

臨 床

先天性腸閉塞症 2 例

京都帝國大學醫學部外科學教室(磯部教授指導)

醫學士 五 郎 川 正 己

Zwei Fälle angeborener Darmatresie

Von

Dr. M. Gorōkawa

[Aus dem Laboratorium der Kais. Chirur. Universitätsklinik **Kyoto** (Prof. Dr. K. Isobe)]

Fall I. T. K., männliches Kind, 6 Tage nach der Geburt. Bei diesem Kinde fehlte die Ausscheidung des Meconiums und die darauf folgende Kotentleerung nach der Geburt. Vom 3. Tage an begann das Erbrechen, und die erbrochene Masse zeigte bald kotige Farbe und kotigen Geruch.

Operationsbefund: Das Darmrohr vom Punkte ca. 20 cm anal von der Flexura duodeno-jejunalis bis zum Ileumteil ca. 4 cm oral vom Ilcoecalabschnitte ist verschwunden.

Sektionsbefund: Das Foramen ovale steht völlig offen. A. u. V. umbilicalis sind auch total durchgängig. Im übrigen keine Abnormitäten.

Fall II. D. S., männliches Kind, 4. Tage nach der Geburt. Keine Kotentleerung nach der Geburt. 24 Stunden post part begann das Erbrechen, und die erbrochene Masse zeigte nach und nach grünlichen Ton.

Operationsbefund: Am Darmrohr findet sich die erste Darmatresie ca. 90 cm anal von der Flex. duodeno-jejunalis, die zweite ca. 20 cm anal von der ersten, die dritte ca. 3 cm anal von der zweiten entfernt. Am zweiten und dritten atretischen Teile wurde das Darmrohr vollständig amputiert, am Teil 1 dagegen nicht, weil hier weder Schnürrinnen noch Narben nachzuweisen waren und Serosa und Gefäße glatt ineinander übergingen. Keine anderen Missbildungen.

發生頻度 先天性腸閉塞症ハ比較的稀有ノ疾患ニ屬シ, Theremin ノ調査ニヨレバ, St. Petecsburg (舊露都) ノ棄子院ノ收容兒 150000人中 9人 (16667:1)。獨乙ニ於ケル 1899年度ノ出生兒 1980304人中 118人 (16780:1)ニ於テ, 復 Wienノ棄兒院ノ收容兒 111401人中 2人 (55701:1)ニ於テ發見セラレ, 就中前二者ノ示ス統計ハ比較的正確ナモノト考ヘラレテキル。之等ノ統計ニ從ヘバ, 本疾患ノ發生ハ多クトモ約 16700人ニ1人ノ割合トナルノデアル。

發生部位 本疾患ノ大部分ハ十二指腸ヨリ廻盲瓣ニ到ル間ノ小腸ニ發見セラレ, 大腸ニテハ肛門ノ閉塞ヲ除ケバ發生頻度ハ著シク低イ。又小腸ニテモ好發部位ト目セラレル場所ガアリ,

R. Schmidt = 従へば 1) Baulin 氏瓣 = 近キ廻腸下部即チ胎生時 = 卵黄腸管及ビ卵黄腸管動脈が腸管ト連絡シテキタ附近, 2) 廻腸ト大腸トノ境界附近, 3) 十二指腸殊 = 十二指腸乳頭附近, 4) 空廻腸移行部ノ順序ガ擧ゲラレテキテ, 大體ニ於テ他ノ諸報告トモ一致スル所デアアルガ, 一方十二指腸ヲ以テ第一位トスル著者モ少クナイ。

種類 先天性腸閉塞ナル名ノ下ニハ完全閉塞ト不完全閉塞(狹窄)トノ二ツノ場合ガ含まレテ居リ, ソノ各々ニモ亦單發性ノ場合ト多發性ノ場合トガ屬シテ居ル。更ニ完全閉塞ニモ, 一枚ノ間葉性膜ニヨツテ腸管腔ガ遮斷サレテキル場合, 腸管ノ一部ガソノ管腔ヲ失ツテ充實シタ紐條物ト化シテキル場合, 並ニ腸管ガ全く切斷サレテキテ兩斷端間ニ腸間膜縁以外ニハ連絡物ナキ場合ノ如ク大體三ツノ場合ガアル。而シテ此ノ最後ノ場合ニ消滅シタ小腸ノ名残リトモ考ヘラレル結締織束ガ腸間膜縁ニ附着シテキタ例モ報告セラレテキル。

畸形トノ共存 先天性腸閉塞ハ屢々身體他部ノ畸形ト共ニ發見セラレル爲ニ兩者ノ共存ガ強調セラレルノデアアルガ, 此事ハ必發ノ現象デアルトハ斷定セラレナイ迄モ兩者共存ノ可能性ハ多分ニ存在スルノデアアル。而シテ度々遭遇スルトコロノ畸形ハ, 腸間膜或ハ大網膜ニ於ケル裂目, 廻結腸總腸間膜, 「エピスバディ」, 先天性膀胱脱出, 彎曲手, 内翻足等ノ如ク, ソノ多クハ發生障礙ニ原因スルモノデアアル。

發生ノ時期 先天性腸閉塞症ノ出現スル時期ニ關スル説モ區々デアツテ, ソノ成因ニヨツテ身長 10 mm 前後ノ胎生時ヨリ出生時ニ到ル迄ノアラユル時期ニ發生シウルモノト考ヘラレル。ソノ時期ノ決定ニ際シテハ閉塞部ヨリ肛門側ノ腸管内ニ於ケル胎糞ノ存否ガ重要視セラレ, 又若シ之ガ存スル場合ニハソノ性状ノ如何ガ問題トセラレルノデアアルガ, 多クノ場合ニ閉塞部ヨリ口腔側ノ腸管内ニ胎糞ガ存在シ尾側ノ腸管内ニハ單ニ脱落シタ腸上皮ヲ含ム粘液ノミガ證明ラセレルノデアアル。上述ノ場合及ビ頭側腸管内ニハ黃色膽汁様ノ胎糞ガアリ, 尾側腸管内ニハ綠黑色ノ胎糞ガ發見セラレル場合ニモソノ中ニ脂肪細胞ヤ毳毛ヲ缺除スル場合ニハ, 兩者ニ於ケル腸閉塞ハ共ニ少クモ胎生第 3 ヶ月以前ニ發生シタモノト云ハレテキル。即チ胎衣ノ形成ガソノ時期以後ニナツテ始メテ起ルカラデアアル (Braun, Fanconi, Walz)。但シ後説ニ對スル異論トシテ, Kreuter ノ説ト Forssner ノ説トガアツテ, 即チ Kreuter ハ長身 20 mm ノ胎兒デハ肝臟ノ機構ハ未ダ完全デハナイト述べ, Forssner ハ譬ヘ閉塞部ヨリ尾側腸管内ニ胎糞ヲ發見シテモ, ソノ腸閉塞ハ胎生初期即チ胎生第 3 ヶ月以前ニ發生シタモノデアルトシテ次ノ如ク説明シテキル。即チ, 先ヅ胎生初期ニソノ部ニ不完全閉塞ガ發生シテ居リ, 障礙ヲ受ケ乍ラモ腸内容ガ通過シテ居ツタモノガ, ソノ後ニナツテ始メテ完全ニ閉塞シタ場合ニハ尾側腸管内ニモ胎糞ヲ發見スベキデアルト述べテ居ルノデアアル。

