

稀有ナル慢性小腸疊積症治驗例ニ就テ

金澤醫科大學石川外科教室(主任石川教授)

陸軍一等軍醫 眞田武雄

(昭和10年1月29日受附 特別掲載)

内 容 目 次

- | | |
|----------|--------|
| 1. 緒 言 | 4. 結 論 |
| 2. 臨 床 例 | 5. 文 獻 |
| 3. 考 按 | |

1 緒 言

腸管疊積症ナル疾病ハ古クヨリ知ラレタル疾患ニシテ、其ノ成因ニ關シテハ Peyer (1677), Leichtenstern (1873) 氏等ノ腸管麻痺説、Leubuscher (1881), Nothnagel (1903) 氏等ノ腸管痙攣説、或ハ諸種ノ折衷説等既ニ諸説ノ存スルコトハ文獻ニヨリテ明カナル所ナレドモ、未ダ腸管疊積症成立機轉ノ本態ハ究明セラレズ。從ツテ腸管疊積症發生機轉ニ對シ、各種ノ實驗的研究遂行セラレ、其ノ症例報告モ亦尠シトセザルモ、其ノ多クハ急性腸疊積症ニ關スルモノニシテ、慢性腸疊積症ニ關スルモノハ少ク、殊ニ本症例ノ如ク72歳ノ高齢者ニ來リタル廻腸廻腸疊積症ニシテ、而モ發病以來20年ノ長期間慢性ニ經過シ遂ニ高度ナル狹窄ヲ招來セルト思惟セラル、ガ如キ症例ハ、之ヲ文獻ニ徵スルモ余ノ寡聞未ダ識ラザル處、且手術後ノ經過頗ル順調ニシテ、患者ハ今春78歳ノ齡ヲ迎へ、尙矍鑠タル所アルヲ聞知シ臨床上頗ル興味深キモノアルヲ確信シ茲ニ之ヲ報告シ、尙2—3文獻ヲ涉獵シ得タルヲ以テ聊カ考按ヲ試ミントス。

2 臨 床 例

患者 山○榮○ 72歳 農業

主訴 廻盲部ニ於ケル發作性激痛。

家族歴 癩腫、結核等ノ慢性疾病ノ遺傳的素質ヲ認メズ。何レモ相當ノ高齢ヲ以テ死亡シアルヲ識ル。其ノ他特記事項ナシ。

既往症 生來健康ニシテ特記スベキ程度ノ疾患ヲ識ラズシテ52歳ニ達セリ。然ルニ52歳ノ夏季ニ於テ、特ニ認ムベキ原因ナクシテ突然發熱シ、廻盲部ニ激烈ナル疼痛ヲ覺エタリ。當時、急性蟲樣突起炎ノ診斷ノモトニ醫治ヲ受ケ、2週間餘ニシテ治癒セリト謂フ。爾來腹痛ヲ覺エタル事ナク、腹部外傷ヲ受ケタル事ナシ。然レドモ漸次便秘傾向顯著トナレリト訴フ。花柳病ノ罹患ヲ否定ス。酒、煙草ヲ嗜好スルモ其ノ量多カラズ。

現病歴 約1ヶ月以前再ビ何等ノ認ムベキ原因ナクシテ突然發熱シ、廻盲部ヲ中心ニ發作性激痛ヲ發シ、廻盲部ニ低抗ヲ觸ルルニ至リ、食事攝取後常ニ腹部緊張感ヲ覺ユルニ至レリ。然レドモ、激痛發作時

ト雖モ嘔吐ヲ見タル事ナカリシト謂フ。便通ハ秘結セルモ、時ニ血液、粘液ヲ混ジタル下痢便ヲ漏泄セルコトアリ。黄疸等ヲ認メタル事ナク、食思ハ常ニ旺盛ナリシモ腹部ノ不快ナル緊張感ヲ恐レテ意ノ如ク攝取セザリシト訴フ。醫治ヲ持續スルモ些モ輕快スル様子ナキノミナラズ、諸症狀漸次増悪スル傾向アルヲ以テ、昭和4年10月5日金澤醫科大學石川外科ニ入院ス。

現症 體格、骨格發育共ニ中等度、筋肉萎縮シ、皮下脂肪組織著シク減弱ス。皮膚ハ粗ニシテ乾燥スルモ、色素沈着、發疹、浮腫等ヲ認メズ、顔貌稍憔悴シ、苦悶狀ヲ呈スルモ、意識明瞭、應答確實ナリ。呼吸ハ胸腹式ニシテ比較的安靜ナリ。眼瞼結膜、口唇共ニ貧血性ニシテ、舌乾燥シ薄白苔ヲ被ル。咽頭粘膜ニハ異常ヲ認メズ。體溫36度8分、脈搏72至、整調ナレドモ緊張稍弱シ。胸部内臓器ニハ異常ヲ認メズ。

