

膽汁性腹膜炎

金澤醫科大學熊埜御堂外科教室(主任熊埜御堂教授)

助手 醫學士 信 清 正 一 郎

Schioichiro Nobukiyo

(昭和16年2月13日受附 特別掲載)

内 容 抄 録

余ハ最近2例ノ膽汁性腹膜炎ノ患者ニ遭遇シ、一ハ43歳ノ婦人ニシテ汎發性腹膜炎ヲ起シ、他ハ31歳ノ婦人ニシテ比較的限局性腹膜炎ヲ起セルモノニシテ、共ニ腹腔内「ドレナーゼ」ヲ以テ回復セリ。特ニ興味ヲ感

ジタルハ第1例ニ於テハ Clairmont u. Harberer ノ唱フル所謂非穿孔性腹膜炎ヲ思ハシムルモノニシテ、第2例ニ於テハ膽嚢ハ指頭大ニ萎縮シ、一部壞死ヲナシテ穿孔セル事ナリ。

目 次

- 第1章 緒 言
- 第2章 臨床例
- 第3章 考 察
 - 1. 成 因
 - 2. 類 度
 - 3. 年 齡

- 4. 性
- 5. 症 狀
- 6. 診 斷
- 7. 豫 後
- 8. 療 法
- 第4章 結 論

第1章 緒 言

膽汁性腹膜炎ハ我々ガ臨床上頻繁ニ遭遇スル疾病ニ非ズ。Cholascus トシテ來ル 場合ハ比較的多キモ、膽汁性腹膜炎特ニ急性汎發性腹膜炎トシテ來ル場合ハ比較的稀ナルモノナリ。

膽汁性腹膜炎ニ就テハ1893年 Bardeleben 以來ソノ報告極メテ多ク、我國ニ於テモ明治41年近藤教授ノ報告アリテ、ソノ業績ハ漸次多數ヲ加ヘ來レリ。特ニ1911年 Clairmont u. Harberer ニ依リ“Gallige Peritonitis Ohne Perforation”ニ就テ發表セラレシヨリ、學會ノ興味ヲ引キソノ

研究業績ハ益々多キヲ加フルニ至レリ。余モ亦近年教室ニ於テ短時日間ニ2例ノ膽汁性腹膜炎ニ遭遇シ、一ハ手術時肉眼ニ何等穿孔ヲ認ムル事能ハズシテ汎發性腹膜炎ヲ起シ、所謂非穿孔性膽汁性腹膜炎ヲ想起セシムルモノニシテ、他ハ限局性腹膜炎ヲ起シ、膽嚢ハ指頭大ニ萎縮シ一部壞死ヲ起シテ穿孔セルモノナリ。共ニ臨床上興味ヲ以テ之ガ觀察ヲナセンヲ以テ、此處ニ報告ヲナサントス。

第2章 臨床例

第1例, 上森某, 寡婦, 43歳, 農業.

病名 汎發性膽汁性腹膜炎.

入院 昭和13年9月24日.

家族歴 夫ハ數年前腦出血ニテ死亡セリ. 子供ハ8人在リテ何レモ健ナリ.

既往症 生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ.

現病歴 昭和13年5月20日突然原因ナクシテ腹痛ヲ訴ヘ嘔吐2回アリ. 數時間後上腹部ニ限局ス. 麻醉劑ノ注射ニ依リテ治癒シタリト云フ. 自來過食ヲスル度ニ同様ナル疼痛ヲ繰リ返セリト云フ. 7月上旬認め可キ原因ナクシテ突然全腹部ニ疼痛ヲ訴ヘ, 上腹部ニ鵝卵大ノ腫瘍ヲ認め. 嘔氣, 嘔吐ナシ. 疼痛ハ數時間後上腹部ニ限局セリ. 肩胛部及背部ニ疼痛ノ放射ナシト云フ. 内科醫師ニ依リ膽嚢結石ノ診斷ノ下ニ治療ヲ受ケ腫瘍ハ數日後消失セリ. 以來10~20日ノ間隔ヲ置キテ腫瘍ハ或ハ出現シ, 或ハ消失スルヲ見タリト云フ.

8月上旬ニ至リテハ, 腫瘍ノ出現スル間隔ハ短縮サレテ3~4日トナレリト云フ. 9月20日未ダ嘗テ見ザル激烈ナル腹痛ヲ訴ヘ, 嘔吐數回アリテ上腹部ノ腫瘍ハ今迄ヨリモ一層増大セリ. 直ニ内科醫院ニ入院シ, 腹部ニ溫浴法ヲナシ, 下劑ヲ服用シタルニ1日3回ノ下劑ヲナシタルモ, 腹痛又腫瘍ハ輕快セズ. 9月22日夕刻常食ヲ食シタルニ, 腹痛ハ増大シ嘔吐ハ5回アリテ, 全腹部ハ板狀硬度トナレリ. コノ時初メテ肩胛部及背部ニ放射スル疼痛ヲ感ジタリト云フ. 23日ハ引キ續キ數回ノ嘔吐ヲナシ, 全身狀態惡化シ來リタルタメ, 24日正午我外科ニ入院セシモノナリ.

