

臨床 床

腸囊腫ニヨル稀有ナル「イレウス」ノ一例

Ueber einen seltenen Fall von Ileus infolge Enterokystom.

Von Ass.-Prof. Dr. YASUO MORI.

Aus der chirurgischen Klinik der medizinischen Universität zu Nagasaki.

(Prof. Dr. K. Yokota.)

長崎醫科大學外科學教室(横田教授)

助教 醫學士

盛

彌

壽

男

緒 言

腸囊腫ハ甚ダ稀有ナル疾患ナリ。尙ホ此レガ「イレウス」ノ原因トナルコトハ更ニ稀ニシテ、余ノ寡聞ナル、僅カニ十七例ノ報告ヲ見ルニ過ギズ。本邦ニ於テハ田村氏ノ一報告アルノミナルガ如シ。

余ハ最近腸閉塞ヲ惹起シタル腸囊腫ノ一例ヲ經驗シタルヲ以テ茲ニ之ヲ報告セントス。

自家經驗例

○口○吉。生後二ヶ月。男兒。

主訴。嘔吐及ビ腹部膨滿。

遺傳及ビ既往症。同胞中死産一人。患者ハ第三子。滿期安産、母乳榮養。

現在症。約二週間以前哺乳後約一時間ニシテ吐乳セリ。且此頃ヨリ便秘シ、便通ハ二乃至四日ニ一行、腹部ハ漸次膨滿シ來リタリ。約十日以前ヨリ殆ンド毎日、二三回宛黃色惡臭アル吐物ヲ出セリ。一昨日高壓灌腸ヲ受ケ約七時間後排便アリキ。其ノ後ハ高壓灌腸ヲ行フモ排便及ビ放屁無ク、腹部ハ益々膨滿シ來リタリト。

初診時所見。體格中等、榮養可良ニシテ一般狀態ハ比較的平靜ナリ。皮膚蒼白。脈膊緊張良、一分時百四十至。體溫三十七度五分(攝氏)。心臟、肺臟ニ臨床上異常ヲ認メザリキ。

腹部ハ強ク膨滿シ、腸管形像及ビ蠕動ノ亢進セルヲ認メタリ。腹部ヲ觸診セシニ啼泣セリ。其ノ間廻盲部ニ腫瘍様ノ抵抗ヲ觸ルコトアリシモ忽チニシテ去リ之ヲ把持スルヲ得ザリキ。其ノ他ノ部ニハ抵抗、ソノ他異常ノモノヲ證明セザリキ。腸音ハ到ル處良ク聽診スルヲ得タリ。到ル處鼓音ヲ呈セリ。肛門空虚、肛門ヨリ觸診スルモ異常ヲ認メザリキ。

原因不明ノ「イレウス」トシテ直チニ手術ヲ行ヒタリ。

手術。麻醉ヲ施スコト無ク、臍ヲ中心トシテ正中線ニ於テ廣ク腹腔ヲ開ケリ。漿液性ニシテ稍々溷濁セル腹水少量アリタリ。小腸ハ到ル處強ク膨滿シオリタルモ大腸ハ萎縮シ居リタリ。廻盲部廻腸及ビ盲腸ノ一部ニ亘リ鶏卵大ノ腫瘍ヲミタリ。表面平滑、白色ヲ帶ビ緊滿シ盲腸ト共ニ良ク移動セリ。術中胃ガ強ク膨滿シ來リタルヲ以テ腫瘍ノ切除術ヲ行フコト無ク、單ニ廻腸横行結腸側側吻合術ヲ行フニ止メ手術ヲ終リタリ。

術中既ニ多量ノ排便ヲミタリ。

經過。其ノ後急性胃擴張ノ症狀ヲ呈シ來リタルヲ以テ胃穿刺ヲ行ヒ、黃綠色ノ液體及ビ「ガス」ヲ多量ニ排出セシメ一時症狀輕快シタルモ術後三日ニシテ死ノ轉歸ヲトリタリ。

剖檢所見。胃ハ強ク膨滿シ多量ノ「ガス」ト少量ノ液體トヲ容レ、小腸及ビ大腸ハ萎縮シ居リタリ。廻盲部廻腸ニ腫瘍アリテ、此ノ近傍ノ腸間膜ニハ多數豌豆大ノ淋巴腺ノ腫脹セルモノヲミタリ。廻腸及ビ上行結腸ト共ニ腫瘍ヲ切除セリ。剔出標本。〔第一圖〕腸全體ノ表面ハ平滑ニシテ廻腸(i)ハ結腸(c)ヨリモ太ク(廻腸ノ周圍六・八浬、上行結腸ノ

周圍四・五糧)、蟲様突起ハ後面ニ在リテ其ノ狀尋常ナリ。廻腸ガ盲腸ニ移行スル部ハ鶏卵大ニ腫脹シ(ト)境界明カナラズ。パウヒン氏辨ノ存スル部ニ一致シ腸軸ト直角ニ交ハレル皺(イ)アリテ隆起セリ。廻腸ノ末端ヲ後面ヨリ見ルニ略々其ノ中央部ガ示指頭大ニ扁平ニ腫脹セリ。觸診セシニ腫瘍ハ此ノ前後ニ腫脹セル部ニ相當シ居リテ弾力性軟、明カニ波動ヲ呈シタリ。

廻腸腔ニ水ヲ盛リタルモ盲腸ヲ移行スルコト無カリキ。

腸間膜ノ反對側ニ於テ腸腔ヲ開ケリ。〔第二圖〕腫瘍ハ廻腸ノ最下端、腸間膜側ニ偏シテ存シ廣キ基底ヲ有シ、廻腸腔内ニ強ク突出シパウヒン氏辨ノ部ニ於テ辛ウジテ消息子ヲ通ズルコトヲ得タルノミ。腫瘍ハ更ニ亦タ盲腸腔内ニモ突出シ從ツテパウヒン氏辨(B)ハ盲腸腔ニ向ヒテ強ク押シ出サレテ緊張シ居リタリ。

其ノ他ノ腸内面ニ就テハコレヨリ口方即チ廻腸粘膜ハ輕度ノ肥厚ヲ呈セルモ著シキ限居性病竈ナシ。腫瘍ノ表面(腸腔ニ向ヘル)ハ平滑ニシテ一樣ナル腸粘膜ヲ以テ被ハレ、其ノ形ハ卵圓形ヲ呈シ、其ノ長軸ハ腸軸ニ一致シ、長徑三・三糧、短徑二・二糧、高サ四・三糧ニ達セリ。

穿刺ヲ行ヒタルニ黃色粘稠、微カニ溷濁セル中性ノ液十蚝ヲ得タリ。此液ヲ檢鏡シタルニ赤血球、白血球ノ多數ト光輝アル顆粒ヲ含ム上皮様細胞少數トヲ認メタリ。圓柱狀細胞群、「コレステアリン」結晶、毛髮、食物殘渣等ハコレヲ證明スルコトヲ得ザリキ。蛋白反應ハ強陽性ナリキ。

進ンデ腫瘍ヲ開キタルニ其壁ハ略々一樣ニ菲薄ニシテ内面平滑、何處ニモ腸腔ト交通セル部無ク、腫瘍ハ全部一室ヨリナレル囊腫ニ外ナラザリキ。

顯微鏡の所見。囊壁ハ小腸ノ構造ヲ呈セルモ場所ニヨリ多少其ノ趣ヲ異ニシ、或個所ニ於テハ〔第三・四圖〕粘膜、筋層等良ク發育シ、或個所ニ於テハ〔第五圖〕粘膜ヲ缺キ、或ハ筋層ノ發育不良ナル部アリ。ソノ良ク發育セル部ニ於テハ囊腔ニ面セル囊壁ハ一層ノ圓柱狀細胞ヲ以テ覆ハレ、且ツ腺様ニ陷沒セル部多ク、リーベルキューン氏腺ヲ髮髯セシム。

粘膜筋層ハ良ク發育シソノ下方ニ粘膜下結締組織、輪狀滑平筋、縱走滑平筋アリ。

殊ニ興味アルハ接續セル小腸壁ト囊壁トノ移行部ニシテ、「第六圖」此部ニ於テハ腸縱走筋ハ腸壁ヨリ分離シテ囊腫ノ外側(漿膜側)ヲ走り、囊壁ニ屬スル縱走筋ト共ニ囊壁ノ一部ヲ形成シオレリ。

腸腔ニ突出セル部ノ囊壁ヲ腸腔側ヨリ數フレバ「第三圖」。一、腸粘膜。二、腸粘膜筋層。三、腸粘膜下結締組織。四、腸輪狀筋。五、縱走筋。六、輪狀筋。七、粘膜下結締組織。八、粘膜筋層。九、粘膜ナリ。

