

## 74.

616.463.83-002.1

## 腸間膜淋巴腺炎ニ就テ

岡山醫科大學津田外科教室(主任津田教授)

副手 醫學士 藤原公平

[昭和17年2月21日受稿]

## 緒 論

最近開腹術が一般ニ發達シ從來原因不明ノ腹痛  
 デ内科的ニ種々治療サレテ居タ疾患ガ、コノ開腹  
 術ニヨリ腹痛ノ原因ガ判明シ、適切ナ治療ヲ行フ  
 ト共ニ、其ノ豫後ノ決定モ容易ニ行ハレル様ニナ  
 ヲツタノハ、實ニ喜バシイ事實デアル。特ニ急性蟲  
 垂炎ニ對シテ、早期手術ガ最モ豫後ノ良好ナル事  
 實ガ、一般的ニモ認識サレ、吾人外科醫ハ早期ニ  
 開腹スル機會ガ甚ダ多クナツテ來タ。コレガ爲ニ、  
 蟲垂炎ト診斷サレタモノガ、開腹ニヨリ、豫期セ  
 ザル疾患デアル場合ガアリ、又原因不明ノ腹痛  
 ガ、蟲垂炎又ハ其ノ附近ノ疾患デアル事モアリ得  
 ル次第デアル。特ニ廻盲部ノ疼痛ヲ來セル疾患ニ  
 ハ、最近種々ノモノガ擧ゲラレ、纖維増殖型蟲垂  
 炎、廻腸末端炎等ノ腸管其ノモノノ疾患、又ハ腸  
 間膜特ニ其ノ淋巴腺ノ炎症等ガ擧ゲラレテ居ル。  
 實際吾人ガ日常遭遇スル腹痛ヲ主訴トスル疾患  
 中、急性蟲垂炎ハ可成リ重要ナル疾患デアル事  
 ハ、争ハレス事實デアルガ、術前蟲垂炎ト診斷シ  
 テ開腹スルニ、蟲垂ニハ何等變化無ク、腸間膜ノ  
 淋巴腺ガ、著明ニ腫脹肥大シ、且發赤シテ居ル事  
 ガアルガ、斯ル疾患ハ一般ニ、腸間膜淋巴腺炎ト  
 稱セラレ、獨立セル疾患ト見做サレテ居ル。私ハ  
 最近津田外科教室ニ於テ、廻盲部ニ於ケル急性單  
 純性淋巴腺炎ヲ經驗シ、興味深イ點ガ、多々存ス  
 ル爲、茲ニ報告スル次第デアル。

## 症 例

**患者** 草地某, 24歳, 男子, 教師。**家族歴** 特記スベキ點ナシ。**既往症** 生來健康デ著患ヲ知ラズ。**主訴** 下腹部特ニ廻盲部ニ於ケル疼痛。

**現病歴** 昭和16年4月初旬ヨリ、學校デ「バレ  
 ーホール」ノ練習ガアリ、常ヨリモ體ノ使ヒ方ガ  
 烈シカツタ。4月26日ト27日ニ初メテ外米ヲ食  
 ベタガ、下痢ヲ起シ、腹部全體ニ不快感ガアツ  
 タ。29日夜半、2里ノ道ヲ歩行シタガ、途中デ惡  
 寒ヲ感ジ、且臍ヨリ下部ニ一體ニ刺ス様ナ疼痛ガ  
 アツタ。手デ押サヘナガラ、歸宅シタ。30日朝方  
 頭痛ガアリ、又下腹部ニ疼痛現ハレテ、昨日ヨリ  
 モ可成リ烈シイト云フ、30分位持續スルト云フ、  
 同日晝、38.4°C發熱シタ。夕方カラ腹痛ハ廻盲部  
 ニ存スル様ニ思ヘタト云フ。夜半ヨリ腹痛ハ去  
 リ、其ノ夜ハ熟睡ス。5月1日朝再ビ下腹部ノ疼  
 痛、特ニ廻盲部ニ劇烈ナル爲、蟲垂炎デハナイカ  
 ト、心配シ手術ノ治療ヲ求メテ來院ス。便通ハ1  
 日1回デアルガ發病來軟便デアル。尙ホカカル腹  
 痛ハ今回ガ最初デアルト云フ。同日入院ス。

**現症** 體格強壯デ、榮養可良。脈搏正常デ心肺  
 ニ異常ヲ見ナイ。瞳孔、眼結膜並ニ舌ニモ異常ハ  
 無イ、尙ホ「アンギーナ」モ存シ無イ。體温ハ38.2  
 °C、腹部ハ平坦デ膨隆セズ。M.L線(臍棘線)中點ト  
 Lanz氏點ヲ結ブ線)ニ一致シテ、拇指頭大ノ腫瘍

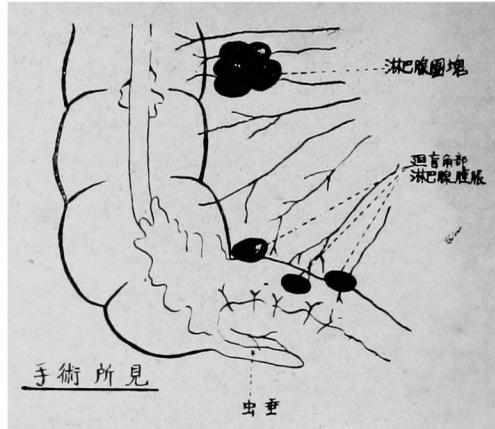
ヲ觸レル。可動性ヲ壓痛ガアル。併シ腹壁緊張ハナイ。血液ハ赤血球數 496 萬デ白血球數ハ 15,100。即チ白血球增多症ガ著明デアアル。尿ニハ變化無シ。

**診斷** 腹部ノ所見、發熱及ビ白血球增多症ヨリ急性蟲垂炎ト診斷シ、直チニ手術ヲ施行ス。

**手術の所見** 「トロバコカイン」0.06gノ腰椎麻醉ノモトニ、交錯切開テ、廻盲部ヲ開クニ、滲出液、膿汁等無ク、盲腸部ヲ挿スニ、容易ニ求メ得タ。盲腸下端ハ稍々發赤シ、光澤ガアル。之ハ處理スル間ニ漿膜ヨリ、出血シタモノカ、將又腸壁ノ炎症ニ基クモノカ、コノ區別ガ附ケ難イ程度デアアル。蟲垂ハ豫期ニ反シテ肉眼的ニハ正常デ、周圍トノ癒着モ無イ。然ルニ所謂廻盲隅角部ニ淋巴腺ガ、大豆大ニ、2-3箇腫脹發赤シテ居ル、尙ホ又廻盲隅角部ヲ去ル事約7-8cm離レタ、上行結腸ノ内縁ニ接シテ淋巴腺ガ數箇各々大豆大ニ腫脹シ、1箇ノ小鶏卵大ノ淋巴腺剛塊ヲナス。色ハ赤褐色デ弾力性硬靱デアアル。周圍トノ癒着ハ無イ。依ツテ先ツ、コノ淋巴腺剛塊ヲ周圍ノ腸間膜ヨリ止血シツツ完全ニ摘出シ、次デ廻盲隅角部淋巴腺モ摘出シタ。最後ニ蟲垂切除術ヲ施行シテ、腹壁ノ一次の3層縫合ヲナシ、手術ヲ終ル。手術の所

