

攝護腺ト連絡セル先天性直腸 肛門閉鎖症ノ1例ニ就テ

岡山醫科大學病理學教室(主任田村教授)

副手 渡邊雅男

緒言

先天性肛門閉鎖ハ臨牀上可成屢々遭遇スルモノナルコトハ周知ノ事實ニシテ、之ニ關シテハ古クヨリ多數ノ學者ノ報告スル所アリ敢テ稀有ナルモノニアラズ。然レドモ此種ノ研究ハ胎生學並ニ比較解剖學上ノ研究ニ資スベキコト少カラズ。殊ニ興味ヲ有スルハ發生學上ノ關係ニシテ遠クハ18世紀時代ヨリ多數ノ學者ニ依リテ討究サレ現時ニ至リテハ其ノ成立ニ關スル學說タルヤ略ボ意見ノ一致スルヲ見タリト雖モ尙ホ難關ナキニシモアラズ。余ハ當教室ニ於テ先天性肛門閉鎖ノ1男兒屍ヲ剖檢シ茲ニ其ノ所見ヲ報告シ大方ノ參考ニ資セントス。

肛門閉鎖ノ諸型ニ就テ

單ニ肛門ノ外部ニ開口セザルモノハ、サノミ稀ナルモノニアラズ。然レドモ之ニ伴ヒテ直腸ノ盲端ニ終リ膀胱、尿道(男性)、或ハ腔(女性)ト交通セルモノハ稀ナリ。尙ホ肛門ノ閉鎖ニ伴ヒテ盲囊端ニ終ル直腸ヨリ瘻孔ヲ形成シ夫レガ會陰ノ各所或ハ陰莖或ハ腔前底等ニ開口スルハ甚ダ稀ナリ。之等諸型ノ分類ニ關シテハ最初 Frank, Esmarch ハ單ニ肛門ノ閉鎖セルヲ單純性肛門閉鎖 (Atresia ani Simplex) トナシ、肛門閉鎖ニ伴ヒテ直腸ノ膀胱、尿道或ハ腔ト交通セルモノヲ内瘻孔性肛門閉鎖ト稱シ、會陰、陰莖或ハ腔前庭ニ瘻孔ノ開口セルモノヲ外瘻孔性肛門閉鎖ト命名セリ。然ルニ後年 Stiedn ハ所謂内瘻孔ナルモノハ胎生學上局部ノ發育停止ニヨル畸形ニシテ瘻孔ト稱スベキモノニアラズトシ(詳細後述)、又外瘻孔性肛門閉鎖ナルモノハ畸形或ハ局部發育停止ニヨルモノニアラズシテ病的ノ機轉ニヨルモノトナシ次ノ如ク分類セリ。

1. 肛門或ハ直腸ノ單ニ閉鎖セルモノ。コレヲ分チテ
 - a. 單純性肛門閉鎖 (Atresia ani simplex)
 - b. 單純性直腸肛門閉鎖 (Atresia ani et recti simplex)
 - c. 單純性直腸閉鎖 (Atresia recti simplex)
2. 直腸或ハ肛門ノ單純閉鎖ニ直腸ト他ノ骨盤腔内臓器トノ交通ヲ伴フモノ。更ニコレヲ分チテ
 - a. 腔性肛門(或ハ直腸)閉鎖 (Atresia ani (recti) vaginalis aetorum) 直腸ト腔ト交通セル場合。
 - b. 膀胱性肛門(直腸)閉鎖 (Atresia ani (recti) vesicalis aetorum) 膀胱ト直腸ト交通セル場合。
 - c. 攝護腺性肛門(直腸)閉鎖 (Atresia ani (recti) prostatica) 男性ニ於テ尿道攝護腺部ト直腸ト交通セル場合。
3. 直腸及ビ肛門ハ閉鎖シ盲囊狀ノ直腸端ヨリ外部ニ通ズル瘻孔ノ存在セルモノ。

- a. 會陰部瘻孔性肛門閉鎖 (Atresia ani cum fistula perineali) 會陰ノ正中線ニ瘻孔ノ開口セル場合.
- b. 陰囊部瘻孔性肛門閉鎖 (Atresia ani cum fistula scrotali) 陰囊ノ正中線ニ於テ瘻孔ノ開口セル場合.
- c. 陰莖部瘻孔性肛門閉鎖 (Atresia ani cum fistula suburethrali) 陰莖ノ下面ニ於テ瘻孔ノ開口セル場合.
- d. 腔前庭部瘻孔性肛門閉鎖 (Atresia ani cum fistula vestibulari) 女性ニ於テ腔前庭部ニ瘻孔ノ開口セル場合.

