

胃 蜂 窩 織 炎 の 2 例

神戸医科大学第1外科学教室 (指導: 藤田 登 教授)

西村和夫・堀尾資郎 仁礼 裕 藤田昌司 土岐瑠璃彦

〔原稿受付 昭和34年2月17日〕

TWO CASES OF THE GASTRIC PHLEGMONE

by

KAZUO NISHIMURA, SHIRO HORIO, HIROSHI NIREI,
SHOJI FUJITA and RURIHIKO DOKIFrom the Department of Surgery, Division I, Kobe Medical School
(Director: Prof. Dr. NOBORU FUJITA)

We have experienced two cases of the gastric phlegmone these were resected surgically. The hospital course of these two cases has been very satisfactory with administration of the antibiotics. The specimens were studied pathologically are also etiology, symptom, complication and therapy of this disease has considered.

胃蜂窩織炎は古くより知られているが非常に稀な疾患であり、始めは病理学者の報告に限られていたが、Stieda が癌性幽門狭窄に対して胃腸吻合後に2次的にきた胃蜂窩織炎の剖検例を報告して以来外科医の注目を惹く様になり、Lengemann, König 等が手術治験例を発表するに至つた。最近、吾々は胃切除術を行い治癒せしめ得た本症2例を経験し、切除胃に就いて組織学的に検討する機会を得たので茲に報告する。

症 例

症例(A), 井○栄○ 53才, 男子。

家族歴: 特記すべき事はない。

既往歴: 幼時より時々扁桃腺炎に罹患する。昭和22年4月貨車にはさまれ、腸管破裂を起し、腸切除術を施したが術後7日目に腹膜炎を併発し、再開腹を行いドレナージを施行し、昭和22年12月全快退院した。昭和31年6月外痔核にて手術施行、昭和31年7月全快退院した。

主訴: 心窩部痛

現病歴: 昭和31年末頃より、時々、心窩部に疼痛を訴え、その都度鎮痛剤の注射により軽快していたが、昭和33年2月初旬頃より、数回、心窩部より左季肋部

に亘り強い疼痛があり、同時に微熱を訴え、某医により鎮痛剤及びペニシリン注射をうけ軽快していた。6月10日頃、37.5°C~38°Cの発熱を伴つて心窩部より左季肋部に亘り稍々強い持続痛があり、鎮痛剤の注射をうけたが軽快せず、6月14日早朝、失神状態にて来院した。入院時、食欲不良で、全身倦怠感あり、便通は4日前より秘結している。嘔吐、吃逆、咳嗽、喀痰等はない。常時アルコール類を嗜飲している。

現症: (入院時所見)

一般所見: 体格は中等度であるが栄養は不良である。顔面は蒼白、舌には厚い白苔があり、意識は嗜眠状で、脈博は90、緊張微弱、整である。胸部は打診及び聴診上異常はない。腹部は中等度膨隆し、心窩部より左季肋部に亘り圧痛及び抵抗があるが Blumberg 氏症状は陰性である。下腹部は鼓音を呈し、腸雑音を聴取する。下腹部正中線上及び両側腹部に手術痕がある。口腔内には虫歯が数本みられる。

検査所見: 血圧は最高108mmHg, 最低70mmHg, 体温は朝37.2°C, 午後38.5°C, 血沈は30分2mm, 60分7mm, ワツセルマン反応陰性である。赤血球数268×10⁴, 白血球数4,800, 血色素はザーリー氏法により45%, 血液像には著変はなく、血清蛋白62%, 血液凝固

時間は開始 3 分 30 秒，終了 8 分，出血時間は 2 分 30 秒である。肝機能検査ではヘパトサルファレイン試験で 45 分後 5% である。

尿検査では外観は正常，蛋白は陰性，糖陰性，ビリルビン陰性であるが，ウロビリノーゲンは強陽性である。尿沈渣には赤血球が 1 視野に 1~2 コ，白血球は 1 視野に 1~2 コ程度認められる。

