

# 臨 床

## 廻盲部假性粘液囊腫

京都帝國大學醫學部外科學教室(磯部教授)

醫學士 有 本 勤

### Sur un cas du Pseudo-myxome en région iléocoecale

Par

**Tsutomu Arimoto**

[Clinique chirurgicale de l'Université Impériale de Kyoto]

(Directeur: Prof. K. Isobe)

Ce fut un cas d'un homme vigoureux âgé de 51 ans qui il y a 20 ans, souffrit d'une crise d'appendicite. Vers l'âge de 30 ans, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur du volume d'une pomme, très mobile dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur non seulement persistait toujours, mais encore augmentait de volume graduellement et lentement et depuis 5 ans, au moment que la tumeur descendrait il se plaignait d'une douleur vague dans le côté droit de l'abdomen, de la diminution d'appétit, de la constipation suivie d'une diarrhée. A la palpation on trouve une tumeur du volume d'un poing : mais le sujet ne sent pas de douleur à la pression. Par sa forme et sa rigidité elle ressemble beaucoup au rein normal. Le déplacement passif de cette tumeur est très facile dans la sphère de l'abdomen droit ; et elle disparaît dans l'arcade des côtes.

D'après ces constatations cliniques, nous avons diagnostiqué comme rein frottant droit, et la nephrorraphie s'est pratiquée. Plusieurs jours après nous avons trouvé la tumeur dans le côté de l'abdomen. Un examen minutieux nous a fait remarquer l'erreur de notre diagnostic précédent. La tumeur existe dans le ventre. L'opération secondaire :

a la incision médiale sous-ombilicale la tumeur fut enlevée très facilement avec le coecum. Elle fut dans le mésentère de la région ileocoecale, bien adhérente au coecum et au iléon. Le coecum et le colon ascendant sont d'une extrême mobilité et voilà la raison du déplacement facile de la tumeur. C'est ainsi qu'on a fait une résection iléo-coecale et une anastomose iléo-colo-transversaire. L'appendice est de 6cm de long ; le bout proximal est rétréci cicatriciellement ; et la partie distale de ce point est distendue, allongée, gonflée, et remplie d'une

substance gélatineuse. Sa paroi est épaisse, congestionnée et indurée légèrement. Les replis de la muqueuse disparaissent. La tumeur kystique dans la mésentère, ayant le volume d'un poig adulte, contient aussi du liquide gélatineux. Ce qui est intéressant, c'est que elle comm unique avec la lumière appendiculaire par un trou de 1cm de diamètre. Au microscope :

Sur de nombreuses coupes d'appendice, on constate que l'épithélium a disparu en grande partie, et la partie restante présente partiellement de la dégénération muqueuse jusqu'au tissu sous-muqueux.

Il y a une légère infiltration inflammatoire chronique que s'étend sur le tissu total. Les parois de la tumeur kystique dans la mésentère consistent principalement en tissu conjonctif, infiltré légèrement par cellules inflammatoire, il n'y a pas d'épithélium.

En résumé, il s'agit d'un hydro-appendice après une appendicite aigue. Et le kyste à la mésentère fut sans doute produite par l'écoulement de contenu du hydro-appendice. C'est donc le Pseudo-myxome. (auto-résumé)

## I. 緒 言

蟲様突起管腔ノ一部ガ何等カノ機轉ニヨリテ閉塞又ハ高度ノ狹窄ヲ來シ、其レヨリ末稍部ガ分泌物ノ鬱滯ニヨリ嚢狀トナレルモノ即チ蟲様突起粘液嚢腫ナルモノハ吾人ノ屢々遭遇スルモノニ非ズ。1842年 Rokitsky ガ初メテ之ヲ記載シテ Hydrops processus vermiformi ト命名セシ以來、諸家ノ注目スル所トナリ Hydroappendix, Mucocoele, Myxogloholose 等ノ名ニ於テ廣ク之ニ關スル報告アリ。此モノハ多ク蟲様突起自身ノ粘液嚢腫ノミニ止ルモ、時ニ内壓ノ昂進或ハ外力ニヨリ壁ノ抵抗薄弱ナル所ニ穿孔ヲ來シテ内容物ヲ外部ニ漏出シ特ニ腹腔ニ向ツテ破レタル時ニハ、腹膜ニ腹膜假性粘液嚢腫 (Pseudomyxoma peritonei ex appendice) ナル變化ヲ起シ重篤ナル症狀ヲ呈スルニ至ル等唯ニソノ病理的所見ノミナラズ臨床上ニモ甚ダ興味アルモノナリ。吾人ハ最近蟲様突起粘液嚢腫ガソノ内容物ヲ腸間膜兩葉ノ間ニ漏出シ、コヽニ手拳大ノ假性粘液嚢腫ヲ形成セル1例ニ遭遇セルヲ以テ廣ク諸家ノ症例ヲ涉獵シ、聊カ考察ヲ試ミント欲ス。

