

51.

617.557-002.3

『蟲様突起炎性膿瘍ト誤診セラレタル腹壁膿瘍ニ就テ』

附 腹壁膿瘍ノ種々相

岡山醫科大學津田外科教室(主任津田教授)

助手 醫學士 砂田輝武

[昭和15年11月13日受稿]

第1章 緒言

腹部疾患殊ニ炎症性腫脹ガ腹腔内ニ存スルヤ、
將又腹壁ニ位スルヤ診斷容易ナラザルモノ尠カラ
ズ。而シテ腹腔内ノ腫脹ヲ腹壁ニ存スルガ如ク認
認スルコトハ稀有ニシテ、腹壁ノ炎症性腫脹ヲ腹
腔内ノモノト斷定スルコト甚ダ多シ。カルガ故ニ
蟲様突起炎ハ最モ屢々遭遇スル腹部疾患ノ一ナル
ヲ以テ、蟲様突起炎性膿瘍トシテ誤診セララル腹
壁腫脹モ亦尠カラザルヲ信ジテ疑ハズ。然レドモ
限局性前腹壁疾患ヲ蟲様突起炎性膿瘍ト誤診セ
シハ、文獻ニ徵スルニ、極メテ少ナク余ノ涉獵
セシ範圍内ニ於テハ、Sonnenburg, Spellissy,
Stratiewski, Hizrot, Tomasovszky, Danzig,
Meisezahl, Theodor Körner, 鈴木, 松尾, 中
田, 高橋, 齋藤等内外各數氏ノ報告アルノミニシ
テ、恐ラク秘シテ公ニセラレザル幾多ノ誤診例ア
ルベキヲ信ズルモノナリ。

余ハ我が教室ニ於テ既往15年間ノ入院病歴中
ヨリ腹壁膿瘍ヲ蟲様突起炎性膿瘍ト誤診セラレタ
ルモノ2例ヲ見出シタルヲ以テ、之ヲ報告シ、其
ノ誤認ノ原因ヲ闡明シ、尙ホ腹壁膿瘍ニ關スル卑
見ヲ述べ、大方諸賢ノ御叱正ヲ乞フントス。

第2章 症例

第1例

田〇絹〇 36年, 女, 仲居。

初診 昭和6年3月6日

主訴 腹痛

家族歴 祖父母ニ關シテハ不詳。父ハ心臟病、
母ハ老衰ニテ死亡セルモ其ノ年齢ヲ知ラズ。同胞
8人アルモ彼等ニ就キ全ク不詳。

既往症 幼少時健康ニシテ著患ヲ知ラズ。27歳
ノ時 Highmor 氏寶蓄膿症ニテ手術ヲ受ケシ他、
徴スベキ疾患ヲ認メズ。初潮ハ16歳ニシテ爾來整
調ナリ。患者ハ尙ホ未婚ニシテ花柳病ヲ否定ス。
酒, 煙草ハ攝ラズ。

現症歴 約40日前ヨリ下腹部ニ疼痛ヲ訴ヘ、某
醫ヨリ温濕布ヲ受クルモ治癒セズ。更ニ他ノ醫師
ヲ訪レ、蟲様突起炎ノ診斷ノ下ニ冷濕布ヲ受ク。
然レドモ依然トシテ良好ニムカハズ。次テ30日
前ヨリ右下腹部ニ腫脹發現シ壓痛ヲトモナヒ、次
第ニ増大スル傾向アリ。嘔氣, 嘔吐ハ始メヨリ缺
如シ、體温ハ測定セザリシモ左程高熱ナラザリシ
モノノ如シ。

現症 全身所見 體格, 身長共ニ中等度。栄養
佳良ニシテ皮下脂肪ノ發達特ニ著シク、筋肉ノ發
育モ亦良。皮膚ノ色調, 濕度等常ナルモ顔貌稍々
悶苦ノ狀ヲ呈ス。瞳孔左右同大圓形ニシテ對光反
應正常。結膜並ニ認識シ得ベキ粘膜ニ貧血, 黄疸
ヲ認メズ。舌面ハ濕潤ナルモ白苔ヲ蒙ル。體温ハ
37.4°C, 脈搏ハ中等大, 1分時約82平均ヲ算シ、
整調ニシテ中等度ノ緊張ヲ有シ、血管壁硬化ヲ認

メズ。呼吸ハ安静ニシテ胸腹型ナリ。肺肝境界ハ乳嘴線上第7肋骨上縁、心臓濁音界及ビ心音尋常ニシテ雑音ヲ聴カズ。肺臓ハ打、聴診上異常ヲ認メズ。

食欲稍々不良、便通1日1行、睡眠モ稍々不可。

尿ハ其ノ量尋常ニシテ淡黄色透明ノ弱酸性、蛋白及ビ糖ヲ證明セズ。糞便モ亦正常ニシテ潜血、寄生蟲卵ヲ認メズ。赤血球數 5,780,000、白血球 17,300、血色素量 120% ナリ。

局所所見 腹部ハ中等度ニ膨脹。蠕動不安ナキモ右側中腹部ヨリ下腹部ニカケ、大人手掌大、略ボ圓形ナル軽度ノ膨隆アリ。コノ部ノ皮膚ニハ發赤其ノ他ノ異常ヲ認メズ。該膨隆ハ腹壁ノ呼吸運動ニ注意スルモ移動性明カナラズ。觸診スルニ膨隆部ニ相當シテ硬結アリ。患者ハ皮下脂肪ノ發育高度ナルタメ、觸診所見鮮明ナラザルモ、硬結ノ上縁ハ臍ノ高サヨリ稍々上昇シ、内側ハ右直腹筋ノ外縁ヲ僅ニ越エ、下縁、兩上前腸骨棘ヲ結ブ線ニ及ブ。表面平滑ニシテ皮膚トノ癒著ナキモノノ如シ。該腫脹ハ腹壁ヲ緊張弛緩セシムルモ外形、硬度ニ變化ナク、又移動性モ認メズ。硬度ハ一體ニ弾力性稍々鞏韌ナルモ中央部ハ軟ニシテ波動ヲ觸ルル感アリ。腫脹全體ニ壓痛ヲ認メ、輕ク打診スレバ局所ハ濁音ヲ呈ス。其ノ他腹部各臟器ノ相當部ニ抵抗又ハ腫脹等ヲ觸レズ。

診斷 蟲様突起炎性膿瘍

手術及ビ爾後経過 昭和6年3月6日入院後直チニ Locke 氏液 1000 cc 皮下注射、續イテ1%「モルヒン・アトロピン」0.8 cc 豫備注射後、「トロバコカイン」0.06 gニヨル腰椎麻醉ノ下ニ、腫脹ノ中央部ニ4 cmニ互ル斜切開ヲ施スニ外斜腹筋ニハ浮腫浸潤ヲ認ム。更ニ切開ヲススルニ黄色濃濁ナル無臭ノ膿汁ヲ出ス。Sorensen 氏吸引器ニテ約 300 cc 排出セル後、觀察スルニ内斜腹筋侵サレ、一部壊死狀トナル。コノ部ニ「護謨ドレナージュ」及ビ「ヨードホルム・ガーゼ・タンポナード」ヲ施シ手術ヲ終ル。膿汁ニハ培養ニヨリ黄色葡