現症 顔貌ハ苦悶狀ヲナシ死相ヲ呈ス. 意識ハ明瞭ナリ.

筋肉及皮下脂肪ハ減退シ, 羸瘦著シ.

皮膚ハ乾燥シ黃疸ヲ見ズ.

眼球結膜ハ黃疸狀ヲ呈セズ. 瞳孔反應尋常ナリ.

舌ハ乾燥シ, 褐色ニ汚穢ス.

呼吸 27, 胸式呼吸ヲナス.

脈搏 95, 整ナレドモ小ニシ緊張弱シ.

心臓 大キサ尋常ナルモ, 心尖部ニ於テ第2音不純ナリ.

肺臟 異常ナシ.

四肢ニ浮腫ヲ認めズ.

腹部所見 腹部ハ膨隆シ, 壓痛及抵抗著ク, 腹筋ノ反射性收縮亦著明ナリ. 蠕動不穩ヲ認めズ. 右側季肋部ニ於テ, 緊張及壓痛特ニ著ク, Blumberg氏症狀ヲ

呈ス. 肝臟濁音消失ス.

發熱 37°6'

血液所見 白血球數 13,000, 赤血球數 280萬, 血色素量65%(ザリー氏法), 白血球像ニ著變ナシ.

尿所見 蛋白(+), 糖, ニランデル氏法(+), トロンメル氏法(-), グメリン反應(-), ウロビリソ(-), ウロビリソノーゲン(-), 大腸菌(+), 白血球(+), 赤血球(-).

手術所見 汎發性腹膜炎ノ診斷ノ下ニ0.03%, 「ヌベルカイン」局所麻醉ヲ以テ, 右側直腹筋内斜切開ニテ開腹術ヲナス. 皮下脂肪及腹膜ハ黃疸色ヲ呈シ, 腹膜ヲ開クヤ直ニ帶褐色ノ液流出ス. 腹腔内膿汁ヲ吸引シ, 腹腔内ヲ檢スルニ膽嚢ハ大キサ尋常ニシテ表面ハ僅ニ肥厚シ全面ヨリ發汗セルガ如ク膽汁ノ滲出セルヲ見ル. 頸部ニ纖維素ノ附着セルヲ見ルモ癒着ナシ. 輸膽管ノ擴張ナク, 觸診スルモ何レノ場所ニ於テモ結石ヲ觸ルノ事能ハズ. 膽嚢及膽管ノ何レニモ壞死及穿孔ヲ認ムル事能ハズ. 肝臟床ヨリ膽汁ノ流出セルヲ認ルモ, 該部ニ何等著明ナル變化ヲ見ズ. 肝臟, 胃, 十二指腸ニ異狀ナク, 脂肪壞死ナシ.

一般症狀險惡ノタメ膽嚢剔除ヲ行フ事能ハズ. 膿汁ハ全腹腔内ニ擴大セルタメ, 膽嚢部及左右ノ腸骨窩並ニ「ドグラス」氏窩ニCigaretten Drainヲ挿入シテ手術ヲ終ル. 膿汁ハ培養ニ依リ大腸菌ヲ證明シ得タリ.

手術後經過 術後危篤狀態ヲ續ケタリシガ, リンゲル氏液, 葡萄糖, 高張食鹽水, 輸血, 強心劑ノ注射ニ依リ漸ク恢復ニ向ヒ, 術後4日目ヨリ流動食ヲ攝リテ一般狀態漸次良好トナリ, 膽汁ノ流出モ術後20日ヨリ漸次減少シ, 2ヶ月半後瘻孔ハ治癒セシタメ, 小ナル肉芽創ヲ以テ退院セリ.

第2例, 坂下某, 家婦, 31歳, 農業.

病名 限局性膽汁性腹膜炎.

入院 昭和14年2月25日.

家族歴 父ハ51歳ノ時膽膜炎ニテ死亡セル以外特記ス可キ事ナシ. 子供2人在リテ健康ナリ.

既往症 5年前流産ヲナセシト云フ.

現病歴 約2年前右側季肋部ニ疼痛ヲ訴ヘシモ, 嘔吐, 下痢ナク, 且疼痛ハ腰部, 背部, 肩胛部ニ放射セシ事ナシ, 2~3日後治癒セリト云フ. 後屢々同様ナル疼痛ヲ訴フ. 昭和14年2月6日朝食2時間後何等ノ原因ナクシテ, 上腹部, 右側季肋部及側腹部ニ疼痛及緊張ヲ訴ヘ, 同時ニ嘔吐2回アリ. 腹部膨隆感ヲ訴

フ。發熱37°3', 放屁ナシ。直ニ内科醫院ニ入院セルモ腹痛ハ減退セズ。入院後12日目頃ヨリ腹部ハ稍々軟化シ腹痛モ亦稍々緩和セラレ、大便及放屁ノ排出ハ認めラルハニ至リタルモ39°Cノ發熱アリ。14日目頃ニ至リテ右側季肋部ヨリ側腹部ニカケテ、大人頭大ノ抵抗ヲ觸ルハニ至リ壓痛甚ク發熱40°Cニ及ブ。自來今日ニ至ルマデ内科的療法ヲ行ヒタルモ、發熱疼痛ハ減退セズシテ遂ニ呼吸困難ヲ訴フルニ至リ2月25日我外科ヲ訪レ來レルモノナリ。

