

## 廻盲部腹膜ノ解剖學的異常及其臨牀上關係

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2297/37959">http://hdl.handle.net/2297/37959</a>

## 廻盲部腹膜ノ解剖學的異常及其臨牀上關係

海軍軍醫大監 鈴木 寬 之 助 (二九)

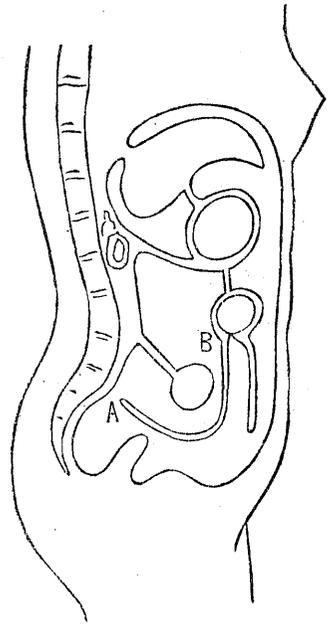
### 第一、緒 論

廻盲部ノ解剖學的異常殊ニ盲腸及蟲樣突起ニ對スル腹膜ノ先天的異常ハ、夙ニ解剖學者ノ周到ナル檢索ヲ經タルモノナレド、其臨牀上ノ關係ニ至テハ、彼ノ移動性盲腸ヲ除キ之ヲ論スルモノ甚ダ少シ。蓋シ解剖學家ノ研究ハ、其目的主トシテ形態學ニ存ズルガ故ニ、又其檢査材料ハ死体ナルガ故ニ、一ノ解剖學的異常ガ、生体ノ生活現象ニ如何ナル關係ヲ及ボスヤ、即チ臨牀上ニ關係アルヤ否ヤ單ニ解剖學者ノ研究上ニノミ需メントスルハ、所謂『酒舖ニ餅ヲ求ムルモノ』ニシテ素トヨリ無理ナル注文トイハザルベカラズ。然ルニ吾人外科家ハ、日常手術ノ際尙能ク生体ニ於テ、之等ノ解剖學的異常ヲ檢査スルノ好機會ヲ有シ、其臨牀的關係ヲ研究スルノ幸福ヲ享有スルノ地位ニ在リ。故ニ解剖學的及病理學的の知見ヲ基礎トシテ、生体ニ於ケル形態學的異常ト臨牀的關係トヲ覈究スルハ、寧ロ吾人臨牀家就中外科學者ノ當然爲スベキ職分ナリト信ズ。

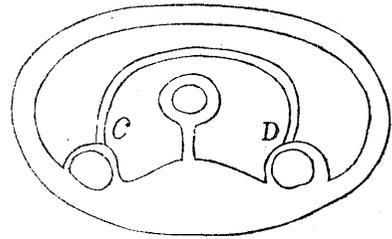
一般腹膜ノ先天的異常ニ就テハ、已ニ千八百六十八年 Prof. Cleland ノ報告アリ。氏ハ死体剖檢ニ際シ、左記ノ如キ腹膜異常ヲ發見セリ。即大綱ニ沿ヒ、一大腹膜葉ガ小腸全部ヲ覆フテ下方ニ展張シ、爲メニ大綱ヲ除クモ小腸ヲ見ルヲ能ハザリキ。而テ此異常腹膜ノ左右ハ、上行、下行ノ兩結腸ニ連着シ、小腸トノ間ニ第二ノ大腹膜囊ヲ形成シ、此ノ囊ハ唯ダ廻盲部上縁ニ於テ、僅ニ指ヲ挿入スルニ足ルベキ小孔ニ依リテ一般腹膜腔ト連通セリトイフ。(Fig. I)

千九百〇二年 Dr. J. D. Hickey & Dr. J. Cameron ノ兩氏モ、死体剖檢ニ際シ Cleland ト略同様ノ異常ヲ發見シタリシガ、本例ニ在リテハ、其囊腔ハ連通孔ヲ有セズシテ、結腸ヨリ全然分離シ、其上前部ニ於テ上腸間膜動脈ノ前面

Fig. I.



AB. 異常膜ノ縦斷



CD. 異常膜ノ横斷

ニ横ハル十二指腸ノ下部ヲ包藏セリトイフ。

千九百十一年 John D. Maleolm ハ、胃空腸吻合術ヲ施スニ當リ、略 Ocland ト同様ノ腹膜異常ヲ發見シ之ヲ報告セリ。

千九百十七年 C. A. Roeder ハ胃空腸吻合術ヲ施スニ當リ、空腸上部ハ一ノ異常腹膜ヨリ被ハル、ヲ發見シ、之ヲ切開シテ初メテ空腸ヲ露出スルヲ得タリ、而テ此異常腹膜ハ下方ニ伸ビテ骨盤縁ニ達スルヲ見タルヲ報告セリ。

余ハ爰ニ主トシテ廻盲部ニ於ケル腹膜ノ解剖學的關係ヲ述ベ、其先天的異常ト臨牀上トノ關係ヲ論シ、次デ余ガ手術ニ於テ得タル知見及死體檢査ノ成績ヲ述ベ、終ニ之ニ關スル余ノ所見ヲ述ベント欲ス。

