

22; 52, 1951. 14) 佐藤陸平 : Emphysematous Bullae and Blebs, with Special Emphasis on its Pathological Physiology. 呼吸と循環, 3; 41 5, 1955. 15) Segal, M. S. : Chronic Pulmonary

Emphysema. 16) Warring, F. C. and Lindskog, G. E. : Surgical Management of Giant Air Cysts of the Lungs. Am. Rev. Tuberc., 63; 579, 1951.

慢性炎症性腹腔内腫瘍の3例について*

大阪市立大学医学部外科学教室 (指導 白羽弥右衛門教授)
専攻生 槌賀良太郎 研究生 五島 孝彦
(国立療養所延寿浜園外科長) 厚生技官 源河 朝明

[原稿受付 昭和31年4月2日]

THREE CASES OF CHRONIC INFLAMMATORY ABDOMINAL TUMORS EXPERIENCED IN SURGICAL CLINIC

by

RYOTARO TSUCHIGA, and TAKAHIKO GOTO

From Department of Surgery, Osaka City University Medical School
(Director : Prof. Dr. YASUO SHIRAHATA.)

and

TOMOAKI GENKA

From Surgical Division of National Sanatorium, Enjuhamaen
(Chief : SHOGO YOSHIZAWA.)

In this paper it is reported on three cases of chronic inflammatory abdominal tumors, two of which were recognized to be the epiploitic lipoidglanulomata of unknown origin, the other was confirmed to be so called Schloffer's tumor developed after appendectomy.

Case 1, a 65 years old man, continued to have vomiting and nausea for 7 months and sometimes developed colic pain in the left hypochondrium, but he had no trace of blood in his stools.

After he was admitted to the hospital, he underwent laparotomy on Nov. 13, 1952. In the peritoneal cavity there was an inflammatory tumor larger than a hen's egg in size, adhering to the transverse- and descending colon, to the greater curvature of the stomach and to the parietal peritoneum.

In the cutsurface there was seen massive fibrous scar tissue resembling fat tissue containing multiple small necrotic cavities. Microscopic examination revealed that the lesion had consisted of chronic inflammatory changes with remarkable so called xanthomcells.

Case 2, a woman aged 62, was admitted to the hospital for a nonpainful mass in the right lower abdomen. On her hospitalization, an apple-sized tender mass was palpated in the right mesogastrum, and after laparotomy and microscopic examination it was revealed that there was a tumor in the right peritoneal cavity,

the nature of which was also inflammatory, containing remarkable xanthomcells with ordinary cellular infiltrations.

Case 3, a housewife aged 24 was operated on acute appendicitis on July 2, 1955, and 2 months later she was married.

She was sometimes suffering from spontaneous colic pain in the ileocecal region after the previous appendectomy and complained of a pain attack on Jan. 16, 1956. Physical examination disclosed hen's egg sized tender mass in her ileocecal region, and after laparotomy an inflammatory tumor of goose' egg size in front of coecum was resected operatively.

In the central part of this tumor several seel fibers were found, being surrounded by inflammatory granulating tissue. It was confirmed that this tumor coincided with so called Schloffer's tumor.

まえがき

慢性炎症性腹腔内腫瘍については1853年 Virchow が記載したのをはじめとして、欧米においては Moynihan (1906), Proust (1907), Mayo Robson (1908), Braun (1908) など多くの学者によつて研究されたが、なかんづく Laewen (1914) は本症の廻盲部に生じる場合について詳述し、これを線維増殖性虫垂炎と名付けた。その後 Tietze (1920) は炎症性大腸腫瘍を形態学的に分類し、またその成因についても検討を加えた。本邦においては後藤 (1912) の報告をはじめとして昭和15年堀部は自家症例を加えて本邦における66例を蒐集し、その後の報告例をあわせると78例に達している。

われわれは最近腹腔内に無痛性腫瘍を生じたものについて開腹した結果、いずれも興味ある慢性炎症性腫瘍であることがわかつた3症例を経験した。このうち2例はその成因がなお不明であるが、組織学的検索の結果、Lipoidgranulom と考えられるものであり、他の1例は原因と発病経過が極めて定型のものであつたので、これら3症例について、こゝに報告し、併せて文献的考察を加えた。

