トライツ氏ヘルニアの2例に就いて

Two Cases of Treitz's Hernia

日本醫科大學松倉外科教室 (主任 松倉三郎教授)

醫學士 鈴木 忠 雄

Suzuki Tadao

1. 緒 言

内ヘルニアの中、最も多く見られるトライツ氏ヘルニアは 1857 年 Treitz 氏が十二指腸空腸窩の病理解剖學的關係を闡明し、該部ヘルニアを Hernia retroperitonealis Treitzii と命名せしに端を發し爾來歐米に於ては Brösike (1899), Moynihan (1906), Dowdle (1932), Winterfeld (1936), Arnold (1939), Hansmann (1939) 等が相次いで報告發表し 100 餘例に達している。然しながら本邦に於ては、明治 35 年三宅教授の報告を嚆矢とし僅か 12 例を算するにすぎない。(第1表)

最近私は松倉外科教室に於て本症の2例を経験したので茲に報告し諸賢の御批判を仰がんとするものであります。

2. 症 例

A) 患者, 66 歳♀, 無職
家族歴及遺傳的關係, 父親胃疾患母親肝疾患

第 1 表

報告者	報告年月	性	年	症 状	嚥	腸 陷 入 度	手術方法	結 果
1 三 宅	明治35	♀	40	急性イレウス	+	空 腸	空腸全摘除術	死
2 高 安	明治36	♂	38	全 上	+	空腸の一部	囊 切 開	治
3 浅 原	明治38	♂	74	全 上	+	空回腸の一部	單 切 開	死
4 宮 城	大正13	♂	17	突然腹痛	+	上行結腸の一部	嚥の指腸空腸吻合	治
5 廣 田	昭和2	♂	65		剖	嚥の全腸		
6 高 原	昭和8	♂	31		剖	全 上		
7 服 部	昭和11	♂	41	突然腹痛	+	全 上	嚥回腸吻合	治
8 松 川	昭和12	♂	25	突然腹痛嘔吐	+	S狀結腸の一部	嚥 復	治
9 井 爪	昭和12	♂	14	急性イレウス	+	空腸の一部	嚥回腸吻合	治
10 田 村	昭和14	♂	12	全 上	+	全 上	嚥 復	治
11 青 山	昭和15	♀	20	突然腹痛	+	全 上	嚥回腸吻合	治
12 玉 眞	昭和15	♂	22	急性イレウス	+	全 上	嚥 復	治
13 松倉外科 松倉三郎	昭和26	♀	66	時の嘔吐便秘	+	空腸の全部 嚥の大部	嚥回腸吻合	治
14 松倉外科 鈴木 忠雄	昭和26	♂	66	急性イレウス	+	空腸の一部 嚥の一部	腸管穿刺	死

姉食道癌兄イレウスにて何れも死亡している。

既往症, 幼少より健康で著患を知らない。

現病歴, 昭和 25 年 1 月頃より空腹時に胸焼けを覚える様になり同年 9 月頃, 心窩部に自分でしこりを觸れ, 11 月に入るや次第に嚥瘦し一週に一度位水様物を吐す様になった, 且心窩部に食後長時間に亙る膨満感を覚えるに至つた。12 月 23 日夕食後 3 回食物残渣を嘔吐した。便通は 3 乃至 4 日に 1 回位であつた。昭和 26 年 1 月 4 日本院内科に入院し諸検査及び治療を受けていたが 1 月 13 日外科的に治療すべき要あるを以て我外科に轉科し幽門癌の診断の下に手術を受け術後 15 日に歩行退院した。

入院時所見, 體格小, 栄養不良, 皮膚乾燥し白色舌苔を認める。心肺には異常ない。腹部は一般に平坦で柔軟であるが右上腹部幽門部に一致して雞卵大の腫瘤を觸れる。軽度の壓痛がある。白血球數 5400, 赤血球數 447 萬, ヘモグロ

ビン量 34%, 血清蛋白量 5.8%, 血清ヒヨリンエステラーゼ量は減少, ヲ氏及村田氏反應陰性, 胃液 (nach Katsch-Kalk), 空腹時に於ては遊離鹽酸度 25, 總酸度 30, 試験飲料注入後の最高遊離鹽酸度 60, 總酸度 70 を算した。尙色素の褐色は 50 分であつた。尿所見, 糖, 蛋白陰性, ウロビリノーゲン陽性, 糞便所見, ベンチデンによる潜出血反應陽性, 寄生蟲卵なし。

