

蟲様突起ニ因ル絞扼性腸閉塞症ニ就テ

岡山醫科大學泉外科教室（主任泉教授）

赤 岩 亨 二

目 次

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 緒 言 | 4. 本症ノ症候, 診断, 治療並ニ豫後ニ就テ |
| 2. 自家實驗症例 | 5. 摘 要 |
| 3. 本症ノ發生頻度及ビ其ノ成立機轉ニ就テ | 文 獻 |

1 緒 言

腸閉塞症ハ古來ヨリ「イレウス」トシテ臨牀家ノ最モ多ク遭遇スル疾患ニシテ豫後亦極メテ重篤ナル疾病ナリ。而シテ腸閉塞症ハ各著者ニ依リ種々ニ分類サレ或者ハ腸管ノ部位ニ依リ或人ハ先天性ト後天性ニヨリ又ハ其ノ成立機轉ニヨリ之ヲ分類セリ。即チ Wilms, Leichtenstern, Duchanssoy, Nothnagel, v. Mikulitz, Rubritius 等諸學者ノ種々ニ分類スル所アレ共未ダ一致セル所ナシ。余ハ腸閉塞症ヲ2大別ス。即チ第1類ハ器械的腸閉塞症, 第2類ヲ機能的腸閉塞症トス。而シテ第1類ヲ更ニ a. 絞扼性腸閉塞症, b. 腸管捻轉症, c. 閉塞性腸閉塞症, d. 腸疊積症ノ4類ニ分チ第2類ヲ a. 麻痺性腸閉塞症, b. 痙攣性腸閉塞症ノ2類ニ分ツ。而シテ器械的腸閉塞症ハ吾人ノ多ク經驗スル疾病ニシテ其ノ原因種々アレドモ就中蟲様突起炎ノ經過中或ハ其ノ術後ニ於テ起ル癒着, 索狀等ニ因ル腸管ノ壓迫屈曲等ヲ招來シ腸管閉塞症ヲ起スハ比較的屢々見ル處ナリ。サレド蟲様突起自身ガ索狀トナリ之ニ因リテ起ル絞扼性腸管閉塞症ハ歐米及ビ我國ノ報告ヲ見ルニ比較的稀有ナル疾病ナリ。余ハ最近我が泉外科教室ニ於テ蟲様突起ニ因ル絞扼性腸閉塞症ノ興味アル1例ニ遭遇セシヲ以テ茲ニ其ノ大要ヲ報告セントス。

2 自家實驗症例

患者 市川某女 年齢 63 歳 農業

主訴 腹痛及ビ腹部膨滿

家族歴 父方及ビ母方祖父母ハ死亡ス。

父 38 歳ニテ不明ノ疾患ニテ死亡ス。母 83 歳尙ホ健存ス。同胞 3 人アリ。其ノ中 1 人ハ 30 歳ノ時「コレラ」ニテ死亡シ、他ハ皆健存ス。子供 5 人アリ。其中 1 人ハ 29 歳ノ時腦出血ニテ死亡ス。他ハ健存ス。近親ニ遺傳的ノ疾病ノ徴スベキモノナシ。

既往症 生來壯健ナリシモ時々軽度ノ腹痛ヲ訴フルコトアリ。然レ共臥床スル程度ノモノニ非ズト云フ。

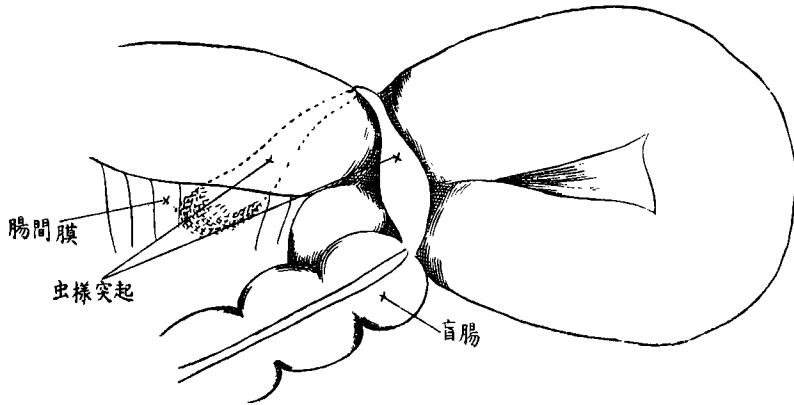
現病歴 昭和 3 年 6 月 24 日午後 3 時頃胃部ニ軽度ノ疼痛ヲ來シ其後疼痛ハ漸次激烈トナリ嘔吐數回アリ

