腸重積症ノ四例ニ就テ

高松市赤十字社病院外科
浮田勝造

序言

抑々腸重積症ナルモノハ稀有ナルモノニアラズシテ屢々遭遇スル疾患ナリトス。從テ其報告例モ決シテ稀有ナリト云フベカラズ、而シテ内科醫殊ニ小兒科醫トシテ臨牀上最モ興味アル疾患ニシテ、外科醫ガ快刀亂麻ヲタチテ瀕死ノ患者ヲ救フガ如ク、本症ヲ早期ニ診斷シテ一刻モ早ク之ヲ外科醫ニ送致シ、以テ適當ノ處置ヲ受ケシムルハ、内科醫殊ニ小兒科醫トシテノ天職ナリ。腸重積症ハ各國ニヨリ著シク差異アリ。概シテ云ヘバ英米ニ多ク獨墺ニ少シ。「イレウス」ノ全數ニ對シ、米國三十一・五%(Fitz)、英國三十%(Treves)、獨逸十一%(Goebell)、露國八・九%(Philipowitz)、墺國二・一%(Rubritius)等ニシテ嗤馬ニ於テハ比較的多クコック氏及イールム氏(Kock u. Oerum)ハ其四百例ヲ發表セリ。本邦ニアリテハ高安博士ノ調査ニヨレバ、「イレウス」七百十七例中、本症二百六十四例、腸軸捻轉症二百二十七例アリテ、兩者共他ノ種類ニ比シ著シク多數ニシテ、此二者ヲ合スレバ全數ノ半數以上ヲ算ス、而シテ本症ハ「イレウス」全數ノ二十八・七八%ヲ占ム。腸重積症ハ通常突然小兒ヲ襲フ所ノモノナレドモ、大人ヲ襲フコト少シトセズ、而シテ本症ハ通常急性ノ經過ヲトルモノナレドモ屢々亦亞急性慢性ノ經過ヲトル場合ナキニアラズ、殊ニポール氏(Pohl)ノ一例ノ如キハ十一年モ慢性ニ經過セルモノスラアリ、亦本症ハ男子ニ多シ、重積部位ニ關シテハ廻盲部ニ起ルモノ大多數ナルコト諸家統計ニ明カニシテ、小腸之ニ次ギ、大腸重積最少シ。余最近三箇月間ニ其四例ニ遭遇セリ、卽チ其一例ハ最モ屢々冒サル、幼兒ニシテ、急性ノ經過ヲ取リ重積症トシテハ珍稀ナルモノニアラズ、他ノ二例ハ比較的稀有ナル慢性症ニシテ更ニ他ノ一例ハ亞急性ノ經過ヲ取リ、三例ハ男、一例

ハ女、更ニ一例ハ診斷不可能ニシテ手術ニヨリ發見セルニ反シ、他ノ三例ハ容易ニ診斷ヲ下シ得テ手術的所見ト殆ド一致セル所ニ聊カ興味ヲ感ジ、敢テ余ノ薄學鈍才ヲモ顧ミズ茲ニ報告スルコトトセリ、而モ蛇足ノ憾ナキニアラザルモ、先ヅ腸重積症ノ概略ヲ述べ、最後ニ余ノ實驗例ヲ記述スベシ。

概說

腸重積症 Invaginatio s. Intussusceptio intestini, Darmeinschiebung. ハ位置ニヨリ次ノ如ク區別スベシ。

甲、小腸重積 Invaginatio ileaca.

乙、大腸重積 Invaginatio colica.

丙、小腸大腸移行部重積

一、廻腸盲腸重積 Invag. ileocoecalis.

二、盲腸重積 Invag. coecalis.

三、廻腸結腸重積 Inv.g. ileocolica.

四、廻腸—廻腸盲腸重積 Inv. ileaca ileocoecalis.

五、廻腸—廻腸結腸重積 Inv. ileaca ileocolica.

小腸重積ハ小腸ノ小腸内ニ嵌入セルモノニシテ、大腸重積モ亦之ニ同ジ、故ニ重積部腸管ノ三層トモ全部小腸又ハ大腸ヨリナル。廻腸盲腸重積ニアリテハ、内層ノミ小腸ヨリ成リ、中層及外層ハ結腸ヨリ成ル、ソノ尖端ハ、盲腸又ハバウヒン氏瓣ヨリ成リ、頸部ハ結腸ヨリ成ル、其進行スルヤ尖端ハ變化セズシテ結腸壁ノミ漸次外層ヨリ中層ニ移入ス、益々進行スル時ハ竟ニ尖端ノ肛門外ニ脱出スルコトアリ。ライヒテンステルン氏時代ニハ專ラバウヒン氏瓣ニ始マリ、之ガ常ニ重積ノ尖端ヲ形成スト考ヘタリシガ、近時バウヒン氏瓣ハ常ニ尖端ヲ形成セズ盲腸ノ一部尖端ヲ成スコト多シト報告スルモノ漸ク多ク、ブラウェル氏(Blauel)ブロッピング氏及山内博士等ハ遂ニ之ヲ以テ廻

腸盲腸重積ノ本態定型ナリト主唱スルニ至リヌ、此事實確定スレバ單ニ盲腸重積ト名クルモ可ナリ。廻腸結腸重積ニ於テハ、小腸下部ノバウヒン氏瓣ヲ通過シテ結腸内ニ入ルモノニシテ其尖端ハ常ニ小腸ヨリ成リ廻盲瓣部ハ移動セズ、故ニ内層及中層ハ小腸ヨリ成リ、外層ノミ結腸ヨリ成ル。其他ノ種類ハ續發性ニシテ廻腸—廻腸結腸重積ハ初メ廻腸重積ヲ起シ、廻盲部迄進行シ、此部ヨリ更ニ廻腸盲腸重積ヲ起セルモノニシテ、廻腸—廻腸盲腸重積モ之ニ準ス。

【病理】成立機轉。

從來腸重積ノ如何ニシテ起ルヤニ就テ次ノ諸説アリ。

一、痙攣説 Spasmodische Theorie (Daunce, Cruveilhier, Rafinesque, Bristowe, Briton 等主トシテ英佛學者)

二、麻痺説 Paralytische Theorie (Leichtenstern, Leubuscher 等主トシテ獨逸學者)

三、器械的作用説 Mechanische Theorie (Besnier's Theorie)

而シテ未ダ何レノ説ガ正鵠ヲ得タルモノナルヤ判定シ難シ、然レドモ最有力ナルヲノートナーゲル氏(Nothnagel)ハ説明トス、即チ同氏ノ試驗ニ從ヘバ麻痺説及器械的作用説ハ成立セズシテ、病的腸重積ヲ起ス最初ノ機轉ハ、腸一部ノ攣縮ニシテ、主トシテ痙攣説ヲ以テ説明スベキモノナリト云フ、氏ハ人體ノ腸ニ近似セル家兎ニ就テ開腹術ヲ行ヒ、腸一部ヲ食鹽水ニ浸シ、感傳電氣ヲ通ズルニ其刺戟サレタ部ノ直下部ニ、高度ノ輪狀收縮起リ、此收縮ハ重積成立ノ第一因タルガ如シ、即チ此收縮下部ノ腸管ハ、通常ノ内腔ヲ有スルヲ以テ收縮部ヲ傘狀ニ被包スルニ至ル、此狀態ノ繼續ニヨリテ初メノ收縮部ハ常ニ尖端トナリテ進ミ變スルコトナク、中間鞘ハ外鞘ノ轉入ニヨリテ增加セラル、ニ至ル、而シテ收縮セル腸管ヲ下方腸管ガ被包シ重積ヲ起スニ至ルハ縱走筋ノ收縮ニヨルトナセリ。

プロッピング氏 Propping ニ據レバ、ノートナーゲル氏説ヲ改良シテ、縱走筋ノ收縮ニノミヨルニ非ズシテ、輪狀筋ノ收縮ノミニテ説明シ得ベシトセリ、即チ輪狀筋ノ收縮ハ、同時ニ縱ノ方向ニモ長サヲ增加シ、收縮セル腸ノ一

部ハ、肛門端部腸管内ニ嵌入シ、蠕動ノ進行ニヨリ漸次隣接セル腸管内ニ嵌入重積スルニ至ルモノナリト。

以上ノ説明ニヨリ小腸及大腸ノ重積症成立ハ理解シ得ベキモ、廻盲部ニ於ケルモノハ稍々複雜ノ説明ヲ要スベシ。

廻腸結腸重積ハライヒテンステルン氏フライネル氏 Fleiner ローレンツ氏 Lorenz ニ據レバ、小腸一部或ハ其粘膜ノ一部ノ廻盲瓣外ニ脱出シ、恰モ異物ノ如キ作用ヲナシ腸蠕動ヲ亢進セシムル結果重積ヲ生ズルナリト。

廻腸盲腸重積ハ最屢々頻發シ、全重積ノ五十二%ニ相當シ、殊ニ小兒ニ於テハ七十%ヲ占ム。小腸重積之ニ次ギ三十%、大腸重積ハ最少クシテ十八%ヲ算スルニ過ギズ。

何ガ故ニ重積ノ廻盲部ニ多キヤ？　ニ關シテハ諸大家ノ説アルモ、ダーシ―パワー氏 Darcy-Power ノ研究ニ據レバ、次ノ四點ヲ注意スルヲ要ス。

一、廻盲部ニ括約筋存シ、時トシテ强直性痙攣ヲ起ス事。

二、蠕動亢進。

三、小腸及大腸ノ内腔直徑ニ著シキ差異ヲ呈スルコト。

四、小腸々間膜ノ異常ニ長キコト。

大腸ト小腸トノ内腔直徑ノ差異ハ、長キ腸間膜ヲ有スル廻腸ノ大腸内ニ嵌入スルニ好都合ニシテ、殊ニ廻盲部ニ攣縮、蠕動亢進ノ之ニ加ハルコトアランカ、益々重積ニ向ッテ好機會ヲ與フルヤ明ナリ。而シテ生後一箇月ニシテ大腸ハ急速ニ發達シ、其内腔ヲ増大スルニヨリ、大腸ト小腸トノ内腔直徑ノ差愈々其度ヲ増シ、益々重積症ヲ容易ナラシム。

盲腸ヲ以テ廻腸盲腸重積起始部トスル説。抑盲腸ヨリ始マル腸重積ハ一八九七年英醫イーブ氏 Eve 始メテ遭遇セリト稱スルモ、之ト同時又ハ之ヨリ以前ニ英國文獻中ニ同樣ノ例散在スルヲ見ル。其後英國ニテコルマン氏 Colmann 及ケロック氏 Kellock（一八九八）、リース氏 Lees 及シルコック氏 Silcock（一八九八）、オルトン氏 Orton（一八九八）、

