

直腸脱ノ手術的療法ニ就テ

京都帝國大學醫學部外科學教室(鳥潟教授)

助手 醫學士 荒 木 千 里

Beitrag zur operativen Behandlung von Mastdarmprolapsus.

Von

Dr. C. Araki, Assistenten der Klinik.

[Aus der I. chir. Klinik der Kais. Universität, Kyoto (Prof. Dr. R. Torikata.)]

緒 言

直腸脱ニ對シテハ保存的療法トシテ、絆創膏固定法、バンド保持法又ハ「マツサージ」等ガ行ハレテ居ルガ、其成績ハ一般ニ不充分デアツテ、極メテ輕度ノ直腸脱又ハ小兒直腸脱ニ對シテ試ミラルルニ過ギズ、多クノ場合ハ之ヲ觀血的ニ處置スルノガ普通デアアル。

而シテ觀血の手術法トシテハ、最も確實ニシテ簡單、且ツ危險ヲ伴ハナイト云フ様ナ、理想的ナ手術方法ガ無イ爲ニ、極メテ區々ナル種々雜多ノ術式ガ持チ出サレテ居ル。

試ミニ大體ノ分類ヲ附シテ其等ヲ掲ゲテ見ルナラバ次ノ通りデアアル。

(1) 肛門ヲ狹クスル事ヲ目的トスル方法。

- a. Hey 又ハ Diefenbach ノ如ク肛門ノ粘膜又ハ皮膚ヲ一部切除シテ狹メル方法。
- b. Thiersch, Schmerz, Kirschner 又ハ Harttung, Matti 等ノ如ク異物ヲ肛門周圍ニ埋入シテ器械的ニ肛門ヲ狹クスル方法。
- c. Lee, Kehrer, Helferich-Bilfinger 等ノ如ク外肛門括約筋ヲ縮メル方法。
- d. Karewski, Roux, Schotter, Lehnbach 等ノ如ク、「バラフィン」、「アルコール」滅菌牛乳又ハ山羊乳等ノ刺戟性物質ヲ肛門周圍ニ注射シ、ソレニヨツテ起ル無菌的炎症ノ結果トシテ、肛門周圍ニ癰痕性收縮ヲ起サセル方法。
- e. Gersuny ノ如ク肛門ヲ剝離シテ捻廻セシメ、ソレデ肛門ヲ狹クスル方法。

(2) 骨盤底成形術。

- a. Hoffmann, Popenel, Napalkow, Beresnegowsky 等ノ如ク骨盤底弛緩筋肉ノ縮少

又ハ移植ニ依ル強化ニヨツテ、骨盤底ノ抵抗ヲ強ムル方法。

b. Bardnnheuer-Sonnenschein ノドウグラス腔曠置法。

c. Witzel, Kuttner, Jianu 等ノドウグラス腔荒蕪法。

(3) 固定乃至懸垂法。

a. Vernuil, Marchant, König-Franke, Sick 等ノ直腸固定乃至懸垂法。

b. Jeannel, Rotter-Lenormant, Friedlich, Kümmel, v. Ach 等ノS字狀結腸固定乃至懸垂法。

(4) 切除法。

a. Rehn-Délorne ノ粘膜切除法。

b. Mikulicz ノ全切除法。

(5) 以上個々ノ術式ヲ2ツ又ハ3ツ組合セタル方法。

例ヘバ Marchant ノ直腸固定法ト Thiersch ノ銀環法, Witzel ノドウグラス腔荒蕪法ト Kümmel ノS字狀結腸懸垂固定法, 又ハコノ兩者ニ更ニ Thiersch銀環法ヲ組合スル等々。

此ノ他更ニ詳細ニ文献ヲ調べルナラバ、尙多クノ方法が見出サレルデアラウト思フ。然シ此等ノ方法ノ中實際ニ行ハレテ居ル方法ハ、Thiersch 銀環法, Matti ノ「ゴム」環法, 「アルコール」注射法, Hoffmann ノ骨盤底成形術, Witzel ノドウグラス腔荒蕪法。