就床シ安靜ヲ保テドモ疼痛輕快セズ熱感ナシ。25日腹痛依然去ラズ依リテ醫療ヲ受ケシモ輕快セズ嘔吐數回起リ腹部膨滿シ疼痛ハ發作的ニ變來シ特ニ廻盲部ニ著明ナリ。26日嘔吐ハ止ミシモ腹痛依然去ラズ。腸管蠕動亢進ヲ見ルニ至ル。發病以來放屁便通ナシ。以上ノ状態ニテ輕快スルノ徵候ナク反ツテ増惡スルヲ以テ29日我教室ヲ訪フ。

現症 體格中等大、榮養佳良、顔貌苦惱狀ヲ呈ス。皮膚及ビ粘膜ニ異常ヲ認メズ。舌乾燥シ白色苔ヲ有ス。脈搏整正、中等大、緊張中等、1分時為86ヲ算ス。胸部所見、肺肝界ハ右側乳線上第6肋間ニ位シ、肺臟及ビ心臟ハ打診及ビ聽診上異常ヲ認メズ。食慾不振、尿ハ黃色輕度ニ濁濁シ比重1020、酸性。蛋白及ビ糖反應陰性。「インヂカン」反應陰性。糞便、蛔蟲卵ヲ認ム。白血球數6000。

局所所見 腹部ハ強度ニ膨滿シ特ニ下腹部ニ於テ著明ナリ。而シテ下腹部ニ於テハ腸蠕動亢進セルヲ認ム。觸診上腹部ハ一般ニ軟ナレ共胃部及ビ廻盲部ハ抵抗ヲ觸知シ壓痛甚ダシ。

手術所見 正中切開ニ依リテ開腹スルニ腹膜ハ炎症々狀ヲ呈シ肥厚ス。腹腔内ニハ淡血血液ノ滯溜アリ。小腸ハ瓦斯ノ爲メ極度ニ膨滿充血シ觸診スルニ多數ノ蛔蟲ヲ觸ル。廻盲部ヲ見ルニ圖ニ示スガ如ク蟲様突起ノ尖端ハ廻盲瓣ヨリ約30cmヲ去ル廻腸ノ腸間膜ニ硬ク癒着シ蟲様突起自身ガ索狀物トナリ其間ノ廻腸ハ蟲様突起ニヨリ絞扼サレ紫藍色ヲ呈シ膨滿ス。絞扼サレタル上部ノ小腸ハ亦極度ニ膨滿シ大腸ハ縮小ス。依リテ蟲様突起尖端ヲ腸間膜ヨリ剝離シ絞扼ヲ解キ且蟲様突起切除ヲ行フニ盲腸ハ中等度ノ移動症ヲ呈シ廻盲瓣ヨリ約2cmヲ去ル廻腸ハ蟲様突起ノ爲メ著シク絞扼サレ漸ク示指ヲ通ズル程ニシテ其壁硬クナレリ依リテ此部ニ「ランベール」氏縫合ヲナス。小腸ノ膨隆部ニ於テ瓦斯及ビ腸鬱滯内容ノ排除ヲナス。腹腔内ニハ「ヨードフォルムガーゼ」ヲ挿入シ腹壁ヲ閉ヅ。



切除セル蟲様突起所見 長サ15cm中央部約3cmハ細ク癩痕狀トナリ内腔全ク閉塞ス。根部及ビ尖端ハ膨隆シー見「鐵亞鈴」ノ外觀ヲ呈ス。漿膜面ハ所々癩痕狀ヲ呈シ所々ニ纖維素ノ附着物アリ。筋層ハ癩痕狀トナリ肥厚ス。内腔ハ根部ニ於テ閉塞シ内容粘液。尖端ノ膨隆部ハ濃キ血液性粘液ノ内容ヲ有ス。細菌検査。腹腔内滯溜液、塗抹標本及ビ培養無菌。根部塗抹標本「グラム」陰性桿菌及ビ「グラム」陽性球菌、培養大腸菌ヲ證明ス。尖端、塗抹及ビ培養成績細菌ヲ證明セズ。経過、術後ノ経過良好ニシテ術後3週間ニテ全治退院ス。