ペンロース氏 Penrose 及ケロック氏（一八九八）、イーブ氏（一九〇一）、獨逸ニテハエンデルライン氏 Enderlein（一九〇〇）、ハースレル氏 Haasler（一九〇二）、アッケルマン氏 Ackermann（一九〇三）等ノ報告アリテ、何レモ稀有ナル疾患ト思惟セリ、唯イーブ氏（一九〇一）ノミハ敢テ稀有ナルモノニ非ズシテ、二十六例中六例ニ遭遇セリト。然ルニ一九〇五年ニ至リローレンツ氏ハ盲腸下端ヨリ始マリタル腸重積症ノ三例ヲ報告シ、所謂廻腸盲腸重積症ノ尤モ普通ナルモノハ此型ニ屬スルモノニシテ、從來廻盲瓣重積ノ起始ヲナシ常ニ尖端ニアリテノ他部ハ之ニ續行スト看做サレタルハ、觀察ノ誤謬ニ基因スルモノナリト論ゼリ。同年英國ニテモクラッブ Clubbe 亦廻腸盲腸重積ハ普通盲腸下端ノ嵌入ニ始マルモノナリト揚言セリ。其後ハイワルト氏 Hayward（一九〇七）、ヅロール氏 Delore 及ルリーシュ氏 Leriche（一九〇八）、ヅビルシャブロル氏 Devillechabrolle（一九〇八）、ソリエリー氏 Solieri（一九一〇）ハ盲腸下端或ハ蟲樣突起ニ始マル腸重積ヲ報告シ、殊ニヅロール氏及ルリーシュ氏ハローレンツ氏及クラッブ氏ノ如ク盲腸下端ヨリ始マルモノヲ常型ナリト論ゼリト雖餘リニ學界ノ喚起セザリシニ、近時ブラウエル氏及ブロッピング氏（一九一〇）及嘗テ岡山醫學專門學校外科學教授タリシ山內博士（一九一二）ノ三氏ニヨリ、所謂廻腸盲腸重積症ニアリテハ、尖端ハ盲腸下端ニヨリテ形成セラルト說キ、之ヲ以テ本症ノ常型ナリト主唱スルニ至ル、勿論此結論タルヤ從來一般ニ信ゼラレタル「腸重積ノ起始部ハ重積如何ニ進行スルモ常ニ其尖端タリ」テフノートナーゲル氏說ヲ眞正ナリト前提シタルモノナリ。

何ガ故ニ腸重積ノ盲腸ニ好發スルヤ？　一定ノ刺戟ニヨリテ惹起セラル、腸壁ノ非生理的收縮ニ基因スルハ一般ニ信ゼラル、所ニシテ、病的變化（異物、炎症、腫瘍）ガ刺戟ノ根據タリ得ベキヤ勿論ナリト雖、病變ナクシテ起ル重積症ノ殆ド常ニ盲腸ヨリ始マルヲ以テ該部ニ特殊ノ素因存セザルベカラズ。ブラウエル氏及ブロッピング氏曰ク、盲腸ハ多量ノ內容ヲ包含スル部分ナルヲ以テ、其筋肉ハ機能的要求ノ爲メニ烈シキ動作ヲ强ヒラル、而シテカ、ル場合ニ不規則不平等ナル筋肉運動ヲ起シ易キコト想像ニ難カラズト。更ニ盲腸重積ニ必要ナルハロイト氏說ニシテ

盲腸、上行結腸及横行結腸、起始部ニ於ケル生理的逆蠕動ナリ、此説ハスチールリン氏シュワルツ氏 Schwarz フォン、ベルグマン氏 v. Bergmann 等ニヨリ一層其存在ヲ確認セラル。

【原因】

第一。腸管移動性。重積ハ腸管ノ移動性アルヲ要シ、腸間膜長キ程、腸管内腔直徑ノ差大ナル程成立シ易シ。手術時ノ所見ニヨレバ大抵重積腸管ヲ創口迄牽引シ得ルコト多シ。ダーシー、パワー氏ニヨレバ哺乳兒ハ大ナル小兒及大人ニ比シ腸間膜比較的長キヲ發見セリ、之生後一年ニ本症ノ頻發スル所以ナリ。亦移動性盲腸モ本症ノ發生ヲ容易ナラシムル有力ナル原因ナリ。Leriche 及 Cavaillon 氏ニヨレバ哺乳兒及小兒ハ大人ニ比シ盲腸ノ移動性大ナリト云フ。

第二。異物或ハ腫瘍ノ存在。是等ハ腸管ヲ刺戟シテ重積ヲ起サシム。異物トシテ種々ノモノ擧ゲラル、シュリッデ氏 Schridde ハ杏實、ホルレンデル氏 Holländer ハ棗實、ゲイ氏 Gay ハ米粒、ニーハンス氏 Niehans 及山下隆氏ハ數條ノ蛔蟲ヲ報告セリ。腫瘍ハ其有莖ノモノニアリテハ屢々器械的重力ニヨリ、又ハ蠕動亢進ニヨリ重積ノ原因トナル、而シテ腸息肉、癌、肉腫、脂肪腫等擧ゲラル。カーゼマイエル氏 Kasemyer ハ腫瘍ニ因スル腸重積症ノ二百八十四例ヲ集メタリ、其中惡性腫瘍八十五(癌四十九、肉腫二十六、其他十)ニシテ三十%ヲ占ム、良性ノモノ、中最多キハ腸息肉ノ六十ニシテ、脂肪腫二十アリト云フ。吉田準一郎氏ハ日本住血吸蟲ニヨル腸壁肥厚ノ爲メ盲腸重積ヲ起セルヲ見タリ。

第三。メッケル氏憩室、蟲樣突起。フォールギ氏及リーシュ氏 Forgue u. Riche ノ調査ニヨレバ、メッケル氏憩室ガ腸重積ノ原因ヲナセシコト二百八十七例中三十三回ナリト。カーゼマイエル氏ハ憩室ニ因スル重積症四十二例ヲ集メタリ。之ニ似類セルハ蟲樣突起ノ飜入ニヨル腸重積症ナリ、大人ニアリテハ其内腔狹小ニシテ之ニヨリ重積ヲ起スコト稀有ナルモ、小兒ニ於テハ比較的大ナルガ故ニ二歳乃至九歳ノ小兒ニ多シ。カーゼマイエル氏ハ其十八例

ヲ集メタリ。本邦ニ於テハ野村及柳氏ノ二例アリ。

第四。消化器ノ障碍。腸重積症ノ原因トシテ食餌ノ過誤ヲ訴フルモノ多シ、是蠕動ノ變化ヲ起スニ由ル。亦腸加答兒及下利症ニヨリ腸管ニ過度ノ蠕動ヲ來シタル結果終ニ腸ノ一部ニ過勞性麻痺ヲ來スモ亦重積ヲ容易ナラシムト説明スルモノアリ。コック氏ノ統計ニヨレバ十五歳以下ノ腸重積症三百八十例中百十五例ハ消化器障碍アリト云フ。本症ハ下利ニ續發スルコト多シ、便秘ハ下利ヨリモ著シク多シ。食傷卽チ母乳營養ヨリ急ニ人工營養ニ移行シタ時、下劑應用、蟲樣突起炎ニヨリ起ル。

第五。外傷其他稀有ナル原因。腸重積症ハ外傷後ニ起ルコトアリ。ウヰリアムス氏例ハ階段ヨリ墜落シタ時ニ起リ、アインスレー氏例 Ainsley ハ「フートボール」ニ衝突後直チニ起リタリト。其他劇烈ナル咳嗽發作ガ原因トナルコトアリ。時トシテヘノッホ氏紫斑病ニ併發スルコトアリ。本邦ニ於テハ久保弘氏及宮田量之助氏ノ報告各々一例アリ。尿道狹窄、包莖、浣腸、精神興奮、寒冒等之ガ誘因ヲナスコトアリ。

男女ノ關係。本症ハ男子ニ多ク、女子ニ少シ。男子ハ本症ニ對シ一定ノ素因ヲ有スルガ如シ。ワイス Weiss 氏ニヨレバ、男子六十五%、女子三十五%ナリト。本邦ニ於ケル高安博士ノ二百八例ニヨレバ、男子百三十八ニ對シ女子七十ニシテ卽チ男六十一・七%、女子三十八・二%トナル。

年齡ノ關係。本症ハ幼兒殊ニ一歳以下ニ多ク、成人ニナルニ從ヒ減少ス。ワイスノ三百二十二例中五十五%ハ一歳以下、二十六%ハ二歳以上成人迄、十九%ハ成人ナリ。コック氏及イールム氏ニ從ヘバ小兒ニ於ケル總テノ重積ノ五分ノ三ハ一歳以下ナリト云フ。生後三箇月ハ急ニ增加シ四箇月、五箇月ハ漸次增加シ、六箇月ハ最高ニ達シ、七箇月ヨリ減少ス、二歳ノモノハ前半ハ後半ヨリ多シ。高安博士ノ二百十六例中八十四例(三十九%)ハ十歳以下、其中一歳以下ノ幼兒四十六例ヲ算セリト。

【症候】一般病狀及各症候ニ別チテ述ブベシ。

【甲】一般病狀 Allgemeine Krankheitsbilder.

疾病ノ程度ニヨリ本症ヲ急性(ラフィネスク氏ハ更ニ大急性 Peracut 急性 Acut 亞急性 Subacut ニ區分ス)及慢性ニ區別スルヲ便トス。大急性トハ自然ノ經過ニ放置スレバ二十四時間以內ニ斃ルモノ、急性ハ二日以上七日以內、亞急性ハ一週乃至二週間以內、慢性ハ二週間以上ノ經過ヲトルモノ是ナリ。幼兒及小兒ノ腸重積症ハ大急性又ハ急性ノモノ多シ。本症ノ主要症候ハ腹痛、嘔吐、血便及腫瘍ノ發現等ナリ。

急性症ニアリテハ常ニ全ク健康ナル者ノ突然劇烈ナル疝痛樣疼痛ヲ以テ襲擊セラルヽヲ見ル。患者ハ該疼痛ノ爲メ轉輾反側シ、號叫シ、蒼白トナリ、次デ間モナク嘔吐ス。既ニ早期ニ正常又ハ下利性排便アリ。腹痛ハ週期性ニ反覆シ、嘔吐モ頻發シ、便通ハ始メハ糞性ナルモ後ニハ血便又ハ粘液血便トナル、而シテ重症ノ場合ニハ既ニ第一日ニ虛脫ヲ來シ、小兒ニ於テハ固有ノ無慾狀態トナル。腹部ハ輕度ニ膨滿シ、觸診上過敏トナルモ、腹壁ノ反射的緊張ナキ故重積腫瘍ヲ觸ル、該腫瘍ハ既ニ第一日ニ於テ特異性ヲ以テ發現スルコトアリ。血便又ハ粘液血便ヲ反覆スル間放屁ハ全ク止ミ、嘔吐ハ依然トシテ存シ、漸次糞性トナリ脫力進ミ五日乃至八日內ニ死ス。餘リ重症ナラザル場合ニハ初期疼痛發作後漸次ニ重症ニ移行シ全身症狀ハ虛脫ヲ來サズシテ腸管閉鎖不完全ナリ、故ニ吐糞瓦斯及便通抑留ヲ來サズ、初期ノ嘔吐ハ反覆セズ、多少食物ヲ攝取ス、疼痛發作ハ存スレドモ劇烈ナラズ。或ル場合ニハ劇烈ナル疼痛ノ後間歇ヲ來シ慢性腸狹窄症狀ヲ呈ス、又內鞘脫落ニヨリ完全自然治癒ヲ來スコトアリ。

慢性症ニアリテハ、慢性腸狹窄ノ症狀ヲ呈シ、疼痛ハ輕度ニシテ、嘔吐、血便ヲ缺如スルモ腫瘍ハ之ヲ證明ス、該腫瘍ハ多クS字狀部ニアリ、時トシテ肛門ヨリ脫出スルコトアリ、又移動性ヲ有ス。患者ハ疼痛發作ノ爲メニ睡眠及食物攝取ハ妨害サレテ羸瘦ト脫力トヲ來ス。

體溫ハ通常上ルコトナシ。

【乙】各症候 Einzelne Symptome.

