

症 例

十二指腸虫症に続発した急性化膿性腸間膜リンパ節炎破裂による汎腹膜炎の1例

大防市立大学医学部外科学教室（指導：白羽弥右衛門教授）

羽 田 祐 三・上 田 恒 一・吉村輝久雄

〔原稿受付 昭和36年9月20日〕

ON A CASE OF ACUTE DIFFUSE PERITONITIS ORIGINATED FROM PERFORATION OF SUPPURATIVE MESENTERIAL LYMPHADENITIS COMPLICATED WITH ANCHYLOSTOMIASIS

by

YUZO HADA, TSUNEICHI UEDA and KIKUO YOSHIMURA

Department of Surgery, Osaka City University Medical School
(Director: Prof. Dr. YAEMON SHIRAHARA)

A 30 year-old Japanese male was admitted under clinical signs of acute diffuse peritonitis and underwent an emergency operation which revealed that there had been acute diffuse peritonitis originated from perforation of suppurative mesenterial lymphadenitis caused by staphylococcus aureus. Laboratory examinations after the laparotomy revealed positive duodenal anchylostoma which was treated successively with an anthelmintin, Tetran, evacuating 106 parasites in number.

The authors have made a review of 27 analogous cases reported in Japan since 1938 and discussed on correlation between intestinal parasites and mesenterial lymphadenitis of various grades.

近時、急性化膿性腸間膜リンパ節炎に対する外科医の認識がたかまつたためか、これに関する報告もかなり多くみられるようになった。わたくしたちも最近、腸間膜リンパ節に化膿性炎がおこり、ついに破裂して汎腹膜炎を惹起した1症例を、開腹術により発見したが、術後において、これが十二指腸虫症に由来したものと推定してよいことを知った。もつとも、化膿性腸間膜リンパ節炎が穿破して汎腹膜炎をおこすことはきわめて稀であるので、こゝに文献的考察を加えて報告する。

症 例

30才の男子、保健所々員、家族歴には特記すべきものがない。

既往歴中、約1ヵ年前の検便時、十二指腸虫卵のあることを指摘されたが、駆虫をこゝろみることなく放置していた。生来健康であつて、その他には特記すべき疾患が認められない。

現病歴：来院の3日前から、臍の左側に軽い不快感と疼痛とを覚えていた。ところが、来院の18時間前頃

からこの疼痛が突然激烈になり、まもなく悪寒戦慄をともなつて39.0°Cに達する体温上昇を来した。この疼痛は持続性で、同夜鎮痛剤の注射をうけたところ、やや軽減したが、翌朝になつてもなお緩快せず、食思、睡眠ともに不良となつた。嘔心、嘔吐ははじめからなく、便通は下痢に傾いている。

来院時現症：体格栄養ともに中等度、顔面は蒼白で、苦悶状を呈している。脈搏は緊張良好、整で、体温は38.7°C、白色の舌苔がみられ、胸部には理学的に変化がみられない。肺肝濁音界は右鎖骨中線上第5肋骨高に証明された。

腹部は、中腹部が軽く膨隆し、腹部全体に腹筋の著明な筋性防禦が認められた。ことに、左中腹部における緊張は高度で、この部に約手拳大の抵抗を触知し、著明な圧痛が証明され、また腹部全般にわたり、ブルムベルグ氏徴候も証明された。腸雑音は金属性で、臍の右側においては狭穿音が聴取され、また直腸内指診によりダグラス氏窩底の膨隆、著しい圧痛と熱感とが証明された。白血球数は20,000/mm³で、尿蛋白ならびにウロビリノーゲン弱陽性、尿中ジャスターゼ値は $D \frac{38}{30} = 32$ で正常、尿沈渣中には赤血球、結石砂などをみとめえなかつた。