胃部 X 線所見, 食道部のバリウム通過良好, 胃の位置, 大さ

正常なるも幽門部にくと蠕動遅延し急に停止し且幽門部に鶏卵大の表面凹凸不平にして壓痛軽度なる腫瘤を觸れる。

手術所見、ナルコポン 0.5c.c. 皮下注射、ペルカミン腰麻後松倉教授執刀のもとに開腹術を施行す。腹水を認めず。大網膜と横行結腸と共に舉上するに小腸を認め得ずして超小兒頭大の薄き被膜を有する空気枕を觸知するが如き一大腫瘤を形成しあるを認めた。(症例1)

症 例 1

該腫瘤の後面を精査するに約 10cm の廻腸が囊より出で直ちに廻盲部に連結せり。依つて、後腹壁に生ぜる内ヘルニアなることを知つた。

且腫瘤の位置は大部分左側に位しヘルニア囊の發育状態は横行結腸間膜の左側下行結腸間膜及S状結腸間膜の上部に於て發育し其門は右側に開き、Treitzの云ふ所謂 Treitz-Herniaに全く一致するものと思はれる。且ヘルニア門は手拳大にして容易に腸管を整復し得た。直ちに門を閉じた。次に胃幽門部腫瘤は鶏卵大移動性なく臍頭部及び臍道に浸潤癒着していた爲且全身状態を顧慮し、胃及空腸吻合術、Braun

氏腸々吻合術を施行し術を終つた。

B) 患者、66歳♂、無職

家族歴及遺傳的關係特に述べることはない。

既往症、昭和 23 年 12 月 23 日胃癌にて當外科教室に於て胃切除術を受け術後経過極めて良好にして術後 16 日に歩行退院した。

現病歴、昭和 24 年 1 月 12 日夕食後突然激烈なる下腹部痛と共に嘔氣嘔吐起り某醫に診を乞ひ過食だと云はれ麻藥の注射を受けたところ一時腹痛治まりしも嘔氣は去らなかつた。

1月13日、14日は大便の排出なきのみで別に變化はなかつた。1月15日晝、もちを食べたところ心窩部に緊満感を覺えたために夕食は攝らず、午後9時頃突然全腹部に激痛を覺え洗面器に八分目位吐した。某醫の診を乞ひ再び麻藥の注射を受けしにその効果は約2時間位にして、激痛を覺え次の注射は何等の效なきのみならず引續いての嘔氣嘔吐苦痛増強す。1月16日に至るも依然として腹部の激痛嘔吐去らず、更に頻繁となり且大便の排出全く停止す。依つて acute abdomen の診断のもとに午後10時半頃我外科外來に紹介され来る。

入院時所見、羸瘦著明、顔面蒼白、苦悶狀を呈し、口唇チアノーゼあり、舌灰白色の苔を衣し、皮膚乾燥呼吸促迫、脈搏細少頻數緊張不良、胸部には異常を認めない。次に腹部所見は上腹部甚だしく緊張膨隆し、正中線に沿ふ治癒せる手術創あり、觸

診するに小兒頭大の硬き腫瘤を上腹部に觸れ激烈なる腹痛を訴える。蠕動不穩を認めず。白血球數13000。尿のインヂカン反應強陽性である。

手術所見：高位イレウスの診断のもとにナルコポン 0.5c.c. 皮下注射 30 分後腰髓麻酔にて開腹術を施行す。腹水を認めず。胃部及び吻合部は著しく膨滿擴張し該部を上界として下方に向い全く移動性なき一大腫瘤を形成しあるを認めるも殆んど大部分の小腸を認めず、腫瘤の表面處々に出血斑を認め全般に暗赤色を呈している。吻合部即ち絞扼部より腸管を整復すべく膨滿せる腸管及びヘルニア囊の表面より内容を吸

引除去せるも移動せず百方手段を盡したるも何ら其效なく翌朝腦症狀を起し遂に鬼籍に入った。

剖檢の結果小腸々管はことごとく自然整復していた。又後腹膜十二指腸空腸彎曲部附近に一腸管を漸く通過し得る程の窩孔を認め茲にはじめてトライツ氏ヘルニアを確認した。(症例2)