現症 顔貌、苦悶狀ヲ呈シ蒼白ナリ。

筋肉及皮下脂肪ノ發達不良ナリ。

皮膚ハ乾燥シ、黃疸ヲ認めズ。

眼球結膜ハ亞黃疸色ヲ呈ス。瞳孔反應尋常ナリ。

舌 乾燥シ、白苔ヲ帶ブ。

呼吸 45、胸式呼吸ヲナス。

脈搏 130、整調ナレドモ小ニシテ緊張弱シ。

心臓 大キサ尋常ニシテ心音純ナリ。

肺臓 背部第4肋骨部ニ於テ濁音アリ。該部ニ於テ笛聲音ヲ聞ク。

四肢 浮腫ヲ見ズ。

發熱 38°5' C

血液所見 白血球數 32,800, 赤血球數 290萬, 血色素量50%, (ザリー氏法)。白血球像, 中性嗜好性白血球, 68.0%, 淋巴球 21.6%, 大單核白血球 6.4%, 「エオジン」嗜好性多形核白血球 1.6%, 鹽基性嗜好白血球 2.4%ナリ。

尿所見 黃褐色ヲ呈シ濁濁ス。蛋白(+), 糖(-), 白血球(+), 扁平上皮細胞(+), 「グメリン」反應(-), 「ウロビリノーゲン」反應(-), 「ウロビリ」反應(-)。

腹部所見 平坦ニシテ蠕動不穩ヲ見ズ。右側季肋部ヨリ側腹部ニカケテ大人頭大ノ抵抗ヲ觸レ壓痛著明ニシテ硬シ。肝濁音消失ス。抵抗部ヲ穿刺スルニ黃色ノ液ヲ出セリ。葡萄狀球菌ヲ證明ス。他腹部ハ何レモ軟ニシテ壓痛ヲ認めズ。

手術所見 右側橫隔膜下膿瘍ノ診斷ノ下ニ0.05%「ヌベルカイン」局所麻醉ヲ以テ、約20cmノ肋骨弓緣切開ヲナス。皮下脂肪及腹膜ハ黃疸色ヲ呈ス。腹膜ヲ開クヤ黃色ノ膽汁ヲ含メル膿汁多量ニ流出ス。腹腔内ヲ檢スルニ、膿瘍ハ幸運ニモ橫隔膜、肝臟、橫行結腸ニ依リテ圍繞サレ、膿瘍底ニ於テ、膽囊ハ頸部ニ指頭大ニ萎縮シテ一部壊死ニ陥リテ穿孔セルヲ見ル。肝臟下面及十二指腸ハ纖維素ヲ以テ蔽ハル。患者ノ状態不良ノタメ、Cigaretten Drain 2個及 Gumi Drain 1個ヲ挿入セリ。膿汁ハ培養セシニ葡萄狀球菌ヲ認ム。

手術經過 術後膿汁ノ排出良好ニシテ呼吸困難去ル。脈搏良好トナリテ術後第2日ヨリ流動食ヲ攝取シ、3月4日角膜ノ黃疸去リ、5月27日ニ至リテ膽汁ノ排出殆ンド無シ。6月13日第9肋軟骨骨膜炎ヲ起セルタメ、第9肋骨切除ヲナス。7月8日小肉芽創ヲ殘シテ退院セリ。

第3章 考 察

1 成因ニ就テ。

膽汁性腹膜炎ノ成因ニ就テ Hilgenberg ハ之ヲ、(1). 打撲ニ依ルモノ。(2). 結石存在シ、壓迫性壊死及炎症ニ依テ膽囊ノ變化ヲ來スモノ。(3). 原因ノ不明ナルモノ、即チ穿孔ノ認めラレザルモノ、ニ分チ、Sick ハ膽囊穿孔ノ原因ニ就テ。(1). 膽囊ノ過緊張。(2). 炎症。(3). 憩室ノ穿孔。(4). Luschka 氏管ノ穿孔ニ分チ、Wolf ハ(1). 膽囊壁ニ病理學的變化在リテ膽汁ノ滲出スルモノ。(2). 膽囊及膽道或ハ膽汁ノ流入スル消化器管タル胃、十二指腸ニ穿孔在ルモノニ分類セリ。

膽汁性腹膜炎ノ成因ニ就テ文獻ニ依リテ之ヲ

探求センニ、膽道ニ於ケル穿孔ニ就テハ

(1). 機械的原因

(A) 膽石トノ關係

膽石ノ存在ノタメ膽囊壁ヲ壓迫シテ Druck Nekrose ヲ起ス場合アリ。更ニ結石ガ膽囊管ニ嵌入シテ膽囊管動脈ヲ壓迫シ、壁ノ血行障礙ヲ起シ壊死ニ陥ル場合モ亦多ク報告セラル。

