲ嚴ニ注意スベシ。即

圖八十三百二第 帶「アールヘ」





「ヘルニア」

子「ヘルニア」帯ハ完全ニ體格ニ

適合セルモノヲ用フルヲ要ス

三 清潔ヲ圖ル

四 夜間ハ除去ス

根治的ニハ唯手術的療法アルノ

ミ

鼠蹊「ヘルニア」根治手術 Radical-

operation der Leistenhernie

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

時期 何レノ年齢ニアリテモ行ヒ得ベキモ、乳兒ニハ特ニ注意ヲ要ス。即チ一般抵抗力ノ薄弱ナルト、術後防腐的繃帶ノ困難ナルトノ不利アルヲ以テ、特別ノ障礙ヲ發起セザル限り寧ロ若干年月ノ成長ヲ待ツテ可トス。就學期前ヲ手術時期トシテ選ムモノ多シ。此時期ニ達スルノ期間ニ於テハ或ハ「ヘルニア」帯ヲ用ヒシムルモ、又其小ナルモノニアリテハ放置スルモ不可ナシ。但シ著シク大ニシテ斷エズ脱出シ爲メニ働作ノ阻害セララルルモノ、腸胃症狀ヲ呈セルモノ、發育ノ障礙セララルルモノ等、及ビ屢々還納ノ困難ヲ反復スルモノニアリテハ、成ルベク早期ニ施術スベシ。

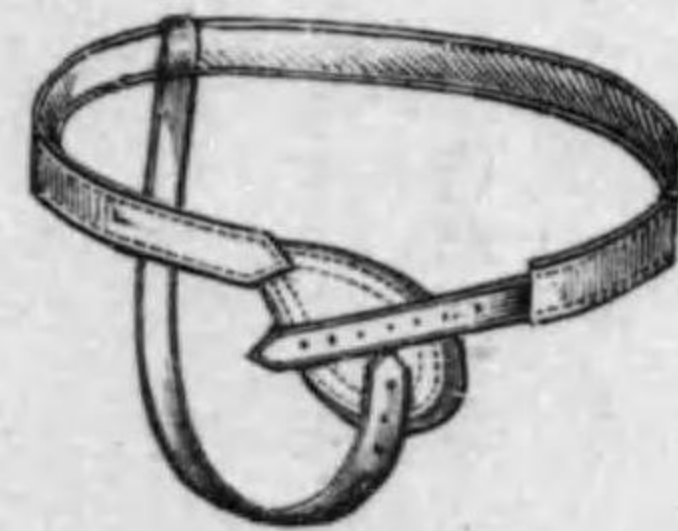
麻酔 普通全身麻酔法ヲ施スモ、又「ノボカイン」局所麻酔法ニ於テ施シ得ベシ。幼者ニアリテハ全身

麻酔ニ依ルノ他ナシ

「ヘルニア」根治手術「ノボカイン」局所麻酔法 第二百四十一圖ニ見ルガ如ク先ヅ二刺入點ヲ定ム、其一點ハ腸骨前上棘ノ内方三横指ノ部ニ、二點ハ恥骨地平枝ノ直上ニテ外風蹠輪ニ一致ス。一點ヨリハ先ヅ矢ヨノ方向ニ腸骨ト刺入點トノ間ノ筋層ニ向テ注射ス、之ニハ〇・五%「ノボカイン」アドレナリン「溶液」二〇・〇%ヲ要スベシ。即チ長キ針ヲ以テ第一ニ皮膚表面ニ垂直ニ外斜腹筋ノ腹膜、内斜腹

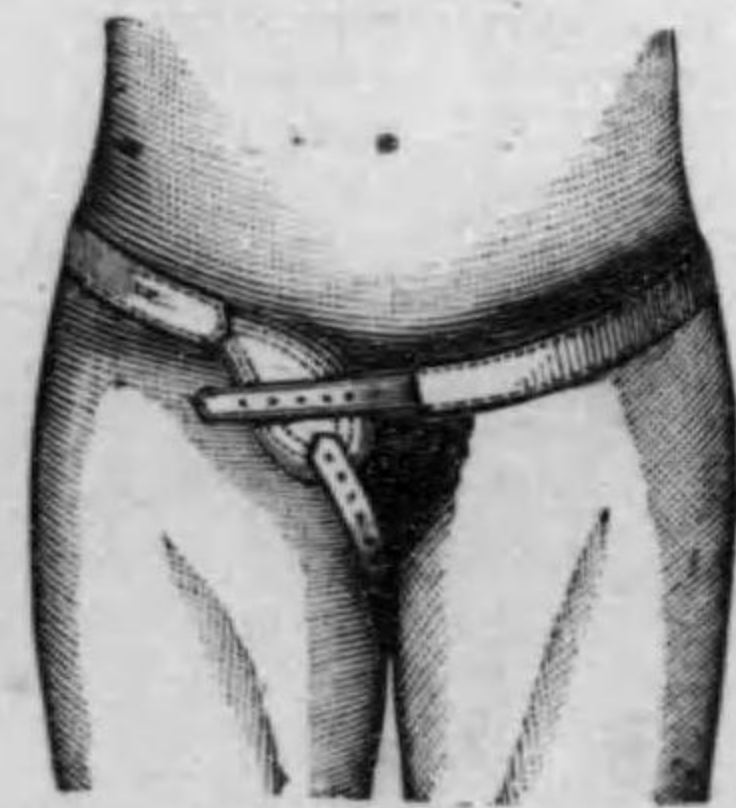
圖九十三百二第

帶「アールヘ」



圖十四百二第

用使ノ帶「アールヘ」



欠

# 欠

チナセル白色ノ「ヘルニア」囊(通例精系ノ外側ニ位ス)ヲ見ルベシ。此部ハ即チ囊頸ニシテ、囊ノ尖端即チ盲端ハ或ハ直ニ鼠蹊管外輪部ノ附近ニ止リ、或ハ遠ク陰囊内ニ達ス。既ニ「ヘルニア」囊ヲ見ルトキハ其一部ヲ鉗子ヲ以テ把持牽引シ、順

第二四三三圖

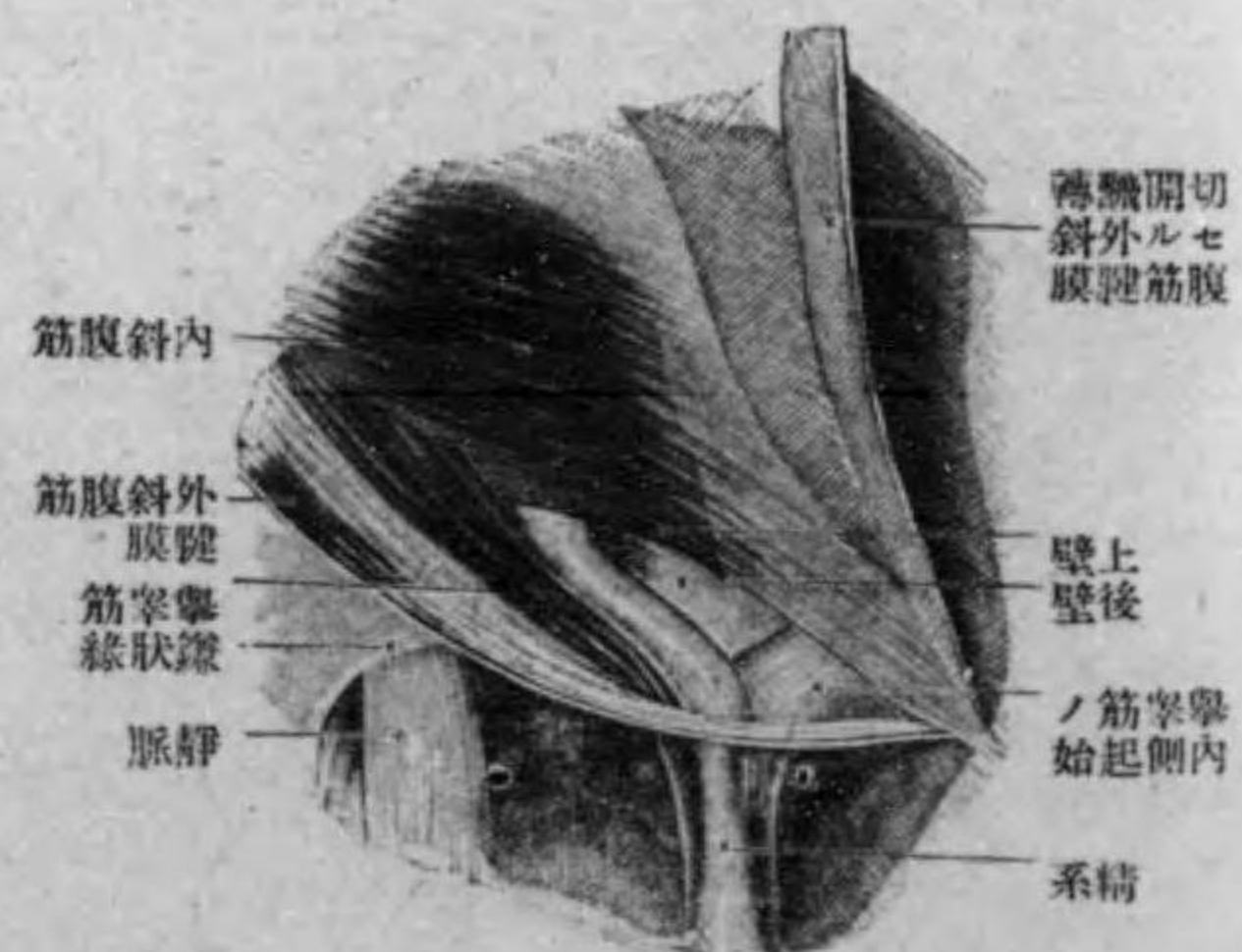
1ノ式術手ニシッパ

シハ露ヲ腹壁筋腹斜外(線點)ストンカ開ヲ之



第二四四四圖

鼠蹊管ノ解剖



Nach Spalteholz

次ニ周圍ノ組織ヨリ鈍性ニ剝離スベシ。剝離ハ先ヅ「ヘルニア」囊頸ニ於テシ、後末端ニ及ブヲ便トス、之レ頸ニ於テハ解剖的關係最モ明瞭ナレバナリ。若シ周圍トノ癒着強靱ニシテ鈍性ニ剝離シ難キトキハ剪刀ヲ用ヒテ徐徐ニ遊離セシム。此際輸精管ノ損傷ヲ避クルコト、及ビ成ルベク血管ヲ破傷セザルコトニ充分注意スベシ。出血アルトキハ其部ヲ檢出シ細キ絹絲ヲ以テ結紮止血ス。

注意、囊ヲ剝離スルニ當リ其境界分明ニシテ、且ツ周圍組織トノ結合鬆粗ナルトキハ、剝離甚ダ容易ニシテ一舉ニ其全長ヲ遊離セシメ得ルコトアルモ、亦甚ダ困難ニシテ之ニ大ナル勞ヲ費スコトアリ。其境界不明ナルトキハ既ニ見出サレタル囊ノ一部ニ小孔ヲ造リ、茲ヨリ綿紗ヲ囊内ニ送りテ内腔ヲ充實セシムルトキハ容易ニ其大小、形状、位置、境界ヲ知ル可ク、剝離ニ當リテモ亦甚ダ便利

鼠蹊「ヘルニア」

ナリ。(殊ニ初學者ノ爲メニ著者ハ此法ヲ推奨ス)其獨  
 難困難ニシテ周圍組織ヲ著シク破傷セシメ、又爲メニ  
 長時間ヲ費サザルベカラザル如キ場合ニアリテハ、寧  
 ロ囊ヲ中斷シ、末端ノ一部ハ陰囊内ニ殘留セシムルヲ  
 可トス。此法ハ手術ヲシテ其ダ簡捷ナラシメ、然カモ  
 後障礙ヲ留ムルコトナシ。先天性「ヘルニア」ニシテ「ヘ  
 ルニア」囊腔ト睾丸固有莖膜腔ト交通スルモノニアリ  
 テハ亦囊ノ中斷ヲ必要トス。

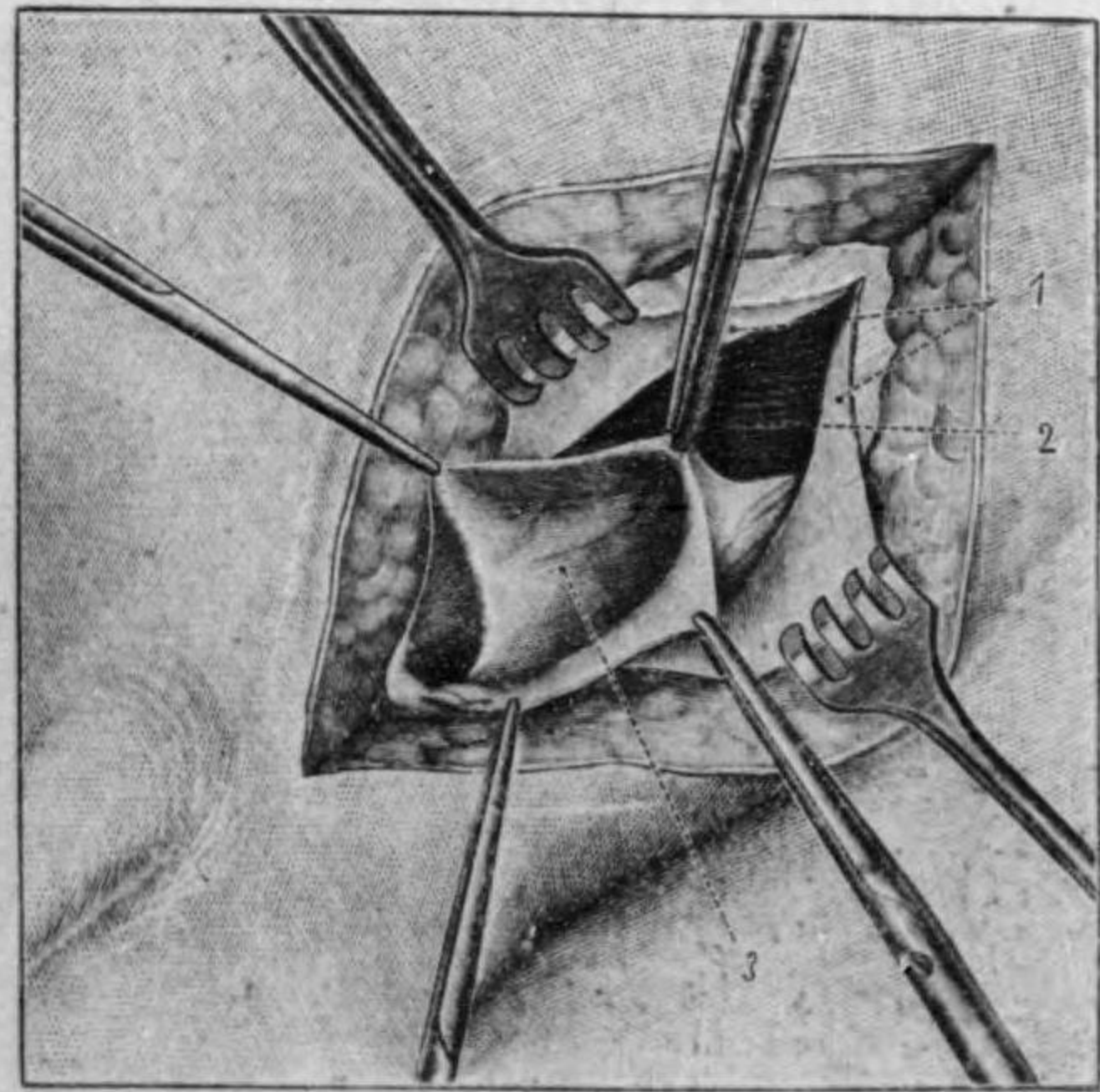
四 「ヘルニア」囊ヲ除去ス。囊既ニ剝離セラルレ  
 バ其頸(囊頸)ノ腹腔ニ移行セントスル部分ハ前キ  
 ニ開キタル外科腹筋膜切開創ノ上端即チ鼠蹊

管内口ノ位置ニアリ)ニ於テ腹腔ニ接シ之レヲ結

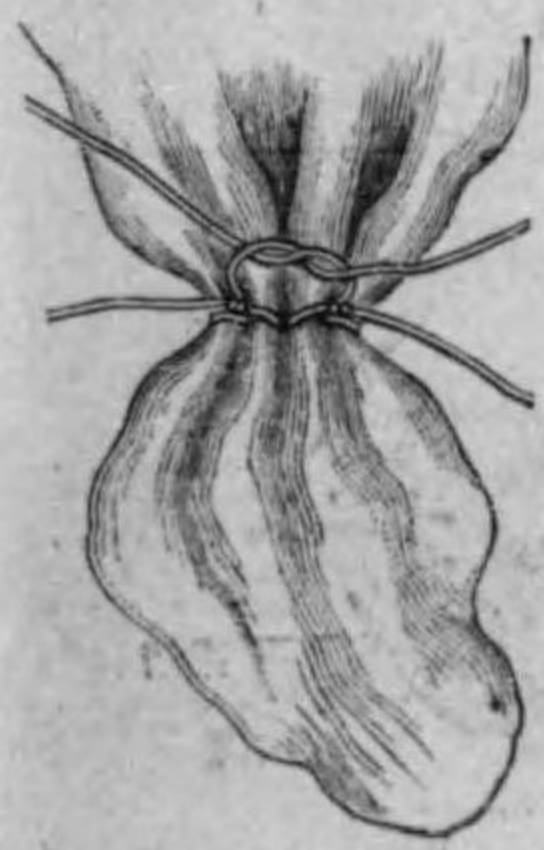
禁シテ切離ス。此際豫メ内容ヲ完全ニ腹腔内ニ還納セシメ置クベシ。内容ノ一部ガ囊ノ内壁ニ癒着セルコトアリ、最も  
 多ク網膜ノ内容トセルトキニ之レヲ見ル。此場合ニハ注意シテ之レヲ剝離  
 シ、又ハ二重結紮ヲ施シテ網膜ノ一部ヲ剪除スベシ。若シ腸管ニシテ囊ト  
 癒着シ、剝離困難ナルトキハ、癒着セル「ヘルニア」囊ヲ輪狀ニ切除シ、腸  
 管ト共ニ腹腔ニ納ムルヲ可トス。  
 囊頸ノ結紮法 其廣狹ニ關シ異ナルモ、細小ナルトキハ囊頸ニ輕キ捻振ヲ  
 加ヘ、其中央ニ縫合針ヲ通ジテ一絲ヲ送り、初メ一側ニ於テ結び、後同絲

圖五十四百二第

圖ルセ開切ヲ部一其シ出露テ於ニ部頸ヲ囊「アニルヘ」  
 囊「アニルヘ」3 筋腹斜内 2 膜腔筋腹斜外 1



圖六十四百二第



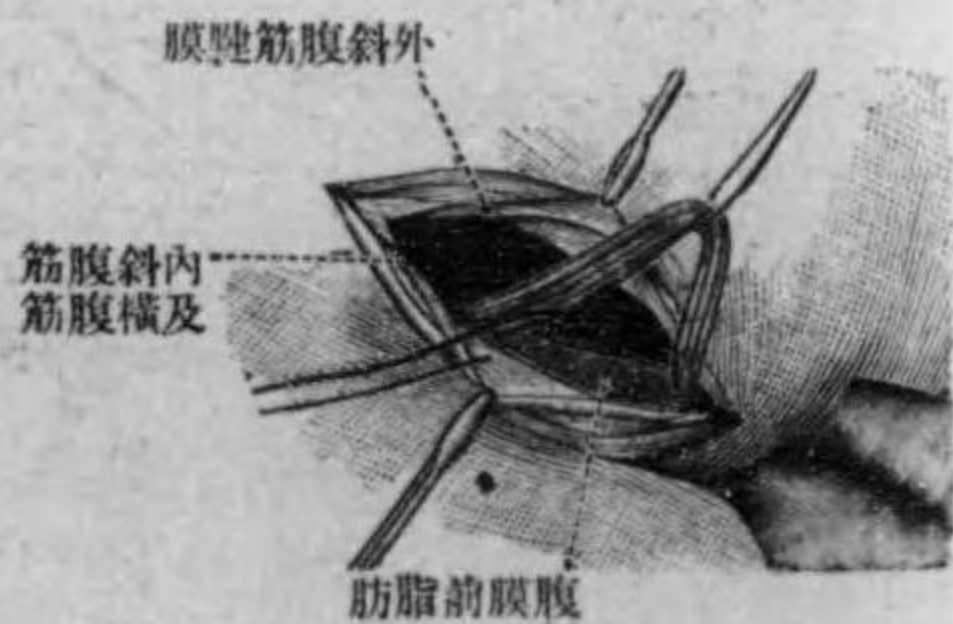
ノ兩端ヲ反對側ニ廻ラシテ更ニ結紮スベシ。其稍々大ナルトキハ囊頸ノ内  
 面ニ於テ煙草袋狀縫合(巾着ノ口ニ於ケル紐ニ倣フ縫合)ヲ以テ閉鎖シ、後  
 上記ノ結紮法ヲ加フベシ。囊ノ腹腔移行部一層廣大ナルトキハ、先ヅ囊壁  
 ニ皺襞ヲ作爲シテ之レヲ結紮スルコト二三箇所、而シテ此絲ヲ殘シ後此各  
 絲ヲ交互ニ結びテ全ク囊頸ヲ閉ゾ。(第二百四十六圖)又「ヘルニア」門著大  
 ニシテ囊ノ腹腔移行部モ亦甚ダ廣闊ナルトキハ、先ヅ之レヲ剪斷シ、後チ  
 其切縁ヲ縫合スルコト、恰モ開腹手術創ノ腹膜縫合ニ於ケルガ如クナラシ  
 ムベキコトアリ。

五 「ヘルニア」門ヲ閉鎖ス。既ニ「ヘルニア」囊ヲ除ケバ、鼠蹊管ニハ精系

輸精管精系血管ヲ殘ス。今之レヲ管外ニ牽引シ、其下ニ綿紗條或ハ太キ絹絲ヲ通ジテ上内方ニ牽引シ(第二百四十七圖)創  
 底ニ於ケル脂肪及ビ鬆粗結締織ヲ深部ニ向テ壓抵シ、又其一部ハ之レヲ剪刀或ハ鑷子ニテ除去スルトキハ其内上方ニ於  
 テ内斜腹筋ヲ、外下方ニ於テ白色光澤アルブルーバルト氏靱帶ヲ現出ス。今此二者ヲ牽出舉上セル精系ノ下ニ於テ縫合ス  
 ルトキハ則チ鼠蹊管ノ後壁新造セラル(第二百四十八圖)此點ガバッシニー氏手  
 術ノ主眼トスル所ナリ。縫合ハ組絲結締織ニ依リ、内鼠蹊輪部ニ於テ牽出セル  
 精系ノ出ヅル部ノ直下ヨリ初ム、即チ内斜腹筋緣ヲ去ル〇・五—一〇仙迷ノ部  
 ニ於テ同筋ニ針ヲ刺入シ、橫腹筋膜ヲ通ジ一度絲ヲ牽出シ、對側ナルブルーバルト  
 氏靱帶ヲ後側ヨリ前側ニ向ヒ刺出セシム(第二百四十七圖)更ニ下方ニ一仙迷ヲ  
 隔テテ第二絲ヲ同様ニ刺通シ、漸次下行シテ全裂隙ニ及ブ。此絲數ハ門ノ大小  
 ニ從ヒ異ナルモ、通例三絲乃至五絲トス、又一絲或ハ一絲ニテ足ルコトアリ。

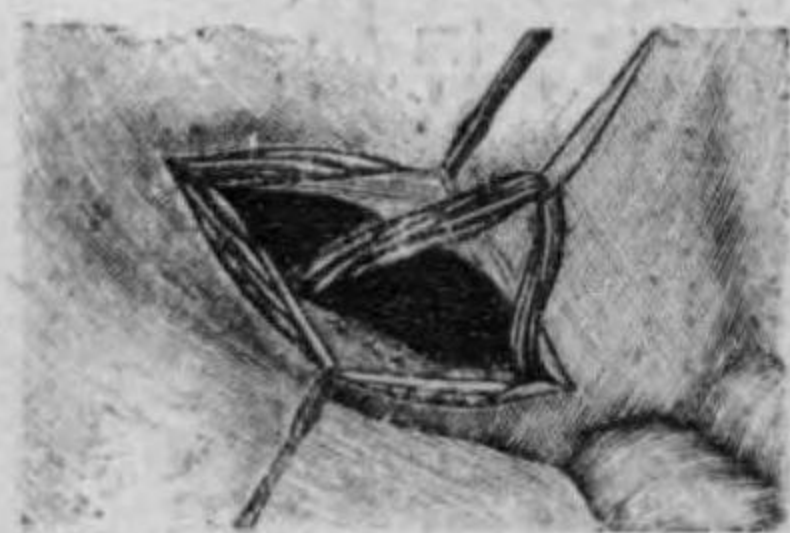
圖七十四百二第

2 ノ式術手—ニシッパ  
 ストンセ鎖閉ヲ門「アニルヘ」



圖八十四百二第

3 ノ式術手—ニシッパ  
 ル成鎖閉ノ門「アニルヘ」



次で各絲ヲ結節スルトキハ門全ク閉鎖セラル。(第二四十八圖) 最上位縫合ノ第一絲高キニ過グルトキハ精系ヲ絞結セシムルノ害アリ、注意スベシ。門ノ縫合了レバ、精系ヲ其縫列ノ上ニ納メ、牽出セラレタル睾丸ハ之レヲ陰囊内ニ整備セシム。

注意 1 精系ヲ外方ニ牽出スルニ當リテハ、前ニ説明シ置ケル外斜腹筋腹膜外側線ノ内面ニ沿フテ示指頭ヲ送り、指尖アーバルト氏靱帶(強靱ナル索條トシテ之ヲ觸ル)ヲ越エタルトキ指ヲ屈シ精系ヲ指腹ニ受クル如クナストキハ容易ニ之レヲ牽出シ得ベシ。其際牽出ヲ妨グル懸粗ナル結締織(精系ト其周圍トヲ連結スルモノ)ハ之レヲ鈍性ニ離開ス。2 門ノ閉鎖ニ當リ、往往内斜腹筋トアーバルト靱帶トノ認知困難ナルコトアリ。アーバルト靱帶ハ外斜腹筋腹膜ノ一系ナルヲ以テニ述ベタル如ク、全腹膜ノ内面ニ沿フテ指頭ヲ進ムルトキハ自ラ之ニ違スベシ。既ニ同靱帶ヲ得バ、其對側ニ於テ直チニ内斜腹筋線ナル筋肉質ヲ認メ得ベシ。

滿一二年以下ノ小兒ニシテ、小ナル「ヘルニア」門ヲ有スルモノニアリテハ、門ノ閉鎖ニ當リ、必ズシモ精系ノ轉位ヲ要セズ囊ヲ除去セル後、直チニ精系ヲ越エテ内斜腹筋線ヲアーバルト氏靱帶ニ縫著シテ鼠蹊孔ヲ閉鎖スルモ再發ヲ來スコトナシト云フ者アリ。手術野甚ダ狹隘ニシテ定型の手術ノ施行困難ナルトキハ此法ニ依ルモ不可ナカラシカ。

六 外斜腹筋腹膜ヲ縫合ス。三乃至五針、結節縫合ヲ施ス。(第二四十九圖)

七 皮膚ヲ縫合ス。

後療法 幼兒ニアリテハ尿尿ニヨリテ繃帶材料ヲ汚染シ易シ、屢々交換シテ常ニ清潔ニ保タシムベシ。創部ハ之ヲ「コロヂウム」繃帶ヲ以テ閉ヅルヲ便トス。第三篇中繃帶

八日抜糸、二週ニシテ起立歩行ヲ許スベク、三乃至四週ニシテ業ニ復セシム。

女子鼠蹊「ヘルニア」ノ根治手術ハ男子ニ於ケルト異ナラズ、精系ニ對スル

顧慮ナキヲ以テソレニ比スレバ遙ニ簡易ナリ、但シ子宮圓靱帶ノ愛惜ヲ要ス。門ハ全部之レヲ閉鎖ス。



2 内鼠蹊「ヘルニア」 Hernia inguinalis interna.

