

86.

616.38

急性穿孔性腹膜炎ニ就テ

岡山醫科大學泉外科教室 (主任泉教授)

醫學士 大杉真造

[昭和7年1月29日受稿]

*Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Universität Okayama**(Vorstand: Prof. Dr. G. Izumi).*

Über die acute Perforationsperitonitis.

Von

Sinzo Osugi.

Eingegangen am 29. Januar 1932.

Verfasser berichtet hiermit über die operative Behandlung und deren Resultat in 88 Fällen von acuter Perforationsperitonitis, die während der letzten 4 Jahre in der chirurgischen Klinik von Prof. Izumi behandelt wurden.

44 Fälle waren diffuse Peritonitis, wovon 20 starben und 24 gerettet wurden. Vor 3 Jahren betrug Mortalität 66.6%, aber neustens nur 30.7%.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass die Resultate von Jahr zu Jahr bessere geworden sind;

Jahrgang	Zahl der Fälle	Gestorben
1928	9	6 = 66.6%
1929	9	6 = 66.6%
1930	13	4 = 30.7%
1931	13	4 = 30.7%
1928—1931	44	20 = 45.5%

Verfasser glaubt dass die Ursache dieser verbesserten Resultate hauptsächlich auf die Anwendung der Kotfistelanlegung zurückzuführen ist.

Gegen die Darmlähmung war die von Prof. Dr. Izumi angegebene Kotfistelanlegung und Einführung des langen Gummirohres in den Darmkanal nach oralwärts ausgeführt worden. Was in 34 Fällen in ganz spätem Stadium angewandt wurde, 18 starben.

Unter 44 Fällen von localisierter Peritonitis starb nur einer. Verfasser betont besonders, dass Kotfistelanlegung erfolgreich und unentbehrlich gegen Darmlähmung ist.

(Autoreferat).

I. 緒 言

穿孔性腹膜炎ガ内科的ニ處置サレタ時代ニハ、其ノ豫後ハ甚シク不良デアツタガ、外科的ニ取扱ハレル様ニナリ、急激ニ好轉シテ來タ。本症ニハ2種類アル。ソレハ汎發性ノモノト、限局性ノモノデ、限局性腹膜炎ノ療法ハ諸家ノ意見大同小異デ、豫後ノ良好ナ事モ亦一致シテキル。併シ乍ラ汎發性腹膜炎ニ至ツテハ、療法頗ル區々デ、如何ニ其ノ手術的治療ノ困難ナルカタ思ハセルニ充分デアル。治療成績ノ思ハシクナイ事モ勿論デアル。ココニ於テカ此ノ方面ニ、一段ノ進歩ヲ能フベク。恩師泉教授ハ大正14年、汎發性腹膜炎晩期ノモノニ、糞瘻設置術ヲ施ス事ノ有效ナ事ヲ提唱サレ、爾來吾教室ニ於テハ適宜本法ヲ用ヒ、頗ル良好ナ成績ヲ收メ汎發性腹膜炎ニハ必須ノモノデアル事ヲ確信スル事ヲ得タノデ、昭和3年カラ昭和6年ニ至ル4年間ノ主トシテ之ガ療法、手術成績、併セテ限局性腹膜炎ノソレニツキ、報告シタイト思ヒマス。

足ラザル點ニツイテハ、更ニ諸賢ノ御教示ヲ願ヒタイ次第デアリマス。

II. 病 因

本症ハ腹膜ノ隣接スル總テノ臟器ノ穿孔ニヨリ發生スルモノデアツテ、之ガ原因ハ實ニ多數ニ上ル。就中屢々吾々ノ遭遇スル、穿孔部位ハ、蟲様突起ガ遙カニ他ヲ抜キ、之ニ次イデ胃及ビ十二指腸、其ノ他ノ腸管、婦人生殖器、膽嚢等デアル。

吾教室ニ於ケル最近4年間ノ88例ニツイテ見ルト、蟲様突起72例、胃及ビ十二指腸6例、其ノ他ノ腸管3例、婦人生殖器4例、膽嚢2例、膀胱1例デアル。

III. 診 斷

腹膜炎ノ診斷ハ腹痛、壓痛、腹壁緊張、發熱、脉搏及ビ白血球增多等ニヨリ、比較的容易デアルガ、更ニ次ノ3點ヲ定メル必要ガアル。

1) 汎發性カ限局性カ

之ヲ嚴然ト區別スル事ハ甚ダ難シイガ、凡ソノ限界ヲツケル事ハ、治療方針ニ影響アルハ勿論トシテ、治療成績ヲ比較スル上ニ於テ至大ナ關係ガアル。從來發表サレル、數多ノ汎發性腹膜炎ノ治療成績ノ一致シナイノハ、療法ノ區々ナルニヨリ、又技術ノ巧

拙ニモヨルガ、根本ニ於テ、此ノ限界ノ不一致ニ、重大ナ原因ガ存スル事ト思フ。之ガ見解ハ大體次ノ2ツニ分レルト思ヒマス。

ル) 汎發性腹膜炎トハ腹膜ノ殆ド全表面ニ炎症ノ及ンダ時ニ云フモノデ、上腹部、下腹部、左下腹部、右下腹部等ニ主トシテ炎症アル時ハ、タトヒソレガ未ダ限局サレズ腹膜全般ニ擴大スル危險充分ナモノ、又現ニ擴大シツツアルモノデモ之ヲ汎發性ニ加ヘヌモノト、

b) 上記ノ如キ部分的ノモノヲ汎發性ニ加ヘルモノトノ2デアル。

以上ノ兩見解ハ未ダハツキリ區別サレズ、又剖檢所見ノ如ク、全腹部ヲ手術ニ際シ、檢索シ得ナイカラ、主觀的ナ因子ガ診斷ニ附加サレルノハ止ムヲ得ナイガ前者ノ方ガ正シト思フ。

本教室ニ於テハ殆ド全腹膜ノ犯サレタモノヲ汎發性ト稱シ、他ハ總テ限局性ト命名シテ居ル。例ヘバ膽囊穿孔ノ2例ノ如キ炎症ハ上腹部全體ニ擴ツテ居タガ、横行廻腸ヲ殆ド越エテ居ナカッタノデ、之ヲ限局性トシテ居ル。

