

40.

616.381-002-022.7

淋菌性腹膜炎ノ2例

岡山醫科大學津田外科教室(主任津田誠次教授)

醫學士 佐藤直泰

[昭和13年9月12日受稿]

1. 緒言

抑々急性瀰漫性腹膜炎ノ病原菌タルヤ多々存スレドモ、其ノ多クハ大腸菌、連鎖狀球菌、葡萄狀球菌ニヨリ惹起サルモノニシテ之等ノ細菌ノ混合傳染ニヨルコト多シ。余ハ最近比較稀ナリトサルル淋菌ニヨル急性瀰漫性腹膜炎ノ2例ヲ經驗シ幸ニ治癒シ得タリ。

本症ニ關スル治驗例ハ先年平野峰明氏ノ報告アルトコロナルガ、本症ハ他ノ原因ニヨル急性腹膜炎ニ比シ、臨牀的症狀、豫後及ビ治療法等ニ於テ多少異ナル點アルニ就キ、此處ニ之ヲ報告シ大方ノ御叱正ヲ仰ガントス。

2. 症例

第1例. 患者名 御崎ヒデ、36歳、女性、職業ナシ、昭和7年4月15日入院。

家族歴. 特記スベキ事ナシ。

既往歴. 生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。23歳ノ時結婚。性病ハ之ヲ否定スルモ現在多量ノ白帶下アリ。(手術後白帶下ノ顯微鏡的検査ヲ行ヒタルニ淋菌ヲ證シ得タリ。)

現病歴. 平常月經時ニ際シ、腰痛及ビ下腹痛ヲ訴フルモ數日ニシテ輕快スルヲ常トセリ。本月ハ7, 8, 9日ニ月經アリ。コノ時モ常ノ如ク下腹部ニ鈍痛アリシガ、13日午後7時頃ヨリ急ニ左下腹部ニ鈍痛アリ。間モナク疼痛ハ劇甚トナリ次第ニ上腹部ニ擴ガリタリ。現在ニ於テハ全腹部ニ堪ヘ

得ラレザル激痛ヲ訴フ。嘔吐1回アリ。發病以來放屁ナク食欲睡眠共ニ不良ナリ。

現症. 體格榮養共ニ中等度、顔貌苦悶ノ狀ヲ呈シ、舌ハ白苔無キモ乾燥セリ。呼吸ハ胸式ニシテ稍々早シ。脈搏稍々早ク且小ナレドモ整調ニシテ緊張良シ。時々咳嗽アルモ胸腔臟器ニ異常ヲ認メズ。尿ハ茶褐色ニシテ稍々濁濁シ酸性、比重1025。外陰部ヨリ多量ノ白帶下出ヅ。白血球數25,000。體溫38.7°C。腹部ハ一般ニ陷沒シ蠕動不安ヲ見ズ。觸診スルニ腹壁緊張度中等、壓痛アリ。特ニ壓痛ハ左下腹部及ビ季肋下部ニ甚ダシ。肝臟濁音ハ正常位ニアリテ肺肝限界ハ鎖骨中央線ニ於テ第6肋骨ノ高サニアリ。肛門ニ手指ヲ入レテ檢スルニ、ドーグラス窩ニ其ノ左側ニ於テ激シキ壓痛アリテ上腹部ニ放散ス。カカル所見ニヨリ急性腹膜炎ニシテ而カモ生殖器傳染ニヨルモノナラントノ診斷ノ下ニ開腹手術ヲ行フ事ニ決シタリ。先ヅ「モルヒンアトロピン」1cc皮下注射及ビロツク氏液1000cc大腿部皮下注射ヲ施シタル後「トロバコカイン」0.6ccノ腰椎麻醉ヲ行ヒテ手術ニ着手シタリ。

手術所見. 臍部ヨリ恥骨縫合ニ到ル正中切開ニヨリ開腹スルニ、網膜ハ灰黃色ニシテゾルゾルスル感アリ。而シテコノ下部ハ盲腸及ビ小骨盤ニ癒着セリ。コノ網膜ヲ可及の下部ニ於テ2重結紮ヲナシ切斷ス。大ナル「ガーゼ」ヲ挿入シテ網膜及ビ腸ヲ押シ除クルニ小骨盤腔内ニ濃キ胆汁アリ。即

生理的食鹽水ヲ以テ腹腔ヲ充分洗滌シタル後手ヲ挿入シテ小骨盤腔ヲ檢スルニ兩側子宮附屬器及ビ子宮ハ充血シ右側附屬器ハドーグラス高ニ入り小腸ノ一部及ビ結腸S狀部ハコノ部ニ集マリ纖維性癒着ヲナシコノ周圍ノ小腸ハ充血シ胆汁ハコノ部ニ最モ多ク、又右輸卵管剪線ヨリハ胆汁ガ腹腔内ニ出ヅルヲ見ル、又胆汁ハ子宮ノ後側即チドーグラス高ニモ存スルモ子宮穿孔ハ認メズ。

以上ノ所見ヨリ原病竊ハ右側子宮附屬器ナルコトヲ知り、輸卵管缺部及ビ固有卵巣靱帯ヲ動脈瘤針ヲ以テ2重結紮ヲナシ切斷シ廣筋膜ハコツヘル氏鉗子ヲ以テ順次ニ摺ミテ切り斯クシテ右側子宮附屬器ヲ摘出シ得タリ。止血ニハ大部分經絡結紮ヲナシタリ。更ニ蟲様突起ヲ檢スルニ之ハ廢殘的ニシテ、2箇ノ囊石ヲ有シ上方ニ廻リテ盲腸ノ内面ニ癒着ス。型ノ如ク蟲様突起切除術ヲナシタリ。次ニ腹壁切開ヲ上方ニ擴ゲ檢スルニ膽囊ノ下ニ胆汁ヲ認メタルモ、胃及ビ十二指腸ニ穿孔ナク膽囊ニモ全ク變化ヲ認メズ。故ニ生理的食鹽水ヲ以テ上腹腔ヲ洗滌シ、「アンチウイルス」50 ccヲ入レ、「ゴム管」ト「ドレナーゼ」及ビ「ヨードフォルムガゼタンボン」ヲドーグラス高ニ挿入シ腹壁ノ縫合ヲ行ヒテ手術ヲ終ル。尙ホ手術中ニ「ロベリン」1 cc、「カンフル」1 cc宛3回ノ注射ヲ行ヒタリ。