症 例

第1例：53才，男，無職。

主訴：両側腎部の無痛性腫瘍。

家族歴および既往症：家族に結核，癌，遺伝的疾患

* 本論文の要旨は昭和28年2月14日第38回大阪外科集談会において発表した。

などに罹患したものはなく、また既往症に特記すべきものもない。

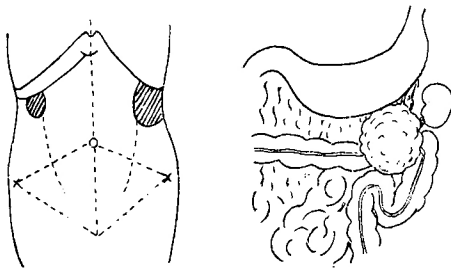
現病歴：昭和27年4月、すなわち入院の約7ヵ月前夕食の直前なら認むべき誘因なく突然悪心を覚え、少量の胃液様液体を数回にわたつて吐出した。同時に腹部全域にわたる鈍痛を覚えたが、医治をうけることなく3日間絶食し、そのうち3週間臥床して一旦軽快することができた。しかしそれ以来同様な悪心、嘔吐、腹痛発作が殆んど毎月1～2回、時には4～5回あらわれ、全快するに至らなかつた。疼痛は主として左季肋下部にあらわれ、時々腹鳴を伴い、背部に放散することもあるが、とくにこれと食事との関係はなく、疼痛の間歇期には何ら自覚的症状を残さないのが常であつた。同年7月頃になると、全身倦怠感、違和感が強くなり、左腎部の腫瘍を自覚した。この頃から便秘に傾き、5～7日に1行程度となつたが、テール便を排泄したことはなく、排尿についての愁訴も全くなかつた。その年の8月には小康をえたが、9月以降再び悪化したので、10月13日当院内科に入院して、約3週間のうち、11月1日外科に転科した。入院以来軽い体温上昇がみられ、時に38°Cをこえることもあつた。

現症：体格やゝ大、栄養衰え、皮膚や可視粘膜には貧血が著明。脉搏、呼吸はともに正常。舌は灰褐色、滑沢、乳頭の萎縮をみとめる。頸部および他のリンパ節に腫脹がなく、胸部理学的所見やレントゲン写真上心肺に異常を認めない。また肺肝境界は右乳線上第6肋間に証明される。

腹部は平且かつ軟かで、蠕動不穏や腹壁静脈の怒張がなく、肝は右乳線上肋弓下に2横指径触知され、辺縁は鈍であるが、圧痛はなく、胆嚢を触れず、両側腸

骨窩にも特記すべき所見がない。

ところが第1図のように左季肋下部に手掌大の膨隆があり、触診上、右腎部には超鶏卵大、左季肋下部には大人手拳大の腫瘤をそれぞれ触れる。このうち左季肋下部の腫瘤は双手触診によつてもつともよく触知せられ、その表面は粗大凹凸不整、境界明瞭で、弾性硬を呈し、呼吸性移動に乏しく、波動を証明しない。右腫瘤には、その周縁の一部において、ところどころ捏粉様柔軟な部分もあるが、可動性がなく、また両腫瘤の上界は肋弓下にかくれて、ともに触知しえない。



第1図

第2図

表1 血液所見

	手術前	手術後
赤血球数	400万	442万
血色素量(ザーリー値)	80%	80%
白血球数	7,800	11,300
桿状核	25%	14%
分葉核	55%	45%
リンパ球	30%	34%
単球	0	5%
好酸球	0	2%
好塩基球	0	0
赤沈	1° 75mm 2° 110mm	
血清高田氏反応	陽性	
血清コバルト反応	R ₆	
梅毒血清反応	陰性	

諸検査成績：血液、尿の所見は表1, 2, 3, 4の如くである。なおフェノールズルフオンフタレイン試験では始発時間13分、1時間排泄量60%、2時間排泄量28%で軽度の腎機能障害を疑わしめるものであり、Vorhardt-Fahr 試験の結果は表4の通り、遅延完全反応と判定した。

逆行性腎盂造影を行うと、腎盂は上下に延張、拡大している。注腸法による腸透視所見では写真1の如く、

表2 尿所見

淡 黄 清 澄	
アルカリ性	
糖	陰 性
蛋 白	陰 性
ビリルビン反応	陰 性
ウロビリノーゲン	疑 陽 性
沈渣	赤血球 極少 白血球, 円柱, 細菌等陰性

糞便所見

ピラミドン反応	陽性
ベンチチン反応	陽性
寄生虫	なし

表 3

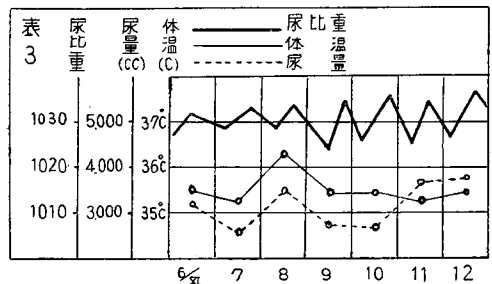


表4 Vorhardt-Fahr の試験

時間	尿量 (cc)	比重 (15°C)	備考
7~8a.m	50	1,022	8°体重49kg
8~9	130	1,011.8	8°15'水1立服用
9~10	280	1,008.5	4時間後 尿量610cc
10~11	150	1,008	
11~12	50	1,006	24時間尿量 1,155cc
0~2p.m	45	1,018.5	
2~4	60	1,019.5	8°体重 49kg
4~6	50	1,014	
6~8			8°体重 49kg
8~10	90	1,021	
10~翌朝 8a.m	300	1,016	

結腸は脾彎曲部において狭小となり、バリウムの進行は一時杜絶し、横行結腸の陰影をみとめることができず、この部分において腫瘤を触知できる。造影剤をさらに加圧、注入すると、やがて再び結腸肝彎曲部の狭小不整形陰影があらわれはじめ、上行結腸、盲腸など