漿膜側ノ囊壁ヲ外方ヨリ數フレバ「第四圖」。一、漿膜。二、縱走筋(此ノ縱走筋ハ腸壁ニ屬スルモノト囊壁ニ屬スルモノト合併セルモノナレドモ兩者ヲ區別スルコト困難ナリ)。三、輪狀筋。四、粘膜下結締組織。五、粘膜筋層。六、粘膜ナリ。即チ本囊腫ハ、Rothノ所謂單純性腸囊腫ニシテ且腸筋層内ニ位スルモノナリ。

綜 說

一、定義、發生ニ關スル説明及分類

腸囊腫ハ千八百八十一年 Roth ニヨリテ初メテ記載セラレタル疾患ニシテ、彼ニ從ヘバ腸囊腫 (Enterokystom; Darmkystom; Darmzyste) トハ液體ニテ滿サレタル先天性ノ囊腫ニシテ、ソノ壁ハ略々腸管ト同一ノ構造ヲ有スルモノヲ言フ。Roth ハコレヲ發生上及ビ臨床上ノ意味ヨリニ群ニ分チタリ。

第一群。發生學上正常ノ腸管ガ多數囊狀ニ離斷セラレテ生ジタル腸囊腫。

コレハ胎兒期ノ腹膜炎ノ結果、腸管ガ絞縛離斷セラレテ生ズルモノ最モ多シ。Rokitansky ニヨレバ腸間膜ノ軸轉捩ニヨリテモ生ズルモノナリト言フ。本群ニ於テハ腸管ノ通路ハ此ノ部ニ於テ斷タル、ヲ以テ胎兒ハ生命ヲ保ツコトヲ得ズ。

第二群。發生學上腸管ノ發育異常ニ歸スベキモノ。

本群ニ於テハ腸管ノ通路ノ斷タル、コトナキヲ以テ、此ノ意味ニ於テ生命ニ危險ヲ及スコト無シ。

本群ヲ更ニ分チテ三類トセリ。

- a. 雙胎ノ廢殘物ト見做スベキモノ。(Schäfer-Kiebs)
- b. 畸形性臓器或ハ組織ト連絡アルモノ。(Sänger u. Klopp; Bräuer u. Weigert)
- c. 腸ノ異常側方附屬物ヨリ生ズルモノ。此内メッケル氏憩室ヨリ生ズルモノヲ最モ多シトナス。是レヲ單純性腸囊腫ト名付ケタリ。

Sänger ハ臍腸管ヨリ生ジタル囊腫ト腸管ノ「アンラージュ」ガ側方ニ於テ絞扼セラレテ生ジタル囊腫トヲ區別シ、前者ヲ *Cystides intestino-vitellinae* 後者ヲ *Cystides intestinae* ト名付ケタリ。

Bencke ハ Sprengel ノ報告シタル一例ニ就キ該腸囊腫ハ臍腸管ノ殘存物ヨリ生ジタルモノトスルヨリハ寧ロ、外胚葉ノ胚芽ガ迷入シテ皮膚様囊腫ヲ生ズルト全ク同様ノ方法ニヨリテ、内胚葉ノ胚芽ガ迷入シテ生ジタル囊腫ナリトスベキコトヲ説明シ、此ノ如キ胚芽迷入ニヨリテ生ジタル腸囊腫ヲ *Ento-dermoid* ト名付ケ臍腸管ヨリ生ジタル腸囊腫ト區別スベキヲ提議セリ。Gfeller ハ此說ニ賛成セシノミナラズ更ニ進ンデ Roth ノ所謂單純性腸囊腫(第二群c)ヲモ總テ *Ento-dermoid* ト稱スベシト言ヘリ。

Colmes ハ Bencke 及 Gfeller ノ說ニ反對シ單純性腸囊腫ノ總テヲ臍腸管ノ殘存物ヲ以テ説明セントシタリ。

二、罹患數、年齡及性別

本疾患ハ一千七百年 Raesfeld ニヨリテ初メテ報告セラレテ以來今日ニ到ル迄五十數例ノ報告アルニ過ギズ。本邦ニ於テハ松岡氏及田村氏ト余トノ三例アルノミナルガ如シ。(茂木氏ハ其著茂木外科各論ニ自家經驗トシテ一圖ヲ掲ゲアルモ詳シキ記載ナシ)。

乳兒及ビ小兒ニ多ク成年者ニハ稀ナリ。Buzai ノ七十七歳ノ男、Reegner ノ六十九歳ノ女ヲ最高トナス。男女略々同數ナリ。

三、病理解剖的所見

數。一個一室ヲ通例トス。全數ノ約二十四%ニ於テ一個以上ノ囊腫ヲ發見ス。(Sänger und Klop; Henning; Roth (II); Runkel; Anderson; Seeligmann; Dittrich (IV); Hueter; Lens; Roegner; Bauer (I) u. (II) etc.)

又多室ニハアラザレド、表面粗大ノ隆起アリテ一見多室囊腫ノ如キ觀ヲ呈スルモノアリ。(Buchwald; Froelich; Kulenkampf; Pueschmann etc)

大イサ。種々雜多ナリ。ソノ大ナルモノハ分娩障礙ヲ來セルモノアリ (Henning; Säger und Klop)・Braunノ二十五糎×十八糎×十二糎・Rimbach及ビ Studsgaardノ大人頭大ヲ最大トナシ・Runkelノ六十三糎・Lensノ五十三糎ヲ最長トナス。

内容。通常淡黃色、多少溷濁セル、粘稠、硝子體様、無臭ノ液體ニシテ、灰白色ノ小絮片ヲ混ズルコトアリ。囊腔ト腸腔トノ間ニ交通アルトキハ膽汁、細菌其他ノ腸内容物ヲ發見スルコトアリ (Fröhlich; Roth (II))。炎症其他種々ナル條件ガ加ハルコトニヨリ内容モマタ種々ニ變化シ漿液様、血様 (Roth (II); Quensel (III); Anderson; Nasse)・「チョコレート」様 (Schad; Kulenkampf; Anderson; Sprengel; Studsgaard)・乳様 (Hedinger; Rogers; Kostlivy)・黒綠色胎便様 (Hueter) ナルアリ。Buchwaldハ「アセトン」臭強キ一例ヲ報告セリ。

内容ノ顯微鏡的所見。赤血球、白血球、圓柱狀細胞、脂肪球ヲ含ム上皮様細胞等ガ種々ナル割合ニアリ。尙ホコレニ「コレステリン」結晶 (Batte; Anderson; Sprengel; Colmers; Schaad)・脂肪酸結晶 (Colmes)・石灰石 (Colmers)ヲ混ズルコトアリ。

位置。廻腸下端ニ最モ多シ。

廻腸下端部(就中メッケル氏憩室ガ通常存スル部)

四六・六%

廻盲部廻腸部

一七・七%

廻盲部

一二・三%

空腸部	一一・一%
腹壁内	一一・一%

ソノ他胃部 (Anderson; Singer und Kloppe)、後腹膜内 (Roth (II))、胸廓内 (Less; Roth (II))、薦骨部 (Kuzmnik) ニ在ルコトアリ。

腸管壁トノ關係。腸間膜附着部ノ反對側ニ多シトセラレタルモ Forster ノ腸間膜内囊腫二十五例ノ報告以來腸ノ兩側ニ於ケル數ハ略々同數トナリタリ。

漿膜下ニ在ルモノ最モ多ク、腸管筋層内ニ在ルモノハ比較的少シ (Gfeller; Seeligmann; Krogius; Hansson; Neupert; Dietrich (I) und (III); Fraenkel?)、粘膜下ニ在ルモノハ稀ナリ (Quensel (I) u. (II); Hueter)。

腸腔ト囊腔トノ交通。通例交通ナシ。交通アルモノモ稀ナラズ (Sänger und Kloppe; Roth (I) u. (II); Hansson; Tiedmann; Buzzi; Rimbach (I); Fröhlich; Morton etc. 内 Sanger und Kloppe ノ例ハ十二指腸腔ト交通シ Morton ノ例ハ蟲様突起ト交通アリタリ)。

莖ヲ有スルモノアリ (Runkel; Rimbach (II); Roegner; Kostlivy; Hedinger)。

壁ノ構造。腸管ト略々同一ノ構造ヲ有ス。粘膜ハ萎縮セルモノ多シ。上皮ハ通常一層ノ圓柱狀細胞ヲ以テ覆ハレ所々腺様ノ陷沒アルモノ多シ。上皮ハ此外、扁平上皮細胞ヲ以テ覆ハル、モノアリ (Hedinger; Bauer (I))、同一囊腫内ニ於テモ或個所ハ一層ノ圓柱狀細胞、或他ノ個所ニ於テハ多層圓柱狀細胞、或他ノ個所ニ於テハ多層扁平上皮細胞ヲ以テ覆ハル、モノアリ (Gfeller)。顫毛圓柱細胞ヲ以テ覆ハル、モノアリ (Neumann; Kölliker; Kostlivy)。マタ杯狀細胞ヲ混ズルアリ (Pueschmann; Hueter; Anderson; Nasse; Roth (II); Terrier et Lecène; Bauer (II); Roegner)。淋巴濾胞様ノ組織アルモノアリ (Hueter; Krogius; Sprengel)。神經細胞アルモノアリ (Colmers; Hedinger; Roth (II))。大腸ノ構造ヲ有スルモノアリ (Kuzmnik)、十二指腸ノ構造ヲ有スルモノアリ (Priehard)、粘膜ヲ缺如セルモノアリ (Fraenkel; Battle;

