

臨 床

廻腸末端ノ原發性肉腫2例

京都帝國大學醫學部外科學研究室(鳥潟教授指導)

大學院學生 醫學士 横 山 正 夫

Zwei Fälle von primären Sarkomen aus dem Ileumende.

Von

Dr. M. Yokoyama

[Aus der I. Kaiserl. Chir. Universitätsklinik Kyoto
(Direktor: Prof Dr. R. Torikata)]

Darmsarkome sind ziemlich selten. Im Gegensatz zum Karzinom befallen sie vorwiegend den Dünndarm. In Japan wurden bisher ca. 67 Fälle von Darmsarkomen berichtet. Bei unseren Fällen handelt es sich um Sarkome aus dem Ileumende.

Klinische Beobachtungen.

Fall I

Pat. T. Y., 43jähriger Mann, aufgenommen in die Klinik am 6. Nov. 1936 wegen kolikartiger Schmerzen in der Ileocoecalgegend.

Anamnese: Am 30. Okt. 1936, also 7 Tage vor der Aufnahme bekam Pat. ohne Veranlassung dumpfe Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Diese Schmerzen dauerten etwa 5 Minuten an, liessen spontan nach, um dann mit einer Pause von ca. 20 Minuten wieder aufzutreten. Vor der Aufnahme bekam Pat. 3 Mal Erbrechen ohne abnorme Beimischungen. Kein Fiebergefühl. Streckbewegung des rechten Oberschenkels nicht gestört. Stuhlgang neigt zur Verstopfung, Harnentleerung normal, keine Abmagerung.

Vorgeschichte und hereditäre Belastung: nichts besonders zu erwähnen.

Status praesens (am 6. Nov. 1936): Ein kräftiger Mann mit gutem Ernährungszustand. Puls zählt ca. 100 pro Minute, regelmässig, gut gespannt. Lungen und Herz ganz in Ordnung. Nirgends Oedeme.

Bauch weder aufgetrieben noch eingesunken. Abnorme Venendilatation an der Bauchwand, peristaltische Unruhe, noch abnorme Konturen an der vorderen Bauchwand, selbst bei tiefer Atmung, nicht sichtbar.

Palpatorisch findet man jedoch in der Ileocoecalgegend einen gänseeigrossen, elliptischen Tumor, dessen Grenzen wie folgt sind:

oben: Nabelhöhe,

median: ca. 3 cm rechts von der Mittellinie,

aussen : die rechte Mamillarlinie u.

unten : ca. 3 cm oberhalb des rechten Poupartschen Bandes.

Der Tumor zeigt eine glatte Oberfläche, elastisch derbe Konsistenz und eine leichte Druckempfindlichkeit. Er lässt sich von der Unterlage etwas verschieben. Das Rosensteinsche Symptom nicht nachweisbar. Bei der Analuntersuchung wurde festgestellt, dass die Ampulla recti maximal erweitert ist. Douglasscher Raum nicht druckempfindlich, kein Tumor daselbst.

Blutbild : Leucocytenzahl 18000, neutrophile Leucocyten 78%, keine Eosinophilie, sonst o. B.

Urin : o. B., Bacterium coli commune nicht nachweisbar.

Klinische Diagnose : Wir vermuteten chronische Invagination.

X-Untersuchung : Chronische Invagination wurde aber durch folgende Befunde ausgeschlossen.

- 1) Kein typisches Röntgenbild der Invagination, d. h. es waren 2 parallele schmale randständige Streifen bei unserm Tumor nicht konstatierbar (Fig. 1).
- 2) Dilatation des oralen Stumpfes am stenosierte Ileum.
- 3) Keine Spur des Schleimhautreliefs des Intussuszeptums dargestellt. Trotz der sicheren Ausschlussung der Invagination liess sich jedoch das Wesen der Geschwulst röntgenologisch nicht feststellen.

Operation (am 6. Nov. 1936).

Bei Eröffnung des Bauches in der rechten Pararektallinie zeigte sich eine elliptische ca. 9 cm lange, ca. 7,5 cm breite Geschwulst am Ileumende. Die Serosa und das Gekröse dieses Teiles stark oedematös, keine Lymphdrüsenanschwellung in der Umgebung. Dem Aussehen der Anschwellung nach imponierte es sehr eine aufsteigende Invagination. Palpatorisch fanden wir daselbst doch einen elastisch derben Tumor im erweiterten Ileum. (Fig. 2 u. 3). Ileocolicresection mit Ileotransversostomie.

Verlauf : Die Nahtlinie der Bauchwand leicht infiziert, sonst glatter Verlauf. Am 17. Dez. 1936 als geheilt entlassen.

Präparat : Der Tumor hatte sich aus der Ansatzstelle des Mesenteriums entwickelt, u. z. dicht an der Oralseite des Ileocolicclappens. In der Mitte des Tumors befand sich ein kavernoöses Erweichungsherd mit einer elastisch weichen Wand. Fremdkörper, wie Fischgräte usw., waren nirgends festzustellen. Die Schleimhaut über dem Tumor, der ja ins Darmlumen hinauswuchs und dasselbe sehr verengte, sah makroskopisch ganz intakt aus (Fig. 3).

Histologisch erwies sich der Tumor als polymorphzelliges Sarkom (Fig. 4 u. 5).

Biologisch wurde das Impedin im Tumor positiv (88, 2 : 100) nachgewiesen, ein Kriterium, das ja laut der Impedinlehre von unserem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. R. Torikata, allen Sarkomarten des Menschen und transplantablen Tumoren der Tiere pathognomonisch ist.¹⁾

Fall II

Pat. M. O., 61jährige Frau, eingeliefert in die Klinik am 25. Nov. 1936 wegen kolik-

1) Vgl. *Torikata, R.*, Die Impedinerscheinung, *Jena* 1930, S. 779 ff. sowie *Fujinami, S.*, Archiv Japan. Chir. Bd. 11, 1934 S. 1189.

artiger Bauchschmerzen.

Anamnese: Seit ca. 5 Monaten bekam Pat. zeitweise leichtgradige kolikartige Schmerzen an der linken Bauchseite u. z. unabhängig von der Mahlzeit. Die Schmerzen dauerten bald nur einige Minuten, bald länger ca. 15 Minuten an, liessen spontan ohne gurrendes Geräusch nach und wiederholten sich mit einem unbestimmten Intervall. Die Anfälle allmählich häufiger geworden; seit Anfang Nov. her wiederholten sie sich sogar mehrere Male in einem Tage, aber ohne Begleitung von Uebelkeit und Erbrechen. Appetit schlecht, Stuhlgang alle 3—4 Tage einmal. Kein Fiebergefühl.