盲腸部ニ於ケル先天的異常中注目スベキモノハ、胎生第四ヶ月ニ形成スル結腸間膜ノ第二期接着 Die sekundäre Anheftung der Gekröse ノ際ニ生ズル異常ニシテ之ニ二様アリ。

甲、上行結腸腸間膜ハ小腸ノ夫レノ如ク遊離シ、直接小腸腸間膜ニ移行シ、上行結腸ヲ後腹壁ニ固定セザルノ結果、上行結腸ハ遊離移動ス、若シ此異常ガ上行結腸始部ニ現ハル、トキハ、所謂移動性盲腸 Coecum mobile ヲ形成ス。

乙、甲ノ場合ト反對ニ結腸間膜ノ第二期接着ガ、其正規ノ領界ヲ超ヘテ進ムトキハ、盲腸蟲様突起又ハ廻腸下部ハ、上行結腸ノ如ク後腹壁ニ全ク癒着シ、廻盲部ノ移動性著ク制限セラレ若クハ欠除スルニ至ル。

余ハ本篇ニ於テ乙ノ場合ヲ論究セントス。

文献ニ徴スルニ、世人ノ今日マデ斯ノ問題ニ注目シタルモノ甚ダ少キモノ、如シ、是レ一ハ後天性ノ炎症癒着ト混同セラル、場合多キヲモ其理由タルベシト雖モ、一ハ又タ生体ニ於ケル解剖學的觀察ノ精密ナラザルノ致ス所ナルベシ。近時斯ノ問題ニ注目シテ之ヲ論述シタルハ J. R. Eastman ナリ。氏ハ先ヅ S 字狀部ニ於ケル結腸間膜ト腹壁腹膜トノ先天的異常ヲ述ベ、次デ廻盲部ニ於テハ、

一、盲腸後部及腹膜外蟲様突起 retrocaecal u. retroperitoneal.

二、廻腸下端ノ癒着及廻腸下端部ノ後天性角度形成ニ於ケル率九下降ニ關スル腹膜皺襞。

三、異常ノ廻盲部皺襞ニ因スル角度狀盲腸ト蟲様突起トノ連結。

四、Treyes 氏角度狀盲腸ノ異常皺襞。

等ヲ列擧シ、而テ往々廻盲部ニ現ハル、後天性ノ炎症産物所謂ジャクソン氏有血管性膜様結腸周圍炎又ハ盲腸周圍炎 Jackson's Pericolicitis od. Perityphlitis membranosa vasculosa トハ、其發生組織的構造及臨牀上ノ結果ニ於テ全然區別セラルベキ性質ノモノナリト論シ、其先天性ノ腹膜異常皺襞又ハ癒着トノ鑑別ニ關シ左ノ如ク述ベタリ。

先天性ノモノハ毫モ炎症症狀ナク、無血管ノ菲薄ナル結締織ノ外見ヲ呈シ、之ヲ剝離スルコト容易ナレモ、後天性炎症産物ニアリテハ、血管ニ富ミ、該血管ハ多少互ニ相並行スルノ經路ヲ取り、其剝離容易ナラズ、強テ之ヲ剝離スレハ粗糙ナル出血面ヲ呈スト。

而テ Eastman ハ、上記先天性異常ノ結果、其管能障礙 Defunctionalization アルベキヲ概括的ニ述ベ Jackson ハ疑モナク先天性異常ノミニ依リテ、臨牀的症狀ヲ發スルモノ甚ダ多カルベク、又之レ等ノ先天性異常ヲ器械的ニ矯正

スルトキハ、其牽引又ハ屈曲ニ因スル症狀消散ストイヘリ。

余ハ頃日盲腸部ニ輕キ疝痛様疼痛發作ヲ反復シ、臨牀上ニハ慢性再發性蟲樣突起炎ノ症狀ヲ呈シ、然カモ局處ニハ浸潤硬結ヲ全然欠除スル一患者ヲ手術シテ、廻盲部ニ於ケル腹膜關係ノ異常ノ甚シキモノニ遭遇シ、術後疼痛緩解シ發作亦タ再來セザルモノヲ實驗シ、且屢ク死體検査ヲ施シ、廻盲部ニ於ケル腹膜ノ關係及其異常ニ關スル知見ヲ得タルニ依リ、逐次之ヲ報告シ、之ニ對スル余ノ所見ヲ述ベントス。

## 第二、廻盲部腹膜ノ解剖學的要點及死體ニ於ケル検査

余ハ *Kasturan* ノ所論ト余ノ實驗例トニ鑑ミ、死體ニ於テ廻盲部ニ對スル腹膜ノ關係ヲ解剖學的ニ研究センコトヲ企テ、已ニ十體ニ及ベリ。而テ其成績ニ就テ之ニ綜括的結論ヲ下スニハ、未ダ其検査數少キヲ以テ之ヲ後日ニ譲リ、茲ニ先ヅ解剖學的及余ノ死體検査ヨリ得タル知見ノ梗概ヲ報告シ、次デ余ノ實驗例ヲ詳述シ、之ガ考按ヲ下スノ理解ニ便セントス。

