

臨 床

Rosenstein 氏様症候ト結腸周圍炎性膜様物質 特ニ其ノ外科的意義ニ就テ

京都帝國大學醫學部外科學教室第二講座(青柳教授)

大學院學生 醫 學 士 松 田 孫 一

(本論文ノ要旨ハ第五十回近畿外科學會ニ於テ發表セリ。)

Über ein dem Rosensteinschen Mesenterial- druckschmerz ähnliches Symptom und seine chirurgische Bedeutung.

Von

Dr. M. Matsuda

[Aus d. II. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto
(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi.)]

1920 hat *P. Rosenstein* in einer Veröffentlichung dargelegt, dass der Mesenterialdruckschmerz ein einfaches differentialdiagnostisches Merkmal der Appendicitis ist, und dass durch denselben sowohl Appendicitis larvata, als auch die beim Coecum mobile bestehenden, die Appendicitis vortäuschenden Beschwerden sofort erkannt werden.

1924 hat unser hochverehrter Lehrer, Prof. Dr. *Torikata* verkündigt: „*Rosenstein*-Inversus, der den bei Rückenlage vorhandenen Ileocoecaldruckschmerz bei linker Seitenlage verschwinden lässt, ist ein pathognomonisches Symptom des Coecum mobile.“ Seitdem haben wir auf die Beziehungen zwischen dem *Rosenstein*-Inversus und Coecum mobile geachtet. Dabei trafen wir oft auf Fälle, bei denen ein dem *Rosensteinschen* Mesenterialdruckschmerz ähnliches Symptom vorhanden war, obwohl keine akuten entzündlichen Befunde in der Bauchregion festgestellt werden konnten.

Das Symptom ist wie folgt:

1) Wenn man den Patienten auf die linke Seite legt und auf die rechte Iliacalgrube drückt, oder bei Rückenlage die rechte Iliacalgrube tief palpiert, indem man das Coecum sowie Colon ascendens nach median verdrängt, so entsteht ein deutlicher Schmerz.

2) Als röntgenologischer Befund zeigt sich das Coecum und Colon ascendens mehr oder weniger mobil; wenn man dabei das Coecum sowie Colon ascendens nach median maximal

verdrängt und in ihre lateralen Seiten mit dem Finger drückt, so entsteht ein intensiver Druckschmerz.

3) Bei der Operation dieser Fälle, fanden wir jedesmal die pericolitische Membran, worüber zuerst *Jackson* berichtet, (Membranous pericolitis. Surg. Gynaec. and Obstetric. vol. 9, p. 278, 1909.), und zwar entspricht ihre Ausdehnung immer gerade der Existenzbreite der Druckschmerzen. Daher glauben wir annehmen zu dürfen, dass der dem „*Rosensteinschen* Mesenterialdruckschmerz ähnliche Druckschmerz“ durch die pericolitische Membran verursacht wird; deshalb möchten wir dieses Symptom kürzlich als „Membranschmerz“ bezeichnen. Also findet zwischen dem Ansatzpunkt der pericolitischen Membran zum Peritoneum parietale und dem Retroperitoneum keine Narbenbildung statt, und tatsächlich trafen wir niemals auf Fälle, bei denen der peritoneale Ansatz der pericolitischen Membran an dem Retroperitoneum narbig fixiert war. Daher kommt, dass der Ansatz der pericolitischen Membran zum Peritoneum parietale gegen das Retroperitoneum hin verschiebbar ist.

Der Membranschmerz erklärt sich daraus, dass bei linker Seitenlage das Coecum, bzw. das Colon ascendens, nach der Mittellinie hinüberfällt, ebenfalls tritt er auf, wenn man sie stark nach median verdrängt und die pericolitische Membran dadurch angespannt wird. Wird sie, infolge des hinzukommenden Fingerdrucks, übermässig angespannt, so wird das Bauchfell von dem Retroperitoneum angezogen und aufgehoben, und dann tritt ein peritonealer Zerrungsschmerz ein.

In 4 von unseren Fällen, bei denen, wegen der pericolitischen Membran, die Mobilität des Coecums und des Colon ascendens stark beschränkt war, hatten wir nur die Appendektomie ausgeführt, aber die Adhäsionsmembran liegen gelassen. Nach der Operation waren die Beschwerden unverändert, jedoch zwei Fälle derselben wurden nach der zweiten Operation, — Abschneidung der pericolitischen Membran und die Coecopexie — von den Beschwerden befreit.

Aus dem obigen folgt:

1) Wenn die pericolitische Membran vorhanden ist, muss der Membranschmerz festgestellt werden, dessen Ausbreitung der Breite dieser Membran entspricht.

2) Wie beschränkt die Mobilität des Coecums und des Colon ascendens durch die pericolitische Membran auch ist, darf man nicht glauben, dass eine Naturheilung des Coecum mobile vorliegt, weil der Ansatz der pericolitischen Membran zum Peritoneum hin von dem Retroperitoneum verschoben werden und deswegen ein Zerrungsschmerz des Bauchfells eintreten kann. Man muss die pericolitische Membran ausschneiden, und dann die Coecopexie ausführen. Nur dieses Verfahren kann die Erkrankung zur befriedigenden Ausheilung führen.

