

慢性局所性腸炎の一例

日本アルミ附属病院外科医長 (院長 医学博士革島悟郎)

医学士 宮 岡 邁

〔原稿受付 昭和28年 1月13日〕

A CASE OF CHRONIC REGIONAL ILEITIS.

Head Surgeon of the Attached Hospital to the Nippon Aluminium Mfg. Co. Ltd.
(Director: Goro Kawashima)

By

TSUTOMU MIYAOKA

The author has recently experienced a case of chronic regional ileitis, which progressed to the extent of fistulation and seemed to be a very rare case in Japan.

This case seems also to have some possibility to be a new disease, because the ailment involves both stomach and duodenal ulcers and furthermore extends to coecum and ascending colon. Therefore the author has presented here his report on the case with some consideration and literature review.

1. 緒 言

現在局所性腸炎は終末廻腸炎、慢性潰瘍性腸炎、非特異性潰瘍性腸炎等いろいろの名称で呼ばれている。1932年B. B. Crohn が本症を独立した疾患として発表して以来、欧米においては多数の報告があり、本邦でも急性虫垂炎、腸壁窩織炎等の診断のもとに開腹されて、その結果発見された急性終末廻腸炎が、多数報告されている。しかし慢性局所性腸炎に関する報告例は本邦では甚少い。ことにその糞瘻形成型は、私が調べた範囲内では、まだ1例も見当らない。ところが私は最近、手術及び剖検の結果、慢性局所性腸炎の糞瘻形成型ではないかと思われる1例に遭遇した。ただ遺憾ながら、病理組織標本を作製する機会に恵まれず診断を確定することができなかつたのであるが、ここにその概要を記載しておく次第である。

2. 症 例

患者：35才，男，古物商

主 訴：腹痛及び腹部膨満

家族歴：特記すべきことはない。

前病歴：生来健康で、結核、性病及びその他の腸疾患等を否定している。1日10本程の喫煙家であるが、飲酒家ではない。

現病歴：約1年前、食餌過誤の後、吐血し胃潰瘍の診断をうけた。その頃から下腹部にかたまりのあることに気が付き、時々その辺に軽い疼痛を来すようになった。しかし、とくに日常生活に差支える程ではなかつた。来院の6日前、夕食中より、臍部に鈍痛を来し悪心があつたので自ら口中に指を入れて嘔吐したが、その吐物は食物残渣のみであつた。その後疼痛はだんだんと増強したが、堪え難いという程ではなく、また悪心も時々あつたが、嘔吐はなかつた。その後排便がなく、腹部が膨満して来たので、発病以来、殆ど食餌を摂つていない。睡眠は稍障碍されている。生来、とくに下痢や発熱を来し易いようなことはない。

現症：体格中等、栄養かなり衰え、顔色蒼白、体温 36.5°C 、胸部臓器に著変なく、脊柱、腱反射等に異常を認めない。マントー氏反応陰性。尿所見に異常なく、血液所見は赤血球数380万、HbはSahliで56%、白血球数は21,000、好中球は桿状核、分葉核共に40%即ち、貧血、白血球増多症及び白血球核左方移動を呈する。

本論文の要旨は昭和24年2月京都外科集談会2月例会において発表した。

局所所見：腹部は全般に強く膨隆しているが、特に臍の上部及び下腹部中央に大人手拳大の境界不鮮明な膨隆があり、この両者の間即ち臍の下約3横指の間は稍陥凹している。皮膚静脈は軽度に怒張し、上腹部の膨隆部には、著明な蠕動不穏が認められた。触診上、廻盲部に軽い腹筋緊張が認められたが、Blumberg氏症候は陰性。2つの膨隆は共に柔軟で波動を証明できず、上の膨隆は境界不明瞭、下の膨隆の左界は明瞭で腫瘤の下に手が入る位で、右界は不明瞭で廻盲部の腹筋緊張に移行している。肝、腎及び脾は触知できない。聴診すると、下の腫瘤から廻盲部にかけて、腸雑音を殆ど聴かず、上腹部ではこれが高まり、時に金属性音が聞える。打診上、下腹部膨隆から廻盲部にかけて濁音を、その他の部では鈔音を呈する。