Leuss (I) u. (II); Rimbach)、粘膜筋層ニツナガラ缺如セルモノアリ (Quensel (III); Rogers)、又筋層ノ良ク發育セルモノアリ (Quensel (II); Roth(I); Dittich (II))、筋層アルモ粘膜筋層ノ良ク發育セルモノナリヤ、固有筋層ナルカ識別シ難キモノアリ (Quensel (I))、壁ハ厚キハ Rimbach ノ「二糧」Quensel (II) ノ正常腸壁ノ二倍ナルアリ、又紙様ニ菲薄ナルアリ (Seeligmann; 田村; Kulenkampf; Pueschmann)。

四、二次的變化

一、上皮ガ乳嘴狀腺腫様増殖ヲ營メルモノアリ (Anderson; Runkel; Hueter; Terrier et Lecène; Kleinhaus; Zumminkel)。

二、肉腫ヲ生ゼルモノアリ (Quensel (III) 囊壁ノ一部ガ紡錘形細胞肉腫トナリ腸腔ノ狭小ヲ來シオリタリ)。

三、結核ニ犯サレタルモノアリ (Quensel (IV) 腸結核アリ、囊腫ハ腸腔ト交通ナキニカ、ハラズ囊腔内面ニ結核ヲ證明シタリ)。

四、化膿ヲ來セルモノアリ (Neupert 内容ハ膿様ナリシモ細菌ハ證明スルコトヲ得ザリキ)。

五、囊壁ニ石灰ノ沈着ヲ來セルモノアリ (Morton)。

Mintz ノ例ハ明確ナル記載ナキモ腺癌ニ變化セル疑アリ。

五、臨床的意義

全症例ノ約五分ノ四ハ臨床症狀ヲ呈セリ。

一、分娩障礙ヲ來セルモノ (Henning; Säuger und; Klopp)

二、臍瘻ヲ形成セシモノ (Roser; Zumminkel)。

三、臍「ヘルニア」ノ内容トナリタルモノ (松岡、Mintz)。

四、腹部腫瘍ヲ形成セシモノ (Rimbach (II); Battle; Morton; Colmers; Studsgaard; Bauer (II); Anderson; Kleinhaus;

Schaud; Roegner; Kostiv)。

五、薦骨部腫瘍ヲ形成シタルモノ (Kuznik)。

六、腹水ヲ來セシモノ (Terrier et Lecène)。

七、莖轉振ニヨル腹膜炎ヲ惹起セシモノ (Both (I))。

八、穿孔性腹膜炎ヲ來シタルモノ (Pueschmann)。

以上分娩障礙トナリタル二例ヲ除ク十八例中、手術ヲ行ヒタルモノ十六例アリ、此内再發一例、治癒十一例、死亡一例記載ナカリシモノ三例ナリ。

九、機械的「イレウス」ノ症狀ヲ呈シタルモノ十七例アリ。

a 樞軸轉振ヲ起セシモノ (Rogers; Gfeller; Quensel (III); Bauer (I); White?)。

b 屈曲ヲ來セシモノ (Rimbach (I); Buchwald; Kulenkampf)。

c 腸疊積ヲ來セシモノ (Lundmark; Hansson; [Spengel])。

d 腸狹窄ヲ來セシモノ (田村, Fraenkel; Krogius; [Neupert])。

e 腸盲管ヲ形成セシモノ (Nasse)。

f 明記ナカリシモノ (Prichard; Hedinger; Müller, R.; Dush?)。

(内 Spengel ノ例ハ「イレウス」ノ症狀ヲ缺キ單ニ腹部腫瘍ノ症狀ヲ呈シ、Neupert ノ例ハ蟲様突起炎様ノ症狀ヲ呈セリ。Dush ノ報告例モ恐ラク腸囊腫ナリシナルベシ)。

六、臨床症狀ヲ呈シタル症例

〔括弧内ハ報告者ノ名ヲ示ス〕

(1) [Henning]——胎兒。女。頭部ハ鉗子分娩ヲナシタルモ軀幹以下ヲ娩出セシムルコトヲ得ズ、胎兒ハ中途ニシテ死亡シタルヲ以テ、頭蓋破砕器ヲ以テ胸廓及ビ腰部ヲ破砕シ約三立、水様ノ液ヲ出シテ娩出セシムルコトヲ得タリ。囊腫ハ廻腸ノ殆ンド全長ニ亘リ、腸間膜内ニ在リタリ。尙ホ頭部ニ李實大ノ一囊腫アリタリ。

(2) [Gänger und Klapp]——九ヶ月ノ早産兒。女。腹部ヲ娩出セシムルコト能ハズ。牽引ヲ繰返シ行ヒタルニ遂ニ腹部破裂シ、多量ノ液ヲ出シヤウヤク娩出セシムルコトヲ得タリ。剖檢所見。内臓ノ位置異常、脾臓十六個、囊腫五個アリタリ。内二個ハ十二指腸ト連絡シ他ノ三個ハ胃ノ後方ニ在リタリ。囊壁ニハ肝臓ノ構造ヲ證明セリ。

(3) [Boer]——若キ男。臍部ノ腫瘍ノ手術ヲ受ケテ以來粘液様ノ分泌物ヲ出セル瘻孔ヲ殘セリ。手術ニヨリ赤色疣狀ノモノヲ剔出シクロールチンクニテ腐蝕セリ。治癒。

(4) [Zinnwinkel]——七歳。生來臍ノ左方ニ瘻管アリ粘液ヲ出セリ。深サ一糎ノ部ニ腔アリキ。手術。櫻實大ノ腫瘍ヲ剔出。治癒。

(5) [Minc]——四十二歳。女。十五年來様實大ノ臍「ヘルニア」アリキ。「ヘルニア」根治手術及其内容タリシ腫瘍剔出術ヲ行ヒタリ。剔出標本ハ海綿狀ヲ呈セリ。(組織的檢索ヲ缺ク) 四年後再發。様實大ノ硬キ腫瘍。剔出術。組織的所見。所々腺管群ヲナシテ種々ノ方向ニ走り周邊ハ若キ結締組織ヲ以テ包マレオリタリ。

(6) [Rimbach (II)]——二十八歳。女。三四年來漸次増大スル腹部腫瘍。手術。大網ニテ包マレタル大人頭大、太キ莖ヲ有スル囊腫。粘膜ヲ缺如セリ。

(7) [Bate]——二十五歳。女。八年前黃疸、腹水ヲ來シタルコトアリ。左季肋部ニ鶏卵大ノ腫瘍ヲ自ラ觸知シタリ。硬度軟、壓痛アリキ。剔出。治癒。腫瘍ハ橙實大、白色光澤アル囊腫ナリキ。内容ハ黃色「ベンキ」様ニシテ蛋白ヲ多量ニ含ミオリタリ。

(8) [Morton]——三十五歳。男。手術。廻腸ノ最下端腸間膜内ニ鶏卵大ノ囊腫アリテ腸腔ニ突出シオリタリ。囊腔ト蟲様突起トノ交通アリタリ。囊壁ニハ石灰沈着ヲ證明シタリ。治癒。

(9) [Schad]——三十二歳。女。臍ノ下方ニ小兒頭大、緊満シ比較的良ク移動スル腫瘍アリタリ。手術。臍下二横指、腹壁内ニ小兒頭大ノ囊腫アリキ。尙ホ一小囊腫アリテ兩囊腔ハ交通シオリタリ。

(10) [Colmers]——四十六歳。女。運動時ノ腹痛及ビ腹部腫瘍。手術。小鶏卵大ノ囊腫ガ臍部腹壁内ニ在リタリ。剔出。治癒。

(11) [Terrier et Terehe]——三十三歳。女。一ヶ年以前ヨリ腹水アリ、一ヶ月以前ヨリ腹痛及ビ消化障礙アリタリ。穿刺ニヨリ十立ノ腹水ヲ出シタル後右下腹部ニ腫瘍ヲ觸知シタリ。十四日後ニハ再び以前同程度ノ腹水ノ溜溜ヲミタリ。開腹。廻盲部腸間膜内ニ手拳大ノ囊腫アリタリ。剔出。治癒。内面ハ腺腫様ノ構造ヲ呈セリ。壁ハ結締織性ニシテ強キ炎症ノ像ヲ呈セリ。

