

膽囊穿孔ニヨル急性腹膜炎ニ就テ

岡山醫科大學泉外科教室（主任泉教授）

醫學士 坂井芳次郎

第1章 緒 論

膽囊穿孔ニ續發スル腹膜炎ハ蟲様突起炎穿孔ニ續發スル夫レヨリハ遙カニ稀ナリ。而シテ Ehrhardt, 近藤, Hilgenberg 及ビ Rona 氏等ノ如ク膽囊穿孔ニヨリ招來セラレシ腹膜炎ハ比較的良經過ヲ示スモノナリトスル^{2,3}ノ學者モアレドモ Kehr 氏ヲ始メ現今一般ノ趨勢ハ重態ナル經過及ビ豫後不良ヲ示スモノナリトセリ。這ハ本症ニ死亡率ノ大ナルニヨリテ明示サル。而シテ此ノ死亡率大ナルハ確實ナル診斷ヲ得ズシテ穿孔ヨリ手術ニ到ル時間的經過長キニ由ルナリ。故ニ吾人ハ早期診斷ノ下ニ機宜ノ處置ニ出ヅルノ如何ニ必要ナルカヲ高唱ス。文獻ニ見ル本症例ノ多クハ或ハ蟲様突起炎トシ或ハ十二指腸又ハ胃潰瘍ト誤ラル、之レ一面ニハ本症ノ稀ナルト往々ニシテ其ノ特有徴候ノ缺如セルニモ職由スレドモ、他面吾人ガ現病歴ノ仔細ノ聽取ト精細ナル病狀ノ觀察トヲ缺ク點無キニシモ非ズ。

最近我ガ泉外科教室ニ於テ2例ノ膽囊穿孔例ヲ經驗セリ。該2例ハ可ナリ重篤ナル急性腹膜炎ヲ起セシガ手術ニヨリテ全治セリ。仍テ余ハ之ヲ報告スルト同時ニ内外文獻ヲ涉獵シテ統計的觀察ヲ試ミ本症ノ徴候、診斷、穿孔原因竝ニ手術方法等ニ就テ述ブル所アラントス。

第2章 自家症例

第1例 患者 高○喜○郎 60歳 農夫

初診。昭和4年9月20日

入院日。同年同月21日

主訴。右季肋部ニ於ケル劇痛發作

家族歴。祖父母、父母共ニ死亡セリ。同胞5人。長兄及ビ第3兄ハ既ニ死亡シ他ハ健在ス。息子8人。内1人43歳ニシテ腸「チフス」ニテ斃レシ外ハ皆健在ス。

遺傳的關係ニ於テ認ム可キモノナシ。

既往症。25歳ノ時「マラリア」ニ罹患ス他ニ著患ヲ知ラズ。

現病歴。患者ハ昭和4年2月認ム可キ原因ナクシテ氣分ノ不快ヲ覺エ、時ニ右季肋部ニ於テ鈍痛ヲ訴ヘタリ。7月下旬遠路ヲ歩キシ際突然右季肋部ニ堪エ得ザル劇痛ヲ發シ就床ノ已ムナキニ至レリ。當時嘔吐又ハ黃疸ナシ。内科的治療ニヨリ症狀一時輕快セリ。越エテ9月9日更ニ上記部位ニ劇痛發作ヲ來シ、輕度ノ黃疸ヲ認メタリ。當時内科的治療ヲ受ケシモ何等效果ナシ。同月12日上腹部ノ膨隆ヲ認メ、腹痛ハ漸次増大セリ。同月19日某醫ニ腹腔ノ穿刺ヲ受ケ膽汁出デシト言フ。越エテ同月20日特外診ヲ求ム。實ニ發

病 11 日後ナリ。

現症、身長中等、體格強ニシテ骨骼及ビ筋ノ發育適度ナリ。皮下脂肪纖ハ可ナリニ消耗セラル。顔貌ハ稍々疲勞且不安ノ狀ヲ示ス。瞳孔ノ光反應ハ異常ナシ。皮膚ノ溫度並ニ濕度ハ殆ド正常ナレドモ輕度ノ黃疸及ビ瘙癢アリ。眼瞼及ビ眼球結膜ニ亦輕度ノ黃疸ヲ認ム。口唇稍々乾燥シ、帶黃蒼白ナリ。舌ハ稍々乾キ厚キ白汚色ノ舌苔ヲ蒙ル。脈搏ハ稍々頻數ニシテ其ノ數 1 分時約 80 ヲ算ス整調ナリ。意識明瞭。

肺肝濁音界ハ稍々舉上セラレ第 5 肋間腔ニ達ス。心音稍々活潑ナル外ニ胸部異常ヲ認メズ。

尿ハ帶黃褐色ニシテ弱酸性ヲ呈ス。比重 1018。蛋白及ビ糖反應ハ陰性ナリ。膽色素反應陽性。

大便ハ稍々下痢様ニシテ寄生蟲卵ヲ認メズ。

局所所見、腹部一般ニ膨滿シ殊ニ上腹部ニ於テ著明ナリ。上腹部ニハ一般ニ壓痛アレドモ特ニ膽囊部位ニ於テ劇烈ナリ。Mc. Burney 氏點ニハ壓痛ナシ。上腹部ニ於テハ直腹筋ノ緊張強キモ下腹部ニハ存在セズ。

肝臟濁音界ハ稍々舉上セラルルコト上述ノ如キモ其ノ下緣ハ觸知サレズ。

診斷、以上ノ所見並ニ現病歴ヲ顧慮シ膽囊穿孔ニヨル急性腹膜炎ト診斷ス。

手術並ニ手術時所見、昭和 4 年 9 月 20 日「ノボカイン」局所麻酔ノ下ニ榊原助教授執刀ニテ上腹部正中線ニ於テ皮膚ニ縱切開ヲ施シ腹膜ヲ切開ス。腹膜ヲ開クヤ否ヤ稍々膽汁ヲ交ヘシ濃厚ナル惡臭ヲ有スル液多量ニ涌出セリ。肝臟ハ暗赤紫色汚穢ノ色調ヲ呈シ、胃前壁ニハ纖維素ノ沈着アリ。該液ノ存在ハ上部ハ第 7 肋間位ニ及ビ下方ハ臍高位ニ於テ腹膜ト應着セル大網膜ニヨリテ下腹腔ト境界セラル。右方ハ殆ド後腋窩線ニ達シ、左方ハ脾臟部位ニ及ブ。仍テ「ドレーン」及ビ沃度「フォルムガーゼ」「タンボン」ヲ挿入シテ術ヲ終ル。翌日「ドレーン」及ビ「タンボン」ヨリノ膿排出量ハ非常ニ減ジ心窩部ノ膨隆ハ殆ド去リシモ右方第 6 肋間ヨリ臍位迄特ニ膽囊部位ニ於テ尙ホ壓痛可ナリニ強シ。左方ニ於テモ多少ノ壓痛アリ。仍テ更ニ排膿ノ完全ヲ計ル爲メニ「ノボカイン」局所麻酔ニテ左右直腹筋内縱切開ヲ前創ト平行シテ設ケ沃度「フォルムガーゼ」「タンボン」ヲ挿入シテ術ヲ終ル。膽汁ノ細菌學の検査ニヨリ大腸菌ノ純粹培養ヲ得タリ。

