

1372, 1951.

- 45) 土屋呂武：わが国におけるいわゆる Banti 氏病の統計的観察。外科，13, 40 488, 昭26.
46) 日下部旦三：バンチ氏病9例に就て。日外会

誌，40, 594, 昭14.

- 47) 塩沢正俊：胃癌を併発せる Banti 氏病の1治験例。東北医学誌，32, 479, 昭18.

非特異性大腸炎（炎症性腫瘤型）の1治験例

金沢大学医学部第2外科学教室（主任 本庄一夫教授）

高 松 脩・辻 政 彦

〔原稿受付 昭和35年3月21日〕

A CASE OF NONSPECIFIC INFLAMMATIONS OF THE COLON, (GRANULOMATOUS DISEASES)

by

OSAMU TAKAMATSU, MASAHIKO TSUJI

From 2nd Surgical Division, Kanazawa University Medical School
(Director: Prof. Dr. ICHIO HONJO)

Abstract

We reported a case of nonspecific inflammations of the colon (granulomatous diseases), relatively rare tumor of the colon. The patient was a woman, aged 56, who complained of a painless tumor in left lower abdomen. It was removed under the diagnosis of colon carcinoma, but histological findings were one of nonspecific inflammations of the colon.

最近われわれはS状結腸腫瘤の患者で、術後の組織学的検査の結果、非特異性炎症性腫瘤であることを確かめ得た興味ある症例を得たので、ここに報告する。

症 例

患者： 岡〇ソ〇，65才，女，

主訴： 左下腹部の腫瘤

家族歴ならびに既往歴： 特記事項なし

現病歴： 昭和32年11月頃より時々下腹部に鈍痛及び便秘頻度を訴え、某医に内服剤の投与をうけその度毎に軽快した。昭和34年7月上旬、下腹部痛著しく同時に自分で左下腹部に腫瘤あるのに気がつき、同じく某医を訪れ大腸炎の診断のもとに内服及び注射の処置を続け、自分では痛みもとれ腫瘤も段々小さくなった

ように思うが紹介により当科を訪れた。

入院時所見： 体格、栄養中等度、脈搏、体温正常、リンパ腺腫脹硬化認めず、胸部に著変なし。局所所見としては、腹部は比較的軟にして肝脾は触れず。腹水、自発痛、蠕動不穏なし。左下腹部、腸骨窩に手拳大の腫瘤を触れ、弾性硬、表面は凹凸不整、境界は比較的明瞭、移動性なく軽度の圧痛あり。

術前検査成績：

i) 尿所見： 黄褐色透明、弱酸性、蛋白、糖、ウロビリノーゲンともに陰性。沈渣にも所見を認めない。

ii) 糞便所見： 褐色軟便にして粘液、潜血、虫卵は認めない。

iii) 血液所見： 赤血球342万、白血球6400、血色

素64%(ザーリー),白血球分類(好酸球2%,好塩基球1%,桿状核5%,分葉核38%,リンパ球53%,単球1%),出血時間3分,赤沈値は1時間値4,2時間値12.

iv) 肝機能: BSP 2%(30分値),黄疸指数10,高田反応(-),血清蛋白7.8 g/dl.

v) 心電図,胸部X線所見はともに異常なし.

vi) レントゲン所見: 胃,小腸,廻盲部より下行結腸に至る迄所見はない.下行結腸よりS状結腸にわたり,腫瘤に一致して辺縁不規則な像を認め,更に直腸移行部において絞扼されるが如き像を示す(図1).可動性ありて該部を圧するとグル音を発す.

注腸造影法にても直腸移行部の辺縁は粗であり(図2),排便後もバリウムは該部に暫らく停滞し,直腸

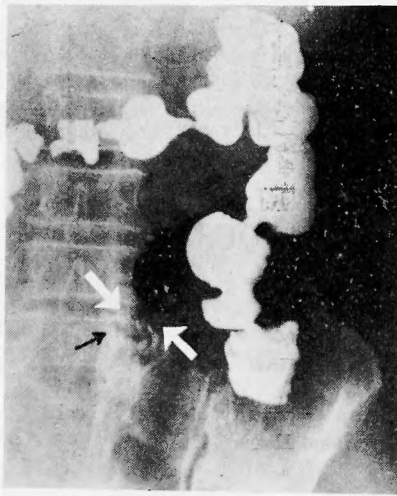


図 1

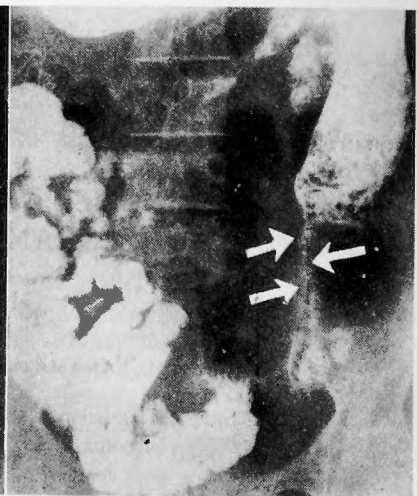


図2 注腸造影

の狭小化を認める.

vii) 直腸鏡所見: 12cm 以上挿入出来ず,粘膜に糜爛ありて,これより吻側には全周に亘り白黄色にして狭窄あり.潰瘍の部は認め得ない.

