

症 例

ZWEI FÄLLE DER AKUTEN PANKREATITIS, WELCHE DER AKUTEN APPENDIZITIS AN DEN SYMPTOMEN NAHEKAM

von

HIDEO KISHIMOTO, SHOICHI OKUNO und TERUO KOBAYASHI

aus

Der Chirurgischen Abteilung des Sasayama Staatlichen Hospitals
(Direktor: Dr. HIDEO KISHIMOTO)

Vorwort

Aufgenommen am 1. Dezember 1961

Im allgemeinen ist es nicht schwer, eine Appendizitis als solche richtig zu diagnostizieren, aber zuweilen findet es statt, dass man eine Appendizitis für andere Krankheit, oder umgekehrt, irrtümlich hält.

Aus Versehen hatten wir auch ja zwei Fälle der akuten Pankreatitis als akute Appendizitis beurteilt und operiert.

FALLBERICHTE

Fall I : E. K., 18 Lj., Mädchen

Sie kam mit heftigem Bauchschmerz zur Aufnahme am 25. März 1955. Der Krankheitsbeginn war vorhergehender Tag. Allgemeines Befinden nicht schlecht. Bauch nicht aufgetrieben, leichte Bauchdeckenspannung, besonders auf der rechten Seite, und der Mittelpunkt der Druckempfindlichkeit liegt am Mac Burneys Punkt. Leukozyten: 20,000. Unter Diagnose als Appendicitis acuta wurde sie sofort operiert. Der Bauch wurde durch rechten unten Pararektalschnitt eröffnet. Profuser Erguss war vorhanden. Appendix unverändert. Zerstreute Flecken der Fettnekrosen auf dem grossen Netz zeigten die echte Pathogenese der vorliegenden Krankheit. Der Erguss ausgesaugt, Appendektomie durchgeführt und danach die Operationswunde geschlossen. Nur mit gewöhnlichen postoperativen Behandlungen war der Verlauf ganz glatt. Sie wurde am 23. Tage nach der Aufnahme entlassen.

Fall 2 : S. E., 32 Lj., Frau.

Mit der Diagnose von der vielleicht durch Appendizitis verursachten Beckenperitonitis wurde die Patientin uns von unserer gynäkologischen Klinik eingewiesen. Krankheit begann vor 3 Tagen. Allgemeines Befinden nicht so schlecht. Bauchdeckenspannung hauptsächlich auf dem Unterbauch, und die Druckempfindlichkeit lag in der Ileocecalgegend. Leukozytenzahl : 21,500. Am 30. Jan. 1960 wurde sofortige Laparotomie durch rechten unten Pararektalschnitt durchgeführt. Erguss von grosser Menge und intakter

Appendix wurden gefunden. Zahllose Fettnekrosenflecken waren dargestellt. Der Harn war durch Katheterization genommen und seine Diastasenwertbestimmung ergab sich über 1024 Einheiten. Aus diesem Befund erhellte es zur Genüge, dass die betreffende Krankheit akute Pankreatitis war. Der Erguss wurde ausgesaugt, der Appendix amputiert und die Operationswunde vollkommen geschlossen. Die Rekonvaleszenz verlief mit keiner Angelegenheit und die Patientin kehrte nach 18 Tagen Hospitalisation zur Heimat zurück.

In beiden Fällen haben wir keine besondere Laparotomie für die Pankreatitis nachgesetzt.

DISKUSSION

In akuter Pankreatitis entwickelt sich Schmerz meist aus dem Oberbauch; aber auch in akuter Appendizitis treten Initialschmerzen manchmal in dem Oberbauch ein, und zwar pflegt es nach einigen Stunden zur Ileocoecalgegend hin zu lokalisieren.

In den oben mitgeteilten beiden Fällen wurden Schmerzen vorwiegend nur in dem Unterbauch nachgewiesen, wenn wir die Patientinnen zuerst untersucht hatten, und diese Tatsache führte uns zur irrtümlichen Diagnose.

Warum traten die Schmerzen in solcher ungewöhnlichen Gegend in diesen beiden Fällen? Der Pankreassaft sickert aus dem Herde des Pankreas; der Pankreassaft und das durch diese Durchsickerung hervorgerufene Exsudat dürften durch Foramen Winslowi heraus gekommen und nach unten die laterale Wand des Colon ascendens entlang zur rechten Iliacalgrube oder zur Beckenhöhle gesunken sein. Wahrscheinlich sammelt sich dieser Erguss vorwiegend dort an, oder durch irgendeine Ursache erzeugte es Bauchschmerzen vornehmlich in dieser Gegend.