術後経過. 4月15日。「カンフル」及ビ「アドレナリン」ノ注射。ロツク氏液ノ注射ヲ行フ。

4月16日。嘔吐數回アリ。胃洗滌ヲ行フ。「カンフル」、ロツク氏液及ビ葡萄糖ノ注射ヲ行フ。

4月17日。氣分爽快、嘔吐無シ、放屁アリ。大便アリ。體溫最高37.5°、注射同前。

4月18日。食慾昂進ス。「ゴム管」「ドレナーゼ」除去。「タンボン」交換ヲ初メテ行フ。

4月19日。最早胆汁排出無シ。

4月20日。「タンボン」除去、抜糸ヲ行フ。

5月3日。手術創部ハ治癒セリ。

5月7日。全治退院ス。

退院後約1月間ハ何等ノ違和ナク、婦人科醫ニヨリ生殖器淋疾ノ治療ヲ受ケツツアリシガ突然6月7日腹部痙痛、蠕動不安及ビ便秘ヲ主訴トシテ又本「クリニツク」ニ來院、診察ヲ求メタリ。患者ノ訴フルトコロニヨレバ、6月5日晝頃ヨリ上腹部ニ痛ミアリテ醫師ヨリ浣腸及ビ鎮痛劑ノ注射ヲ受ケタリ。昨6日午後8時頃左腹部ニ又輕キ痛ミアリテ、輕度ノ蠕動不安ヲ認メ鎮痛劑ノ注射ヲ受ク。今朝2時頃ヨリ嘔吐ヲ繰返シ嘔吐物ハ次第ニ胆汁様トナルニ到レリ。4時頃ヨリ蠕動不安著明トナル。便通ハ昨朝1回アリテ普通便ナリキト云フ。診察スルニ、腹部ハ中等度ニ膨隆シ蠕動不安ヲ認ム。聽診スルニ著明ニ腹音ヲ聞ク事ヲ得。脈搏ハ甚ダ早ク稍々小ナレドモ整調。肺及ビ心臓ハ正常ナリ。斯ノ如キ所見ニヨリ淋菌性腹膜炎治癒後ニ内臟々器ニ癒着ヲ來シタメニ急性腸閉塞症狀ヲ起シタルモノトノ診斷ノ下ニ即チ開腹手術ヲ行フニ決シタリ。先ヅ手術前「モルフィンアトロピン」0.8 cc皮下注射後「トロパコカイン」0.06 ccノ腰椎麻醉ニヨリ手術ニ着手ス。

手術所見. 上腹部中央ヨリ下腹部ニ到ル約15cmノ正中切開ニヨリ開腹スルニ網膜ハ肥大シ其ノ斷端ハ2—3箇所ニ於テ小腸ト癒着セリ。2重結紮ニヨリ之ヲ切斷シテ小腸ヲ檢スルニ、一部ハ膨脹シ、一部ハ收縮シ、即チ閉塞部ハ小腸ニ存スル事ヲ知ル。膨脹セル小腸部ヲ漸次ニタゲリテ閉塞部ニ達ス。閉塞ハ索狀形成ニヨリ起リタルモノニシテ腸間膜ハ一般ニ多少肥厚シテコノ索狀物ハ腸間膜ノ一面ヨリ小腸ヲ締メツケコノ腸間膜ノ裏面ノ所ニ癒着セルヲ以テ、之ヲ切斷シ又他ノ2—3箇所ニモ同様ノ輕キ閉塞アルニヨリ之ヲ去リタリ。コノ外ニ、小腸環ハ互ニ纖維性癒着ヲ營ミ特ニ小骨盤ニ於テ著シ。之ヲ全部剝離シテ「アンチウイルス」30ccヲ腹腔内ニ注入シ腹壁ヲ2層ニ縫合シテ手術ヲ終ル。

術後経過. 6月7日。術後ロツク氏液 1000 cc、葡萄糖 50 ccノ注射、「カンフル」及ビ「アドレナリ

ン」ノ注射ヲ行フ。

6月8日。気分爽快ナレド嘔吐數回アリ。胃洗滌ヲ行フ。早朝放屁アリ。「カンフル」注射ヲ引續キ行フ。

6月9日。嘔吐無シ。大便1回アリ。流動食少量攝取ス。

斯クシテ其ノ後ノ經過良好ニシテ6月27日全治退院セシメタリ。

第2例。 患者名 三宅佐和、38歳、女性、職業藝妓、昭和10年10月16日入院。

家族歴。 特記スベキ事ナシ。患者ハ24歳ノ時結婚シタルモ最近離別セリ。子供ハ2人アリテ12歳ト8歳、何レモ女子ニシテ健康ナリ。

既往歴。 生來健康ナルガ淋疾ノ既往症アリテ、25歳ノ時子宮内膜炎及ビ喇叭管炎ヲ病ム。本年4月妊娠「ネフローゼ」ニテ7箇月ノ胎兒ヲ人工流産シ2箇月間靜養ス。月經ハ18歳ヨリ初マリ以來不規則ナル事多シ。最近ハ10月8日ヨリ12日迄アリタリ。