萄狀球菌ヲ證明セリ。術後診斷ハ腹壁膿瘍ナリ。

術後2日目ニ體温、脈搏手掌トナリ、爾後経過概ネ順調ニシテ、3月23日手術創ハ殆ド治癒シ健康肉芽創トナレリ。

次デ3月24日1%「モルヒン・アトロピン」1.0 cc 皮下注射、「トロバコカイン」0.06 g 腰椎麻醉及ビ「エーテル」ニヨル補助麻醉ノ下ニ、交互切開法ニヨリ蟲様突起切除術施行。蟲様突起ニハ何等病的變化ナク手術ハ簡單ニ終了セリ。切除セル蟲様突起ハ病理組織學的ニモ著變ナシ。爾後ノ経過モ亦佳良ニシテ第2回手術後18日目ニ全治退院セリ

第2例

青〇益〇 19年、女、無職。

初診 昭和11年1月3日

主訴 廻盲腸部腫脹

家族歴 父平ノ祖父73歳ノ時腦出血ニテ死亡、父系祖母76歳ニテ死亡セルモ死因不詳、母系祖父68歳ノ時腦疾患ニテ死亡、母系祖母健在ニシテ71歳ナリ。父47歳ニテ腦出血ノタメ死亡、母54歳ナルモ血壓亢ク、腎臓ヲ患フト。同胞7人、患者ノ姉32歳ニテ腎臓ヲ患ヒ腦出血ニテ死亡。尙ホ2人ノ兄及ビ弟幼時ニシテ死亡セルモ死因何レモ不明。他ノ同胞健在ナリ。父系ニ半身不隨ノ叔父アリ。

遺傳 腦出血、腎臓病ノ遺傳ヲ認メ、殊ニ腦出血ニテ死亡セルモノ上記載中4人ニ及ブ。他ニ特記スベキ遺傳ナシ。

既往症 分娩正常、母乳榮養、生來健全ニシテ著患ヲ知ラズ。月經初潮15歳ニシテ、爾來不調、又月經時腰痛ヲ訴フ。花柳病ヲ否定ス。

現病歴 昭和10年10月中旬頃ヨリ、顔面ニ尋常性痤疮及ビ痛腫多數生ジ、陳舊ナルモノ治癒スルト共ニ相次イデ新生シ現在ニ至ル。11月20日頃ヨリ何等認ムベキ誘因ナクシテ、廻盲腸部ニ輕度ノ壓痛及ビ身體ノ動搖ニ際シ鈍痛ヲ覺エタルモ當時發熱、食欲不振、嘔氣、嘔吐等ノ症狀ヲ認メ

ザリキ。某内科醫ヨリ腸ガ脹レテキルト云ハレ。何カ内服薬ヲ投與サレタリ。併シ其ノ後日ヲ追フニ從ヒ上記症状増悪シ、且「キリキリ」スル自覺痛ヲ訴ヘ、氣分モ勝レズ衰弱セル感アリ。11月25日更ニ第2ノ内科醫ヲ訪レ、蟲様突起炎ノ診斷ノ下ニ、絶對臥床安靜、1週間ノ絶食、局所ニ氷嚢濕布ヲ命ゼラレタリ。當時體溫37.6°C位ナリキ。其ノ後疼痛輕快セルモ、12月初旬ヨリ廻盲腸部ニ大人手拳大ノ壓痛アル腫脹アルニ氣附キ、氷嚢濕布ヲ續クルモ、日ト共ニ増大シ、現在小兒頭大トナル。12月20日頃ヨリ壓痛ハ次第ニ減弱シ、硬結増加セル感アリト雖モ、内科的ニハモホヤ治療シ得ズトテ同醫ヨリ昭和11年1月3日當科ニ送ラル。

患者ハ發病時ヨリ12月10日頃マデ流動食、次イデ粥食ヲトリ、12月20日頃ヨリ普通食ヲ攝ル。便通ハ發病當時2、3日間下痢シ、續イテ全く秘結セルモ、12月20日頃ヨリ大體1日1行トナリタリ。尿ハ稍々濁潤セルモ排尿痛、尿意頻數等ハ訴ヘ。尙ホ患者ハ12月10日頃婦人科醫ヨリ婦人科の疾患ナラザルコトヲ證サレタリ。

現症 全身所見 體格中等、身長中等大、榮養佳良。皮下組織發達著明ニシテ筋肉ノ發育モ亦良。皮膚ノ色調、濕度共ニ尋常ニシテ顔貌モ亦正常。瞳孔左右同大、圓形ニシテ對光反應正常、眼瞼結膜ニ貧血黃疸ヲ認メズ。舌ハ濕潤ナルモ白色舌苔ヲ以テ覆ハル。體溫37.6°C、脈搏中等大、1分間90平均ニシテ整調、緊張良好ニシテ血管壁硬化ヲ認メズ。呼吸安靜ニシテ胸腹型。肺肝境界ハ乳嘴線上第7肋骨上緣。心臟濁音界尋常、心音モ正常ニシテ雜音ヲ聽カズ。肺臟所見ニモ著變ナシ。顔面ニ於テ前額、右前頭部ニ大豆大ノ瘤腫アリテ中心部ニ膿炎ヲ認メ、周圍ノ皮膚潮紅ス。其ノ他顔面ニ瘰癧瘻痕、硬結性瘰癧ヲ數箇認ム。右下頸部淋巴腺ノ腫脹セルヲ見ル他、身體他部ニ淋巴腺ノ腫脹セルモノナシ。四肢正常ナルモ膝蓋腱反射稍弱尤進ス。

食欲可良、睡眠安靜、便通1日1行。尿ハ其ノ量尋常、淡黃色透明、弱酸性ニシテ糖及ビ蛋白ナキモ、「インヂカン」弱陽性。顯微鏡的ニモ著變ナシ。糞便モ亦尋常ニシテ潛血、寄生蟲卵ヲ認メズ。血液ハ白血球13,400ニシテ血液像ハ次ノ如シ。中性嗜好性白血球80%〔幼若型3%、桿狀型14%、分葉型63%〕、淋巴球15%、大單核及ビ移行型3%、「エオジン嗜好性」及ビ鹽基性白血球各1%。

局所所見 腹部ヲ望診スルニ、廻盲腸部ニ半球狀ノ膨隆アリテ、其ノ表面ノ皮膚ニハ發赤其ノ他ノ異常ナク、又呼吸運動ニヨリ移動ヲ認メズ。觸診スルニ、膨隆部ニ相當シテ略ボ小兒頭大ノ腫脹アリテ、其ノ上緣ハ臍ノ高サヨリ1横指上、内側ハ僅ニ正中線ヲ越エ、外側ハ乳嘴線ニ及ビ、下緣ハPoupart氏靱帶ニ達ス。皮下脂肪ノ發達強度ノタメ腫脹ノ境界ハ鮮明ヲ缺ク。表面平滑ニシテ皮膚トノ癒着ナキモノノ如シ。腹筋ヲ緊張弛緩セシムルモ、腫脹ノ外形、硬度ニ變化ナク、又移動性ナシ。硬度ハ周圍部ハ鞏韌ナルモ中央部ハ稍々軟ニシテ波動ヲ觸ルルガ如シ。腫脹全體ニ壓痛存スルモ中心部ハ特ニ甚シ。