(Czerny, Bundschuh, Friedlich)

(B) 機械的影響ニ依ル場合

腹部ニ打撲ヲ受ケタル場合ニ於テ、外力ニ依リ直接膽囊或ハ膽道壁ニ破損ヲ來シ、或ハ又打撲ニ依リ壁ニ一定ノ變化ヲ來シテ遂ニ穿孔スル事在リ。(Erasmus, Gjestland, Jean), Siegel ハ

腹部＝外傷ヲ受ケ膽囊内＝出血ヲ起シ、凝血ガ膽囊管ヲ閉塞セル爲、炎症ヲ惹起シテ膽囊壁＝壊死ヲ來セシ例ヲ報告セリ。腹壓ヲ加ヘタル爲穿孔ヲ來セシ場合モ亦報告サレル。(Gosset, Sick)

(C) 膽囊ノ軸捻轉＝依ル場合

膽囊ガ移動性トナリテ、Pendelblase トナリ、之ガ捻轉ヲナシテ血行障碍ヲ來シテ壊死＝陥ル事アリ。(Mühsam, Fischer, 大浦)

(D) 動脈瘤或ハ腫瘍＝依ル場合

肝臟動脈瘤＝依リ膽管ハ壓迫サレテ穿孔ヲ見シ報告アリ。(Hanschon), 膵臟癌＝依リ輸膽管ノ閉鎖ヲ來セル場合(Mayer-May)及輸膽管ノ癌ノ破壊セシ爲穿孔セル報告モ在リ。(König),

(E) 蛔蟲ノ迷入＝依ル場合

蛔蟲ノ迷入＝依リ膽道ヲ閉鎖シ内壓ノ充進及循環障碍ヲ來シテ穿孔スル場合在リ。(Woodpower, Amadori, 鹽川).

2 炎症の原因.

膽囊並＝膽管内＝ハ細菌極メテ多ク、從テ穿孔ノ原因ヲ主トシテ膽道壁ノ炎症＝起因スルト説ク者多シ.

(A) 膽石ノ存在スル場合

正常ナル膽囊内＝於テ細菌ノ存在スル場合多キモ、結石ノ存スル場合＝於テハ更ニソノ陽性率高ク、且細菌ノ繁殖率モ亦極メテ高度ナルモノニシテ、細菌陽性率ハ山口氏ハ76.6%、横田氏ハ75.9%、村山氏ハ69%ナル事ヲ報告セリ。大腸菌最モ多ク77.2～89.1%ニシテ、連鎖狀球菌之ニ次ギ、葡萄狀球菌、「ウエルシ」氏菌、「チブス」菌、「プロテウス」氏菌、「フレンケル」氏菌、「パラチブス」菌等證明サル。從テ膽石存在ノタメ、膽道壁＝炎症ヲ生ズル場合極メテ多キモノナリ。Mc. Williams ハ108例中80例＝於テJuddハ61例中56例ノ膽石ヲ發見セリト云フ。

(B) 結石ノ存在セザル場合

Friedlich, Mayer May, Gütig, 桂氏等＝依リ結石ナクシテ膽囊壁＝炎症性壊死ヲ起シテ穿孔セル例ヲ報告サル。細菌ガ「チブス」菌ナル時ハ

迅速ナル經過ヲ採リテ穿孔スルモノナリ。

(C) 他臟器ノ炎症ヨリ續發スル場合

胃潰瘍ノ穿孔後續發的＝膽囊ノ穿孔ヲ來セシモノ、(Riese), 壞疽性腸炎ヨリ二次的＝炎症ヲ續發シテ穿孔ヲ來セシ報告アリ。(Ronssel)

(3). 膽道＝於ケル穿孔ノ場所＝就テ

穿孔場所トシテ膽囊最モ多ク、輸膽管之ニ次ギ肝管最モ少シ。Mc. Williams ハ膽囊ノ穿孔82例、輸膽管4例、膽囊管3例、肝管1例、Hilgenberg ハ膽囊27例、輸膽管1例、鹽川氏ハ9例總テ膽囊ノ穿孔ナリト云フ。

