

10) 安田博志 胃内異物に就て 外科の領域 4, 163, 1956.

11) 伊勢田幸彦他 柿胃石の1例 日本外科宝函 26, 1118, 1957.

腸管膜様包裹の1例

国立篠山病院

岸本 秀雄・辻 尚司・水野 博行・安達 恵作・井上 東

(原稿受付 昭和34年5月8日)

A CASE OF PERITONITIS CHRONICA FIBROSA INCAPSULATA

by

HIDEO KISHIMOTO, SHOJI TSUJI, HIROYUKI MIZUNO
KEISAKU ADACHI and AZUMA INOUE

From the Surgical Clinic of the National Sasayama Hospital
(Doctor in Chief: HIDEO KISHIMOTO)

One case of peritonitis chronica fibrosa incapsulata in 49 years old woman, in which the coexistence of chronic appendicitis was found, is reported.

Etiologic factors, though yet uncertain, are discussed. The authors are of the opinion that most of these diseases are caused by chronic nonspecific inflammation in any of the abdominal organs, and that this case reported here might be initiated by chronic appendicitis.

Still more, we assume that, if the cause of here referred disease is nonspecific inflammation, there must be plenty cases of more incomplete types of this so peculiar peritonitis.

緒 言

腸管膜様包裹は別名糖衣腸や¹⁾ Peritonitis chronica fibrosa incapsulata²⁾ 等とも呼ばれ、比較的稀な疾患である。その病因については種々の見解があるが、殊に慢性虫垂炎に依る本症の報告は極めて少ない。吾々は慢性虫垂炎に起因すると推定し得る本症の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：西〇ふ〇の 49才 女子 農婦

初診：昭和33年3月24日

主訴：仙痛様腹痛

家族歴及び既往歴：共に特記すべきものなし

現病歴：数年前より時々心窩部痛を来す事はあつたが放置して居た。初診当日午前零時よりこれと言う誘因なく突然臍を中心に主として下腹部に激しい仙痛様腹痛を来し、某医により麻薬の注射を受けたが腹痛は消失せず転々反側するに至る。発作の始めに少量の排便があつたが其の後は放屁、排便全くなき、又発病来発熱、嘔吐は認めない。

現症：体格中等大、栄養やや不良、顔面蒼白苦悶状、眼瞼結膜はやや貧血性なるも黄疸は認めない。舌は乾燥して白苔に被われ口臭あり。脈搏72/分、整、緊張良、呼吸は胸型にて少しく浅、速、血圧は160~84mmHg、体温36.2°C、胸部内臓は理学的に異常所見なし。

腹部は臍を中心として人頭大の限局性膨隆あり、この部に蠕動不安が明瞭に認められる。その他色素の異常沈着、腹壁静脈の怒張等は認めない。触診するに筋性防衛はないが前記膨隆部に一致して膨満せる腸管と思われる中空様の軟かい腫瘤を触れる。境界は上及左右は比較的明瞭なるも下方は不明瞭である。回盲部及臍の直下部に圧痛が著明である。Blumberg氏症候は認められず。打診すれば鼓音を呈し、聴診上腸雑音はいたる所で多数聴取され時々有響性であつた。肛門内指診では直腸膨大部が中等度に拡大せる外異常所見はない。

その他肝、脾及両側腎はいづれも触知し得ず。

臨床検査成績

(尿) 淡黄色透明、蛋白(-) (ズルホ法、煮沸法) 糖(-) (ニーランド法)、ウロビリノーゲン(-)、グメリン(-) ロザン(-)、沈渣に異常所見なし。

(尿) : 虫卵(-)、潜血反応ベンチジン法(+)、ビラミンドン法(-)

(血液) : 赤血球352万、血色素71% (Sahli)、白血球7.600 (好中桿状核8%, 好中分葉核46%, リンパ球37%, 単球6%, 好酸球3%, 好塩基球0%)