## II. 臨 床 例

患者：武○新○郎° 51歳，農夫。

主訴：腹部腫痛。

遺傳的關係：特記スベキモノナシ。

既往症：生來頑健ニシテ著患ヲ知ラズ。

現病歴：20歳ノ時突然腹痛次デ發熱アリ、10日間臥床セリ。然ルニ其後10年程經テ右下腹部ニ1個ノ腫瘤アルヲ發見セリ。此モノハ歩行スル時或ハ少時立位ヲ取ル時ハ下降シ、靜臥スレバ再ビ自然ニ上昇シ且手ヲ以テ在右上下ニ良ク移動セシメ得。

何等苦痛無キ故ソノ儘放置セルニ、腫瘤ハ漸次其大サヲ増シ且ツ5年程前ヨリ腫瘤ノ下降シテキル時ニハ食欲不振、便秘時ニ下痢、下腹部ノ壓迫感或ハ鈍痛ヲ來ス様ニナリ、爲メニ患者ハ勞働ニ際シテハ常ニ腹帶ヲ以テ腫瘤ノ下降スルヲ防イデキタト云フ。食欲、睡眠共ニ良ク、便ノ異常着色、尿障害等ヲ來セル事無シ。

現症：體格中等大，榮養良好ナル外觀上強壯ナル男子ニシテ，頭部，頸部，胸腔諸臟器ニハ著變ヲ認メズ。血液，尿ニハ異常ノ所見無シ。便ハ外觀上正常，潛血反應陰性。

局所々見：腹部ハ全體トシテ少シク陥没シ，異常ノ靜脈怒脹，蠕動不安，等ヲ認メズ。腹水ハ證明セズ。右下腹部ニ手拳大ノ瀰漫性ノ膨滿アリ，呼吸ト共ニ上下ニ移動ス（深呼吸ヲ營マシムレバ約 5 cm ニモ渉ル）。觸診スルニ之ニ一致シテ手拳大ノ腫瘤アリ，其表面ハ全ク平滑，硬度ハ彈性稍硬ニシテ壓痛無シ。波動ノ有無ハ不確實ナリ。而シテ腫瘤ノ外縁ハ陷凹シ，ソノ大サ，形狀，硬度等ハ全ク正常ナル腎臟ヲ思ハシム。試ミニ手ヲ以テ腫瘤ヲ動かシテ見ルニ下方ヘハ恥骨聯合ノ少シク上マデ，内方ヘハ正中線ヲ越ユルコト約 2 cm ノ所マデ，上方ヘハ右肋骨弓下ニ殆ソド全部隠ル、マデ大シタ抵抗モ又疼痛モナシニ移動セシメ得。然シ此限界ヲ越エテ更ニ内方又ハ下方ヘ移動セシメントスレバ輕イ牽引痛ヲ訴フ。

臨床的診斷：吾々ハ一見シテ先ヅ右側遊走腎ナリト云フ觀念ニ強ク支配サレタ。唯外診上遊走腎ニ一致セズ事ハ腫瘤ヲ上方ヘ移動セシメル際ニハ直線的デナク，正中線ニ近ク弧狀ヲ畫イテ移動シタル後ニ肋骨弓下ニ隠ル、事ナリキ。Perabrodil ノ靜脈内注射ニヨル腎盂攝影術ヲ行フニ腎盂ハ兩側共正常位ニアリ，輸尿管ノ屈曲モ無シ。然シ之ハ背臥位ニテ且輸尿管ヲ壓迫シテ撮影セルヲ以テ，ソノ際腎ガ上方ヘ移動シ居リシ爲ナント云フ事ニシテ説明ヲ附ケ，早計ナガラ先入觀念ニ支配サレツ、Bergmann-Israel ノ斜切開ヲ以テ大腿筋膜片ニヨル右腎固定術ヲ行ヘリ。コヽニ手術中奇異ニ感ゼシハ普通遊走腎ノ場合ト異リ，腎ガ手術野ヨリ稍脫出セシメ難カリシ事ナリキ。術後ノ經過ハ良好ナリシモ數日後ニ前ノ腫瘤ガ猶依然トシテ同ジ狀態ニテ存在セル事ヲ發見セリ。勿論固定セシ腎ガ斯ク短時日ノ間ニ再ビ移動シ初メシモノト迄ニハ曲解スル自信ハナカリキ。依ツテ改メテ腹部腫瘤ト診斷セリ。

次ニ腹部腫瘤トスレバ良性ノ腫瘤タルハ明瞭ナルモ，斯ク移動性ノ大ナルモノハ腸管，大網膜，腸間膜ヨリ發生セルモノナラザルベカラズ。若シ腸管ノ原發性腫瘍トスレバ斯ノ如キ大サニ達セシ時ニハ通過障害ガ必發スベキデアラフ以テ其診斷ハ至當ナラズ。又腸間膜若クハ大網膜ノ原發性良性腫瘤トスレバ皮様囊腫，粘液囊腫，淋巴管腫，血管腫等ノ如キ囊狀ヲ呈スルモノカ，或ハ脂肪腫，纖維腫等ノ如キモノナラザルベカラズ。仍テ再手術ヲ行フコト、セリ。