2) 穿孔ノ時間

之ヲ明白ニ定メル事ハ何人ニモ出來ナイガ、吾々ガ穿孔シタト推定スル時間ハ、大體ソレ迄大シタ事ガナカッタノガ、突然激シイ腹痛トナリ、惡氣嘔吐ガ表ハレ次第ニ腹膜ノ緊張、抵抗等腹膜ノ刺戟症狀ノ表ハレタ時ヲ以テ、穿孔シタ時ト考ヘルノガ妥當デアル、然シ外傷性腸穿孔ノ時見ル様腸ガ穿孔シタ

ト思ハレル外傷ヲ受ケテカラ刺戟症狀ガ表ハレル迄ニハ數時間ヲ要スル。故ニ實際ノ時間ハソレヨリ尙ホ數時間前ト思ハネバナラス。

3) 穿孔部位ハ何處カ

先ヅ穿孔部位ノ頻度ヲ參考ニシ、既往症ト局所處見、簡單ナ検査、即チ白血球數、肛門内指囊検査等ニヨリ寸刻ヲ爭フ本症ニ於テハ、殆ド瞬間的ニ診斷ヲ下サネバナラス事ガ吾々ヲ當惑サセル重點デアルガ、既往症ヤ現病症ヲ參酌スレバ大體ノ見當ハツケル事ガ出來ル。

類症鑑別トシテハ吐糞症、子宮外妊娠等ヲ考ヘネバナラス。然シ時ニハ發熱ヲ伴フ「ヒステリー」性膨滿ト誤ツタ場合モアル。大體ハ既往症、白血球數、發熱、壓痛腹部ノ狀況等ニヨリ區別シ得マシガ、吐糞症ト急性汎發性腹膜炎トハ、合併シテ來ル事アルヲ忘レテハナリマセン。X線検査ハ時ニ之ヲ判明サセマス。

IV. 療 法

A. 急性汎發性腹膜炎ノ療法

既述ノ如ク之ヲ內科的ニ取扱フ時ハ豫後ハ殆ド絶對的不良デ、Garre氏ニヨルト僅カニ4%。其ノ他ニハ治愈成績其ノモノサヘ見當ラナイ。即チ本症ガ外科的療法ヘノ絶對的適應症デアル事ハ既ニ半世紀以前カラ諸家ノ異論ナキ所デアル。カク多年月ヲ經タ今日果シテ本症療法ハ完成サレタノデアラウカ。否未ダ之ガ統一スラ出來テ居ナイ。

Noetzel氏ニヨルト本症療法ニハ次ノ3要項ガアルト。

1) 原因ヲ根本的ニ除去スル事

常ニ之ヲ第1操作トシテ至極結構ノ様ニ見エルガ。生死ノ境ヲ彷徨スル重患ノ事デアルカラ。生命ヲ取り止メル事ガ第一義デ。之ヲ第1ニオクベキカ否カニハ種々異論ガアル。

2) 濃汁ヲ出來得ル限り除去スル事

之ハ萬人ノ等シク贊成スル所デアル。之ニ大體2ツノ方法ガアル。ソレハ洗滌法ト清拭法ノ2デアル。

ソノ何レガ可良デアルカ。Noetzel, Nordmann氏等ハ洗滌法ガイ、ト稱ヘ、Körte氏ハ此ノ2法ヲ比較シテ、洗滌法ニヨルト死亡率40%、清拭法ニヨルト、42%ノ成績ヲ擧ゲテ居ル。大體洗滌法ヲ行フ方ガ多イ様デアルガ、Redner氏ハ清拭法ノ絶對的支持者デ洗滌法ハ濃汁ヲ更ニ深部ニ擴大スル恐ル故ニ反對シテ居ル。之ニ對シNoetzel氏等ハ洗滌ノ仕方ニヨルト、液ハ常ニ外方ニ流レ、内部ニ進行スル事ハナイト述ベテ居ル。

3) 可及的有效ナ排膿管ヲ用ヒテ、術後ノ排膿ヲ計ル事

排膿管挿入ニ對シテ Rotter 氏ハ極力反對シテ居ル。腹壁ヲ一次的ニ閉鎖スル事ハ血壓ノ上昇ヲ計ルタメ、其ノ他種々ノ點ニ於テ利益スル事が多ク、之ガ弊害デアル濃汁ノ腹腔内滯溜ハ意外ニ少ク、同氏ニヨルト、更ニ汎發性ニ至ル例ハナク、約 20% ニ於テ腹腔内ノ 1 箇所乃至數箇所ニ膿瘍ヲ形成スルト云ツテ居ル。Sbrozzi 氏ハ一次閉鎖ニヨリ、5 例ノ蟲様突起ヨリノ穿孔性腹膜炎ヲ全部治癒セシメ得タガ、排膿管ヲ挿入シタ場合ニ於テハ、8 例中 2 例ノミ救ヒ得タト報告シテ居ル。

次ニ腹腔カラ感染セル細菌及ビ毒素ノ壊滅ヲ期スル處置トシテハ、「エーテル」療法(Morestin) 氏膠狀化學物質「リパノール」「トリバフラビン」デ洗滌(Keysser) 氏鹽酸(Löhr) 氏、(Seeliger) 氏「コラルゴール」注入(Slieri) 氏、大腸菌血清(Knopp) 氏「アンチヂイールス(Kittinger) 氏、(Alois) 氏等多數現今行ハレテ居ル。

又腹腔カラ毒素吸入ノ減退ヲ期スル處置トシテハ、食鹽水又ハ葡萄糖液ヲ洗滌、油注入、鹽酸「ペブシン」(Schönbauer) 氏「ペブシン」加(Prigl) 氏沃度溶液(Payr) 使用等ガ行ハレテ居ル。以上ノ他諸家ニヨリ種々ノ方法ガ講ゼラレ各自有效ナ旨ノ成績ガ擧ゲラレテ居ルガ、

