

曠置セラレタル腸癰ヨリ粘膜ノ脱出箵頓ニ因スル吐糞症

Ueber den Ileus verursacht durch die Einklemmung der Darmschleimhaut des ausgeschalteten Darmes in die Fistel desselben.

Von Prof. Dr. H. YAMANOUCHI.

z. Z. Chef der chirurg. Abteilung des Kaiser-Hospitals.

大阪回生病院外科

醫學博士 山 内 半 作

曠置セラレタル腸癰ヨリ、粘膜ノ脱出箵頓ニヨリテ吐糞症狀ヲ呈セル例症ハ余ノ寡聞未ダ之ヲ聞カザル所ニシテ、余ノ探索セル範圍ニ於テ、文献中亦タ之ガ類例ヲ見出ス能ハズ、蓋シ極メテ稀有ノ現象ナラズンバ非ズ、余最近斯ル一例ニ遭遇シ、其吐糞症ノ成因ニ關シ興味アル解明ヲ得將來例症ノ處置ニ向テ有益ナル指針ヲ得タリト信ズルガ故ニ茲ニ之ヲ報告セントス。

實 驗 例

患者 三十八歳男子 醫師

遺傳的關係、母ノ胃痛ニテ斃レタル外特記ス可キモノナシ。

既往症 生來健全ニシテ、二回室扶斯ヲ經過シタル外著患ヲ知ラザリシガ大正八年九月二十日、突然激シキ疼痛ヲ全腹部ニ覺ヘ、發熱ヲ伴ヘリ、飲酒ノ際蟹ヲ食セシ爲ノ胃痛ナラント思ヒタリシガ、廿二日ニ至リ、疼痛盲腸部ニ限局シ、該部ニ硬結ヲ觸ル、ニ至リ、廿三日岡山縣醫院内科ニ入院シ、消炎療法ニ依テ諸症狀漸次減退シツ、アリシガ、再び熱候増加シテ弛張スルニ

至リ、常在性疼痛ノ外、時々右側腹部ノ激痛ヲ發作スルニ至リ、同院外科ニ診ヲ乞ヒタルニ、膿瘍形成ト診斷サレ、直ニ切開ヲ受ケ多量ノ膿汁ヲ排泄セラレタリ、其後家事ノ都合ニヨリ、高松赤十字病院外科ニ轉ジ、入院後四五日ニシテ疼痛増激シ、嘔吐ヲ伴フニ至レリ、一日嘔吐ノ後、盲腸部切開創ヨリ膿汁ヲ混ゼル糞便ヲ排出シ、糞瘻ヲ形成スルニ至レリ、依テ十二月中旬開腹術ヲ受ケタルモ、如何ナル手術ナリシヤヲ知ラズ、其後患部ヨリ糞便ノ排出漸次減少シ、主トシテ粘液ヲ混セル膿汁ヲ排出スルニ至リシモ、發熱ハ依

然三十八度内外ヲ昇降シ、瘻孔閉鎖セザルタメ、右側腰部ニ對孔ヲ開キ護謨管ヲ挿入セラレ、大正九年上半期迄持續セラレタルモ、排膿尙止マザルニ依リ、同年八月十日前方ノ創ヨリ後方ノ創ニ亘リ右側腹壁ヲ切開セラレタリ、其當時ヨリ創ノ中央部ニ指頭大ノ粘膜炎隆起ヲ認メタリシガ、肉芽ト共ニ漸ク表面ニ隆起シ來リ、指頭大ヨリ漸次小鶏卵大ニ増大シ、其後創面ハ瘻痕治癒ヲ營ミタルモ、粘膜炎部ハ其儘殘存シテ常ニ粘液ヲ排出シ、三ヶ月間ニ約一回糞便ノ排出ヲ伴ヒ、時々瓦斯及異常ニ多量ノ粘液ヲ排出スルコトアリ、尙ホ患者ハ開腹術後頑固ナル腸加客兒ニ傾キ、服藥ニヨリテ治スルモ、之ヲ瘻スレバ再發ヲ繰返シツ、今日ニ至レリ。

