

Schnitzler 氏癌轉移ヲ思ハシメタル Hegar 氏症候 ヲ伴ヘル結核性腹膜炎ノ 1 例ニ就テ

京都帝國大學醫學部外科學教室第 2 講座(青柳教授)

副 手 醫 學 士 相 川 文 夫

Über einen Fall von als Peritonitis carcinomatosa verirrter Peritonitis tuberculosa, insbeson- dere über Hegar's Zeichen.

Von

Dr. Fumio Aikawa

[Aus der II. Kaiserl. Chirurg. Universitätsklinik Kyoto
(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Klinische Beobachtungen

Pat. K. T., 34 jähriger Mann, aufgenommen in die Klinik am 12. Juli 1938 wegen heftiger Bauchschmerzen und wiederholtes Erbrechen.

Anamnese: Vor 3 Tagen bekam Pat. plötzlich sehr heftige kolikartigen Bauchschmerzen und darauf folgte Übelkeit und mehrmaliges Erbrechen. Kein Körpertemperaturanstieg dabei. Weder Stuhlgang noch Windabgang nachweisbar.

Vorgeschichte: Von Kindheit an ganz gesund. Vor 3 Monaten litt er an Pleuritis exsudativa sinistra.

Status praesens: Ein schlanker Mann in reduziertem Ernährungszustand. Körpertemperatur 36.7°C. Puls zählt ca. 84 pro Minute, regelmässig, gut gespannt.

Bauch: Im allgemeinen stark aufgetrieben. Peristaltische Unruhe nicht sichtbar. Défense musculaire und Blumberg's Zeichen nicht nachweisbar. Mac. Burney's Punkt etwas druckempfindlich, aber kein Tumor da.

Lungen und Herz: Ganz in Ordnung.

Rektaluntersuchung: Der rechte Douglas'sche Raum aufgetrieben und dort ein mit gesunder Schleimhaut bedeckter und elastisch derber bohngrosser Tumor fühlbar. Ampulla recti mässig erweitert.

Urin: Bac. coli commune im reinen Zustande mikroskopisch nicht nachgewiesen. Indikan (+).

Blutbild: Erythrozytenzahl 4,560,000, Hb-Gehalt 64 % (nach Sahli), Leucozytenzahl 8000.

Klinische Diagnose: Der durch Peritonitis carcinomatosa verursachte Ileus.

Operation (am 12. Juli 1938): Sofortige Laparotomie in der unteren Medianlinie. Peritoneum parietale verdickt. Ascites spärlich nachgewiesen. Dünndarm stark gebläht. Peritoneum

viscerale war mit zahllosen Tuberkeln übersät, besonders fand man einige Tuberkeln im Douglas'schen Raum. Die Stenosenstelle war etwa 30 cm oralwärts vom Ileumende und es war durch einen fibrösen Strang eingeschnürt. Weder Zirkulationsstörung noch Nekrose nachweisbar. Die Destrangulation war sehr leicht erreichbar. Die Bestrahlung mit Quarzlampe für ca. 5 Minuten.

Verlauf: Per primam geheilt und ca. 3 Wochen nach der Operation als geheilt entlassen.

Zusammenfassung

1) Bei unserem Falle des akuten Ileus handelte es sich um Peritonitis tuberculosa, bei welchem die Diagnose auf Peritonitis carcinomatosa gestellt worden war, weil im Douglas'schen Raum ein der Schnitzler'schen Metastase ähnlicher Tumor tastbar war.

2) Aber es wurde durch Laparotomie das Vorhandensein von Peritonitis tuberculosa an Stelle des der Peritonitis carcinomatosa festgestellt und der im Douglas'schen Raum gefühlte Tumor war die Tuberkel.

3) Schon 1897 hatte der Gynäkolog Hegar darauf hingewiesen, dass man bei der Peritonitis tuberculosa mitunter die Tuberkeln im Douglas'schen Ram per anum digital fühlen konnte.

Doch bisher war diese Tatsache von Hegar unbeachtet geblieben.