腹痛ハ最初ニ起ル症狀ニシテ極メテ劇シク且恒在性ノモノナリ。急性症ニアリテハ腹痛ヲ發スルヤ全ク突然、其强度ヤ劇烈ニシテ、幼兒ニアリテハ顏面蒼白トナリ、疼痛ノ爲メ反射的ニ虛脫ニ陷リ、時ニ搐搦ヲ起シ短時間ニシテ死ニ陷ルコトアリ。時トシテ中等度ノコトアレドモ、多クノ場合ニハ最初ヨリ又ハ速カニ最高ニ達シ緩慢ニ增進スルコトハ稀ナリ。疼痛ノ特性ハ殆ド常ニ疝痛樣ナルモ、時ニ持續性ナルコトアリ、又時トシテ發作性ナルコトアリ。慢症性ニアリテハ疼痛ハ疝痛樣或ハ痙攣樣ニシテ、月餘ニ亙リ患者ヲ惱マシ、睡眠ヲ妨ゲ、脫力セシム。小腸重積症ニ於テハ疼痛一層劇シク、重積ノ長サヲ增ス每ニ疼痛ヲ覺ユ。大腸重積症ニハ稍々少シ、殊ニ慢性ニ於テ然リ。疼痛ノ部位ハ大人ニ於テハ多クハ原發病竈ニ相當シテ腹壁殊ニ右下方ニ限局スレドモ時ニ上腹部ニ訴フルコトアリ。小兒ニアリテハ不定ニシテ全腹部ニ亙ルコトアレドモ、多クハ臍部ニ限局ス。壓痛ハ少シ殊ニ初期及腹膜ノ反應ナキ時ニ然リ、故ニ幼兒ト雖初期ニハ注意シテ腹部ヲ觸診スルヲ得ベシ。

嘔吐ハ患者ノ幼ナルニ從ヒ、又重積性腸管閉塞度ノ重キニ從ヒ、現ハル、事早シ、時ニ不定ニシテ或ハ缺如スルコトアリ、殊ニ大人ニ於テ然リ、ソノ腸管閉塞ハ重積內外圓筒直徑ノ差異少ク又腸間膜ノ短キ程重症ヲ呈スルモノナリ。一般ニ急性症ハ慢性症ニ於ケルヨリ頻發ス、小兒ニハ大人ニ於ケルヨリ多シ。卽チコック氏ニ據レバ一歲以下ノモノニハ九十二%、一歲以上ノモノニハ九十一%現ハルト云フ。病竈ノ深部ナル程初期症狀トシテ嘔吐ヲ缺ギ、反之上部ナル程初期ニ恒在性ニ現ハル。時トシテハ頻發シ劇烈ニシテ吃逆惡心ヲ伴フコトアリ。實際ニ於テ嘔吐ノ頑固ナル程腸通過ハ妨ゲラル。慢性ノモノニハ發作性ニ來ルコトアリ、又比較的屢々嘔吐ヲ伴ハザルコトアリ。吐物ノ性質ハ色々ナリト雖、初回ニハ必ズヤ胃內容、粘液物ニシテ次デ膽汁ノコトアリ。糞性嘔吐ハ稀ニシテトリープス氏ハ二十五%トナセシモ他ノ學者ハ之ヨリ少シトセリ、殊ニ慢性症ニアリテハ一層稀ナリ、重積ノ腸上部ニ起ル程糞性嘔吐ヲ來スコト早ク、腸下部ニ起ル程之ヲ來スコト遲ク且末期ニアリ、然レドモ例外トシテ後者ノ

場合ニハ早ク既ニ發病第四日ニ現ハル事アリ。

食慾。ハ急性症ニアリテハ全ク障碍サレ、慢性症ニアリテモ疼痛發作時ニハ減退ス。

血便。肛門ヨリ血便又ハ粘液血便ヲ漏ラスハ本症ノ診斷ヲ確定スルニ重要ノ症候ナリ。急性症ニテ定型性ノモノニアリテハ特異性ヲ有ス卽チ疼痛發作後大抵一回常便アリ、後解剖的關係ニヨリ固有ノ腸內容ノ排泄ハ妨ゲラレ爲メニ便秘ヲ來シ、指ニテ肛門ヲ檢定スル際又ハ浣腸ニ當リ血液、粘液ヲ漏ラス事多シ、時トシテ純血液ヲ多量ニ又ハ頻回ニ少量ヅヽ漏ラスコトアリ。此血液、粘液ハ重積部ノ粘膜充血腫脹溢血シ爲メニ生ズルモノナリ、故ニ嵌頓甚シキモノ程早ク且多量ニ出ヅベシ、且小腸重積、廻腸重積ニ著シ。又急性症ニアリテハ、腸管閉塞セルニ下利ヲ來ス奇現象アリ、卽チ此下利ハ外觀上ノモノニシテ、固有ノ腸內容ハ便秘セリ。經過ノ急性ナル程又腹膜ノ絞扼ノ劇烈ナル程出血モ著シク、ソノ缺如スルハ二十%ニ過ギズ、ソノ現ハルヽ時間ハ發作後二時間乃至十時間ナリ。慢性症ニアリテハ便通ハ不定ナリ、ラフネスク氏ノ四十六例中七例ハ常便、十六例ハ下利、十二例ハ便秘ニ偏シ、十一例ハ便秘ト下利ト交代セリ、而シテ慢性症ニアリテハ腸內腔ノ閉塞完全ナラザルハ明白ノコトナリ。クラップ氏ハ全數ノ九十七%ニ血便ヲ見ルト云ヒ、コック氏ハ一歲以下ニハ九十五%、一歲以上ニハ七十五%ニ之ヲ見ルト云ヘリ。稀ニ大急性ノモノハ出血スルモ肛門ニ達セザル以前ニ死亡スル爲メ外部ニ現ハレサルコトアリ。又屢々本症ニ特有ナル血便、粘液血便ト共ニ裏急後重ヲ伴フコトアリ。

腫瘍ノ發現。ハ本症ノ特異症狀ニシテ腹壁ヨリノ觸診ニヨリ、又時トシテ肛門ヨリ指ニテ觸ルヽコトアリ。ライヒテンステルン氏及ラフネスク氏等ニヨレバ五十%、ヒルシュプルング氏 Hirschsprung ニ依レバ五十%以上ニ於テ觸知スルヲ得ト云ヘリ。腫瘍ヲ觸知セザル原因ニ種々アリ、卽チ腹壁緊張又ハ脂肪層厚キ爲メニ、或ハ肋骨弓下、肝臟下ニ匿レ、皷腸セル腸管ニ蔽ハレ、或ハ重積非常ニ短ク又絞扼腸間膜嵌頓非常ニ著シキ爲メニ腫瘍ヲ觸知セザルナリ。ソノ觸知スルモノニアリテハ小兒ニ於テハ大人ニ於ケルヨリ高度ナルヲ常トス。其大サハ鷄卵大ヨリ前膊

ノ大サニ至ル、通常ハ小塊ナリ、殊ニ廻腸盲腸重積ノ際ニハ右或ハ左側季肋下ニ匿レル故實際ヨリ短小ナリト雖而モ看過スルコトナシ、又時ニ非常ニ長クシテ腫瘍ノ中央ハ脾彎曲ニ蔽ハレ重複腫瘍ヲ來セルガ如キ場合アリ、又反對ニ慢性ノ時ハ上部ニ糞便抑留シ爲メニ實際ヨリ大キク見ユルコトアリ。其形狀ハ本症ニ特異ナリ卽チ圓柱狀ニシテ腸詰樣形狀ヲ呈シ長クシテ多少彎曲ス（腸間膜牽引）、時トシテ境界ハ明瞭ナラズ、時トシテ腫瘍ヲ著明ニ觸知スル程銳利ナルコトアリ。硬度ハ特異性ノモノニ非ズシテ根據トスルニ足ラズ、且變化シ易シ。又腹壁ノ收縮狀態ニアルト否トニヨリ異ニス、一般ニ癌腫ノ如ク硬固ナラズ、ソノ强度ナルモノニ於テモ柔弱ナリ。腫瘍ノ位置モ亦移動シ易シ、解剖的關係ト發生狀態ニ從ツテ好發部位アリ。ライヒテンステルン氏ニヨレバ屢々發生スル部位トシテS字狀部、次デ肛門外脫出、直腸、盲腸部、下行結腸部、橫行結腸部、上行結腸部、下腹部ニ現ハル。廻腸盲腸重積症ニ於テ最多ク腫瘍ヲ觸知ス、ソノ位置ハ左側上部ニアルモノ最多數ナリ（五十%以上）是廻腸盲腸重積ノ進行早クシテ少時間ノ中ニ臍ノ左側迄達スルヲ見ルベシ、腸間膜長クシテ移動性ヲ有スルコトアリ、又腫瘍ハ或場所ニ固定セルコトアリ、加之慢性ノ時ハ癒着ニヨリ固定シ不動トナルコトアリ、又直腸ヨリ腫瘍ヲ觸知セシモノ一歲以下ノモノ二百八十八例ニ就テ九十例（三十九%）ナリシヲ以テ注意スベキ症候ナリトス、一歲以上ノモノニハ二十七%トナル。

重積部ノ肛門外脫出。ハ往々見ル所ノ症候ニシテトリーブス氏ニヨレバ七日乃至十五日ニシテ發現スト云フ。此場合ニ於テハ脫出セル部ノ粘膜ハ著シク腫脹シ鬱血ノ爲メニ青色ヲ呈スルコト多シ、直腸脫ト類似セルモ是ニアリテハ直腸壁トノ間ニ消息子ヲ送入スレバ飜展部迄深ク進入スルニヨリ區別シ得ベシ。此肛門外脫出ハ廻腸結腸重積或ハ大腸重積ニ屬ス。