肛門部ノ發生ニ就テ

余ノ報告セントスル實驗例ニ於テ之ガ原因並ニ成立ニ關スル研究ヲナスニ當リ余ハ腸管下部、肛門部及ビ外陰部ノ發生ニ關スル學說ノ概要ヲ述ベントス。

腸下部、肛門部及ビ外陰部ノ發生ニ關スル從來ノ文獻ヲ繙クニ Keibel, Kollmann, O. Schulz, Stieda 等ノ精細ナル記載アリ。今之等ヲ總括的ニ記述セン。

胎生第4週ノ前後ニ於テ終腸、尿囊、原腎管 (Müller 氏管) ハ共ニ總排泄腔ニ開口ス。腔ハ最初外部ト交通セズシテ膜ヲ以テ閉鎖サル (總排泄腔膜)。總排泄腔ハ内部ハ内胚葉外部ハ外胚葉ノ1部ヨリナル。腔ハ初メ神經腸管ニヨリテ脊髄ト交通セルモ後ニ閉鎖サル。内外ノ兩胚葉ヨリナル總排泄腔ハ間モナク中胚葉ノ組織ニヨリテ少シク短縮サレ膜ノ側縁ハ漸次ニ隆起シテ輪狀ノ隆起ヲ作ル。之生殖堤ナリ。生殖堤ノ前上部ニ於ケル1部分ハ結締織ノ増殖ニヨリテ特別ナル突起ヲ生ズ。即チ生殖隆起ナリ。生殖隆起ノ下面ニ尾突トノ間ニ於テ1ツノ窩ミヲ生ジ生殖窩ヲ形成ス。而シテ生殖窩ノ底部ニ固有ノ總排泄腔存在ス。コレ所謂後述ノ外胚葉性總排泄腔ナリ。外部ノ發育ノ進ムニ連レテ内部ニ於テモ多クノ變化ヲ生ズ。胎生ノ第7週ニ於テハ尿囊ト終腸ヨリナル總排泄腔ニ存スル原腎管及ビ Müller 氏管ノ開口部ト腸間ノ開口部トノ間ニ位スル組織ハ小サキ Sattel ヲ生ジ腹膜ノ下行ト組織ノ増殖ニヨリテ總排泄腔ニ向ツテ突出ス。タメニ腔ヲ背部ト前部ニ2分ス。後ニ前部ニ於テハ膀胱ヲ形成シ背部ニ於テハ直腸ノ終末部ヲ形成スルナリ。此間隙障壁ハ直腸泌尿障壁ト云ヒ遂ニ總排泄腔ニ達シテ完全ニ腔ヲ2分ス。同時ニ總排泄腔ヲモ3分ス。即チ直腸泌尿障壁ノ膜ニ達シタル部分ヲ中間部トナシコノ部分ハ後ニ會陰ヲ形成シ、中間部ヨリ前部ヲ頭部トナシコノ部ハ後ニ外陰部ノ形成サルル部分ナリ。後ノ部分ヲ尾部ト稱シ後ニ肛門ノ形成サルル部ナリ。