局所々見 腹壁一般ニ膨滿ス。觸診スルニ稍高度ナル腸蠕動不安ヲ認メ得タリ。左腸骨窩部ニ多量ノ糞塊ノ蓄積ヲ識ル。廻盲部ニ弾力性硬ナル抵抗ヲ覺ユル壓痛ナキ大人手掌大ノ腫瘍ヲ觸知シ、雷鳴ヲ聽ク、該腫瘍ノ内方ニ輕微ノ鈍痛ヲ訴フル部アリテ疼痛發作時ニハ壓痛感亦増激シ、該壓痛部ニ表面平滑ニシテ其ノ境界ハ鮮明ナラザルモ、超鷄卵大横位ノ硬キ可動性少キ腫瘍ヲ觸知スルニ至ル。脾臟ヲ觸レズ。肝臟濁音界ハ正位ニ在リ。

直腸鏡検査所見 異常ヲ認メズ。

臨床の諸検査成績 尿ハ淡黃色ヲ呈シ清澄ニシテ内ニ浮游物ナシ。反應酸性。比重1016。糖(-)。蛋白(-)。デアツオ反應(-)。糞便中寄生蟲卵ヲ認メズ。瘰癧木潛血反應(+)。血壓最高150、最低100。血色素60% (ザーリー氏血色素計ニヨル)。血液凝固時間5分。白血球數7,200箇。血液ワツセルマン氏反應(-)。

手術前診断 慢性腸閉塞症

手術所見 同月6日、石川教授執刀、「アドレナリン」加「ノボカイン」局所麻酔ノ下ニ、正中線切開ニ據リテ腹腔ニ達ス。腹膜ヲ開クヤ少量ノ透明ナル漿液性滲出液湧出ス。然レ共、腹膜炎様變化ヲ認メズ。廻腸下端ニ於テ、盲腸トノ移行部ヨリ約10cm廻腸部ヨリ口腔端ニ向ツテ長サ約20cmニ亘リ下行性廻腸腸疊積ヲ形成シアルヲ認メリ。著明ナル盲腸移動症アルモ、盲腸蟲様突起等ニハ炎症症狀ナシ。其ノ他腹腔内臓器組織ニ炎症性變化ヲ發見シ得ザリシモ、廻腸部ヨリ約7.0cm離レタル腸間膜内ニ小指頭大ニ腫脹セル淋巴腺數個ヲ認メリ。而シテ該疊積腸管部ヨリ口腔端方向腸管ハ瓦斯蓄積ニヨリテ高度ニ膨滿ス。疊積セル嵌入 (Invagination) 廻腸部ト外鞘 (Invaginans) 廻腸部トハ癒痕性ニ固ク癒着シ、整復ハ到底不可能ナルヲ以テ疊積廻腸部ヲ切除シ、盲腸端廻腸殘部ハ餘リニモ短カキガ故ニ、廻腸横行結腸側々吻合術ヲ施行シタル後、腹壁ヲ二層ノ列次縫合ニヨリ全部閉鎖セリ。

切除標本所見 疊積セル廻腸ハ嵌入部並ニ外鞘部ハ共ニ一般ニ硬ク肥厚シ、嵌入廻腸漿膜面ト外鞘廻腸漿膜面トハ固ク癒痕性ニ癒着シ、如何ニ努力スルモ剝離スルコト能ハズ。内腔ハ狹窄シ小指ヲモ通ジ得ザル状態ナリ。嵌入廻腸粘膜ハ一般ニ汚穢ナル粘液性苔ヲ蒙リ、所々ニ淺表ナル潰瘍及多數ノ溢血斑並ニ嵌入廻腸尖端部ニ既ニ壞疽ニ陥レル部アリ。切除標本ノ何所ニモ腫瘤或ハ「ポリープ」等ノ存在ナシ。組織學的檢索ヲ行ヒシモ、炎症ヲ經過セルガ如キ所見ヲ呈スル部ナシ。

手術後ノ經過 發熱ナク、經過頗ル順調ニ進ミ、體力漸次恢復シ、第7日ニ拔糸ス。便通整然トシテ發來スルニ至ル。第17日ニ入院時ニ比シ榮養著シク佳良トナリ、非常ナル元氣ヲ以テ治癒退院セリ。