以上の所見から、一応原因を確定しえないけれども、急性化膿性腹膜炎と診断して、激痛発作発現以来、約24時間目に開腹手術を行なつた。

手術所見：0.3%ペルカミン-Sによる腰椎麻酔を行ない、約12cmの左傍直腹筋切開によつて開腹した。腹膜を切開すると同時に、やや緑色をおびた黄色均質、悪臭のすくない膿が噴出してきた。これを排除しつつ、腹腔を検したところ、術前に触知された抵抗部に一致して、左中腹部に腸管群に囲まれた硬結をふれた。この部の腸管は高度に発赤し、浮腫状となつてのみならず、その漿膜表面には黄色の膿苔が附着している。この腸管癒着を鈍的に剝離してみると、硬結の中心に近づくにしたがい、黄緑色の膿がしだいに濃くなり、中心に穿孔部のあることを思ひしめた。それで、ひきつゞき膿を吸引しながら腸瘍腔を精査してみると、トライツ氏靱帯から約30cm肛門側の腸管に相当する腸間膜が高度に発赤し、しかもその根部には、小指頭大から鳩卵大におよぶリンパ節の腫脹が数個みとめられた。このうち小さいリンパ節は弾性硬であつたが、もつとも大きい鳩卵大のリンパ節は、その中央部がすでに穿破して、黄色濃厚粘稠な膿を排出していた。そこで、この膿瘍中の内容を充分清拭し、かつ膿

瘍壁を搔爬したのちこの部にゴム排液管を挿入しておいた。ついで、全腹腔内にはペニシリン20万単位溶液を注入して手術を終つた。なお念のため、開腹前腹腔内各臓器を精査したが、異常はみられなかつた。

術後経過：術後2日間はペニシリン1日20万単位を筋注し、術後3日目からはクロールテトラサイクリン1日1,000mgを経口的に投与した。術後全身状態の恢復はいちゞるしく速く、5日目には平熱となり排液管を抜去、その後も順調な経過をたどり、2週後には手術創も治癒した。

手術中、穿破腸間膜リンパ節の膿からえられた細菌は黄色ブドウ球菌であつた。

ところで、本症例は1ヶ年前十二指腸虫症といわれたことがあるので、術後検便を行なつたところ、やはり十指腸虫卵が証明された。それゆゑ、たゞちにテトレン9gを内服させて駆虫をはかつたところ、総計106匹の虫体が排出された。その後も頻回の虫卵検査を行なつたが、陰性であつたので、術後25日目患者は完治退院した。

考 察

急性化膿性腸間膜リンパ節炎は、Heuser (1923)らの主張するリンパ節の実質増生を主徴とした非化膿性のいわゆる急性増生性腸間膜リンパ節炎から区別されており、本邦においては文献上昭和13年から27例が報告されている。

急性化膿性腸間膜リンパ節炎の原因については、腸管感染、血行感染、扁桃炎、虫垂炎、寄生虫アレルギーなどに由来するとのいろいろの学説があるが、本邦においては腸管感染説を唱えるものが多い。

昭和13年以降の本邦報告例における起因菌としては、ブドウ球菌がもつとも多く(73%)、ついでレンサ球菌21%、大腸菌(6%)があげられている。

発生部位としては、廻盲部腸間膜リンパ節がもつとも多くて全体の69%を占め、ついで空腸部が26%、その他が5%となつてゐる。

罹患年齢は若年が多く、かつ男子が多い。

急性化膿性腸間膜リンパ節炎は、一般に急激な腹部症状をもつてはじまり、胆嚢炎、胆石症、腎石症などの疼痛発作、または胃腸管穿孔、虫垂炎、急性脾臓死などとの鑑別がむづかしく、多くの場合、開腹手術によつてはじめてその診断が確定されている。

もともと、腸管内寄生虫症をもつ症例の開腹時には、しばしば腸間膜リンパ節の腫脹がみとめられるも

のであるが、高山は、腸管内寄生虫に由来した腸管蜂窠織炎の数例を報告しており、このばあいずれの症例においてても腸間膜リンパ節にいちゞるしい腫脹が認められている。また西呂は、蛔虫卵自体が腸間膜リンパ節内へ迷入して、リンパ節腫脹を来した症例を報告し、秋元は、鞭虫によつて惹起された小腸蜂窠織炎において腸間膜リンパ節の腫脹をみとめたという。

さらに、若月、宇野、早田らは十二指腸虫症に合併した腸間膜リンパ節腫脹ないし化膿性リンパ節炎の症例を報告しており、石野は、蛔虫症または十二指腸虫症による門静脈周囲リンパ節腫脹例の多数を報告している。これら一連の報告例からみると、腸管内に寄生虫のある場合には腸間膜リンパ節に程度の差こそあれ、なんらかの影響のおよぶことが考えられる。