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

内鼠蹊「ヘルニア」ト外鼠蹊「ヘルニア」

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

療法 根治手術ヲ施ス。

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

二 股輪「ヘルニア」 Hernia cruralis.

股輪「ヘルニア」ハアーバルト氏靱帶下ニ於ケル血管孔ヲ出デ股動靜脈ノ内側ニ沿ヒテ外方ニ現ハルルモノトス。(第二五十圖) 本症ハ後天性ニシテ、女子ニ多ク、高年者ニ多シ、其女子ニ多キハ骨盤ノ廣潤

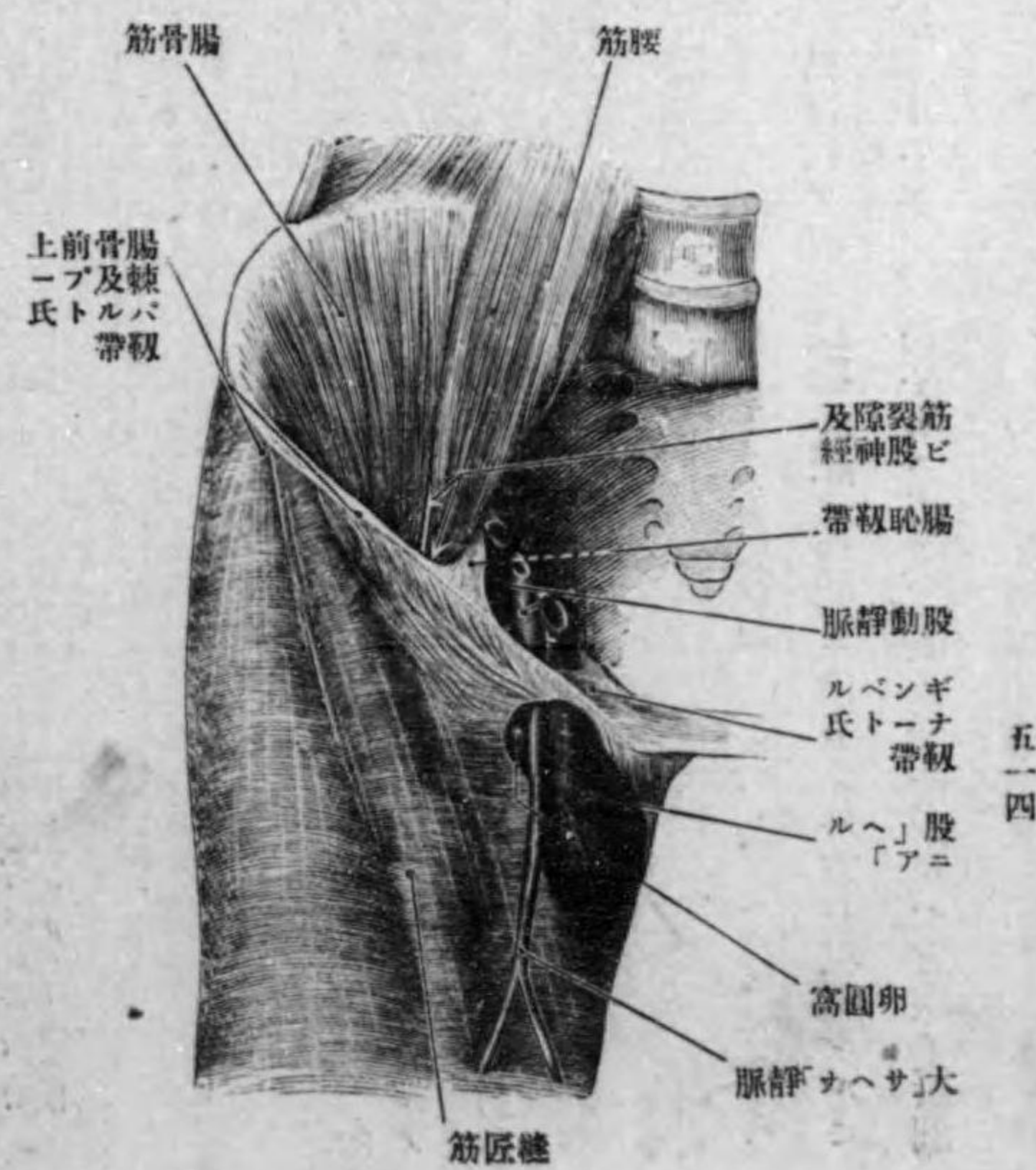
「ヘルニア」

ナルコト、及ビ妊娠・分娩ノ關係ニ歸セラレ。又老衰及ビ疾病ニ因ル脂肪萎縮及ビ總テ腹壓亢進ヲ致スベキ事由<sup>便秘等</sup>ハ本症ノ發生誘因ヲナス。症候 膨出シ又退縮スル固有

ノ「ヘルニア」腫瘍ヲ呈スルモノアルモ、發起スルヤ直チニ縮頓スルモノ亦少ナカラズ。プーバルト氏靱帶内半部ノ下位、即チ股輪ノ部ニ於テ丘狀或ハ半球形ノ不動性腫瘍ヲ現出ス。腫起甚シク大ナラズ、又甚ダ細小ナラザルモノニシテ壓縮性ヲ呈スルトキハ診斷ニ困難ナキモ、形小ニシテ單ニ縮頓症狀ノミヲ訴フルトキハ、腫起部ハ往往自他覺的ニ閉却セラレ、腹腔内腸管閉塞症ト誤診セラルルコトナキニアラズ。腸管閉塞症ヲ診ルトキハ常ニ股「ヘルニア」ニ一顧ヲ要ス。甚大ナルモノハ外鼠蹊「ヘルニア」ト誤ルコトアリ。

鑑別 一 外鼠蹊「ヘルニア」 前節其條下ヲ見ヨ。二 淋巴腺腫脹ハ腹壓ニ關係ナク、壓迫ニ因テ退縮セズ、多少移動性ヲ備フルコト等ヲ以テ本症ト區別スベキモ、不還納性股「ヘルニア」殊ニ肥滿家ニ於テハ此鑑別ハ局所所見ノミニヨリテハ決シ難キコトアリ。淋巴腺ノ腫脹ヲ誘發シ得ベキ、下肢ニ於ケル損傷疾病ノ有無、發生ノ狀況、他ニ淋巴腺腫脹ノ存否、縮頓症狀ノ有無、年齢等ニ注意ス。三 流注膿瘍 股輪

圖 十五百二第  
係關的剖解「アールヘ」股



ヲ經テ皮下ニ達スル流注膿瘍ハ、腫脹ノ形相類スルコトアルト、其壓縮性アルトニヨリ一見本症ト誤ルコトナキニアラザルモ、原因病竈及ビ腸骨窩膿瘍ノ證明アルニヨリテ區別セララル。豫後 容易ニ縮頓ス、從テ危險多シ。療法 手術的療法アルノミ。

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

股輪「ヘルニア」根治手術ヲ局所麻酔法ノ下ニ施サントセバ、プラウン氏ニ從ヒテ次ノ如ク注射ヲ行フヲ可トス。

第二百五十二圖ニ示スガ如ク四點ヲ標シ、先ツ鼠蹊「ヘルニア」根治手術ノ局所麻酔ニ於テ記セルガ如ク1ヨリ注射シ、次デ2及ビ3ノ二點、即チ「ヘルニア」腫脹ノ内及ビ外側ヨリ刺入シプーバルト靱帶下ニ於テ囊頸ノ兩側ニ達セシメ、更ニ4 即チ腫脹ノ下部ヨリ囊頸周圍ニ廣ク0.5%「ノボカイン」アドレナリン液一〇〇ヲ注入シ、後各點ヲ連結スル皮下注射ヲ施ス。

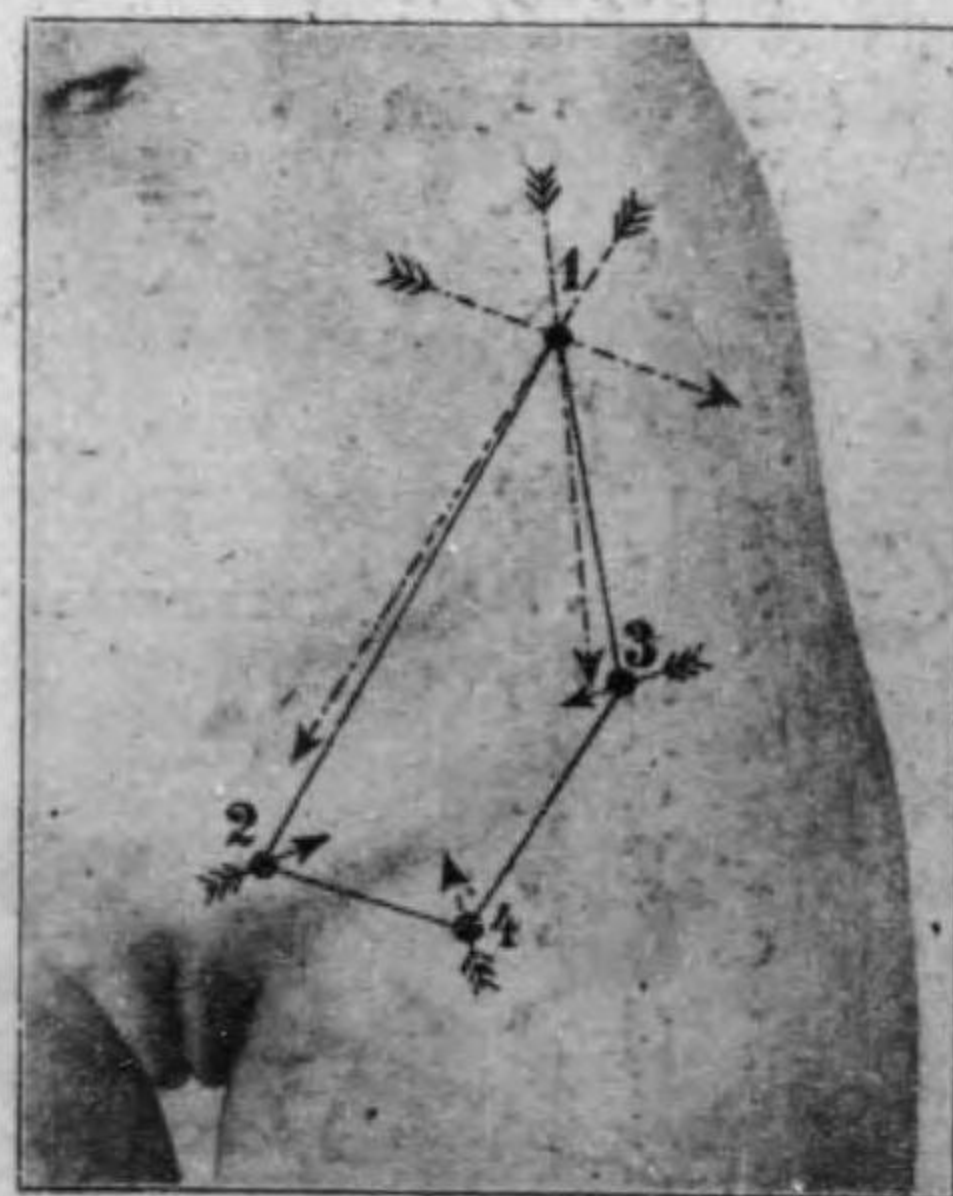
一 皮膚切開 プーバルト靱帶ノ内及ビ中三分ノ一ノ境界點ヨリ下方ニ縱切開ヲ加フルコト約六仙迷、皮膚淺筋膜及ビ大腿廣筋膜ノ一系ナル篩狀筋膜ヲ開キ卵圓窩ニ達ス。或ハ又プーバルト氏靱帶ニ平行ニ「ヘルニア」隆起ノ尖頂ヲ過グル斜切開ヲ以テスルモ可ナリ。

二 囊ヲ處置ス 囊ヲ周圍組織ヨリ剝離ス、此際内容

圖 一十五百二第  
「アールヘ」輪股



圖 二十五百二第  
法麻達傳ルケ於「アールヘ」輪股  
Nach Braun



「ヘルニア」

ノ脱出セルモノニアリテハ、其充盈セル儘之ヲ行フヲ便トス。既ニ囊全ク露出セラルレバ、内容ヲ整復セシメ、頸ニ於テ結紮切除ス。但シ囊ノ甚ダ短小ナルモノニアリテハ此法ヲ行ハズ、單ニ之ヲ腹腔ニ向テ壓入シ、直チニ門ヲ閉鎖スルモ可ナリ。

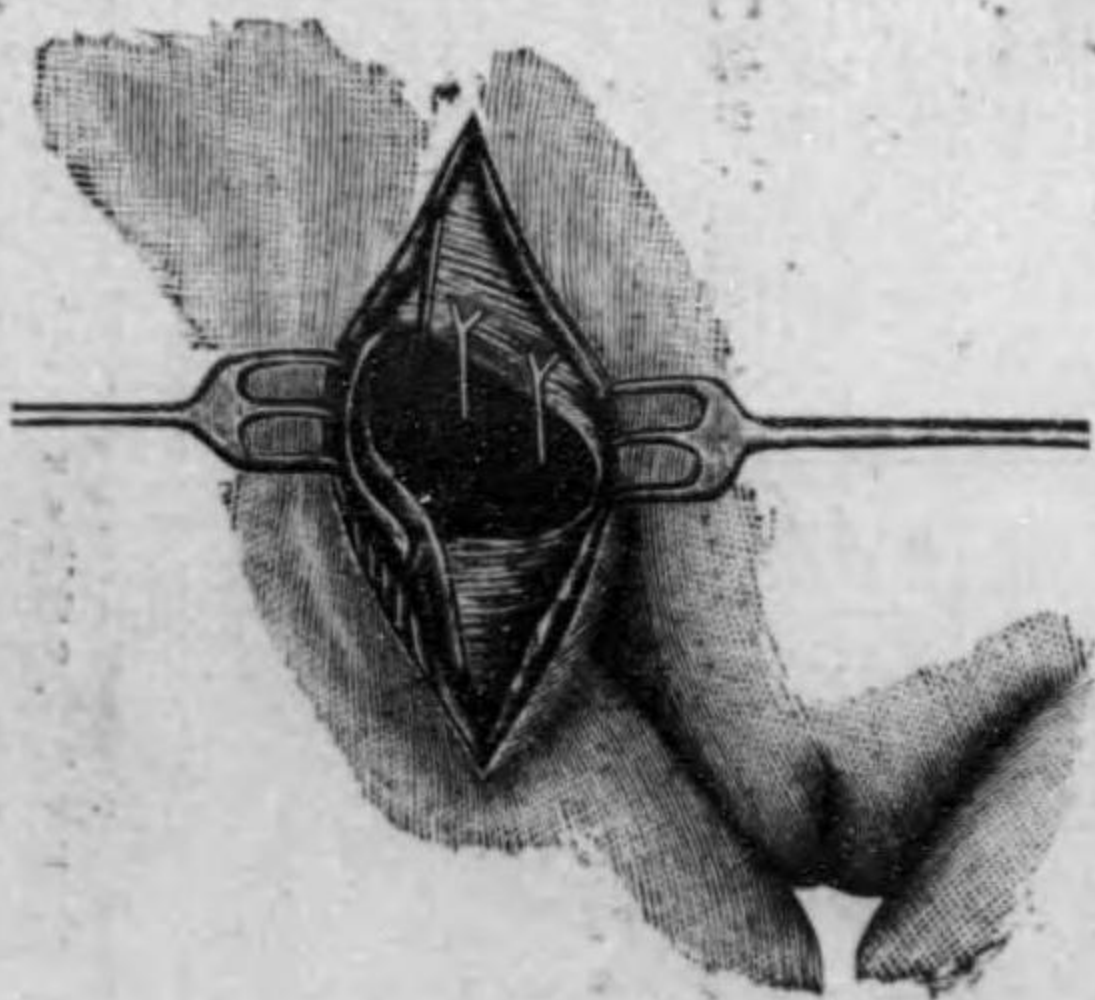
三 門ヲ閉鎖ス。門ノ上縁ヲナスブーバルト氏靱帶ト其下縁ヲナス恥骨筋トヲ縫合ス。(第二百五十三圖)即チ短クシテ彎曲強キ針ヲ用ヒ、先ヅ同靱帶ノ内端部及ビ恥骨筋全層ヲ貫ク一絲ヲ置キ、次デ其外方ニ同様ニ第二絲ヲ通ジ、後之レヲ結ブトキハ門ハ閉鎖セラル。今指頭ヲ以テ其外側ニ於ケル間隙ヲ檢シ、尙閉鎖不充分ナルトキハ更ニ第三絲ヲ加フ。

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

### 三 箱頓「ヘルニア」 Hernia incarcerata.

「ヘルニア」箱頓ノ成立。一「ヘルニア」門ノ弾力性絞扼(弾力性箱頓 *Elastische Einklemmung*) 異常ニ強キ腹壓増加ノ爲メニ「ヘルニア」門開大セラレ、其内容トナルベキモノガ一頓ニ囊内ニ壓出セラレ、後腹壓關係復歸スルヤ門ハ其弾力性ニヨリテ強ク「ヘルニア」頸部ヲ絞扼シ、内容ノ腹腔内還納ヲ不可能ナラシメ、仰位、壓迫等ノ單純ナル方法ニテ退縮セザルニ至ル、斯ノ如キハ門ノ狭小ナルモノニ見ルコト多シ。斯ノ如キ箱頓ハ(a)既ニ長ク「ヘルニア」ヲ患フルモノニ

圖三十五百二第  
鎖閉ノ「アールヘ」輪股



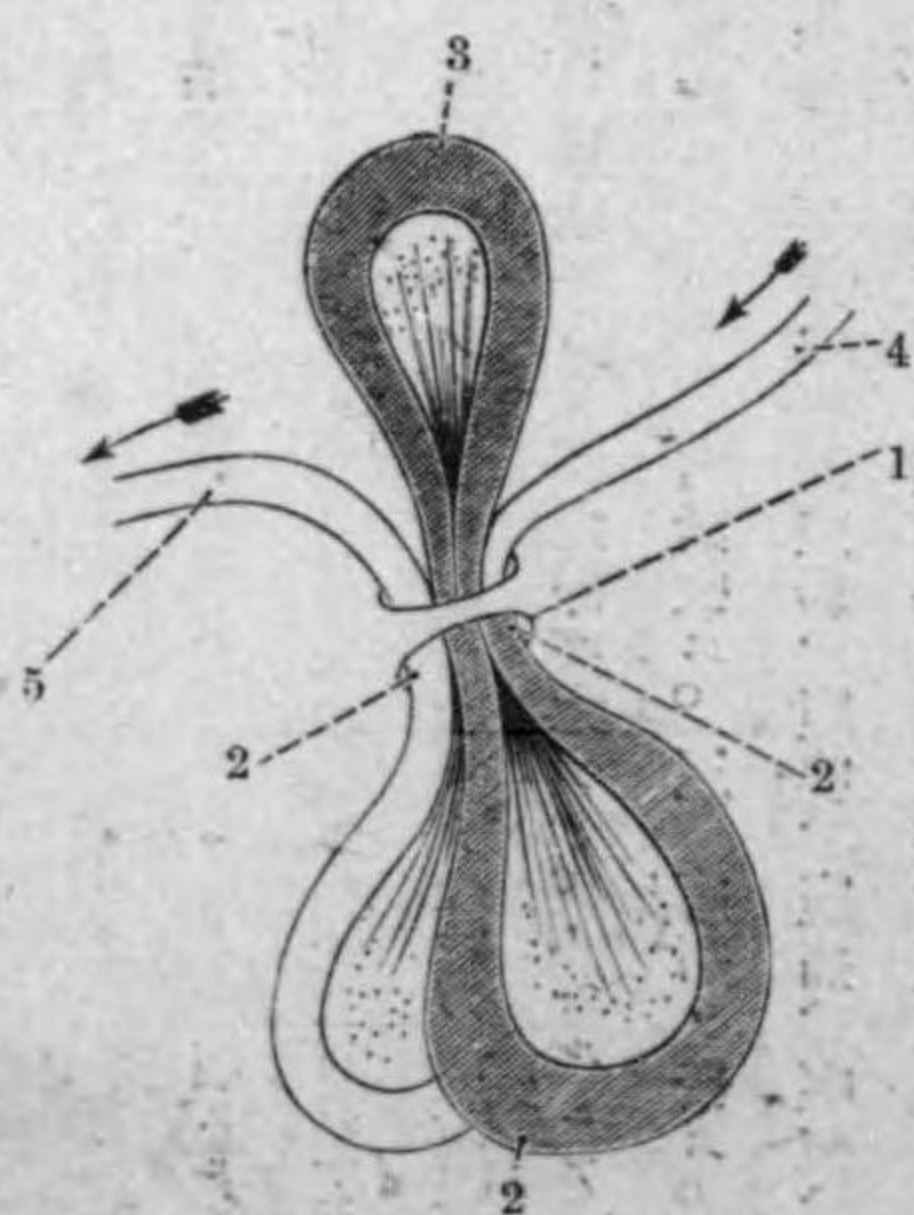
發スルコトアリ、即チ全ク還納シ居レルトキ、急ニ大量ノ内容降下シテ腹腔ヲ充盈スルニ因テ發起シ、又ハ既ニ或部分脱出セル上ニ更ニ第二部分ガ脱出加入シテ起ルコトアリ。(b)又會テ一回モ「ヘルニア」ノ證徴ヲ呈スルコトナク、突然箱頓「ヘルニア」ヲ發スルコトアリ。小兒ニ於テ會テ本症ヲ患フルコトナカリシモノ、會々異常ノ怒責ガ原因ヲナシ「ヘルニア」ヲ突發シ、即時ニ箱頓スルガ如キ場合はナリ。斯ノ如キハ、「ヘルニア」囊ハ先天的ニ存スルモ、一回モ内臟脱出ノコトナク經過セルモノガ、或原因ノ爲ニ俄ニ「ヘルニア」ヲ完成セルモノト認ムベキナリ。又股輪「ヘルニア」ハ突然發シテ直チニ箱頓スルコト稀ナラズ、好シテ老齡婦人ニ之ヲ見ル。弾力性箱頓ハ内容ノ如何ヲ問ハズ形成セラレ得ベク、發スルヤ迅速ニシテ、内容壞死ヲ起スコト亦早シ。二 腸管内容ノ鬱滯(糞便性箱頓, *Kotsteinmung*) 「ヘルニア」ノ内容ヲナセル腸管ニ多量ノ糞便或ハ瓦斯蓄積シ、爲ニ囊内ノ腸管ガ異常ニ擴張且ツ緊張スルヲ主因トシテ發シ、同時ニ多少「ヘルニア」門ノ弾力性絞扼ヲ受クルモノトス。此

箱頓「ヘルニア」

圖五十五百二第

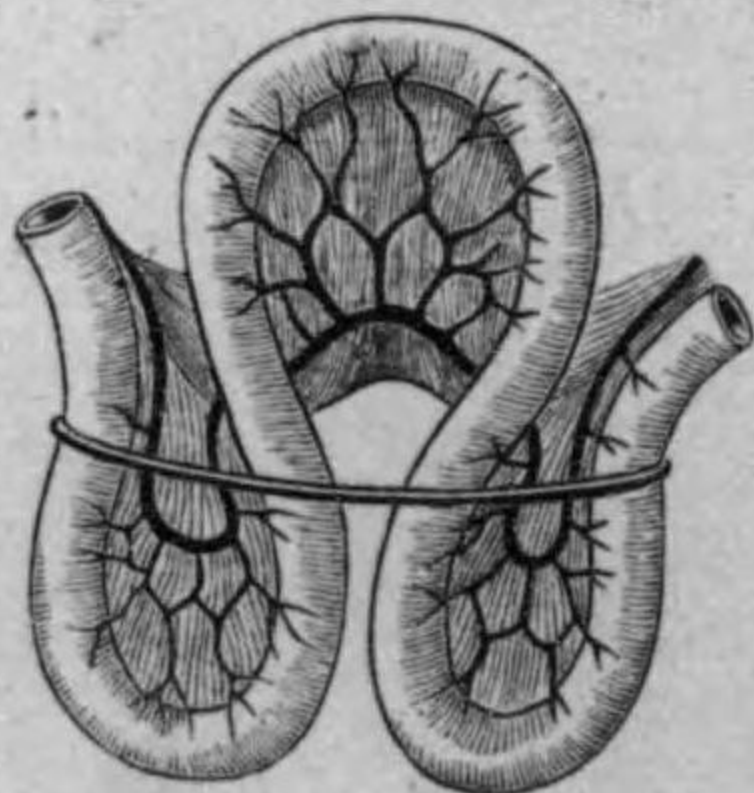
「アールヘ」形字 W

- 1 門「アールヘ」
- 2 保腸管ルセ出脱ノ個二
- 3 保腸管腸間中
- 4 管腸入輸
- 5 管腸出輸



(驗實士博安高)  
報所醫二期用五十五第誌報會學科外本日

圖四十五百二第  
「アールヘ」形字 W



Nach Maydl

モノニシテ、就中長ク不還納性ナリシモノニ多シ。比較的緩慢ニ形成セララル箝頓ハ概ネ此種類ナリ。

「ヘルニア」箝頓ノ一種ニシテ「ヘルニア」囊内ニ二個ノ腸管階係ヲ存シ、其中間腸管ハ腹腔ニアリテ箝頓スルモノアリ。W字形「ヘルニア」Hernie en W. 或ハ逆行性箝頓 Retrograde Incarceration ト稱ス。(第二百五十四、二百五十五圖)