現病歴 大正十三年一月初旬ヨリ、或事情ノ下ニ殆ド不眠不休ノ活動ヲ爲シ、特ニ二月七日朝ヨリ東奔西走セシガ午後ニ至リ右側腹部ニ膨滿ノ感ヲ覺ヘ、其度漸次増加シ、苦悶及ビ多少ノ痛感ヲ伴フニ至リ、夜ニ入リテ歸宅患部ヲ檢セシニ、粘膜炎隆起林檎大ニ増大シ過敏ナルヲ認メ、漸次膨滿苦悶増加シ、且ツ上腹部ニ擴ガリシヲ以テ、八日午後一時半來院同五時過手術ニ至ル迄ノ間ニ、二回糞臭ヲ有スル嘔吐ヲ起スニ至レリ、全ク便通ナシ。

現症 體格中等、榮養不良ノ男子、顔貌稍苦悶ノ狀ヲ呈シ、皮膚及粘膜炎稍蒼白ナルモ、舌ハ濕潤シテ苔ヲ被ラズ、脈搏整調ニシテ緊張稍弱リ百十至ヲ算ス、熱ナシ。

胸部内臓ニ異狀ヲ認メズ。

腹部ヲ望診スルニ、右側腹ヨリ上腹部ニ亘リテ限局性ニ膨滿シ、注視スルモ蠕動不穩ヲ認メズ、此部ハ他部ヨリハ高調鼓音ヲ呈ス、至ル所抵抗乃至硬結ヲ觸レズ、又タ腸音ヲ聞カズ腹水ヲ證明セズ。

局所々見 右腸骨前上棘ノ稍上方ニ於テ、乳兒頭大ノ暗赤色ヲ呈セル腫瘤皮膚面上ニ突隆シ、其表面一般ニ平滑ニシテ粘液ヲ以テ被ハレ、其實柔軟、隆起ノ殆ド中央ニ裂隙狀ノ凹所アリ、示指ヲ挿入スルコト約四仙迷ニシテ、腹壁ニ在ル硬靱ナル瘻痕ノ爲ニ絞約セラレ、稍暴力ヲ用ユルコトニヨリテ、腹

腔内腸管ニ通ズルヲ認ム、腫瘤ト腹壁間ヨリ手指ヲ挿入スルコトニヨリテ、基底ハ細クシテ壺狀ヲ爲セルヲ觸知スルモ、膨大セル粘膜炎ノ爲メニ四周ヨリ被ハレテ之ヲ目視スルヲ得ズ、腫瘤ヲ腹腔内ニ還納セント試ムレバ、其表面脆ク、容易ニ斷裂出血シテ疼痛ヲ訴ヘ、其目的ヲ達スルニ能ハズ。

診斷 患者ノ既往症ヨリ、急性蟲樣突起尖ノ爲メニ膿瘍ヲ形成シ、其切開排膿後腸管ノ癒着或ハ屈曲ニ由テ、一時吐糞樣症狀ヲ呈セシガ、偶然腸管ノ穿孔ヲ來シ、其症狀消退シ、貽殘セル糞瘻ニ向テ開腹手術セラレタルガ故ニ恐ク腸瘻置術ノ行ハレタルヲ想像ニ難カラザルモ、既ニ膿置セラレタル瘻孔ヨリ粘膜炎ノ脱出稍頓ガ、如何ナル機轉ニ依リテ吐糞症狀ヲ起セシヤ、斷定スルヲ得ザリシガ故ニ開腹術ヲ行フニ決ス。