再手術：臍下約 15 cm ノ正中線切開ヲ以テ腹腔ニ入ル。腹水無シ。腫瘤ハ廻盲部ニアリ，容易ニ腹腔外ニ脫出セシメ得タリ。盲腸ハ腫瘤ノ上極ニアリテ，コノモノト堅ク癒着ス。廻腸ハ腫瘤ノ下端ニ連リ此處ヨリ盲腸ニ至ルマデ一見ソノ形明瞭ナラズ，即チ如何ナル經路ヲ取りテ盲腸ニ達スルモノナルヤ不明ナリキ。而シテ腫瘤ノ下面ニ拇指大ノ突起物アリ，之レハ蟲様突起ノ變化セルモノナルハ容易ニ想像セラル。盲腸及上行結腸ハ全體トシテ甚ダ移動性ニ富ミ，腫瘤ト共ニ之ヲ上下左右ニ良ク移動セシメ得タリ。依テ廻盲部ヲ腫瘤ト共ニ切除シ，型ノ如ク，廻腸末端部ト横行結腸ノ間ニ側々吻合ヲ施シ，腹壁ヲ三層ニ縫合シテ手術ヲ終ル。

術後經過：良好ニシテ手術創ハ第 1 期癒合ヲ營ミ，3 週間後ニ全治退院ス。

切除標本ノ肉眼的所見：腫瘤ハ大サ手拳大，全體トシテ略腎臟形ヲ呈シ，其表面全ク平滑，硬度彈性軟，著門ニ波動ヲ證明ス。廻腸ハ腫瘤ノ上外側部ヲ走り盲腸ニ至ル。其内腔ハ腫瘤ノ壓迫ニ依リテ扁平トナリ，ソノ下壁ハ同時ニ囊腫壁ノ一部ヲ形成ス。小腸間膜ハ腫瘤ノ下面ニ附着シ，腸間膜ノ兩葉ハ此處ヨリ分レ，腫瘤ヲ被包シタル後ニ廻腸漿膜ヘ移行ス。即チ腸間膜内膜層タルコト明ラカナリ。剖面ヲ見ルニソノ壁ハ稍肥厚シ，内面ハ全ク平滑ニシテ灰白色ヲ呈ス。

次ニ拇指大ノ突起物ハソノ解剖的位置ノ關係上蟲様突起ニ一致ス。ソノ表面全ク平滑，青灰色ヲ呈シ，強度ニ緊滿ス。全長約 6 cm 直徑約 2 cm ソノ基部約 1 cm ノ部ハ固キ索狀物トナリソレヨリ末梢部ガ急ニ膨大シ，著門ニ波動ヲ證明ス。剖面ヲ見ルニ壁ノ肥厚著ク，粘膜皺襞ハ大部分伸展シテ消失ス。索狀物ニ變化セル部分ニテハ内腔全ク閉塞セリ。

蟲様突起膜ハ之ヲ見出し得ズ。蟲様突起ハ根部ヨリ先端近ク迄腸間膜内腫瘤ニ癒着セルガ如キ狀ヲ呈

シ、内面ヲ見ルニ其處ニ拇指ヲ容易ニ通シ得ル穿孔アリテ2ツノモノガ互ニ交通セリ。穿孔部附近ニテハソノ壁稍硬ク且ツ肥厚セリ。即チ蟲様突起間膜モ腸間膜内腫瘍壁ノ一部ヲ形成スルハ容易ニ想像シ得ル所ナリ。

内容物： 蟲様突起及腸間膜内腫瘍共ニソノ内容物ハ乳白色ノ不透明ニシテ無構造ナル寒天様物質ヨリナル。ソノ量約500 cc 寒天及「ブイヨン」培養上菌體ヲ證明セズ。顯微鏡的ニハ無構造ナル物質中ニ所々崩壞ニ陥リツ、アル上皮細胞ガ認めラル。精細ナル化學的檢索ハソノ機ヲ逸セシモ醋酸ニ浸ストキニハ凝固沈澱スレドモ「エーテル」ニハ何等反應ヲ見ズ。即チ粘液ナリキ。