抑々汎發性腹膜炎ノ死因ハ何レニアルカヲ考ヘル事ガ第一ノ要諦デアル。

恩師泉教授ハ腸内ニ分解發生セル有毒物ガ腹膜面ヨリ吸收サレ、種々ノ中毒症狀ヲ起スノト、一面無力性鼓腸ノタメ、機械的壓迫ニヨル障碍ヲ周圍臟器ニ及ボス事ガ主因デアル事ヲ提唱サレタ。Heidenhain 氏ハコノ腸麻痺ヲ炎症性腸閉塞トシテ之ガ死因ナルニ着目シ、1909 年 5 例ニツキ始メテ腸瘻ヲ設置シ、其ノ 3 例ヲ治癒セシメテ居ル。併シ歐米諸國ニ於テ多數之ヲ試ミルモノナク多數ノ症例ヲ集メタ報告ニ

接シナイ。未ダ昔日ノ如ク、洗滌清拭ノ兩方ヲ固執シテ居ル様デアル。

恩師泉教授ハ本症晚期ノ腸麻痺ヲ起シテ居ルモノ、又ハ必ズ起ルベク豫想サレルモノニハ適當ノ腸瘻ヲ設置スルト共ニ場合ニ據テハ、之ヨリ長キゴム管ヲ腸腔内ニ挿入シ一舉ニ前述兩原因ヲ除去スル事ニカメラレタ。古クヨリ用ヒラレテ居ル、「ピツイトリン」「ベリスタルテン」ノ如キ、之ヲ後療法トシテ用フベキモノデ、腸麻痺ノ主療法トハ勿論ナラナイ。

吾々ハ本療法ヲ極力推賞スルモ之ヲ唯一ノ療法ト考ヘルモノデハナイ。適宜之ヲ用ヒルノデ、手術前後ノ處置如何ハ大イニ豫後ヲ左右スルモノデ此ノ方面ニ多大ノ注意ヲ拂ツテ居ル。

吾教室ニ於ケル療法

1) 術式ノ選擇

穿孔カラ手術迄ノ經過時間ニ第 1 ニ着目スル。6 時間以内ニ手術スルモノハ、早期手術ト云ヒ、普通ニ開腹、根治手術ヲ行ヘバ 100% 助ケル事ハ容易デアル。之ニ關シテハ特ニ述ベル必要ハナイ。併シ乍ラ本症ハ從來ノ方法デハ時間ノ經過ト共ニ著シク豫後ハ不良デアル。不幸本症ハ一般ニ先ヅ内科醫ノ診察ヲ受ケル場合ガ大部分デ、實際外科醫ノ手ニ渡ルノハ殆ド總テガ晚期ノモノデアツテ、腸麻痺ヲ起シテ居ル場合ガ多イ。此場合ニ吾々ハ糞塞設置術ヲ施スベキモノデ、以下本法ニツキ少シ述ベタイト思フ。

2) 切開部位

穿孔部位ノ診斷ガツイテ居ル時ハ先ヅ該部ニ數 cm ノ小切開ヲ加ヘル。

盲腸ノ時ハ交錯切開カ右副直腹筋切開胃、十二指腸ノ時ハ上腹正中切開カ右副直腹筋切開。

膽囊ノ時ハ右副直腹筋切開、

女子生殖器ノ時ハ下腹正中切開カ、

左、右副直腹筋切開ガ多ク用ヒラレル。又手術中ニ穿孔部位ガ判明スレバ、其ノ方ヘ切開ヲ延長ス

ル。穿孔部位が不明ノ場合ニハ、腹壁緊張ト鼓腸ニヨリ定メルノガ最も合理的デアル。ココニ注意スベキハ、腹壁ハ炎症ノ初期ニ於テハ、相當スル皮膚ニ腹壁緊張ヲ來スガ、腹膜ガ麻痺シテ來ルト、之ハ消失スル。故ニ汎發性腹膜炎ニ於テ腹部ノ大部分ニ於テ腹壁緊張ガアリ一部ニナケレバ無イ部ニ、又一部ニノミ腹壁緊張ガアツテ大部分ニナケレバ其ノ無イ部分ノ中最モ鼓腸ノ甚シイ部ニ切開ヲ加ヘルノガ至當デアル。切開ハ出來ルダケ小サクシ、大キナ切開ヲ加ヘテハナラナイ。無理ニ穿孔部位其ノ他腹腔内處見ヲ見ヨウトシテハナラナイ。時間ヲ空費シ豫後ヲ不良ナラシメル。但シ吐糞症デアル場合ノミハ、大正中切開モ止ムヲ得ナイ。

3) 穿孔部位ノ處置

無理ヲシテ之ヲ行フ必要ハナイ。吾教室ニ於テハ、先ヅ「タンボン」ヲツメル事ヲ原則トシテ居タガ、近時根治手術ヲ同時ニ事情ガ許セバ行ツテ居ル。之モ随分豫後ヲ可良ナラシム。

4) 膿汁ノ處置

腹腔内ノ膿汁ハ「ローターリー」唧筒ヲ以テ之ヲ排除シテ居ル。之ヲ洗滌スベキヤ否ハ論議サレル所デアルガ、吾々ハ洗滌シナイノヲ原則トシテ居ル。膿汁ガ濃厚ナ場合ニノミ洗滌シテ居ル。排膿管ハ2, 3年前迄好ソデ用ヒテキタガ、現今デハ餘リ効果が少イノデ殆ド「フォルムガーゼタンボン」ヲ以テ之ニ代用シテ居ル。「タンボン」抜去ノ時期ニツイテハ一律ニ述ベル事ハ出來ナイガ、大體5日乃至7日位デ「リパノール、ガーゼ」ト入れカヘルトイ様ニ思ハレル。