見ヲ模型的ニ畫ケバ第1圖ノ如クデアアル。

第 1 圖



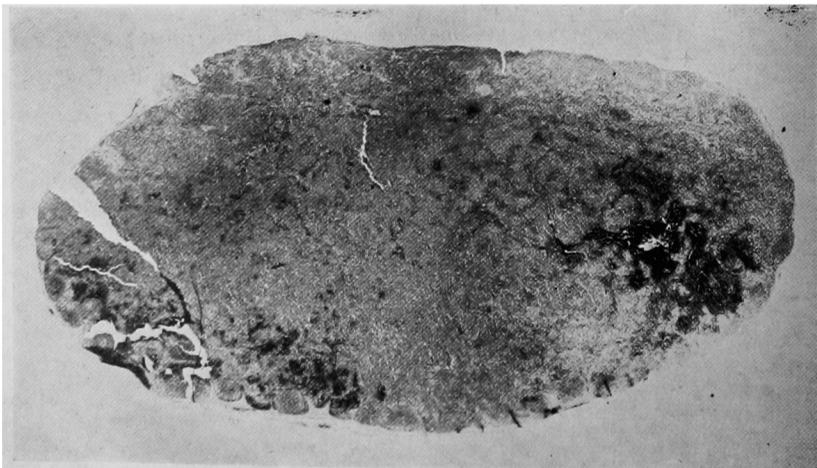
**摘出淋巴腺ノ諸検査**

1) 細菌學的検査。摘出セル淋巴腺ヲ無菌的ニ揺リ潰シテ、塗抹標本ヲ作り檢鏡スルニ、何等細菌ヲ檢出シ得ズ。又コノ揺リ潰セル粥ヲ培養スルニ、好氣性、嫌氣性共ニ陰性ニ終ル。即チ細菌學的ニハ、コノ淋巴腺ハ無菌デアツタ。

2) 組織學的検査。「ホルマリン」固定、「ヘマトキシリン、エオジン」染色色デ、檢鏡スルニ、淋巴濾胞ハ淋巴球ノ浸潤ノタメ、形ガ崩レタ如ク見え、且擴張セル淋巴腔ニヨリ、多數ノ分野ニ分レ

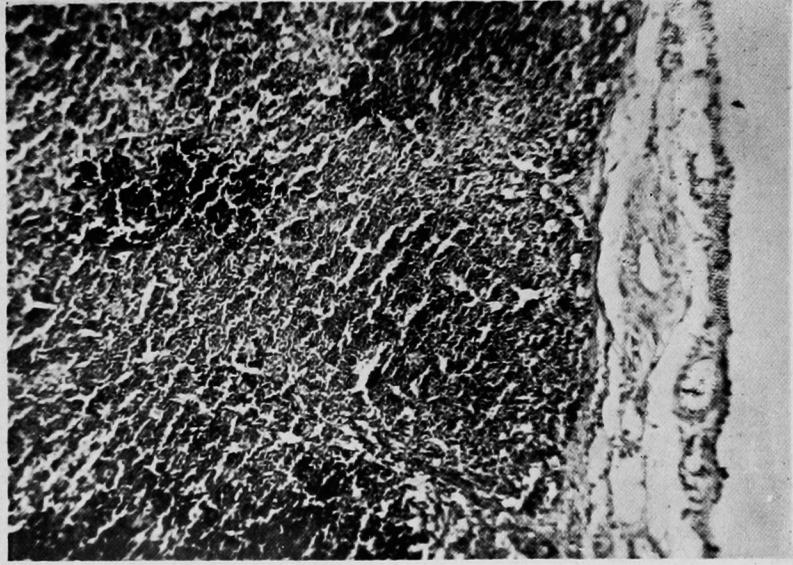
第 2 圖 弱 擴 大

(「接眼レンズ」無シ、「對物レンズ」3.5 cm Planar,「カメラレンジ」30 cm)



## 第 3 圖 強 擴 大

(「接眼レンズ」「ツァイス」×10,「對物レンズ」×10,「カメラレンゲ」30 cm)



タ如ク見エル。コノ淋巴腔ニハ所々大ナル出血ヲ見ル。而シテ莢膜ニハ肥厚ヲ認メズ、尙ホ結核、微毒又ハ眞性腫瘍ノ像ハ全く見ラレズ、即チ主ナル所見ハ、淋巴組織ノ増殖ト、出血デ、コレ即チ急性單純性淋巴腺炎ノ像デアル。而シテ摘出セル数箇ノ淋巴腺ハ總テコノ組織像デアツタ。第2圖ハ、弱擴大ニテ、第3圖ハ強擴大ニテ示セル、顯微鏡寫眞デアル。

蟲垂ノ所見。長さ約3.5 cm、直徑約0.8 cm デ肉眼的ニハ變化ナク、蟲垂間膜ニモ何等ノ變化ヲ見ズ。併シ「ホルマリン」固定、「ヘマトキシリン、エオジン」重染色デ檢鏡スルニ粘膜ハ缺損シ粘膜下組織ニ少量ノ淋巴球浸潤ヲ見ル。尙ホ蟲垂間膜ニハ何等認ムベキ變化ヲ見ズ。

## 経過及ビ歸轉

経過良好デ、術後4日目カラ平熱トナリ、5日目ニハ白血球數8,500トナル。8日目ニ拔糸、12日目ニ全治退院ス。其ノ後約3箇月目ニ來院ヲ求メテ診察スルニ、何等異常ナク、全く健康デ其ノ後ニ腹痛ハ1回モ無シトモフ。

## 考 按

本例ハ24歳ノ男子ニ突然惡寒ヲ伴ツテ現ハレタル腹痛デ、而モ數日間ニ、再三疼痛ガ間歇的ニ現ハレタルモノデ、腹部所見モ急性蟲垂炎ト異ル所ナク、白血球增多症及ビ發熱モ存シ、術前ハ急性蟲垂炎ト診斷シタルハ、當然デアル。然ルニ開腹スルニ、肉眼的ニハ蟲垂ニハ何等ノ變化ヲ見ズ。又他ノ腸管ニモ、前記ノ如キ、臨牀症狀ヲ惹起スルト思ハレル様ナ變化無シ。併シ腸間膜ノ淋巴腺ガ、数箇著明ニ發赤腫脹シテ居ルヲ發見、コレニヨツテ初メテ、烈シイ腹痛、發熱、白血球增多症等ノ諸症狀ノ分明スルニ到ツタモノデアル。摘出淋巴腺ノ種々ノ検査ニヨリ、所謂急性單純性腸間膜淋巴腺炎ノ1例デアル事ヲ、確認シ得タモノデアル。本例ハ淋巴腺ノ局所部位カラ、Läwen (1938)、Sassen(1938)ニナラツテ、Lymphadenitis ileocolica acuta simplex(急性單純性迴盲部淋巴腺炎)ト稱シテ可ナルモノデアル。即チ罹患セル淋巴腺ガ A. u. V. ileocolica ノ經路ニ沿フテ存スル爲、Läwen ハ Lymphadenitis ileoco-

lica ト命名シタ。

コノ急性腸間膜淋巴腺炎ニ關シテハ、最近漸ク問題トナリ、特ニ腹痛ガ主症状デアルダケニ、術前ノ診斷竝ニ他ノ疾患トノ鑑別ヲ要シ、尙ホ腹痛ヲ主訴トスル疾患ノ豫後決定ニ際シテモ、考慮ヲ要スル一疾患ナル事ハ疑無キ所デアルガ、本症ノ原因、病理、症状等ガ未ダ充分ニ闡明サレナイ爲ニ、一般ニ汎ク認識サレズ。随ツテ術前ニ本症タル事ヲ認知スル事ハ稀ナル事ト考ヘラレル。依ツテコレヨリ、本症ノ名稱、原因論、病理、症状及ビ治療法等ニ關シテ先人諸家ノ研究ヲ紹介シ、併セテ考察ヲ加ヘントスルモノデアル。

#### 1. 名稱及ビ意義ニ就テ。

腸間膜淋巴腺炎ナルモノハ、1775年 Ballニヨツテ、*Tabes mesenterica*ナル名稱ノモトニ記載サレ、主トシテ病理解剖學方面ノミニ、興味アルモノトサレテ居タガ、20世紀ニナツテ本症ノ外科的疾患トシテノ意義ガ認めラレルニ到ル。即チ1909年 Machtle氏ハ全文獻中ニ14例ノ本症ヲ見タルニ過ギナイガ、1921年 Struthers氏ハ腸間膜淋巴腺腫脹ハ必ズシモ、結核性病變タル事ヲ確證シ得ナイガ、急性蟲垂炎様症状ヲ呈スル場合ハ、恐ラク結核性病變タル腫脹ガ混合感染ヲ蒙ツタモノデアラウト述ベタニ止ル。爾來結核性ト見做シテ怪シマレナカッタ本症ハ、漸ク諸學者ノ關心ヲ喚起スルニ到リ、1923年 Heußer氏ハ *Lymphadenopathia mesaraica*ト命名シ、40例ヲ報告ス。彼ハ本症ニ於テハ、原發竈ハ全く見付カラズ、又ハ少クトモ隠蔽サレテ、淋巴腺腫脹自體ガ、症状及ビ手術の所見ヲ支配セルモノデ、而モ結核性病變ナラザルモノヲ、斯クノ如ク命名シタ。次デ Freemann(1923)、Guleke(1924)、Noesske(1924)、Pribram(1926, 1935)、Borchard(1928)等ニヨツテ研究セラレ、特ニ Strombeck(1932)ハ *acute mesenteric lymphadenitis*ノ名稱ノモトニ、自家症例ヲ基トシテ可成リ詳細ニ文獻の考察ヲ試ミタ。Pribram(1935)ノ如キハ

