

陳舊_Lアメーバ⁷赤痢後ニ發セル 腸壁肥厚, 收縮並ニ狹窄ニ就テ

京都府立醫科大學外科教室(主任 横田教授)

醫學士 櫻井雅四郎

Ueber die Darmwandverdickung, -schrumpfung und -striktur nach veralteter Amoebendysenterie

Von

Dr. M. Sakurai.

[Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie zu Kyoto,
(Vorstand: Prof. Dr. K. Yokota.)]

1, 緒 言

凡ソ激烈ナル熱帶赤痢, 即チ_Lアメーバ⁷赤痢, 又ハ細菌性赤痢後ニ惹起サレル大腸ノ炎症性癰痕性狹窄ハ病理學的又ハ剖檢の檢索ニ於テハ敢テ稀有ナリト言フベラス。然レドモ之ニ外科的處置ヲ施セル症例ノ記載ハ比較的僅少ニシテ余ノ抄獵シ得タル文獻ニ於テハ Birt und Fischer 兩氏ノ4例及ビ W. A. Stark 氏ノ4例ヲ數フルニ過ギズ。本邦ニ於テハ余ノ寡聞未ダ報告ニ接セザル所ナリ。且ツソノ狹窄部位ノ如キ Birt und Fischer 兩氏ノ1例ヲ除キテハ孰レモ左大腸彎曲部以下S字結腸又ハ直腸上下部ニ發來セルモノナリ。猶カ、ル症例ハ熱帶地方ニテハ間々遭遇スル所ナル由ナレドモ本邦内地ニ於テハシカク存セザルモノナリ。

今茲ニ記述セントスル余ノ1例ハ約10年以前ニ罹患セル_Lアメーバ⁷赤痢ニソノ因ヲ發シ横行結腸中央部ニ深部浸襲性ノ潰瘍ヲ生ゼシメ加フルーソノ潰瘍附近ノ横行結腸全周ニ慢性炎症ニヨル著明ナル腸壁肥厚ヲ來シ爲ニ腸狹窄症狀ヲ惹起シ來レルモノーシテ, 10年以前ノ陳舊疾患ガ最近ニ及ビテ臨床的症狀ヲ發來セル點亦吾人ノ興味ヲ唆ル所アリ。茲ニ報告シ以テ諸賢ノ叱正ヲ仰ガントス。

2, 實 驗 例

患者 野田某 38歳 京都市 紙箱商

昭和5年5月3日 初診

昭和5年5月3日 入院

遺傳的關係ニ就テ特記スベキモノナシ。患者ハ生來比較的健康ニシテ20歳ノ時淋疾ヲ病ミシモ、横痃又ハ硬軟兩性下疳ノ罹患ヲ否定ス。25歳ヨリ28歳ニ到ル間南洋_Lシンガポール⁷ニ居住セリ。27歳ノ時_Lアメーバ⁷赤痢ヲ3回ニ互リテ罹患セリ。各回ノ經過約3週間ナリシト言フ。前2回ノ罹患ハ可成猛烈ニシテ最盛時ノ下痢回数1日70回ニ餘レリト云フ。第3回目ノ罹患ハ比較的輕微ナリキ。

28歳ニシテ顔面丹毒ニ罹リシモ醫療ヲ受ケ約1ヶ月ニシテ全癒セリ。其他特記ヘベキ疾患ヲ經過セズ。

血液検査、ワッセルマン氏反應 卅

現病既往、約2ヶ年以前ヨリ患者ハ食餌及ビ氣候ニ無關係ニ時折腹痛ヲ訴ヘタリ。而モ腹痛ハ發作性ニ來リ且ツ便秘ト共ニ增強ヘルヲ常トセリ。故ニ該腹痛時ニ於テハ流動食ヲ攝リ 數日臥床シ 便通ノ來ルト共ニ痛苦輕快スルヲ慣トセリ。而シテ便中血液又ハ膿ノ混在セシヤ否ヤニ關シテハ注意スル所ナカリシト言フ。