非穿孔性膽汁性腹膜炎＝就テ

1911年 Clairmont u. Harberer ハ Eiselsberg ノ教室＝於テ肉眼的＝穿孔ヲ認メラレザル膽汁性腹膜炎＝遭遇シ、之ヲ Gallige Peritonitis Ohne Perforation ナル名稱ヲ與へ、ソノ成因トシテ膽囊内＝膽汁充滿シ、爲メ＝壁ハ過伸展サレテ菲薄鬆粗トナリ遂＝膽汁ノ滲出ヲ來スモノナル事ヲ説明セリ。1918年 Blad ハ犬ノ輸膽管ヲ結紮シテ膽囊内＝胆汁ヲ注入スル時ハ膽汁性腹膜炎ヲ惹起スルヲ見、之ヲ精査スルニ、肉眼的＝ハ膽囊壁ハ稍々肥厚ヲ見ルノミナルモ、顯微鏡下＝檢索スル時ハ壁ハ完全＝壊死＝陥リ、各層＝於テ海綿様＝無數ノ小孔ヲ認メタリ。之ヲ以テ氏ハ膽汁ハ胆汁ト混入スル事＝依リテ、膽道壁＝消化性壊死ヲ來シ、膽汁ノ滲出ヲ見シモノナリト説明セリ。其ノ後 Seifert ハ膽汁性腹膜炎ノ膽汁中ニ、「デアスターゼ」ヲ、Schönbauer ハ「トリブシン」ヲ、Bundschuh ハ膵臟酵素ヲ發見セリ。而シテ Bundschuh ハ結石＝依リテ十二指腸乳頭ヲ壓迫サレ、胆汁ハ膽管中＝入りテ膽汁ト混ジテ遂＝膽囊壁＝Aseptische Nekrose ヲ起シテ膽汁ノ滲出セルヲ經驗セシ一方結石＝依リテ膽管ヲ閉鎖サレタル爲メ、胆汁ノ浸入ヲ見ザルニ、膽囊壁ハ膽汁ノ鬱積＝依リテ蜂窩織炎狀ヲ呈シ胆汁ノ腹腔内＝滲出セル例アルヲ報告セリ。Ritter ハ膽囊壁ハ水腫様＝肥厚シテ、發汗スルガ如ク胆汁ノ滲出セルヲ見、該胆汁ハ透明清澄ナルニ、膽囊中ノ胆汁ハ粘稠ニシテ汚穢色ヲ呈シ、宛モ膽囊壁＝依リテ濾過セ

ラレタルガ如キ症例ニ遭遇セリ。Sick ハ肉眼的ニ膽囊壁ニハ何等ノ變化ハ認メラレザルモ、組織學的ニ各層ニ斷裂ヲ認ムル事ヲ報告セリ。Rosarius ハ顯微鏡の穿孔ノ原因ヲ Infarkt Theorie ヲ以テ説明シ、膽囊壁ニ動脈硬化症狀アリテ有機的循環障礙ヲ起スモノナリトシ、更ニ神經的反射作用ニ依リ、膽囊壁ハ一時的循環障礙ヲ起スモノナル事ヲ報告セリ。Johanson ハ組織學的ニ膽囊壁ノ漿膜下組織ニ急性炎症性變化及淋巴管ノ擴張ヲ見、膽道ニ強度ノ鬱積在ル場合膽汁ハ淋巴管腔ヲ通過スルモノニ非ズヤト論ゼリ。Doberauer ハ「チブス」ノ時、膽囊壁ノ上皮脱落ヲ來シテ膽汁ノ滲出セルヲ見タリト云フ。Bruckhard ハ膽汁性腹膜炎ニ於テハ、膽汁ソノモノ、漏出セシモノニ非ズシテ、膽汁色素ノ滲出セシモノナリト云ヒ、更ニ實驗上膽囊壁ニ生ゼル穿孔ハ再び膠着及治癒スルモノナル事ヲ報告シ、正木氏ハ十二指腸穿孔部ヨリ膽汁ノ流出セルヲ報告セリ。1934年 Melchior ハ非穿孔性膽汁性腹膜炎成因ノ諸説紛々トシテ歸一セザルヲ見テ、(1). 手術所見タル穿孔ノ缺除ハ實際上存在スル能ハズ (2). 穿孔起ルモ、破壊部ハ再び膠着シ手術時發見スル事ヲ得ズ。(3). 事實上手術中ニ於キテモ穿孔ハ存在スルモ、之ヲ見落スモノナリ。ト所感ヲ述ベタリ。

余ノ例ニ於キテソノ原因ヲ探求センニ、第1例ニ於テハ Ritter ノ報告ニ見シ如ク、膽道ノ何レノ部分ニ於テモ穿孔ハ認メラレズシテ、膽囊壁僅ニ肥厚シ、表面ヨリ發汗スル如ク露滴狀ニ膽汁ノ滲出スルヲ見、肝臓床ヨリモ亦膽汁ノ流出セルヲ見タルモ、膽囊壁、輸膽管、肝管ニ異常ヲ認メズ。余ハ膽囊壁ノ組織學的檢索ヲナセシモノニ非ズ。且膽汁ノ化學的成分ノ分析ヲナシタルモノニ非ラザレドモ、手術時匆忙中ニ觀察セン結果ハ何等穿孔ヲ認メラレザリシモノニシテ、非穿孔性膽汁性腹膜炎ヲ思ハシムルモノナリ。第2例ニ於テハ屢々膽囊炎ノ發作ヲ繰返シタル爲メニ、膽囊ノ萎縮ヲ來シ遂ニ壁ノ一部ハ壞死ヲ起シテ穿孔セルモノナリ。

細菌ハ第1例ニ於テハ大腸菌ニシテ、第2例

ニ於テハ葡萄狀球菌ナリ。共ニ膽石ハ認ムル事堪ハズ。

2 頻度.