ダンス氏症候 Dance's Symptom ハ腸重積部ノ移行ニヨリ盲腸部空虛トナリ爲メニ該部ノ扁平トナルヲ云フ。此症候ノ價値ニ就テハ議論一定セズ、假令一時其部空虛トナルモ直チニ廻腸其他ニ充タサル、ヲ以テ特異ノ狀態ヲ呈

セザルベシトナス者アリ、ラフネスク氏ノ五十三例中二例アリシノミ。

裏急後重。或場合ニハ患者ハ裏急後重ニ惱マサル、場合アリ、是ハ時ニ重症赤痢ノ如ク强クシテ、急性症ニアリテハ慢性症ヨリ頻發ス、殊ニ幼兒ニアリテハ稀ニ看過ザレ、加之血便アリテ赤痢ト誤診スルコトアリ、幼兒ニアリテハ頻回ノ裏急後重ノ爲メ直腸脫ヲ來スコトアリ、裏急後重ハ重積ノ直腸下部ニ近キ程早ク且强ク現ハル。

其他括約筋ノ麻痺ヲ來スコトアルモ稀ナリ。又腸强直、蠕動亢進ヲ來スコトアリ、殊ニ慢性症ニアリテハ腫瘍ノ上部ニ慢性腸狹窄症ノ如ク來ル。體溫ハ通常初期ニハ變化ナキモ、多少ノ時日ヲ經テ上昇スルコトアリ。脈搏ハ特異ナルコトナシ、唯大急性ニシテ發病後直チニ腸間膜及腸壁ノ壞疽ヲ來サントスルモノハ神經症狀ノ重クシテ脈搏ノ變化ヲ來スコトアルヲ忘ルベカラズ。

【診斷】

本症診斷ハ每常必シモ容易ナラズ。ソノ定型性ノ症狀ヲ呈セル急性症ニアリテハ敢テ困難ナラズ、卽チ突然劇烈ナル腹痛ヲ以テ小兒ヲ冒シ、血便嘔吐アリ、腹部ニ特異性腫瘍ヲ觸ル、時ハ容易ニ確定シ得ベシ。慢性症ノ診斷ハ一層困難ナリ、是慢性症ニアリテハ、特異症狀タル腫瘍ヲ缺ギ或ハ常ニ大腸ヲ冒シ完全ノ「イレウス」ヲ來サズシテ只上部ニ位スル腸管ノ蠕動亢進、腸强直、腹鳴等ヲ來タスニ過ザルニヨル。腫瘍ハ本症ノ診斷ニ向ツテ決定的症狀ニシテ、慢性症ニアリテハ時トシテ本症狀ノミニヨリテ診斷シ得ル場合ナキニアラズ。時トシテ腫瘍ハ腹壁緊張、又ハ脂肪層厚キ爲メ、或ハ肋骨弓下、肝臟下ニ匿レ、或ハ深ク小骨盤內ニ位シ、皷腸セル腸管ニ蔽ハレ、或ハ絞扼セル腸間膜嵌頓著シクシテ觸知セズ爲メニ診斷困難ナル場合アリ。本症ハ多ク小兒ヲ冒シ而モ速カニ「ショック」症狀乃至虛脫症狀ヲ惹起シ或ハ腸ノ閉塞及穿孔ニヨル急劇ナル症狀ヲ呈シ不良ノ轉歸ヲ取ルコト多キヲ以テ診斷困難ナル場合ニハ速カニ試驗的開腹術ニヨリ診斷ヲ確定セザルベカラズ。本症ヲ疑フ患者ニ接シテハ先ヅ發生ノ急慢、各症候、既往症ニ就テ問診スルコト必要ナリ。

【部位的診斷】

既ニ腸重積症ナルヲ確定シタル時ハ之ニ滿足セズ更ニ部位的診斷ニ時ヲ費スベカラズ。而シテ腸重積症ノ各種ハ各特異ノ症狀ヲ呈スルヲ以テ細心ノ注意ヲ拂ヘバ豫メ之ヲ診斷シ得ベシ。今左ニ其特徵ヲ述ベン。

一、廻腸盲腸重積症。（一）從來健全ナリシ小兒ニ突然起ルコト。（二）發病後一回位便通アルモ其後ハ便秘シ血便又ハ粘液血便ヲ漏ラスコト。（三）經過速カナルコト。（四）左側腹部ニ弓狀ノ腫瘍ヲ觸知スルコト（但初期ニハ右側腹部或ハ上腹部）。（五）屢々直腸內檢査ニヨリ腫瘍ヲ觸ルヽコト。

二、結腸重積症。（一）從來下利、裏急後重アリシモノニ起ルコト多シ。（二）便通障碍不完全ナルコト多シ。（三）左側腹部ニ腫瘍ヲ觸知ス、然シ弓狀ヲナサズシテ直ナリ。（四）直腸內ニ腫瘍ヲ觸ルヽコト多シ。

三、廻腸重積症及廻腸結腸重積症。（一）從來强壯ナリシ生後九箇月迄ノ小兒ニ多キコト。（二）便秘ハ不全ナルコトアリ。（三）出血少シ。（四）腫瘍ハ觸知シ難シ、但右側腹部ニアルコト多シ。

【鑑別診斷】

一、急性胃腸加答兒及赤痢。小兒ニ於テ下利乃至粘液或ハ粘液血便ヲ伴フ腹痛アリテ腫瘍ヲ觸知セザル時ハ急性胃腸加答兒或ハ赤痢ト誤診サルヽコトアリ、此際ニハ全身麻醉ノ下ニ注意深キ腹部及肛門內觸診ヲ行フニヨリ豫防スベシ。

二、蟲樣突起炎。盲腸部ニ閉鎖症狀ト共ニ腫瘍ヲ觸レ且出血ナキ時ハ蟲樣突起炎ト考ヘラルヽ場合アリ。然レドモ蟲樣突起炎ニアリテハ腹部壓痛著明ナルト、マックバーニー氏疼痛點、體溫上昇、幼兒ニ少キコト、腫瘍ニ特異性ヲ缺如スルコト等ニヨリ區別ス。

三、腸狹窄症。慢性腸重積症ニアリテハ時トシテ特異症狀タル腫瘍ヲ缺如シ而モ蠕動亢進、腸强直、腹鳴等ノ狹窄症狀ヲ呈シ爲メニ腸狹窄症ト誤診サルヽ場合アリ。腸狹窄症ニアリテハ全ク腫瘍ヲ來サズ若シ來スコトア

ルモ柔弱又ハ境界不明瞭ニシテ既往ノ疾患アルニヨリ區別ス。

四、宿便性「イレウス」。數回ノ高壓浣腸ニヨリ漸次緩解スルニヨリ鑑別容易ナリ。

五、蛔蟲ニヨル「イレウス」。腸重積ノ腫瘍ニ比シ移動性大ナルト、全身症狀ノ稍々緩ナルニヨリ鑑別シ得ベシ。

六、腹膜炎。體溫上昇、鼓腸、腹部汎發性疼痛等ニヨリ本症トノ鑑別容易ナリ。

【經過】

通常急性ノ經過ヲトルモノハ最多ニシテ只少數ノ場合ニノミ慢性ノ經過ヲ取ル、ラフヒネスク氏ハ急性ヲ更ニ左ノ三種ニ區別ス。

一、大急性 Peracut. 自然ノ經過ニ放置スレバ二十四時間以內ニ斃ルモノ。

二、急性 Acut. 二日以上七日以內。

三、亞急性 Peracut. 一週乃至二週以內。

大急性症ハ常ニ經過急劇ニシテ死ノ轉歸ヲトル、然レドモ頗ル稀ナリ。ライヒテンステルン氏ノ調査ニヨルニ二百六十九例中五例ニシテ、ソノ中四例ハ生後一年ノ幼兒、他ノ一例ハ大人ナリ。急性症ハ最多數ニシテ死亡率亦多シ、是好ンデ生後一年ノ幼兒ヲ冒シソノ八十%ヲ死亡セシムルニヨル。時ニ亞急性ニ經過シ十歲以上ノモノヲ冒スヲ以テ豫後比較的可良ナリ。時トシテ自然治癒ヲ來スコトアリ。少數ノ場合ハ慢性ノ經過ヲ取リ數週ヨリ數箇月ニ亙リ、加之年餘ヲ閱スルアリ。ボール氏ノ報告ニヨルニ十一年モ慢性ニ經過セリト云フ。

【豫後】

通常經過急性ニシテ且生後一年以下ノ幼兒ニ多キヲ以テ速カニ適當ノ處置ヲ取ラサレバ豫後不良ナリ。少數ノ場合ニハ嵌入部壞疽ニ陷リ自然脫落ヲ來シ自然治癒 Spontane Heilung ヲ來スコトアルモ決シテ之ニ信賴スルノ萬全ノ策ニアラサルヤ勿論ナリ。此自然脫落 Spontanes Abstoßen ハ中鞘ト內鞘トガ頸部ニテ癒着シ、壞疽ニ陷レル重積

嵌頓セル部ハ脱落シ肛門外ニ排泄セラレ腸内腔ハ完全ニ通過シ何等炎症ヲ周圍ニ起サズシテ自然治癒ヲ起スコトアリ。或場合ニハ癒着不完全ニシテ一部穿孔シ腹膜炎ヲ起シ、或ハ腸閉鎖ニヨル急劇症狀卽チ「ショック」樣症狀乃至虛脱ニヨリ死ノ轉歸ヲトルコトアリ。稀ニ慢性ノ經過ヲトリ月餘乃至年餘ニ亙リテ大障碍ヲ起サヾルコトアルモ豫後ハ不良ナリ、之レ慢性症ニアリテハ、營養障碍、糞便鬱滯、睡眠不足ノ爲メ益々衰弱ヲ來シ、且心臟、肝臟、腎臟等諸臟器ノ脂肪變性ヲ發シテ遂ニ鬼籍ニ上ルニヨル。亦時ニ自然整復 Spontane Reduction ヲ來スコトアリ。ライヒテンステルン氏ハ逆蠕動ノ爲メナリト云フ。

近時外科的手術ノ進歩ニ伴ヒ本症ニ對スル手術的療法ハ漸次成績可良ニシテ、殊ニ早期手術ニヨリ多クノ場合ハ治癒スルニ至レリ。

【療法】

藥物療法、無血的療法及手術的療法(觀血的療法)ノ三アリ。

第一。藥物療法。阿片、「モルヒネ」ハ蠕動靜止ヲ計リ爲メニ重積ノ增進ヲ阻止シ得ルモ、疼痛ハ之ヲ全ク緩解セザルベシ、若シ之等ニヨルモ疼痛毫モ輕快セザル場合ハ診斷ノ補助トナルベシ、然レドモ初メヨリ使用セザルヲ可トセン。

第二。無血的療法 Die unblutige Behandlung.

一、「タキシス」。Taxis.

