

行結腸が圧迫されて、一部に通過障碍も加わつたためではないかとも思う。胆嚢腫瘤を触知することは、捻転後に起る腹膜炎のために腹壁筋緊張が強くなるので、比較的困難である。

4. 病理所見：自家例は組織標本にみるように、胆嚢内側上皮の消失、粘膜層の出血、壊死があり、胆汁の吸収は行われなくなり、また胆嚢頸部壁の肥厚のため胆汁の排出が障碍されて、鬱滞胆嚢を発現したものと考えられる。また壁の筋層に癌細胞が認められるが、患者は術後1年半を経た現在、腹部に全く異常を認めず健在で、おそらく胆嚢に初発した原発性癌腫であり、摘出によつて全治したものと考えられる。

5. 治療と予後：本症の治療は、早急に開腹して、嚢を摘出する以外にはない。本症の予後は、高令者に多いために、必ずしもよくない。前記9例では、全治5例、外国では、24例中12例の治療例の記載があり、概ね、50%の治癒率とみることが出来る。

結 語

私は70才の高令婦人に発生した、稀有な胆嚢捻転症の1治療例を報告し、捻転の機序、診断等について考察を加えたが、とくに胆嚢底部に発した原発性癌のため、嚢壁の不均等に増大したことが、有力な捻転の原

因であつたと思う。

(御教示、御校閲を載いた大阪市立医科大学白羽弥右衛門教授に御礼を申し上げます。)

参 考 文 献

- 1) 川村雅俊：膽嚢捻転症の1例。日外誌，51；526，昭26。
- 2) 古賀秀夫：膽嚢捻転の1治療例。日外誌，45；12昭22。
- 3) 桂重次：膽嚢全壊疽による上腹部腹膜炎。治療及び処方，80，大正15。
- 4) 松尾巖：膽石及び膽道の疾患。京都，昭和22。
- 5) 村山長一：手術知見(胆嚢の形状異状)。大阪回生病院臨床集報，18；87，昭10。
- 6) 松倉三郎：胆嚢壊死。臨床医学，28；87，昭10。
- 7) 中尾秀雄：胆嚢捻転症の1例。日外誌，44；1141，昭19。
- 8) 成川竹藏：胆嚢捻転症の1例。日外誌，41；383，昭15。
- 9) 中原義郎：鬱滞胆嚢の1例。Grenzgebiet，10；871，昭11。
- 10) 大浦業：胆嚢捻転に就いて。日外誌，36；1703，昭16。
- 11) 櫻井英徳：原発性胆嚢癌並に肝外膽道癌の臨床的觀察。実験消化器病学，16；879，昭16。
- 12) 橋亮吉：胆嚢移動症。治療及び処方，23；933，昭17。
- 13) 高久英夫：永久治癒をなせる原発性胆嚢癌の1例。外科，3；64，昭14。
- 14) 山本周三：胆嚢捻転の1例。信州医学雑誌，1；87，昭26。
- 15) 横山成治：捻転症三題。日外誌，33，719，昭9。

特 異 な 胃 外 筋 腫 の 1 例*

附. 小腸の広汎切除

大阪市立医科大学外科学教室 (指導 白羽弥右衛門教授)

専攻生 岩 切 章・助手 黒岩良昭

(原稿受付，昭和30年1月10日)

CASE REPORT OF AN EXTRAGASTRIC LEIOMYOMA

by

AKIRA IWAKIRI and YOSHIAKI KUROIWA

From the Surgical Clinic of the Osaka City Medical School.

(Director: Prof. Dr. YAEMON SUJIRAH.)

The authors have recently resected an extragastric myoma which had been treated

* 本論文の要旨は昭和29年7月10日，第55回大阪外科集談会及び昭和29年10月24日，第3回日本消化器病学会近畿地方会において発表した。

as gastric ulcer for 20 years long by general practitioner and considered to be a neoplasm of liver just before laparotomy. The resected specimen revealed histologically to be a typical form of extragastric leiomyoma originated from muscular layer of the stomach. The case reports of this disease in Japan are not rare. But we are so much interested both in the course and in the diagnosis of our case, that we have performed literary and statistical review about the reports on this problem in our country.