3 本症ノ發生頻度及ビ其ノ成立機轉ニ就テ

器械的腸閉塞症ハ吾人ノ多ク遭遇スル疾病ナルモ其ノ内最モ多ク經驗スルモノハ腸疊積症及ビ腸捻轉症ナリ。高安氏ノ蒐集セル「イレウス」917例中前者ニ屬スルモノ264例、後者ニ屬スルモノ227例ヲ示シ蟲樣突起ニ因スルモノハ全ク其ノ比ニ非ズシテ僅ニ17例ニ過ギズ。即チ本症ノ發生頻度ハ甚ダ稀有ナルモノナレ共臨牀家ノ時々遭遇スル疾病タリ。今本症ノ成立機轉ヲ考フルニ盲腸ハMac. Burney氏點ニ一致シテ存在スル場合多キテ普通ナリトス。然レ共時々盲腸移動症アリテ種々ナル位置ヲ取ルモノアリ。而シテ盲腸ヨリ突出セル蟲樣突起ハ生理的ニ種々ナル方向ニ向フモノナリ。Liertz氏ハ2093例ニ就キ種々ナル位置ヲ示セリ。I. 主位置(Hauptlage) 1) 小骨盤ニ向フモノ755例37%。2) 盲腸ノ内方ニ向フモノ254例12%。3) 盲腸ノ外方ニ向フモノ206例10%。II. 副位置(Nebenlage) 1) 背盲部ニ存スルモノ433例21%。2) 盲腸上テ上方ニ向フモノ97例4%。3) 前下方ニ向フモノ48例2%。4) 盲腸中ニ内轉スルモノ8例0.3%。5) 盲腸ト共ニ左方ニ存スルモノ16例0.7%。6) 「ヘルニヤ」中ニ來ルモノ275例13%。斯クノ如ク蟲樣突起ハ生理的ニ種々ナル位置ヲ取レリ。Ranz氏ハ同一人ニ2回開腹術ヲ行ヒ蟲樣突起ノ方向ハ必ズシモ同一個人ニヨリテモ常ニ一定セルモノニ非ザルコトヲ確メリ。即チ蟲樣突起ハ生理的ニ種々ナル方向ニ向ヒ常ニ一定ノ位置ニ固定スルモノニアラズ。而シテ又蟲樣突起ノ長サハ生理的ニ各個人ニ依リテ差異アリテRauberハ2乃至20cm, Aschoff 6乃至7cm, Karewski 5.3乃至25cm, Sonnenburg 6乃至28cm, 有光氏ハ最長17.5cmト報告セリ。故ニ斯ル種々ナル位置ニ移動シ得ル蟲樣突起ガ腹腔内ニ於テ1度炎衝ヲ起シ或ハ腹腔内他臟器ノ炎衝ニ際シ異狀部位ニ向ヒ癒着シ得ルコトハ想像シ得ルコトナリ。即チ本症ノ成立機轉ヲ容易ナラシムル要約トシテハ。1. 蟲樣突起夫レ自身ガ相當ノ長サヲ有シ自由ニ移動シ得ル状態ニアルモノ即チ諸家ノ例症ヲ見ルニHermesノ例ハ蟲樣突起ノ長サ9cm, 高安氏ノ13cm, 大池氏ノ8.5cm, 余ノ例症ニ於テハ最モ長ク15cmナリ。2. 盲腸ノ移動範圍ノ大ナルコトハ本症ヲ誘發シ易カラシメ特ニ蟲樣突起腸間膜ノ長キコトナリ。即チ斯ル際ニハ移動性盲腸ハ蟲樣突起炎或ハ盲腸周圍炎ヲ誘起シ易キコトハ一般ノ承認セル所ナリ。3. 本症發病前ニ於テ既ニ新舊ニカカハラズ蟲樣突起炎ノ存在セルコト又ハ盲腸周圍炎其ノ他廻盲部附近ノ臟器ニ炎症ノ存在セルコトナリ。即チ斯ル際ハ本症誘發ニ直接又ハ間接ノ重要ナル意義ヲ有スルモノナリ。今余ノ例症ノ成立機轉ヲ考察スルニ手術所見ニ於テ明カナル如ク盲腸ハ中等度ノ移動症ヲ呈シ、蟲樣突起間膜ハ長ク蟲樣突起ハ亦長クシテ長サ15cmヲ算セリ。而シテ其ノ尖端ハ腸間膜ニ硬ク癒着シ蟲樣突起ノ中央部3cmハ細ク癢痕狀トナリ内腔全ク閉塞シ蟲樣突起漿膜及ビ粘膜炎處々癢痕狀ヲ呈シ筋層モ亦癢痕狀トナリ肥厚ス。コレ舊キ過去ノ炎衝ヲ暗示スルモノナリ。而シテ廻盲瓣ヨリ2cmヲ去ル廻腸ハ蟲樣突起ノ絞扼ノ爲メ著シク「クビレ」其ノ壁ハ