Marchant ノ直腸固定法, Rehn-Délorne ノ粘膜切除法, Mikulicz ノ全切除法及ビ此等ノ術式ノ組合セデアル。

今是ヲ1922年ヨリ1929年ニ至ル吾々ノ外科臨床入院患者中、直腸脱手術患者名21ニ就テ見ルニ、

Marchant 直腸固定法セ及び其變法	6	放射狀燒灼法	2
Kümmel S字狀結腸固定法	4	筋膜環法	1
Mikulicz 全切除法	2	Friedlich 法	1
Thiersch 銀環法	2	Bardnnheuer <u>ドウグラス腔曠置法</u>	1
Matti ゴム環法	2	計	21

ノ如キ手術ヲ行ツテ居ル。

然ラバ種々ノ程度ノ直腸脱ニ對シテ、此等ノ術式ノ中ノ何レヲ適用スルカ、トイフ問題ハ諸家ニヨツテ可ナリ意見ノ相違ガアリ、必シモ一般シテ居ナイ。然シ此ヲ極メテ大マカナ見方ニ依ツテ總括スレバ、大體ニ於テ次ノ如キ適應症ガ一般ニ認メラレテ居ル様デアル。即チ、

(1) 極メテ高度ノ直腸脱及ビ嵌頓セル直腸脱、特ニソノ壊死ニ陥ツテ居ル場合ニハ

Mikulicz ノ全切除法。

(2) 中等度ノ整復可能ナル直腸脱ニ對シテハ、Rehn-Délorne 粘膜切除術、骨盤底成形術 (Hoffmann 法又ハ Witzel ノドウグラス腔荒蕪法)、Marchant 直腸固定法、又ハ Kümmel ノ S 字狀結腸懸垂固定法等ノ中何レカ1ツ、又ハソノ組合セ、

(3) 小兒直腸脱又ハ成人ニ於ケル輕度ノ場合、或ハ衰弱シタ患者デ上記ノ手術ニ耐ヘ得ナイ場合ニハ Thiersch 法ヲ行フト云フノガ、先ヅ穩ニ適應症トサレテ居ル様デアル。

然シ此等ノ中 (2) ハ極メテ多クノ術式ヲ含ンデ居ルノデアツテ、ソノ何レヲ選擇スルカト云フ事ハ可ナリ議論ノ餘地ガアル様デアル。然シソレハ今吾々ガ此所ニ述べ様トスル問題トハ直接關係ノ無イ事デアル。

然ルニ今此等ノ術式ニ就テ考ヘテ見ルー、Mikulicz ノ全切除術ハ一般ニ認メラレテ居ル所ニ依レバ、10%内外ノ死亡率ヲ有スル可ナリ危險多キ術式デアル。又 Rehn-Délorne ノ粘膜切除術ニシテモ、相當出血ノ多イ手術デアルシ、其他(2)ニ舉ゲタ術式ハ何レモ、外科醫ニハ容易デアツテモ患者自身ニ向ツテハ、可ナリ大袈裟ナ手術デアツテ、直腸脱ト云フ疾患ソレ自身が、嵌頓デモスレバ兎ニ角、普通ニハ唯煩シイ不愉快ナト云フダケデ、生命ニハ左程ノ關係ヲ有シテ居ナイ疾患デアル事ヲ考ヘルト、何カモツト簡單ニ治ス方法ガ無イダラウカトハ、外科醫トシテ誰シモ考ヘル事デアラウト思フ。

簡單ナ方法トシテハ(3)ノ Thiersch 銀環法ガアルガ、是ハ先ニ述べタ様ニ輕度ノ場合ニ限ツテ行フト云フノガ、一般ノ原則トサレテ居ル。

然ルニ吾々ハ最近相當高度ノ直腸脱患者ニ對シテ、Thiersch 法ヲ行ヒ、且ツ極メテ早期ニ銀環ヲ除去シ、偶然ニモ極ク簡單ニ即チ理想的ノ之ヲ全治セシメ得タ 1例ヲ經驗シタノデ、簡單ニ治癒シタト云フ點ニ於テ、相當注目ニ値スル實例デアルト考ヘラレルカラ、茲ニ報告シタイト思フ。