手術後診断 慢性廻腸廻腸疊積症兼盲腸移動症。

3 考 按

發生原因

腸壘積症ノ發生原因並ニ本態ニ關シテハ、未ダ確固タル證明ナク、今日尙未定ノ問題ニ屬シ、Peyer (1677), Stern (1689), Leichtenstern (1873), Schmidt (1898), Syring (1919), Kasemeyer (1912), Michaelsen (1921) 氏等ノ麻痺説、Leubuscher (1881), Binaghi (1902), Nothnagel (1903), Wilms (1906), Propping (1909), Dieterichs (1913, 1914), 奥島(1921) 氏等ノ痙攣説、或ハ單ニ純器械的機轉、即チ適度ニ收縮セル腸管ハ其ノ上位ニ在ル腸内容ノ重量ニヨリテ、其ノ下位ニ在ル腸管内ニ純器械的作用ニヨツテ嵌入シ、腸壘積症ヲ惹起スルトナス Besnier 氏説、或ハ諸種ノ折衷説等紛々トシテ歸着スル所ナシト雖モ、麻痺説、Beanier 氏説ハ頓ニ其ノ聲價ヲ失墜シ今日之等ノ説ヲ信ズル者殆ンドナク、唯僅カノ症例ニ於テ一縷ノ餘命ヲ保持スルニ過ギザル狀況ニ在ルモノノ如シ。

而シテ、現今專ラ信ゼラル、痙攣説ト雖モ、之レヲ精細ニ檢討スル時ハ二派ニ大別スルコトヲ得。即チ專ラ臨床的觀察ヲ根據トシテ痙攣的ニ收縮セル腸管ハ、其ノ上位ニ在ル腸管ノ蠕動ニ由リテ其ノ下位腸管内ニ嵌入セラレ、以テ腸壘積症ヲ惹起スト唱導スル一派ト。Leubuscher (1881), Nothnagel (1903), Wilms (1906), Propping (1909), 奥島 (1921) 氏等ノ如ク、專ラ實驗的觀察ヲ基礎トシテ痙攣的輪狀收縮ヲ發起セル限局部腸管ハ、收縮セザル腸管トノ境界ニ於テ傘狀被包ヲ作爲シ、次デ外鞘並ニ頸部推進シテ收縮部腸管ヲ覆ヒ、之ニヨリテ腸壘積成立シ、次デ外鞘ニ現ハル、強力ナル蠕動ハ嵌入部尖端ヲ固ク把捉シテ、恰モ腸内異物ニ對スル如ク之ヲ肛門端方向ニ運搬ス。故ニ壘積ノ尖端部ヲ構成スル腸管部ハ終始一定不變ナリト説ク一派トアリ。而シテ其ノ原動力ニ關シテハ Nothnagel 氏等ハ縱走筋ノ作用ナリト主張シ、Propping 氏等ハ輪狀筋單獨作用ナリト高唱シ、或ハ亦縱走、輪狀兩筋ノ共働作用ニヨルト説ク者アリ。

然レドモ、之等諸氏ノ實驗的研究ハ主トシテ家兎ヲ使用シ、且腸管ノ痙攣惹起動機トシテハ、Nothnagel (1903), Wilms (1906) 氏等ハ感應電流ヲ、Propping (1909) 氏ハ「ザリチル酸フィゾスチグミン」ヲ、Binaghi (1902) 氏ハ「クロールカルシウム」或ハ指壓等ノ刺戟元ヲ採用シタルモ、果シテ斯ノ如クシテ成立シタル腸壘積ハ、眞ニ人間ニ於ケル病的重積症ノ成因病理ト、同一視スベキ價値アルヤ否ヤ頗ル疑ナキ能ハザル所ナリ。

故ニ此ノ事ニ關シテハ、既ニ Nothnagel (1903) 氏等ハ實驗的腸壘積ト病的腸壘積トヲ區別シ、兩者ノ差異ハ單ニ壘積ノ大小ニ在リトシ、人體ニ於テモ小ナル壘積ハ生理的ニ屢繰リ返サル、モノニシテ、偶々其ノ大ナル長サニ達シタルモノノミ病的壘積トナルモノナリト推斷シ、Propping (1909) 氏等ハ病的壘積ノ際ニハ刺戟元ガ強ク且永續性ナルコト、腸管ハ過敏状態ニ在ルコト、整復機轉ヲ惹起スル能力ハ實驗的壘積ノ場合ヨリモ低下シアルコト等ヲ指摘シオレリ。