經過、術後ノ經過至極順當ニシテ約 1 箇月後ニ殆ド恢復セリ。

根治手術、10 月 29 日榊原助教授執刀。「ノボカイン」局所麻酔ノ下ニ膽囊剔出術ヲ施行セリ。皮膚切開ハ右直腹筋内縱切開ヲ行フ。腹膜ヲ開クニ腹膜ハ腹腔内臓器ト處々ニ應着ヲ營ミ特ニ大網膜トハ其ノ基底部分ニ於テ強度ニ應着ス。之等ノ應着剝離後膽囊ヲ剔出セリ。總輸膽管ノ觸診ニヨリ膽石ノ存在ヲ證明セシヲ以テ輸膽管切開術ヲ施シ無數ノ粉石或ハ粉砂及ビ數箇ノ膽石ヲ取り出セリ。更ニ Vater 氏乳頭部近クニ於テ 1 箇ノ大ナル膽石ノ介在セルヲ除去セリ。斯クシテ法ノ如ク切開口ヲ閉鎖シ此ノ部及ビ Winslow 氏窩ニ沃度「フォルムガーゼ」「タンボン」ヲ挿入シ、腹壁ハ結節縫合ヲ以テ閉鎖シ術ヲ終ル。

剔出膽囊所見、

剔出膽囊ノ大サハ小ニシテ萎縮ス。壁ハ一般ニ肥厚シ特ニ網膜ト強固ニ附着セル部ヲ内面ヨリ見ルニ小指頭大ノ稍々硬キ癭痕形成ヲ認ム。内面處々ニ平滑ニシテ少ク光澤アル部ヲ認ム。膽囊頸部ニ於テ他部ニ比シ壁ノ薄キ部分ヲ認ム。此ノ部ハ恰モ膽石ニヨリ壓迫セラレ居シヲ思ハシム。膽管ノ膽囊頸移行部ハ狹窄セラル。膽囊内容ハ粘稠ナル深綠色ノ膽汁及ビ無數ノ膽砂及ビ極メテ脆弱ナル「ビリルビン」結石ナリ。細菌學の検査ニヨリ大腸菌及ビ其ノ變形菌ト思ハルモノヲ證明セリ。

術後ノ経過、術後3日「タンボン」ヲ短縮ス。術後8日一部抜糸、「タンボン」ヲ入レ換フ。術後10日残りノ抜糸ヲナス。術後15日目ヨリ腹部ノ熱氣療法ヲ施ス。経過順調ニシテ入院後79日目ニ全治退院ス。

第2例 患者 今〇房〇 56歳 農夫

初診、昭和4年10月29日

入院月日、同年同月同日

主訴、上腹部疼痛及ビ高熱

家族歴、父ハ72歳ニテ、母ハ64歳ニテ共ニ老衰ニテ死亡セリ。同胞4人。患者ハ其ノ末子ナリ。長兄66歳ニテ死セル外ハ健康ナリ。遺傳的關係ニ於テ認ム可キモノナシ。

既往症、生來健ニシテ著患ニ罹リシコトナシ。

現病歴、患者ハ昭和4年10月21日労働中突然惡寒ヲ覺エ歸宅就床セリ。解熱劑ノ服用ニヨリ一時解熱セリ。此ノ晩ヨリ下腹部殊ニ廻盲部附近ニ疼痛ヲ訴ヘタリ。發熱38°C乃至39°Cナリ。23日同部ノ疼痛ハ輕快セリ。然ルニ臍嚢部ニ疼痛ヲ覺エ且同部ニ壓痛及ビ腹膜緊張起レリ。該部ニ氷嚢ヲ貼用シ一時症狀輕快セリ。29日再ビ臍嚢部位ニ劇痛ヲ發セリ。該劇痛ハ時ト共ニ増加セルモ嘔吐及ビ黃疸ハ存在セズ。便通ハ稍々下痢様ニシテ瓦斯ノ排泄ハ殆ド障礙ナシ。

現症、身長中等。骨骼ノ造構通常。榮養佳良ナラズ。顔貌苦悶ノ狀ヲ呈ス。瞳孔ノ光反應尋常ニシテ結膜及ビ一般皮膚ニ黃疸ヲ認メズ。皮膚一般ニ熱感アリテ稍々濕性ナリ。

脈搏ハ稍々小ニシテ頻數ナレドモ整調ナリ。肺臟及ビ心臓ハ打診上及ビ聽診上殆ド異常ナシ。肺肝界第5肋間。發熱36.3°C。

尿ハ帶黃褐色透明ナリ。比重1013。蛋白及ビ糖ヲ證明セズ。「ビリルビン」反應陰性ナリ。

局所所見、上腹部特ニ臍嚢部ニ於テ強度ノ腹壁緊張及ビ壓痛アリ。臍部以下ハ殆ド正常ナリ。Mc. Burney氏點ニ壓痛又ハ腹壁緊張ヲ認メズ。

診斷、以上ノ所見及ビ現病歴ヲ顧慮シテ臍嚢穿孔ニヨル急性腹膜炎ト診斷ス。

手術及ビ手術時所見、

上記診斷ノ下ニ入院即時榊原助教授執刀ニテ「ノボカイン」鹽莫混合局所麻醉ニテ開腹術ヲ行フ。

皮膚切開、上腹部ニ於テ左直腹筋内經切開及ビ右肋骨下緣ニ角狀切開ヲ施ス。腹膜ノ切開ト同時ニ腹腔内ヨリハ膽汁ヲ交ヘタル少ク暗赤色ヲ帶ベル液多量ニ奔出セリ。左方ニ於テハ腹膜ノ肥厚又ハ癒着ヲ認メズ。右方ニ於テハ腹膜稍々肥厚ス。網膜ハ強ク充血ス。臍嚢ト肝臟及ビ周圍臟器トノ癒着強度ナリ。臍嚢底部ニ於テ小指頭ノ穿孔部位ヲ認ム。此ノ部ハ網膜トノ癒着稍々強度ナリ。吸引唧筒ニテ腹腔中ノ液ヲ吸引シ切開創ヨリ胃小彎下橫行結腸及ビ穿孔部位ニ沃度「フォルムガーゼ」ノ「タンボン」ヲ挿入シ切開創一部ヲ結節縫合ヲ以テ縫合ス。腹腔ヨリ得タル液ノ細菌學的検査ニヨリ大腸菌ノ純粹培養ヲ得タリ。

経過、術後2日「タンボン」ヲ短縮ス。術後4日「タンボン」交換。同6日目左側ノ「タンボン」ヲ除去ス。同7日抜糸同10日右側ノ「タンボン」除去。3000倍「リバノール」液ニテ洗滌ス。日ト共ニ切開創ハ小トナリ分泌液モ亦減少シ術後47日ニシテ全治ス。術後53日目ニ退院セリ。本例ニ於テハ患者ノ家庭上ノ事情ニヨリ臍嚢剔除術ハ施行セズ。