緒 言

移動性盲腸症ハ Hausmann (1906), Wilms (1908) 等ノ研究以來 一ツノ獨立シタ疾患トシテ認メラレテ來タガ, 烏瀉教授ハ Rosenstein 氏逆症候ガアレバゾレハ移動性盲腸デアルト喝破シ(昭和9年), 本症ノ診斷上一ツノ有力ナ據點ヲ與ヘタ。爾來我々ハ移動性盲腸ト Rosenstein

氏逆症候トノ關係ヲ臨床例ニ追求シテ來タノデアルガ、往々腹部ニハ何等炎衝ノ症候ガ無イニ拘ラズ、Rosenstein 氏症候ニ甚ダ良ク似タ症候ヲ呈スルモノノアルノニ氣ヅイタ。併シ此ノ症候ハ仔細ニ検査スルト、Rosenstein 氏症候トハ全ク異ツタモノデアツテ、藤浪助教授ハ之ニ「Rosenstein 氏様症候」ト名付け、ソノ研究ノ一端ヲ發表シタガ、今茲ニ我々ハソノ研究結果ヲ臨床例ニ就イテ示シ、且ツ其ガ外科的意義ヲ闡明セントスルモノデアル。

臨 床 例

甲. 「Rosenstein 氏逆症候」陽性例

第 1 例 平〇氏, 20 歳, ♀

主 訴: 腹痛。

現病歴: 生來健康デアツタガ、16 歳頃カラ時々廻盲部ニ鈍痛ヲ來スコトガアツタ。入院約 5 ヶ月前及ビ 1 ヶ月前ニ突發的ニ下腹部及ビ廻盲部ニ激痛ガアリ、同時ニ惡心、嘔吐ヲ來シタガ、兩回トモ數時間デ疼痛ハ消散シタ。便通ハ 2 日ニ 1 行デアル。

一般狀態: 體格榮養共ニ中等、白血球數 5,500。尿中大腸菌ハ認メナイ。

局所所見: 腹部ニハ限局性膨滿、蠕動不穩等無ク、又筋性防衛、Blumberg 氏症候等モ無カツタガ、唯一ノ所見トシテ仰臥位デハ Mac Burney 氏點ニ壓痛ガアリ、而モ患者ヲ左側臥位トナシテ同一點ヲ壓シテモ更ニ壓痛ハ訴ヘナイ。即チ Rosenstein 氏逆症候ガ陽性デアツタ。

ト線検査: 結腸肝彎曲ハ形成サレテ居タガ、盲腸、上行結腸ハ容易ニ正中線ニ迄移動セシメ得タ。蟲垂ハ完全ニ現出シテ居ルガ、之ニ沿フテ壓痛ガアツタ。

手術所見: 腹腔内ニハ癒着無ク、盲腸ハ容易ニ手術創外(右側直腹筋切開)ニ牽出シ得テ、ソノ周圍ニハ纖維索性膜ハナイ。蟲垂ハ周圍トノ癒着ナク、亦炎衝モナク、外見上ハ全ク正常デアツタ。

手術ハ單ニ蟲垂切除ニ止メタガ、術後廻盲部ニ鈍痛ノ發現等ハ無ク、全ク健康トナツタ。

第 2 例 川〇氏, 22 歳, ♀

主 訴: 廻盲部ノ疼痛。

現病歴: 約 4 年前ニ、誘因ト思ハレルモノガ無クテ廻盲部ニ疼痛ヲ來シタガ、約 1 時間デ症狀ハ消散シタ。此ノ時惡心、嘔吐、熱感等ハ來サナカツタ。併シ其後同様ノ發作ガ頻々ト反復シ、且ツ疼痛モ發作毎ニ増強シテ來タ。便通ニ異常ハナイ。

一般狀態: 體格中等、榮養良好、白血球數 7,200。

局所所見: 第 1 例ト同様ニ Rosenstein 氏逆症候ガ陽性デアツタ他ニハ、病的所見ハ無カツタ。

ト線検査: 蟲垂ハ正常ニ現出シ、上行結腸、盲腸ハ正中線ニ迄移動スル。仰臥位デハ廻盲部ニ輕度ノ壓痛ガアルガ、正中線ニ向ツテ上行結腸、盲腸ヲ壓排シテ後 Mac Burney 氏點ヲ壓ヘテモ疼痛ハモハヤ發現シナイ。

手術所見: 盲腸、上行結腸中央部迄ヲ容易ニ手術創外(右側直腹筋切開)ニ牽出シ得タガ、腹腔内ニハ癒着ナク、蟲垂モ全ク正常デアツタ。蟲垂切除後、Wilms 氏法ニ從ヒ、上行結腸・盲腸固定術ヲ施行シタ。

術後術前ノ症狀ハ全ク消失シタ。

第 3 例 荒〇氏, 27 歳, ♀

主 訴: 廻盲部ノ鈍痛。

現病歴: 約 1 年前誘因ト思ハレルモノガ無クテ廻盲部ニ鈍痛ヲ來シタガ、約 2 日間持續シテ後漸次消退シタ。其際嘔吐、發熱等ハ訴ヘナカツタ。以來激動後ニハ必ズ廻盲部ニ鈍痛乃至刺痛ガアル。便通ハ下痢ニ傾クガ、時ニ秘結スルコトモアル。

一般狀態: 體格、榮養共ニ中等度、白血球數 7,200、尿中大腸菌ハ認メナイ。

局所所見：Rosenstein 氏逆症候陽性デアツタ他ニハ、病的所見ヲ認メナカツタ。

レ線検査：盲腸ニハ輕度ノ移動性ガアリ、蟲垂ハ正中線ニ向ヒ長ク延ビ、ソノ先端ハ移動性ヲ失ツテ居ル。

手術所見：腹腔内ニハ癒着無ク、盲腸、上行結腸ノ下 1/3 ハ移動性ニ富ミ、容易ニ手術創外（右副直腹筋切開）ニ牽キ出シ得タ。蟲垂ハ正中線ニ向ツテ延ビテ居タガ、癒着ハ無ク、其先端ニ近ク線痕性ノ絞扼ガアル他充血、浮腫等ハ無カツタ。即チ處置トシテ蟲垂切除ノミヲ施シタ。

術後、從來ノ苦惱ハ消失シ、全く健康ニ生活シテ居ル。

即チ以上 3 例ニ於テ特有ナコトハ、仰臥位デハ Mac Burney 氏點ニ大ナリ小ナリノ壓痛ヲ訴ヘルガ、正シク左側臥位ヲ取ラセテ同一點ヲ壓スルト、モハヤ以前ノ壓痛ハ訴ヘナイト言フ、即チ Rosenstein 氏逆症候ガ陽性デアツタコトデアル。