Leichtenstern (1873) 氏等ハ腸壘積ノ成立ニハ必ず當該腸部分ノ移動性及運動力ヲ有スル

コト必要ニシテ、移動性ヲ有スルニハ腸間膜ノ長キカ若クハ脂肪質ニ乏シキコトヲ條件トスト説キ、或ハ D'Arcy-Power 氏ハ解剖學的統計ニヨリ胎兒及初生兒ニ於テハ年長ノ小兒或ハ成人ニ於ケルヨリモ、腸間膜ノ長キ身長ニ比シ遙カニ大ナルコトヲ確定シタリト雖モ、此ノ見地ヨリセバ小腸ニ最モ招來シ易キ理ナルモ、却ツテ移動性少シトセラル、小腸大腸移行部ニ最モ頻發シ易キヲ見レバ、腸間膜ノ異常ニ長キハ次ニ記述スルガ如ク、腫瘍、異物等ノ如ク腸壘積症ノ直接ノ原因ニハ非ズシテ、單ニ誘因トナリ得ルニ過ギザル可キヲ知ルベシ。

依ツテ廻盲部ニ頻發スル理由ヲ説明センガタメ、D'Arcy-Power 氏ハ小腸大腸ノ腔經ノ差ニ重要ナル意義ヲ置キ、胎兒ニテハ同大ニシテ分娩時ニ及ビテハ大腸ハ小腸ニ比シ僅ニ1耗餘大ナルニ過ギザレドモ、結腸ハ急速ニ發育シ其ノ腔經ハ4—6ヶ月後ニハ3乃至4倍ニ達スルニ反シ、廻腸ハ僅カニ約2倍ニ發育スルノミ、此ノ急速且ニ不平均ナル發育ニヨリ廻盲瓣ノ不全閉鎖ヲ惹起シ腸壘積ヲ頻發スルモノナリト論斷センモ、Matti (1911) 氏ハ廻腸盲腸壘積ノ最モ多キ哺乳期ヨリモ、腔經ノ差ハ5歳ニ於テ最モ著シキニ拘ハラズ、此ノ時期ニ於テハ哺乳期ヨリモ發生頻度少キ事實ヲ説明スル能ハズト唱導セリ。

斯ノ如ク、麻痺説、痙攣説、Besnier 説、或ハ諸種ノ折衷説等共ニ未ダ腸壘積症ノ發生原因、其ノ本態ヲ闡明ニシ得タルモノナリトハ謂ヒ難ク、宛然暗中摸索ノ狀況ニ在リ。

Leichtensterns 氏ノ統計的研究ニ據レバ、637例ノ腸壘積症中399例ニ於テ特ニ原因ト認ムベキモノヲ認メ得ザリシモ、其ノ他ノ例ニ於テハ、腸壁腫瘤、「ポリープ」、脂肪腫、メツケル氏憩室、或ハ稀ニ嵌入腸管ノ尖端ニ癌腫ノ存在スルヲ觀察セリト報ジ、Kasemeiers (1912) 氏ハ208例ノ Tumorinvasion ノ症例ヲ蒐集シ、中116例ニ良性腫瘍ヲ、85例ニ悪性腫瘍ヲ發見シ、7例ニ於テノミ何等ノ腫瘍ヲモ證明シ得ザリシヲ報告シ、Braun (1924) 氏亦637例ノ腸壘積症ヲ蒐集シ、各症例ニ就テ注意シテ其ノ原因ヲ探求セシモ、中267例ニ於テハ原因ト認ムベキ何物ヲモ發見シ得ザリト記載セリ。而シテ、111例ハ突然發病シ、66例ハ別種ノ急性或ハ慢性ノ腸管ノ炎症性疾患ニ罹患中ニ、15例ハ腹部挫傷ニヨリ、12例ハ身體ノ激動ヲ原因トシテ腸壘積ヲ惹起セルモノナリト述ベタリ。

尙 Nothnagel (1903) 氏ハ小兒腸管ノ特ニ敏過ナルコトヲ以テ、壘積ノ一好發素因ナリト斷定シ、Wilms (1906) 氏亦之ニ賛シ、Horn 氏亦此ノ見地ヨリシテ乳兒ノ食餌變換ヲ以テ壘積ノ誘因ト推定スルハ正當ナリト述ベタリ。

