

症状を支配し、患者を危地に陥れた点にある。
患者の言によると、病初期右側胸の重圧感に対し、握り拳でその部を叩打したという事であるので、膿瘍自体と共に、この叩打力が肝破裂の因子であつたと思われる。
一般に肝膿瘍は穿孔等を起さぬ限り、比較的温和な症状を示すものであり、激烈な臨床症状が、肝破裂による出血に基くものであつた事は、興味のある点である。

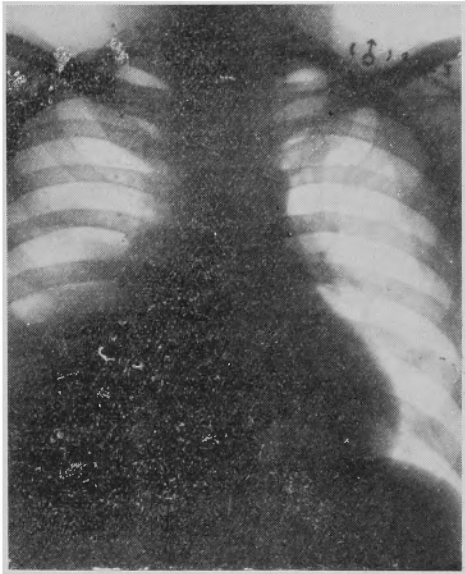
結 語

我々はアメーバ性肝膿瘍を素因として、肝自然破裂を来し、そのための大出血が症状を支配した1例に就て報告し、一般にアメーバ性肝膿瘍は、必しも毎常癒着の存在を期待出来ぬ事、及び排膿後に多量の胆汁排出を来す事がある点とに留意して、抗生抗菌剤の存

在を併せ考えるならば、むしろ外科的開放排膿療法が安全且つ合理的な処置である事を指摘し、併せて上腹部（一般に腹部）排膿法はゴムドレイン管挿入のみによる減圧法たる可き事を提唱した。

〔文献省略〕

第 1 図



第 2 表 術後肝機能検査成績(8日目)

蛋 白 量	6.8g/dl
モイレングラハト	6.0
ルゴール 反 応	(+++)
グ ロ ス 反 應	R ₀
コ バ ル ト 反 応	R ₁
カドミウム 反 応	R ₁₆
チモール濁濁反応	3

興味ある臨床所見を呈した滑平筋腫の2例

京都大学医学部整形外科学教室（近藤鋭矢 教授 指導）

手 島 宰 三・荻 原 一 輝・広 谷 速 人

〔原稿受付 昭和31年3月12日〕

TWO CASES OF LEIOMYOMA WITH INTERESTING CLINICAL PICTURE

by

SAIZO TESHIMA, KAZUTERU OGIHARA, HAYATO HIROTANI

from the Orthopedic Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director : Prof. Dr. EISHI KONDO)

Interesting two cases of leiomyoma we experienced are following ;

No. 1 A woman aged 54, clinically diagnosed calcificated iliac abscess due to spondylitis lumbalis, but pathologically determinated calcificated leiomyoma in the

retroperitoneal cavity and granuloma following to latent appendicitis at the abdominal wall.

No. 2 A woman aged 24, clinically diagnosed tuberculous lymphadenitis and atheroma, nevertheless pathologically revealed fibromyoma and fibroma from the media of vessels.

緒 言

滑平筋腫は子宮や胃、腸管に発生し、稀なものではないが、吾々が最近経験した2例はその発生部位に依り特異な臨床症状を呈して、診断に困難を来し、またその組織学的所見にも甚だ興味を感じたので、ここに報告する。

症 例

1) 54才、女子、無職。

主 訴：廻盲部の無痛性皮下腫瘍。

現病歴：1ヵ月前から廻盲部に時々牽引痛を訴え、1週間後該部に鳩卵大の無痛性皮下腫瘍の存在するのに気付いた。疼痛・胃腸・膀胱症状なく、放置していた所漸次その大きさを増して来た。食欲・睡眠は良好で、便通1日1行。発病以来発熱を来したことはない。

既往歴：不妊症で昨年来月経は閉止している。最近半年間に約4kg体重が減少したと言う。性病は否定している。

家族歴：母および同胞に糖尿病および結核を認める。

入院時現症：全身所見に悪液質の徴候なく、胸部内臓にも異常を認めない。

腹部は視診上異常なく、特に限局せる膨隆を認めない。筋緊張・圧痛なく、廻盲部に手掌大・楕円形の皮下腫瘍を触れ、表面平滑にして、内側への境界は明瞭であるが、外側は骨盤壁と固着し全く移動しない。腹壁を緊張せしめると触れ難くなり、全般に弾力性硬で、圧迫すると異和感を訴えるが、疼痛と言う程ではない。波動なく、被覆皮膚とは可動性がある。