乙. 「Rosenstein 氏様症候」陽性例。

第 4 例 室〇氏、20 歳、♀

主 訴：廻盲部ノ疼痛發作。

現病歴：5 ケ月前誘因無ク突然腹部全般ニ持続性ノ疼痛ガ起リ、同時ニ惡心ヲ伴ツタガ、約 1 週間デ疼痛ハ消散シ、以後便通ハ秘結ニ傾キヤウニナツタ。3 ケ月前廻盲部ニ約 20 分間持続性ノ疼痛發作ガアリ、其後殆ンド毎日廻盲部ニ同様ノ疼痛發作ガ起リ、特ニ體動時ニ著シク現ハレル。

一般狀態：體格中等、營養良好、白血球數 4,900、尿中大腸菌ハ認メナイ。

局所所見：視診デ異常ハナイ。觸診シテモ腫瘍、抵抗、筋性防衛、Blumberg 氏症候等ハ認メナイ。仰臥位デ Mac Burney 氏點ニ壓痛ガアリ、左側臥位デ右腸骨窩ヲ深ク探ルヤウニ、手壓ヲ正中線ノ方ニ加ヘルト、強い疼痛ヲ訴ヘル。直腸壺部ニ異常ヲ認メナイ。

レ線検査：結腸肝彎曲ハ形成サレテ居タガ、盲腸、上行結腸ハ移動性ニ富ンデ居タ。盲腸、上行結腸ヲ正中線ニ壓排シタ儘、夫ノ外側ニ手壓ヲ加ヘテ壓痛部ヲ求メルト、上行結腸ノ下 1/3 ガ元來占居シテ居ルベキ所ニ壓痛ガアル。併シ盲腸、上行結腸ヲ正常位ニ戻シテ後、更ニ夫等ヲ外方ニ向ツテ如何程強ク壓シテモ疼痛ハ起ラナイ。蟲垂ハ正中線ニ向ツテ長ク延ビテ居ルガ、壓痛ハナイ。

手術所見：腹腔内ニハ炎衝ノ徵候無ク、大綱ハ何處トモ癒着シテ居ナイ。蟲垂ハ水平ニ横タハリ、外見上炎衝ノアル所見ハナカツタガ、蟲垂ノ先端ニ 1 個ノ糞石ガアツタ。盲腸ニハ輕度ノ移動性ガアリ、辛ジテ手術創外（右副直腹筋切開）ニ牽キ出ストガ出來タ。上行結腸ノ下 1/3 ニハ菲薄ノ結腸周囲炎性膜様物質ガ側膜壁腹膜トノ間ニ存在シテ盲腸、上行結腸ノ移動性ヲ制限シテ居タ。夫レ故ニ結腸周囲炎性膜様物質ハソノ儘ニ放置シ、蟲垂切除ノミヲ施行シ手術ヲ終ヘタ。

術後経過：從來ノ苦惱ハ消失シタガ、併シ猶ホ下痢ニ傾キ、又急激ナ體動、力仕事ヲ行フト、廻盲部ニ鈍痛ガアリ、左側臥位ヲ取ル時ハ廻盲部ニ壓痛ノアルノヲ自覺シテ居ル。

第 5 例 岡〇氏、19 歳、♀

主 訴：廻盲部ノ疼痛。

現病歴：9 日前突然廻盲部ニ痛痛ガ起リ、同時ニ惡心ガアツタ。其後疼痛ハ僅カニ輕減シタノミデ入院シタ。斯ノ様ニ發作ハ入院ノ 1 年半前カラ 3 回アツタ。便通ハ秘結ニ傾キ 3 日ニ 1 行デアルガ、下痢ハナイ。

一般狀態：體格中等、營養良好、白血球數 5,500、尿中大腸菌ヲ認メナイ。

局所所見：腹部ニハ何等炎衝ヲ思ハセル症候ハ無イガ、仰臥位デ Mac Burney 氏點ニ壓痛ガアリ、左側臥位ヲ取ラセルト、同所ノ壓痛ハ増強スルノヲ認メタ。之ハ正シク Rosenstein 氏症候ト言ヘルモノデ、本例ニ於テハ之ダケガ現レタノデアル。

レ線検査：盲腸、上行結腸ハ移動性ヲ有シ、夫等ヲ正中線ノ方ニ壓排シタママ、上行結腸、盲腸ノ元來占居スベキ場所ニ手壓ヲ加ヘ壓痛部ヲ吟味スルト、盲腸ノ存在スベキ場所ニノミ限局シテ壓痛ガアツタ。

手術所見：大綱ハ腸管ノ前面ヲ覆ヒ、其一部ハ前腹壁腹膜ト癒着シテ居タ。之ヲ剝離シテ更ニ檢スルト、

盲腸、側腹壁腹膜ノ間ニハ灰白色ノ強韌ナ結腸周圍炎性膜様物質が存在シ、ソノ牽引ノ爲ニ盲腸ノ移動性ハ制限セラレ、辛ウジテ手術創外(右副直腹筋切開)ニ牽キ出スコトガ出來ル程度デアツタ。蟲垂ニハ何等病のノ所見ハナカッタノデアルガ、處置トシテハ蟲垂切除ヲ施スニ止メタ。

術後経過：術後現在迄8ヶ月ヲ經テ居ルガ、手術前ノヤウナ痼疾發作ハ起ラナイ。併シ左側臥位ヲ取ルト廻盲部ニ壓痛ガアツテ、且ツ便秘ト下痢ガ交代ニ來ルコトガ多い。

第6例 鳩〇氏、29歳、♀

主 訴：腹部全般ニ互ル鈍痛乃至膨滿感及便秘。

現病歴：3年前カラ廻盲部ノ鈍痛ト便秘ニ悩ンデ居タ。2年前ニ蟲垂切除ヲ受ケタガ、便秘ハ依然トシテ續キ、下劑ヲ用ヒナケレバ排便シナイ。入院ノ約3週間前、甚シイ尿意ヲ堪ヘテ居タ所、惡心ト共ニ腹部全般ニ互ル痛痛ガ起ツタ。此ノ痛痛ハ排尿ト共ニ消散シタガ、其後モ時々同様ノ發作ハ腹部全般ニ互ル鈍痛乃至膨滿感ガアツテ、ソノ都度排便又ハ排尿ト共ニ苦惱ガ消散スルノヲ常トシタ。