Vorgeschichte: nichts zu erwähnen.

Hereditäre Belastung: Ihr Vater an Magenkrebs gestorben, sonst. o. B.

Status Praesens (am 25. Nov. 1936)

Eine mittelgrosse, schwach gebaute Frau vom schlechten Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute blass, nirgends Cyanose, Oedeme usw. konstatierbar. Puls zählt ca. 80 pro Minute, regelmässig, gut gespannt.

Lungen und Herz: ganz in Ordnung.

Bauch: weder aufgetrieben noch eingesunken.

Inspektorisch zeigt sich kein abnormer Befund. Palpatorisch findet man in der Ileocoecalgegend einen übertaubeneigrossen, kugeligen Tumor mit einer höckerigen Oberfläche, elastisch derber Konsistenz und einer deutlichen nachweisbaren Verschiebbarkeit von der Unterlage. Dicht am unteren Teil dieses Tumors lässt sich ein elastisch weiches Gebilde (Darm?) betasten. Druckempfindlichkeit ist nirgends nachzuweisen. Ampulla recti nicht erweitert. Schnitzler'sche Metastase nicht fühlbar.

Blut und Harn: o. B.

Klinische Diagnose: Bösartiger Ileocoecaltumor.

Radiologische Diagnose: Invagination mit Tumor.

Operation (am 30. Nov. 1936).

Laparotomie in der rechten Pararektallinie ergab eine Invagination am Ileumende (Fig. 7). Durch genauere Untersuchung stellten wir fest, dass sich die invaginierte Stelle des Ileums ca. 3 cm oral vom Bauhinschen Klappen befindet. Dasselbst einige angeschwollenen Lymphdrüsen im Mesenterium. Ileocoecalresektion mit Lymphdrüsenausträumung und darauf folgende Ileotransversostomie.

Verlauf: Am 7. Tage Fäden entfernt, p. p.; am 20. Tage als ganz geheilt entlassen.

Präparat: Der Tumor war aus derjenigen Ileumwand, die dem Mesenterialansatz gegenüber steht, entstanden (Fig. 9), hat eine kugelige Form mit einem Durchmesser von ca. 3 cm und elastisch derber Konsistenz. Dabei waren alle Schichten des Ileums, selbst die Mucosa, sarkomatös verändert. Der Tumor rag in das Lumen des Ileums in einer runder Gestalt empor, störte aber die Passage nicht so sehr, dass sich die orale Partie des Darmes merklich erweitert hätte..

Histologisch: Kleinzelliges Rundzellensarkom (Fig. 10 u. 11).

Biologisch: Die Impedinerscheinung stark positiv in einem Verhältnisse von (57, 4 : 100).

Résumé.

1) Es wurden 2 Fälle von primären, aus dem Ileumende entstandenen Sarkomen berichtet. Die Geschwülste waren entstanden aus dem Mesenterialansatz beim ersten und aus der dem Mesenterialansatz gegenüberstehenden freien Ileumwand beim 2ten Falle.

2) Bei den beiden Fällen hat das Sarkom tumorartig in das Lumen hinausgewachsen und störte die Passage von Ileum merklich.

3) *Klinisch* hat man die Geschwulst beim 1sten Falle als eine chronische Invagination ohne Neubildung und beim 2ten Falle als eine karzinomatöse ohne Invagination diagnostiziert.

4) *Röntgenologisch* wurde die Invagination beim 1sten Falle ausgeschlossen, ohne jedoch feststellen zu können, um was es sich eigentlich handelt. Beim 2ten Falle liess sich aber dank der Röntgenuntersuchung feststellen, dass es sich um eine Invagination der mit einem Tumor versehenen Ileumschlinge handelt. Auf das Wesen des Tumors konnten wir jedoch kein Urteil aus den radiologischen Befunden fällen.

5) *Histologisch* erwies sich der Tumor als polymorphzelliges Sarkom beim 1sten und als kleinzelliges Rundzellensarkom beim 2ten Falle.

6) *Biologisch* enthielten die beiden Sarkome, wie bei allen bisher von uns untersuchten¹⁾, das Impedin in einem ansehnlichen Masse;— ein Kriterium, welches den Karzinomen des Menschen völlig fehlt.

(Autoreferat)

緒 言

腸管悪性腫瘍ノ大多數ハ癌腫ニシテ Staemmler 氏ノ記載ニ依レバ腸管ニ發生セン癌腫ト肉腫トノ比ハ約 100 : 1 ナリト言フ。本邦ニ於ケル腸管肉腫ノ報告例ハ約 67 例ナリ。

廻盲部ハ炎症性或ハ悪性腫瘍ノ好發部位ニシテ斯ル腫瘍ガ原因トナリテ廻盲部腸重積症ヲ惹起スル事ハ稀ナラズ。

以下報告スル第 1 例ノ患者ハ臨床上廻盲部腸重積症ヲ思ハシメタリシモ、手術ノ結果廻腸末端ニ發生セン原發性肉腫ナル事判明シ、第 2 例ハ廻盲部癌腫ヲ思ハシムル臨床症狀ヲ呈シタリシモ、手術ノ結果廻腸末端ニ原發性肉腫アリテ腸重積症ヲ伴ヒタリシモノナリ。

臨 床 例

第 1 例

患者: 43 歳, 男。

主訴: 廻盲部ノ疼痛。

現病歴: 昭和 11 年 10 月 30 日頃(入院前 7 日頃) ヨリ誘因無クシテ急ニ廻盲部ニ鈍痛ヲ來セリ。此ノ鈍痛ハ約 5 分間續キ自然ニ消失シ暫ク(約 20 分) シテ再ビ同様ノ鈍痛ヲ來セリ。此ノ痛ハ何

Vgl. Fujinami, S., l. c.