現病歴。 10月14日朝ヨリ全身ノ不快感アリ。午後4時頃急ニ惡寒戰慄ト共ニ發熱シ體溫38.6°Cニ上昇、下腹部ニ鈍痛ヲ訴フ。午後6時體溫39.3°C其ノ夜ハ惡心續キ嘔吐數回アリ。翌15日次第ニ下熱シタルモ腹痛ハ増加シ腹全體ニ及ビ加フルニ痙攣様トナリ嘔吐止マズ。午後トナルヤ嘔吐物ハ胆汁ヲ加ヘ次第ニ腹部ノ膨隆ヲ來シタリ。便通ハ昨14日朝少量ノ普通便アリシノミニシテ以後ハ放屁スラナシ。醫師ニヨリ胃洗滌ヲ2回受ケ多量ノ瓦斯及ビ胆汁ヲ出シ又高壓洗滌ヲナセシニ瓦斯少量出デシノミト云フ。嘔吐及ビ痙攣様腹痛止マザルニ就キ、16日午前3時我ガ「クリニツク」ニ來ル。即チ主訴ハ2日前ヨリ起リシ嘔吐、痙攣様腹痛及ビ便秘ナリ。

現症。 體格中等度、榮養良シ。顔貌ハ苦悶ノ狀アリ。眼瞼結膜ハ稍々充血ス。舌ハ乾燥シ白苔アリ。脈搏稍々早く稍々小ナルドモ整調ニシテ緊張

良シ。咳嗽痰ナク胸膈臟器ニ變化ヲ認メズ。白血球數24,000、體溫37.4°C、尿ハ淡黃色透明比重1.023、蛋白ヲ證明ス。

腹部ハ輕ク膨隆シ臍ノ左側ニ腸輪廓ヲ見ルヲ得ルモ蠕動不安ハ認メズ。觸診スルニ腹壁緊張ハ全然無ク、臍ノ右下部ニ壓痛アリ。又廻盲部ニハ斜ニ走ル示指壓大ノ索狀物ヲ觸ル。聽診スルニ臍ノ左側腸輪廓ヲ認メ得ル處及ビ臍ノ右側部ニ腹鳴ヲ聞ク。肺肝境界ハ右鎖骨中央線ニ於テ第6肋骨ノ高サニアリ。

診斷。 體溫ハ惡寒戰慄ヲ以テ初マリ一時ハ39度以上ニモ昇リタル事及ビ著明ノ白血球増加ノ存スル事ニヨリ腹部ノ何處カニ炎症ノアル事ハ思惟サルトコロナレドモ、痙攣様腹痛、腹壁緊張ノ缺存、腸輪廓ヲ外部ヨリ認メ得タル事及ビ頗ル頻繁ナル嘔吐等ノ症狀ハ、寧ろ急性腹膜炎ヨリモ急性腸閉塞症ヲ疑ハシムルモノアリ。コノ際性病ノ有無及ビ月經ノ狀態ヲ詳シク尋ネ又白帶下ノ検査ヲナスヲ失念シタルハ當方ノ手落ちナリト雖モ、診斷不明ノ儘。兎モ角試驗ノ開腹術ヲ行フニ決シ、「モルフィンアトロピン」1cc注射後「ヌベルカイン」1ccノ腰椎麻酔ニヨリ同日午前4時ヨリ手術ヲ施行セリ。

手術所見。 正中切開ニヨリ開腹スルニ腹水ヲ認メズ。先ヅ小腸蹄係ヲ順次ニ腹腔ヨリ引出シツツ狭窄ノ有無ヲ檢スルニ所々漿液膜ノ表面及ビ腸間膜ニ白黃色ノ胆汁ラシキモノアリ。之ヲ「ビンセツト」ニ取リテ檢スルニ確カニ胆汁ナルコトヲ知ル。其ノ性状ハアタカモ「バタ」ノ溶ケカカリタルモノノ如シ。小腸蹄係ハ特ニ膨脹セル所モナク又收縮セル所モナク、勿論腸狭窄ハ索狀物形成等ナシ。次ニ骨盤腔ヲ見ルニ子宮ハ正常位ニアリ。右側輸卵管ガ稍々充血肥大セルノ外特別肉眼的變化ヲ見ズ。只骨盤腔ヲ清拭シタル「ガーゼ」ニ僅カノ膿様分泌物ノ附着スルヲ見ルノミ。次ニ直腸窓腹部、結腸S字狀部、下行結腸、横行結腸、上行結腸、盲腸次ニ蟲様突起ト順次ニ觸診スルモ穿孔

又ハ腫瘍等ヲ見ズ。只其ノ間横行結腸ヨリ下行結腸ニカケテ正常ニハ見ラレザルガ如キ強キ腸收縮ノ起ルヲ見タリ。又幽門部及ビ胃大彎ニモ處々上述ノ如キ膿汁附著セルモ穿孔其ノ他ノ變化ヲ認メズ。尙ホ兩側横隔膜下腔特ニ右側ニハ多量ノ膿汁ノ集マルヲ見ル。其ノ膿汁ノ塗抹標本ヲ檢セシメタルニ多量ノ淋菌ヲ證シ得タリ。即チ右側喇叭管炎ヨリ由來セル淋菌性腹膜炎タル事明カトナリタルヲ以テ更ニ膿汁ヲ充分清拭シタル後腹壁ヲ一次的ニ縫合シテ手術ヲ終レリ。尙ホ手術中「カンフル」1cc宛2回注射ヲ行ヒタリ。

術後経過。10月16日。手術後ロツク氏液1.000cc宛2回、「トリパフラビン」5cc、葡萄糖50cc、「ゴノワクチン」0.3cc、「カンフル」1cc宛4回注射ス。