成因並ニ病因 先天性腸狹窄及閉塞ノ成因及病因ニ就テハ從來多數ノ説ガ闘ハサレテキルガ, 之等ヲ大體二ツニ大別シテ, 發生學上ニ根據ヲ置ク者ト然ラザル者トニ分チ, 先ヅ發生學上ニ根據ヲ置ク諸説ヨリ略述スル。

A 腸上皮増殖ニ原因ヲ求ムルモノ： Tandler ハ 14—20 mm 身長ノ胎生時ニ當ツテ、十二指腸ノ腸上皮ガ生理的ニ著シク發育肥厚シ、上皮細胞ハ層々相重ツテ管腔ヲ塞ギ、ソノ爲ニ腸管ハ一時内腔ヲ有セヌ紐條物ト變ルガ、發生ノ進行ト共ニ過剩ノ腸上皮ハ漸次解消シテ再ビ元ノ状態ニ戻ルト云フ事實ニ基イテ、先天性腸閉塞ハ胎生時ノ生理的腸閉塞ノ時期ニ何等カノ理由ニヨリ發生ニ對シテ抑制ガ起ツタ爲ニ生ジタ、換言スレバ發育抑壓ニ原因スル畸形デアルトノ假說ヲ立テ、且此ノ種類ノ腸閉塞ハ十二指腸ノミニ起ルモノト限定シタ。

Kreuter ハ筒體發生ノ途上魚類ノ食道ニテモ同様ノ現象ノアル事ヲ認メ、Tandler ノ說ヲ更ニ敷衍シテ、胎生時生理的腸閉塞ハ唯ニ十二指腸ノミナラズ食道及腸管ノ他ノ部分ニモ發生シ、之ト同時ニ發育抑制ガ起ツテ腸閉塞ヲ遺留スルトノ假說ヲ立テタ。Tandler-Kreuter ノ假說ニ對シテハ多數ノ反對說ガ現レタガ、ソノ中ニテ注目セラルベキハ Schridde ノ說デアツテ、彼ハ Kreuter ノ說ヲ否定シテ、食道ニハ上皮性閉塞ヲ起ス様ナ現象ハ認メラレズ、只單ニ食道上皮ノ一部ガ増殖延長シテ架橋狀ヲ呈スルニ過ギズ、此ノ事ハ十二指腸ニ於テモ同様デアツテ十二指腸ガ腸上皮増殖ノ爲ニ管腔ヲ有セヌ紐條物ト化ス様ナ現象ハ存在セズ、只上皮橋ノ發生ガ食道ニ於テヨリモ一層強度デアアルノミト云ツテキル。ソシテ最後ニ先天性腸閉塞症ガ胎生時ノ腸上皮性閉塞ニ原因スルモノデアルトノ考ヘニハ如何シテモ贊成シカネルト結ンデキル。

Forssner ハ Tandler 及 Kreuter ノ說ガ何レモ組織學的研究結果ニ立脚シテナサレナカツタ事ヲ非難シ、自ラ組織學ノ研究ニ基ク新說ヲ立テテ次ノ如ク説明シタ。先ヅ彼ハ胎兒ノ腸上皮ノ發生過程ニ就テ多數ノ例ニヨツテ觀察ヲ行ヒ以下ノ結論ニ達シタ。即チ胎兒ノ腸上皮ハ腸管發生ノ初期ニハ單層デアアルガ、時期ノ進ムニ從ツテ漸次多層トナリ管腔ハ著シク狭クナル。此ノ時期ハ筒體發生ノ途上ニ必ず存在スルモノデアアルガ、ソノ状態ハ一様デハナク、個人ニヨリ變異ガ著明デアツテ、從ツテ管腔ノ大サモ比較的廣キモノヨリ肉眼で見出スニハ困難ナ程度ノモノニ到ル迄種々アリ、少數ニ於テデアアルガ管腔ガ全ク閉塞シテキルモノヲモ證明シ得ラレタ。此ノ時期ガ更ニ進メバ、多層デアツタ上皮層ハ次第ニ薄クナツテ再ビ元ノ單層ノ状態トナリ、次デ腸絨毛發生ノ時期ニ入ルノデアアル。而シテ上述ノ現象ハ所謂前腸ニ於テ證明セラレ、Tandler ノ云フヨリモ遙ニ廣範圍ニ亙ツテキル。即チ、腸管發生ニ當ツテ腸上皮ノ増殖ハ必發ノ現象デアアルガ、之ニ反シ上皮性腸閉塞ハ必發ノ現象デハナク正常發生ノ變異トシテ理解セラルベキモノデアアル。換言スレバ、上皮性腸閉塞ガ存在スル事ハ事實デアアルガ、正常ノ發生過程ニ屬スルモノデナイ事モ事實デアツテ、Tandler, Johnson, Schridde, Forssner 四氏ノ報告例總計 75 例ノ胎兒中僅ニ 14 例—18.7%—ニ於テノミシカ上皮性腸閉塞ヲ證明シエナカツタ事ガ上記ノ事實ヲ明ニ裏書スルモノデアアル。