處へモ放散スル事無ク、惡心、嘔吐、熱感等ヲ來シタル事無シ。又股關節ニ於ケル右大腿ノ屈伸運動ノ障礙ヲ來シタル事無シ。斯ル鈍痛發作ハ別段其ノ度ヲ増ストモ思ハザリシガ11月3日頃ヨリ惡心、嘔吐ヲ來スニ至ル。嘔吐ハ入院スル迄ニ3回アリ、嘔吐物ハ食物ノ残渣ニシテ異常物ノ混ジタル事無シ。發病來4回便通アリタルモ大便ニ血液ノ混ジタル事無ク、大便ノ黑變ニ氣着キタル事無シ。黃疸、尿ノ赤變ヲ來セシ事無シ。食慾不良、睡眠不良。昭和11年11月6日入院。

既往歴： 生來健康ニシテ著患ヲ知ラス。

遺傳歴： 特記ス可キ事無シ。

現症： 體格中等人、骨骼強、榮養良好。體溫37度4分、脈搏1分時100、整正、緊張良。肺臟其ノ他一般症狀ニ於テ病的所見ヲ認メズ。

腹部ハ一般ニ膨滿、陷沒セズ。腹壁ノ靜脈怒張、蠕動不穩、發赤等ヲ認メズ。

觸診上何處ニモ熱感無ク、筋肉性防衛ヲ證明セズ。廻盲部ニ1個ノ腫瘤ヲ觸ル。其ノ大サ約鷄卵大ニシテ境界ハ上方ハ臍ノ高サ、内方ハ正中線ヨリ約3糎右、外方ハ右乳線、下方ハ Poupart 氏靱帶ヨリ約3糎上方。橢圓形、表面平滑、彈力性硬、波動ヲ證明セズ。多少移動性ヲ有ス。腹壁ヲ緊張セシメルト腫瘤ヲ觸レ得ズ。腫瘤ノ存在部ハ壓痛アルモ Rosenstein 氏症狀ヲ證明セズ。Douglas 氏腔ニハ腫瘤ヲ證明セズ、壓痛無シ。直腸壺腹部ハ極度ニ膨大ス。

血液検査： 白血球數18000、中性多核白血球74%、其ノ他ハ正常ナリ。WaR ハ陰性ナリ。

尿検査： 大腸菌ヲ證明セズ。其ノ他異常所見ヲ認メズ。

臨床診斷： 現病歴及ビ臨床症狀ヨリ直チニ本疾患ガ蟲様突起炎ニ因ルモノニ非ザル事ヲ首肯シ得。廻盲部ニ腫瘤ヲ觸レ而モ移動性ヲ有スル事及ビ直腸壺腹部極度ニ膨大シ腸狹窄症狀ノ存スル事等ヨリ廻盲部ニ最モ屢々見ラルル「腸重積症」ニシテ慢性ニ移行セルモノト診斷サレタリ。

X線検査： 經肛門的ニ「バリウム」水1500立方糎ヲ注入スルニ結腸、殊ニ上行結腸以下ニ強度ノ收縮起リ肛門ヨリ造影劑噴出セリ。造影劑ハ盲腸及ビ蟲様突起ノ像ヲ示シ更ニ廻腸ヘ逆行ス。造影劑ガ蟲様突起ヲ充滿シ直チニ粘膜皺襞像ヲ呈スル事ヨリ蟲様突起ノ存在部位ハ腫瘤ニ依テ壓迫サレタルモノナル事ヲ知りタリ。廻腸ハ廻盲瓣ヲ出ルト下方ニ壓迫セラレ腫瘤ニ一致シテ弓狀ニ走ル。而シテ其ノ先端ハ擴大シタ腸ノ陰影トナル。臨床症狀ハ腸重積症ヲ思ハシメタルモ次ノ理由ニ依リ腸重積ハ除外サレタリ。

- 1) 腸重積症ニ特有ナル 2 parallele schmale randständige Streifen ノ表ハレテキナイ事。
- 2) 細イ廻腸陰影ノ口側端ニ於テ擴大セル事。
- 3) 腸重積症ナラバ内鞘ノ粘膜皺襞像ガ多少ナリトモ表ハレル管ナルニ其ガ表ハレテキナイ事。

然ラバ本疾患ノ本態如何ニ就テハX線検査ニ於テハ決定シ得ズ。

手術：（昭和11年11月6日施行）右側 Pararektalschnitt 約25糎ヲ加ヘテ腹腔ニ達スルニ腹水ヲ證明セズ。

廻盲部ヲ檢スルニ廻腸末端ハ擴大シ、其ノ壁ハ浮腫性ニシテ此ノ部ニ附着セル腸間膜モ亦タ浮腫性ニシテ肥厚シ脆弱ナリ。然シ淋巴腺ノ腫脹ヲ殆ド證明セズ。膨滿セル廻腸末端部ハ直接結腸ニ接シ内容ハ弾力性硬ナリ。恰モ上行性腸重積症ヲ思ハシムルガ如キ外觀ヲ呈セリ。腸間膜ノ一部ガ丁度廻腸盲腸移行部ヲ覆ヒ廻腸ヨリ盲腸ヘノ移行部ノ狀況ヲ詳シク知り得ズ。此ノ腸間膜ヲ剝離セントセシモ其ノ下部ニ膿瘍又ハ腸壁ノ壊死セル部分アリテ穿孔スルガ如キ場合ヲ虞レテ廻盲部切除術ヲ行ヘリ。即チ廻腸末端ヨリ15糎口側ノ部ヨリ横行結腸起始部迄切除シ廻腸、横行結腸側側吻合術ヲ行ヘリ。

術後ノ経過：翌日ヨリ腸音ヲ聽キ、2日目ニ排便アリ。惡心、嘔吐無ク、手術創ハ輕度ニ感染セルモ順調ニ経過シ12月17日退院セリ。

剔出標本所見：廻腸末端ノ膨大セル部分ハ約手拳大、橢圓形ニシテ長徑9糎、短徑7.5糎ナリ。

外部ヨリ觸診スルニ内容物ハ1個ノ腫瘤ニシテ主トシテ腸間膜附着側ニ存ス。ホルマリンニテ固定シ切開シテ檢スルニ腫瘤ハ盲腸ニハ達セズ、丁度廻腸末端ニ於テ廻盲瓣ヨリ約8糎口側迄及ブ。粘膜下組織ヨリ腸間膜附着側ニ擴ル。腫瘤ハ一般ニ弾力性硬、其ノ中央部ニ拇指頭大ノ空洞アリ。空洞壁ハ軟、何處ニモ魚骨ノ如キ異物ヲ證明セズ。全ク1個ノ新生物ノ外觀ヲ呈ス。