もともと、十二指腸虫が腸管内に寄生すれば、当然その腸粘膜が損傷され、この損傷部を通して腸内細菌の感染がおこるはずである。このため、所属の腸間膜リンパ節は炎症性腫脹を来すであろうし、さらに病変が進めば、このリンパ節が化膿性炎におちいり、膿瘍化するに至るであろう。またこの場合、感染をおこす重要な因子として、寄生虫毒素による腸管アレルギー状態の亢進や局所抵抗の減弱などが関与することも考えられる。十二指腸虫症は、寄生部位から考えて、まず空腸起始部附近の腸間膜リンパ節の影響をおよぼすものと考えられるが、たしかに石井、宇野、早田らの報告でも、十二指腸虫症に併発した腸間膜リンパ節炎は、すべて空腸起始部腸間膜部に見出されている。

もちろん感染症発現のつねとして、腸管にさほどいちゞるしい変化がなくとも腸間膜リンパ節のみが腫脹化膿するば合もあるし、腸管壁自体が強い蜂窠織炎におちいりながらも腸間膜リンパ節はたゞ腫脹しているにすぎない場合があつてもよいはずであつて、腸管壁の病変とその所属リンパ節の態度とはつねに必ずしも並行するものとは限らない。

急性化膿性腸間膜リンパ節の本邦報告27例中、十二指腸虫症がみとめられたとの報告は6例にすぎない。しかし、この報告例のうちで原因不明のものに検便が行なわれておれば、この数値はさらに増加するかも知れない。したがつて開腹手術時、腸間膜リンパ節炎の存在が認められた場合には、腸内寄生虫を検索してその原因を追求することがぜひとも必要である。

なお文献上、腸間膜膿瘍として報告されているものが10数例の多きに上つているが、これらの大多数は、腸間膜リンパ節に由来するものではあるまいかと

想像される。また、このような化膿性腸間膜リンパ節膿瘍に由来した汎腹膜炎についての本邦報告は3例にすぎず、またその腸間膜リンパ節炎の原因を記載したものはみられない。自家経験例は十二指腸虫症に併発したものと考えられる。

結 語

十二指腸虫症に続発したと思われる急性化膿性腸間膜リンパ節炎が、さらに破裂して汎腹膜炎をおこした1例を報告し、あわせて腸内寄生虫とくに十二指腸虫と腸間膜リンパ節炎との関連について論じた。

御校閲を賜つた白羽教授、御指導をいただいた教室の講師酒井克治博士にあつく御礼を申し上げる。

なお、本論文の要旨は昭和26年6月16日、第18回大阪外科集談会において報告された。

文 献

- 1) 久保田幸次郎：急性腸間膜リンパ腺炎、北越医誌、53, 937, 1938,
- 2) 吉川 勲：腸間膜膿瘍の1例、日外宝函、16, 8, 1939.
- 3) 根来四郎：急性化膿性腸間膜リンパ腺炎、日外会誌、41, 370, 1939.
- 4) 香西卓男：非特異性廻盲部リンパ腺炎について、グレンツゲビー、13, 699, 1939.
- 5) 河村謙二：腸管蜂窠織炎と所謂限局性腸炎、グレンツゲビー、14, 49, 1940.
- 6) 合屋末千代：急性腸間膜膿瘍の一治験例、グレンツゲビー、14, 737, 1940.
- 7) 神山文也：腸間膜リンパ腺の臨床的意義、14, 213, 1940.
- 8) 神山文也：再び上腹部非特異性腸間膜リンパ腺炎について、日外会誌、42, 1385.
- 9) 中村豊弥：腸間膜炎例、日外会誌、43, 452, 1942.
- 10) 藤原公平：腸間リンパ腺炎に就いて、日外会誌、43, 1, 442.
- 11) 石野琢二郎：門静脈周囲リンパ腺肥大による臨床症状について、日外会誌、44, 688, 1943.
- 12) 古谷善平：化膿性腸間膜リンパ腺炎の1例、日外会誌、44, 1, 123, 1944.
- 13) 岡江顕一：腸管蜂窠織炎の1例、日外会誌、44, 1, 135, 1944.
- 14) 飛田慎一：稀有なる小腸間膜膿瘍穿孔による汎発性腹膜炎の1治験例について、外科、9, 92, 1947.
- 15) 尾崎 巖：巨大な腸間膜膿瘍の1例、日外会誌、49, 288, 1948,
- 16) 若月 一：腸内寄生虫に依る腸管蜂窠織炎、臨床外科、3, 216, 1948.
- 17) 高山祿郎：腸内寄生虫を伴う腸管蜂窠織炎、廣