治 驗 例

吉○興○、39歳、男、通勤。

昭和4年3月16日入院。

診斷。直腸脱。

遺傳的關係。一姉ニ肺結核ヲ病ミ、29歳ニシテ死亡セルモノアリ。其他特記スベキ事ナシ。

既往症。生來強健ニハ非ザルモ、著患ヲ知ラズ。10年前發熱頭痛アリテ、尿ニ濁濁ヲ來セルコトアリシガ、約10日間ニテ治癒セリ。痔疾又ハ呼吸器疾患ニ罹リタルコト無シ。便通ハ元來秘結スル方ニハ非ズ。花柳病ニ感染セルコト無シ。酒及ビ煙草ヲ嗜マズ。

現病歴。10歳ノ頃ヨリ排便ニ際シテ約1握位脱肛アリ。疼痛、出血無シ。14歳ノ頃ニハ約2握ノ直

腸脱トナル。20歳頃ヨリ排便時ニ多少ノ出血ヲ伴フ事アリ。23歳ノ時手術ヲ受ケテ 出血ハ止ミタルモ、直腸脱出ノ程度ハ次第ニ増悪シ、25歳頃ニハ約3糎ニ達ス。其頃ヨリ次第ニ便秘ニ傾キ、從ツテ排便ニ當リ、強ク腹壓ヲ加フル事多キヲ以テ、直腸脱出ノ程度ハ益々増悪シ、便意ヲ催スモ糞便ハ出デズ、直腸ノミ徒ニ脱出シ、ソノ爲ニ苦シメラルル事モ屢々アリタリト云フ。

本年正月頃約7糎直腸脱出セル儘ニテ、整復不可能トナリ、約5時間ノ後辛ジテ之ヲ整復シ得タル事アリ。又3月12日ニハ約10糎脱出シテ嵌頓シ、醫師ヲ招キテ整復シタリト云フ。食思佳良。安眠便通ハ約15年來便秘ニ傾キ、4日ニ1回位。

現症。體格倭小、營養少シク不長、筋肉發育貧弱。皮膚ハ色、光澤、濕度正常、頸部淋巴腺ハ兩側トモ多數豌豆大ニ腫大ス。脈搏ハ正整、1分時約80、緊張、大サ尋常、頭部正常、顔面ニ於テ、瞳孔ハ左右同大、對光反應ニ異常ヲ認メズ。齒ハ全部脫落ス。胸部ハ心臓ノ濁音界正常、心音ハ第二肺音少シク昂進スレドモ異常雜音無シ。肺ハ兩側トモ、打診聽診上異常ヲ認メズ。腹部ハ視診上觸診上著變ヲ證セズ。脊椎、四肢ニ變化無シ。體溫ハ正常。尿ハ淡褐、透明ニシテ、弱酸性、比重1030、蛋白、糖、 $\text{L}_{\text{ヂアツォ}}$ 反應、 $\text{L}_{\text{インデカン}}$ 、膽汁色素ヲ證セズ。

局所所見(肛門部)。

肛門ノ周圍ニハ可ナリ強キ色素沈着アリ、肛門部ノ皮膚ト粘膜トノ爲ス角度ハ著シク鈍トナリ。一見シテ既ニ、肛門括約筋弛緩シ、肛門閉鎖不全アルヲ認メシム。肛門内ヨリ異常分泌液洩レズ。肛門ノ第二時ノ部ニ當リテ、痔核小結節ノ結締織化セルモノ2個アリ。

直腸内ニ手指ヲ挿入シテ檢スルニ、肛門括約筋ハ著シク弛緩シ、殆ンド無力狀態ニアリ。直腸粘膜ハ一般ニ腫脹シ、著シク軟、恰モ直腸内腔ハ此等ノ軟キ粘膜ニテ填レル如キ感ヲ與フ。然レドモ内ニ異常ノ腫痛無ク、又攝護腺肥大ヲ證セズ。挿入セル手指ニ血液ヲ附着セズ。腹壓ヲ命ズレバ、先ツ肛門ヲ中心トシテ周圍ハ一帶ニ、著シク膨隆シ來リ、續イテ見ル見ル直腸脱出シ、長サ約10糎ニ至ル。脱出セル直腸粘膜ハ一般ニ充血シ、且ツ浮腫狀ヲ呈スレドモ、糜爛セル部分無シ。容易ニ再ビ整復スル事ヲ得。斯カル直腸脱出ハ排便時ニハ毎回現ハル。陰莖又ハ尿道ニ包皮或ハ狹窄無シ。