顯微鏡的檢査：

(A) 蟲様突起壁

- i) 狹窄部： 内腔ハ癒痕組織トナリテ全く閉塞ス。筋層ハ狹少トナリ、其纖維ノ配列不整、ソノ中へ盛ンニ増殖セル結締織纖維ノ侵入セルヲ見ル。
- ii) 中央擴大部： 粘膜組織ハ之ヲ認ムルヲ得ズ。粘膜下組織モ粘液變性ニ陥リテ所々剝脫ス。筋層ハ各纖維ノ配列不整且粗鬆トナリ、特ニ内輪層纖維ハ何レモ狹少トナリ部分的ニ粘液變性ヲ示シツ、アルモノ多シ。内腔ニ面セル部分ニハ炎症性細胞ノ浸潤アリ。其主ナルモノハ淋巴性細胞及組織球ナルモ、又「エオヂン」嗜好性細胞ガ可ナリ多數ニ認メラルコトガ特異ナリ。中性多核白血球ハ稀ナリ。血管ハ全層ヲ通ジテ著明ニ擴張充盈シ、前記細胞浸潤ハ特ニ血管ノ周圍ニ多シ。漿膜面ニハ變化ヲ認メズ。
- iii) 末稍擴大部： 粘膜組織ハ一部脱落スルモ大部分ノ上皮細胞ハ良ク保存セラル。細胞ハ高サヲ減ジ、一部ハ杯狀細胞トナル。所ニヨリテハ又管狀腺ノ認メラルアリ。筋層ハ内輪層ハ肥大シ、其中へ盛ンニ増殖セル結締織纖維侵入ス。
- iiii) 穿孔部： 粘膜層ハ之ヲ認メズ。粘膜下組織ヨリ筋層ニカケテ細胞ニ乏シキ癒痕組織トナル。筋層ハ認メラレズ。

(B) 腸間膜内囊腫壁： 上皮被膜ハ之ヲ認ムルヲ得ズ。内腔ニ面セル側ノ筋層ハ何レモ狹少トナリ、纖維間ハ粗鬆トナリ、又纖維ノ離斷サレ居ルモノモ混在ス。結締織ハ盛ンニ増殖シ所ニヨリテハ筋纖維ハ全く消失ス。

之等ノ他ニ炎症性細胞浸潤ハ全層特ニ内腔ニ面セル方ニ著明ナリ。而シテ圓形細胞浸潤ノ他、極メテ多數ノ「エオヂン」嗜好性細胞更ニ組織球性ノ大圓形細胞モ混在ス。即チ慢性炎症性細胞浸潤ト僅カ乍ラ組織ノ癒痕化ノ混セル所見ナリ。

以上ノ所見ヲ總括スレバ次ノ如シ。

蟲様突起ハソノ基部ニ於テ完全ニ癒痕性閉塞ヲ營ミ、其レヨリ末稍部ハ寒天様物質ノ蓄積ニヨリテ拇指大ノ緊滿セル囊腫トナリ、ソノ粘膜ハ萎縮又ハ脱落セル所アルモノ一部ニハ猶粘液ヲ盛ンニ分泌シツ、アル像ガ見ラレ、ソノ壁ニハ古キ炎症ヲ思ハシメル所見ヲ見ルニ反シ、腸間膜内囊腫壁ハ主ニ重疊セル結締織々維ヨリナリ、上皮被膜ハ之ヲ認ムルヲ得ズ。

即チ本例ハ蟲様突起炎後ニ發生セル蟲様突起粘液囊腫ガ分泌物ノ瀧溜ニヨリテ益々其内腔ヲ擴大シ、遂ニ内壓ノ昂進ニ耐エ得ズシテ壁ノ抵抗力ノ比較的薄弱ナリシ蟲様突起間膜附着部ヲ通ジテ内容物ヲ漏出シ、内容物ノ蓄積愈々甚シクナルニ連レテ遂ニ小腸間膜ヘモ侵入シ、茲ニ巨大ナル腸間膜内假性粘液囊腫ヲ形成セルモノナリ。

### III. 蟲様突起粘液囊腫及ビ假性粘液囊腫ノ病理ニ就テ

先ヅ蟲様突起粘液囊腫發生ノ原因トシテ舉グベキハ

- i) 蟲様突起管腔ノ一部ガ完全ナル閉塞ヲ來スコト。
- ii) 其レヨリ末稍部ノ粘膜ガ保存サレ分泌機能ヲ保持スル事。
- iii) 無菌ナルカ、少クトモ細菌ノ毒力微弱ナルコト之ナリ。即チ毒力強大ニシテ炎症機轉ノ盛ナル時ニハ通常「エンピエーム」ヲ形成シ早期ニ破壞穿孔ヲ來スモノナリ。

蟲様突起管腔ノ閉塞原因トシテ最モ屢々遭遇スルモノハ炎症ニ依ルモノニシテ、其際壁ノ一部ニ潰瘍ヲ生ジ、ソノ治癒ニ赴クヤ二次的ニ癒痕性閉塞ヲ來スモノニシテ吾人ノ症例モ又之ニ屬セシムベキモノナリ。

次ニ比較的多ク記載サルモノハ限局性腹膜炎後ノ癒着ニヨリテ發生セル蟲様突起ノ屈曲、索狀絞扼若クハ捻轉等ニシテ、此際管腔ノ一部ニ通過障害ヲ起セバ、其レヨリ末稍部ニ於テ分泌セラル、粘液ハ排泄ノ道ヲ失ヒ、内腔ハ漸次擴大シ、粘液ハ次第ニ濃縮シ、遂ニ粘液囊腫ヲ招來スルニ至ルモノナリ。

コノ他ニ特殊ナル炎症即チ結核 (Tixier, Grüber) 腸チフス (Palieri), 微毒 (Müller) 等ノ潰瘍治癒後ニ發生スル事アリ。又外方ヨリノ作用、即チ卵巢囊腫、子宮癌ノ蟲様突起間膜轉移 (Bierhoff) 等ノ壓迫ニヨル例モ報告セラル。