以上の所見より腸閉塞として手術施行。

手術所見及び術後経過：点滴輸血を行いつつ最初ベルカミンSを用いて腰椎麻酔の下に手術開始。下正中切開にて開腹するに、腹腔内容は淡桃白色の光沢ある一枚の膜様物に包まれて腹壁腹膜との間には多数の索状癒着あり。且つこの薄い膜様物より内部の腸管を透視し得。手を入れて見るに膜様物は上腹部胃・肝・横行結腸をも包む。ここで麻酔を挿管全麻に切換え、更に切開を臍を廻つて上方へ拡大し充分な手術野を得。上記腹壁腹膜との索状癒着を鋭性に剝離、膜様物を切り開いて内部へ入るに胃・肝・小腸・結腸・子宮及付属器、更にこれらの臓器相互の間にあるいは粗に、あるいは密に、あるいは繊維性に、あるいは索状にと、癒着なき部は全くないといつて良い程の癒着である。腸壁はさして充血せず、むしろ正常である。ただ虫垂は全体に白色の壊疽様となり長さ約5cm、虫垂の慢性炎症ありたるを思わせる。かくして虫垂は型の如く切除し、癒着は大部分は鈍性に、索状となれる部分は鋭性に剝離して回盲部より Treitz 氏靱帯に至る。小腸の膨満せるは、回腸終末より口側へ60cmの部から約30cmの間がもつとも著明であり、内部に数匹の蛔虫を認める。肝・胃・結腸及内性器の癒着は腸閉塞症状と関係なく、外観上異常所見なく、又剝離しても再度の癒着が考えられるのでそのまま放置す。その後癒着防止

の目的にてポリビニールピロリドン液 (Pereston-N: Beyer) にて腹腔内を洗滌し、更に約50cc. の Pereston-N を腹腔内に注入して腹壁を二層に縫合閉鎖し手術を終了した。

術後ペニシリン、ストレプトマイシンの注射及輸血輸液を強力に施行、術後第3日目には自然排気及排便を見たが、その後は38℃前後の発熱続き、且つ頑固な心窩部痛、上腹部膨満感及び嘔吐を訴え、時には悪感、胸内苦悶あり第4日目、6日目及び7日目に各一匹口より蛔虫の吐出あり、又便中にも蛔虫の排出を時々見た。術後第7日目及び8日目に抜糸し手術創は一応一期癒合を営んだ。その後も心窩部痛、上腹部膨満感、不眠去らず、胃洗滌を行えば胆汁様液体を多量に排出す。後9日目には右上腹部に限局性の膨隆が現われたが蠕動不安は認められなかつた。

この様な状態が続き再癒着による腸管通過障害が考えられたので、12日目よりクロロマイセチンの注射、14日目よりはコーチゾンアセテート、ヨードカリ剤の投与を始めたところ、15日目よりは体温も37℃前後に落ち着き気分も良好となつたが、その間も上腹部膨満感は去らず、浣腸によりやつと排便を見る。24日目頃より顔面及下肢に浮腫著明となり、プレドニンに切換えて急速に減じ、一方KClの投与も行う。尚当日より38~39℃の弛張熱続き胸内苦悶、全身倦怠強く毎夜盗汗あり。31日目始めて下腹部手術創附近に発赤現われ、翌32日目に少量の排膿を見た。瘻は腹腔内に達す。即ち腹腔内膿瘍なり。これを広く開くに大量の排膿あり。かくしてその後排膿の減少と共に体温も次第に正常に復し、一般状態も良好となり、55日目には膿瘍閉鎖し心窩部痛、腹部膨満感も消失、68日目に治癒退院した。

組織学的所見：①膜様物は血管に富んだ結合織よりなり、Fibrin 様のものも未だ見られ、小円形細胞の浸潤も散在性に認められるが、結核に特有な Epitheloidzellen, Riesenzellen 等は認められず、単純な慢性炎の像を示す(写真1)。

②虫垂は壁の繊維性肥厚、円形細胞浸潤、リンパ濾胞肥大、再生したと思われる上皮等慢性虫垂炎の組織像を示す(写真2)。

考 按

以上の臨床並に病理組織学的所見から、本症例は腸管膜様包裏と呼ばれているものである。この腸管膜様包裏は、従来稀な疾患とされて居て Owtschinnikow (1907)の初報告を吾国での報告例数も80例内外である。

