

非特異性炎症性盲腸腫瘍

千葉醫科大學第一外科教室(主任 高橋教授)

鈴木 五郎

【内容抄録】

最近三十六歳の男子、廻盲部腫瘍ヲ主訴トシ當教室ニ入院シ、種々診査セルモ的確ナル診斷ヲ得ズ更ニ手術ニ際シテモ尙ホ斷定ナクシ得ズシテ組織學的検査ノ結果盲腸壁全層ニ亘ル非特異性慢性炎症性細胞浸潤ヲ認メタル一症例アリ。即チ本例ハ所謂纖維増殖性蟲樣突起炎ニ於テ *Tuberc* 等ノ特ニ記スルガ如ク結締組織纖維ノ異常ノ増殖ヲ以テ主體トスルガ如キ像ナキモノニシテ慢性炎症性細胞浸潤其自體ニヨル盲腸壁ノ異常肥厚ヲ以テ腫瘍形成ノ本態トナシ其ノ源ヲ蟲樣突起炎ニ發セルモノトス。(自抄)

廻盲部ニ來タル非特異性炎症性腫瘍ニ就テハ一般成書ニ其ノ記載乏シク、僅カニ最近ノ Kirschner, Nordmannノ *Die Chirurgie* ニ於テ *Läwen* ガ纖維増殖性蟲樣突起炎ナル一項ヲ設ケテ之レガ分類ヲナセルヲ見ルノミナリ。

余ハ最近當教室ニ於テ經驗セル一症例ニ就テ報告シ諸家ノ報告ト比較對稱シ聊カ本症ニ就テノ卑見ヲ述ベントス。

症 例

患者 市東某 三十六歳男 農

主訴 廻盲部腫瘍

家族史 父方祖父ハ胃痛ニテ死シ祖母モ胃腸疾患ニテ死セリト云フ。

父母健在同胞五人ノ中一人ハ肋膜炎ニテ死シ他ハ健康ナリト云フ。其ノ他ニ特記スベキ事項ナシ。

既往ノ疾患 今ヨリ八年前ニ腎臟ヲ患ヒタルコトアルモ他ニ著患ヲ知ラズト云フ。

現病ノ既往歴 昨年八月中旬多食ノ後約五日位ニシテ次第ニ腹部緊滿及ビ中等度ノ發熱アリシモ特別疼痛、嘔吐等ナク、便秘ハ秘結シテ灌腸ニヨリ僅カニ軟便ヲ出セリ。其後醫師ニヨリ廻盲部ニ腫瘍ノ存在スルヲ發見

セラレ、ソノモノハ壓痛モナク硬クシテ約手拳大ナリシモ次第ニ小トナリ遂ニ鶏卵大トナリ、其間時ニ増大シ時ニ縮小シ今日ニ至レリト云フ。今年八月頃再び廻盲部ニ不快ナル緊張感アリシモ嘔吐或ハ疼痛等ナク、又發熱セザリシト云フ。昭和三年十月六日入院。

現在症 全身のニハ特記スベキ事項ナク、營養佳良食慾モ充分ニシテ便通モ規則正シク日々一回アリ糞便性状モ通常ニシテ特ニ潜出血モ證明セラレズ。尿ハ酸性ニシテ異常ナク蛋白、糖反應陰性ナリ。胸部臟器ニ異常ヲ認メラレズ。體温正常脈搏正規ニシテ緊張アリ。頸部其ノ他ニ於テ淋巴腺腫脹等ヲ見出し得ズ。血液検査ニ於テ白血球數ハ稍々多ク約九〇〇〇ヲ算ス。其ノ他ワ氏反應陰性。