第 3 章 發生病理解剖

膽囊ノ穿孔ニヨリテ發生スル腹膜炎ハ膽道ヨリ發生スル腹膜炎中最モ屢々見ルモノナリ。然レドモ膽囊ガ腹腔内ニ穿孔スルハ比較的稀ナルモノナリ。Mc. Williams 氏(1912 年)ノ統計ニヨレバ膽道系統ノ手術例 3180 例中 29 例即チ 0.9% 之ヲ見ルニ過ギズ。Gosset, A. 氏(1925 年)ハ膽囊腹腔内穿孔ノ 111 例ヲ觀察セシガ均シク之ヲ稀ナルモノトナセリ。然ルニ Rona 氏(1925 年)ハ 101 例ノ手術例中 13 例ニ於テ膽囊ノ穿孔ヲ見タリ。而シテ此ノ中腹腔内ニ穿孔セシ 7 例即チ手術例ノ 6.9%, 膽囊穿孔例ノ 53.8% ヲ見タリ。仍テ氏ハ膽囊穿孔ハ決シテ稀ナラズト結論セリ。Fifield 氏(1926 年)ハ London Hospital ニ於ケル 25 年間ノ統計的觀察ニヨリ膽道系統ノ疾患 1066 例中 28 例ニ於テ穿孔ヲ見タリト言ヘリ。Cassownikow 氏(1925 年)ハ膽石症 127 例中 19 例ニ穿孔ヲ見, 此ノ中 18 例ハ限局性, 1 例ハ廣汎性腹膜炎ヲ起セリト言ヘリ。氏ハ此ノ如キ腹膜炎ハ稀ナルモノニシテ 7% ヲ算ストセリ。Alexander, Emory, G. 氏(1927 年)ハ 1000 例ノ膽囊疾患中 20 例ノ穿孔ヲ見, 此ノ中 8 例ハ急性穿孔ナリト言ヘリ。要之, 膽囊ノ穿孔ハ膽道系統ノ疾患中比較的稀ナルモノナリ。而シテ膽囊穿孔ガ腹腔内ニ向ツテ起ルハ膽囊穿孔中比較的的多キハ第 1 及ビ 2 表ニ見ルモ明カナリ。余ハ此ノ如キ 2 例ヲ見タリ。

第 1 表 膽道系統ニ於ケル穿孔頻度

報 告 者(年 度)	穿 孔 部 位	例 數 (%)
Mc. Williams (1912)	膽 囊	82 (91.1%)
	膽 囊 管	3 (3.3%)
	總 輸 膽 管	4 (4.4%)
	肝 膽 管	1 (1.1%)

次ニ膽囊ハスベテノ部位即チ其ノ底部頸部, 若クハ其ノ内外面ヨリ穿孔シ得ルモノナリ。文獻ニ見ルニ底部若クハ之ニ近キ部分ニ於ケル穿孔例最モ多シ。Ehrhardt, Hayem, Thomas, Naunyn, Kehr, Körte 及ビ伊藤氏ヲ始メ多クノ研究者ニヨレバ譬ヒ膽囊ガ穿孔シ胆汁ガ腹腔

内ニ流出スルモ, 胆汁ガ無菌ナル時ハ何等腹膜炎ヲ喚起セズシテ一定時間腹腔中ニ貯ヘラレ得ルコトハ明白ナルガ如シ。但シ Edler, Laehr 氏等ハ無菌胆汁ニヨル化學的腹膜炎ナルモノニ就テ述ブル所アリ。一般ニ膽囊穿孔例ニ於ケル胆汁ハ感染性ナルモノナリ。從ツテ穿孔後ニ起ル腹膜炎ハ限局性若クハ汎發性タリ。若シ穿孔ガ小孔ヨリ徐々ニ起ル時ハ膽囊ノ解剖學的地位即チ下方ハ横行結腸及ビ網膜ニヨリ内方ハ胃及ビ十二指腸等ニヨリ, 外側竝ニ上方ハ肝臓ニヨリテ腹膜炎ノ更ニ擴大スルヲ防グモノナリ。殊ニ穿孔前ニ既ニ周圍トノ癒着ノ存スルアラバ尙ホ一層炎症ノ擴大ヲ防グニ有利ナルハ明カナリ。勿論腹腔内炎症ノ侵襲或ハ擴大度ハ流出セシ胆汁細菌ノ病毒性ノ大小及ビ其ノ量ニ左右セラルルヤ明カナリ。從ツテ何等癒着ナクシテ卒然ニ穿孔起リ而モ同時ニ大ナル穿孔ガ強度ニ感染セル胆汁ノ大量ヲ以テ起ル時ニハ短時間ニシ

第 2 表 膽囊ヨリ穿孔セシ部位

報 告 者 (年 度)	例 數	穿 孔 部 位	例 數
Hilgenberg (1922)	25	肝 臓 内	6
		十 二 指 腸 内	1
		胃, 肝臓, 横行結腸	1
		腹 腔 中	10
		同 癒 着	7
. Rona, D. (1925)	13	腹腔ニ出デ無癒着	3
		同 包 裡 性 膿 腔	4
		十 二 指 腸 内	1
		肝 膽 管 中	1
		肝 臓 實 質 内	4

テ全腹腔ハ侵サレ極メテ重篤ナル豫後ヲ示ス汎發性腹膜炎ヲ招來ス可シ. Ehrhardt 氏ハ膽囊穿孔ニヨリテ招來セラルル胆汁性腹膜炎ハ一般ニ緩漫ノ經過ヲ示スモノニシテ這ハ其ノ癒着傾向大ナルコトモ一因タリトセリ. Hilgenberg 氏(1922 年)モ亦汎發性腹膜炎ハ稀ナルモノトセリ. 其ノ原因トシテ氏ハ穿孔ガ徐々ニ起リ且流出セシ胆汁ガ包裡サルル傾向強ク且纖維性癒着ヲナス傾向ノ大ナルヲ舉ゲタリ. Mc. Williams 氏(1912 年)ハ膽囊穿孔ヲ 2 群ニ分テリ. 即チ

胆汁ノ感染輕度ニシテ癒着形成ヲナスモノト甚シク感染サレテ腹腔内ニ穿孔ヲ起スモノトナリ.

次ニ腹膜炎ニシテ腹腔内ニ於テ包囊ニ陥リ多少ノ感染セル胆汁ヲ含有セルモノヲ Levin 氏ハ „Cholezele“ ナル名稱ヲ與ヘシモ Kehr 氏ハ此ノ如キ名稱ノ必ズシモ必要ヲ認メズトセリ. 氏ハ胆汁ガ此ノ如ク腹腔内ニ於テ包裡サルルノ機會ハ特ニ既述セシ解剖學的關係ニ於テ有利ナル地位ニ在ルト. 他方穿孔ガ急速ナラザル時ハ癒着ヲ形成シ茲ニ包裡サルルニ至ルモノナリトセリ.