一般狀態：體格小、榮養中等、白血球數 6,900、尿中大腸菌 1 視野ニ 4 ヲ算スルガ、膀胱上皮細胞及ビ白血球モ同時ニ存在シテ居ル。

局所所見：腹部ニハ何等炎癰ノ徵候ハ無イガ、仰臥位デ腹部全般ニ壓痛ガアリ、特ニソレガ Mac Burney 氏點ニ著シク、左側臥位デハ此ノ Mac Burney 氏點ノ壓痛ハ増強スル。

レ線検査：横行結腸ハ著シク下垂シ、盲腸、上行結腸ニハ輕度ノ移動性ガアル。盲腸、上行結腸ヲ出來ルダケ正中線ニ向ツテ壓排シタ儘、盲腸、上行結腸ノ外側ニ沿フテ手壓ヲ加ヘルト、其全長ニ互ツテ強イ壓痛ヲ訴ヘタ。

手術所見：正中線切開デ開腹、大網ハ手術痕癰部ノ前腹壁腹膜及ビ小腸ト纖維素性ニ癒着シテ居タノデ、之ヲ一部鋭性ニ、一部鈍性ニ剝離シタ。盲腸、上行結腸ハソノ全長ニ互ツテ灰白色ノ強韌ナ結腸周圍炎性膜様物質ヲ有シ、爲ニ此等腸管ハ側腹壁腹膜ニ固定サレ、移動性ハ強ク制限サレテ居タ。併シ手術ニ際シテハ此ノ膜様物質ニハ手ヲツケズ、ソノ儘放置シテ手術ヲ了シタ。

術後経過：術前カラ存在シテ居タ諸症狀ハ少シモ輕快シナカッタノデ、術後 20 日目ニ再手術ヲ行ツタ。即チ再ビ開腹シテ結腸周圍炎性膜様物質ヲ切斷スルト、盲腸、上行結腸ハ甚ダシク移動性ヲ示ス様ニナツタ。夫レ故ニ盲腸、上行結腸固定術(Wilms 氏法)ヲ施シタノデアルガ、之ニ依ツテ從來存在シテ居タ苦惱ハ全ク消失シ、1 年 3 ヶ月ヲ經タ現在ニ於テモ便秘ハナク、全ク健康體トシテ業務ニ從事シテ居ル。

第7例 北〇氏、20歳、♀

主 訴：腹痛。

現病歴：3 年半以前ニ右季肋部及ビ廻盲部ニ激痛ガ起リ、蟲垂切除ヲ受ケタガ蟲垂ニハ病的所見ハナカッタ。〔當時ノ病床日誌ニ依ルト、移動性盲腸症、結腸周圍炎性膜様物質ノ存在ガ記載サレテ居ル。〕術後モ右季肋部ノ疼痛發作ガ繰リ返サレルノデ、結石ノ存在ヲ疑ツテ 2 回ニ互リ手術ニハ肝臓、腎臓ノ検査ヲ行ツタガ、夫等ニモ異常ヲ認メナカッタ。其後モ 1 ヶ月ニ 2 乃至 3 回疼痛發作ガ起リ、其際發熱、時ニハ惡心、嘔吐ヲ伴ツタ。最近ハ入院 5 日前右季肋部ニ疼痛發作ヲ來シ、翌日下痢ト共ニ輕快シタガ、3 日前及ビ入院前日突然廻盲部ニ激痛ガ起リ嘔吐ヲ伴ツタ。便通ハ便秘ニ傾クガ、時ニ下痢ヲ來ス。

一般狀態：體格中等、榮養良好、白血球數 5,200、尿中大腸菌ハ認メナイ。

局所所見：腹部ニハ何等炎癰ヲ思ハセル症候ハ無イ。仰臥位デ廻盲部ニ壓痛ガアリ、左側臥位ヲ取ラセルト、右腸骨窩ハ空虚トナルガ、壓痛ハ増強スル。此ノ壓痛ハ上方右季肋部迄線狀ニ證明サレタ。

レ線検査：盲腸、上行結腸ハ移動性ニ富ンデ居ル。盲腸及ビ上行結腸ヲ正中線ニ壓排シテ壓痛點ヲ檢スルト、丁度盲腸、上行結腸ガ元來占居シテ居ルベキ場所デ、其ノ全長ニ互ツテ證明サレタ。

手術所見：前腹壁腹膜ハ僅ニ肥厚シ、大網ハ上行結腸及ビ側腹壁腹膜ニ疎ニ癒着シテ居タ。盲腸中部カラ上行結腸全長ニ互ツテ側腹壁腹膜トノ間ニ長イ結腸周圍炎性膜様物質ガ存在シ、盲腸、上行結腸ハ甚ダ良好移動シ得タ。