局所々見トシテハ腹部ハ一般ニ軟、滲出液ヲ證明セラレズ。廻盲部ニ約鶏卵大ヨリ稍々大ナル硬キ腫瘍アリテ、此ノモノハ腹壁トハ癒着セザルモノノ如ク、表平稍々凹凸不平ニシテ壓痛ナク打診上此ノ部ハ濁音ヲ呈ス。腫瘍ハ比較的球狀ヲ帶ビタル感アリ。レントゲン線検査上、盲腸ハ正常ヨリ高位ニ位シ盲腸自身ノ像ハ正常形狀ヲ呈セズシテ寫眞上甚シク縮小セリ但シ通過ハ寧ロ促進セラレタル狀態ニアリ。

手術 昭和三年十月十六日高橋教授執刀手術施行。

前述ノ如キ病歴並ニ所見ヨリシテ確診ヲ得ズシテ廻盲部腫瘍? 結核? 或

ヒハ蟲様突起炎? ナル概然的診斷ノ下ニ局所麻酔ニテ開腹スルニ、前腹壁腹膜ニ何等ノ異常ナク腫瘍トハ關係ナシ。少量ノ滲出液アリ。廻腸ニハ著變ヲ認メズ。盲腸ハ全體トシテ其ノ壁異常ニ肥厚シ外腸骨動脈ヲ被ヒテ腫瘍ヲ形成シ骨盤壁ト強ク癒着ス。其ノ腫瘍ノ表面ハ比較的平滑ニシテ周圍ノ腸管トハ何等癒着ナク又大網膜トモ癒着ナシ。蟲様突起自身ノ所在ハ不明ニシテ手術ニテ盲腸ヲ剝離スル中ニ其ノ側壁ニ埋没セルヲ發見ス。即チ廻腸横行結腸吻合術ヲナシ廻腸部切除術ヲ施ス。

切除セル腫瘍ノ肉眼的所見。盲腸壁自身ノ異常ナル肥厚ヲ以テ腫瘍ノ本態トナシ蟲様突起、ハコレト融合セルモノト

ス。盲腸内面粘膜ハ顆粒狀ニ肥厚セルモ粘膜缺損等ナク、又々特ニ潰瘍性所見ナシ。廻腸トノ交通ハ正常ト見ラル。蟲様突起ハ消息子ヲ内腔ニ挿入シテ經過ヲ索ムルニ盲腸側壁ニ一部ハ特ニ深く埋没シ此ノ部ニ小魚骨片二箇ヲ藏セリ。

組織學的所見。今盲腸腫瘍形成部分ノ横斷切片ヲ作製シ檢スルニ肉眼的ニ大イニ肥厚セル此ノ部ニ於テ特ニ結締組織ノ増殖セルガ如キ所見ナク、唯全體トシテ甚ダシク多クノ圓形細胞浸潤ノ全層ニ亘リ存在スルヲ認ム。即チ

粘膜表面ハ大ナル皺襞ヲ形成セリト雖モリーベルキニン氏腺自身ノ所見ハ健康部分ノソレト異ナラズ。多數ノ杯狀細胞ヲ有ス。唯粘膜固有膜ニ於ケル白血球族ノ浸潤多クシテ部分ニヨリテハ顯微鏡的小膿瘍ヲ形成セル部アリテ、比較的多數ノ多核白血球集族及ビエオチン嗜好細胞ヲ見ル部アリ。又々毛細血管ノ擴張セルモノ多シ。一般ニハプラスマ細胞ノ異常ニ多キハ注意ヲ惹ク所見ナリ。而シテ此ノ層ニ於テ結締組織ノ増殖セル所見ナシ。粘膜筋層ハ圓形細胞浸潤ニヨリ其ノ規則正シキ經過ヲ破ラレタル狀態ニアリ。

