

# 総腸間膜症を伴える小腸重積症の1例\*

京都大学医学部外科学教室第2講座 (主任 青柳安誠教授)

横 田 友 二

[原稿受付 昭和31年9月3日]

## ON A CASE OF INVAGINATION AT SMALL INTESTINE ACCOMPANIED WITH THE FAILURE OF PRIMARY RO- TATION OF THE INTESTINE (LEFT SIDED COLON)

by

TOMOJI YOKOTA

From the Second Surgical Division, Kyoto University Medical School

(Director : Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

In this paper was reported a case of man, aged 51, who complained of abdominal dilatation with rumbling sound after the operation of peritonitis, performed about three months ago by a certain doctor.

As the result of X-ray examination, the failure of primary rotation of the intestine (left sided colon) and the interference of the passage at small intestine were observed.

Since an existence of the invagination at small intestine was revealed upon incision, end-to-end anastomosis was performed after resection of the invaginated portion.

The result of the operation was excellent without any disturbance as formerly complained by the patient.

私は最近総腸間膜症に合併し、発病後長時間を経た成人小腸重積症の一例を経験したので報告する。

症例：51才 男性 作業員

主訴：下腹部に於ける膨満感及びグル音

家族歴：特記すべき事はない。

既往歴：3年前に胆嚢剔除術を受けた。酒は晩酌2～3合 煙草1日20本程。

現病歴：昭和30年5月27日(入院3ヵ月前)午前4時半頃突然下腹部痛と共に便意を催し、多量の排便があつたが、疼痛は軽快せず約30分後嘔吐が2回あつた。吐物は食物残渣及び便臭を有するコーヒー残渣様物。麻薬の注射により疼痛は軽快し、虫垂炎の疑の下に開腹術を受けたところ、腸は一面白い膜で覆われて居り、9分通り除去して貰つたという。而もその主治

医によるとその際の腹水は乳糜様であつたと。手術後2～3日頃から腹部は全般に膨隆し、嘔吐を伴い、その後はますます膨隆及び嘔吐はその度を増し、吐物は術前のように便臭を有するコーヒー残渣様物であつたので腸蠕動を促がす注射(ワゴスチグミン?)と浣腸を受けて10日目頃軽快した。其の間食物は一切摂取せず輸血等を行つて居た。まもなく退院。退院後は食慾も比較的良好であつたが、右下腹部が常にゴロゴロ鳴つて居た。

8月3日(入院4週間前)再び同様の嘔吐があり、更に下痢を伴い、先に手術を受けた病院に再び入院して前回同様の注射及び浣腸により間もなく軽快、5日目に退院した。

爾來本院入院に至る迄、主に粥食を摂つていたが、

\* 本論文の要旨は昭和31年1日の京都外科集談会において発表した。

常に右側腹部がゴロゴロ鳴って居り、腹部は膨隆し膨満感があった。併し悪心・嘔吐はなかった。

食思良好、睡眠良好、便痛1日1行

現症：体格中等大、栄養可、皮膚に異常なく顔貌正常、意識明瞭、脉搏緊張良好、血圧最高90最低50、舌は白苔で覆われて居た。胸部所見に異常なく、腹部には正中切開の手術瘢痕があり、全般的に稍々膨隆、殊に右半分に著明であつた。更に正中線の右側に数ヶの腸輪廓が見られ、蠕動不安がある。触診すると臍の上下に軽い圧痛を立証し、蠕動不安の存在する部に相当してガスの動くのを触知する事が出来るが、特に限局した腫瘤としては何も触知しない。聴診によつて有響性の腸雑音が聴取出来る。直腸指診によると直腸膨大部は稍々拡張しているがその他には異常所見は認められない。

検査所見：血液像は赤血球328万、血色素75%（ザリー）白血球5,000好中球35%、淋巴球52%、好酸球3%、単球9%、好塩基球1%、尿所見はウロビリルン及びウロビリノーゲンが弱陽性でインザカン等異常は認められない。糞便検査で潜血反応がベンチチン強陽性、肝機能略々正常。

レ線検査：(第1図参照)単純撮影で腹部一面に梳子段状にガス像を認める。造影剤内服後30分(第2図参照)十二指腸下行部は左上方十二指腸上行部に向う事なく下行して、十二指腸空腸彎曲は消失しており、正中線第Ⅱ、Ⅲ腰椎の高さで複雑な屈曲を営みつゝ次第に右方に向う。内服後1時間半(第3図参照)小腸は右腹腔を占め、正常の右結腸彎曲に相当した所に極度に拡張した小腸があり、内容の液体中を移動するガス及び前記正中線複雑な屈曲を認める附近に造影剤の停滞