其ノ他胃、肝、脾、腎及ビ脾臟部等ニハ抵抗感ニシテ腫脹ヲ觸レズ。

診斷 蟲様突起炎性膿瘍

手術及ビ其ノ後ノ經過 昭和11年1月4日1%「モルヒン・アトロピン」0.8cc豫備注射後、0.1%「ナルカイン」ニヨリ局所麻酔ノ下ニ、腫脹ノ中央部ニ縱ニ數cm皮膚及ビ皮下組織ヲ切開スレバ、鞏韌ナル纖維組織ヨリナル膿瘍壁ニ達シ、ソレニ更ニ切開ヲ加フレバ、黃色無臭ノ濃厚ナル膿汁溢出ス。Sorensen氏吸引器ニテ吸引スルコト100cc位ニシテ、膿瘍内ニ消息子ヲ挿入シ探索スルニ、僅カ3cmニシテ後膿瘍壁ニ達シ、膿瘍内ニ壞死狀柔軟トナレル直腹筋ヲ觸ル。次デ切開部ニ「誤謨ドレーン」及ビ「ヨードホルム・ガーゼ」ヲ挿入シ手術ヲ終ル。膿汁中ニハ黃色葡萄狀球菌ヲ證明シ、且後日之ヲ培養シ得タリ。即チ術後ノ診斷ハ腹壁膿

瘍ナリ。術後2日目ノ1月6日=局所所見左程變
ラザルモ、體温、脈搏殆ド平常トナリタレバ、「ベ
リウム試験食」投與後 Röntgen 線透視ヲ施行ス
ルニ、廻盲腸部=認ムベキ變化ナク、腫脹ハ之ト
直接關係ナキモノノ如シ。爾後經過極メテ順調ニ
シテ2月1日手術創ハ全ク治癒セリ。次デ2月3
日1%「モルヒン・アトロピン」0.8 cc 皮下注射後、
0.1%「ヌベルカイン」2 cc 腰椎麻酔ノ下ニ交互切
開法ニテ型ノ如ク蟲様突起切除術施行。蟲様突起
ハ正常ニシテ何等癒着ナク手術ハ極メテ簡單ニ終
了セリ。切除標本ハ長サ 10.5 cm 直徑 0.5 cm、重
量 1.5 g ニシテ、組織學的ニモ病的變化ヲ認メズ。
又糞石等ナシ。其ノ後ノ經過可良ニシテ再度ノ術
後 15 日目ニ退院セリ。

第3章 考 按

先ヅ余ノ報告例ニ於ケル誤診ノ原因ノ事項ヲ指
摘考察シ、蟲様突起炎性膿瘍ト腹壁膿瘍ノ鑑別ニ
資シ、次デ蟲様突起炎性膿瘍ト誤診サレ易キ各種
成因ニ基ク右下腹部腹壁膿瘍ヲ列擧シ、以テ余ノ
報告例ニ於ケル成因ニ就キ考察セントス。

I 誤診ノ原因ニ關スル考察

借テ余ノ報告例ニ就キ誤謬ノ原因トナレル點ヲ
案ズルニ次ノ如シ。

1. 兩患者共ニ右下腹部即チ蟲様突起炎性膿瘍
ノ好發部位ニ壓痛波動ヲ有スル腫脹ヲ觸レタルコ
ト。
2. 共ニ皮下脂肪組織ノ發育著明ナル女子ニシ
テ觸診所見ノ不確ナリシコト。
3. 何レモ該腫脹ハ發病來約 40 日間ヲ經過シ
テ既ニ慢性狀態ニ移行シ、腫脹周圍部組織ノ増殖
著明ナレバ、膿瘍ノ移動性及ビ境界不明ニシテ、
望、觸診上腹腔内炎症ノ腹壁浸潤トノ鑑別困難ナ
リシコト。
4. 蟲様突起炎トシテ約 40 日間治療セル内科
醫ニ就キ、發病當時ノ症狀、爾後ノ經過特ニ腹痛
ノ狀態、熱型ト一般狀態ノ關係ヲ直接聴取セズシ

テ、患者自身ノ訴ヘノミヲ診斷ノ基礎トセシコ
ト。

5. 比較的慢性ニ移行シ、且觸診所見不明ナリ
シニモ拘ラズ、Röntgen 線検査ヲ省略セルコト。

以上記載ニ依リ明カナル如ク、誤診ハ廻盲腸部
ノ疼痛、次デ該部ニ生ゼル腫脹ニ源ヲ發セルニ鑑
ミテ、夫等ノ徵候ニ就キ先ヅ考查セン。

蟲様突起炎ノ自發痛ノ發現部位竝ニ模樣ハ本症
ニ特異ナルモノアリテ、最初ハ多クノ成書ニ見ル
如ク心窩部又ハ臍ノ附近ニ於テ、腹腔深部ニ激痛
ヲ訴ヘ、之ガ 1 兩日內ニ右腸骨窩部即チ定型ノ蟲
様突起炎疼痛部ニ限局スルニ至ル可シ。然リト雖
モ Schmidt Norden 氏ハ 15—20%ニ於テコノ定
型ノ部位ニ發現セザルコトヲ認メタリ。又日本ニ
於テハ廻盲腸部ノ疼痛ヲ以テ終始セルモノヲ小澤
氏ハ 58.4%、森氏ハ 54.3%、茂木氏ハ 36.4%、阿
部氏ハ 42.2% ト稱シテ廻盲腸部ハ疼痛發現部位
トシテ主位ヲ占ムト雖モ、猶ホ過半数ハ發作當初
他部ニモ、又終始他ノ部ノミニ疼痛ヲ訴フルモノ
ト謂ハレ、即チ全く廻盲腸部ニ疼痛ヲ訴ヘザルモ
ノスラアリテ吾人ハ廻盲腸部ノ疼痛ヲ以テ直チニ
蟲様突起炎ト認ムルノ不可ナルヲ知ルベシ。殊ニ
興味アルハ前述ノ如ク疼痛ノ當初又ハ經過中ニ於
テ胃痛ヲ訴ヘルモノニシテ、茂木氏ハ 10%、小澤
氏ハ 15%、木谷氏ハ 23.1% ヲ算シ、之ハ其ノ他多
數ノ報告者ノ指摘研究セルモノニシテ余等モ初發
自發痛トシテ屢々經驗スルトコロタリ。而シテ其
ノ原因ハ Soleri, Loreti 諸氏等ノ唱フル如ク、蟲
様突起ト胃ハ共ニ内臟神經支配下ニアルガため交
感スルモノノ如シ。

而シテ前腹壁疾患ニアリテハ疾患部位附近ニ疼
痛ヲ訴ヘ、腹腔内ニ放散セズ、而モ腹壁ト確答セ
ザルマデモ淺キ所ニ疼痛ヲ訴フルヲ常トス。

吾々ノ例ニ於テ、第 1 例ニテハ右下腹部ニ疼痛
ヲ訴ヘ、第 2 例ニテモ疼痛ハ初メヨリ廻盲腸部ニ
限局セリ。而モ發病當初ヨリ激痛ヲ缺ケシコト稍
稍々蟲様突起炎性膿瘍ト反ス。

次ニ蟲様突起炎性膿瘍ニ於テハ一般状態比較的
不良ニシテ發熱高ク、脈搏モ頻數ニシテ呼吸モ亦
胸式トナル。コレニ反シ腹壁疾患ハ通常一般状態
ノオカサレザルヲ特徴トス。

吾々ノ報告例ニ於テモ兩者共ニ顔貌殆ド正常ニ
シテ、一般状態ハ膿瘍ノ大キサニ比シテ著シク良
好ナル感アリタルコトハ既ニ現症ニ於テ述ベタル
トコロナリ。從ツテ脈搏體溫平行シ、殆ド平靜ニ
近ク呼吸モ胸腹式尋常ニシテ、普通蟲様突起炎性
膿瘍ニ見ル如キ高熱ナク、又ソレニトモナフ口渴
等ハ證明セザリキ。