4) Darum machen wir den Vorschlag, auch bei tuberculöser Peritonitis den Hegar'schen Tumor eingehend zu untersuchen, denn wir glauben, dass wir, durch Verfolgung des Schwankens der Tuberkel, nicht nur die Diagnose, sondern auch den Verlauf und die Prognose dieser Erkrankung feststellen können.

緒 言

最近我々ハ「イレウス」症状ヲ呈セル患者ニ經肛門の指診ヲ行ヒ、Schnitzler 氏癌轉移ト思ハルモノヲ觸レシガ、手術ノ結果ソレハ結核性腹膜炎ニヨル「イレウス」ニシテ、而モ Douglas 腔ニ發生セル結核性結節ヲ Schnitzler 氏癌轉移トシテ觸知シタルコト明白トナリシ 1 例ヲ經驗セリ。今仔細ニソノ症例ヲ記述シテ大方ノ參考ニ供セントス。

臨 床 例

患 者：○嘉○男，34歳，男，（昭和13年7月12日入院）

主 訴：腹痛及嘔吐

現病歴：3日前ノ正午頃，食事ニ不養生アリシニ同日午後7時頃ニ至リ突然下腹部及臍ノ附近ニ痙痛様疼痛ヲ來シ，惡心アリ，嘔吐12～13回ニ及ベリ。吐物ハ初メ攝取物ノミナリシモ，後ニ至リ黃色ヲ帶ビタル物トナレリ。翌朝醫師ノ注射ヲ受ケ上述ノ苦痛ハ消失シタルガ，同日夕刻ニ至リテ再ビ同様ノ疼痛ヲ來シ惡心，嘔吐アリ，此ノ度ハ注射ニヨリテ輕快セズ，次第ニソノ度ヲ増加シテ今日ニ至ル。發病來熱發ナク，一昨日僅カノ大便排出アリシノミニテ，其ノ後ハ「ガス」或ハ大便ノ排出ナシ。

既往症：生來健康，苦患ヲ知ラズ。3ヶ月前ヨリ盗汗，咳嗽アリ，左側滲出性肋膜炎ノ診斷ヲ受ケ，約1週間前左胸部ヨリ穿刺ヲ行ヒテ略々1000 cc. ノ液ヲ排出サレタリ。

家族歴：特記スベキモノナシ。

臨床一般所見：體格中等，榮養衰へ，脈搏整正，1分時84，大サ尋常，緊張良。顔貌苦悶狀。頸部淋巴腺ノ腫脹ナシ。心臟位置尋常，異狀ナシ。

肺：打診上異狀ナク，聽診上左肺ハ一般ニ呼吸音微弱，氣管支聲左右差ナシ。

局所所見：腹部ハ一般ニ膨滿セリ。靜脈怒張，發赤，蠕動不穩ナシ。觸診上 Défense musculaire, Blumberg 氏症候ナシ。廻盲部ニ壓痛アリ。Rosenstein 氏症候ナシ。左腹部ニ抵抗アリ。腸雜音ハ時々僅ニ聞コエ有響性ナリ。

經肛門の指診ニテハ，右ノ Douglas 腔膨滿シ壓痛アリ。直腸膨大部ハ稍々大。Ⅺ時ニ相當セル肛門開口ヨリ5糎，Douglas 腔ニ相當スル部ニ1個ノ完全ナル粘膜炎ニ被ハレタル豌豆大，彈性硬ノ腫瘍ヲ觸ル。