此時期ニ於ケル發育機轉ハ畸形成立ニ關シテ最モ注目スベキモノニシテ殊ニ直腸ト尿生殖器間ノ交通セル各例ニ於テ説明ヲ與フルモノナリ。

Keibel 氏ノ言ヲ用フレバ「人胎ハ其ノ早期ニ於テ甚ダ廣キ膜ニヨリテ外部ニ開カザル内胚葉性ノ總排泄腔ヲ形成ス。外胚葉性ノ總排泄腔ハ初期ニ於テハ全ク認メ得ズ。内胚葉性總排泄腔ハ前境界壁ニヨリテ前部ト背部ニ分離サル。前部ヨリハ膀胱、尿道及ビ總排泄腔ニ至ルマデノ尿生殖管ヲ形成シ、後部ハ直腸ノ内胚葉ノ部分ニ移行ス。前境界壁ガ總排泄腔ニ達スレバ外胚葉性ノ總排泄腔ヲ分離シ第一次ノ會陰ヲ形成ス。境界壁ハ廣ク増殖シテ完全ナル會陰ヲ形成ス。會陰ヨリ背部ニハ外胚葉性ノ肛門窩 (原始肛門) 存在シ會陰ヨリ前部ニハ外胚葉性ノ尿生殖管アリ。」

會陰ノ形成後尿生殖管ハ吸收ニヨリテ消滅シ、尿生殖管ハ生殖溝ニ開口ス。尿生殖管ノ部ハ變化シテ外陰

部ヲ發生ス。而シテ女性男性ニヨリテ異ル外陰部ノ形成狀態ニ就テハSehnizeノ記載ニヨランニ。女性ニアリテハ生殖溝ハ陰前庭ニ連絡シ生殖皺襞ハ後方ニ向ツテ延長シテ小陰唇ヲ發生シ其ノ上端ハ延長シテ生殖莖ニ達ス。而シテ生殖莖ハ變ジテ陰挺トナリ其ノ上方ニ位スル所ノ皮膚ハ突出シテ皺襞ヲ形成シテ之ヲ包ム。是レ陰挺包皮ナリ。生殖堤ハ漸次膨大シテ陰阜及ビ大陰唇ヲ形成ス。

男性ニアリテハ生殖莖ノ發育一層盛ニシテ遂ニ陰莖。龜頭等ヲ形成スルノミナラズ左右ノ生殖皺襞ハ其ノ前庭ヲ除ク外ハ其ノ遊離縁ニ於テ全ク相應着シ當ニ尿生殖竇ノ前部ヲ閉鎖スルノミナラズ其ノ部分ト龜頭先端トノ間ニ長キ管ヲ形成ス。之レ即チ尿道膜様部及ビ海綿部ニシテ外尿道口ハ蓋シ生殖溝ノ前庭生殖皺襞ノ相應着セザル部分ニ於テ發生スルモノナリ。

肛門膜ノ消失ハ生殖膜ノ消滅ヨリ後ル事ハ事實ニシテ多クノ畸形ノ原因ヲ與ヘルモ如何ナル理由ニ基クカノ問題ニ關シテハ不明ナリ。Stiedaハコレヲ説明シテ曰ク、「尿ノ分泌ハ甚ダ早期ヨリ行ハレ其ノ結果内胚性總排泄腔ノ前部即チ膀胱ハ液體(尿)ニヨリテ充滿サル。膀胱内ニ充滿サレタル尿ハ尿生殖膜ニ壓力ヲ及ボシ終ニ之ガ消失ヲ惹起セシム。故ニ尿生殖膜ノ吸收ノ原因ハ膀胱内容物ノ機械的壓力ニヨルモノナリ。又腸ノ分泌ハ夫レヨリモ甚ダオクレテ行ハレ且少量ニシテ腸管ハ液體等ニヨリテ充滿サル事ナシ即チ腸ハ早期ニ於テ機械的ノ壓力ヲ受ケズ。タメニ尿生殖膜ニオクレテ消滅スルナラン」ト。

實 驗 例

本例ハ生後26日ノ男性兒屍ニシテ本學附屬醫院ヨリ廻附サレタルモノナリ。

a. 臨牀の所見

病歴 本例ノ父母ハ健康ニシテ一家皆族中未ダ嘗テ肛門部其他ノ畸形アルモノナシ。妊娠及ビ分娩ノ經過ハ極メテ良好ニシテ當時肛門ノ閉鎖セルヲ發見シ驚イテ某醫家ヲ訪レ生後3日附屬醫院ニ診ヲ乞フ。