10月17日。午前2時自然放屁アリ。氣分良シ。ロツク氏液1.000cc、葡萄糖50cc、「トリパフラビン」5cc、「カンフル」1cc宛4回注射ス。

10月18日。發熱38.8°Cニ昇ル。腹部膨隆著明。嘔吐時々アリ。注射ハ略ボ前日ト同斷ナルモ其ノ他ニ「ビツイトリン」1筒及ビ「ゴノワクチン」0.5cc注射ス。瓦斯抜き1回行フ。

10月19日。昨夜來放屁盛ニアリ。又少量ノ大便アリテ腹部膨隆去ル。「トリパフラビン」5cc、葡萄糖50cc注射ス。

10月20日。「ゴノワクチン」1cc、「トリパフラビン」5cc、葡萄糖50cc注射ス。

10月21日。「トリパフラビン」5cc注射ス。

10月22日。平熱トナル。「ゴノワクチン」1.5cc注射。

10月24日。「ゴノワクチン」2cc注射ス。

10月26日。「ゴノワクチン」2.5cc注射ス。「ワクチン」療法1「クール」終ル。

10月29日。腹部柔カシテ少シク膨隆ス。腹水ヲ生ジタル疑ヒアリ。「ザリルガン」ノ注射ヲ行フ。

10月30日。昨夜ヨリ排尿8回。腹部ノ膨隆去ル。

11月2日。全治。婦人科醫ニヨリ生殖器淋疾ノ治療ヲ受クルコトヲススメテ退院セシメタリ。

以上ノ2例ヲ總括シテ考察スルニ何レモ成熟セル女子ニシテ、發病ハ月經終了後數日ニシテ起レリ。第1例ハ多量ノ白帶下アリテ淋菌ヲ證明シタルヲ以テ生殖器傳染ニヨル急性淋菌性腹膜炎ナラントシテ開腹手術ヲナシタルモノナレドモ、第2例ハ初メ問診ヲナス時コノ事ニ氣付カズシテ診斷不明ノママ試験的開腹術ヲ行ヒタルモノナリ。而シテ徵候ハ何レモ急激ニ下腹痛ヲ以テ初マリ、アタカモ急性蟲様突起炎ヲ思ハスガ如シト雖モ、間モナク全腹部ニ激痛アリ。第2例ニ於テハ痙攣様腹痛ヲ訴ヘタリ。腹壁緊張度ハ第1例ニ於テ中等度、第2例ニ於テハ全く缺存シ何レモ他ノ原因ニヨル急性腹膜炎ニ於ケル程甚シカラズ。發熱何レモ38°C乃至39°C、惡心嘔吐アリ。白血球増加ハ第1例35,000、第2例24,000、開腹手術ノ結果腹腔内ニ何レモ膿汁ヲ認メ淋菌ヲ證明シ得タリ。又第1例ニ於テハ兩側ノ卵巢及ビ輸卵管ノ發赤腫脹、第2例ニ於テハ右側輸卵管ノ發赤腫脹ヲ見、加フルニ第1例ニ於テハ輸卵管ヨリ腹腔内ニ膿汁ノ流れ出ヅルヲ認メ得タリ。即チ手術所見ヨリシテコノ2症例トモ生殖器淋疾ヨリ由來セル淋菌性腹膜炎ナル事ヲ知ル。而シテ手術後淋疾ノ一般的治療ヲ行ヒテ全治退院セシメタルモノナルガ、第1例ニ於テハ其ノ後約30日後ニ内臟々器ノ癒着ニヨル腸閉塞症ヲ起シタルタメ、再度入院手術ノ後治癒退院セシメタルモノナリ。

3. 病理

急性腹膜炎ノ病原菌ハ主トシテ大腸菌、葡萄球菌及ビ連鎖球菌ニシテ、之等ノ混合傳染ニヨルコト最モ多シ。稀ニハ細菌ニヨラズシテ起ル無菌性腹膜炎アリ。無菌ノ尿、膽汁、「エヒノコツクス」嚢腫内容或ハ大網膜、卵巢等ノ嚢腫内容ガ腹腔内ニ流出シタル際ニ惹起サルルガ如キハ之ナリ。稀ニハ肺炎菌、綠膿菌、「デフテリ菌」ニヨリテ