Klemm, Stubenrauch, Liebsein etc. ハ急性蟲様突起炎ノ際ニ蟲様突起ガ自家切斷 (Selbstamputation) ヲ起シ、ソノ際切斷々端ガ閉塞サレテ遊離セントカメニ形成セラレタル粘液囊腫ガ骨盤腔壁或ハ腸骨板上ニ存在セルヲ經驗セリト。

然レドモ内容物が稠密ナル時ニハ完全ナル閉塞状態維持ハ必ズシモ絶體的條件ニ非ザルモノ、如ク、Lifendahl ハ蟲様突起ガ基部ニ近ク癒痕性狹窄ヲ起シ、膠様物質ヲ入レタル蟲様突起粘液囊腫ガ盲腸ト互ニ交通セル例ヲ記載セリ。Dodge ハ142例ノ蟲様突起粘液囊腫中5例ニ於テカ、ルモノヲ見タリト云フ。

Lanz, Tuffier 等ハ「エンピエーム」ヨリ粘液囊腫形成ノ可能ナルヲ説キ、ソノ成立ノ機轉ハ恰モ Pyosalpinx ヲリ Hydrosalpinx ヲ生ズルガ如ク、細菌體ノ死滅スルト共ニ同時ニ内容物ノ化學的變性ガ起ルモノナリトセリ。コノ説ニ對シテハ議論未ダ一定セズ。然レドモ吾々ノ屢々經驗スル如ク蟲様突起「エンピエーム」ノ多クハ早期ニ壞死、穿孔等ノ破壞的現象ヲ招クモノニシテ Elbe ノ説ケルガ如ク少クトモ大ナル囊腫形成ニハ比徑路ニヨル成立ハ疑問ナリ。

コ、ニ注意スベキハ Ribbert ノ夙ニ指摘セル如ク以上ノ諸要件具備セルニ係ラズ囊腫形成ヲ見ザルコトアリ。之ニ對シテ或ハ腺分泌機能ノ良否ヲ以テ説明セントセリ。Bdile 等ハ炎症性閉塞、非炎症性閉塞ヲ問ハズ囊腫壁ニハ通常緩和ナル炎症機轉ノ見ラル、事ヨリシテ囊腫形成ニハ輕度ノ炎症ガ必要條件ニシテ此炎症ガ粘膜ヲ刺激シテ分泌機能ヲ昂進セシムルモノナリト云フ。又 Elbe 等ハ實驗的研究ノ基礎ニ立チ淋巴管ノ鬱滯ヲ以テ重要々素ナリト説ケリ。

斯クノ如クニシテ生ジタル粘液囊腫ハ其閉塞場所、蟲様突起ノ大サ、壁ノ伸展性ノ大小ニヨリ種々ナル大サヲ示スモノニシテ、小ナルハ小指頭大ノモノヨリシテ稀ニ大人頭大ニ達シタル

報告アリ。然レドモ通常ハ著ク大トナル事無ク多クハ拇指大ニ止ルモノナリ。何トナレバ内壓ガ著ク昂進スル時ニハソノ上皮被膜ハ多クハ萎縮シテ消失スルモノナレバナリ。本例ニ於ケルガ如ク、古キモノニハ稀ナル所見トシテ壁ノ粘液變性が認めラル、モ、ソレヨリ産出セラル粘液量ハ上皮被膜ノ粘液變性ニヨル分泌機能消失ニ比スレバ比較スベクモアラズ。

囊腫壁ハ通常緩和ナル炎症又ハ炎症ノ痕跡ヲ示スモノニシテソノ内容物ハ漿液様、寒天様、膠様等種々ナル外觀ヲ呈スルモノナリ。此等ノ中稀薄ナルモノハ粘稠ナルモノ、前段階ト見做スベキモノニシテ、何レモ化學的ニハ Mucin, Pseudomucin ヨリ成ル。而シテ多クハ無菌ナルモ時ニハ毒力弱キ菌體ヲ證明スルコトアリ(大腸菌) 又時ニ「サゴ」粒ノ如キ外觀ヲ呈スル多數ノ小球ヲ含ム事アリ、コノモノハ脱落セル細胞ト稠密ニセラレタル粘液ヨリ成リ、屢々絲狀物ヲ以テ囊腫壁ニ密着セル濃厚ナル粘液層ニ懸垂スルコトアリ。コレ即チ Hanseman ンノ所謂 Myxoglobulose ナルガ吾人ノ症例ニハ斯ルモノヲ見ズ。