尿検査では潜血反応ベンチジン(+)，ピラミドン(+)，虫卵(-)である。

胸部レントゲン検査では異常はない。

手術(昭和 33 年 6 月 20 日施行) ウインタミン 50mg，ピレチアジン 50mg，オピスタン 105mg，ノパンスコ 0.3cc のカクテル麻酔を行い，上腹部正中切開にて開腹する。胃小彎側より前壁中央部に癒痕様の固い組織があり，一部肝臓と癒着している。胃の後壁中央部は脾臓と可成り広範に癒着している。下胃リンパ節は数コ大豆大に腫脹している。小腸の一部は前回手術創腹壁に癒着していたが通過障害は認められない。胃後壁の癒着を鈍性に剝離すると，胃後壁は脾臓体部に穿通して居り，穿通部に少量の膿汁を認める。之を吸引排除し，脾穿通部にスポンゼルを挿入し，腸腺にて埋没縫合を行う。広範に胃切除し，結腸前胃空腸吻合を行う。(Billroth 氏第 2 法)，腹腔内にゴム管を挿入し，手術創を閉鎖した。

術後処置並びに経過：術後輸血，輸液，止血剤の注射を行うと共に術後 10 日間毎日クロロマイセチン 250 mg の筋肉内注射を施行した。術後 7 日間は 39°C 以下の発熱をみたが 8 日目より下熱した。ゴム管より滲出液と共に少量の膿汁の排泄をみたが時日の経過と共に減少し，術後 7 日目に抜管した。手術創は術後 50 日目に完全閉鎖治癒し，術後 55 日目に全治退院した。現在，健康にて仕事に従事している。

切除胃所見：胃小彎側後壁は直径約 3.5cm の領域に亘り漿膜及び筋層は欠損しているが粘膜は尚残している。胃を大彎側より開いて内面を検するに粘膜は全般に肥厚し，特に漿膜，筋層欠損部に相当する粘膜は肥厚し癒痕様に固くなっている。胃小彎側後壁で噴門側断端部に近い所に小豆大の潰瘍がみられる。

細菌学的検査：膿汁を培養し連鎖状球菌を証明した。

組織学的所見：粘膜下組織より筋層及び漿膜下組織に亘り円形細胞の浸潤が高度で，エオジン球の浸潤と軽度の多核白血球の浸潤があり，粘膜には軽度の円形細胞の浸潤がみられる。粘膜下組織には所々膿瘍形成

がみられ一部の静脈は白色血栓にて栓塞されている。粘膜下水腫は高度で線維芽細胞の増生がある。細胞浸潤巣に近い筋細胞の一部は空胞変性に陥り，筋層は断裂し，この間は線維芽細胞が増生し，緻粗な結合組織がみられる。剔出した所属リンパ腺には増生像がみられる。

症例(B) 実○勇 37才，男子。

家族歴：特記すべき事はない。

既往歴：虫歯に罹患した以外には特記すべき事はない。

主訴：心窩部痛及び嘔吐

現病歴：昨日朝より熱感があり，工作中突然眩暈及び心窩部痛を訴え，コーヒー残渣様吐物を 10 数回に亘り嘔吐した。浣腸により暗黒色の排便があつたが上腹部は徐々に膨満して来た。心窩部痛は持続的で左を下にすると比較的軽快する。食欲及び睡眠は不良であるが嘔吐，吃逆，咳嗽，喀痰等はない。常時アルコール類を愛飲している。

現症(入院時所見)

一般所見：体格中等度，栄養良好である。顔貌は苦悶状を呈し，舌には厚い白苔がある。意識は明瞭，脈搏は 90，緊張微弱，整である。心音微弱の他に胸部には打聴診上異常はない。腹部は軽度膨隆し，上腹部の圧痛は著明で，板状硬，Blumberg 氏症状は高度陽性である。下腹部は軟である。SP 点は左高度陽性，Boas 氏点，Onodera 氏点も同様高度陽性である。虫歯が数本みられる。

検査所見：血圧は最高 90mmHg，最低 60mmHg，体温は 37.4°C である。赤血球 280×10⁴，白血球 40200，血色素はザリー氏法により 55% である。尿検査では外見上異常はなく，蛋白陰性，糖陰性，ビリルビン陰性であるがウロビリノーゲンは強陽性である。尿検査では潜血反応はベンチジン(+)，ピラミドン(+)，虫卵(-)である。胸部レントゲン検査では異常はない。

手術(昭和 32 年 4 月 27 日施行)