Rosenstein 氏 様 症 候 陽 性 症 例 一 覧 表

症例 番 號	患 者	年 齢	男 女 別	主 訴	初 發 時	發 作 性 狀	發作ノ 持 續	惡 心 嘔 吐	發作ノ 頻 度	限局性 鼓 腸	仰臥位ニ於 ケル壓痛部	左側臥位ニテ 右腸骨窩ヲ深 ク探ルヤウニ 觸診シタ場合 ノ壓痛部	手 術 所 見				手 術 的 處 置	備 考	
													盲腸上行 結腸ノ移 動性	盲腸ノ移 動性	結腸周圍 炎症様 物質	蟲垂所見			
8	高○	12	♂	廻盲部 ノ疼痛	3ヶ月前	突發性廻 盲部激痛	1晝夜	+	1ヶ月 = 1回	—	Mac Burney 氏點	Mac Burney 氏點ヨリ上方 3横指ノ範圍	+	+	+	正 常	蟲垂切除, 結腸周圍炎 性膜様物質離斷 盲腸造瘻	全治 (術前ニ モ便通ニ障礙 ナシ)	
9	稻○	28	♂	廻盲部 不快感 下腹部 緊張感	2.5ヶ月前	突發性ニ 臍部ニ激 痛アリ後 廻盲部ニ 限局ス	絶ヘズ 不快感 アリ	+	絶ヘズ 不快感 アリ	—	Mac Burney 氏點	Mac Burney 氏點	++	—	+	先端ハ前 腹壁腹膜 ト纖維素 性ニ癒着 ス	蟲垂切除, 結腸周圍炎 性膜様物質離斷, 盲腸 上行結腸固定 (Wilms 氏法)	全治 (術前下 痢ニ傾キシモ 下痢モ亦治癒 ス)	
10	徳○	20	♀	廻盲部 痙攣	8ヶ月前	廻盲部痙 攣, 同時 ニ便秘	1週	+	2ヶ月 = 1回	+	(廻盲 部)	無 シ	廻盲部ニ於テ 上下10横ノ範圍	++	+	+	正 常	蟲垂切除, 結腸周圍炎 性膜様物質離斷, 盲腸 上行結腸固定 (Wilms 氏法)	全 治 (便秘モナシ)
11	神○	21	♀	便秘ト 下痢ノ 交替性 發現	1年前	便秘ト下 痢ノ交替	2週	—	絶ヘズ 症狀アリ	—	Mac Burney 氏點	Mac Burney 氏點壓痛増強 シ上下約 10横ノ間ニ壓 痛アリ	++	—	+	正 常	蟲垂切除, 結腸周圍炎 性膜様物質離斷, 盲腸 上行結腸固定 (Wilms 氏法)	全 治 (便通1日1 行アリ)	
12	田○	34	♀	廻盲部 ノ鈍痛	8ヶ月前	廻盲部ニ 牽引感乃 至鈍痛, 便秘	不定	—	常ニ症 狀アリ	+	(廻盲 部)	無 シ	Mac Burney 氏點ヨリ右季 肋部ニ及ブ	++	+	+	正 常	蟲垂切除, 結腸周圍炎 性膜様物質離斷, 盲腸 上行結腸造瘻固定 (腹 腔内法)	全 治
13	堀○	40	♀	下腹部 ノ鈍痛	6ヶ月前	廻盲部ノ 鈍痛	不定	+	1年ニ 1.2回	—	廻盲部ヨリ右 季肋部	廻盲部ヨリ右 季肋部ニ及ブ	+	+	+	正 常	蟲垂切除, 結腸周圍炎 性膜様物質離斷, 盲腸・上行結腸造瘻固 定 (Wilms 氏法)	全 治	
14	石○	23	♀	廻盲部 ノ鈍痛	2ヶ月前	突發性廻 盲部ノ激 痛ト便秘	1週	+	1月 = 1回	+	(廻盲 部)	無 シ	廻盲部上下3 横指ノ範圍	++	—	+	正 常	蟲垂切除, 結腸周圍炎 性膜様物質離斷, 盲腸 上行結腸固定 (腹腔内 法)	全 治
15	飯○	15	♂	廻盲部 ノ鈍痛	1ヶ月前	突發性廻 盲部ノ疼 痛	不定 安静ニバ 消散ス	—	毎日強 歩時	—	廻盲部上下3 横指ノ範圍	廻盲部上下 6横ノ範圍	++	—	+	正 常	蟲垂切除, 結腸周圍炎 性膜様物質離斷, 盲腸 上行結腸固定 (腹腔内 法)	全 治	

松田・Rosenstein 氏様症候ト結腸周圍炎症性膜様物質・特ニ其ノ外科的意義ニ就テ

處置トシテハ此ノ膜様物質ヲ切離シ、盲腸、上行結腸固定術ヲ施シタ。

術後経過：術後疼痛發作、便秘ハ全ク起ラナクナリ、現在健康體トシテ業務ニ從事シテキル。

第8例以下ノ症例ニ就イテハ繁瑣ヲ避ケル爲ニ表示スルコトニシタ。

考 察

1. Rosenstein (1920) ハ急性蟲垂炎ニ際シ患者ヲ左側臥位トナシ、右腸骨前上棘ヨリ3横指内下方ノ點ヲ壓スレバ、直接ソノ部ニ疼痛ガ起リ、仰臥位デハ同一部ヲ壓シテモ疼痛ガナイカ或ハ微弱デアルト述ベタ。

以來此ノ症候ハ Rosenstein 氏症候ト呼バレテ居ルガ、Rosenstein 氏症候ハ急性蟲垂炎ノ多數例(當教室淺野講師ノ統計デハ 58.5%)ニ於テ陽性ニ現ハレ、急性蟲垂炎診斷ニ一ツノ有力ナ根據トナルモノデアル。

鳥潟教授ハ此ノ Rosenstein 氏症候トハ全ク逆ノ症候、即チ患者ヲ仰臥位ニスルト、Mac Burney 氏點ニ壓痛著明デアルガ、患者ヲ正シク左側臥位ニシテ同一點ヲ壓スルト、モハヤ壓痛ヲ感ジナイトイフ症候ヲ認メテ、之ヲ Rosenstein 氏逆症候(鳥潟)ト呼ビ、此ノ症候ガアレバソレハ移動性盲腸デアルト喝破シタ。

我々ガ最近一年間ニ検査シ得タ定型的 Rosenstein 氏逆症候ノ陽性例ハ3例デアツタガ、ソノ何レモ移動性盲腸症デアツテ、而モ結腸周圍炎ニ因ル膜様物質ハ、ソノ總テニ缺如シテ居タ。夫レ故ニ廻盲部ニ何等カノ異常ガアツテ、而モ腹腔内ニハ炎衝ノ症候(Blumberg 氏症候、腹筋緊張、白血球增多、尿中大腸菌等)ガ無クテ、Rosenstein 氏逆症候ガ陽性デアル場合ニハ、ソレハ移動性盲腸症デアツテ、而モ未ダ結腸周圍炎性膜様物質ノ存在セヌモノ、換言スレバ移動性盲腸症ノ初期ノモノト斷ジテ宜イノデアル。