廻腸ハ此ノ部ニ於テ強度ニ狹窄セラルルモ粘膜面ハ健全ニ見エ、潰瘍ヲ證明セズ。

組織學的検査：廻腸粘膜面ニハ慢性炎症ヲ認ム。腫瘍組織ハ主トシテ粘膜下ニ在リテ筋層モ侵サル。腫瘍細胞核ノ形狀不規則ニシテ、核分裂像ヲ著明ニ認メ典型的ナラザルモ多形細胞肉腫ニ屬ス。

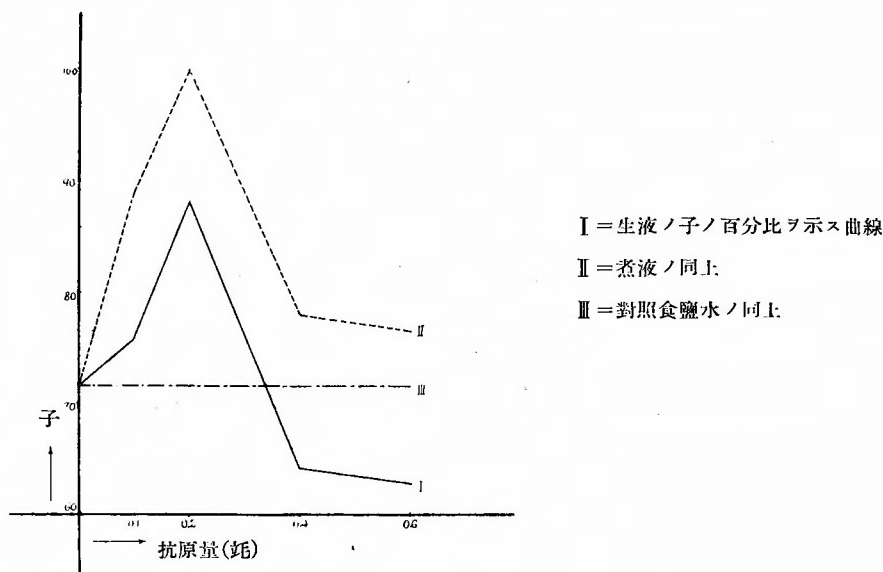
生物學的検査：本腫瘍ノ「イムペデン」現象ハ第1表、第1圖ノ如ク陽性（生：煮＝88.2：100）ナリ。

第1表 「イムペデン」現象

抗原量	生				煮				對 照
	0.1	0.2	0.4	0.6	0.1	0.2	0.4	0.6	
喰 菌 子	41	48.5	38	30	49	53	44	44	40
	75	86.5	60	66	87	106	75	73	69.5
	116	135	98	96	136	153	119	117	109.5
子ノ百分比	75.8	88.2	64.0	62.7	88.9	100	77.8	76.4	71.6

檢 査 日：昭和11年11月18日

第 1 圖



第 2 例

患者： 61歳，女。

主訴： 腹痛。

現病歴： 昭和11年7月頃ヨリ(入院前5ヶ月頃)時々左側腹部ニ輕度ノ痙痛ヲ來セリ。此ノ痙痛ハ食事トハ關係無ク，數分乃至15分位續キ自然ニ消失ス。其ノ際別段 gurrendes Geräusch ヲ伴ハズ。此ノ痙痛發作ノ頻度ハ次第ニ増シ11月始ヨリ1日ニ數回發作ヲ來スニ至レリ。發病來惡心，嘔吐，熱感等ヲ來セシ事無シ。便通ハ3~4日ニ1回，下痢ヲ來サズ。大便ニ血液ヲ混ジタル事無ク，大便ノ黑變ニ氣着キタル事無シ。食慾不良。最近稍々瘦削セリ。昭和11年11月25日入院。

既往歴： 生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ。

遺傳歴： 患者ノ父ガ胃痛ニテ死亡セル他特記ス可キ事無シ。

現症： 體格中等大，骨骼弱，營養不良，皮膚蒼白ナリ。脈搏1分時80，整正，緊張正常，體溫36度，肺臟，心臟，正常。其ノ他一般症狀ニ於テ病的所見ヲ認メズ。

腹部ハ一般ニ膨滿，陷沒セズ，腹壁ノ靜脈怒張，蠕動不穩ヲ證明セズ。觸診スルニ何處ニモ熱感無ク，筋肉性防衛ヲ證明セズ。廻盲部ニ1個ノ腫瘤ヲ觸ル。其ノ大サ約鳩卵大，彈力性硬，表面ニ凹凸性アリ。境界ハ比較的鮮明ナリ。其ノ下部ニ1ツノ溝ヲ觸レ此レ以下ニ表面平滑，彈力性軟ナル部ヲ觸ル。全體トシテ長橢圓形ヲ呈ス。壓痛無シ。呼吸時ニ移動スルモ容易ニ固定シ得。移動性ニ富ミ上方ハ右肋骨弓下迄，内方ハ正中線迄，下方ハ小骨盤腔迄移動セシメ得。

直腸壺腹部ハ膨大セズ。Douglas 氏腔ニ腫瘤ヲ觸レズ，壓痛無シ。

血液検査：白血球數6400，其ノ他異常所見無シ。

尿検査：異常所見無シ。

臨床診斷：腫瘤ノ硬度，表面凹凸性ヲ有スル事，壓痛無キ事，白血球増加ヲ證明セザル事及ビ年齢等ヨリ本腫瘤ハ炎症性ノモノニ非ズシテ惡性腫瘍即チ廻盲部癌腫ト診斷サレタリ。

X線検査：經肛門的ニ造影劑ヲ注入シタルニ上行結腸ノ下1/3ノ所ニ於テ造影劑ノ進行ハ一時停止シ直チニ盲腸迄造影サレタリ。然シ廻盲瓣近傍ノ造影劑充滿ガ不充分デアリ，而モ腫瘤ノ大サニ別段變化ヲ來サバリシヲ以テ更ニ造影劑ヲ排出サセ粘膜皺襞像ヲ検査シタルニ盲腸内腔ニハ破壊像ヲ認メズ。腸内腔ヘ空氣ヲ送入シテ検査スルニ廻盲瓣ハ正常ナリ。依テ此ノ部ヨリ生ジタル癌腫ニ非ザル事ヲ知リタリ。空氣ハ廻腸末端ヨリ約5糎入ルノミデ更ニ口側ヘハ進マズ，此ノ部ニ狹窄アル事ヲ認メ得タリ。空氣ハ圓形ノ陰影ヲ喰ヒ止メラレテキルガ此ノ陰影ニ一致シテ鳩卵大，彈力性硬ノ腫瘤ヲ觸レタルモ其ノ下方ニ觸レタル表面平滑ナル腫瘤ハ全ク消失セリ。此ノ事實ヨリ廻腸ノ腫瘤ヲ先端トシタル腸重積ナリト診斷サレタリ。