脊柱は軽度円背にして、胸椎部は少々強直性を示す他、叩打痛・圧痛その他の異常を認めない。

婦人科的内診に依り、子宮底および右輸卵管部に多数の念珠状腫瘍を触れるが、廻盲部の皮下腫瘍とは関係がない様に思われる。

膀胱鏡検査・インザコカルミン試験および空気腎撮

影法に依るも異常を認めない。

尿は蛋白反応陰性なるも糖反応（ニーランデル）は空腹時にも陽性で、血液は赤血球数 335×10^4 、血色素（ザリー）75%、白血球数6700で、ヘモグラムに異常を認めない。杉山氏平均核数2.34。血清ワ氏反応陰性で、赤沈平均値63.5mm。肝機能はCo-R、Cd-R、ルゴールおよびグロス氏反応すべて正常で、葡萄糖負荷試験に依り中等度の含水炭素代謝障害を認める。

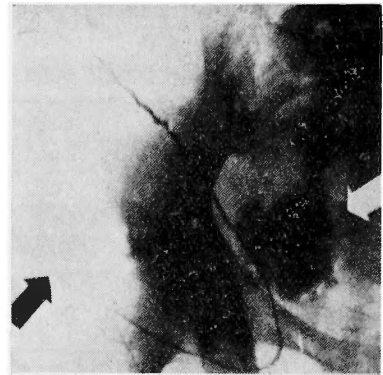


図1 小骨盤腔内石灰化腫瘍（針金で囲んだのは外部から触れる廻盲部皮下腫瘍）

レ線像では図1の如く、右小骨盤腔内に手拳大の不規則な形をした異常陰影を認め、第4・第5腰椎間の椎間板は狭小となり、椎体縁は輪廓比較的明瞭で、両側に嚙状の過剰骨形成を認める。骨破壊、骨萎縮および膿瘍像は認めない（図2）。

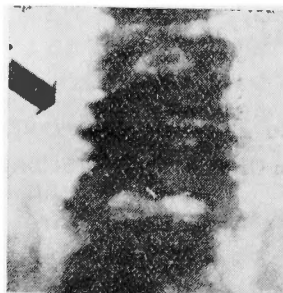


図2 第4、第5腰椎レ線像

レ線透視を行うに、上記石灰化腫瘍は可動性で子宮と共同運動するが、外部から触知する廻盲部の皮下腫瘍とは別個のものと考えられる。造影剤に依る胃・腸管透視では、小

腸の一部は腫瘍により圧迫されるが通過障碍はない。

依つて、腰椎カリエス兼流注膿瘍石灰化および漿膜下多発性子宮筋腫と診断し、約1ヵ月間ストマイ及びインシュリンの前処置を行つた後、手術を施行した。

手術所見：前正中切開で左腹膜外に腰椎に至ると、第4、第5腰椎間に過剰骨形成あり、椎間板は略々石灰化して塊椎を形成し、肉芽および乾酪様物質は認めなかつた。次いで右直腹筋外縁切開にて腹膜外に後腹膜腔に至るも右腸腰筋は正常にして、小骨盤腔にレ線像で認めた右石灰化腫瘍を発見した。これを経腹膜的に剔出せんとするに、子宮底部に数個の表面平滑・弾性硬・鳩卵大の腫瘍を認めた。小片を試験切除し、更に上記石灰化腫瘍を剔出した。

腫瘍は薄い被膜に覆われ粗大結節状で、手拳大、一般に弾性硬であるが各所に骨様硬の石灰沈着を認め、周囲との癒着は少なく、特に子宮と直接の連絡は認めなかつた。大きさ $7 \times 4 \times 4.5$ cm。重さ88gm(図3, 4)。