以上記述セル以外ニ、腸壘積症成立ニ際シ腸管ノ炎症性疾患、ヘノッホ氏紫斑病、或ハ蟲様突起等ヲ以テ誘因ト見做セル文献アリ。

發生頻度

腸壘積症ノ部位的發生頻度ハ、廻腸盲腸結腸壘積ヲ最多トシ、大腸壘積之ニ次ギ、小腸壘積ハ稀ナリトス。腸閉塞症ト腸壘積症トノ關係ヲ觀ルニ、Simon (1902) 氏ノ報告ニ因レバ全腸管閉塞症ノ2.1%ニ過ギザレドモ、Flesch-Thebesius (1919) 氏ハFrankfurter 教室ニ於テ經驗セル腸閉塞症ノ10.3%ハ腸壘積症ナリト報告シ、Goebell (1923) 氏ノ統計ニ據レバ11.0%、Leichtenstern (1873) 氏ニ據レバ實ニ30.0%ニ達シ、高安 (1918) 氏ノ本邦ニ於ケル統計

＝據レバ 28.78%ノ多キヲ 占據スルト唱ヘラル。其ノ他 Walton 氏ハ 27.0%ナリト報ジ、Adams 氏ハ 31%ナリト論ジ、Bonner 教室ハ 33%、Kieler 教室ハ 34%ナリト發表セリ。即チ、腸壘積症トシテハ比較的屢遭遇スル疾患ナレドモ、今、年齢的關係ニ就テ觀察スルニ、其ノ何レノ報告ニ據ルモ大部分ハ小兒ニ發來セルモノニシテ、Leichtenstern (1873) 氏ニヨレバ其ノ過半以上ハ 1—10歳ノ小兒ニシテ、殊ニ 3歳以下ノ幼兒ニ著シク頻發スト唱導セリ。B. Weiss (1899) 氏ノ統計ヨリ觀ルニ、全腸壘積症ノ 81%ハ幼兒ニシテ、其ノ 60%ハ乳兒ナリト説キ。Flesch-Thebesius (1919) 氏モ亦其ノ過半ハ 10歳以下ノ小兒ニシテ殊ニ乳兒ニ多ク 35%ノ多キニ達スト記載シ、Koch u. Oerum (1913) 氏等ニ據レバ 60%ハ初生兒ナリト述べ、Braun (1924) 氏ハ 75%ニ相當スト報ゼリ。

斯ノ如ク腸壘積症ハ初生兒殊ニ 1ケ年未滿ノ者ニ最モ頻發シ、漸次齡ヲ重ヌルニ從ツテ發生頻度ヲ減ジ、10歳以上ニ至レバ急激ニ減少スルモノナリトハ從來諸家ノ報告ノ一致スル所ニシテ諸學者ノ齊シク認ムル所ナリ。而シテ腸壘積症ノ最モ頻發スル型ハ、小腸盲腸結腸壘積症ニシテ全腸壘積症ノ 60%以上ニ相當スト云ハル。Wichmann 氏ノ統計ニ據レバ尙高率ヲ示セリ。即チ、

	0—1歳	2—10歳
小腸大腸移行部	94%	76%
大腸	4%	13%
小腸	2%	11%

性別ノ關係ニ於テハ男性殊ニ幼年ノ男性ガ女性ニ比シテ遙カニ罹患率大ナリトハ、從來諸家ノ經驗ガ一致スル所ナリ。

上述セル諸種ノ發生機轉或ハ各種ノ統計ノ觀察ヲ斟酌シテ余ノ症例ニ徴シ考按スルニ、成人ニ於ケル腸壘積症ハ比較的僅少ナルモノニシテ、而モ文獻ニヨリテ從來ノ症例報告ヲ觀ルモ余ノ寡聞未ダ 72歳ノ高齢者ニ來タル腸壘積症ヲ見ズ、從來最モ長キ經過ヲトレル例トシテ Pohl 氏ノ 11ケ年ヲ經過セル 1例ヲ知ルト雖モ、余ノ症例ノ如ク 20ケ年ニ亙リ極メテ慢性ニ經過ヲトレルモノニ至リテハ甚ダ稀有ナルモノニ屬スト謂ハザル可カラズ。

抑、腸壘積症ハ急性症狀ヲ以テ極メテ急速ニ經過スルヲ常態トスルモノニシテ、Trevés 氏ニ據レバ 75%ニ達スト謂ヘリ。而シテ慢性腸壘積症ハ殆ンド常ニ大腸ト關係ヲ有スル腸壘積症ナリト記述セラル、所ニシテ、本症例ノ如ク慢性廻腸廻腸壘積症ハ極メテ興味深ク如何ニ稀有ナル疾病ナルカラフ略推察シ得ルニ難カラズ。