手術及ビ手術所見 「クロ、ホロム、エーテル」混合麻醉ノ下ニ、臍ノ上下ニ亘ル約一五仙迷ノ正中切開ニヨリテ腹腔ヲ開クニ、先ツ小腸ト横行結腸ノ中央部吻合セラレ在ルヲ認メ、該吻合部ヨリ數仙迷ノ部ニ於テ小腸離斷セラレ、陳舊性瘻痕ヲ有スル盲端ニ終ル、小腸ノ他端亦タ瘻痕ヲ有スル盲端ヲ以テ終リ、之ヨリ盲腸ニ至ル長約百六十仙迷ノ部分ハ、非常ニ萎縮シテ家兔ノ小腸ヨリモ細ク、他腸管ヨリハ著シク貧血ノ狀ヲ呈シ、内腔全ク空虚ナリ、盲腸ノ下前壁ハ腹壁ト癒着シ外部ノ腫瘤ニ移行ス、蟲樣突起ノ存在ヲ認メズ而シテ盲腸ヨリ吻合部ヲ越ヘ、殆ド脾彎曲ニ至ル迄及ビ吻合部ニ接セル小腸ノ僅少範圍ハ、限局性ニ高度ノ鼓腸ヲ呈シ、尙ホ上行結腸内ニ堅キ糞塊ノ推積セルヲ認ム、其他ノ小腸結腸及ビ胃ニ顯著ナル膨滿ナク、又タ器械の通過障礙ヲ見ズ、漿膜至ル所充血ノ像ナク、尋常ノ色澤ヲ呈シ、浸出液ノ存在ヲ認メズ、患者ノ脈性不良ナルヲ告グルニヨリ、急速横行結腸ヲ穿刺シテ瓦斯ヲ排出シ、腹壁創ニ逐層縫合ヲ行ヒ、後チ脱出セル腫瘤ヲ其莖部ニ於テ切除シ、尙ホ瘻管ノ相對側二箇所ニ於テ、腹壁ノ瘻痕ヲ切開シテ其絞約ヲ緩メテ手術ヲ終ル。

經過 術後ノ經過極メテ良好ニシテ、吐糞症狀直ニ去リ、正中切開創ハ一

期癒合ヲ營ミ、粘膜切斷端ノ鬱血浮腫亦タ一兩日ニシテ消失セリ、唯ダ術後第四日ニ患者右側腹腔内ニ、恰モ病初ト同様ノ膨滿感ト輕痛ヲ訴ヘシガ故ニ繃帶交換ヲ行ヒシガ、瘻孔ヨリ腸内ニ向テ綿紗ヲ充填セラレ在リ、之ヲ除去ヘルヤ瘻孔ヨリ瓦斯ノ烈シク出ヅルヲ認メ、直ニ膨滿感消失セリ、其後モ二回同様ノ事實ニ遭遇セシガ故ニ、醫員ニ命ジテ綿紗ヲ腸管内ニ挿入セシメザラシメタルニ、腹部ノ膨滿ヲ訴ヘザルニ至リ、營養漸次回復シ、瘻孔ヨリ粘膜僅ニ脱出シ、其相對側ニ於ケル切開創ハ稍良好ノ肉芽ヲ以テ被ハル、ニ至リ術後第十二日ニシテ退院セリ。

切除標本所見 腫瘤ハ主トシテ鬱血浮腫ニ依テ膨大セル粘膜ヨリ成リ、平滑ニシテ皺襞ナク、其質柔軟ニシテ脆ク、斷裂シ易シ、漿膜ハ其莖部僅ニ約

二仙迷ノ部分ニ存スルノミニシテ、鬱血浮腫ハ粘膜ニ比シ著シク輕度ナリ。組織的所見 莖部ヨリ切片ヲ作リテ檢スルニ、腸管壁各層ヲ判然區別スルヲ得、粘膜層内ニ彌蔓性出血ヲ認ムルモ、腺管ハ著色上異常ナク、多クハ横斷セラレ稀ニ縱斷面ヲ呈シ、一層ノ圓柱狀細胞ヲ以テ被ハル、粘膜下層ハ非常ニ鬆粗トナリ、從テ著シク其厚サヲ増加シ、結締組織ハ斷裂シテ種々ニ屈曲シ、著シキ鬱血ト出血ヲ認ム、出血ハ粘膜ニ接近スルニ從テ高度ナルモ、粘膜層ニ比スレバ輕度ナリ、筋層漿膜下層漿膜層ニ於テモ輕度ノ出血アリ、尙ホ各層ニ於テ出血ニ比シ著シキ白血球ノ竄出ヲ認ム。
莖部ニ遠カレル部分ノ切片ニ於テハ、粘膜及ビ粘膜下層ノミ存シ、其所見ハ莖部ニ於ケルト同様ナリ。