現症及ビ經過 體格。榮養良。一般ニ身體大。脈搏150。體溫呼吸尋常。顔貌元氣ナク憔悴ス。皮膚一般ニ少シク黃色ヲ帶ビ濕。左口角ニ輕度ノ濕疹ヲ認ム。頭部毛髮發生良。大顙間ハ長サ8cm幅2cm小顙門ハ長サ8cm幅1cmノ廣サヲ有ス。心臟。肺臟所見尋常。臍帶未ダ脱落セズ黑色ヲ呈シ乾燥ス。臍帶ノ根部ニ少量ノ膿ヲ蓄フ。腹部ハ稍々膨隆シ打診上鼓音ヲ呈ス。四肢ノ運動自由。陰形陰囊異常ナシ。尿ノ排出尋常。肛門部ハ全ク閉鎖サレ唯肛門ニ相當スル部分ニ黒褐色ノ1皮皺ヲ認ムルノミ。

依ツテ即日人工肛門ヲ設置ス。即チ左下腹部ニ於テ前上腸骨結節ト臍トノ中間ニ於テ約5cmノ皮膚切開ヲ施シ腹腔ヲ開キ大腸壁ト腹壁トヲ縫合シテ糞便瘻孔ヲ造リ「ヨードホルムガーゼ」ヲ挿入シテ手術ヲ終ル。腸管ヲ開ク際ニ瓦斯ト少量ノ胎便ヲ出セリ。手術後患兒ハ安靜ニシテ3倍牛乳ニ少量ノ砂糖ヲ混ジタルモノヲ與フ。然ルニ榮養日ニ衰ヘ加フルニ臍根部ノ化膿。耳下腺炎ヲ起シ熱發アリ。吐乳又激シク遂ニ榮養障礙ノタメニ死亡ス。

b. 病理解剖の所見

病理解剖の診斷

1. 直腸肛門閉鎖症
2. 全身輕度ノ浮腫
3. 腹水
4. 左下腹部ニ於ケル人工肛門
5. 右肺氣管枝加答兒
6. 化膿性耳下腺炎

剖検所見 身長 55 cm, 体重 2800 g, 體格中等, 榮養不良, 皮膚ハ一般ニ蒼白ニシテ濕, 輕度ノ浮腫ヲ認ム。頭部毛髮黑稍々粗生ナリ。大顙門ハ長サ 8 cm, 幅 2 cm, 小顙門ハ長サ 8 cm, 幅 1 cm ノ廣サヲ有ス。眼瞼及ビ眼球結膜蒼白, 角膜稍々潤濁, 瞳孔ハ兩側トモ中等度ニ散大ス。鼻腔粘膜蒼白, 口腔粘膜亦蒼白乾燥ス。頸部細長多數ノ痂皮ヲ認ム(濕疹ノ跡?) 胸部異狀ナシ。腹部皮膚輕度ニ暗赤色ヲ呈シ一般ニ少シク膨隆ス。左側下腹部ニ於テ長サ約 10 cm ノ手術創アリ。之人工肛門ニシテ腹部ヲ手壓スルニ瘻孔ヨリ黃色ノ糞便ヲ少量ニ出ス。人工瘻孔ハ長徑約 3.5 cm ノ橢圓形ヲ呈シ壁ハ淡赤色ノ肉芽組織ヲ生ジテ凹凸不平ナリ。瘻孔附近ノ外皮ハ一般ニ少シク糜爛ス。四肢及ビ外陰部異常ナシ。肛門部ハ全ク閉鎖サレ肛門ヲ認メ得ズ。唯肛門ニ相當スル部分ニ皮皺ノ隆起セルヲ認ムルノミ。

腹腔ヲ開クニ皮下脂肪組織及ビ筋組織發育不良ニシテ腹腔内ニハ約 30 cc ノ黃色液ヲ容ル。腹膜淋巴腺ハ粟粒大ヨリ小豆大ニ至ルマデ腫脹シ色暗赤色剖面髓様後腹膜淋巴腺モ亦同様ニ腫脹セルモノアリ。左中腹部ニ於テ空腸及ビ大腸ノ

