

得るが、胸部や顔面にケロイドを生じているから腹部等にも生ずるとは限らないと云い得るのではないかと思われる。従つて本例の如く、腹部の手術創にはケロイド発生の様相なく、肩部のみにケロイド発生の傾向を認めた事実も、ケロイド発生には明らかに局所素因のあることを物語るものである。

結 語

下腹部手術創は一次性に治癒し、ケロイド形成なきにもかかわらず、右肩部には灸痕からケロイドを形成これを摘出後再びケロイド形成の様相を呈して来た63才女子の一症例を報告し、あわせて文献的考察を加えケロイド発生には全身素因と共に局所素因も存在することを推定した。

文 献

- 1) ACKERMAN, L. V.: SURGICAL PATHOLOGY. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1953. (p. 81 Keloids)
- 2) ANDERSON, W. A. D.: PATHOLOGY. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1948. (p. 1218~1219 Keloid)
- 3) 荒木千里: 鳥瀉外科学総論 東京, 南江堂 昭26. (P. 75, 癬痕性ケロイド)
- 4) 比留間清次郎: ケロイドの統計的観察. 皮膚科性病科雑誌, 56; 6~8, 昭21.
- 5) 比留間清次郎: ケロイドの臨床的知見. 皮膚科性病科雑誌, 56; 4~6, 昭21.
- 6) 比留間清次郎: ケロイドの組織学的研究. 皮膚科性病科雑誌, 56; 8~10, 昭21.
- 7) 岩永仁雄: 外科学. 大阪, 永井書店, 昭24. (p. 343 蟹足腫, p. 46 癬痕性蟹足腫)
- 8) 森茂樹: 病理学総論. 東京日本医書出版株式会社, 昭24. (P. 278 ケロイド)

赤痢と誤診された外科的疾患

大阪市立大学医学部外科学教室 (指導: 白羽弥右衛門教授)

研究生 成川康夫・青柳 一

(原稿受付 昭和31年8月3日)

SURGICAL DISEASES MISDIAGNOSED AS DYSENTERY

by

YASUO NARIKAWA and HAJIME AOYAGI

From the Department of Surgery, Osaka City University Medical School (Director: Prof. Dr. YAEMOM SHIRAHARA)

During October 1950 and September 1955, twelve surgical cases were referred to the department of Surgery, Osaka City University Medical School, which had been hospitalized at Momoyama Isolation Hospital with misdiagnosis of either dysentery or ekiri.

The twelve cases consisted of six intussusception, four abscess formation complicated with acute appendicitis, and each one of incarcerated inguinal hernia and rectal cancer.

These cases occupied 0.11 percent of all dysentery and ekiri cases admitted to Momoyama Isolation Hospital during the above mentioned period.

A discussion is made with urgent surgical significance on such cases which are apt to be accompanied by mucous or bloody stool and misdiagnosed as dysentery or ekiri.

まえがき

われわれの外科学教室の病棟は昭和25年以来昭和31年5月までの間伝染病院である大阪市立桃山病院の空床を利用して、たまたまこの期間は昭和24年にはじまった赤痢の全国的流行期に一致していたためか、大阪地方においても昭和27年を頂点として赤痢の流行がみられたのであるが、外科的疾患に罹患しておりながら、赤痢あるいは疫痢と誤診されて伝染病棟に収容された患者が比較的多く経験された。すなわちわれわれは昭和25年10月1日から30年9月20日までの5年間に、かかる症例の12例を診療する機会をえたので、これを系統的に観察し、併せて若干の考察を加えた。

症 例

全症例を大別すると、1)腸重積症6例、2)鼠径嵌頓ヘルニア1例、3)虫垂炎発症4例、4)直腸癌1例などである。

Ⅰ 赤痢あるいは疫痢と誤診された腸重積症

第1例：1年5ヶ月の男児。腹痛、嘔吐ならびに血便を主訴として来院した。

現病歴：昭和26年12月22日午後10時頃、突然啼叫し、腹痛を訴え、顔面蒼白となり、数回の嘔吐を来した。発熱、痙攣はなかつた。それでただちに開業医家に診てもらい、ヒマシ油の投与と浣腸とをうけたところ、血便を排出したので赤痢を疑われて、翌23日午前2時伝染病棟に収容された。

