

尖端ガ腸間膜ト纖維性ニ癒着セル爾他 健常蟲様突起ニ因ル絞扼性イレウス¹

米子博愛病院外科

醫學博士 都谷 枝 萬 次 郎

日大醫學士 大 西 正 三 郎

Ein Fall von Strangulationsileus durch den normalen Wurmfortsatz, dessen Spitze mit dem Mesen- terium fibrös verwachsen ist.

Von

Prof. Dr. Shimajiro Ogai u. Dr. Shosaburo Ohnishi

[Aus der chirurgischen Abteilung des Hakuai-Hospitals in Yonago
(Direktor: Prof. Dr. S. Ogai)]

Pat. N., 36jährige Bäuerin, aufgenommen am 25. X. 1938 wegen Bauchschmerzen.

Anamnese: Im vorvorigen Jahre bekam Pat. plötzlich heftige Bauchschmerzen mit Darmsteifung. Sie war eine Woche bettlägerig. In diesem Frühjahr bekam sie wieder ähnliche Schmerzattacke wie oben erwähnt. Dabei bekam sie Darmsteifung im Unterbauch und keinen Windeabgang. Weder Fiebergefühl noch Erbrechen.

Im Sommer dieses Jahres bekam sie wieder ganz ähnliche Schmerzattacke wie früher.

Gestern Morgen bekam sie zum 4. Male heftige Schmerzen in der Nabelgegend in Begleitung von Darmsteifung und heftiger peristaltischer Unruhe. Gestern Abend und heute Morgen je ein Mal gallige aber nicht foeculente Flüssigkeit erbrochen.

Status praesens (am 25. X. 1938): Puls regelmässig, gut gespannt, zählt in der Minute etwa 90. Das Epigastrium ist eher eingesunken. Uterhalb des Nabels ist der Bauch im allgemeinen aufgetrieben; daselbst peristaltische Unruhe sehr deutlich. Défense musculaire nirgends nachweisbar. Nirgends abnorme Resistenz im Bauche. Die Ileocoecalgegend etwas druckempfindlich. Ampulla recti nicht erweitert, kein Blut drin.

Befund bei der Operation: Der Wurmfortsatz selbst ganz intakt, nur dass dessen Spitze mit einem Punkt des Mesenterium fibrös verwachsen ist. Der fibröse Strang ist aber etwa 2 cm lang und etwa 8 cm vom Ileumende oralwärts entfernt nahe an der Ansatzstelle am Ileum mit dem Mesenterium fest verwachsen, sodass der ca. 10 cm lange Wurmfortsatz zu einem Ring gekräuselt und somit das Ileum nahe an seinem Ende dadurch stranguliert worden ist.

Am eingeklemmten Ileum fand man weder heftige Zirkulationsstörung, noch eine Schnürfurche. Man konnte den Darm leicht destrangulieren, ohne dass der fibröse Strang abgeschnitten worden wäre. Auch konnte man leicht denselben Teil des Ileums wieder zum strangulierten

Zustande bringen, indem man die verwachsene Stelle der Appendixspitze mit dem Mesenterium an die Appendixwurzel annähert und somit einen Appendixring, wie oben angegeben, bilden lässt (vgl. Fig. I, II u. III auf S. 433). (Autoreferat)

臨 床 例

患者：永島某，女，36歳，農，昭和13年10月25日入院

主訴：腹痛

現病歴：昨日朝7時頃急ニ臍部ニ痙痛様腹痛ヲ覺エ，同時ニ腸強直，蠕動亢進ヲ來シタノデ，主治醫ニ鎮痛劑ノ注射ヲ受ケタ。同日夕方1回水様物ヲ嘔吐シタガ，胆汁様又ハ糞臭ハナカツタ。今朝亦タ1回嘔吐ガアリ，其ノ際ニハ吐物ハ僅カニ綠色ヲ呈シテキタ。平素カラ便通ハ秘結勝チデアルガ，發病以來便通モ，放屁モ停止シタ。體溫ノ上昇ハナイ。

既往症：1昨年夏某日，突然腹痛ガアツテ，痙痛様デアリ，腸強直ヲ覺エタガ，嘔吐ハナク，鎮痛劑ノ注射1回ヲ受ケタノミデ，翌朝カラハ苦痛ハ全ク感ジナカツタガ，主治醫カラ安靜ヲ命ゼラレ，約1週間臥床シテキタ。

本年春，或ル夜中ニ急劇ニ前回ト同様ナ發作ガアリ，廻盲部カラ右季肋部ニ放散スル痙痛デ，下腹部ニ腸蠕動ガ現ハレ，放屁ナシ。嘔吐，發熱ハ伴ハナカツタ。鎮痛藥ノ注射ヲ1回受ケテ間モナク治ツタ。