腹部腫脹ノ觸診ハスベテノ診察法中最モ重要且
有效ニシテ、最後ノ斷案ハ多ク觸診ニヨリテ下サ
ルルト云フモ過言ニ非ズ。而シテ觸診ノ最大目的
ハ腫脹ノ位置、範圍、形狀、表面、硬度、壓痛ノ
有無及ビ移動性ヲ知り、以テ内部ノ病變ヲ推察ス
ルニアルコトハ周知ノコトナリ。

然ルニ予ノ報告例ニ於ケルガ如ク皮下脂肪ノ發
達セル女子ニアリテハ腫脹ノ觸診ヲ不完全ナラシ
メ判斷ヲ誤謬ニ陥ラシムルコト尠カラザルモノト
信ズ。Müller氏モ亦其ノ著書ニコノ點ヲ主張セ
ルトコロナリ。然レドモ余ノ涉獵セル文獻ノ範圍
ニ於テハ、腹部膿瘍ニシテ腹壁脂肪過多ノタメニ
誤診サレタル報告例ヲ見ザルモ、余ハコノ報告例
ニ於テ特ニコノ點痛感セルニヨリ、茲ニ強調シ醫
家諸彦ノ參考ニ致セントス。

次ニ腹部ガ腫脹ノタメ限局的ニ膨隆セル時、其
ノ腫脹ガ腹壁ニ占居スルヤ、將又腹腔内ニ位置ス
ルヤニ就キ考察スルハ腹部腫脹ノ診斷上必要ナル
コトナリ。

皮下脂肪ノ發達著明ナラザル人ニアリテモ、腹
壁内ノモノニテ腹膜下ニ發生セルモノト腹腔内ノ
モノトノ鑑別、又腹腔内腫脹ノ腹壁ト炎症性癒着
ヲ管見シ時、ソレト腹壁腫脹トノ區別等ノ不可能
ナルコトモ尠カラズ。而シテ吾人等ハ腹腔内ノ腫
脹ヲ腹壁ニ存スル如ク認識スルコトハ極メテ稀有
ニシテ、腹壁腫脹ヲ腹腔内ノモノトシテ處置セラ

ルコト甚ダ多ク、長ク誤レル治療方針ノ下ニ徒
ニ經過ヲ遷延セシムルコト少シトセズ。

成書ノ教示スル如ク前腹壁ノ腫脹ハ腹筋ノ緊張
ヲ命ズレバ筋層前ニ存スルモノハ膨隆著明トナル
モ、筋層内ノ腫脹ハ今マデ可動性ノモノガ移動シ
得ナク且硬クナリ、更ニ限界不明トナルコト多シ。
又腹筋ヨリ後部ニ占位スルモノハ觸診シ難ク且不明
瞭トナル。又急性炎症性腫脹ノ上ニテハ腹筋ガ
一般ニ緊張シ難キモ、然ラザル時ハ腫脹ノ
上ノ腹壁ヲツマミ上げ、皮膚ノ動カザルハ皮膚ヨ
リ發生セルカ、又ハ皮膚ト癒着セルモノニシテ、
皮膚ガ動キ而モ筋膜トモ腫脹ガ分離シ得レバ脂肪
組織ヨリ發生セルモノ、更ニ腫脹全部ノ持上ゲラ
ルハ腹腔内ノモノニ特有ノ徵ナリ。但シ前述ノ
如ク腹腔前漿膜下腫脹ハ腹腔内ノモノトノ區別困
難ナリ。更ニ呼吸時腹壁ノ腫脹ト腹腔内ノモノト
ハ移動性ヲ異ニス。即チ前者ハ前後ニ移動シ後者
ハ通例上下ノ方向ニ動クヲ常トスルモ、下腹部ノ
腫脹ニ於テハ一般ニ著明ナラズシテ又腹壁ト癒着
セル腫脹ニアリテハ其ノ特徴ヲ失フニ至ル。

Röntgen線検査 慢性蟲様突起炎ニ關スル
Röntgen線所見ハ廣ク成書ニ見ルトコロナルモ、
急性蟲様突起炎、ソレニ繼續スル膿瘍ノRöntgen
線診斷ニハ種々ノ危險ヲトモナフ故ヲ以テ、
Röntgen線検査ヲ行フ人極メテ少ク文獻ヲ徵ス
ルモ、Ritro, Laurell-Westaborn, Pohl, Taccini,
Arnell等數氏ニ過ギズ。然レドモPohl氏ハ蟲様
突起炎性膿瘍ノ時ニハ検査ノタメ發熱其ノ他病勢
惡化ヲ來スコトアルモ、コレヲ副症狀ハ特別ナル
考慮ノ下ニ検査例ノ取捨選擇ト検査ノ可及的迅速
ヲ以テ施行セバ除去シ得ルコトヲ述べ、又Ritro
氏ハ炎症ノ比較的輕度ニシテ、而モ數日乃至1週
間モ確診サレズ放置サレテキル限局性膿瘍ニハ適
切ナル診斷補助法ナリト云フ。

盲腸周圍膿瘍ニテ造影劑ヲ用フルコトナク
Röntgen線検査ヲ施行シ得ルコトアリ。即チ限局
性膿瘍ノ一定ノ大キサニ達スル膿瘍周圍ノ腸管ノ膨

満シテキル時、膿瘍ノ一様ナル暗影ト瓦斯ヲ充盈セル腸環ノ歴然タル對照作用ニヨリ診斷サルルコトアリ。又陳舊性膿瘍ノ石灰沈着ニヨリ診斷サルル場合アリ。併シ之等所見ハ稀有ニシテ腹壁膿瘍トノ明確ナル鑑別ハ困難ナルモノナリ。

茲ニ於テ造影劑ノ經口的ニ又ハ注腸法ニヨリ與ヘラレタル時ニ、盲腸ニ於ケル直接症狀及ビ上行結腸、迴腸下部ニ於ケル遠隔症狀ニヨリ蟲様突起炎性膿瘍ノ診斷ヲ確定シ、從ツテ腹壁膿瘍モ除外サルルモノナリ。コノ際、Schwarz, Pohl 氏等ニ依レバ盲腸ノ位置的異常ハ著明ナラザルモ盲腸ノ陰影缺損ハ必須ノ症狀ニシテ、原發性盲腸疾患ト趣ヲ異ニシ、陰影輪廓ハ平滑、銳ニシテ其ノ形狀圓弧ノ一部ヲナシ、而モ盲腸壁ノ1側ニノミ存シ、文獻上ニテハ内側盲腸壁ニ見ルコト多シト云フ。尙ホ Sonnenburg 氏ノ唱フル造影劑ノ排泄後大腸内ニ送氣シテ皺襞溝ニ沈着セル殘遺造影劑ニヨル粘膜皺襞像ハ盲腸周圍膿瘍ニアリテハ全ク正常ナリ。次ニ遠隔症狀トシテ盲腸、上行結腸ニ於テ經口的ニ投與サレタル造影劑ノ陰影缺損ヲ見ルモ Stierlin 氏ニヨリ注目セラレタル如キ腸粘膜炎發生時ニ認ムルモノト趣ヲ異ニシ、其ノ部ニ纖細鮮明ナル粘膜皺襞像ヲ見ルモノナリ。又終末ノ迴腸管ハ膿瘍ノ大サニ相當シテ上方ニ轉位シ、且造影ノ通過遲延ス。Pohl 氏ハ新鮮ナル盲腸周圍膿瘍ニアリテハ腸管内容停滯程度ナルモ、比較的陳舊ナルモノニアリテハ廣範ニ亙タル皺襞性萎縮ニヨリ腸管ノ下方ヘノ牽引及ビ屈曲ヲ惹起シ機械的狭窄ヲ繼發シ、從ツテ小腸内容ノ停滯高度ナリト云フ。尙ホ盲腸ト蟲様突起炎性膿瘍ノ交通セル時ハ造影劑ノ排泄後造影劑ニヨリ膿瘍壁ノ輪廓ノ發現セシメラルルコトアリ。以上定型的ノ蟲様突起炎性膿瘍ノ Röntgen 線所見ナルモ盲腸周圍膿瘍ノ位置ハ症例ニヨリ異ルモノニシテ一律ニ述ブル可カラザルコトハ論ヲ俟タズ。