二、注腸法。Wassereingiessung od. Wasscreinlaufe.

三、空氣吹入法。Lufteinblasung.

一、「タキシス」。ハ深麻醉ノ下ニ行フヲ可トス、麻醉ニ先チテ胃洗滌、膀胱「カテーテル」挿入ヲ行フベシ、「エーテル」ヨリモ「クロ、フォルム」ノ方腹筋ヲ弛緩セシムルヲ以テ優レリトス。其法兩手ヲ以テ弛緩セル腹壁ヲ通ジテ重

積腸管ヲ把握シ、固定シツヽ、「マッサージ」ヲ行ヒ漸次整復ヲ試ム、其際出來得ベクンバ鞘ニ牽引ヲ與ヘルヨリモ頂ニ壓ヲ加ヘル樣ニ勉ムベシ。ハッチンソン氏整復法 Hutchinson 最有效ナリ、其法ハ先ヅ腫瘍ヲ握リ漸次上方ニ向ヒ壓迫ス、斯クスレバ浮腫ハ減ジ、又內鞘ハ上方ニ向ツテ壓出セラル、此際決シテ內鞘ヲ牽引スルコトヲ試ムベカラズ、反覆壓力ヲ加ヘ「タキシス」成功セバ腫瘍消失シ、注腸ヲ行ヘバ糞便ヲ混ズルヲ以テ知ルベシ。

二、注腸法。ハ全身麻醉ノ下ニ行フヲ可トス、位置ハ骨盤高位又ハ膝肘位ヲ優レリトス、通常「イルリガートル」ノ助ケニヨリ一乃至一・五米ノ高サヨリス、高壓ニ過グルハ不可ナリ。幼兒ニアリテハ半立衡ヨリ以上注入スベカラズ、小兒及大人ニハ一・五立衡迄注入シ得ベシ、注入サレタ液ハ暫時抑留シ後徐々ニ排泄セシム、腫瘍消失シ糞便アル時ハ效果アリシモノニシテ、疑ハシキ時ハ反覆ス。注腸液ハ通常微溫生理的食鹽水ヲ用フルモ、阿列布油ヲ使用スル時ハ效果著大ナリ。

三、空氣吹入法。ハ今日稀ニ行ハル、方法ナリ、勿論空氣、水素、酸素又ハ炭酸ヲ吹入スルコトハ容易ナリ。無血的療法ノ利害。ソノ利益トスル所ハ切開ヲ要セザルヲ以テ早ク兩親ノ承諾ヲ得ルノ便アリ、且實地ニ於テ應用スルコト容易ニシテ比較的危險少シ、又之ニテ奏功セバ創傷傳染ノ恐ナク治療日數ヲ著シク短縮スルコト等ナリ。反之其弊害トスル所ハ第一、結果ノ不確實ナルコトニシテ、假ニ腫瘍消失セリトスルモ果シテ完全ニ整復サレタルヤ否ヤヲ確診スルコト困難ナリ。若シ整復不完全ナラバ、麻醉覺醒後數時間ニシテ「イレウス」症狀ヲ來スコトアリ、且此場合ニハ大抵死亡ス。又「タキシス」ニヨリ全然整復セル後モ通常重積セル腸管ノ一部ニ於テ浮腫去ラズ若干時存スルヲ以テ整復後ト雖多少ノ腫瘍狀ノモノヲ觸ルヽコトアリテ診定容易ナラズ。又手術ニヨル結果ニ徵スルニ腸管重積ノ整復ハ始メノ大部分ハ容易ニシテ最後ノ二三糎最モ困難ナルヲ常トスルヲ以テ果シテソノ一部整復セラレザルヤ又單ニ整復後ノ浮腫ナルヤヲ確診スルコト困難ナリ。第二、穿孔ノ危險ナリ。急性腸重積症ノ場合「イレウス」症狀ヲ呈セルハ嵌入管ノ癒着或ハ密着ニ由リテ當サニ壞疽ヲ來サントスルカ或ハ已ニ一部壞疽ニ陷レルヲ示ス

モノナリ、從テ癒着少キ慢性ノモノハ奏效スルコトアレドモ「イレウス」ヲ呈セルモノニハ無效ナルノミナラズ穿孔ノ危險アリ、假令一時整復スルモ數時間ニシテ腹膜炎ヲ發シ來ルコトアリ。第三、慢性ノモノニ行ヒタル場合ニハ屢々再發セル例アリ、之レ一部整復セラレズシテ殘留シアリシ故ナルベシ。

無血的療法ノ效果。最效果アルハ注腸法ニシテ結腸重積、廻盲部重積ニハ效アルモ小腸重積ニハ無效ナリ。ウヰーデルホーフェル氏 Widerhofer ライヒテンステルン氏、シルツ氏 Silz 等ハ此療法ニヨリ總數ノ三分ノ一ヲ救フヲ得ベシト云ヘルモ急性症ノ多數ハ嵌頓症狀ヲ呈シ局所早ク癒着シ浮腫ヲ來セルモノニシテ暗中作業ノ爲メ腸管穿孔ノ危險ヲ忘ルベカラズ。近時ヒルシュスプルング氏ハ無血的療法ニヨリ多大ノ好結果ヲ得タルヲ稱道シ百七例中、五十%以上「タキシス」及注腸法ニヨリ治セリト云フモ大勢ハ猶ホ之ニ重キヲ置カザルベシ。若シ全身麻醉ヲ用ヒテ無血的療法ヲ試ミタルモ其無效ニ終ル時ハ直チニ開腹術ヲ應用スベク豫メ家族ノ者ニ說諭スルヲ至當トス。

上述ノ理由ニヨリ現今外科醫ハ無血的療法ヲ棄テ、直チニ手術的療法ヲ行フモノ多シ。

第三。手術的又ハ觀血的療法 Die operative od. blutige Behandlung.

適應症。急性腸重積症ノ診斷確定シソノ症狀重篤ナル時ハ內科的處置ハ無效ナレバ可及的早期ニ外科的處置ヲ行ハサルベカラズ。糞性嘔吐及心臟力ノ沈衰ハ既ニ重積部組織ノ壞疽セルモノ或ハ少クトモ危險ナル血行障碍ノ起レルヲ示スモノナレバ、カヽル場合ニハ可及的早期加之二十四時間內ニ處置セザルベカラズ、ソノ標準トナルハ脈搏ノ關係ナリ、而シテ脈搏數ノ增加、動脈緊張ノ減退ハ手術ニ對シ絕對的ニ適應症ナリ。亞急性又ハ慢性症ニアリテハ暫ク待チ又ハ無血的整復法ヲ應用スベシ、然レドモ數日ニシテ無效且狹窄症狀ヲ增ス時又腫瘍ノ發育スル時ハ手術的處置卽チ整復法又ハ腸切除術ヲ行ハザルベカラズ、時ニ腸吻合術又ハ人工肛門ヲ作ルコトアリ。

手術的療法ノ利益。(一)整復ヲ完全ニナシ得ルコトニシテ肉眼的ニ之ヲ確メ得ルコト。(二)腸管ニ變化甚シク壞疽ニ陷レル部アラバ直チニ切除シ得ルコト且之ニヨリ多クノ場合治癒ニ赴クコト。(三)整復完全ナル爲メ再發ノ數ヲ減少

スベキコト、又場合ニヨリ豫防手術ヲナシ得ルコト等ナリ。

手術的療法ノ弊害。術後腹膜炎又ハ糞瘻ヲ來スコトアリ之ガ爲メニ治癒日數ヲ多カラシム、又不幸ニシテ死ノ轉歸ヲトルコトアリ、急性症ハ「ショック」又ハ「イレウス」ニヨリ、亞急性症ハ內鞘ノ壞疽及之ニ伴フ腹膜炎又ハ脫力ニヨリ死ス。

手術的療法ヲ分チテ左ノ三トス。

一、整復法。Die Desinvagination.

二、腸切除術。Die Darmresektion.

三、保守的手術。Die Palliatwaperation.

一、整復法。ハ正中線又ハ腫瘍觸知部ニ近ク腹壁ヲ切開シ直チニ重積部ヲ探リ、可能ナラバ之ヲ腹腔外ニ出シテ處置スルヲ便トス。廻盲部重積ニアリテハ屢々移動性盲腸ナルヲ以テ容易ニ腹腔外ニテ整復スルヲ得ベシ、次デハッチンソン氏法ニ從ヒ重積部外鞘肛門端ヨリ上方ニ向ッテ徐々ニ壓力ヲ加ヘ嵌入セル腸管ヲ脫離セシム、其際決シテ嵌入セル腸管ヲ牽引スベカラズ、若シ不能ノ時ハ反覆シテ試ムベシ。下行結腸迄達セル重積症ハ腹腔外ニ引キ出スコト能ハザレバ其位置ニテ整復ヲ試ムベシ、通常癒着少キ時ハ最初ハ整復容易ナレドモ最後ノ數糎ノ部浮腫最著シク爲メニ整復困難ナルコト多シ、整復シ終レバ直チニ腸壁損傷ノ有無ヲ檢スベシ、此時腸壁諸所ニ多少ノ裂創ヲ來セルコトアルモ二三縫合ニヨリ完全ニ治癒ス。既ニ一部壞疽ニ陷リ又ハ整復不能ノ時ハ止ムヲ得ズ進ンデ腸切除術ヲ行ハザルベカラズ、幸ニシテ腸管ニ異常ナキモ盲腸移動性大ナル時ハ再發ノ恐アルヲ以テ腹壁ニ盲腸固定術ヲ行ヒ豫防スルヲ賞揚スル人アリ、然レドモ術後ノ再發ハ極メテ稀有ナルモノナレバ宜シク患者ノ全身狀態ニヨリ其可否ヲ決スベシ。

二、腸切除術。上述ノ如ク重積部壞疽ニ陷レルカ又ハ整復不可能ナル時行フ、腸切除ヲ行ッタ後ハ腸壁側々吻合

術 Seit-zu-Seit-Anastomose 又ハ斷端斷端吻合術 End-zu-End-Anastomose ヲ以テシ、或ハゼセット氏及バーカー氏式切除法 Jessett-Barker's Methode ヲ行フ、此法ハ重積部外鞘ニ縱切開ヲ加ヘ、嵌入部腸管ハ頸部ニ於テ絞壓シテ切離シ、外部ハレンベール氏縫合ニヨリ接續セシメ、初メノ縱切開ハ再ビ縫合ニヨリ閉鎖ス。其他腹壁ヲ切開セズシテ重積腸管ヲ切除スル場合アリ、卽チ重積部ノ肛門外脫出ノ時ナリ。腫瘍殊ニ癌腫ニヨリ重積症ヲ起セル場合ハ腸切除術ノ絕對的適應症ナリ。