本年夏ノ某日午後，前2回ト全ク同様ナ腹痛發作ガアリ，例ノ如ク1回ノ注射デ治癒シタ。

生來健康デアツタガ，幼時左眼ヲ病ミ，現ニ失明シテキル。子女7人。皆健在。前記既往症以外ニハ，嘗テ腹痛，發熱ナドヲ記憶セズ。蟲様突起炎ト診斷セラレタコトモナイ。

家族歴：特記スベキモノハナイ。

現症：體格中等，榮養不良ナラズ。皮膚，可視粘膜ニ貧血ヲ認メズ。苦悶狀ヲ呈シテキル程デハナイ。舌ハ濕潤シ，微カニ苔ヲ被ル。脈搏整順，中等大，緊張良，1分時約90至。左眼ハ葡萄腫ヲ以テ失明。右眼ハ正常。胸部臟器ニ異常ヲ認メズ。腹部ハ心窩部ガ特ニ陷凹シテキルガ，臍部カラ下腹部ニ互リ，膨隆シテ，其所ニ著明ナ蠕動不穩ガ認メラレル。腹壁皮下靜脈怒張モ，浮腫モ見ラレス。腹壁ハ弛緩シテキテ，筋緊張ハ何處ニモ證明セラレヌ。觸診中特ニ腸強直ヲ來ス他ニハ，特別ノ抵抗ハナイガ，廻盲部ニ少シク壓痛ヲ訴ヘル。腫瘤ハ觸レヌ。直腸膨大部擴張ハナイ。硬便ヲ觸レル。指ニ血液モ粘液モ附着シテ來ヌ。

診斷：「イレウス」。

手術：「パントボン・スコボラミン」迷朦ノ後，腰椎麻酔ト局所麻酔ヲ施シ，臍下ヨリ恥骨直上ニ至ル正中切開ヲ以テ開腹ス。腹腔ニハ急性炎衝ノ徵ハナイ。ドーグラス窩ニ少量ノ漿液性腹水ヲ認メル。廻腸ハ膨滿シテキルガ，結腸ハ萎縮シテキル。ソコデ廻盲部ヲ精査スルト，廻腸末端7—8浬ガ1ツノ索帶デ絞扼セラレテキル。此ノ索帶ハ其ノ殆ンド全部ガ正常ナ蟲様突起自體デアツテ，急性炎衝症狀モ，肥厚モ認メラレス。寧ろ健康蟲様突起ガ引キ伸バサレテ，細

長クナツテキル様ニ見ヘル。此ノ状態ノ儘デ仔細ニ其ノ走行ヲ觀ルト、蟲様突起ハ約10種（絞扼ヲ解除シタル後ノ測定）アリ。

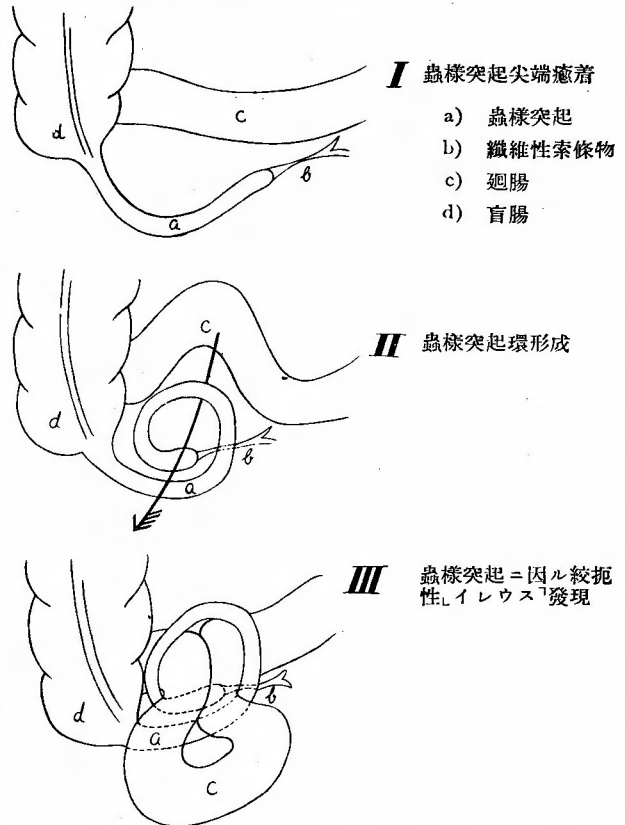
其ノ先端カラ、約2種ノ結締織性索條物ガ連ナリ、廻腸終末端カラ約7—8種口側ノ廻腸々間膜下面デ腸管カラ約1種ヲ距ツタ部分ニ固ク附着シテキル。（略圖参照）

絞扼セラレタ腸蹄係ニハ著シイ循環障礙ハ認メラレス。腸管ニ絞扼溝モ出來テキナイ。索帶ヲ切離スルコトナク、腸管ヲ整復スルコトガ出來ルシ、又元ノ絞扼状態ニ戻スコトモ容易ニ出來ル。絞扼セラレタ腸間膜ニハ、漿膜下出血ガアル。