岩井孝義教授ハ移動性盲腸ガ存在スレバ蟲垂炎モ起リ易ク、ソノ場合 Rosenstein 氏逆症候ガ現ハレタガ爲ニ、ソレダケデ移動性盲腸症ト診斷シテ徒ニ手術時期ヲ失スルコトガナイカトノ危懼ヲ懷イテ居ルガ、我々ガ Rosenstein 氏逆症候ニ意義ヲ持タセルノハ、腹腔内ニ急性炎衝ノ存在セヌコトヲ前提トシテ居ルノデアツテ、若シスル急性炎衝ガ存在スレバ、ソレニ因ル種々ノ症候、特ニ尿中大腸菌、或ハ横隔膜運動レ線キモグラム⁷⁾ノ吟味、其他血液像乃至ハ體溫ノ検査等ニ依ツテソレヲ確定シ得ルモノデアル。

更ニ移動性盲腸ヲ有スル人ガ急性蟲垂炎ヲ起シ、而モ盲腸ニモ蟲垂ニモ何等癒着ガナクテ、Rosenstein 氏逆症候ノミガ陽性トナル様ナ症例ハ、理論的ニハ考ヘラレルガ、我々ハ未ダ斯ル症例ヲ經驗シテ居ナイ。夫レ故ニ腹腔内ニ於ケル急性炎衝ノ有無ヲ常ニ充分ナル注意ト深イ吟味ノ下ニ検査シナケレバナラナイ。

2. 我々ハ、腹部ニ炎衝症候ガ全ク缺如シテ居ルニモ拘ラズ、第4例乃至第15例ノ如ク Rosenstein 氏症候ニ似タ症候(第9例ハ全ク Rosenstein 氏症候ヲ示シタ適例デアル)ヲ認メルコトガアル。即チ一見 Rosenstein 氏症候ノ如クデアルガ、仔細ニ之ヲ檢スルト、Rosenstein 氏

症候トハ全ク異ツタ別個ノモノデアルコトガ判ルノデアル。タトヘバ仰臥位デハ Mac Burney 氏點ニ壓痛ガ無イカ、或ハ有ツテモ輕度デアリ、又手ヲ廻盲部ニ當テテ腸骨窩ヲ外方ニ向ツテ強ク壓シテモ疼痛ハ増大シナイ。トコロガ患者ヲ左側臥位トシテ、手ヲ右腸骨前上棘ノ内方ニ當テ、深ク腸骨窩ヲ探ル様ニ、手ヲ正中線ニ向ツテ滑ラシテ行クト疼痛ガ起ル。其場合ニ、疼痛ノ發生スル範圍ハ點狀ノコトモアルガ、又上下ニ一定ノ長サニ互ルコトモアル。斯ルモノニ手術ヲ行ヘバ、ソノ總テニ於テ、結腸周圍炎性膜様物質ガ存在シテ居ルノデアル。

而モ以上ノ様ナ單純觸診ニ依ル症候ハ、レ線學的觸診ニ依ツテ更ニ明白トナスコトガ出來タ。即チ斯ル患者ヲ透視臺上ニ仰臥位トシテ檢スルト、盲腸及ビ上行結腸ニハ大ナリ小ナリ移動性ガアツテ、夫等ヲ正中線ニ向ツテ壓排シタ儘、元來盲腸及ビ上行結腸ノ占居シテ居ルベキ場所ヲ壓スルト、其ノ部ニ壓痛ヲ證明スルガ、ソノ壓痛ハ後刻手術ニヨツテ認メタ結腸周圍炎性膜様物質ノ存在スル範圍ニ全ク一致シテ現レタノデアル。(第一、二圖參照)

斯ノ如キ特異ノ症候ハ最初 Rosenstein 氏症候ヲ吟味シツツアル間ニ見出し得タノデ、之ヲ今 Rosenstein 氏様症候ト呼ンデ居ルガ、前述ノ様ニ此ノ Rosenstein 氏様症候コソハ、結腸周圍炎性膜様物質ノ存在ヲ適確ニ示シ、而モソノ存在範圍ヲモ明確ニ指示スルモノデアツテ、移動性盲腸症診斷上大イニ役立つモノト信ズルノデアル。

3. Rosenstein 自身ハソノ症候ヲ説明スルニ當ツテ、患者ニ左側臥位ヲ取ラセルコトニ因リ、充血ノ爲重量ヲ増シタ盲腸、蟲垂ガ重力ニ從ツテ正中線ノ方向ニ垂下シ、ソノ爲ニ蟲垂間膜ガ緊張狀態ニ置カレ、ソノ際ニ指壓ガ加ハルノデ疼痛ガ發現スルモノデアルト論ジテ居ル。併シ Rosenstein 氏様症候ニハ全然此ノ説明ヲ適用スルコトハ出來ナイ。Rosenstein 氏様症候ガ陽性ノ場合ニハ、常ニ結腸周圍炎性膜様物質ガ存在スルノデアルガ、此ノ膜様物質ハ結腸周圍炎ノ產物デアリ、又此ノ結腸周圍炎ハ殆ンド常ニ移動性盲腸症ニ原因スルト言ツテ宜イ。而シテ此ノ膜様物質ハ側腹壁腹膜ト盲腸、上行結腸トノ間ニ張ラレテ居ルノデアツテ、此際病變ガ後腹膜下組織ニ迄波及シテ、同處ニ癰痕形成ヲ來サシメテ居ルコトハ決シテ無イノデアル。少クトモ我々ハ、手術ニ際シテ斯ル後腹膜下組織ノ癰痕化シタモノハ今迄ニ一例モ經驗シタコトハナイ。即チ結腸周圍炎性膜様物質ノ附着部腹膜ハ、常ニ後腹膜下組織カラ移動シ得ルノデアル。

ソレ故ニ左側臥位ニヨツテ、或ハ手ヲ以テ盲腸、上行結腸ヲ正中線ノ方ヘ壓排シテ結腸周圍炎性膜様物質ヲ緊張サセ、更ニ手壓ヲ此ノ緊張シタ膜様物質ノ上ニ加ヘル時ハ、此ノ膜様物質附着部ノ腹膜ハ後腹膜下組織カラ移動シテ牽引舉上サレル理デアル。從ツテ Rosenstein 氏様症候ニ於ケル疼痛ハ、斯ク腹膜ガ牽引舉上サレル刺激ノ爲ニ惹起サレルモノト理解サル可キモノデアル。