(12) [Roth (I)]——一年四ヶ月。男。嘔吐及ビ便秘アリタリ。剖檢。廻盲辨上六十六糎ノ部ニ十一糎ノ莖ヲ有スル鷲卵大、腸腔ト交通アル囊腫アリタリ。囊腫ノ頂ハ大網ヲ以テ包マレ莖ハ捻轉シオリタリ。

(13) [Studegard]——十四歳。女。一歳ノ時腹部膨滿シ、二回穿刺ヲ受ケ數立ノ黃色ノ液ヲ出シタルコトアリキ。腹部ノ殆ンド右半分ヲ占ムル表面平滑、波動ヲ呈スル腫瘍ヲ觸知シタリ。腹水ノ症狀ハ證明スルコト能ハザリキ。開腹。大人頭大ノ囊腫ガ腸間膜内ニ在リ、ソノ表面ハ大網ヲ以テ覆ハレオリタリ。剔出。治癒。

(14) [Bauer (II)]——四十一歳。女。腹部ニ打撲ヲ受ケテ後一ヶ年半ニシテ腹部膨滿シ來リタリ。左腹部ニ小兒頭大、波動ヲ呈シ、移動性少キ腫瘍ヲ解知

シタリ。開腹。腫瘍ハ後腹膜内、胃ト横行結腸トノ間ニ位シニ室ヲ有スル囊腫ナリキ。剔出。治癒。

(15) [Anderson]——五十九歳。女。十年來臍石様ノ疝痛發作及ビ慢性下痢アリタルガ近來此等ノ症狀増悪シ來リタリ。六週間以前患者ハ自ラ腹部ニ腫瘍アルコトヲ發見シ且ツ漸次増大スト言ヘリ。一週間以前ヨリ下痢、嘔吐アリ爲メニ食物ヲ攝取スルコト能ハザリキ。開腹。空腸漿膜下ニ小兒頭大、胃ノ前壁、小腸及ビ結腸ト癒着セル囊腫アリタリ。囊腫ヲ膜壁ニ縫合シ切開セリ。死亡。剖檢。叙上ノ囊腫ノ外ニ五個ノ囊腫アリタリ。(胃後壁、幽門ノ後方、大網後葉多室)及空腸ニ二個)

(16) [Kleinhaus]——六十七歳。女。手術。臍ト恥骨縫際トノ間ニテ腹壁内ニ瓢箪形ノ腫瘍アリタリ。腫瘍ノ上部ハ囊腫、下部ハ實質性ニシテ膀胱ト結合シオリタリ。

(17) [Roegner]——六十九歳。女。二ヶ年以前ヨリ腹部膨滿シ來リ時々激シキ腹痛アリ、腹部ノ腫瘍ハ増大シ、尿意頻數、及ビ便秘ヲ來シタリ。開腹。小腸々間膜内ニ在リ、約六糎ノ幅廣キ莖ヲ以テ小腸ト結合セル多室ノ膠様囊腫アリタリ。腸間膜根及ビ大網ニモ多數粟粒大、眞珠様ノ光澤ヲ有スル小結節ヲ認メタリ。剔出。治癒。

(18) [Kostlin]——五歳。女。歩行シ初ムル頃腹部膨滿シキタリ。近來食物ヲ多量ニ攝ル時、屢々約一時間経續スル激シキ腹痛ヲ來シ、時ニ嘔吐スルコトアリタリ。ソノ際患者ハ自ラ腹部ヲ強ク壓迫スルヲ常トセリ。便通尋常。腹部ハ膨滿シ、皮下靜脈怒張シオリタリ。臍ノ周圍ハ廣ク濁シ、此部ニ軟、波動ヲ呈シ、壓痛ヲ缺ク腹癆ヲ觸知シタリ。手術。小骨盤腔ニ小兒頭大ノ囊腫アリ。穿刺ニヨリ乳様ノ液一立ヲ得タリ。囊腫ハ一室、手拳ニ倍大、菲薄ナル壁ヲ有シ、空腸ノ起點ヲ去ル四十糎ノ部ノ小腸々間膜内ニ在リ、腸ニ向ヘル莖ヲ有セリ。剔出。治癒。

(19) [Kuznik]——十七歳。女。生來薦骨部ニ腫瘍アリタリ。六歳ノ頃手術ヲ受ケ一時治癒シオリタルモ其後再ビ同處ニ腫瘍表ハレ漸次ソノ大イサヲ増加シ來リタリ。十三歳ノ時炎症症狀ヲ呈シ、自潰シ、爾來同處ニ瘻孔ヲ殘シ、常ニ少量ノ少シク潤濁シ、不快臭アル分泌物ヲ出セリ。腫瘍ハ小兒手拳大、一パスタル様ノ硬度ヲ有セリ。瘻孔ノ深サ約八糎。剔出術。治癒。囊腫ハ全然孤立シ腸等トノ間ニ交通ナカリキ。又薦骨ノ狀尋常ナリキ。内容、黃褐色粥様、惡臭アリ、澱粉及纖維ヲ證明シタリ。囊壁ハ大腸ノ構造ヲ呈セリ。

(20) [Bauer (1)]——四歳。女。七週間以前ヨリ臍部ニ限局セル腹痛ト嘔吐アリタリ。ソノ際腹部ニ腫瘍アルコトヲ發見セラレタリ。カ、ル症狀ハ灌腸スルコトニヨリ直チニ治スルヲ常トセリ。發作時所見。腹部ハ輕度ニ膨滿シ臍ノ少シク左方ニ表面平滑、ヨク移動シ、波動ヲ呈シ、壓痛ナキ鷄卵大ノ腫瘍ヲ觸知シタリ。開腹。潤濁セル黃色ノ腹水アリタリ。囊腫ハ鷄卵大、青色ヲ呈シ、小腸上部ノ腸間膜内ニ在リ、此囊腫ノ兩側ノ小腸ハ七百二十度捻轉シオリタリ。切除術。腹膜炎。死亡。叙上ノ囊腫以外ニ胡桃大ノ囊腫アリタリ。囊腔ハ互ニ交通セリ。内腔ハ扁平上皮下ニ覆ハレ筋層ヲ缺ケリ。

(21) [White]——四歳。男。約一ヶ年以前突然強キ惡心及ビ嘔吐アリテ心窩部ニ球形、彈性アル腫瘍ヲ表ハレタルコトアリタリ。ソノ際腫瘍ハ壓痛無ク、吐物ハ膽汁ヲ混セル胃液ニシテ、糞臭ナク、便通尋常、熱發モナカリキ。腸重積症ノ診斷ノモトニ手術ヲ行ハントシタルニ數時間後腫瘍ハ自然ニ消失シ症狀モマタ去リタリ。其後カ、ル發作ハ三—六週間ノ間隔ヲオキテ屢々起リタリ。發作ノ強度、繼續時間、腫瘍ノ大イサ等ハ一定セズ、發作ハ前驅症狀ナク起リ、惡心、嘔吐及ビ腹痛ヲ伴ヒ腫瘍ハ心窩部ニ表ハル、ヲ常トセリ。發作時所見。心窩部ニ橙實大、表面平滑、壓痛ナク、ヨク移動シ、直腸内ヨリモ觸診ス

ルコトヲ得タル弾力性ノ腫瘍アリタリ。食ヲ制限シ、大量ノ灌腸ヲ徐々ニ行ヒタルニ腫瘍ハ消失シタリ。

開腹術。「ポール」大ノ囊腫ガ廻腸腸間膜内ニ在リタリ。切除術。治癒。恐ラク腸捻轉ヲ起シタルモノナルベシ。

(22) [Prihard]——十五歳。男。從來時々發作的ニ下腹部ニ疼痛性ノ腫脹ヲ來セルモ數分後ニハ「グル音」ト共ニ腫瘍ハ消失シ、何等ノ症狀モ殘サザルヲ常トセリ。開腹術。腸間膜内ニ大ナル囊腫アリ。脊柱ニ向ヘル莖アリタリ。切除術。治癒。囊壁ハ十二腸ノ構造ヲ呈シオリタリ。

(23) [Pueschmann]——七歳。男。平生ヨリ便秘ノ傾向アリタリ。突然嘔吐腹痛アリテ全腹膜炎ノ症狀ヲ呈シ來リタリ。剖檢。「ミルクコーヒ」様、糞ヲ混ズル腹水アリタリ。空腸腸間膜ノ兩側ニ、腔ノ交通セル林檎實大、一見二個ノ囊腫ノ如キ觀ヲ呈セル囊腫アリタリ。囊腫及腸壁兩者ニ穿孔ヲ認メタリ。

(24) [Rogers]——二十三歳。女。三日以前ヨリ排便ナク、痼痛ヲ伴ヒタリ。腸閉塞、腹膜炎ノ症狀ノモトニ死亡セリ。剖檢。腹膜炎アリキ。廻腸最下端、腸間膜内ノ囊腫ガ右小骨盤腔内ニ在リタリ。腸ハ此部ニテ捻轉シオリタリ。