次ニ人工氣腹腔ハ 1902 年 Kelling 氏ノ Laparoskopie ニ於ケル偶然的觀察ニ始マリ、Weber

氏ノ動物實驗、Rautenberg 氏ノ人間ニ於ケル系統的研究ニ續イテ 1928 年 Götze 氏ニヨリ多方面ニ應用ノ道ヲ開拓サレ、確固タル診斷法ノ位置ヲ保持スルニ至レリ。總テ腹腔内炎症性過程ニハ禁忌トサルルモ、余ノ報告例ノ如ク既ニ陳舊性ニシテ炎症蔓延ノ危險少キ膿瘍ニアリテハ施行シ得ベク、Götze 氏モ腹壁腫脹トノ鑑別ニ施行シ得ルコトヲ記セリ。

倍テ余ノ第 1 例ニ於テハ全ク Röntgen 線検査ヲ施行セズ。第 2 例ニ於テモ手術前ニ於テ之ヲ行ハズ、手術後ニ施行セルニ迴盲腸部ニ全ク位置竝ニ形狀ノ異常ヲ認メズ、又上行迴腸、盲腸、上行竝ニ横行等何レニモ造影劑ノ充盈完全ニシテ、通過障礙、腫脹ニヨル壓迫症狀ヘ之ヲ認メズ。併シ蟲様突起陰影ハ發現セザリキ。依之觀之、蟲様突起炎性膿瘍ナラザルコト全ク明確ナルニ手術前ニ施行セザリシハ遺憾ナリキ。

最後ニ附言スルハ切開排出セル膿汁ノ細菌學の所見ニシテ、余ノ兩報告例ニ於テハ何レモ葡萄狀球菌ノミヲ培養シ得タリ。凡ソ蟲様突起炎ニ於テ葡萄狀球菌ニヨル感染ハ僅少ニシテ、當教室清水氏ノ蟲様突起炎急性期 28 例、慢性期 30 例、計 58 例ノ細菌學の検査ノ結果ニヨルモ、葡萄狀球菌ハ急性期 1 例(3%)、慢性期 2 例(6%)ニ證明セラレタルニ過ギズ。殊ニ葡萄狀球菌ノ單純感染ニ關シテハ、廣瀬(440 例中 1 例)、小林(427 例中 7 例)、大兼(53 例中 1 例)、阿部(392 例中 12 例)氏等ノ報告アリト雖モ、極メテ稀有ニシテ吾々ノ未ダ經驗セザルトコロナリ。然レバ吾々ノ兩報告例ハ切開排出セル膿汁ノ細菌學の所見ヨリモ亦蟲様突起炎性膿瘍ナラザルコト殆ド明確ナリシモ、念ノタメ後日兩報告例共ニ蟲様突起切除術ヲ施行シ、蟲様突起ニ病變ノナキコトヲ證セリ。

II 腹壁膿瘍ノ成因ニ關ル考察

茲ニ蟲様突起炎性膿瘍ト誤診サレ易キ右下腹壁膿瘍ヲ列擧シテ比較考察ヲ試ミ、更ニ余ノ報告例ニ就キ其ノ膿瘍ノ本源ヲ考查セン。

先ノ原發性腹壁炎症トシテ本邦ニ比較の屢々見
ラルモノニ筋炎アリ。即チ蟲様突起性膿瘍ト誤
診サレ易キハ右側直腹筋炎及ビ内外斜、横腹筋炎
ナリ。

右側直腹筋ハ堅固ナル筋膜鞘内ニ存スル爲ニ、
之ヲ通シテ皮下組織ニ炎症ノ進ミ出ルコトハ容易
ナラザルニヨリ、炎症發展ノ強度ノ時、若シクハ可
ナリ時日ヲ經過シテ皮下ニ浮腫ノ現ハルル程度ニ
止マルコト多シ。例ヘ波動ヲ觸ルルニ至ルモ皮膚
ニ著變ヲ來タサヌヲ常トス。從ツテ de Quervain
氏ノ Anteparietric Form ト稱セララルモノ即チ
蟲様突起ノ前内方ニススル蟲様突起炎性膿瘍ト
類似ノ症狀ヲ呈スル場合アリ。

次ニ右側内外斜、横腹筋炎ハ位置的關係ヨリシ
テ前者ヨリ一層蟲様突起炎ト類似ノ點多キモ、比
較の上方ニテハ筋鞘ノ發達不十分ナルタメニ、比
較の早ク皮下ニ炎症進行シ診断ヲ容易ナラシム。
唯腸骨前上棘ノ高サヨリ下方ニテハ外斜腹筋ハ全
ク腱膜狀トナリ、内斜並ニ横腹筋ハコノ厚キ腱膜
下ニ存スルタメ、局所所見ノミニテハ Gestern 氏
ノ Ileoinguinale Form 即チ蟲様突起ノ外下方ニ
ススル場合ノ膿瘍トノ判別困難ナル場合アリ。

而シテ余ノ涉獵文献ニテハ蟲様突起炎ト直腹筋
炎ノ誤診ニ關シテハ鈴木氏ノ報告ヲ見ルノミナル
モ、内外斜腹筋ト筋炎トノ誤診ニ關スルモノハ
Sonnenburg 氏ガ 1887 年ニ報告セルモノヲ嚆矢
トシ、Hitzrot、松尾、鈴木、中田、齋藤諸氏ノ
報告アリ。

一般ニ蟲様突起炎性膿瘍ト誤診サルル急性腹壁
膿瘍ノ原因トシテ筋炎ハ最も多キモノナリ。而シ
テ前記ノ如ク外國ヨリ本邦ニ其ノ報告例ノ多キハ
概シテ筋炎ノ本邦ニ多キ理ニ依ルモノニシテ、痛
蕩、「アンギーナ」、瘰癧其ノ他化膿性疾患ヨリ移
行ス。時ニ細菌ノ進入門戸不明ナルモノアリ。其
ノ他附近ノ各種炎症ヨリ蔓延性ニ惹起スル場合、
又直接傳染トシテ諸種外傷例之複雑骨折、銃創、
咬創、器械創其ノ他ノ場合ニ見ラル。病原菌トシ