症 例 2

症 例 3

1. 總括並考案

抑々内ヘルニアは先天的或は後天的に處々に存する腹膜窩或は之に類する陷凹部を侵入門として移動性を有する腸管が侵入して生ずる腹腔ヘルニアで之に 1) ウィンスロー氏孔ヘルニア 2) 十二指腸空腸窩ヘルニア 3) 廻盲部窩ヘルニア 4) S 狀部腸間膜窩ヘルニア 5) 横隔膜ヘルニア等があるが此中最もしばしば發生するは十二指腸空腸窩にして Hansmann (1939) によれば全内ヘルニアの 53% を占めその中左側十二指腸空腸窩 即ちトライツ氏ヘルニアは右側 47 例に對し 138 例である。(第 1 圖, 第 2 表, 第 3 表)。Evert Schildt (1936) も右側 40 例に對し左側 120 を報告している。Treitz の記載せる此十二指腸空腸窩は Huschte (1844) が Fossa duodenojejunalis と命名せるものにして十二指腸の空腸に移行する部即ち Flexula duodenojejunalis の左側に於て横走する上十二指腸空腸皺襞及び此下部に之と平行に走る下十二指腸空腸皺襞の兩者の凹部が互いに連合して形成せる一の小腹膜窩にして此皺襞の上端は下腸間膜靜脈の門脈に入る部より下端は大動脈より下腸間膜動脈の出る部位にありて彎曲走行する該血管により境せられたるが如き狀態である。即ち該窩を靜脈窩 (Recessus venosus) と呼ばれる所以である (第 2 圖)。然るに其後 Brösike の報告せる如き定型的な窩は存在せずして Brösike (1899) は 7 箇の窩を Moynihan (1906) は 9 箇の窩の存することを發表した。即ち Brösike によると 1) 左側靜脈性空腸窩 2) 後十二指腸空腸窩 3) 上十二指腸空腸窩 3) 下十二指腸空腸窩 5) 結腸間膜性横窩 6) 上十二指腸結腸間膜性窩 7) 空腸側窩の 7 箇の窩が存在し此中内 Hernia を形成するものは 1), 2), 7) の 3 箇で所謂トライツ氏ヘルニアは 1) に形成される。該ヘルニアは次の如き特徴を有してい

第 2 表

Regional Distribution of Reported Hernias <small>G.H. Henshaw M.D. S.A. Hensen M.D.</small>		
Region	Number	Percentage
Paraduodenal	250	53
Pericecal and terminal ileum	61	13
Perimesenteric	38	8
Foramen of Winslow	37	8
In the pelvis	31	7
In the sigmoid region	28	6
Miscellaneous	22	5
	476	100

る。

1) Hernia 門は右方に向つて開口する。大さ位置形態はヘルニア内の腸管の重さや、ヘルニア囊の發生狀態、癒着狀態によつてことなる。

2) ヘルニアの遊離縁に下腸間膜靜脈の走行あり、該靜脈はヘルニアの増大と共にヘルニア門に接近して来る。3) 横行結腸間膜及び下行結腸間膜内に發生しヘルニア囊は主に右腹腔に存在する。4) 囊の後壁は後腹膜壁よりなるも前面及び周縁は薄き二葉の腹膜板より成り表面滑澤にして規律ある血管の走行あり、癒着或は壁の肥厚を認めることもある。ヘルニア内容たる腸管は外見上薄きヴェール様囊につつまれたる如き觀を呈する。5) 囊の大きさはクルミ大～小兒頭大～腹腔の大部分に及ぶこともある。6) ヘルニア内容としては空腸の一部なることが多い。本邦例 14 例中 7 例に見る。私の症例は 2 例とも空腸及廻腸であつた。又 Treitz は此際大網膜は決して内容として嵌入せず爲に他部ヘルニアの如くいちぢるしき絞頓の原因を作らないといふ。斯くの如く一般には整復容易なるも小腸下部とヘルニア門との間にしばしば癒着を來し種々なる症狀を惹起することがある。此場合には十二指腸に高度の擴張狀態を示す。7) ヘルニア門に於ける腸管の出入により二脚なるときと輸出脚の唯一箇である場合とあり。Treitz は輸出脚のみあるのを特徴としている。又 Rokitansky は廻腸の末端を唯一箇見るといい、Radefeld, Meckel 等も大なるヘルニアに於ては其門には唯輸出脚

を見るのみで、輸入脚はヘルニア囊の側壁又は後面より入り來ると云つてゐる。之に對し Brösike はヘルニア門の下極は其内容の重さにより下方に牽引せられたために門の前後縁は相接近し十二指腸空腸彎曲と癒着しかかる狀態を呈すると説明している。8) 血管は上、下腸間膜動靜脈枝、之が分布している次に本症の成因に就いて述べると、Treitz 氏によると何らかの病的原因により腹腔内壓亢進と腸管の蠕動異常を來すときは十二指腸空腸窩の擴大を來し腸管の侵入を許すものであるといふ。Heller 氏等は胎生期 4 乃至 5 ケ月に全腸間膜と體壁腹膜との不完全なる癒着により生ずるものであると述べ Andrews は胎生期腸管の不完全廻轉による位置異常の結果生ずるものと述べている。發生條件として 1) 老人或は産後等に於ける後腹膜の弛緩せる場合 2) 空腸空虚にして胃十二指腸に内容充滿せる場合、3) 空腸起始部が移動し易き場合 4) 先天的に窩孔の發達いちぢるしき場合等が考へられる。