手術(3月18日)。

腰椎麻酔ノ下ニ Thiersch 銀環法ヲ行フ。

術後經過。術後ハ最早直腸脱出無シ。手術ニヨリテ加ヘラレタル2個ノ刺創ハ既ニ治セリ。然ルニ肛門ハ辛ジテ示指ヲ通ズル程度ニ狹メアリシガ、少シク狹メ過ギタルニヤ、排便ニ際シテ肛門ニ疼痛ヲ訴ヘ、其後約3週間ヲ經過セルモ輕快セズ。依ツテ術後27日目即4月13日ニ銀環ヲ除去セリ。

然ルニ最早今ハ銀線無キニモ係ラズ、直腸脱ハ全ク消失シテ、極メテ氣持良ク排便スル事ヲ得。試ミニ直腸内ニ手指ヲ挿入シテ檢スルニ、肛門括約筋ノ緊張ハ尙依然トシテ弛緩狀態ニアリ、直腸粘膜モ腫脹シ居リ、直腸内腔ハ粘膜ヲ以テ填レル如キ感ヲ爲セドモ、腸ノ重積セルニハ非ズ。且ツ如何ニ強度ノ腹壓ヲ命ズルモ、最早直腸ハ脱出シ來ラズ。即チ直腸脱ハ今ヤ全ク治癒シタル狀態ニアリ。

尙愈ノ爲、銀環除去後25日間觀察セルモ、再發無キヲ以テ5月7日(Thiersch 術後51日目)全治セルモノト認メ退院セシメタリ。

其後7ヶ月ヲ經過セル今日ニ至ルモ、全ク再發無ク排便ハ極メテ氣持良ク、何等ノ苦痛ヲモ伴フ事無シト云フ(11月18日調査)。即チ直腸脱ハ完全ニ治癒シタル事ヲ證セリ。

考 察

上ニ述ベタ所ニ依ツテ見ルニ、此例ハ發病來約30年ヲ經過シタ極メテ古イ直腸脱デアリ、且ツ約10糎ノ脱出程度ヲ示シ、尙屢々嵌頓シタコトモアルモノデアツテ、相當

高度ノ直腸脱デアルト云フ事が出来ヤウ。

斯カル程度ノ直腸脱デアレバ、現今普通ノ適應症カラ云ヘバ、當然、骨盤底成形術ナリ、直腸又ハS字狀結腸固定術ナリ、或ハ粘膜切除術等が行ハルベキデアラウト思フ。然ルニ吾々ノ例ガ以上ノ如キ極メテ簡單ナル手術的操作ニ依ツテ全治シタト云フ事ハ、少ナカラズ興味ノアル事實デ無ケレバナラヌ。

吾々ノ例ニ於テハ單ニThiersch法ヲ行ツタト云フダケデ無ク、吾々ハ術後僅々27日ニシテ銀線ヲ除去シテシマツテ、而カモ永續的ニ全ク治癒シテ居ルノデアル。

此ヲ以上ノ種々ナル術式ニ比較スレバ、元ヨリ問題トナラヌ程ニ簡單ナ操作デアツテ、此位ノ事デアレバ外來手術トシテ充分行ヒ得ル事ナノデアル。

今文献ヲ見ルニThiersch法ニ依ツテ、相當高度ノ直腸脱ヲモ治癒セシメタト云フ、樂觀的ナ學者モ可ナリアル様デアル。例ヘバ、Bramann, Goebel, Goldmann, Heinicke, v. Bergmann, Rotter, Heile, Hohlfeld, Lücke, Urban 等ノ如キガ夫レデアツテ、殊ニRostノ如キハ、特ニ比較ノ高度ノ直腸脱ノミヲ選ンデ本法ヲ行ヒ、ソノ83%ニ於テ永久治癒ヲ來シタト唱ヘテ居ル程デアル。從ツテ吾々ダケガ特ニ珍シイ經驗ヲシタト云フノデハ無ク、無論先輩諸家ノ報告例中ニモソウ云フ例ハアルノデアル。