手術：（昭和11年11月30日施行）右側 Pararektalschnitt 約11糎ヲ加ヘ腹腔ニ達スルニ腹水ヲ證明セズ。廻盲部ヲ検査スルニ廻腸末端ヨリ約3糎口側ニ於テ廻腸ガ重積セルヲ認メタリ。重篤解離ヲ行ヒテ検査スルニ内鞘タリシ廻腸腔内ニ1個ノ腫瘤ヲ觸ル。彈力性硬。此ノ部ニ於テ廻腸ハ狹窄セラル。腫瘤ハ上トシテ腸間膜附着側ノ反對側ニ在リ。漿膜面ニモ腫瘤ハ浸潤シ癰痕性陷沒部ヲ認ム。腸間膜ニハ拇指頭大乃至小指頭大ノ淋巴腺腫脹ヲ認メタリ。上行結腸壁，盲腸壁ハ一般ニ浮腫性ナリ。

廻腸末端ヨリ10糎口側ノ部ヨリ横行結腸中央部迄切除シ，廻腸，横行結腸側側吻合術ヲ行ヘリ。

又腸間膜ノ淋巴腺腫脹ノアル部ヲ出來得ル限り除去セリ。

術後ノ經過：2日目ヨリ腸音ヲ聽キ，自然放屁アリ。5日目ヨリ排便アリ。7日目ニ抜絲第Ⅰ期癒合。12月20日全治退院セリ。

剔出標本所見：腫瘤ハ廻腸末端ヨリ約5糎口側ノ廻腸ニ存ス。球狀，大サ約鳩卵大，彈力性硬，表面粗糙ニシテ全ク惡性腫瘍ヲ思ハシム。┐フオルマリン┐ニテ固定シ切開シテ検査スルニ腫瘤ハ腸間膜附着部ニハ及バズ。腸内腔ヘ突出シ廻腸ハ狹窄セラル。腫瘍組織ハ廻腸壁全層ニ渡リ漿膜面モ侵サル。此ノ部ノ粘膜ハ肉眼的ニハ全ク消失セリ。

組織學的検査：不規則ニ配列セル小圓形細胞ヨリナリ，核分裂像ヲ著明ニ認メ，小圓形細胞肉腫ノ像ヲ呈ス。粘膜層ハ全ク認メラレズ又筋層ノ識別モ困難ニシテ，何レノ層ヨリ發生セルモノカ判斷シ得ズ。

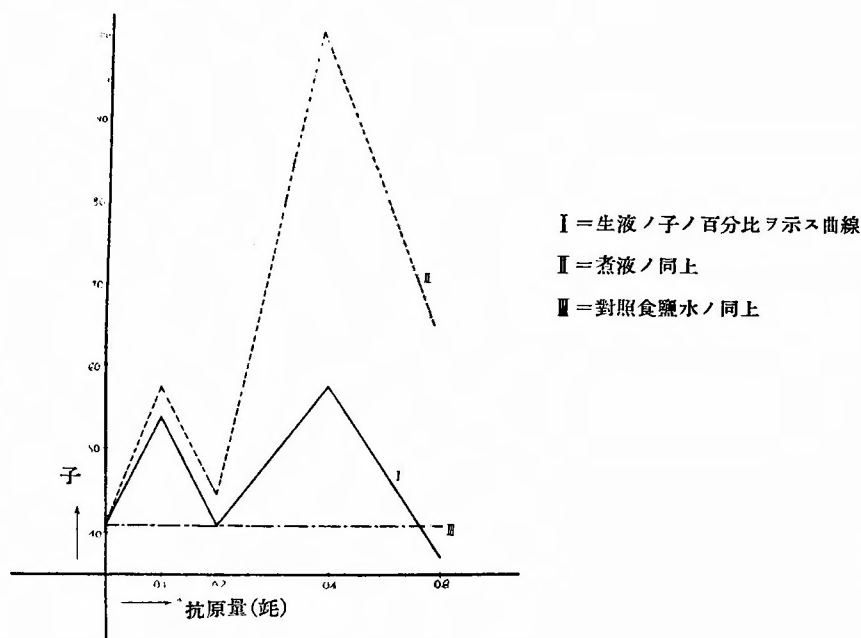
生物學的検査：本腫瘍ノ┐イムペヂン┐現象ハ第2表，第2圖ノ如ク陽性（生：煮＝57.4：100）ナリ。

第 2 表 「リムベデン」現象

抗原量	生				煮				對 照
	0.1	0.2	0.4	0.6	0.1	0.2	0.4	0.6	
喰菌子	6.5	4.5	6.0	4.5	7.0	5.0	10.5	8.0	4.5
	8.0	6.5	9.5	5.5	8.0	7.0	16.5	9.5	6.5
	14.5	11.0	15.5	10.0	15.0	12.0	27.0	17.5	11.0
子ノ百分比	53.7	40.7	57.4	37.0	55.5	44.4	10.0	64.8	40.7

檢 査 日 昭和12年2月6日

第 2 圖



病 理

Küttner, Scherk, Reichel, Simon 氏等 = 依レバ腸管肉腫ハ癌腫ト異リ小腸殊ニ廻腸 = 來ルモノ大多數ニシテ, 次デ廻盲部ニ多ク發生ス。何故ニ癌腫ハ主トシテ結腸ヲ侵シ肉腫ハ小腸ヲ侵スカ, 其ノ理由未ダ明カナラザルモ興味アル事實ナリ。

腸管肉腫モ一般肉腫ト同様比較的壯年者 (30歳乃至40歳臺)ヲ侵ス事多キモ Klose 氏ハ71歳ノ男性ニ於テ, Zünsl 氏ハ angeboren = 腸管肉腫ヲ認メタリ。