胎生第四ヶ月マデハ、大腸ハ小腸ノ其レノ如ク、大腸腸間膜 *Mesocolon* ニ依リテ脊柱前側ノ腹壁腹膜ニ固着スルノミニシテ良ク移動ス。故ニ兩側腎ノ下部輸尿管内輸精管方形腰筋腸腰筋ハ、本來ヨリ腹膜ヲ以テ被ハル、モノナリ。然ルニ胎生第四ヶ月ニ至リ、大腸及其腸間膜ハ比隣ノ腹膜ト癒着シ、後腹壁ニ固定セラル、ノ結果、其移動性ヲ失フニ至ル、即右側ニ在リテハ上行結腸ト其ノ腸間膜 *Mesocolon ascendens* トハ腸間膜根 *Radix mesenterii* ノ右方ニ於テ後腹壁ニ癒着シ、大腸腸間膜後葉ハ元來ヨリ其處ニ存在スル腹壁腹膜ト癒合スルニ至ル、此ノ癒着ノ後、腹壁腹膜ハ上行結腸右側ノ漿液膜層 *Tunica serosa* 中ニ侵入シ、遂ニ上行結腸後壁ハ腹膜ヲ被ラザルニ至ル。而テ以上ノ癒着機轉ハ盲腸部ニ達セザルヲ常規トス故ニ盲腸後面ニハ、下方ニ向テ開放シタル一ノ彎入部即盲腸窩 *Fossa caecalis* ヲ形成ス、而テ此窩ノ右側ハ、後腹壁癒着面ノ右下端ヨリ下方ニ緊張スル盲腸皺襞 *Plica caecalis* ニ依リテ界セラレ、窩ノ頂点ヨリハ一乃至數個ノ小陷凹即後盲腸窩 *Recessus retrocaecalis* ヲ上方ニ向テ形成スル一稀ナラズ、此後盲腸窩ノ

成立ハ、結腸ト後腹壁腹膜トノ間ニ生スル癒着ノ不規則ナルニ因ルモノナリ。

故ニ今ヤ胎生第二期結腸間膜癒着形成ヲ完了シタル廻盲部ノ腹膜皺襞及囊 Peritonealfalten u. taschen ノ最普通ナルモノヲ擧グレハ左ノ如シ。(Fig. II.)

1. 上廻腸盲腸窩 *Recessus ileocaecalis sup.* 廻腸ト結腸トノ間ノ上角ニ形成ス。
2. 廻盲皺襞 *Plica ileocolica.* 上廻腸盲腸窩ノ上界ヲ形成ス。
3. 下廻腸盲腸窩 *Recessus ileocaecalis inf.* 蟲様突起腸間膜ト廻腸トノ間ニ形成ス。
4. 盲腸窩 *Fossa caecalis.* 盲腸後部ニ形成セラレ、其頂点ハ内臟腹膜ノ体壁腹膜ニ反轉スル部ニ一致ス。
5. 盲腸皺襞 *Plica caecalis.* 盲腸右側ト腹壁腹膜トノ間ニ展張ス。
6. 後盲腸窩 *Recessus retrocaecalis.* 直腸窩ノ頂点ニ向テ生スル一二ノ小窩ナリ。

次ヲ述ベキハ、盲腸及蟲様突起ニ對スル腹膜ノ關係ナリトス。(Fig. III.)

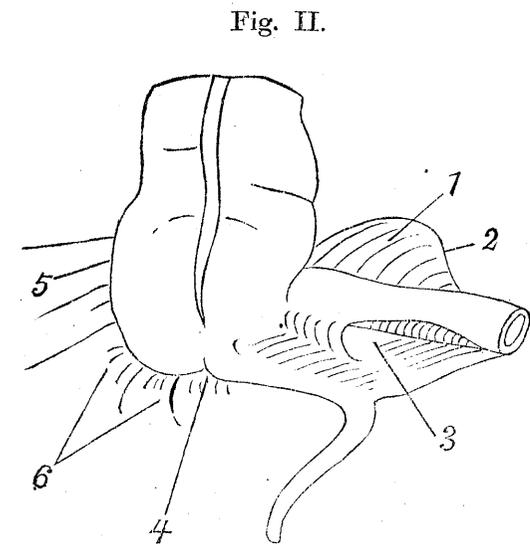
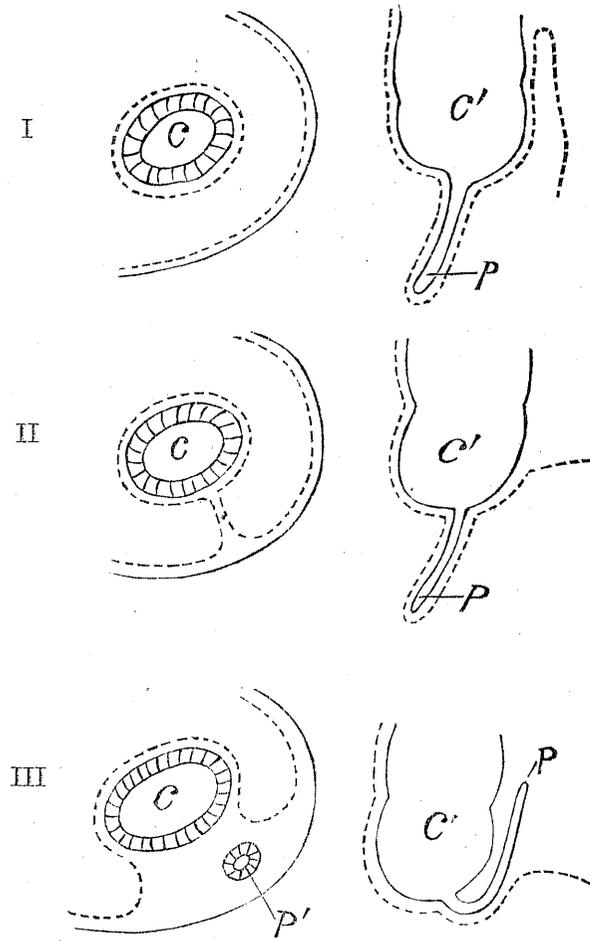