成因 腸管至ル所器械的通過障礙ノ認ム可キモノナク、唯ダ盲腸ヨリ横行結腸ノ吻合部ヲ越ヘ殆ド脾彎曲ニ至ル迄、及ビ吻合部ニ接セル小腸ノ僅少範圍ニ限局セル高度ノ鼓腸存シ、該部ニ臨牀上蠕動不穩ナク、又タ腸雜音ヲ聽取セザリシガ故ニ、該部麻痺狀態ニ在リ、依テ以テ通過障礙ヲ起セシト疑ノ餘地ナシ、然ラバ斯ル限局性麻痺ハ何ニ由來セルヤ、吐糞症狀ノ粘膜ノ脫出倏頓ニ繼發シ、倏頓部ノ除去ニヨリテ治愈シタルニ依リ、粘膜ノ倏頓ガ麻痺ヲ誘起セルモノタルヤ亦タ疑ナキ所ナレドモ、之ガ如何ナル機轉ニ由ルモノナルヤ理解シ易カラズ、手術所見ニ據ルニ、炎症固ヨリ考フ可カラズ、又手術ノ際、腹内臓器ノ倏頓ニ由ル「シヨック」性腸麻痺ヲ想起シ且ツ、當時病初ノ尋問粗略ニシテ、粘膜ノ脫出スルヤ直ニ苦悶ヲ感ジ、終ニ嘔吐ニ移行セシガ如カリシヲ以テ、或ハ「シヨック」ニ基因スルニ非ズヤトノ考ノ下ニ倏頓部ヲ切除シ、幸ニ好結果ヲ見タルモ、熟思フニ、腸内容通過ニ關係ナキ部分ノ倏頓ニ由ル「シヨック」ハ、一過性現象ナルヲ常トシ、之ヨリ吐糞症狀ニ移行シ得可キモノナルヤノ疑問起リシヲ以テ、術後病症ノ經過ヲ精細ニ尋問セルニ、患者ハ普通「シヨック」ノ場合ニ自覺スルガ如キ、粘膜倏頓ノ劃然タル時期ヲ知ラズ、活動中何時トハナシニ、腸瘻部ニ多少緊滿感ヲ覺ヘタルモ、尙ホ數時間活動ヲ續ケタルニ、膨滿感漸次右側腹腔ノ廣キ範圍ニ波及シ、夜ニ入りテ歸宅、局部ヲ檢シテ始メテ瘻孔ヨリ粘膜著シク隆起セルヲ發見シ、翌日ニ至ルニ從ヒ膨滿漸次上腹部ニ亘リ、苦悶加ハリ、終ニ嘔吐ヲ伴フニ至

レルヲ知レリ、之レ粘膜ノ簀頓ハ決シテ急激ニ起リシニ非ズシテ、常時脱出セシモノ身體ノ激動ニ依テ増加シ、脱出口周圍ニ在ル硬靱ナル癰痕ニヨリテ血行障礙セラレ、爲ニ鬱血乃至出血ヲ起シテ腫起シ、該腫起ハ更ニ癰痕ノ絞約ヲ強カラシメ、依テ以テ血行障礙ヲ増強シ、期ク絞約ト血行障礙互ニ原因結果ヲ爲シツ、粘膜ヲ著シク腫大セシメタルヲ思ハシムルモノニシテ、組織の所見能ク之ヲ首肯セシム、從テ病症ノ發現ヲ「シヨック」ニ依テ説明スルコトノ附會ナルヲ覺リ、何等カ他ニ成因ヲ求ムルノ必要ヲ痛感シツ、アリシ際、偶第四日患者右側腹腔内ニ恰モ病初ト同様ノ膨滿感及ビ輕度ノ疼痛ヲ訴ヘ、綳帶交換ノ際、瘻孔ヨリ腸内ヘ綿紗ノ充填セラル、ヲ認メ、之ヲ除去スレバ主訴忽チ消失セルヲ見、更ニ反覆同現象ヲ目撃スルニ至リ、初メテ吐糞症狀ノ成立ヲ解明ス可キ暗示ヲ得タリ。