5) 糞瘻ノ位置

糞瘻ハドノ點ニ設クベキカハ主眼目デアツテ、上方ニ設置スル程有效ナ事ハ明カデアルガ、ソレダケ自然閉鎖ノ可能性少ク、又榮養障碍ヲ起シ易イ。

原則トシテハ左副直腹筋切開ヲ加ヘ、廻腸ノ最モ

膨滿シタ部ノ最上方ニ設ケルノガイイ。本法ノ最初ニ於テハ廻盲腸部ニ近クヨク糞瘻ヲ設ケタガ、之ハ効果が少イノデ今日デハ前記ノ位置ニ之ヲ設ケテ居ル。

6) 糞瘻ノ設置方法

最モ膨滿セル部位ニ「トラーカー」ヲ刺シテ内容ヲ排除シ、腸壁ヲ腸管ノ方向ト平行ニ一部分約2cm位切ル。ソシテ腹壁ニ4針位デ縫ヒツケテオク。唧筒デ内容ヲ排除シタ後、尺餘ノ有孔ゴム管ヲ口腔位ニ向ケテ挿入スル。ゴム管ハ長イ程有效デ、方向ノ不明ナ時ニハゴム丁字管ヲ用ヒテオケバ安全デアル。ソシテ陰壓ノ吸引装置ニゴム管ノ一端ヲ連結シテオケバイイ。

7) 糞瘻ノ處置

腸ノ膨滿ガ去ルトゴム管ノ必要ハナク、之ヲ取ル周圍皮膚ノ炎症ヲ起シ不快ナルモ、亞鉛華油ヲ塗布スレバイイ。ゴム管ヲ取ツタ後ニハ「ガーゼ」ヲ以テ輕クツメテ居タガ、後ニ脱脂シナイ普通綿ニ改メラレタ。綿纖維ノ附着ハ不快ナノデ最近デハ普通綿ヲ「ガーゼ」ニ包ンダ小球ヲ作り、之ヲ以テ瘻孔ヲ壓ヘテ居ルガ、甚ダ有效デ、殆ド閉鎖スル位小サクナツテ來ル。ソシテ7, 80日ノ後腹腔内ノ炎症全ク去リ、傷口モ小サクナツタ時ヲ見テ、穿孔部位ノ處置(先ニ取ツタ場合ハ別トシテ)並ニ糞瘻閉鎖ヲ同時ニ行フ。之ガ術式ニハ腹腔内、腹腔外ノ拔去法等諸種アルガ吾教室デハ從來腹腔内ニ傷口ヨリ少シ離レタ部分カラ入り、糞瘻ヨリ10cm位ツツ離シテ小腸ヲ切斷シ側々吻合ヲ行ツテ居タガ、最近腹腔外ノ閉鎖法ヲ使用シテ見タガ之モ簡單デイイ。要スルニ糞瘻拔去ハ困難ナモノデナイ。未ダ一例モ之ニヨツテ不幸ノ轉歸ヲ取ツタモノハナイ。

要スルニ本法ハ手術時間ヲ短縮シ、切開ヲ可及的小サクシ、併セテ腸内容ヲ排除シ、腸麻痺ヲ徹底的ニ征服シヨウトスルモノデアル。

尙ホ麻酔方法ニ就テハ小兒並ニ特別ナ場合ヲ除イテハ局所麻酔法ヲ使用シテ居ル。糞嚢設置術ニ要スル時間大體 2, 30 分位デアル。

吾教室ニ於ケル後療法

1) 肺炎

術後ニハ肺炎ヲ起ス危險ガアルカラ、手術ガ終ルト直チニ「ブリースニツツ」ノ濕布ヲシ豫メ暖メテオイタ、「ベツト」ニ轉シ、ソシテ「メントピン」2cc サシテオク。

2) 血液循環障碍

脉膊ニ合シテ「カンフル」ヲヨク用ヒ、「コラミン」「ヘキセトン」「ロベリン」又「アドレナリン」等ヲ用ヒル。

3) 嘔吐

胃洗滌ヲ行フノガ最もモ效果ガ多イ。

4) 榮養

葡萄糖入生理的食鹽水 800cc ヲ術後 3 日間位 1 日 1 回皮下ニ注入スル。又 Ringer 氏液ノ靜脈注射ヲ行ヒ、水分缺亡ヲ防グ。

5) 輸血

昭和 4 年中頃ヨリ主トシテ之ヲ行ツテ居ル。最初ハ少量ニ用ヒタガ、今ハ 150cc 乃至 300cc 位用ヒル。之ハ循環障碍、榮養障碍ノ兩方面ニ對シ效果ガ大デアル。今ハ原則トシテ之ヲ行ツテ居ル。

6) 鼓腸

腸ノ蠕動ヲ促スタメ、手術ノ翌日、腹壁ニ溫熱ヲ用ヒ 30 分オキニ「ピツイトリン」0.5cc ツツ 3 回皮下注射シテ居ル。「ベリスタルチン」モ用ヒル。

7) 疼痛

腹壁ニハ炎症ノ擴大ヲ防グタメ、又一面疼痛ノ減少ヲ圖ルタメ、水褌 6 乃至 8 箇位用ヒルガ、疼痛ノ激シイ時ニハ、「モルヒネ」ハ腸ノ蠕動ノ起ルノヲ障碍スル故、溫熱ヲ用ヒル。溫寒ヲ交互ニ使用スル事ハ疼痛ノ外部ニ誘導スルイイ方法デ、約 1 箇年來好シク用ヒテ居ル。

8) 坐位

Fowler 氏ノ位置ガ炎症ヲ骨盤腔ニ限局サスニイイト云フガ、必ズシモサウデナク、好ミニ應ジテヤレバイイト思フ。

B. 急性限局性腹膜炎ノ療法

本症ノ豫後ハ汎發性ノモノニ比ベ非常ニイイ。手術ノ術式モ殆ド一定サレ、外科ニ於ケル最も患者ヨリ感謝ヲ受ケル病氣ノ一ツデアル。然レドモ之ヲ內科的ニ取扱ハンカ、何時汎發性ニ變ルヤモ知レズ、之モ亦外科ヘノ絶對的適應症デアル。唯何時手術スベキカガ問題デアル。