伝染病棟収容時所見：体格は小さいが、栄養良好、意識明瞭、体温37.4℃、脉搏毎分120、呼吸数は毎分26で安静。腹部は平坦かつ軟で、S字結腸部、臍部および廻盲部に圧痛が認められたが、そのときには腫瘤を証明されなかつた。ところが入院翌日、すなわち24日に左腹部に腫瘤を発見されたので、発病後36時間を経て外科に転科した。

現症：顔貌無力状で、皮膚は乾燥している。脉搏毎分140、細小であるが整調。呼吸は促迫している。口腔粘膜は乾燥し、舌には褐白色苔が附着している。また右側胸部にラ音を聴取された。

局所々見：腹部は全般にわたり膨隆しているが、とくに左上腹部に著明な腹壁緊張があり、Dance氏症状陽性で左季肋部より臍部におよぶ鶯卵大、弾性硬、移動性にむ腫瘤を触れ、これには圧痛が証明され

た。直腸内用指触診を行うと、直腸内に嵌入した腸管の先端部と思われる腫瘤を触知することができるほか同時に著明な血便を証明した。

手術所見：開腹すると腹腔内には少量の腹水があり、嵌入部先端が直腸に達する高度の廻盲部腸重積症があり、同時に廻腸結腸総腸間膜症が証明された。この腸重積症を解離したところ、廻腸末端および盲腸の一部が壊死に陥っていることが判つたので、廻盲部を切除し、廻腸横行結腸側々吻合術を行つた。患者は術後11日目に全治退院できた。

第2例：8月の男児。嘔吐、血便ならびに腹痛を主訴として来院した。

現病歴：昭和29年5月21日午後4時頃より不機嫌になり、腹痛を訴え、2回ないし3回の嘔吐を来し、その日の午後7時頃、浣腸をうけたところ、その後血便を排泄した。その後頭痛と体温上昇とが強くなり、かつ無力状態となつたので、疫痢と診断されて午後8時頃伝染病棟に収容された。その後3日間にわたり抗生物質が投与されたにもかかわらず、これに抗して血性黒色便の排泄止まず、嘔吐も継続し、検便の結果糞便中に赤痢菌を証明されなかつたので、9月23日発病後40時間を経て外科に転科した。

現症：来院時顔貌蒼白、苦悶状、意識はなお明らかである。脉搏細小頻数、皮膚ならびに口腔粘膜は乾燥している。腹壁は軟かで、蠕動不穏が著明にみられる。触診上廻盲部から心窩部におよぶ5×10cm大、卵円形、弾性硬、可動性の腫瘤を触れ、廻盲部に有響性雑音が聴かれ、直腸内用指触診により粘血便を証明した。

腸重積症の診断のもとに開腹の結果、廻盲部腸重積症および総腸間膜症が認められ、嵌入部先端は横行結腸の中間部にまで達していた。しかしその解離は容易で、腸の壊死は全くみられず、術後10日目に全治退院した。

第3例：生後3ヶ月の女児。嘔吐、痙攣ならびに血便を主訴として来院した。

現病歴：昭和29年8月4日午後2時30分頃、突然全身痙攣、嘔吐を来し、虚脱状態となつて、某小児科医に受診したところ、腸炎と診断され治療をうけた。しかしその翌朝体温が39℃に上昇し、なお頻回の嘔吐を来したので、浣腸をうけたところ、少量の血便が排泄されたとのことで、疫痢と診断され、発病後22時間を経て伝染病棟に収容された。ここではじめて廻盲部から上行結腸にわたる腫瘤を指摘されて外科に転科し

第1表 昭和25年10月～昭和30年9月20日

疾患名	大阪市立桃山病院における患者数	外科的疾患が誤診されていたもの	%
腸チフス	434	0	0
細菌性赤痢	9,058	9	0.10
疫痢	1,908	2	0.10
アメーバ赤痢	518	1	0.19
赤痢十疫痢	11,330	12	0.11

(154例は細菌性赤痢十アメーバ赤痢)
2才未満の患者について

赤痢	418	5	1.19
疫痢	339	2	0.59
赤痢十疫痢	757	7	0.92

第2表 昭和25年10月～昭和30年9月20日

疾患名	白羽外科における手術例数	伝染病と誤診された例数	%
廻盲部腸重積症	11	6	54.5
嵌頓ヘルニア	8	1	12.5
虫垂炎およびその続発症	585	4	0.68
直腸癌	16	1	6.25
計	620	12	1.94