次デ腸絨毛形成ノ状態ヲ檢スルニ、上皮増殖或ハ上皮性腸閉塞ガ消散シテ、腸上皮ガ略々正常ノ状態ニ歸ツタ頃ニ腸絨毛形成ガ始ル。此ノ時期ハ胎兒ガ 20 mm 身長ヲ有スル時期ニ相當シ最初ハ上皮層ニ向ツテ間葉ガ増殖シ、或ハ乳嘴狀ヲ呈シ、或ハ縱走スル襞ヲ形成シテ上皮層中

入込ミ遂ニ絨毛ヲ形成スルノデアルガ、此ノ現象ハ常ニ先ヅ腸ノ上部ニ始リ、次デ下部ニ及ブノデアル。

此ノ間葉増生ガ腸管ニ未ダ尙上皮性閉塞或ハ上皮橋ガ残留スル際ニ一度起ルナラバ、間葉ノ乳頭ハ上皮塊或ハ上皮橋ヲ傳ツテ延ビ、同様ニ反對側ヨリ延ビタ乳嘴狀間葉ト合シテ、コ、ニ腸管ノ完全ナ若シクハ不完全ナ遮斷ガ成立スル。言ヒ換ヘレバ、先天性腸閉塞ハ單ナル上皮性閉塞ノ遺留物デハナク、生理的上皮増殖ノ變異型トシテ腸管内ニ上皮性閉塞又ハ上皮橋ガ先ヅ存在シ、同時ニ上皮ガ尙間葉ノ増殖性「エネルギー」ヲ制御スル能力ヲ缺イデキル時期ニ早クモ絨毛形成ノ前驅期ガ始ツテ乳嘴狀ヲナシテ上皮塊又ハ上皮橋中ニ侵入増殖スル結果トシテ成立シタモノト云フノデアル。更ニ又吾々ノ例ガ示ス如クニ腸兩斷端ガ全く離間シテ互ニ連絡ヲ缺イデキル場合ニ對シテハ、カクノ如キモノモ最初ハ間葉性ノ紐條物ヲ距テテ兩端ハ連絡シテ居ツタモノデアルガ、何等カノ原因ニ基ク相反スル力ノ作用ヲ受ケテ引延バサレ、遂ニ離斷サレテ兩者間ニ連絡ヲ失ツタモノデアルト説明シテキル。

Anders ハ彼ノ浩汎ナ實驗報告ヲ結ブニ當ツテ、十二指腸ニ於ケル先天性腸閉塞ノ成立ニ對シテ次ノ三ツノ因子ノ重要性ヲ説キ、1) 生理的ニ増殖シタ腸上皮ノ解消ニ當ツテ之ヲ制御スル作用ガ現レ、2) 同時ニ異常ニ早く活動シ始メタ、寧病的トモ思ハレル間葉ノ増殖ガ起ツテ、尙遺留シテキル上皮塊又ハ上皮橋ニ向ツテ侵入シ、3) 之ニ加ヘテ十二指腸ノ車軸狀廻轉ノ障害ガアルナラバ、始メテ十二指腸ニ腸閉塞ガ成立スルモノデアルト述ベテキル。

B 位置發生障礙ニ原因ヲ求ムルモノ： a) 卵黃腸管及卵黃腸管動靜脈ノ遺留ニヨツテ生ズトノ説： Ahlfeld ニヨルト、遺留シタ卵黃腸管及卵黃腸管動靜脈ガ生理的臍「ヘルニア」ノ内容ナル小腸ノ腹腔中ニ整復セラレル事ヲ妨ゲル許リデナク、ソノ附着點タル廻腸下部ニ遠心性ノ牽引力ヲ生ジ、之ガ同所ニ肝臟ノ異常發育肥大ニ因ツテ生ジタ求心性ノ牽引力ト韻韻的ニ働ク爲ニ、廻腸ハ遂ニソノ部ニ於テ切斷サレル。以上ノ理論ヨリ、先天性腸狹窄或ハ閉塞ガ廻腸下部又ハ廻盲瓣ノ直上ニアル場合ニハソノ原因トシテ卵黃腸管及卵黃腸管動靜脈ノ遺留ガ考ヘラレ、又若シ腸管斷離ノ箇所ニ結締織性紐條物ガ證明サレルナラバ、之ハ確ニ卵黃腸管及卵黃腸管動靜脈ノ遺留デアツテ腹膜炎性ノ産物デハナイト云ヒ得ルト述ベテキル。

Voisin, Laméris ハ生理的臍「ヘルニア」ノ内容ナル小腸ノ大部分ガ腹腔中ニ整復セラレテ後モ小腸ノ一部ガ「ヘルニア」囊中ニ病的ニ固定サレテ留ルナラバ、臍輪ノ收縮ニヨツテ括約壓迫セラレ、榮養障礙ノ結果遂ニ他ノ小腸ヨリ斷離サレテ腸閉塞ヲ殘スニ到ルト述ベテキル。

又、卵黃腸管及卵黃腸管動靜脈ガ遺留シテ居テ而モ尙血液ノ輸送ヲ司ル場合ニハ循環障礙ヲオコシ、爲ニ小腸ノ一部ハ榮養障礙ニ陥リ、ソノ終末産物トシテ腸閉塞ガ殘ルトモ稱ヘラレテキル。

b) 腹腔外ニ於テ臍帶ト卵黃腸管トガ捻轉シタ爲ニソノ配下ノ小腸ニ榮養障礙ガ起リ、小腸ノ一部分ニ腸閉塞ガ運命ヅケラレルトノ説モアル。

上述ノ諸説ハ總ベテ發生學上ノ根據ヲオクモノデアルガ、以下述ベントスル諸説ハ何レモソノ根據ヲ發生學上ニ求メズシテ、機械的或ハ炎症性ノ障礙ニソノ原因ヲ求メテ解決セントスルモノデアル。