粘膜下組織ハ部分ニヨリ其ノ所見ニ多少ノ差異アリト雖モ全體トシテ結締組織ノ特ニ増殖スルガ如キ像ハ見出シ得ズ。大部分ニ於テ甚ダ多クノプラスマ細胞、淋巴細胞、又々部分ニヨリ異常ニ多數ノエオチン嗜好細胞ヲ混ゼル細胞浸潤ヲ以テ此ノ層ノ所見ノ基本トシ、又々多核白血球ノ集團セル部分及ビ之レニ出血セル像ヲ呈スルアリ。此ノ圓形細胞浸潤ハ筋層ノ間隙ニモ移行スルヲ見ル。部分ニヨリテハ多少ノ造結締細胞族ノ増殖セル所ヲモ見ラル。

筋層ハ全體トシテ見ルトキハ健康部分ニ比シ其ノ厚サヲ増加セリ。精細ニ檢スルニ全層至ル所ニ圓形細胞浸潤ア

リ、其ハ瀰蔓性ニ或ヒハ又特ニ集簇シテ筋束ノ間ニ存在スルモノトス。殊ニ粘膜下ノソレト相移行シ斯ル部分ニ於テハ多少ノ造結締細胞種ノ存スルヲ認メ得ルモ筋層全體トシテハ特ニ結締組織ノ増殖ハ著シキモノト見ラレズシテ上述圓形細胞浸潤ヲ以テ著明ノ像ナリトス。其ノ細胞種類ニ至リテハ粘膜下ノソレト同様ニシテ特ニプラスマ細胞並ニエオチン嗜好細胞多シ。筋束間ニ於テ集團的ノ細胞浸潤アル爲メニ筋束ハ互ニ壓排セラレタル部分ヲ多ク存ス。

漿膜ハ平滑ニシテ特別ノ所見ナク漿膜下ハ鬆粗結締組織ニシテ、結締組織維ハ種々ノ方向ニ錯走シ、血管ニ富ム部分ニ於テハ、手術ソノモノニヨルナラン所ノ出血ヲ見ル。而シテ漿膜下全體ニワタリ散在性ニ圓形細胞ノ浸潤ヲ見、コトニ筋層ニ近クハ急ニ其ノ程度ヲ増ス。

次ニ蟲樣突起ハ其ノ中央部並ニ根部ニ近ク横斷並ニ縱斷切片ヲ作製シ各層ニ就テ精檢スルモ特種ノ所見ナク全層ニワタリ圓形細胞浸潤ヲ以テ變化ノ主體トナシ部分ニヨリ肉芽組織ヲ有シ、又タ漿膜下ニ於テ小膿瘍ヲ形成シ其周圍ニハ特ニエオチン嗜好細胞ノ多數ニ存スルヲ認メラル。

要之盲腸腫瘍部分及ビ蟲樣突起自身何レノ部分ニ於テモ遂ニ特異性炎症像或ヒハ又眞性腫瘍像ヲ認メズ單ナル慢性炎症性細胞浸潤ヲ以テ腫瘍形成ノ本態トナスヲ知ル。

考 察

病理。非特異性炎症性廻盲部腫瘍ハ Laver ノ所謂纖維増殖性蟲樣突起炎トシテアゲタルモノノ分類ニ從ヘバ、

(一) 蟲樣突起ヨリ起因セザル盲腸及之レニ鄰接セル上行結腸ニ於ケル炎症性腫瘍。

(二) 蟲樣突起ヨリ發生シ蟲樣突起自己ニハ殆ド關係ナク唯周圍ニ向ヒテ蔓延スルモノ。

甲。前腹壁或ヒハ後腹壁ニ蔓延スルモノ (虫樣突起炎ニヨル炎症性腹壁腫瘍、後腹膜組織ニ於ケル盲腸周圍炎症性肝臓)

乙。周圍ノ腸管部、大網膜ノ一部ニ於テ結締組織性肝臓及ビ衆積腫瘍 (Conglomeratum) ヲ形成セルモノ (廣義ニ於ケル纖維増殖性蟲樣突起炎)