右下直腹筋外縁に小切開を加え開腹すると黄色の滲出液が多量あり，大網が回盲部に下降している。滲出液を吸引排除後，虫垂，盲腸，小腸を検査したが異常はない。

更に上腹部正中切開で開腹すると多量の滲出液があり，吸引排除した。胃は著明に拡張し，前壁は発赤肥厚し，急性炎症症状を呈している。十二指腸及び空腸上部の一部が拡張している他は小腸，胆嚢，膵臓，肝

臓等に病変は認められない。胃蜂窩織炎と診断し、広範胃切除術を施行し、結腸前胃空腸吻合を行い、十二指腸断端部並びにダグラス氏窩にゴム管を挿入し、手術創を閉鎖した。

術後処置並びに経過：術後輸血、輸液並びに止血剤の注射と共にテラマイシン250mgを術後8日間筋肉内注射した。術後8日間は38°C以下の発熱が続いたが9日目より下熱し、術後8日目に抜管、9日目に抜糸した。その後良好に経過し、術後31日目に全治退院した。現在、全く愁訴なく仕事に従事している。

切除胃の肉眼的所見：小彎中央部に膿苔が附着し、前、後壁は発赤している。切除胃を大彎側より開いて内面を検すると粘膜は発赤し、軽度の糜爛がみられる。潰瘍並びに腫瘍はないが胃壁は高度に肥厚している。

細菌学的検査：手術時採取した膿苔を培養し、連鎖球菌を証明する事が出来た。

組織学的所見：切除胃の小彎部に幽門側より噴門側に亘り胃切片を取り、ヘマトキシリン、エオジン染色、ワンギーソン染色を行い、粘膜より漿膜に亘る病変を観察すると共に幽門側より噴門側に至る連続的な病巣の変化を追求した。

病巣中心部に於ては著明な浸潤があり、好酸球の多核白血球、プラズマ細胞等と混じている。リンパ濾胞は拡大して居り、細胞浸潤は腺底及び体部が顕著で、胃底腺並びに幽門腺は底及び体部の腺構造は崩壊、消失しているが、被蓋上皮細胞、頸部細胞の崩壊は比較的少なく、一部にLeistenspitzenerosionがみられる。粘膜下組織には高度の水腫があり、小円形細胞、好酸球多核白血球等の浸潤が強く、一部の動脈は中等度充盈し、静脈は白色血栓により栓塞され、多数の膿瘍形成がみられる。筋層は断裂し、この間隙には線維芽細胞が増殖し、緻粗な結合組織で置換され、小円形細胞、好酸球多核白血球等の浸潤が著明である。筋層中の一部静脈は白色血栓にて栓塞され、動脈にも血栓形成が認められる。漿膜下組織も同様小円形細胞、多核白血球等の細胞浸潤が著明であるが、漿膜直下に於て最も高度である。斯かる病変を幽門側より噴門側に亘り連続的に観察すると幽門側切断端近傍（切断端より約2~3cm迄）に於ては病変は非常に軽度であり、円形細胞浸潤、粘膜下水腫、筋層の断裂が僅かに認められるのみであるが、之より噴門側切断端部迄は前述の様な病巣中心部と同様の所見が連続してみられる。斯くの如く、幽門側切断端の小領域を除く

他の全領域に於ては高度の病変を起して居り、従つて噴門側造残胃には尚病変が存在しているものと考えられる。

考 按

胃蜂窩織炎は古くより知られているにも拘わらず非常に稀有であり、術前或は剖検前の診断困難な事及び適切な治療法がなかつた事等の為一部学者の興味を起したに過ぎず、始めは病理学者の報告に限られていた。然るに Stieda (1900) が癌性幽門狭窄に対して胃腸吻合を行い、2次的に胃蜂窩織炎を起した剖検例を報告して以来、外科医の注目を惹く様になり、Lengemann (1902) が排膿治験例、König (1911) が胃切除例を報告するに至り、漸次外科的治療が行はれる様になった。現在、本邦では引田、高田、長谷川氏等胃蜂窩織炎に関して約10数例の報告がみられる。