C 循環障礙説：Bolognesi = 從ヘバ、腸管ヲ養フ所ノ動脈ニ、或ハ靜脈ニ、或ハソノ兩者ニ同時ニ、循環障礙ガ發生シタ時ニハ、ソノ副行循環經路ガ速ニ且殆ンド完全ニ發生シテ代償スルノデアルガ、之ニ先ダツテ腸上皮ニ一時性ノ輕度ノ變性ノ現レル事ハ考ヘ得ラレル所デ、若シ此ノ際副行循環經路ニヨル代償ガ遅レ且不充分デアルナラバ、腸上皮ノ變性ハ著シク高度トナリ、腸壁ニハ貧血性或ハ出血性ノ楔狀硬塞ヲ形成シ、腸粘膜ニハ水腫ヲ來シ、之ガ完全ニ萎縮ニ陥ルト共ニ結締織性ノ器質化ガ始リ、ソノ結果トシテ腸閉塞ヲ招來スルト云フ。Bolognesi ニヨルト此際變化ハ筋層ニハ及バナイト云フノデアルガ、Fanconi, R. Schmidt ハ筋層モ部分的ニ死滅スルト述ベテキル。

R. Schmidt ニヨレバ、胎生時ニ腸間膜ト共ニ腸管ガ長サト位置ニ就テノ複雑ナ發生ヲ營ムニ當ツテ、腸閉塞ガ屢々見出サレル部位ニテ腸管ヲ養フ血管ニ比較的輕度ノ機械的障礙ガ加ツテモ腸管ニ血液ノ鬱滯或ハ貧血ヲ呼起シ、延イテハ楔狀硬塞ヤ壞死トナリソノ結果腸粘膜ガ種々ノ廣サニ互ツテ傷ケラレ、之ガ腸閉塞ノ原因トナルト云ヒ、カクノ如キ腸閉塞ハ小腸ノミナラズ大腸ニモ起リウルト主張シ、結論トシテ、腸閉塞ノ主因ハ循環障礙デアツテ、特殊ノ場合ノ原因トシテ胎生時腸重積嵌頓、潰瘍及胎生時腸炎等ガ考ヘラレルト述ベテキル。

D 腸管ニ加ツタ壓迫ガ成因デアルトノ説：R. Schmidt ハ更ニ、十二指腸ニ於テハ他ノ小腸部位ニ於ケルモノトハソノ成因ヲ異ニスルト云ヒ、ソノ説ク所ニ從ヘバ、腹部内臟殊ニ肝臟ノ異狀ナ發育ニ由ツテ腹腔内ニ所謂「空間ノ争奪」が行ハレルノデアルガ、此ノ際、腹壁ニ位置シテキルソノ四肢ニヨツテ腹部ガ強ク壓迫セラレル様ナ機轉ガ生ズルト、十二指腸ハ肝臟基礎ト脾臟基礎トノ間ニ挾マレ、其ノ結果トシテ、夫等ノ排泄管口附近ニテ腸閉塞ヲ遺スト云ツテキル。

其ノ他ニモ腸管ニ加ハル外部ヨリノ壓迫ヲ先天性腸狹窄或ハ閉塞ノ原因ト見ル多數ノ報告ガアルガ、ソノ壓迫ヲ惹キ起スベキ主體トシテハ腹腔内ノ腫瘍(殊ニ子宮ニオケル)、腸間膜囊腫、異狀ニ肥大シタ腹腔内臟器及夫等ノ腫瘍等ガ擧ゲラレ、之等ガ腸ノ屈曲或ハ狹窄ノ誘因トナリ、之ヨリ腸閉塞ガ發生スルト説カレテキル。

E 嵌頓説：胎生時ニ、畸形ノ存在デアル腸間膜或ハ大網膜ノ裂目ニ、小腸ガ嵌頓シテ、榮養障礙ノ結果腸閉塞ヲ起スト説カレ、ソノ例モ幾多報告セラレテキル。

D 胎生時腸重積説並ニ腸捻轉説。之等兩説トモ先天性腸閉塞ノ原因トシテ屢々説カル、所デアル。而シテ腸重積ノ發生率ヲ見ルニ、大人デハ17%ナルニ反シ初生兒デハ48.5%ノ高率ヲ示シ(Leriche, Cavillon)、且ソノ發生部位ガ腸閉塞ヲ屢々發見スル廻盲移行部ヲ第一トスル關係カラ此ノ假説ハ可ナリ有力ニ支持セラレル所デアルガ、Braun ハ此ノ問題ノ決定ハ顯微鏡的ニ

ナサルベキデアルト前提シテ、若シ腸閉塞ノ原因ガ、胎生時ノ腸重積デアツタナラバ、ソノ尾側斷端ニ腸重積ノ痕跡ヲ檢出シ得ベキデアルト述ベテキル。サリ乍ラ其ノ反對論ニヨレバ、胎兒ノ腸ト初生兒ノ腸ニ於テハ、ソノ腸壁ノ機械的關係ガ全く異ツテキテ胎兒ノ腸ノ蠕動運動ハ問題ニナラヌ程弱イカラ、兩者ヲ平行ノ位置ニ置イテ考ヘル事ハ許サレ難イト主張シ、Andersハ、又、若シ腸重積ト腸閉塞トガ一緒ニ存在シテキルカラ、之ガ腸閉塞ノ原因ダトスルナラバ、初生兒ノ場合ニ見ラレル様ニ、重積シタ腸管ニハ血管ノ屈曲及血栓形成ノ結果トシテ出血性楔狀硬塞及二次的ノ壞疽ガ證明セラルベキデアツテ、若シ此ノ事ガ無イナラバ、上述ノ如キ場合ニハ、閉塞ガ一次的ニ存在シ、其ノ結果トシテ腸重積ガ二次的ニ發生シタモノデアルト、解釋シテキル。

G 炎症説：之ニ腸粘膜ノ炎症即腸炎ヲ病因トミル説ト、腹膜ノ炎症即腹膜炎ヲ病因トミル説トガアル。腸炎説ヲトル者ニ Fanconi ガアリ、彼ニヨルト、先ヅアル原因ノ爲ニ胎生時腸炎ガ起リ、丈高イ Kerckring 襞ノ頂ガ傷ケラレル結果、隣接者間或ハ對者間ニ間葉性ノ癒着ガ起リ、之ガ腸閉塞ノ原因トナルト述べ、又一説ニハ、胎生時腸炎ハ一般ニ限局性ニ經過スルガ、ソノ跡ニ潰瘍ヤ炎症性皺襞ヲ殘ス爲ニ、之ガ腸閉塞ヲ起ス原因トナルト説カレテキル。

