

症 例 報 告

Crohn氏病後に発生せる腸肉腫

市立宇和島病院副院長 医学博士

甲 賀 熹 六

〔原稿受付 昭和28年2月27日〕

A INTESTINAL SARCOMA AFTER CROHN'S DISEASE

Uwajima Municipal Hospital

KIROKU KOGA

In the Second-third period of this case of Crohn's disease, the disease was completely cured, after the ileocecal part of the intestines was cut off, and then cancer grew on the anastomosed part at which the intestine had been cut off and was found to be bad tumour. And pathologically and histologically it was proved a round cell sarcoma.

I will report the above, an outline of a case of Crohn's disease which I have recently met. I believe such a case, a bad tumour after Crohn's disease, is the first in Japan, and in Europe and American, also, has never been known.

緒 言

所謂限局性迴腸末端炎に關する我国に於ける所見を大観するに、殆ど大部分は急性期に屬し、慢性期即ち腫瘍形成期に屬するものは極めて稀である。反之アメリカに於ける所謂Crohn氏病なるものはクローンの初期の記載の如く大部が慢性期に屬せる病型の如く理解される。

本症に關する注目は近時急速に一般化したるも、急性期に屬する良性、單純性のもの多く、瘻孔形成乃至は再手術を要する如き頑固型を時に散見するのみであり、且は再手術例に於ても順調に治癒しあり、クローンの発表以来今日に至るまでCrohn氏病の悪性腫瘍化の記載に接せるものはない。

著者はCrohn氏病慢性型に対し迴盲部切除、治癒後3ヶ年半にして再手術の機を得、迴腸切断端吻合部並に迴盲空虚部腸間膜域に発生せる円形細胞肉腫を経験した。

悪性腫瘍化せるCrohn氏病の記載は未曾有のことと信じ、向後本症に対する慎重なる留意を必要と認め、

ここに記載する。

症 例

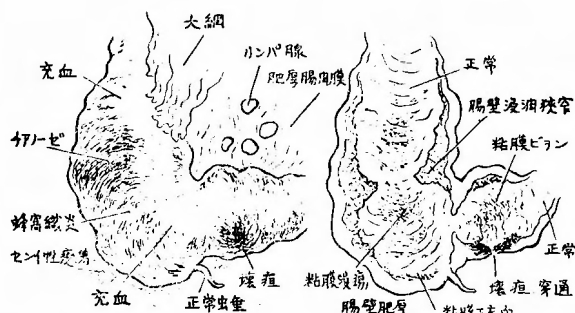
山田弥一 (38才), 男, 郵便局員。

昭和23年9月12日, 原因不明に心窩部に鈍痛を發し医治を受け, 翌日疼痛は迴盲部に波及, 以来同部の鈍痛あるまゝ10日後初診。貧血なく胸部著変なし体温37.8°C 白血球8900 從來特記疾患なく, 筋骨中等度, 酒一日二合, 性病を識らず, 從來腹痛を識らず。

心窩部に異常を認めざるも迴盲部筋防衛輕度, 腸蠕動中等度, Mac Burney 点を中心として拇指頭大圧痛著明なる腫瘍を触れ, 腸蠕動と共に輕度の移動を認む, 二日間便秘。急性虫垂炎と診定, 要手術なるも手術を肯ぜず, 止むなく保存的処置を行う。以来同部の鈍痛一進一退にて8週間經過後手術。術前診断: 慢性虫垂炎。

手術: 右直腹筋外縁切開長さ14cm. 輕度浸出液中大腸菌著明。虫垂並に迴腸末端, 盲腸並に上行結腸所見附圖Aの如し。

依てCrohn氏病第Ⅱ-Ⅲ移行型 (癰疽型→浸潤型)



A

と診定、廻腸末端10cm、上行結腸12cmを含め廻盲部切除。廻腸、横行結腸側々吻合。ペニシリン腹腔注。腹膜、腸管、腸間膜、大網に別個の変化なきを確め腹膜閉鎖、腹壁浅在タンポン挿入。経過順調、術後三週間治癒退院。切除組織標本：単純性炎症。