Fig. II.

- I. 大多數即九二%ハ、盲腸及蟲様突起共ニ一ノ完全ナル腹膜ヨリ被ハル (ein vollständiger Peritonealüberzug)。
- II. 少數即八%ハ。盲腸ノ背面(後面)ガ僅ニ腹壁腹膜ト癒着シ、結腸ニ見ル結腸間膜ト同様ニ、盲腸間膜 *Mesocaecum* ヲ形成ス。蟲様突起ニ於テモ之ト同様ニ、*Mesenterium* ヲ形成シ、盲腸又ハ屢廻腸末端部ニ蟲様突起ヲ固定ス。
- III. 極テ稀ニハ、破格トシテ盲腸ノ前面ノミ腹膜ヨリ被ハレ、其後面ハ直ニ腹膜外結締織ト觸接シ、蟲様突起ハ上方ニ反

廻シテ盲腸後部ニ位シ、所謂腹膜外蟲樣突起 Extraperitoneale Appendix トナル。  
 即 III ハ胎生第二期結腸間膜癒着ノ際ニ生スル乙類ノ先天的異常ニ屬スルモノナリ。

Fig. III.

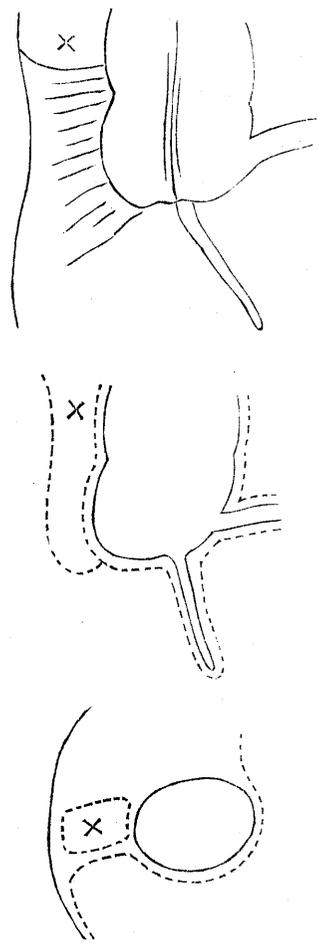


點線 = 腹膜  
 C = 盲腸横斷面  
 C' = 盲腸矢狀斷面  
 P = 蟲樣突起縱斷面  
 P' = 蟲突起横斷面

以上ノ解剖學的知見ヲ基礎トシテ、死体ニ於テ此關係ヲ觀察シタルニ、其關係種々ナリ。今余ノ遭遇シタル變化ヲ  
 舉グレバ。

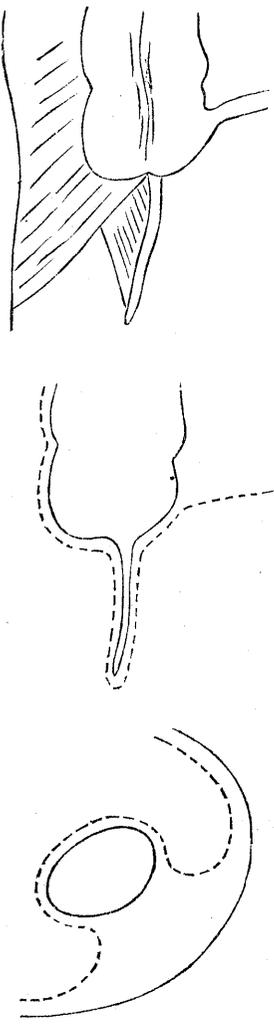
I. 盲腸皺襞著ク發育シテ上方ニ伸ビ、殆ド上行結腸始部ニ及ビ、且盲腸右側ト腹壁腹膜ト該皺襞トノ間ニ一ノ囊  
 ヲ形成シ、盲腸後面ト腹膜トノ關係ハ前記 III 型ニ一致ス、但蟲樣突起ハ上方ニ反廻セズ内下方ニ向ヒ、全部腹膜  
 ヲ被ハル。(Fig. IV.)

Fig. IV.