蟲様突起内腔ニ内容物が蓄積シ、内壓ガ益々昂進スル時ニハ壁ノ抵抗薄弱部ヲ通ジテ憩室ガ造ラレ、時ニ穿孔シテ内容物ヲ外部ニ漏出スルコト屢々ナリ。

Hanseman, Graves 等ニ依レバ蟲様突起ノ蟲様突起間膜附着部ハ血管ノ出入スル所ナルヲ以テ筋間ハ粗鬆ナル結締織ヨリナル間隙ヲ有シ、之ガ抵抗薄弱部トナリ、若シ蟲様突起囊腫ノ内壓ガ昂進スル時ニハ、此間隙ヨリ粘膜層ノ突出ヲ來シテ憩室ヲ形成シ、内壓ノ昂進ガ愈々劇シクナレバ遂ニ穿孔ヲ來シテ内容物ヲ蟲様突起間膜内ヘ漏出セシムルモノナリト云フ。

實際粘液漏出ハコノ方向ニ向ツテ行ハル、事多シ。然レドモ此機轉ノミヲ以テ説明シ得ラル、症例ハ稀ニシテ多クハ炎症ニ依ル組織ノ破壊ニ起因スルモノナリ、即チ壁ノ一部特ニ筋層ガ炎症ノタメニ斷裂シ、狹少トナリ、或ハ全ク崩壞シテ瘢痕組織トナリタル時ニハ其個所ハ必然抵抗薄弱ナルヲ以テ此處ヨリ憩室ヲ出シ時ニ穿孔ヲ來スモノナリ。此機轉ニヨル時ハ何レノ部位ニモ穿孔ハ起リ得ルモノニシテ、事實上屢々腹腔ニ向ツテ穿孔シ、カノ所謂腹膜假性粘液囊腫ヲ形成スル他、時ニ後腹膜腔ニ粘液瀦溜囊腫ヲ形成ス。(Lieblein, Lovéon, Neumann) 吾人ノ例ニ於テモ穿孔部附近ニテハ筋纖維ハ全ク之ヲ認め得ズ、組織ハ總テ瘢痕トナレリ。恐ラク此部分ハ他ノ部分ニ比シテ炎症機轉ガ劇烈ナリシナル可ク、必然トシテ Locus minoris resistentiae ヲナシ、内壓ノ昂進スルニ連レテ遂ニ此處ニ穿孔ヲ來シ、内容物ヲ小腸間膜内ヘ漏出セルモノナルベシ。斯クノ如ク粗鬆結締織ヲ以テ充サレタル腸間膜内、或ハ後腹膜腔ニ穿孔スル時ニハ、一時的ニ重壓ヨリ解放サレタル蟲様突起粘液細胞ハ更ニ活潑ニ其機能ヲ營ムニ依ルモノナルカ屢々巨大ナル粘液瀦溜囊腫ヲ形成スルモノニテ、吾人ノ例ハ拇指大ノ蟲様突起粘液囊腫ニ配スルニ手拳大ノ粘液瀦溜囊腫ヲ以テセルモノナリ。

漏出セラレタル内容物ハ除々ニ炎症性被膜ニ依リ被ワレコ、ニ假性粘液囊腫ヲ形成スルニ至ル。

而シテ此際粘液ト共ニ剝離セル上皮細胞ガ共ニ漏出セラルコトアリ。コノモノハ時ニ猶生活

カヲ保持シ、壁ノ一部ニ附着シ速カニ増殖シテ假性粘液嚢腫ノ上皮被膜ヲ形成スルト共ニ盛ニ  
 ニ粘液ヲ分泌スルコトアリ。Lieblein ノ例ハ後腹膜腔内假性粘液嚢腫ヲ一度手術セルガ、殘  
 レル壁ノ一部ヨリ速カニ再生シテ再ビ巨大ナル嚢腫形成ヲ見タルモノナリキ。吾人ノ症例ニハス  
 ル現象ヲ見ズ。

腹腔ニ向ツテ破レタル時ニハ其内容物ハ腸管運動ニヨリ擴ルモノニシテ、通常肝門部、<sup>L</sup>ヘル  
 ニア<sup>r</sup>嚢内<sup>L</sup>ドーグラス氏腔<sup>r</sup>等ニ滲溜スルモ、甚シキ時ニハ全腹腔ヲ充スニ至ル。此際剝離セラ  
 レタル上皮ガ共ニ漏出スレバ容易ニ腹膜ニ附着シ、一方粘液產出ヲ營ムト共ニ増々増殖シ、腹膜  
 モ亦異物對抗反應ヲ起シ、漏出或ハ產出セラレタル粘液物質ガ組織化スルト共ニ漸次結締織被  
 膜ガ形成セラレ、コヽニ所謂腹膜假性粘液嚢腫ヲ形成スルニ至ル。即チ Implantationsmetastase  
 ト Fremdkörperperitonitis トガ生ズルモノニシテ、高度ナル時ニハ死ノ轉歸ヲ取ラシムルヲ通  
 常トス。