以来健康にて服務せるも、満3ヶ年後、廻盲部に不快緊張感を訴うるに至り便通下痢傾向となる。かゝる状態にて約6ヶ月後来診。貧血中等度。廻盲部並に臍上部に弾性硬、不規則多発隆起性腫瘤著明。圧痛軽度、蠕動やゝ昂進。経肛透視により、廻結物合部並に廻盲空隙部に硬固腫瘤浸潤著明。廻盲吻合部通過障碍中等度。糖(一)、蛋白(一)、ウロビリ(一)、ウロビリノーゲン(一)、血液ワ氏反応(一)、蛔虫卵(十)、潜血(土)、胸部レ線像著見なく、ウィルヒョウ及シュニツラー腫瘍(一)。

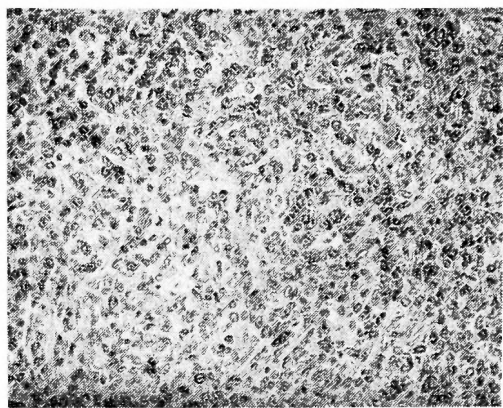
依て数日の前処置後(昭和27年7月11日。前回廻盲部切除手術後3ヶ年半)手術。

開腹するに廻腸、横行結腸吻合部を中心として超嚢卵大辺縁不規則瀰蔓性弾性硬腫瘤、及び廻腸切除後の廻盲部空虚腔における腸間膜並に後腹膜に硬固に浸潤せる瀰蔓性腫瘤を認め、腹水微量。小腸間膜並に横行結腸間膜内に拵、示指頭大硬固なるリンパ腺腫瘍8ヶ胃、肝臓、脾臓並にその他の空、廻、結腸に異常を認めず、大網並に腸間膜に粟粒様種像を証明せず。即ち本所見より本腫瘤は廻腸切断端即ち廻、結腸吻合部並に廻盲切除部腸間膜に原発せる悪性腫瘍なりと診定、廻結腸側々再吻合を以て前回吻合域を不全摘出し、腹壁を閉鎖す。

術後経過：貧血増進、腹痛昂進。胃、横行結腸並に肝下縁に硬固なる浸潤型腫瘍を増発、遂に腹水蓄溜、並に右浸出性肋膜炎を併発し、術後5ヶ月死亡。

吻合部腫瘍に接せる腸間膜転移リンパ腺病理組織像

：リンパ腺の正常構造は全く失われ、リンパ濾胞は認められず、リンパ球も僅少、リンパ腺全域は腫瘍細胞の浸潤に充満し、結締組織セニイによつて分境せられ、腫瘍細胞は円形乃至橢円形或は多角形にて、クロマチン少く、明るい核にて、一乃至数個の核小体を有し、原形質は一般に狭く細胞境界明かならず、細胞間隙にセニイ増殖の見らるる部分あり、部分的に充血の強き域あり、且つ腫瘍細胞の粗密混合す。(写真A)



A

病理組織診断：円形細胞肉腫。

考 察

名称。先づ病名呼称に關して一言述ぶるにCrohn氏病なる疾患の名称に關しては現在その規を一にせず、我国はもとより外国に於ても甚だ多種多様にて、念のために国外文献の名称を挙げれば次の如くである。

Regional Ileitis (Crohn & Oppenheimer 1932)
Ileitis Terminalis (Deelmann 1935) Regional Enteritis (Brown, Bergen & Weber 1934) Non-specific regional Enteritis (Meyer, Rosi 1936) Unspezifische regionale Enteritis (Zaaijier 1937) Segmental Enteritis (Iewisohn 1938) Ileitis ulcerosa (Feuster 1938) Ulcerose ileitis (Iandois 1937) Chronic ulcerative Enteritis (Core, Boeck 1934) Localized chronic ulcerative ileitis (Bisell 1931) Lokalized nonspecific ulcerative Enteritis (Taylor 1934) Ileocolitis ulcerosa chronica (Roenplate, Goldsmith, Strauss 1936) Chronic cicatrizing Enteritis (Harris, Bell, Brunn 1933) Regional cicatrizing Enteritis (Reichert, Matthes 1936)