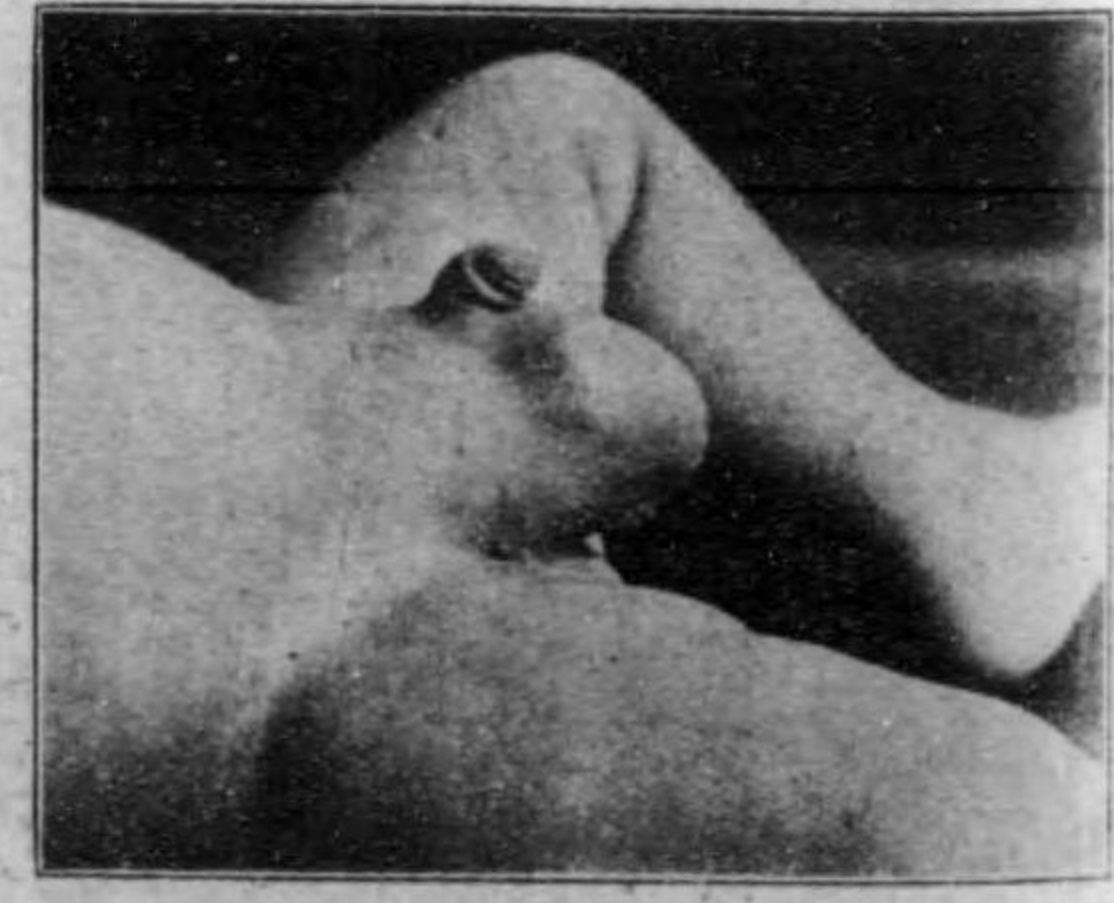
**症候** 箝頓「ヘルニア」ノ内容ハ腸管ナルコト多シ、腸管以外ノ内容モ亦箝頓シテ(弾力性箝頓)箝頓症状ヲ呈スルコトアルモ、其腸管ナルトキニ於テ症徵最モ顯著ニシテ、危険亦大ナリ。「ヘルニア」箝頓ノ要徴次ノ如シ。一 内容不還性トナル。二 腫脹ハ硬固ニシテ、皮膚緊張ス。三 疼痛ヲ發ス。四 内容腸管ナルトキハ腸管閉塞症状アリ、即チ風氣糞便排泄ノ杜絶、腹滿鼓腸、腹鳴、腹痛、嘔氣、嘔吐等ヲ發ス、但シ是等徵候ノ發生、運速及ビ程度ハ腸管ノ部位、絞扼ノ程度等ニ關シ甚ダ區區ナリ。腸管以外ノ内容ナルモ、亦腹痛、悪心、嘔吐等ヲ發シ又反射的腸管麻痺ニ因ル腸管通過障礙ヲ呈スルコトアリ。五 一般的ニハ脈搏細數・呼吸促迫・食思缺乏・不安・驚怖・脱力等アリ、時トシテ熱發ス。小兒ニアリテハ不穩ノ状ヲ呈シ啼泣シ、又痙攣ヲ起スコトアリ。六 放置セララルトキハ内容ハ壞死ニ陥ルベク、腹腔ニ向ヒテハ限局性或ハ瀰蔓性腹膜炎ヲ起シ、體表ニ向ヒテハ皮下「フレグモーネ」ヲ發シ、初メ皮膚ノ發赤浸潤ヲ呈シ後膿瘍ヲ形成ス。放

圖 六 十 五 百 二 第  
「アールヘ」蹠鼠側右  
(頓箝)



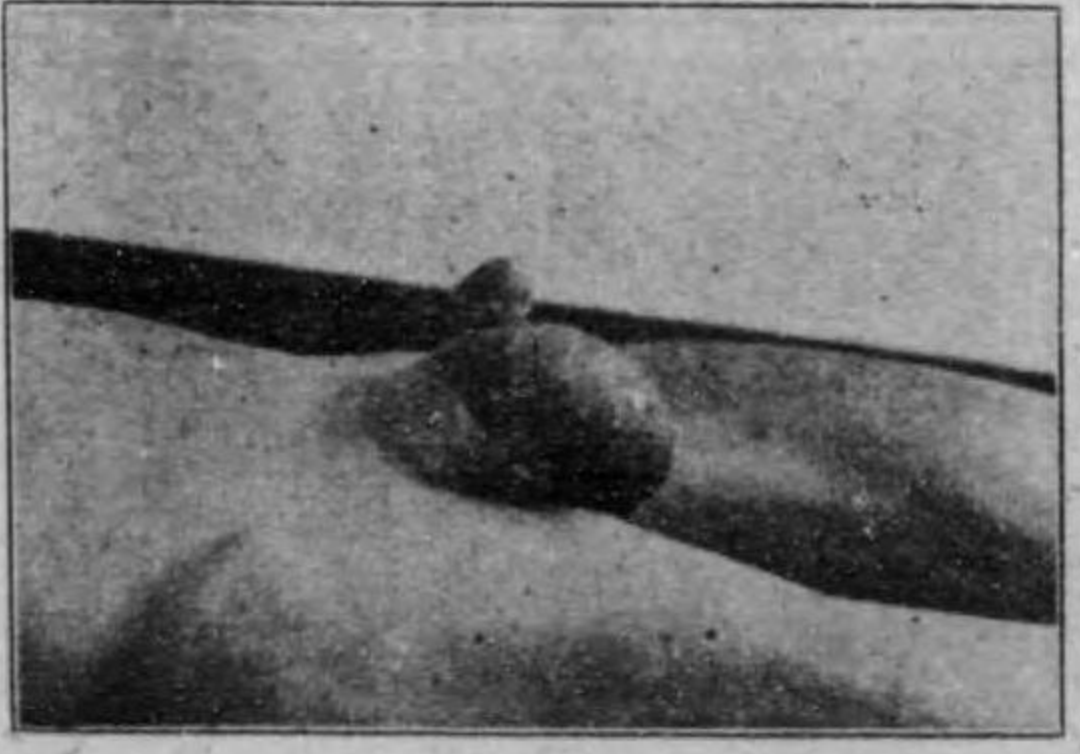
置セララルトキハ終ニ虛脱、肺炎、膿毒症、營養不及等ノ爲メニ斃ル。七 箝頓「ヘルニア」ノ自然的結果トシテハ、(a) 上述ノ如ク死亡ノ轉歸ヲ取ル、(b) 幸ニ腹膜ニ於テハ早ク癒著ヲ形成シテ瀰蔓性腹膜炎ヲ起スニ至ラズ、只外部ニ向ツテ破壊穿開セララルトキハ茲ニ糞瘻ヲ形成ス。(c) 稀ニ自然整復ヲ營ム。

圖 七 十 五 百 二 第  
「アールヘ」蹠鼠頓箝



**診斷** 既往症及ビ現在ノ所見ニヨリテ通例困難ナラザルモ其成立ノ狀況明ナラズシテ、乳兒等「ヘルニア」發生部位ニ異常ノ膨出、殊ニ疼痛性腫脹アルヲ突然發見スルトキハ、一見誤謬ニ陥ルコトナキニアラズ。即チ鼠蹠淋巴腺炎・精系水腫・副睪丸炎等ト鑑別ヲ要ス。又主トシテ嘔吐・劇甚ナル腹痛等訴ヘラレ、鼠蹠部・股輪等ニ於ケル症状爲メニ閉却セララルトキハ腸加答兒・蟲樣突起炎・腸重疊症・腸捻轉症・腹膜炎・胃痙攣・膽石疝等ト誤認セララルコトナキニアラズ、注意スベシ。

圖 八 十 五 百 二 第  
「アールヘ」蹠鼠頓箝



**箝頓「ヘルニア」ノ診査ハ次ノ順序ニ從フ。**  
一 既往症、以前ヨリ「ヘルニア」ヲ患ヒ居リシヤ否ヤ、初發ノ年月、「ヘルニア」帶裝用ノ有無、若シ有リトスレバ使用セル期間。會テ箝頓セシゴトアリシヤ否ヤ、其時日、其時ニ施サレタル處置及ビ整復ノ難易、今回箝頓「ヘルニア」

頓ノ時日、其原因ト認ムベキ事項ノ有無、箝頓成立ノ急徐、箝頓後只今マデニ施サレタル處置、就中整復術ヲ試ミラレシヤ否ヤ、其時間ノ長短、施術ノ狀態等。今回箝頓前及ビ後、排便及ビ風氣如何、嘔心、嘔吐ノ有無、嘔吐ノ初發及ビ回数、吐物ノ性状、局部及ビ腹部ノ疼痛如何等ヲ問診ス。

二 全身症狀、顔貌・皮膚粘膜ノ色澤、不安・苦悶・恐怖等ノ狀態、脈搏心悸ノ性状、其遲速、呼吸ノ狀態等ヲ診査シ、體温ヲ測定ス。尙腹部一般ノ狀態ヲ檢スベシ、即チ其膨滿鼓腸ノ程度、腸硬變 Darmstärkungノ有無・腹壁緊張・壓痛如何等トス。

三 局部症狀、腫脹ノ大サ・形狀・皮膚ノ狀態・腫瘍壁ノ緊張凸凹・硬度。鼠蹊部陰囊等ニ於ケル腫瘍ノ部位ノ關係、壓痛、打診響等ヲ檢ス。

以上ノ諸項ハ箝頓「ヘルニア」ノ診定上必要ナルノミナラズ、尙箝頓セル内容ニ起レル變化並ニ續發症ノ有無等ヲト知シ、以テ豫後ヲ推定シ、治療法ヲ選擇スルガ爲メニ缺クベカラザル事項トス。

豫後 放置スルトキハ不良、早期ニ適當ナル措置ヲ施ストキハ良ナリ。時間ノ關係ハ常ニ内容ノ受クニ變化ト一致スルモノニアラズ、從テ治療ノ結果ハ必ズシモ箝頓後經過セル時間ノ長短ニ關スルモノアラザルモ、其甚ダ遷延セルモノニアリテハ遂ニ全ク之レヲ救フ能ハザルニ至ルベシ、一刻早クレバ早キニ從テ手術ノ豫後良ナリ。

療法 「ヘルニア」切開術ヲ施スベシ。但シ或種類ニアリテハ、其症狀ノ如何ニヨリ、非觀血の整復法ヲ以テ目的ヲ達スルコトアリ。

1 整復術 Taxis.

皮膚上ヨリ壓迫シ、内容ノ腹腔内還納ヲ企ツル法ニシテ、親ク内容ノ變化ヲ視ルコトナク、只箝頓後ノ時間、一般狀態

患部ノ狀況等ヲ以テ、其内容ニ著明ナル變化ナキヲ想像シテ之レヲ施スニアルヲ以テ、常ニ全ク危險ナシト云フベカラズ。即チ理想ヨリ言ヘバ最モ不合理ニシテ、全然放棄スベキ策ナリトス。サレド實際ニハ直チニ「ヘルニア」切開術ヲ施行スル能ハザル場合ニ遭遇スルコト決シテ稀ナラズ、是レ「タキシス」ヲ全ク除外スル能ハザル所以ナリ。

適應症及ビ禁忌 上述ノ理由ニヨリ、本法ハ成ルベク適應ノ領界ヲ制限スベシ。(a) 時間ノ關係、箝頓後十二時間以上經タルモノニハ行ハザルヲ安全トス、未ダ十二時間以内ニアルモノニ於テハ其狀況如何ニヨリ「タキシス」ヲ試ミ得、二十四時間ヲ經過セルモノニハ絕對ニ本法ヲ施スベカラズ。(b) 既往ノ箝頓 過去ニ於テ屢々箝頓セシコトアリ、其際常ニ整復術ヲ行ヒテ容易ニ目的ヲ達シタルモノナルトキハ之レヲ施シテ不可ナルベキ場合多シ。之レニ反シ、曾テ斯クノ如キ經驗ナキモノ、殊ニ今日マデ「ヘルニア」無クシテ箝頓「ヘルニア」ヲ突發セルモノハ、彈力性箝頓ニシテ内容ノ壞疽ヲ來スコト早シ、從テ「タキシス」ヲ忌ム。(c) 箝頓成立ノ狀態 其急卒ニ箝頓症狀ヲ起セルモノハ「タキシス」ノ危險多シ。初メ内容不還納性トナリ、後チ漸次ニ箝頓症狀ヲ起スモノハ、多ク鬱滯性ニシテ「タキシス」ノ奏効スル場合多シ。

(d) 一般狀態 箝頓ノ初期ヨリ全身狀態著シク侵サレ、猶頻發嘔吐及ビ劇痛アルモノハ、内容ノ絞扼強度ナルノ徵ナリ。「タキシス」ヲ禁ズ。(e) 局所症狀 一般ニ小ナル「ヘルニア」内容ハ大ナルモノヨリ早期ニ壞疽ニ陥ルノ虞多シ。患部既ニ皮膚ノ發赤、浮腫等ヲ呈スルモノニ對シテ「タキシス」ヲ施スハ危險ナリ。(f) 股、ヘルニア、箝頓ハ鼠蹊、ヘルニア、箝頓ニ比シ「タキシス」ニ因ル危險多シ。

之レヲ案ズルニ(1)箝頓後猶短時間(二時間三時間等)ニシテ、曾テ箝頓整復ノ既往歴アリ、其成立急卒ナラズ、一般狀態多ク侵サレズ、嘔吐ヲ缺キ或ハ之レヲ催スモ少ク、疼痛亦著シカラズ、而シテ「ヘルニア」腫瘍ハ甚ダ小ナラズ、之レヲ被フ皮膚ニ全ク變化ナキモノニアリテハ、恐クハ「タキシス」ヲ施シテ危險ナク、能ク還納ノ目的ヲ達シ得ベシ。(2)箝頓後既ニ短時間ナラザルモノ、初回ノ箝頓ニシテ、然カモ極メテ急卒ニ發起セルモノ、腫瘍小ナルモノ、股輪「ヘルニア」等ニ於テハ全ク「タキシス」ヲ試ミザルヲ安全トシ、之レヲ試ミントスルトキハ最モ細心ナルヲ要ス。(3)既ニ二十四



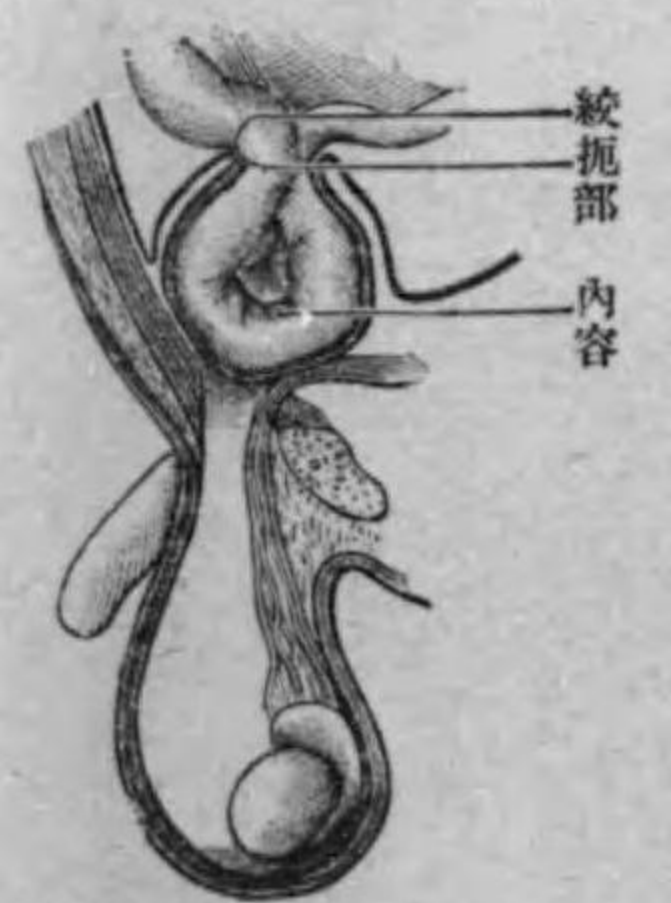
時間以上ヲ經タルモノ、時間ノ如何ニ關セズ一般症狀及ビ腸管閉塞症狀著シキモノ、局部皮膚ノ變化ヲ呈セルモノ等ニハ絕對的ニ之レヲ禁ズ。

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

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

注意 一 「タキシス」ヲ試ムルコト十乃至十五分ニシテ還納ノ狀ナキトキハ、之レヲ中止シ、切開術ヲ施スベシ。二 嚴ニ暴力ヲ禁ズ、強暴ナル壓迫及ビ揉捻ハ内容ヲ破傷シ、致死の危險ヲ誘フノ虞アリ。又假性還納(絞扼セララル儘、腹壁内或ハ腹腔内ニ壓入セラレ、腫瘍ハ爲ニ退縮或ハ消失スルモ箱頓ハ依然トシテ解除セラレザル状態ヲ謂フ)ヲ營マシムルノ危險アリ。(第二百五十九圖) 三 整復術目的ヲ達セシトキハ、指頭ヲ皮膚上ヨリ門内ニ挿入シ、其平滑ナル緣ヲ觸レ、完全ニ整復セラレタルヲ確實ニスベシ。四 術後一兩日間安靜ヲ守ラシム。術後血便ヲ見ルコトアリ、是レ箱頓ノ内容タリシ腸管ノ損傷ニ起因ス、之レアルトキハ嚴ニ安靜ヲ命ジ

圖九十五百二第 假性還納



流動性食餌ヲ取ラシムベシ。

## 2 「ヘルニア」切開術 Herniotomy.

器械 手術腸管ニ及ブコトアリ、腸管切除縫合ノ準備ヲ要ス。

麻酔 局所麻酔法ニ依ルヲ可トス、殊ニ一般ノ狀態不良ナルモノニアリテハ全身麻酔法ヲ避クベシ。但シ小兒ニアリテハ全身麻酔ヲ施サザルヲ得ズ。又内容ヲ檢シ腸管切除ノ必要ニ遭遇セルトキハ全身麻酔法ヲ行フ。

局所麻酔法 鼠蹊「ヘルニア」ニアリテハ切開部ノ皮膚及ビ皮下ニ〇・五—一%ノボカイン液一〇・〇ヲ注射シ更ニ腫瘍ノ上界、門ノ上部ニ於テ深ク腫膜下注射ヲ施スコト數筒ヲ以テス。一般ニ箱頓「ヘルニア」ニアリテハ、其自發痛ト門部近圍ノ知覺減弱トノ爲メニ少量ノ注射ニテ患者ハ能ク手術ニ耐エ得ルモノトス。猶次ノ方法ニ依レバ注射麻酔法トシテ最モ完全ナリ。即チ先ツ腸管前上縁ノ内方三橫指ノ點ヨリ腸管ニ向テ注射シ、之レニヨリ腸骨鼠蹊神經、腸管下腹神經ヲ麻痺セシメ、次テ「ヘルニア」腫瘍基底部ノ内外二點ヨリ行ヒ、箱頓セル「ヘルニア」腫瘍ヲ左手ヲ以テ内方若クハ外方ニ壓排シツツ、前記ト同一ノ二點ヨリ刺入シテ深部注射ヲ行フ。此注射ハ腫瘍ノ下ニ於テ針尖ヲ腸管ニ達セシムルヲ要ス。最後ニ腫瘍ヲ繞ル菱形ノ皮下注射ヲ行ヒ、箱又全陰囊及ビ陰莖ノ基底部ニ於テ皮下ニ輪狀ニ注射スベシ。

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

消毒 開腹手術ノ場合ニ倣フベシ。

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

内容ヲ檢シテ填直ニ陥リ又ハ其虞アルヲ認ムルトキハ適宜之レヲ處置ス、即チ腸管若クハ網膜ノ切除或ハ人工肛門造

箱頓「ヘルニア」

設等ヲ要スルコトアリ。  
箱頓鼠蹊「ヘルニア」切開術

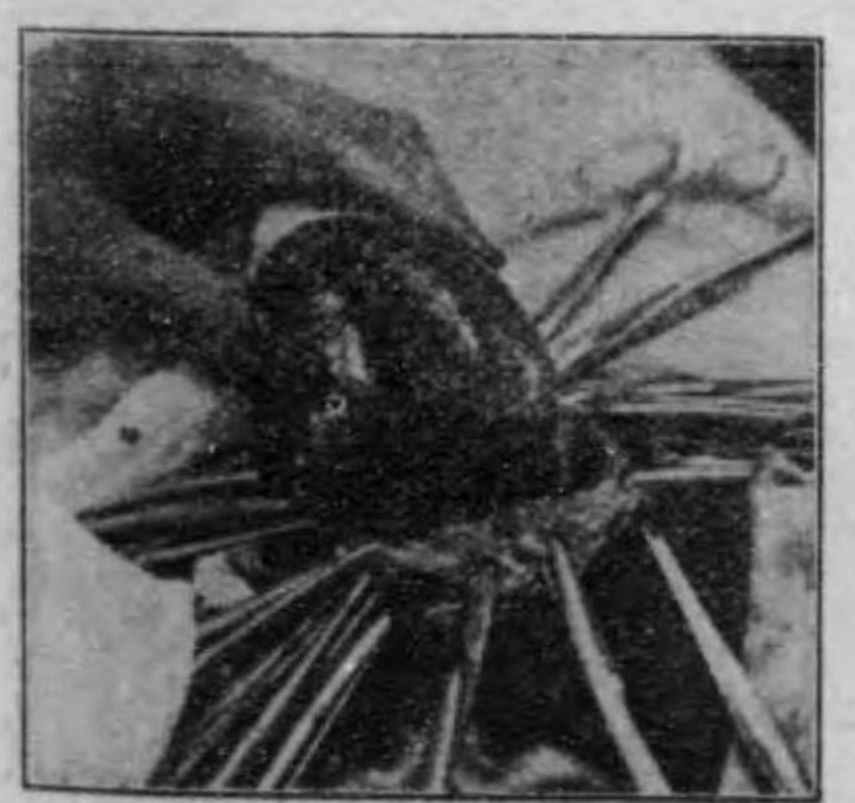
一 囊ヲ露ハシ、之レヲ切開ス。

皮膚ノ切開ハ「ヘルニア」腫瘍外上界ノ外上方三乃至五仙迷ノ部ニ起リ、斜ニ内下方ニ走り、腫瘍上ヲ越エテ進メ、其内下縁ニ近ク終ラシム。但シ深ク陰囊内ニ脱出シテ箱頓セルモノニアリテハ、長ク陰囊ノ長徑ニ互リテ切開スルヲ要セス。陰囊領ニ於テハ二乃至三仙迷ニ達スルヲ以テ足レリトス。皮膚ヲ開キ淺在筋膜、總莖膜等、「ヘルニア」囊ヲ被フモノヲ總テ層ヲ逐フテ開キ、二箇ノ有鉤鑷子ヲ用ヒ攫ミ上ゲテ其間ヲ切開シ或ハ有溝消息子ヲ挿入シテ之レヲ剪開ス囊ニ達ス。而シテ腫瘍小ナルトキハ進ンデ囊ノ全部ヲ周圍ノ組織ヨリ剝離シ、囊ニシテ遠ク陰囊内ニ及ベルトキハ其末端部ハ今ハ之レヲ放置シ、只頸ノ部分ノミヲ遊離セシム、何レノ場合ニ於テモ、特ニ「ヘルニア」腫瘍ノ基根ト外斜腹筋腱膜トノ關係ハ之レヲ最モ明瞭ナラシムルノ必要アリ。

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

囊ヲ切開スルトキハ、「ヘルニア」水流出ス。其性状ハ内容變化ノ程度ヲト知シ得ルヲ以テ、之レガ注意ヲ怠ルベカラズ。稀薄帶黃色（或ハ微ニ赤色ヲ帶ブルコトアリ）透明ニシテ無臭ナルハ、内容ニ著シキ變化ナキノ證ナ

圖 十 六 百 二 第  
出 露 ノ 容 内 「ア ニ ル ヘ」

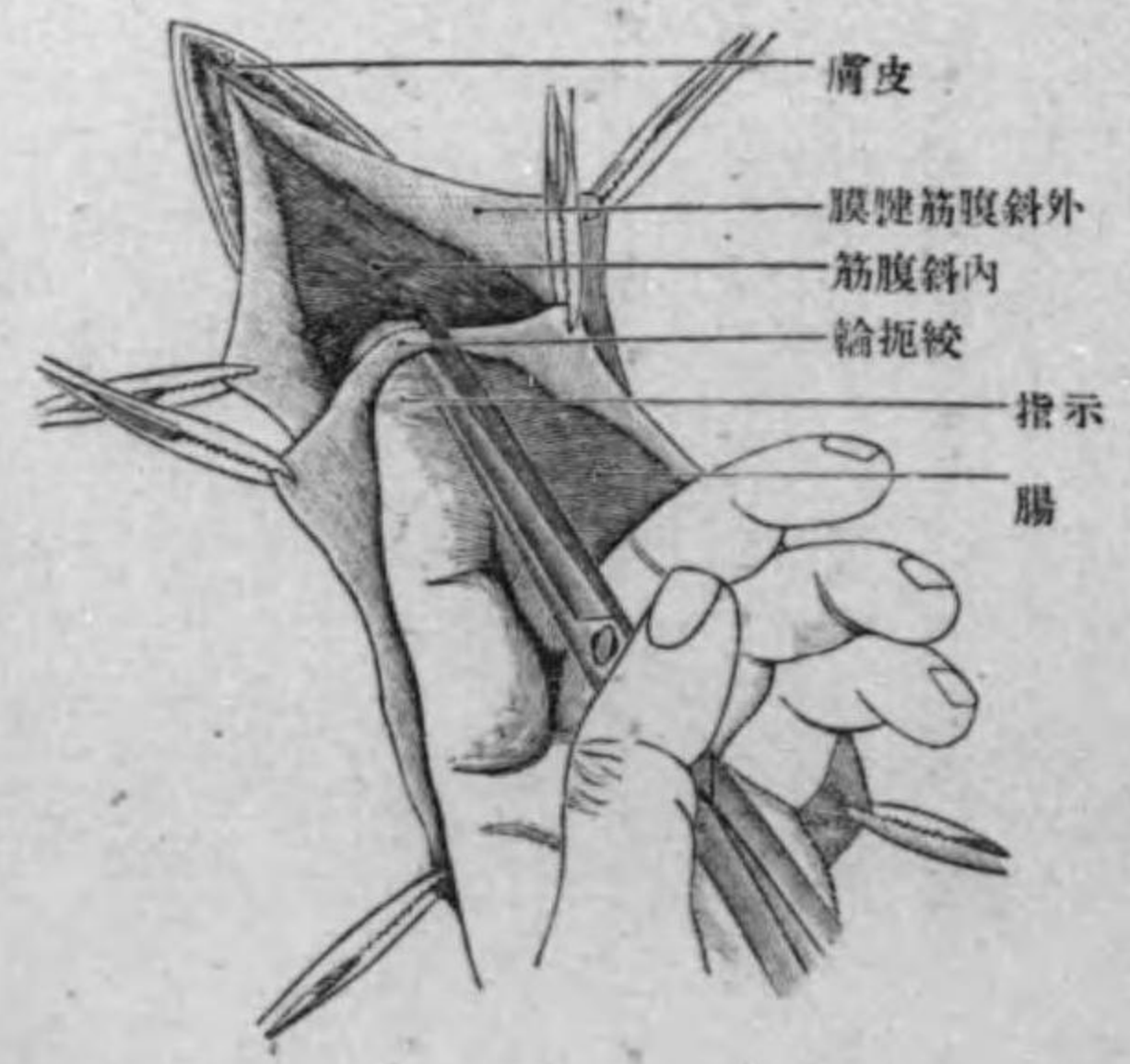


ルモ、潤濁シテ暗赤色ヲ呈セルモノヲ漏ストキハ、内容既ニ稍 高度ノ侵害ヲ被レルヲ知ルベク、其既ニ腐敗性惡臭ヲ放チ、若クハ糞臭ヲ帶ブルガ如キモノハ内容ノ壞疽若クハ腸管穿孔等アルノ證徴トス。