高圧浣腸、ガス抜きを行うと、はじめ相当量のガスを出したが、数時間後に再び行つた浣腸では全く反応がない。

以上の所見から、下腹部の不明の腫瘤により圧迫された腸狭窄症と考え、来院の翌日手術を行つた。

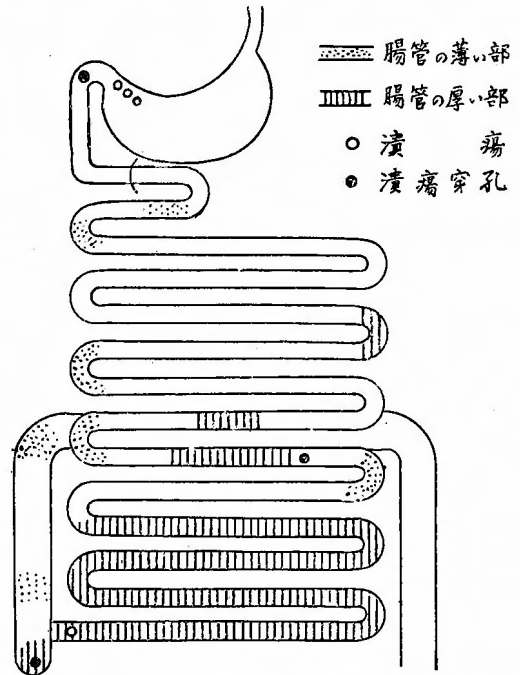
手術所見：正中切開により腹腔に達すると、下腹部の腫瘤と前壁の体壁腹膜とは強固に癒着している。それで上部の比較的軽く癒着した小腸を鈍性に剝離しながら、努めて庇護的に、下腹部の腫瘤にむかつて進んだが、突然泥状の糞便が噴出して来た。これを約700ml吸引し手術野を精査すると、右方は盲腸及び上行結腸、左及び上方は廻腸係蹄、下方は線維性の被膜をかむつた腫瘤を壁とした糞膿瘍があつて、盲腸は暗赤色壊死状となり、そこに穿孔のあることがわかつた。

虫垂はみえない。上腹部の膨隆は、ガスが充満して拡大した廻腸で、これより肛門側、おそらく廻腸の中頃と思われる腸壁は約1cmほどに肥厚し、比較的ゆるやかに捻転し、狭窄を呈している所があるが、癒着が強くて更に肛門側のことは判明しない。下腹部の腫瘤は、高度に肥厚し、相互に癒着して一塊となつた下部廻腸が、全体として厚さ約0.3cmの線維性被膜に被われている。しかし、これによつて包まれた腸管はその内容を全く通過しえないような状態ではない。上部の廻腸及び空腸も相互に軽く癒着している。結腸は手術野に出し難く精査できなかった。廻腸の拡大した所に人工肛門を造設し、糞膿瘍中へはゴムドレーンを入れて手術を終つた。

術後経過：手術の翌々日より人工肛門から液状糞便を出し、第5、6及び7日目の間に計6匹の蛔虫を排

出した。9日目に手術創が哆開して、体液の喪失が大となり、衰弱が加わり、第15日目には吐血が現れ、この日から全く食慾を失い、術後第18日目、遂に死亡した。しかも術前術後を通じて、体温は平温であつた。

剖検所見：腸管は全体線維素性や線維性に癒着しているが、空腸はわりあい粗鬆で、廻腸の癒着が強く、しかも肛門側によるほど著しい。はじめ、下腹部の腫瘤として触れた所は非常に強く癒着し、鈍性剝離が困難である。腸管を開いて辿ると、図のように、まず