するのが認められた。経肛門撮影では(第4図参照)盲腸及び上行結腸は左方に転移、脊柱右側縁に位置し、その右方に小腸のガス像を認める。右結腸彎曲は正中線にあつて、左結腸彎曲と並んで位置し横行結腸はV字型に下垂して居るが上行結腸と横行結腸右半分

第2図



第3図



第4図



第1図

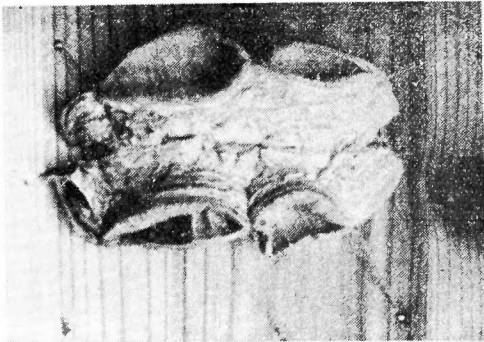


の区別は不明で、右結腸彎曲は欠如して居り、横行結腸左半分及びそれ以下の大腸は正常位置にあつた。

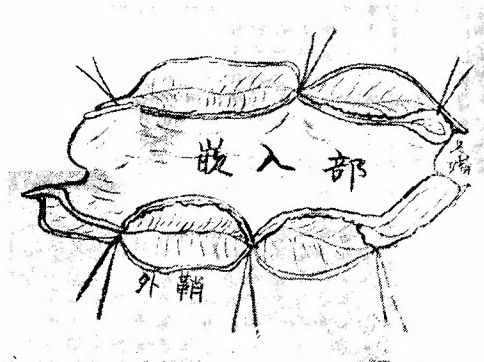
以上の所見から総腸間膜症があつて、小腸の一部に於て、通過障害の存在することが考えられた。

手術所見：エーテル全身麻酔の下に右旁正中切開により開腹。腹膜は稍々肥厚し、視野の下に現われた小腸及び結腸は赤褐色に膨隆し相互に線維索性癒着があり、更に又腹膜に接する部位にも癒着があつた。徐々に癒着を剝離しつゝ異常部位を探求して行くと、盲腸上行結腸と廻腸とは同一腸間膜を有して、総腸間膜症である事を確認、更に第Ⅲ腰椎の前方と思われる附近に、小腸の一部が約10cmに亘り黒褐色に膨大して硬度弾性軟恰かも腸詰のようなものを発見したので、腸重積を予想して嵌入部と外鞘を剝離し整復を試みたが、相当長期に亘り存在した慢性炎症の為、癒着が高度であつて更に進んで癒着を剝離する事は腸壁損傷の危険があるので止むなく位置の快定、更に何れが口側かも確認し得ざるまゝ腸重積部位を切除、端々吻合を行つた(第5図第6図参照)。しかし重積部両側の膨大の程度によつて逆行性腸重積症と想像された。

第5図



第6図



即ち外鞘部側が膨大して居たからである。端々吻合部の広さは約1横指半で、充分内容の通過し得ることを確認し、術後の両癒着を防ぐ目的でスプレーゼ5000単位を腹腔に撒布、腹壁は1次的に閉鎖し手術を終つた。

術後経過は順調で、16日目全治退院、レ線学的にも造影剤停滞は認めず(第7図参照)、術後4ヵ月目に来院して診査したが病苦はなく、またそれ迄にも下腹部膨満感グル音等を訴えなかつた。

第7図



### 考 察

胎生期第3ヵ月迄には総て総腸間膜の状態にあつて、この時期に臍腸蹄係の廻転が起つて腸の位置移動を来たすものである。総腸間膜症はこの時期の廻転異常及び後腹膜への固定異常により起るもので、1850年 Bender が乳児の屍体解剖に於て発見報告してから、解剖・病理の諸学者の研究対象となり、これに基く各種障害も臨床家の注目するところとなり、1938年 Robert Sandera の詳細なる研究報告と相まつてその方面の報告も数多くなつた。

本症例は手術所見から想像される所では、総腸間膜症の中で Sandera の云う中腸蹄係廻転第2期の廻転欠如であり、それに小腸部の腸重積症が合併したものと考えられる。総腸間膜症にはそれに特有な臨床症状は認められない。大体総腸間膜症のみの存在で之が発見されることは極めて稀で、軽微な場合には生涯きつがずに終るものもあり、多くは合併症の手術の際に発見されて居る。