二 内容ヲ檢シテ之ヲ處置ス。  
今囊ヲ開キ、「ヘルニア」水ヲ除去スルトキハ、内容露出スルヲ以テ、仔細ニ之レヲ檢スベシ、就中腸管ノ下面及ビ屈曲部ニ注意スベシ、即チ其鬱血ノ状態・沈着物・滲血・壞疽及ビ穿孔ノ存否等ヲ精査ス。  
内容檢査ハ獨リ「ヘルニア」囊頭ニ於ケル絞扼輪ノ外部ニ施スニ止メズ、必ズ更ニ其上部特ニ絞扼セラレタル部分ヲ共ニ檢スベシ。之ガ爲メニ門ノ開大ヲ必要トス。即チ門ノ外上縁ヨリ外上方ニ向ヒ外斜腹筋腱膜ヲ切開スルコト三乃至五仙迷、（切開セル腱膜ノ兩緣ハ之レヲ動脈鉗子ヲ以テ保持固定シ後ノ便利ニ供ス）斯クテ絞扼ヲ被レル「ヘルニア」囊頭ノ部分ヲ全部露出セシメ、之レヲ腱膜切開ト同一ノ方向ニ切開シ、容易ニ腸管ヲ牽出シ得ルニ至ラシム。此切開ニ當リテハ、第二百六十一圖ニ示スガ如ク示指頭ヲ用ヒテ腸管ヲ保護スベシ。

以上ノ處置ニヨリテ内容ノ絞扼去ルトキハ、其血液循環頓ニ恢復シ、鬱血ニ因ル暗赤色ハ漸次消褪スベシ。是ニ於テ内容タル腸管係ノ兩脚ヲ二指ヲ以テ輕ク把持シ、徐徐ニ數仙迷牽出ス。（第二百六十二圖）此際暴力ヲ用フベカラズ若シ引出シ難キトキハ更ニ絞扼輪ヲ開大スベシ。斯クテ牽出セル腸管ノ兩脚ヲ特ニ絞扼部ニ於テ精査ス。  
注意 絞扼輪ノ切開ハ、箱頓新鮮ニシテ、腸管ハ只鬱血ヲ呈セルニ止リ、「ヘルニア」水ハ潤濁ナク臭氣ナキトキニ於テハ、腫瘍ナ

圖 一 十 六 百 二 第  
大 開 ノ 門 「ア ニ ル ヘ」



「ヘルニア」

ク之レヲ行ヒ得ベキモ、既ニ内容ノ壊死若クハ破潰アリ、或ハ又其種アルトキハ輕忽ニ絞扼輪ニ手ヲ觸ルベカラズ。之レヲ開大スルトキハ「ヘルニア」嚢ト腹腔腔ト交通スルニ至ルベキヲ以テ、若シ既ニ「ヘルニア」水中細菌ノ存在アリトスレバ、之レヲ腹腔ニ返ルノ虞アレバナリ。若シ「ヘルニア」水甚ダシク溜潤シ、纖維素性沈着物ヲ附着シ高度ノ腸管壁血アルガ如キモノニ於テ絞扼輪ヲ開大セントスル時ハ、之レヲ開クニ前チ先ツ内容タル腸管及ビ「ヘルニア」嚢ヲ微温生理的食鹽水ヲ以テ拭除シ、十分清淨ナラシメテ然ル後切開スベシ。

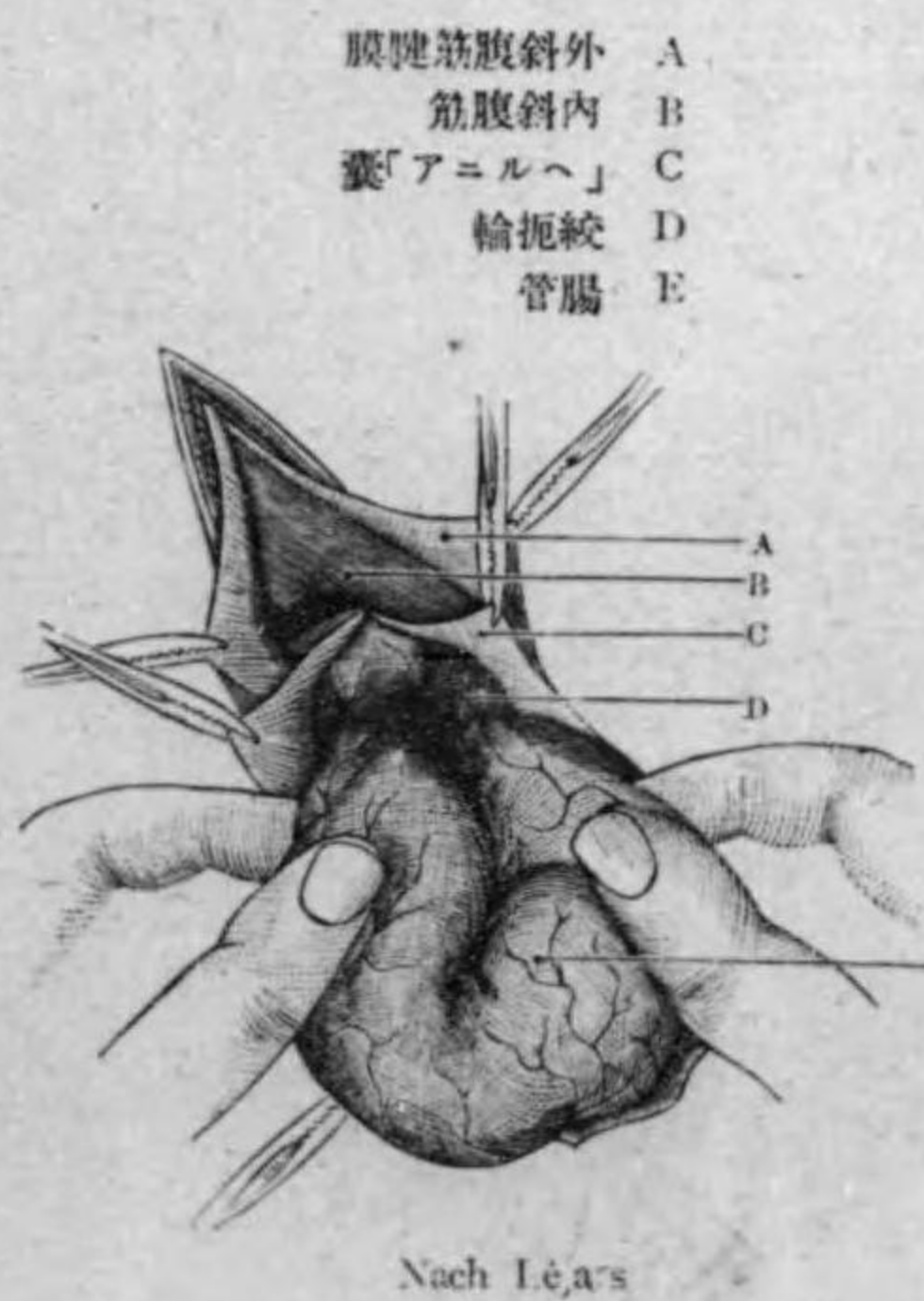
此後ノ處置ハ内容ノ状態如何ニ從テ之レヲ異ニス。

1 内容壊疽・穿破等ノ疑絶無ナルトキノ處置

「ヘルニア」水清澄ニシテ、腸管壁ニ附著物ナク、腸管ハ鬱血暗赤色ヲ呈シ且ツ腫脹ヲ呈スルモ、其色澤平等ニシテ黒色斑、溢血斑等ナク、且ツ固有ノ光澤ヲ備ヘ、絞扼輪ヲ開クトキハ、鬱血消散シ、猶索出セル腸管ノ絞扼部及ビ其内部ニ於テモ、組織ノ破傷・溢血斑等ナク、總テノ點ニ於テ壊疽・穿孔等ノ疑絶無ナルトキハ、直チニ之レヲ腹腔内ニ還納ス。即チ腸管係ノ一脚ヲ門ノ近部ニ於テ麥粒鉗子ニテ輕ク把持シ、此部ヲ腹腔内ニ推送ス。斯クテ順次鉗子ヲ移シ終ニ全歸係ヲ還納ス。入口狹隘ニシテ還納困難ナルトキハ、絞扼輪ノ前ニ切開セル部分ヲ更ニ上方ニ向ヒ開大スベシ。

注意 一 指頓セル腸器ノ變化ノ程度ニヨリ、直チニ之レヲ還納シテ不可ナキヤ否ヤニ就キ斷定ニ苦シムコトアリ、疑ハシキトキハ寧ロ後條ニ從ヒテ處置スベシ。二 内容ノ變化ハ往往術前試ミラレタル「タキシス」ニ因スルコトアリ。之レニ因ル内容ノ變化ハ、其ダ重大ナルコトアリテ、爲メニ腸管ノ斷裂穿孔等ヲ來シ、腸管縫合若クハ切除法ヲ要スルコトナキニアラザルモ、通例微細ナル腸管

圖 二 十 六 百 二 第



漿膜裂傷、漿膜下流血若クハ腸管腔溢血等ノ形成ヲ見ルニ過ギズ。此等傷害ノ僅微ニシテ新鮮ナルモノニアリテハ直チニ之レヲ還納シテ不可ナシ。漿膜ノ裂傷稍大ナルトキハ「二」ノレンベルト氏縫合ヲ設クベシ。

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

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

2 内容壊疽若クハ穿破アリ或ハ其疑アルトキノ處置

一 嚢ヲ開クバ瀾濁セル惡臭アル「ヘルニア」水流出シ、内容タル腸管ハ固有ノ光澤ヲ失ヒ、纖維素性或ハ膿性ノ附著物ヲ有シ、腸管ハ全部或ハ部分的ニ暗紫赤色或ハ黒色ニ變シ、組織柔軟脆弱ニシテ弾力性ヲ失ヒ、一見壊疽ヲ呈セルモノ或ハ又既ニ其一部ニ穿破ヲ來セルモノ、二 嚢ヲ開キタルトキ「ヘルニア」水ノ性状及ビ脱出部腸管ノ状態ニ著シキ變化ナキモ、絞扼輪ヲ開キ腸管ヲ索出検査スルニ及ビ、腸管壁一部ノ壊疽ヲ認ムルモノ、三 内容壊死ノ確徵ナキモ、脱出セル腸管ノ状態ニシテ既ニ高度ノ侵襲ヲ受ケタルモノト認メラレ、後チ絞扼輪ヲ開キ指頓ヲ解除シ、食鹽水溫卷法等ヲ試ムルモ、終ニ血行ノ恢復無キモノ、(即チ壊疽ノ疑アルモノ)等ノ場合ニアリテハ、腸管切除術若クハ人工肛門或ハ糞瘻造設術ヲ要ス。内容大網膜ニシテ、壊死ヲ呈セルモノハ之レヲ結紮シテ切除ス。

壊疽腸管ニ施ス腸管切除ト人工肛門若クハ糞瘻造設トノ選擇ハ一般症狀、内容壊疽ノ程度及ビ手術準備ノ如何ニ關ス。

指頓「ヘルニア」

圖 三 十 六 百 二 第

指頓腸管ノ瘻疽 1



指頓腸管ノ瘻疽



「ヘルニア」  
人工肛門或ハ糞瘻ヲ造設スベキ場合

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

b 腸管切除術或ハ腸壁一部切除施行ノ要件

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

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

B 腸管切除術 通例全身麻酔ノ下ニ施サル。壞疽ニ陥レル腸管及ビ糞ヲ微温生理的食鹽水ヲ以テ十分清洗シ、後殺菌乾燥綿紗ヲ以テ拭拭シ、而ル後箝頓輪ヲ開キ、兩脚係ヲ注意シテ徐徐ニ牽出シ、腸管及ビ腸間膜ノ全ク健康ナル部分ニ於テ切除縫合ス、又壁一

部ノ壞疽ニアリテハ、此ノ部ヲ切除シ、横徑ニ縫合閉鎖スルヲ以テ足ルコトアリ。縫合セル腸管ハ之レヲ還納シ、後直ニ法ニ據テ門ノ閉鎖ヲ行フベク、傳染ノ疑ハシキモノニ於テハ綿紗「タンポン」ヲ施シ、門ヲ閉鎖セズ、後ノ経過ヲ觀テ後日二次的ニ閉鎖スベシ。

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

手術ノ豫後 内容壞疽ノ虞ナク、還納性「ヘルニア」ノ根治手術ニ於ケルガ如ク施行シ得タルモノニアリテハ良。不自然肛門造設ニ於テハ死亡率甚ダ高ク五〇%ヲ超エ、第一期腸切除ニアリテハ前者ニ比シ較々良ナリ。人工肛門造設術ハ一般状態不良ニシテ、且ツ局所ノ變化著シキ場合ニ施サルヲ以テ腸管切除術ノ成績ニ比シ不良ナルハ當然ナリ。手術後ノ偶發症トシテハ虚脱・腹膜炎・肺炎・腸管狭窄・腸閉塞・腸管痙攣等トス。糞瘻ニアリテハ、特ニ小腸上位ナルトキハ遂ニ榮養不給ノ下ニ斃ルルノ虞アリ。斯クノ如キ場合ハ成ルベク早期ニ之レガ閉鎖ヲ企圖セザルベカラズ。

箝頓股輪「ヘルニア」切開術 根治手術ニ倣フ、内容ノ處置ニ就テハ鼠蹊「ヘルニア」ノ箝頓ニ於ケルト異ナラズ。

四 「ヘルニア」Hernia umbilicalis.

臍「ヘルニア」ハ臍輪ヨリ内臓ノ脱出スルモノニシテ、三種ニ區別ス。一 先天性臍「ヘルニア」 臍輪及ビ臍帶ノ異常ニ因テ發スル一種ノ先天性畸形ニシテ、「ヘルニア」嚢ハ臍帶組織(羊膜及ワルトシ氏組織)及ビ其内面ヲ被ヘル腹膜ヨリ成ル。(臍帶「ヘルニア」Hernia funiculi umbilicalis) 二 乳兒期臍「ヘルニア」 最も多キ種類ニシテ、臍輪ノ閉鎖未ダ完カラズ、抵抗薄弱ナル時期ニ於テ、強度ノ或ハ反復スル腹壓充進(怒責咳)ニ因テ成立ス。三 成年期臍「ヘルニア」 最も多ク妊娠ニ因シ、其他總テノ腹壓充進之レガ原因ヲナス。内容ハ一二ニ於テハ腸管ナルモノ多ク、三ハ網膜ナルヲ普通トス。先天性臍「ヘルニア」ニアリテハ往

往腹部内臓ノ大部分脱出スルガ如キモノアリ。

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

豫後 後天性「ヘルニア」ハ良。先天性

「ヘルニア」ノ大ナルモノハ不良ノ轉歸ヲ取ルモノ多シ。

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

乳兒期「ヘルニア」ハ通例單簡ナル壓抵法ヲ以テ能ク奏效ス。即チ先ヅ壓迫シテ内容ヲ全ク整復シ、臍ノ兩側ニ於テ皮膚ヲ撮ミテ上下ニ走ル皺襞ヲ作り、此左右兩皺襞ヲ接着セシメテ臍輪部ヲ被覆セシメ此位置ニ於テ數條ノ長キ狭キ絆創膏ヲ横徑ニ屋瓦狀ニ貼付スベシ。絆創膏交換ハ毎週一回或ハ二回トシ通例數週ニシテ治癒ノ目的ヲ達ス。絆創膏ハ無刺戟性ノモノヲ選ムベシ。斯クノ如ク單純ニ皮皺ヲ以テ「ヘルニア」門ヲ壓迫スルニ代フルニ、内容ノ整復後、臍輪ニ小錢貨ヲ貼シ、之レヲ絆創膏ヲ以テ固定スルノ

法アリ、亦試ムベシ。

臍帶「ヘルニア」ハ其小ナルモノニハ亦前記ノ法ヲ應用スベキモ、著大ニシテ其法目的ヲ達セザルトキハ、血性手術ヲ施シテ臍輪ヲ閉鎖スベシ。

### 五 腹壁「ヘルニア」Hernia abdominalis.

腹壁「ヘルニア」ハ或ハ手術創及ビ外傷後ノ瘻痕ヨリ生ジ、或ハ腹壓充進ノ爲メニ左右直腹筋相排開セラ

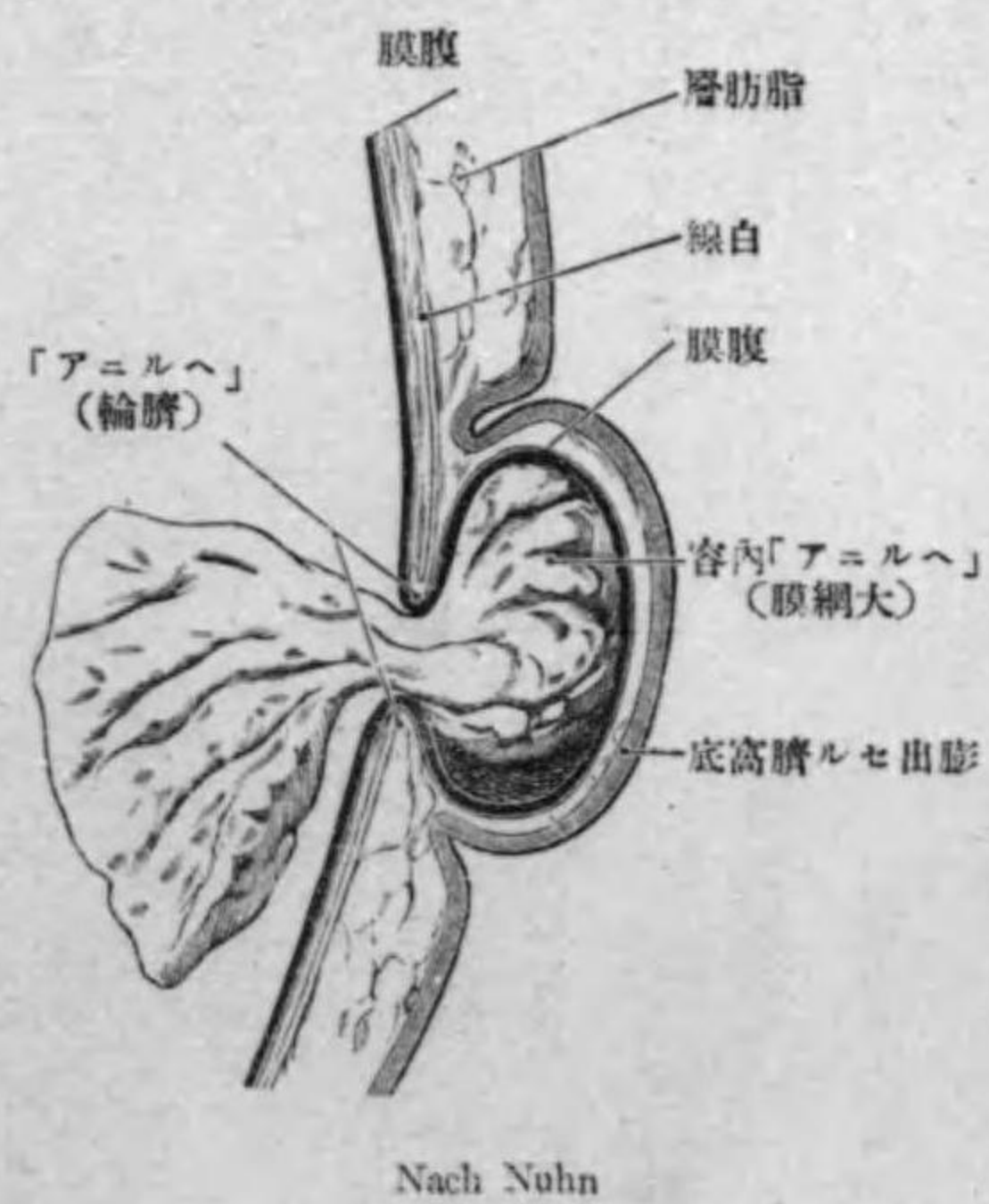
ルルニ因テ白條ニ形成セラレ、又或ハ全ク原因不明ノ下ニ發起スルモノアリ。

症候 腹壁ニ於テ壓迫ニヨリ退縮スル腫起ヲ生ズ、其大サハ甚ダ多様ナリ。

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

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

第二百六十四圖 「ヘルニア」



### 第十三 泌尿生殖器疾病 一 包莖 Phimosis.

包莖ニ先天性異常ニ屬スルモノト、後天性病變ニ因スルモノトアリ。其後天的原因ハ包皮ノ炎症性浸潤(包皮炎) 癩痕狹窄或ハ癩痕性癒着(特ニ下疳)等トス。

症候 包皮ノ前孔狹小ナルガ爲メ、包皮ヲ龜頭冠狀溝ノ後方ニ退カシムル能ハズ、或ハ困難ナル状態ニアリ。其程度ハ種種ニシテ、高度ナルハ前孔細小ニシテ全然後退セシムル能ハズ、輕度ナルモノハ強ヒテ之レヲ行ヘバ目的ヲ達ス。高度ノモノハ、排尿時疼痛及ビ排尿困難アリ、好ンデ包皮炎ヲ併發ス。

又膀胱ノ肥厚及ビ擴張、膀胱加答兒等ヲ續發シ、又「ヘルニア」、痔核、脱肛等ノ誘因ヲナスコトアリ。

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

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

療法 手術的療法ヲ施ス。

包莖ノ手術 準備 消毒ス、包皮内面ヲ清淨ナラシメンニハ、二%硼酸水ヲ用ヒ、注入器ヲ以テ包皮前孔ヨリ注入シ反復内腔ヲ洗滌スベシ。手術ハ通例局所麻醉法ニテ足ル、麻痺液ノ注射ハ單ニ皮下ニ留メズ、深ク内板下ニ達セシム。術式 一 背面前切法 前孔ヨリ有溝消息子ヲ挿入シ、此溝ニ沿ヒテ剪刀ヲ用ヒ(或ハ單ニ球頭剪刀ヲ用ヒ)背面前正中ニ於テ、包皮ヲ冠狀溝ノ前方略〇・五仙迷ノ部分マデ切開ス、然ルトキハ外皮ハ内板ニ比シ退縮著シキヲ以テ、内板切開線

ト外皮切開線トハ著シキ哆開ヲ呈ス。今創角ニ於テ内板切開線ヲ左右ニ於テ各々其方向ニ延長シ外皮切開線ニ達セシムルトキハ玆ニ内板ノ三角形小瓣ヲ得ベシ。(ローゼル氏 Rosz) 全創ヲ止血シ、後此瓣ノ尖頂ヲ外板ノ創角ニ縫合シ、(第二百六十五圖)猶左右兩側ニ於テ、内外板ヲ各三或ハ四針縫合ス、防腐的繃帶ヲ施シ術了ル此法ハ簡易ナルモ包皮過剩部ガ陰莖下面ニ垂下スルノ缺點アリ、但シ此過剩部ハ若干年月後自然萎小シ著シキ變形ヲ止メザルニ至ルモノトス。二環狀切除法 (a) 單純

第二百六十五圖 背面前切法



環狀切除法 過剩包皮ヲ龜頭尖ヲ超エテ牽引シ一時ニ包皮前部ヲ剪斷ス、此際龜頭尖ヲ損傷セシメザルコトニ注意ス止血シ、内外兩板ヲ縫合シ、術了。(b) 成形的環狀切除法 龜頭冠狀溝ニ平行シ、其後方約一仙迷ノ部ニテ外皮ヲ環狀ニ切開ス。此際皮膚ノ不均等ナル緊張ニヨル切線ノ彎曲ヲ避クベシ。外皮ヲ包皮ノ末端ニ向ヒ内板ヨリ剝離スルコト全周ニ於テ一仙迷餘、此部ニ於テ内板ヲ外皮ノ切開線ニ平行ニ切離スルトキハ包皮前部ハ環狀ニ除去セラル。止血シテ後、内板ヲ翻轉外面セシメ、其切線ヲ

外皮切線ニ縫合ス、即チ縫合線ハ内板ノ反轉部ヲ去ル約一仙迷ノ部ニアリ。

癩痕性ノモノハ、其癩痕ヲ切除シ、癒着

アルトキハ之レヲ切離ス。

箱頓包莖ハ其成立後久シカラサルトキハ簡

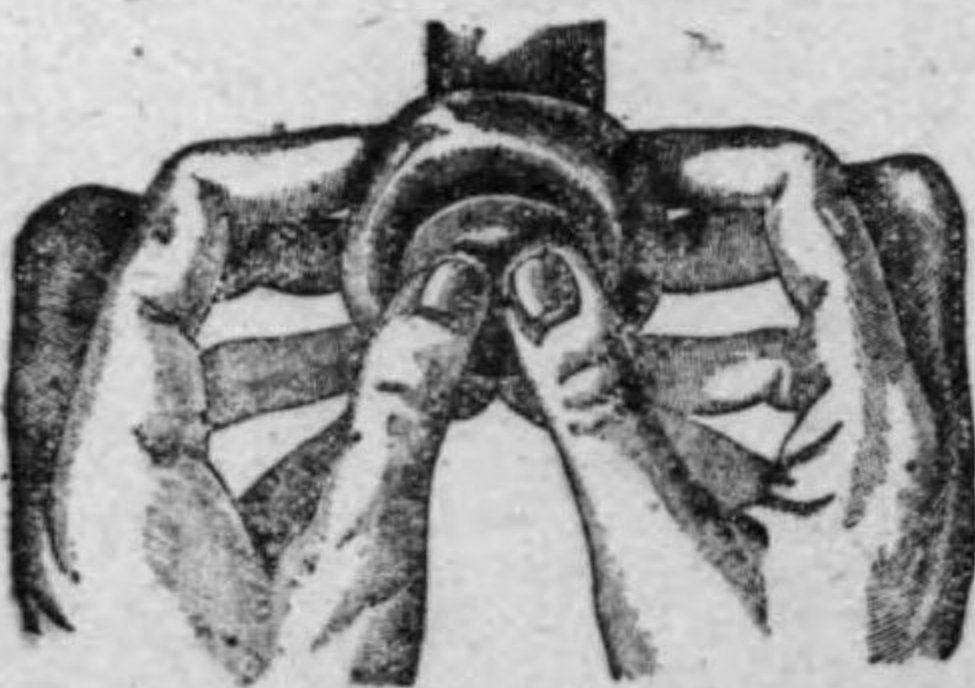
易ナル手技ニヨリ、容易ニ整復シ得ベシ。

即チ先ヅ冠狀溝ノ附近ニ油劑ヲ塗布シ、左

右兩手ノ示中二指間ニ陰莖ヲ把持シ、兩拇

包莖

第二百六十六圖 (一) 箱頓包莖整復法



第二百六十七圖 (二) 箱頓包莖整復法



五三三

指腹ヲ龜頭ニ貼シテ壓迫スルトキハ包皮ハ龜頭ヲ越ヘテ復歸ス。(第二百六十六圖) 或ハ又一手ノ拇示兩指ニテ環狀ニ陰莖ヲ把持シ、他手ノ指腹ヲ以テ龜頭ヲ壓迫シテ整復セシム。(第二百六十七圖) 施術前冷卷法ヲ施ストキハ整復ヲ容易ナラシム。絞窄部外ニアル包皮ニ高度ノ浮腫ヲ來シ、單純ナル壓迫整復法其目的ヲ達セザルトキハ、浮腫部ヲ消毒シテ小刺創ヲ加ヘ、組織液ヲ壓排却シテ後整復ヲ試ム。猶目的ヲ達セザルトキハ局所麻醉ノ下ニ絞窄輪ヲ背面ニ於テ切開ス、即チ圖示ノ如クス。

第二百六十八圖 指環包莖於ル絞窄部ノ切開



11 尿道狹窄 Stricture urethrae.