*Lymphangitische Form der Appendicitis*ナルモノノ存在ヲ、多数ノ臨牀の觀察カラ強調シ、且コノ際蟲垂ニ變化ノ認め得ナイモノヲ、特ニ *Lymphangitis mesenterialis*ト稱シタ。更ニ其ノ後、Hertel(1937)ハ、*Lymphadenitis mesenterialis*ナル名稱ノモトニ、自家症例ヲ基トシテ文獻の考察ヲ試ミタ。其ノ他 Brown(1937)、Läwen(1937)ハ局所部位ヲ示セル名稱ヲ用ヒテ、*Lymphadenitis ileocolica*ト命名シタル事ハ前述ノ通りデアル。斯クノ如ク本症ガ、種々ノ名稱ヲ與ヘラレテ居ルノハ、本症ノ原因或ヒハ病理ガ未ダ尙ホ確定セラレズシテ、各學者ニヨリ見解ヲ異ニスル爲デアラウ。試ミニ本病變竝ニ類似疾患ト見做サレテ居ル諸學者ノ命名ヲ擧ゲレバ次ノ様デアル。

Struthers(1921) : *Mesenteric lymphadenitis simulating appendicitis*. Heußer(1923) : *Lymphadenopathia mesaraica*. Freemann(1923) : *Mesenteric lymphadenitis*. Noesske(1924) : *Lymphadenitis ileocaecalis bei und nach appendicitis*. Guleke(1924) : *Hyperplasie der Mesenteriallymphdrüsen*. Pribram(1926) : *Lymphangitis mesenterialis*. Bell(1927) : *Mesenteric lymphadenitis simulating an acute abdominal conditions*. Borchard(1928) : *Primäre Lymphangitis des Wurmfortsatzes*. Speese & Klein(1929) : *Acute mesenteric lymphadenitis associated with chronic appendicitis*. Strombeck(1932) : *Acute mesenteric lymphadenitis*. Pribram(1935) : *lymphangitische Form der Appendicitis*. Donald(1936) : *Mesenteric lymphadenitis in adolescents simulating appendicitis*. Rosenberg(1937) : *Nonspecific mesenteric lymphadenitis*. Brown(1937) : *ileocaecal lymphadenitis in children*. Läwen(1938) : *Lymphadenitis ileocolica*. Sassen

(1938) : Lymphadenitis ileocolica simplex.  
Constantinescu, Trocmer(1938) : Mesenteriolumadenitis.

上記ノ如ク、本症ニ關スル名稱ハ現今マデ、先進諸學者ニヨリ、種々デアツタガ Brown, Löwen, Sassen 等ノ最近ノ報告ニヨレバ、總テ、罹患部位ニヨリ局所症狀ヲ異ニスル事ヲ明カニシタ。コレハ即チ、腸間膜淋巴腺ナルモノハ、其ノ存在部位ガ廣範圍ニワタリ、且其ノ數モ非常ニ多イ爲、罹患淋巴腺ノ存在セル部位ニヨツテ、其ノ症狀ヲ異ニスルタメデアル。最近ノ文獻ニハ、胃十二指腸潰瘍ト誤診サレタル、腸間膜淋巴腺炎スラ報告サレテ居ル(神山、昭和15年)。コレハ腸間膜根部ノ淋巴腺炎デアツタト云フ。又本症例ノ如ク蟲垂炎ト殆ド異ル所無キ様ナ症例モ存在スレバ、一言ニシテ腸間膜淋巴腺炎ト稱シテモ良イガ、罹患セル部位、竝ニ病變ヲ示セル如キ名稱、例ヘバ本症例ニ於ケル様ニ、急性單純性廻盲部淋巴腺ト稱スルガ最モ適當ト信ズ。併シ斯ル名稱ハ術前ニハ勿論診斷不明デ、手術時所見及ビ病理學的検査ノ結果初メテ判明スルモノデアルカラ、診斷名トシテハ、單ニ「廻盲部又ハ上腹部腸間膜淋巴腺炎」ト稱シテ良イ。本邦ニ於テモ、所謂廻盲部腸間膜淋巴腺炎(根井)、上腹部非特異性腸間膜淋巴腺炎(神山)、急性腸間膜淋巴腺炎(久保田)、單純性急性腸間膜淋巴腺炎(山井)、廻盲部淋巴腺腫脹(梶原)、非特殊性廻盲部淋巴腺炎(香西)等ト稱セラレテ報告サレテ居ル。要スルニ、本症ハ蟲垂又ハ他ノ腸管ノ病變トノ關係ヲ否定スルモノデハナイガ、之等ノ部ニ臨牀症狀ニ一致スルガ如キ、病變ガ發見サレヌ點カラシテ、淋巴腺腫脹夫レ自體ニ重大ナル意義ヲ附スベキモノトノ見解ガ多クナリ、獨立疾患トシテ認メラレテ來タ次第デアル。

## 2. 原因及ビ發生機序ニ就テ

本症ノ原因論ニ關シテハ、各々先進諸家ノ唱ヘル所ガ區々デ、説明スル所モ相當ノ根據ハアルガ、明カナ實證ハ無ク、從ツテ次ニ述ベル所モ憶

説ニ止リ、定説ハ未ダ無シ。コノ原因ニ關シテハ將來ノ研究ニ待ツベキ點多ク存スルモ、現今マデニ唱ヘラレテキル説ヲ綜合シテ、次ノ如ク分類シテ述ベル。

- a) 腸管感染説      b) 「アングリーナ説」  
c) 「アレルギー説」      d) 體質説  
a) 腸管感染説

一般ニ急性淋巴腺炎ナル疾患ハ、淋巴腺自身ノ意義カラシテ、何所カニ初感染病竈ノ存スル事ハ周知ノ事實デアル。腸間膜淋巴腺炎ノ場合モ亦、之等一般ノ場合ト同様ニ、腸管ノ何所カニ、初感染病竈ノ存スルダラウト、推測シ得ルガ、前述ノ如キ臨牀症狀ヲ發現セシメル様ナ初感染病竈ヲ發見シ得ズ。併シ、腸管内特ニ廻盲部ハ糞便ノ停滯シ勝テ部分デアリ、隨ツテ淋巴裝置ニ富メル腸壁ノ鬱血ヲ來シテ、炎症ヲ起シ易クナリ、コレガ所屬淋巴腺ニ波及シテ、腸間膜淋巴腺炎ヲ惹起シ得ル事ハ、理論上推論シ得ル所デアル。Heußer(1923)ハ、斯ル淋巴腺炎ハ無症狀ニ經過スル様ナ腸炎ニ對スル反應デアラウトシ、彼ノ報告症例數ノ半數ニ於テ、腸管ニ何等變化無ク、殘ル半數ニ於テ小腸、盲腸等ノ癒着、又ハ蟲垂ノ屈曲、閉塞等ヲ見タ。蟲垂ノ組織學的検査ニ於テハ、本症例ノ如ク粘膜ノ缺損、淋巴球ノ輕度ノ浸潤ヲ見タ。Brennenmann(1927)モ亦細菌ニヨル腸管感染ガ二次的ニ腸間膜淋巴腺炎ヲ惹起セルモノデアラウト述ベタ。Borchard(1928)ハ通常ノ蟲垂炎ニ於テハ、淋巴管系統ガ炎症ニ與ルノハ、二次的デアルガ、蟲垂ノ淋巴管ニ先ツ炎症ノ惹起サレル場合ガアリ、カカル時蟲垂ノ粘膜ハ健常デアルガ、先ツ漿膜下淋巴管ニ炎症ヲ起シ、引イテハ蟲垂間膜ノ淋巴腺腫脹ヲ來スモノト述ベ、Primäre Lymphagitis des Wurmfortsatzes トシテ報告ス。Pribram(1935)モ亦、lymphangitische Form der Appendizitis ト稱シタ。又 Hertel(1937)ハ一見蟲垂ニハ何等病變無クトモ、蟲垂切除ニヨリ、淋巴腺炎ヨリ生ズル諸症狀ハ頓ニ消退