胃の小彎側にそいに幽門、直径約1cmの円形潰瘍が3つ縦に並び、その辺縁はやや高まり、中央部は筋層に達して噴火口状になつていて、癒着性の比較的古いものである。これは恐らく1年前診断された胃潰瘍の結果と思われる。また十二指腸に1つの潰瘍があるが、これは癒着性の傾向が少く、最近の潰瘍穿孔を思わせ、死亡2日前の吐血はおそらくこれに因するものであろう。空腸はTreitz氏靱帯より20、50及び250cmの部に約10cmの範囲にわたり、腸管が拡張して粘膜及び筋層が甚だ薄くなり、腸皺襞が殆ど消失した部分と、同じく200cmの所に約10cmにわたり腸管壁が正常の2倍位に肥厚した部分がみられ、また、その間数ヶ所にPseudomelanoseを呈する部分がある。廻腸には、廻盲部より口側約350、300及び250cmの部に、空腸におけると同様10乃至20cmにわたつて、粘膜及び筋層

が極めて薄くなつた部分と、その間に肥厚した部分とが交互に存在し、また廻盲部から口側260cmの部には、辺縁の鈍となつた陳旧性の穿孔が1ヶみられた。これと盲腸の穿孔部とが相通じ、内瘻を形成していたものと思われる。またこの部から口側20cmにわたる腸壁は正常の3倍位に肥厚して、その上約180度捻転し狭窄を呈している部分もある。廻腸の下部約200cmは肛門側程肥厚が強く、ここは下腹部の腫瘤として触れた最も強い癒着部位である。廻腸終末部に1つの3×2cm位の橢円形の表在性の潰瘍がある。盲腸は肥厚し、癒着性となり1つの穿孔があつて、これより肛門側10及び60cmの部には、約10cmの範囲にわたり、腸壁がやや薄くなっている所があるが、一般に結腸の変化は僅少である。著名な腸間膜淋巴腺腫大、腹膜の結核結節等は認められなかつた。

3. 考 察

Crohnは局所性腸炎をつぎのように記載している。即ち、その臨床的特徴は、長期にわたる下痢と発熱、腸狭窄症状、そして屢々腹壁、近接臓器相互間の瘻孔形成で、病理学的特徴は、慢性的炎症性潰瘍性病変が、最初廻盲弁から口側8乃至12時の所に起り、漸次上行して、稀には病変が廻腸全体、更に空腸下部、十二指腸にまで及ぶもので、時には盲腸、上行結腸にも連続し、また大腸に孤立した病変が存在することもある。罹患部腸間膜淋巴腺は腫大する。急性症では下痢を伴うことがある他は急性虫垂炎と全く同じ臨床像を呈する。慢性症はその経過が数ヶ月乃至数年、十数年にわたり下痢と腹痛が持続し、末期には癒着した腸管が腫瘤として触知され、徐々に瘻孔を作り、狭窄症状が出現する。以上のような所見と、レ線所見にstring signが出れば診断手術によらずとも充分可能であると述べている。²⁾

Garlockはこれを5型に分けて、1) 急性型、2) 腸炎型、3) 腸閉塞型、4) 近接臓器罹患型、5) 糞腹形成型としており、その他の諸家も大体同様に分類している。急性症から慢性症に移行し得るかどうかは現在なお疑問であり、我邦において、急性症ばかりが報告されているのに、定型的な慢性症が殆ど無い事實は、この点の解答に1つの参考資料となり得よう。

原因に関しても、現在諸家の説は一致するに至っていない。廻盲隅角部のリンパ嚢帯、遺伝性、リンパ系統の弱い一次感染等といわれ、また最近ではアレルギー

説を説える人もある。塩田教授⁴⁾は、はじめアメリカでは多数の報告があり、Crohnの如きは1年間に50例もみたというのに、我国では1例の報告もないのは、風土病或は伝染病の如きものではないかと述べているが、本症が本邦に存在するか否かは、この点からも意義が深い。

治療法としては、Crohn自身は廻腸横行結腸吻合術をすすめているが、其の後多くの人は患部を切除する方がよいと述べEvertt D. Kiefer 及びWilliam T. Arnold⁵⁾はなるべく広範に切除する方がよいとなし、病変部を残すことは腸管の喪失よりもなお危険であるとしている。また抗生剤は一般に有効とはいえないが、Aureomycin, Chloromycetin や Penicillin で鎮静に傾いた例もあると述べている。