尿道狹窄ハ異物、痙攣性收縮、炎症性腫脹、周圍ヨリノ壓迫腫毒、膿腫、膿膿膿膿膿膿膿及ビ癩痕等ニ因テ生ズ。就中癩痕性狹窄ヲ以テ臨床上最モ必要ナリトス。

癩痕性尿道狹窄 Narbige Harnöhrenverengung.

癩痕性狹窄ノ原因ハ淋疾最モ多ク、外傷之レニ次グ。猶尿道ニ發セル下疳ハ亦屢々本症ノ原因ヲナス。淋毒性狹窄ハ單ニ粘膜炎ノ變化ニ止レル淺在性ノモノアリ、又主トシテ尿道周圍炎後ノ癩痕ニ因ル深在性ノモノアリ。狹窄部位ハ何處ニモ發スルモ、最モ多ク膜樣部、次デ球部、第三ニ舟狀窩ニ來ル。狹窄ハ其種類ニ依リ、側壁性、輪狀性、管狀性、瓣狀性、肥厚性、單發性、多發性等ヲ區別シ得ベシ。

症候 一 自覺的症候 排尿困難ヲ訴フ、尿線細クシテ往往分裂シ、又方向失常ヲ呈シ、高度ナルトルキハ點滴狀ノ排尿 始メ及ビ終末ニ於テ點滴狀ヲナシ中間僅ニ線狀ヲナスモノ多シ ヲナス。從テ排尿ニ長時ヲ費シ、猶異常ノ怒責ヲ要ス。排

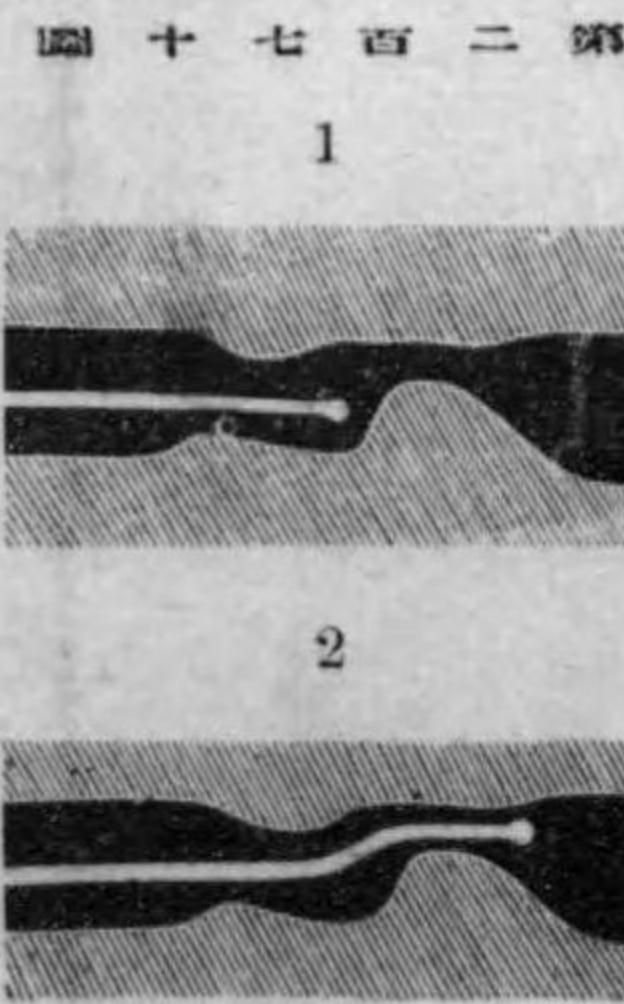
尿路ノ障礙極度ニ達スルトキハ、乃チ尿管ヲ來ス。尿管ハ癩痕狹窄ニ兼スルニ炎症性腫脹ヲ起スニ因テ發スルヲ普通トス。高度ノ尿道狹窄ニアリテハ射精障礙アリ。二 他覺的症候 「ブーシュー」ヲ送入スルニ抵抗ヲ感ズ。而シテ之レヲ送入シテ通過セシメ得ル「ブーシュー」ノ太サハ、狹窄ノ程度ニ從ヒテ異ナリ甚ダ多般ナリトス、或ハ如何ナル「ブーシュー」ヲモ全ク通過セシムル能ハザルモノアリ、之レヲ不通性尿道狹窄ト謂フ。前部尿道ノ狹窄ニアリテハ、屢々其部ニ硬結ヲ觸知ス。三 尿。通例不純物ヲ混ズ、即チ淋絲アリ、又稍々多量ノ膿ヲ混ズルコトアリ。二 盃試驗ヲ試ムルニ前尿溷濁シ、後尿清澄ナリ、兩者共ニ溷濁セルハ膀胱加答兒ヲ兼スルモノナリ。四 續發症。狹窄後部ノ尿道擴張シ、其部ニ炎症及ビ糜爛ヲ生ジ尿道周圍炎ヲ發生シ、膿瘍ヲ形成ス。之レヨリ尿浸潤ヲ起ストキハ、危險ナル潮濕性「フレグモート」ヲ誘發ス。膿瘍皮膚ニ破ルトキハ、玆ニ瘻孔ヲ形成シ、斷エズ排膿アリ、尿ヲ漏ス。(尿瘻 Harnistel) 又尿鬱滯ノ結果、膀胱壁ノ肥厚及ビ擴張ヲ兼スル膀胱炎ヲ併發シ、尙腎孟炎、腎臟炎等ヲ起スコトアリ。持久的怒責ハ痔核、脱肛、「ヘルニア」等ノ誘因ヲナス。

診斷 既往ニ淋疾若クハ會陰損傷アリテ、排尿障礙ヲ訴フルモノハ尿道狹窄ヲ疑フベク、「ブーシュー」ヲ送入ヲ施シテ之レヲ確定ス。「ブーシュー」ハ太キモノヨリ漸次ニ細キヲ選ミテ之レヲ試ム、之レニヨリテ、其部位程度及ビ數ヲ知ルベシ。細小ナル狹窄ニハ細キ鯨骨製「ブーシュー」ヲ以テ試ム、其法鯨骨「ブーシュー」ノ數本ヲ、一本ヅツ送入シテ尿道内ニ一束ヲナサシメ、後其箇箇ニ順次ニ輕壓ヲ加ヘ、或一本ガ狹窄部ヲ通過スルノ目的ヲ達センコトヲ圖ルニアリ。(第二百六十九圖) 又一條ノ鯨骨「ブーシュー」ヲ取り、其尖端一仙迷ノ部ニ輕キ屈曲ヲ作りテ 格織ヲ僅ニ熱シ之レヲ其部ニ接着シテ屈曲セシム 之レヲ送入シ、狹窄部ニ達スルヤ、種種

第二百六十九圖



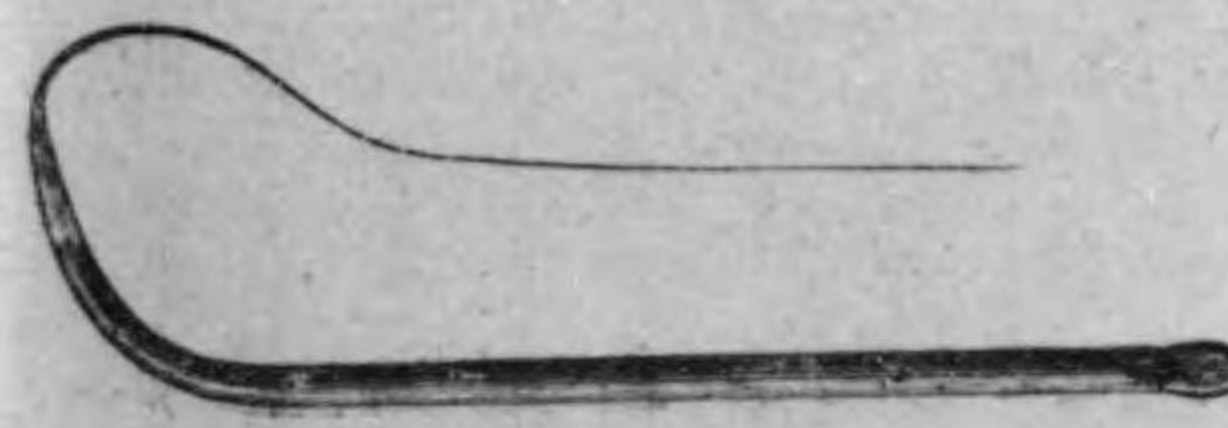
ナル方向ニ其尖頂ヲ回旋セシメテ通過ヲ圖ルノ法アリ。第二百七十圖ハ真直ナル「ブーシー」通ゼズ(1)屈曲セルモノノ通過スル(2)ヲ示ス。如何ナル「ブーシー」モ如何ナル方法ニ依ルモ終ニ通過ノ目的ヲ達セザルモノハ不通性狭窄ナリ。



五三六

排尿困難ノ爲メニ本症ト鑑別ヲ要スルモノハ、膀胱結石、攝護腺肥大症、尿道内結石、膀胱麻痺、高度ノ包莖等トス。豫後 狭窄ノ部位、程度、併發症ノ有無等ニ關ス。但シ一般ニ可通性ノモノハ良、不通ノモノ及ビ瘻孔アルモノハ治療困難ナリ。危険症ハ尿浸潤ニ因ル蔓延性腐敗性「フレクモーン」ノ繼發及ビ腎臟炎發生ニ因ル尿毒症トス。

療法 一 非血性療法。漸次擴張法ト急速擴張法トアリ。1 漸次擴張法ハ細キ「ブーシー」ヨリ漸次太キヲ送入シ其擴張ヲ圖ル法ナリ。第三圖中「カテーテル」及「ブージー」使用法參照。辛フジテ細小ナル「ブーシー」ヲ送入シ得タル場合ニ於テハ、例之ヲ留置シ、其儘排尿ヲ營マシムルトキハ狭窄部ノ擴張ニ向ツテ往々良效ヲ奏ス。2 急速擴張法ハ「ハオーベルレンデル」Oberlander 擴張器、其他同類似ノ器械ヲ以テシ、又ハ「フオーレ Fort」ノ誘導細索ヲ有スル金屬「ブーシー」(第二百七十一圖)ヲ用フ。一般ニ非血性擴張法ハ唯可通性ノモノニ企テラレベキモノニシテ、此法ニヨリテ治療セルモノハ再發シ易キノ不利アリ、又尿道ノ損傷ヲ招クコト少ナカラズ。



「ブーシー」誘導「フオーレ」

殊ニ急速擴張法ニ於テハ常ニ多少ノ傷害ヲ免カレズ、即チ出血、續發性炎症等ヲ來スノ虞アリ。

二 血性手術。尿道内切開法ト外切開法トアリ。一 尿道内切開法、Urethrotomia interna ハ特種ノ裝置ヨリ成ル尿道内切開刀ヲ以テ施サル、又電氣燒灼器ヲ應用セル擴張法アリ。術後「ブーシー」送入ヲ反復シ、再ビ瘻痕ニ因テ狭窄ノ發生スルヲ防グ。此法ハ唯輕度ノ淺在性瘻痕ニシテ、殊ニ前部尿道ニアルモノニ用ヒラル。高度ノ狭窄及ビ不通性狭窄ニハ行ハレズ。又健康部ヲ傷害スルノ危険アリ、且ツ再發シ易シ。二 尿道外切開法、Urethrotomia externa ノ適應症 1. 如何ナル「ブーシー」モ送入シ得ザル場合即チ不通性狭窄、2. 可通性ナルモ「ブーシー」ヲ送入スルトキハ常ニ疼痛、出血、熱發等ヲ起シ、爲メニ之レヲ反復スル能ハザル場合、新ノ如キ場合ハ、廣ク且ツ深キ高度ノ瘻痕ニ多シ 3. 「ブーシー」擴張法ヲ以テ常ニ一定度マデ目的ヲ達スルモ、常ニ再發スルトキ、4. 高度ノ膀胱加管兒アリ、之レガ治療上速ニ狭窄部ノ開大ヲ要スルトキ、5. 尿管閉ヲ起シ「カテーテル」ヲ送入ノ目的ヲ達セズ、膀胱穿刺法ヲ施シテ一時其急ニ處シ排尿セシムルモ尙尿道ノ開通ヲ恢復セザル場合、6. 尿瘻ヲ有スルトキ等トス。

要スルニ尿道狭窄療法ノ通則トシテハ、可通性ニシテ高度ナラザル狭窄ニハ先ヅ「ブーシー」ニ依ル漸次擴張法ヲ試ミ、前部尿道殊ニ入口近部ニ於ケル淺在性瓣狀狭窄ニハ内切開法ヲ施シ、不通性狭窄若クハ可通性ナルモ甚ダ高度ナル狭窄及ビ尿瘻ヲ有スル狭窄等ニハ外切開法ヲ選ムベキナリ。「尿道外切開術」ニ就テハ手術篇中其條下ヲ見ルベシ。

### III 膀胱炎 Cystitis.

膀胱炎ハ通例病原菌ノ侵入ニ因テ發ス、就中淋毒菌、種種ナル醗膿菌、大腸菌及ビ結核菌等ニシテ、又



腸室扶斯菌、肺炎菌等ニ因スルコトアリ。結核性膀胱炎ニ就テ 往往又薬剤ノ刺戟 利尿劑ニ起因ス。  
 細菌侵入ノ経路ハ或ハ尿道ヨリスルコトアリ、例之尿道淋疾 或ハ輸尿管・腎盂・腎臟ヲ經テ下行性ニスルコトアリ、或ハ血行ニ依テ來ルモノアリ、或ハ近圍化膿竈ヨリノ蔓延ニ因ルコトアリ、又或ハ膀胱損傷、膀胱瘻等ヨリ直接ニ侵入スル場合アリ。

健全ナル膀胱ハ病原菌ニ對シ一定ノ抵抗力アリ、本病ノ發生ハ細菌侵入ト同時ニ膀胱ニ何等カノ異常アルニ當リテ初メテ惹起セラル。即チ之レガ誘因トシテハ損傷、「カテーテル」ニ因ル損傷、挫創、産婦、就中鬱血、尿ノ鬱滯、脊髄ノ損傷及ビ疾病、種、種ナル尿道狹窄、妊娠等及ビ腫瘍等トス。

原因持長シ、若クハ反復スルトキハ慢性膀胱炎ヲ生ズ。

急性膀胱炎ニ單純加答兒性、出血性、潰瘍性、壞疽性等アリ。慢性症ニ肥厚性、萎縮性ノ別アリ、又「ボリ」「ボリ」形成ヲ營ムモノアリ。

症候 一 急性膀胱炎 通例熱發アリ、膀胱部疼痛、尿意頻數、排尿痛等ヲ訴フ。尿ハ糊蔓性ニ濁濁シ尿中膿球及ビ膀胱上皮アリ、細菌ヲ證明シ、又往往血液ヲ有シ、屢々「アルカリ」性酸酵ヲ呈ス。其他原因疾患ノ諸徵候 例ヘバ淋毒性尿道炎、「淋」膿腺肥大症、膀胱結石等ヲ伴フベシ。

二 慢性膀胱炎 熱候ハ之レヲ缺キ、或ハ微スルモ輕度ナリ。苦痛ハ急性症ニ於ケルガ如ク著シカラザルモ往去ラズ、其間消長アリ、亦原因的疾患ノ徵候ヲ兼併ス。合併症ハ腎盂炎、腎炎、膀胱周圍炎等トス。結核ニ就テハ 其條下ヲ見ヨ

經過 原因ニ關係ス。原因一過性ニシテ、膀胱ガ發病前マデ健全ナル機能ヲ保チタル場合ハ、一定ノ急性經過後容易ニ治癒ニ就クベシ。原因持長スルモノハ慢性經過ニ移行シ、治癒困難ニシテ、往往不治ノ狀

態ニ陥ル。「淋」膿腺肥大症、脊髄炎、膀胱炎等 經久的ノモノモ原因除去セラレルトキハ頓ニ快癒スルコトアリ。例ヘバ膀胱結石ノ除去

診斷 尿意頻數、尿痛及ビ膿性尿ヲ以テ診斷ス、又膀胱鏡検査ヲ施スベシ。

鑑別 一 後部尿道炎ニアリテハ、二盃排尿試驗ニ於テ、前部濁濁スルモ後者ハ清澄ナリ、膀胱炎ノ尿ハ一般ニ濁濁シ、特ニ最終ニ著シ。二 膀胱結核 膀胱炎ノ原因ト認ム可キコトナクシテ發シトキハ疑ハシ、結核ハ若年者ニ多ク、屢結核體質及ビ遺傳ヲ證明シ、又他部ニ結核性症ノ存在ヲ認ム。持久性血尿アルモノハ結核ヲ疑フ、尿中結核菌ヲ證明シ得ルトキハ確實ナリ、又膀胱鏡検査ヲ必要トス。

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

急性膀胱炎ニハ原因ノ除去ヲ圖リ、安靜ヲ命ジ、膀胱部温罨法ヲ行ヒ、淡白無刺戟ノ食餌ヲ攝ラシメ薬剤ニハ「ウロトロピン」「ボロフェルチン」「ザロール」、揚曹等ヲ處シ、秘結スルトキハ下劑ヲ投ズ。此等ノ方法ヲ以テ、尙ホ膿ノ減少ナク、諸徵輕快ノ傾向ナキトキハ初メテ膀胱洗滌法ヲ施ス、洗滌液ニハ二%硼酸水、五千倍乃至一萬倍硝酸銀水、一千倍「プロタルゴール」水等ヲ選ム。

慢性膀胱炎ニハ特ニ原因療法ヲ重要トス。攝生、藥餌、食餌等ハ急性症ニ倣ヒ、局所療法トシテハ膀胱洗滌法ヲ施ス、之レニ汚穢產物ヲ膀胱内ヨリ除却シ、一ニ制腐ノ目的ヲ以テスルナリ。使用スル灌水器「カテーテル」ノ類ハ毎常嚴ニ消毒ス、洗滌液ノ注入ハ少量ヅツ反復スルヲ安全トス、藥液ハ二%硼酸水、千倍撒酸水、千倍過滿俺酸加里液、一萬倍硝酸銀水等用ヒラル、此等藥液ノ作製ハ總テ殺菌水ヲ用ヒ、且ツ無菌的操作ヲ以テスベシ。

劇痛ニハ莫若越幾斯、鹽酸「モルヒネ」等ノ直腸坐藥、腔腔、直腸等ノ温水浣注等ヲ試ム。尿閉アルト

キハ充分防腐ニ注意シテ「カテーテル」導尿法ヲ反復ス、又疼痛ヲ伴フ尿意頻數アルトキハ「カテーテル」ヲ留置シテ好結果ヲ得ルコトアリ、膀胱ノ潰瘍、癌腫、其他出血等ノ爲メ留置「カテーテル」ヲ用フル能ハザルトキハ恥骨縫際上ニ人工的膀胱瘻ノ作爲ヲ要スルコトアリ。

#### 四 膀胱結核 Blasen tuberkulose.

膀胱結核ハ最モ多ク腎臟結核ニ續發シ、稀ニ副睪丸、睪丸、攝護腺、精囊、喇叭管等生殖器ノ結核ニ繼發ス。

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

膀胱鏡検査ニ於テ初メ粘膜ニ於テ結節ヲ見、後チ潰瘍ヲ形成ス、病竈ハ輸尿管口ノ近圍ニ發スルコト多ク、後チ廣ク一般ニ互リテ蔓延ス。

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

豫後 多クハ不良ナリ。

療法 原因療法トシテ原發病竈ニ對シテ適當ナル療法ヲ施ス。腎臟結核ニ對シテ腎臟別出ヲ施シ、腎臟結核アレバ除根術ヲ施スガ如シ局處的ニハ刺戟症狀著シカラザルトキハ膀胱洗滌法殺菌食鹽水ヲ施シテ内腔ノ清淨ヲ圖ルヲ可トシ、五乃至一〇%「ヨード」溶液、此五〇%「ヨード」同一ノ注入量トヲ試ム。疼痛ニハ貫若越幾斯・鹽酸莫爾比涅等ノ直腸坐藥、腔・直腸ノ温水洗注等ヲ試ム。手術的ニハ恥骨上膀胱切開術ヲ施シテ潰瘍ヲ檢シ、搔爬・燒灼バクレン・烙白烙白金若クハ腐蝕一〇%硝酸等ヲ施スモ奏効確實ナラズ。「カテーテル」ヲ留置シ膀胱ノ充盈ヲ避ケシムルトキハ著シク自覺症ノ緩解ヲ得ルコトアリ。

光線、空氣、營養等ニ關スル一般療法ノ忽ニスベカラザルコト論ヲ俟タズ。

#### 五 膀胱結石 Blasen stein.

膀胱結石ハ通例流下セル腎臟結石ニ基キ、稀ニ膀胱ニ於テ形成セラレ。後者ハ膀胱炎ノ結果トシテ、其產物タル膿球、剝離セル上皮、或ハ纖維素等ヲ核トシテ構成セラレ、磷酸鹽ヨリ成ルモノ多シ。又異物ニ因ルコトアリ、即チ寄生蟲「フィラリア」等、凝血塊、外部ヨリ竄入セル異物等ヲ基礎トシ、之レニ鹽類沈著シテ結石ヲ形成スルモノトス。

一般ニ尿ノ鬱滯ハ本症ノ發生ヲ助ク、又個人素質、遺傳、地方的關係等ハ本症ノ原因的關係アルモノト認メラル。本症ハ女子ニ比シテ男子ニ多シ、之レニ女子ニアリテハ小ナル異物ハ容易ニ流出シ得ルノ解剖的關係アルト、一ニ男子ニアリテハ尿鬱滯ノ原因トナルベキ場合尿道ノ癒痕、狹窄、攝護腺肥大症等多キニ因ル。

結石ハ大小、形状、色澤、表面ノ状態、硬度等甚ダ多種類ニシテ、箇數亦一定セズ、一箇ナルアリ二箇ナルアリ或ハ多同時ニ存スルコトアリ。結石ノ成分ハ尿酸或ハ尿酸鹽ヨリ成ルモノ最モ多シ、此種類ハ硬度中等ニシテ、黄色ヲ呈シ著シキ大サニ達スルコトナシ。磷酸鹽ヨリ成ルモノハ表面粗糙脆弱ニシテ白色或ハ灰白色ヲ呈シ往往著大ナル結石ヲ形成ス。碳酸鹽ノ結石ハ表面凸凹不平桑葉狀ヲナシ、其質硬固ナリ、著シキ發育ヲ達グルコトナク、酸性尿ニ發ス、其他「チスチン」石、「キサチン」石等アリ。又一石二部ヨリ成ルモノ稀ナラズ、例ヘバ中心ニ尿酸鹽結石ヨリ成ル核ヲ存シ周圍ニ厚ク磷酸鹽或ハ碳酸鹽ノ沈著ヲ呈スルモノアルガ如シ。

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

**診斷** 一、固有ノ排尿障礙、疼痛、血尿等。二、直腸或ハ腔ヨリスル指診、特ニ雙合診ニ依ル結石ノ觸知。三、消息子診、即チ消息子 普通ノ金屬「ブーシー」ヲ送入シ、之レニ觸ルル結石ヨリ來ル響鳴及ビ觸感ヲ以テ診斷ス。 但シ此法ハ結石小ニシテ質硬固ナラザルトキ、或ハ膀胱壁ノ變形形成アリテ、結石ニ接シテ陰性ナルコトアリ。四、膀胱鏡検査。五、レントゲン線診斷 但シ往往骨盤骨ノ爲メニ結石ノ陰影明瞭ヲ缺クコトアリ、又石ノ成分ニヨリ陰影不明ノモノアリ。

**鑑別** 一、單純膀胱炎、亦排尿困難、疼痛、尿迫、出血等アルモ、結石ニアリテハ固有ノ排尿障礙アリ出血ハ發作性ニ突發スルコト多ク、尙膀胱炎ノ療法長ク奏效セザルコト、消息子診及ビ膀胱鏡検査ニ依ル結石ノ證明等ヲ以テ鑑別ス。二、膀胱結核、亦尿迫・發作性血尿アリ、結核菌ヲ證明スル能ハザルキハ本症ト誤認スルコトアリ。膀胱結核ハ好ンデ腎臟結核ニ合併スルモ、膀胱結石ニアリテモ、膀胱炎ヲ起シ延ヒテ腎盂・腎臟ノ疾病ヲ併發スルコトアルニ注意スベシ。一方ニハ遺傳的關係、體質、他ノ結核病竈ノ存否等ニ注意シ、一方排尿状態ノ診査、消息子診、膀胱鏡検査等ヲ怠ルベカラズ。三、攝護腺肥大症、排尿困難・尿迫・血尿等ヲ呈スルモ、此症ニ在テハ夜中尿迫ノ著シキニ反シ、膀胱結石ニアリテハ夜間ハ緩解シ、晝間ニ著シ、猶尿道・膀胱・攝護腺等ノ診査ニ遺漏アルベカラズ。四、膀胱腫瘍、出血、尿迫ヲ起シ猶又「ボリープ」狀ノ腫瘍ニアリテハ恰モ結石ニ於ケルガ如キ排尿障礙ヲ來スコトアリ、消息子診、膀胱鏡検査等ノ成績ヲ以テ鑑別ス。

**豫後** 膀胱炎ノ併發ナク或ハ之レアルモ輕度ナルモノハ良ナリ。危險ハ併發症ニアリ、就中劇シキ膀胱炎ヲ併發スルトキハ更ニ之レニ重篤ナル續發症ヲ起シ、爲ニ死ノ轉歸ヲ取ルコトアリ。

**療法** 豫防的ニ腎石(腎砂)膀胱炎等アルトキハ之レヲ治療ス。内服藥或ハ注入藥ヲ用キテ結石ノ溶解ヲ圖ル藥劑的療法ハ、膀胱結石ニ對シテハ通例奏效セズ。

結石ヲ除去スルニ尿道ヨリスル法ト、手術的ニ切開セル創口ヨリスル法トノ二アリ。

一、尿道ヲ經テ除去スル法。女子ニアリテハ尿道ニ漸次擴張法ヲ施シテ小ナル結石ハ之レヨリ抽出シ得ルコトアリ、男女ヲ問ハズ稍大ナルモノニアリテハ、碎石器ヲ用キテ先ヅ結石ヲ細碎シ、後吸出器ヲ用キテ之レヲ尿道ヨリ排却スル法ヲ行フ。但シ此碎石法ハ甚ダ大ナルモノニ對シテハ之レヲ施ス能ハズ、又堅固ナルモノニハ目的ヲ達セズ、又往