緒 言

胃筋腫は、これまでに多くの人によつて、かなり詳細に報告されているが、われわれは最近、胃潰瘍として長い間治療され、さらに、たまたま指摘された腹部腫瘤を肝腫瘍の疑のもとに開腹したところ、胃壁筋層から、専ら肝胃靱帯に向つて發育した腫瘤であり、組織学的には、これが典型的な胃外筋腫であつた1例を経験したので、こゝに報告する。

なお、本例は腫瘍を胃と共に切除した後4日目、小腸捻転を併発したために、広汎な小腸切除を行つたので、これについても言及したい。

症 例

患者：45才，女，昭和29年5月26日入院。

主訴：右季肋部の無痛性腫瘤。

現病歴：25才の頃（約20年前）から、毎年しばしば呑酸、嘔雜等の胃症状があり、胃潰瘍として治療をうけていた。たまたま、昭和28年1月中旬、大量の吐血があり（患者によれば、洗面器2杯位あつたという）、また同年7月にも2度目の吐血があつたので、その直後内科に入院した。この時、はじめて右季肋部に無痛性腫瘤のあることを指摘された。同年8月中旬、3度目の吐血を来したが、この時の量は少なかつた。けれどもこの時、タール様排便をみとめた。昭和29年3月頃から、心窩部に膨満感を覚えたが、心窩部痛、その他の胃症状は殆んどなかつた。初潮は14年8ヶ月、35年1ヶ月で閉経、満28才の時男子を分娩した。

既往症：健在で、他に著患を識らない。

家族歴：特記すべき事項はない。

現症：体格栄養ともに中等度、顔色及び可視粘膜は軽度蒼白である。胸部内臓に著変がない。

局所々見：腹部は軽度に膨満し、特に右季肋部から中腹部にかけて、著明である。触診すると、該部に超手掌大の腫瘤をふれる。その内、外、下方はともに境

界明瞭、上界は肋骨弓下に移行する。腫瘤の表面は粗大凹凸不整で、弾力性硬を呈し、呼吸運動時上方に移動する。呼気時の固定はできない。浮動感がある。圧痛を訴えない。腫瘤上では濁音を呈し、他部は鼓音を呈する。腹水を証明しない。側臥位でも腫瘤の位置に変化がない。

臨床検査所見：赤血球数352万、白血球数6,800、Hb量65%、F.I. 0.92、血球像に変化がない。尿のウロビリノーゲン反応は弱陽性、糞便の潜血反応はベンチデン法で陽性。肝機能はヘパトサルファレン試験で30分後5%以上10%以下で、軽度の障害が認められる。血液のワツセルマン氏反応は陰性、胃液の総酸度は最高75、遊離塩酸最高50である。

心所見：心濁音界は上、右方は正常、左方は鎖骨中央線より3横指外方にあつて、心音は純であるが、第2肺動脈音が軽度に亢進し、心電図は正常位型を示し、T_{III}逆転（陰性化）、R_{III}2棘化、時間がやゝ延長している。aVFTは低下又は平低化して、軽度の心筋障害を認める。

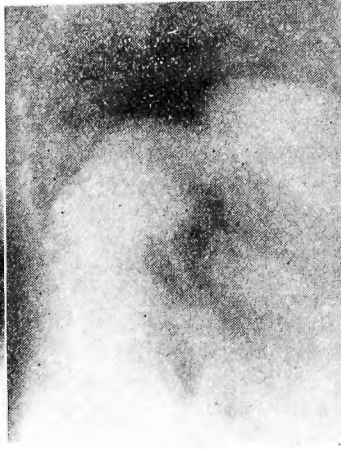
レントゲン線検査所見：気腹撮影によると、腫瘤の下極は腸骨嚢より3横指下方にあり、上方は肝左葉に移行し、肝右葉及び胆嚢との癒着は認められない（第1図）。左側臥位撮影では、肝左葉下面と癒着している（第2図）。胃撮影では、その小彎は腸骨嚢より約5横指下方に圧排されて、腫瘤は胃小彎によつて、囲まれており、胃粘膜には著変を認めない（第3図）。十二指腸像には das erweiterte C の像も認められない。経肛門撮影では、横行結腸が腫瘤のため、下方に圧排されて骨盤腔にまで下り、結腸肝彎曲部も下方に圧迫されている（第4図）。排泄腎盂造影をも行つたが、腎に異状を認めない。