大體次ノ 3 ツニ分レル。

1) 炎症ノ減退スルノヲ待ツテ根治手術ヲ行フ、即チ一時對症療法ヲ行フ。

之ハ一見安全ナ如ク見エルガ嚴重ナ、外科醫ノ監視下ニオクモ尙ホ之ガ汎發性ト化シ、或ヒハ體力ノ減退ヲ來シ手術ノ好期ヲ逸シ豫後ヲ不良ナラシメル場合ガアル。餘リ良法デハナイ。且又病氣ノ場所ヲ

確定シ難クテ治療上支障ヲ來ス場合サヘアル。

2) 直チニ切開スルモ「タンボン」挿入、炎症去リテ後ニ根治手術ニ行フ。

之ハ非常ニ簡單ナ操作デ、一般狀態ハ之ニヨリ忽チニ回復スルノヲ常トシ何等ノ危險モ伴ハヌ。ソシテ炎症症狀ノ去ツタ後、根治手術ヲ行フ。凡ユル場合原則トシテ用ヒテイイ方法デアル。

3) 直チニ切開シテ根治手術ヲ行フ。

之ハ 2 ノ方法ノ一分派トモ見ルベキモノデ、切開後膿ヲ外方ニ導キタル後、出來レバ同時ニ根治手術ヲ行フ。コノ出來レバノ限界ハ頗ル不明瞭デアルガ、相當ノ範圍ノモノ迄、敢然根治手術ヲ行フモ、サシテ糞嚢或ヒハ瘻孔ヲ作ラナイ事ハ本教室最近ノ成績

カラ見テ明カデア。ル。

然ラバ以上3者ノ内何レヲ選ブベキカ、吾教室ニ於テハ昭和3年ノ前半迄第1ヲ多ク用ヒ、爾來第2ノ方法ニ移リ、昭和6年ニ及ビテ出來得ル限り、第3ノ方法ヲ使用シテ居ル。第3ノ方法ハ一度テ手術ガ終了スルノデ、患者ヲ二度手術臺上ニ運ブ煩ヲ避ケ得ラレル故、患者ニ取テ頗ル好都合ノモノデア。ル。

幸ニ本教室ニ於テハ何レヲ用ヒテモ治癒率ハ100%ニ近イ。同ジ治癒率ナラ3,2,1ノ順ニ術式ハ選バルベキモノト思フ。

要スルニ之ガ選擇ハ術者ノ判定ヲ待ツヨリ他ナイガ、又一面、穿孔部位ニヨリ、大イニ趣ヲ趣ニスル。蟲様突起炎、婦人科疾患ノ時ハ可及的第三ノ方法ヲ選ビ、膿瘍ノ如キハ第2ヲ選ブカイト思フ。

後處置

之ニツイテハ汎發性ノ場合ト大同小異デ前者ヲ簡約スレバ之ニ適合スル事故之ヲ省略シマス。

上記ノ方法不幸快方ニ向ハズ、腹部膨滿、腸麻痺ノ症狀表ハレタ時ハ、直チニ汎發性ノ場合ヲ應用シ糞瘻ヲ設置シ治癒セシメ得ル。

V. 手術成績

A. 急性穿孔性汎發性腹膜炎

上記ノ如キ方針ニ基キ手術ヲ行ヒシ患者ガ、最近4年間ニ44例アル。

各症例ニツキ逐一、詳述スル事ハ煩瑣デア。ルカラ、

之ヲ一括シテ先ヅ表示シ。以下順次各條項ニツキ觀察シテ行キタイト思ヒマス。

第 1 表

昭和年度	症例番號	姓 名	年 齡	性 別	原因疾病	穿孔後日數	手 術 時			膿中細菌	糞設置カ瘻否	轉 歸
							體溫	脈搏	白血球數			
3	1	武 ○ 富 ○	24	女	婦人生殖器病	2	37.5°C	126	12,000	/	/	生
3	2	森 ○ 德 ○	32	男	蟲様突起炎	2	37.8°C	/	12,000	/	設	死
3	3	日 ○ 長 ○ 郎	26	男	蟲様突起炎	1	/	90	/	/	設	死
3	4	岡 ○ 生 ○	29	女	蟲様突起炎	2	/	90	11,200	/	設	生
3	5	德 ○ 仲	6	女	蟲様突起炎	4	/	/	/	大腸菌	/	死
3	6	在 ○ 壽 ○ 郎	15	男	蟲様突起炎	2	/	115	/	/	設	死
3	7	田 ○ カ ○ ミ	20	女	十二指腸潰瘍	4	37.5°C	80	/	/	/	生
3	8	鹽 ○ 昇	16	男	外傷性小腸穿孔	1	/	100	/	/	設	死
3	9	稻 ○ 關 ○	29	男	蟲様突起炎	3	38°C	108	8,000	/	設	死
4	10	瞭 ○ ト ○ 子	13	女	蟲様突起炎	2	37.5°C	115	15,000	葡萄球菌	設	生
4	11	板 ○ 鐵 ○ 郎	29	男	蟲様突起炎	1	37.8°C	110	21,000	大腸菌	設	死
4	12	近 ○ 柳 ○	51	男	胃潰瘍	1	/	110	/	/	設	死
4	13	藤 ○ 政 ○	39	男	蟲様突起炎	2	/	152	/	/	設	死
4	14	尾 ○ 信 ○	33	男	外傷性小腸穿孔	1	/	90	/	/	/	生
4	15	大 ○ 澤 ○	49	男	蟲様突起炎	1	37.5°C	/	14,000	/	設	生
4	16	小 ○ 原 ○ 左 ○ 門	63	男	蟲様突起炎	2	37.1°C	94	13,000	葡萄球菌	設	死
4	17	島 ○ 信 ○	7	女	蟲様突起炎	3	/	150	7,000	葡萄球菌	設	死
4	18	西 ○ 豊 ○	34	男	蟲様突起炎	5	38°C	124	9,400	大腸菌	設	死
5	19	土 ○ 助 ○ 郎	56	男	胃潰瘍	2	36.3°C	120	5,000	/	設	死