膽汁性腹膜炎ハ比較的稀ナル疾患ニシテ、Alexander ハ1000例ノ膽道疾患中膽汁性腹膜炎ヲ起セルモノハ20例、内8例ニ於テ汎發性腹膜炎ヲ起セルヲ報告シ、Mc. Williams ハ3180例中29例、Fifield ハ1066例中27例 Eliason u. Mc. Langhlin ハ500例中9例、Bladstein ハ572例中3例、鹽川氏ハ248例中9例、Judd ハ Mayo clinic 10年間ニ於テ61例ノ膽汁性腹膜炎中汎發性腹膜炎2例、限局性腹膜炎59例ナル事ヲ報告セリ。

3 年齢.

概シテ40~50歳ニ多ク、Mc. Williams ハ平均50歳、Gosset ハ111例中21歳ヨリ83歳ニシテ、55~59歳ニ於テ最モ多ク、Hilgenberg ハ40~60歳、Judd ハ50歳以上ニ於テ最モ多シト云フ。余ノ例ニ於テハ第1例ハ43歳、第2例ニ於テハ31歳ニシテ、平均年齢ニ比シ、稍々若年ナリ。

4 性.

一般ニ統計上女性多シトサレ、Mc. Williams ハ男41女62。Fifield ハ男12女16。Alexander ハ男6女2。Judd ハ男18女42。Hilgenberg 男4女26。Gosset ハ男40女55。鹽川氏ハ男7女2ナルコトヲ報告セリ。余ノ例ニ於テハ2例共ニ女性ナリ。

5 症狀.

一般穿孔性化膿性腹膜炎ト同様ニ腹痛、嘔氣、嘔吐、腹部ノ緊張及虚脱狀態ヲ呈スルモノナルモ、初期ニ於テハ化膿性腹膜炎ニ比シ、匍匐的ニ來リテ症狀稍々緩慢ナリ。然レドモ腹腔内ニ滯留セル膽汁吸收ノタメ、比較的早期ニ於テ無力虚脱狀態ニ陥リ、意識混濁、興奮、痙攣ヲ來ス事多シ。腹痛ハ最初上腹部、右側腹部ニ訴フル事多ク、背部及肩胛部ニ放射スル事多シ。激烈ナル疼痛ヲ訴ヘ連続的ニ來ル。然レドモ Mc. Williams ノ報告ノ如ク、膽囊穿孔ニ依リテ内壓去リタルタメ、却テ腹痛ノ減少ヲ見シ如キ例モアリ。初期ニ於テハ腹壁ノ緊張少ク、

右側上腹部＝抵抗及壓痛ヲ有シ、時トシテ腫瘤ヲ觸ル、事アリ。後期＝於テハ鼓腸ヲ呈シ、板狀硬度ヲ呈シ來ル。肝臟腫脹ハ初期＝於テ見ラル、事在ルモ、後期＝於テハ腹壁緊張ノタメ認めラレズ。發熱ハ一般＝經過中 $37^{\circ}\sim 38^{\circ}\text{C}$ ヲ上下スル事多ク、穿孔後降下ヲ見シ報告モアリ。サレド最初ヨリ $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ノ發熱ヲ有セル事モ在リ、或ハ亦無熱的＝經過セル例モ亦多ク發表サル。脈搏ハ一般＝頻數ニシテ緊張弱シ。サレド正木氏ハ穿孔後1～2時間＝於テ除脈ヲ呈スト云フ。白血球數ハ Eliason u. Mc. Langhlin＝依レバ 5,600～21,000 ヲ數フト云フ。黃疸ヲ呈スル事比較的少ク、血液及尿中＝於テモ、膽汁色素ヲ證明スル事比較的稀ナリ。之ガ原因＝關シテハ Courvoisier ハ纖維素形成性腹膜炎タルタメ癒着ヲ起シテ腹膜ヨリ膽汁ヲ吸收スル事ガ緩除ナル爲メナリト云ヒ、Pozzi ハ膽汁物質ガ速ニ體組織ニ結合サル、爲メ、血液及尿中ニ排出サレズト云ヒ、Docimo ハ動物實驗ニ依リ、門靜脈血中ニ膽汁鹽類ヲ認メタルニ依リ、膽汁ハ門脈系ヨリ吸收サル、爲メナリト云ヒ、Rosenthal ハ血液中ニハ膽汁酸ノミ増加シ、膽汁色素ノ増加ヲ見ザルハ、血液中ニテ膽汁ハ分離サレ、色素ノミ速ニ排泄サル、爲メナリト説明セリ。之ヲ要スルニ、腹腔内膽汁ノ吸收サル、ニ關ラズ、黃疸及膽汁色素ノ證明サレザル事ノ多キハ、ソノ理由不明ニ屬ス。而シテ Rosenthal ハ膽汁性腹膜炎ノ時、黃疸出現ノ理由トシテ、腹膜ニヨル膽汁ノ吸收トハ無關係ニ、肝臟細胞機能障礙ニ依リテ惹起セラル、モノナル事ヲ説ケリ。大便ハ秘結スル事多ク、膽汁色素ノ缺除セルハ少シ。