た。

現症：顔貌は苦悶状，かつ不安状態を呈し，脉搏は毎分90，体温39°C。腹部は全般に膨満し，廻盲部より上行結腸部にわたる手拳大，弾性硬の圧痛ある腫瘤を触れる。

手術所見：開腹すると少量の透明な腹水があり，廻盲部腸重積症が発見され，その嵌入部の先端は横行結腸中間部にまで達していた。それで解離をこゝろみだが，廻腸末端部が約10cmにわたり壊死に陥つていたので，廻盲部を切除し，廻腸横行結腸側々吻合術を行った。しかし術後の経過は極めて悪く，39°Cないし40°Cの高熱が続き，その後4時間にして死亡した。

第4例：8ヶ月の男児。嘔吐と血便とを主訴として来院した。

現病歴：昭和30年8月1日午後7時頃から機嫌が悪くなり，粘液便の排泄をみたので，某医師により Aureomycin を投与された。しかしその後全身状態はさらに悪化し，頻回の嘔吐も加つたので，他の医師を訪れ，洗腸をうけたところ，血便が排泄されたため，赤痢の疑いで伝染病棟に送られた。入院後ただちに腸重積症と診断され，外科に転科した。

現症：体格中等度，栄養は良好であるが，顔貌は無

力状態を呈し，脉搏毎分140，胸式呼吸を示した。腹部は全般に平坦であるが，Dance氏症状が陽性で，右季肋部より左季肋部にわたる弾性硬，圧痛ある腫瘤を触れる。

手術所見：開腹すると少量の腹水があり，廻盲部腸重積症ならびに廻腸結腸総腸間膜症のあることがわかった。重積腸の嵌入部先端は下行結腸の起始部に達していたが，その解離は容易で，腸の壊死はみられなかった。しかし本例も術後全身状態が悪化して5時間目に死亡した。

第5例：4ヶ月の男児。嘔吐と血便とを主訴として来院。

現病歴：昭和30年8月2日午前10時頃より機嫌が悪くなり，体温上昇と頻回の嘔吐を来したので，某医師から洗腸をうけたところ，約2時間後に少量の比較的新鮮な下血をみた。その後数回にわたって同様の下血を来し，その翌日には頻回の嘔吐を伴い，患者は全く不安状態となつたので，同日正午頃赤痢の疑いで伝染病棟に収容された。ところが入院するやただちに腸重積症と診断されて，外科に転科した。

現症：体格中等度，栄養は良好。顔貌は無力状態，意識はやや濁潤している。脈搏は整調で緊張はかなり

よいが、呼吸は胸式型。右側腹部より臍部が膨隆し、Dance 氏症状陽性の上、上腹部に横走する弾性硬、圧痛のある腫瘤を触れる。

手術所見：開腹すると廻盲部腸重積症があつて、その嵌入部先端はS状結腸にまで達しており、すでに中等量の透明な腹水を伴っていた。解離術は容易で、腸の壊死はなかつたが、すでに全身状態が極めて悪く、患者は術後2時間で死亡した。

第6例：8ヶ月の男児。嘔吐と血便とを主訴として来院。

現病歴：昭和30年8月27日午後7時頃より不機嫌となり、嘔吐があつたので、某医師を訪ねて浣腸をうけたところ、粘液便の排泄をみた。翌28日午前5時頃から、体温が39°Cに上昇し、嘔吐も軽快しないので再度浣腸をうけたところ、粘血便を排泄したため、赤痢を疑われて、同日午前10時伝染病棟に収容された。しかし入院後ただちに腸重積症の疑診を下され、外科に転科した。

現症：体格中等、栄養良好。脈搏の緊張はよいが顔貌は無力量、皮膚や口腔粘膜は乾燥し、舌に白苔を認める。腹部とくに上腹部の膨隆が著明で、正中線上、臍より2横指徑頭側に鶏卵大の膨隆を認め、触診上同部に鷄卵大、弾性硬、可動性のある腫瘤を触れる。Dance 氏症状は陽性で、かつ直腸内用指触診の結果、粘血便を証明した。そこでまず食塩水1,500ccを用いて高圧浣腸を行ったところ、腫瘤は心窩部より右下腹部に移動し、鶏卵大に縮小したが、なお消失するにいたらないので、手術を行った。