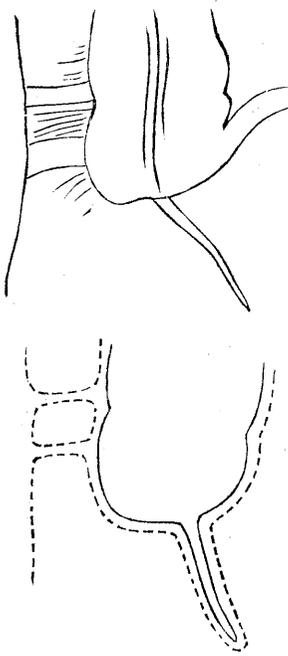
2. 盲腸窩ヲ形成セズ、又盲腸皺襞ガ普通存在スル盲腸右側ニ形成セラレズシテ、盲腸下端ヨリ右下方ニ向テ發育形成シ、蟲様突起間膜ハ迴腸終端又ハ盲腸ニ向ハズシテ、此下方ニ形成シタル盲腸皺襞ニ連結ス。(Fig. V.)

Fig. V.



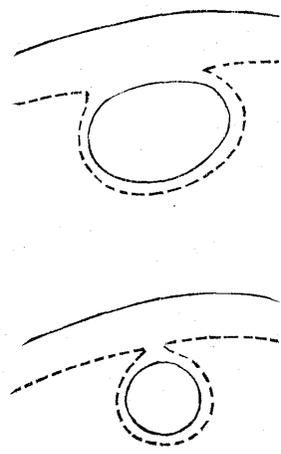
3. 完全ニ盲腸窩ヲ形成シ、盲腸皺襞ハ稍高ク位シ該皺襞間ニ小窩ヲ形成スルモノアリ。(Fig. VI.)

Fig. VI.



以上ノ諸型中普通最多ク見ル所ノモノ、即盲腸ノ後面モ腹膜ヨリ被ハレ、此處ニ盲腸窩ヲ形成スルモノ（盲腸下端ヨリ此窩ノ頂点マデ約四―六糎ヲ算スル場合多シ）ニ在リテハ、廻腸下部及盲腸ハ移動性ナレバ、盲腸ノ前面ノミ腹膜ヨリ被ハレ、其後面直接腹膜外結締織ニ接スルモノハ、上行結腸ト同様ノ状態ニ在リテ、廻盲部ノ運動ニ障碍アル

充 盈  
空 虛



モノト認メラル、尙上行結腸ニ在リテハ、腸管内腔ノ盈虚ニ因リ、其後面腹膜外結締織トノ觸接面ニ大小ヲ來タシ、(Fig. VII) 多少腸管ノ移動性(蠕動ニ對シテモ)許容スルモ、盲腸部ノ後面直ニ腹膜外結締織ニ觸接スルモノニアリテハ、盲腸皺襞ノ形成及角度狀ヲナセル廻腸下端ト盲腸トノ癒着ノ結果、上行結腸ニ見ルガ如キ移動性ヲ欠除スルニ至ルベシ。

### 第三、余ノ實驗例

患者。杉○豐、二十五歳、吳服商。  
宗族歴。父ハ三十八歳肺結核ニテ逝キ、母及同胞五人皆健存ス。  
己往症。

生來健康幼時眼病ニ罹リタルヲアルノ他著患ヲ知ラズ、花柳病ニ罹リタルヲナシト云フ、少シク飲酒スルモ喫烟セズ。  
大正五年七月三十一日著因ナクシテ數回下痢アリ、翌日更ニ瀕同ノ下痢アリ、實藥ヲ服用シ八月三日下痢止ミタリ、然ルニ全月五日頃ニ至リ、下腹部緊滿シ、右下腹部ニ疼痛アリテ步行ニヨリ増劇セリト。仍テ直ニ醫治ヲ受ケ、服藥シタルニ、夕刻三回ノ下痢アリ、腹痛輕快シ翌日ヨリ業務ニ從事セリトイフ。

同月十七日步行時再ヒ右下腹痛ヲ發シ、氷嚢ヲ貼シ就寢一週日ニシテ治セリト、十月二十日夕第三回ノ右下腹痛ヲ發作シ、臥寢十日ニシテ輕快セリ

ト、爾來粥食牛乳等ヲ攝取シ居リシカ、十二月九日夜すし、燒芋等ヲ食シタリシニ、十日夜ニ入り又復腹痛ヲ發シ(第四回發作)、夜中ニ入りテ増劇シ、十二日本院外來ニ於テ需診、十六日入院ス。

現症。  
体格中等榮養稍衰へ、体温三十六度一分、脈膊八〇、呼吸二〇、舌白苔ナ衣シ、流動食ニテ稍々空腹ヲ感ストイフ。便通ハ二日ニ一回軟便ヲ排出ス、嘔氣嘔吐ハ發病當時ヨリ存セズ、且下腹部ニ自發痛ナシ。腹部ヲ檢スルニ緊滿鼓腸ナク、又腹筋ノ硬變ヲ認メズ、Lanz氏點ニ稍々著明ノ壓痛アリ、Mao Burney氏點ニ於テハ、腹壁ニ對シ直角ニ指壓スルトキハ、何等疼痛ヲ訴ヘザルモ、内方脊柱ニ向テ壓スルトキハ著キ疼痛アリ、Lanz氏點ノ壓痛ハ外方ニ向ヒ放散スル傾向アルヲ訴フ、而テ該部ノ深部ニ浸潤硬結ヲ觸知セズ、打診音ハ鼓音ヲ呈ス、排尿時或ハ蓄尿時ニ疼痛ヲ感スル