第 4 章 膽囊穿孔ノ原因及ビ年齡竝ニ性別トノ關係

第 1 項 穿 孔 ノ 原 因

膽囊穿孔ノ原因ニ就テハ種々ノ說アリ. Hoppe-Seyler 氏ハ原因不明ノ所謂 „primäre Geschwür“ ヲ舉ゲタリ. Budd 氏ハ這ハ胆汁ノ膽囊粘膜ニ對スル傷害作用ニ由ルモノナリト言ヘリ. Glaser 氏ハ Budd 氏ノ言ヘルガ如キ作用ニヨリテ起リシモノト思考セラルル例ヲ記載セリ. Kehr 氏ハ此ノ如ク健康胆汁ガ粘膜ノ傷害作用ヲ有ストハ信ゼラレズ. 恐ク此ノ際細菌ノ存在ヲ必要トセリ. 氏ハ膽石ヲ重要視セルガ此ノ膽石スラ恐ク細菌ナクシテハ潰瘍形成ヲナスコトナキモノナラント言ヘリ.

Gosset 氏(1925 年)ハ穿孔原因ヲ膽囊ノ炎症性疾患ニ在リトシタリ. Alexander, Emory, G. 氏(1927 年)亦潰瘍性膽囊炎ニ原因ヲ歸シ膽石ノ有無ハ必ズシモ必要ナラズトセリ. 今諸家ノ穿孔原因トシテ舉グル所ヲ總括スレバ次ノ如シ. 但シ Razzaboni, Jean, Hilgenberg, Sussig 氏

ノ報告例中ニ在ル如キ外傷(Trauma)ニヨルモノハ別視セリ。

I. 機械的作用ニヨリテ起ルモノ。

1) 膽石又ハ其ノ他ノ原因ニヨリテ膽囊管ノ閉鎖起リシ時炎症性滲出液ニヨリ、或ハ Vater 氏乳頭部ガ閉鎖サレ胆汁ノ流出妨ゲラレ以テ膽囊内壓ノ増加ヲ來シ爲メニ膽囊壁過度ノ膨張ヲ來サシメテ穿孔ヲ招來ス。

2) 膽石ノ壓迫ニヨリ膽囊壁ノ壊死ヲ來シ或ハ膽囊體壁板ノ血管ヲ壓迫シテ起ル膽囊壁ノ褥瘡ニヨリ起ルモノアリ。或ハ尖端ヲ有スル膽石自己ノ穿孔性作用ニヨルトスルモノアリ。Mc. Williams 氏(1912年)ハ膽囊ノ自然穿孔 108 例ニ於テ 80 例(74%)ニ穿孔時腹腔中ニ膽石アリシヲ見テ膽石ノ存在ヲ主因ト目セリ。Hilgenberg 氏(1922年)ハ 25 例中 19 例(76%)ニ於テ膽石ノ存在ヲ見タリト言ヘリ。余ハ文獻ヲ涉獵シテ集メシ症例中膽石ノ有無明記セシモノ 22 例及ビ自家觀察例 2 例トヲ合セテ 24 例中膽石ノ存在セシハ 19 例(79%)ナリ。即チ膽石ノ存在ハ膽囊穿孔ニ向ツテ或ル重要ノ意義ヲ有スルモノナラン。

3) 潰瘍ニヨリテ起ルモノアリ。Mc. Williams 氏ハ膽石ガ膽囊壁ニ壓力ヲ及ボシ爲メニ潰瘍ヲ形成シテ起ルモノナラントセリ。Kehr 氏モ膽囊ノ潰瘍ハ膽石ノ存在ニヨリテ誘發セラレ而モ此ノ際細菌ノ存在必要ナラントセシハ上述ノ如シ。

4) Gosset 氏ハ 4 例ノ過勞ニヨリテ穿孔ノ來リシト思ハルル例ヲ報告シ、Mariano 氏(1929年)ハ更ニ膽囊壁ノ痙攣性收縮ニヨリテ來ルモノヲ擧ゲタリ。

II. 感染ニ因ル膽囊壁變化ニヨリ來ルモノアリ。

即チ蜂窩織炎性膽囊炎或ハ壞疽性膽囊炎或ハ膽囊壁ノ「デフテリア」様炎症又ハ膽囊壁ノ化膿等ヨリ穿孔ヲ來スモノアリ。Mc. Williams 氏ハ 108 例ノ觀察中 9 例ニ於テ本項ニ該當スル例ヲ見タリト言ヘリ。

III. 兩者ノ混合型若クハ其ノ他ノ原因ニヨリテ來ルモノアリ。即チ血栓生成若クハ膽石ノ壓迫ニヨリテ血行遮斷サレ生ズル膽囊壁壊疽ニヨリ來ルモノアリ。Pozzi, Ernesto 氏(1929年)ハ 2 例ノ無膽石例ノ穿孔ヲ見テ穿孔ノ起ル原因ハ膽石壓ニヨル壁ノ裂傷ナラデ血栓生成ニ因ル局所血管ノ障礙ニヨリ來ルモノナリト言ヘリ。Wendel 氏ハ膽囊莖捻轉ニヨリ生ゼシ壊疽ヨリ來ル例ヲ報告セリ。Härtig 氏ハ更ニ糖尿病ニヨル壊疽ニ於テ之ヲ見タリト言ヘリ。Fifield 氏(1926年)ハ 28 例中 27 例ニテ此ノ原因ニヨルモノヲ觀察シ而モ多クハ膽石ト合併セルヲ見ルト言ヘリ。

如斯膽囊穿孔ノ原因トシテハ種々ノ說アルモ、穿孔時ニ於テ果シテ之等ノ内ノ何レノ原因ニヨリテ穿孔ノ招來セラレシモノナリヤヲ決定スルハ如何ナル例ニ於テモ至難ナルコト多シ。之レ殆ド上述ノ諸要素ガ互ニ相關連シテ表ハルルコト多ケレバナリ。故ニ Bertone, Carlo 氏(1926年)ハ臨牀的竝ニ原因的ニ之等原因ヲ分チテ 2 大群トナセリ。即チ

1) 膽石ニヨリテ膽囊壁ニ褥瘡ヲ形成シ以テ穿孔ヲ招來スルモノ、

2) 膽嚢ノ感染ニヨル蜂窩織炎性膽嚢炎ヲ起シ以テ穿孔ヲ招來スルモノ、之レナリ。氏ハ古クヨリ膽石ヲ有スル人ニテハ胆汁中ノ細菌ハ膽嚢壁ニ著明ノ影響ヲ與フル如キ毒性ヲ有スルモノニ非ズシテ斯ル人ニ起ル穿孔ハ寧ロ膽石ノ壓迫ニヨリ潰瘍ヲ形成スル如キ機械的原因ニ基クモノナリト言ヘリ。故ニ膽嚢穿孔ノ原因ニ向ツテ膽石ノ存在ハ意義アルモノナランモ必ズシモ其ノ存在ヲ要セザルコトモ亦明カナリ。

第2項 年齢トノ關係

Mc. Williams 氏ハ其ノ集メシ 103 例中年齡ノ明記セシモノ 99 例ニ就テ統計的觀察ヲ試ミ第

第3表 穿孔ト年齢トノ關係(A)

報告者年度	年齢	例数
Mc. Williams (1912)	20—30	9
	30—40	12
	40—50	23
	50—60	35
	60—70	14
	70—80	6
		平均年齢 50.2 年

第3表 (B)

報告者年度 年齢	Fifield (1926)	坂井 (1930)
20—29	0	2
30—39	4	3
40—49	5	5
50—59	6	5
60—69	6	7
70—79	6	1