若シ後腹膜下組織モ癰痕化シテ腹膜ノ移動性ガ無クナツタ場合ニハ、腹膜ガ牽引サレテ後腹膜下組織カラ離脱舉上サレルコトハ無イカラ、疼痛ハ起ツテ來ナイ筈デアル。而モ此ノ事

實ハ腹腔内盲腸上行結腸固定術ノ經過カラモ推測サレルノdeal。即チ腹腔内盲腸上行結腸固定術トハ後腹膜ニ切開ヲ加ヘルコトナク、盲腸及ビ上行結腸ヲ後腹膜ニ縫合固定スル手術dealガ、此ノ際縫合絲ハ後腹膜下組織内ヲ通過シテ居ルノデ、手術直後暫クノ間ハ腸管ノ蠕動等ニ依ツテ、腹膜ハ牽引サレ疼痛ヲ訴ヘルガ、縫合絲周圍ノ後腹膜下組織ニ瘢痕ガ出來ルニ從ヒ、腹膜ノ移動性ガ全ク無クナリ、疼痛モ亦全ク消失シテシマフノdeal。

我々ハ第15例ノ結腸周圍炎性膜様物質ヲ有スル移動性盲腸症ノ手術ヲ行フタ際ニ、局所麻酔ノミデ腹壁ヲ切開シ、膜様物質ヲ牽引シテ腹膜ヲ舉上セシメテ見タ所、患者ハ疼痛ヲ訴ヘタガ、更ニマタ固定術ヲ行フ際ニ、後腹壁腹膜ヲ Kocher 氏鉗子デ挟ミ之ヲ牽引舉上シテ見ルト同様ノ疼痛ヲ訴ヘタ。併シ腹膜ヲ牽引舉上セズニ單ニ鉗子デ挟ムノミデハ、疼痛ヲ訴ヘナイト言フ事實ヲ明カニシタ。

以上ノ諸事實カラ「Rosenstein 氏様症候」ナルモノノ疼痛ハ、結腸周圍炎性膜様物質ノ牽引ニヨツテ、後腹壁腹膜ガ後腹膜下組織カラ牽引舉上サレタ結果トシテ起ルモノdealコトハ確實deal。

4. 我々ハ Rosenstein 氏逆症候陽性ノ移動性盲腸症、換言スレバ、結腸周圍炎性膜様物質ノ存在セシ移動性盲腸症3例中2例ニ於テハ、單ニ蟲垂切除ノミヲ行ツテ全治サセルコトガ出來タ。併シ結腸周圍炎性膜様物質ガ存在スルニモ拘ラズ、之ヲ放置シ單ニ蟲垂切除ノミヲ施シタモノ(第4—第7例)デハ、術後ソノ症狀ハ輕減シタモノモアルガ、猶ホ依然トシテ苦惱ガアリ、2例(第6・7例)ニ於テハ再手術ヲ行ハネバナラナカツタ。

移動性盲腸症ハ內科的疾患デアツテ、唯本症デハ蟲垂炎ヲ起シ易イカラ單ニ蟲垂切除ノミヲ外科的ニ行ヒ、其後ハ內科的ニ處置スベキdealト論ズル人モアルガ、斯ルコトハ結腸周圍炎性膜様物質ノ存在セヌ者ニ於テ言ヒ得ルデアラウガ、結腸周圍炎性膜様物質ヲ有スル限り、蟲垂切除ダケデハ症狀ガ完全ニ消散スルモノデハナイノdeal。斯ル例ニ對シテハ我々ハ結腸周圍炎性膜様物質ヲ切斷シ、盲腸上行結腸固定術ヲ行ツテ初メテソノ總テヲ全治セシメ得タノdeal。

斯ル結腸周圍炎性膜様物質ヲ有スル場合、ソノ盲腸、上行結腸周圍ノ癒着ヲ完全ニ切除スレバ、盲腸ハ假令移動性ヲ有シテ居テモ症狀ハ消失スルト考ヘル人モアルガ(Hofmeister)、癒着(我々ノ指ス膜様物質)ヲ單ニ切除スルダケデハ、後日間モナク異常位置ニ於テ癒着ノ再現スルコトハ必然ト考ヘラレル。

又移動性盲腸症ニハ屢々S字狀結腸過長過動及ビ横行結腸、下行結腸ノ位置異常等ガ合併シテ居リ、タメニ單ナル盲腸固定術ダケデハソノ治療效果ガ不充分ナコトガアル。松本彰博士ニ依レバ、自家經驗盲腸固定術施行56例中7例ハ不成功ニ終ツタガ、ソノ原因ハ爾餘結腸ノ異常係跡、位置異常ガアツタ爲dealト指適シテ居ル。而モ殘餘ノ例ニ於テハ固定術ハ成功シタ。此ノ事實ハ他面症例ノ選擇ニ當ヲ得テサヘ居レバ、固定術ハ有效ナモノdealコト

ヲ示シテ居ルモノデアル。

更ニマタ盲腸固定術ハ、人爲的ニ行フノデ、盲腸、上行結腸ヲ解剖學的生理學的ニ正常ノ位置ニ固定スルコトガ困難デアリ、如何シテモ不自然ニナリ易イト曰フ理由デ、固定術ヲ行フコトニ反對スル人モアルガ、我々が固定術ヲ行フニ當ツテ、斯ル困難性ヲ思ハシメルノハ、毎常肝彎曲ノ形成ガ無イ場合ノミデアル。併シ肝彎曲ノ形成サレテキナイモノ及ビ爾餘ノ結腸ニ位置異常或ハ異常係蹄ノアルモノニ對スル手術效果ノ批判ハ他日ニ譲リ、今茲デハ其點ニ觸レナイコトニスル。我々が茲ニ示シタ症例ハ、斯ル合併症ナク、結腸周囲炎性膜様物質ヲ切斷シ、盲腸上行結腸固定術 (Wilms 氏法或ハ腹腔内法) ヲ行ツテ、悉ク手術效果ヲ收メタモノデアル。