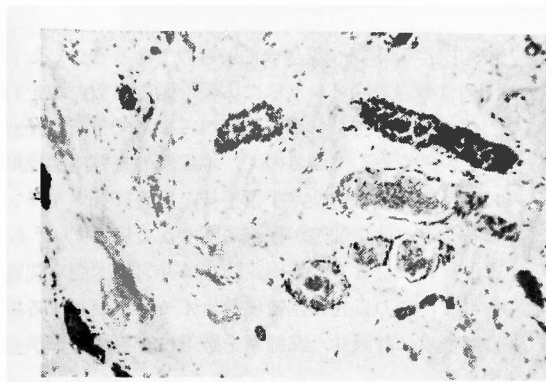


写真1 膜様物の組織像 ×400

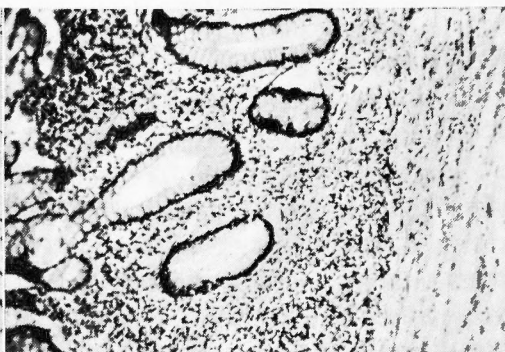


写真2 切除虫垂の組織像 ×400

本症の特徴の第一は、吾々の症例に見た様に主として小腸全体が膜様物で包裏される事であるが、この膜様物は時に1縷にも及ぶ厚さを有することも又吾々の症例の様に薄くて内部の腸管が透見し得る程度の事もあるとされ、又この癒着間に漿液の貯溜を見る事もある様である。この膜様包裏は一般には小腸領域に限られている事が多い様だが、吾々の症例に見られた様に更に胃、肝、脾、結腸等をも含む事もある。

又腸管膜様包裏の今一つの特徴は、この様な特異な膜様癒着の多くは潜行性に生じ、癒着に依る二次的な腸管通過障害即ち仙痛や腹部膨満の為開腹されて初めて偶然にその存在が明らかになり、而も開腹時に膜様癒着以外に腹部臓器には格別の病変を示さない点である。吾々の症例も全くこれと一致するが、この様にして恰も外観上は膜様包裏自体が一つの独立疾患機転の如くに見えるのである。従つて、従来本症の病因については色々の説が考えられて居る。その主なものは先天性畸形説、外傷説（血腫、浸出液）及び炎症説等であるが、文献に徴して考えて見ると、本症の成立は色々の原因に由来する多元性のものの様である。然し、これ等色々の原因説の中で吾々の日常の経験からして最も身近に理解出来るのは炎症起因説の様に思える。即ち腹腔内の炎症、刺戟等の後に膜様癒着を来す事は吾々が日常に経験している事実であるし、文献上も又吾々の症例に於ても明らかな様に、この膜様物の病理組織像は慢性炎症像を示している事が多い点等からして、炎症起因説は最も妥当な説明であつて、全部ではないにしても少くとも本症の大半は炎症の種類の如何を問わず、軽微な非顕性炎症による二次的变化にもとづくものと理解出来ると考える。

唯この際説明に困難なのは、多くは原因炎症は既往に証明出来ぬ程軽微であるに拘らず、本症の病変は広

範である事と、本症が非常に稀に見られる疾患である点であつて、この事実を説明する為に従来最も注目せられたのは結核³⁾であり、又開腹時軽微な結核病変の存在が確認せられた症例報告もあり、更に又結核病変の併存が証明せられない場合には結核の治癒後の変化であるという説明もなされて居る。勿論一部には結核を原因とする本症の存在する事もあるであろうが、而し一般には本症と結核との関連には確証が乏しい様である。むしろ本症の示す所見は非特異性炎症に因ると考えてよい場合が多く、この意味で、極めて軽微な非特異性炎症に腹腔全般の浸出機転（非顕性）を以て反応する様な特異な状態なり、体質の存在を仮定し、而も同時にこの浸出液の正常の吸収が遅延されて居るとする藤田等⁴⁾の説は魅力的である。事実この事は吾々が虫垂炎等で病変は極めて軽微であるのに早期浸出液とは考えられぬ程の腹水の存在を日常臨床上経験する点からしても考え得る事である。更に吾々は本症の成立機転にアレルギーが深い関連を有するものではないかと推定して居る。