3 表 (A) ノ如キ成績ヲ示セリ。而シテ平均年齢トシテハ 50.2 年ニシテ

最低 21 歳、最高 80 歳ナルヲ見タリ。

氏ハ本症ハ高齢時ニ見ル疾患ノ 1 ナリトセリ。Hilgenberg 氏(1922 年)

ハ最低 19 歳最高 69 歳ニシテ 40 歳

乃至 60 歳ノ間ニ最も多シトシ、

Gosset 氏(1925 年)ハ最低 21 歳、最

高 83 歳ニシテ 55 歳乃至 59 歳ノ間

ニ最も多シトセリ。余ハ 1913 年以降

ノ文獻中ヨリ集メ得シ 21 例及ビ自

家經驗例 21 例合計 23 例ニ就テノ觀

察ニヨレバ最低 20 歳最高 72 歳ニシ

テ 40 歳乃至 69 歳ノ間ニ多キヲ見タ

リ。而シテ 23 例ノ平均年齢 51.9 歳

ナリ。余ノ經驗 2 例ハ 56 歳及ビ 60

歳ナリ。即チ本症ハ一般ニ高齢者ニ

見ル疾患ノ 1 ナリ。

第8項 性別トノ關係

Braithwaite 氏(1913 年)ハ悉ク男性ナリシ 6 例ヲ報告セリ。余ノ 1913 年以降ノ文獻中ヨリ集

メ得シ例及ビ自家經驗例 3 例トヲ合セ 24 例ノ中 15 例ハ男子、9 例ハ女子ニシテ男子ニ多キヲ

見タリ。然レドモ Mc. Williams ヤ Hilgenberg, Fifield 氏等ヲ始メ多クノ報告者ハ女子ニ

遙ニ多シト報ズ(第4表参照)。今之等ノ例ヲ總括スル時ハ 190 例中男子 78 例即チ 41.1% ニシ

テ女子ハ 112 例即チ 58.9% ナリ。即チ本症ハ女子ニ於テ罹患スルモノ多シ。

第 4 表 穿孔ト性別トノ關係

報 告 者 (年 度)	例 數	性 別	
		♂	♀
Mc. Williams (1912)	103	41	62
Braithwaite (1913)	6	6	0
Hilgenberg (1922)	30	4	26
Field (1926)	28	12	16
坂 井 (1930)	23	15	8
總 數	190	78 (41.1%)	112 (58.9%)

第 5 章 徵候診斷及ビ鑑別診斷

膽嚢穿孔若クハ之ヨリ繼發スル腹膜炎ノ豫後及ビ治療成績ノ良否如何ハ後述ノ如ク穿孔ヨリ手術ニ至ルマデノ時間的經過ノ長短ニ關ス。乃チ汎發性腹膜炎ヲ起ス以前ニ正確ナル診斷ヲ下スコトノ如何ニ重要ナルカヲ知ル可シ。而シテ膽嚢穿孔ノ診斷又ハ穿孔ヨリ繼發セシ腹膜炎ノ診斷ハ膽石症ニヨル疼痛又ハ劇痛發作ガ既往ニ存スル時或ハ加之黃疸ガ存在セバ其ノ比較的容易ナレドモ何等既往症ニ膽石症ヲ思ハシムルモノナキ時ハ診斷極メテ困難ナル可シ。

一般ニ膽嚢穿孔ノ早期診斷ニ向ツテ有力視セラルルハ初期症候ナリ。膽嚢穿孔ノ特有ノ徵候トシテハ膽嚢部附近ニ於ケル異常ノ劇痛ニシテハ腰部或ハ腸骨窩及ビ上腹部ニ放射スルコトアリ。間モナク患者ハ「シヨツク」様症候ヲ呈スルニ至ル。即チ顔貌虛脱ノ狀ヲ呈シ、通常體溫ハ正常ニシテ異常ノ發汗ヲ來ス。深呼吸ニヨリ右季肋部ノ深部ニ劇痛ヲ訴ヘ從ツテ呼吸ハ胸廓呼吸型トナル。局所症狀トシテハ正中線ヨリ右方上腹部ニ於ケル強度ノ限局性腹壁緊張ト腹壁壓痛トニシテ就中膽嚢部附近ニ於テ之等症狀ハ最モ劇烈ナリ。從ツテ肝臟下緣ノ觸知ハ困難ナリ。然ルニ爾餘ノ腹部ハ柔軟且右腸骨窩及ビ Douglas 氏窩ニ壓痛ヲ認メザルヲ普通トス。以上ノ初期ニ見ル諸症狀ハ然シナガラ通常短時間存スルモノニシテ間モナク上腹部一般ニ擴リ更ニ進ミテ汎發性腹膜炎ニ移行スルモノナリ。從ツテ此ノ期ニ至レバ之ニ隨伴スル諸症候ヲ現出スルニ至ルモノナリ。即チ上腹部一般ノ腹壁緊張及ビ壓痛若クハ膨隆ヲ來シ或ハ全腹壁ノ夫レ等ヲ認ムルニ至ルモノトス。發熱、速脈、其他ノ諸徵候ハ爾餘ノ原因ヨリ發スル腹膜炎時ニ見ルモノト略ボ同一ナルハ明カナリ。既述ノ黃疸ハ或ハ存シ或ハ無クシテ一定徵候タラズ。如斯膽嚢ノ穿孔ハ膽道疝痛發作ノ間ニ起リ得ルモノニシテ其ノ徵候トシテ均シク劇痛ヲ發シ時ニ嘔吐ノ頻回ナルヲ見ル。然レドモ Mc. Williams 氏ノ言フ如ク少數例ニ於テハ穿孔ノ瞬間ニ於テ却テ疼痛ノ一時的ニ輕減スルモノアリ。之レ極度ニ擴張セル膽嚢ガ其ノ内容ヲ洩ス事ニヨリ其ノ過重ノ除去セラレシニヨルモノナラン。斯ル例ニ於テモ間モナク腹膜炎ノ徵候起リ更ニ擴大

セル腹壁緊張，壓痛及嘔氣又ハ嘔吐，腹部膨滿，速脈，發熱及ビ虛脱ヲ來スモノナリ。

膽囊穿孔ハ時ニ何等ノ豫告ナシニ卒然トシテ起リ恰モ胃又ハ十二指腸ノ潰瘍ノ穿孔時ノ如キ症候ヲ呈スルモノアリ。文獻ニヨレバ此ノ如キ診斷ノ下ニ手術サレシモノ必ズシモ尠少ナラズ。此ノ如キ例ニテハ卒然トシテ劇痛上腹部ニ起リ而モ屢々限局セズシテ全腹腔ニ擴散ス。患者ハ急ニ虛脱ニ陥リ頻回ノ嘔吐，緊張セル腹部ハ膨滿シ，放屁，便通ハ止リ高度ノ鼓腸ヲ來シ，脈搏ハ速ニシテ時ニ不整トナルアリ。或ハ後述ノ如ク壓痛點ノ部位異常等ヨリ屢々臨牀的ニハ蟲樣突起炎又ハ之ニ續發セシ急性腹膜炎ト誤マラル。Gosset氏ハ膽囊穿孔111例中正確ノ診斷ハ僅ニ9例(8.1%)ニ與ヘラレシト言ヒ，Alexander, Emory, G.氏ハ急性穿孔例8例中3例(37.5%)ニ於テ想像シ得タリト言ヒ，Fifield氏ハ28例中凡ソ $\frac{1}{2}$ ニ於テ膽囊ヨリノモノナラント診斷セシヲ言ヘリ。