外部から触知した廻盲部の腫瘍を検するため腹壁筋膜を切開するに、筋層は癒痕様となり、一部に乾酪様物質を得た。直下の腹膜は肥厚し、腹壁と癒痕性に癒

着していた。

組織学的所見：子宮底部の腫瘍は滑平筋束が縦横に交錯し、核は偏在し、桿状で典型的な子宮筋腫の像を示している。

腹膜外石灰化腫瘍は結合組織線維と滑平筋線維よりなる被膜の直下に線状の核が比較的平行して走っている。中心部は硝子様に変性した滑平筋束が交錯し、核は細く粗で、石灰化部と硝子様変性部との境界は比較的明瞭である。一般に血管に乏しいが、隔壁様に滑平筋線維束が太く走り、この様な所には血管が比較的多く存在する。即ち硝子様変性について石灰化した滑平筋腫と考えられる(図5, 6)。

腹壁腫瘍は大小不同の横紋筋線維間に空胞形成・脂肪化が見られ、間質結合組織が増殖し、所々に小円形細胞や赤血球の浸潤が認められる。類上皮細胞及びラングハンス氏巨細胞は何処にも認められず、臨床所見

図3 後腹膜腔に存在した腫瘍

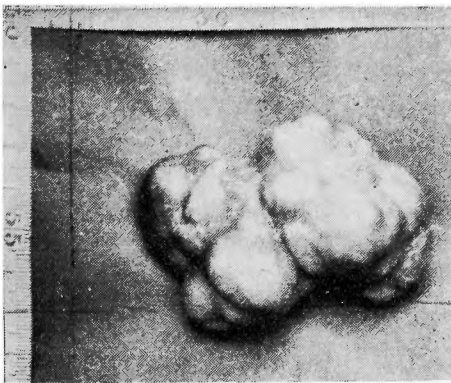


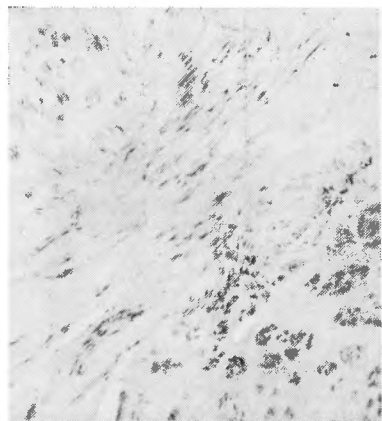
図4 同上レ線像



図5 後腹膜腫瘍被膜 (×80)



図6 同上腫瘍実質部 (×80)



と総合して恐らく虫垂炎に続発した慢性腹壁筋炎の癒痕性皮下腫瘍（肉芽腫）と考えられる。

Ⅱ) 24才. 女子. 労務職員.

主 訴: 左頸部および右肘部の無痛性皮下腫瘍。

現病歴: 6年前右肘関節部に鶏卵大の痛性皮下腫瘍を生じ、剔出術を受けたが腫脹は左程減ぜず放置していた所、1年前より左頸部に無痛性皮下腫瘍があるに気付き、注射（薬名不詳）を受けたが却つて稍々増大した様に思われる。頸の運動障害は無い。

既往歴: 特記すべき疾患を知らない。

家族歴: 父が喉頭癌で死亡している。

現 症: 全身所見に異常なく、四肢に神経学的障害を認めない。血液・尿所見には異常なく、血清ワ氏反応陰性である。

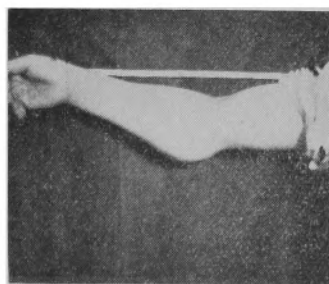
左頸部の胸鎖乳頭筋の後縁中央部に軽い膨隆を認め、鶏卵大で境界明瞭な卵円形であり、弾性硬にして皮膚及び下床とは移動性があり圧痛はない（図7）。

図7 左頸部腫瘍



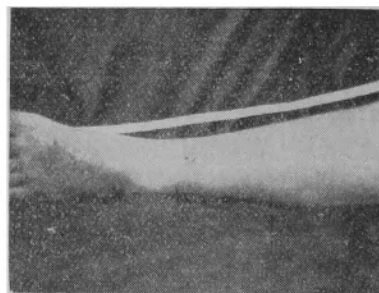
右肘関節部伸展側は漸慢性に腫脹し、発赤・異常着色なく、中心頂点に手術癒痕があり、肘関節の運動は自他動共に正常である。一般に弾性軟であるが、手術癒痕に一致して弾性硬の無痛性・平滑な腫瘍があり、境界は比較的明瞭である。皮膚及び下床とは周囲組織と共同して良く移動する（図8）。

