

- 8) 水上哲次, 竜沢俊彦: 膵頭十二指腸切除術の1経験. 診断と治療, **43**, 275, 昭30.
- 9) 宮崎五郎: ファテル乳頭部の腺癌に対する一次的膵頭部切除十二指腸全剔出の1治療例. 外科, **13**, 408, 昭26.
- 10) Nadal, J. W.: Islet cell carcinoma of the pancreas. *Annals of Surgery*, **136**, 313, 1952.
- 11) 大谷正志: 経過の長かつた十二指腸乳頭部癌の1剖検例. 市立札幌病院医誌, **12**, 142, 昭26.
- 12) 大谷正志: 臨床上炎症か或は癌かと迷わさせられた十二指腸乳頭部癌の1例. 市立札幌病院医誌, **13**, 46, 昭28.
- 13) 佐藤寿昌, 板野竜光, 市場邦通: 原発性膵癌. 診療, **8**, 65, 昭30.
- 14) 集松勝: 原発性十二指腸癌の1例. 日本外科学会雑誌, **55**, 1177, 昭30.
- 15) 重松新祐: 原発性乳頭部胆管癌の1剖検例. 外科, **14**, 585, 昭27.
- 16) 鈴木謙三, 小宮山知己, 塩沢茂: 術前に診断し得た十二指腸乳頭部癌の治療例. 診断と治療, **43**, 1033, 昭30.
- 17) 高橋忠雄, 本田西男: 膵臓癌ことに膵体尾部の癌の病像について. 臨床消化器病学, **3**, 553, 昭30.
- 18) 滝一郎: 膵臓頭部癌の一例と Peripapillary carcinoma の意義. 大阪大学医学雑誌, **4**, 123, 昭27.
- 19) Thompson, C. M. and Rodgers, L. R.: Analysis of the autopsy records of 157 cases of carcinoma of the pancreas with particular reference to the incidence of thromboembolism. *The American Journal of the Medical Sciences*, **223**, 469, 1952.
- 20) 内山八郎, 竹内三郎: 膵頭部癌, 膵浸潤を伴える胃癌竝に総輸胆管十二指腸部癌に行える根治手術症例. 臨床と研究, **29**, 508, 昭27.
- 21) William, B.: Cancer of the Head. *Pathology of the Surgeon*, **7**, 2711, 1955.
- 22) 八巻慶治: 興味ある経過を取れる原発性膵臓癌の剖検例. 東北医学雑誌, **46**, 95, 昭26.
- 23) 吉岡一: 膵臓癌. 治療, **37**, 315, 昭30.

## 悪性腫瘍と合併した虫垂卵管瘻肉芽腫の1例

京都市 嘉ノ海外科病院 (院長: 嘉ノ海武夫博士)

沖野 純・山田和男

(原稿受付 昭和34年5月6日)

## A LARGE GRANULOMA AND MALIGNANT TUMOUR DEVELOPED IN THE APPENDICO-TUBAL FISTULE

by

JYUN OKINO and KAZUO YAMADA

Kanomi Surgical Hospital, Kyoto City  
(Chief: Dr. TAKEO KANOMI)

A 56-year-old female, complaining of an acute pain in the ileocecal region followed by fever, nausea and vomiting, was admitted to our hospital. She had suffered from the same pain and vomiting about 14 years ago, but her general conditions had been improved after discharge of a large quantity of fluor, and during the following 14 years the pain and fluor persisted more or less. Since several days, the same symptoms have recurred.

The laparotomy by pararectal incision revealed a tumour in the right iliac fossa and the appendix perforating into the tuba uterina across the tumour.

Histological examinations proved that the tumour was an inflammatory granuloma

with carcinomatous change. It was considered that the primary site of the cancer was the ovary.