肥厚シ硬クナレリ。即チ以上ノ諸點ヨリ考フル時ニハ何時頃發生セシカハ想像シ得ザルモ既往症中以前ニ屢々腹痛ヲ訴ヘタルコトアル點ヨリ考ヘバ既往ニ於テ既ニ蟲様突起炎ヲ經過シ其ノ際ニ蟲様突起尖端ハ既ニ腸間膜ニ癒着シタルコトヲ想像シ得ルモノナリ。而シテ斯ル慢性蟲様突起炎ヲ有シ蟲様突起ハ腸管運動ノ爲メ次第ニ伸展サレ長ク細キ索狀物トナレル間ニ腸管筋頓シ絞扼サレテ腸閉塞症ヲ發生シタルモノナリ。

4 本症ノ症候、診斷、治療竝ニ豫後ニ就テ

症候 蟲様突起ニ因ル絞扼性腸閉塞症ハ臨牀上其ノ徵候ハ一般器械的腸閉塞症ト類似セル徵候ヲ呈スルモノナリ。然レ共其ノ發病初期ニ於テハ蟲様突起炎ノ症狀ヲ呈スルモノ多ク余ノ例症ニ於テハ發病初期ハ蟲様突起炎ノ症狀ヲ呈シ既往ニ於テ蟲様突起炎ヲ經過セリ。疼痛ハ發病當初ニ於テハ蟲様突起炎ノ時ノ如ク胃部、左側下腹部或ハ廻盲部ニ鈍痛或ハ激痛ヲ來スヲ常トシ其ノ後漸次激烈トナリ疝痛發作ヲ伴フニ到ルモノニシテ遂ニハ廻盲部ニ局限シ觸診上廻盲部ハ壓痛著明ナリ。嘔吐ハ本症ニハ特有ナル症候ニアラズシテ一般器械的腸閉塞症ト同ジク絞扼部位ニヨリテ發病當初ヨリ來ルモノアリ又發病當初ニ發來セズシテ晩期ニ頻回催シ遂ニハ吐糞スルニ至ルモノアリ。余ノ例症ニ於テハ小腸下部ニ於テ絞扼セラレタル例症ナレ共發病當時ヨリ嘔吐ヲ來セリ。コレ器械的障礙ニ據ルト云フヨリモ寧ロ腹膜ノ刺戟症狀ト見ルヲ良シトスベシ。腹部膨滿ハ一般腸閉塞症ト等シク初期ニ於テハ之ヲ認メザレ共時間ノ經過スルニ從ヒ漸次著明トナリ遂ニハ腸蠕動亢進セルヲ認ムルニ至ル。便通。初期ニ於テハ下痢或ハ普通便及ビ放屁アルモノアレ共病機進行スルニ從ヒ便秘シ放屁ナシ。余ノ例症ニ於テハ發病當初ヨリ便通放屁ナシ。尿。「インデカン」反應陽性ヲ呈スルモノアレ共本症ニ必發現象ニアラズシテ余ノ例症ニ於テハ陰性ナリキ。