以上の臨床所見から、内科入院中と同様に肝腫瘍と診断し、6月14日手術を行つた。

手術所見：閉鎖循環式麻酔の下に、上腹部正中線切開で開腹すると、小兒頭大の腫瘤が手術野の直下に現



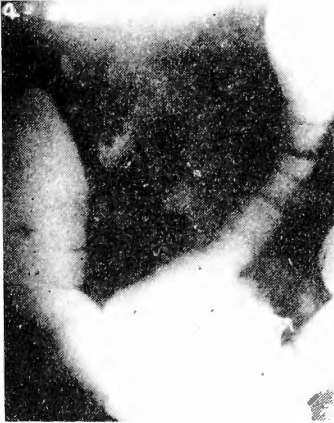
第1図



第2図



第3図



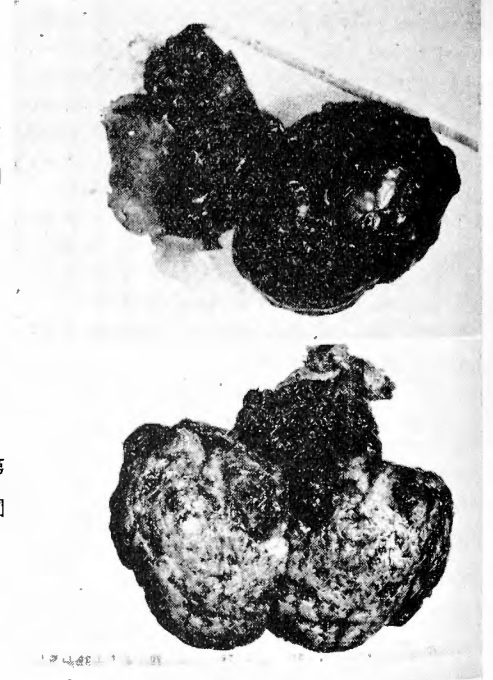
第4図

れた。この腫瘤は、その表面に腹膜を被り、光沢をもち、肝左葉下面と線維性に癒着しているが、肝胃靱帯の中にはさみこまれており、胆嚢及び脾とは無関係で、その後面は1部臍頭部と線維性に癒着していた。胃小彎、噴門側より、腫瘤と胃との間を剝離してゆくと、そのほぼ中央部で、胃粘膜が露出してきた。また小彎の噴門側では、静脈の怒張が著明に認められた。このため腫瘤を胃とともに切除して、ビルロート第1法を行った。

別出標本は、重量 1,100g、大き 14×17×11cm (第5図)、その剖面は分葉、多房性で、出血巣とみ、丁度右内側の外観を呈していた (第6図)。

組織学的には、腫瘤の实质は滑平筋線維からなり、その周囲は結合織で囲まれ、腫瘤細胞は多くの束をなして、種々の方向に配列している。また腫瘍細胞は主

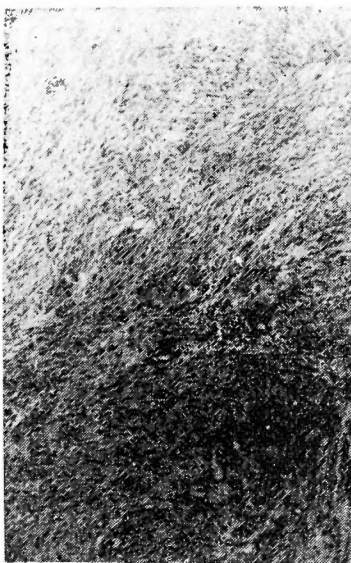
第5図



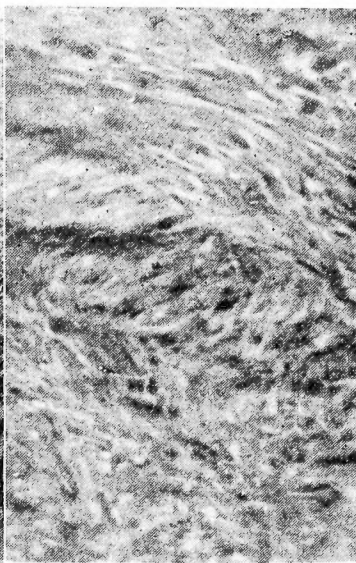
第6図

として紡錘形を呈し、その核は長楕円形で、中央に位置する。他の胃粘膜層に近い部位では、筋腫の圧迫のために、胃筋層が、すでに失われている部分をも認めることができた (第7、8図)。

術後経過：第1、2日は順調に経過したが、嘔気のみを訴えていた。第3日目の午後から、嘔気とともに嘔吐を催し、体温最高 38.8°C、腹部に鼓腸を認め、腸雑音も消失し、放屁がない。肺肝境界は第6肋骨上縁に