本年4月25日患者ハ突然左腸骨窩ニ疼痛ヲ伴ヘル腹部膨滿感ヲ訴ヘタリ。該疼痛ハ發作性ニシテ1日數回乃至拾數回ヲ數ヘ且ツ腹部ニ雷鳴ヲ來セルモ、腸ガス¹ノ排出ハ平常ノ如ク存シ又少量ノ帶綠黃色ノ有形便ヲ排出セリ。5月1日以來腹痛漸次增強シ且ツ著シク 發作性ノ度ヲ増シ而モ臍部ニ限局セル激痛ヲ訴フルニ及ビテ本院外科臨床ヲ訪レ收容サレタリ。當時猶、腸ガス¹及ビ極少量ノ有形便ノ排出アリ。病初ヨリ惡心及ビ嘔吐ナク發熱38度前後ナリキ。

食慾 普通、睡眠 稍淺

現症、體格中等大、筋骨ノ發育稍不良、營養亦少シク不良ニシテ皮下脂肪組織稍消退ス。皮膚及粘膜濕潤且ツ貧血性、脈搏正整、緊張可良稍頻數(1分100至前後)、頭部、顔面、頸部、胸部内臟ニ異常ヲ認メズ、四肢ノ發育尋常運動及ビ神經障害ヲ認メズ。腱反射普通、淋巴腺ノ肥大ヲ何處ニモ證セズ。

局所所見、腹壁ハ稍陷凹シ、且ツ少シク緊張ノ傾キアリ。望診上腸蠕動運動ヲ認メズ。觸診スルニ臍部左上方ニ長サ約10糎ノ横位ニ存シ可成太キ、抵抗ヤ硬キ索狀物ヲ觸ル。少シク移動性存スルモノノ如シ。壓痛著明ナラズ。肝臟及ビ脾臟ヲ觸レズ。腎臟亦觸ル能ハズ。聽診ニヨリ腹部全體ニ著明ナル狹窄性腸雜音ヲ證ス。

手術、昭和5年5月5日 午前10時—午前11時40分。

術前、パントポン、スコボラミン⁷⁰注射、0.5%ノボカイン⁷溶液局所麻醉ノ下ニ臍ヲ中心ニ上下ニ約15糎ノ正中切開ヲ以テ開腹術施行。腹壁及ビ腹膜ニ異常ヲ認メズ。横行結腸ハ中央ニ於テ、約15糎ノ長サニ互リ全體ニ肥厚シソノ直徑略5糎ニ及ビソノ抵抗稍硬ナリ。ソノ色調暗紫色ヲ呈ス該肥厚部ニ相應シテ大腸腸間膜モ亦肥厚ス。肥厚部ノ境界ハ明瞭ニシテソノ上方ノ腸管ハ擴張シ腸内容物ヲ以テ充サレソノ下方ノ腸管ハ比較的空虛ナリ。該肥厚部ヲ切除シ、切斷端ニ端端吻合ヲ施シタル後上方ニ鬱滯セル腸内容物ヲ下降セシメ、更ニ他ノ腸管部ヲ充分檢索シ病的變化ナキヲ確カメタル後腹壁ヲ縫合シテ手術ヲ終ル。

術後第2日目ヨリ腸ガス¹ノ排泄アリ、第5日目少量ノ黑色泥狀便ヲ排シ爾後1日2乃至3回ノ便通アリ。手術創ハ第8日目拔糸第1期癒合ヲ營ム。

第12日目突然惡寒戰慄ト共ニ熱發右胸部ニ肺炎ノ徵候著明ニ現ヘル。内科的處置ニヨリ約1週間ニシテ下熱セリ。第20日目歩行ヲ許シ、第30日目全治退院ス。

切除腸管ニツキテ病理學的檢索ヲ行フ、ソノ所見左ノ如シ。

肉眼の所見 横行結腸壁ハ長サ約15糎ノ間全周ニ互リテ著シク肥厚シ、ソノ厚サ2糎ニ余リ健康部腸壁トハ可成明瞭ニ境界ヲ指示スル事ヲ得。(第1圖)