Stenosierende Entzündung des unteren Ileums (Fischer 1933) Stenosierende Ileitis (Heinrich Borger 1937) Ileitis stenosaute (Kallius 1937) Localized hypertrophic Enteritis (Jackmann 1934) Ulceröse stenosierende Entzündung des unteren Ileums (Kapsel 1934) Hypertrophic ulcerative stenosis of the Ileum (Ginzburg, Oppenheimer 1933) Tumorbildende ulceröse stenosierende und perforierende Entzündung des unteren Ileums (Fischer, Iuermann 1933)

即ち以上の如く複雑多岐に亘り、我邦に於ては夫々是が訳名を用いあり各種各様なるは極めて非科学的なりというべく、従つて何らかの統一を必要とすべく、是がためには「Crohn氏病」を以て諸名称を代表せしむるを妥当適正と思考する。

症状. Crohn等は所謂Crohn氏病をその臨床像より四型に区分せるは周知なるも、大部分の場合明確なる区分は不能にて、各移行乃至混合型を認むることが多い。我国に於て発表されあるもの、大部分は急性型に属するも、急性症状を呈せる本病は症状、経過極めて良好にて治療的意義薄しとも称すべく、たとえ虫垂炎と誤認さるゝとも是が慢性型に移行せざる限りに於ては重大なる意義を生ぜざるものと言ひ得る。反之外国に於ける報告にては慢性、頑固型多く、瘻孔形成型等、診断並に治療的意義に富めるものが多い。斯の如き著明の相異を生ずるは本病に対する診断の留意の深淺に依るものなるか。

I 型：腹膜刺激を伴う急性型。

右下腹部の自発痛、圧痛、腹壁緊張、熱発、悪心、嘔吐を發し、しばしば下痢傾向を示し便中潜出血を証明すること多く、急性虫垂炎像に酷似するも白血球増多は是を伴わざる場合も尠からず。廻盲部に圧痛性腫瘍を早期に出現する点は診断上留意すべき点なりとする。開腹により腹腔内に早期浸出液あり、廻腸終末部の腸壁は浮腫状に発赤肥厚し、漿膜の充血、センイ素性癒着を呈し、局所腸間膜の肥厚、所属リンパ腫脹を認むるも虫垂にはなんら病変を伴はぬ。虫垂炎診断のもとに開腹し、虫垂に病変薄弱なる際の如きは、単に虫垂切除を以て能事終れりとなすことなく、誠に近域所見を追求するを要し、是がためには、切開創の細小を誇り、手術所要時間の迅速を競うが如き愚は大なる反省を要する。

II 型：潰瘍性腸炎を呈する亜急性型。

急性型より移行し、しばしば血便乃至下痢を發し悪

感、腹痛を伴い、全身衰弱、貧血特に右下腹部の圧痛性腫瘍を認め、腸管は炎症浮腫状に肥厚し、粘膜面には辺縁明確ならざる潰瘍を生ずる。

III 型：廻盲部腫瘍形成を伴う慢性型。

急性期、亜急性期に引つづき生ずるも、前期症状を軽度を経過せる後に発症する場合亦少からず。一般に数ヶ月乃至2~3年の経過をとり微熱、体重減少、衰弱、貧血、廻盲部鈍痛、下痢、軟便、潜血陽性化、特に潰瘍性大腸炎様症状の長期持続せるものには右腸骨窩部に腫瘍を触知する場合多く、腫瘍は拇指頭大乃至それ以上、ソーセージ様を呈すること多く且つ境界不鮮明である。

