

- 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.

## 緒 言

1932年 Crohn 等により廻腸末端部に生ずる非特異性炎症を1つの独立疾患として Regional Ileitis, Terminal Ileitis と名付けて報告をおこなったが、以後種々なる名称のもとに（たとえば Regional Enteritis, Segmental Ileitis, Chronic Cicatrizing Enteritis, Unspecific Regional Enteritis 等）幾多の報告がなされるにいたった。然し乍ら廻腸末端炎の長期間に及ぶ観察により、特異なる臨床像を示し、症状・再発・skip area・手術法からみて極めて難治性のもので、経過観察が長期間に及ぶに従い、予後が極めて不良であることが次第に明らかになってきた。我が国においては、従前急性型の報告が殆んど全例であつたが、近時慢性型の報告も散見されるにいたり、私共も上記の特徴を有する Crohn 氏病を経験したので、報告するとともに、最近の欧米の文献より若干の考察を行つた。

### 症 例

患 者：50才，男，鉄道員

入 院：34年6月15日

主 訴：悪感を伴う発熱，廻盲部痛

遺伝歴，既往歴：特記すべきものなし

現病歴：

29年8月時々廻盲部痛があり，急性虫垂炎の診断のもとに某病院で手術をうけたが，廻腸末端炎といわれ，以後薬剤療法を行つたが軽快せず，9月再開腹をうけた。術後15日目に黄疽が出現したが，まもなく消褪し，以後経過良好であつた。32年3月頃より再び廻盲部痛があらわれ，食慾減退，ルイ瘦，悪心，嘔吐あり，又中等量の下血を2回，時々下痢を認める様になつたので某病院で薬存療法をうけ，1時軽快したが，34年5月頃より食慾減退，ルイ瘦，3日に1度の割で悪感を伴う38°Cの発熱，廻盲部痛を訴え，6月10日当科外来を訪れた。

入院時所見：

体格中等，栄養不良，可視粘膜貧血性，舌苔白色，脈膊緊張良，整，血圧105/60，心肺理学的所見著変なし，腹部に膨隆なく，肝1横指腫大，廻盲部に手術瘢痕を認め，同部に鶏卵大の腫瘤を触知し，移動性なく，境界不明瞭，圧痛，筋緊張を認めた。

各種検査成績：

血液：赤血球360万，Hb量72%，白血球18,000，血液像は中性多核白血球増多を示し，且核左方移動を認

めた。血清蛋白7.0g/dl，残余窒素33mg/dl，総ビリルビン量0.644mg/dl，直接ビリルビン量0.332mg/dl，間接ビリルビン量0.332mg/dl，高田(-)，Co反応R<sub>1</sub>(+)血沈値30分38，60分78

尿：ウロビリノーゲン(++)

糞便：潜血反応ベンチチン，ビラミドン(++)

心電図：正常

レ線：経肛的バリウム透視によると，廻盲部横行結腸が癒着牽引され，かつ通過障害が認められた。（写真1）



写真1 経肛的レ線所見

以上所見から Crohn 氏病再発の診断のもとに6月23日手術を施行した。

手術所見：

強化麻酔のもとに下腹部正中切開で腹腔内に入ると，腹膜の肥厚著明，腹水はなく，前手術部位に廻腸が塊状をなして癒着，腸管壁は著明に肥厚し，軽度充血，線硬化し，小腸間膜も肥厚著明であつた。前回手術時には，病変部位と思われる廻腸末端より口側へ約30cm程を切除して，廻腸，横行結腸に端側吻合がなされ，盲腸，上行結腸が畸置してあつた。盲腸，上行結腸に癒着している廻腸を上行結腸，盲腸と共に広範に切除し，廻腸と横行結腸を端々吻合して手術を終つた。

剔出標本肉眼的並びに組織学的所見：

写真2の如く廻腸は長さ約40cmに亘り塊状をなし，腸壁，腸間膜の肥厚著しく，癒着せる小腸相互間に1ヵ所の穿孔あり発赤していた。（下矢印）。又塊状をなした小腸相互間の線硬化した癒着部位にも更に1ヵ