## 結 言

虫様突起の炎症が、近接する他の腹腔内臓器に波及して、これらの間に癒着を生じたり、それらの臓器に穿通したりすることは、虫垂炎の経過中に屢々経験することであるが、我々は約14年前に急性虫垂炎が右側卵管に穿通し、その後慢性卵管炎が持続したために、遂には大きな肉芽腫を生じ、更にこの腫瘤の一部に癌性変化を認めた興味ある症例を経験したので報告する。

## 症 例

患者：56才，農婦

主訴：右下腹部の激痛

既往症：約14年前（昭和19年）に右下腹部痛，発熱悪心，嘔吐を来し，同時に不正性器出血があつたが，医治を受けることなしに5～6日で軽快した。その際稍多量の白帯下があつた。その後，下腹部の牽引痛，白帯下及び不正性器出血があつたので，婦人科医の診察を受けたところ，子宮筋腫と診断され，手術をすめられたが放置し，年に4～5回の腹痛発作及び不正性器出血があり，白帯下も続いていた。

現病歴：約6ヵ月前より，白帯下が著明に増加し，血液を混入するようになり，全身倦怠感及び微熱を伴つた。約1ヵ月前から下腹部膨満感と牽引痛が加わり，体を前屈せねば歩けなくなつた。4～5日前から38.5～39.0℃の発熱を来し，右下腹部痛が甚しく，悪心，嘔吐を伴うようになったので来院した。

現症：体格中等大，栄養中等度。体温38.5℃顔面潮紅し，脈搏整調，充実し，90/min。胸部理学的所見に異常をみとめない。腹部は一般に陥凹し，回盲部に鶏卵大の膨隆を認めるが，嚙動不穩はない。触診すると下腹部全般に筋性防禦とブルンベルグ氏症候をみとめる。回盲部に超鶉卵大の，比較的境界明瞭な，弾性硬で表面平滑な腫瘤をふれ，この腫瘤は左右には少し移動性があるが，上下には移動出来ない。以上の所見から，虫垂炎による腹膜炎及び大網膜腫瘤の診断のもとに開腹手術を行つた。

手術所見：右傍直腹筋切開により腹腔に迷走すると，淡黄色でやゝ混濁した腹水が流出する。前腹壁と大網

との間に索状の癒着があり，之を剝離して回盲部をみると，大網に被われ，所々に膿苔を附着する腫瘤をみとめる。腫瘤は手拳大の主腫瘤と，之から下方に続く鶏卵大の副腫瘤より成る。主腫瘤の右上端部に鉛筆太の索状物があり，盲腸につながり，虫垂であることを確認した。また副腫瘤から下の方えは示指太の索状物が右子宮角に連絡し，之は腫張し肥厚した右卵管である。そこで，虫垂切除術と，右側卵管切除術を行つて腫瘤を剔出し，腹壁を二層に縫合閉鎖して手術を終つた。

術後経過は良好で，5日目に抜糸し，10日目に退院した。

剔出標本肉眼所見：虫垂は約4cm長，浮腫状で漿膜は濁濁し充血あり，虫垂壁は肥厚内腔は殆ど閉ざされている様に見えるが，ゾンデで探ると主腫瘤の内腔に通じいる。主腫瘤との癒着は極めて強固で，鈍的には剝離し得ない。主体瘤に近く，虫垂に小穿孔を認める。主腫瘤は手拳大で，鶏卵大の副腫瘤と一体となり，ひょうたん型をなし，更にその下方は腫脹肥厚した卵管に移行する。腫瘤の断面を見ると，軟く，一見胎盤様の組織で充たされているが，膿汁は認められない。卵管は，壁の腫脹と肥厚が認められたが閉塞はなく，卵巣と思われるものは見当らない。（図1）

組織学的所見：卵管の正常構造は全く失われ，上皮も単層扁平となつたところもあり，配列が乱れて炎症性細胞浸潤の強いところもあり，増殖性変化を示すところもある。上皮下の組織にも炎症性細胞浸潤が強い。（図2）腫瘤の内腔を充す胎盤様の組織は，強度の炎症性浸潤を伴つた肉芽組織の他に，クロマチンに富む，核大小不同，異型性の強い細胞の集り及び浸潤があり，乳嚢状に増殖している形態も認められ，多層円柱上皮様の配列を示すところもあり，之に炎症が加つて複雑な像を示すが，明かに悪性腫瘍像である。（図3, 4, 5, 6）