診斷 本症ノ臨牀上ノ徵候ハ前述セルモコレ決シテ本症ニ特有ナル徵候ニ非ズシテ多クハ一般器械的腸閉塞症ニ共通ス。故ニ本症ト他ノ器械的腸閉塞症トノ鑑別診斷ハ困難ナルコトアリ、或ハ不可能ノコトアリ。腸疊積症トノ鑑別診斷ハ既往症ニ依リ又腸疊積症ハ主トシテ小兒即チ10歳以下ノモノニ好發シ多クノ場合腫瘍ヲ觸知シ得又血便ノ排出ヲ見ルモノアル故ニ斯ル諸點ヲ參考トセバ鑑別診斷ハ困難ナルモアヘテ不可能ノコトニ非ズ。蟲様突起炎ノ初期ト本症トノ鑑別診斷ハ困難ニシテ不可能ノコトアリ。即チ余ノ例症ノ如ク蟲様突起炎ノ初期症狀ヲ以テ發病スルコトアルヲ以テナリ。然レ共病機進行シ蟲様突起穿孔シ腹膜炎ヲ併發スルノ時期ニ於テハ其ノ鑑別診斷ハ容易ナリ。即チ本症ハ既往ニ蟲様突起炎ヲ經過セルモノニ發來スルコト多ク又白血球增多症ヲ來サズ。發熱高度ナラズ。今器械的腸閉塞症ト腹膜炎トノ鑑別スベキ事項ヲ列記スレバ次ノ如シ。

第 1 表

	器械的腸閉塞症		腹膜炎
疼 痛	發作性ニシテ劇烈ナルモ無痛ノ時期アリ		比較的輕度ニシテ持續ナリ時々發作性ノ増悪アリ
嘔 吐	頻度少シ遂ニハ吐物ハ糞狀トナル		頻回ニシテ吐物ハ着色シ遂ニ糞狀トナル
便 通	全ク不通		不通ナラザルコトアリ
腹壁所見	腹壁軟ニシテ腸蠕動ヲ見一般ニ膨隆スルモ閉塞ノ部位ニヨリテ形一定セズ		初メ腹壁緊張硬結シ膨隆セズ後ニ至リテ一般ニ膨隆シ軟トナリ腸蠕動ヲ見ルモ著明ナラズ
腹部觸診	疼痛發作ノ間歇時ニ觸診スルモ疼痛比較的輕ク腹壁全般ニ訴ヘズ		觸診上常ニ疼痛著明ニシテ多クハ腹壁全般ニ訴フ
腹部打診	側下腹部ハ鼓音ヲ呈ス		側下腹部ハ濁音ヲ呈スルコト多シ
脈 搏	其ノ數比較的少シ		頻數ニシテ小ナルコト多シ
體 溫	一般ニ上昇セズ		一般ニ上昇ス
血液所見	白血球增多症ヲ呈スルコト少シ 赤血球沈降速度ハ促進セザルコト多シ		白血球增多症ヲ呈スルコト多シ 赤血球沈降速度ハ促進ヲナス