小腸内腔は比較的早期に狭窄症状出現するも、大腸にあつては晩期に至つて出現を見る。一定の慢性期に入るときは著明の腫瘍を認むること必発し、レ線検査によつて顕著な狭窄部位即ち Kantor の "string sign" を確認しうる。尙 Kantor によればレ線精査によつて次の四症状を認めうと称する。(1)、盲腸直前の充填欠損。(2)、充填欠損部口側の輪廓異常。(3)、病変部口側の拡張。(4)、糸状直線像。本症例に於ては既述の如く廻腸末部腸壁の充血浮腫、一部腸壁の暗赤色壊疽を認め、該壊疽部に於ては、粘膜潰瘍性崩壊欠損、漿膜下に及ぶ穿孔傾向を認め、廻腸終末部長さ8 cm に亘る瀰漫性粘膜糜爛を呈しあり、盲腸部に於ては漿膜蜂窩織炎性所見著明、Bauhin 弁充血、粘膜面潰瘍を証明し、盲腸、上行結腸移行域に於ては漿膜チアノーゼを呈し、上行結腸は10cm に亘り全域充血乃至高度暗赤色にて、該域に於て粘膜面潰瘍顯著、筋層には高度の浮腫、肥厚を認め、特に盲腸上行結腸移行域腸壁に於ては、弾性硬なる輪状浸潤性肥厚狭窄を呈し、廻盲域所属リンパ腺は提示指頭大に肥厚し、該域腸間膜は慢性炎症性浮腫性肥厚を認め、且つ廻腸並に結腸に於ける病変部は、健康腸管に対し鮮明なる境界を示さずして移行しあり。本所見は明確なる粘膜潰瘍、腸壁浸潤狭窄並に壊死穿孔様像を呈し、而も虫垂は全く正常にて、定型的なる Crohn の II, III 混合型を呈せるものであり、本例は必然瘻孔型に移行すべきものと推察する。かかる定型的且つ高度の病変を認むるものは本邦では稀に見るところである。

IV 型：瘻孔形成型。

扨後に到達すべき病型にて、腸壁の肥厚、狭窄、潰瘍穿孔により遂に廻盲部腹壁に難治性瘻孔を生ずるに至り、腸壁穿孔による瘻管形成の場合、腸間膜内又は

腹腔内に限局性膿瘍乃至急性腹膜炎を発生するに到り得る。瘻孔に内瘻外瘻の二種あり、内瘻はレ線的にのみ証明可能にて、外瘻は自然穿通のことあるも術後発生すること多しとされるが我国にては結腸切除後腹壁瘻孔を発生せるは一例を見るのみである。

病理。病変は主として廻腸終末部 20~30cm に発すること多きも、廻盲部を越え盲腸結腸域にも波及する。罹患部は肥厚し硬度を増し漿膜はセロイ性浸出液或は腸間膜よりの脂肪組織に被蓋せられ、罹患部の腸間膜は浮腫性肥厚を呈しリンパ腺腫脹を認める。慢性期には炎症限局して明確なる境界を示すものと然らざるものとあり、即ち肛門側に向つては廻盲の病変は廻盲弁にて停止する場合と盲腸に移行する場合とあり。口側に向つても炎症の停止する場合と、健康部に移行する場合とあり、本症例の如く明確なる境界を示さずして健康部に移行せる如きは切除限界の判定に留意を要する。

罹患腸管内は粘膜潰瘍、脱解、浮腫を呈し腸壁は肥厚し、内腔の狭窄を認め、廻盲弁部にしばしば乳頭状増殖を生じ、大腸にあつては潰瘍性大腸炎様所見を呈する。廻盲罹患部は組織学的に粘膜下層のリンパ組織の増殖、リンパ球浸潤、細胞浸潤を証明する。

成因。腸管の炎症（虫垂炎、盲腸炎、腸蜂窩織炎）、腸管外の炎症（胃炎、胆嚢炎、骨盤臓器炎）、機械的刺激（蛔虫、糞石、消化不良）等も成因の要素とせられ、又腸管の大腸菌及蛔虫毒素の Schwarzman 現象を立証する者、廻盲弁機能不全、リンパ濾胞の細網細胞反応、乳糜リポイドの慢性刺激を挙ぐるものあり、又廻盲部腸間膜のリンパ鬱滞を生ずるを第一次的变化と見るは米国に多く、或は腸重積の自然解離の場合細菌感染による腸壁の炎症像を之に擬する者もあり、又比較的信を置き得るやと考えらるる説は、本症が一般に重篤なる症状に比し経過及転帰の良好なることよりアレルギー説を挙ぐる場合である。その一例として、開腹により急性型を認めたる例に於て2日後再開腹の際、病変著しく軽快しあるを証明し、而も3年後に至るも再発を認めざるものあり。要之現在上記の如き諸説あるも、本症の実験的証明困難なるためか決定的と称すべき成因は今日尙不明であるが或はある種のヴァイラスによつて惹起さるゝものに非ざるや向後興味ある点である。