写真 1 注腸法による大腸レ線所見

の像をも現出するに至るが、この際右腫瘤を肝彎曲部に一致して触知された。レ線透視上左腫瘤に接して脾切痕を思わせるような陥凹を触れることはできないがなお脾腫との鑑別のために1,000倍アドレナリン0.7ccを皮下に注射したのち、時間を追って腫瘤の大きさを測定したが、何らの変化も来さなかつた。

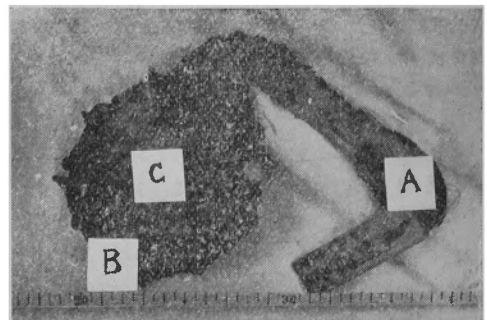
以上の成績から一応囊腫腎の疑をもつて手術を行った。

手術所見：腰髄麻痺下、左ベルグマン・イスラエル氏斜切開によつて後腹膜域に達した後、腎脂肪膜を切開して左腎を触診したところ、腎は腫瘤のためやゝ頭側に圧迫されているが、正常大で、周囲との癒着はなく、腫瘤は明らかに腹腔内にあることがわかつた。それで手術創をさらに内下方に延長して腹腔を開くと、この腫瘤は第2図のように、結腸脾彎曲部に近い部分にあり、かつ下行結腸、胃大彎、前腹壁などの間にあつて相互に線維性に癒着し、大網との癒着も強く一塊となつていた。しかし、腫瘤と脾との癒着は軽く、脾には肉眼的に異常がない。また腫瘤と前腹壁との癒着部では炎症性肥厚がとくに強く、前腹壁腹膜をこえて腹筋群にまで及んでいた。それでまず前腹壁との癒着がない部分で腹筋を切離して腫瘤の前面を遊離したのち、腫瘤を含めて、横行結腸の左1/3部、結腸脾彎曲部および下行結腸を切除した上で、残存横行結腸下行

結腸の間に端々吻合術を行った。脾は正常で、腸間膜リンパ節の腫脹はなく、結腸間膜も腫瘤と癒着している部分以外は全く正常であつた。肝はその前縁において前腹壁と癒着しているほか変化がなく、右腎にも触診上異常がない。しかし右腎部の腫瘤を最初の開腹創から探索することができなかつたので、さらにつぎの機会をまつことにして、排液管を手術創に挿入し、これを一次性に縫合、閉鎖した。術後の経過は概ね良好で、術後9日目に至り、手術創の一部が化膿したけれども、排膿により間もなく治癒し、術後6週間目に退院した。患者はその後、家庭事情のために来院しないので、右腎部腫瘤に対しては手術を行うことができなかった。

剔出標本所見：肉眼的に腫瘤は9×9×4cmの大きさで、卵円形を呈し、その口腔側には4cm長の横行結腸、肛門側には下行結腸が15cm長にわたつて切除されて附着している。腫瘤は弾性硬で、その割面は灰白色、結合繊維様であるが、そのなかには黄色粟粒大ないし米粒大の脂肪様組織が島嶼状に散在し、さらに腫瘤の表面に近く米粒大以下の軟化壊死巣がみとめられる。結腸粘膜には潰瘍、癒痕などみられないが、結腸の内腔は小指を通じうる程度に狭窄している(写真2,3)。

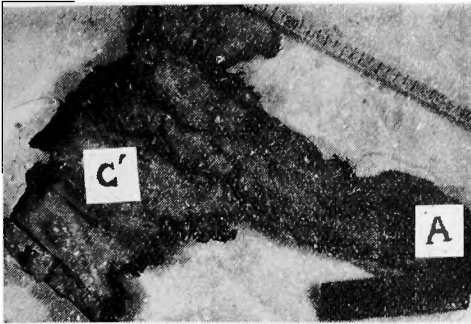
写真 2 剔出腫瘤



A…肛門側, B…口腔側, C…腫瘤

組織学的所見：結腸粘膜に異常はないが、粘膜下組織は高度に肥厚、結合繊維化し、形質細胞及び円形細胞の浸潤が著明で、多形核白血球の浸潤もみとめられる。特有なことはリポイドを有する微細多孔性のいわゆる Schaum Zellen が多数にみとめられることであつて、ところによつては島嶼状に脂肪組織塊状をなしている。筋層もまた大部分結合繊維化して、これを明瞭に識別することができない。漿膜層および腹膜の識別

写真3 剔出腫瘍剖面



C…腫瘍剖面

も困難で、筋層がたぐちに腫瘍組織に移行する像がみられる。また腫瘍の実質は一樣に結合繊維化して、これにも細胞浸潤、Schaum Zellen がみとめられ、表層部に近いところでは、ところどころに壊死巣をみる。しかしグラム染色を行つても細菌、真菌ならびに寄生虫などを証明しえない(写真4, 5, 6)。