(三) 蟲樣突起ヨリ發シ、殊ニ蟲樣突起自己ニ、又タ盲腸、上行結腸及ビ廻腸下端ニ限局セル炎症性腫瘍 (狹義ニ於ケル纖維増殖性蟲樣突起炎・・・)

ヲ舉ゲラル。

而シテ今之レ等ニ就テ其ノ特徴トモ云フベキ點ヲ見ルニ臨床上其ノ診斷困難ニシテ、殊ニ特異性炎症或ハ癌腫等トノ鑑別至難ナルハ諸家ノ報告例ニ見テ明カニシテ、病理組織學的檢索ニヨリテ始メテ確診ヲ得ルモノトス。

余等ノ例ニ於テモ然リ。コトニ手術ニ際シテモ唯盲腸壁自身ノ腫瘍形成ヲ見タルノ他、近邊二、三淋巴腺ノ腫脹アリ而カモ何等腸管相互ノ癒着或ヒハ大網膜癒着等ナカリシハ益々其ノ正確ナル診斷ニ苦マシメタリ。

然ルニ其ノ組織學的檢索ニヨリテ單ナル慢性炎症性腫瘍ナルヲ知り得タリ。而シテ其ノ組織學的所見ニ於テハ、今日迄、組織的特徴ト云ハレタル彼ノ纖維増殖性 fibroplastic ト云フベキ像ヲ示サズ殊ニ粘膜下並ニ漿膜下ニ於ケル圓形細胞浸潤コトニフラスマ細胞並ニエオデン嗜好細胞ノ多數ヲ存スル極メテ慢性經過ヲトル非特異性炎症像ヲ見タルモノニシテ、右ノ分類外ノ一症例ニシテ其ノ源ヲ蟲樣突起ニ發セル一型ナリト思考ス。

本邦ニ於テモ最近安藤ニヨリ報告セラレタルモノハ蟲樣突起炎乃至盲腸周圍膿瘍トシテ手術シ、手術時ニ蟲樣突起ノ特異性炎症性腫瘍ト誤診セラレタル Appendicitis fibroplastica ニシテ Læwen ノ第二型ニ屬シ、コトニ蟲樣突起末端ニ限局セルモノナリ。其ノ腫瘍形成部ニ於ケル組織學的所見ノ記載ヲ見ルニ、管腔ニ接スル部分ハ全ク粘膜上皮ヲ認メズ廣汎ナル瀰蔓性ノ細胞浸潤アリ其ノ中ニ所々脂肪組織存在シ是等ノ浸潤ハ高度ニ肥厚セル結締組織ニヨリテ分畫セラルルモラングハン氏巨大細胞乃至乾酪變性部ヲ全然認明シ得ズ、……結締組織ノ増殖セル部分ニハ所々ニ血管擴張ヲ呈シ一部ニ於テ殊ニ靜脈ニ於テ血塞ヲ形成シ管腔ノ閉塞ヲ來タセルモノアリ。結締組織増殖ヲ呈セル部ノ浸潤細胞ヲ精細ニ檢スルニ、多核白血球ト單核白血球略々一對二ノ比ニ混在ス。又他ニ馬鈴薯形ノ核ヲ有スル細胞ノ存スルヲ見ルベシ。而シテ是等ノ細胞ハ一定ノ配列ヲナサズ。結締組織ノ存在スル部ニ至リテ始メテ細胞ノ配列整ヘルヲ見ル。該部ニ於テハ比較的多數ノエオデン嗜好細胞アルヲ認ム。筋層ハ著シク厚經ヲ増加シ精細ニ檢スレバ筋束ノ痕跡ヲ認メラルルニ過ギズ。其ノ他ノ部分ハ主トシテ幼若ナル結締組織ノ増殖著明ニシテ尙結締組織纖維ノ増殖モ高度ナリ。……漿膜下層ハ血管壁ノ肥厚高度ニシテ外膜ニ於テ輕度ノ彈力纖維増殖アリ……漿膜層ハ板層樣ノ纖維性沈着物アリ……等ト記載セリ。要之安藤ノ例ハ正ニ Læwen ノ纖維増殖性蟲樣突起炎ノ定型ノモノナルベシ。