腸管内腔ハ殆ンド閉塞サレ居リ中ニ綠色有形便少量ヲ充セリ。切除部腸粘膜炎全般ニ著シク肥厚シ且ツ所々特ニ島嶼樣ニ肥厚セル部アリ。橋梁狀ニ交叉セル部亦認メラル。猶數ヶ所ニ潰瘍面ヲ證明セリ。切斷面ニツキテ見ルニ腸粘膜炎ノ肥厚ハ最モ著明ニシテソノ厚サ健康部粘膜炎ノ5倍ニ餘レリ筋層ノ肥厚ハ著明ナラズ。漿液膜ノ肥厚ハ可成著明ナリ。

顯微鏡的所見 病竈ノ所々ヨリ組織標本ヲ作製シ、 r ヘマトキシリン、エオジン r 染色ヲ應用シテ顯微鏡的檢索ヲ行ヘリ。ソノ所見次ノ如シ。(第2圖)

腸壁全層ニ互リテ單純性慢性炎症症狀頗ル著明ニシテ到ル所圓形細胞ノ浸潤ヲ認ム。粘膜面ニハ可成大ナル潰瘍面存在シ深部ニ侵襲シテ筋層ニ達ス、膿球及ビ出血部位ヲ證明ス。筋層ノ變化ヘシカク著明ナラズ。漿液膜ハ稍肥厚シ、ソノ血管ニ著明ナル充血部位ヲ證ス、殊ニ靜脈ニ於テシカリトス。特殊炎症タル結核性病變ハ發見セズ、ワツセルマン氏反應強陽性ナレドモ切除部ニ關スル限り蠱毒性ノ病變ハ證明セザル所ナリ。

以上ノ所見ヨリシテ蠱毒ニアラザルハ論フ俟タザル所ニシテ患者ノ既往症ヨリシテ L アメーバ r 赤痢ノ慢性ニ移行シテコノ結果ヲ將來セリト思考スルヲ最モ妥當ナリトナスモノナリ。

3. 總括及ビ考按

a. 慢性 L アメーバ r 赤痢ノ病理

L アメーバ r 赤痢後ニ惹起サル腸壁ノ病理解剖的變化ハ細菌性赤痢ト殆ンド鑑別シ難キ程酷似セリ。然レドモソノ慢性ニ移行スルコトノ屢々ナルハ細菌性赤痢ト比較スルヲ得ザル程ノ頻度ヲ有スルモノニシテ、 L アメーバ r 赤痢ト言ハバ直チニ慢性赤痢ヲ連想スル程、難治性且ツ慢性ニ移行シ易キモノナリ。隨ツテ余ノ1例ニ於テモ10年以前ニ罹患セル L アメーバ r 赤痢ガ今日猶全治ノ域ニ達セズ潰瘍ヲ形成シ、ソレニ隨伴シテ腸壁ノ肥厚ヲ來セリト思考スルモ少シモ不合理ナリトハ認メラズ。 L アメーバ r 赤痢ノ新鮮ナル間ニ於テハ L アメーバ r ノ證明ハ比較的容易ナリト雖モ陳舊性ノモノニアリテハ L アメーバ r ノ證明ハ極メテ困難ナリ。而モソノ證明ナクトモ診斷ヲ下シ得ルハ病理學者ノ一致セル見解ナリ。即チ Birt und Fischer 兩氏ノ報告セル L アメーバ r 赤痢罹患後ニ惹起セル腸狹窄症中ノ第1例ノ如キモ約4年前ニ L アメーバ r 赤痢ニ罹リソノ後長時日ヲ經テ直腸部ニ腫瘍ヲ觸レ、更ニ激烈ナル狹窄症狀ヲ發スルニ及ビテ手術セル例ニシテ、肉眼的の並ビニ顯微鏡的所見殆ンド余ノ例ノソレト差違ヲ認メズ且ツ L アメーバ r ノ證明ヲ缺ケリ。同氏等ノ第2例モ亦5年以前ニ L アメーバ r 赤痢罹患ノ既往症ヲ有シ、其後肛門直上部ニ圍繞性ノ腫瘍ヲ生ゼシモノニシテ臨床的ニハ直腸癌ノ疑頗ル濃厚ナリシモ第1例同様切除後顯微鏡的檢索ヲ遂ゲ始メテ診斷ヲ決定セルモノニシテ而モ L アメーバ r ノ組織内證明ハ不可能ナリキ。猶2例トモニ蠱毒ノ既往歴ヲ有シ且ツ不規則ナル治療ヲ受ケタルモノナレドモ蠱毒性病變ハ何處ニモ發見セザリシ所ナリ。