私の述べた第 1 例はおそらく先天的な窩の發達の結果何らかの原因で腸管陷入し後腹膜を後壁癒着より引離しつつ左上方に向つて囊腔を擴大し益々大なるヘルニアを形成しヘルニア門手拳大程にまで至らしめ従つてヘルニア門過大の爲絞頓を惹起することなく手術時偶然にも發見せられたものと考へる。

第 2 例は胃腸吻合の結果による十二指腸及上部空腸の位置異常を來し加うるに蠕動及腸管内壓の變化を來せし結果該ヘルニアを招來せしも

第 3 表

Incidence of Intra-Abdominal Hernia at Various Sites According to Sex as Recorded in the Literature				
Site	Cases	Males	Females	Per cent
Left paraduodenal	138	46	18	74
Transverse mesocolon	60	15	34	11
Right paraduodenal	47	28	6	13
Mesenteric	38	21	9	8
Foramen of Winslow	37	19	6	12
Pericecal	31	19	4	8
Intra-sigmoid	28	20	7	1
Broad ligament	18		18	
Oblique pericolic	16	13	3	
Oblique pericolic	14	8	6	
Transverse	13	3		10
Inferior duodenal	5	2	2	1
Great omentum	5	3	1	1
Ascending mesocolon	4	4		0
Miscellaneous	13			
	467	200	116	138

第 2 圖

のと思惟する。

性別及び年齢的關係に就いて述べると青壯年期男性に多い。最少年齡は Vogt 氏の新産兒に見た例にして本邦に於ては淺原氏の 7 ケ月男兒なり、又最高年齡は Treitz 氏の 80 歳の例にして本邦例は私の 66 歳の男性及び 66 歳の女性例である。又本邦にては三宅氏の 40 歳の女性又青山氏の 20 歳女性並に私の 66 歳女性を除き其他の 11 例は何れも男性である。

臨牀症狀に就いて述べると Manske(1893)によると 13.6% Maschke (1912) によると 23%, Garber (1928) 20% に於て症狀を有するものを認めるにすぎずと云つてゐるがトライツ氏ヘルニアだけ特有なものなく従つて術前診斷は困難であるが Treitz 等は症狀により次の四型に分類した。

(1) 生前何等自覺症狀を呈せざるもの。大多數は之である。

(2) 時々輕度の胃腸カタル症狀即ち腹痛、便秘下痢、嘔吐等を起し臥位の如何により腹部膨滿感あり。時々腹部の膨隆を來す。嘔吐物は胆汁含有が著明である。腹部中央部が高度に膨隆するのを常とする。

(3) 亞急性又は慢性腸閉塞症狀を示すもの

(4) 急性腸閉塞症狀を突發し急激なる經過をとるもの。

確定的診斷は開腹術の後大網膜と横行結腸とを擧上し Treitz 氏窩を確認して始めて下し得るものである。

次に治療に就いて述べると他のヘルニアと同

様、根治療法としては外科的處置あるのみである。腸重積症に於けると同様ヘルニア嚢を壓縮しつつ輸出腸管を引出すのであるが、ヘルニア門の絞扼著しき場合はヘルニア門を切除擴大し内容を除去する。解除後は勿論他の原因によるレイウスの場合の様に、謂所解除後の二次性ショックに充分注意すべきである。

尙ヘルニア門の擴大に際し注意すべき點は血管走行の關係であつて血管なき場所を撰ぶべく而らざる時は血管結紮後に施行すべきである。然しながら血管走行の關係上ヘルニア門の切除擴大の如き根治手術がしばしば不可能に終ることがある。又高度の癒着の場合も同様である。私の第 2 例も不幸にして斯る場合であつた。本邦例は私の症例を合し 14 を算し内 12 例は剖検例にして他は何れも手術例である。而して手術例中 3 例死亡しその死亡率は 25% である。

結 論

第 1 例は 66 歳の女性、幽門癌の診斷のもとに開腹術を施行しトライツ氏ヘルニアの合併しあるを認めた。

第 2 例は 66 歳の男性、胃痛根治手術施行、術後 24 日に突然イレウス症狀發來、高位イレウスの診斷のもとに開腹術を施行したるに、不幸死亡し、剖檢の結果トライツ氏ヘルニアを確認した症例である。