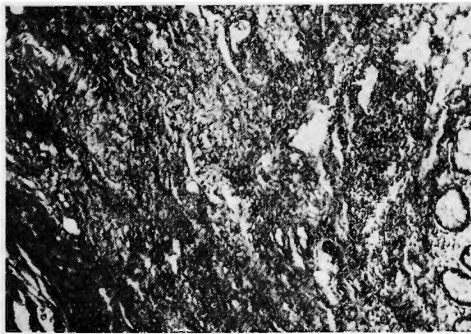


写真4 筋層部の線維化(弱拡大)



写真5 浸潤細胞(弱拡大)

小括：本例の発病はきわめて緩慢で、その症状も軽く、初診時両側腎部に表面粗大、凹凸不整の腫瘍があ

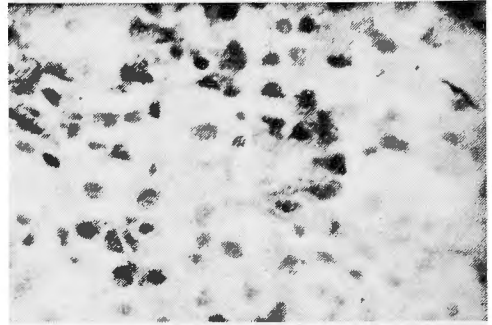


写真6 腫瘍実質内の泡沫細胞(強拡大)

り、軽度の腎機能障害を伴っていたので一応囊腫腎を疑つたのであるが、開腹の結果、結腸周囲に発生した炎症性肉芽腫で、これを大網が圍繞したものであることがわかつた。

組織学的にはこのものは非特異性単純炎症性腫瘍の像であつたが、そのなかに特有な Schaum Zellen をみとめることから、いわゆる Lipoidgranulom といつてよいものであると考えられる。なお右腎部の腫瘍に対しては、患者の家庭事情のため手術を行うことができず、従つてその本態を明らかにしえない。けれども手術に関連して化学療法を行つたのち、この腫瘍が著しく縮小したので、これもやはり炎症性腫瘍であつたと考えてよいであろう。

第2例：62才、女子。

主訴：廻盲部の無痛性腫瘍。

家族歴：父は脳溢血で死亡し、母は老衰死した。兄弟は3人あるが、いずれも健康。子供は5人あつたが、そのうち1名が戦死したほかいずれも健在している。

既往歴：約1年前脳溢血を患い、現在もなお下肢の運動障害がある。また32才より5回の流産を経験したが、そのうち第1回目と第5回目とは不完全流産であつたために子宮内膜搔爬術をうけた。しかしこれまでに他の原因による腹痛や体温上昇を経験したことがない。

現病歴：約4ヵ月前寝起のさい、廻盲部に軽度の牽引様疼痛を覚えたが、これは約2週間で一旦消退した。ところが約1ヵ月前から廻盲部に手拳大の硬結があるのに気づき、軽い圧痛を覚えた。この頃から食欲不振、全身倦怠感などを覚えるとともに、削瘦が目立つようになった。また脳溢血発作以来便秘に傾き、下剤を服用する必要があつた。排尿は1日2～3回。

現症：体格中等度，栄養不良。脉搏毎分70至，規則正しく，緊張良。呼吸安静，やや胸式型。苦悶状の顔貌ではないが，皮膚，可視粘膜などは軽く貧血性で，舌は灰白苔でおゝわれ，咽頭には軽い発赤がみられる。頸部その他のリンパ節には異常がない。心濁音界は正常であるが，心尖部での収縮期音が不純，第Ⅱ大動脈音がやや亢進している。血圧は最大130mmHg 最小62mmHg。肺野に異常がなく，肺肝濁音界は横乳線上，第5肋骨の下縁に証明される。

局所所見：腹部は皮下脂肪織に富み，両側々腹部も膨隆しているが，胃腸管の蠕動不穏をみとめず，下腹部に古い妊娠線をみるほか，腹壁静脈の怒張もみられない。右臍腸骨前上棘線の頭側で，これから肋弓におよぶ範囲がびまん性に膨隆し，視診に一致して大人手拳大の腫瘤をふれる。このものゝ正中線には圧痛があるが，他の大部分は無痛性である。触診のさい腹筋を緊張せしめると，腫瘤は縮小してふれる。また双手触診を行うと，この腫瘤は小児頭大によくふれる。なお腫瘤の周辺部では腸管のグル音をふれることもできるが，腹部聴診上腸音は一般に微弱である。腫瘤の表面をおゝっている側腹壁皮膚には浮腫，肥厚などがみられず，ホルダーウイン氏徴候も陰性。左下肢には軽い萎縮がみられ，尖足位をとっているが，膝蓋腱反射，アキレス腱反射などはともに正常で，異常反射は証明されない。肛門内用指触診を行うと，直腸膨大部がやゝ拡大し，糞塊で充たされているが，ダグラス氏窩底には異常がない。入院時の検査成績は表5のようである。つぎに経口的ならびに経肛門的にバリウムを注入して，腫瘤と腸管との関係をレ線学的に検査した