然シ斯フ云フ例ハ現今一般ニハ、トカク閑却サレテ居ル傾向ガアリ、且ツ之ヲ特殊ナ例デアルトシテ、餘リ問題ニシナイ様デアル。近頃ノ外科教科書ニモ、Thiersch法ト云ヘバ輕度ノ直腸脱カ、小兒直腸脱ニ對スル適應症ノ様ニ記載サレテ居ルノガ多ク一般ニハ或ル程度以上ノ直腸脱ニ對シテハ、Thiersch法ハ効果不充分デアリ、再發ヲ妨ギ得ナイトサレテ居ル様デアル。特ニ銀環ハ早期ニ之ヲ除去スレバ、再發ヲ招キ易イトシテ、Thiersch法ヲ支持スル人デモ、之ヲ永久ニ埋沒シタ儘殘シテ置クカ、又ハ1年乃至1年半後ニ至ツテ除去シテ居ルノガ多イ。Rostノ様ニ術後2—3ヶ月デ銀線ヲ除去シテ居ル人ハ餘リ無イ様デアル。況ンヤ吾々ノ様ニ術後僅々4週間足ラズデ除去シタト云フ例ハ尠カラウト思フ。尤モ銀線ノ周圍組織ガ感染シタ場合ニハ、10乃至14日位デ除去スルコトヲ餘儀ナクサレルガ、之ハ論外デアル。

從ツテ吾々ノ例ハ極メテ古ク、且ツ相當高度ノ直腸脱ニ對シテ、現今一般ノ見解ヨリスレバソノ適應症ト思ハレナイノニモ係ハラズ、Thiersch法ヲ行ヒ、且ツ極メテ早期ニ銀環ヲ除去シ、而モ尙完全ナル持續的治癒ヲ來シタ例デアツテ、現今一般ノ考ヨリスレバ、多少ノ異例ト目サルベキモノデアリ、ソノ意味ニ於テ、直腸脱ノ手術的治療法ニ對スル、一ツノ拾テテハ置カレヌ實例デアル。

思フニ總テノ場合ニ直腸脱ガ、此例ノ様ニ簡單ニ癒ルトハ限ラヌデアラウ。然シ此ノ様ニ簡單ニ治癒スル場合モアル事ヲ考ヘルト、吾々ハ全切除術、粘膜切除術、固定

術又ハ骨盤底成形術等ノ、患者ニ取ツテ大袈裟ナ手術ヲ行フ前一、矢張り一應ハ此ノ様ナ簡單ナ方法ヲモ試ミテ見ルベキデハアルマイカ。第一斯カル方法ハ外來手術トシテ簡單ニヤレル事デアルシ、又此ヲヤツタカラトテ、何モ後ニ害ガ殘ルワケデモ無イノデアルカラ、順序トシテ先ヅ此ノ方法ヲ行フベキモノデアルト思フ。〔患者ガ衰弱シテ居テ、他ノ大ナル手術ニ耐ヘスデアラウカラ〕トノ理由デ、此ノ銀環法ヲ行ヒ、ソレデモ濟マシテ居ラレルナラバ、寧ロ最初カラ患者ノ強壯衰弱如何ニ係ハラズ、直腸脱治療法ノ一般の原則トシテ、先ヅ第一着ニ此ノ銀環法ヲ眞面目ニ試ミ、ソレニヨツテ全治ヲ期シ、萬止ムヲ得ザルニ及ンデ、茲ニ始メテ更ニ大ナル手術の操作ニ移リ行ク、ト云フ方針ヲ確立シタ方ガ何ノ位條理ガ正シイカ、敢テ説明スル迄モ無イト思フ大手術ヲ行フ事ガ外科醫ノ目的デハ無イニモ拘ラズ、外科醫ノアル者ハ強イテ好ンデ手術ヲ遂行スルガ如キ惡弊ヲ認メヌデモ無キ今日、上ニ述ベタ様ナ實例ト、之カラ誘導サレタ直腸脱ノ治療方針トハ、多少一般ノ注意ヲ喚起スルニ足ルデアラウ。