総腸間膜症の合併症としては、腸重積症が軸転症に次いで多い疾病であつて、腸閉塞症の重要な因をなし、私の調査例でも83例中22例を占めて居るが、何れ

も廻盲部に発生し且つ若年者に多い。腸重積症の発生機転に就いては1677年 Pyer, 1873年 Leichtenstern等の麻痺説、或は1881年 Leusbuscher 1903年 Nothnagel 1910年 Propping 等の痙攣説などがあり、本邦に於ても1921年奥島1922年加藤1925年前田等の研究報告を見るが、現在では一般に Nothnagel の痙攣説が認められている。小腸重積症の場合には、腫瘤其の他の器質的変化があつて、その部のスバスムスがたかまつて、そこを尖端として嵌入するものがその大部分であるが、奥谷は10年間の本邦調査例に於て64例中なお(13例17.3%)に、なんらかゝる病変を認め得ないものもあることを述べて居る。

本症例に於ては、腸重積部の癒着状態等からして、相当長期に亘つて存在した小腸重積症であることはまちがいないが、残念乍ら前回開腹時の詳細な所見が不明な為果して何時の頃に、総腸間膜症に如何なる誘因が加つて腸重積症を起したのか不明であると云わざるを得ない。更に再手術時には第一次手術時に於けるような乳糜様腹水及び膜様物は、もはや残存しておらずその本態を究める事が出来なかつたので茲には単に症例の事実のみを報告した。

結 語

総腸間膜症に合併し発病後長時間を経た成人小腸重積症の一例を経験したので報告した。

文 献

1) Altschul, W: Mesenterium commune. Fortschr. auf dem Gebiet der Rönt. str. **32**; 580, 1924. 2) Eggers, C: Non-Rotation of Large Intestine. Ann. Surg. **75**; 757, 1922. 3) Rixford, ε: Failure of Primary Rotation of the Intestine Ann. Surg. **72**; 114, 1920. 4) Sander, R: Diagnose und Differentialdiagnose des Mesenterium ileocolicum commune in Röntgen bild. Fortschr. auf dem Gebiet der Rönt. str. **43**; 207, 1931. 5) 阿久津哲造: 総腸間膜症について臨床外科, **8**; 585, 昭28 6) 福田日出男: 腸間膜様包裡3例外科, **16**; 45, (昭29) 7) 福島信子: 総腸間膜症と乳幼児腸重積症との相関性大阪女子医科大学雑誌, **3**; 21, (昭25) 8) 久崎章, 塚本賢明: 総腸間膜知見補遺 外科, **15**; 571, 昭28 9) 伊藤力: 総腸間膜の2例外科, **18**; 409, 昭31 10) 宮島 孚: 小腸における2重腸重積症の1治験例外科, **17**; 874, 昭30

**Eine einfache Methode der lokalisierten Bestrahlung von Grosshirngeschwülsten mit radioaktivem Gold.**

von. Dr. med. F. Munding.

Münchener Medizinische Wochenschrift, 98, J. 1. 23~ 25 Jan. 1956

著者は放射性金を大脳残存腫瘍内に注入する簡易法を考案し、その方法並びに結果について報告した。

手術時大脳腫瘍残存部の周囲にタンタル又は銀クリップを残し、手術創が治癒せる後、頭皮上に著者の Gitterlinienplatte (合成樹脂板を頭骨の彎曲に合せて曲げ、之に 1cm 間隔に小孔をあけ各孔にX線不透過物質にて印をつけ之に番号を附したものを)を固定し、Gitterlinienplatte に垂直の方向並びに之と直角の方向からX線撮影を行い腫瘍の大きさを計算する。次いで大脳残存腫瘍に相当する Gitterlinienplatte

小孔より注射針を挿入しレ線透視の下にその深さ方向を修正しなるべく各針が平行とする。先に計算せる腫瘍体積 1cc 当り 1.5~2mC の放射性金を炭素粒子に吸着せしめ 10% Loevulose に懸濁せしめたものを、0.2cc/cm の割で Tumor 内に挿入してある注射針から腫瘍内に線状に注入する。この時放射線障害をさけるため鉛被覆ある特殊な注射器を作成して使用した。

著者等が14例?について行つた経験では全身性副作用は認められなかつた。(奥 田)