胎生時腹膜炎ヲ重視スル人々ニ、Helbing, Simpson, Fiedler, Thereimin 等ガ居ル。Fiedler ハ早期胎生時ニ經過シタ腹膜炎ノ形跡ハ完全ニ消失スルモノデアルトノ考カラ、先天性腸閉塞ハ腹膜炎ニ由來スルト主張シタ。斯様ナ非定型のナ場合ヲ除ケバ、例ヘバ、閉塞部ガ炎症性産物デアル結締織性紐條物デ絞窄サレテキル場合トカ、絞窄サレズ共兩者ガ相近ク存在スル場合ニハ病因トシテ腹膜炎ヲ考フルニ難クナイノデアル。胎生時腹膜炎ノ原因トシテ種々ノ因子ガ擧ゲラレテキルガ、就中胎生時腸炎ガ穿孔シテ腹膜炎ニ移行スルトノ説、及或不明ノ原因ニヨツテ癒着性腹膜炎ガ起リ得ルトノ説ガ多く稱ヘラレテキル。

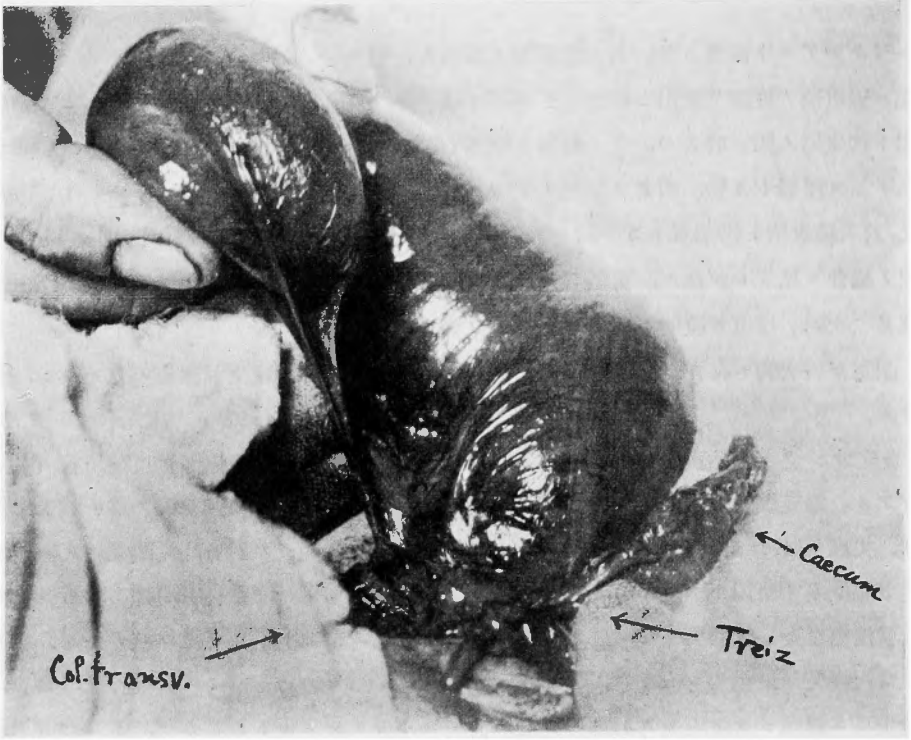
大腸ニ於ケル先天性腸閉塞症(先天性肛門閉鎖ハ別)ハ十二指腸ヤ小腸ニ比ベルト遙ニ少ク、Schlegel ニヨルト、十二指腸32.5%、空廻腸60.6%、大腸6.6%ノ割合トナツテキル。而モ腸閉塞ガ大腸ニ單獨ニ發見セラレル場合ハ少ク、小腸閉塞ニ隨伴スル場合ガ多イノデアル。

臨床像 肛門閉鎖ガ無キニモ關ラズ生後一回ノ胎糞ノ排泄モナク、而モ間モナク嘔吐ガ始ル。吐物ハ最初ハ乳汁ト胃液ノ混合物デアルガ、ヤガテ胆汁色ヲ帶ビ、次デ糞臭ヲ帶ビテクルノガ普通デアル。嘔吐ノ始ル時期ハ閉塞ノ位置ニヨツテ異リ、閉塞ガ若シ十二指腸乳頭ノ上部ニアツタ場合ニハ嘔吐ハ著シク早期デアリ而モ吐物ハ遂ニ胆汁色モ糞臭ヲモ帶ビナイノデアル。狹窄ノ場合ニハ少量乍ラモ胎糞ノ排泄ガアルベキデアルガ、完全閉塞ノ場合ニモ粘液様ノ排泄物ヲ見ル場合ガアリ臨床例ニ於テモ見ラレタ所デアル。全身状態ガ障碍セラレル事ハ勿論デアル。

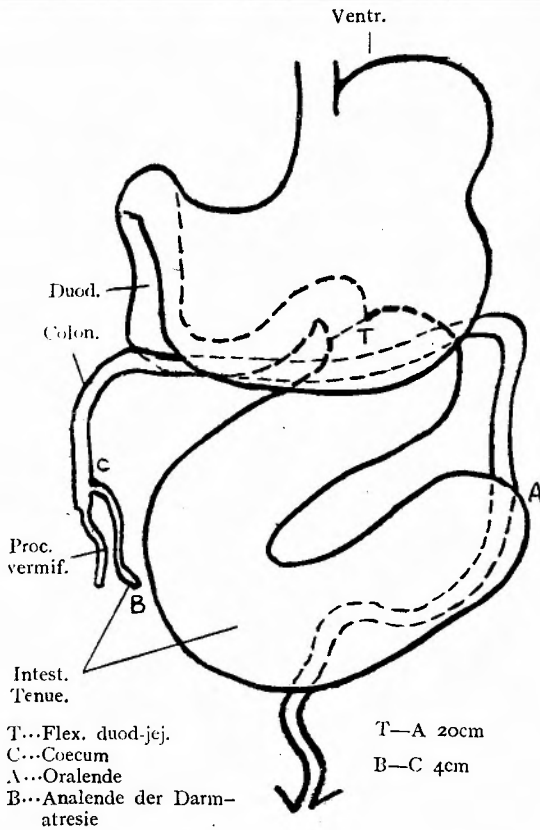
鑑別スベキハ幽門痙攣ト早期ニ起ツタ Hirschsprung 氏病デアルガ、前者ニハ多クハ胎糞ノ排泄ガアル事ニヨリ後者トハ諸種ノ狀況ヨリ見テ鑑別ハ可能デアル。(Kleinschmidt)