#### IV. 徴候及ビ診斷、豫後

蟲様突起粘液嚢腫ハ剖見上或ハ他ノ開腹時偶然發見サル事多ク、通常ハ何等ノ症狀ヲモ呈セ  
 ザルモノナルモ、又屢々廻盲部ニ鈍痛又ハ壓痛ヲ來ス事アリテ慢性蟲様突起炎或ハ慢性再發性  
 蟲様突起炎ノ診斷ノ下ニ手術時ニ偶然發見セラル事アリ。ソノ急性炎症性機轉ニ依ルモノハ多  
 クハ急性蟲様突起炎發作ヲ經過スルモノニシテ、コノ際嚢腫形成ハ速ヤカニ行ハルモノ、如ク、  
 發作後數日ニシテ嚢腫摘出セラレタル例ハ多數ニ散見セラル。斯ル場合ニハ嚢腫内容物ハ稀薄  
 ナル漿液様物質ナルヲ常トス。サレド又何等ノ前驅症狀モナク發生スル事モアリ。

假性粘液嚢腫ハ屢々巨大ナル容積ニ達スルモノナルモ、定型の症狀ヲ缺キ、卵巢嚢腫ソノ他  
 ノ廻盲部腫瘍トノ鑑別容易ナラズ。ソノ著ク大トナレルモノハ屢々腸管壓迫症狀ヲ呈スルモ  
 ノニシテ、本例ハ20年前ニ輕度ノ蟲様突起炎様發作ヲ1回起セシモ、其後何等ノ苦痛モナク經  
 過セルニ、腸間膜内假性粘液嚢腫ヲ生ジ、之ガ大トナルト共ニ腸間膜ヲ牽引シテ鈍痛ヲ訴フル  
 ニ至リタルモノト見ル可ク、且廻腸末端部ガ平盤狀ニ壓迫サレ居ルヲ見レバ早晚通過障害ヲ惹  
 起スベキハ想像ニ難ナラズ。Lovéon ハ又後腹膜腔假性粘液嚢腫ガ輸尿管ヲ壓迫シテ尿閉ヲ起  
 セル例ヲ記載セリ。

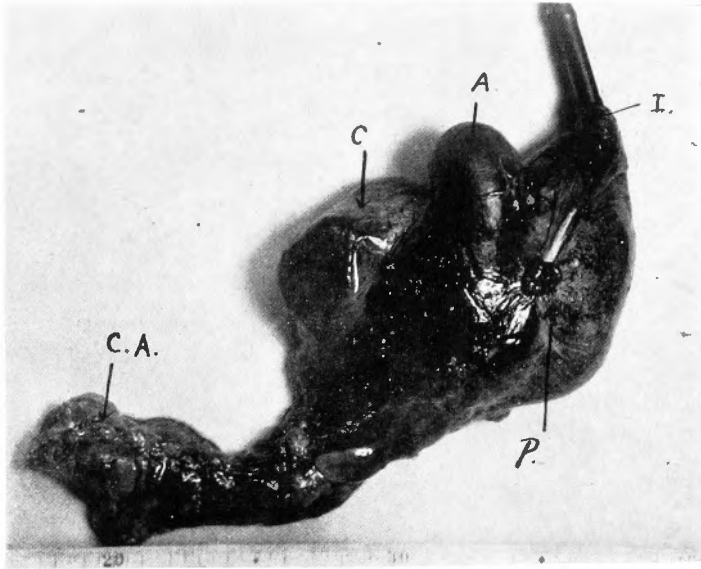
又嚢腫内容物ハ化膿菌ノ好培養地ナルヲ以テ其侵襲ヲ受ケ易ク、爲メニ無菌ノ蟲様突起粘液  
 嚢腫ガ<sup>L</sup>エンピエーム<sup>r</sup>ニ變化セルハ Lanz, Sonnenberg etc. ノ實驗セル所ニシテ、又 Borchardt  
 ノ例ハ化膿性汎發性腹膜炎ノ診斷ノ下ニ開腹セルニ實ハ腹膜假性粘液嚢腫ノ化膿セルモノナリ  
 キト。

斯クノ如ク症狀ハ一定セズ、從ツテ其診斷ハ每常困難ニシテ 術前ニ診斷ノ適中セルハ Wa-  
 lther ノ1例及齋藤氏ノ1例ノ如キモノニシテ、之等ハ寧ロ例外ト云フベキナリ。