一般ニ鑑別ス可キモノトシテ擧ゲラルルハ次ノ如シ。

- 1) 急性蟲樣突起炎又ハ之ニ續發セシ急性腹膜炎。
- 2) 胃又ハ十二指腸潰瘍ノ穿孔又ハ之ニ續發セシ腹膜炎。
- 3) 急性脾臟炎(急性脾臟壞死)。
- 4) 上部ノ腸管閉塞症。

而シテ從來最モ屢々誤マラレシモノハ蟲樣突起炎若クハ之ニ續發セシ腹膜炎ナリ。蟲樣突起炎ニ於テハ其ノ初期症候トシテハ通常臍部附近ニ疼痛ヲ發シ早晚廻盲部ニ限局セル疼痛ヲ訴ヘ壓痛點ハMc. Burney氏點ニ存スルカ或ハ始メヨリ此ノ部ニ疼痛及ビ壓痛ノ存スルモノナリ。腹壁緊張モ同部ニ限局スルカ或ハ下腹部ニ存スルコト多キモノナリ。然レドモ文獻ニ見ル如ク極度ノ移動盲腸アリテ蟲樣突起ノ位置ガ恰モ膽囊附近ニ達シ居ル場合ニ於テハ蟲樣突起炎又ハ之ニ繼發セシ腹膜炎ト誤診セラル可シ。更ニMc. Williams, Körte氏等ノ言ヘル如ク炎症ニ陷レル膽囊ガ其ノ重量ノ爲メニ廻盲部附近ニ迄達スルコトアリテ而モ此ノ部ニ於テ腹壁ノ緊張及ビ壓痛等ノ存スル時ニモ容易ニ本症ト誤マラルルコトアルハ考ヘラルル所ナリ。一般ニ此ノ鑑別ニ向ツテハ精細ナル既往症ト初期疼痛トガ有力ナル補助ヲ與フルモノト考ヘラル。

胃及ビ十二指腸潰瘍ノ穿孔ハ性ニヨリテ其ノ頻度異ル。男子ニ於テ遙ニ多シ。穿孔症狀トシテハ自發痛，虛脱スル程猛烈ニシテ顔貌ハHippokrates樣トナル。腹壁ノ緊張及ビ壓痛ハ上腹部中線ニ多ク存スルモ時ニ夫レヨリ少シク左右ニ偏スルコトアリ。嘔吐，吐血ハ十二指腸穿孔ニハ缺ケ，胃穿孔時ニハ最モ多シ。サレド膽囊穿孔時ニハ嘔吐ヲ來スコトアルハ前述ノ如キモ吐血ハ稀ナリ。

次ニ脾臟炎就中急性脾臟壞死ハ突然起ルモノニシテ臨牀上中年期即チ30歳乃至50歳ノ強壯肥滿ノ男子，飲酒家ニ多シトセラル。但シSebening氏ノ集例ニヨレバ21例中14例ハ婦人ニ見，而モ16歳乃至70歳ノ間ニ見タリトセリ。食餌過誤等ニヨリ突然上腹部ニ多クハ左季肋部ニ激痛ヲ覺エ，肩胛，脊又ハ側腹ニ放射スルモノナリ。横伏セル抵抗ヲ觸ルルコトアリ。同時

ニ必發的ニ嘔吐甚ダ頻回ニシテ 1, 2 時間中ニ 2, 30 回反覆スルコトアリ。吃逆ヲ訴フ。上腹部膨滿シ壓痛アリ。脉搏ハ初メハ變化ナキモ次第ニ早ク、體溫ハ最初ハ平常若クハ夫レ以下ニシテ後ニハ相當ノ高溫ヲ示スコト多シ。心臟、肺臟ニ著變ナクシテ「チアノーゼ」及ビ呼吸促迫ヲ訴フ。糖尿ヲ見ルコトナキニ非ズ。

次ニ Kümmer 氏ノ如キハ卵巢ヨリ發セシ腹膜炎ト誤リシ例ヲ報告セリ。

要之、膽嚢穿孔ノ診斷ヲ下ス支持點トシテハ精細ナル既往症及ビ右上腹部就中膽嚢部位ニ於ケル著明ナル疼痛及ビ上部右側腹壁ノ緊張ト壓痛等ノ初期徵候等ハ有力ナルモノナリ。

第 6 章 治 療 法

本症ノ治療方法トシテハ今日外科の療法即チ手術ヨリ他無キコトハ誰シモ認メシ所ナリ。而シテ從來本症ノ療法トシテ舉ゲラレシモノヲ大別セバ次ノ如シ。

- 1) 腹壁切開、腹腔内清拭竝ニ「ドレナーヂエ」ヲ施セルモノ。
- 2) 膽嚢造瘻術ヲ施シ排膿管ヲ裝置セルモノ。
- 3) 膽嚢剝出術ヲ行ヒ同時ニ腹腔ニ「ドレーン」ヲ挿入セルモノ。
- 4) 先ヅ囊膽瘻ヲ造設シ「ドレナーヂエ」ヲ施シ一旦重篤症狀ノ去ルニ及ビテ二次的ニ膽嚢剝出ヲナスモノ。

而シテ一般的ニ最モ推奨セラルルノ方法ハ 3) ノ方法ナリ。然ラザレバ膽嚢造瘻術ヲ施シ「ドレーン」ヲ挿入スルヲ佳トセラル。勿論之等ノ内何レノ方法ヲ選ブ可キカハ個々ノ例ニヨリ必ズシモ一律ニ言フ可キナラデ機宜ノ處置ヲ取ル可キヤ明カナリ。若シ夫レ患者ノ狀況極メテ重篤ナレバ先ヅ腹壁切開ヲナシ腹腔内ニ流出セシ液ヲ出來ル丈ケ除去清掃シ然ル後「ドレーン」或ハ「タンボン」挿入ヲ行ヒ一旦重篤症狀ノ去ルニ及ビテ二次的ニ根治療法ヲ試ムルヲ至當トセン。余ノ例ニ於テモ此ノ方法ニヨリテ全治セシメ得タリ。Frank, Louis 氏(1922 年)ハ膽嚢瘻造設術ヲ施シシ例ニテハ 61%, 膽嚢剝出ニテハ 48%, 單純ニ腹腔内「ドレーン」挿入ニテハ 47% ノ治癒率ヲ得タルニ膽嚢穿孔部位ノ縫合ヲ施セシモノニテハ成績最モ惡ク 80% ノ死亡率ヲ示セリト言ヘリ。Mc. Williams 氏ノ 108 例ヨリノ統計ニヨレバ次ノ如シ。