處置及豫後 手術的ニ、閉塞部腸管ノ頭側端ニ人工腸瘻管形成ガ主トシテ行ハレ、少數例

第一圖(例一)



第二圖(例一)



ニテ腸吻合ガ試ミラレタノデアルガ、何レノ場合ニモ豫後ハ一様ニ最悪デアツタ(Braun)。彼ノ統計ニヨレバ、25例中19例ニ腸瘻管形成、4例ニ腸吻合術ガ行ハレタガ、總テ最短14時間ヨリ最長15日間ノ間ニテ死ノ轉歸ヲトツテキル。由ツテ Braun ハ先天性腸閉塞兒ハ閉塞部ノ位置、手術迄ノ經過時間及手術ノ種類ノ如何ニ關ラズ死ヲ免レル事ハ出來ナイト結ンデ居ル。

臨床例 例1 栗・武。昭和5年11月19日生ノ男兒。同月24日ニ入院即日手術ヲ受ケタ。

家族歴 特記スベキモノナク、特ニ畸形ニ就テノ證明ハナイ。

既往症及現在症 満期安産。生後1回モ排便ナク、3日目ヨリ嘔吐ガ始リ、5日目ヨリ吐物ハ糞色及糞臭ヲ帶ビルニ至ツタ。尿所見一ハ異状ナシ。

全身の所見 體格、骨組尋常。榮養状態ハ著シク不良デアツテ、筋肉ハ薄弱、皮下脂肪ノ發達ハ甚シク悪イ。皮膚ニハ初生兒黃膽ガ著明デアル。脈搏ハ弱ク、觸レ難イ。頭部顔面ニハ特記スベキ事無シ。胸廓ハ形正常、呼吸ハ少シク逼迫シテキル。心臟、肺臟ニハ外診上異状ナイ。腹部：臍ヘルニア形成ハナク、腹壁ハ一帯ニ軟クシテ何處ニモ異常抵抗ヲ觸レナイ。肝臟、脾臟、腎臟ハ觸レナイ。正中線ニ當ツテ時々腸蠕動不安ヲ透見スル事ガ出來ル。男性生殖器ニ異形ノ證明ナク、肛門ハ正常ノ位置ニ開イテキル。四肢ニハ異常ヲ認メナイ。

手術所見 無麻酔ノ下ニ左ノ傍直腹筋切開ヲ施シテ腹腔内ヲ檢スルニ、腹水ハナク、胃、十二指腸、小腸ハ高度ニ膨滿シ、ソノ傍ニ太イ蛔蟲大ニ萎縮シタ大腸ガ横ツテキルガソノ走行ハ略々正常デアル。腸管及腹膜ニハ何處ニモ炎症性ノ癒着ヤ紐條物ハ發見セラレナイ。而シテ、此ノ暗赤色ニ膨滿シタ小腸ハ Treitz 帶ヨリ尾側約 20cm ノ所ニテ切斷サレテ盲端ニ終リ、更ニ遊離シタ腸間膜縁ニ沿フテタドルニ、他端ハ廻盲部ヨリ約 4cm 頭側ノ廻腸部ニ始リ盲腸ニ入ツテキル。ソノ大サハ大腸ヨリ少シク細イ。又盲腸ノ先端ニハ大腸ヨリ稍細イ蟲様垂ガ附着シテキル。大網膜及腸間膜ハ脂肪組織ノ發達著シク不良デアルガ、何處ニモ裂目等ナク、又廻結腸總腸間膜ノ成生等ノ畸形ハ見出サレナイ。(圖 1, 2.)

處置 人工腸瘻管形成；手術創下縁ニ之ヲ設ケテ腹腔ヲ閉ヂタ。

經過 不幸ニモ約6時間後死亡。

解剖所見 (臨床の所見トノ重複ヲ避ケ且本疾患トノ關係ヲ有スル點ノミヲ抄録スル) 臍靜脈ハ尙開通シテ居リ消息子ヲ容易ニ挿入シ得、臍動脈モ僅ニ管腔ヲ有シ、辛ウジテ全長ニ互ツテ消息子ヲ挿入スル事ガ出來ル。體壁腹膜ハ其細血管充盈シテ淡紅色ヲ呈シテキル。大網ハ上方ニ捲退シ脂肪織ノ發育貧。肝臟ノ下縁ハ右側乳線上ニテ肋骨弓下 3cm ニアリ左ハ肋骨弓ト一致ス。腸間膜ハ脂肪織貧、平滑ニテ淡紅色ヲ帶ビ、腫瘍又ハ囊腫ノ形成ヲ認メナイ。胃及腸管ハ幽門ヨリ約 20cm 下方迄ハ殆ンド等大ニ擴張シ(幅約 3 cm)。ソノ端ハ盲端ヲナシ他端ハ盲腸ヨリ約 10cm 上方ノ廻腸部ニ始リ盲腸ニ入ツテキル。先端ハ盲端ニシテ燐寸軸木大、盲腸ニ近クハ漸次太サヲ増シ、ソノ根部デハ蛔蟲大トナツテキル。大腸ハ稍々太キ蛔蟲大ニテ 25—

30cm ノ長サヲ有シテキル。蟲様垂ハ廻腸ト等大ニテ約 3cm 長ヲ有シ盲腸先端ニ入ツテキル。何レモ腸間膜ヲ有スルモ腸間膜ニハ異狀ヲ認メナイ。肛門ハ開通シ、消息子ヲ入ルト骨盤内直腸ニ達ス。膀胱ニ異狀ナシ。胸膜腔及肺臟ニ炎症ノ徵ナク、心臓ハ形、位置、大サ共ニ正常、卵圓窓ガ全開スル外ニハ異狀ヲ認メナイ。脾臟、脾臟、腎臟ノ形、位置、大サ共ニ正常ニテ、ソノ他ニ畸形ハ認メラレナイ。