抑々カ、ル單純炎症性癰瘍性腸壁肥厚ノ成因ハ一般ニ唱ヘラルル如ク L アメーバ r 赤痢ノミニ限ラズ諸種ノ炎症原因即チ、持續的慢性刺激、個體ノ特殊反應、組織ノ特殊反應等ニヨリ發現シ來ルトナスヲ最モ妥當ナリトス。

隨ツテソノ發生部位ノ如キモ解剖的關係ヨリシテ S 字結腸部最モ多ク、迴盲部ニツギ上行結腸、左、右結腸彎曲部更ニツグハ既ニ Praust, Mayo, Robson, Lyars, Braun,

Virchow 等ノ業績ニヨリ明カナル所ニシテ我國ニアリテモ既ニ山内、後藤、堅田、辻、川島、堀江、日下部、大坪氏等ノ報告アリ。唯余ノ報告セントスル所ハカ、ル單純炎症性癰疽性腸壁肥厚ガ「アメーバ」赤痢罹患後ニ潰瘍形成及ビソレニ伴フ諸種ノ炎症原因ニヨリ發現シ、而モ比較的發現スル事少ナキ横行結腸中央部ニ偶發セル點ニシテ、コノ事タルヤ先ニ報告セラレタル Birt und Fischer 兩氏ノ4例及ビ W. A. Stark 氏ノ4例ノ孰レモガ左結腸彎曲部以下 S 字結腸又ハ直腸及ビ肛門上部ニ發現セルニ比シ更ニ稀有ナリトスル所ナリ。

b. 診斷及ビ鑑別診斷

本症ノ診斷ハ先述セル如ク慢性ノ經過ヲトリ短カキモ2年長キハ本例ノ如ク10年ノ長年月ヲ經テ發來シ、偶然腫瘍ヲ觸ルルカ、又ハ腸狹窄症狀ヲ起シテ始メテ外科的處置ニ訴へ、更ニ組織學的檢索ヲ經テ診斷ヲ決セラルモノニシテ、加之慢性炎症性變化以外特殊病變ヲ證スル事困難ナルヲ以テ通常トス。且ツ「アメーバ」ノ證明ナクトモ既往症ニヨリ之ヲ決スルモノナレバ臨床上ノ診斷ハ頗ル困難ニシテ、殊ニ發生部位ノ關係上結核、梅毒、及ビ其他ノ惡性腫瘍特ニ癌腫トノ鑑別ハ最モ困難トシ難キモノト言フベク、從ツテ觀過サレタル症例ノ如キ今日迄ニ間々存セルナルベシト思考サル。

c. 治療及ビ豫後

文獻ニ徵スルニ本症ハ結局慢性炎症ナルガ故ニ現今行ハルル保存的療法ヲ以テ全然無効ナリトハ斷ジ難キガ故ニ、今日迄ニ於テモ單純炎症性腸壁肥厚ナラント想像サレシモノニシテ保存的療法ニヨリ消失セル例ナキニアラザルベシ。然レドモ余ノ例ノ如ク腸狹窄症狀ヲ發シ來レルモノニアリテハ外科的處置ヲ以テ最上トナスハ論ヲ俟タザル所ナリ。而シテソノ豫後ハ外科的處置ノ如何ニ關シ、本疾患ダケニ特記スベキ豫後判定ノ目標ハ存セズ、外科的侵襲ニ堪フルヲ得バソノ豫後ハ自ラ良好ナルベシ。

d. 摘 要

1, 本症ハ10年以前罹患セル「アメーバ」赤痢ニソノ因ヲ發シ今日ニ到リテ腸狹窄症狀ヲ發來シタル單純炎症性癰疽性腸壁肥厚ノ1例ニシテ、外科的ニ之ヲ處置シ腸管切除術ヲ行ヒ端々吻合ヲ施行セリ。