豫後ハ通常ハ良好ナルモ前述セル如キ併發症アリ、時ニ腹膜假性粘液嚢腫ヲ生ズル事等ノ爲  
 メニ必ズシモ樂觀ヲ許サズ。

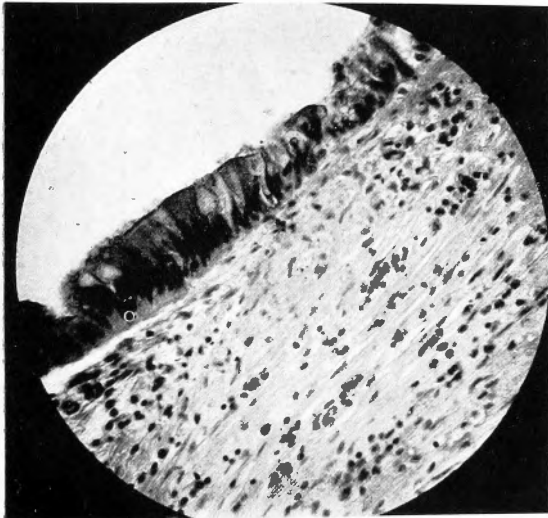
# 有本論文附圖

切 除 標 本



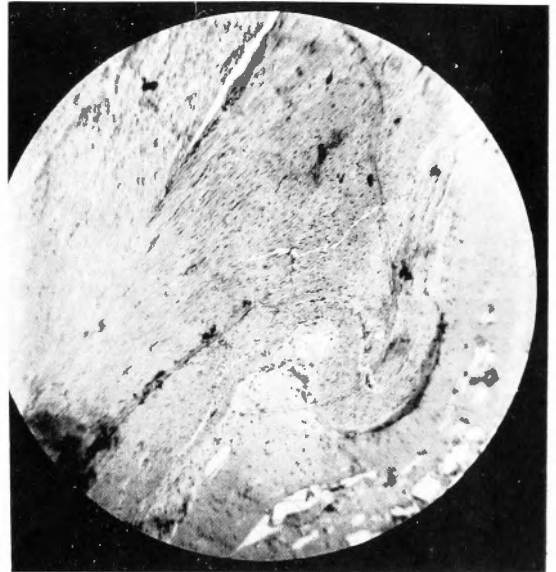
A. 虫様突起粘液囊腫 P. 腸間膜内假性粘囊腫  
C. 盲 腸 I. 廻腸斷端 C. A. 上行結腸

虫様突起囊腫壁(末稍擴大部)



粘膜組織ノ粘液變性=陥リツツアル像著明ナリ。

假性粘液囊腫壁



稠密ナル粘液層壁=密着ス。



## V. 結 辭

- 1) 余等ハ20年前急性蟲様突起炎様發作ヲ1回經驗セル男子ニ拇指大ノ蟲様突起粘液嚢腫ト手拳大ノ腸間膜内假性粘液嚢腫ノ形成セラレタルヲ見タリ。
- 2) 蟲様突起粘液嚢腫壁ニ著明ナル粘液變性ノ像ヲ見タリ。
- 3) 診斷ハ每常困難ニシテ本例ハ遊走腎ト誤診セルモノナリ。
- 4) 豫後ハ必シモ良好ナラズ、速カニ手術ノ操作ヲ加フベキト共ニ更ニ進ンデ蟲様突起炎早期手術ノ必要ヲ提唱スルモノナリ。

## 引用文獻

- 1) **Potherat**: Hydroappendix. Bull. et mém. de Soc. de Chir. Paris. Tome 22, p. 725, 1900.
- 2) **Winteler**: Zur Pathologische Anatomie und Histologie der Zysten des Wurmfortsatzes. Zbl. f. allg. Path. u. Path. Anat. Bd. 22, S. 840. 1900.
- 3) **Elbe**: Appendixcyste u. Divertikelbildung, Bruns Beitr. 64 Bd. S. 638. 1909.
- 4) **V. Stubenrauch**: Über Zystenbildung in abgeschnürten Resten des Wurmfortsatzes. Münch. med. Wochenschr. 1909, S. 1782.
- 5) **Borkowski. J**: Kommunizierende Mucocoele der Appendix. Zbl. f. Chir. Nr. 33, 1917. S. 742.
- 6) **Walther**: Diverticules de l'appendice et Kystes paraappendiculaire Bull. et mém. de Soc. de Chir. Paris. Tome 26, 1904. p. 822.
- 7) **Simon**: Zur kliniik der mucocoele des Proc. vermiformis. Dtsch. Z. Chir. 187 Bd. 1924. S. 1.
- 8) **Tixier**: Tuberculose iléo-coecale. Coexistence d'un hydro-appendice, Lyon Chir. Tome 22. 1925. p. 732.
- 9) **Lieblein**: Pseudomyxoma nach Appendicitis. Zbl. f. Chir. 53 Bd. 1929. S. 1704.
- 10) **Kembes**: Pseudomyxoma peritonei ex Appendice. Zbl. f. Chir. 56 Bd. 1929. S. 1704.
- 11) **Lanz**: Die path-anat. Grundlagen der Appendicitis. Bruns Beitr. Bd. 38. 1903. S. 17.
- 12) **Alt Ludwig**: Mucocoele des Wurmfortsatzes unter dem Bild der akuten Appendicitis. Bruns Beitr. 51 Bd. 1932. S. 114.
- 13) **松谷**: 蟲様突起炎ノ際ニ於ケル粘液溜溜竝ニ漏出特ニ粘液球形成ニ就テ 千葉醫學會雜誌 第3卷 第5號.
- 14) **本名**: 蟲様突起ノ粘液漏出ニ就テ. 日本外科學會雜誌 第20回. 179頁.
- 15) **安藤**: 蟲様突起ノ粘液溜溜ニ關スル 臨床的竝ニ實驗的研究. 愛知醫學會雜誌 第36卷 第9號及第10號.
- 16) **齋藤**: 蟲様突起炎ニ因スル後腹膜下粘液溜溜竝ニ蟲様突起多發性嚢腫狀憩室形成ニ就テ. 北海道醫學會雜誌 第6年第4號.