三、保守的手術。稀ニ行ハルヽ方法ニシテ他ノ手術的療法ニ比シテ遜色アルヲ免レズ、腸管吻合術 Enteroanastomose 及腸瘻造設術（人工肛門）Enterostomie (Anus artificialis) 之ナリ。腸管吻合術ハ重積部ノ整復不可能ノ場合ニ單ニ其上下ノ腸吻合術ヲ行ヒ內鞘ノ壞疽ニ陷リ自然脫離スルヲ待ツ。腸瘻造設術ハ同樣ノ場合ニ鬱積セル腸內容ヲ排泄スル目的ニ行ハル。

手術ノ成績。往時ハ本症ニ對スル手術成績不良ナリシモ近年外科的進步ト早期手術ノ增加ニヨリ益々良好ノ結果ヲ得ルニ至レリ。幼兒ニ於ケル手術成績ハ大人ニ於ケルヨリ不良ナリ。慢性症ハ手術ニヨリ殆ド治癒ス。之レ急性症ト異リ、癒着、發炎、嵌頓等ノ危險少ク且症狀慢性ナルニヨル。續發性手術ハ原發性手術ヨリ成績不良ナリ。ワイス氏ノ統計ニヨレバ、幼兒ナル程治癒數少クシテ年齡ノ長ズルニ從ヒ治癒增加セルヲ見ル、卽チ初生兒ニ於ケル治癒數ハ保守的療法十六%、早期手術六十一%、保守的療法施行後ノ手術五十四%ナリ。小兒ヨリ成人期ニ至ルモノヽ治癒數ハ保守的療法二十二%、早期手術九十%、保守的療法施行後ノ手術六十三%。大人ニ於ケル治癒數ハ保守的療法二十六%、早期手術八十五%、保守的療法施行後手術八十一%ナリ。本邦ニ於ケル高安博士ノ統計ニヨレバ手術例二百十五例中整復術百二例ノ治癒數六十八、腸切除術八十二例中治癒數三十五ナリ。又一歲以下ノ幼兒ニ於ケル手術五十三例中整復術ヲ施シタルモノ三十七例ニシテ其治癒數十九例ナリ、而モ此中發病後二十四時間ニ手術セル十五例中十三例迄治癒セルヲ以テ見レバ本症ノ治療ノ結果ハ其手術ノ時期如何ニヨリテ決セラルヽモノニシテ早

期手術ヲ行ヘバ、年齢ノ如何ニ關セズ大多數ハ之ヲ救フコトヲ得ベシト云ヘリ。從來初生兒及哺乳兒ノ重積吐糞症Invaginationsileus ニ對シ手術的結果ハ極メテ不良ナリトシテ恐怖セラレタルモ、最近ワイス氏ノ統計ニヨレバ近來ハ其結果却テ成人ヨリモ佳良ニシテ、大人ニ比シテ八十五對九十ノ如キ好果ヲ納メ諸大家モ之ヲ承認セントスルニ至レリ。由是觀之從來本症殊ニ初生兒、哺乳兒ノソレニ對スル手術成績不良ニシテ且カク信ゼラレシハ未ダ手術的療法ノ幼稚ナリシト手術ノ時期ヲ失ヒ早期手術ノ稀有ナリシトニ基因スルモノナルベシ。今ヤ外科的進歩ニ伴ヒ早期手術ノ成績漸次佳良ニ向ヒツヽアレバ、從來ノ本症ニ對スル恐怖心ハ一掃サレタリト云フモ敢テ過言ニ非ザルベシ、而シテ手術成績ノ良否ハ毫モ年齢ニ關セズシテ、手術ノ時期如何ニヨリテ決セラルヽモノナリ、早期手術ハ實ニ本症治癒數ヲ增加セシメタル最大原因タルベシ。

【後療法】

鬱積セル腸內容ノ排泄ヲ必要トス、之ガ爲メ下劑又ハ注腸ヲ行フベシ、內鞘脫離後腹膜炎ヲ起スト勿論直チニ開腹術ヲ行ハザルベカラズ、同樣ニ續發性腸狹窄ノ時モ開腹術ヲ必要トス。

余ノ實驗例

第一例。西岡某、男、生後四箇月。

大正八年六月二十五日初診。

【既往症】六月二十日頃過度ニ脊柱ヲ後方ニ伸展シテヨリ突然發熱シ二三日ヲ經テ嘔吐ヲ來ス、地方醫ニヨリ外傷ナリト診斷サル、然ルニ肛門ヨリ出血シ、號叫ノ爲メ肛門脫出セリト云フ、而シテ次第ニ一般狀態重篤トナリシニヨリ同月二十五日來院ス。

【現症】營養發育共ニ佳良、脈搏餘リニ微弱ナラズ、腹部ハ輕度ニ膨滿シ著明ニ蠕動ヲ見ル、肛門內ニ於テ肛門ヨリ三糎上方ニ平滑ナル腫瘍ヲ觸知シ肛門括約筋ハ麻痺シ肛門ヨリハ持續的ニ出血ス、亦同時ニ上腹部ヨリ左側腹部ニ亘ル長キ腫瘍ヲ觸知シ右腸骨窩ニ於テハ抵抗アリ。

【臨牀的診斷】急性廻腸盲腸重積症。

【開腹術所見】六月二十五日午後院長大河內博士執刀。

「クロ、フォルム」全身麻醉ノ下ニ開腹術ヲ行フ、卽チ臍下部ニ於テ正中切開ヲ加ヘ逐層腹腔ニ達スルニ小腸ハ一般ニ異狀ナク、腹腔內ニ無嗅ノ乳汁樣液少量アリ、腹腔內ニテ左側ニ偏シ腫瘍ヲ見ル、該腫瘍ハ臍ノ高サヨリ下行シS字狀部ヨリ正中線ニテ直腸ニ移行シ爲メニ下端ハ之ヲ觸知セズ、

先ヅ整復法ヲ試ミタルモ不能ニ終レリ、之腫瘍ノ下端ノ深ク小骨盤内ニアルニヨル、茲ニ於テ肛門内ニ「カテーテル」ヲ入レタルモ整復セズ、更ニ高壓浣腸ヲ試ムルモ液ハ注入シ得ズシテ大部分漏レタルモ一部ハ抑留サル、然レドモ整復ハ依然不能ニシテ反覆整復法ヲ試ムルニヨリ大部分ハ成功セリ、然レドモ最終ノ約十糎ハ終ニ整復不可能ニ終レリ、依テ該部ノ上下端ニ於テ腸切除術ヲ行ヒ廻腸結腸壁側々吻合術ヲ施ス、此時脈搏微弱トナリ顔面「チアノーゼ」ヲ起セシニヨリ「カンフル」注射三筒、生理的食鹽水二十瓦皮下注射ヲ行ヒ次デ手術創ヲ閉ヅ、術後脈搏猶ホ微弱ナリシニヨリ食鹽水皮下注射五十瓦ヲナス。

【手術的診斷】 急性廻腸盲腸重積症？

切除セル重積腸管ハ保存中ノ處腐敗セル爲メ診斷ヲ確定シ得ザリシハ遺憾ナリ。

【手術後經過】 不幸ニシテ同夜十二時頃鬼籍ニ上ル。

【説明】 本例ノ原因ト認ムベキハ外傷ナリト思惟サル。

部位的診斷ハ切除セル重積腸管保存中腐敗セル爲メ確定シ得ザリシモ肛門内ヨリ腫瘍ヲ觸知セルコトヨリ考フル時ハ廻腸盲腸重積ナランカト推定サル。

診斷ノ根據トナリシハ肛門内ニ腫瘍ヲ觸知シ肛門括約筋痲痺シ肛門ヨリ持續的ニ出血セルコト及腹部ニ腫瘍ヲ觸知セルコト等ナリ。

不良ノ結果ヲ來シタルハ一歳以下ノ幼兒ナリシコト及手術時期ヲ失シ早期的手術ノ行ハレザリシトニ基因スルモノナランカ。

第二例。久保某、男、四十二歳、農。

大正八年六月二十日初診。

【既往症】 患者生來强健ニシテ著患ヲ知ラザルモ酒ヲ好ミ常ニ晩酌ニモ三合ヲ傾ケ而シテ宴會ノ席上ニアリテハ一升以上ヲ飲ムト云フ、而シテ便通ハ常ニ下利性ナリト、約二十日前四日間豪飲ヲ持續シテヨリ下腹部殊ニ右腸骨窩ニ疝痛樣疼痛ヲ覺エ地方醫ノ醫治ヲ受クルモ輕快セズ加之蠕動亢進、腹鳴ヲ加ヘ地方醫ニヨリ腸狹窄症トシテ醫治サレツ、アリシモ終ニ毫モ輕快セザルヲ以テ該醫師ヨリ六月二十日紹介シ來タル。

【現症】 體格中等、營養不良、羸痩甚ダシ、顔貌稍々憔悴セリ、脈搏ハ强實整調ナルモ頻數ナリ、腹部ハ可成リ緊張膨滿シ腹鳴、蠕動不穩著明ナリ、然レドモ腹痛嘔吐ナク亦腹部ニ於テ抵抗乃至腫瘍ヲ證明セズ、然レドモ下腹部殊ニ右腸骨窩ニハ壓痛ヲ證明ス。

【臨牀的診斷】 慢性腸狹窄症。

【經過】

六月二十日、入院、内服藥トシテ健胃劑ヲ與ヘ、腹部ニ濕性溫奄法ヲ貼シ經過ヲ觀察スルコト、セリ、疼痛發作ナキモ晩方ヨリ排尿障碍ヲ訴フ。

同二十一日、排尿障碍ヲ訴フルニヨリ更ニ「ウロウルシ」葉煎ヲ投與ス、又腹部疼痛發作アリ、大便ハ水樣下利ニシテ五回アリ。

同二十二日、下利十回アリシ外異常ナシ。

同二十三日、下利七回、健胃劑ニ次硝酸蒼鉛三瓦ヲ混和投與セリ。

同二十四日、下利三回アリシ外異常ナシ。

同二十五日、下利十回アリ、上腹部蠕動不穩症、盲腸部疼痛アリ。

六月二十六日、腸狹窄症狀卽チ疝痛發作、蠕動不穩、腸强直著明トナリ患者ハ入院來漸次衰弱ヲ加フルニヨリ二十七日手術ニ決シ同夜頓服トシテ蓖麻子油十五瓦ヲ投與セリ。

【現症】 體格中等、營養不良ニシテ羸瘦著シ、皮下脂肪組織ニ乏シク皮膚ハ乾燥シ蒼白ナリ、顏貌ハ憔悴シ苦悶狀ヲ呈ス、眼窩陷沒シ、顴骨突隆シ、口唇輕度ノ「チアノーゼ」ヲ呈ス、舌亦乾燥シ薄苔ニ被ハレ口渴頗ナリ、腹部ハ輕度ニ緊張膨滿シ腹壁上ヨリ延々迂曲セル腸蹄係ヲ觸知ス、疝痛發作ト同時ニ腹鳴ヲ聽取シ且右下腹部ヨリ上方ニ走ル蠕動亢進ヲ見ル、疼痛發作時ニハ患者轉輾反側苦悶ス、惡心、嘔吐及放屁ヲ缺キ便通ハ暗黑色水樣下利ニシテ少量宛數回アリ。