起り同様ニ淋菌ニヨル急性腹膜炎モ亦極ク稀有ナルモノトサル。一般ニ淋菌ハ男女生殖器粘膜ニ對シ親和力ヲ有シ、男子ニ於テハ尿道、女子ニ於テハ子宮頸管部、喇叭管ノ侵サルルハ周知ノ事ニシテ、其ノ他屢々眼瞼結膜ヤ滑液膜ヲ侵ス事アルモ吾人ノヨク遭遇スルトコロナリ。又稀ニハ尿道炎ニ續發セル腦脊髄膜炎ノ際、腦脊髄液中ニ本菌ノ證明セラレタルコトアリ。血行中ニ移行シテ敗血症ヲ見ル事アリ。又稀ニハ腹膜、心内膜及ビ肋膜炎等ノ内皮膜系統ヲ侵スコトアルモノニシテ即チ淋菌性腹膜炎ハ淋菌性疾患ノ内ニテ先ヅ稀有ナル疾患トサル。淋菌ニヨル腹膜炎ハ殆ド常ニ男女生殖器淋疾ノ上行性傳染ニヨルコト多ク、時ニハ血行性傳染及ビ淋菌性傳染ニヨリ起ルト云ハルモ極ク稀ナルモノトサル。殆ド常ニ生殖器淋疾ヨリ上行性ニ腹膜ニ到達スルモノナルヲ以テ、解剖的關係ニヨリ男性ニ比シ女性ガハルカニ多ク侵サル事ハ容易ニ思惟サルルトコロナリ。即チ女性ニアリテハ骨盤腹膜炎ノ内部生殖器ト密接セルタメニ淋菌性喇叭管炎ノ時膿汁ガ喇叭管腹腔端ヨリ直接腹腔内ニ流レ入り、又ハ喇叭管壁ヲ通ジテ淋菌ガ腹膜炎ニ達シ、或ハ子宮頸管淋疾ノ時頸管壁ヲ通ジテ直チニ淋菌ガ腹膜ニ到達シ、或ハ又淋菌性喇叭管膿腫ヤ卵巣膿腫ノ破裂ニヨリテ起ル事アリ。之等ノ内、喇叭管腹腔端ヨリ直接ニ腹腔内ニ入りテ腹膜炎ヲ起スコト最モ多シト云ハル。而シテ之等ノ誘發の原因トナルモノハ月經及ビ分娩ニシテ、月經終了後數日ノ間ニ、或ハ産褥時ニ起ルコト多シ。コレ月經及ビ産褥時ニ於ケル生殖器ノ解剖的變化ガ傳染ニ好都合ノ状態ニアル故ナリ。又淋疾アル男子ト結婚シタル女子ガ、新婚翌日後ニ急ニ本病狀ヲ起ス事モ少ナカラズ。前記ノ症例ハ何レモ月經終了後數日ニシテ起リタルモノナリ。男性ニ於ケル淋菌性腹膜炎ノ極メテ少ナキ事ハ前述シタルトコロナルガ、蓋シ男性ニアリテハ生殖器ノ骨盤腹膜炎ト相去ルコト比較的遠キニヨルモノニシテ、男子ニ於ケル本疾病ニ就テハ、Kürte氏ニヨ

レバ開放性腹膜嚢狀突起ノ存スル時淋菌性睾丸炎ガ精系ヲ通ジテ全腹膜ニ擴ガルコトヲ報ジ、又淋菌性尿道炎ヨリ淋菌性攝護腺炎ヲ誘發シ炎症ガ更ニ腹膜後方結締織ニ及ビ更ニ腹膜ニ達ストノ報告モアリ。又時ニハ血行性或ハ淋菌性ニヨルモノト考ヘザルベカラズ。淋菌性腹膜炎ノ性質トシテ甚ダ重要ナル事ハ腹膜ノ表面ニ多量ノ「フィブリン」ノ滲出アリ。コノ中ニハ「フィブリンノーゲン」ヲ含有シタル粘稠ナル滲出液ナルガタメニ、速ニ附近ノ臟器ト癒着ヲ生ジ炎症ヲ局限性ナラシムル事ナリ。一般ニ連鎖狀球菌及ビ葡萄狀球菌ニヨル時ニハ速ニ瀰漫性ニ擴ガリ全腹膜ヲ侵シ易ク、大腸菌ハ其ノ種類ニヨリテ毒力ヲ大ニ異ニシ、大ニハ擴ガルコト然ラズシテ直チニ局限スルコトアリ。淋菌及ビ肺炎菌ニヨルモノハ上述ノ如ク「フィブリン」ノタメニ癒着シ易ク病變ヲ局限セシムル性多分ニ存ス。加フルニ淋菌ハ腹膜、心内膜及ビ肋膜炎等ノ内皮膜系統ニハ親和力比較的少キモノナルヲ以テ、他ノ連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、大腸菌ニ比シ腹腔内ニ於テハ繁殖ノ程度弱シ。之等ノ理由ニヨリテ淋菌性腹膜炎ハ廣ク腹膜全般ニ蔓延スル事少ナク骨盤腹膜炎ニ局限シ、所謂骨盤腹膜炎トシテ婦人科ニ於テハヨク遭遇サルルモノナリ。サレド淋菌ノ毒性ニヨリ、個人ノ素質ニヨリ或ハ膿汁ノ多少其ノ他ノ條件ニヨリ時トシテ骨盤腔ヨリ上方腹膜ニ擴ガリ、瀰漫性腹膜炎ヲ起ス様ニナルモノト考ヘラル。「フィブリン」ノタメニ内臟々器相互ノ癒着ヲ來スコトハ治療ノ傾向ヲ大ナラシメル事ハ勿論ニシテ一般ニ淋菌性腹膜炎ノ豫後ハ良好ナルモノナリ。サレド甚ダシキ癒着ヲ生ズルハ腹膜炎治療後ニ癒着ニヨル機能障礙、例ヘバ腸ニ於ケル「イレウス」症狀ノ如キヲ來シ易キモノナリ。勿論他ノ原因ニヨル腹膜炎ノ際ニモ其ノ治療後、病氣ノ強弱ニヨリ又ハ個人ノ素質如何ニヨリテ癒着ニヨル「イレウス」症狀ヲ起スコトアレドモ、淋菌性腹膜炎ノ治療後ニハ特ニ其ノ傾向甚シキモノナリ。余ノ症例第1例ハ之ナリ。