図8 右肘関節部腫瘍



又左頸部に1ヵ所左大腿に3ヵ所及び下腿末梢部脛骨側に示指頭大乃至雀卵大で薄褐色の腫瘍があり、表皮から軽く膨隆している。弾性軟であるが波動は無い（図7, 9）。さらに全身皮膚に十数個の小豆大乃至大豆大の粉瘤様或いは乳嚢様の皮膚腫瘍がある。

図9 左下腿腫瘍



依つて左頸部及び右肘部の結核性淋巴腺炎及び皮膚の小腫瘍は乳嚢腫又は粉瘤と診断し、剔出術を行った。

手術所見: 頸部は正常な胸鎖乳頭筋の直下に鶏卵大の被膜を有する限局性腫瘍があり、表面粗大結節状で周囲との癒着は少なく、中央絞扼部から索状の茎が深部筋層間へ侵入していた。

右肘関節部は浮腫状・灰白色の筋膜の下に淡紅色・浮腫状の軟化筋層を認め、尺骨々膜と密に癒着し、この中に弾性硬の馬鈴薯様の腫瘍があり、これを剔出すると共に軟化筋層を出来るだけ切除した。剔出腫瘍は頸部のそれに類似し、被膜に包まれ結節状で紐状又は根のような索状物が多数出て居り、剖面は灰白色で所々に被膜の延長が隔壁を形成している（図10）。

皮膚腫瘍は皮膚および皮下脂肪組織と共に剔出するに、図12の如く淡紅色で、前2者に比し余程弾性軟で

図10 左頸部(右) 右肘関節部(左)
剔出標本



ある。

組織学的所見：頸部および右肘部の腫瘤は被膜の直下から比較的同形の滑平筋線維が束をなして渦状に走り、筋線維間には結合組織細胞が比較的多く、その核及び小円形細胞が広く散在している。一般に血管に乏しく、細い毛細管を所々に認める（図11）。

図11 頸部腫瘤



皮膚腫瘤は大小様々な中膜の肥厚した血管が多数散在し、その周囲には結合組織線維細胞と少量の滑平筋線維が環状に走っている。Van Gieson氏染色によると、腫瘤を形成するのは殆んど結合組織線維で、滑平筋線維は比較的少い（図12・13）。

即ち頸及び肘部の腫瘤は線維性滑平筋腫で、皮膚腫瘤は皮下血管腫性滑平筋性線維腫である。

考 按

Virchow (1954) は筋組織を主成分とする 腫瘍を

図12 皮膚腫瘤

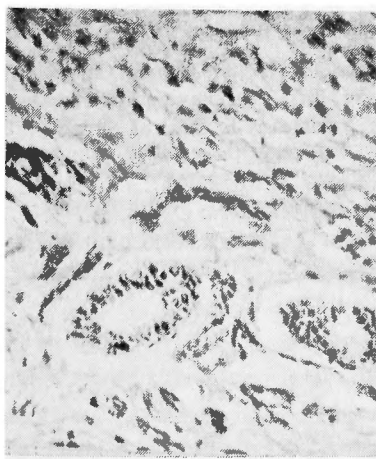
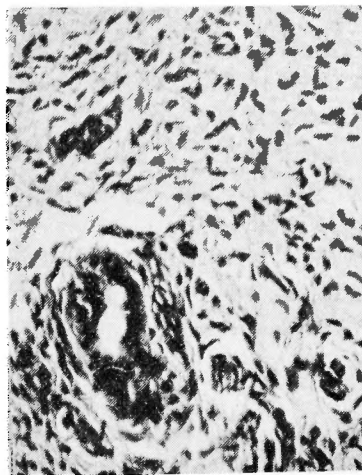


図13 皮膚腫瘤



(Van Gieson 染色)

筋腫と命名し、Zenker (1864) に依つて横紋筋腫 (Rhabdomyoma) と滑平筋腫 (Leiomyoma) とに分類されたことは周知の通りである。

滑平筋腫は言う迄もなく子宮に最も多く見られ、その他消化管・腎臓・膀胱・前立腺等の滑平筋線維要素や、皮膚立毛筋 (M. arrector pili) および皮下・後腹膜腔等の血管壁滑平筋 (M. dartos) などからも発生する。生殖器・腎臓・後腹膜腔では女性が圧倒的に多いが、他の臓器では男女差はない。