抑モ盲腸上行結腸ハ筋肉ノ發育弱ク、腸管中蠕動ノ尤モ微弱ナル部分ナルハ周知ノ事實ナリ、加之、患者ノ如ク機能外ニ曠置セラルレバ、萎縮ニ依テ一層其減弱ヲ來サバル可カラズ、而シテ手術時ニ認メタル如ク、上行結腸内ニ糞塊ノ堆積セル事實ヨリ、該部ニ瓦期ノ發生スルコト亦想像ニ難カラズ、平時ニ在リテハ其一部ハ下方ニ送ラレ、一部ハ既往症ニ述タル如ク瘻孔ヨリ排出セラレ居リタリシモ、一朝粘膜ノ簀頓ニヨリ、瘻孔ヨリノ瓦斯排出阻止セラルレバ、曠置部ハ蠕動ノ減弱セルガ爲ニ、之ヲ下方ニ送出スルノ力弱ク、該部ニ瓦斯ノ蓄積ヲ來サバル可カラズ、而シテ腸管ノ著シク充填シ且ツ高度ニ延長スレバ、蠕動ヲ停止スルノ事實ハ、嘗テチームセンニヨリテ立證セラレタル所ナリ、斯クテ一旦蠕動ヲ停止スレバ、瓦斯益蓄積シ、其壓迫ハ血行ヲ障礙シテ更ニ鼓腸ヲ加フ可キナリ、而シテ其吻合部ヨリ下方ニ到達スルニ及ベバ、茲ニ通過ヲ障礙ス可キコト自明ノ理ナリ。

斯ク解釋スレバ、患者ノ膨滿苦悶盲腸部ヨリ漸次右側腹及ビ上腹部ニ進行シ、終ニ嘔吐ヲ起スニ至リシ所以、手術ニ依テ麻痺部ノ瓦斯ヲ排除シ、且ツ簀頓部切除ヲ行ヒ、瘻孔ヨリ通氣ヲ計リタルガ爲メ、再ビ蠕動ヲ開始シタル事、及ビ術後瘻孔ヲ綿紗ヲ以テ充塞スレバ同様ノ症狀再現スル所以等、釋然トシテ理解シ得ベキナリ。

由之觀之、曠置セラレタル腸瘻ヨリ粘膜ノ脱出簀頓ニ繼發シテ、之ニ接セル部分ヨリ、漸次腹滿苦悶加ハリ、終ニ嘔吐

ヲ起スガ如キ例症ニ遭遇セバ、直ニ開腹術ヲ行ハズ、先以テ餛飩部ヲ切除シテ瘻孔ヨリ通氣ヲ計ルコト、當ニ探ル可キ處置タルヲ思ハシム。

摘 要

一、本例ハ曠置セラレタル盲腸瘻ヨリ、粘膜ノ脫出餛飩ニ由テ、吐糞症ヲ起シタル極メテ稀有ノ例症ナリ。

一、粘膜ノ餛飩ニヨリテ、瘻孔ヨリノ通氣阻止セラレタルガ爲ニ、生理的既ニ薄弱ニシテ、且ツ曠置ニ依リテ更ニ薄弱ヲ加ヘタル腸管ハ、其内部ニ發生セル瓦斯ヲ下方ニ送出スルノ力弱ク、漸次瓦斯ノ蓄積ヲ來シ、終ニ腸管ヲ麻痺セシメ、其吻合部ヨリ下方ニ及ブニ至リテ吐糞症狀ヲ起セシモノナリ。

一、曠置セラレタル腸瘻ヨリ粘膜ノ餛飩ニ由テ、之ニ接セル部分ヨリ、漸次腹部ノ膨滿苦悶ヲ起シ、終ニ吐糞症狀ヲ呈スルニ至リシ例症ニ向テハ、直ニ開腹術ヲ行ハズ、單ニ餛飩部ヲ切除シテ瘻孔ヨリノ通氣ヲ計ルコト、當ニ探ル可キ第一處置タル可シ。