テハ葡萄狀球菌最も多ク連鎖狀球菌ニ次ギ、稀
ニ肺炎球菌、「チフス菌」、大腸菌、淋菌、「インフ
ルエンザ菌」其ノ他ヲ見ルコトアリ。

傳染性筋炎ノ中ニテ前腹壁筋炎ハ比較の少ク、
布留氏ハ筋炎 388 例中 30 例即チ 9.5% 強、山本氏
ハ 200 例中 5 例即チ 2.5% [其ノ内直腹筋炎 2 例即
チ 1%、斜腹筋炎 3 例即チ 1.5% ナリ]、板澤氏ハ
114 例中 14 例即チ 11% [外斜腹筋炎 2 例、内斜腹
筋炎 1 例、直腹筋炎 6 例、横腹筋炎 1 例、未決 4
例] ヲ報告セリ。

尙ホ記スベキハ Wehik、松尾、古屋野氏等ノ例
ノ如ク、初メヨリ極メテ慢性ノ經過ヲトル腹壁筋
炎モ存スルコトナリ。

急性筋炎ト同様比較の急激ニ來タリテ、其ノ發
病ノ状態ヨリ蟲様突起炎性膿瘍ト誤診サレルモノ
ニ腹壁血腫ノ化膿アリ。凡ソ腹壁血腫ニ關スル報
告ハ極メテ多數ニシテ枚擧ノ遑ナキモ、其ノ血腫
化膿ニ關スルモノ極メテ少ク、余ノ徵セル範圍ニ
テハ Wehik、Theodor Körner、Rosendahl 等
僅々 3 氏ノ報告ニ過ギズ。Wehik 氏ノ報告セルハ
34 歳ノ主婦ニシテ分娩ニ續イテ産褥熱ヲ患ラヒ、
暫クシテ全治セルモ 6 箇月シテ左上腹壁膿瘍ヲ來
セリ。著者ハ妊娠ニヨル腹筋纖維ノ萎縮ノタメ直
腹筋ニ特發性斷裂ヲ來シ、前ノ産褥熱ニヨル傳染
化膿ト説明セリ。Theodor Körner 氏ハ先天性微
毒ノ徵候 (Hutchinson 氏ノ 3 徵候具備) アリテ
血液及ビ腦脊髓液ノ Kahn 氏反應陽性ナル 17 歳
ノ女子、下右頸骨ノ齒根炎症ノ後約 1 箇月ニシテ
右下腹壁膿瘍ヲ來シタル例ヲ報告シ、其ノ原因ヲ
次ノ如ク説明セリ。即チ微毒ニヨル 1 次ノ血管
變性ニヨル血管斷裂アリテ、其ノ血腫ノ齒根炎症
ヨリノ 2 次ノ轉位化膿トセリ。Rosendahl 氏ハ
15 歳ノ少年、「フットボール」遊戲中別ニ外傷ヲ蒙
リシ記憶ナキニ、突如トシテ下腹部ノ激痛ヲ訴ヘ
タレバ、切開ニヨリ褐色ノ血液ヲ混ズル膿汁ヲ出
セル例ヲ報告セリ。而シテ其ノ際病理組織學的ニ
ハ急性炎症ノ像ナリシト云フ。

又腹壁ハ各種ノ原因ヨリ比較的慢性ニ經過スル膿瘍生ジ、初發症狀ノ著明ナラザル蟲様突起炎性膿瘍ト誤診サルルコトアリ。

特殊炎症トシテ先ヅ腹壁結核アリ。腹壁結核ハ殆ド二次的ニ發生シ、周圍結核竈ヨリ浸潤又ハ寒性膿瘍トシテ屢々肋骨、胸骨及ビ其ノ周圍ノ軟部結核又ハ肋膜ノ結核ヨリ腹壁ニ流注ス。又恥骨結核ヨリ招來スルコトアリ。殊ニ胸部ヨリ來ルモノノ多クハ内斜腹筋ト横腹筋ノ間、又ハ直腹筋鞘内ヲ流注シ、右下腹部ニ腫脹ヲアラハスコト尠カラズ。

次デ原發性筋肉結核ハ Müller, Melbhior, Lanz und de Quervain, Steinbach, Bons, Hiller, Danser, 湯川, 武滿等數氏ノ報告ヲ見ルモ、極メテ稀有ニシテ斜腹筋ニ最モ多ク、直腹筋之ニ次グト云ハル。

次ニ好ンデ廻盲腸部ヲ侵スモノニ腹部放射線狀菌菌アリテ特有ナル板狀ノ浸潤性硬結ヲ作り、後ニ小膿瘍ヲ形成シ、所謂山谷狀ノ起伏ヲナスモ、V. Esmarch 氏ノ唱フル如ク浸潤大ニシテ軟化性殆ドナク從ツテ波動ヲ觸ルコト極メテ稀ナリ。又中心軟化スルコトモナクテ皮膚ハ赤變シ又浮腫ヲ見、軟化竈ハ更ニ破潰シ瘻孔ヲ作り、放射線狀菌顆粒ヲ含有スル膿汁、漿液性又ハ時トシテ腸内菌ヲ有スル膿汁性分泌物ヲ漏ラスニ至ル。然レドモ時ニ急激ナル發作性症狀ヲ以テ發病シ、皮膚ニ發赤浸潤等ノ變化ナキ時ニハ蟲様突起炎性膿瘍ト誤診サル。

腹壁特殊性炎症ノ他ニ非特殊性ノ陳舊性腹壁膿瘍ナルモノアリ。コレハ發生機轉ニヨリ2別シ得。其ノ1ハ長野、館、松尾、辻、松永ノ諸氏ノ例ノ如ク、何等認ムベキ原因ナク偶發的ニ發生セルモノ、其ノ2ハ侵入機會不明ナル腹壁内異物ニヨルモノニシテ、之ヲ更ニ體內ヨリ腹壁ニ出タルモノ、直接外部ヨリ入りタルモノノ2種ニ區別シ得。體內ヨリ出タルモノトシテハ岡野、平田、赤星、加藤、Vinogradov, Rossichinノ各氏ハ寄生蟲

ニヨルモノ、成瀬、丸山、岡野、Leonenko, Schankies, Sándor, Morian, Wagner, Körner 氏等ハ腸管ヨリノ骨片ニヨルモノヲ報告シ、外部ヨリ直接侵入セルモノトシテハ林、太田、木野戸、村田、松尾ノ諸氏ノ侵入機會不鮮明ナル縫針ニヨルモノアリ。Schloffer, Rubritius, Haim, Marangas, 松尾氏等ハ手術時ニ殘留セル「ガーゼ片」等ノ異物、絹絲ノ介在等ニヨリ極メテ厚キ結締組織被覆ヲ以テ包マレタル膿瘍ヲ記載セリ。本症ハ比較的毒性微弱ナル細菌ニヨルモノニシテ膿瘍形成後徐々ニ周圍ニ浸潤、組織増殖ヲ招來シ、局所炎症症狀輕度ニシテ平熟の經過ヲ取ルコト多シ。

皮膚皮下ノ急性並ニ慢性膿瘍、又眞性膿瘍ハ局所所見ヨリ蟲様突起炎性膿瘍ト誤認サルルコト殆ドナク、本論文ノ主旨上茲ニ論議ノ餘地ナカルベクモ、皮下膿瘍ニシテ筋膜ト既ニ癒着セルモノハ筋層内膿瘍ト同様殊ニ脂肪多キ女子ニ於テ腹腔内膿瘍ト鑑別困難ノコトアリ。又眞性膿瘍ト雖モ筋層内脂肪腫ノ軟化膿瘍ニアリテハ誤診ヲ招クコトアリ。Tomasovszky 氏ハ腹膜前葉膜下ニ大人頭大ノ脂肪腫ガ急激ナル症狀ヲ以テ出現シ、蟲様突起炎性膿瘍ト誤認サレタルコトヲ報告セリ。