【臨牀的診斷】 盲腸部慢性腸狹窄症殊ニ結核ノ疑。

【開腹術所見】 大正八年六月二十七日午後、大河內博士執刀。

「クロ、フォルム」全身麻醉ノ下ニ正中線ニテ臍ノ上下ニ亙ル切開ヲ加ヘ逐層腹腔ニ達スルニ、小腸壁ハ擴張鬱血シ狹窄アルヲ疑ハシム、結腸亦擴張鬱血セリ、小腸ヲ次第ニ腹腔外ニ引キ出シ檢スルニ前記ノ擴張鬱血セルノ外所見ナシ、遂ニ盲腸部ニ至ルニ小骨盤內ニ深ク位置シテ腫瘍ヲ形成セリ、該腫瘍ハ腸重積ニ因スルモノニシテ其長サ十糎アリ、整復法ヲ試ムルニ容易ニ整復シ得タリ、卽チ廻腸盲腸重積ニシテ盲腸ソノ尖端ヲ形成セリ、サレバ盲腸ハ腫脹、浸潤シ且多少擴張セリ、玆ニ於テ移動性盲腸及本症再發ヲ豫防センガ爲メニ正中切開ヲ下方ニ擴大シ正常位置ニ於テ盲腸外面ヲ前腹壁ニ連續縫合ニヨリ固定シテ腹腔ヲ閉ノ、術後直チニ右肘部靜脈內ニ生理的食鹽水千瓦注射セリ。

【手術的診斷】 慢性廻腸盲腸重積症。

【手術後經過】 術後經過良好ニシテ第八日目拔絲第一期癒合ヲナス、食事ハ翌日ヨリ流動物ヲ攝取セシメ、便通ハ術後モ猶ホ下利性ニシテ二乃至十回アリシモ患者ハ頗ル元氣ヲ回復シ術後二十四日欣然トシテ退院セリ、然レドモ只遺憾ナリシハ右上肢ノ麻醉麻痺ヲ起シタルコトナリ、該麻痺モ第十三日ヨリ電氣「マッサージ」ヲ行ヒシニヨリ退院時ハ殆ド輕快セリ。

【說明】 患者元來飮酒ヲ好ミ之ニヨリテ慢性腸加答兒乃至下利症ヲ續發セシモノニシテ約二十日前過度ノ飮酒ヲナシタル爲メ腸一部ノ過勞性麻痺乃至ハ蠕動亢進ヲ來シ以テ本症ヲ成立セシモノト推定サル。

臨牀的誤診ヲ來シタル所以ハ慢性腸重積症ノ特異症狀タル重積腫瘍ノ深ク小骨盤內ニ位置シテ外部ヨリ觸知シ得ザリシニ基因ス。

麻醉麻痺ノ原因ハ開腹術直後右肘部ニ生理的食鹽水靜脈內注射ヲ行フノ際右上肢ノ動搖及屈曲ヲ豫防センガ爲メ看護婦ノ該上肢ヲ强ク伸展シアリシニ由ルモノナルベシ。

第三例。綾野某、女、三十八歲、農。

大正八年八月十二日初診。

【既往症】 患者生來强健ニシテ著患ヲ知ラズ。約十五日前ヨリ裏急後重アリ、本症ハ約十日前突然疝痛樣疼痛ヲ以テ始マル、患者ハ爲メニ轉輾反側シ睡眠ヲ妨ゲラル、該疼痛ハ三十分乃至一時間ノ間歇ヲ以テ反覆シ四日間持續セリ、而シテ間歇時ニハ何等平常ト異ナルコトナク食慾亦存ス、初期嘔吐及血便ヲ缺キ便通ハ始メ二三日間秘結セリ、疼痛發作ト同時ニ蠕動

亢進ヲ自覺セリト云フ、一週間前腹部右側ヨリ上腹部ニ亘ル腫瘍ヲ發見シテヨリ疼痛稍々緩解セリト雖四五日前嘔吐一回アリ、爾來食慾不進ヲ訴ヘ、便通ハ毎日二回乃至三回軟便アリト云フ。

【現症】 體格營養共ニ中等、顏貌ニ異常ナク、脉搏强實整調ニシテ八十四至ヲ算ス、胸部臟器ニ病徵ヲ認メズ、腹部ヲ診スルニ膨滿、蠕動亢進、腹鳴等ナク嘔吐及血便モ缺如ス、然レドモ上腹部ニ於テ腫瘍ヲ觸知ス其形狀特異ニシテ右結腸彎曲部ニ於テ彎曲シ上腹部ヲ左走スル圓柱狀ニシテ腸詰樣ヲ呈ス、ソノ上界ハ肋骨弓下ニ一部匿レ、下界ハ劍尖突起ト臍トノ中央ニ位ス、打診スルニ濁音ヲ呈ス。

【臨牀的診斷】 亞急性廻腸盲腸重積症。

【經過】

八月十二日、入院、手術ヲ勸告セシモ承諾セズ、因テ經過ヲ觀察スルコト、セリ、內服藥トシテ「リモナーデ」ヲ處方セリ、同夜疼痛發作アリ。

同十三日、夜間疼痛發作アリテ睡眠ヲ妨害サル、食慾ハ著シク減退セリ。

同十四日、午前患者ノ承諾ヲ得テ手術ニ決ス、午前中ノ所見左ノ如シ。腹部ハ緊張セザレドモ輕度ノ膨滿アリ、時トシテ腹鳴ヲ聽取シ且擴張迂曲セル腸蹄係ヲ觸ル、臍ノ左下部稍々壓痛アリ、腫瘍ハ肋骨弓下ニ匿レテ觸知セザルモ呼吸的移動ニヨリ觸知シ得ベシ、其際他ノ腸蹄係ノ移動ヲ腹壁上ヨリ見ラル、モ蠕動亢進ハ之ヲ缺如セリ、肛門內檢査ニヨリ腫瘍ヲ觸レズ、肛門括約筋ニ異常ナキモ肛門稍々脫出セリ、便通ハ水樣下利ナリト、脉搏强實整調。

【開腹術所見】 八月十四日午後、大河內博士執刀。

「クロ、フォルム」全身麻醉ノ下ニ臍ノ上下ニ亘リ正中切開ヲ加ヘ逐層腹腔ニ達スルニ直チニ腫瘍ヲ發見セズ、指ヲ肋骨弓下ニ入ル、ニ腫瘍ヲ觸知セリ、腹腔外ニ引出シテ檢スルニ太サ殆ド大人前膊大、長サ約三十糎、圓柱狀ノ微ニ彎曲セル腫瘍ニシテ、外部所見ニ相當スル重積腫瘍之ナリ、先ヅ整復法ヲ試ムルニ最初ハ容易ナリシモ後ニ至リ稍々困難ナリ、然レドモ終ニ整復シ得タリ、而シテ盲腸其尖端ヲ形成シ一般ニ浸潤肥厚セリ殊ニ外面ニ於テソノ著シキヲ見ル、且蟲樣突起ハ炎性癒着ヲナシ長サ約十糎アリ先進セル盲腸ハ下行結腸下部ニ迄達セリ、整復後檢スルニ下行結腸々間膜部ニ二三小裂創ヲ生ジ著シク出血セルヲ以テ止血結紮縫合セリ、更ニ蟲樣突起ヲ剝離シソノ根部ニ於テ結紮シ此部ニ近ク燒灼、切離シ括約縫合ニヨリ斷端ヲ埋沒セシム、盲腸ノ正常位置ニ於テソノ外側ヲ前腹壁內面ニ連續縫合ニヨリ固定シ最後ニ腹腔ヲ閉ヅ。

【手術的診斷】 廻腸盲腸重積症。

【手術後經過】 經過良好ニシテ術後第九日一部拔絲第十日全部拔絲シ第一期癒合ヲナス、翌日ヨリ流動物ヲ攝取セシメ、便通ハ最初四日間ハ二回乃至五回軟便アリシモ爾來毎日一回トナリ時ニ便秘スルコトアルモ漸次元氣回復セリ、然ルニ第五週間目ニ臍下部ニ小化膿竈ヲ生ジ今猶ホ入院治療中ナルモ患者頗ル元氣トナリ最早平常ト異ナルコトナシトテ大イニ感謝シ居レリ。

【說明】 本例ノ原因トモ認ムベキハ裏急後重ナリトス、卽チ患者ノ訴ヘカリシモ恐ラクハ直腸加答兒アリテ之ニヨリテ裏急後重ヲ訴ヘシモノニシテ該症狀ノ爲メニ患者ハ屢々上圖怒責シ遂ニ蠕動ノ變化ヲ起シ、以テ本症

ヲ成立セシモノナランカ。

本例診斷ノ根據ヲ與ヘタルハ突然劇烈ナル腹痛ヲ以テ始マリシコト及上腹部ニ特異性腫瘍ヲ證明セシコト是ナリ。

第四例。石川某、男、二十七歳、大工。

大正八年九月一日初診。

【既往症】患者生來强健ニシテ著患ヲ知ラズ、四月十六日落花生ヲ食シタルニ其後間モナク疝痛樣上腹部疼痛ヲ訴ヘ該疼痛ハ發作性ニ反覆シ約一週間持續シタルモ、輕度ニシテ醫治ヲ受クル程度ニ至ラザリキ、然ルニ一週間後ヨリ疼痛ハ劇烈トナリ爲メ患者轉輾反側シ又前屈セル坐位ヲ取ルニ至ル、而シテ右季肋下部ニ腫瘍ヲ來シ一回嘔吐アリ、食慾ハ著シク減退セリ、血便ハ之ヲ缺キ、加之便通ハ十數日間秘結セリ、地方醫ニヨリ膽囊炎ノ診斷ノ下ニ醫治ヲ受クルモ輕快セズ、更ニ他ノ醫師ニヨリ「イレウス」？ノ診斷ノ下ニ高壓浣腸ヲ施行サレ之ニヨリ稍々輕快セリ、然レドモ疼痛發作ハ尙ホ劇烈ニシテ「モルヒネ」ノ頓服ニヨリテ輕快セズ、以上ノ狀態二十日間持續シ輕快セザリシニ終ニ或鎭痛劑ノ注射ニヨリ疼痛ハ輕快シタリ、而シテ蠕動不穩症、腹鳴ヲ來スニ至ル、爾來疼痛ハ輕度ナリシモ固形食ヲ攝取スルト增惡スルニヨリ患者ハ食慾アルモ疼痛ヲ恐レテ流動食ヲ攝取セリ、爾來全ク輕快スルコトナク腹痛發作、蠕動亢進、腹鳴、羸瘦等ヲ訴ヘテ來院ス。