(25) [Geller]——十一歳。女。五歳ノ頃發作的ニ嘔吐及腹痛アリキ。突然痼痛及嘔吐ヲ起シ來レリ。右季肋部ニ濁音、壓痛アルモ抵抗ハ何處ニモ觸知スル能ハザリキ。開腹。腸軸ハ三百六十度捻轉シオリタリ。小骨盤腔内ニ橙實大ノ囊腫アリキ。剔出術。治癒。

(26) [Quensel (III)]——六十二歳。女。周期的ノ便秘アリキ。突然腹痛、嘔吐アリ、糞臭ヲ帶ブル吐物ヲ出セリ。左骨盤腔内ニ腫瘍ヲ觸知セリ。開腹。廻盲辨ヨリ五十七糎上方、腸間膜附着部ノ反對側ニ腫瘍アリタリ。切除術。死亡。腫瘍ハ二部ヨリナリ囊狀ノ部ハ腸腔外ニ、實質部(肉腫)ハ腸腔内ニ突出シオリタリ。小腸ハ此部ニ於テ軸捻轉ヲ管ミオリタリ。

(27) [Rimbach (I)]——二十五歳。女。腹水ヲ伴ヘル腹部腫瘍。腸狭窄ノ症狀ノモノニ死亡セリ。剖檢。腸間膜附着部ノ反對側ニ直徑十七糎、壁ノ厚サ二糎腸腔ト交通アル囊腫アリタリ。此部ニテ腸ハ屈曲シオリタリ。

(28) [Buchwald]——六歳。男。突然嘔吐アリ排便ナシ。手術。十二指腸ノ下方半米ノ部ニ腎臟形ノ囊腫アリ。是ガ腸ヲ壓迫、屈曲セシメテ腸ノ不通ヲ來シタルモノナリキ。切除術。死亡。本囊腫ハ腸腔ト交通アリタルニカ、ハラズ囊腫内容ト腸内容ハ全然別種ニシテ囊内容ハ「アセトン」臭強カリキ。

(29) [Kulenkamp]——三歳。男。時々痼痛、便秘アリキ。突然嘔吐シ黒褐色ノ吐物ヲ出セリ。死亡。剖檢。腹部ハ膨滿シオリタリ。廻盲辨ノ上方四十糎ノ部ニ大人手拳大、腸間膜内ニ在リテ、菲薄ナル壁ヲ有セル囊腫アリタリ。腸ハ此部ニ於テ屈曲シオリタリ。

(30) [Spengel]——十五歳。女。四歳ノ頃ヨリ周期的ニ下腹部ノ疼痛及ビ便秘アリ、時ニ嘔吐セリ。臍ノ上方ニ横タハレル腫瘍ヲ觸知シタリ。「イレウス」ノ症狀ヲ缺ケリ。手術。上行結腸内ヘ廻腸重積シオリタリ。整復セシメテ檢シタルニパウヒン氏辨内ニ三糎×三糎ノ囊腫アリタリ。切除、吻合術。治癒。

(31) [田村]——生後十五日。女。生後第六日目ヨリ便通ナク一日一、二回ノ嘔吐アリタリ。第八日目ニハ吐物糞臭ヲ帶ビ來リタリ。腹部膨滿シ蠕動亢進廻盲部ニ小鶏卵大ノ硬キ腫瘍ヲ觸知シタリ。手術。腫瘍ヲ穿刺シ剔出セリ。廻盲部廻腸ノ囊腫ニシテ腸腔内ニハ突出シオラザリキ。死亡。

(32) [Frenkel]——生後十一日。女。生後第三日目ヨリ排便無ク、糞臭ヲ帶ビタル吐物ヲ嘔吐セリ。剖檢。廻腸下端、腸間膜内ニ直徑二・五糎ノ囊腫アリテ廻腸及ビ盲腸腔内ニ著シク突出シ、爲メニパウヒン氏辨ハ著シク緊張シ居リタリ。

(33) [Krogus]——生後二ヶ月。女。二週間以前ヨリ便秘シ、三日ニ一度位嘔吐アリタリ。後吐物ハ糞臭ヲ帶ビ來リ、腹部膨滿シ來リタリ。腫瘍ハ臨床上

證明スル能ハザリキ。手術。一、人工肛門造設術。二、切除術。失血死。右腸骨窩内、バウヒン氏辨ニ近接シテ、腸間膜附着部ノ反對側ニ白色鳩卵大ノ囊腫アリテ著シク腸腔内ニ突出シオリタリ。

(34) [Neuper]——十歳。男。廻盲部ノ疼痛及ビ抵抗。手術。バウヒン氏辨ヲ距ル十樞上方ニ鶏卵大ノ囊腫アリテ腸間膜附着部ノ反對側ニ位シ、腸腔及ビ漿膜側兩側ニ突出シオリテ腸腔ヲ狭メオリタリ。切除術。治癒。

(35) [Nase]——生後六日。男。生後二十四時間後綠色ノ液ヲ嘔吐シ、乳ヲ攝取セザリキ。左腹側ニ林檎實大ノ腫瘍ヲ觸知シタリ。開腹。幽門ヨリ八十五樞、バウヒン氏辨ヨリ八十樞ノ部ニ鶏卵大ノ囊腫アリ、囊腫ノ兩側ニ於テ腸管ハ盲管ヲ形成シオリタリ。腹膜炎ノ痕跡ハ認メザリキ。人工肛門造設術、同時ニ剔出術。死亡。

(36) [Hedinger]——四歳。男。平生腹部膨滿ニ惱メリ。突然腹痛、嘔吐及ビ便秘アリ、發病後八日ニシテ死亡シタリ。剖檢。腹腔ノ下半ヲ占ムル大ナル卵圓形ノ囊腫ガバウヒン氏辨ノ直上、腸間膜内ニアリテ腸ニ向ヘル莖アリタリ。

(37) [Lundmark]——生後五ヶ月。女。腸重積症。手術。治癒。

(38) [Hansson]——腸重積症。廻盲部ニ腸腔ト交通アル囊腫アリタリ

(39) [Müller, R.]——長サ四樞ノ囊腫ガ小腸腸間膜内ニアリ、腸閉塞ヲ惹起シタリ。手術。死亡。

(40) [Müller, W.]——四十歳。廻盲部ノ囊腫。剔出。治癒。

(41) [Dush]——小兒。食思不振、便秘、嘔吐ヲ來シ遂ニ「イレウス」ノ症狀ヲ呈シ來リタリ。灌腸セザレバ排便ナカリキ。腹部膨滿シ、心窩部、臍下、右肝臟下及ビ左季肋下ニ囊腫様腫瘍ヲ觸知シタリ。開腹シテ診斷ヲ確カムルコトヲ得ザリシカド、恐ラク腸囊腫ナリシナルベシ。

(42) [松岡]——三十八歳。女。四ヶ年以前第一回ノ分娩アリキ、ソノ後腹壓ヲ加フルトキ又ハ歩行スル時臍ノ下方ニ腫張ヲ來シ、之ニ指壓ヲ加フレバ消失スルヲ常トセリ。「ヘルニア」根治手術。「ヘルニア」内容ハ豌豆大ノ囊腫ナリキ。囊壁ハ小腸ノ構造ヲ有セリ。

考 察

一、發生ノ機轉ニ就テ

叙上ノ余ノ經驗シタル一例ハ廻腸最下端ニ位シ腸腔内ニ強ク突出セル一室一個ノ囊腫ニヨリテ腸腔ノ閉塞ヲ來シ「イレウス」ノ症狀ヲ呈シタルモノニシテ、廻腸橫行結腸側々吻合術ヲ行ヒ腸閉塞ノ症狀ヲ除クコトヲ得タルモ、術後急性胃擴張ノ症狀ノモトニ死ノ轉歸ヲトリタルモノナリ。此囊腫壁ハ既ニ顯微鏡的所見ノ條下ニ於テ記載シタルガ如ク小腸ノ定型の構造ヲ示ス。即チ Roth ノ所謂單純性腸囊腫ナリ。而テ其ノ腸管ニ對スル位置ハ比較的稀有ナル例ニ屬スル腸管兩

筋層内ニ在リタリ。

所謂單純性腸囊腫ノ發生ニ關シテハ既ニ記載シタルガ如ク、Roth 一派ノ腸ノ異常側方附屬物殊ニメッケル氏憩室ヨリ生ズルモノナリトスル説ト、Beneke 一派ノ胚芽迷入説ヲ稱フルモノトノ二説アリ。Colmers ハ前者ヲ以テ總テヲ説明セントシ、Gfeller ハ後者ヲ以テ總テヲ説明セントセリ。