尙ホ茲ニ附言スルハ蟲様突起炎性膿瘍ガ比較的晩期ニ腹壁ニ浸潤シ、全ク原發性腹壁膿瘍ノ形態ヲ呈スルコトアリ。Iarosky 氏ハ急激ナル蟲様突起炎ノ發作後3箇月ニシテ右腹部ニ牽韌ナル腹壁膿瘍ヲ招來シ、手術ニヨリテ肥厚性組織ノ内ニ壞死狀物質存シ、蟲様突起、大網膜、盲腸ノ一部ガ其ノ腫脹ノ内ニ迷入セルヲ見出し、蟲様突起切除ニヨリ完治セル例ヲ報告セル他、Zaffagnini, Merhaut, Razzaboni, Giuliani 等諸氏ノ發表アリ。

倍テ茲ニ顧ミテ余ノ報告セル誤診例ハ如何ナル種類ノ腹壁膿瘍ニ屬スルヤ其ノ成因ヲ極メシ。先ヅ兩例共ニ比較的緩慢ナル經過ヲトリシヨリ見テ、特殊炎症性膿瘍ヲ考慮スベキナリ。併シ原發

性筋肉結核ハ前記ノ如ク極メテ稀有ニシテ、而モ兩例共ニ手術ノ所見ニ見タル如キ葡萄狀球菌ヲ有スル大量ノ膿汁ヲ出スコトナク、其ノ乾酪變性トシテハ余ノ報告例ニ於ケル經過ハ急速ナリ。又流注膿瘍ハ屢々混合傳染ニヨリ細菌ノ證明サルコトアリテ鑑別至難ナリト雖モ、兩例患者共ニ家族、既往症ニ結核ヲ認メズ、胸部臟器竝ニ恥骨等ニ結核原發瘍ヲ有セザルコトヨリ否定サレ、又單ナル切開ニ依リ早期ニ治療スルコトナシ。放射線狀菌症モ亦迴盲腸部ハ好發部位ナルモ局所所見異リ、胸部、顔面、腸管ニ異常ナク、殊ニ第2例ニアリテハ Röntgen 線所見ニヨリ明カナリ。

蟲様突起炎外ノ下腹部臟器疾患ノ腹壁癒着浸潤ニヨル炎症性腫脹ナラザルコトハ發病來ノ經過、手術所見ニヨリ明瞭ナリ。

所謂陳舊性膿瘍トシテ先ヅ異物侵入ニヨルモノハ手術所見ニヨリ考察ノ餘地ナキモ、原因不明ノ腹壁膿瘍ハ病歴明カナラザル第1例ニ於テ否定シ得ラザルトコロナリ。

而シテ第1例ハ血液中白血球增加大ニシテ、切開ニ際シ多數ノ細菌ヲ含有スル膿汁ヲ極メテ大量ニ出シ、又40日ノ經過ヲ取ルモ未ダ膿瘍周圍ノ組織増殖比較的僅少ニシテ、而モ患者ハ熱感ヲ訴ヘザルモ舌ノ白苔ヨリ多少熱ヲ有スルモノト考ヘラレ、前述ノ Welik、松尾、古屋野諸氏ノ報告ニ倣ヒ、恐ラク亞急性ニ經過セル斜腹筋炎ノ局所濕布ニヨリ限局化膿セルモノト考ヘラル。第2例ニアリテ亦發病急激ナラザルモ亞急性ニシテ發熱、疼痛比較的劇甚ナルヨリ直腹筋炎ガ最モ適切ナル診斷ト考ヘラレ、顔面ニ多發セル瘡ヨリ血行性傳染セルモノナリ。而シテ發病時第1ノ醫師ヨリ腸ガ脹レテキルト告ゲラレタルハ恐ラク筋炎ニヨル硬結ノ觸レシモノニシテ、第2ノ醫師ガ其ノ硬結ヲ蟲様突起炎ニヨル反射性腹壁緊張ト考ヘ、其ノ後數日ニシテ發現セル右下腹部膨隆ヲ蟲様突起炎性膿瘍ト誤診セルモノナラン。余等モ亦全くコノ診斷ヲ適切トシ、手術ニ依リ初メテ其ノ誤診ヲ知り

タルモノナリ。而シテ一般ニ膿瘍ハ筋鞘内ニ存在スルヲ例トスルモ、第2例ニアリテハ腹壁脂肪ノ發達著明ノタメ直腸筋鞘ノ外側縁鮮明ナラズト雖モ、膿瘍ハ現症ニ於テ記セル如キ腫脹ノ範圍ヨリ其ノ境界ヲ越シテキルコト明カナリ。コノ理由トシテハ周知ノ如ク腹壁ハ結締組織増殖ノ傾向大ニシテ炎症性病變ノ包圍作用ノ強度ナルコト他ノ身體部位ニ殆ド見ザルトコロニシテ、從ツテ第2例ノ場合ニ於テモ大ナル炎症性膿瘍壁ガ濕布等ニ依リ其ノ周圍組織ノ肥厚増殖ヲ促サレシニヨルナラント信ズ。又膿瘍上下ノ境界モ亦脂肪組織過多ノタメ臃腫ニヨル境界ハ著明ナラザルモ直腹筋下部ニ於テハ臃腫ノ發達ナキ故コノ解剖的所見ニ適合スルモノナリ。

次ニ腹壁血腫ノ化膿ナルガ、第1、第2例共ニ前述セル如キ血腫ノ惹起ヲ思ハセル原因ナケレバ、カカル成因ハ除外シ得ルト考ヘラルルモ、第2例ニ於ケル患者ハ既述セル如ク近親ニ於テ4人ノ腦出血者、特ニ父ハ腦出血ニテ死亡シ、母ハ血壓高ク腎臟ヲ患ヒ、又姉ハ32歳ノ中年ニシテ腦出血死ヲ來セル事等ヨリシテ當患者ニモ何カ循環系統又ハ血液性狀ニ障礙存シ、極メテ出血シ易キ狀態ニアリテ Blond 氏ノ例ニ見ル如ク上腹血管ガ生理的の身體運動等ノ誘發ニヨリ比較的徐々ニ血腫ヲ作り、ソレニ顔面ノ瘡ニヨル轉位性化膿ヲ來シ、大ナル膿瘍ヲ作ルニ至レリトモ考ヘラル。カカル場合ヲ考ヘル時ハ腫脹ノ位置ヲ無理ニ直腹筋ニ適合セシメズトモ説明ハ困難ナラズ。而シテ血腫化膿後約1箇月ノ經過ヲトレルタメ化膿度進行シ凝血塊等ヲ見ズ、筋炎性膿瘍ト殆ド區別不能ナリ。然レドモ本患者ニ就キ血壓、血液性狀ノ検査竝ニ血液ノ Wassermann 氏反應等ヲ省略シ、特異性血腫化膿ニ關シ充分ナル考究ノ出來ザリシハ遺憾ナリキ。