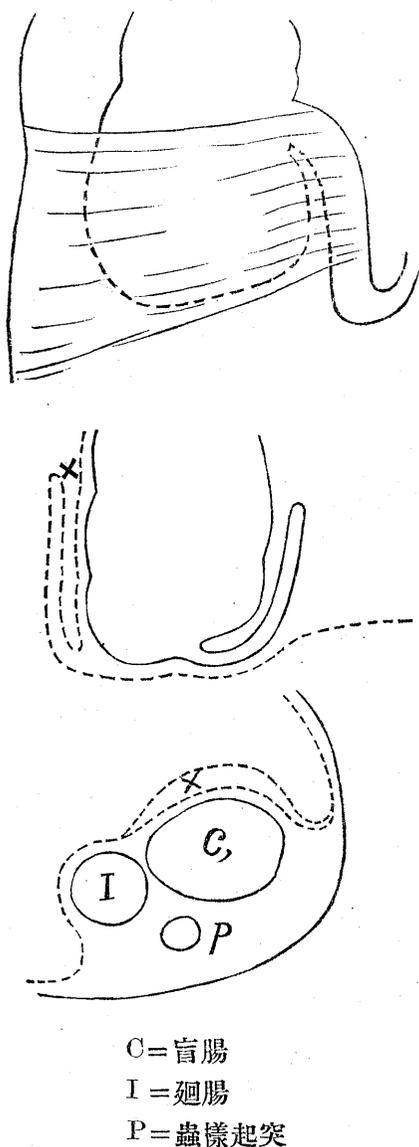
「ナシト云フ。一立方種中ノ白血球數九・四〇〇。  
手術時所見。

十二月二十日「パントゴンスコボラミン」注射、腰髓癱瘓、「クロ、フオルム」依的兒吸入麻醉。普通ノ斜切開ニ依リ開腹ス。盲腸部ヲ檢スルニ、盲腸右側ノ腹壁腹膜ヨリ一ノ廣キ「バンド」狀ノ膜狀物發生シ、盲腸ノ前面ヲ被ヒ、著ク屈曲シテ盲腸ト密接セル廻腸下部ノ前面ニ停止ス。而テ此膜様展張物ハ、盲腸外側ニ在リテ稍ク肥厚シ、体壁腹膜ト固着スレド、盲腸前面トノ間ハ衣蓋狀ヲ呈シ、優ニ二指ヲ挿入スルニ足ル、此膜ノ下縁ハ盲腸

下縁ヲ被ヘツ、直ニ下方腹壁腹膜ニ移行ス、其盲腸下縁ヨリ外下方ニ向テハ多少肥厚シテ皺襞ヲ作り、其發育顯著ニシテ側方ノ腹壁腹膜ニ向ヒ、扇狀ニ放散ス、凡テ此展張物ハ、滑澤ニシテ非薄透明、能ク漿液膜固有ノ光澤ヲ有シ、血管ヲ認メズ。而テ虫様突起ハ遂ニ發見セズ。廻腸下端ハ單ニ前記ノ膜様物ヲ有スルノミナラズ、其盲腸トノ接觸面ハ肥厚セル膜ニ依リテ密着シ、之ヲ剝離スル「能ハズ、仍テ盲腸前面ニ在ル膜ヲ切開シ（出血ナシ）、盲腸右側ノ帶狀膜ノ一部ヲ剝離シ手術ヲ終ハル。

今余ノ實驗例ヲ解剖學的ニ説明センニ、前章腹膜關係ノ場合ト同様ニ、全然盲腸窩ヲ欠除シ、盲腸後面ハ直ニ腹膜外結締織ニ觸接シ、蟲様突起ハ上方ニ反廻シテ盲腸後部ニ位シ、所謂腹膜外蟲様突起ノ位置ヲ取り、廻腸下端ハ盲腸ト密着シテ角度狀ニ屈曲シ、盲腸皺襞ハ異常ニ廣ク「バンド」狀ニ發育シ、強ク側腹壁ニ至ルノ間ニ緊張シ、此膜更ニ延ヒテ盲腸前面ヲ被ヒ、廻腸前面ニ達ス。而テ盲腸前面トノ間ニハ一大囊ヲ形成ス。即一大腹膜皺襞ヲ形成シ、之ニ依テ盲腸前面ニハ二重ノ腹膜ヲ被リ、然モ此兩腹膜面ハ癒着スル「ナク、其間ニ囊ヲ形成ス、而テ該膜ハ、他ノ部ノ漿液膜面ト全ク同様ノ色澤ヲ有シ、其面滑澤ニシテ血管ヲ有セズ。(Fig. VIII.)

Fig. VIII.