手術所見：開腹すると、透明な腹水が中等量貯留しており廻盲部腸重積症ならびに廻腸結腸給腸間膜症のあることが明らかにされた。嵌入部腸管の先端は上行結腸の半ばにまで達していたが、これを解離したところ、腸壊死はみられなかつた。術後の経過は良好で、患者は術後16日目に全治退院した。

II 赤痢と誤診された鼠径嵌頓ヘルニア

第7例：3ヶ月の男児。嘔吐、粘血便ならびに右鼠径部の腫瘤形成を主訴として来院した。

現病歴：昭和27年8月17日午後1時頃、右鼠径部にヘルニアがみとめられたので、某小児科医により整復術をうけたことがあるという。その後ただちにヘルニア帯を装着したところ、その翌日午後より頻回の嘔吐と粘液性下痢とがおこり、浣腸により粘血便を排泄し

たので、赤痢と診断されて伝染病棟に収容された。しかし収容後右鼠径部に腫瘤のあることがわかつたので、発病後24時間を経過して外科に転科した。

現症：体格中等、栄養良好。顔貌は無力量、苦悶状を呈し、皮膚は乾燥し、脈搏頻数、呼吸は促迫している。腹部は膨隆し、蠕動不穏著明であるが、腹部には腫瘤がみられない。右鼠径部には小鶏卵大の腫瘤があつて、これは整復不能であつた。直腸内用指触診を行ったところ粘血便が認められた。

手術所見：それで手術を行ったところ、ヘルニア門は一指を通ずる程度で、ヘルニア嚢には小腸をいれていた。この小腸は赤褐色に変色していたが、壊死には陥つていながつたから、これを整復した後、ヘルニア根治手術を行った。術後の経過は順調で、全治退院した。

III 赤痢と誤診された虫垂炎続発症の4例

第8例：9才の男児。

主訴：腹痛、嘔吐、裏急後重と下痢。

現病歴：昭和27年4月2日午後腹痛、嘔吐、および39°Cに達する体温上昇があり、翌日朝から排尿時に増加する疝痛様腹痛を訴え、裏急後重をも伴い、1日数回の粘液性下痢を来した。しかし血便はなかつた。よつて桃山市民病院小児科に入院し、Penicillin, Aureomycinの投与をうけたが、解熱しないので、赤痢を疑われて伝染病棟に移されて治療をうけた。しかし症状は一向に改善されず、便中赤痢菌は陰性であつたので、発病後11日目に外科に受診した。

現症：体格中等、削瘦著明。顔貌は苦悶状で、皮膚は乾燥し、脈搏の緊張は弱く、胸式型呼吸。舌は厚い灰白苔でおおわれ、白血球数13,500。腹部とくに下腹部が膨満して、腹部全般に圧痛があり、恥骨結合上部に2倍手拳大、境界不明瞭な弾性硬の硬結を触れる。直腸内用指触診を行うと、ダグラス氏窩底に膨隆と硬結を触れ、粘血便を証明した。

手術所見：腹腔内に腹水や膿はなく、小骨盤腔内には壊死に陥つた虫垂が中心となり、大網、盲腸、S状結腸によつてとり囲まれた手拳大の限局性膿瘍があつた。それで切開排膿を行い、虫垂を切除した後、右側腹部およびダグラス氏窩底に排膿管を挿入したところ、術後の経過は良好で35日目に全治退院した。

第9例：12才の女児。

主訴：腹痛、粘血便、裏急後重、体温上昇。

現病歴：昭和27年7月3日腹痛を覚え、4日朝充腸をうけ、下剤を服用したところ、午後から39°Cに達する体温上昇とともに腹痛が加わり、裏急後重、粘血性下痢便を来したが、発病後5日を経過した7月8日赤痢として伝染病棟に収容された。

当時体温39.2°C、腹部は平坦であるが、S状結腸部、臍部、廻盲部などに圧痛があり、S状結腸部に硬結を認めた。しかし便中、赤痢菌は陰性であつたが、入院後の抗生物質療法によつて症状の改善がみられないので、発病後9日を経過した7月11日外科に受診した。

現症：体格中等で消瘦し、苦悶状顔貌を呈し、口腔粘膜は乾燥している。白血球数は18,600。腹部は膨満し、下腹部恥骨結合より両側の臍棘線におよぶ弾性硬圧痛のある硬結を触れる。その中央部に波動が証明され、直腸内用指触診によりダグラス氏窩底に著明な膨隆と圧痛とを認められたが、便には血液や膿を混入していない。