診断。急性期に於ける本症の術前診断は極めて困難の一語に尽くと称すべく、徴候上固有症状を決定しが

たく大多数の場合において虫垂炎と誤認さるゝに至る。重要なのは開腹術によつて尙本症を虫垂炎と誤認せらるゝ点である。病変なき虫垂を切除して以つて足れりとなし、或は盲腸炎と過信して炎症、壊死巣に切開を加え、以後難治瘻孔を生ぜしむるが如き、斯る不注意は本症に關する知見の欠如に因るものにあらず、腹壁切開創の過小、従つて局所々見精査の不能或は看過に起因する。診断は挙げて開腹時の精査によると称するも過言ではない。我国に於て慢性症状を呈するものゝ稀なるは、我国に慢性型の僅微なるにあらず他疾患と誤認したるにあらざるや。急性期症状は既述の如くなるも、慢性期にあつては特に衰弱、貧血、既往に於ける虫垂炎症状、廻盲部腫瘍、腸狭窄症状等に著意をする。レ線診断は不可欠とし、レ線的に廻盲部の狭窄、廻盲輪廓の不規則、腸壁の硬直、狭窄高度の際における小索状性陰影（string sign, Kantor）、内瘻形成の際における分裂不整陰影（twisted cord sign, Knapper）、の有無を追求する。本症例において誤認せるは初診時急性虫垂炎と診定せるため後日再診時において慢性虫垂炎と過信したによるものである。

本疾患の鑑別に當つては常に下記疾患を想起するを要する。即ち急性虫垂炎、慢性虫垂炎、慢性腸腰筋炎、癰疽性腸間膜炎、盲腸周囲炎、移動性盲腸、腸間膜結核、慢性廻盲部重積症、放線状菌病、廻盲癌、廻盲部結核、寒性膿瘍、ゴム腫、廻盲部肉腫。

尙念のため想起すべきは所謂消化管硬化症（瘰癧、房岡）である。該疾患は原因不明の非細菌性進行性慢性炎症による腸壁の肥厚硬化であり、胃、盲腸、直腸等内容物停滞部に好発するも粘膜は完全に保有せられ、上皮細胞萎縮と粘膜下組織の著明な結締組織増殖を生じ且つ本症は一般にリンパ腺腫脹を伴はぬを以て鑑別し得る。

手術。本症は成因に於て既述せる如き諸説の参酌によつて自ら推測さるゝ如く手術適応の決定は虫垂炎のそれと異ならしむるを妥當と認める。虫垂炎は増悪乃至再発防止のために於ても直ちに手術を適応とするも、Crohn氏病は急性期における軽度のものは自ら緩解すること尠からず、又開腹所見に於ても軽微なる病変にあつては何ら炎症腸管に手術的侵襲を加うるの要なきものは亦少からず。然りとはいへども重篤症状、慢性症乃至再発症を呈せるものは手術適応たるは言を待たず。従て前述の如く本症は診断困難且つ病期の判定亦容易ならざるを以つて手術適応の決定には慎重なる

を要する。罹患腸管の切除適応の判定は病変の進行程度によるべく、即ち発赤浮腫、浸潤の中等度に及べるものは、壊死、再発、狭窄、瘻孔形成等、後増悪阻止のため切除を要すべくこれを切除手術適応の限度と看做すを妥当と認める。尚腸管切除の範囲は炎症乃至肥厚の最外縁に更に健康部を十分に包含せしめるべく、是によつて遺残を残さず将来の再発防止を計るべきである。過誤して腸管に小切開を加うる如きは難治瘻孔発生の因たるべきを以て厳に留意するを要する。