第7図



第8図

認められるが、下腹部には抵抗を触知する。第4日目嘔気嘔吐が増悪して、腹部全体に持続性疼痛を訴える。鼓腸はさらに増強し、下腹部の筋性防禦、ブルンベルグ氏徴候が陽性となり、下腹部中央から右側腹部にかけて、超林檎大の腫瘍を認められた。そこで、急性腹膜炎による麻痺性腸閉塞症と診断し、再び、開腹手術を行った。

再手術所見：前切開部で、再び、開腹すると、トライツ氏靱帯から約120cm、廻盲部より約80cmの間の小腸は、小腸間膜を軸として、時計針の方向に約360度捻転し、暗赤ないし黒色となり、壊死に陥つていたことがわかった。よつて壊死腸管を切除した後、これに側々吻合を行つて腹壁を閉じた。切除腸管の長さは約200cmであつた。

術後経過：再手術後の経過はほぼ順調で、手術創の中央に、一時糞垂を作つたが、10月31日全治退院することができた。この間術後2週を経てから、ほぼ平常食を摂らせただけでも、下痢、脂肪便その他の消化吸収障害を思わせる所見を殆んど見ることなく、順調に経過して、その体重は殆んど術前に回復した。

考 按

1. 統計的観察

胃筋腫は必ずしも珍しい疾患ではなく、内外の文献に多数報告されている。このうち60余例を観察すると、まず、性別はその判明せる39例のうち、15例の男

性に対して、女性は24例で、女性の方がはるかに多い。内外筋腫の別については、38例のうち、外筋腫18例に対して、内筋腫が20例で、僅かに多くなつている。発生部位は37例のうち、胃大弯部が12で最も多く、小弯部8、幽門部7で、胃底部は最も少ない。

また胃筋腫は胃の良性腫瘍中比較的多く、Elliasan, Pendergross, Wright は1926年246例について、上皮性良性腫瘍41%、胃筋腫25%、嚢腫12%、その他22%と報告している。

2. 診断

本症を思わせる適確な症状はない。胃症状は軽微であるか、または全然ないことが多いために、診断を誤つたり、これが遅れたりすることが多い。しかし、かようなものでは、胃液検査によつて、異状を認めえないときには、本疾患の疑が大きい。

吐血は重要な症状である。内筋腫では、かなり早期に粘膜層の欠損を来すので、多量の出血をみることは容易に了解されるが、外筋腫でも、本例のように粘膜層の欠損があり、また本例の手術時に認められた如く、胃の噴門及び底部に著しい静脈の怒張があつて、そのために、極めて多量の出血を来しうることは診断上、特に注意を要する症候である。従つて、この場合には、胃十二指腸潰瘍との鑑別診断が重要である。現に本症例は20年の長年月にわたり、胃潰瘍として診断加療されていたものであつた。

さらに重要な診断の根拠となるものはレ線所見である。一般に内筋腫の場合には、陰影欠損を伴う悪性腫瘍との鑑別診断は容易であるが、外筋腫の場合には、胃外腫瘍と誤診され易いことも、先人の指摘している通りであつて、本例も10ヶ月余にわたり、手術前まで、肝腫瘍と誤診されていたものである。即ちレ線所見では腫瘍の上部が肝左葉に移行していることから、肝腫瘍と診断されたものではあるが、本例では肝胃靱帯が全体として、腫瘍化していたために、その鑑別が一層困難であつたわけである。しかし、レ線上、肝、脾に対して境界的關係を確認した時には、胃腫瘍の診断も困難ではないと考えられる。寺内・佐伯は造影

剖嚥下後、腫瘍が胃の移動に伴い、触診によつて胃の陰影とともに移動するか否か、また陰影が胃腔内に向い球形を呈し、その表面が平滑であつて、潰瘍状に崩壊していないかどうかなどの所見によつて、胃の良性腫瘍が特有なレ線所見を呈することを述べている。

以上述べた臨床竝にレ線所見によつて、さらに胃筋腫が、必ずしも、稀有な疾患ではないことを念頭におくならば、本症の診断も敢て、困難ではないと考えられる。

3. 発生原因

胃筋腫は、それが発生する胃壁の層によつて、粘膜下筋腫、筋層内筋腫、漿膜下筋腫に区分され、また増殖の方向によつて内、外筋腫に区分されているが、その発生原因については、まだ定説がなく、Virchowの局所刺戟説、Cohnheim, Ribbertの先天的素因説、Winkelの炎症原因説等がある。本例の病理組織像を追求すると、筋腫が粘膜層を下方から圧迫して、胃筋層が全然見られない部分がある。このような例はLieblein及びTilipらも報告している通り、筋腫が胃筋層から発生したものであることを明瞭に示しているが、筋層の何れから発生したかを立証することはできない。