更に本症は既述の様に稀な疾患とされて居るが、上述の様な非特異性炎症起因説に立てば、実際上はもつと頻度の高い疾患でないかと推測される。本症は腸管通過障害によつて初めて気付かれるが、逆に全ての本症が腸管通過障害を招来するとは断定出来ないし、又一旦成立した膜様癒着の全てが何等の吸収を受けず永久に存在するとも断定出来ない。従つて、実際には吾々が日常虫垂炎等の後に見る様な限局性癒着から、上述の様な特異な所見を呈する本症に至る迄の間に色々な移行型や不全型が存在する可能性も考え得る。更に又、経験された全ての症例がそれと認められて報告されるとも限らないであろう。従つて、本症は案外従来考えられて居たよりも多いものでないかと思われ、近

時吾国にも本症の報告が散見せられることもこの考えを裏付ける事実とも思える。

次に本症の原因となる軽微、非顕性、非特異性炎症の一つとして虫垂炎が当然最も多いと考え得るのであるが、却つて虫垂炎が本症の原因と考え得る症例の報告は非常に少ない様である。吾々の症例は、開腹時明かに慢性炎症の存在を虫垂に肉眼的に認め、これを病理組織学的に確認し、一方腹腔内臓器の他の部分には格別の異常を認めなかつたもので、この点本症例は原因炎症として慢性虫垂炎を推定し得る例である。最近小川⁵⁾は、慢性虫垂炎によると考え得る本症の症例数は非常に少なく、小川の自験例を加えて僅かに19例として居り、従つて本報告はその第20例に当る訳であるが、これももつと注意深い観察が為されたならば更に多くの症例が発見されるのではないかと推定される。

次に本症の治療法であるが、本症の治療の第一の対象となるものは腸管通過障害であるので、この点からは系統的に、可及的徹底的に癒着を除去する事が良いであろう。吾々の症例では Treitz 氏靱帯から回腸終末迄系統的な剝離を施行した。一方、本症が一つの治癒機転と考える点からは、むしろ侵襲を最小限に留める事が望ましいであろう。これ等の点は、従つて、各症例毎に術者の判断に基いて決定すべき事である。治療上の第2の問題点は、術後再癒着による腸管通過障害の再発を如何に防止するかと言う点である。吾々の症例に於ても術後腸管通過障害の症状を再発し、為に吾々はコーチゾンアセテート及びブレドニンと抗生剤の併用療法を行つたのであるが、この療法中に腹腔内膿瘍形成を招来し、極めて困難な経過を経て全治せしめ得たのである。勿論症例の術後膿瘍発生は、癒着剝離時等に於ける極めて軽微な腸漿膜損傷からの所謂

壁浸出性腹膜炎も関与して居るのであろう。然し吾々は通常の癒着性イレウスに広範な腸管癒着剝離を行つた後に、コーチゾン療法を行つて極めて平滑な経過を示した例も有しているので、本症例の腹腔内膿瘍形成には、個体の抵抗性、手術手技、副腎皮質ホルモン及び抗生剤の使用法等が複雑に関与して居るのであろう。何れにしても術後癒着防止は非常に困難な問題であつて、この目的に副腎皮質ホルモンを使用する場合には慎重に計画し、又経過を厳重に監視する事が必要である。

結 語

吾々は慢性虫垂炎を原因とすると推定し得る腸管膜様包裏の1例を追加報告し、その成因、治療法等について若干の私見を述べ、併せて本症の少くとも大部分は腹腔内の潜在性、慢性、非特異性炎症に原因する事、従つて本症は従来考えられて居たより多い疾患であろう事を推定し、若しこの推定が正しいとすれば本症に移行型或いは不全型の存在すべき事を仮定し、併せてこれ等の点について今後詳細な観察を行う可き事を提言した。

文 献

- 1) Wienen: Ueber Zuckergussdarm: Brun's Beitr. Klin. Chirur. 123, 72, 1921.
- 2) Owtschinnikow: Peritonitis chronica fibrosa incapsulata: Archiv Klin. Chirur. 83, 623, 1907.
- 3) 塩田広重: 慢性腹内疾患の実験例: グレンツゲビート 1, 1536 昭2.
- 4) 藤田登・中野武: 慢性纖維性包裡性腹膜炎(糖衣腸)に就て, 日本外科宝函 7, 附録 363 昭5.
- 5) 小川: 慢性虫垂炎に併発して居た腸管膜様包裏の1例について, 臨床外科 14, (3) 247, 1959.