- 1) 腹腔内へ「ドレーン」ヲ挿入シ穿孔部ノ縫合ヲナセシモノハ 20% 治癒セリ。
- 2) 膽道附近ニ「タンボン」ヲ挿入セシモノハ 47% 治癒セリ。
- 3) 膽嚢瘻造設術ヲ施行セシモノノ治癒率ハ 61% ナリ。
- 4) 膽嚢剝出ヲナセルモノノ治癒率ハ 61% ナリ。
- 5) 腹壁ヲ切開シ「ドレーン」ヲ挿入セルモノノ治癒率 47% ナリ。

一般ニ本症ノ豫後及ビ治癒成績ヲ良好ナラシムル爲メニハ膽嚢穿孔ヨリ手術ニ至ルマデノ經過時間ノ僅少ナルコトニ在リ。這ハ第 5 表ニヨルモ明カナルコトニシテ從ツテ汎發性腹膜炎トナリシ後ニハ極メテ死亡率ノ高キヲ示スモノナリ。

Fifield 氏ハ斯ノ如キ 15 例中 10 例即チ 66.7% ノ死亡ヲ見タリト言ヘリ。而シテ 既ニ晩期汎發性腹膜炎トナリ腸管ノ蠕動モ全ク消失セルガ如キ場合ニハ恩師泉先生ノ御考案ニナル糞瘻設置術ヲ同時ニ試ム可キモノナリト信ズ。

之ヲ思ヘバ斯ノ如キ最モ危険ナル合併症ヲ未然ニ防グニ恩師泉先生ノ力説セラルル如ク一度膽石症ト診斷セラレシ人ハ出來得ル限リ其ノ早期根本手術即チ膽囊別出術ヲ受クルハ最良ノ豫防策タラズンバアラズ。

第 7 章 豫後竝ニ死亡率ニ就テ

Ehrhardt, 近藤及ビ Rona 氏等ハ膽囊穿孔ニヨリテ來ル腹膜炎ハ一般ニ豫後他臟器ヨリノ穿孔性腹膜炎ニ比シテ良好ナリトセリ。例之, Rona 氏(1925 年)ハ膽囊穿孔ハ蟲様突起穿孔ヨリモ豫後良好ナリト言ヘリ。

第 5 表 穿孔後ノ時間的經過ト死亡率

報告者 (年度)	穿孔ヨリ手術迄ノ經過時間	死亡率(%)
Mc. Williams (1912)	12 時間以内	14.3
	24 時間以内	33.3
	24 時間以後	52.9
Gosset, A. (1925)	24 時間以内	31.4
	24 時間以後	59.6
Nowicki, S. (1925)	24 時間以内	31.0
	24 時間以後	92.0

Ehrhardt 氏ハ動物實驗ニ於テ無菌膽汁ハ何等腹膜炎ヲ喚起セデ單ニ黃疸ヲ發生セシメ、又強毒性細菌ニヨリ感染セシメシ膽汁モ緩和ニ經過スル腹膜炎ヲ發セシヲ見タリ。且一方ニ於テ氏ガ文獻中ヨリ集メシ 70 例中唯々 2 例ノミ重篤ナル穿孔性腹膜炎ノ定型的徵候ヲ呈セシヲ見タリトセリ。而モ氏ガ集メシ各例ノ報告者ハ何レモ全疾病經過ハ腹腔臟器ノ穿孔ヲ考ヘシメザル程度ノ不著明ノ徵候ヲシ其ノ經過甚ダ緩和ナリシヲ言ヘリト。

Ehrhardt 氏ハ之等ノ事實ヲ綜合シ以テ膽囊穿孔後ニ見ル腹膜炎ハ他原因ヨリ發スル腹膜炎ニ比シテ經過良好ニシテ一般ニ其ノ特性トシテ包裡性大ナリト結論セリ。然ルニ Kehr 氏ハスベテノ例ニ於テ斯ノ如ク斷ジ去ルコトニ反對セリ。即チ氏ハ比較的無害ナリト主張スルモノ竝ニ之ト全ク反シテ豫後最惡トスルモノモ亦均シク當ヲ得ザルモノトナセリ。Kehr 氏ハ之ニ向ツテ次ノ如キ例ヲ引用セリ。即チ氏ハ正ニ穿孔セシト思考セラレシ數例ニ於テ其ノ一般狀態ノ到底手術ニ堪エザルヲ思ヒ手術セザリシニ次第ニ快方ニ趣キ全ク包裡セラレ後日極小手術ニヨリ全快セルヲ經驗セリ。他方壞疽性膽囊炎ノ症候ヲ以テ前驅シ腹膜炎ノ症候ヨリ推シテ豫後良好ナリト思ハレシ數例ハ暫時ニシテ症狀惡化シ腹膜炎ノ擴大甚ダシク手術ヲ 2, 3 日早クセシ方宜シカラント思ハシメタリト附加セリ。

次ニ膽囊穿孔ニヨリ發スル腹膜炎ハ豫後甚ダ險惡ナリトセラレシハ腹膜ノ吸收作用ハ上腹部

ニ於テ最強ニシテ爲メニ炎症毒素ノ體內移入ハ急速且高度ニ行ハレ、中毒症狀ノ危險他部ニ於ケルヨリ大ニシテ、一方上腹部諸臓器ノ呼吸ト共同運動ヲナス關係ヨリ一度生ゼシ癒着モ不充分ノ事多ク從ツテ汎發性腹膜炎ニ移行スルノ傾向顯著ナル事ニ在ルガ如シ。

要之、今日一般ノ傾向ハ膽囊穿孔ニヨリテ起ル腹膜炎ハ其ノ豫後良好ナラズ寧ロ重篤ノ傾向

ヲ有スルモノトセラル。是レ統計の觀察ニ見ル本症ノ死亡率ノ大ナルニヨリテモ明カナリ。余ハ1913年以降ノ文獻ヨリ集メシ例及ビ自家觀察2例トヲ合セ合計62例ニ就テ51.6%ノ死亡率ヲ得タリ(第6表參照)。

一般ニ本症ノ豫後ニ重要ノ意義アルモノトシテハ患者ノ一般狀態、肝臓及ビ腹膜ノ侵襲度及ビ膽囊内容ノ毒性及ビ量等ニシテ就中穿孔ヨリ手術ニ至ルマデノ經過時間トセラル。而シテ穿孔ヨリ手術ニ至ル迄ノ經過時間ノ短キ程豫後良好ナリトセラレ、汎發性腹膜炎トナラバ豫後極メテ惡シキモノトセラル。

第6表 死 亡 率

報 告 者 (年 度)	例 數	死亡率 (%)
Häutig (1910)	27	40.7
Mc. Williamson (1912)	108	48.2
Kehr (1913)	40	50.0
Hilgenberg (1922)	10	40.0
Vos (1923)	4	50.0
Körte (1890—1924)	30	43.2
Schönbauer (1924)	11	45.5
Fifield (1926)	27	47.4
坂 井 (1930)	62	51.6