4. 小腸の広汎切除

小腸の広汎切除については、やはりすでに多数の報告があり、Doeflerが僅かに32cmを残して、560cmを切除し、術後6年健康に生活している例を始め、小腸の過半を切除して、なお消化吸収に異状のない例が多い反面、また殆ど以下程度の切除によつても、消化吸収に障害を起した例があつて、小腸切除の安全限度を有する人は80%といい、またあるものは50%或は以下ともいつているが、今日諸家の一致した見解は、概ね殆どと考えられている。本症例では、概ねその殆ど小腸を切除し、術後2週で、平常食をとらしめ、またその後5ヶ月間勿論過食暴食は避けるように注意しているが、下痢腹痛等の消化障害を起したことがなく、既に体重も術前に復帰して、健康な生活を続けている。

小腸の長さに関する諸家の報告をみると、最短375cm、最長1,128cmとの記載があるが、普通は600~700cmとなつており、本例では約400cmで極めて短い例と考えられる。また空、廻腸についていへば、前者は一般には全小腸の3/5、後者が3/5であつて、両者の消化吸収機能については空腸が重要であるともいい、或は同等であるともいわれ、意見の一致をみていな

い。

本例での切除領域は、空腸の1/4と廻腸の3/5に該当するものと考えられるが、術後の消化障害が全然現れなかつたことからみると、空腸が廻腸に較べて、より重要な役割をもっているのではないかと考えさせられる。

結 語

45才の婦人で、20年来胃潰瘍として加療せられ、たまたま指摘された腹部腫瘍に対して、術前の診断が困難であつた胃外筋腫の1例を報告した。また該腫瘍剔出術後に偶発した小腸捻転症に対し広汎な小腸切除を行つたので、その結果についても言及した。

参 考 文 献

- 1) Axhausen: Mitteil. a. d. Grenzgebiet d. Med. u. Chir., 21; 1909.
- 2) Borst: Pathologische Histologie, 126, 1922.
- 3) Doefler, H.: Kann der Mensch ohne Dünndarm leben? Zentralbl. f. Chir., 50; 1502, 1923.
- 4) 福田源治: 大型胃筋腫. 十全会雑誌, 43; 2035, 昭13.
- 5) 萩原義雄: 腹部内臓外科学, 上巻, 419, 東京, 昭25.
- 6) 平島準: 胃癌症状を呈せる筋腫の1例. 日外誌, 49; 293, 昭24.
- 7) 市川博信: 消化管平滑筋腫の3症例. 日本外科寶函, 17; 954, 昭15.
- 8) Kirschner, M.: Die Chirurgie, 6; 467, 1941.
- 9) 河野三代松: 胃平滑筋腫の1例. 台湾医学会雑誌, 35; 1337, 昭11.
- 10) 栗原重雄, 石田泰子: 胃筋腫の1例. 日外誌, 54; 87, 昭28.
- 11) 加藤彬芳: 廣汎な小腸切除. 外科, 13; 518, 昭26.
- 12) 麥谷碧, 寺安久: 胃筋腫の1例. 外科, 15; 521, 昭28.
- 13) 中山茂樹: 胃腸管筋腫知見補遺. 日本外誌, 17; 543, 大5.
- 14) Oglivie, Robertson, F.: Pathological Histology, 84, 1948.
- 15) 瀬尾貞信: 胃筋腫の1例. 日外誌, 19; 941, 大7.
- 16) 沢口貞藏: 小腸廣汎切除の2例. 日本臨床外科医学会雑誌, 10; 1~2, 10, 昭24.
- 17) 田宮知耻夫: 胃の良性腫瘍に就て. Grenzgebiet 9; 557, 昭10.
- 18) 津田誠次: 胃線維筋腫手術治験例. 日外誌, 41; 1390, 昭16.
- 19) 太山森清: 胃筋腫の1治験例. 日外誌, 39; 1278, 昭14.
- 20) 寺内雪男, 佐伯仁壽: 1例の胃筋肉腫のレントゲン所見について. 実験消化器病學, 3; 1145, 昭3.