往膀胱、尿道等ヲ破傷スルノ缺點アリ。尙高度ノ膀胱炎アルモノニハ之レヲ忌ム。

二 手術創口ヨリ除去スル法 1. 恥骨上膀胱切開術 Scito alia suprapubica 法ニ從テ手術ヲ進メ手術中「膀胱恥骨上切開術」參照

膀胱壁ヲ露出セシメ、左右二箇所ニ於テ、鉗子或ハ縫絲ヲ通ジテ之レヲ固定シ、稍々牽出シ且ツ左右ニ緊張シ、其間ニ於テ一指ヲ通スルダケ切開シ、指ヲ挿入シテ石ノ大サヲ計リ、後チ膀胱創ヲ其石ノ大サニ適スルマデ開大シ、創口ヨリ匙、鑷子或ハ鉗子ヲ用キテ之レヲ除去ス。更ニ指ヲ挿入シテ他ノ結石ノ遺存ナキヲ確カメ、終ツテ膀胱創ヲ縫合閉鎖ス。此際併發セル膀胱炎ニシテ輕度ナルトキハ直チニ全部縫合閉鎖スルモ不可ナキモ、甚シキトキハ、一部ヲ開放シ、護膜管ヲ挿入シテ之レヲ外部ニ導クベシ。腹壁膀胱間ノ裂隙ニハ「タンボン」ヲ挿入シ、腹壁創下端ノ一部ヲ開放シ、他ハ之レヲ縫綴ス。防腐的綿帶ヲ施シ、持續尿道「カテーテル」ヲ置キテ手術ヲ終ル。膀胱創ヲ全ク縫合セル場合ハ尿道「カテーテル」ハ七日乃至十日ニシテ之レヲ除去スベク、膀胱護膜管ヲ挿入シ置キタルトキハ之レヲ八日乃至十日ニシテ拔去シ尿道ニ留置セル「カテーテル」ハ其後猶八日乃至十日間之レヲ持續ス、然ルトキハ創口ハ其間ニ漸次縮小閉鎖スベシ。

2. 會陰切開術 男子ニ於テ、會陰正中ヨリ膜様部ヲ切開シ、此處ヨリ結石ヲ探リ、鉗子或ハ鑷子ヲ以テ之レヲ抽出スルニアリ。其法尿道外切開術ニ於ケルト異ナラズ、唯小ナル結石ニ施サルノミ。

結石膀胱ヨリ排出セラレテ尿道ニ箝在スルコトアリ、最も多ク外尿道口ノ近部ニ於テ留ル。結石外尿道口ノ後方ニ在ルトキハ下面ニ於テ該口ヲ適宜開大シテ之レヲ除去スベシ。深部ニ箝在セルトキハ後方ニ於テ尿道ヲ壓迫シ、石ノ後退ヲ防ギツツ少量ノ油劑ヲ注入シ、後チ後方ヨリ前方ニ向テ徐徐ニ之レガ壓出ヲ試ム、此法目的ヲ達セザルトキハ外尿道切開術ヲ施スベシ。

### 六 膀胱腫瘍 Blasen Geschwülste.

膀胱腫瘍ノ發生ニ三種アリ。一、膀胱ニ原發スル腫瘍。二、爾他ノ臟器ニ發生シテ膀胱ニ蔓延スルモノ

即チ直腸・子宮・腔・輸尿管・攝護腺・尿道等ニ原發セル腫瘍ノ蔓延。三、稀有ニ屬スル轉移性腫瘍トス。

乳頭腫、癌腫及ビ肉腫ハ膀胱腫瘍中ノ重要ナルモノナリ、其他粘液「ボリープ」、腺腫・纖維腫・筋腫等ヲ見ル。乳頭腫ハ絨毛狀ヲナス、有莖性ノ腫瘍ニシテ帽針頭大乃至手掌大ニ達ス、通例多發シ、三角部及ビ輸尿管開口部ニ好發ス。癌腫ハ突起狀ニ或ハ浸潤狀ニ發育ス、柱狀上皮癌・扁平上皮癌・腺癌・粘液癌等アリ。

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

症候 一、尿ノ變化、血液・上皮・腫瘍片絨毛小片膿球・壞死組織等ヲ混ズ。二、排尿障礙、腫瘍ノ位置大小ニ關ス。有莖ニシテ内尿道口ヲ閉鎖スルモノハ尿線ノ突然停止スルヲ訴フルコトアリ、又尿道内ニ箝入シテ尿閉ヲ起スコトアリ、女子ニアリテハ腫瘍ノ一部外尿道口ヨリ露出スルコトアリ。廣基底性或ハ浸潤性發育ヲナスモノハ主トシテ尿迫ヲ訴フ。尿迫ハ腫瘍ニ因リテ膀胱内腔ノ縮小セララルニ從テ増劇ス。三、疼痛、特ニ排尿時ニ著シ、專ラ併發セル膀胱炎ニ因ルモノトス。又著シク増大セルモノ、殊ニ近圍臟器ニ蔓延セルトキニ於テ甚ダシ。

本症ハ初發期ニ於テハ全ク證徵ヲ呈セズ。初發症候ハ血尿ナルコト多ク、「ボリープ」狀ヲナスモノニアリテハ又排尿障礙ヲ初徵トナスコトアリ。膀胱炎ハ良性ノモノニハ長ク之レヲ缺クモ、惡性腫瘍ニアリテハ早期ニ發起シ、爲ニ發熱ヲ來シ、尿中膿球及ビ細菌ヲ證明ス。其他併發症トシテ腎盂炎・腎臟炎・尿毒症・腫瘍ノ部分的壞疽ニ伴フ膀胱壁ノ壞疽・穿孔・尿浸潤・腐敗性「フレグモ」等アリ。輸尿管ノ通

過障礙或ハ閉塞ニ因ル輸尿管若クハ腎盂擴張・腎水腫等ヲ來スコトアリ、又結石形成ノ誘因ヲナス、悪性ノモノニアリテハ轉移ヲ來シ、周圍臟器ニ蔓延シ、又惡液質ニ陥ル。

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

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

療法 手術的療法アルノミ。一 良性ニ屬シ、小ニシテ單發性ノモノ或ハ多發性ナルモ少數ナルモノハ器械ヲ以テ尿道ヨリ、剔出シ得ルコトアリ、殊ニ女子ニ於テハ往往能ク其目的ヲ達ス。二 恥骨上膀胱切開術ヲ施シ、腫瘍ノ位置、大小、形狀ニ從ヒ、或ハ腫瘍ノミヲ切除シ、或ハ全腫瘍ヲ膀胱壁ノ一部ト共ニ剔出ス。此際輸尿管ノ位置ヲ變ジテ之レヲ移植スベキコトアリ。三 膀胱全部剔出術ヲ施シ、輸尿管ハ腔・直腸・腹壁等ニ向テ開口セシム。

手術不可能ノモノ、即チ發育及ビ蔓延著シク、又轉移形成アルモノ等ニアリテハ、劇痛・尿閉・出血及ビ種種ナル合併症ニ對スル對症の治療ヲ以テ満足セザルベカラズ。往往恥骨上膀胱瘻ノ作爲ヲ要スルコトアリ。

### 七 化膿性腎臟炎及腎盂炎 Nephritis und Pyelitis purulenta.

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

腎臟ニ於テ細菌ノ侵入スル徑路ハ、1. 外傷若クハ手術ニ於ケル創傷ヨリスル感染、2. 周圍化膿病竈ヨリスル直接ノ蔓延、3. 血行ニ依ル侵入、4. 尿路ヲ經テ上行スル感染ノ四種アリ。就中後二者ヲ以テ臨牀上重要トナス。血行性傳染ハ純然タル轉移性傳染ト目スベキ状態ノ下ニ全身傳染病麻疹・猩紅熱・痘疹・腸炎・肺炎等又ハ或他ノ部ニ於ケル化膿性或ハ潰瘍性疾患「フロンケル」・「カルブンケル」・扁桃腺膿瘍・化膿性下顎炎・蜂窩織炎・丹毒等ノ經過中發起スルコトアルモ、又往往原發病竈ノ證明スベキモノナクシテ本症ヲ發シ、原發的化膿ト認メラルル場合アリ。一般ニ血行性傳染ニ於テハ病竈ハ先ヅ腎臟皮質ニ發スルヲ常トス。尿路ヨリスル上行性傳染ハ或ハ粘膜ノ炎症ガ漸次蔓延上行スルニ因テ發シ、或ハ尿鬱滯ノ結果トシテ其内ニ發育セル細菌ノ傳染スルニ起因ス。一般ニ上行性傳染ニ於テハ先ヅ腎盂ヲ侵スヲ規トス。

腎臟ノ損傷及ビ種種ナル病の状態結石・水腫・腫瘍・遊走腎等ハ總テ本症ノ發生誘因ヲナス。又輸尿管ノ狹窄及ビ腫瘍膀胱ノ結石及ビ腫瘍・攝護腺肥大・尿道狹窄・妊娠等ハ尿鬱滯ノ原因ヲナシ、爲メニ本症發起ノ原因ニ與ル

コト稀ナラズ。就中腎臟結石ハ損傷及ビ尿管滯ヲ起スガ爲メニ屢々化膿性炎症ヲ續發セシム。(化膿性結石腎 [Eiterige Steinere])

化膿性腎臟炎若クハ腎孟炎ニ於テ證明セラルル細菌ノ種類ハ、葡萄狀膿球菌・連鎖狀膿球菌・大腸菌・變形菌・淋毒菌、稀ニ腸窒扶斯菌・肺炎菌等トス。

本症ハ一側腎ヲ侵スニ止リ、或ハ同時ニ兩腎ニ發ス。

症候 傳染徑路、細菌ノ種類及ビ解剖的變化ヲ異ニスルニ從テ本症ノ徵候ハ甚ダ區區ナリ、或ハ極メテ急劇ニ發シテ甚ダ重篤ナル狀態ヲ呈シ、或ハ著シキ徵候ヲ呈スルコトナク僅ニ不定ノ熱發ト尿ノ變化ヲ來スニ止リ亞急性若クハ慢性ノ經過ヲ取ルコトアリ。

本症ニ於テ必要ナル徵候ハ腎臟部ノ疼痛・腎臟腫大・膿尿及ビ熱候トス。血行性傳染ニ因ル化膿性腎臟炎ニアリテハ、通例惡寒戰慄ヲ以テ熱發シ、患側腰背部若クハ側腹部ニ疼痛アリ、腎臟部ノ壓痛ヲ徵知シ尿中蛋白ヲ證明ス、尿中膿成分ノ發現ハ熱候、疼痛等ガ若干時日持續セル後ニ來リ、往往血液ヲ混ズ常ニ多少ノ腎臟腫大ヲ呈ス。熱ハ稽留或ハ弛張シ、一般狀態著シク侵サル。化膿性腎孟炎ハ頻發スル疾病ナリ、腎臟部ノ壓痛著シカラズ或ハ全ク之レヲ缺キ又腎ノ腫大ナシ、往往膀胱加答兒ノ併發ナクシテ排尿時ノ疼痛ヲ訴フ、全身症狀ト殆ンド同時ニ尿中ニ膿成分ヲ發現シ、大腸菌ヲ證明スルコト多シ。尿中ノ蛋白ハ膿成分ニ基クテ以テ膿球ノ多少ニ比例ス、蛋白含量ノ膿含量ニ比シテ著シク多量ナルトキハ腎臟炎ヲ兼ネタルモノト知ルベシ。腎孟炎ニシテ大腸菌ニ因スルモノハ、其症候多クハ甚ダ輕易ニシテ僅ニ輕熱ヲ徵シ、或ハ不定ノ發作性熱候アルニ止リ、一般狀態ニ著シキ影響ナク、只膿尿ノミヲ以テ之ヲ診定スベキ場合アリ。腎臟腫大ハ腎臟部若クハ側腹部ニ於テ腫瘤ヲ發生シ、其著大ナル發育ヲ遂グル

ニ及ビテハ周圍臟器ノ壓迫症狀ヲ呈ス、本症ハ往往間歇性膿尿ヲ來スコトアリ。同様の腎水腫ト同一個體ニ腎臟ノ化膿性炎症ハ時トシテ腎臟周圍結締織ヲ繼發ス、宜シク後節其條下ヲ参照スベシ。

診斷 熱候ヲ徵シ、腎臟部疼痛アリ、腎腫ヲ觸レ且ツ膿尿ヲ認ムルトキハ腎臟若クハ腎孟ニ化膿性炎症アルノ診斷難カラズ。本症ト鑑別ヲ要スル疾病トシテ舉グベキハ、寒戰熱發ノ故ニ肺炎及ビ種種ナル發疹性熱性傳染病、疼痛ノ爲メニ蟲様突起炎・膽囊炎・肝臟膿瘍・肋間神經痛等、膿尿ノ爲メニ膀胱加答兒攝護腺膿瘍等ニシテ、又往往腎臟ノ他ノ疾病、即チ結核・腫瘍・結石等ト誤診セラル。獨リ膿尿ヲ呈スルニ止ル場合、特ニ上行性傳染ニ於テハ長ク本症ノ閑却セラルルコトアリ。

尿中膿成分ノ存在ハ既ニ肉眼的ニ確定シ得ルコトアルモ、其含量微少ナルトキハ尿沈渣ノ顯微鏡検査ヲ施シ、膿球及ビ細菌ヲ證明シテ初メテ之ヲ知ルコトアリ。膿尿ハ常ニ精細ニ之ヲ檢シ、剝脫セル上皮ノ有無、其種類、血球ノ存否、圓柱ノ有無、細菌ノ種類等ニ注意スベシ。膿尿ニ就テ注意スベキハ膿成分ガ果シテ腎臟ヨリ來ル乎或ハ單ニ膀胱ノ病變ノミニ因ル乎ノ區別ニアリ、一般ニ膿成分ノ含量甚ダナルトキハ腎臟化膿ノ存在ニ注意ヲ要シ、膀胱炎ニ向テ妥當ノ治療法ヲ加フルニモ係ハラズ依然トシテ膿尿ノ輕減ナキトキハ、腎臟ノ病變ニ疑ヲ置クベシ。而シテ此區別ヲ最モ明確ナラシムルハ膀胱鏡検査ナリトス、即チ輸尿管口ヲ檢シ病側ヨリ出ズル尿ノ滲濁若クハ膿性ナルヲ認メ或ハ純膿汁ノ茲ヨリ漏出スルヲ見レバ腎臟ヨリスル膿ノ流下ヲ確實ニ診定シ得ベキナリ。又兩腎ヨリ來ル尿ノ分割採取ヲ施シテ兩側尿ヲ比較スベシ。膀胱洗滌試驗ハ膀胱鏡検査ノ代用法トシテ膿尿ノ鑑別ニ用キラル、即チ膀胱ヲ全ク清淨ニナルマデ洗滌シ、後清澄ナル液殺菌生理的食鹽水ヲ注入スルトキハ、膿若シ腎臟ニ由來スルトキハ直チニ滲濁スルモ、病竈膀胱ニアルトキハ長時間ニシテ初メテ滲濁ス。

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

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

豫後 不定。

療法 豫防的ニ原因トナルベキ事項ノ除外ヲ必要トス、即チ泌尿器系ニ於ケル醫療的處置ハ常ニ嚴ニ  
 防腐的ナルヲ必要トシ、總テ尿ノ鬱滯ヲ誘致スベキ疾病、及ビ膀胱加答兒アラバ、速ニ之レガ治療ヲ圖  
 ルベシ。

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

化膿性腎臟炎ノ初期ニ於テ腎被膜剝離法 Decapsulation ヲ施ストキハ、病勢ヲ頓挫シ病變ノ蔓延ヲ停止  
 セシメ、著シク治療機轉ヲ促進スルコトアリ。腎臟膿瘍ノ形成アルトキハ腎臟切開術 Nephrotomy ヲ施  
 シ、或ハ腎臟腎盂切開術 Nephropyelotomy ヲ加ヘ、或ハ腎臟瘻ヲ造設シ、(腎臟瘻造設術 Nephrostomy)  
 既ニ腎臟組織ノ甚シキ破壊ヲ來セルトキハ、他側腎臟ノ健全ナルヲ知ラバ、患腎ヲ剔出スベシ。(腎臟

剔出術 Nephrectomy) 腎膿腫ニアリテハ輸尿管閉塞ノ原因ト認ムベキモノアラバ之レヲ除キ、膿腫ハ注  
 ニ切開スベク、腎臟組織ノ萎縮若シクハ破壊ノ爲メ、患腎全ク瘻物ニ歸セルトキハ須ラク全膿腫ノ剔出  
 ヲ施スベシ。

### 八 腎臟結核 Nierentuberkulose.

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

腎臟ニ於ケル結核菌ノ侵入徑路ハ血液循環ニシテ、腎臟結核ハ實ニ泌尿器結核ノ原發電タルコト多ク  
 稀ニ膀胱、攝護腺、睪丸等ヨリス

ル上行性傳染ト認メラルコトアリ。腎臟ニ送ラルル結核菌ハ或ハ  
 肺臟結核ヨリシ、或ハ淋巴腺結核  
 ヨリスルヲ常トス、而シテ之レ等  
 原發病竈ノ存在ハ既ニ著明ナルコ  
 トアルモ、亦臨牀上全ク不明ナル  
 場合稀ナラズ。男女兩性ニ大差ナ  
 ク、二十歳乃至四十歳ノ間ニ發ス

腎臟結核ト年齢トノ關係 醫學士廣瀬常雄氏ノ記載ニ據ル 十五卷五頁所載

年 齡	Kistler	Widobolz (1)	Widobolz (2)	朝 倉	阿久津	東京醫科大學 皮膚科教室
一〇 未滿	10	12	3	10	2	1
一一 一〇	20	11	3	10	2	1
一二 一〇	14	11	3	10	2	1
一三 一〇	18	11	3	10	2	1
一四 一〇	21	11	3	10	2	1
一五 一〇	25	11	3	10	2	1
一六 一〇	26	11	3	10	2	1
一七 一〇	33	11	3	10	2	1
一八 一〇	33	11	3	10	2	1

ルコト最多シ。別表参照

腎臟結核ハ一側ニ來リ、或ハ兩側ヲ侵シ、其兩側腎ヲ侵ス場合モ左右同時ニ或ハ殆ンド同時ニ發スルハ稀有ニシテ、先ヅ一側ヲ侵シ後一定ノ期間ヲ經テ反對側ヲ襲フヲ常トス。而シテ此一側ニ止ルノ期間ガ多クノ場合ニ於テ甚ダ長時日ナルノ事實ハ臨牀上及ビ解剖上認定セララルル所ニシテ、此點ハ本症ノ治療上甚ダ緊要ナル事項ニ屬ス。多數ノ統計ニ據レバ右腎ハ左腎ニ比シ稍々多數ヲ占ムルモ、其差ハ大ナラズ。

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

診斷 壯年期ノモノニシテ、他ニ之レガ原因ト認ムベキ疾病就中尿道淋、及ビ其續發性疾患ナク、膿尿ヲ呈スルモノアラバ本症ヲ疑フベシ、結核遺傳・結核體質等ヲ證明シ、殊ニ他臟器結核ノ既往經過若シクハ現存アルモノニ於テハ最モ注意ヲ要ス。結核ニ於ケル膿尿ハ稀薄ニシテ平等ニ混濁シ、屢々乾酪樣物質ヲ混ジ又血尿ヲ伴フ、混合傳染ナキモノハ長ク酸性ヲ保ツヲ常トシ、普通ノ染色法ニ依リテ細菌ヲ認メズ。尿中結核

菌ヲ證明シ得ルトキハ診斷確實ナルモ、多クノ場合ニ於テハ之レヲ檢出シ得ザルヲ以テ、染色法ノ成績陰性ナルガ故ニ本症ヲ否定スルコト能ハズ。動物試驗モ其陰性成績ハ本症ノ否認ニ向テ絕對的ノ價値ナシ、結核尿ヲ以テスルモ陰性ノ結果ヲ來スコトナキニアラザレバナリ。膀胱尿ニ就テハ前節化膿性腎臟炎及腎盂炎ノ條下ヲ参照スベシ既ニ疑ヲ腎臟結核ニ置カバ、進ンテ膀胱鏡検査法及ビ輸尿管「カテーテル」送入手法ヲ施スベシ。之レニ依テ膀胱ニ於ケル病變ノ有無ヲ檢シ、兩腎ニ於テ患側健側ノ別ヲ定メ、且ツ其機能ヲ察知スベシ。猶腎臟ニ向テ觸診法ヲ行ヒ、壓痛如何及ビ腫大ノ有無等ヲ檢シ、又一般の診査ヲ施シテ爾餘臟器ニ於ケル結核病竈ノ存否ヲ精ニ檢診ス。

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

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

療法 病竈一側腎臟ニ限リ、健側ノ機能確實ニシテ、尙爾他臟器ニ著シキ合併症ナキトキハ患腎ノ剔出ヲ決行スルヲ可トス。輸尿管ニシテ共ニ侵サレタルトキハ、同時ニ之レヲ除去スベシ。膀胱結核ノ併存ハ必ズシモ此手術ノ禁忌ニアラズ、初期ノ膀胱結核ハ患腎ノ除去ニ依テ治愈ヲ得ベクレバナリ。兩腎共ニ侵サレタルトキハ一般結核療法ニ從ヒ、且ツ對症的處置ヲ施スヲ以テ満足セザルベカラズ。レントゲン



療法ハ腎臟結核ニ對シテモ著効アルモノトシテ之レヲ推奨スル者アリ。

### 九 腎臟水腫 Hydronephrose.

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

本症ノ發生原因ハ或ハ先天性ニシテ或ハ後天性ナリ。一、先天性原因ニ屬スルモノノ多クハ一側性ニシテ輸尿管ノ障礙ニ因ス、又稀ニ尿道或ハ包皮ニ於ケル障礙ニ因テ發スルモノアリ、此場合ニ於テハ兩側性ナリ。輸尿管ニ於ケル障礙ハ最多ク腎盂開口部ノ瓣形成ニ因リ、稀ニ膀胱開口部ノ瓣形成若クハ狹窄ニ基因ス、又腎動脈ノ異常關係ニ因ル壓迫若クハ輸尿管中部ノ狹窄・閉塞・缺損等ノ爲メニ來ルコトアリ。二、後天性原因トシテハ輸尿管内ニ腎石ノ留置スルコトヲ以テ最多シトス。其他輸尿管ノ壓迫・癒着・牽引・屈曲等ヲ來スベキ種種ナル疾病及ビ輸尿管ニ及ボス腫瘍ノ蔓延例ハ腸管、婦人内生殖器等ノ腫瘍及ビ其他ノ疾病等輸尿管狹窄即チ損傷後癥痕特ニ結石通過時ノ損傷結核性潰瘍後ノ癥痕、腎盂及ビ輸尿管自己ノ腫瘍、即チ乳頭腫・癌腫等。膀胱疾患、即チ輸尿管開口部ノ腫瘍・癥痕・結石等。稀ニ攝護腺肥大・尿道狹窄等ニ因テ發起スルコトアリ。遊走腎ハ往在本症ノ原因ヲナシ、腎臟下垂シテ輸尿管ヲ屈曲セシムルヤ腎水腫ヲ形成セシメ、位置整復セラルトキハ自ラ之レヲ消散セシムルコトアリ、所謂間歇的腎水腫 Intermitterende Hydronephrose 是ナリ。妊娠モ亦斯クノ如キ腎水腫ノ原因ヲナスコトアリ。

本症ニ於ケル腎臟及ビ輸尿管ノ變化ハ原因ヲナセル障礙、其存在ノ部位及ビ疾病ノ時期ニ關ス。障礙

ガ尿道狹窄・包莖等末梢ニアルトキハ兩側全尿路ノ擴張ヲ呈シ、一側輸尿管ニアルトキハ其上部輸尿管及ビ腎盂・腎蓋ノ擴張ヲ來ス。初期ニ於テ囊ハ小ニシテ一側ニ腎組織ヲ有スルモ、末期ニ於テハ腎ハ萎縮シテ不明トナリ、又僅ニ其痕跡ヲ留ムルコトアリ。腎水腫ニシテ細菌傳染ヲ起ストキハ腎膿腫ヲ形成ス。症候 自覺的症候ハ初期ニ於テ水腫ノ尙小ナル間ハ之ヲ缺キ、一定ノ大サニ達スルトキハ其重量及ビ壓迫ニ因リテ鈍痛及ビ壓迫ノ感ヲ訴フ、著大ナルモノハ胸腹臟器ノ壓迫症狀ヲ呈スルニ至ル。觸診上腎臟部ニ於テ波動著明ナル腫瘍ヲ認ム、其大サハ健腎ニ比シテ稍大ナルニ止ルコトアリ、又甚ダ大ニシテ全腹腔ヲ領スルコトアリ。壓痛ハ著シカラズ、尿ハ傳染ナキ間ハ異常ナシ、屢々腫瘍ノ大サニ關シテ尿量ヲ異ニスルヲ認ム。即チ尿量減少スルトキハ腫瘍増大シ、增量スルトキハ腫瘍ハ縮小ス、此徵候ハ診斷上必要ナル徵候ナルモ必發ナラズ。細菌傳染ヲ營ムトキハ發熱アリ、局部疼痛及ビ腫脹増加シ、膿尿ヲ漏ス、又時トシテ間歇的膿尿アリ。

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

本症診斷ノ要項次ノ如シ。1. 腫瘍ガ腹膜後部ニ存スルコト。即チ腸ハ腫瘍ノ前ニアリ、結腸ニ送氣シ膨滿試験ヲ施シテ驗スベシ。但シ腫瘍著大ナルモノハ腸々腸ノ全部ヲ他側ニ壓排シ、爲メニ此症徵ヲ早セザルコトアリ2. 膀胱鏡検査及ビ輸尿管「カテーテル」送法ニ依テ、患側輸尿管ヨリ尿ノ流出ナキヲ知り或ハ健側ニ比シ其乏シキヲ認メ、又輸尿管ノ閉鎖若クハ狹窄ノ有無ヲ證明ス、「カテーテル」囊内ニ達スルヤ俄ニ大量ノ液ヲ漏シ腫瘍從テ縮小スルコトアリ。

内容膿性ナルトキハ患側腎ヨリ膿尿ヲ得ベシ。3. 試験的、穿刺ヲ施ス。腎臓水腫ノ陳舊性内容ハ既ニ尿ノ性質ヲ保タズ、反對ニ他種ノ囊腫、例ヘバ卵巣囊腫ノ如キモ其内容中往往微量ノ尿素・尿酸ヲ含ムコトアリ、故ニ穿刺液ノ性状ノミヲ以テ本症ヲ診斷スルコト能ハズ、唯其腫瘍ニシテ液性内容ヲ有スルヤ否ヤ其内容ハ他ノ囊腫ノ内容ト其性状ヲ異ニスルヤ否ヤ、又ハ膿性ナラザルヤ否ヤ等ヲ確定スルニ用キラルルノミ。穿刺ハ往往細菌感染アルモノヲシテ廣ク近圍ニ瀰蔓セシムルノ危険ナキニアラズ。4. 手術的ニ腰部ヨリ進ミ、腫瘍ヲ露出シテ之レヲ檢ス。