手術所見: 昭和34年9月15日腫瘤摘出術を施行した.全身麻酔のもとに左傍直腹筋切開にて開腹するに,腹水なく,下行結腸よりS状結腸,更に直腸に至る迄,腸壁が著しく肥厚し殊にS状結腸,更に直腸に至る迄,腸壁が著しく肥厚し殊にS状結腸は後壁と強く癒着しこれらが一塊となつて腫瘤を形成す.S状結腸間膜より剝離せるに,該部は浮腫状に腫大せる為に剝離は困難であつた.リンパ腺の腫大は認めなかつた.腹腔より充分剝離をすすめると共に,肛門部の環状切開のもとに直腸全周の遊離を終え,肛門より約25cmのS状結腸部にて切断,摘除し,吻側のS状結腸断端を以て左腸骨窩に人工肛門を作成した.

剔出標本:

肉眼の所見(図3.)弾力性に富み部厚く,結腸間膜は浮腫状に肥厚し凹凸不整にして腫瘤状になり,一部にやや硬なる部あり.細血管の充盈を強く認める.割面は

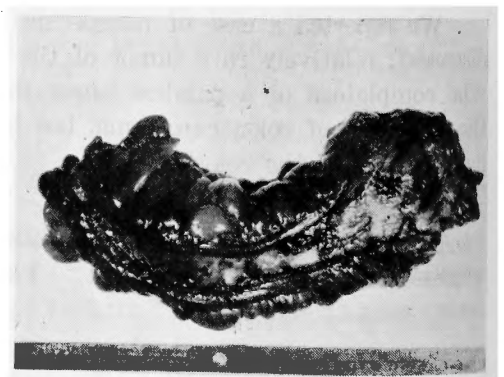


図3 直腸前壁の正中線にて開く

一般に淡紅色にして脂肪組織に富み,結腸壁は全周に亘り著しく肥厚し,約4mmの厚さをもち内腔がこの為に狭窄されている.粘膜には所々粟粒大の糜爛あるも潰瘍形成は認めない.尋常の粘膜皺襞は吻側の一部を除いて殆んど消失す.局所リンパ節の腫大は認めない.

組織学的所見: 粘膜は良く保存され腺上皮の排列は殆んど正常(図4),粘膜下層の血管周囲,粘膜筋層内,筋層の上部にリンパ球,形質細胞,エオジン好

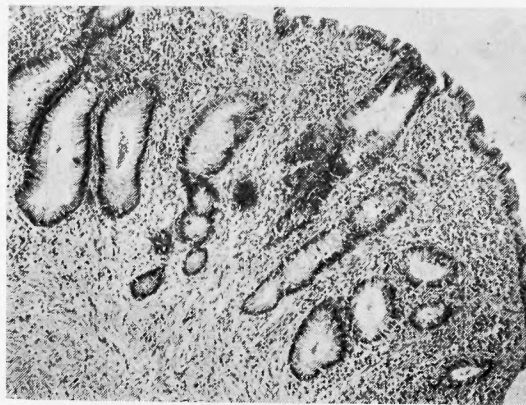


図 4

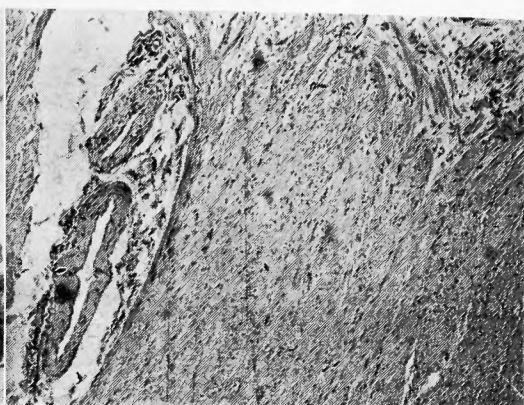


図 5

性細胞の浸潤があり、特に粘膜筋層内に著明に認められる（図5）。以上の所見より悪性化の像は認められず、慢性の非特異性炎症の像を呈している。（本学第2病理倉田助教授の教示による）。