血液所見：赤血球數456萬，ヘモグロビン量64%(ザリー)，白血球數8000。

尿：著變ナシ。大腸菌陰性。

診斷：經肛門的指診ニヨリ Schnitzler 氏癌轉移ヲ思ハシムル腫瘍ヲ證明セルヲ以テ，癌性腹膜炎 (Carzinose) ニヨルイレウスヲ想像セリ。

手術所見：直チニ手術ヲ行フ。臍下3横指ヨリ正中切開ニテ腹腔ヲ開クニ腹膜ハヤ、肥厚シ，小腸ハ極度ニ膨滿セリ。ソノ壁ニハ播種性ニ小豆大ヨリ粟粒大ノ結核性結節ヲ認メタリ。腹水少量。ヨツテ更ニ切開ヲ臍上2横指ニ至ルマデ延シ腹腔ヲ開クニ，小腸ハ Treitz ノ靱帶ニ近クマデ膨脹シ，胃大彎，横行結腸ニ至ルマデ一面ニ播種性ノ，更ニ Douglas 腔ニモ2, 3同大ノ結核性結節ヲ認メタリ。小腸ヲ肛門側ニ追求スルニ廻腸終端ヨリ約30糎ノ口位部ニ於テ，腸間膜ヨリノ纖維性索條ヲ以テ小腸ハ絞扼サレ，ソレヨリ肛門側ハ塊狀 (Konglomerat) ヲナシテ右側骨盤腔ニ入り，1部ハ後腹膜ト癒着セリ。絞扼部ヲ外ズシテ檢スルニ，血行障礙及ビ壊死部分ハ認メラレズ。依テ骨盤腔ニ於ケル癒着ヲ剝離シテ小腸全部ヲ腹腔外ニ出シテ，生理的食鹽水ヲ浸セルガーゼヲ以テ摩擦シ，太陽燈ノ照射ヲ約5分間行ヒテ手術ヲ終レリ。

術後経過：経過良好。術後7日目，經肛門的指診ニテ初診時ト同様ナル硬結ヲ同所ニ觸レタリ。術後12日目ノ朝黒色便ヲ出シ，同日午後7時頃ニナリ脈搏140，體溫35°Cニナレルヲ以テ直チニ200 cc. ノ輸血ヲ行フ。其ノ後全身狀態良好。術後25日目ニ退院ス。

考 察

本例ハ經肛門的指診ニヨリテ Douglas 腔ニ小腫瘍ヲ觸レ，ソレヲ以テ Schnitzler 氏癌轉移ト見做シ，Carzinose ニヨルイレウスト診斷シテ開腹セルガ，結核性腹膜炎ニヨルイレウスナルコトガ判明セルモノナリ。

1909年 Schnitzler 氏ハソノ症狀ヲ呈セザル胃癌ノ患者ニ於テ，經肛門的指診ヲ行ヒ Douglas 腔

＝腫瘤ヲ觸レタル結果、更ニ検査ヲ進メテ原發性ノ癌トシテ胃癌ノ存在セシコトヲ見出セリ。抑々斯ル腫瘤ハ腹腔臓器癌ノ腹腔内ヘノ播種性轉移ニ他ナラズシテ、爾來腹部内臓腫瘍ヲ診ル時ハ、マツ Douglas 腔ヘノ轉移ノ有無ヲ検査シテソノ疾患ノ進行程度ヲ知り、或ハ腹部苦悶ヲ訴ヘル患者ヲ診ル時、斯ル腫瘤ヲ検査シテ、以テソノ原發癌ヲ見出し得ルコト屢々ナリ。ソレ故ニ所謂 Schnitzler 氏癌轉移ノ有無ヲ觸診スルコトハ、臨床上特ニ豫後ノ判定及ビ診斷學的ニ必要關クベカラザルコトナリト云フヲ得ベシ。

而シテ癌性腹膜炎ト結核性腹膜炎トハ、時ニソノ鑑別診斷ニ甚シク困難ヲ感ズルコトアリ。此際現在症或ハ既往症ニ於テ結核性疾患ヲ思ハセルモノノ有無ハ、ソノ診斷上大イニ參考トナルコト勿論ナレドモ、經肛門の指診ニ依リ Schnitzler 氏轉移ヲ觸レル時ハ之レヲ癌性腹膜炎ト診斷ス可キナリト言ハレタリ。