スル事實ヲ根據トシテ、且蟲垂間膜＝淋巴管炎アルヲ發見シ、蟲垂感染＝ヨル反應デアルト云フ。而シテ、蟲垂＝變化ノナイノハ、既＝容易＝治癒シタモノデ、第二次徴候トシテノ腸間膜淋巴腺炎ガ惹起セラレタルモノナリト云フ。恰モ指端＝於ケル小ナル感染創ヨリ淋巴管炎ヲ起シ、更＝進ンテ所屬淋巴腺ノ炎症ヲ招來スル事ハ、日常屢々經驗サレル所デ、而モ初感染創タル指端ノ炎症ハ治癒＝赴ク＝係ラズ、二次的變化タル淋巴腺炎ハ、永ク其ノ症狀ヲ胎ス事實ヲ以テ、本症ノ腸管特＝蟲垂感染説ヲ説明シタノデアル。何レニシテモ、蟲垂ノ病變ハ僅少デ、小ナル粘膜炎、白血球浸潤等アルノミ＝係ラズ、淋巴管系統＝炎症ヲ惹起スルト云フ Borchard, Pribram 等ノ説ハ、腸管感染説トシテ興味アル所デアル。以上ノ腸管感染説ハ腸管ト其ノ所屬淋巴腺トノ解剖學的關係ヲ基礎トシテ、説明サレルハ云フマデモ無イ。例ヘバ迴盲部ノ淋巴腺炎＝於テハ、其ノ原因ヲ最も頻繁＝炎症ノ對稱トナル蟲垂＝求メルガ妥當デアラウ。試ミニ、蟲垂ト其ノ附近淋巴腺トノ解剖學的關係ハ、成書ノ教ヘル所＝ヨレバ、Lgll. praecaeales, Lgll. ileocaecales, Lgll. retrocaecales, Lgll. appendiculares 等ガアリ、之等ノ淋巴腺ハ其ノ名稱ノ示ス様ニ、夫々ノ腸管ヨリノ淋巴管ノ集合部ナル故、之等ノ腸管ノ何所カニ、感染ガオコレバ必然的ニ、淋巴管炎引イテハ、淋巴腺炎ヲ惹起スル事ガ推測セラレカラ、以上ノ如ク種々ノ學者＝ヨリコノ腸管感染説ガ唱ヘラレテ來タモノデアル。併シナガラ、一面此説＝ハ矛盾セル點ガ無イデモ無イ。即チ腸管＝感染ガアツテ、二次的＝淋巴腺腫脹ヲ來タモノデアレバ、何故通常ノ蟲垂炎例ヘバ蜂窩織炎性又ハ壞疽急等ノ蟲垂炎＝於テ、本症例ノ如キ、明カナル急性淋巴腺炎ヲ附隨シナイカ？ 又何故初感染病竈ガ認識サレヌ程度ノモノ＝係ラズ、腸間膜淋巴腺ノミ肥大シテ、恰モ一次的＝腫脹セル如ク見ユルカ？ 之等ノ點＝關シテハ、病理ノ項＝就テ證明スルダガウ。

## b) 「アンギーナ説」

Pribram(1935), Kleiber(1936) ハ本症ノ既往症＝ハ必ズ「アンギーナ」ガアリ、或ヒハ又現＝存在スルト云フ。彼等ハ本症＝於テ蟲垂切除術ヲ施行シテモ尚ホ腹痛ガ現ハレル事ガアルガ、コレハ扁桃腺切除術デ全ク消失スルト述ベタ。「アンギーナ」ヲ伴ヘル肺炎ノ際、吾人ハ稀デハアルガ蟲垂炎ト誤診スル事ガアル。コレヲ Pribram ハ Pseudoappendicitis ト稱シテ居ルガ、コレハ「アンギーナ」ノ細菌ガ腸間膜淋巴腺炎ヲ惹起セルモノナリト云ヒ、又彼ハ小兒ノ臍疝痛ナルモノハ、「アンギーナ」ノ際＝起ル腸間膜根部ノ淋巴腺腫脹＝外ナラズト極言シタ。Pribram ハコノ「アンギーナ説」ヲ説明スルニ、淋巴組織＝對シテ特殊ノ選擇吸着力ヲ有スル一種ノ有機體＝ヨル感染ヲ受ケテ、腸間膜淋巴腺炎ガ惹起サレルモノデアルトシ、扁桃腺＝主原因ヲ置イタ。尚ホ Adams & Olney(1938) ハ、呼吸道ノ炎症例ヘバ「アンギーナ」、「インフルエンザ」等ヲ原因トシテ舉ゲタノデアル。併シナガラ最近 Brown(1938) ハ本症ハ蟲垂切除術ノミデ治癒シ得ルカラ、扁桃腺切除ヲ要セズトシテ、Pribram ノ説ヲ反駁シタ。本症例＝於テモ、既往症又ハ現症＝「アンギーナ」ハ認めラレナイ。

## c) 「アレルギー説」

Fischer-Kaiserling(1936) ハ「アンギーナ」ノ様ナ一過性又ハ慢性ノ傳染ヲ蒙ルト、其ノ毒素＝ヨリ淋巴管系統ハ特殊ノ過敏性ヲ獲得スルニ到リ、ココニ所謂「アレルギー性」炎症ヲ惹起スルモノデアラウト述べ、特ニ Fischer(1937) ハ蟲垂ノ淋巴性竈ニ恐ラク同時ニ、神經性裝置ノ特ニ過敏ナ反應素質ガ本病變＝共通ナ原因の因子トナルモノデアラウト述ベタ。Hertel(1937) モ Fischer-Kaiserling ノ説ヲ是認シ、「アンギーナ」カラノ傳染性物質又ハ毒素或ヒハ又腸粘膜炎カラ作用スル物質主トシテ食餌性産物ヲ「アレルゲン」ト考ヘテ居ル。

## d) 體質説、

一般ニ若年者ニ多イトノ見解カラ、體質ト云フモノヲ考慮シテ、所謂淋巴體質ノ部分的症狀トシテ發現スルト云フ學者モアル。併シ諸國ノ文獻特ニ本邦ニハ成人時ニハ老年者ニモ發現スル場合アルヲ報告サレテキル、淋巴體質ナルモノガ、若年者ノミナラズ、成人ニモ存スルノデアラウカ？ 要スルニ、コノ體質説ハ漠然トシテ本症ノ原因説トシテハ價値ナキモノノ様デアル。

以上ノ如ク、本症ニ關スル原因説ハ諸説紛々トシテ定マラナイ。各々唱ヘル所ハ、自家症例ヲ基トシテ、相當ノ根據ヲ有スルモノデアルガ、斯クノ如ク未ダ定説ノナイノハ、本症ガ諸學者ニヨリ注意ヲ喚氣サレタノガ、未ダ日淺ク、症例數モ比較ノ少イノニ依ルモノデアラウ。譯ツテ、本例ヲ考フルニ、Pribram(1935)ノ言フ如キ、「アンギーナ」ノ既往症モ無ク、又現症ニモ存シナイ。依ツテコノ「アンギーナ説」ハ本例ニハ適合シナイ。又本患者ニ於テハ、外米ナルモノヲ初メテ食シタ所、數回ノ下痢ヲ伴ツテ居ル。コノ際 Hertel(1937)ノ言フ様ニ、其ノ分解産物ガ「アレルゲン」トナリ、所謂「アレルギー性」炎症ヲ惹起シタモノデハナイカト推論サレルガ、コレノミニヨツテ、本例ノ原因ヲ確定スルハ早計ト考ヘラレル。即チ本例ニ於テハ腸管感染説ニ於テ述ベダ様ニ、蟲垂ニ粘膜缺損及ビ白血球浸潤ガ存シ、コレニヨツテ惹起シタモノト考フルナラバ、腸管感染説モ一應ハ當攝ル様デアル。併シタトハ、輕度ノ蟲垂炎症像ガ存スルカラトテ、直チニ腸間膜淋巴腺ノ炎症ヲ惹起シタ一次ノ原因ト斷定シガタク、本症ノ出現以前ニ既ニ發生シテ居タカモシレナイ。要スルニ本例ニ於テハ其ノ原因ヲ奈邊ニ求ムルカガ問題トナルガ症例數モ少イ事トテ判然セズ。