余ノ例＝於テハ、2例共最初ヨリ嘔吐ヲ訴ヘ、激烈ナル腹痛ヲ訴ヘタルモ、背部及肩胛部ニ疼痛ノ放射ナシ、第2例＝於テハ Mc. Williams ノ報告セル如ク、膽囊ノ穿孔ヲ來セシト思ハル、時期＝於テ腹痛ノ緩和セラレタルヲ見ル。第1例ハ腹部ハ板狀硬度ヲ呈シテ汎發性腹膜炎トナリ、第2例＝於テハ右側腹部＝大人頭大ノ腫瘤ヲ形成シ限局性腹膜炎ヲ起セリ。發熱ハ第1

例 $37^{\circ}6'\text{C}$ 、第2例 $38^{\circ}5'\text{C}$ ニシテ平均値ニ近シ、脈搏ハ95及130ニシテ頻數ヲ呈ス。白血球ハ12,000及32,800ニシテ、黃疸ハ第1例陰性ニシテ第2例ハ陽性ナリ。共ニ尿中ニ膽汁色素ノ存在ヲ見ズ、

6 診 斷.

一般穿孔性化膿性腹膜炎ト特ニ異リタル症狀ヲ現ハササル故、診斷極メテ困難ナリ。既往症ニ於テ膽石症、或ハ膽囊炎罹患ノ有無ヲ調査スル事極メテ必要ナリ。上腹部及右側季肋下ニ於ケル腫瘤、抵抗、壓痛、或ハ更ニ疼痛ノ放射場所等ハ診斷上重要ナル參考ナリ。黃疸及血中並ニ尿中ニ於ケル膽汁色素ノ存在ハ好參考タルモ、常ニ證明シ得可キモノニ非ズ。「レントゲン」寫眞ノ Leeraufnahmeニ依リ陰影異常及瓦期發生狀態ヲ知ルモ亦好參考タルヲ失ハズ。類症鑑別トシテ、蟲様突起炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、及其ノ穿孔、急性脾臟炎、腸閉塞症、右側下葉ニ於ケル肺炎等ハ重要ナルモノナリ。

7 豫 後.

腹腔中ニ潑留セル膽汁ガ腹膜ニ依リテ吸收サレ、全身中毒症狀ヲ呈スル爲メ一般化膿性腹膜炎ニ比シ豫後極メテ悪ク、Mc. Williams ハ108例ノ手術例中52%ノ死亡率、Alexander ハ35%、Hilgenberg ハ40%、鹽川氏ハ50% Georg ハ42%、Gosset ハ52.2%、Körte ハ43.2% Kehr ハ50%ナリト云ヒ、直接ノ死因トシテハ、腐敗性腹膜炎、腸麻痺、肺炎、心臟衰弱等ガ舉ラル。死因ニ關シ Pozzi ハ肝臟及腎臟ガ重篤ナル壞疽性出血性變化ヲ起スハ、細菌ノ爲メニ非ズシテ、腹膜ヨリ呼吸サレタル膽汁成分ノ中毒ノ爲メナリト説ケリ。從ツテ可及的早期ニ手術的療法ヲ行ヘルモノ程成績ノ良好ナルハ當然ニシテ、Mc. Williams ハ12時間以内ニ手術セルモノ、死亡率14.3%、24時間以内ニ33.3%、24時間以後ニ於テハ52.9%ナリト云ヒ、Gosset ハ24時間以内ニ於テハ31.4%、ソレ以後ニ於テハ59.6%、鹽川氏ハ、30時間以内0%、30～50時間33.3% 4日以上ハ100%、正木氏ハ動物實驗ニ於テ12時間以後ニ於テハ100%ナル事ヲ報告セリ。

余ノ例ニ於テハ第1例ニ於テハ穿孔ヨリ手術迄ノ時間ハ約40時間、第2例ニ於テハ約11日ヲ經過セルモノニシテ、共ニ回復ヲ見タルモノナリ。第2例ニ於テ斯ノ如ク、長期間ヲ經過セルモ幸ニ生命ノ回復ヲ見タルハ、膿汁ハ周圍臟器ニ依リテ圍繞セラレテ限局シ、且細菌ノ毒力弱カリシ爲メカ、中毒症狀ヲ呈スル事極メテ少ナカリシ爲メナリト思考スルモノナリ。

8 療法。

可及の早期ニ於テ手術ヲナスヲ絶對の條件トス。手術方法トシテ膽嚢別出術ハ理想的ニシテ、Mayo, Georg, Fischer, Hilgenbergハ之ヲ以テ唯一ノ法トナスモ、全身状態險惡ニシテ心臓衰弱ヲ來セル場合ハ、カ、ル大ナル操作ヲ加フル事ハ不可能ナル場合多シ。カ、ル場合單ニ腹腔内ニ「ドレナーゼ」ヲナシ、膽汁ノ體外