然ルニ既ニ 1897 年婦人科醫 Hegar ハ、結核性腹膜炎時殊ニ結核性婦人科の疾患中ニ於テ、經肛門の指診ニヨリ Douglas 腔ニ結核性結節ヲ觸レ得ルコトヲ發表シタリ。即チ Douglas 腔ニハ結核性結節モ癌轉移モ来リ得テ、而モ經肛門の觸知シ得ル次第ナリ。故ニ此處ニ問題トナルハ、ソノ腫瘤ガ果シテ結核性結節ナリヤ將又癌ナリヤノ區別ヲスルコトナル可シ。

此ノ點ニ關シテ Hegar モソノ鑑別ノ困難ナルヲ認メ、兩者ノ鑑別點トシテ 1) 結核性結節ハソノ數多ク、且ツ小ニシテ硬、2) 癌ハソノ大サ堅果大、或ハソレ以上ノ大サトナルコト多シ、ト述べ、尙結核及癌ノ原發癌ノ發見ニヨリ診斷ヲ確定ス可シトナセリ。

併シ爾後結核性腹膜炎ノ診斷上、特ニ之ノ症候ヲ重視セル者アルヲ聞カズ、又之ノ症候ヲ見出スコトニヨリテ初メテ結核性腹膜炎ト診斷ヲ確定セル報告モ無シ。

本例ニ於テハ、Douglas 腔ニ於テ 1 個ノ豌豆大、彈性硬ノ腫瘤ヲ觸レ得タルガ、Hegar ニ據レバ、大サヨリシテハ結核性ナレドモ、ソノ數ヨリスレバ癌タリ。即チ上記ノ條項ヨリスル兩者ノ差別モ甚ダ不明瞭ナルナリ。

只本患者ニテハ既往症ニ於テ結核症ヲ思ハセル疾患ヲ病ミ居タレドモ、余等ハ Hegar 氏症候ナルモノノ存在ニハ一瞥ヲモ與ヘザリシナリ。

サレド癌ト結核トハ Douglas 腔ヘノ出現度、或ハソノ硬度等ニ差異ヲ見出し得ベキモノナリト信ズルガ故ニ、今後ハ例ヲ重ネテ大イニ斯ル點ニ注意スルヲ要スベク、又 Hegar 氏症候ハ單ニ結核性腹膜炎ノ診斷上ニ於テ留意ス可キノミナラズ、斯ル結節ノ消長ハ、診斷確定セル結核性腹膜炎患者ノ經過及ビ豫後ヲ判定シ得ル良キ指標トモナリ得ベシ。

即チ今後ハ結核性腹膜炎時ニ於テモ、經肛門の指診ニヨリテ斯ル所見ヲ確メ置クコトニ注意ス可キナリ。

摘 要

- 1) 34 歳ノ男子、腸閉塞症狀ヲ呈シテ來院セリ。
- 2) 同患者ニ經肛門の指診ヲ行フニ、Douglas 腔ニ豌豆大、彈性硬ノ腫瘤ヲ觸レ得タリ。

3) Schnitzler 氏癌轉移ト見做シ開腹セルモ、ソノ結果ハ結核性腹膜炎ニヨル「イレウス」ニシテ、先ノ腫瘤ハ結核性結節タルコト明トナレリ。

4) 即チ我々ハ此處ニ結核性腹膜炎時ニ於テモ、經肛門的指診ニヨリ Douglas 腔ニ結核性結節ノ觸レ得ルコトモアル事實ヲ更メテ認識シ、今後例ヲ重ネテソレガ疾病診斷上、經過及ビ豫後ニ及ボス意義ニ關シテ充分ナル研究ヲ致ス可キモノナルコトヲ提唱セリ。

主 要 文 獻

- 1) 濱谷軍治：腹膜結核症ノ外科的療法ニ就テ、日本外科寶函、第12卷、昭和10年1月。
- 2) Hegar：Tuberculose der Tuben und des Beckenbauchfells, Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 45, 1897.
- 3) Schnitzler：Über eine typisch lokalisierte Metastase des Magencarcinoms, Grenzgebiet Heft II, 1909.