1 部ハ腹壁ト纖維性ノ癒着ヲ營ム。下行結腸ノ大部分ハ腹壁ト固ク癒着シ其ノ 1 部ハ外部ニ通ジテ人工肛門トナル。胸腺・長サ 6 cm, 幅 3 cm, 高サ 1 cm, 剖面尋常。心臟: 心囊内面平滑, 形尋常, 大サ稍々大・周圍 8 cm, 重サ 20 g, 卵圓孔ハ閉鎖ス。房室ニ於ケル筋組織並ニ瓣膜裝置ニ異狀ナシ。冠狀動脈ノ走行尋常, 左右肺臟: 形, 大サ, 尋常。右肺硬度稍々増加ス。剖面一般ニ充血シ組織的ニ氣管枝加答兒ノ像ヲ呈ス。左肺ノ剖面異狀ナシ。脾臟: 形尋常, 長サ 5 cm, 幅 3 cm, 高サ 1.5 cm, 重サ 5 g, 剖面脾材稍々肥厚シ輕度ノ鬱血ヲ認ム。肝臟: 形, 大サ, 尋常。全長 14 cm, 内左葉ノ長サ 8 cm, 幅 8 cm, 高サ 2 cm, 右葉幅 9 cm, 高サ 3 cm, 重サ 160 g, 剖面ノ性状尋常, 鏡檢スルニ造血裝置尙ホ殘存セリ。腔囊所見異常ナシ。腎臟: 左右トモ形, 大サ, 尋常。右腎長サ 5 cm, 幅 4 cm, 高サ 2.5 cm, 左腎長サ 6 cm, 幅 4 cm, 高サ 2.0 cm, 剖面ノ性状異常ナシ。輸尿管ノ走行尋常, 耳下腺ニ小膿瘍ヲ認ム。頸部諸臟器異狀ナシ。胃粘膜稍々充血ス。形, 大サ, 尋常。十二指腸内ニハ黃白色粘稠ナル内容ヲ認ム。粘膜充血ス。腸内容ハ稍々固キ黃褐色ノ糞便ニシテ粘膜少シク充血ス。大腸内ニモ亦同様ノ糞便ヲ容ル。粘膜充血ス。人工瘻孔ニヨリテ外部ニ通ズル下行結腸ノ部分ハ細血管ノ充盈著明ナリ。人工肛門ノ存在スル部分ヨリ少シク下方ニ至レバ腸管ハ直徑 2.5 cm トナリ更ニ 3 cm 下方ニ至レバ直徑 3 cm トナリ更ニ約 6 cm ヲ經過シテ急ニ盲囊狀トナリテ終レリ。其ノ性状恰モ大腸

粘膜皺襞ニヨリテ巾着ヲシボリタルガ如キ觀アリ。盲囊端ノ中央ヨリハ細キ索ヲ出シテ膀胱ノ後下部攝護腺ノ實質ト連絡ス。消息子ヲ挿入スルニ約 1. cm ニシテ挿入不可能トナル。コノ部分ヲ 10%「フォルマリン」液ニテ固定後略ボ正中線ニ一致シテ 2 分シ肛門部ニ至ルマデノ連續切片ヲ製作シテ主トシテ「ヘマトキシリン, エオジン」複染色, 1 部ハ「ワイゲルト」ノ染色ヲ行ヒテ組織的檢査ニ當テタリ。