尙ホ本年十月號グレンツゲビートニ於テ石山博士ハ本症ノ二例ニ就テ報告セリ。何レモノ術前診斷正確ナラザリシモ

ノニシテ、第一例ハ蟲樣突起ハ全ク盲腸壁ニ埋没シ腫瘍ハ廻盲部ニ位シ上行結腸ニ向ヒ浸潤硬結ス。廻盲部ノ通過中等度ニ障害サレ廻腸下部及ビ盲腸壁ノ肥厚著シク盲腸ハ後腹壁ニ癒着固定セラレ大網膜ニ被包サレタリト。此ノ例ノ組織學的所見ハ腸壁一般ニ著シク肥厚シ粘膜下組織ノ肥厚モ著シ、是粘膜下組織ノ結締組織増殖ニ基クモノニシテ小圓形細胞ノ浸潤極メテ高度ナリ、毛細管擴張シ充血ス、筋層亦肥厚セルモ著變ナシ。結核病竈眞性腫瘍及ビ微毒護膜腫等ノ像ヲ認メズト記載セラル。第二例ハ盲腸末端ニ鶏卵大ノ腫瘍アリ、硬度彈性ヲオブ蟲樣突起ハ該腫瘍内ニ埋没セラレテ外面ヨリ覗フヲ得ズ、腫瘍ノ表面ハ纖維素性被膜アリテ大網ト癒着シ後面ハ後腹壁ト密ニ癒着ス。而シテツノ盲腸壁ハ著シク肥厚シ一部癰痕性ニ萎縮ス、粘膜面ハ一般ニ浮腫樣ニ腫張シ盲腸壁ノ肥厚最モ著シキ部位ハ〇・五糎ヲ算ス。其ノ組織學的所見トシテハ腸壁全層ニ互、レ、ル、單、純、性、炎、症、性、浸、潤、ニ、シ、テ、特、ニ、粘、膜、下、組、織、ニ、高、度、ノ、結、締、織、増、殖、ト小圓形淋巴球ノ浸潤ヲ認ム、此ノ爲メニ該組織ハ著シク肥厚シ淋巴濾泡モ著明ニ肥大ス。筋層モ亦肥厚シ漿膜下組織ニモ圓形細胞浸潤ヲ見ル。即チ眞性腫瘍、結核及ビ微毒、放線狀菌腫等ノ像ヲ認明スル能ハズ。ト記載セリ。此ノ二例コトニ第二例ハ甚シク余ノ症例ニ酷似セリト雖モ而カモ組織學的ニハ能ク結締組織増殖ノ像ヲ示シテ“fibroplastisch”ノ名稱ニフサハシキモノト言フベシ。

其ノ他諸家ノ記載例之 Bachlechner (一九二一年)、Barth (一九二二年)、Berger (一九二五年) 等ノ報告ニ就テ其ノ組織學的所見ヲ精讀スルニ必シモ Læwen ノ記載トハ一致セザルノミナラズ特ニ Læwen ノ特異ナリトスル結締組織ノ増殖ニ就テノ所見ハ徹底セザルモノノ如シ。例之 Bachlechner “Mikroskopisch wurde jeweils nur Schwielenge-webe mit chronisch entzündlichen Infiltraten festgestellt.” “Læwen” Barth “Das submucöse Gewebe wird hauptsächlich durch ein enges Netzwerk von Bindegewebsbalken gebildet.” “Læwen” Berger “Es handelt sich um eine chronisch, entzündliche Infiltration der Cecalwand mit Lymphfollikelbildung und starker eosinophiler Zellanreicherung.” 等ノ記載セルガ如シ。