## 3. 病理ニ就テ。

正常ノ腸間膜淋巴腺ナルモノハ、腸間膜葉間ノ組織中ニ埋没シ、扁平デ、直徑數mmニシテ指間デ觸診スル事ハ中々困難ナルモノデアル。而シテ

該淋巴腺ノ配置狀能ハ略ボ三階段ニ存在スルモノデ、即チ腸間膜根部、中間部、末梢部(腸管ニ附着セル部)ニ在ル。併シ一端急性炎症ヲ惹起シタモノハ、Hertel(1937)モ云フ様ニ、大サガ豌豆大、大豆大、胡桃大或ヒハ夫レ以上ニナリ、色ハ蔷薇赤色、茶褐赤色トナリ、表面ハ平滑、硬度ハ多クハ軟イガ、時ニハ緊滿スルト云フ。且腸間膜下デ可動性デ周圍トノ癒着ハナイ。本例ニ於テモ大豆大デ、赤褐色ニ數箇腫脹シ彈力性硬軟デ、1箇ノ小鶏卵大ノ淋巴腺團塊ヲ形成シ、周圍トノ癒着モナク、容易ニ摘出シ得タ。而シテ之等ノ場合ニ於テハ、組織學的ニ、淋巴組織ノ増殖ガ主ナル變化デ、實加答兒ト稱セラレル像ヲ示スモノデアルト云ワレテキル。本例ニ於テモ、淋巴組織増殖以外ニ出血ヲ來セル部分ガアリ、何レニシテモ、單純性又ハ増殖性淋巴腺炎ト稱スベキ像デアル。而シテ結核、梅毒等ヲ推測セシメル様ナ特異性炎症像ハ全ク認メラレナイ。コノ單純性炎症ノモノハ、本例ノ細菌學的検査ノ結果ノ様ニ、通常菌細檢出ハ陰性ニ終ルモノデアル。併シナガラ、コノ單純性炎症ガ更ニ進メバ、周圍炎ヲ起シ、更ニ化膿性トナリ或ヒハ更ニ進ンデ穿孔性腹膜炎ヲ惹起シ得ル場合アルヲ、Hertel(1937)ハ報告シテキル。之等ノモノハ最早増殖型ノモノデハナク、化膿性淋巴腺炎ト稱スベキモノデ、腺内ニ膿瘍ヲ形成スルモノデアル。即チ腸間膜淋巴腺炎ノ一型ニハ相違ナイガ、本例トハ又趣ヲ異ニスルモノデアル。斯クノ如キ化膿性ノモノカラ、Kleiber(1936)ハ、葡萄狀球菌、連鎖狀球菌、時ニハ大腸菌ヲ證明スル事アリト云フ。Struthers(1921)、Fraiser(1925)ハ、本症ハ結核性淋巴腺炎トシテ存在シテ居タモノガ、何等カノ誘因デ二次的ニ混合感染ヲ受ケテ、急性炎症ヲ起セルモトデアルト述ベタガ、多クノ學者ハ結核性病態ヲ證明スル事ガ出來ナイトシテ、コノ説モ今日デハ省ミラレナイ。

Strombeck(1932)ハ本症ハ後年ニ石灰沈着ヲ來スト云フモ、Brown(1938)ハ數年後ノ觀察ニヨ

ツテ、カカル事ハ無イト述ベタ。以上ノ如ク、淋  
巴腺炎ハ大體2種存スルガ、其ノ移行型モ存ス  
ルモノト考ヘラレル。又同一患者ニ於テモ同時ニ  
腫脹セル数々ノ淋巴腺ハ必ズシモ相似ノ變化ヲ示  
スモノデハナク、單純性、化膿性何レモ同一患者  
ニ存スル事アリト云ワレル。私ノ症例ニ於テハ斯  
ル事ナク數箇ノ淋巴腺ハ總テ單純性炎症ヲ示シテ  
キタ。

次ニ蟲垂ノ所見トシテハ、多クハ肉眼的ニハ何  
等ノ變化ガ認メラレナイノヲ普通トスル。コレガ  
爲ニ、本症ガ獨立セル疾患ト見做サレテキルノデ  
アル。Läwen(1938)ハ54例ノ腸間膜淋巴腺炎中  
ニ、蟲垂炎ヲ肉眼的ニ認メタモノハ2例ノミデア  
ツタ。Heußer(1923), Pribram(1935)ハ蟲垂ノ  
組織學的検査トシテ、粘膜ノ剝離、或ヒハ白血球  
浸潤等ヲ擧ゲテキルガ、本例ニ於テモ、斯クノ如  
キ變化ヲ見タノデアル。之等ノ僅カノ變化ト、其  
ノ所屬淋巴腺炎トガ如何様ニ關係スルモノカガ問  
題トナル。モシ因果關係ガ存スルモノトスレバ、  
吾人ノ普通ニ遭遇スル蟲垂炎例ヘバ蜂窩織炎性壞  
疽性ノモノニ於テ、所屬淋巴腺ノ腫脹、發赤ヲ見  
ル事少イノハ、如何ナル理由ニ基クモノデア  
ルカ?トノ疑問ヲ生ズルニ到ル。此點ニ關シテハ、  
Pribram(1935)ノ説明ニヨルト、所謂 Ausdruck  
einer differentiellen Immunitätナル假説ヲ以テ説  
明セントシタ。即チ細菌又ハ毒素ガ特殊性撰擇性  
ヲ有シ、或ル器官ニハ炎症ヲ惹起セシメ、他ノ器  
官ニハ殆ド反應ヲ生ゼシメズト云フ。從ツテ本症  
ニ於テモ、特殊性ノ淋巴腺催炎菌又ハ毒素ハ、吸  
收サレテモ、侵入部門ノ蟲垂ニハ何等認ムベキ變  
化ヲ來サズシテ、淋巴腺ニ來リテ初メテ、此所ニ  
顯著ナ反應ヲ生ズルモノデアルト云フ。而シテ  
Pribramノコノ假説ハあくマデ假説ニ止リ、コレ  
ガ闡明ニ關シテハ今後ノ研究ニ待ツベキ點ガ多イ  
事ト信ズ。

以上ノ如ク病理學的ニハ、單純性及ビ化膿性ト  
ガ存スルガ、コレハ成因、發生機序ニヨル所大ナ

ル爲デアラウ。又催炎菌ノ種類、即チ毒性強キ細  
菌又ハ單ナル有害毒素ニヨル場合等ニヨツテ、病  
理學的所見ニ差異ヲ來スモノデハ無カラウカ。尙  
ホ且發病ヨリ、吾人ノ開腹スル迄ノ經過時間ノ及  
ボス影響モ亦大ナルモノアリト推測セラレル。

#### 4. 症狀ニ就テ

本症ハ一般ニ若年者ニ多イト云ワレル。(Heu-  
ßer, Guleke, Pribram, Hertel, 久保田), 小兒  
ニ多イト云フ人モアル(Brown). Strombeck  
(1932)ハ40例中ニ20歳マデガ35例ヲ占メテキ  
ルト。尙ホ彼ノ症例中、男子24例ニ對シ、女子16  
例デ男子ニ多イト云フ。本例ハ24歳ノ男子デア  
ツタ。