## 考 察

虫垂炎に際し，虫垂が隣接臓器と癒着することは，屢々起りうることであり，又形成された膿瘍が，腸管に穿通自潰して良好な経過を取つたり，稀には腔，膀胱に穿通することも報告されている。茂木氏によれ

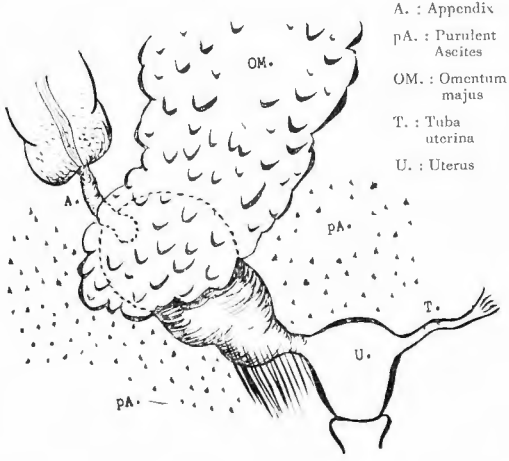


图 1

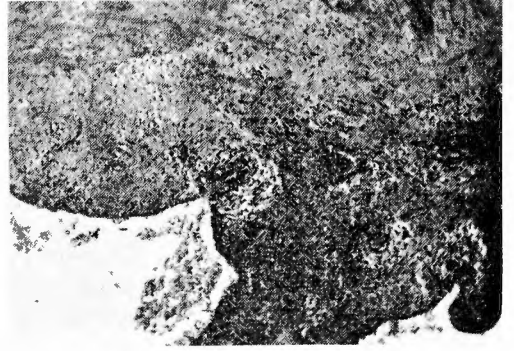


图 2

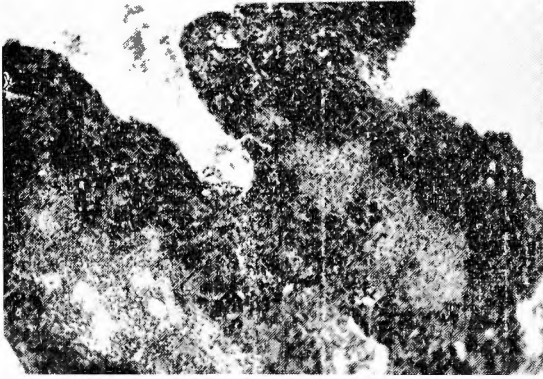


图 3

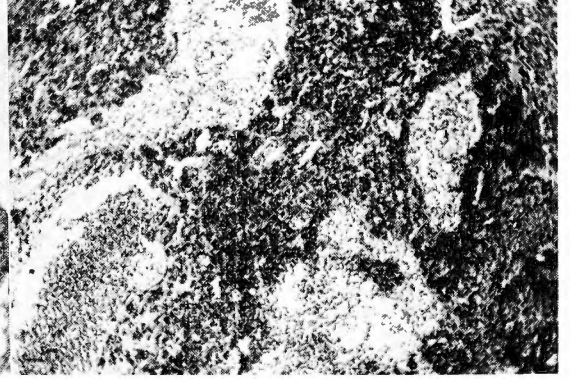


图 4

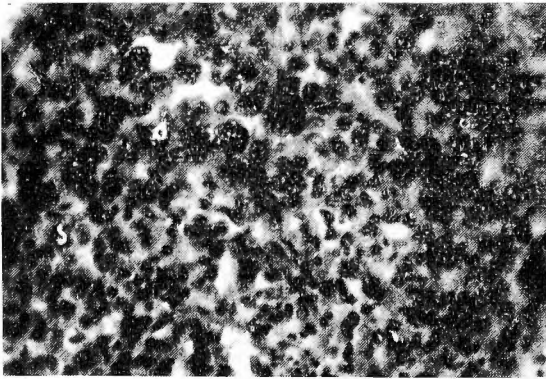


图 5

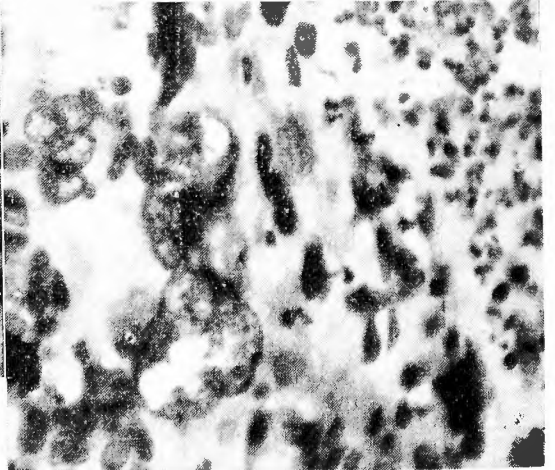


图 6

表1 虫垂と隣接臓器との癒着 (茂木氏による)

大盲腸	網腸	1399	28.8%
小腸	腸	1219	25.2
大腸	腸	837	17.3
大前腹壁	腸	6	0.1
後腹壁	腸	91	1.9
骨盤内	腸	1013	21.0
腸管膜	腸	174	3.6
膀胱	腸	82	1.7
子宮附属器	腸	7	0.1
計	腸	8	0.2
	計	3021	

癒着なきもの 2114

表2 卵管癌と卵巣癌の頻度

卵管癌	報告者	全性器癌中頻度
	Schottlaender u. Kermauner	1-1.5% (Aschoffによる)
	Martzloff	1% (Willisによる)
	Haupt Platz	0.22% (石川による) 0.48% (石川による)
卵巣癌	Schottlaender u. Kermauner	7-9.8% (Aschoffによる)