而テ男性ハ女性ヨリモ腸管肉腫ニ侵サル事多ク, Simon 氏ニ依レバ其ノ比ハ約2:1ナリ。

腸管肉腫ハ主トシテ粘膜下組織ヨリ發生スルモ筋間結締組織, 血管周圍組織, 或ハ漿液膜下組織, 淋巴濾胞等ヨリ發生ス。

組織學的ニハ圓形細胞肉腫、淋巴肉腫、多形細胞肉腫、纖維肉腫、紡錘形肉腫、筋肉肉腫、粘液肉腫、内皮細胞肉腫、黑色肉腫等ナリ。

Staemmler 氏ノ統計ニ依レバ圓形細胞肉腫最多數ニシテ40%、淋巴肉腫之ニ次ギ28%、其ノ他紡錘形細胞肉腫12%、粘液肉腫2.6%、筋肉肉腫4%、多形細胞肉腫2.6% ナリ。

腸管肉腫ハ主トシテ粘膜下組織ヨリ發生シ早期ニ筋層ヲ侵シ腸管壁ヲ麻痺セシメ、爲ニ腸管ノ擴大或ハ囊腫變化ヲ招來スルモノナルガ、腸狹窄ヲ來ス事ハ稀ナリト稱セラレ Madelung 氏ハ斯ク狹窄ヲ起サザル事ヲ以テ肉腫ノ特長トナシ鑑別診斷ニ重要ナリト述ベタルモ本例ニ於テハ2例共腸狹窄ヲ認メ得タリ。

腸肉腫ノ場合ハ重積症ヲ起ス事屢々ニシテ文獻ニ依レバ約 20% ニ本症ヲ合併スト言フ。肉腫ハ早期ニ筋層ヲ侵シ神經支配ヲ障礙シ、爲ニ部分的ニ蠕動運動減弱ヲ來シ腸管ノ異常屈曲或ハ Ventiltartiger Verschluss ヲ來スト Wilms 氏ハ述ベタリ。蓋シ斯ル機轉ハ重積症ノ1原因タリ得ベシ。

診斷、治療及ヒ其ノ豫後

臨床症狀トシテ腸管肉腫ニ特有ナルモノ無ク、殊ニ多クノ場合腸狹窄ヲ起サザルヲ以テ、早期診斷ハ勿論、術前確實ニ診斷ヲ下ス事ハ殆ド不可能ナリ。Rheinwald 氏モ臨床症狀ヨリ腸管肉腫ノ診斷ヲ下シ得ル場合ハ極テ稀ナリト記載セリ。

Freud 氏ハ腸管肉腫(殊ニ上部腸管)ノ X 線検査ヲ精細ニ行ヒ記載セリ。其ノ要點ヲ舉グレバ次ノ如シ。

腸管肉腫ノ場合ハ軸ノ方向ニ per continuitatem ニ廣範圍ニ侵サレ部分的ニ腸管擴張ヲ來ス。其ノ形狀多クハ spindelförmig 又ハ sackartig ナリ。Plica Kerkringi ハ部分的ニ又ハ全ク之ヲ缺ク。腸内容ハ此ノ部ニ於テハ壓力ヲ加フルモ移動セシメ得ズ。而モ鬱滯症狀ハ認メラレズ。

治療方法トシテハ早期ニ觀血性手術ニ依リ腫瘍ヲ剔出スルノ他ニ道無シ。然レ共其ノ豫後概ネ不良ニシテ統計ニ依レバ術後 1.5 年以上生存セルモノハ極テ稀ナリ。但シ廻盲部ニ發生スル肉腫ハ比較的早期ニ發見サルル場合多キガ故ニ豫後稍々良好ナリト言フ。

摘 要

- 1) 廻腸末端ヨリ發生セン原發性肉腫2例ニ就キテ記述セリ。肉腫ハ第1例ニ於テハ腸間膜附着部ヨリ發生シ、第2例ニ於テハ腸間膜附着部ニ對向スル廻腸遊離壁ヨリ發生シタルモノナリ。
- 2) 2例共肉腫ハ腸内腔ヘ突出シ廻腸通過障礙ヲ來セリ。
- 3) 臨床上第1例ハ慢性腸重積症(腫瘤ヲ伴ハザル)ト診斷サレ、第2例ニ於テハ癌腫(腸重積症ヲ伴ハザル)ナリト診斷サレタリ。
- 4) レ線的ニ第1例ニ於テハ腸重積症ニ非ザル事ヲ決定シ得タルモ其ノ本態ヲ極メ得ザリキ。第2例ニ於テハ腫瘤ヲ有スル腸重積ナル事ヲ診斷シ得タルモ腫瘤ノ本態ハ判定シ得ザリキ。

- 5) 組織學的=第1例ハ多形細胞肉腫, 第2例ハ小圓形細胞肉腫ナリ。
 6) 生物學的の検査=於テ兩肉腫共「ライムペヂン」ヲ著明=含有スル事ヲ證明シ得タリ。

主 要 文 獻

- 1) Freud: Berliner klin. Wochenschrift, 1916. 2) P. Reichel, Reichel u. Staemmler: Die Neubildung des Darmes, 2 Teil, Neue deutsche Chirurg. Bd. 33b, 1933. 3) H. Simon: Die Sarkome, Neue deutsche Chirurg. Bd. 43, 1928. 4) M. Staemmler, Reichel u. Staemmler: Die Neubildung des Darmes, 1 Teil, Neue deutsche Chirurg. Bd. 33a, 1924. 5) Frich, Koch: Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, 1925. 6) Madelung: Zbl. f. Chir. 1892. 7) Rheinwald: Beitr. z. klin. Chir. Bd. 30, 1901. 8) Wortmann: Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 123, 1913. 9) Kreibitz: Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 219, 1929. 10) Ullman and Abeshouse: Anals of Surgery, Vol. XCV 1932. 11) 加藤春雄: 「グレンツゲビート」, 第8年, 第6號, 昭和7年. 12) 大藤信之: 日本外科學會雜誌, 第36卷, 第1號, 昭和10年.