2, 肉眼的の所見ハ健康部ト比較的明瞭ニ境界サレタル著明ニ肥厚セル横行結腸ノ一部ニシテソノ長サ15糎ニ亘リ直徑略5糎ニ餘リ、ソノ内腔ハ形狀不規則ニシテ且極メテ縮少シ辛ジテ泥狀内容物ヲ通過シ得。切斷面ニツキテ見ルニ粘膜ハソノ肥厚最モ著シク健康部粘膜ノ厚サノ5倍ニ餘リ、且所々特ニ肥厚セル所アリテ島嶼樣ノ形狀ヲナシ、又橋梁狀ニ交叉セル部モ發見サル。猶數ヶ所ニ拇指頭大ノ潰瘍面ヲ證セリ。

3, 組織學的の所見ハ大腸粘膜ニ著明ナル肥厚ト圓形細胞浸潤ヲ見、潰瘍ノ侵襲ハ深ク

シテ筋層ニ及ベリ。筋層ニモ圓形細胞浸潤ヲ認ムレドモ肥厚ハ著明ナラズ、寧ロ漿液膜ニ肥厚ヲ見タリ。

4, 本症ノ手術例ハ比較の稀有ニシテ臨床の報告ハ Birt und Fischer 兩氏ノ4例及ビ W. A. Stark 氏ノ4例ヲ數フルニ過ギズ。本邦ニテハ余ノ寡聞未ダ報告セラレシ症例ヲ聞カズ。且ツ上述三氏ノ症例ハ孰レモ左結腸彎曲部以下ニ來レルモ本例ハ横行結腸中央部ニ偶發セリ。

5, 本症ノ病理學的變化ハ極メテ特殊ナル變化ニ乏シク多クノ場合慢性炎症性病變ヲ示スノミニシテ單純炎症性癰瘍性腸壁肥厚ヲ證スルニ過ギズ。「ア・メーバ」ノ證明モ經過ノ新鮮ナル場合ヲ除キ多クハ不能ノ事多シ。

6, 本症ノ診斷ハ随ツテ非常ニ困難ニシテ、既往症ニ根據ヲオキ更ニ組織學的檢索ヲ經テ初メテ決定セラル、モノナリ。猶發生部位ノ關係上癌腫、結核、微毒トノ鑑別診斷ハ最も主要ナル必要事項ナリ。

7, 本症ノ處置及ビ豫後ニ就キテハ外科的處置ヲ以テ最も適當トス。外科的處置ノ不可能ナル場合ハ保存的療法ニ委スベシ。豫後ノ如キ外科的侵襲ニ堪フルヲ得バ自ラ良好ナルベシ。

本症ノ肉眼の所見並ビニ顯微鏡の檢索ニ關シテハ本學病理學教室角田教授ノ御懇篤ナル御指導ニ俟ツ所多シ。稿ヲ終ルニノゾミ記シテ茲ニ深謝ノ意ヲ表ス。

附 圖 說 明

第1圖 切除セル横行結腸。

a, 腸管。b, 大網膜。

第2圖 肥厚セル腸壁ノ顯微鏡標本。

a, 肥厚シ到ル所圓形細胞浸潤ヲ有スル粘膜部。

b, 筋層。

c, 漿液膜。

g, 潰瘍ヲ形成セル部ニシテ粘膜面ハ殆ンド消失シ筋層ニ及ブ。

Literatur.