1. 病因論

胃蜂窩織炎の原因については不明な点が少なくないが病原菌として殆ど連鎖球菌が証明されて居り、稀に大腸菌、葡萄球菌等があげられている。本症2例も亦連鎖球菌が証明された。然し乍ら、病原菌が如何なる経過を辿り、如何なる機構によつて病変を惹起するか、それによつて如何なる病理像を呈するかについては未だ明らかにされたとはいひ難い。病原菌の侵入門戸については従来の報告及び実験例等に基いて次の様な事が考えられる。

- イ) 潰瘍或は胃炎、胃壁の手術に続発した場合。
- ロ) 心内膜炎、産褥熱、膿毒症、敗血症、骨髄炎等があり、血行性に発生した場合。
- ハ) 食道蜂窩織炎より連続性に惹起した場合。
- ニ) 酒客に於て屢々認められる特発性胃蜂窩織炎等。

Konjetzny は胃蜂窩織炎について精細な病理学的検索を行い、次の様に分類している。

- (i) 全面的胃蜂窩織炎
- (ii) 部分的胃蜂窩織炎
 - (1) 慢性進行型
 - (2) 限局性停止型

症例Aは部分的限局性停止型、症例Bは慢性進行型に属しているものであろう。又、Konjetznyは蜂窩織炎性病変は粘膜下組織に於て最も強く認められるが、本症発生の前提条件として胃炎の存在が重要であるとして居り、胃炎により胃液酸度が著明に低下する結果胃内に於て細菌の発育の起る事が主要なる役割を