4. 症 狀

淋菌性腹膜炎ノ前驅症狀トシテ時トシテ全身倦怠、食慾不振、月經多、月經困難、白帶下ノ存スルモノアリテハ其ノ増加ヲ來スコトアレドモ、多クハ之等ノ前驅症狀ナクシテ電撃性ニ下腹部ノ疼痛ヲ以テ初マル事多シ。蓋シ淋菌性腹膜炎ハ前述ノ如ク一般ニ生殖器淋疾ヨリ上行シテ骨盤腹膜炎トナリ、更ニ瀰漫性腹膜炎トナルモノナルガ故ニ其ノ症狀モ下腹部ニ起ルヲ常トスルナリ。故ニ時ニハ急性蟲様突起炎ト認サレタル事アリ。膿汁ガ腹全般ニ擴ガレバ疼痛モ亦腹全般ニ擴ガル事ハ勿論ニシテ、其ノ疼痛ハ痙攣様ナル事多ク又持續的ニ激痛又ハ鈍痛ヲ訴フルコトモアリ。恥骨結合兩側直上ニ壓痛點ヲ有スルコト多シ。蓋シ子宮附屬器炎ハ同時ニ兩側ニ表ハルルコト多キガタメナリ。疼痛劇甚ナル時ニハ、時ニ虛脱症狀ヲ起スコトスラアリト云ハル。又時ニハ他ノ原因ニヨル急性腹膜炎ト同ジク疼痛ガ原病竈附近ニ存セズシテ遠隔ノ所ニ存スルコトアリ。屢々心窩部ニ疼痛及ビ壓痛ヲ訴フルコトアリト云ハル。淋菌性腹膜炎ノ特徴トシテ壓痛ガコトニ壓迫シタル手ヲ離ス瞬間ニ於テ痛ミ著シト主張スル人モアリ。又淋菌性腹膜炎ノ特異ナル症狀ハ、腹壁緊張ガ他ノ原因ニヨル急性腹膜炎ニ比シ一般ニ甚ダ輕度ナルコトニシテ、時ニハ全く存セザルコトスラアリ。發病ト同時ニ體溫上昇ヲ來スハ勿論ナルガ、他ノ急性腹膜炎ニ比シ上昇ノ程度少ナク、又白血球増加モ比較的少ナシト云ハル。概シテ淋菌性腹膜炎ハ其ノ腹膜炎症狀ガ他ニ比較シテ著シカラザルヲ特徴トス。以上ノ如キ諸症狀ハ、多クハ1週間内外ニテ輕快シ、體溫ハ下降シ腹痛ハ次第ニ下腹部ニ局限シ、コノ際内診スレバ喇叭管及ビ卵巢等ノ腫脹、壓痛ヲ認スルノミトナル。コノ症狀モ時日ト共ニ次第ニ輕快シ、「ファイブリン」ニヨル癒着ヲ生ジ索條様又ハ膀胱様トナリソレヲ腫瘍トシテ内診ニヨリ長ク觸レ得ルコト多シ。コレモ時日ノ經過ト共ニ次第ニ癒着ハ剝離シ腫瘍ハ消失スルモノナリ。

5. 診 斷

淋菌性腹膜炎ノ症狀ハ上述ノ如キモノナルヲ以テ診斷ノ目標トスベキ特徴的ナル症狀少ナシ。強ヒテコレヲ擧グレバ、下腹部ノ激痛ヲ以テ初マルコト、腹痛激甚ナルニ比シテ症狀ガ一般ニ輕快ニ經過スルコト、體溫上昇割合ニ著シカラザルコト、腹壁緊張度少ナキコト等ナルガ、之等ヲ以テ淋菌性腹膜炎ナリトノ診斷ヲ下ヌ得ザルハ論ヲマダズ。故ニ之等ノ症狀アリテ淋菌性腹膜炎ノ疑ヒアル時ニハ、生殖器淋疾ノ有無ヲ尋ネコト探究ニツトムベキガ緊急事ナリトス。月經、結婚、不妊症ノ狀態ヲ聽取シ、産褥ナラザルヤヲ聞キ、若シ産褥ナラバ生兒ノ膿漏眼ナキヤヲ調ブル事モ大切ナリ。配偶者又ハ患者自身ニ淋疾ノ既往症アルカ又ハ現在尿道、バルトリン氏腺ニ淋疾ヲ證明シ、或ハ膿様帶下ヲ有スル頸管「カタル」ヲ認メ、其ノ中ニ淋菌ヲ證シ得タル時ニハ疑ヲオクベキナリ。又結婚後間モナク突發セル場合或ハ淋菌傳染ノ可能性多キ職業ニアル女性ナル時ニハ大イニ診斷ノ助ケトナルベシ。又屢々子宮附屬器炎ノ再發ヲ反覆スルモノハ淋菌性ナルヲ普通トスルモノナルヲ以テ之モ診斷ノ補助トナルコトアルベシ。尙ホ淋菌性子宮附屬器炎ニ於テ有力ナル診斷法トシテ「ワクチン」診斷法アリ。安藤壽一氏ニヨレバ淋菌「ワクチン」タル「アルゴチン」0.025乃至0.03 ccノ靜脈内注射ヲ行ヒテ體溫上昇ガ1度乃至1.5度ニ及ブモノヲ以テ陽性トナスト云ヘリ。最モ之ハ全く絶對的ノ價值アルニハ非ズ。又之ヲ淋菌性腹膜炎ノ診斷ニ應用スルコトハ其ノ刺戟ニヨリ病狀ニ衝動ヲ與ヘ惡影響ヲ及ボス恐レナシトセズト雖モ、亦試ムベキ一方法ナランカ。以上ノ外、淋菌性腹膜炎ノ疑ヒアル時ニハ生殖器淋疾ノ有無ヲ檢スルタメ且又膿汁ノ骨盤腔内ニ滲溜セルヤ否ヤヲ檢スルタメニ、生殖器ノ内診ヲナスコトヲ忘ルベカラズ。コノ際劇シキ疼痛ノタメ充分ナル觸診ノ不可能ナランモ、子宮ノ兩側ニ於テ著シキ壓痛ト抵抗トヲ證セバ子宮附屬器炎ノ存スルコトヲ知り得ベ