正規ノ如ク蟲様突起ヲ切除シ、其ノ先端ノ索條物ヲ除去シテ手術ヲ終ツタ。

経過：頗ル順調デ、第7日拔糸。創ハ第1期癒合。第9日自然便排出。第17日全治退院。

略圖 健常蟲様突起ニ因ル絞扼性「イレウス」機轉



考 察

蟲様突起ガ全然健常デアツタトシタナラバ、其ノ尖端カラ結締織性索狀物ガ廻腸々間膜ニ癒着シテキル筈ハナイ。蟲様突起ニ先天性異常ガ存在スルカ、又ハ炎衝ノ結果デナケレバナラス。本症例デハ、患者ガ蟲様突起炎罹患ヲ記憶シテキナイケレドモ、蟲様突起先端ニアル索條物ハ舊キ炎衝ノ結果ト見做ス外ハナイ。恐ラク病的自覺ヲ缺キ、患者ノ不知不識ノ間ニ、先端ニ輕度ノ炎衝ヲ起シ、之ガ腸間膜ト癒着シタモノデアルガ、長イ経過中ニ次第ニ引キ伸バサレテ、遂ニ今日ノ索條物ト化シテ貽ツタモノデアラウ。現在デハ健常ニ戻ツタ蟲様突起ハ、此ノ索條物ノ媒介ニヨツテ橋狀トナリ、腸管ノ運動ニヨル位置ノ移動ニ伴ヒ、蟲様突起根ト索條物附着點トガ相接近シテ來タ時、遇々蟲様突起自體ガ腸管ノ前方ニ於テツノ環ヲ形成シ、此ノ環ノ中ニ腸管ガ嵌入シテ來タモノト考ヘレバ、此ノ「イレウス」ノ機轉ハ容易ニ説明シ得ルガ（略圖参照）、果シテ左様デアルカ。複雑ナ腹腔内ノ索帶ニヨル絞扼機轉ノ経過ヲ逐一追及シタ譯デモナク、絞扼性「イレウス」成立後ノ状態ヨリ推論スルニ過ギヌカラ、本症例モ全ク想像ノ域ヲ

脱シ得ナイコトハ勿論デアルガ、兎ニ角、斯ル索帶ガ存在スル以上ハ、種々ノ腸管ノ嵌頓状態ガ惹起サレルコトハ推察セラレル。又細イ索條物ト異ナリ、正常漿膜ヲ被ル蟲様突起ニヨリ絞扼セラレテキル故ニ、絞扼ガ極メテ圓滑ニ進行シ、時ニハ自然ニ之ガ整復セラレルコトモ考ヘラレル。或ハ又、嵌頓シタ腸蹄係ガ、ヨリ長クナツタ場合ニハ、口側腸管ガ夫ニ關與スル外ハナイカラ、從ツテ蟲様突起先端ノ腸間膜附着部ガ遂ニ絞扼環内ニ入り込ムデ來ル。其ノ際ハ、絞扼索帶ハ自然ニ弛緩状態トナルカラ、嵌頓ハ解消シテ、自然治癒ヲ招來スルト想像セラレル。丁度余等ガ手術シタ時ノ所見ハ、絞扼ノ最頂點デアツタノカモ知レヌ。既往症ニ屢々「イレウス」様症状ヲ呈シナガラ、其ノ都度、間モナク緩解シテキルノハ、以上ノ様ナ種々ノ機轉ニ因ルモノト考ヘテ然ル可キデアラウ。

提 要

1) 絞扼性「イレウス」デハ、普通炎衝性ニ發生シタ結締織性ノ索狀物が、漿液膜ノ上ニ橋狀ニ跨ガリ、癒着シ居リテ、此ノ間ヘ腸管ガ進入シタ結果デアル。(都谷, 「グレンツゲビート」, 第1年, 第8卷, 昭和2年)

2) 本例デハ、蟲様突起先端ガ廻腸々間膜ノ或ル一點ニ約2 糰ノ纖維性帶デ癒着シ、ソレデ蟲様突起ガ環狀トナリ、其ノ中ヘ廻腸ガ進行シ、絞扼サレ、「イレウス」症状ヲ呈スルニ至ツタモノデアル。從テ本例デハ絞扼シテキルモノハ、結締織性帶狀物デハナクシテ、健常ナ蟲様突起ソレ自身デアル。

3) 結締織性ノ索條物ニヨル絞扼性「イレウス」デハ、自然ニ緩解整復サレルコトハ殆ンド無イモノト考ヘラレルガ、本例ノ如ク正常蟲様突起ソレ自體ニヨリテ絞扼セラレル如キ場合ニハ、自然ニ解除セラレル場合モ屢々アリ得ルモノト考ヘラレル。

從テ炎衝性索狀物ニ由ル絞扼性「イレウス」トハ異ツタ臨床症候(頻回ノ自然緩解, 再發及ビ比較的輕度ナル「イレウス」症状)ヲ示スモノト考ヘラレル。