第 8 章 摘 要

1. 膽囊穿孔ニヨル急性腹膜炎ノ2例ヲ經驗シ何レモ手術ニヨリ全治セシメ得タリ。
2. 膽囊穿孔ニヨル腹膜炎ハ比較的稀ナル疾患ノ一ナリ。而シテ膽道系統ニ於ケル穿孔性腹膜炎ハ膽囊ヨリノモノ最モ多シ。
3. 膽囊穿孔ノ原因トシテハ種々アゲラルルモ膽石ノ存在セシトノ報告極メテ多ク、恐ク穿孔原因ニ向ツテハ膽石ノ存在ハ重要ノ役目ヲ演ズルモノナラン。
4. 膽囊穿孔ハ比較的高齡ニ見ルモノナル可シ。自家觀察2例中1例56歳他ハ60歳ノ高齡ナリ。
5. 自家觀察例及ビ文獻ヨリ性別ノ明記アルモノトヲ合セ190例中男子78例即チ41.1%ニシテ女子112例即チ58.9%ニシテ女子ニ於テ遙ニ多キヲ見ル。即チ膽囊穿孔ハ女子ニ於テ多キモノト言ヒ得ベシ。
6. 膽囊穿孔ニヨリ來ル腹膜炎ハ一般ニ死亡率大ナリ。自家觀察例及ビ文獻中ヨリ集メシ例トヲ合セ62例ニ就テ51.6%ノ死亡率ヲ得タリ。仍テ本症ノ經過及ビ豫後ハEhrhardt, 近藤及ビRona氏等ノ言ヘル如ク總テニ良好ナリトハ言ヒ得ズ。寧ロ經過及ビ豫後ハ嚴密ニ査定ス

ベキモノナリ。

7. 本症ノ治療法トシテハ絶對ニ外科的方法即チ手術ニヨリ外ナシ。從來膽嚢剔出術膽嚢造瘻術或ハ單ニ切開シテ「ドレーン」又ハ「タンボン」挿入スル方法等種々アゲラル。而シテ之等ノ中ノ何レノ方法ヲ選ブ可キカハ必ズシモ一律ニ言フ可キナラデ個々ノ例ニ臨ミ機宜ノ處置ヲ取ル可キモノナラン。若シ夫レ晩期汎發性腹膜炎トナリ腸ノ蠕動運動皆無ナル如キ例ニ於テハ糞瘻設置術ヲ併用スルヲ良シトス。余ノ例ニ於テハ1例ハ單ニ腹壁切開及ビ沃度「フオルムガーゼ」ノ「タンボン」挿入ニヨリテ全治シ、他ノ1例ハ先ヅ此ノ方法ニヨリテ症狀ノ輕快セシ後膽嚢剔出術ヲ施行シ全治セリ。

8. 最後ニ斯ノ如キ生命ノ危險極メテ大ナル合併症ノ豫防法トシテハ一度膽石症ト診斷セラレシ者ハ出來得ル限リ早期根本手術即チ膽嚢剔出術ヲ施シ置ク可キモノト信ズ。

擧筆ニ當リ御校閲ヲ賜リシ恩師泉先生ニ深甚ノ謝意ヲ表ス。(5. 7. 12. 受稿)

主 要 文 獻

- 1) 泉, 實驗醫報, 11, 127. 2) 泉, 東京醫事新誌, 2443, 大正14年. 3) 榊原, 東京醫事新誌, 2599, 昭和3年. 4) 近藤, 日本外科學會雜誌, 9回, 明治41年. 5) *Alexander, Emory, G.*, *Ann. of surgery*, 86, 1927. 6) *Bertone, Carlo*, *Zentralorg. f. d. ges. Chirurg. u. ihr Grenzgeb.*, 34, 1926. 7) *Braithwaite*, *Brit. med. journ.* 1913. 8) *Cassownikow*, *Zentralorg. f. d. ges. Chirurg. u. ihr Grenzgeb.*, 34, 1926. 9) *Edler*, *cit. n. Kehr*. 10) *Ehrhardt*, *cit. n. Kehr*. 11) *Fiffeld*, *Brit. med. journ.*, 1926. 12) *Frans, Louis*, *Zentralorg. f. d. ges. Chirurg u. ihr Grenzgeb.*, 19, 1923. 13) *Gosset, A.*, *Ebenda*, 31, 1925. 14) *Hilgenberg*, *Bruns Beitr. z. klin. Chirurg.*, 127, 1922. 15) *Hoppe-Seyler*, *cit. n. Kehr*. 16) *Kehr*, *Die Chirurg. d. Gallenwege*. (*Neue Dtsch. Chirurg.* 8, 1913.) 17) *Körte*, *Die Chirurg. d. Peritoneums*. (*ebenda*, 39, 1927). 18) *Mc. Williams*, *Ann. of surgery*, 55, 1912. 19) *Nowicki*, *Zentralorg. f. d. ges. Chirurg. u. ihr Grenzgeb.* 35, 1926. 20) *Pozzi, Ernesto*, *Ebenda*, 47, 1929. 21) *Rona*, *Zentralorg. f. d. ges. Chirurg. u. ihr Grenzgeb.*, 31, 1925. 22) *Schönbauer*, *Ebenda*, 29, 1924. 23) *Sussig*, *Dtsch. Ztschr. f. Chirurg.*, 186, 1924. 24) *Vos*, *Zentralorg. f. d. ges. Chirurg. u. ihr Grenzgeb.*, 26, 1924.

611.36 : 611.3 : 617.4

Kurze Inhaltsangabe.

Über die akute Perforationsperitonitis infolge von Gallenblasenperforation.

Von

Yoshijiro Sakai.

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

Eingegangen am 12. Juli 1930.

Verfasser berichtet über eine bei einem 60 und einem 56 jährigen Manne aufgetretene akute Perforationsperitonitis infolge von Gallenblasenperforation. Der erste Fall kam durch Inzision mit Jodoformgazetamponade in der Bauchhöhle zur Heilung, der zweite durch die gleiche Manipulation, auf welche später eine sekundäre Cholecystektomie folgte. Bei beiden Fällen fand Verfasser Gallensteine in der Gallenblase. Weiter machte Verfasser eine statistische Beobachtung über derartige Fälle aus der Literatur und kam zu folgenden Schlüssen :

1) Die Perforationsperitonitis infolge von Gallenblasenperforation ist ziemlich selten. Aber unter der von den Gallenwegen ausgehenden Perforationsperitonitis ist sie am häufigsten.

2) Obwohl bis heute die verschiedenen Momente als Ursache der Gallenblasenperforation angesprochen werden, spielt wahrscheinlich der Gallenstein die wichtigste Rolle.

3) Die Gallenblasenperforation ist bei verhältnismässig hohem Lebensalter zu beobachten.

4) Unter 2 eigenen Fällen und 190 derartigen Fällen aus der Literatur waren 78 Männer (also 41.1% der Fälle), und 112 Frauen (also 58.9% der Fälle). Es scheint daher die Gallenblasenperforation bei Frauen häufiger als bei Männern aufzutreten.

5) Die Mortalität bei derartiger Peritonitis betrug ca. 51.6%. Jedenfalls ist daher die Ansicht von Ehrhardt, Kondo und Rona, dass die Prognose und der Verlauf derartiger Peritonitis gut sei, nicht anzunehmen, sondern muss vielmehr mit möglichster Vorsicht aufgenommen werden.

6) In allen Fällen soll so rasch wie möglich chirurgisch eingegriffen werden.

(Autoreferat.)