#### 第四、實驗例ニ對スル所見

前章ニ述ベタル先天性ト見做スベキ解剖學的異常ハ、即チ胎生第二期結腸間膜癒着ガ、常界ヲ超ヘテ進ミタルモノニシテ、盲腸及廻腸終端ヲ極度ニ固定シ、殆ド全然其移動性ヲ欠キ、廻盲部ノ運動ヲ妨グルモノト觀察セラル。而テ單ニ固定セラレタル廻盲部ノミガ運動スルコトヲ得ザルノミナラズ、廻腸ニ於テ蠕動運動高ク且急劇ニ起リタルトキハ、固定部ニ至リテ衝突シ、反對ニ強劇ナル逆蠕動ヲ起スハ理ノ見易キ所ナリ。而テ此逆蠕動コソ、「コリック」様疼痛ヲ發スル原因タルベキモノト認メラル。故ニ今手術的ニ此固定ヲ解キ、幾分ノ移動性ヲ與フルコトニ依リテ、症狀消散若クハ輕快スベキモノナルコトモ首肯セラル、所ニシテ、余ノ例能ク之ヲ示シテ餘アリ。

余ガ茲ニ切言セントスルハ此先天性解剖學的異常ヲ以テ、後天性ノ炎症癒着ト混同スベカラザルコト是ナリ。炎症癒着ハ、多クハ多數ノ血管ヲ有シ、其面滑澤ナラズ、且其質平等ナラズシテ所々ニ肥厚部アリ、少ク注意スレバ此兩者ヲ容易ニ鑑別スルコトヲ得ベシ。而テ亦タ後天性ノ炎症癒着モ、同様ノ症狀ヲ發起シ得ルコト勿論ナレバ、其原因ハ彼此相混同スベキモノニアラザルナリ。

尙次ニ力說セントスルハ、所謂移動性盲腸 „*Caecum mobile*” ナルモノト余ノ例トノ對比ナリ。論者或ハ曰ハン、盲腸ノ移動性ヲ有スルモノハ、捻轉又ハ重疊ヲ起スノ素因ヲナシ、危險ナルモノナレバ、盲腸ノ固定ハ反テ安全ナルニアラズヤト。然レモ元來移動性盲腸トハ、上行結腸始部ノ遊離移動性ナルノ意ニシテ、固有盲腸ノ移動性ナリトノ意義ニアラズ。固有盲腸ノ後面マデ腹膜ヲ被ムリ、其全周ガ遊離移動性ナルガ寧ロ常態ニシテ、普通最多ク(九二%)見ル盲腸ノ状態ナリ。故ニ元來移動性盲腸ナル名稱ガ抑々適切ナラザルナリ。之ニ關シ最明快ニ説キタルハ Hochenberg ナリ。今氏ノ著外科學各論中ヨリ一節ヲ引キテ其全文ヲ左ニ揚ゲン、蓋余ノ縷言ニ優ルコト萬々ナリト信ズ。

„Wenn der Anfangsteil des *Cohn ascendens* frei beweglich bleibt, so spricht man von einem „*Caecum mobile*“, da natürlich in solchen Fällen das *Cöcum* eine excessive Beweglichkeit besitzt. Die Bezeichnung ist insofern nicht

glücklich gewählt, da ja das Cökum normalerweise in die sekundäre Anheftung nicht eingezogen wird, sondern ringsum frei und daher bis zu einem gewissen Grade auch frei beweglich bleibt" (Lehrbuch der speziellen Chirurgie, herausgegeben von Hohenegg, 1908, Bd. II. S. 203.)

即換言スレハ、常態ニ於テ已ニ其全周遊離移動性ナル盲腸ガ、胎生第四ヶ月ニ形成スル第二期結腸間膜癒着ノ完全ニ行ハレザル爲メニ、猶胎生時狀態ノ Mesocolon ascendens ヲ有シ、極メテ移動性ニ富ム上行結腸始部ト連結スル場合ニ限り、始メテ移動性盲腸ヲフ名稱(不適當ナル名稱ナレモ)ヲ附スルコトヲ得ベキ性質ノモノナリ。故ニ上行結腸始部ノ完全ニ後腹壁ニ固定セラル、場合ニアリテハ、假ヒ單ニ盲腸ノミ遊離移動スルモ、之ヲ以テ直ニ移動性盲腸トハ稱スベカラザルナリ。

以上述フル所ノ理ニ由リ、余ノ例ノ如キ場合ハ、移動性盲腸ノ名稱ニ對シ、固定性盲腸 "Coecum fixile" ト稱スベキモノナリ。但此變化ハ先天的解剖學的異常ニ基クモノニシテ、其程度及狀態ハ極テ種々多様ナルベシ。又多少斯ノ異常ヲ有スルモ、其ノ總テガ生活體ニ障礙ヲ及ボシ、或ル症狀ヲ發スルモノナリトハ斷定スルヲ得ズ。故ニ其異常ノ高度ニシテ、何等カノ症狀ヲ發シ、器械的(手術的)ニ其固定ヲ緩解セシメ、該症狀消散若クハ輕快シタル時ニ於テノミ、始メテ臨牀上ニ意義アル變化トイフヲ得ベキモノナルコトヲ聲言ス。而テ其炎性癒着トノ鑑別ハ嚴密ニ行ハザルベカラズ、又タ少シク注意スレバ、此兩者ノ鑑別ハ敢テ困難ナラザルナリ。