文献ヲ按ズルニ腸囊腫ハ廻腸ノ下端ニテ通常メッケル氏憩室ノ存スル部位ニ在ルモノガ群ヲ拔キテ多ク、第一位ヲ占メオルコト。及ビ腸囊腫ノ約半數ニ於テハ、腸間膜附着部ノ反對側ニ在ルコト。殊ニ此部ニ於テ或ハ腸管ト莖ヲ以テ連絡シ、或ハ腸腔ト交通アル腸囊腫ノ稀ナラザルコトヨリ考フレバ、此等ノ腸囊腫ハ臍腸管ト緊密ナル關係アルヲ思ハシム。殊ニ興味アルハ腹壁ニ存スル腸囊腫ニシテ此等ハ常ニ臍ノ附近ニノミ局限シテ發見セラレ、未ダ其ノ他ノ腹壁部ニ於テ發見セラレタル例ヲ聞カズ。是レ即チ此等腸囊腫ガ臍腸管ノ殘存物ヨリ生ジタルモノナリトノ一確證ニシテ、若シ臍腸管殘存物ヲ以テ説明スルコト無ク、胚芽ガ迷入シテ生ジタルモノナリトスレバ、此等ノ腸囊腫ハ腹壁ノ何處ノ部ニ發生シテモ可ナルベク、何故ニ一定ノ部ニノミ局限シテ發見セラレ、カ説明スル能ハザル所ナリ。

他方ニ於テ腸囊腫ノ約二十四%ハ二個以上ノ囊腫ヲ有ス。マタ Henning ノ例ノ如ク腸間膜内ニ在リテ廻腸ノ殆ンド全長ニ亘リテ存スル腸囊腫アリ。Anderson ノ例ノ如ク胃部ニ存スルモノアリ。Lewiss 及 Roth (II) ノ例ノ如ク胸廓内ニ在ルモノアリ。此等異常ノ位置及ビ多數ノ囊腫ノ存在スルコトヲ臍腸管ノ殘存物ノミヲ以テ説明セントスルハ蓋シ困難ノ事ニ屬ス。亦タメッケル氏憩室ハ殆ンド常ニ腸ノ腸間膜附着部ノ反對側ニ在リテ腸間膜側ニ在ルコトハ稀ナリ。然ルニ腸間膜内ニアル腸囊腫ハ Forster ノ報告ノミニテモ已ニ二十五例ノ多キヲ數フ。此ノメッケル氏憩室ガ腸間膜側ニ存在シ得ルト言フ稀有ナル事實ヲ敷衍シテ、甚ダ屢々ミル腸間膜内腸囊腫ノ發生ヲ説明セントスルハ妥當ナラザルベシ。

此等ノ腸囊腫ハ腸「アンラーゲ」ガ側方ニ於テ絞扼セラレテ生ジタルモノ又ハ胚芽ノ迷入ニヨリテ生ジタルモノト理解スベキモノナルベシ。此内腸間膜内ニ在リ且ツ腸腔ト交通アルモノ、例ヘバ Roth (II) ノ例ノ如キ、或ハ腸ノ方向ニ向

ツテ莖ヲ有スルモノ、例ヘバ Roegner; Koshlyv Runkel 及 Hedinger ノ例ノ如キモノハ腸「アンラーゲ」ガ側方ニ於テ絞扼セラレテ生ジタルモノナルベシ。

又、Kuznik ノ例ノ如ク薦骨ノ後方部ニ在リテ、大腸ノ構造ヲ有スルガ如キ腸囊腫ハ、大腸ガ薦骨孔ヨリ出デ絞扼斷セラレテ生ジタリト説明スルヨリハ寧ロ胚芽迷入ニヨリテ生ジタリト理解スベキモノナルベシ。

叙上ノ理由ヲ以テ余ハ所謂單純性腸囊腫ノ發生ニ關シテハ、臍腸管ノ殘存物ニ由來スルモノ、腸「アンラーゲ」ガ側方ニ於テ絞扼セラレテ生ズルモノ及ビ胚芽ノ迷入ニヨツテ來レルモノ、此ノ三者アリト信ズ。

翻ツテ余ノ例ニ就テ之ヲミルニ、腸囊腫ノ位置ハ廻腸ノ最下端ニアルモ Kaufmann ニヨレバメッケル氏憩室ノ存在シ得ル部ニアリ、而モ囊壁ノ構造タルヤ胚芽迷入ニヨリテ生ジタル囊腫ト理解スルニハアマリニ定型的ノ小腸ノ構造ヲ呈ス。恐ラク臍腸管ノ殘存物ヨリ生ジタルモノナルベシ。

二、診斷、治療及豫後ニ就テ

甚ダ稀有ナル疾患ナルヲ以テ開腹術ヲ行フコト無クシテ診斷ヲ下スコトハ概ネ困難ナリ。唯乳兒又ハ小兒ニシテ先天性ト思惟サルベキ慢性便秘アリタルモノガ他ニ確定的ノ原因ナクシテ「イレウス」ノ症狀ヲ呈シ來リタル際、殊ニ腸囊腫ノ好發部位ナル廻腸ノ存スル下腹部ニ於テ腫腸ヲ觸知スルコトヲ得タル際ニハ、其病因トシテ腸囊腫ヲモ考慮セザルベカラズ。類別診斷上ニハ勿論他ノ腫瘍トノ區別困難ナレドモ慢性腸重積症トノ區別モ亦タ困難ナリ。

處置ハ外科的手術ニヨルノ外無シ。

「イレウス」ヲ起シタルモノニ腸囊腫ノ切除術又ハ剔出術ヲ試ミタル症例ニ就テミルニ Quensel (六十二歳)、Eichwald (六歳)、Nasse (生後六日)、田村(生後十五日)、Bauer (四歳)、Hedinger (四歳)、Müller, R. ノ各例盡ク死ノ轉歸ヲトリオレリ。Krogus (生後二ヶ月)ハ先ヅ人工肛門造設術ヲ施シ一時ノ急ヲ救ヒ、然ル後切除術ヲ行ヒ、良結果ヲ期待セシメタルモ不幸ニシテ失血死ヲ招致シタリ。Gfeller (十一歳)ノ例ハ剔出術ヲ行ヒ治療セシメタル唯一ノ例ノ如シ。Neupert

(十歳)、Sprenzel (十五歳)、Priclard (十五歳)、White (四歳)、ハ切除術ヲ行ヒ治愈セシメタリト雖、此等ハ蟲様突起炎様マタハ腹部腫瘍ノ症状ノモトニ、或ハ發作休止期ニ手術ヲ行ヒタルモノニシテ、「イレウス」ノ症状ノモトニ手術シタルモノニハ非ザルナリ。

余ノ例ニ於テハ廻腸橫行結腸側々吻合術ヲ行ヒタルニ過ギザルモ、尙不快ナル術後急性胃擴張症ヲ惹起シ、此ノ爲メニ死ノ轉歸ヲトリタリ。

是ヲ以テ是ヲミレバ腸ノ通過障礙ヲ惹起セル腸囊腫ニ對シテハ、殊ニソレガ乳兒及ビ幼兒ニ於ケル場合ニ於テハ手術ハ速カナルヲ貴ブベク、腸囊腫ソレ自體ハ良性ナルヲ以テ、先ヅ人工肛門造設術又ハ腸々吻合術ヲ速カニ行フニ止メ、腫腸ノ切除又ハ剔出ハ二次的ニ之ヲ行フヲ原則トスベキモノナリト思惟ス。

豫後ハ重篤ナル症状ヲ呈セザルモノハ一般ニ可良ナリ。「イレウス」又ハ腹膜炎等ノ症状ヲ呈セルモノハ一般「イレウス」、腹膜炎等ノ豫後ニ準ズ。但シ抵抗薄弱ナル乳兒、小兒ニ多クミルヲ以テ死亡率ハ比較的大ナルヲマヌカレズ。

總 括

生後二ヶ月ノ男兒。廻腸末端ニ在リシ先天性囊腫ガ「イレウス」ノ原因トナリ、コレニ廻腸橫行結腸側々吻合術ヲ行ヒ腸閉塞ノ症状ヲ除去シタルモ術後急性胃擴張症ヲ來シ、術後三日ニシテ死ノ轉歸ヲトリタル一例ヲ經驗セリ。該囊腫ハ定型的ノ小腸ノ構造ヲ呈シ、腸管筋層内ニ位置セリ。

本囊腫ハ Retzius ノ所謂單純性腸囊腫ナリ。

所謂單純性腸囊腫ノ發生ニ關シテハ臍腸管ニ關係アルモノ、腸「アンテラゲ」ガ側方ニ於テ絞扼セラレテ生ズルモノ及ビ内胚葉ノ胚芽迷入シテ生ズルモノ、三者アルベシ。

余ノ經驗セル腸囊腫ハ恐ラク臍腸管ノ殘存物ヨリ生ジタルモノナルベシ。

甚ダ稀有ナル疾患ナルヲ以テ開腹術ヲ行フコトナクシテ診斷ヲ下スコトハ概ネ困難ナリ。唯ダ乳兒又ハ小兒ニシテ先

天性ト思惟サルベキ慢性便秘アリタルモノガ他ニ確定的ノ原因ナクシテ「イレウス」ノ症狀ヲ呈シ來リタル際、殊ニ腸囊腫ノ好發部位ナル廻腸ノ存スル下腹部ニ腫瘍ヲ觸知スルコトヲ得タル際ニハ、其ノ病因トシテ腸囊腫ヲモ、考慮セザルベカラズ。