表 5

血液所見	尿所見		
赤血球数	260万	蛋白	陰性
血色素量 (ザーリー値)	50%	糖	陰性
血色素係数	0.96	ウロビリニン反応	陰性
白血球数	4,200	ウロビリノーゲン反応	陽性
桿状核	11%	沈渣	赤血球，および白血球をみとめる
分葉核	57%	糞便所見	
リンパ球	21%	潜反応	グアヤック法 陰性
好酸球	4%	血反応	ベンチジン反応 陽性
単球	7%	寄生虫卵	なし
好塩基球	0		
血清高田氏反応	陰性		



写真7 注腸法による結腸レ線所見

ところ，写真7のように，腫瘤は横行結腸の右半部，上行結腸ならびに廻腸終末との間にあつて，これらに接し，かつ，横行結腸の右1/3の部分で癒着しているものゝ如く，この部分で経肛門的に注入したバリウムは，一時的に停滞し，さらに加圧すると盲腸まで何らの抵抗もなしに進行する。また腎盂撮影を行つてみたところ，右腎と腫瘤との間には何らの関係もないことがわかつた。

臨床診断：後腹膜腫瘤

手術所見：右直腹筋外縁切開および右側腹部横切開を加えて開腹したところ，皮下脂肪組織の発達は甚だ良好であるが，前腹壁筋層および前腹壁腹膜は著しく炎症性に肥厚し，これと腫瘤とが線維性に癒着しているため，腫瘤の右外縁にそい，直腹筋および内，外斜腹筋を鋭性に切断することが必要であつた。腹腔内には濁濁のない腹水が少量澱溜している。

腫瘤は廻腸末端部，上行結腸および横行結腸の3者にとり囲まれ，しかも結腸肝彎曲部を除き，これらと線維性に密に癒着しているが，盲腸および虫垂とは癒着せず，またこの部分には炎症性所見もみられない。なおこの腫瘤は後腹膜とも密に癒着して，小腸の大部分を腹腔の左側におしやつている。そこでこの腫瘤およびこれに癒着している範囲の廻腸末端，盲腸，上行結腸，結腸肝彎曲および横行結腸の右1/3部を一塊として後腹膜より剝離，切除したうえ，順蠕動性廻腸横行結腸側々吻合術を行つた。このさい腸間膜欠損部には小腸係蹄を縫着固定したのち，後腹膜域に排液管を

挿入し、また腹腔内には結晶ペニシリンG20万単位およびストレプトマイシン1gを注入、撒布して、腹壁を一次性に縫合閉鎖して手術を終った。術後の経過は順調で患者は術後32日目に全治退院した。

剔出標本所見：肉眼的に腫瘍は手拳大で、その表面はやゝ平滑であるが、やゝ粗大な凹凸があり、割面は大部分淡黄脂肪色を呈し、一部分灰褐色に着色しており、やはり弾性硬で、板様硬を呈する部分がなく、軟化した部分や膿瘍などはみられない。しかもこの腫瘍に癒着している腸壁の部分には肉眼的に異常がない。すなわち粘膜面は健常で、糜爛、浮腫、潰瘍などをみとめず、また筋層の肥厚もなく、腸壁と腫瘍との癒着部には癭痕形成などをみず、大網がこの腫瘍の一部に附着している(写真8)。

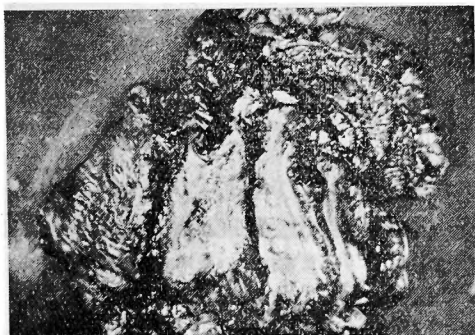


写真8 剔出腫瘍(割面)

組織学的所見：腫瘍と癒着している結腸の粘膜には健常な部分が比較的多いが、一部には粘膜組織にまで達する細胞浸潤窩をみとめる。しかし粘膜下組織、粘膜筋板ならびに筋層は大部分結合繊維化しており、線維細胞、プラズマ細胞、リンパ球、好中球、組織球ならびに好酸球などがところによつて、集団状に密に浸潤して(写真9, 10)、これが腫瘍に移行し、こゝ

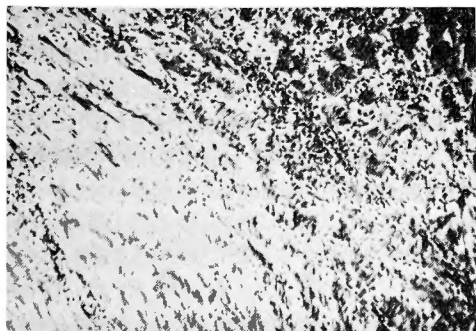


写真9 筋層部の線維様変性(弱拡大)