所の穿孔交通が認め、その部より膿が流出した。(上矢印). 盲腸, 上行結腸部には、廻腸との癒着以外著変はなかつた。虫様突起は残存していた。

組織所見では、写真3の如く粘膜固有層及び粘膜下層にかけて著明なリンパ球, プラズマ細胞, 少数の好酸球の浸潤とリンパ濾胞の肥大及び写真4の如く筋層にも同様細胞浸潤が認められ、且つ高度の結合織の増殖があり、非特異性慢性炎症像のみであつた。

術後経過良好にて、45日目に軽快退院した。

### 総括並びに考察

私共の自験例は定型的な慢性型を示す Crohn 氏病の1例であつて、その特殊なる病態について検討し、更に文献的考察をも行つた。

Crohn 氏病の成因については、従前細菌感染説が唱えられてきたが、細菌感染は原因の変化に附加される2次的変化にすぎないという見解が次第に有力になってきた。病原菌と考えられるものは結核菌(結核とは一応区別されるが Mayo, Taylor は腸結核の1型とみている), 赤痢菌, 醸気性好気性菌, 嫌気性菌, 嫌気性連鎖状球菌, 又アメーバ赤痢, 蛔虫, 鞭虫, 蟯虫, フィラリヤ等が原因であるといわれている。更に外傷を重要視している人もある。Hadfield は Reticulosis が原因であるとのべ、Reichert, Mathes は腸管のリンパ鬱滞又は腸間膜リンパ浮腫が原因であるとし、更には何等かの傷害がおこつて2次的リンパ鬱滞をおこすことによつても発生可能であると考え、実験的に硬化液を腸管に注射して類似の腸炎をおこし、さらに経脈的に細菌感染を行うと腸炎の程度が増悪することを証明している。又 Chess も実験的に微細な砂やシリカを含む食餌を犬に与えてリンパ閉塞を来して

腸管に増殖性変化を来している。

Warren, Mathes は乳糜中にあるリポイドが組織中に出て慢性刺激となるためとのべ、Jackson は脂肪酸が2次的にリンパ閉塞をおこすためであるとのべている。

Ginzburg, Oppenheimer は血液供給の傷害により腸管に肉芽性病変が生ずる、又 Bockus, Lee は廻盲動物の捻転異常が原因とのべている。Davis は腸管の筋神経叢中の神経節細胞について病理組織学的検討を加へ Crohn 氏病患者では対照例に比して数倍多いと成因について別の角度から報告している。更にアレルギー性炎症であると言う説も従前より有力であつて Schwarzman 現象が本症の成因の1つと認めているものもある。

以上の如く成因について幾多の説が唱えられてきたが、今猶不明といわざるをえないのが現況である。

私共の症例において特記すべき事項は初回手術より Crohn 氏病の診断をうけ、私共は3回目の再開腹術を

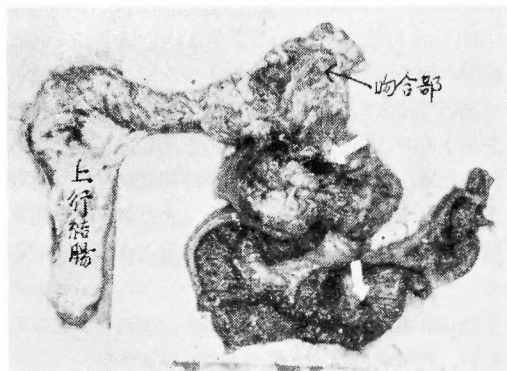


写真2 剥出標本

(上矢印) 瘻孔を示す  
(下矢印)

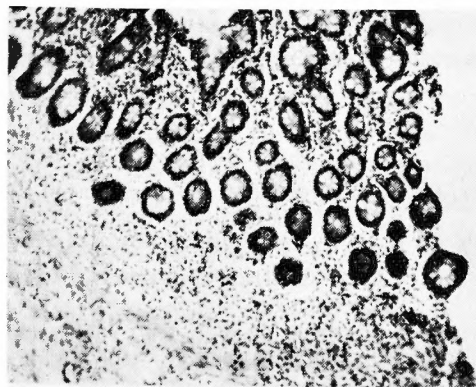


写真3 病理組織所見 (粘膜固有層, 粘膜下層)

