

外傷性遅發性腸管穿孔の經驗

能登川病院外科 黒田 秀夫

Intestinal Perforation Occurring in the Later Stage of Abdominal Trauma Report of Two Cases

by

Notogawa Hospital H. KURODA

緒言：腹部に外力を受け遅發的に腸管穿孔を起した2症例に就いて考察を加える。

症例Ⅰ：患者，4才，男子。

主訴：腹痛

現病歴：昼食2時間後約5尺の高所から落ちその際に在つたお茶の罐で腹部を打つたという。丁度食後であつた為か激しい嘔吐を催し食事を殆んど吐いて了つた。腹痛を訴えて受傷4時間後来院する。

現症：体格栄養中等，脈搏90，緊張弱，体温 37.2°C ，意識明瞭であるが顔貌に元気がない。局所を診るに，腹部は一般に軽く膨隆しているが外傷や静脈怒張等の異常所見は認められない。自発痛を廻胃部に訴え同所にもみ圧痛がある。軽度の腹壁緊張があり洗腸するが排便はない。手術をすゝめるが応じない。翌日受傷後20時間経過して再び来院する。顔貌は前日より一層元気が無くなつている。併し昨夜は睡眠良好で今朝は食事も進んだという。嘔吐はなく体温 37.5°C ，脈搏100，緊張弱，腹部自発痛を訴えない様になつている。腹部は前日に比べて尙一層膨隆し，右半側に軽度の静脈怒張が見られる他著変がない。腹壁一般に緊張し到る処に圧痛を訴える。幼児のこと故明らかではないが，所謂ブルンベルグ氏症候が陽性であると思われる。特に左季肋部に著しい。鼓腸甚しく腸音は消失している。高压洗腸をするが排便はない。以上により恐らく大網膜が外力を受け出血を起しその為に麻痺性イレウスを起したものと考え手術をすゝめたが応じない，受傷30時間後三たび来院する。腹部膨隆が少し強くなつている他，臍に比べて著変はない。手術を行う。尿中大腸菌の検査は行わなかつた。

手術所見：正中線切開，約2倍大に膨満した小腸が腹腔外に飛出す。少々蒼血状で蠕動なく腹水もない。大網膜は左季肋部に於て癒着しているがそれも殆んど剝離しかけている。その部の小腸は $5 \times 5\text{cm}$ 大に糜爛し膿汁が附着して、その中央に小豆大の穿孔があ

る。大網膜を小腸より剝離し健康部に於て切除，腸穿孔はその周囲の浸潤部分を含めて巾着縫合により閉鎖した。すると今迄全然動かなくなつた腸が僅か乍ら生氣を取り戻し微かに蠕動を始めた。併し小腸の管腔の広さに比し，余りにも埋没部分が広範囲である為，通過棘碍を起すと考えられたので，腸切除及吻合を決心し穿孔部を中心として約10cm切除端々吻合を行つた。その他の部分を見るに，廻盲は蠕動せず紫藍色膨満したまゝである。S字状結腸は悪くはないが全く萎縮しざつている。

腸壁及腸間膜の至る処に膿痂皮が附着して居り拭いても取れない。術中一般状態は左程悪くなかつたが輸血50ccを行わしめる。腹壁を閉ざるとは同時死亡する。

症例Ⅱ：患者，55才，男子，漁師。

主訴：腹痛及嘔吐。

既往症：生来著患を知らず。現病歴：受傷当日岸から小舟に乗り移らうとして誤つて滑り転倒して，舟端で右季肋部を打つた。約300m徒歩で帰る屋食をしたが別段苦痛を感じなかつた。その後2時間経つて，突然先程打つた右季肋部に激痛を覚えそのまゝ起き上れず嘔吐数回を伴つた。医師により鎮痛剤の注射を受けたが苦痛は甚しくなるばかりで受傷6時間後に来院する。

現症：体格栄養中等，体温 36.1°C ，脈搏120，不整で緊張甚だ弱く殆んど触れ難い。顔面蒼白苦悶状で腹部膨隆も陥没もなく，腹壁に外傷認められずその他の異常所見もない。肺肝濁音消失し腹壁緊張及ブルンベルグ氏症候陰性である。腸雑音聴えず，圧痛は到る処にあるが特に右季肋部に著しい。身体を動かす度に嘔吐がある。白血球数6600，赤血球数，664万，ザーリ血色素計105%，尿中大腸菌陽性で腸穿孔による腹膜炎と診断し手術を行う。