鑑別 一 卵巣囊腫ト大ナル下垂セル腎臓水腫トヲ誤ルコトアリ。腫瘤發生ノ初期状態ヲ尋ネ、内診上子宮トノ關係、莖ノ觸否等ヲ檢シ、結腸膨滿ヲ施シテ結腸トノ關係ヲ視、又膀胱鏡検査ヲ行ヒテ判別スベシ  
 二 膽囊水腫ト右側腎水腫ト鑑別ヲ要スルコトアリ。特ニ腎水腫ノ著シク前方ニ轉位セルトキハ往往誤診セラル、轉位セル腎水腫ハ之レヲ腎固有ノ位置ニ整復シ得ベシ、膀胱鏡検査ヲ施シテ區別ス。三 脾囊腫、腸間膜囊腫及ビ其他ノ内臓ノ腫瘍ニシテ鑑識上ノ確徵乏シク、手術ヲ施スニアラザレバ本症ト區別スル能ハザル場合少ナカラズ。四 腎臓自己ノ疾患ニ於テハ包蟲腫及ビ囊腫腎ト區別ヲ要ス。  
 豫後 原因ノ如何ニ關ス、癌腫ニ因スルモノハ不良、兩側性ノモノハ疑ハシ、細菌傳染アルモノハ早期ニ適當ノ療法ヲ加フルニアラザレバ不良ナリ。  
 療法 一 原因療法トシテ遊走腎、膀胱ヲ裝用セシメ或ハ腎臓固定術ヲ施ス腎結石、腎臓切開輸尿管内結石ノ籍在輸尿管切開膀胱腫瘍、攝護腺肥大、尿道狹窄、包莖等ヲ除去セザルベカラズ。二 姑息的療法トシテハ穿刺排液法、行ハルルモ效果一時的ニ止リ又細菌傳染ヲ誘發スルノ危険アリ。又腎瘻造設術或ハ輸尿管瘻造設術アルモ患者ノ不便及ビ苦痛著シク又傳染ノ虞アリ。輸尿管「カテーテル」ヲ用キ排液ヲ反復スル法アリ、又「ブーシー」ヲ用キ輸尿管狹窄ノ擴張ヲ圖ル法アリ。三 根治的療法 罹患腎臓ノ機能尙一部保留セララルトキ、若クハ他側腎ガ全ク健康ナル状態ニアラザルトキニシテ、患腎ヲ保存セントスルトキハ、移動性腎ノ固定・屈曲セル輸尿管ノ整復固定・腎盂輸尿管瘻ノ造設・輸尿管内結石ノ除去・輸尿管口瓣狀狹窄ノ成形手術・同狹窄部ノ切除等ヲ施スベシ。剔出術ハ他側腎臓ノ健康ナルトキニ行ハルベキモノニシテ患側腎臓ノ機能全ク廢滅セルカ又ハ著シク侵サレタルモノ、或ハ著シク大ナルモノ、既ニ傳染ニ陷レルモノ、腎瘻ヲ有スルモノ等ニ施ス。

ヲ用キ輸尿管狹窄ノ擴張ヲ圖ル法アリ。三 根治的療法 罹患腎臓ノ機能尙一部保留セララルトキ、若クハ他側腎ガ全ク健康ナル状態ニアラザルトキニシテ、患腎ヲ保存セントスルトキハ、移動性腎ノ固定・屈曲セル輸尿管ノ整復固定・腎盂輸尿管瘻ノ造設・輸尿管内結石ノ除去・輸尿管口瓣狀狹窄ノ成形手術・同狹窄部ノ切除等ヲ施スベシ。剔出術ハ他側腎臓ノ健康ナルトキニ行ハルベキモノニシテ患側腎臓ノ機能全ク廢滅セルカ又ハ著シク侵サレタルモノ、或ハ著シク大ナルモノ、既ニ傳染ニ陷レルモノ、腎瘻ヲ有スルモノ等ニ施ス。

### 10 腎臓結石 Nephrolithiasis.

腎臓結石ハ次ノ二條件ノ具備ノ下ニ形成セララル。一 尿ガ結晶成分ニ富ムコト、即チ(a) 先天性素質、就中尿酸尿、稀ニ磷酸尿、尙稀ニ「チヌチン」尿、(b) 食餌ノ關係及ビ藥用、即チ酸或ハ「アルカリ」ノ過量攝取及ビ習慣的若クハ醫療的ニ水分ノ攝取不足、(c) 細菌傳染ノ及ボス尿成分ノ變化ハ之レガ原因ヲナス。二 尿ガ蛋白性有形成分ニ富ムコト、即チ上皮・圓柱・血球・纖維素等ヲ核トシ、上記ノ結晶成分ガ之レニ沈著シテ結石ヲ形成ス。  
 發生原因 先天的素質、初生兒ニ於ケル尿酸梗塞ハ全ク消散シ得ルモ亦腎砂漸次増大シテ結石ヲ形成スルニ至ルコトアリ、二 地理的關係、露國及ビ印度ニ於テ最モ多ク、英國ニモ亦多シ、南歐及ビスカンチナピア地方ニハ稀ナリ、本邦ニモ亦多カラズ。専ラ飲用水及ビ食餌ニ關スルモノト信ゼラル、三 腎臓及ビ腎盂ノ炎症、四 白血病、五 脊髄損傷等トス。本症ハ年齢ニ關セズ、又男女ニ於テ差ナシ。一側ニ發起シ又好シテ兩側ニ生ズ。

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

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

**症候** 結石ノ大小・形狀・位置・移動性如何及ビ傳染ノ有無ニ從テ大差アリ、炎症ヲ伴ハザル固定セル結石ハ往往全ク證徴ナク經過シ得ルモノトス。本症ノ症候ニ關スル要點次ノ如シ。一 疼痛 本症ノ經過中殆ンド必發ノ症候ナリ。或ハ持續的ニ存シ、或ハ發作性ニ發現ス。持續性疼痛ハ專ラ移動性結石・就中尖銳ナル圭角アルモノノ刺戟若クハ合併セル炎症ニ基クモノニシテ腎臟部或ハ廣ク腰部ニ於テ之レヲ訴フ、疼痛ノ程度ハ不定ニシテ腎臟部緊張若クハ壓重ノ感、或ハ輕身體ノ運動ハ之レヲ増劇セシム。發作性疼痛ハ所謂腎石痛 Nierenstein-Kolik ト稱スルモノニシテ、往往前者ト同一ノ原因ヨリ來ルコトアルモ、多クノ場合ニ於テハ結石輸尿管ニ入り通過困難ニシテ茲ニ箱留スルニ因テ發ス。疼痛ハ突然來リ又屢々運動時ニ發起シ、患側ニ於テ腰部・薦骨部・側腹部・膀胱部・外陰部、又時トシテ胃部・肩部等ニ放散ス。疼痛發作ニ際シテハ多ク熱發アリ、又嘔氣・嘔吐・尿意頻數・尿閉等ヲ伴ヒ、時トシテハ爲ニ虛脫狀態ヲ呈ス。發作

時疼痛ノ持續ハ一二時間ニ止ルコトアリ、又長ク一二晝夜ニ及ブコトアリ。殊ニ結石ノ輸尿管箱入ノ場合ニ於テハ持續最モ長ク且ツ劇甚ナリ、結石既ニ輸尿管ヲ通過シテ膀胱ニ入り或ハ腎盂内ニ退クトキハ疼痛ハ頓ニ消散ス。疼痛アリテ後、尿ト共ニ結石ヲ排出スルコトアリ、是レ腎石ノ確徴ナリトス。二 血尿 結石ノ刺戟ニ因テ生ズ、移動性結石ニシテ表面粗糙ナルモノニ於テ甚ダシ、本症ニ於ケル血尿ハ身體ノ劇動・長途ノ歩行・走行・乘車等ノ後ニ著シキヲ常トス。起床時尿ニ異常ナクシテ、回ヲ重ヌルニ從ヒ漸次血液性ヲ加フルコト稀ナラズ。直接運動ト關係アル腎出血ハ本症ノ要徴ナリ。三 無尿症 偏側腎臟既ニ無機能ナルニ當リ他側輸尿管ニ結石ノ箱入ヲ來セルトキ、左右兩側同時ニ輸尿管内結石箱入アルトキ、一側輸尿管ニ結石箱入アリテ他側輸尿管ノ反射的閉塞若クハ他側腎ノ機能停止ヲ呈セルトキ等ハ無尿症ヲ呈ス。反對ニ一側結石腎ノ刺戟ニ因リ反射的ニ他側腎臟ノ機能亢進ヲ來シ、爲メニ多尿症ヲ來スコトアリ。四 尿ノ變化 傳染ナキトキハ尿ニ著シキ變化ナシ、往往尿中砂狀結石ヲ證明ス(腎砂 Nierensteine) 繼續セル血尿・膿尿等ガ痲痛發作ト共ニ俄ニ清澄トナルコトアルハ患側輸尿管ガ結石箱入ニ因リテ閉塞セラレ、健側腎臟ヨリ來ル尿ノミガ排泄セラレルニ因ル。斯クノ如キ場合ニ於テ痲痛消散スルトキハ再ビ尿中血液及ビ膿汁ヲ混ジ、往往又結石片ノ排泄ヲ見ル、之レ再ビ患側輸尿管ノ開通セルヲ證スルモノナリ。五 觸診上多クノ場合ニ於テ腎臟部ニ多少ノ壓痛ヲ訴フ、繼發症ナキ腎石ニ於テハ腎腫ハ著シカラザルヲ常トス。又結石ヲ硬結トシテ觸レ、結石相互ノ摩擦音ヲ觸知スルガ如キハ稀有ニ屬ス。六 細菌傳染ヲ來ストキハ腎臟炎・腎盂炎ノ症狀ヲ兼ヌ、即チ發熱アリ、疼痛ハ強ク且ツ持續性ニシテ、尿ハ一般ニ濁濁シ、膿球及ビ細菌ヲ混ジ、又蛋白尿ヲ呈ス。

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

**診断** 痙攣、痛、血尿、アルトキハ本症ヲ疑フベシ。血尿ハ尿ノ着色ニ因リ一見明瞭ナルコトアルモ其量少シナ  
 知レシ、痙攣發作後尿中結石ヲ證明シ得ルトキハ診斷乃チ確實ナリ。膀胱鏡検査及ビ輸尿管「カテーテル」  
 送入手法ハ以テ直チニ腎石ヲ確認シ得ルニアラサルモ本症ノ診斷上甚ダ必要ナルモノトス。即チ血尿・膿尿  
 無尿等ガ何レノ腎臟ニアルカヲ檢シ、又之レニ依テ輸尿管閉塞ノ存否、其位置等ヲ定メ、猶兩腎ノ機能  
 ヲ査定スベシ。レントゲン線診斷モ亦必要ナリ、形小ニシテ質粗ナルモノハ影像ヲ留メザルコトアル  
 モ、多クノ場合ニ於テ腎臟結石ハ之レヲ以テ診定シ得ベク、其大小・形狀・箇數・位置等ヲ知リ、鑑別診斷  
 豫後ノ推測及ビ治療方針ノ決定上缺クベカラズ。猶ホ觸診上壓痛及ビ腎腫ノ有無ヲ檢スベシ。腔腔若ク  
 ハ直腸ヨリスル觸診法ハ下部輸尿管内ニ結石存在ノ疑アルトキ之レヲ試ム。

**鑑別** 一 出血アルモ疼痛著シカラザルトキハ腫瘍ト誤診スルコトアリ、經過ニ注意シ、猶レントゲン線  
 診斷ヲ施ス。二 腎臟結核ハ痙攣様疼痛ト血尿トノ故ニ屢々本症ト誤診セラルルコトアリ、尿ノ検査ヲ詳  
 ニシ、又レントゲン線診査ヲ施シテ鑑別ス。三 腎臟部疼痛アリテ血尿ナキトキハ遊走腎ト誤ルコトア  
 リ、但シ結石ニアリテハ、尿中血球、上皮細胞、砂粒等ヲ見ルモ、遊走腎ニハ之レヲ缺ク、猶腎臟ノ位置異  
 常ニ注意シ、又レントゲン線診査ヲ施ス。四 右側腎石ハ膽石ト誤ルコトアリ、但シ膽石痙攣ハ第九肋骨  
 ノ先端部ニアリ、壓痛部ハ前腹壁ニアリテ淺シ、猶兩症ノ爾他證徴ニ注意ス。五 右側腎石殊ニ石ガ輸尿  
 管ノ中央以下ニ存在セルトキハ蟲様突起炎ト誤ルコトアリ。突發スル疼痛・嘔吐・マック・バーネー氏點ノ  
 壓痛等ハ兩者ニ共通ス、既往症、膀胱鏡検査、患側レントゲン線診査等ヲ以テ鑑別スベシ。六 腎臟水腫・  
 腎臟膿腫・化膿性腎盂腎臟炎等ニシテ結石ニ基因セルモノト、然ラザルモノトノ區別ハ專ラ既往症ニ依ル  
 ベキモ、手術前ニ於テ明確ナル診斷ヲ下シ難キコト尠カラズ。

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

**療法** 豫防的ニ植物性及ビ動物性食餌ノ調和ヲ圖リ、水分攝取ヲ充分ナラシムベク、酸及ビ「ソルカ  
 リ」劑ノ持長ヲ忌ム。内科的療法ハ之レヲ以テ全ク結石ヲ溶解シ去ルコト能ハザルモ、其發育ヲ抑止  
 シ、或ハ手術後再發ヲ防グ等ノ目的ニ向テ必要ニシテ、又結石ノ小ナルモノ或ハ腎砂ニ對シテハ或程度  
 マデ其發生ヲ抑制シ、且ツ尿路ニ向テ排泄ノ便ヲ與ヘ得ルモノトス。藥劑療法トシテ尿酸溶解ノ目的ヲ  
 以テ尿酸及ビ其鹽類ノ結石ニハ「アルカリ」劑ヲ持長セシム、即チ磷酸「ナトリウム」、重碳酸「ナトリウ  
 ム」、一日量五〇〇炭酸「リチウム」一日量一〇〇等ヲ用フ。磷酸鹽石ニハ「マグネシウム」劑「マグネシウム」劑「リチウム」劑持長シ  
 テ効アリト云フ。本症ニ向テ鑛泉ヲ用フハ一定ノ効果アルモノト認メラル、即チ尿酸鹽石ニハ「アルカ  
 リ」性鑛泉ヲ、磷酸鹽石ニハ酸性泉ヲ用フ。此等藥劑若クハ鑛泉ノ使用ハ多少結石溶解ノ目的ヲ達スル  
 コトアルモ、亦反テ爲メニ鹽類ノ沈着ヲ起サシメ、結石ノ増大ヲ促スコトアリ、例ヘバ尿酸鹽石ニ向テ「ア  
 カルリ」劑持長ノ結果、更ニ磷酸鹽ノ沈着ヲ來スコトアルガ如シ。尿ガ「アルカリ」性ヲ呈スルニ至ルマ  
 デ「アルカリ」劑ヲ用フルハ不可ナリ此缺點ヲ  
 厭フガ爲メニ、單ニ多量ノ蒸餾水飲用毎日一五〇〇ヲ推奨スルモノアリ。

**手術的療法** 一 適應症、結石著大ナルトキハ種種ナル危險ヲ繼發スルノ虞アルヲ以テ、宜シク手術的ニ  
 除去スベシ。絶對的適應症トシテ舉グベキ場合次ノ如シ。a. 無尿症ノ長時間ニ互レルトキ、b. 出血ノ  
 大量ナルトキ若クハ長期ノ持續、c. 峻烈ナル痙攣ノ反復、d. 化膿、即チ化膿性腎臟炎ノ發起若クハ腎  
 臟膿腫ノ形成、e. 結石ノ輸尿管留長キニ互ルトキ等。二 手術ノ種類、腎盂截石術 Pyelolithotomy  
 腎石ヲ切開シ結石ヲ除去スル法、或ハ腎臟截石術 Nephrolithotomy 腎臟ヲ開キテ結石ヲ除去スル法  
 腎臟結石

ハ結核・腫瘍ノ合併等ニ當リテハ腎臓剝出術若クハ部分的切除ヲ施スベキコトアリ。腎臓剝出術ノ施行ハ偏側  
 兩腎結石ニ際シテハ先ヅ一側ニ手術ヲ加ヘ、其手術創ノ全ク治癒スルヲ待テ他側ニ施スベシ。三、手術ノ  
 結果、細菌傳染ナキモノニ施セル手術ハ概ネ良ナルモ、既ニ傳染アル場合ニ於ケル手術ノ結果ハ前者ニ  
 比シ甚ダ不良ナリ、又他側腎臓ノ健否ニ從テ逕庭アリ。近時醫家ノ唱フル所ニ從ヘバ其死亡數ノ割合ハ無菌敗性腎臓  
 剝出ニ於テハ三―四%、染毒症性腎臓剝出ニ於テハ一五―二五%ナリ(阿久津博士)

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

## 一 腎臓腫瘍 Nierengeschwülste.

### 1 悪性腫瘍

腎臓ニ發スル悪性腫瘍ニハ肉腫、癌腫、腎臓副腎腫(グラウウ・カツ氏腫瘍 Grawitz'sche Geschwulst) 悪性混  
 合腫瘍等アリ。

症候 出血・疼痛・腎臓腫脹及ビ蛋白尿等ヲ主要徵候トス。但シ初期ニハ何等ノ症徵ヲ呈セザルヲ常ト  
 シ、或場合ニハ轉移病竈ヲ形成シテ之レガ爲メニ初メテ醫治ヲ需ムルモノアリ。腎臓出血ハ腫瘍ノ腎盂  
 ニ破ルルニ因リテ起ルガ故ニ、腎臓ニ於ケル腫瘍存在ノ位置ニ從ヒテ遲速アリ、或ハ全經過中全ク之レ  
 ヲ缺クコトアリ、又比較的早期ニ發シ本症ノ初發徵候ヲナスコト稀ナラズ、又運動時血尿ヲ訴フルコト  
 アリ、或ハ間歇性ニ來ルコトアリ、其何レノ腎臓ニ由來スルカハ膀胱鏡検査ニヨリテ決セラル。疼痛ハ  
 持續性或ハ發作性ニシテ甚ダ強烈ナルコトアルモ亦鈍痛若クハ單ニ壓重ノ感ヲ訴フルコトアリ、又全然

缺除スル場合アリ。疼痛ノ部位ハ腎臓部・腰部・臀部等ニ於テシ又主トシテ患側下肢ニ之ヲ感ズルコトア  
 リ。壓痛ハ末期ニ於テハ普通之レヲ存スルモ、初期ニ於テハ不定ナリ。末期ニ於テ腫瘍一定ノ發育ヲ遂  
 グルトキハ腎臓ノ腫大ヲ認知スベシ、腫脹ハ規則正シク周圍滑ナルコトナキニアラザルモ多クハ不規  
 則ニシテ凸凹アリ、硬度不定、初メ移動性ナルモ容易ニ周圍ト癒著シテ固定セラル。往往精系靜脈ヲ壓  
 迫シ精系靜脈腫ヲ生ズルコトアリ、壓迫ヲ加ヘ或ハ仰臥ヲ取ラシムルモ其消散困難ナルハ普通ノ精系靜  
 脈腫ト異ナル所ナリ。其他胸腹臟器ノ壓迫、症狀ヲ呈シ、一般、症狀トシテ往往熱發アリ、細菌傳染ナクシテ漸  
 次衰弱シテ惡液質ニ陥ル、屢々肺臓・肝臓・淋巴腺・骨等ニ轉移病竈ヲ形成ス。死因ハ出血ニ因ル衰弱・惡  
 液質・轉移・尿毒症・膿毒症等トス。

診斷 小兒ニ於ケル發育迅速ナル腫瘍ハ肉腫ヲ多シトス。小兒ニアリテハ腹壁菲薄ニシテ、且ツ橫膈  
 膜穹窿淺キヲ以テ、腫瘍ノ觸知比較的容易ナリ。表面不規則ニシテ硬固ナル腫瘍ヲ呈シ、血尿及ビ持續  
 性疼痛アリ、患者癌腫年齡ニアルトキハ癌腫ト診斷ス、癌腫ノ初期診斷ハ甚ダ困難ナリ、出血・疼痛等  
 ハ何レモ確徵トナスニ足ラズ、他ノ腎疾患ニ於テモ之レ等ヲ發スレバナリ、結石ト癌腫トハ屢々合併  
 査ハ必要ナルモ初期ニ於テハ著シキ機能障礙ナキヲ以テ亦早期診斷上ノ價値ニ乏シキヲ憾ム、腫瘍片ヲ  
 尿中ニ證明シ得ルトキハ確診セラルルモ此事アルハ甚ダ稀ニ屬ス、腎出血及ビ疼痛アリテ他ノ諸疾患ノ  
 確徵ナク病症疑ハシキトキハ、宜シク時期ヲ失セズ診斷的手術ヲ施シ、腎臓ヲ露出シテ直接腫瘍ヲ檢スル  
 ノ策ニ出ヅルヲ以テ最善ノ手段トス。尙第三篇中、腹部腫瘍ノ診斷ノ條下ヲ見ヨ

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

療法 腎臓剝出術ヲ施スベシ、但シ既ニ轉移形成アルモノ、周圍トノ癒著著シキモノ、下大靜脈領ノ

鬱血症狀アルモノ等ニ於テハ手術奏效ノ望ナシ。

### 2 囊腫腎

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

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

豫後 經過迅速ニアラザルモ、到底治癒ノ望ミナシ、從テ不良トス。

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

### 3 良性腫瘍

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

症候 自覺症徵ヲ呈セズ唯其著大ナルトキ鈍痛若クハ壓重ノ感ヲ訴フルノミ、腎孟ニ發育シ、乳嘴腫尿管口ヲ閉鎖スルトキハ腎臟水腫ノ原因ヲナス。血管腫ハ出血ヲ起スコトアリ、良性腫瘍ハ概シテ成育著シカラズ、或程度ニ於テ發育止ミ長ク同一狀態ニアリ、又増大スルモ甚ダ遅徐ナルヲ常トシ、周圍

滑ニシテ、周圍ニ癒著ヲ起スコト稀ナリ。

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

豫後 良

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

### 11 腎臟周圍結締織炎 Paranephritis.

腎臟周圍結締織炎トハ腎臟後部ニ於ケル結締織ニ起ル炎症ノ義ニシテ、其原因次ノ如シ。一腎臟ノ疾病、即チ化膿性腎孟炎・腎臟膿瘍・腎膿腫・化膿性腎結石等ニ繼發ス。二肋膜・膽囊・胃・腸・子宮・喇叭管・膀胱・睾丸・精系・腸腰筋等ノ化膿性疾病ハ往往腹膜後部ニ向テ病竈ヲ蔓延セシメ、本症ヲ發起スルコトアリ。三全身の疾病ノ續發症トシテ發起ス、即チ痘瘡・腸室扶斯・猩紅熱・產褥熱・實扶の里・丹毒等トス。四轉移性ニ發ス、即チ瘰疽・フレグモ・ネ・フルンケル・カルブンケル・化膿性皮膚疾患・化膿創傷等總テ遠隔部ニ存スル化膿病竈ヨリ細菌ノ轉移スルニ因テ來ル。

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

症候 發熱アリ、脊柱ノ側方ニ於テ季肋下部ニ疼痛自發痛・運動時ノ疼痛・壓痛・熱痛・發熱時ノ疼痛ヲ訴ヘ、腎臟部ニ於テ深部ニ抵抗ヲ觸レ、或ハ著明ノ硬結ヲ觸知シ、更ニ瀰蔓性腫起ヲ現出シ、末期ニ及ビテハ膿瘍ヲ形成シテ波動ヲ呈スルニ至ル。猶放置セララルトキハ蔓延性皮下「フレグモ・ネ」ヲ繼發スベシ。病竈專ラ腎臟ノ上極

部ニ存スルトキハ肋膜炎若クハ肺炎ニ於テ徵スルガ如キ症狀ヲ呈シ、下部ヲ侵ストキハ腸腰筋攣縮位置  
 大腿ニ放散スル疼痛、陰囊及ビ患側下肢ノ浮腫等ヲ起スコトアリ。又時トシテ著シキ腹膜刺戟症狀ヲ呈シ  
 或ハ又遂ニ腹膜炎ヲ併發スル場合アリ。腎臟自己ノ炎症ヲ兼スルトキハ尿ノ變化ヲ來ス。  
 診斷 初期ニ於テハ腸室扶斯・肺炎等ノ熱性病、若クハ神經痛等ト誤ルゴトアリ。末期ニシテ既ニ境界  
 不明ナル疼痛性抵抗部ヲ現ハシ、或ハ腫脹顯著トナルニ及ビテハ診斷明カナリ。本症ニ於ケル局部ノ診  
 查ハ坐位ニ於テシ、健側ト比較スルヲ便ナリトス。皮下浮腫及ビ皮膚潮紅ヲ呈シ、波動ヲ觸ルルニ及ビ  
 テハ之レヲ確診シ得ベシ。猶背部ヨリ試驗的穿刺ヲ試ミテ膿汁ヲ證明ス。  
 腰背筋膜炎ト鑑別ヲ要ス。該筋炎ニ於テハ同筋ノ方向ニ適スル腫脹ヲ呈シ、且ツ淺在性ナルヲ以テ區  
 別スベシ。

豫後 原因ノ異ナルニ從テ區區ナルモ、本症自己ノ豫後ハ概テ良ナリ。

療法 安靜平臥ヲ命ジ消炎療法ヲ施ス、化膿セルトキハ切開ス。

### III 尿閉 Harnretention.

尿閉ノ原因次ノ如シ。一、尿道ノ外傷及ビ疾病、即チ皮下尿道破裂、異物、癩痕性狹窄、高度ノ炎症性浸潤  
 腫瘍等。二、攝護腺疾病、即チ腫瘍、慢性肥大及ビ急性炎症等。三、膀胱ノ疾病、即チ結石、腫瘍、麻痺  
 膀胱炎等。四、反射的尿閉、即チ肛門直腸ノ疾病及ビ其部ノ手術直腸周圍炎・内痔核ノ  
 脫出指頓・痔核手術等開腹術、身體或部分  
 ニ於ケル劇痛等トス。就中會陰皮下尿道挫傷・癩痕性尿道狹窄及ビ攝護腺肥大症ヲ最モ必要トス。  
 症候 排尿不可能ニシテ下腹疼痛アリ、膀胱充盈・緊滿ノ結果、恥骨上部ニ腫瘤ヲ形成シ、其部ノ膨隆