図
1

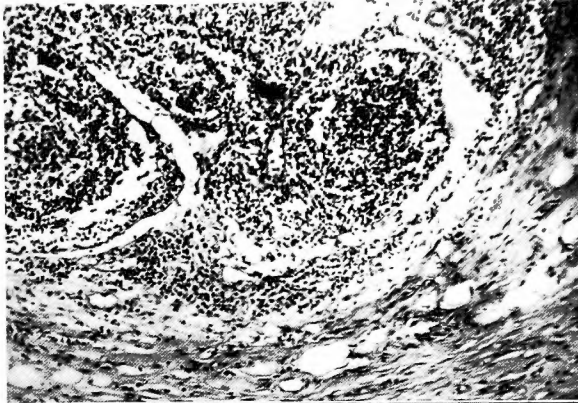


図
2

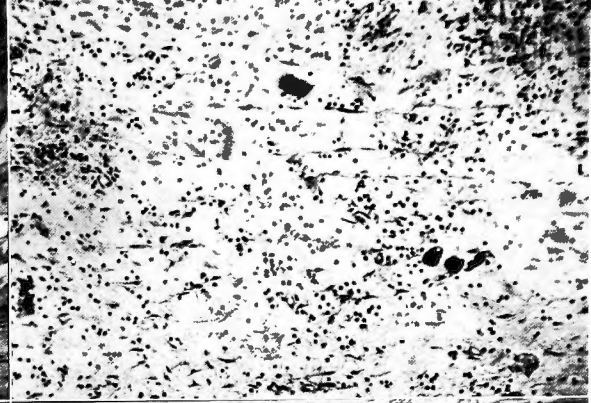


図
3

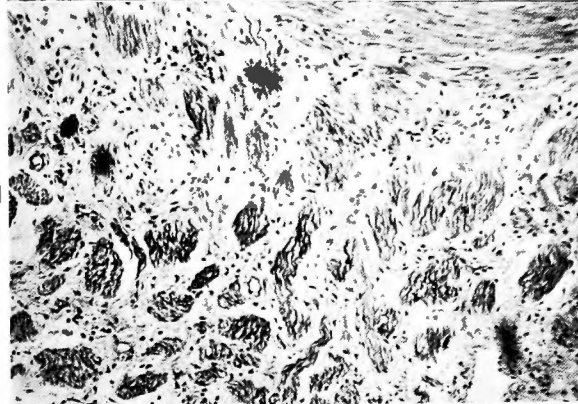


図
4



図
5

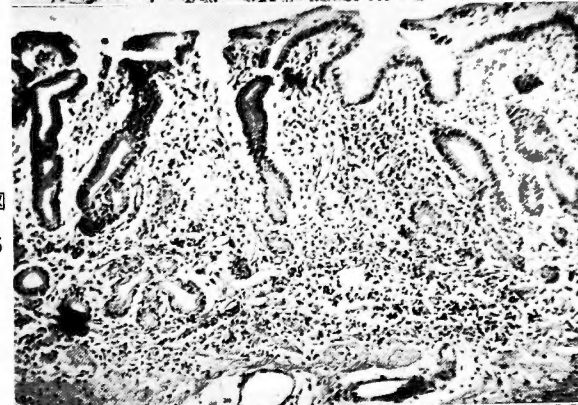


図
6



図
7

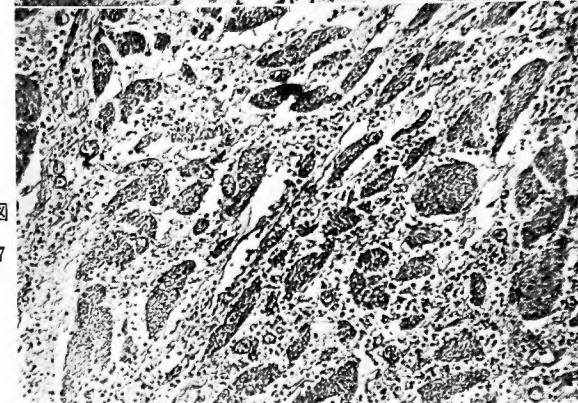


図
8



有していると考えている。著者等も本症2例について病理学的検索を行ったが、病変は粘膜下組織に於て最も高度であり、粘膜では潰瘍は認められず、被蓋上皮細胞、粘膜頸部腺細胞よりも胃底腺、幽門腺細胞の底及び体部の病変が顕著であり、筋層より漿膜に亘り高度の病変が認められた事より、組織学的には初発病巣は深在性（恐らくは粘膜下組織）に於て発生したものの様に思われる。然し乍ら、病原菌の侵入経路並びに病巣感染としての原発巣との関係は明らかでなく、症例Aに於ては虫歯、慢性扁桃腺炎等からの病巣感染、既往の腹膜炎後の静止感染、他の部にみられた胃潰瘍からの細菌の侵入、症例Bに於ては虫歯からの病巣感染等が考えられる。

酒客に於ては所謂特発性蜂窩織炎として、屢々胃粘膜に何等著変を認めないに拘わらず胃壁に重篤なる化膿性蜂窩織炎を発生する事が報告されて居り、本症2例も亦酒客であつた。Döhle は犬に於てアルコール及び連鎖状球菌を用いて胃蜂窩織炎を発生せしめる事に成功し、之に実験的裏付けをしている。然るに、一方ガラスの破片と連鎖状球菌を犬に嚥下させても胃蜂窩織炎は起らなかつたという報告があり、現在病因については明確な結論は得られていない。

2) 症 状

悪寒戦慄を伴つた発熱、嘔吐、上腹部痛等が突然に起り、上腹部が板状硬となり、白血球は増加し、上腹部腹膜炎症状を呈して来る事が多く、軽症経過をとるものでは発病当初高熱のない場合があり、斯かる際には上腹部に硬い圧痛のある腫瘤をふれる場合がある。著者等の例は症例Bは急性の経過を示しているが、症例Aは寧ろ慢性型である。

3) 合併症

腹壁創化膿、化膿性腹膜炎、化膿性肋膜炎、肝膿瘍、肝静脈血栓、敗血症等があげられている。

4) 治療法

在来種々の治療法が行われているが未だ不明な点が多く、最近、抗生物質の発達と共に更に再検討されねばならない問題である。

Nahrath, Finsterer, Orator, Slarnine 等は胃蜂窩織炎が限局せる場合、患部を充分に切除して治癒せしめ得たと報告して居り、著者等も患部を切除し、術後充分なる抗生物質の投与を行う事により治癒せしめる事が出来たのであるが、特に症例Bは切除胃の病理学的検索より残存胃に尚炎症病巣が残存していると考えられたにも拘わらず治癒して居り、病巣中心部を出