病理ノ項デ述ベタ様ニ、本症ハ單純性ノモノ、  
及ビ化膿性ノモノガアル。之等ノ病理學的所見ノ  
異ルニ隨ツテ、症狀ニモ自ラ異ル所アルハ當然ノ  
事デアル。又罹患セル淋巴腺ノ分布狀態例ヘバ廣  
範圍ニ炎症ヲ來セル場合、又ハ腸間膜根部ニ或ヒ  
ハ廻盲部ニ局限シテ居ル時等ニヨツテモ亦症狀ノ  
異ルノハ勿論デアル。併シ臨牀的ニハ一般ニ突然  
腹痛ヲ訴ヘ、同時ニ輕度ノ又ハ中等度ノ發熱ヲ伴  
ヒ、全身異和感ヲ以テ始マル事ガ多イ。主ナル症  
狀ハ腹痛、發熱、白血球增多症デ、次ニ各症狀ニ  
就テ述ベヨウ。

a) 腹痛。コレハ最も重要ナル症狀デ、本症ニ  
ハ先ツ腹痛ガ現ハレルモノデアル。腹痛ハ一般ニ  
突發的デ、Brown(1937)ニ依レバ、臍附近ニ始  
リ初期ニハ胃部、全腹部又ハ左側ニ反射的疼痛ヲ  
訴フルモノガアルガ、終ニハ廻盲部ニ局限スルガ  
常デアルト云フ。其ノ性状ハHertel(1937)ニ榮  
ヘバ、一樣ナラズシテ、刺痛、穿孔痛、牽引痛又  
ハ痙攣性デアルト云フ。而シテ週期性ニ、數ヒハ  
發作性ニ1日數回10分乃至數10分ノ發作ガ反覆  
シテ來ルモノデアルト云フ。廻盲部及ビ其ノ附近  
ノ淋巴腺腫脹ノ場合ハ、私ノ症例ノ如ク、下腹部  
ニ出現シテ、コレガ廻盲部ニ局限スル傾向ガア  
ル。然シ通常ノ蟲垂炎ニ於ケル様ニ、局所症狀ノ

増悪スル傾向ガ少シト云ワレル。腸間膜根部 = 炎症ヲ來セル場合ハ、主トシテ臍附近 = 出現シテ、小兒ノ臍疝痛トハコノ根部淋巴腺炎 = 外ナラズト Pribram (1935) ハ述ベタ。本症 = 於ケル腹痛ハ淋巴腺腫脹自體 = ヨルモノカ、將又腹膜ヲ刺戟シテ生ズルモノデアルカ、ヲ考フルニ、化膿性又ハ穿孔性ノモノハ腹膜刺戟症狀ヲ來スハ勿論デアルガ、私ノ症例ノ如キ單純性ノモノハ、腹膜 = ハ異常ガナイ。故 = 單純性ノモノ = 於テハ、淋巴腺腫脹自體 = 腹痛ノ原因ヲ求メナケレバナラナイ。而シテ腹痛ヲ傳達スルモノハ交感神經デ、吾人ガ日常腹部手術ノ際 = 腸間膜ヲ牽引スルト疼痛ヲ訴ヘルガ、之ハ交感神經ノ刺戟サレル = ヨルモノデアル。コレト同様ニ、本症 = 於テモ、淋巴腺腫脹 = ヨル物理化學的刺戟ト、炎症 = ヨル化學生物學的刺戟トガ菲薄ナル腸間膜中 = アル交感神經 = 作用シテ疼痛ヲ感ゼシメルモノデアル。

#### b) 發熱。

本例ハ惡寒ヲ以テ發熱シタ。通常  $38^{\circ}$ — $39^{\circ}\text{C}$  マデ發熱スルト云ワレル。Hertel (1937) = ヨレバ急性 = 發病スルモノ程、高熱ナリト云フ。而シテ同時 = 腹痛ヲ以テ始マルガ、疼痛ノ間歇時 = ハ、通常解熱スルト云ワレル。

#### c) 白血球增多症。

白血球數ハ 1 萬以上ノ事多ク、私ノ例 = 於テハ 15100 デアツタ。Hertel (1937) ハ 2 萬或ヒハ夫レ以上 = ナルト云フ。西堀、増井 (昭和 15 年) = 隨ヘバ、腹痛ノ間歇時 = ハ殆ド正常 = 復シ、發作時 = ハ增多スルト云フ。蟲垂 = 變化無クシテ、淋巴腺ノ腫脹發赤ノミデ、斯クモ高度ノ白血球增多症ヲ來ス事ハ一見異トスル所デアルガ、淋巴腺自體ノ炎症ヲ來シテキル故ニ、之ト同系統 = 屬スル他ノ網狀組織細胞ノ存スル系統 = 於テモ、或一定ノ刺戟ガ與ヘラレテ居ルモノト考ヘナケレバナラズ、且之等ノ組織ハ相當ノ廣範圍 = 存スルカラ、其ノ結果トシテ、茲 = 相當ノ白血球增多症ヲ來ス事ハ當然ト考ヘラレル。

#### d) 局所症狀。

腸間膜根部附近ノ淋巴腺炎ヲ來セル場合 = ハ Hertel (1937) = ヨレバ上腹部疼痛ノタメ、胃、脾、十二指腸又ハ膽囊等ノ疾患ヲ思ハシメル事アリト云フ。神山 (昭和 15 年) モ十二指腸潰瘍ト誤診シタ例ヲ報告シテキル。迴盲部淋巴腺炎ノ場合ハ、蟲垂炎ト殆ド異ル所ガナイ。即チ Kleiber (1936) ノ記載 = ヨレバ、Mc. Burney 氏點ノ上方臍ノ附近 = 著明 = 著ハレ、概シテコノ際、特別 = 腹壁緊張ヲ認メナイガ、重篤ナル場合 = 於テハ右側腹部 = 顯著ナ腹壁緊張ヲ見ルト述ベタ。一般 = Mc. Burney 氏點ヲ中心 = 壓痛ガアリ、又時 = ハ Lanz 氏點、Kümmel 氏點 = 壓痛ガアル。本例 = 於テハ M.I. 線 = 壓痛アリ、且腫瘍ヲ觸レタ。又下腹部 = 汎發性 = 壓痛ガ存スル事ガアル。コレハ無論淋巴腺ノ存在部位及ヒ廣範圍 = 罹患シテ居ル爲デアル。化膿性トナリ周圍炎ヲ起シ、又ハ穿孔シテ腹膜炎トナレバ、腹壁ノ緊張ヲ出現スルハ前述ノ通りデアル。Hertel (1937) = 依ルニ、本症ハ腸管ノ炎症ガ烈シクナイカラ、Rovsing, Blumberg 氏諸症狀ハ通常缺クト云フ。尙ホ彼ハ盲腸部 = 「グル」音ヲ認メル事アリト云ヒ、或ヒハ又、直腸指診 = ヨツテ、腹膜ヲ指ヂ壓スル時ハ、腹痛ガ強度 = ナルト述ベテキル。

#### e) 其ノ他ノ症狀。

嘔吐ハ存シナイ事多ク、嘔心ハ存在スル事アリ。コレハ腹膜刺戟ノ無イ單純性炎症ノ場合デ、腹膜刺戟ノ存スル時ハ勿論嘔吐ハ存在スルデアラウ。併シ腸間膜根部炎症ノ場合ハ胃部膨滿感ヲ訴ヘ、嘔吐ノ存スル事ハ先人諸家モ述ベテ居ル。便通ハ蟲垂炎ノ時ハ便秘スル事が多イガ、本症 = 於テハ、便秘、軟便、或ヒハ下痢スラ伴フ事アツテ判然トセス。尿ハ一般 = 病的所見ノ少イモノデアルガ、時 = 蛋白、白血球、圓柱等ヲ見ル事ガアルト云ワレテ居ル。Pribram (1935) ハ原因論デ述ベタ様ニ、本症 = ハ必ず「アンギーナ」ガ既往又ハ現症 = アリト云ツタガ、私ノ例 = 於テハ認メラレナカ