本症例ニ徴スルニ斯ノ如ク極メテ慢性ニ經過セル腸壘積ノ成生ニ際シ、果シテ前述セルガ如キ諸家ノ唱フル所ノ誘因ヲ必要トシ、果シテ腸管ノ痙攣ニノミ基因シテ腸壘積ヲ惹起スルモノナリヤ否ヤ甚ダ疑問ノ存スル所ナリトス。而シテ從來本症ノ眞因ハ多クハ不明ノ中ニ終ルヲ常トシ。其ノ原因ヲ探求シ得ル場合ハ極メテ少數ナルガ如シト雖モ、本症例ノ如ク廻腸廻腸壘積症ニシテ著明ナル急性腸狹塞症狀ヲ呈セズ、長期間大ナル通過障礙ナク、箝頓セル腸間膜ガ急速ニ強キ狹窄ノ壓迫ヲ受クルコトナク、從ツテ血行障礙ヲ惹起スルコトナク經過

シタル點ヨリ考察スル時ハ、腸管ノ痙攣ニ由ツテ惹起セラル、ト考フルヨリモ、寧ロ外鞘タル廻腸ハ正常状態ニ比シ麻痺状態ニ在リシ爲メニ完全ナル腸閉塞ヲ來ス考算少カリシモノト説明スルヲ至當ト思惟セラル。殊ニ著明ナル盲腸移動症ヲ合併シ、常習性便秘アリシハ此ノ間ノ消息ヲ物語ルモノニ非ラザルヤ。即チ、少クトモ余ノ本症例ニ關スル限り、Schmidt (1898) 氏ガ幽門部切除後之ニ相當スル横行結腸嵌入シテ結腸疊積症ヲ惹起セル例ヲ、Syring (1919) 氏ハ腸間膜並ニ其ノ血管ノ貫通鉗創後、當該配下ノ腸管ニ疊積ヲ發來セル例ヲ報ジ、安藤(1926) 氏ハ腸間膜血管閉塞症患者ニ對シ施シタル觀血の處置後廻腹部ノ腸疊積ヲ惹起シタル1例ヲ記載セリ。而シテ同症例ノ手術記事中ニ於テ、腸間膜ノ一部ニ過拇指頭大ノ極メテ硬キ硬結物ヲ觸知セリト記述セルヲ觀テ、本症例モ之等諸家ノ報告例ト略同様機轉ニヨリテ招來サレタルモノナリト推定スルモノナリ。即チ腸管運動ハ主トシテ腸壁内ニ存在スル Auerbach 氏神經叢ニヨリテ惹起セラル、モノナルコトハ勿論ナリト雖モ、亦中樞神經系ニヨリテモ司配調節セラル、モノナルガ故ニ、盲腸及廻腸最下端部ヲ司配スル外來ノ自律神經纖維ノ經過中ニ本症例ニ於テ認メタルガ如ク。腸間膜内淋巴腺ノ腫脹肥大等ノタメ器質的變化來リ、後天性ニ其ノ司配下ニ存スル腸管ノ神經主宰障礙ヲ惹起シ、二次的ニ該司配神經領域腸管ニ麻痺擴張ヲ招來シ、其ノ上部ノ健康廻腸管ガ嵌入シ來リタルタメト解スベキヲ妥當ナリト思考スル者ナリ。勿論此ノ事ニ關シテハ明確ニ説明シ得ベキ有力ナル事實ナク、漠然ト斯克アラント推測スルノミナリト雖モ、慢性腸疊積成立ニハ必ずシモ、腫瘍、「ポリープ」、潰瘍、腹部外傷、異物等ノ存在ヲ必要トセザルベキコトハ異論ナキ處ナルベシ。加之、余ノ此ノ推測ハ腸疊積症ノ發生機轉ニ對シ最モ重要視シ、先人諸家ノ等シク高唱セル病的疊積ハ其ノ自然的整復機轉ノ阻止ニヨリテ成立スト言フ提論ニ對シテハ、毫モ抵觸スル所ナキノミナラズ、却ツテ其ノ論據ヲ裏書スルモノナリト謂フベシ。