再発。近來慢性例の報告比較的多く、東大清水外科に於ては最近数年間に12例の慢性例を得たりと称する。一般に戦後我国に於て本症の発生頻度増加の傾向ありと称するも從來不注意に過誤せられたる例が近時活眼を以て臨むに至り、発見率向上せるものと称するを妥当と考える。我国においては Crohn, Warren 等の述べある如く慢性型、殊に硬化腫瘤型の如き症例を認むること極めて少く特に瘻孔型の如き悪性型の報告は皆無なりしも極めて最近瘻孔型の報告あり、該症は虫垂炎診断のもとに虫垂切除を受けたるも虫垂に異常なく、2ヶ月の後腸狭窄の診断のもとに開腹せるに盲腸より横行結腸起始部に亘る腸管の炎症性乃至壊疽性肥厚、局所腸管のセンイ性癒着を認め、右側結腸切除後、廻結物吻合を施されたるに2ヶ月後手術創に瘻孔を形成、開腹するに腸吻合部に強靱なる腫瘤形成あり、その部に於て腹壁外に瘻孔の通ぜるを認め吻合部切除、廻結吻合を行い治癒せるものにて組織的所見は亜慢性型にて我国最初の再発例であつた。因みに再発の好発部位を通覧すれば下記の如くである。再発部位（砂原に拠る）：

Moschowitz	1928—吻合部より口側空腸30cm
Coffen	1925—廻腸末端60cm
Moschowitz	1927—吻合部より直口側廻腸
Crohn	1932—同上
Homans	1933—吻合部より口側廻腸
Brown	1934—膿瘍及瘻孔（部位不明）
Musick	1935—末端部廻腸
Shearer	1937—吻合部より口側廻腸及上行結腸
Colp	1938—吻合部より口側廻腸
Felger	1938—吻合部末端部廻腸
Cave	1945—吻合部附近
Hawthorne	1949—吻合部より口側廻腸
Foss	1952—吻合部附近
砂原	1952—吻合部結腸側

即ち大部の再発は吻合部より口側廻腸部に発生し、吻合部結腸側におけるものは稀であり再発の出現は大部分において術後1ヶ年以上後に認められる。而して再発の原因に關しては未だ不明であるが、肉眼的病巣部境界外の腸切除遺残部より発し、もしくは主病巣より隔つて存在する“skip area”を手術の際見逃せるため、乃至は腸間膜リンパ腺に遺残せる病巣よりの逆行性腸管波及等が一般に推測せらるゝところである。Crohn氏病はその大部に於て腸管病巣部と健康部との境界は炎症波及、乃至浸潤波及によつて移行像を呈するものなるを以て罹患腸管切除範囲の判定に困難を伴う。我が症例において第一次手術後、相当期間後に至つて前記の如く症状の最悪化を招ける原因たるものは第一に罹患腸管切除の範囲を充分に健康腸管域にまで及ぼさざりしこと、第二に廻盲部腸間膜の切除をその中枢域に向つて健康部に亘つて広範囲に実施するの著意に於て充分ならず、ために病巣を遺残せしめたるに起因すべしと考察する。

腸肉腫。按てこゝに腸肉腫に就て一言附記するを要する。腸肉腫は腸癌に比して極めて稀にて腸癌との発生頻度は100:1と云はれる。小腸殊に廻腸に好発するも廻盲部、盲腸乃至結腸には著しく少しとされている。病理解剖上 Stämmli は肉眼的に次の如く分類する。

- 膨隆型肉腫, a. 結節状, 瘤塊状膨隆.
- b. 有茎状.
- 浸潤型肉腫, a. 局所的限局性浸潤.
- b. 瀰漫性平板状浸潤.

膨隆型肉腫は管腔内に増殖するものは狭窄を生じ易く、管腔外に増殖するものは著しき大きさに達し、センイ肉腫、紡錘形細胞肉腫が主としてこれに属す。浸潤型肉腫は増殖顕著で極めて広範囲を浸し、ために腸管の厚壁硬固なる管状物と化し、又は多発結節性浸潤を呈して早期に腸間膜並に附近臓器を侵襲する。円形細胞肉腫、リンパ肉腫が主としてこの種の増殖を営む。尚腸間膜に原発する肉腫は組織学的に紡錘形細胞肉腫多く、円形細胞、粘液細胞、リンパ細胞、絨毛細胞肉腫是に次ぐ。腸肉腫に於ては円形細胞肉腫、リンパ肉腫が大部を占め、紡錘形細胞、センイ、筋、粘液、血管肉腫等は低率である。転位は主としてリンパ行によるも円形細胞肉腫のみは血行転移を営むこと多く、リンパ肉腫はリンパ行転移を営むも比較的良性なりという。一般肉腫の示す如くその症状は癌と異り急激な衰