最後ニ、吾々ノ例ガ如何ナル機轉ニ依ツテ治癒シタカラ考ヘテ見ヤウ。

一般ニ直腸脱ガ Thiersch 法ニ依ツテ治癒スルノハ、周知ノ如ク銀環ニ依ツテ肛門ガ器械的ニ狹メラレ、直腸脱出ノ門戸ヲ閉スト云フ事ト、銀線ノ刺戟ニ依ツテ肛門周圍ニ瘢痕性收縮ヲ起シ、一方其ニ依ツテ肛門ヲ狹メルト同時ニ、他方弛緩シ移動性トナツテ居ル直腸壁ヲ固定セシメル爲デアル。

又此方法ヲヤツテアレバ、ソノ中ニハ肛門括約筋ノ緊張モ、次第ニ恢復シテ來ヤウト云フ譯デアル。

從ツテ此ノ肛門括約筋緊張ノ回復ト、直腸壁ノ固定トガ、充分ニ行ハレテ居ナイ中ニ銀線ヲ除去スレバ、ヤガテ再發ヲ來スノハ當然デアル。

然ルニ直腸壁ノ固定ニ就テ考ヘテ見ルニ、銀線ノ挿入サレテ居ルノハ肛門部デアルカラ、瘢痕性ニ固定サレルノモ主トシテ直腸ノ下部デアルト思ハレル。此レ高度ノ直腸脱ガ Thiersch 法ノ適應症デ無イト云ハレル理由ノ一ツデアル。

今吾々ノ例ニ就テ見ルニ、退院時ニ於テモ肛門括約筋ノ緊張ハ甚シク弛緩シテ居タ從ツテ此ノ例ノ治癒原因ガ該筋緊張ノ回復ニ基クモノデナイ事ハ明デアル。然ラバ直腸壁ノ瘢痕性固定ガ其治癒原因ト考ヘラレナケレバナラス。

然ルニ吾々ノ例ハ直腸脱出約10糎デアルカラ、移動性ノ腸部分ハ約20糎ニ及ンデ居ル譯デアルガ、今述ベタ所ニ依ツテ勿論此ノ20糎ノ部分ガ全部瘢痕性ニ固定サレタデアラウトハ思ハレナイ。恐ラク固定サレタ部分ハ矢張り其下部ノ僅ナ部分ニ限ラレテ居ルデアラウ。又此患者ハ體軀倭小ノ男子デアリ、一般ノ筋發育モ貧弱デアツテ、臨床の検査ニ當リ、腹壓ヲ命ズレバ、肛門ヲ中心トシテ周圍一帯ガ著シク膨隆シタ事實

ヲ考へ合セテ見ルト、骨盤横隔膜 (Diaphragma pelvis) ノ筋固定モ甚ダ貧弱デアルコトガ想像サレ、或ハ其レガ直腸脱ノ原因ヲ爲シテ居ルノカモ知レナイノデアル。果シテソウデアレバ、此ノ場合ニハ Thiersch 法ハ本疾患ノ原因ニ對シテハ何事ヲモ爲シテ居ナイ譯デアル。

斯ク考へ來レバ、吾々ノ例ガ斯ク簡單ニ治癒シタ理由ニ就テハ、其理論の根據ハ目下ノ處甚ダ薄弱デアル、恐ラク「直腸下部ガ瘢痕性ニ固定サレタ」ト云フ以外ニハ見出し得ナイ様デアル。或ハ一定期間整復セル位置ニ保持サレタトイフ事ガ何等カノ治癒の機轉ヲ來シタモノカモ知レナイ。

然シ、トモアレ完全ニ治癒シタト云フ事ハ、動シ難キ事實デアル。其ガヨシ如何ナル機轉ニ依ルモノデアツテモ、從來一般ノ適應症ニ依ルヨリモ、遙ニ簡單ニシテ危険ナキ操作ニ依ツテ治癒シテ居ルノデアレバ、實際上ノ意義ハ重大デアル。

從ツテ吾々ハ此例ヲ以テ一ツノ偶然トシテ葬リ去ル事無ク、其實際問題トシテノ價值ニ注目シタイ。多クノ例症ヲ重ネテ居ル間ニハ、斯ノ如ク治癒スルノガ正常デアツテ、此ノ銀環法ニヨツテ治ラヌ場合ノ方ガ却ツテ例外デアル、ト云フコトニナラヌトモ限ラヌ。コレハ今後ニ貽サレタ問題デアル。