手術所見：開腹すると壊死に陥つた虫垂が中心となつて、大網、盲腸、廻腸、S状結腸、膀胱などにより囲まれた超手拳大のダグラス氏窩膿瘍のあることがわかつた。それで排膿後、虫垂切除術を行い、右側腹部とダグラス氏窩底に排膿管を挿入したところ、術後54日目に全治退院した。

第10例：31才の女子。

主訴：腹痛、粘血便、裏急後重。

現病歴：昭和30年8月25日下痢を伴う腹痛を来し、翌日廻盲部痛を覚えるとともに、廻盲部に腫瘤があるのに気づいた。この日大量の膿性粘液性下痢があつた後、患者自身も廻盲部腫瘤が縮小したように感じた。その後39°Cの発熱を来し、腹痛が強くなり、裏急後重とともに1日30回におよぶ血性下痢を来すようになった。そこで発病後8日を経過した9月2日、某医により赤痢と診断され、伝染病棟に送られたが、入院後数回にわたる検便の結果は常に赤痢菌陰性であつた。患者は抗生物質の投与をうけ、1時解熱し、下痢も軽快したが、9月4日より体温が再度上昇し、廻盲部に限局性腫瘤を証明されるに至つたため、発病後12日を経過した9月6日外科に受診した。

現症：体格小、かなり消瘦し、顔面蒼白、苦悶状顔貌である。白色の厚い舌苔があり、肺肝境界は右乳線上第6肋骨下縁に証明された。白血球数12,000。廻盲部は球状に膨隆し、触診すると手拳大、境界明瞭、圧痛ある腫瘤を触れ、この部にBlumberg氏症状が陽

性であつた。

手術所見：開腹手術を行うと、腹腔内には廻盲部において壊死崩潰に陥つた虫垂が、中心となり、大網、盲腸、廻腸、前腹壁などに囲まれた超手拳大の限局性膿瘍が認められた。それでこれを切開、排膿した上、右側腹部より膿瘍腔に排膿管を挿入したのみで、術後15日目全治退院した。

第11例：51才の男子。

主訴：悪寒、腹痛、粘血便、裏急後重。

現病歴：昭和30年8月29日午後、なんらの誘因なく悪寒を覚え、その日の夜半から下腹痛を来した。翌30日上腹部に刺痛様疼痛を覚え、裏急後重を伴う粘血便の排泄をみたが、放置しておいたところ、9月3日朝になり疼痛が腹部全般に拡がり、数回の嘔吐を来し、粘血便を下痢した。それで某医により赤痢と診断され、発病後5日を経過して伝染病棟に収容された。このとき意識は明瞭で、体温39°C。腹部は平坦かつ軟かであるが、右季肋部に圧痛があり、左腸骨窩に硬結を触れた。入院以来抗生物質の投与をうけたが、症状が改善されず、尿中赤痢菌は陰性であつたので、発病後8日を経過した9月6日に外科に受診した。

現症：体格中等、栄養衰え、顔貌は苦悶状。皮膚および可視粘膜は乾燥し、舌には厚い白苔が附着し、白血球数7,500。腹部は軽度に膨満し、腹部全般にBlumberg氏症状が証明され、廻盲部に著明な圧痛を認める。直腸内用指触診を行うと、直腸膨大部は極度に拡大しダグラス氏窩底には圧痛が著明で、粘液便を証明した。

手術所見：開腹手術を行うと体壁腹膜は肥厚し、虫垂は壊死に陥つて、体部において穿孔しており、膿が腹部全般に拡がり、とくにダグラス氏窩には多量の膿潴溜を認められた。それで膿を排除した後、虫垂切除を行い、右側腹部およびダグラス氏窩底に排膿管を挿入したところ、術後の経過は良好で、14日目に全治退院した。

Ⅳ. アメーバー赤痢保菌者に直腸癌の発生した症例

第12例：24才の女子。患者は運悪く赤痢アメーバ保菌者であつたために、癌性直腸狭窄をアメーバと誤られ、またその肝転移を肝膿瘍と誤診されたものである。本例の詳細は既に本誌24巻610頁に報告されているので省略する。