然レドモ之等ハ亦兩者混來スルコトアルヲ以テ充分ニ注意スルノ要アリ。

療法 腸閉塞症中ニ於テモ腸壅積症ハ下劑ヲ投與シ又ハ大量ノ阿片劑ノ内服或ハ高壓注腸ニ由リテ屢々治癒ノ目的ニ達スルコトアリ。又S字狀部捻轉症ノ際ニ肛門ヨリ太キ「ゴム」管ヲ挿入スルコトニテ治癒ノ目的ヲ達スルコトアリ。然レ共本症ニ於テハ斯ル姑息的療法ニ依リテ治癒ス可キモノニ非ズ。唯手術的療法アルノミナリ。故ニ疑テ腸閉塞症ニ置キタル際ハ徒ニ姑息的療法ニ時ヲ費スガ如キハ最モ慎ム可キコトニシテ吾人ノ取ラザル法ナリ。直チニ開腹術ヲ施行シ適當ナル處置ヲ取ラザル可カラズ。特ニ蟲様突起ニ因ル絞扼性腸閉塞症ニ於テハ絞扼帶タル蟲様突起自身ハ既ニ炎症化膿ニ陥リ特ニ其ノ破壊性ナルモノニ於テハ夫レ自身ノ穿孔又ハ離斷等ヲ招來スルコト容易ニ推定シ得ル所ニシテ危險ナルコト一般腸閉塞症ト其ノ趣ヲ異ニス。本症ノ外科的手術法ハ、發病ヨリ手術迄ノ時間一般狀態或ハ腸機能及ビ腸膨滿ノ程度ニ依リテ種々異ナルモ其ノ主要點ハ次ノ2事項ナリトス。1. 腸閉塞ノ原因除去即チ蟲様突起切除。2. 腸鬱滯内容ノ排除ナリ。故ニ蟲様突起切除ノミニテ可ナル場合アリ或ハ腸切除及ビ腸吻合術ヲ施行スル場合アリ。或ハ又腸機能著シク減弱シ膨滿甚シキ時ハ糞瘻ヲ作り「ゴム」管ニテ腸内容ノ排除ヲナスノ必要ナル場合アリ(泉氏法)而シテ腸閉塞症ハ手術迄ノ時間的關係ニヨリテ其ノ豫後ニ重大ナル影響アルヲ以テ早期ニ診斷ヲ確定シ早期ニ手術ヲナスハ緊要ナル事項ナリトス。

豫後 本症ノ豫後ハ他ノ腸閉塞症ト同一ニシテ患者ノ榮養狀態、年齢、手術時間等ニ依リテ左右セルコト大ナリ。今一般「イレウス」ニ就テ2, 3ノ死亡率ノ統計ヲ表示スレバ次ノ如シ。

第 2 表

報告者	症例	死亡率	報告者	症例	死亡率
Obalinski	110	34.5%	高安(閉塞性イレウス)	163	47.0%
Kocher	78	71.7%	三宅外科	107	50.4%
Thebesius	368	46.7%	◇(局所麻酔)	22	31.0%
Rubritius	91	52.7%	磯部氏	34	42.0%
Tietze	133	57.0%	浅原氏	30	30.6%
Guillaume	3829	37.0%	浅原, 保田二氏	34	51.6%
高安(嵌頓イレウス)	275	45.4%	後藤氏	58	55.2%

即チ上表ニ示ス如ク豫後良好ナルモノニ非ズシテ報告者ニ依リテ種々異ナルモ最高 71.7%, 最低 30.6%ノ死亡率ヲ示セリ. 次ニ手術迄ノ時間ト手術成績トノ關係ヲ示ス. 2, 3ノ統計ヲ示セバ次表ノ如シ.

第 3 表

三宅外科				
経過	例	症	死亡	死亡率
1日	6		2	33%
2日	18		10	55%
3日	20		9	45%
4日	10		6	60%

浅原, 保田二氏				
経過	治癒例	死亡例	死亡率	
1—2日	11	2	15.4%	
3—6日	16	14	46.7%	
7日以上	4	11	73.3%	

グユイアム氏				
経過	手術例	治癒例	死亡例	死亡率
0—12時間	34	28	6	8%
12—24時間	55	31	24	43%
1日	130	86	44	33%
2日	70	41	29	41%
3日	65	25	40	61%
4日	30	9	21	71%
5日	9	1	8	90%

以上之等ノ統計ニヨルニ早期手術成績ノ著シク良好ニシテ發病後12時間迄ハ其ノ死亡率8%ナルモ夫レ以後ニ於テハ漸次死亡率増加シ4日以後ニ於テハ60%以上ノ死亡率ヲ示セリ。故ニ吾人臨牀家ハ腸閉塞症ニ對シテハ早期ニ診斷シ早期ニ手術ヲ施行スベキモノナリトス。