結 論

1. 吾々ハ發病來約30年ヲ經過シ、且ツ脱出約10糎ニ及ブ直腸脱患者ニ Thiersch 法ヲ行ヒ、尙術後僅々27日目ニ銀線ヲ除去シ、全ク之ヲ治癒セシムル事ヲ得タ。術後7ヶ月以上ヲ經過シタ今日ニ於テモ、再發ハ全然認メラレナイ。

2. 斯カル簡單ナル操作ニ依ツテ、斯カル相當高度ノ直腸脱ガ治癒シ得ルト云フ事實ヨリ見テ、吾々ハ直腸脱ニ對シテ、他ノヨリ高度ニ侵襲のナル手術ヲ行ハントスル場合ニハ、先ヅ原則トシテ其前ニ、此ノ銀環法ヲ行フベキモノデアルト考ヘル。

文 獻

- 1) **v. Bauer**: Der heutige Stand d. Behandlung d. Rektalprolapses. Ergebnisse d. Chir. u. Orthop. Bd. IV. 1912.
- 2) **Bier-Braun-Kümmel**: Chir. Operationslehre. Bd. IV.
- 3) **Garre-Kuttner-Lexer**: Handbuch d. prakt. Chir. Bd. III.
- 4) **Kischner-Nordmann**: Die Chirurgie. Bd. V.

Résumé

Pat. Y. Y. 39 j. Bürogehilfe, aufgenommen in die Klinik am 16. III. 1929 wegen Prolapsus recti.

Seit seinem 10. L. J. leidet Pat. an Prolapsus recti. In seinem 23. L. J. wegen der haemorrhoidalen Blutung operiert. Der Prolapsus ani wurde aber mit der Zeit

allmählich immer hochgradiger. In seinem 25. L. J. mass der prolabierte Teil ca. 3 cm, Seitdem neigt Pat. an Obstipation und somit nahm der Grad von Prolapsus recti rasch zu. Im Januar 1929 wurde der prolabierte Teil, ca 7 cm lang, eingeklemmt, konnte erst nach 5 Stunden reponiert werden. Am 12. III. 1929 wurde der ca. 10 cm lange Prolapsusteil wieder inkarzeriert und durch ärztliche Manipulation mit Mühe wiederhergestellt.

Status praesens. Ein kleiner Mann mit schwach entwickelter Muskulatur. Innere Organe ganz in Ordnung. Anus ektropioniert, sehr schlaff, 2 Ficus in ano sichtbar.

Die Schlussfähigkeit des Sphinkter ani ext. sehr schwach. Bei der Bauchpresse prolabierte das Rektum in einer Länge von ca. 10 cm. Die Rektalschleimhaut leicht gerötet und ödematös angeschwollen. Nirgends Geschwüre und Tumoren konstatierbar. Die Reposition sehr leicht. Bei ihm gibt es aber keine Defäkation ohne Prolapsus recti, der immer eine Länge von ca. 10 cm erreicht.

Operation am 18. III. 1929. Nach Thiersch wurde der Analring mittels eines Silberdrahtes verengert.

13. IV. (27 Tage nach der Operation) Der Draht wurde total entfernt, weil der Anus dadurch zu stark verkleinert worden war und daher der Pat. bei jeder Defäkation über Schmerzen klagte.

7. V. (51 Tage nach der Operation). Nach der Operation und auch selbst nach der Extraktion des Drahtes leidet der Pat. nicht mehr an Prolapsus. Das Leiden ist spurlos verschwunden. Die Defäkation regelmässig und dabei gar keine Beschwerden mehr wie vor der Operation. Als ideal geheilt entlassen.

18. XI. 1929. (8 Monate nach der Operation). Durch schriftliche Erkundigung wurde mitgeteilt, dass der Pat. sich voller Gesundheit erfreut und vom früheren Leiden, das ja den Patienten beinahe 30 Jahre quälte, gar nichts mehr spürt.

Angesichts der oben erwähnten klinischen Erfahrung sprechen wir dafür, dass wir bei der operativen Behandlung von Prolapsus recti — mag das Leiden noch so hochgradig sein — prinzipiell *in erster Linie von der regelrechten Thierschen Silberdrahtmethode den Gebrauch machen müssen, bevor wir uns für irgend eine eingreifendere Operation entschliessen.*