

9 日本における近代外科と麻酔 (1)

虫垂の解剖学的認識と虫垂炎の病理、
早期虫切への過程

藤 田 俊 夫

明治より外科学は発展したが、虫垂切除術が安全かつ容易となったのは戦後の事である。十九世紀より虫垂炎の病理・臨床はアメリカが先端を切った。欧米と比べ、何が日本の外科と麻酔の発展を遅らせ妨げたかを考える。

一、虫垂の解剖と虫垂炎の病理

玉碎臓図(明和八年 一七七二)には虫垂が描かれているが、東門らの認識は不明である。明治五年(一八七二)京都府療病院教師ヨッケルは解剖学を講じ学生に虫垂の存在を教えた。明治の頃は、虫垂炎は盲腸炎・盲腸周囲炎と言う診断名であった。それはフランスの権威デュピユイトラン(二七七八〜一八三五)が原因と結果を取り違えた事による。

フィラデルフィアのT・G・モートンは一八八七年(明治十年)、二十六歳の男の虫垂を(部分)切除した。

ハーバード大学病理学フィッツ(一八四三〜一九一三)

は明治十九年(一八八六)五百例を剖見、病因は『虫垂が根源である』と発表し『積極的に手術すべき』と唱えた。

それに対して内科医たちは『虫垂炎は手術しなくとも治せる』と反対した。

ニューヨークの外科医マックバーナー(一八四五〜一九

一四)やミネソタのウイリアム・メイヤー(一八六一〜一九

三九)は早期手術を敢行し、死亡率を二〇〜三〇%から一%にした。アメリカ医学の第一次興隆期である。

欧州では一八八四年(明治十七年)チューリッヒのクレインラインが虫切を行ったが、フランスも英国もドイツもその権威主義のために遅れをとって了った。

ドイツ外科学会が虫垂炎の早期手術に決したのは一九一二年(明治四五年)であった。

二、日本における虫垂炎の診断と治療の変遷

診断法は理学的所見のみで、白血球数検査やレ線、超音波検査などはさらに後の事である。

明治三四年（一九〇二）第三回日本外科学会総会（東京会長 橋本綱常）宿題報告で山形仲藝と北川乙次郎は死亡率は一八・八〜一五・三％と述べた。当時手術は全麻下に行われていた。三浦謹之助は『虫垂炎の治療には阿片を』奨めた。入澤達吉は『虫切と言うアメリカの療法には賛成しない』と述べた。内科医は虫切には反対し、阿片や下剤を処方した。患者は腹膜炎・重症感染症により不幸の転帰を辿った。

明治三八年（一九〇五）第六回日外総会（東京会長 猪子止戈之助）で高木兼寛は虫垂炎の早期手術を唱えたが、森正道は間歇期手術を主張した。岩井貞三は『余程必要の場合でなければやりませぬ』と反対した。

大正になつても事態は変わらなかつた。

昭和六年第三二回日外総会で（東京会長 茂木蔵之助）漸く早期手術が唱えられた。

〔虫垂炎の死亡率〕を日米で比較すると、

日本 〇・三九％ 米 一・五二％

〔腹膜炎〕 日本 一・九三％ 米 〇・一六％

そこには二十倍の差がある。その原因は卒後研修制度、

術後のケヤリ、手術室・病室の管理の違い、感染症に対する水と電解質の臨床などの遅れと考える。

アメリカ医学は第二次興隆期にあり、すでに外科・麻酔科専門医制度は確立されていた。

第二次大戦後、日本では盛んに脊麻下に虫垂切除が行われた。全麻は三十年以降である。

三、虫垂炎・虫切の現況

先進国では虫切の症例数は減少している。他方東南アジアではその数は増している。

平成七年（一九九五）我が国では約十四万例の虫切が行われた。現在は手術適応はまず守られている。

近年テレビ内視鏡による Diagnostic Laparoscopy が発達した。技術的にはより難しいが、腹腔鏡下に虫垂摘除術がなされ得る。さらに麻酔科学も進歩し患者管理も発展した。虫垂炎と虫切の変遷を顧み、欧米と比較して日本の医学の進歩が遅れた要因を考察した。

（京都市 麻酔科・藤田ペインクリニック、

京都府立医科大学麻酔科）