然リト雖モ各例ヲ通ジテ全層ニ種々ナル程度ニ於テ小圓形細胞ノ浸潤コトニエオデン嗜好細胞ヲ見テ慢性炎症性所見ヲ呈スルノ點ニ於テハ相一致セルモノノ如シ。故ニ Læwen ノ所謂纖維増殖性蟲樣突起炎ナル名稱ノ下ニ一括スル疾患ニ於テ、其ノ「纖維増殖性」トハ如何ナル態狀ヲ示シ且ツ幾何程度ノ意味ヲ有スルヤハ別トシテ、斯ク慢性ニ經過

スル單純性炎症ニ由來スル廻盲部腫瘍ヲ右ノ名稱ノ下ニ一括ストセバ余等ノ例モ亦將ニ氏ノ所謂狹義ニ於ケル纖維増殖性蟲樣突起炎ニ屬スベギモノナルベケレドモ己ニ記載セルガ如ク「*limited*」ノ特徵トスル「進行性ノ結締組織ノ増殖ヲ伴ハザル」ノ點ヨリセバ余等ノ例ハ正ニ氏ノ分類外ニ立ツ一型ニシテ慢性炎症性細胞浸潤ニヨル盲腸壁ノ肥厚ヲ以テ腫瘍形成ノ本態トナスモノナリ。

成立ニ關スル考察 抑々蟲樣突起炎ナル疾患ガ臨床上甚ダ屢々遭遇シ時ニカナリニ強度ノ炎症性浸潤ヲ見ルコト尠ナカラズ、而カモ吾々ノ間歇期手術ニ際シテハ多クハ治癒ニ向ヒテ僅微ナル癒着或ヒハ蟲樣突起間膜ノ癒痕性収縮等ヲ見ル場合ヲ常トスルモノナルニモ不拘、時アリテ右ノ如キ炎症性腫瘍トシテ長ク存在スルコトアルハ如何ナル理由ニヨルモノナリヤ、是レガ成因ニ關シテハ安藤ハ(一)持續性刺激説、(二)個人的特異性及ビ組織ノ定型の反應説(三)*Bachlechner* 'sche stumme schmerzempfindliche Zone' 等ニ分チ諸家ノ說ヲ綜括詳述セルヲ以テ茲ニ此ノ點ニ關シテノ記述ヲ省略スト雖モ毒力弱キ細菌ノアル條件下ニ於テ持續的發炎刺激ノ原因ヲナシ局所ノ一定特異性ト相俟テ廣汎ナル化膿性炎症ヲ起スニモ至ラズ、サリトテ完全治癒ニモ到達セズ、茲ニ慢性ノ經過ヲトルハ蓋シアリウベキコトニシテ最モ考ヘラルベキ事項ナリト思惟ス。余等ノ例ニ於テハ檢索セル範圍ニ於テ蟲樣突起ハ其ノ全長ニ亘リ肥厚セル盲腸壁ト癒着シコトニ消息子ヲ通ジテ其ノ經過ヲタドルトキ末梢部ニ近ク、トクニ深部ニ埋沒セラレ尖端ハ再ビ表在性トナリ全體トシテハ盲腸ノ側壁ニ位シテ上方ニ向ヒ其ノ狀況ハ是レヲ以テ甚シク生理的狀態ヨリ遠ザカリ、以テ常ニ炎症ヲ起シ易キ狀態ニオカレ、加フルニ之レヲ開キ精細ニ檢スルニ其ノ最モ深く埋沒セラレタル部ノ腔内ニ於テ極メテ小ナル魚骨片樣異物ニケ(一!)ヲ存在セルヲ發見セリ。コレヲ以テ直チニ其ノ原因トナスハ早計ナリト雖モ、亦本症成立ニ向テ意義アルモノナランカ、細菌學的檢査ヲ怠リシヲ遺憾トスルモ、蟲樣突起自身ノ組織學的檢査ニテハ單ナル慢性炎症性浸潤ヲ全層ニ認メタルノミトス。斯クテ此ノ蟲樣突起炎自身ハ容易ニ自然治癒ヲ營ミ難キ狀態ニアリ、斯ル蟲樣突起ヲ含ム盲腸壁ハ即チ一ツノ發炎性源泉ヲ存スルコトトモナリ遂ニ本疾患ヲ招來セルモノト解セラ