ツタ。又全身状態ハ、局所症状、發熱、白血球增多症等ニ比シテ、比較的良好ト云ワレテキルガ、本例ニ於テモ、全身状態ハ非常ニ良好デアツタ。

最後ニ廻盲部淋巴腺ニ關シテ、Guleke (1924) ハ3型ニ分類シタ。即チ、

- 1) 蟲垂炎様病型。
- 2) 「胃腸カタル」様病型。
- 3) 不定型。

私ノ例ニ於テハ、Gulekeノ所謂蟲垂炎様病型デアル事ハ前述ノ如クデアル。Gulekeノ分類セル様ニ、如何ニ本症ガ、其ノ症状ノ複雑シテ居ルカガ視ハレル。又 Hertel (1937) ハ本症ノ發病ノ急性ナルカ否カニヨツテ、次ノ3型ニ分類シタ。即チ

- 1) 急性淋巴腺炎。
- 2) 亞急性淋巴腺炎。
- 3) 慢性淋巴腺炎。

慢性ニナレバナル程、症状モ輕ク、見逃サレ易イト云ワレル。

以上各症状ニ就テ記載シタガ、之ヲ要スルニ、本症ニ於テハ、淋巴腺ノ病理的變化及ビ存在部位或ヒハ侵サレタル範圍等ニヨツテ、症状ヲ異ニスルモノデアル。併シ腹痛、發熱及ビ白血球增多症ハ必發ノ症状デ、而モ之等ハ相當高度デアルガ、全身症状ハ之ニ伴ハズシテ、比較的良好デアル。

#### 5. 診斷ニ就テ。

本症ハ特ニ廻盲部淋巴腺炎ノ場合ニ於テハ、其ノ症状ガ蟲垂炎ニ酷似シテ居ル爲、術前ノ診斷ハ殆ド不可能ト考ヘラレル。併シ Constantinescu, & Trocmer (1938) ハ2—3時間ノ經過ヲ觀察シテ居ルト、症状ノ輕快スル事ニヨツテ蟲垂炎ト鑑別シ得ルト述べ、西堀、増井(昭和15年)ハ症状ノ項デ述べタ様ニ、發熱、白血球增多症並ビニ烈シイ腹痛アルニ係ラズ、全身状態ハ之ニ伴ハヌト云フ點ヲ特有デアルトシ、三宅、根井(昭和14年)ハ本症ノ疼痛時ニ、壓痛ハ輕度デ腹壁緊張ノ缺如シテキル事及ビ小兒期ニ多イ事ヲ以テ、術前ノ診斷不可能デハナイト云フ。併シ實際問題トシテハ、本症ハ蟲垂炎ト診斷シテ、開腹時ニ初メテ、診斷

ノ確定スル事ガ多イ。又後述スル様ニ、蟲垂切除術ヲ以テ治療トサレテ居リ、且實際ニ蟲垂炎デアルニ係ラズ、本症ト診斷シテ手術ヲ中止シ又ハ延期シタル時、直チニ蟲垂炎其ノモノノ豫後ニ關係スル所ガ大デアルカラ、術前ノ診斷ハ大シタ問題デハナイ。開腹時ノ診斷コソ最も重要ナモノデアル。而シテ現今、蟲垂切除術ノ際、イタズラニ時間ノ短縮、又ハ切開創ノ縮少等ヲ以テ理想トスルガ如キハ、嚴ニ慎マネバナラヌ所デ、本症ノ様ナ疾患ヲ見逃ハ恐レガ無イトハ限ラヌカラデアル。蟲垂炎ト診斷シテ開腹シタ場合、タトヘ蟲垂ニ變化無ク正常ト思ハレル場合ニモ、其ノ附近ノ廻腸、盲腸ハ勿論ノ事、腸間膜ヲモ精細ニ検査シテ本症ヲ考慮ニ入レテ置く必要ガアルト考ヘルデアル。尙ホ腸間膜根部淋巴腺炎ニ於テハ時ニ、脾臓炎、胃十二指腸潰瘍、膽石症等ノ他上腹部ノ疾患ト鑑別ヲ要スルハ勿論デアルガ、中々難シイ場合モ存スルト云ワレテキル。

#### 6. 豫後ニ就テ。

一般ニ良好デ、手術實施ノ如何ニ係ラズ。數日中ニ消退スルト云ワレル。併シ穿孔性腹膜炎ヲ來セル場合ハ豫後ハ良好デナイ。又前述ノ様ニ、蟲垂炎ト鑑別ガ非常ニ困難デアルカラ、治療ニ當ツテハ、蟲垂炎ノ豫後ト云フ事モ念頭ニ置カネバナラナイ。Pribram (1935) ニヨレバ、稀ニハ再發シ、又ハ慢性ニ移行シ遂ニハ腸間膜ノ癒着ヲ來シ、或ヒハ癍痕性萎縮ヲ惹起シテ廻盲部又ハ臍部ニ腹痛ヲ貽ス事ガアルト云フ。

#### 7. 治療法ニ就テ。

本症デアル事ガ確實ニ診斷ガツケバ、内科的ニモ「ズルホ、アミド劑」ノ注射デ治療スルモノノ考ヘラレルガ、先ニ述べタ様ニ開腹ニヨツテ初メテ診斷ノ確定スル事ガ多イノデアルカラ、本症ハ蟲垂炎ト同様ニ早期ニ開腹スルニ越シタ事ハ無イ。ソウテ開腹シタ時、私ノ症例ノ様ニ、蟲垂ニ肉眼的變化ガ無クトモ、蟲垂ヲ初感染癰ト考ヘテ、コレヲ切除スルガ良イ。又同時ニ罹患セル淋巴腺モ

共ニ摘出スルノガ良イ。コレハ炎症ガ腸間膜根部ニ波及スルノヲ防グ爲デアル。Borchard (1928), Constantinescu & Trocmer (1938), Hertel (1937)等モ、蟲垂切除術ニ加フルニ、罹患淋巴腺及ヒ間膜ヲモ切除スルガ良イト唱ヘテキル。「アングリーナ」ニ原因ヲ置イテキル、Pribram (1935), Kleiber (1936)等ハ局所ノ治療ノミナラズ、扁桃腺ノ切除又ハ摘出ヲ行ハナイト、屢々再發スルト述ベタ。本症ノ治療法モ各々唱ヘル原因論ニ依ツテ異ルノハ當然デアラウ。之ヲ要スルニ、本症ノ治療法ニ於テハ、私ノ例ニ於ケル様ニ、早期ニ開腹シ、同時ニ確實ニ診斷ガツケバ、罹患淋巴腺ヲ摘出スルト共ニ、腸管中最モ屢々炎症ヲ起シヤスイ蟲垂ヲモ切除スルノガ、當ヲ得タモノト信ズ。

### 結 論

- 1) 廻盲部疼痛、發熱、及ビ白血球增多症ヲ以テ發病セル 24 歳ノ男子ヲ術前急性蟲垂炎ト診斷シ、開腹シタガ、蟲垂ニハ肉眼的變化ナク、所謂廻盲部淋巴腺ガ著明ニ發赤腫脹シテ居タ。
- 2) 摘出淋巴腺ハ急性單純性淋巴腺炎ノ像デ、細菌學的ニハ無菌デアツタ。且切除蟲垂ニハ肉眼的變化ハナイガ、組織學的ニハ粘膜ハ脱落シ、粘膜下組織ニ輕度ノ淋巴球ノ浸潤ヲ認メタ。
- 3) 本症ハ初感染病竈ノ不明デアルカ、又ハ殆ド認識サレナイ程度ノモノニ拘ラズ腸間膜淋巴腺

ノ炎症ヲ惹起シテキルモノデ、獨立疾患ト見做サレ、一般ニ腸間膜淋巴腺炎ト稱セラレ。

4) 本症ハ其ノ原因ヲ、腸管中最モ炎症ヲ惹起シ易キ蟲垂ニ求メルノガ穩當デアラウガ、尙ホ「アレルギー説」又ハ「アングリーナ説」等アツテ、未ダ確定シナイ。

5) 症狀ハ、罹患淋巴腺ノ炎症程度、其ノ局所部位、及ビ罹患範圍ニヨツテ、異ルモノデアルガ、腹痛、發熱、白血球增多症ハ必發ス。而モ全身症狀ハ之ニ伴ハズ比較的良好ノ事ガ多イ。而シテ本例ニ見タ様ニ、廻盲部淋巴腺炎ハ蟲垂炎トノ鑑別ガ殆ド不可能デ、開腹時ノ所見コソ、最モ診斷ニ重要デアル。