症候及診斷

一般ニ腸疊積症ハ急性症狀ヲ以テ發病スルモノ多キハ前述ノ如シ。即チ、「イレウス」症狀ヲ以テ發來スル場合多ク、從ツテ臨床上主要ナル徵候トシテハ突然惹起スル腹痛、腫瘤、腸蠕動不穩、腹部膨滿、腹壁緊張、嘔吐、便秘、放屁缺如、或ハ血便等ヲ見ルト雖モ、之等ノ症候ハ何レモ必發トハ謂ヒ難ク、東條氏ニ據レバ、腹痛86%、腫瘤75%、腸蠕動不穩22%、嘔吐44%、便秘28%、血便61%ト報告シ、橋本、栗田氏等ハ腹痛54.2%、腫瘤75%、腸蠕動不穩31%、腹部膨滿66%、腹壁緊張21%、嘔吐80%、血便42%ト記載セル等、急性腸疊積症ノ診斷上最モ根據トナルベキ急性症狀ニシテ斯克ノ如シ。然ルニ慢性腸疊積症ハ急性症ニ比シ愈診斷確立ノ特徴ニ乏シキガ故ニ、他ノ諸疾患ノ如ク發現セル徵候ノミニテハ的確ニ腸疊積症ナリトノ診斷ヲ下スハ容易ノ業ニ非ズ。殊ニ他ノ腹部臟器諸疾患ノ諸症候ト甚ダ酷似セルモノアリ、其ノ鑑別診斷ハ頗ル困難ナルモノニ屬ス。從來ノ文獻ヲ通覽スルモ、臨床上慢性腸疊積症ナル的確ナル診斷ヲ見ズ。手術前或ハ剖檢前ニ本症ヲ確診スルハ甚ダ至難ニシテ、唯僅カニ手術時或ハ解剖臺上ニ於テ初メテ確實ニ慢性腸疊積症ナルヲ發見スルニ過ギザル場合多キガ如キ、本症診斷ノ如何ニ困難ナルカヲ窺知スルニ足ルベシ。本症例ニ在リテ

モ、發病以來診療セル醫師ハ蟲様突起炎ト診斷シ、治療スルコト幾ケ月間ニ及ブモ尙誤診タ
ルコトヲ發見シ得ザリシガ如キ、其ノ好適例ナリト言フベシ。

治療及豫後

早期ニ發見シテ根本的ニ適當ナル治療ヲ施セバ治癒シ得ルモ、然ラザル時ハ箝頓セル腸間
膜ハ漸次血行障碍ヲ惹起シ、早晚嵌入部腸管ニ壞疽ヲ招來シ、腸穿孔ヲ來スニ至ル、或ハ腸
壘積ニ基因シテ腸間膜靜脈ニ血栓性炎症或ハ敗血症ヲ合併シテ豫後極メテ不良トナル、Ans-
chtütz (1927) 氏ハ初生兒ニ於ケル腸壘積症ノ場合可及的早期ニ診斷シ整復ヲ試ムルナラバ、
頗ル好成绩ヲ得ルモノニシテ、死亡率ハ僅カニ 6.6%ニ過ギズト報ジ、腸切除術ヲ施行セザ
ル可カラザル状態ナル時ハ其ノ結果ハ絶對ニ不良ニシテ、死亡率ハ87%ニ達スト報告セリ。
Melchior (1927, 1929) 氏ハSuermondt 氏ト同様切除例ニ就テ好成绩ヲ擧ゲ得タコトヲ報ゼ
リ、Suermondt 氏ハ24時間以内ニ手術セシモノノ死亡率ハ僅カニ 6.3%ナレドモ、48時間後
ニ延引セシモノニ於テハ86%ニ及ブト報ジ、Breslauer 氏ノ教室ニ於テハ8例ノ切除例中3
例ハ死亡セリト發表セリ。然レドモ、最近胃腸外科ノ進歩ニヨリ手術ニ於ケル危険率ノ存在
皆無ニシテ、殊ニ本症例ノ如ク極メテ慢性ノ経過ヲトリ、既ニ嵌入腸管ト外鞘腸管トハ癒痕
性ニ強固ニ癒着シ、如何ニ努力スルモ剝離スルコト能ハザルガ如キ場合ニハ、單ニ高壓浣腸
等非觀血の整復療法ノミヲ如何ニ試ムルモ、其ノ効ナキハ自明ノ理ニシテ、手術的ニ切除術
ヲ加フル以外ニ治癒セシムベキ方法手段ナク、之ニヨリテ襲來スル生命ノ危険性ヲ除外スル
他ニ良策ナシ。