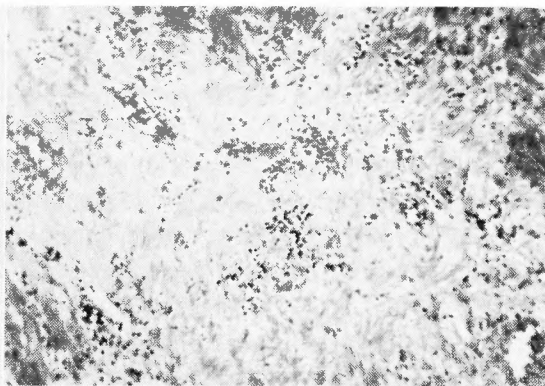


写真4 病理組織所見 (筋層)

行っていることであつて、6ヵ年間に再発をくりかえしてきたものと思われる。先づ再発について文献的考察を行うと、Crohn は1939年再発頻度について第1回報告を行い、10.15%であると述べたが、1951年第2回報告時では22.5%、1959年第3回報告時では35%と上昇を認め、Marschal も1943年第1回報告時では14.3%、1954年第2回報告時では30%と述べ、Jackson も1937年より1954年にいたる間取り扱つた126例中の再発例は55%、Dyson も1954年58%と報告している。Van Patler は1954年術後6ヵ月乃至1年以内に60%の再発があり、術後21年後にも再発したと述べている。かかる再発が問題になるのは手術を行つたものに限定されるわけで、再発率が上記の如く高い報告例があるのは、臨床症状やレントゲン所見だけで再発と断定したものも含まれているからである。再発と対照的な自然治癒についてはCrohn (1957年) は急性型のみが、自然治癒は可能で、慢性の内芽性変化のあるものは自然治癒は不可能で、自然治癒したものは700例中10例以内であるとのべ、又Jackson も126例中僅かに1.6%が自然治癒したにすぎないと報告している。以上の如く極めて悲観的な報告のみであるが、我が国においては大部分は急性型に属するもので、急性症状を示すものは極めて良好な経過を示し、予後は極めて良いため、従来急性型と慢性型の間に果して移行型があるかどうかについて論争されてきたが、最近植草、砂原等によつて慢性型も発表されるようになってきた。

Crohn等による臨床上の経過の分類についてみると

- 1) 腹膜刺激症状を伴つた急性腹部炎症
- 2) 潰瘍性腸炎の症状を伴つたもの
- 3) 腸狭窄症状を有するもの
- 4) 頑固な瘻孔を形成しているもの

という4型に分類され、第3、4型が我が国においても注目されるにいたつたわけである。

再発の原因については、①肉眼的な病変部をこえて病巣が拡がっているため、腸切除をおこなつたあとでも、猶1部が遺残している。②主病巣から壁れて存在するskip area乃至skip lesionを手術に際し看過する。③腸管の病変部を完全に切除したが、腸間膜リンパ腺に病変が遺残し、そこから逆行性に病変が腸管に波及する。という3つの方法が考えられているが、私共の症例では、その何れともいいえない。又skip areaの問題についてはJackson は126例の1/4に認めたとのべ、悪性腫瘍の経過と極めて類似している。

合併症については、Jackson は①内腸瘻、②外瘻、③痔核、④直腸膿瘍、⑤直腸狭窄、⑥血栓性静脈炎、⑦肺栓塞、⑧痔裂、⑨貧血、⑩破傷風、⑪低カルシウム血症、⑫腎石、⑬栄養不良、を列挙している。

内腸瘻については、術前線診断で発見しようといわれているが、私共の例では不明であつた。又腸瘻は廻腸と廻腸の間に2ヵ所存在していたが、他に廻腸と他の腸管の間、廻腸と結腸・S腸の間、廻腸と卵管又は子宮更には膀胱、尿管、男性尿道との間にもおこりうるといわれている。