来るだけ切除し、術後充分なる抗生物質を与える時は本症を治癒せしめ得ると考えられる。Neugebauerは胃壁に切開を加え排膿し、タンポンを挿入して治癒せしめた例を報告して居り、病巣の広汎な時は試みるべき方法であろうが胃穿孔等の多少の危険は免れないだろう。Melander は腹腔内ドレナージが良いと提唱しているが病巣が広汎且高度なる時は行われるべき方法であろう。市田はレントゲン透視その他により本症を推察せるものに抗生物質のみを用いて治癒せしめ得た1例を述べて居り、軽症時には抗生物質投与のみでも有効と思われるが、然し、抗生物質治療によつて好転しない時は躊躇する事なく直ちに外科的治療を施行すべきである。

結 語

胃切除術後抗生物質を用いて治癒せしめ得た胃蜂窩織炎2例を経験したので報告すると共に、切除胃について病理学的に精査し、本疾患の病因、症状、合併症、治療等に就いて考按を試みた。

擲筆するに臨み、御指導並びに御校閲をたまつた藤田教授及び増田学兄に深甚な謝意を表します。

文 献

- 1) 引田一雄：蜂窩織炎性胃炎の1例。日本外科学会雑誌，**35**，521，昭9。
- 2) 高田善：蜂窩織炎性胃炎の1例。日本外科学会雑誌：**36**，2207，昭10。
- 3) 長谷川文義：1，126，昭10。
- 4) 中村彦左衛門：急性胃蜂窩織炎。日本消化機病学会雑誌，**34**，42，昭10。
- 5) 武藤完雄：急性胃蜂窩織炎に就いて。グレンツ・ゲビート，第12年，第7号，1070，昭12。
- 6) 川口修三郎，急性胃蜂窩織炎の1例。臨床外科，**5**，2，昭25。
- 7) Konjetzny：Die Entzündung des Magens. Henke Lubarsch's Handl. d. Spez. path. Anat. u. Histol., Bd. **4**, 2. Teil, S. 958, 1928.
- 8) Stieda, A.: Dtsch. Ztschr., Chir., Bd. **56**, S. 212, 1900.
- 9) Heming, R., Die Entzündung des Magens. Leipzig, S. 32, 1934.
- 10) Finsterer: Magen Phlegmone. Ztb. Chir., S. 2164, 1926.
- 11) Friedlich Bauer: Zwei Fälle von akuter diffusen Magenphlegmone, Bruns Beitrag, **149**, 457, 1930.
- 12) K.H. Koch: Magenphlegmone, Ztb. Chir., 2806, 1927.

- 13) F. Neugebauer: Eitrige diffuse Magenphlegmone. Ztb. Chir., S. 1703, 1930.
- 14) P. Slamina: Phlegmonöse Gastritis als Komplikation des akuten Gelenkrheumatismus. Ztb. Chir., S. 2745, 1934.
- 15) Victor Orator: Über Magenphlegmone. Ach. Chir. Bd. CXC. S. 378, 1926.

附 図 説 明

- 図 1 粘膜下組織膿瘍形成 (症例1)
- 図 2 粘 膜 下 組 織 (症例1)
- 図 3 筋 層 (症例1)
- 図 4 漿膜及漿膜下組織 (症例1)
- 図 5 粘 膜 (症例2)
- 図 6 粘 膜 下 組 織 (症例2)
- 図 7 筋 層 (症例2)
- 図 8 漿膜及漿膜下組織 (症例2)

細網肉腫症の部分現象として発生した胃細網肉腫の1例

京都大学医学部外科学教室第2講座 (指導: 青柳安誠 教授)

内 田 幸 夫

〔原稿受付 昭和34年1月31日〕

RETICULOSARCOMA OF THE STOMACH AS ONE OF
THE LESIONS OF RETICULOSARCOMATOSIS:
REPORT OF A CASE

by

YUKIO UCHIDA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

A 36 aged man complained of indolent tumors in his cervical region which he had noticed about 2 months before his admission to our clinic.

As the histopathological study of the tumors revealed reticulosarcoma, X-ray radiation upon his neck and intravenous injection of Hematoporphyrin-mercury (MH) were attempted and it took us about 2 months to make these tumors disappear.

After a while, however, he became to complain of dull pain in the right head accompanied with auditory disturbance at his right ear which was found oto-rhinolaryngologically to be caused by an epipharyngeal tumor.

Local treatment with X-ray and Co⁶⁰ radiation and general treatment with MH were carried out. They were remarkably effective as far as the epipharyngeal tumor was concerned.