昭和年度	症例番號	姓 名	年 齡	性 別	原因疾病	穿孔後日數	手 術 時			膿中細菌	糞設置力否	轉 歸
							體溫	脈搏	白血球數			
5	20	○ 清 ○ 子	12	女	蟲 樣 突 起 炎	2	37.5°C	120	22,000	/	設	生
5	21	○ 川 ○ 爾	21	男	蟲 樣 突 起 炎	4	36.0	100	/	/	設	生
5	22	小 ○ 田 ○ 子	7	女	蟲 樣 突 起 炎	2	37.3°C	155	19,800	大 腸 菌	設	死
5	23	○ 原 ○ 次	24	男	蟲 樣 突 起 炎	5	37.5°C	90	13,000	葡 萄 狀 球 菌	設	生
5	24	○ 地 ○ 雄	23	男	蟲 樣 突 起 炎	3	/	90	16,200	大 腸 菌	設	生
5	25	○ 林 ○ 夫	37	男	蟲 樣 突 起 炎	3	36.5°C	120	12,000	大 腸 菌	設	生
5	26	○ 澤 ○ 一	22	男	蟲 樣 突 起 炎	5	/	100	/	大 腸 菌	設	生
5	27	土 ○ 喜 ○ 子	15	女	蟲 樣 突 起 炎	5	38.3°C	126	23,600	大 腸 菌	設	生
5	28	○ 武 ○ 子	13	女	蟲 樣 突 起 炎	7	38.3°C	134	23,000	葡 萄 狀 球 菌	設	生
5	29	○ 本 ○ 美	19	男	蟲 樣 突 起 炎	4	39°C	140	14,000	大 腸 菌	設	死
5	30	○ 本 ○ 次	53	男	胃 潰 瘍	4	37.5°C	110	/	/	設	死
5	31	○ 谷 ○ 一	26	男	外 傷 性 小 腸 穿 孔	1	36.8°C	90	8,400	/	設	生
6	32	○ 次 ○	32	男	蟲 樣 突 起 炎	1	38°C	80	/	/	設	死
6	33	○ 川 ○ 代	34	女	婦 人 生 殖 器 病	2	36.8°C	80	10,800	葡 萄 狀 球 菌	設	生
6	34	○ 清 ○ 治	66	男	膀 臟 壞 死	10	37.1°C	80	32,000	葡 萄 狀 球 菌	設	生
6	35	○ 口 ○ 市	22	男	蟲 樣 突 起 炎	2	38.5°C	90	6,600	大 腸 菌	設	生
6	36	○ 代 ○ 吉	36	男	蟲 樣 突 起 炎	6	38.3°C	120	13,600	大 腸 菌	設	死
6	37	○ 村 ○ 野	35	女	蟲 樣 突 起 炎	3	39°C	120	13,500	/	設	死
6	38	○ 飯 ○ 八	21	男	蟲 樣 突 起 炎	3	37°C	90	15,000	大 腸 菌	設	生
6	39	○ 木 ○ 子	24	女	婦 人 生 殖 器 病	3	37.5°C	100	20,000	葡 萄 狀 球 菌	設	生
6	40	○ 口 ○ 郎	31	男	十 二 指 腸 潰 瘍	12	37.7°C	80	15,600	葡 萄 狀 球 菌	設	死
6	41	○ 見 ○ ヌ ○	46	女	蟲 樣 突 起 炎	4	37°C	70	7,500	葡 萄 狀 球 菌	設	生
6	42	○ 岡 ○ 太 ○	46	男	蟲 樣 突 起 炎	4	38.2°C	114	10,000	大 腸 菌	設	生
6	43	○ 田 ○ 志	29	男	胃 潰 瘍	1	36.7°C	102	13,000	/	設	生
6	44	○ 部 ○ 造	47	男	蟲 樣 突 起 炎	4	39°C	130	13,600	大 腸 菌	設	生

1) 汎發性腹膜炎ト死亡率

4年間ニ手術セシ44例中, 全治24例, 54.5%, 死亡, 20例, 45.5%デアル。之ヲ諸家ノ成績(第2表)

ニ比較スルニ一見優劣ナキ如クナルモ、之ヲ年度別ニ見ル時ハ吾教室ノ手術法ガ年ト共ニ進歩セル跡ヲ歴然ト見ル事ガ出來ル。各年度ノ死亡率ヲ見ルニ

第 2 表

著 者 名	總症例數	死亡率	治 療 法	著 者 名	總症例數	死亡率	治 療 法
Hirschel	9	45%	1%「カンフル」油洗滌	Körte	不明	40%	洗 滌 法
Schönbauer	117	12.8%	酸性「ペプシン」液洗滌	Nordmann	75	48%	洗 滌 法
Sohn	107	36%	洗 滌 法	大 園	34	47%	糞 瘻 設 置
Noetzel	449	38%	洗 滌 法	齋藤外科(神川)	37	43%	清 拭 法 齋藤式 コルブドレン使用
Körte	不明	42%	清 拭 法				

(第3表) 昭和3年ニ於テ66.6%デアツタノガ昭和6年ニ於テ80.7%ニナツタ現今ノ成績ハ諸家ノ

モノニ比シ甚ダ優秀デアル。

第 3 表

年 度	症 例 數	死 亡 數	死 亡 率	年 度	症 例 數	死 亡 數	死 亡 率
4 年 間	44	20	45.5 %	昭 和 5 年	13	4	30.7 %
昭 和 3 年	9	6	66.6 %	昭 和 6 年	13	4	30.7 %
昭 和 4 年	9	6	66.6 %				

2) 糞瘻設置ト死亡率

全患者數 44 例中 34 例ニツキ糞瘻ヲ設置シ、其ノ中 17 例ハ全治シ 17 例ハ死亡シテ居ル。即チ死亡率ハ 50.0 % コハ一見不良ナル如キモ、コノ中ニハ、本

法適用當初ノ不良ナ成績ヲ含メ居ルカラデ、昭和 3 年ニハ死亡率 83.4 % デアツタカノガ、昭和 6 年ニハ 33.7 % ニ低下シテ來タ。尙ホ昭和 5 年ノハ、30.7 % デアル。