Dissoziation zwischen Primärherd und seiner Symptomenäusserung kann bei einigen derartigen Peritonitiden, deren Erguss relative keimfrei ist wie bei akuter Pankreatitis oder Gallenperitonitis, zur Erscheinung kommen (Peritonitis Typus 2 und 3)¹⁾.

Wir hatten früher eine Gelegenheit gehabt, Gallenperitonitis einer alten Frau von 68 Jahren 7 Tage später nach Krankheitseinsetzung zu operieren, und gefunden, dass obwohl der Erguss in der oberen Bauchhöhle noch relativ klar und gallig-gelb blieb, der Erguss in der unteren Bauchhöhle doch ganz eitrig war. Die Eiterbeförderung in diesem Fall muss sich auf dieselbe Weise wie in der sog. Durchwandungsperitonitis eingestellt haben.

Wir glauben, dass die Durchwandungsperitonitis durch Ileum viel leichter als durch Jejunum oder besonders durch Dickdarm zustand kommt, und zwar wenn es einmal stattfindet, wird die Peritonitis durch Ileum viel mehr mit Leichtigkeit auch zur eitrigen Peritonitis gestaltet als die durch Jejunum, bedingt durch die Bakterienreichhaltigkeit im Ileum.

Wir erfuhren ferner noch einen Fall, in welchem auffallender Schmerz und Bauchdeckenspannung, im Gegensatz zu oben beschriebenen beiden Fällen der Pankreatitis, auf dem Oberbauch gewissen waren. Die Laparotomie in diesem Fall kündete uns das Vorhandensein profuser Blutmasse zwischen der Vorderbauchwand und Dünndarmoberfläche an, vornehmlich in dem unteren Bauchhöhlenbezirk (Ektopische Schwangerschaft). In diesem Fall mochte die in der kleinen Beckenhöhle eingesetzte Blutung den Schmerz nur um den Grenzbereich der sich langsam nach oben verbreitenden Blutmasse veranlassen haben, wie es beim Erysipelas vorkommt, während untere bereits mit Blut durchgetränkte

Gegend schon gewöhnt oder gelähmt war.

Abgesehen davon, was das echte Wesen dieser Erscheinungen sei, müssen wir stets Beachtung auf derartige Dissoziation zwischen Primärherd und seinen klinischen Bekanntmachungen halten.

Fernerhin wollen wir bei dieser Gelegenheit hinzufügen, dass in der akuten Pankreatitis, wie oben beschriebene Fälle es zeigen, einfaches Aussaugen des vorliegenden Exsudates durch Laparotomie mit nachfolgender vollkommener Schliessung der Operationswunde sehr guten Erfolg ergeben kann. Über den guten Erfolg dieser Behandlungen wollen wir auch noch einmal in nachfolgender Arbeit weiter berichten.

Literatur

- 1) Hideo Kishimoto et al.: Volvulus of the cecum. Arch. f. Jap. Chir. XXVIII Band, 9. Heft, 1. Nov. 1959.

和 文 抄 録

臨床症状が急性虫垂炎を思わせた急性膵炎の2例

国立篠山病院外科 (院長 岸本秀雄)

岸 本 秀 雄・奥 野 尚 一・小 林 照 雄

〔原稿受付 昭和36年12月1日〕

われわれは、急性膵炎をその臨床症状から急性虫垂炎と誤診して手術を行つた2例について報告し、このような誤りの起る原因は、上腹部に発生した滲出液が結腸の外側に沿つて下腹部に下行し、其処に主に滯溜するか、乃至はその部分に主として疼痛を引き起したためであつて、さらに回腸領域 (下腹腔) はいわゆる壁滲出性腹膜炎を特に来し易く、かつそれが、膿性になり易い (腸内細菌の関係上) ことも重要な因子となつて、この様なことが起るのであると推定した。

上述のような病態は一般には比較的細菌の少い種類の急性腹膜炎すなわち、急性膵炎や胆汁性腹膜炎において時に認められる (いわゆる第三および第二型腹膜炎)¹⁾。

なお、以上の2例にわれわれが行つた、腹腔滲出液を愛護的に単に吸引した後、手術創はこれを直ちに閉鎖する方法は急性膵炎の経過に非常な好結果を与えたことが観察されたが、この点に関しては、われわれは引続き別の論文で、論究する予定である。