ク、又骨盤腔内=多量ノ滲出物ノ滯溜アラバソレヲ觸知シ得ベシ。コノ時滲出物ハ多クドーグラス筒=蓄積サレタメニ子宮ハ前方ニ轉位セルヲ常トス。鑑別診断トシテ最モ大切ナルハ、蟲様突起炎及ピコレヨリ起リシ急性腹膜炎ナリ。急性蟲様突起炎ハマツクバーネー其ノ他ノ壓痛點ヲ有シ、壓痛ハ殆ド常ニ右側下腹部ニアルコト多キニ反シ、淋菌性腹膜炎ハ恥骨縫合兩側直上ニ壓痛點ヲ有シ壓痛ハ殆ド常ニ下腹部兩側ニ存ス。又淋菌性腹膜炎ハ一般症狀ガ蟲様突起炎性腹膜炎ニ比シ輕快ナルコト及ビ腹壁緊張著明ナラザルコト等ニヨリテ區別シ得ベシ。更ニ兩者ノ鑑別ヲ確實ナラシムルハ生殖器淋疾ニシテ、其ノ既往症或ハ月經異常等上述ノ如キ條件ノ存在ヲ證明シ更ニ進ンデ生殖器内診ヲ行ヘバ其ノ鑑別診断容易ナルベシ。鑑別診断トシテ其ノ他ニ子宮附屬器ノ捻轉又ハ破裂、子宮外妊娠、破裂等アレドモ之等ハ既往症及ビ所見ニヨリテ容易ニ區別シ得ベク此處ニハ省略ス。

6. 治療

一般ニ急性腹膜炎ハ自然ニ又ハ内科的治療ニヨリ治癒スルハ全ク稀ニ過ギザルモノナルガ故ニ急性腹膜炎ナリトノ診断確定シタル上ハ可急の早期ニ腹壁切開ヲ行ヒ腹腔内ノ滲出物ヲ體外ニ出シ、時ニハ腹腔内洗滌ヲ行ヒテ吸収ヲ防ギ、更ニ若シ原病竈ガ明カニシテ患者ノ一般状態ガ許スナラバソレニ對スル處置、例ヘバ蟲様突起炎ニヨルモノナラバ蟲様突起切除術ヲ行フ如キガ治療ノ原則ナリトス。サレド淋菌性腹膜炎ハ上述ノ如ク他ノ原因ニヨル急性腹膜炎ニ比シ豫後良好ニシテ治療傾向ノ頗ル強キモノナルヲ以テ、其ノ治療法ハ出來ル限り保存的ニ行フハ諸家ノ議論ノ一致スルトコロナリ。コノ點肺炎菌腹膜炎ト其ノ軌ヲ一ニスルモノニシテ、肺炎菌腹膜炎モ亦豫後一般ニ佳良ニシテ手術的操作ナクシテ治療スル傾向大ナルモノナリ。即チ淋菌性腹膜炎ニ於テハ開腹術ヲ施ストナクシテ一般急性腹膜炎ノ際ノ如キ内科的

治療法ヲ行フニアリ。即チ心臟衰弱ヲ防グ意味ニ於テ「カンフル」其ノ他ノ強心劑ノ注射、又強心ト榮養ノ意味ニ於テ「ロツク氏液」、リンゲル氏液、葡萄糖等ノ注射ヲ行ヒ、時ニハ輸血ノ必要モアルコトアルベシ。嘔吐ニハ胃洗滌ヲ行ヒ、鼓腸ニハ高張食鹽水ノ注腸、又ハ「ベリスタルチン」、「プロスチグミン」、「ビツイトリン」等ノ蠕動亢進劑ノ注射ヲ施スベシ。其ノ他「トリパフラビン」或ハ淋菌「ワクチン」等ノ注射ヲ行ヘバ發病後數日ニシテ症狀良好ニ向フコト多シ。生殖器淋疾ニ對シ、腔洗滌又ハ「タンボン」療法ハ膿汁ノ吸収ヲ早メ一般症狀ノ輕快トナルヲ促進セシムルモノナレドモ、早期ニ於テハ疼痛甚ダシク、且又刺激ニヨル病狀惡化ノ恐レアルヲ以テ、發病後數日ヲ經過シ一般症狀ノ輕快スルヲ待テ行フヲヨシトサル。

以上述べタルガ如ク、淋菌性腹膜炎ハ保存的ニ治療シテ充分治癒スベキモノナレドモ、時ニハ果シテ淋菌ニヨルモノナリヤ否ヤヲ決定スルコト難キコトアリ。又診断不確實ニシテ他ノ原因ニヨル急性腹膜炎ヲ思ハスガ如キコトアリ。又淋菌性腹膜炎ナルコトノ診断確實ニシテ膿汁ノ充分腹腔内ニ滯溜シテ益々蔓延ノ恐レアルガ如キ場合ニハ、何レモ即刻開腹排膿ヲ行フベキコトハ論ヲマダズ。

7. 總括

以上要スルニ淋菌性腹膜炎ハ多クハ生殖器淋疾ノ上行性傳染ニヨリ起リ、解剖的關係ニヨリ男性ヨリモ女性ニ起ルコト多ク、其ノ誘發的原因トナルモノハ、結婚、月經及ビ産褥ニシテ之等ノ直後ニ起ルコト多シ。而シテ他ノ細菌ニヨル急性腹膜炎ニ比シ一般症狀ガ稍々輕快ニ經過スルヲ常トスルモ特徴的ナルコトハ、腹痛多クハ激甚ニシテ痙攣様疼痛ヲ訴フルコト多ク、腹壁緊張ヲ缺クカ又ハ存シテモ多クハ中等度ナルコト及ビ子宮附屬器内診ノ時ノ壓痛ナリ。又「フィブリン」滲出多量ナルタメ癒着ヲ生ジ易ク、治癒後屢々「イレウス」症