ば、虫垂の隣接臓器との癒着は表1の様な頻度で起り得るが、子宮附属器との癒着は、骨盤内に癒着するものが多いのに比べて、予想外に少ない。更に膿瘍が卵管に穿通した症例の記載は甚だ少なく、最近では、池内氏が穿孔性虫垂炎の治療に際し、ドレーンを挿入していた後の瘻孔が難治であつたので再手術を行つたところ、卵管瘻を形成していた1例を、又井上氏と吉田氏

が虫垂炎手術後の卵管肉芽腫の1例を報告しているに過ぎない。本症例では、膿瘍自潰後も残存虫垂の炎症を繰返し、為に慢性卵管炎を持続し、遂には大なる肉芽腫を形成するに至つていたところに、新たに癌腫の発生と、壊疽性炎症が加わつたものと考えられる。この癌腫の原発は、卵巣、卵管、虫垂の三つが考えられるが、虫垂の原発性癌腫は稀なものであり粘液分泌が多く見られるのに、本症例では腫瘍細胞にその様な所見なく、又虫垂の形態も比較的良く保たれている。原発性卵管癌も又極めて稀であり(表2)、卵巣に腫瘍のある場合は殆ど転移性のものと考えべきで、本症例の様に、已に卵巣はその原形をとらぬ場合、卵巣原発の癌腫と考えるのが妥当であろう。

結 語

虫垂炎膿瘍が稀有なる卵管穿通を来し、引続き約14年に亘つて卵管炎の症状を呈し、大なる肉芽腫を形成するに至つたものに、更に卵巣癌と壊疽性炎症の加つた興味ある1例を報告した。

文 献

- 1) 井上諒, 吉田恒雄: 虫垂炎手術後の卵管肉芽腫の1例. 京都医学会雑誌, 2, 456, 昭26.
- 2) 池内彰: 虫垂炎手術後難治性瘻孔卵管瘻の1例 臨床外科, 10, 691, 昭30.
- 3) 茂木蔵之助: 虫垂炎. 1940.
- 4) 石川正臣: 原発性卵管癌について. 治療, 39, 47, 昭32.
- 5) R. A. Willis: Pathology of Tumours. 1953.
- 6) L. Aschoff: Pathologische Anatomie. 1921.