【現症】體格中等、營養不良、皮下脂肪組織消失シ、羸瘦甚シ、脉搏强實整調、胸部臟器ニ異常ヲ認メズ、腹部ヲ診スルニ輕度ノ膨滿アルモ緊張ナシ、觸診上々腹部ニ於テ稍々彎曲シテ橫走スル圓柱狀腫瘍ヲ證明ス、ソノ下界ハ臍ト劍尖突起トノ中央ニ位シ上界ハ肋骨弓下ニ匿レテ觸知セズ、更ニ臍部ニ於テ蠕動及腹鳴ヲ伴フ擴大セル腸蹄係ヲ見且觸知ス、然レドモ腹部ニ壓痛及疼痛ナシ、其他嘔吐、血便等モ缺如ス。

【臨牀的診斷】慢性廻腸盲腸重積症。

【經過】

九月一日、入院、卽日手術ヲ勸告セシモ附添人來ラザルニヨリソノ來ル迄延期スルコトヽセリ、內服トシテ「リモナーデ」、赤酒ヲ投藥セリ。

九月二日、著變ナシ。

九月三日、手術ニ決ス、午前ノ腹部所見左ノ如シ、腹部ハ絕食ニヨリ舟狀ニ陷沒シ上腹部ニ腫瘍ヲ觸知セズシテ唯輕度ノ抵抗ノ感アルノミ、加之蠕動亢進、腹鳴ヲ缺キ盲腸部稍々壓痛ヲ訴フ。

【開腹術所見】九月三日午後、大河內博士執刀。

「クロ、フォルム」全身痲醉ノ下ニ正中切開ヲ加ヘ逐層腹腔ニ達スルニ上腹部ニ於テ直チニ腫瘍ヲ發見セズ、小腸ヲ腹腔外ニ出シテ檢スルニ異常ナク右腸骨窩ノ深部ニ於テ小腫瘍ヲ發見セリ、是卽チ重積腫瘍ニシテ長サ約十糎太サ約大人前膊大、圓柱狀ナリ、先ヅ整復法ヲ試ミシニ容易ニ整復シ得タリ而シテ重積ノ尖端ハ盲腸之ヲ形成シ且盲腸ハ浸潤、肥厚、鬱血シ外面漿液膜ハ皺襞ニ富ミ且纖維性小索狀物(中ニハ十糎位ノアリ)ヲ附着ス、蟲樣突起ハ之等小索狀物ニヨリテ盲腸外面ニ癒着ス、其長サ約十糎アリ、又廻腸下部ノ盲腸ニ連ル部約二十糎ハ其壁擴大、浸潤、鬱血ヲ呈セリ、且外面ニ纖維性肥厚アリ、此盲腸及廻腸下部ノ變化(浸潤、肥厚、鬱血)ハ反

覆重積嵌頓シタルニ基因スルモノナルベシ、蟲樣突起ハ癒着ヲ剝離シ其根部ニ於テ分離、結紮切離シ、斷端ハ縫合ニヨリ埋沒セシム、更ニ正常位置ニ於テ盲腸外側ヲ前腹壁內面ニ固定シ次デ腹腔ヲ閉ヅ。

【手術的診斷】 廻腸盲腸重積症。

【手術後經過】 經過頗ル良好ニシテ第九日一部拔絲第十一日全部拔絲、第一期癒合ヲナス、患者頗ル元氣ニシテ翌日ヨリ流動食ヲ攝取シ便通ハ最初二日間ハ秘結シタルモ爾來每日二回乃至四回アリ第三週初ヨリ一回トナル、自覺的ニハ何等平常ト異ナルコトナク第十一日ヨリ平食ヲ攝取シ近日退院スル日ヲ待チ喜ベリ。

【說明】 本例ノ原因ニ關シテハ落花生攝取ニ因スル食傷ノ爲メ蠕動亢進ヲ來シ以テ本症ヲ成立セシモノト推定サル。

本例ノ荏苒四箇月間慢性ニ經過シソノ確診ヲ下サレザリシハ重積ノ屢々反覆セシコト及疼痛發作ノ間歇長クシテ三箇月以上ニ及ビシコトニ基因スルモノナルベク、而シテ本例ノ診斷ニ根據ヲ與ヘタルモノハ、第三例ト同樣ニ轉輾反側スルガ如キ劇烈ナル疼痛ト特異性腫瘍ヲ證明セシコトナリトス。

結論

抑々腸重積症ナルモノハ決シテ稀有ナル疾患ニ非ズシテ屢々遭遇スル疾患ナリトス、蓋シ余近々三箇月ニ腸軸捻轉症ノ三例ニ對シ本症ノ四例ニ遭遇シ且兩者共他ノ種ノ「イレウス」ニ比シ著シク多數ニシテ兩者ヲ合スル時ハ全數ノ半以上ヲ算スルニヨル。而シテ余ノ四例共手術的療法ヲ行ヒ七十五%治癒セル良結果ヲ得タリ、以下綜括的結論ヲ下サント欲ス。

一、病理。所謂廻腸盲腸重積症ハ最屢々遭遇スルモノニシテ其尖端ハ常ニ盲腸之ヲ形成スルモノナリ。余ノ四例中一例ヲ除ク他ノ三例ハ悉ク所謂廻腸盲腸重積症ニシテソノ尖端ハプロッピング氏、ブラウエル氏及山內博士ニヨリテ本症ノ常型ナリト主唱セラレタル盲腸下端之ヲ形成セリ、余亦此等諸大家ノ說ニ贊同スル者ナリ。

二、原因。本症ノ原因中消化器障碍ハ重要ナルモノタルベシ、余ノ四例中三例(七十五%)ニ之ヲ見ル、卽チ第二例ハ患者元來飮酒ヲ好ミ之ニヨリ慢性腸加答兒乃至下利症ヲ續發シタルモノニシテ更ニ過度ノ飮酒ニヨリ腸一部ノ麻痺乃至ハ蠕動亢進ヲ來シ以テ本症ヲ成立セシモノト推定サル。第三例ハ患者ノ訴ナカリシモ恐ラクハ直腸加答兒ヲ有セシモノニシテ之ニヨリテ裏急後重ヲ訴ヘ屢々上圍怒責シ蠕動ノ變化ヲ起シ以テ本症ヲ成立セシモノナランカ

更ニ第四例ハ落花生攝取ニ因スル食傷ノ爲メ蠕動亢進ヲ來シ以テ本症ヲ成立セシモノナラント推定サル、最後ニ余ノ第一例ハ稀ニ起ル外傷ニヨリテ本症ヲ成立セシモノト推定サル。

男女ノ性。男子ハ本症ニ對シ一定ノ素因ヲ有スルガ如ク女子ノ三倍ナリ、余ノ四例中男子三例女一例ナリ。

年齢ノ關係。從來ノ報告ニ反シテ幼兒ニ少ク大人ニ多シ、余ノ四例中生後一年以下ノ幼兒一例(第一例)ニシテ他ノ三例ハ皆大人ナリ。

四季ノ關係。夏季ハ本症ニ對シ一定ノ素因ヲ與フルガ如シ、余ノ例症ニテハ六月ニ最多ク(二例)八月、九月各々一例ナリ。

三、症候。

(一)、概ネ突然劇烈ナル腹痛ヲ以テ起ル爲メニ患者ハ轉輾反側スルヲ常トス。慢性症ニアリテハ疼痛發作ノ間歇不定ニシテ短キハ數時間ヨリ長キハ數箇月ニ亙リ爲メニ診斷ノ根據ヲ動搖セシムルコトアリ。

(二)、嘔吐ハ主要症候ノ一ナリト雖必發乃至頻發スル症狀ニ非ズ加之慢性症ニアリテハ缺如スルコトアリ。

(三)、便通ノ關係殊ニ血便又ハ粘液血便ハ必發ノ症候ニ非ズシテ加之慢性症ニアリテハ缺如スルガ如シ、而シテ慢性症ニアリテハ便秘或ハ下利ヲ來ス、便秘ハ下利ヨリ多シ。

(四)、腫瘍ノ發現ハ本症主要症候中最必要ナルモノニシテ特異性ヲ有ス、故ニ診斷困難ナル慢性症ニアリテモ腫瘍ノ發現ノミニヨリテ診斷ハ確定セラル、而シテ慢性症ニアリテモ必發ノ症候ニアラズシテ時ニ缺如シ誤診ノ原因ヲナスコトアリ。

(五)、脈搏ハ異常ナキカ又ハ稍々微弱ニシテ不正又ハ結紮セルコトナシ。

(六)、體溫ハ一般ニ上昇セズ。

四、診斷

(一)、急性症ニアリテハ診斷ハ一般ニ容易ナリ、況ンヤ定型性ニ來ル場合ニ於テヲヤ。

(二)、慢性症及亞急性症ニアリテモ診斷ハ通常容易ナリ。然レドモ時トシテ本症特異症候ナル腫瘍ヲ發現セザル場合ニハ慢性腸狹窄症ト誤診サルヽコトアリ。

五、經過。從來最屢々遭遇スルト信ゼラレシ急性症ハ必ズシモ多數ナリト云フベカラズ、反之從來比較的稀有ナリト思惟サレタル慢性症ハ決シテ稀有ナルモノニ非ズシテ大人ニ於テ殊ニ屢々遭遇セル奇現象ヲ呈セリ、余ノ四例中急性症及亞急性症各一例、慢性症二例ナリ。

六、豫後。

(一)、急性症ニアリテハ豫後一般ニ不良ナリ、然レドモ早期手術ハ卓效アルモノト信ズ、余ノ第一例ハ手術時期ヲ失シ且幼兒ナリシ爲メ不良ノ結果ヲ來セリ、茲ニ於テ內科醫殊ニ小兒科醫ハ本症ヲ早期ニ診斷シ一刻モ早ク外科醫ニ送致シ以テ適當ノ處置ヲ受ケシムルヲ天職ナリト信ズ。

(二)、慢性症、亞急性症ニアリテハ概ネ豫後良ニシテ手術的療法ニヨリ全治ス、余ノ第一例ヲ除ク他ノ三例ハ手術的療法ニヨリテ良結果ヲ納メタリ。

七、療法。

(一)、本症ヲ疑フ場合ニハ先ヅ高壓浣腸ヲ行フベキモ、其效果ヤ不確實ナルヲ免レズ而モ時トシテ穿孔ヲ來ス危險アルヲ以テ且ハ近時早期手術ニヨル效果漸次佳良ナルヲ以テ寧ロ早期試驗的開腹術ヲ行ハンコトヲ主唱セントス。

(二)既ニ診斷確定セル時ハ可及的早期ニ開腹術ヲ行ヒ、先ヅ整復法ヲ試ミ若シ不能ノ時ハ腸切除術ヲ行ヒ最後ニ盲腸固定術ヲ行フベキモノナリ。

擱筆スルニ臨ミ御多忙中御校閲ノ勞ヲ賜リタル大河內博士ニ滿腔ノ謝意ヲ表ス。

（九月十七日稿）