一方、Philip Theorek⁶⁾は迷走神経切断を推奨している。

Crohnによれば、本症の予後は手術しないとい一般に悪く、腸切除を充分に行つても、20%が4ヶ月ないし6年のうちに再発したというている。

私の症例は必ずしもCrohnの記載とすべての点で一致するものではないが、その異同点を記述してみると、まず一致する点は、廻腸終末部に最も慢性炎像が強く、廻腸下部、空腸から口側に至る程病変が少くなり、肥厚部と薄い部とが交互に存在し、盲腸、廻腸終末部、十二指腸及び胃に、潰瘍が恰かも系統的に存し、ことに2ヶ所に穿孔があつて、内瘻を形成していたこと等である。更に、患者が好発年齢であること、腫瘤状になつた腸管と狭窄症状があること、また、経過が非常に長かつたと思われる数々の相似点を挙げる事ができる。

異なる点としては、病歴に下痢と発熱を訴えていないこと、著明な腸間膜リンパ腺腫大の発見出来なかつたことである。経過が長かつたことを思わせる点として、腹腔内に糞膿瘍ができていたにも拘らず、それに相当する患者の訴えがなく、腹膜炎症状も極めて軽微であつたこと、術前術後を通じて平温であつたこと、腸管の肥厚、陳旧性の潰瘍の存在等がそれである。また胃及び十二指腸潰瘍はそれより以前から進行していた局所性腸炎の二次的变化として來たものと想像される。即ち、廻腸終末部から口側へ腸管をたどつていくと、空腸では病変が軽くなっているのに、突如として胃、十二指腸で強い変化を示していることから、これは下から順次上行性に病変が進んだと解釈するよりも、廻

腸からの反射により (ileopyloric reflex)⁷⁾ 胃酸の分泌亢進が起つたため、局所性腸炎とは別個の機転が進行したと解する方が妥当でないかとも思われる。

1951年 Patrick C. and Shea Jr.⁸⁾ は小腸の非特異性潰瘍なる疾患5例を報告したが、その中の1例では胃潰瘍と空腸潰瘍を合併している。しかし彼等の記載によれば、単に空腸或は廻腸に多発性に非特異性潰瘍を来すと述べているだけで、私の症例のように広範に罹患しているものはない。Crohn氏病においても私の症例のように、胃から結腸肝彎曲部に至る迄、広くおかされた症例は、外国文献にも見出し難い。それ故この症例は多発性の消化管潰瘍症とでもいうべき、独立した疾患であるとみなしうる可能性もあるわけである。ただ私の経験例はたゞ1例のみであるから、俄にこれを独立性疾患とは決めがたいし、また偶々上述のように ileopyloric reflex の結果、局所性腸炎に胃及び十二指腸潰瘍が合併したとも考えられるので、この点は将来の研究に俟たねばならない。

4. 結 語

私は最近、本邦においては甚だ稀有な疾患と考えられる慢性局所性腸炎の糞瘻形成型と思われるものに遭

遇したが、本例では同時に、胃及び十二指腸潰瘍を合併していた。これは甚だ稀しい症例であると考えられるので、ここに報告し、併せて本症存在の意義、胃十二指腸潰瘍合併の意義等を考察した。

稿を終るに臨み、御校閲の労を賜つた恩師青柳安誠教授並びに御教示、御鞭撻を戴いた現大阪市立医科大学白羽教授に深い感謝の意を捧げる。

文 献

- 1) B. B. Crohn J. A. M. A. Vol 99, 1323, 1932
- 2) Garlock cit. 植草実：臨床2巻，8号，515頁，1949.
- 3) A. F. F. Andersen：J. A. M. A. 日本版，2巻2号，116頁，昭和24年.
- 4) 塩田廣重：日本医事新報，No. 1316. 1379頁，昭和24年7月.
- 5) Everett D. Kiefer and William T. Arnold：J. A. M. A. 日本版，5巻2号，71頁，昭和26年.
- 6) Philip Theorek：J. A. M. A. 日本版，5巻4号，157頁，昭和26年.
- 7) R. T. Monroe and E. S. Emery：Am. J. med. Science. CL XXVII 389頁，1929年.
- 8) Patrick C. Shea Jr.：J. A. M. A. 日本版7巻5号，219頁，昭和26年.