診斷ニ就テ 今余等ノ例ヲ見ルニ患者ノ告グル所ニヨレバ發病ハ約十四ヶ月前ノ暴食後ニシテ多少ノ發熱ヲ伴ヒタルモ定型の蟲樣突起炎ノ初發症狀ニ比シ稍々不滿ナル點アリ患者自ラハ腹部ノ腫瘍ニ就テハ余リ意ヲ止メズ、便秘及

ビ不快ノ感ヲ以テ醫師ノ診察ヲウケ、初メテ之レヲ發見セラレ、而カモ特ニ急性炎症々狀ヲ呈スルコトナク唯時ニ増大シ時ニ縮小シ今日ニ至リ、之レヲ診スルニ腹壁ト癒着セザル約鶏卵大ヨリ少シク大ナル硬キ腫瘤ヲ廻盲部ニ觸レ、此ノモノハ壓痛モ始ドナキ程度ニシテレントゲン線検査ノ上ヨリセバ明カニ盲腸部ニ腫瘍ノ存在ヲ證明シ得タルモノニシテ、其ノ他血液検査ニ於テ白血球數稍々多ク約九〇〇〇ヲ算シタル以外ニ特別ノ徵候ヲ缺キ、ワ氏反應モ陰性ニシテ、術前診斷ヲ的確ニ下スコト困難ナリシモノトス。今日迄ニ非特異性炎症性廻盲部腫瘍トシテ報告セラレタルヲ見ルニ、其ノ發病モ定型的急性蟲樣突起炎ノ症狀ヲ呈スルコト少ナク、又タ其ノ經過モ極メテ慢性ニシテ自覺的症狀モ不定ナルガ爲メニ、患者ノ訴フル所モ明確ヲ缺キ加フルニ吾人ノ臨床的檢診ニ於テモ特種ノ點ヲアグルコト困難ナルヲ以テ從來報告セラレタルモノモ術前ニ確診ヲ得タルモノ未ダ無ク、多クハ廻盲部癌腫或ヒハ結核等ト診斷セラレ、手術ニヨリテモ尙ホ確診ヲ得ズシテ、組織的検査ニヨリ始メテ其ノ單純性炎症性腫瘍ナリシヲ知ラレタルモノニシテ、余等ノ例亦此ノ點ニ關シテハ先人ノナセル所ト止ムヲ得ザル一致ヲ見タリ。

治療ニ就テ。從來ノ著者殆ド凡テ此ノ種疾患ニ就テ手術時ト雖モ確診ヲ得ズシテ切除術ヲ施シ、而カモ尙ホ組織的検査ノ結果其ノ單純性炎症ナルヲ知ルノ後報告シテ之レガ療法ハ切除術ナリト云フ。是レ術中ト雖モ的確ナル診斷ヲ下シ得ザルモノタル限リニ於テハ正ニ切除術ヲ施ス以外ニ道ナカルベク、殊ニ余等ノ例ノ如ク蟲樣突起ソレ自體ヲ見ラレザルニ於テハ止ムヲ得ズ切除術ヲ施セルモノトスレドモ、若シ蟲樣突起炎ニ源ヲ發セルヲ知り得テ且ツ蟲樣突起ヲ見出シ得タリトセバツトメテ、其ノ病根ヲ除去スルコトニツトムベキモノナリト思考ス。寧ロ余ハ此ノ部ノ腫瘍形成性疾患ニ就テ尙ホ充分注意ヲ拂ヒ精細ナル檢索ヲ施シ且ツ經驗ヲ重ネテ的確ナル診斷ヲ得ラレンコトヲ希望ス。而カモ尙ホ其ノ病根ノミヲ除去シ得ザル場合ハ止ムヲ得ズ病竈全體ノ切除術ヲ施行スベキモノナリト信ズ。