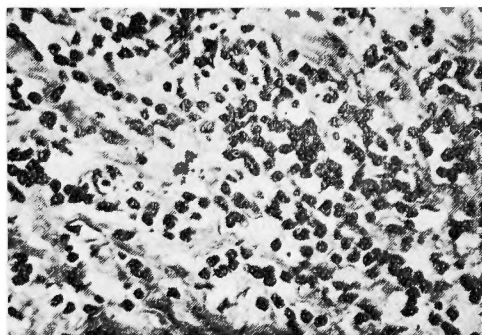


写真10 浸潤細胞(強拡大)

では漿膜を識別することができない。腫瘍実質内にも上記のような慢性炎症性変化が著明にみられるうえ、いわゆる Schaum Zellen や大型の単核球も散在する(写真11)ほか、血管内膜の肥厚も散見される。

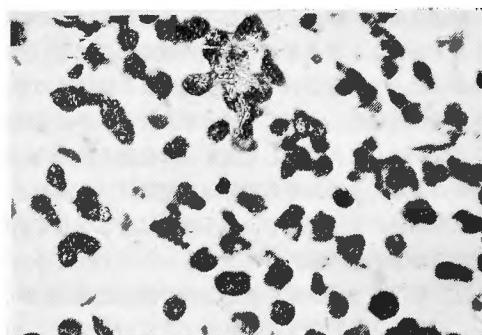


写真11 腫瘍実質内の泡沫細胞(強拡大)

小括：本例も第1例と同様、その発病ならびに経過が緩慢でかつ長く、腹壁皮下脂肪が厚いために長く気付かれず、腫瘍が著明に増大し、来院時には双手触診によつて腫瘍をもつともよくふれることから、後腹膜腫瘍と考えられた。しかし手術の結果、廻盲部小腸結腸間膜に発生したと思われる小児頭大の炎症性腫瘍であつて、組織学的には Schaum Zellen をふくむ慢性炎症性変化の像を呈した。従つてわれわれは、本例をも第1例と同様、Lipoidgranulom と考えたい。

第3例：24才、女。

主訴：廻盲部疼痛。

既往歴：昭和30年7月2日(6ヵ月半前)虫垂炎に罹患し、虫垂を切除された。昭和30年9月結婚し、同年12月25日妊娠の徴候を来したので人工妊娠中絶術を受けたが、その後の経過は良好であつた。

現病歴：虫垂切除術をうけて以来、時々廻盲部に自発痛を覚えることかあつただ、本年1月5日嘔気とと

もに、廻盲部に自発痛を覚えた。その翌朝には苦痛が幾分軽快したが、その後このような苦痛が持続し、夜間にはとくに強くなり、ときに嘔気をも伴い、軽快しない。1月16日夜半から、かなり強い廻盲部痛と、頻回の嘔吐とを来し、かつ腹部が全般に膨隆して来たので、1月17日某医の診を乞い、洗腸が行われて、大量のガスと糞便を排泄したためか、気分がやや爽快となった。けれども17日夜さらに強い廻盲部痛を覚えるにいたつたので、当院産婦人科に入院、腹腔内腫瘍を指摘されて、1月22日外科に転科した。

現症：顔貌整い、意識は明瞭で、皮膚ならびに可視粘膜に貧血や黄疸をみとめない。脉搏は規則正しく、緊張良、分時70至。呼吸は静整、胸腹型。心濁音界は正常で、異常の心雑音を聴かず、肺野にも理学的に異常所見をみとめない。

腹部は全般にびまん性に膨隆し、上腹部に胃の輪廓をみとめることができるが、腸の蠕動不穏はない。廻盲部には、一期癒合した交叉切開による約5cmの手術痕がみられる。腹壁は全般に軟かであるが、手術痕の頭側で、これに接して鶏卵大の硬結を腹腔内に触れることができる。その境界は不明瞭、弾性硬を示し圧痛があり、よく移動し、双手触診によるよりも前腹壁からの方がよく触れる。

肝、脾、腎を触れず、また左腸骨窩には異常がない。腸音をよく聴取することができるが、金属性音響を呈することもない。

肛門内用指触診では、直腸膨大部が拡大しているがダグラス氏窩底に何らの異常をも証明しがたい。

来院時赤血球数462万、血色素78%（ザリー値）、白血球数5,700。

手術所見：腰髄麻酔により右直腹筋外縁切開をもつて開腹すると、皮下脂肪の沈着は良好。腹腔内には腹水の滯留がなく、廻盲部に鶏卵大、弾力性硬の腫瘍が見出された。このものの前縁は前腹壁腹膜と、またその背面は盲腸壁と、さらに頭側は横行結腸の一部と線維性に癒着しており、この腫瘍の正中側外縁は発赤、肥厚した大網に移行しており、なお腫瘍の背後にある廻盲部リンパ節の1個が母指頭大に肥大している。しかし腹腔内他臓器には異常がなく、また腸管の他の部分には癒着、狭窄、ないし炎症性所見などを全くみとめない。そこで廻盲弁から10cm口側で廻腸を切断し、この部分より、横行結腸の右半部までを腸間膜をも含めて腫瘍とともに切除したのち、逆蠕動性廻腸横