術後経過：術後の経過は良好で64日目に快癒退院した。退院時赤血球 426万、白血球 6400、血色素 80%（ザリー），人工肛門よりの排便も良好である。

考 按

本症は腸管壁に異常結合組織増殖，円形細胞浸潤を主要病変として，慢性に腫瘤を形成して来るもので早くから知られている疾患であるが，なお発生頻度は稀であり，わが国では回盲部に発生した約20例の報告があるが結腸に発生をみる事は極めて少ない¹⁾。本症の発生機序，成因及び本態はなお不明である。原因としては，慢性持続的刺戟が考えられ，これには細菌性，機械的，化学的刺戟が考えられ，これには細菌性，機械的，化学的刺戟があげられるが，丹野，高橋，橋本等はアメーバ赤痢，日本住血吸虫症に稀に強い肉芽増生反応をみる場合があるが二次的細菌感染によるものと思われると述べている²⁾³⁾。藤浪，房岡，は組織の特異反応を考え，粘膜下組織におけるリンパ装置に鬱滞を来し，象皮症に於てみられるような機序が起るものと述べている⁴⁾。其の他に体質特異性が挙げられているが，本例には発生原因は見出せられなかつた。

症状としては，40才以上の高年者に比較的多く，発生部位は回盲部に多く，結腸では上行結腸，S字結腸に比較的多いとされ，従つて腸癌の発生部位に類似している。一般に腫瘤は，長年月に亘り徐々に増大するが，それが本例の如く突然の疼痛発作により気付かれ

る場合と，発作なく偶然に発見される場合とがある。腫瘤は表面平滑で硬く，多く無熱に経過し，腸狭窄症状，栄養障害は末期に至らねば現われない。

診断は甚だ困難で術前に確診を下されたもの殆んどなく，診断を決定するには切除標本の精細な組織学的検査にまたねばならない。レ線検査でも本症に特異の所見はないとされる。病理的所見の特徴としては，粘膜下組織には結合組織の異常増殖があり，筋層内にも侵入し，又円形細胞の浸潤が著明で多数のリンパ球，形質細胞，エオジン好性細胞が集团的に或は散在性に存在する。漿膜も著しく肥厚し濁濁して光沢を失い，進行すれば腸壁の大部は増殖した肉芽組織或は瘢痕組織を以て置換され著しい肥厚，硬化を来すに至るが何処にも特異性炎の所見は認められない。又一般にリンパ節の腫張は伴わない。

従来⁵⁾の報告例によると，治療は殆んど結腸罹患部の外科的切除を以て最良としている。切除予後は佳良であり，本例も術後6ヵ月に及ぶも愁訴を認めず今日に至っている。

結 語

最近当教室に於て経験したS状結腸の非特異性炎症性腫瘤の1例を述べ，併せて若干の文献的考察を行った。

（攔筆するに当り御指導ならびに御校閲を賜つた本庄教授，病理所見の御教示を載いた倉田助教授に感謝の意を表します）。（なお本文の要旨は第31回十全医学会集会で発表した。）

文 献

- 1) 高嶺登：横行結腸に発生せる慢性単純性炎症性腫瘍の1例。臨床外科，3，昭23，156；
- 2) 丹野与三太・高橋吉郎：稀有なるアメーバ性潰瘍性孤立性結腸腫瘍に就て，臨床外科，4，昭24，

410，

- 3) 橋本章：日本住血吸虫によるS状結腸部慢性炎症性腫瘍の1治験例。外科，15，昭28，890。
- 4) 藤浪修一・房岡隆三：消化管象皮症。日本外科宝函，16，昭14，414。

診断のむつかしかった骨盤腔内腫瘍 (廻腸滑平筋肉腫)の1例

大阪市立大学医学部外科学教室（指導 白羽弥右衛門教授）

岡 部 昌 平 中 村 義 扶
小 山 育 二 佐 々 木 巖
佐 藤 健 一 前 川 喜 代 彦

（原稿受付 昭和35年3月21日）

A CASE REPORT OF A MALIGNANT TUMOR IN THE PELVIC CAVITY : LEIOMYOSARCOMA OUT OF THE ILEUM

by

SHYOHEI OKABE, YOSHIO NAKAMURA, IKUJI KOYAMA,
IWA O SASAKI, KENICHI SATO and KIYOHICO MAEKAWA

Department of Surgery, Osaka City University Medical School
(Director: Prof. Dr. YAE MON SHIRAH A)

A 47 year old Japanese male was admitted with a history of having had a palpable mass and slight pain in the lower abdomen since several months. But there were no complaints resulting from obstruction or stenosis of either intestinal or urinary tract.

A surgical exploration of the abdomen revealed a hard lobulated mass fixed in the pelvic cavity, and there were moderate adhesions between the tumor and bladder, rectum, sigmoid colon, mesosigmoid and the lower part of the ileum. The tumor was extirpated completely with an 8cm long segment of the ileum and a side-to-side anastomosis of the intestine was performed.

The specimen consists of an irregular nodular, cystic tumor, 14×15×5 cm in size, and 760 g in weight, cross section revealing pale discoloration with partial necrosis and hemorrhage.

The pathologist reports that the tumor is a leiomyosarcoma originated in the