例 2 鈴・男。生後4日目ニ入院、即時手術ヲウケタ。

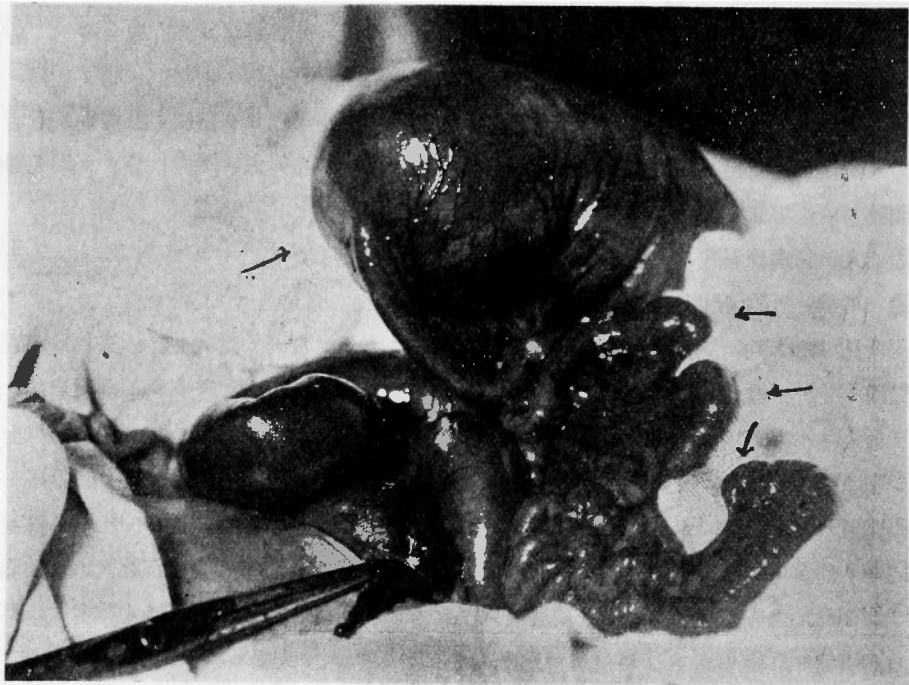
家族歴 特記スベキモノナク、殊ニ畸形ニツイテノ證明ハ見出サレナイ。

既往歴及現在症 早産9ヶ月。生後1回モ排便ナク、腹部ハ稍々膨滿シテ居リ、24時間後ヨリ嘔吐ガ始ツタ。吐物ハ綠色ヲ帶ビテキル。

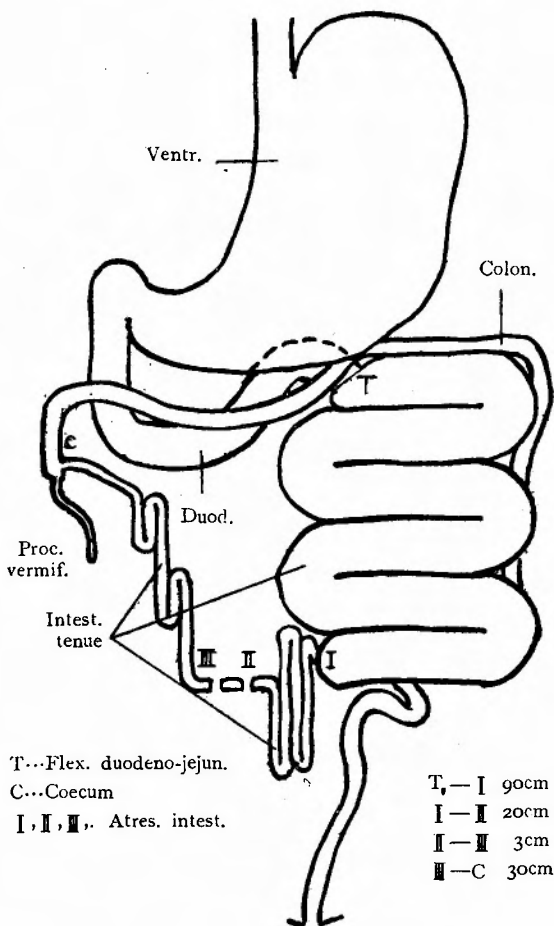
全身の所見 體格ハ稍々小、榮養ハ左程悪クナイ、脈搏ハ整調デアアルガ少シク小、弱、且速デアアル。頭部、顔面ニ畸形ハナク、心臓並ニ肺臟ニモ認ムベキ異狀ハナイ。四肢正常。腹部ハ稍々膨隆シ、上腹部ニ靜脈怒張ガアリ、時々臍ヲ中心トシテ左上ヨリ右下ニ向フ腸蠕動ヲ透見スル事ガ出スル。觸診スルモ腹壁ニ異狀ナ緊張モ、腹腔内ニ異狀ナ抵抗モナク、腹水ノ症候モ認メラレナイ。肛門ハ開通シ男性生殖器正常。

手術所見 無麻醉ニテ左ノ傍直腹筋切開ヲ施シ、腹腔ヲ檢スルニ、透明褐色ナ腹水ガ少量發見サレル。胃及腸ハ著シク膨滿シ、暗赤色ヲ呈シテキルガ浮腫ハ認メラレナイ。Treitz 帶ヨリ約

第 三 圖 (例二)



第 四 圖 (例二)



90cm 尾側ニ第Iノ閉塞部ガアリ、之ヨリ以下ノ腸管ハ著シク萎縮シテ直徑 1/2cmノ紐條物ト化シテキル。此ノ閉塞部ヨリ 20cm 下方ニ第 II ノ閉塞部ガアリ、更ニ約 3cm 下方ニ第 III ノ閉塞部ガアツテ、第II及ビ第III閉塞部ニテ腸管ハ完全ニ切斷サレテキル爲ニ、ソノ間ニ挾マレタ約 3cm 長ノ腸管ハ他ノ腸蹄係ヨリ全ク獨立シ、上下兩斷端トモ僅ニ腸間膜縁ニテ連絡ヲ保ツテ居ルノミデアル。而シテ第 III ノ閉塞部ヨリ約 30cm ニテ盲腸ニ移行スル。切斷端ハ何レモ盲端ヲナシ、閉塞部間ノ腸管ニハ内腔ノ存在ハ不明デアアルガ充實シタ觸感ヲ與ヘ、又外觀上腸管壁諸性状ヲ具有シテキル。第 1 閉塞部ニ縊溝或ハ癍痕ノ存在シナイ事ハ注目スベキデアアル。大網膜及腸間膜ニハ炎症性産物又ハ畸形等ノ如キ特記スベキモノナク、腹腔中ニ腫瘍又ハ囊腫モ發見セラレズ、肝臟、脾臟、脾臟、腎臟等ノ腹腔内諸臟器ノ位置、形、大サモ略ニ正常デアアル。(圖3, 4.)