行結腸側々吻合術を行い、腸間膜欠損部を縫合した。また腹腔閉鎖にさいして、右側腹部に排液管を挿入し、腹腔内にはペニシリンG20万単位、ストレプトマイシン1gを注入撒布して、腹壁を一次性に縫合、閉鎖した。

剔出標本所見：肉眼的に腫瘍は表面に粗大な凹凸があつて、弾性硬を呈し、その剖面は淡黄脂肪色で、中心部に小豆大の軟化融解巣があり、この中から結紮絹絲集塊が証明された。腫瘍と癒着していたために、ともに切除された腸管の粘膜面には病的変化がみられな



写真12 剔出腫瘍
(矢印は結紮糸の残存部を示す)

組織学的所見：結腸粘膜は全く正常で、粘膜下組織筋層にも異常がないが漿膜は腫瘍組織と密に癒着している。腫瘍の実質は結合織に富み、血管をかこんで細胞浸潤がところどころにみられるが、Schaum Zellenは見出されず、悪性瘍腫細胞はどこにも見当らない。すなわち腫瘍は炎症性のものであつて、腸管と線維性に癒着しているが、炎症性変化が腸管壁には全く及んではない。

小括：本例は第1、第2例と異なり、前回の虫垂切除術が誘因となつて発病したことが明らかであるうえ剔出腫瘍のなかから、先行手術に使用された絹絲を証明することもできたものである。腫瘍剖面の肉眼的所見や組織像では、さきの2症例と類似するところがあるが、Schaum Zellenは見出されず、異物を中心として形成されたSchloffer氏腫瘍と考えるべきものである。

考 察

腹腔内ことに大網や腸間膜に局限性炎症巣ができて長期間吸収されない場合には、これを中心として慢性

炎症性肉芽腫が形成されることは推測に難くなく、ほとんどあらゆる炎症性病変の治療過程において多少にかかわらずみられるところである。

ところが炎症性病変の局所において、何らかの機転のために病変の吸収が妨げられ、一方炎症性腫瘍の実質内に脂肪変性がおこり、滲出した組織球や白血球から生成されたと考えられる Lipoid を有する Xanthomzellen (Schaum Zellen) を腫瘍組織内に見出される場合には、組織学的にこれを Lipoidgranulom といわれる。従つて Lipoidgranulom は広義の慢性単純炎症性肉芽腫のうちに包含されるべきものであつて、その成因は大略一般慢性炎症性腫瘍の場合と異なるところがない。たゞかゝる慢性炎症性腫瘍の一部分から如何なる機転によつて Lipoidgranulom が形成されるに至るかについては、今日までのところ、その臨床報告例が甚だ稀であるために、なお不明の点が多い。たゞ本症の誘因となりうる事項としてこれまでにあげられたところは下記の如く要約することができる。すなわち

- 1) 持続性刺戟：細菌性、機械的あるいは化学的刺戟、
- 2) 個人的特異性：ケロイド体質など、
- 3) 解剖学的特異性：(i) 廻盲部は特異な形態をとり、かつ移動性があつて、虫垂炎、付属器炎などがこゝに波及し易い。(ii) 大腸内では糞便の停滞時間が比較的長いので、その粘膜を刺戟、損傷する機会が多い。(iii) 血液供給が比較的少く、かつ腸管他部に比べて結腸粘膜にはリンパ濾胞が発達している。

症状ならびに診断：本症は腹腔内の脂肪に富む組織すなわち大網や腸間膜、あるいはこれらに隣接して発生することが多く、その主要症状とするところは腹痛であるが、ときに悪心、嘔吐、便秘などのイレウス様症状を呈することもあれば、また頸脈、体温上昇、白血球増多症をも来して、感染症の所見を主徴とすることもあり、さらにこの両者が合併して複雑な症状を来す場合がある。しかし触診によつて腹部に腫瘤を触れ、他の補助診断法をも用いて、悪性化を除外することができれば、一応本症を疑うことができる。なお本症では腫瘤が結腸下部近くに発生して、これを圧迫し、あるいは癒着すると宿便、下血をみる場合がある。われわれの第1例でも糞便に潜血反応が陽性であつたが、その由来をこれによつて説明することができる。しかし本症を適確に診断するためには、手術あるいは剖検

によつて腫瘤を剔出し、これについて病理組織学的ならびに組織化学的検索を行い、慢性炎症性変化とくに、特異な Schaum Zellen ないし Lipoid を証明することが必要である。

Schloffer 氏腫瘍については教室川畑が最近の本誌にも報告しているように、従来多くの報告例があつて必ずしも稀なものではない。古くは Braun, Schloffer 氏らによれば、該腫瘍は腹壁あるいは腹腔内手術後、手術部位に感染がおこり、これが慢性化して、遂に、肉芽腫を形成するに至る良性腫瘍を指すものであつて誘因や直接の原因が一般に判然としているのが常である。