- 1) Aschoff, Pathologische Anatomie, Bd. 2, 1923.
- 2) Birt und Fischer, Beiträge zur Klinischen Chirurgie, Bd. 104, 1916.
- 3) Walther Nischer, Zentralblatt für Allg. Pathologie und Pathologische Anatomie, Bd. 31, Nr. 14.
- 4) Stark, Nowy. Chir. Archiv 1927 Nr. 50. S 248-252. (Russ) (Referat in Zbt. f. Chir., 1928, Nr. 18.)
- 5) 大坪, 日本外科學會雜誌, 第二十八回, 昭和二年.
- 6) 林, 日本外科學會雜誌, 第二十回, 大正八年.
- 7) 堀江, 臨床醫學, 第十一年, 大正十二年.
- 8) 川嶋, 日本外科學會雜誌, 第二十二回, 大正十年.
- 9) 日下部, 日本外科學會雜誌, 第二十六回, 大正十四年.
- 10) 山内, 日本外科學會雜誌, 第十四回, 大正二年.

Ueber die Darmwandverdickung,-schrumpfung und -striktur nach veralteter Amoebendysenterie

Von

Dr. M. Sakurai.

[Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie zu **Kioto**.

(Vorstand: Prof. Dr. K. Yokota.)]

Zusammenfassung:

Darmstriktur nach Amoebendysenterie in pathologischen Gebiete ist nicht so selten, aber operierter Fall in chirurgischen Seite ist sehr selten berichtet.

Pat. N., 38 jähriger Mann stammt aus gesunder Familie, hatte sich vor ca 10 Jahren Amoebendysenterie erworben, welche 3 mal in einem Jahre rezidierte. Seit ca 2 Jahren bekam der Patient zuweilen Darmstenosenerscheinung. Anfang des Mai dieses Jahres nahmen die Beschwerden rasch zu.

Operation am 5. Mai dieses Jahres.

Man bemerkte dabei abnorme Verdickung an der Mitte des Quercolons, welche ca 15 c.m. in der Länge und über 5 c.m. in Diameter ausgedehnt war. Der orale Teil der Gedärme war enorm dilatiert und anale stark kollabiert. Der erkrankte Darmteil würde weit in einer Auslehnung von etwa 18 c.m. in Gesunden reseziert und die übrigen Darmenden durch schichtweise gelegte, fortlaufende Seidennähte miteinander End zu End vereinigt.

Nach makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung des reseziertes Teils konnten wir „Dickdarmgeschwür mit Stenose durch einfache entzündliche Darmwandverdickung infolge Amoebendysenterie“ nachweisen, Untersuchung desselben von Herrn Prof. Dr. Tsunoda in der Pathologischen Institut unseren Akademie korrigiert.

(Autoreferat.)

圖 一 第

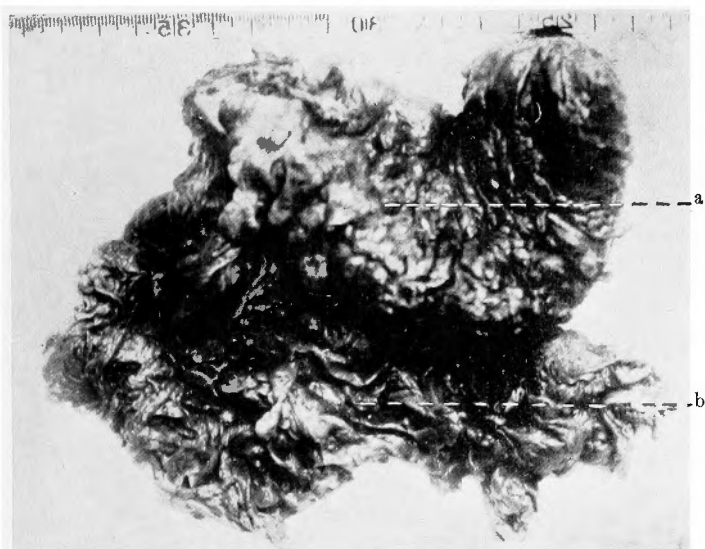


圖 二 第