6) 淋巴腺ノ病理的所見ハ、發病ヨリ開腹マデノ時間ニヨツテ異ルモノト信ズ。早期ニ開腹スレバ、スル程、淋巴腺ノ病變モ輕イモノト考ヘラレ。

7) 治療法ハ罹患淋巴腺ノ摘出及ビ蟲垂切除術ヲ併セテ行フガ。蟲垂切除術ノ施行ニ當リ、切開創ノ縮少、手術時間ノ短縮等ヲ以テ、最良トスルノハ嚴ニ慎マネバナラヌ。即チ腹痛疾患トシテ一應ハ考慮ニ入レテ置ク必要アル本症ノ如キヲ、見逃ス恐レガ無イトモ限ラヌカラデアル。

擧筆スルニ當リ、始終御懇篤ナル御指導ト御校閱ヲ賜ハツタ恩師津田教授ニ深謝ス

### 文 獻

- 1) 神山, グレンツゲビート, 第14卷, 第2號, 昭和15年.
- 2) 西香, グレンツゲビート, 第13卷, 第6號, 昭和14年.
- 3) 梶原, 日本醫科大學雜誌, 第7卷, 第5號, 昭和11年.
- 4) 久保田, 北越醫學會雜誌, 第53卷, 第8號, 昭和13年.
- 5) 西堀, 增井, 診斷ト治療, 第27卷, 第4號, 昭和15年.
- 6) 山井, 南滿洲醫學會雜誌, 第12卷, 第3號, 大正13年.
- 7) 根井, 三宅, 診療ト經驗, 第3卷, 第10號, 大正13年.
- 8) Adams & Olney, Ann. Surg. Vol. 107, 1938.
- 9) Ball, ref. Constantinescu Zbl. Chir. 1938.
- 10) Bell, Surg. Gyn. & Obst. Vol. 45, 1927.
- 11) Borchard, D. m. W. S. 1074, 1928.
- 12) Brennemann, J. A. m. A. Vol. 89, 1927.
- 13) Brown, Surg. Gyn. & Obst. Vol. 65, 1937.
- 14) Constantinescu & Trocmer, Zbl. Chir. S. 1913, 1938.
- 15) Donald, ref. Z. org. ges. Chir. S. 79, 1936.

- 16) Fischer, Zbl. Chir. S. 26, 1937. 17) Fischer-Kaiserling, Vischow' Arch. Bd. 297, 1936. 18) Fraiser, Brit. Journ. Surg. 1925. 19) Freemann, Surg. Gyn. & Obrt. Vol. 37, 1923. 20) Guleke, Arch. f. Kl. Chir. Bd. 133, 1924. 21) Hertel, Bruns' Beiträge Bd. 166, 1937. 22) Heußer, Bruns' Beiträge Bd. 130, 1923. 23) Kleiber, D. Z. Chir. Bd. 246, 1936. 24) Lüwen, Zbl. Chir, S. 37, 1938. 25) Machtle, ref. Constanti-  
 nesu's Zbl. Chir. 1938. 26) Noeske, Zbl. Chir. Bd. 51, 1924. 27) Pribram, M. m. W. S. 942, 1935. 28) Pribram, Arch. f. Chir. Bd. 140, 1926. 29) Rosenburg, Arch. Surg. Vol. 35, 1937. 30) Sassen, Zbl. Chir. S. 37, 1938. 31) Speese & Klein, ref. Z. org. ges. Chir. S. 27, 1929. 32) Struthers, Edinburg. Med. Journ. 27, 1921., Ref. Stiombeck' Acta. Chir. Scand. 1932. 33) Strombeck, Acta, Chir Scand. S. 113, 1932.

Aus der Chirurgischen Tsuda-klinik der Med. Fakultät Okayama.  
 (Direktor : Prof. Dr. S. Tsuda).

## Über die Lymphadenitis mesenterialis.

Von

Dr. Kôhei Fujiwara.

Eingegangen am 21. Februar 1942.

1) Bei einem 24 jährigen Manne, der einen heftigen Schmerz in der Ileozökalgegend Fieber und die Leukozytose aufwies, wurde unter der Diagnose von akuter Appendizitis Laparotomie ausgeführt. Die Untersuchung ergab, dass am Wurmfortsatz makroskopisch keine Veränderung feststellbar war und dass die benachbarten Lymphknotengruppen in der Ileozökalgegend eine erhebliche Rötung und Anschwellung zeigten. Durch Exstirpation dieser Lymphknotengruppen und des Wurmfortsatzes wurde der Fall zur Heilung gebracht.

2) Die isolierten Lymphknoten boten ein Bild akuter Lymphadenitis simplex dar und waren bakteriologisch steril; es liegt hiernach die Annahme nahe, dass die Lymphknoten je nach dem Zeitpunkt zwischen dem Ausbruch der Krankheit und der Laparotomie pathologisch verschiedene Befunde liefern.

3) An der exstirpierten Appendix liessen sich makroskopisch keine pathologischen Veränderungen beobachten, aus histologischen Untersuchungen stellten sich aber Schleimhautausfall und submukröse Infiltration der Lymphozyten heraus.

4) Der vorliegende Fall erlitt eine Entzündung an den mesenterialen Lymphknoten, obschon die primären Infektionsherde gar nicht oder aber kaum feststellen liessen. Man rechnet diesen Fall im allgemeinen den selbständigen Erkrankungen zu und bezeichnet ihn als die Lymphadenitis mesenterialis.

5) Die Entstehungsursache diesen Falles ist noch nicht sichergestellt.

6) Diese Erkrankung tritt je nach dem Entzündungsgrad der befallenen Lymphknoten, der Lokalisation und dem Umfang des Leidens zwar graduell verschieden auf, der Schmerz im Leib, das Fieber und die Leukozytose jedoch bleiben nie aus. Differentialdiagnostisch ist es darum nicht immer leicht, diese Erkrankung gegen die Appendizitis abzugrenzen. Der Befund der Laparotomie, die frühzeitig ausgeführt werden muss, ist von eminenter Wichtigkeit. Es ist besonders davór zu warnen, dass man die Schonung der Inzisionsbereite und die Abkürzung der Operationsdauer für das Beste hält. Es kann sonst vorkommen, die in Rede stehende Krankheit, welche im Fall von Leibschmerz einmal in den Kreis der Berücksichtigung gezogen werden muss, leicht übersehen zu werden

(Autoreferat)

## 75.

616.831.9-0.02.4

### 最近14箇年間ノ結核性腦膜炎ノ入院患者 52例ノ統計的臨牀觀察

岡山醫科大學北山内科教室(主任北山加一郎教授)

副手 醫學士 山路 谷 典

副手 醫學士 吉 良 良 吉

[昭和17年2月27日受稿]

#### 第1章 緒 言

結核性腦膜炎ノ年少者=多キハ言ヲ俟タズ、Oppenheim<sup>1)</sup>ハ2-5歳ノ幼兒=多シト述べ、本邦=於テモ、小兒=於ケル統計的臨牀觀察ハ極メテ多キモ成人=於ケル結核性腦膜炎ノ統計的臨牀觀察比較的少ク、三浦-橋本兩氏ノ32例<sup>2)</sup>、關氏ノ100例<sup>3)</sup>、山岸ノ24例<sup>4)</sup>、佐山-抑橋ノ33例<sup>5)</sup>、

安田ノ20例<sup>6)</sup>、旭ノ27例<sup>7)</sup>、野間ノ23例<sup>8)</sup>、稻田(進)教授ノ25例<sup>9)</sup>、落合、中村兩氏ノ30例<sup>10)</sup>、佐々教授、田中ノ42例<sup>11)</sup>等アルモ關氏ノ夫レヲ除キテハ材料數少ナク何レモ50例=充タズ、依ツテ余等ハ大正15年ヨリ昭和14年=至ル柿沼-北山内科=於ケル結核性腦膜炎52例ヲ蒐集シタルニヨツテ統計的觀察ヲ試ミントス。