治療については、保存的にはSteroid療法が化学的療法中もつとも良いといわれ、ことに重症例ではACTH、Cortisonが著効を奏するといわれているが、多くは進行性に悪化を来し、Van Patler等も保存療法では2年以上経過例194例中略良以上の状態を示したものは約31%にすぎないと述べている。

外科的適応としては、出血、腸閉塞、穿孔、瘻孔形成、右下腹部腫瘤があれば絶対的適応で、禁忌としてはCrohnは腸炎の粘膜型、廻腸、結腸炎をあげている。手術術式については従前Colp, Garloch, Ginzburg等により病巣を臓置する廻腸、結腸吻合による短回路形式が極めて予後がよいとのべ、Crohnも推奨したが、最近では姑息的なかかる方法の死亡率がたかく、右結腸、廻腸末端をふくめた全切除が手術の危険も少く予後が極めて良いとJacksonが報告し、Crohnも従前の説を訂正していた。私共も病巣部をふくめて広範に切除して良結果をえた。

患者は術後1年以上経過せるもなお健在である。

## 結 論

私共は過去6年間に再発をくりかえしたクローン氏病の1例の第3回目の再開腹術を行い、病巣部に2ヵの内腸瘻をみつた。最近我が国においてもクローン氏病の慢性型が経験されるにいたつたので再発の問題について考察を行つた。

## 文 献

- 1) Crohn, B. B. & Berg, A. A.: Regional Ileitis: J. A. M. A. 131, 331, 1947.
- 2) Crohn, B. B.: Right-sided (Regional) Colitis: Lewis' Practice of Surgery Vol. 6 W. F. Prior Co. 1951.
- 3) Crohn, B. B. & Janovitz, H. D.: Reflections on Regional Ileitis Twenty Years Later: J. A. M. A. 156, 1221, 1954.
- 4) Crohn, B. B.: Indications for Surgical Int-

- ervation in Regional Ileitis : A. M. A. Arch. Surg. **74**, 305, 1957.
- 5) Jackson, B. B. : Chronic Regional Enteritis ; A survey of one Hundred Twenty-Six Cases Treated at the Massachusetts General Hospital from 1937 : to 1954 : **148**, 81, 1958.
- 6) Kiefer, E. D., Marschall, S. F. & Bralsma, A. P. : Management of chronic Regional Enteritis, : Gastroen, **14**, 118, 1950.
- 7) Garlach, J. H. & Crohn, B. B. : Appraisal of Treatment of Regional Enteritis, : J. A. M. A. **127**, 205, 1945.
- 8) Harold, L. F. & William, T. B. : Segmental Ileitis, : Ann. Surg, **133**, 651, 1951.

## 男性子宮を伴った交叉性睾丸転位の1例

大阪医科大学外科学教室 (指導 : 麻田 栄教授)

福田 勝次・板谷 博之・堀口 泰弘・寺西 輝高

大阪医科大学泌尿器科学教室 (指導 : 石神襄次教授)

山 本 治

〔原稿受付 昭和36年1月12日〕

## TRANSVERSE ECTOPY OF THE TESTICLE WITH MASCULINE UTERUS

by

KATSUJI FUKUDA, HIROYUKI ITAYA, YASUHIRO HORIGUCHI  
and TERUTAKA TERANISHI

From the Department of Surgery, Osaka Medical College  
(Director : Prof. Dr. SAKAE ASADA)

And

OSAMU YAMAMOTO

From the Department of Urology, Osaka Medical College  
(Director : Prof. Dr. JOJI ISHIGAMI)

A 22-year-old unmarried male was admitted to the hospital on April 30, 1960, with a chief complaint of a diffuse swelling extending from the left inguinal region to the scrotum of the same side. The physical examination revealed a medium-sized and well-nourished youth. A hen-egg-sized, elastic hard tumor was palpated in the upper part of the swelling and both testicles were proved to be present in the left half of the scrotum (Fig. 1). Fluctuation of the scrotum was present and with illumination it was translucent. The left inguinal canal was dilated to about the size of a thumb.

The operation was performed with a diagnosis of external inguinal hernia.

When the hernial sac was opened, an object with an appearance quite similar to feminine internal sexual organs such as uterus, ovaria and salpinges appeared after