1) 肉腫ハ如何ナル種類ニテモ例外ナク「ライムペヂン」ヲ含有シ, 癌腫ハ此ヲ缺クガ故ニ「ライムペヂン」ヲ検査スル事=依リ最モ確實=兩者ヲ鑑別シ得ルモノナリ。組織學的の検査ノミニテハ肉腫ト癌腫トノ鑑別診斷困難ナル場合=遭遇スル事多ク, 文獻=徵スルモ肉腫ト癌腫ノ鑑別=苦ミ牽強附會ノ説明ヲナセルモノモアルガ如シ。斯ル場合「ライムペヂン」ヲ検査スル事ハ必須缺ク可カラザルモノナリト信ズ。小田通夫氏ノ發表セル廻腸癌ノ2例(「グレンツゲビート」第10年5號昭和11年5月1日發行)ニアリテモ亦第1例ノ如キハ是非トモ「ライムペヂン」ノ有無ヲ検査ス可キ筈ノモノナリ。

附 圖 說 明

第1圖: 第1例レ線検査像

第2圖: 第1例剔出標本(廻盲部腫瘤)外影

第3圖: 同上標本剖面

消息子ハ腫瘤ノ後方ニテ盲腸側ヨリ廻腸末端ノ方ヘ通サレタリ。

第4圖: 第1例腫瘍組織像(弱彫大)

Zeiss: Ocular: 3
Objektiv: 8

第5圖: 同上強彫大

Zeiss: Ocular: 3
Objektiv: D

第6圖: 第2例レ線検査像

第7圖: 第2例剔出標本外影

第8圖: 重拵解離後ノ同上標本

第9圖: 第2例剔出標本剖面

第10圖: 第2例腫瘍組織像(弱彫大)

Zeiss: Ocular: 3
Objektiv: 8

第11圖: 同上強彫大

Zeiss: Ocular: 3
Objektiv: D

第 1 圖

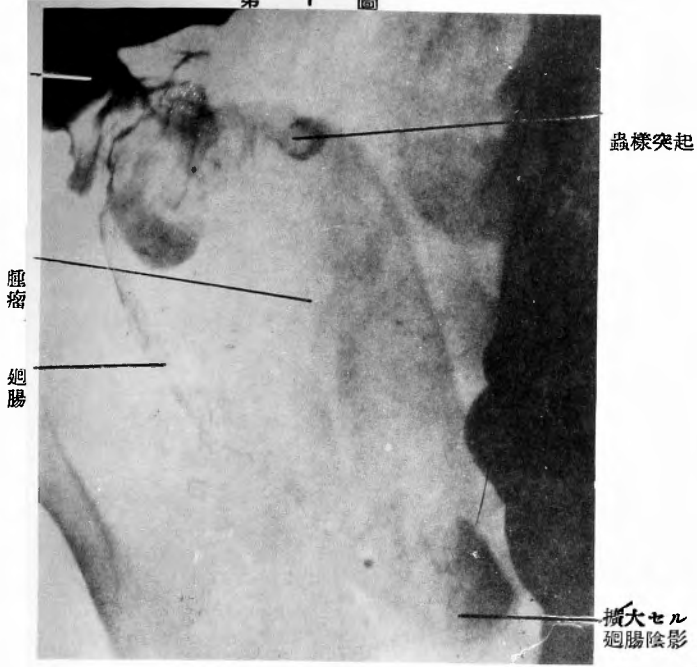


Fig. 1.

第 2 圖

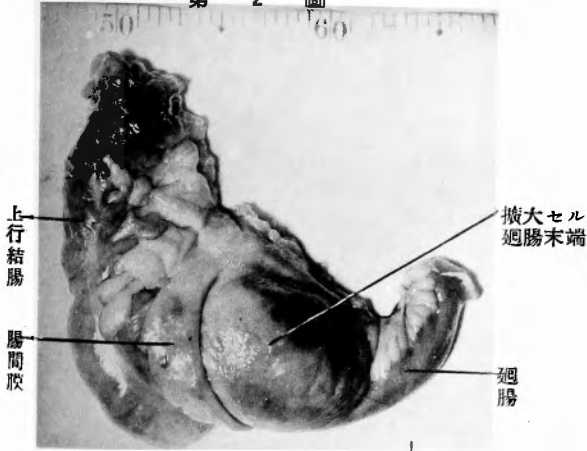


Fig. 2.

第 3 圖

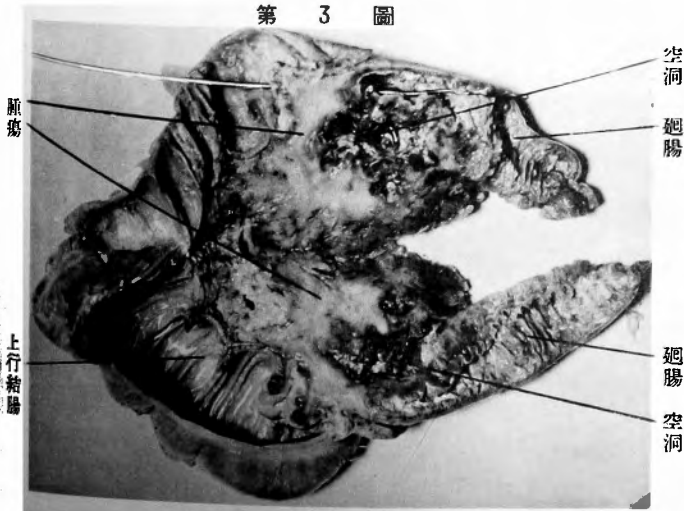


Fig. 3.

第 4 圖

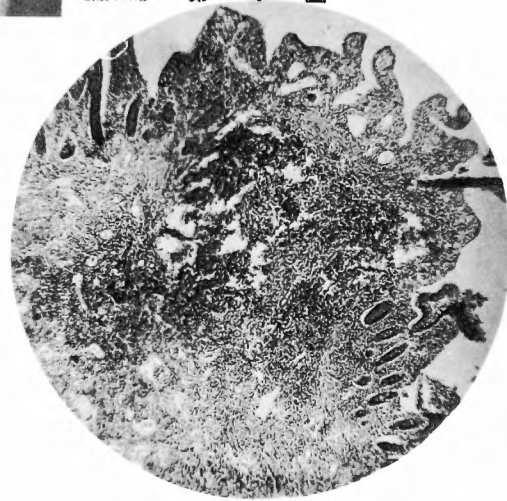


Fig. 4.

第 5 圖



Fig. 5.