## 第五、結 論

一、廻盲部ニ於ケル腹膜ノ先天的解剖學的異常ノ爲メニ、廻盲部著ク固定セラレ、全然其運動ヲ妨ゲラル、時ハ、其程度ニ依リ時トシテ痙痛様疼痛發作ヲ發スルコトアリ、而テ器械的(手術的)ニ此固定ヲ解キ、適當ノ移動性ヲ與フルトキハ症狀消散若クハ輕快ス。

二、先天的解剖學的異常トハ、胎生第四ヶ月ニ起ル第二期結腸間膜接着 Die sekundäre Anheftung der Gekröseニ際

シ、癒着形成ガ其常界ヲ超エテ進ミタルモノニシテ、盲腸ハ只ダ其前面ノミ腹膜ヨリ被ハレ、盲腸後壁ハ直ニ腹膜外結締織ニ接觸スルヲ恰モ上行結腸ノ如ク、又蟲様突起ハ上方ニ反廻シテ盲腸後面ニ轉シ、所謂腹膜外蟲様突起ノ位置ヲ取り全然盲腸窩ヲ欠除シ、盲腸皺襞ハ異常ニ巾廣ク帶狀ニ發育シ、盲腸前面ヲ超エテ廻腸末端ニ向テ展張シ、廻腸ハ角度狀ニ屈曲シ、廻盲部ノ殆ド全然移動性ナキモノヲイフ。

三、此先天性異常ハ、後天性ニ發スル炎症癒着トハ全然區別セラルベキモノニシテ、彼ノ Jackson's Pericolic mesenteric membrane 如キ炎症産物トハ同一ノモノニアラズ、而テ其主要ノ鑑別點ハ。

1. 先天性異常ニアリテハ、他部ノ腹膜ト全然同様ナル色澤ヲ有シ、溷濁ナク、其質平等滑澤ニシテ血管ヲ有セズ、故ニ之ヲ切開スルモ出血ナシ。

2. 後天性ニ生スル炎症癒着ニ在リテハ、多數ノ新生血管ヲ有シ、色澤溷濁シ、其質平等ナラズシテ往々浸潤肥厚部アリ、ジャクソン氏有血管性膜様結腸周圍炎ニ在リテハ多數ノ血管多クハ相並行ス。

四、移動性盲腸トハ上行結腸始部ノ遊離移動性ナルモノニ附スル名稱ニシテ、元來盲腸ノミニ就テイヘバ、常態ニ於テ已ニ其全周腹膜ヨリ被ハレ、其後壁ハ上行結腸ノ如ク腹膜外結締織ニ直接スルモノニアラズシテ、一定度ノ移動性ヲ有スベキモノナリ、故ニ一方ニハ移動性盲腸ノ存在ヲ認容スルト同時ニ、他方ニハ盲腸部ノ異常ノ固定即チ "Caecum fixum" ヲ否定スベカラズ。此相反スル兩者ノ存在ハ決シテ撞着矛盾ナラズ、如何トナレハ、熟レモ其移動

及固定ノ度ヲ超ヘタル解剖學的異常ニシテ、兩者共ニ「過ギテ及バザルモノ」ナレバナリ。

五、本症ノ臨床上症候トシテハ、敢テ指摘スベキ固有ノ徵ナキモ、炎症ノ蟲様突起又ハ盲腸部ノ疾患ト異リ、時々發作性ニ然モ一過性ニ盲腸部ニ「コリック」様疼痛ヲ發シ、發作時ニ熱發ナク、間歇時及發作時共ニ Mac Burney 氏點ニハ壓痛ナク、盲腸部一般ニ對壓銳敏ニシテ、腹筋ノ硬擧及盲腸部ニ全然硬結浸潤ヲ欠除スルハ、蓋其特徵トス、又本症ガ飲食ノ不攝生等腸管ニ加答兒ヲ發シ、其蠕動亢進スルトキニ本症ノ増悪又ハ發作ヲ招來スルモノナルコト

この内容ニ理會セラハベキコトナリトス。

Literaturverzeichnis.

- 1) **Eastman**, Congenital Deformation and Defunctionalization of the Caecad Jejunum and Colon. The Journal of American Medical Association. 1916. Vol. LX VIII. No. 9.
- 2) **H. K. Corning**, Lehrbuch der topographischen Anatomie. 3. Aufl. 1914.
- 3) **Spalteholz**, Handatlas der Anatomie des Menschen. 1906.
- 4) **Rauber-Kopsch**, Lehrbuch der Anatomie. X Aufl. 1914.
- 5) **Sobotta**, Atlas der descriptiven Anatomie des Menschen.
- 6) **J. Hochenegg**, Lehrbuch der speziellen Chirurgie. Bd. II. 1908.
- 7) **Bergman u. Bruns**, Handbuch der praktischen Chirurgie. 1907.
- 8) **Bruns, Garie, Kuttner**, „ „ 1913.
- 9) **Cleland**, Journal of Anatomy and Physiology. 1868. vol. ii. zit. nach Maleolm.
- 10) **Hickley & Cameron**, Ibid. 1902. No. 41. zit. nach Maleolm.
- 11) **Malcolm**, Two Rare Abnormalities observed in the Course of Operations, Lancet, London, 1911. 2. 1401.
- 12) **Roeder**, An abnormal peritoneal fold over the first portion of the jejunum. The Journal of American Medical Association. 1917. No. 14.

(大正六年五月)