處置ハ外科的手術ニヨルノ外ナシ。「イレウス」ノ症狀ヲ惹起セルモノニ切除術或ハ剔出術ヲ行ヒタルモノ、成績ハ一般ニ不良ナリ。殊ニ乳兒及幼兒ノ如キ抵抗薄弱ナルモノニ於テハ、速ニ人工肛門造設術或ハ腸々吻合術ヲ行フニ止メ、然ル後徐ロニ囊腫切除術ヲ行フヲ可トスベシ。

豫後ハ重篤ナル症狀ヲ呈セザルモノハ一般ニ可良ナリ。「イレウス」ヲ起シタルモノハ、ソガ比較的乳兒又ハ小兒ニ多キヲ以テ死亡率ハ比較的大ナルヲマスカレザルナリ。

附圖說明

第一圖 剔出標本(前面)。a 蟲樣突起、c 結腸、f 皺、i 廻腸、t 腫張部。

第二圖 腸腔、囊腔ヲ開キタル圖。B バウヒン氏瓣。

第三圖 囊壁(腸腔ニ面セル)。ヘマトキシリン、エオジン染色。

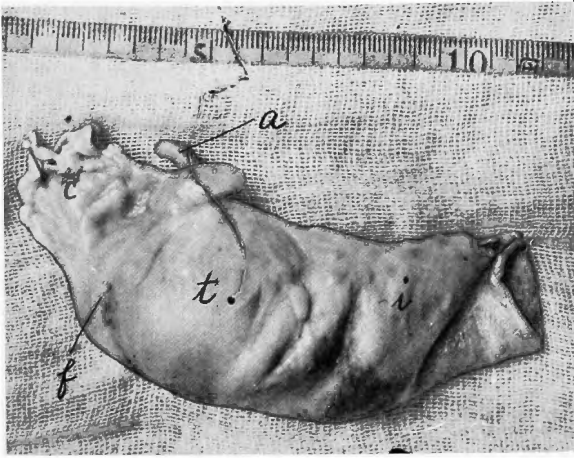
ZI 囊腔、DI 腸腔、E 上皮、mm 粘膜筋層、sm 粘膜下結締組織、qm 輪狀滑

第四圖

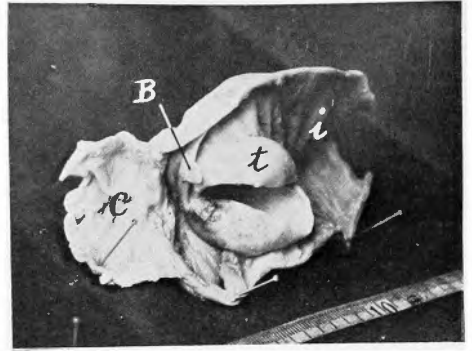
第五圖

第六圖

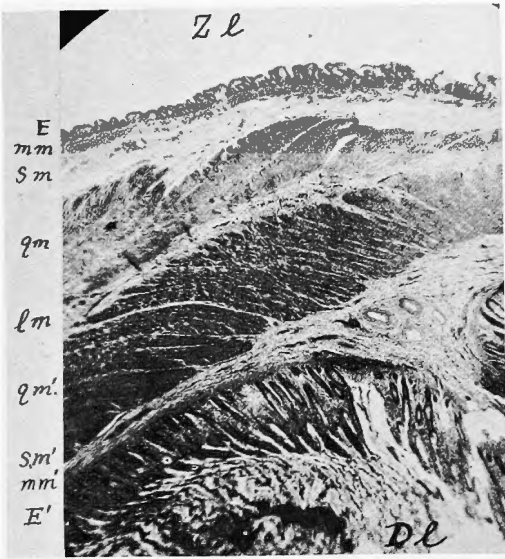
平筋、lm 縱走滑平筋、qm 輪狀滑平筋(腸)、sm 粘膜下結締組織(腸)、mm 粘膜筋層(腸)、E 上皮(腸)。
囊壁(漿膜側)。S 漿膜。
囊壁。粘膜ヲ缺キ筋層ノ發育不良ナル部。
小腸壁ト囊壁トノ移行部。腸從走筋ガ腸輪狀筋ヨリ離レテ囊壁ニ移行セルヲ示ス。



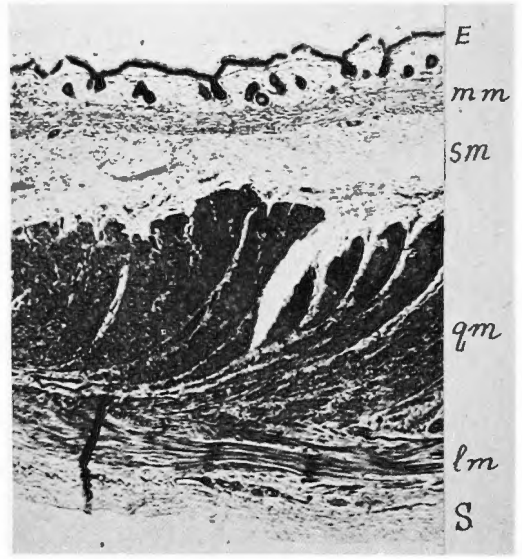
第 壹 圖



第 貳 圖



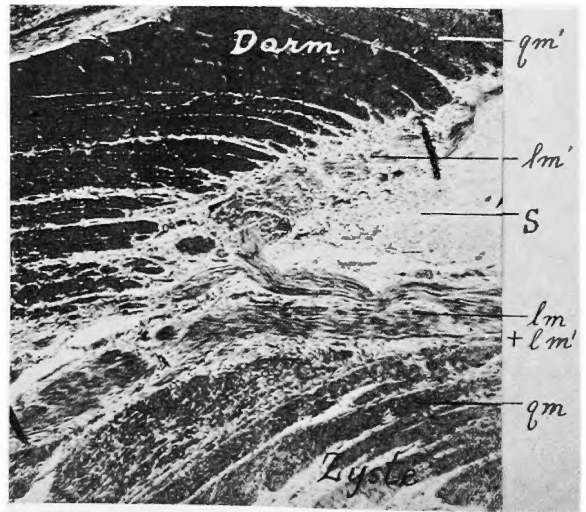
第 參 圖



第 四 圖



第 五 圖



第 六 圖

Zusammenfassung.

Es handelt sich um eine angeborenen Zyste des Dünndarmes, die bei einem 2 Monate alten Säugling zum Darmverschluss geführt hatte. Durch Ileocolostomie wurden die Verschlussbeschwerden beseitigt, aber der Patient starb nach 3 Tagen an akuter Magendilatation.

Autopsie hatte stattgefunden.

Am untersten Teil des Ileum fand man einen hühnereigrossen Tumor. Gegen die Serosa hin prominierte der Tumor nur gering; dagegen bemerkte man nach Eröffnung des Darmes, dass die Geschwulst sehr stark gegen das Lumen des Ileum sowohl, als auch gegen das Coecum hin hervorragte, wodurch die konvex gegen das letztere gewölbte Bauchin'sche Klappe straff gespannt wurde. Die Lichtung des Ileum war in ihrer ganzen Ausdehnung erheblich verengt und gestattete nur mit Not die Einführung der Sonde, welche kaum in den Dickdarm vorgeschoben werden konnte. Die Geschwulst selbst, im Bereich des Mesenterialansatzes des erwähnten Stückes befindlich, fühlte sich prall an und enthielt ca. 10 c.cm. gelblicher, schleimiger, leicht getrübler, fadenziehender und neutralreagierender Flüssigkeit.

Sedimente: rote Zellen, weisse Zellen und spärliche lichtbrechende Körnchen enthaltende epithelartige Zellen. Zylinderzellen, Haare und Cholesterinkristalle waren nicht nachzuweisen. Die Zyste sass intramural zwischen Längs- und Quermuskulatur des Darmes. Ihre Wand bestand abgesehen von den dem Darm angehörigen Schichten aus einer doppelten Schicht von glatten Muskulaturen (längs- und querlaufenden), einem lockeren, submukösen Bindegewebe, einer Muscularis mucosae und einer einschichtigen Zylinder Epithel, die sich in Form von drüsenartigen Ausbuchtungen darstellte.

Histologische Diagnose:- einfaches Enterokystom.