考 察

今日まで法定伝染病、なかんずく、赤痢、疫痢と誤診された外科的疾患に関する報告は案外極めて少い。われわれが渉猟しえた範囲の文献についていえば、浅原がすでに明治38年赤痢流行時には腸重積症が赤痢と誤診されるおそれのあることを指摘している。昭和10年佐伯は塩田外科教室において12年間にとり扱った虫様突起炎2,218例中には手術前赤痢と診断されたものの1例をみるにすぎなかつたとのべている。昭和16年緒方は小児赤痢と誤診されたダグラス氏窩膿瘍の1例について報告し、昭和15年橋本は赤痢患者に廻盲部腸重積症の合併せる症例を報告した。さらに Ravitch は Johns Hopkins Hospital で1939年より1951年の12年間に扱われた腸重積症98例中6例が赤痢と誤診されたことをのべている。われわれは前述のような特殊な環境にあつたために、かゝる伝染病と誤診された12例の外科的疾患に遭遇する機会をもちえたわけである。これは第1表の如く同じ期間に大阪市立桃山病院に入院した赤痢、疫痢患者総数11,330例の0.11%にあたる。またその内訳はさきに詳述した如く、腸重積症6例(50%)、鼠径嵌頓ヘルニア1例(8%)、虫垂炎続発症4例(34%)、直腸癌1例(8%)であるが、これは表2の如く、同期間中にわれわれの教室で手術された廻盲部腸重積症例の54.5%にあたり、また嵌頓ヘルニア症例の12.5%、虫垂炎およびその続発症例の0.68%、直腸癌例の6.25%に相当する。とりわけ腸重積症例の過半数は一旦誤診されて、伝染病棟に収容された後、外科に移されたものであることは甚だ興味が深い。またこの腸重積症の6例および鼠径嵌頓ヘルニアの1例、すなわち絞扼性イレウスの7例はすべて2才未満の乳幼児であつて、実に誤診例中の58%を占めているのは特記すべきことである。

これら絞扼性イレウス症例の発病時における主要症状を検討してみると、全例に不安状態、頻回の嘔吐がみられ、38°Cないし39°Cの体温上昇を示したものは3例、無熱のものは4例であつた。

発病後便秘をみたものが4例あり、そのうち1例には1回の粘液便、他の1例には浣腸後1日数行の血便があつた。なお全例において浣腸により血便を認められている。Ravitchによれば、Johns Hopkins Hospitalにおける腸重積症152例中、その11例に粘液性下痢を認めている。これは腸重積症では排便が停止する

というイレウスに共通する観念に相反することではある。けれどももともと腸重積症においては、嵌入部およびこれに属する腸間膜が狭鞘部とくに頸部で強く絞扼されるので、これに入る静脈管が圧迫されて、うつ血浮腫を来し、その結果として嵌入部の分泌が増加し、ついに毛細管を破裂して出血がおこるものと考えられる。また同時に狭鞘部が嵌入部により刺戟されるので粘液分泌が亢進、これらの悪条件が重つて粘血便をみるに至るものである。

ヘルニアの嵌頓においても、同様の機転により粘血便が排泄されるものと考えられるが、実地医家としては、かゝる粘血便をとくに重視し、かつ伝染病を極度におそれるために、粘血便すなわち赤痢、疫痢と考えられることが多く、かゝる誤診を招いたものではないかと推察される。血便を主訴とする乳幼児に対しては、死亡率の高い腸重積症や他の絞扼性イレウスのことを常に念頭において、これを観察することが大切である。赤痢と誤診された虫垂炎続発症4例のうち1例では発病時下痢があり、また他の2例では体温上昇が認められ、そのうち1例は悪寒を伴っていた。また他の1例は浣腸を行つた後下痢を服用している。そして発病第2日目には全例において下痢、裏急後重、発熱などを来し、其後3例が血便を排泄している。この時期に医師を訪ねて、赤痢と誤診され、伝染病棟に収容された後は全例において糞便中赤痢菌が陰性であつた。これら4例のうちダグラス氏窩膿瘍の1例、廻盲部周囲膿瘍の1例においては、S状結腸あるいは直腸が膿瘍壁の一部を形成していた。そのために腸壁にも炎症機転が波及して、粘液分泌が増加し、さらに炎症機転が進展して血管の破綻による出血を来し、その結果粘血便を排泄するようになったものと考えられる。他の廻盲部周囲膿瘍の1例では、膿瘍が盲腸内に穿破したために、膿血性便を排泄したものであろう。汎腹膜炎をおこした1例は、当時の手術所見からみてダグラス氏窩における膿瘍溜のみが粘液性下痢および裏急後重をおこす原因となつたとは考えにくい。