元來移動性盲腸症ノ發作原因ニ關シテハ、種々ノ見解ガ下サレテ居ルガ、就中 Klose 氏ハ盲腸、上行結腸ガ内方ヘ捻轉スル爲ニ起ルト説イテ居ル。又結腸周囲炎性ノ癒着ノ爲ニ上行結腸或ハ盲腸ニ異常係蹄ノ形成又ハ屈折ヲ來シ、ソノ爲ニ通過障礙ヲモ來シテ病苦、症狀ヲ現ハスモノモアリ得ルデアラウガ、我々ハ上述ノ様ナ Rosenstein 氏様症候ノ本態ニ關スル見地及ビソノ手術成績カラ推シテ、結腸周囲炎性膜様物質ガアルタメ、盲腸、上行結腸ノ軸捻轉或ハ該腸管ニ於ケル異常ニ強イ蠕動ノ爲ニ腹膜ガ牽引舉上セラレテ、其ノ爲ニ疼痛發作ヲ來スモノデアルト信ズルノデアル。即チ結腸周囲炎性膜様物質ノ存在スルコトガ疼痛發作ノ根源ヲナスモノデアルカラ、手術ニ際シテハ、結腸周囲炎性膜様物質ノ存在スル限り、該物質ノ離斷並ビニ後腹壁腹膜ノ牽引舉上ヲ防止スル目的デ、盲腸上行結腸固定術ヲ施行シナケレバナラスト提唱スルノデアル。

5. 移動性盲腸ノアルモノデ、蟲垂炎ノ經過後、蟲垂ガ後腹膜ト纖維素性ニ癒着シテ居ル場合モ、Rosenstein 氏様症候ヲ呈スルコトハ上記ノ様ナ理論カラ考ヘ得ラレルコトデアルシ、又事實我々ハ斯ル狀態ヲ示シタ臨床例ヲ經驗シテモ居ルノデアル。併シソノ場合、蟲垂ガ後腹膜ニ癒着シテ居ルノカ、或ハ結腸周囲炎性膜様物質ガ存在シテ居ルカノ鑑別ハ、精細ナレ線検査ニ依ルノ他ハ不可能デアル。而シテソノ治療ハ 4) ニ示シタ方針ニ從フベキモノデアル。

結 論

1. Rosenstein 氏逆症候ガ陽性ノ場合ハ、結腸周囲炎性膜様物質ノ存在シナイ移動性盲腸症デアル。
2. 腹部ニ急性炎術ノ症狀ガ無クテ、Rosenstein 氏様症候陽性ノモノハ結腸周囲炎性膜様物質ノ存在アル移動性盲腸症デアル。而モ壓痛點ノ範圍ヲ以テソノ膜様物質ノ存在範圍ヲ確實ニ認知シ得ルモノデアル。
3. Rosenstein 氏様症候ハ結腸周囲炎性膜様物質ノ牽引ノ爲ニ側腹壁腹膜ガ後腹膜下組織カラ舉上サレテ起ル疼痛デアル。
4. Rosenstein 氏逆症候ノ陽性デアル移動性盲腸症ニ於テハ、單ニ蟲垂切除ノミデ移動性盲

腸症ノ症狀ヲ消失セシメ得ル場合ガアル。

5. Rosenstein 氏様症候陽性ノ移動性盲腸症デハ、必ズ結腸周囲炎性膜様物質ヲ離斷シテ、盲腸上行結腸固定術ヲ行フ可キデアル。然ラズンバ苦惱ハ決シテ消失シナイノデアル。

[本論文ノ起草ニ當ツテハ藤浪助教授ヨリ多大ノ御教示ヲ受ケタ。併記シテ深謝スル次第デアル。]

文 獻

- 1) 藤浪修一：日本外科寶函，第11巻第5號1050頁。
- 2) 藤浪修一：外科の疾患ノト線診斷トツノ手術所見，日本外科寶函，第16巻第5號870頁；第17巻第1號184頁；第17巻第2號522頁。
- 3) Hausmann: Coecum mobile. Berl. klin. W. 1904, Bd. 41.
- 4) Hausmann: Die topographische Gleit- und Tiefenpalpation und ihre klinische Bedeutung. Med. Klinik, 1912, S. 1705.
- 5) Hofmeister: Über Typhlektasie, chr. Perityphlitis und Coecum mobile. Bruns' Beitr. Bd. 71, Hft 3.
- 6) 岩井孝義：移動性盲腸症ノ本態及其臨床的地位ニ就テ，實驗消化器病學，第3巻第2號110頁。
- 7) 岩井孝義：移動性盲腸症ニ就テ，實驗消化器病學，第2巻第6號50頁。
- 8) 岩井孝義：大腸ノ異常係蹄形成症，實驗消化器病學，第8巻1109頁，1223頁，1345頁。
- 9) Jackson: Membranous pericolicitis and allied conditions of the ileocecal region. Annals of Surg. 1913, March.
- 10) Klose: Die habituelle Torsion des mobilen Coecums. Ein typisches Krankheitsbild. M. m. W. 1910, Nr. 7.
- 11) Klose: Klinische und anatomische Fragestellung über das Coecum mobile. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 63, Hft 3.
- 12) 松本彰：大腸ノ位置形態異常ニ對スル外科の處置，實驗消化器病學，第12巻3頁，147頁。
- 13) Seifert: Zur Anatomie der Pericolicitis Membranacea. Zbl. f. Chir. 1922, Nr. 24, S. 903.
- 14) Rosenstein, P.: Der Mesenterialdruckschmerz ein einfaches differentialdiagnostisches Merkmal der Blinddarmenzündung. Zbl. f. Chir. 1920, Nr. 26, S. 644.
- 15) Wilms: Fixation des Coecum mobile bei Fällen von sog. chr. Appendicitis. Zbl. f. Chir. 1908, Nr. 37.

松田論文附圖



第一圖



第二圖

大〇氏, 19 歳, ♀. 第一圖ハ仰臥位背腹撮影. 第二圖ハ第一圖ノモノノ盲腸・上行結腸ヲ正中線側ニ壓排シタ儘, ソノ壓痛點(××部)トノ位置關係ヲ示ス。