排出ヲ計リテ好結果ヲ得ル事アリ。之ニ依リ Bernhard, Doberauer, Wolf, Vogel, 近藤, 戸田, 坂井, 瀨尾氏等ノ全治報告アリ。Rosarius, Eliasonハ膽汁性腹膜炎ノ時ハ、腹膜炎ノ治療ニ重點ヲ置ク可キナリト主張ス。Mc. Williams, Bombi, Solling, 佐藤氏等ハ膽嚢瘻造術ヲ以テ良結果ヲ得タルヲ報告セリ。更ニ膽嚢, 胃及十二指腸吻合術ヲ以テ良結果ヲ得ル事アリ。萩原氏ハ前者ヲ以テ全治セル例ヲ報告セリ、余ノ例ニ於テハ2例共ニ一般状態險惡ナリシタメ、單ナル「ドレナーゼ」ヲナセシミニテ、共ニ全治セシモノナリ。

之ヲ要スルニ、手術方針トシテハ患者ノ一般状態、局所所見ニ應ジテ機宜ノ方法ヲ採ラザル可カラズ。

第4章 結 論

1. 最近短時日間ニ2例ノ膽汁性腹膜炎ノ患者ニ遭遇シ、一ハ43歳ノ婦人ニシテ汎發性腹膜炎ヲ起シ、手術ニ依リ膽道ニ何等穿孔ヲ發見スル事能ハズ。所謂非穿孔性膽汁性腹膜炎ト思ハル、モノニシテ、他ハ31歳ノ婦人ニシテ右側上腹部ニ限局性腹膜炎ヲ形成シ、手術所見ニ依リ

テ膽嚢ハ頸部ニ萎縮シテ指頭大トナリ、一部壞死ヲ起シテ穿孔セシモノナリ。

2. 穿孔ヨリ手術マデノ期間ハ第1例ニ於テハ40時間、第2例ニ於テハ11日間ヲ經過セリ。共ニ腹腔内「ドレナーゼ」ヲナシテ排膿ヲナシ、生命ノ回復ヲ見シモノナリ。

主ナル文獻

- 1) Alexander, E. G., Ann. of Surg., Vol. 86, 1927, P. 765.
- 2) Bernhard, Deut. Zsch. f. Ch. T'd. 242, 1934.
- 3) Blad, A., 1) Zbl. f. Ch., Jg. 43, 1916, S. 856. 2) Arch. f. kl. Ch., Bd. 109, 1917, S. 101.
- 4) Bombi, G., Zbl. f. Ch., 1936, Jg. 63, S. 1465.
- 5) Bruckhard, H., Bruns Beit., Bd. 128, 1923, S. 209.
- 6) Bundschuch, E., Arch. f. Kl. Ch., Bd. 161, 1930, S. 549.
- 7) Clairmont, P. u. Harberer, H., Mit. a. d. Gren. d. Med. u. Ch. Bd. 22, 1911, S. 154.
- 8) Doberauer, G., Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Ch., Bd. 24, 1912, S. 305.
- 9) Eliason, E. L. and Mc Langhlin, C. W., Ann. of Surg. Vol. 99, 1934, P. 114.
- 10) Erasmus, Zbl. f. Ch. 1913, Jg. 40, S. 1856.
- 11) Fifield, Brit. med. Jour. Vol. 2, 1926, P. 635.
- 12) Fischer, A., Zbl. f. Ch. Jg. 52, 1925, S. 1527.
- 13) Fodor, J., Brun. Beit. Bd. 158, 1933, S. 270.
- 14) Gjestland, G., Zbl. f. Ch. Jg. 45, 1918, S. 738.
- 15) Hilgenberg, F. C., Bruns Beit. Bd. 127, 1922, S. 389.
- 16) Johanson, Zbl. f. Ch. 1913, S. 1310.
- 17) Judd, E. S. and Philips, J. R., Ann. of Surg. Vol. 98, 1933, P. 359.
- 18)

- Körte**, Arch. f. Kl. Ch. Bd. 89, 1909. 19)
Mc. Williams, Ann. of Surg. Vol. 55, 1912.
20) **Melchior**, Deut. Zsch. f. Ch. Bd. 243, 1934.
21) **Popper, H. L.**, Zbl. f. Ch. Jg. 57, 1930,
S. 2837. 22) **Pozzi**, Zbl. f. Ch. Jg. 61, 1934,
S. 224. 23) **Rosarius, A.**, Zbl. f. Ch. Jg.
61, 1934, S. 1019. 24) **Rosenthal**, Zsch. f.
d. ges. exp. Med. Bd. 54. 25) **Riese**, Zbl. f.
Ch. Jg. 43, 1916, S. 856. 26) **Sick, C. u.**
Fraenkel, E., Brun. Beit. z. Kl. Ch. Bd. 85,
1913, S. 687. 27) **Wolf**, Berl. Kl. Wschr. Nr.
50, 1912. 28) **桂**, 治療及處方, 第7卷, 1601
頁. 29) **鹽川**, 日本外科學會雜誌, 第36回, 1號.
30) **萩野**, グレンツゲビート, 第11年, 209頁.
31) **正木**, 日本醫事新誌, 第61卷, 965頁. 32)
山口, 日本外科學會雜誌, 第36回, 1號. 33)
横田, 日本外科學會雜誌, 第25回, 2號.