(本稿要旨は第 499 回外科集談會に於て發表した)

稿を終るに臨み終始御懇篤なる御指導御校閱を賜はりし恩師松倉三郎教授に對し深甚なる謝意を表すものである。

主要参考文献

- 高原：實地醫家と臨牀。10：560—564 (昭 8)
服部：診と治。23：368—372 (昭 11)
井爪：東京醫事新誌。61. 3032:1361—1362 (昭 12)
田村：グレンツゲビート。13：918—927 (昭 14)
青山：日臨外誌。43：161—166 (昭 15)
玉眞：大阪醫新誌。11. 12：1216—1222 (昭 15)

G.H. Hansmann, M.D., S.A. Morton, M.D.: Arch. Surg. 39: 973—983, 1939

I.A. Arnold, M.D., Louisville, Ky.: J.A.M.A. 112: 1245-1246, 1939

H. D. Cogswell, M. D., and C. A. Thomas; M.D.: Ann. Surg. 114: 1035-1041, 1941

H. von Winterfeld: Arch. f. klin. chir. 184: 615-623, 1936

Evert Schildt: Zbl. f. chir. 14: 822, 1936
Rieder (Leipzig): Zbl. f. chir. 18: 1070, 1939

木箸の咽頭部穿刺による肺炎双球菌性 髄膜炎の 1 例

A Case of Traumatic Pneumococcal Meningitis

日本醫科大學小兒科學教室（第一醫院）（主任 村上勝美教授）

醫學士 道 下 富 明

Michishita Tomiaki

緒言 外傷に繼發する化膿性髄膜炎には、頭部に外力が加わっただけで誘發される場合と、直接脳や髄膜の損傷を起して發する場合とがあるが、後者の場合は成人では銃彈、兇器によることが多く、小兒では、むしろ些細な日用品等によつて遊戲中に偶發する場合が多い。従つて外傷は穿刺の形をとり、部位は鼻腔、咽頭部、眼窩（殊に内背部）等の顔面が主であつて、器具に附着した細菌や鼻咽腔内の常在菌によつて化膿性髄膜炎が繼發される場合が多い。小兒殊に幼兒には、このような危険な外傷の機會が多いと想像されるが、本邦の報告例は意外に少く、手許の文献では廣川氏、中澤氏、高木及賈氏等の各 1 例報告を見るに過ぎない。私は木箸の穿刺によつて起つた化膿性髄膜炎で、經過中再三の再燃を起して死亡し、治療上多くの示唆を與えられた症例を経験し、又起炎菌としての肺炎双球菌を細菌學的に 2, 3 檢索したのでここに報告する。

症例 ■■■ 2 年 6 ヶ月、男兒 會社員家族。

主訴 頭痛、嘔吐、不安状態。

家族歴 両親は梅毒に罹患し、現在治癒している。

既往歴 満期安産、生下時體重 800 匁。
先天梅毒があり、驅梅毒療法によつて最近ワ氏反

應陰性となつた。

現症歴 昭和 26 年 5 月 9 日午後 0 時半頃、居室で木箸に團子をさし、口にくわえたまま走つていて前方に轉倒した。箸は懸壺垂の右側に、深さ約 2cm 位突きささつた。家人が驚いて直ちに抜き去つたが、多量の出血があり、直ちに醫療を受け、念のためベ注射（油蠟 30 萬）を受けた。約 1 時間後嘔吐があり、吐物は血塊と食物残渣であつた。夕刻から頭痛を訴え、幾分不安状態となり、時々號泣した。嘔吐は夜寝る迄に 5 回、夜半 1 回あつた。發熱はなく、意識は明瞭で振顫があつたが痙攣はなかつた。翌朝著しく不安状態となり、體に觸れると非常に嫌がるようになつた。晝頃入院した。

入院時所見

現症 體格中等大、營養中等度、體温 38.6°C 脈搏 120、呼吸 30、意識濁濁し、口唇輕度のチアノーゼがある。咽頭部には軟口蓋懸壺垂の右側に、穿刺孔に一致して赤色の癰痕が認められる。膿の附着はない。項部強直著明。心界心音には異常なく、肺野全般に乾性ラ音を多數聴取し、左後下方呼吸音粗である。腹部は正常、肝脾共に觸知しない。反射運動は膝蓋腱反射消失、アヒレス腱反射消失、ケルニッヒ（±）、バビンスキー（-）、咽頭反射（±）、瞳孔對光反射（+）、角膜反射（+）、瞬目反射（+）、