4 結 論

1. 本論文ハ72歳ノ高齢者ニ來リタル慢性廻腸廻腸壘積症例ヲ報告シ、壘積部廻腸ヲ切除、
廻腸横行結腸側々吻合術ヲ行ヒテ、全治退院セシメ得タル例ナリ。
2. 患者ハ52歳ノ夏季ニ認ムベキ原因ナクシテ廻盲部ニ激痛ヲ惹起シ、爾來便秘傾向アル
他胃腸通過障碍ヲ見ル事ナク経過シタルト、手術所見及切除標本所見等ヲ斟酌シテ考察スル
時ハ、本症ノ發病ハ52歳夏季ニ於ケル疼痛發作ヲ以テ發病ノ時期ト見做サマル可カラズ。即
チ、發病以來20ケ年間ノ長期間殆ンド潜伏性ニ不知ノ間ニ経過シ、遂ニ腸狭窄症狀ヲ惹起ス
ルニ至リタル例ナリ。
3. 切除標本ノ外鞘廻腸ト嵌入廻腸トハ癒痕性ニ強固ニ癒着シ、廻腸壁ハ何レモ異常ニ肥
厚セリ。斯ノ如キ例ニ對シテハ、壘積部腸管切除術以外ニ適當ナル良法ナシ。
4. 慢性腸壘積症ハ統計的ニハ殆ンド總テ大腸ト關係ヲ有スルモ、本症例ノ如ク大腸ト關
係ナキ廻腸廻腸壘積症ハ頗ル稀有ナルモノニ屬ス。
5. 弾力性硬ナル圓柱狀腫瘤ヲ觸知シ、常習性便秘ヲ伴フ場合ニハ、先ヅ慢性腸壘積症ヲ
推定スベク、之等ハ診斷上缺クベカラザル根據トナルモノノ如シ。唯腫瘤ガ右季肋部ニ存在
スル場合ハ膽囊膿瘍ト鑑別スル要アリ。
6. 嵌入廻腸及外鞘廻腸ノ異常ニ肥厚シアリシハ、壘積廻腸部ニ鬱滯スル内容物ヲ次位腸

管内ニ輸送セント過度ニ作用シタル爲メナルベク、其ノ機械的機轉ノタメ嵌入及外鞘廻腸間ニ瘢痕性癒着ヲ營爲セシムルニ至リタルモノナラント思考セラル。

撰筆スルニ臨ミ親シク御校閲ノ勞ヲ賜ハリタル恩師石川教授ニ謹ソデ満腔ノ感謝ヲ捧グ。

主 要 文 獻

- 1) **Binaghi**, Sulla Patogenesi dell'invaginamento intertinale, Ricerche sperimentali. La clinica chirurgica, 1902, Anno. 10, P. 761. 2) **Flesch-Thebesius**, Ueber Invaginationsileus. Langenbeck's Archiv, 1919, Bd. 112, S. 1121. 3) **L. Finkelstein**, Zur Therapie der Invagination im Säuglingsalter. Deutsche Med. Woch. 1927, Nr. 27, S. 1143. 4) **Kasemeyer**, Tumorinvagination des Darms, Dtsch. Zeitschr. f. Chir, 1912, Bd. 118, S. 205. 5) **Leubuscher**, Experimentelle Beiträge zur Aetiologie der Darminvagination, Virchow's Archiv, 1881, Bd. 85, S. 83.
- 6) **Matti**, Ueber Darminvaginationen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir, 1911, Bd. 110, S. 383. 7) **Michaelson**, Ueber Invaginationen. Dtsch. Zeitschr. f. Chir, 1921, Bd. 161, S. 226. 8) **Nothnagel**, Die Erkrankungen des Darmes und des Peritoneums. 2. Auflage, S. 385. Spezielle Pathologie und Therapie, Wien, Bd. 17, 1903. 9) **Schmidt**, Invagination des Quercolon nach Pylorusresektion und Magenduodenalvereinigung mittelst Murphy-Knopf. Dtsch. Zeitschr. f. Chir, 1898, Bd. 48, S. 83. 10) **Syring**, Bauchschuss und Invagination. Bruns' Beiträge, 1919, Bd. 114, S. 131. 11) **Wilms**, Der Ileus. Dtsch. Chir, Lieferung 40g. Stuttgart, 1906. 12) **安藤美一**, 腸間膜血管閉塞症ニ就テ。日本外科學會雜誌, 第27回, 第7號, 大正15年10月1日, 1582頁。 13) **奥島愛次郎**, 腸管疊積症ノ病因ニ關スル實驗的研究補遺。日本外科學會雜誌, 第22回, 第4號, 220頁, 第5號, 309頁。 14) **加藤繁**, 腸管疊積症ノ「メハニスムス」ニ就テ, 日本外科學會雜誌, 第24回, 第4號, 大正12年7月1日, 397頁。