さて下痢を伴う虫垂炎は Howard らによれば5%、小坂によれば約15%、佐伯によれば虫垂穿孔性汎腹膜炎において8%であつたと報告されている。杉本等はかゝる下痢が、虫垂独自の炎症に基因するものと考えられるよりは、他の腸管への炎症波及によるものと考えられるか、あるいは一元的に下痢と虫垂炎を招来したアレルギー性反応による炎症性変化を考えており、小坂は

この下痢は門脈系感染をおこす傾向を示す1つの重要な徴候であるといっている。いずれにしてもこの患者は発病当時悪寒のあつたことよりみて、一過性の菌血症がおこつたものと考えてよく、1次的あるいは2次的に腸管の炎症性破壊機転を生じ、粘血便を来すにいたつたものと思われる。この4例における誤診の原因として考えられることは、患者の生活環境が悪く、疾病ことに虫垂炎に対する認識の低いことも挙げられる。従つてこのような患者に対しても、その発病状態および腹部所見などを詳細に検討されておれば、かかる誤診をある程度回避しえたのではないかとも思われるわけである。

む す び

われわれの教室は前述の如き特殊な環境にあつたために、昭和25年10月より昭和30年9月までの5年間に、赤痢、疫痢と誤診された外科的疾患12例を経験しえた。すなわち腸重積症6例、鼠径嵌頓ヘルニア1例、虫垂炎統発症4例、直腸癌の1例であつて、これらははじめ赤痢として伝染病院に收容されたものである。これは同期間中大阪市立桃山病院に收容された赤痢、疫痢患者の0.11%に当る。粘液便ないし粘血便を主徴として、裏急後重、体温上昇などを伴う患者を診察する場合には、赤痢や疫痢をまず第1に考えねばならな

いが、同時に救急手術を必要とする外科的疾患を鑑別すべきである。

(この論文の要旨は昭和30年10月15日第70回大阪外科集談会および昭和30年11月28日第11回大阪市医学会において発表した。

稿を終るに当り御指導と御校閲をうけた白羽教授に深謝し、あわせて大阪市立桃山病院が与えられた御好意と御便宜に対して、院長山上茂博士はじめ医局員各位に厚く御礼を申し上げる。)

文 献

- 1) 浅原慎次郎：日本外科学会雑誌，6；81～131，(明38)
- 2) 橋本祐二：熊本同門会報，10；50，(昭15)
- 3) 金光克己：公衆衛生，15；43～45，(昭29)
- 4) 小坂親知：日本外科全書，21；155～210，(昭29)
- 5) Kahle, H. R. : S. G. O., 97；693～701，(1953)
- 6) 緒方伝元：九州医学会会誌，41；60，(昭16)
- 7) Ravitch, M. M. : Amer. J. Diseases of Children, 84；17～26，(1952)
- 8) 佐伯重治：日本外科学会雑誌，36；403～506，(昭10)
- 9) 斉藤溥：臨牀外科，10；323～327，(昭30)
- 10) 杉本雄三：日本外科宝函，24；232，(昭30)
- 11) 槌賀良太郎：日本外科宝函，24；610，(昭30)
- 12) 山上茂：日本伝染病学会雑誌，28；211，(昭29)
- 13) 横瀬武正：日本医科大学雑誌，22；74～84，(昭30)

腸管結節形成に因るイレウスの1例

島田市立病院 (院長：医学博士 北 旭)

石 黒 渥・出来谷金作・作 野 忠

(受付日附：昭和31年8月6日)

INTESTINE STRANGULATION DUE TO COMPLICATED KNOT FORMATION REPORT OF A CASE

by

ATSUSHI ISHIGURO, KINSAKU DERIGAI and TADASHI SAKUNO

From the Shimada Public Hospital

(President: AKIRA KITA)

A 47 year old male farmer suffered suddenly from a severe pain in the abdomen, which radiated to the waist, seven hours before admission. At the time of hospital admission the patient was found to be in a state of shock. At operation, the sigmoid flexure revealed to be stangulated by the ileum and both of them