盲囊端ニ於ケル巾着ヲシボリタルガ如キ腸管組織ハ正常ノ大腸粘膜ノ構造ヲ有ス。中央ヨリ出ヅル索ハ

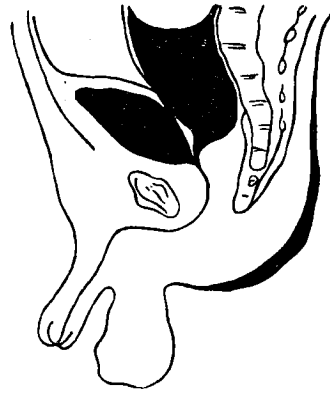
第 1 圖



腔ヲ有セズ其ノ壁ハ尿道上皮ト思ボシキ移行型上皮
(Übergangs Epithel) ト單層圓柱上皮トヲ混在ス。
攝護腺ハ肉眼的ニ大サ大ナル組織的ニ變化ヲ認メ
ズ。

直腸ノ盲囊端ヨリ肛門部ニ至ルマテノ組織ハ全ク
筋組織ニシテ多數ノ水平ノ方向ニ走ル筋纖維ト少數
ノ垂直ニ走ル筋纖維アリテ、コレヲ圍繞シテ環狀ニ
走ル筋纖維層アリ。

第 2 圖 實驗例模型圖



總括及ヒ考案

凡ソ畸形ノ原因タル發生學上胎生ノ各時代ニ於テ生ズル種々ナル異常機轉ニ存スルヤ論ヲ俟
タズ。Kermayerハ種々ナル肛門閉鎖ハ我々ノ知レル發生機轉ノ單純ナル停滯(Stehen bleiben)
ニヨリテノミ生ズルモノニ非ズト唱ヘ、Marchandハ肛門閉鎖ハ單ナル Hemmungsbildung
ニハアラデ異常ナル結締織ノ癒着及ビ腸下部ノ完全ナル缺如ナリト提唱セリ。Orthノ説ニ依レ
バ腸管ノ高位ニ於テ盲囊狀ニ終リ殊ニ其ノ盲囊端ニ突起狀ノ結締織素ヲ認ムル際ハ從來之ヲ已
ニ一旦形成サレタル直腸ノ閉鎖サレタルモノト考ヘタルモ、コレハ腸管ノ Hypogenesisニ他ナ
ラズト云フ。今、Stiedaノ記載ニヨリテ説明センニ、彼ノ分類セル第1類第1例即チ單純性肛
門閉鎖ニ關シテハ外胚葉性肛門窩ノ形成ナク肛門膜ノ吸收モ行ハレザリシタメナリ。

第2例即チ單純性直腸閉鎖ニ關シテハ更ニ易ク説明シ得ル所ニシテ肛門窩ノ形成ハ完全ニシ
テ直腸ノ尾端ヲトゲタル肛門膜ハ消失セズ其ノ結果トシテ單純性ノ直腸閉鎖ヲ起セルナリ。

第3例即チ單純性直腸肛門閉鎖ニ就テハ吾々が直腸ノ外皮ヨリ遠ク離レテ盲囊端ニ終ル發育
期ヲ知ラザルガ故ニ説明甚ダ困難ナリ。コレヲ2様ニ説明スルニ1ツハ終腸ノ萎縮ニヨリコレ
ト總排泄腔トノ結合ガ障礙サレルタメ直腸ノ閉鎖ヲ生ズルナリト考ヘラレ、1ツハ直腸ト膀胱
ノ分離セシ後發育ノ進行惡シキ場合、直腸ノ尾端ト總排泄膜トノ結合離解シ同時ニ中胚葉ノ組
織強ク増殖シテ分裂ノ作用ヲナセルナラン。

第2類ノ各例即チ直腸或ハ肛門閉鎖ト同時ニ尿生殖竇(腔、膀胱、尿道等)ト交通セルモノニ
アリテハ已ニ述ベタル發生機轉竝ニ發育史ヲ理解スル事ニヨリテ甚ダ説明容易ナリ。即チ内胚
葉性總排泄腔ノ相互交通ハ之ヲ説明スルコト左程困難ナラズ。尿生殖竇ト直腸ノ終末端ニハ一
定セル區分ヲ有セザル胎生期ニ於テ内部ノ發育ハ其ノ儘抑留サレ、外陰部ノ形成ハ男性ニ於テ
モ女性ニ於テモ定型的ノ發育ヲ營ムタメニ各種ノ直腸ト尿生殖器トノ交通セル肛門閉鎖ヲ生ズ
ルナリ。之ニ反シテ直腸閉鎖ニ加フルニ直腸ノ下部ガ(余ノ假定セル外胚葉性肛門窩ニ相當セ
ル部)腔ニ開口セル場合ニ於テハ單ニ内部ノ發育ノ抑留ノミナラズシテ外部ニ於ケル外陰部竝
ニ肛門部ノ發生機轉ニ異常ヲ生ゼシタメナリ。即チ直腸閉鎖症ノ原因ハ抑留發生ニアルモ直腸