處置 人工腸瘻管形成；膨滿セル小腸端ヲ用ヒテ腹壁手術創下縁ニ人工腸瘻管ヲ設ケ腹腔ヲ閉ヂタ。

經過 約30時間後死亡。(本例ハ病理解剖ニツイテノ家族ノ諒解ヲ得ルニ到ラナクツタ事ヲ遺憾ニ思フ。)

總括 1. 例1ハ生直後ヨリノ缺便ト吐糞ヲ主訴トスル生後6日目ノ男兒デ腸管ハ Treiz 帶ヨリ下方約20cmノ所ヨリ以下、廻盲部ヨリ約4cm上方ニ到ル迄ノ廣範圍ニ互ル小腸ガ完全ニ缺除シテ居タ例デアツテ、此他臍動靜脈ガ尙開通シテ残ツテキル事ト卵圓窓ガ今尙全開シテ居ル事ヲ除イテハ何處ニモ畸形或ハ特記スベキ異狀ヲ認メ得ナイノデアル。即腹腔中ニハ腫瘍、囊腫、或ハ異常ニ發育肥大シタ臟器モナク、又胎生時腹膜炎ヲ想ハセル紐狀物モ見出サレナイ。腸間膜或ハ大網膜ニハ腸袞頤ヲ想像セシムル様ナ裂目又ハソノ痕跡モナク、卵黃腸管及卵黃腸管動脈ノ遺留モ發見スル事ガ出來ナイ。

以上ノ所見ヲ綜合スルニ、臍動靜脈ノ遺留及卵圓窓ノ全開遺留ヨリシテ胎生時ニ於テモ循環系統ニ何等カノ失調ノ存在シタ事ガ推察セラレ、早期胎生時ニ之ガ原因トナツテ廻盲動脈分枝後ノ上腸間膜動脈ニ於テ小腸動脈分枝部等ニ血栓ガ繫留シ、ソノ結果本例ニ於テ見ル様ナ廣範圍ニ互ル腸管壞死ガ起リ、遂ニハソノ部ノ消失ヲ來シタモノト考察スル。

2. 例2モ生來ノ缺便ト嘔吐トヲ主訴トスル生後4日目ノ男兒デ、腸管ニハ Treiz 帶ヨリ下方約90cmニ第Iノ、夫ヨリ約20cm下方ニ第IIノ、更ニ約3cm下方ニ第IIIノ閉塞部ガアリ、第II第III閉塞部ニ於テハ腸管ハ完全ニ切斷サレテ、僅ニ腸間膜縁ニ由ツテ連絡サレテキルニ反シ、第I閉塞部ニテハソノ部ニ縊溝モ又ハ癒痕モ認メズ、漿膜及ビ血管ハ何等ノ異狀モナク移行シテキルノデアル。腹腔中ニハ胎生時腹膜炎ノ遺物トシテノ結締織性ノ紐條モナク、卵黃腸管並ニ卵黃腸管動脈ノ遺物デアル紐條モ發見セラレナイシ、又腸管ノ異狀固定モナイ。腸間膜大網膜ニ裂目等ノ畸形モナク、腹腔中何處ニモ腫瘍ヤ囊腫形成モ認メラレス、肝臟ノ位置、大サモ略々正常デアル。

ヨツテ上述ノ諸所見、殊ニ第I閉塞部ニ於ケル所見ヨリシテ本例ニ於ケル腸閉塞ノ原因ヲ、早期胎生時ニ腸管内部ニ起ツタ發生障礙ニ求メントスルノデアルガ、カクテ問題トナルモノハ胎生時腸炎說ト異常腸上皮増殖說トデアル。サリ乍ラ胎生時腸炎ニ就テハ、既述ノ如ク炎症ガ粘膜ニ局限スルトノ說ノ根據ガ甚ダ薄弱デアリ、且又腸炎ヲ起スベキ細菌ノ侵襲經路ニ就テノ說モ甚ダ迫力ニ乏シモノデアルカラ之ヲ退ケテ、Fossnerノ稱ヘル後說ニ從ヒ、胎生時ノ生理的上皮性腸閉塞ノ復元ガ障ゲラレテキル際ニ病的ニ早期ニ増殖ヲ始メタ間葉ノ侵襲ヲ受ケテ腸閉塞ガ成立シタモノト推斷スル外ニ仕様ガナイノデアル。

3. 兩例共閉塞部ノ先端ニ於テ人工腸瘻管造設術ヲ行ツタノデアルガ、第1例ハ6時間後ニ第2例ハ30時間後ニ何レモ不歸ノ客トナツタ。

主要文献

- 1) **Anders**: Die Genese der angeborenen Stenosen und Atresien des menschlichen Darmkanals in Lichte der vergleichenden Entwicklungsgeschichte. *Ergeb. der Anatomie u. Entwickl.* Bd. 26, 1925, S. 343. 2) **Braenig**: Entwicklungsstörungen des Darms als Ursache von Darmverschluss. *Dtsche. Zeitschrift. f. Chirurg.* Bd. 176, S. 227. 3) **Braun**: Über angeborenen Verschluss des Dünndarms bei Neugeborenen und seine operative Behandlung. *Brunns' Beitr. z. Klin. Chirng.* Bd. 34, 1904, S. 993. 4) **Bolognesi**: Zbl. f. Chirurg. Bd. 48, 1909, S. 1641. 5) **Forsner**: Zur Pathogenese der angeborenen Darm- u. Oesophaejusatresie. *Arch. f. Klin. Chirurg.* Bd. 100, S. 477. 6) **Kreuter**: Die angeborenen Verschlüssungen und Verengerungen des Darmkanals in Lichte der Entwicklungsgeschichte. *Dtsche. Zeitschrift f. Chirurg.* Bd. 79, 1905, S. 1. 7) **R. Schmidt**: Beitrag zur Kenntnis der Kongenitaren Darmatresie. *Arch. f. Klin. Chirurg.* Bd. 149, S. 510. 8) **Theremin**: Über kongenitale Okkulsion des Dünndarms. *Dtsche-Zeitschrift f. Chirurg.* Bd. 8, 34, 1877, S. 35.