An die Möglichkeit, dass ein Enterokystom in Frage kommt, muss man besonders in solchen Fällen denken, wo eine Darmokkulsion bei kleinen Kindern oder jungen Leuten überhaupt zur Entwicklung gelangt, zumal wenn schon

seit der Geburt Zeichen von chronischer Verstopfung bestanden haben und man also auf die Anamnese einer kongenitalen Störung hingewiesen wird. Diese Diagnose gewinnt dann viel an Wahrscheinlichkeit, wenn man im unteren Teil des Bauches, am gewöhnlichen Sitz dieser Tumoren im unteren Ileum, einen Tumor palpieren kann.

Für die Entstehung der sogenannten einfachen Enterokystome nehme ich 3 Möglichkeiten an, d.h. Enterokystome aus dem Reste des Ductus omphalomesentericus, aus den seitlichen Abschnürungen der Darmanlage und aus den fötalen Keimversprengungen aus dem Entoderm.

Berefts der Genese des hier beschriebenen Enterokystom nehme ich an, dass dies in Folge einer unregelmässig fortschreitenden Involution des Ductus omphalomesentericus, aus persistierenden Resten dieses Ganges sich entwickelt habe.

Die Prognose der Enterokystome ist nicht ungünstig, wenn dieselben gar keine schwere klinische Erscheinungen aufweisen. Sie kann dann ungünstig werden, wenn Passagestörungen von seiten des Darmes auftreten und wenn zu spät eingegriffen wird.

Als Therapie kann nur chirurgische Behandlung in Frage kommen. Falls es sich um Symptome des Ileus handelt, insbesondere bei kleinen Kindern, ist es bezüglich der Operation ratsam, zuerst den künstlichen After, oder höchstens die Enteroanastomose auszuführen und mehrere Tage danach die Resektion vorzunehmen.

Literatur.

- 1) **Anderson, B.:** Multiple cysts of stomach and small intestines. Brit. med. journ., 1898, I, p. 426.
- 2) **Battle, W. H.:** Cysts of small intestine. Brit. med. journ., 1885, I, p. 839.
- 3) **Bauer, A.:** Ueber mesenteriale und retroperitoneale Cysten. Bruns' Beitr., 1910, Bd. 70, S. 829.
- 4) **Braun:** Zit. n. Staemmler.
- 5) **Braun-Wortmann:** Der Darmverschluss. Berlin, 1924.
- 6) **Bröer und Weigert:** Zit. n. Roth.
- 7) **Buchwald, A.:** Ueber Darmzysten (Enterokystome) als Ursache eines kompletten Darmverschlusses. Deutsche Med. Wochenschr., 1887, Nr. 40, S. 868.
- 8) **Buzzi:** Ueber einen Fall von angeborenem Divertikel des Jejunums. Virchow's Archiv, 1885, Bd. 100, S. 357.
- 9) **Colmers, F.:** Die Enterokystome und ihre chirurgische Bedeutung. Archiv f. klin. Chir., 1906, Bd. 79, S. 132.
- 10) **Dittrich:** Zit. n. Quensel, Colmers und Gfeller.
- 11) **Dush:** Zit. n. Colmers.
- 12) **Forster:** Ueber genuine Zysten des Mesenteriums. Bruns' Beitr., 1921, Bd. 124, S. 116.
- 13) **Fraenkel,**

- E.:** Ueber Zysten im Darmkanal. Virchow's Archiv, 1882, Bd. 87, S. 275. 14) **Fröhlich:** Zit. n. Colmers. 15) **Gfeller, L.:** Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Darmzysten. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1902, Bd. 65, S. 330. 16) **Hansson, A.:** Ein Beitrag zur Kasuistik der Enterokystome. Hygiea, 1917, Bd. 79. Ref. in Zbl. f. Chir., 1918, Nr. 35, S. 623. 17) **Hedinger:** Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Abdominalzysten. Virchow's Archiv, 1902, Bd. 167, S. 29. 18) **Hendee, L.:** Ein Fall von Meckel'schen Divertikel ungewöhnlicher Art. Bruns' Beitr., 1904, Bd. 42, S. 542. 19) **Heening, C.:** Cystis intestinalis, cystis citra oesophagum bei einem Neugeborenen. Zbl. f. Gynäkologie, 1880, Nr. 17, S. 398. 20) **Huetter:** Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Darmgeschwülste. Ziegler's Beitr., 1896, Bd. 19, S. 391. 21) **Kleinhans:** Zur Lehre von den präperitonealen Tumoren. Prager med. Wochenschr., 1907. Ref. in Zbl. f. Chir., 1908, Nr. 3, S. 87. 22) **Kostlivy, S.:** Aetiologie und Kasuistik der Mesenterialcysten. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1908, Bd. 91, S. 351. 23) **Krogius, A.:** Ueber das sogenannte einfache Enterokystom und seine Bedeutung als Ursache von Darmverschluss. Zeitschr. f. klin. Med., 1903, Bd. 49, S. 53. 24) **Kulenkampf, D.:** Ein Fall von Enterokystom. Tod durch Darmverschlingung. Zbl. f. Chir., 1883, Nr. 42, S. 679. 25) **Kuzmik, P.:** Ein Fall von Darmzyste (Enterokystom) in der Sakralregion. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1895. Ref. in Zbl. f. Chir., 1895, Nr. 42, S. 975. 26) **Leuss:** Zit. n. Staemmler. 27) **Lundmark, R.:** Beitrag zur Kenntnis von Darm- und Mesenterialcysten. Nord. Med. Ark., 1918. Ref. in Zbl. f. Chir., 1919, Nr. 9, S. 171. 28) **Matsuoka, M.:** Über einen Fall von Nabel-Hernia verursacht durch eine Dottergangseyste. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1908, Bd. 91, S. 189. 29) **Mintz:** Zit. n. Colmers. 30) **Morton:** Zit. n. Colmers. 31) **Müller, R.:** Zit. n. Forster. 32) **Müller, W.:** Zbl. f. Chir. Kongressteil, 1898, S. 147. 33) **Nasse:** Ein Fall von Enterokystom. Archiv f. klin. Chir., 1893, Bd. 45, S. 700. 34) **Neupert:** Fall von Enterokystom. Zbl. f. Chir., 1910, Nr. 20, S. 714. 35) **Prichard:** Case of mesenteric cyst. Bristol med.-chir. journ., 1903. Ref. in Zbl. f. Chir., 1905, Nr. 5, S. 135. 36) **Pueschmann:** Ein Fall von Enterokystom. Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1904, Bd. 72, S. 109. 37) **Quensel, U.:** Beiträge zur Kenntnis der angeborenen Darmgeschwülste. Nord. Med. Ark. 1898, Nr. 30, S. 1. 38) **Raesfeld:** Zit. n. Colmers und Gfeller. 39) **Rimbach:** Zit. n. Colmers. 40) **Roegner, G.:** Ein Enterokystom des Mesenteriums und Netzes. Virchow's Archiv, 1905, Bd. 181, S. 521. 41) **Rogers:** Zit. n. Colmers. 42) **Roser, W.:** Ueber Operation der Urachuszysten. Arch. f. klin. Chir., 1877, Bd. 20, S. 472. 43) **Roth, M.:** Ueber Missbildungen im Bereich des Ductus omphalomesentericus. Virchow's Archiv, 1881, Bd. 86, Hft. 3, S. 371. 44) **Runkel:** Zit. n. Staemmler. 45) **Sänger und Klopp:** Zit. n. Roth, Staemmler und Gfeller. 46) **Schaad:** Zit. n. Colmers. 47) **Schärer-Klebs:** Zit. n. Roth. 48) **Seeligmann:** Zit. n. Quensel, Colmers und Gfeller. 49) **Spengel:** Eine angeborene Zyste der Darmwand als Ursache der Inavagination. Arch. f. klin. Chir., 1900, Bd. 61, S. 1032. 50) **Staemmler:** Die Neubildung des Darmes. Neue deutsche Chir. Ref. in Zbl. f. Chir., 1895, Nr. 16, S. 403. 51) **Studsgaard, C.:** Ueber Geschwülste des Mesenteriums. Hospitals Tidende, 1894, p. 641. 52) **田村皎二:** 稀有ナルいれうすノ原因。腸管囊腫。中外醫事新報, 大正十二年四月, 千〇三十三號, 四百四十頁。 53) **Terrier, F. et Lecène, P.:** Un nouveau cas de kyste iuxta-intestinal. Rev. de chir., 1904, 24 ann. Ref. in Zbl. f. Chir., 1904, Nr. 40, S. 1175. 54) **Tiedmann:** Zit. n. Colmers, Quensel und Gfeller. 55) **White, C.S.:** Mesenteric, enterogenous, cyst. Journ. Am. Med. Ass., 1920, vol. 74, no. 7, p. 440. 56) **Zumwinkler:** Subkutane Dottergangscyste des Nabels. Archiv f. klin. Chir., 1890, Bd. 40, S. 838.