治療：Lipoidgranulom や Schloffer 氏腫瘍は前述の如く、広義の慢性炎症性腫瘍に属するものであるから、その治療に当つては自ら一定の限界がある。Schloffer ははじめ保存的療法を推奨し、本邦でも稲垣、柳氏らのように保存的療法をすすめるものもあつた。実際これらの腫瘍はその本態がもともと炎症性であるから、化学療法をもふくめた保存的療法によつて何らかの良結果を期待することができるわけである。けれども悪性腫瘍と本症との鑑別は必ずしも容易ではないのであるから、われわれはやはり手術的療法をもつて最良と考える。なおこのさい一般の術後処置と同様に抗生物質ないし化学療法剤を充分に投与することが望ましい。

む す び

緩やかな経過をとつた慢性炎症性腹腔内腫瘍の3例、すなわち2例の Lipoidgranulom と1例の Schloffer 氏腫瘍とについて報告した。

従来腹腔内腫瘍に対する診断と治療に際しては、悪性変化の探索に主として注意が払われており、炎症性病変が指摘される場合には、もはやそれ以上の追及が行われないうらみがあつた。今後この方面の研究にも一層注意を向けるべきであることを痛感する次第である。

(稿を終るに臨み御指導と御校閲を賜つた白羽教授に謝意を表し、終始積極的な助言を惜しまれなかつた川畑徳幸学士に対しても厚く御礼申上げる。)

文 献

- 1) Braun : Arch. Klin. Chir., 63; 379, 1901.
- 2) Schloffer : Arch. Klin. Chir., 88; 1, 1909.
- 3) Brown : Dtsch. Zeitsch. Chir., 100; 1, 1909.
- 4) Kroiss : Dtsch. Zeitsch. Chir., 112; 253, 1911.

- 5) Lăwen : Münch. Med. Wschr., 19, 1914.
 6) Tietze : Ergeb. Chir. u. Orthop., 12; 221, 1920.
 7) 横田 : 日外宝, 2; 680, 大14. 8) Müller : Die Chirurgie, 5; 42, 1927. 9) Ranzi : Wien Klin. Wochensh., 15; 472, 1929. 10) 武藤 : グレンツゲビート, 8; 552, 昭9 11) 乗岡 : 日外宝, 11; 760, 昭9. 12) Aschoff : Patholog. Anatomie, B1; 500, 1936. 13) 上村 : 東京医事新誌, 2997号; 30, 昭11. 14) 堀部 : グレンツゲビート, 14; 625, 昭15. 15) 塩田 : 臨牀医学, 28; 728, 昭15. 16) Kirschner u. Nordman : Die Chirgie, BIV; 561, 1941. 17) 高嶺 : 臨牀外科, 3; 156, 昭23. 18) 福島 : 日外会誌, 50; 373, 昭24. 19) 鳥居 : 日外会誌, 51; 123, 昭25. 20) 稲垣 : 外科, 13; 462, 昭26. 21) 木俣 : 外科, 13; 352, 昭26. 22) 萩原 : 腹部内臓外科, 下, 69, 昭27. 23) 佐藤 : 日外会誌, 54; 413, 昭28. 24) 川畑 : 日外宝, 25; 102, 昭31.

坐骨結核の1例*

厚生年金玉造整形外科病院 (院長 医学博士 塩津徳政)

医員 中村博光

(原稿受付 昭和31年4月20日)

A CASE OF THE ISCHIUM TUBERCULOSIS

by

HIROMITSU NAKAMURA

The Pension Welfare Insurance Tamatsukuri Orthopaedic Hospital.
 (Director : Dr. NORIMASA SHIOTSU)

Tuberculosis of the ischium is seldom seen, which I have had only 20 or little more cases reported in Japan including Hara's first report.

I report here one case of a 7 years old male, who was diagnosed as tuberculosis of the ischium which was confirmed roentgenologically and pathologically.

I did focal cleansing and bone transplantation in the dead cavity, and had good results.

緒言

坐骨結核は比較的稀な疾患で、私の調査した所によると、本邦では大正13年原氏の発表以来20数例を数えるに過ぎない。私は、最近坐骨結核の1例を経験し、病巣廓清術、骨移植術を施行した所、良好な成績を得たので報告する。

症例

患者 : 清○幹○, 6, 7才(初診昭和30年5月9日)
 主訴 : 左臀部皺襞部の瘻孔。
 家族歴 : 特記する事は無い。

既往歴 : マントー氏反応, 1年前に陽転。他に特記する事はない。

現病歴 : 昭和30年3月頃(約2ヵ月前)より、左臀部皺襞部に拇指頭大の無痛性腫脹のあるのに気付いていたが、特に苦痛が無いので放置していた所、4月中旬、自潰排膿し、其後瘻孔を形成した。尚お発病来、発熱、盗汗並びに全身倦怠感等はなく、食思睡眠共に良好である。

現症 : 全身所見 ; 体格中等度、栄養稍々不良、顔面はや、蒼白であるが、喉結膜口唇等の貧血は認められない。脈搏整調、緊張良好、胸腹部共に打聴診上異常を証明しない。

局所々見 : 左臀部並びに大腿の萎縮は軽度で、左大臀筋下縁で、肛門より約1cm外方に少量の淡黄色、漿液性膿を分泌する瘻孔を認める。瘻孔部肉芽は、貧血

* 本文の要旨は昭和31年1月の京都外科集談会の席上に於て述べた。