5 摘 要

以上記述セル所ヲ總括スルニ本症ハ蟲様突起ニ因ル絞扼性腸閉塞症ニシテ比較的稀有ナル疾病ナリ。而シテ本症ノ成立機轉ハ腹腔内ヲ自由ニ移動シ得ル長キ蟲様突起ガ既往ニ於テ一度炎衝ヲ起シ其ノ尖端ハ腸間膜ニ癒着セル間ニ腸管箠頓シ蟲様突起ノ爲メ絞扼サレ腸閉塞症ヲ發來セシモノナリ。盲腸ノ移動性ナルモノハ更ニ本症ノ成立ヲ助長スベシ。即チ本症ノ發生ニハ新舊何レカノ蟲様突起炎ヲ有スルコトヲ必要トナス。而シテ本症ノ臨牀徵候トシテハ本症ニ特有ナル必發症候ナク一般器械的腸閉塞症ト類似セル徵候ヲ呈ス。コレ臨牀上本症ヲ決定スルニ困難ナル處ナリトス。故ニ腸閉塞症ノ擬診アル際ニハ徒ラニ姑息的療法ニ時ヲ費スコトハ最モ慎ム可キコトニシテ直チニ外科的療法ヲ必要トナス。外科的手術法トシテハ1. 腸閉塞ノ原因除去即チ蟲様突起切除。2. 腸鬱滯内容ノ排去ヲナスコトナリ。即チ以上ノ2事項ハ主要點ナル故ニ只蟲様突起切除ノミニテ可ナル場合アリ。或ハ腸切除及ビ腸吻合術ヲ要スル場合アリ。或ハ糞瘻ヲ作り「ゴム」管ニテ腸鬱滯内容ノ排除ヲ必要トスル場合アリ。即チ各例症ニ依リ其ノ方法種々異ナルモノニシテ千變一律ヲ以テ手術ヲナスコトヲ得ズ必ズヤ各例症ニ應ジ種々ナル適法ヲ用ヒザル可カラズ。特ニ本症ハ他ノ器械的腸閉塞症ト異リ其ノ絞扼帶ハ夫レ自身既ニ起炎物ニシテ炎症化膿ニ陥リ特ニ其ノ破壊性ナルモノハ穿孔或ハ離斷等ヲ起シ易キ蟲様突起ナル故特ニ注意ヲ要スベキモノナリ。

撰筆スルニ當リ御懇篤ナル御校閲ヲ賜ハリタル恩師泉先生ニ滿腔ノ謝意ヲ表ス。(5. 5. 13. 受稿)

文 獻

- 1) *Flesch-Thebesius*, Langenbecks Arch. f. klin. Chir. Bd. 112.
- 2) *Derselbe*, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 157.
- 3) *Hermes*, Deutsch. med. Wochenschr. 1901, No. 23.
- 4) *Mikulicz*, Bruns Beitr. z. kli. Chir. Bd. OXXVII.
- 5) *Obalinski*, Langenbecks Archiv f. kli. Chir. Bd. 48.
- 6) *Rubritius*, Bruns Beitrage z. kli. Chir. Bd. 52.
- 7) *Tietze*, Bruns Beitrage z. kli. Chir. Bd. 91.
- 8) *Wilms*, Deutsche Chirurgie.
- 9) 泉伍朗, グレンツゲビート, 第3年, 1號.
- 10) 原田篤行, 福岡醫科大學雜誌, 第19卷, 第1, 2號.
- 11) 大池豊二郎, 千葉醫學會雜誌, 第3卷, 第2號.
- 12) 奥谷廣光, グレンツゲビート, 第3年, 第8號.
- 13) 高安道成, 日本外科學會雜誌, 第16回, 第6號.
- 14) 久留春三, 醫學中央雜誌, 21, 1719.
- 15) 山本順, グレンツゲビート, 第1年.
- 16) 橋原亨, 日本外科學會雜誌, 第26回.
- 17) 後藤七郎, 臨牀醫學, 第15年, 第8號.

Kurze Inhaltsangabe.

Über den Strangulationsileus, durch Wurmfortsatz verursacht.

Von

Kiyouji Akaiwa.

*Aus der chirurgischen Abteilung Okayama
(Vorstand: Prof. Dr. Goro Izumi).*

Eingegangen am 13. Mai 1930.

Der Strangulationsileus, welcher durch Wurmfortsatz verursacht wird, ist eine ziemlich seltene Krankheit. Für seine Entstehung ist notwendig, dass frische oder veraltete Appendicitis besteht. Bei dieser Art von Ileus muss, weil er keine typischen Symptome darbietet, ohne Zögern operativ behandelt werden. Die Operation besteht erstens aus Beseitigung der Ursache des Ileus, mit anderen Worten aus Appendektomie, und zweitens aus Entfernung des gestauten Darminhaltes.