第 6 圖

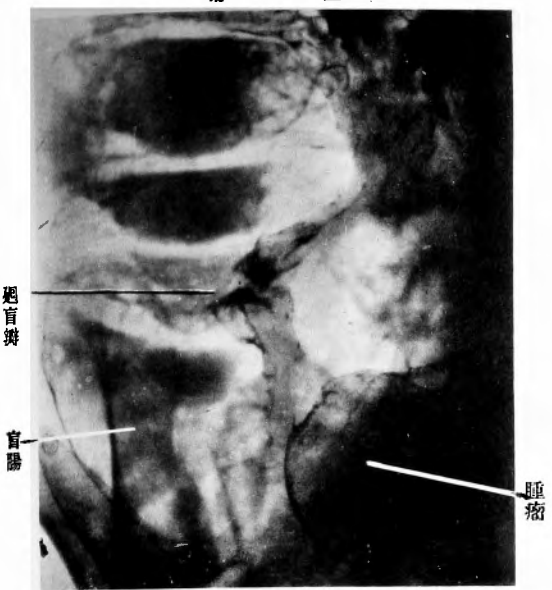


Fig. 6.

第 7 圖

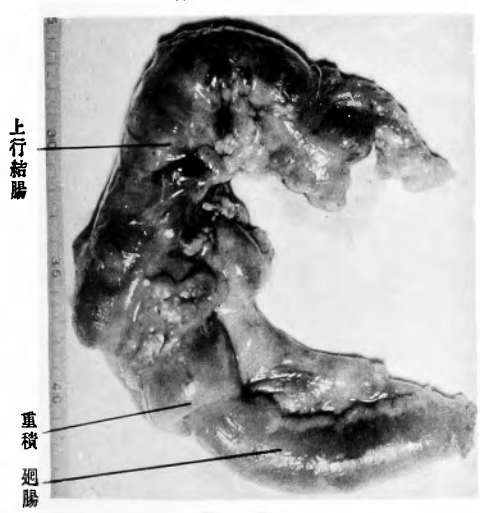


Fig. 7.

第 8 圖



Fig. 8.

第 9 圖

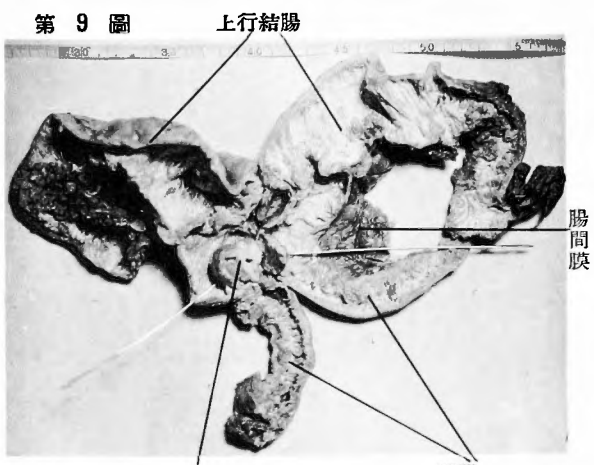


Fig. 9.

第 10 圖

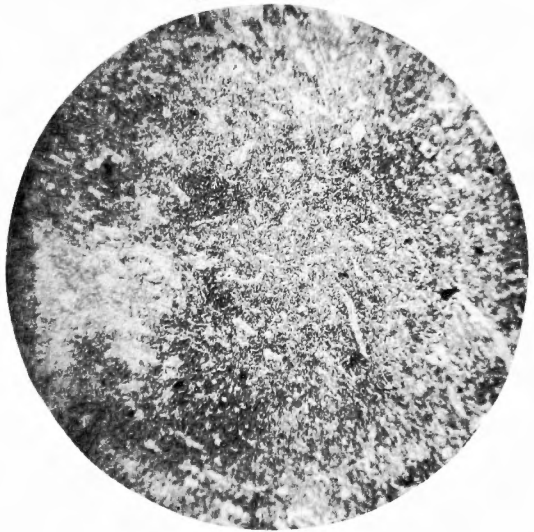


Fig. 10.

第 11 圖

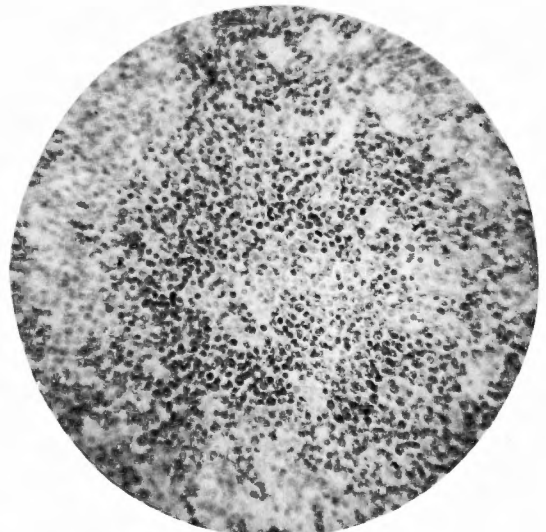


Fig. 11.

Erklärung der Abbildungen.

- Fig. 1. :** Radiogramm des Tumors mit seiner Umgebung (Fall 1).
- Fig. 2. :** Die äussere Ansicht des exstirpierten Ileocoecaltumors (Fall 1).
- Fig. 3. :** Die innere Ansicht des obigen Praeparats (Fig. 2) mit dem Sarkom in der Mitte, dem Coecum auf der linken Seite und dem Ileumende auf der rechten. Die Sonde ist hinter dem Tumor vom Coecum aus ins Ileum eingeführt.
- Fig. 4. :** Histologisches Bild des Tumors (Fall 1).
Zeiss: Ocular: 3
Objektiv: 8
- Fig. 5. :** Das obige in der starken Vergrösserung.
Zeiss: Ocular: 3
Objektiv: D
- Fig. 6. :** Radiogramm des Tumors mit seiner Umgebung (Fall 2).
- Fig. 7. :** Die äussere Ansicht des exstirpierten Praeparats (Fall 2).
- Fig. 8. :** Die äussere Ansicht des obigen Praeparats (Fig. 7) nach Desinvagination.
- Fig. 9. :** Die innere Ansicht des exstirpierten Praeparats (Fig. 7) mit dem Sarkom in der Mitte dem Colon oben und dem Ileum unten.
- Fig. 10. :** Histologisches Bild des Tumors (Fall 2).
Zeiss: Ocular: 3
Objektiv: 8
- Fig. 11. :** Dasselbe Praeparats wie bei Fig. 11 in der starken Vergrösserung.
Zeiss: Ocular: 3
Objektiv: D