第 4 表

年 度	症 例 數	死 亡 數	死 亡 率	年 度	症 例 數	死 亡 數	死 亡 率
4 年 間	34	17	50.0 %	昭 和 5 年	13	4	30.7 %
昭 和 3 年	6	5	83.4 %	昭 和 6 年	9	3	33.3 %
昭 和 4 年	7	5	71.4 %				

3) 原因疾病ト死亡率

膀胱壞死ニヨルモノハ稀有故別トシテ婦人生殖器病カラノモノ最モヨク治癒シ次ニ外傷ニヨルモノ、次ニ蟲様突起炎ニ由ルモノノ順デアル。

外傷ハ比較的早期ニ治療サレルノデ、豫後ガ可良ノ様ニ思ハレル。(第 5 表)

Sohn 氏ノ例ハ蟲様突起ニヨルモノガ胃潰瘍ニツイデイトシテ居ル。(第 6 表)

第 5 表

原因 疾 病	症 例 數	死 亡 數	死 亡 率	原因 疾 病	症 例 數	死 亡 數	死 亡 率
蟲 様 突 起 炎	31	15	48.4 %	婦 人 生 殖 器 病	3	0	0 %
胃 潰 瘍	4	3	75 %	十 二 指 腸 潰 瘍	2	1	50 %
外 傷 性 腸 穿 孔	3	1	33.3 %	膀 胱 壞 死	1	0	0 %

第 6 表

原因 疾 病	症 例 數	死 亡 數	死 亡 率	原因 疾 病	症 例 數	死 亡 數	死 亡 率
蟲 様 突 起 炎	67	19	28.3 %	婦 人 生 殖 器 病	17	11	64.5 %
胃 潰 瘍	8	1	12.5 %	轉 位 性 腹 膜 炎	5	2	40 %
腸 穿 孔	8	3	37.5 %	膽 囊 穿 孔	2	2	100 %

4) 穿孔後ノ日數ト死亡率

穿孔後ノ日數ト共ニ死亡率ノ増加スル事ハ諸家ノ成績(第8表)ノ悉ク一致スル所デアルガ、本統計(第7表)ニ見ルト、穿孔後ノ日數長イモノガ比較的良好

ナ珍現象ヲ呈シテ居ル。之ハ長ク耐ヘタモノハ毒力ガ弱ク、體ノ抵抗ガ強イト云フ事モ考ヘラレルガ、晩期ノ重篤ナモノニ糞瘻設置法ノ有效ナ事ヲ裏書スルモノデアル。早期ノモノニハ之ヲ施サナイ事ガ多イ。

第 7 表

經過日數	症例數	死亡數	死亡率	經過日數	症例數	死亡數	死亡率
1	9	6	66.6 %	6	1	1	100 %
2	12	6	50 %	7	1	0	0 %
3	7	2	28.6 %	10	1	0	0 %
4	8	3	37.5 %	12	1	1	100 %
5	4	1	25 %				

本統計ヲ見ルニ、48時間以内 21 例中死亡 12 例、死亡率 57.1 %、48 時間以上 23 例中死亡 8 例、死亡率 34.8 %。

我實驗例中ニハ随分晩期ノモノヲ手術シテ助カツタ例ガ多ナル。

第 8 表

著 者 名	經過日數	死亡率	著 者 名	經過日數	死亡率
Noetzel	2-3	29 %	Schmid	1	10.3 %
	4-5	55 %		2	21.3 %
	6-7	69 %		3	32.3 %
	8	88 %		4	59.1 %
鹽 田	48 時間以内	20 %	Nordmann	48 時間以内	17.6 %
	48 時間以上	66.6 %		48 時間以上	58.6 %
Röpke	12 時間以内	8 %	Nowick	24 時間以内	31 %
	48 時間以内	56 %		52 時間以内	52 %

5) 細菌ト死亡率

細菌ノ種類ニヨリ毒力ニ差違ガアリ、豫後ニ影響ヲ及ボス事ハ勿論デ、大腸菌ニ葡萄狀球菌ヲ合併ス

ルモノガ最モ悪ク、淋菌ニヨルモノガ最モイイ。(第9表)

第 9 表

細菌名	症例數	死亡數	死亡率	細菌名	症例數	死亡數	死亡率
大腸菌	12	5	41.7 %	葡萄狀球菌	5	2	40 %
大腸菌	3	2	66.6 %	葡萄狀球菌	1	0	0 %
葡萄狀球菌				淋			

Nordmann 氏ノモ、大體ニ於テ似テ居ル。(第10表)

第 10 表

細菌名	症例數	死亡數	死亡率	細菌名	症例數	死亡數	死亡率
大腸菌	17	5	29.4%	葡萄狀球菌	2	0	0%
葡萄狀球菌	4	2	50%	連鎖狀球菌	3	3	100%
大腸菌				連鎖狀球菌	2	1	50%
大腸菌	1	1	100%	双球菌	2	2	100%
連鎖狀球菌							

6) 年齢ト死亡率

10歳ヨリ30歳迄ニ於テ死亡率少ク10歳以下ハ最モ悪ク30歳以上ハ大體年ト共ニ死亡率ハ、増シテ行ク。50歳以上ハ頗ル悪イ。

思フニ老衰期ニ近キ故回復力少ク、腹膜炎ノ如キ重症ニハ堪ヘ難イモノノ様テアル。

Nordmann 氏ハ患者ノ半数ハ11—40歳ニシテ小兒ノ死亡率特ニ大ナリト云ツテ居ルガ、本統計ニ於テハ21—40歳テ既ニ半数以上ニ達シテ居ル。

Kirschner 氏ハ1—5歳ハ最モ危険デ、10—15歳ハ最モ死亡率少ク、ソレ以上ハ年齢ト共ニ死亡率ハ増加スルト云ツテ居ル。

第 11 表

年齢	患者數	死亡數	死亡率	年齢	患者數	死亡數	死亡率
1—10	3	3	100%	41—50	4	1	25%
11—20	8	3	37.5%	51—60	3	3	100%
21—30	13	3	23.1%	61—70	2	1	50%
31—40	11	7	63.6%				