ノ肛門部が腔中ニ開口スル事ハ胎生ノ何レノ時期ニ於テモ認メ得ズ。コハ明ニ外部ノ發生機轉ノ異常竝ニ會陰ノ位置異常ヲ起シタルモノニシテ病的ノモノト云ハザルベカラズ。

第3類ニ於ケル外部ニ瘻孔ヲ有セル各種例ニ就イテハ其ノ成立原因ヲ説明スルニ困難ナリ。Stiedaハ外部ニ瘻孔ヲ有セル肛門閉鎖ノ各例ハ全ク病的ニ進行セルモノニシテ發育史ニ依リテ説明シ得ズト記セリ。

余ノ例ヲ觀察スルニ先天性ニ直腸ハ高位ニ於テ閉鎖サレ肛門ハ開口セズ。(直腸肛門閉鎖症)加フルニ閉鎖サレタル直腸ノ盲囊端ヨリ細キ索ニヨリテ攝護腺ト連結サレタリ。臨牀的ニモ病理解剖上ニモ何等他ノ畸形ヲミトメズ。

故ニ前述ノ分類ニヨレバ先天性攝護腺部直腸肛門閉鎖症ニ類似セルモ Stiedaノ記載ニアルガ如ク直腸ト攝護腺ト直接ニ交通セルニアラズシテ本例ニ於テハ兩者ノ間ハ細キ索ヲ以テ連絡スルモノナリ。コノ索タルヤ組織的ニ直腸ノ萎縮シタルモノカ或ハ病的ニ生ジタル所謂内瘻孔ノ1種ナルカ斷定スル事ヲ得ズ。

而シテ余ノ寡聞ヲ以テスレバ余ノ例ト同一ナル所見ヲ有スル報告例ヲ見ズ。本例ノ成立ニ關シテハ眞ノ原因タルヤ不明ナルモ前述ノ如ク總排泄腔ノ2分サルベキ時期ニ於テ尙ホ完全ニ分離サレズシテ1部相通ズル時代ニ於テ外部ニ於ケル發育ノミ進行シ、内部ニ於ケル發育ハ停滯シ殊ニ直腸ノ下端ハ萎縮ニ陥リ、中胚葉ノ組織増殖シテ此ノ如キ畸形ヲ生ジタルモノト思惟セラル。

拙筆スルニ臨ミ御懇篤ナル御指導ト御校閲ヲ賜ハリシ田村教授竝ニ濱崎助教授ニ滿腔ノ謝意ヲ表ス。

(5. 7. 29. 受稿)

文 獻

- 1) Aschoff, Pathologische Anatomie. 2) Stieda, Arch. f. klin. Chirg. Bd. 70, 1903. 3) Frank, Zeitschrift f. Path. Bd. 13, 1913. 4) 岡本, 兒科雜誌, 260 號, 大正 11 年. 5) Sternburg, Vh. D. Path. Ges. Bd. 12, 1908. 6) Mensburger, Virch. Arch. Bd. 199, p. 401, 1910. 7) Keibel, Arch. f. Anat. u. Physiol. 1896, S. 55—156. 8) Derselbe, Arch. f. Anat. u. Physiol. 1897, S. 201—203. 9) Friedrich Esmarch, Deutsche Chirg. Liefg 48. 10) Eud, Frank, Wien 1892. 11) J. Rotter, Handbuch der pract. Chirurgie. III B.l. 2. Theil. Stuttgart 1901, S. 1—107. 12) Oscar Schultze, Grundriss der Entwicklungsgeschichte 1897, S. 442—444. 13) P. Reichel, Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. Bd. 14, Heft. 1. 14) Derselben, Verhandl. der Phys-Medicin. Gesellschaft zu Wurzburg. Stieda ニヨル. 15) Tourneux, Journal de l'Anal. et de la Physiol 1888, Stieda ニヨル.