- 床外科, 4, 30, 1949.
- 18) 石井堯典: 特発性小腸間膜膿瘍について. 臨床外科, 5, 79, 1950.
 - 19) 河崎与一郎: 特発性急性腸間膜リンパ腺炎の化学的療法による治験例. 日外会誌, 51, 202, 1950.
 - 20) 若月俊一: 十二指腸虫寄生による腸間膜リンパ腺炎. 日外会誌, 51, 25, 1950.
 - 21) 帆刈喜四男: 腸チフスと誤まれた小腸間膜膿瘍の1例. 外科, 13, 47, 1951.
 - 22) 坂堂兵庫: 急性腸間膜膿瘍の1治験例. 外科, 14, 531, 1952.
 - 23) 高杉 正: 腸蜂窠織炎. 臨床外科, 6, 423, 1951.
 - 24) 山下礼二: 腸間膜リンパ腺自潰による急性汎発生腹膜炎の1例. 東北医誌, 45, 367, 1951.
 - 25) 館石 季: 急性化膿性腸間膜リンパ腺炎の5例. 外科, 14, 445, 1952.
 - 26) 西呂信男: 稀有な蛔虫卵異所迷入の1例. 臨床外科, 7, 447, 1952.
 - 27) 工藤准之: 非特異性化膿性腸間膜リンパ節炎について. 外科 15, 725, 1953.
 - 28) 宇野 寛: 十二指腸虫症に併発した急性化膿性リンパ腺炎. 日外会誌, 54, 945, 1951.
 - 29) 早田 武: 28)の追加. 日外会誌, 54, 945, 1954.
 - 30) 川島震一: 腸内寄生虫に関するメモ. 日医会誌, 10, 547, 1954.
 - 31) 島田信勝: 日本外科全書, 18, 208, 南江堂, 1954.
 - 32) 重藤巳寿夫: 特発性腸間膜膿瘍について. 日外会誌, 56, 261, 1955.
 - 33) 加藤貞三郎: 腸間膜リンパ腺の観察. 日外会誌, 56, 1, 122, 1955.
 - 34) 野崎英夫: 特発性腸間膜膿瘍の1例. 日外会誌, 57, 1, 623, 1956.
 - 35) 秋元辰二: 鞭虫による腸蜂窠織炎の1例. 外科, 19, 939, 1957.
 - 36) 池田隆二: 開腹術後に経験せる急性化膿性腸間膜リンパ腺炎の1例. 日外会誌, 57, 2, 099, 1957.
 - 37) 川島恵三: 腸間膜膿瘍の2治験例. 臨床外科, 13, 467, 1958.
 - 38) 磯橋 保: 十二指腸虫による小腸蜂窠織炎の1例. 外科, 22, 87, 1960.

クローン氏病の1例

神戸県立医科大学第1外科学教室(指導: 藤田 登教授)

榎本 宏・永田 耕三・神前 博文

[原稿受付 昭和35年12月21日]

A CASE OF CROHN'S DISEASE

by

HIROSHI ENOMOTO, KOUZOU NAGATA, HIROFUMI KOUSAK

From the 1st Surgical Division, Kobe Medical College
(Director: Prof. Dr. Noboru Fujita)

We reported a case, 50-year old male, who had Regional Ileitis chronica (so-called, Crohn's disease), with 2 internal fistulae at the diseased parts, which repeated recidive two times for past six years.

The diseased part of terminal ileum formed a clot, and the range was about 40 cm, to oral site from ileumend.

The operation modus was Ileohemicolectomy (contained about 50 cm from ileumend), with Ileocolostomia (end to end).

In our Contry, many acute types were reported, but reports of chronic types are very rare.