7) 性別ト死亡率

44例中男子30例死亡16例死亡率ハ53.3%デ、女子14例死亡、4例死亡率ハ28.6%デアル。

即チ男子ノ死亡率ハ約女子ノ2倍ニ當ル。

8) 體温、脉搏、白血球數ト豫後

體温ハ總テ39°C以下デ、低イ程イイ事ハ確カダガ、餘リ豫後ト關係ハナイ。

Nordmann 氏ハ體温高ク、脉搏120以上ハ豫後ガ悪イト云ツテ居ルガ、本統計デハ120以上ガ14例中死亡ハ8例デアル。

白血球數トノ關係ヲ見ルニ、判明シタモノ32例アリ、15,000ヲ越エルモノ、10例中死亡2例ノミ。即チ白血球ノ多イ事ハ抵抗力ノ旺盛ナ事ヲ示スモノデ、寧ロ豫後ハ非常ニ良好デアル。

B. 急性穿孔性限局性腹膜炎

1) 限局性腹膜炎ト豫後

最近4年間ニ44例ノ患者ガアリ、其ノ中1例ノ死亡者ガアルノミデ、他ノ43例ハ悉ク治癒シテ居ル。即チ死亡率ハ2.3%ニ當ル。

年度別ニ見ルモ昭和6年ガ死亡率14.3%ノミ他ハ總テ0%デアル。岩本氏ニヨルト13.1%、松尾氏7.4%、Hoffmann 氏13.4%、Bürger 氏14.8%デ、内外諸家ノ成績ニ比ベテ一顧地ヲ拔イテ居ル。

2) 穿孔部位トノ關係

蟲様突起炎 41 例, 膽囊穿孔 2 例, 婦人生殖器病 1 例デアル。死亡率ハ蟲様突起炎ガ 2.4% ノミデ他ハ 0% デアル。膽囊穿孔ノ 2 例ハ幸ニモ共ニ助ツタモノデ、之ハ本教室坂井氏ガ報告シテ居ル。限局性ノモノハ何レノ部位ニ穿孔アルモ豫後ハ總テイイ。

3) 細菌ト豫後

大腸菌 16 例, 大腸菌, 葡萄狀球菌 2 例, 葡萄狀球

菌 2 例, 連鎖狀球菌 2 例デ大腸菌ノ 1 例ガ死亡シタノミデ他ハ總テ治癒シテ居ル。

4) 穿孔後ノ日數トノ關係

限局性腹膜炎ハ一般状態ヲ犯ス事ガ, 汎發性ノモノニ比シテ少ク, 且稍々長時間ヲ經過シタルモノハ限局度大ナルヲ普通トスルカラ餘後ト餘リ關係ガ少イノデ, 詳細ニ述ベル事ハ之ヲ省略シマス。

VI. 結 論

穿孔性腹膜炎中限局性ノモノハ豫後非常ニヨク, 44 例中 43 例迄全治シテ居ル。汎發性ノモノモ早期ノモノ, 晩期デモ比較的早期ノモノハ切開「タンボン」挿入ノ療法デ救ヒ得ル。又晩期ノ腸麻痺ヲ起シタルモノデモ之ニ糞瘻設置術ヲ施セバ約半數ハ治癒セシメ得ル。

全體トシテ, 44 例中, 24 例即チ 54.5% ハ全治シテ居ル。

然モ治癒率ハ年次急速度ニ向上シ, 最近ハ死亡率 30.7% ニ過ギナイ。是レ本療法ノ進歩ヲ示スモノデアル。

今後一層糞瘻設置ノ改良ヲ加ヘ完成ノ域ニ進マンカ, 遂ニハ穿孔性腹膜炎ハ敢テ恐ルルニ足ラザルニ至リ, 多數ノ人々ガ既死回生ノ歡ニヒタリ得ル時期ガ遠カラズ來ル事ヲ確信シテ居ル。

摺筆ニ當リ恩師泉先生ノ御校閱ニ對シテ滿腔ノ感謝ノ意ヲ表シマス。

文 獻

- 1) 泉伍朗, 實驗醫報, 127 號.
- 2) 泉伍朗, 東京醫事新誌, 2433 號.
- 3) 榊原亨, 東京醫事新誌, 2599 號.
- 4) 坂井芳次郎, 岡醫雜, 第 42 年, 10 號.
- 5) 吉田智一, 岡醫雜, 第 43 年, 2 號.
- 6) 得能倫二, 軍醫團雜誌, 212 號.
- 7) 大園政人, グレンツゲビート, 第 3 年, 5 號.
- 8) 神川一格, 日本外科學會雜誌, 30 回.
- 9) 小池百藏, 内外治療, 第 3 年, 5 冊.
- 10) 志村國作, 池田與一, 日本外科學會雜誌, 27 回, 1 號.
- 11) 鹽田廣重, 日新醫學, 第 2 年.
- 12) 岩本正樹, グレンツゲビート, 第 4 年, 5 號.
- 13) 佐田政人, 日本外科學會雜誌, 31 回, 12 號.
- 14) 三宅博, グレンツゲビート, 第 4 年, 5, 6, 7 號.
- 15) 堀内千仞, 日本外科寶函, 第 7 卷, 附錄.
- 16) 土屋直茂, 日本外科學會雜誌, 29 回, 8 號.
- 17) Noetzel, Zentralblatt f. Chir. Nr. 31, 1909.
- 18) Sohn, Bruns. Beit. z. klin. Chir. Bd. 121, 1920.
- 19) Schmid, Archiv. f. kl. Chir. Bd. 94,
- 20) Grigorevski, Zentralblatt f. Chir. Nr. 8, 1930.
- 21) Knopp, Zentralblatt f. Chir. Nr. 18, 1928.
- 22) Paolini and Palotti, Gazz. intern. med. Chir. No. 31, 1926.
- 23) Körte, Zentralblatt f. Chir. Nr. 14, 1926.
- 24) Kirschner, Zentralblatt f. Chir. Nr. 22, 1926.
- 25) Schönbauer, Zentralblatt f. Chir. Nr. 45, 1926.
- 26) S. Nowick, Polski Przegląd Chir. Bd. IV Heft 4.