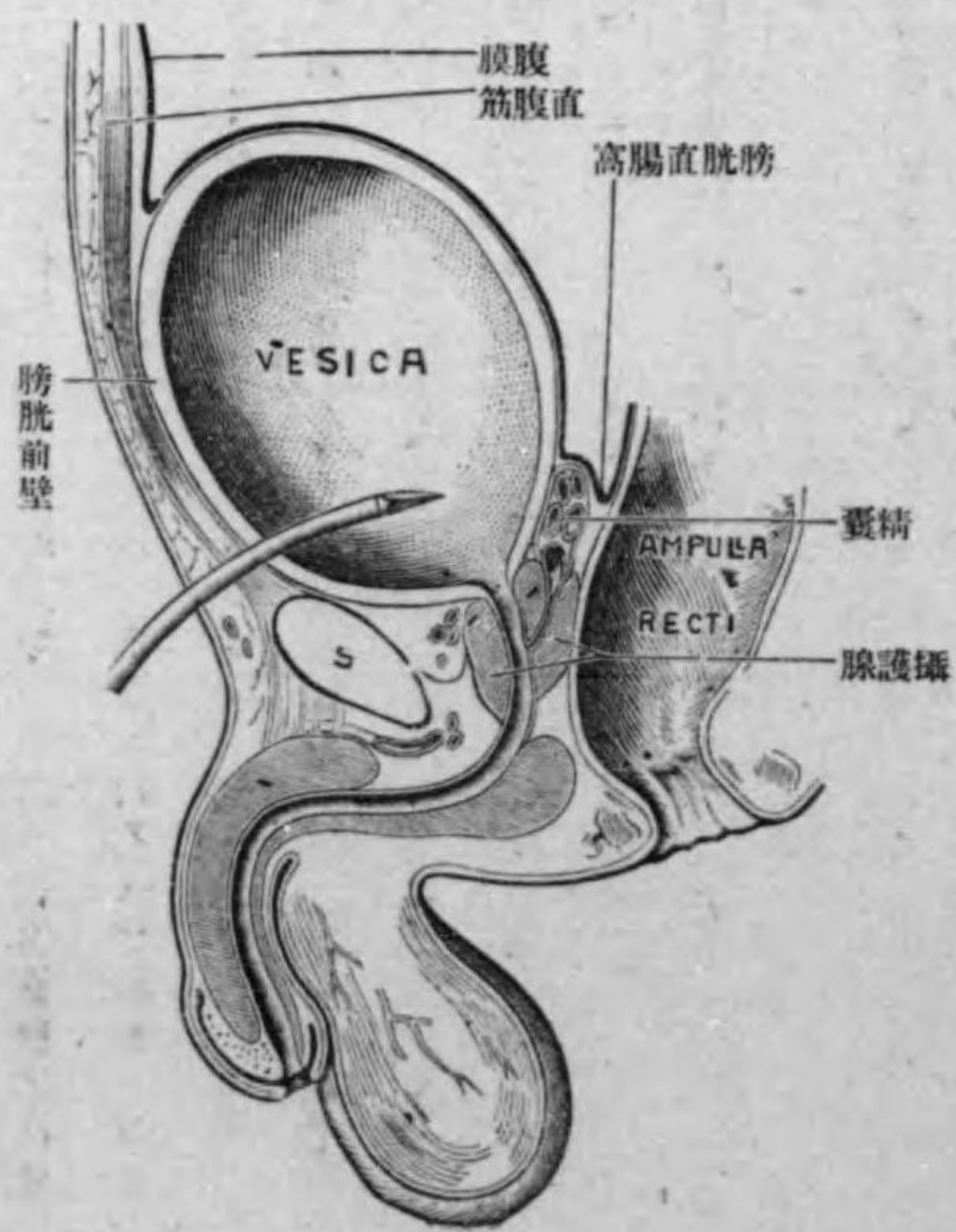
ヲ呈ス、苦痛ハ刻刻増劇シ、之レニ伴フ全身の違和及ビ嘔氣・嘔吐・脱汗等ヲ來シ、甚シキトキハ神識亡  
 失スルニ至ル。

療法 直チニ原因療法ヲ施シ得ル場合ニ就テハ茲ニ之レヲ説カズ、一般ニ尿閉ノ處置トシテハ、1 安  
 靜ヲ命ジ、下腹部ニ温罨法ヲ施シ、或ハ温浴ヲ取ラシム、目的ヲ達セザルトキハ、2 「カテーテル」送  
 入法ヲ施ス。「カテーテル」  
 使用法ヲ見ヨ種種ナル「カテーテル」ヲ試ミ何レモ其送入不可能ナルトキハ、3 恥骨上膀胱穿  
 刺術ヲ施ス。

#### 膀胱穿刺術 Punctio vesicae, Blasenpunktion.

尿閉ニ際シ「カテーテル」送入手法ヲ試ミテ終ニ其目的ヲ達セザルトキハ膀胱穿刺術ヲ施スベシ。此方法ハ只應急處置トシ  
 テ排尿ノ目的ヲ達スルノミナラズ、或  
 場合ニ於テハ穿刺後自然排尿ヲ營ミ得  
 ルニ至ルコトアリ、例ヘバ攝護腺肥大  
 症、尿道癭痕狹窄等ニ因テ起レル尿閉  
 ハ一度穿刺排尿シテ安靜ヲ命ズルトキ  
 ハ、後チ隨意排尿シ得ルニ至ルコト稀  
 ナラズ。  
 準備 半坐位或ハ背位ヲ取ラシメ、恥  
 骨縫際上部ヲ剃毛シ、嚴ニ消毒スベシ  
 沃度丁幾塗布法ヲ行フヲ便ナリトス。  
 術式 打診上豫メ膀胱ノ上界ヲ確定シ

圖 二 十 七 百 二 第  
 係關的解剖ノ刺穿膀胱



テ緊満ノ程度ヲ計リ、正中線ニ於テ恥骨縫際ノ上線ヲ去ル一仙迷以内ノ部ニ穿刺點ヲ定メ、其部ニ局所麻痺藥ノ皮膚及ビ皮下注射ヲ施シ、茲ニ尖刀ノ尖端ヲ以テ皮膚ニ縱徑ノ小刺ヲ設ケ、之レニ近接シテ一手ノ示指頭ヲ膀胱ニ向テ壓着シ置キ、他手ニ膀胱套管針或ハ普通套管針ヲ取り、針尖ヲ前キノ刺口ニ當テ、其尖端ガ後方ニ且ツ稍々下方ニ向フ方向ニ針ヲ刺入ス、針尖膀胱ニ入ルトキハ、抵抗ノ減弱ヲ感ズ、此時更ニ針ヲ進ムルコト二三仙迷、是ニ於テ套管針ヨリ針ヲ去ルトキハ乃チ尿ノ流出ヲ見ルベシ、膀胱套管針ヲ用ヰタルトキハ、針ヲ去リテ代フルニ内管ヲ送入シ、其末端ニ護膜管ヲ附シテ之レヲ受尿器ニ導クベシ。刺入ノ深サハ膀胱膨満ノ程度、體格ノ肥瘦ニ從テ一ナラズ、普通四乃至六仙迷ナリトス、淺キニ過ルトキハ膀胱ニ達セズ、又一度ハ到達スルモ後刺入時ノ壓ヲ去ルニ及ビ管尖膀胱壁ヲ脱スルノ虞アリ。充分排尿シ了レバ一舉ニ套管ヲ拔除ス、刺孔ニハ小殺菌綿紗片ヲ貼シ絆創膏ヲ以テ固定ス。反復穿刺排尿ノ必要アルトキハ套管ノ鈔ニ絲ヲ附シ之レヲ腰部ニ固定シ、持續排尿セシム。

#### 一四 尿浸潤 Harninfiltration.

尿浸潤ハ泌尿器系外ノ組織内ニ尿ノ浸潤スルニ由テ發ス、之ガ原因トシテハ、一、外傷即チ尿道ノ破傷就中會陰打撲ニ因ル皮下尿道破裂ノ場合ヲ重要トシ猶「カテーテル」或ハ「ブリーヂ」使用ノ過失ニ因ル損傷ニ因スルコトアリ。膀胱破裂、腎臟損傷、稀ニ輸尿管損傷。二、尿道周圍瘍ノ尿道内穿通、最モ多ク慢性淋、殊ニ其癩痕形成アルモノニ續發ス。三、膀胱穿孔ヲ發シ得ベキ種種ナル疾病、即チ腫瘍・結核・結石等。四、攝護腺ノ化膿性炎症・結核及ビ腫瘍等。五、近圍臟器ニ發セル腫瘍ノ泌尿器ニ蔓延スルモノ就中直腸等トス。六、尿道ノ損傷若クハ病的穿孔ニアリテハ、劇痛ノ爲メニ排尿ヲ欲セズ、膀胱極度ニ充盈シ、終ニ耐ユル能ハザルニ至ルヤ一時ニ尿ヲ排泄セシメ、尿ハ尿道ノ破損部ヲ通ジテ周圍ニ壓出セララルノ狀ヲ呈スル

ヲ常トスルヲ以テ、此場合ニ於テハ浸潤最モ著シク、成立迅速ニシテ増劇亦速カナリ。

**症候** 漏出セル尿ハ穿孔部周圍ノ結締織間隙ヨリ皮下ノ結締織内ニ侵入シ、茲ニ疼痛性腫脹ヲ形成シ皮膚ハ浮腫狀ヲ呈シ且ツ發赤ス、次デ此浸淫セル尿ノ分解ノ結果、組織ヲシテ腐敗及ビ壞疽ニ導キ、又一方化膿菌ノ傳染ヲ誘發ス。早期ニ適當ノ處置ヲ施サレザルトキハ終ニ皮膚ヲ破潰シ、廣汎性壞疽ヲ來シ、惡臭アル膿汁ヲ漏泄スルニ至ル。浸潤ノ部位及ビ蔓延ハ破傷ノ部位・大小及ビ尿路障礙ノ大小・輕重ニ從ヒ一ナラズ、即チ破傷大ナル程著シク、尿路障礙ノ高度ナル程甚ダシ。但シ排尿全ク支障ナキトキモ、尿道ニ破傷アルトキハ尿ノ一部ハ茲ヨリ尿道外組織ニ侵入スベキヲ以テ、亦尿浸潤ヲ發起シ得ベシ。此場合ニ於テハ、浸潤尿ハ少量ニ止ルヲ以テ、從テ其領域著大ナルコトナシ。尿浸潤ノ最モ高度ニ達スルハ尿道ノ穿破ニ因ルモノナリ、其破開大ナルモノニアリテハ最モ迅速ニ且ツ高度ニ蔓延ス、通例會陰部ニ起リ、陰囊・陰莖ニ及ビ、放置スルトキハ、大腿ヲ領シ、鼠蹊部ニ互リ、更ニ遠ク下腹部ニ達スルコトアリ。全身症狀トシテハ高熱ヲ呈シ、局所病變ノ蔓延ニ從テ迅速ニ衰弱ス。

**診斷** 原因トナルベキ外傷若クハ疾病ノ存在、及ビ特異ノ蔓延性「フレグモ」ネノ形成ニ依リテ診斷難カラズ。

**豫後** 蔓延ノ程度ニヨリ一ナラザルモ、迅速ニ増大スルモノニアリテハ、直チニ適當ナル療法行ハレザルトキハ不良ニ陥ルベシ。稀ニ多數ノ自潰孔ヲ形成シ之レヨリ膿汁ト壞死組織片トヲ排却シ、自然治癒ヲ營ム。死因ハ腐敗產物ノ吸收ニ因ル衰弱及ビ化膿菌ノ全身ノ傳染トス。

**療法** 尿道損傷アリテ尿道外ニ尿漏泄ノ疑アルトキハ直チニ尿道外切開術ヲ施シ、膀胱破裂ニハ其縫合術若クハ膀胱瘻造設術ヲ行ヒ、腎臟損傷スルトキハ適宜之レヲ處置シ、輸尿管損傷アルトキハ之レヲ



縫合ス。尿道狭窄ニ對シテハ漸次擴張法若クハ尿道外切開術ヲ加ヘ、膀胱攝護腺等ノ疾病若クハ近圍ノ腫瘍等ニシテ膀胱穿孔アリ尿道ヨリノ排尿阻止セラレタル場合ハ恥骨上膀胱瘻ヲ作爲ス、之レ等ノ處置ニ依テ尿浸潤ヲ豫防スベシ。

既ニ尿浸潤ヲ發セシトキハ廣汎ニ互ル大且ツ數多ノ切開ヲ加ヘ、且ツ原因ニ對スル治療法ヲ講ズ。

### 一五 攝護腺炎 Prostatitis

#### 1 急性攝護腺炎 Prostatitis acuta

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

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

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

攝護腺膿瘍ニシテ放置セララルトキハ、終ニ周圍組織ニ向テ破レ或ハ尿道・膀胱・直腸等ニ穿孔シ、或

ハ會陰部ニ「フレグモーチ」ヲ生ジ、又骨盤内膿瘍ノ原因ヲ爲ス。尿道・膀胱・直腸等ノ穿孔若クハ皮膚ニ破潰セル創孔ハ排膿漸次減少シ、容易ニ治癒ニ就クコトアルモ、亦往往長ク治癒ノ傾向ナキ瘻孔ヲ留ム又時トシテ尿浸潤ヲ發起スルコトアリ。

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

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

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

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

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

2 慢性攝護腺炎 Prostatitis chronica.

慢性攝護腺炎ハ急性炎症ノ治癒不全若クハ其反復ニ因テ發シ、又急性炎症ト同一原因就中慢性ノ尿道淋疾ノ下ニ初メヨリ漸徐ニ起リ慢性經過ヲ取ルモノアリ。攝護腺結核 Prostatituberculose ハ通例爾他泌尿生殖器結核・就中、副睪丸結核・腎臟結核等ノ併發症トシテ現ハルルモノニシテ、攝護腺ニ於ケル重要ナル疾患ノ一ニ屬ス。

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

攝護腺結核ハ其初期ニ於テハ全ク自覺的症候ヲ呈セザルヲ常トシ、病機一定ノ進行ヲ遂ゲテ初メテ種種ナル徵候ヲ現ハスモノナリ。爾他泌尿生殖器ノ結核アルニ方リ、攝護腺ヲ檢シテ偶然本症ヲ發見スルコト稀ナリトセズ。本症ニ現ハルル症候ハ専ラ尿道及ビ直腸ニ及ボス障礙ニシテ、尿道ニ就テノ症候トシテハ尿意頻數・排尿時疼痛・尿迫・終末血尿等ヲ來シ、攝護腺ノ腫大甚シキトキハ尿道愈々狹窄シ、排尿困難漸ク加ハリ、終ニ尿閉ヲ起スニ至ル。又經過中尿道口ヨリ膿汁ヲ漏シ、或ハ著明ナル膿尿ノ排泄ヲ見ルコトアリ、膿ハ往往固有ノ乾酪樣絮片ヲ混ズ。直腸ニ於テハ會陰及ビ直腸内ニ於ケル不快ノ感、壓重

ノ感若クハ種種ナル程度ノ疼痛ヲ訴ヘ、通例便秘ヲ呈シ、直腸腔ニ向テ著シキ腫脹ヲ來ストキハ脱糞困難益加ハリ、且ツ排便時疼痛増劇ス。膿瘍直腸ニ向テ破ルトキハ膿汁ノ排泄アリ、又糞便ニ膿汁及ビ血液ヲ混ズ。攝護腺ノ膿瘍ハ屢々周圍ノ組織内ニ破レテ直腸周圍炎・肛門周圍炎・尿道周圍炎等ヲ發起セシメ、茲ニ膿瘍ヲ形成シ、更ニ外部ニ破レテ瘻孔ヲ形成スルコトアリ。攝護腺膿瘍ハ時トシテ尿道及ビ直腸ニ向テ破レ尿道直腸瘻ヲ生ゼシムルコトアリ。直腸ニ示指ヲ送り其前壁ニ於テ攝護腺ヲ觸試スルニ初期ニ於テハ著シキ變化ナキモ、直腸ニ向テ一定ノ發育ヲ呈セルモノニ於テハ、腺ノ不規則ナル腫脹ヲ觸レ又中央ニ於テ軟化病竈ノ形成ヲ認知シ得ベク、直腸ヨリ攝護腺ヲ壓迫スルトキハ外尿道口ヨリ分泌物ノ漏出ヲ見ルベシ。

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

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

療法 非結核性症ニ對シテハ適度ノ運動ヲ命ジ、無刺戟性食餌ヲ攝ラシメ、便通ヲ整ヘ、交接ヲ攝抑セシメ、或ハ一時絕對ニ之レヲ禁ゼシム。内服ニハ沃度劑・鐵劑・砒石劑等ヲ投ジ、神經症ニ對シテハ坐藥トシテ沃度劑「イヒチオール」等、沃度加里・臭素加里各〇・二〇・五、カカオ脂二〇ヲ以テ坐藥一箇トナシ、ハ臭素劑ヲ處スシテ沃度劑「イヒチオール」等、沃度加里・臭素加里各〇・二〇・五、カカオ脂二〇ヲ以テ坐藥一箇トナシ、ハ臭素劑ヲ處ス濕布療法・坐浴・尿道「ブーシー」送法・直腸内冷却法若クハ冷熱交換洗注法等ヲ試ム。直腸裏急後重ニハ阿片・鹽酸「モルヒネ」莨菪等ノ坐藥ヲ處シ、刺戟症狀ノ全ク存セザルモノニハ直腸内ヨリ指頭若クハ按摩器ヲ用キテ按摩法ヲ施ス。反復スル尿閉及ビ恒久的排尿困難アルモノニハ攝護腺切開法若クハ部分的

切除等ヲ要スルコトアリ。

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

### 一六 攝護腺肥大症 Prostatohypertrophie.

攝護腺肥大症ハ老人ニ固有ナル疾病ニシテ、緩慢ニ増進スル攝護腺組織ノ全部的若クハ部分的肥大ナリ。症候 輕度ノ肥大ニアリテハ全ク症徵ヲ呈スルコトナク經過シ得。本症ノ徵候ハ主トシテ内尿道口ニ於ケル壓迫症狀、即チ尿道狹窄症狀ナリ。此排尿困難ハ時ト共ニ漸徐増進ス、初期ニシテ膀胱ノ筋力充分ニ此障礙ニ打ち勝チ得ル間ハ、尙完全ニ膀胱内容ヲ排却シ得ベク、患者ハ只尿意頻數殊ニ夜間ニ於テ甚ダシヲ訴フルニ止ルモ、稍増悪スルニ及ビテハ排尿ノ開始困難ニシテ、排尿緩慢トナリ、次デ、膀胱ノ收縮力衰フルニ至ルヤ排尿完キヲ得ズ、尿ノ一部ハ常ニ膀胱ニ停滯ス。此遺留尿量ハ初メ極メテ僅微ナルモ後漸次

増加ス、排尿直後「カテーテル」ヲ送り猶多少ノ尿ヲ得ルハ是レ殘留尿アルノ證ナリ。此時期ニ於テ尿意益頻數トナリ、排尿困難一層加ハリ、加之突然尿閉ヲ起スコトアリ、即チ飲酒・劇動・過勞・寒冷等ノ誘因ノ下ニ屢之レヲ發作ス。末期ニ至リ膀胱ノ筋力既ニ著シク衰フルトキハ終ニ持續的尿閉ニ陥リ、毎回「カテーテル」ヲ用フルニアラザレバ排尿シ難キニ至リ、膀胱充盈其極ニ達シテ放置セララルトキハ乃チ尿失禁ヲ起ス。血尿ハ末期ノ徵候トス、殊ニ「カテーテル」ノ使用ニ基因スルコト多シ。又本症ニ於テ多尿症ヲ來スコトアリ。

經過中ノ合併症ハ尿閉及ビ「カテーテル」使用ニ因ル膀胱加答兒ヲ主要トシ、又爲ニ尿道炎・睾丸炎ヲ併發シ、或ハ腎孟炎・腎臟炎等ヲ誘發スルコトアリ、又化膿性腎炎ヲ起シ、或ハ尿毒症ヲ招キテ生命ノ危險ニ陥ルコトアリ。

豫後 不良。但シ本症ハ高年期ニ發シ、然カモ其増進甚ダ緩慢ナルガ故ニ、本症ヲ有シツツ、全ク無關係ナル他ノ病症ノ下ニ死ノ轉歸ヲ取ル場合稀ナラズ。

- 診斷 (1) 老人ニシテ尿意頻數殊ニ夜中・排尿困難ヲ訴ルモノハ本症ニ疑ヲ置ク。(2) 「ブーシー」送入ヲ施ストキ深部尿道ニ抵抗ヲ觸レ尿道ノ延長ヲ認ム、即チ外尿道口ヨリ膀胱ニ達スルマデノ距離異常ニ長シ。
- (3) 排尿直後「カテーテル」ヲ送入スルトキハ遺殘尿ヲ得ベシ、其量ノ多少ニヨリ膀胱收縮力ヲ推測シ、以テ肥大ノ程度・疾病ノ時期・豫後・療法ノ選擇等ヲ定ムルノ助ケトナス。(4) 直腸指診ニヨリ大小・形狀・硬度等ヲ觸知ス、仰臥位ニ於テ檢スルモ亦可ナルモ、膝肘位ニアラシメテ檢スルヲ最モ良シトス、此法ハ本症ノ診定上甚ダ重要ナルモ、中葉ハ腫脹甚シキ時ト雖モ直腸ヨリ觸知シ難キコトアルヲ注意スベシ。
- (5) 膀胱鏡検査ヲ施シ、膀胱内腔ニ向テ突隆セル攝護腺腫瘍ヲ檢ス。

鑑別 一膀胱結石ニハ特異ノ排尿障礙アリ、尿意頻數アルモ日中ニ於テ著シク夜間ニハ稀ナリ。二癩痕性尿道狹窄ハ多クハ慢性淋ニ繼發シ、尿中淋絲ヲ證明ス、「ブージー」送入ヲ試ムルニ既ニ球部ニ於テ抵抗アリ。

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

### 17 精囊炎 Spermatozysitis

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

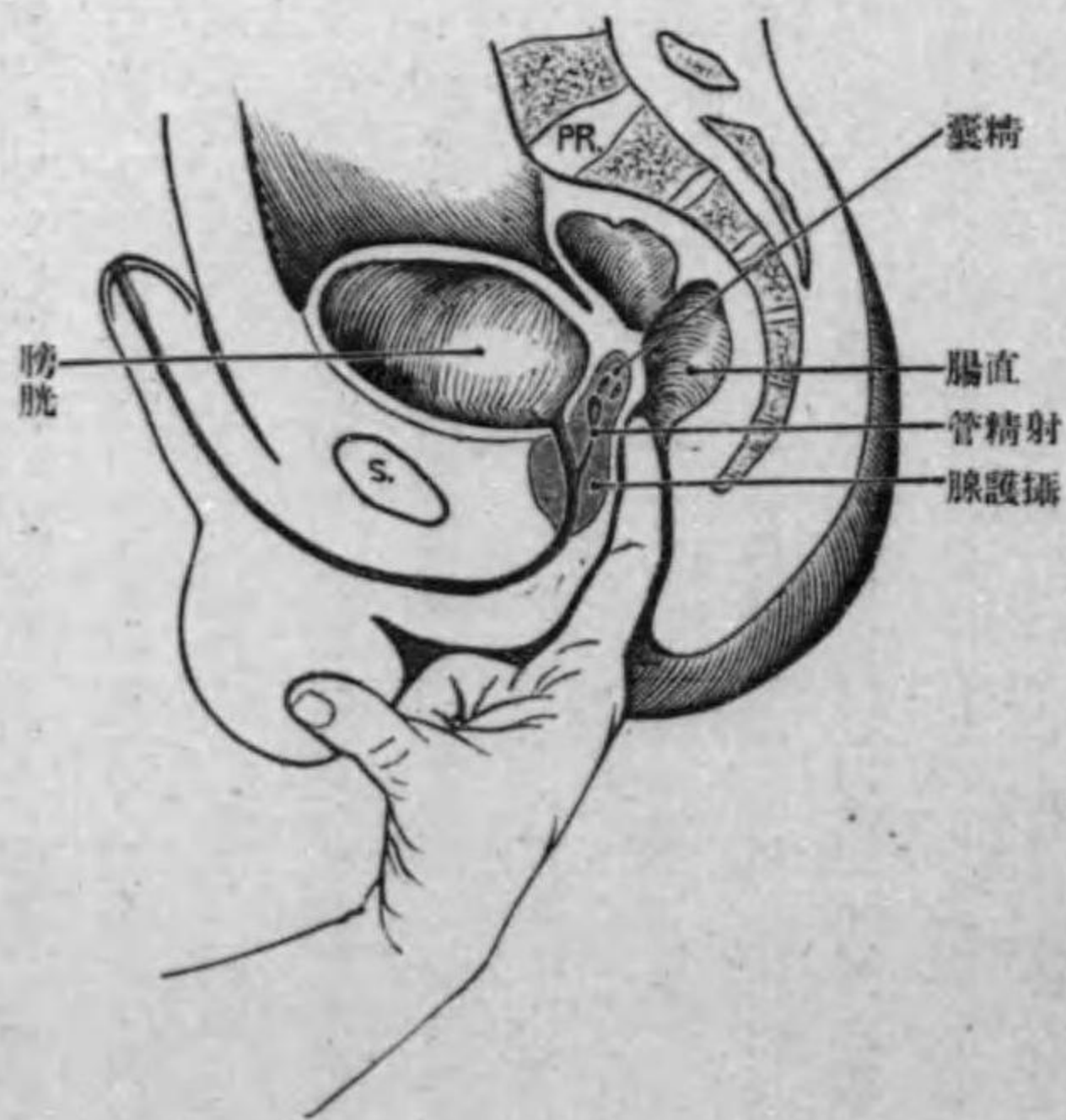
ヲ多シトス。又外傷性ナルコトアリ、過度ノ自體車 乘用ノ如キ 本症ハ好シク攝護腺炎ヲ合併ス。

症候 非結核性ノモノニアリテモ通例慢性經過ヲ取り、急性症ヲ起スハ稀ナリ。會陰部ニ於ケル壓重ノ感及ビ疼痛ヲ要徴トシ、又往往精系ニ沿フ痛痛樣疼痛及ビ交接時ニ於ケル後部尿道若クハ肛門部ノ痙攣性疼痛ヲ訴フ。其他膀胱充盈時ノ疼痛、尿意頻數、悖起痛、遺精、血液性精液、精液缺乏射精管ノ閉塞等ヲ來スコトアリ。患者ヲシテ起立セシメ、上身ヲ輕屈シテ高キ椅子ニ面シテ之ニ手ヲ支ヘシメ、術者ハ其後背ニアリテ椅子ニ倚リ示指ヲ直腸内ニ送入シ其前壁ニ沿フテ進メ、先攝護腺ヲ探リ、更ニ其上部ニ達スルトキハ、正中ヨリ左右兩側ニ向テ開放セル兩側精囊ヲ觸診シ得、深指送入時會陰軟部ヲ強ク壓上シテ、成ルベク深ク指尖ヲ送ルベシ。左右精囊ノ腫大・硬結・壓痛・左右ノ異同等ヲ診査ス、強ク之レヲ壓スルトキハ外尿道口ヨリ精液若クハ膿汁ノ漏出ヲ見ルベク、其内ニ膿球・血球・細菌等ヲ證明スルコトアリ

結核ニアリテハ初メ硬固不規則ノ腫脹ヲ呈シ、乾酪變性ニ陥リ軟化スルニ及ビテハ柔軟平滑トナル。膿瘍破壞スルヤ、直腸・膀胱・會陰・鼠蹊部等ニ向テシテニ瘻孔ヲ形成ス。

診斷 自覺的症候ハ概シテ不確實ナリ。専ラ直腸ヨリスル指診及ビ之ニ依テ得タル分泌物ノ診査ニ據ルベシ。精囊結核ハ通例他ノ生殖器結核ニ併發ス明ニ淋疾ヲ有セザル者ニシテ上記ノ證徴アルトキハ之レヲ疑フベシ。

二七三 精囊及攝護腺ノ診察



Nach Corning