摺筆ニ臨ミ恩師高橋教授ノ御指導並ニ本文ノ御校閲ニ對シ、又病理學教室石橋教授ノ病理組織學上ノ御示教ニ對シ滿腔ノ謝意ヲ表ス。

附圖說明

第一圖 I—廻腸、B—バウヒン氏瓣、C—盲腸、W—肥厚セル盲腸壁斷

第二圖 A—蟲樣突起、M—肥厚セル盲腸部粘膜、Wu—蟲樣突起根部、S—尖端。

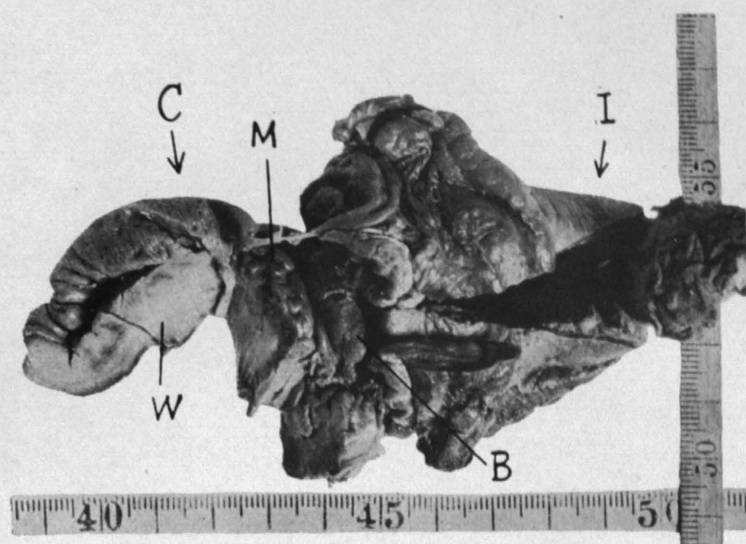
文獻

- 1) 藤安、増殖纖維性蟲樣突起炎 Appendicitis fibropastica. 日本外科學會雜誌. 第二十九回第三號. 1928.
- 2) Buchlechner, Ueber

原著 鈴木 非特異性炎症性盲腸腫瘍

- entzündliche Jeccocolitumoren. Bruns' Beitr. z. Klin. Chirurg. Bd. 124, S. 103, 1921. 3) Barth, Ueber Appendicitis fibroplastica. Bruns' Beitr. z. Klin. Chirurg. Bd. 131, S. 557, 1923. 4) Berger, Zur Kasuistik der Appendicitis fibroplastica. Zentralbl. f. Chirurg. 1925, Nr. 18. 5) Iwizeloszynski, A. Appendicitis chronica (Appendicitis fibroplastica) unter dem Bilde eines Rektumkarzinoms. Zentralbl. f. Chirurg. 1923, Nr. 41, S. 2568. 6) 石山, 單純性炎症性廻盲部腫瘍 (狹義ノ纖維增殖性腸環突起炎) 二例ト廻盲部限局性アクチノミコーム、グレンツグビート第二年第十號1928. 7) Lävren, Appendicitis fibroplastica. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 129, S. 221, 1914. 8) Lävren, Die Chirurgie herausgeg. von Kirschner u. Nordmann. 1926. 9) Reutenbunsel, Ein seltener Fall von Appendixgeschwulst. Münch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 24, S. 891. 10) 齋藤, 單純性炎症性廻盲部腫瘍ノ二例. 東京醫事新誌2461號. 大正十五年三月號. 11) 鹽田, 日本外科學會雜誌. 第十六回第二號.

第一圖



第二圖