手術所見：局麻のもとに正中線切開。腹膜切開と同

時に著しく膨大した大小腸飛び出し、食物残渣及血性膿汁を伴える腹水約200cc出る。胃及横行結腸異常なし。小腸は著しく膨大し膿痲皮附着し糜爛状態となっている。右側にゆく程甚しいので横切開を加え肝臓下部を検べると濃い膿汁が多量に流出する。空腸の背側に1.5×1.0cm大の穿孔部を発見し巾着縫合により閉鎖し大網膜を附着させゴムドレーンを挿入して手術を終える。

経過：一時危険状態であつたがその後の経過良好で術後60日目に全治退院する。

考察：症例Ⅰ及Ⅱに於て、共通点であり且特徴的なことは、共に腹部に外傷を伴わぬ程度の外力を受け、初めの間は大した苦痛もなく経過していたことである。

症例Ⅰは受傷当日睡眠良好で翌朝(受傷時間後)食事をして食慾もあり一般状態も悪いとは思えなかつた。食後12時間(受傷30時間後)で開腹して手術所見が以上の様であつたに不拘、嘔吐は軽く初期にあつただけで、腹膜炎の症状はブルンベルグ以外殆んど認められるべきものがなく、麻痺性イレウスが強く起つていたものである。之は外力に依り小腸に挫傷を受けそこに大網膜が一応癒着し防禦していたのであるが、受傷18時間後に始めて食事をし、その為に起つた腸蠕動により防禦し切れず、小腸が穿孔を起したものと考えられる。又受傷時腸管の挫滅、血管の損傷等があつて局所腸管は最初穿孔がなくとも時間の経過と共に次第に壊死に陥り、遂に穿孔をみるに到つたものかも知れぬ。故に腹膜炎の症状が強くなく徐々に腸膨満を来した大

網膜が穿孔部位を防ぎ切れず、そこから炎症が波及するにつれて腸膨満も益々ひどくなり、麻痺性イレウスの症状が起つてきたものであらう。症例Ⅱでは、受傷当時苦痛なく徒歩で帰宅し食事をする元気があつた。然るに食事をした為に腸蠕動を起し食後2時間でLocus minoris resistentiae.であつた空腸の一部に1.5×1.0cm大の穿孔を起し、汎腹膜炎を惹起したものと考えられる。尚その穿孔部位が背側にあつたということは、打撲を受けた際、脊柱により腸挫傷を受けたものであらう。

以上の二症例から腹部に打撲を受けた際、その外力の程度とその時の条件により直ちに腸穿孔を起すことなく唯単に腸挫傷を受けただけでも、その後食事労働等の原因により遅発的に或は後発的に腸穿孔を起すことが考えられる。遅発的腸穿孔を起す一番有力な誘因は矢張り食事に伴つて起る腸蠕動であらう。このような場合、受傷後充分安静を保つことにより或は穿孔を起さずに済むこともあると信じられる。戦場で腹部貫通銃創を受けた時、穿孔を起せる腸は一時Spasmusの状態となり、その為に腸内容の腹腔内漏出が阻止され、後にSpasmusがとれてから始めて腹膜炎を起すという実例があるが、以上の二症例の如き比較的弱い外力による打撲の場合は、上に述べた症状及手術所見によつても明らかな如く腸管はLähmungを起して居り、且外傷後遅発的に穿孔を惹起したものと考えるのが妥当ではあるまいか。

網状織腫 (Reticuloma) の一例

京都大学医学部整形外科学教室(主任 近藤鋭矢教授)

林 孝 夫

A Case of Reticuloma Originating in Tibia

From the Orthopedic Division Kyoto University Medical School (Director : E. Kondo)

by

T. HAYASHI

(本論文の要旨は昭和14年9月20日京都外科集談会に於て報告した。聊か旧に属するが、改めて考究加筆して記録にとゞめるものである。)

骨髓膿瘍に関する研究は、1816年 Lucke が A Tumor resembling Endothelioma of Bone を記載して以来諸家によつて相次いで行われたが、其の疾患の様相

は多様多様にして一定せず、本態に就ても亦各報告者によりて多少意見を異にし、唯漠然と Endothelioma 又は Perithelioma of bone 或は Angioendothelioma なる名称の下に包括せられて居た。1921年 Ewing は骨髓瘍中主として若年者の手、足の小骨及び長管骨の幹部を好んで侵し、組織学的には小円形細胞性骨髓肉腫の像を呈するものを特に他の細胞肉腫から区別し、之