弱、脱力、貧血を生じ増殖極めて迅速且つ移動性に富み、経過亦迅速にて多くは一年以内に死亡する。膨隆型に比し浸潤型は根治手術の機会を逸し易しとする。本例においては吻合腸断端部に迴盲部腸間膜遺残部に、局所的限局性浸潤を発生し、顯著なる増殖を以つて局所腸管壁の硬固なる腫瘍化を呈し、該腫瘍は局所腸間膜並に迴盲部遺残腸間膜部に蔓延、遂に吻合部横行結腸、更に胃大彎、末期に至つては肝臓にまで増殖、転移を招来せる重篤なる肉腫の発生を見たるものである。

結 語

Crohn氏病は我国に於ては急性期に属する極めて輕症のものゝみ多く、慢性期に属するものといえども高度の浸潤、肥厚、狭窄、瘻孔形成等重症型を呈するものは稀であり、且つ慢性型に於て迴盲部切除後、再発せるは更に稀である。

本症例に於ては急性期症状比較的進展しありたるに拘らず時日遷延のため、重症型に移行し、手術によつて迴盲部の切除を行い臨床的完全治癒を嘗めるも、後該吻合腸断端部並に迴盲部腸間膜遺残部に頑固なる浸潤を生じ遂に該部組織の悪性腫瘍化を発現するに至りたるもので、該腫瘍は横行結腸吻合部、胃大彎、並に肝右葉に亘る硬固なる増殖転移を生じ、遂には腹水、貧血、衰弱を以つて死亡、本腫瘍は組織学的に円形細

胞肉腫にて、Crohn氏病に於て腸切除後、吻合部腸断端より悪性腫瘍の発生を見たるは欧米に於てもその例を知らず本例をその嚆矢と信ずる。

本例は迴盲部腸管切除に際し炎症性浸潤組織の一部健康側に遺残せられたるを母地として、こゝに悪性腫瘍化を発生せるものと思惟せられ、Crohn氏病に於ける罹患迴盲部切除に關して重大なる示唆を与うるものと信じここに報告する。

(病理組織並に文献の教示を賜りたる京大病理、門田講師に感謝す)

参 考 文 献

- 1) Crohn : J. A. M. A. 99. 1932.
- 2) 中川内科診断学：昭和23年
- 3) 岡田：日外会，52
- 4) 今井：日外会，52
- 5) 古森：九州医専医学誌，3
- 6) 萩原：腹部内臓外科，1952
- 7) 河上：日本臨床，9
- 8) 藤浪，房岡：日外宝16
- 9) 稻垣：外科，13. 9
- 10) Kantor : J. A. M. A. 103. 1934
- 11) 塩田：診断と治療，昭和12年11月
- 12) 安藤：日消器会，41. 8
- 13) 大槻：日外会，40. 12
- 14) 新：日医事新報 1368. 8
- 15) Reichert : Ann. Surg. 104. 1936
- 16) Hadfield : Lancet 2. 1939
- 17) Warren : A. J. path. 24. 1948
- 18) 砂原：外科，15. 2
- 19) Hawthorne : Ann. Surg. 130. 1949
- 20) 継：日臨外会，12. 3
- 21) 今井：日臨外会，12. 3
- 22) 沢：日外会，51. 2
- 23) 橋本：和歌山医学，3. 1

人工的低血圧の下に於ける神経外科

Controlled Hypotension in Neurosurgery

J. W. Saunders Lancet No. 6757

p. 412—416, 1953.

著者は1952年に Hexamethonium bromide (H. M. B.) を用いて麻酔中血圧を適当に低く保つ方法を記載したが、更に容量の大きな吸引ポンプに直結された円筒内に患者の両脚を入れて、此れに陰圧を与え、全身血圧を下降させる Pneumonic Suction 装置を併用した。此の併用に依つて H. M. B. の使用量は節約され(20~50mg.)、術後速やかに低血圧を回復させ得る他に、術中も Suction を調節することに依つて容易に希望する血圧を得ることが出来る。血圧を下降せしめる目的は、出血量の減少と脳圧の低下を來させ手術を容易に行わんとするもので、此れに依り死亡率の減少、輸血量の節約、手術時間の短縮が得られる。手術に適當な血圧は 55~65 mm Hg であり、止血が充分かどうかは一時正常血圧まで上昇させることに依つて調べられる。

(西村省三抄訳)