Kurze Inhaltsangabe.

**Über einen Fall von mit der Prostata verbundenen
Atresia ani et recti congenita.**

Von

Dr. Masao Watanabe.

Aus dem Pathologischen Institut der Universität Okayama.

Eingegangen am 29. Juli 1930.

Die Atresia ani Congenita und die sich unmittelbar anschliessenden Missbildungen sind im allgemeinen nicht selten und nähere Studien über diese Missbildungen haben nicht nur für klinische, sondern auch für embryologische sowie anatomische Forschungen grossen Wert. Ich berichte hier über einen von mir in unserem Pathologischen Institut beobachteten Fall.

Im Jahre 1929 wurde in die chirurgische Klinik ein 3 Tage alter Knabe eingeliefert, der mit einem vollständigen Analschluss zur Welt gekommen war. Daher wurde dem Kind sofort ein künstlicher Anus eingerichtet, d. h. man machte an dem linken Hypogastrium eine Längsincision (ca. 5 cm lang), öffnete die Bauchhöhle, verband Darmwand und Bauchwand und stellte eine Kotfistel her. Nach der Operation war der kleine Patient ruhig und wurde zunächst mit Milch in 3 facher Verdünnung ernährt. Jedoch allmählich verschlechterte sich das Allgemeinbefinden des Kindes immer mehr. Die Temperatur stieg. Schliesslich starb es infolge Ernährungsstörungen und wurde 10 Stunden post mortem obduziert.

Pathologisch-anatomische Diagnose:

- | | |
|---|--|
| 1. Atresia ani et recti | 2. Leichtes Oedem am ganzen Körper |
| 3. Astites | 4. Künstlicher Anus am linken Hypogastrium |
| 5. Bronchitis catarrhalis der rechten Lunge | |
| 6. Parotitis purulenta | |

Bei der Section fanden sich keinerlei andere wesentliche Missbildungen als die, welche bei Einlieferung des Kindes in die chirurgische Klinik schon bestanden hatten.

Angeboren ist ein vollständiger Mastdarmverschluss, die Afteröffnung fehlt und ausserdem ist der verschlossene blindendigende Mastdarm durch einen schmalen Strang mit der Prostata verbunden.

Histologisch ist dieser Strang mit dem Übergangsepithel und dem eingesichteten Zylinderepithel bedeckt. Daher ist es unmöglich festzustellen, ob dieser Strang atrophisiertes Darmrohr oder ein Fistelgang ist, der durch den pathologischen Process, entstanden

ist. In der Tat ist die Ursache meines Falles unklar. Um meine Auffassung dieses Falles und der verschiedenen Formen des Analschlusses entweder als Missbildung (Hemmungsbildung) oder als pathologische Erscheinung zu rechtfertigen, muss ich eine Darstellung der Bildungsgeschichte der betreffenden körperteile (Mastdarm. After u. s. w.) geben. Die von Stieda angegebene Erklärung der Analmissbildung ist der Kenntnis der Embryologie durchaus entsprechend.

Für die Entstehung meines Falles kann man folgende Erklärung finden; einerseits, die ganze Kloake muss noch in 2 Abschnitte geteilt werden, es ist noch keine definitive Trennung des unteren Rectalraumabschnittes vom Sinus urogenitalis eingetreten, andererseits, die Bildung der äusseren Genitalorgane nimmt ihren normalen regelmässigen Fortgang, es wird dabei aber aus unbekannter Ursache die weitere Entwicklung der inneren Teile gehemmt und mesodermales Gewebe wuchert in den Rektalraum hinein insbesondere wird unterer Teil des Rektums atrophiert. Durch diese Vorgänge würden dann solche Missbildungen entstehen.