状ヲ起スコトアリ。診断確實ナル時ニハ保存的療法ヲ行ヒ其ノ経過ヲ見ルベシ。蓋シ淋菌性腹膜炎ハ其ノ豫後他ノ急性腹膜炎ニ比シ良好ニシテ治癒的傾向強キモノナレバナリ。但シ診断不確實ニシテ他ノ急性腹膜炎ト鑑別シ得ザル時、或ハ滲出物多量ニシテ充分腹腔内ニ滲溜シ益々蔓延ノ恐れアル時ニハ、開腹手術ヲ躊躇スベカラザルハ勿論ナリトス。

余ノ記シタル以上ノ2例ハ、何レモ女子ニシテ淋疾ノ既往症アリ。開腹手術ノ結果淋菌性腹膜炎ナルコトヲ明カニシ得又同時ニ生殖器淋疾ノ存スルコトヲ確メ得タリ。而シテ手術後20—30日ニテ全治退院セシメタル例ナリ。

摺筆スルニ當リ、恩師津田教授ノ御指導ト御校閲ヲ深謝ス。

参 考 文 献

1) *W. Körte*, Die Chirurgie des Peritoneums, 1927. 2) *Hagen*, Münchener med. Wochenschr., Nr. 35, 1909. 3) *Cushing*, Johns Hopkins Hosp. Bull., Nr. 98, 1899. 4) *V. Hof-*

mann, Zentralbl. f. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie, Bd. 6, 1903. 5) 川添正道, 臨牀産科婦人科, 第2巻. 6) 平野峰明, 日本外科学會雑誌, 第36回, 第1號.

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

Zwei Fälle von Gonokokkenperitonitis.

Von

Dr. Naoyasu Sato.

Eingegangen am 12. September 1938.

Als Krankheitserreger der akuten diffusen Peritonitis findet man meist Kolibazillen, Streptokokken und Staphylokokken und zwar handelt es sich meistens um eine Mischinfektion. Neulich hatte ich mit zwei Fälle von durch Gonokokken veranlasster akuter diffuser Peritonitis zu tun, die man verhältnismässig selten antrifft, und die es mir auch gelang zu heilen. In den klinischen Symptomen, in Prognose und Therapie ist diese Krankheit von der gewöhnlichen akuten Peritonitis etwas verschieden. Sie entsteht meist durch aufsteigende Infektion von Genitalgonorrhoe. In anatomischer Beziehung finden sich unter Frauen mehr Fälle als unter Männern, und die veranlassende Momente sind Heirat, Menstruation und Puerperium.

Die allgemeinen Symptome dieser Krankheit verlaufen gewöhnlich etwas besser als bei der gewöhnlichen akuten Peritonitis, aber charakteristisch ist der Bauchschmerz, d. h. dieser ist sehr heftig, meist kolikartig, und das Dèfense musculaire fehlt oder ist,

meistens, mittelgradig; bei innerlicher Untersuchung der Tuben ist Druckschmerz vorhanden. Man findet auch oft Verwachsungen, die infolge Exsudation grosse Mengen von Fibrin entstehen und auch die Ileus-Erscheinung, die nach der Heilung entsteht.

Wenn die Diagnose sicher ist, wendet man die konservative Behandlung an und beobachtet den Verlauf. Diese Behandlung ist berechtigt, weil die Prognose besser und auch die Neigung zur Heilung stärker ist als bei der gewöhnlichen akuten Peritonitis. Aber die Laparotomie muss ohne weiteres ausgeführt werden, wenn die Diagnose unsicher und die Differenzierung von anderen akuten Peritonitis unmöglich ist, oder wenn das Exsudat in grosser Menge in der Bauchhöhle zurückbehalten wird und Gefahr für Ausbreitung vorhanden ist.

In beiden Fällen handelte es sich um eine Frau, die Anamnese von Gonorrhoe hatte. Durch Laparotomie konnte ich nachweisen, dass es Goukokkenperitonitis war und dass gleichzeitig Genitalgonorrhoe vorlag.

Diese Kranken wurden wieder ganz gesund und konnten zwanzig bzw. dreissig Tage nach der Operation die Klinik verlassen. (Autoreferat)

41.

616.155.1

母兒ノ赤血球沈降速度ニ就テ

(特ニ血液性状ト赤血球沈降速度トノ關係ニ就テ)

岡山醫科大學産婦人科教室(主任八木教授)

醫學士 石川 昂

【昭和14年3月9日受稿】

第1章 緒言

余ハ爾ニ分娩時母體血及ビ新産兒血(臍帶血)ニ就キ赤血球沈降速度ヲ測定シ、主トシテ臨牀上ノ見地ヨリ之ニ對シ檢討ヲ加ヘタリ。其ノ際總ベテ母體血沈降速度ガ著明ノ促進ヲ示スト共ニ、一方ニ於テハ新産兒血ノ夫レハ甚ダシク遲延シ、兩者ハ相互ニ反對ノ態度ヲトル事ヲ認メテ之ヲ報告セリ。惟フニ此兩血液ガ初メ同一個體內ニ在ルニモ

拘ラズ、如何ニシテ斯カル沈降速度ノ甚大ナル相違ヲ齎ラス乎テフ事ハ甚ダ興味アル問題ナリト言ハザルベカラズ。然ルニ先人諸家ノ業績ヲミルモ未ダ之ヲ充分ニ闡明スルモノナク、僅ニ Esch ガ沈降速度ノ異常ヲ起スベキ物質ガ胎盤剝離ニ際シテ母體ヨリ兒ニ移行スルガ故ナリト説キ、又高橋ハ、臍帶血ト成人血トニ就キ血球血漿ノ交換試験ヲナシ、臍帶血々沈ノ遲延ヲ來タスモノハ血漿ニ