第4章 結論

腹部疾患殊ニ炎症性腫脹ガ腹腔内ニ存スルヲ將

又腹壁=位スルヤ診定至難ナルモノ尠カラズシテ、知名諸大家ト雖モ往々誤謬=陥ルモノナリ。余ハ偶々蠱様突起炎性膿瘍ト誤診サレタル右下腹壁膿瘍ノ2例=接シ、何レモ脂肪組織發育著明ナル女子ニテ、而モ發病來約40日ヲ經過セルモノニシテ觸診上殆ド鑑別困難ナルモノナリキ。而シテ誤診ノ原因ハ廻盲腸部ノ疼痛竝ニ腫脹=眩惑サレ、速カニ切開排膿ヲ要スルガ爲メ、詳細ナル病

歴竝ニ入院後ノ經過ヲ知ルコト能ハザリシ故ナリ。

腹壁膿瘍ノ成因トシテ本邦ニ於テハ筋炎ガ最も多ク、余ノ2例モ亦コレニ屬スルモノノ如シ。

拙筆ニ當リ、御懇篤ナル御校閲ヲ賜リタル恩師津田教授ニ謹ミテ深謝ノ意ヲ表ス。

主 要 文 獻

- 1) *Arnell, Sigfrid*, Acta radiol. (Stockh.), Bd. 12, 1931. 2) *Assmann Herbst*, Klin. Röntgendiagnostik, 1924. 3) *Blond, K.*, Dtsch. Z. Chir., Bd. 188, H. 516, 1924. 4) *Danzis, Max and Samuel Soschin*, Surg. clin. of North America, No. 6, 1926. 5) *Faccini, V.*, Zbl. Chir., Jg. 59, 1932. 6) *Giuliani, Giovanni*, Zentralorg. Chir., Bd. 34, 1926. 7) *Hiller, Th.*, Beitr. z. Klin. Chir., Bd. 25, 1910. 8) *Hitzrot*, Journ. of the America med. assoc., 2, March 1907. 9) *Jarosky, Pager* med. Wschr., Nr. 46, 1910. 10) *Kirschner u. Nordmann*, Die Chirurgie, Bd. 2, Teil I, 1930, u. Bd. 5, 1927. 11) *Körner Thodor*, Beitr. z. Klin. Chir., Bd. 162, H. 1, 1935. 12) *Lawrell, Hugo u. Westerborn*, Arch. f. Klin. Chir., Bd. 147, 1927. 13) *Leas, R. D.*, Amer. Journ. of the med. sciences, Vol. 173, No. 2, 1927. 14) *Leidderhose*, Die chir. Erkr. d. Bauchdecken u. die chir. Krankh. d. Mirz., 1890. 15) *Murangos, Georg*, Wien. Klin. Wschr., Jg. 1, 1934. 16) *Martin, A.*, Diagnostik d. Bauchgeschwülste, 1903. 17) *Meiszahl*, Zbl. Chir., Jg. 57, 1930. 18) *Melchior*, Arch. f. Klin. Chir., Bd. 170, 1932. 19) *Merkhaut, Kretoslav*, Zentralorg. Chir., Bd. 13, 1921. 20) *Ochsenius*, Münch. med. Wschr., Nr. 1. S. 520 u. 521, 1932. 21) *Pohl, Rudolf*, Fortschr. Röntgenstrahlen, Bd. 43, 1931. 22) *Rosendahl, Carlkrobo*, Zentralorg. Chir., Bd. 39, 1927. 23) *Razzaboni*, Zbl. Chir., Jg. 52, 1925. 24) *Schinz, H. R.*, Lehrbuch d. Röntgendiagnostik, 1928. 25) *Schüttenhelm, A.*, Lehrbuch d. Röntgendiagnostik, 1924. 26) *Schloffer*, Verhandl. d. deutsch. Gesellschaft f. Chir., 1908. 27) *Solier Santé*, Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir., Bd. 26, 1913; Bd. 40, 1927. 28) *Sonnenburg*, Berl. Klin. Wschr., Jg. 34, 1897. 29) *Spellisoy*, Annals of Surg., Vol. 35, 1902. 30) *Stratiewski, L. O.*, Zbl. Chir., Jg. 30, 1903. 31) *Tomasovszky, Ludwig*, Zentralorg. Chir., Bd. 30, 1925. 32) *Wehik, Mary*, Acta chir. Scandinav., Bd. 63, H. 6, 1928. 33) *Zaffagnini, Angelo*, Zentralorg. Chir., Bd. 15, 1922. 34) 板澤庄五郎, Mitteilungen über allg. Pathologie u. pathol. Anatomie, 第6巻, 第2號, 昭和5年. 35) 岡野政一, 岡醫雜, 第409號, 大正13年. 36) 柿沼吳作, 都築正男, 診療要覽, 昭和10年. 37) 古屋野安平, 實地醫家ト臨牀, 第6巻, 第5號, 昭和4年. 38) 齋藤良俊, 臨牀醫學, 第23巻, 第9號, 昭和10年. 39) 鈴木正次, 東京醫事新誌, 第2604號, 昭和4年; 第2478號, 大正15年. 40) 高橋涉, 診斷ト治療, 第21巻, 第2號, 昭和9年. 41) 武滿兼親, 九州醫學會會誌, 第216回, 昭和9年. 42) 館宏, 診斷ト治療, 第18巻, 第5號, 昭和6年. 43) 辻廣, 實驗醫報, 第7年, 第80號, 大正10年. 44) 中田瑞穂, 實驗醫報, 第20年, 第237號, 昭和9年. 45) 長野三郎, 東京醫事新誌, 第2858號, 昭和8年. 46) 林篤, 治療及處方, 第2年, 第1册, 第1號, 大正10年.

- 47) 原 勇三, 他9人, 外科臨床鑑別診断學, 昭和8年. 48) 松尾信吉, 診断ト治療, 第17卷, 第4號, 昭和5年. 49) 茂木藏之助, グレンツゲビート, 第7年, 第9號, 昭和8年. 50) 山本貞良, 日新治療, 第115號, 昭和2年. 51) 楊傳枝, 臺灣醫學會雜誌, 第289號, 昭和4年. 52) 湯川虎次郎, 熊本醫學會雜誌, 第8卷, 第12號, 昭和7年.

*Aus dem Chirurgischen Tsuda-Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama
(Direktor: Prof. Dr. S. Tsuda).*

**Über einen Bauchwandabszess, der als appendizitischer Abszess
aufgefasst worden war.**

Anhang: Verschiedene Phasen von Bauchwandabszess.

Von

Terutake Sunada.

Eingegangen am 13. November 1940.

Der Verf. konnte zwei Fälle von Abszess an der rechtseitigen Unterbauchwand beobachten. In beiden Fällen handelte es sich nicht nur um hochgradig adipöse Frauen, sondern auch um eine Erkrankung, die seit dem Auftreten bereits beinahe 40 Tage zurücklag und infolgedessen durch äussere Palpation differentialdiagnostisch kaum gegen andere Erkrankungen abzugrenzen war. Man war allerdings zu einer Fehldiagnose auf appendizitischer Abszess verleitet worden. Die Fehlerquelle für die Diagnose lag darin, dass die Anamnese und der Verlauf der Krankheit nach Aufnahme ins Krankenhaus nicht ausführlich verfolgt werden konnten, da man infolge eines heftigen Schmerzes und eines Tumors an der Heocoecalgegend zu dem Entschluss kam, sofort den Eiter durch Öffnung zu entleeren. Bei uns in Japan ist die Myositis als die häufigste Entstehungsursache des Bauchwandabszesses festgestellt worden. Die zwei vorliegenden Fälle darf man wohl gleichfalls in diese Gruppe einreihen. (Autoreferat)