一般に良性で長期間に甚だ大きくなる反面、大きくなると中心部が軟化して粘液変性を来し、囊腫状となり、時に腐敗性感染を来す。有茎性の場合は茎の屈曲乃至捻転を越して腫瘍は浮腫状となり、遂に壊死に陥ることもある。其の他硝子様変性を示し、稀には石灰が沈着する。

組織学的には種々の方向に交錯して走る長紡錘形の滑平筋線維束と其の間の血管を含む結合組織より成り、結合組織線維の多い場合を線維性滑平筋腫 (Fibromyom) と言い、血管を比較的多く含むものを血管腫性滑平筋腫 (Angiomyom) 又は血管腫性線維性滑平筋腫 (Fibromyoma teleangiectaticum) と言う。

後腹膜腔 (大網・腸間膜を含む) に発生する滑平筋腫は T. Golden & A. P. Stout の統計に依ると、胃腸管に発生する 1018 例中 43 例 (4.5%) であり、一般には機械的圧迫のみによる症状で、神経痛・腰痛・下肢の知覚異常や浮腫・腹水・便秘・尿意頻数及び尿閉

等が認められている。従つて術前に滑平筋腫であることを決定することは困難で、上記症状や触診所見より後腹膜腫瘍たることを決定するのみである。

皮膚に見られる滑平筋腫 (Dermatomyoma, Leiomyoma cutis) には立毛筋から発生する多発性のものと、皮膚血管壁の滑平筋に起源を有する孤立性のものとがある。前者は男性に多く、30才以前に好発する。後者は男女略々同様に見られ、30才以後に多い。組織学的に前者には立毛筋の緻密な集団を思わせる滑平筋の錯綜を見、通常被膜を有しない。一方血管壁から発生するものは明らかに被膜を有して、結節状をなし、壁の肥厚せる血管が多数存在して血管腫性滑平筋腫の傾向をもっている。尚、皮膚滑平筋腫は有痛性のことが多いが、萩原・杉崎らに依れば腫瘍構成滑平筋の収縮に依ると言う。

症例Ⅰは所見を綜合判断して腰椎カリエス兼流注膿瘍(一部石灰化)と診断したが、手術所見および組織学的検索の結果、此等は各々その本質を異にし、腰椎の変化は手術所見より変形性脊椎症と考えられ、流注膿瘍を思わせた廻盲部皮下腫瘍および石灰化腫瘍は、後者が滑平筋腫の石灰化せるものであり、前者は虫垂の炎症が慢性に腹壁に波及した為に生じた肉芽腫(Granulom)と考えられた。

この滑平筋腫が子宮壁から生じたものか、後腹膜腔の血管壁に起因するものか、或はまた迷入胚芽による独立したものであるかを確認し得なかつたのは残念であるが、子宮筋腫の一部が有茎性となつたもの、或は遊離・脱落したものであるならば、別個に存在する子宮筋腫と類似した組織学的所見が認められるであろうと考えられ、結合組織線維多く、硝子様変性に次いで骨様組織としての特徴を有し、単独に石灰沈着を来している点から、寧ろ本腫瘍が子宮筋腫とは別個に發育したものと解釈する方が説明に容易であると考えられる。

症例Ⅱは臨床上頸部及び肘部の皮下腫瘍を結核性淋巴腺炎に依るバケット形成、皮膚腫瘍を粉瘤ないし乳嚢腫と別々に診断したが、各部の手術所見及び組織学的所見より、此等は孰れも滑平筋腫で、前者は比較的

結合組織線維に富み、線維性滑平筋腫と考えられ、後者は血管の中膜の新生に富んだ血管腫性滑平筋腫と思われるが、寧ろ線維腫に近い所見を呈していた。これ等の滑平筋腫は組織学的に孰れも皮膚血管壁から発生したものではないかと考えられる。

結 語

後腹膜腔並びに皮膚に発生した筋腫の各1例に就いて報告し、若干の考察を加えると共に本症の一般について記載した。

終りに御指導と御校閲を賜つた恩師近藤教授に感謝の意を捧げ、山田前助教授・本学病理学教室天野助教授並びに産婦人科学教室西村講師の御教示に謝意を表します。

本論文の要旨は昭和29年12月、京都外科集談会にて発表した。

参 考 文 献

- 1) Willis, R. A.: Leiomyoma and Leiomyosarcoma, Pathology of Tumors, 729, 1948.
- 2) Anderson, W. A. D.: Tumors of Muscle; Pathology, 1173, 1953.
- 3) Stout, A. P.: Solitary Cutaneous and Subcutaneous Leiomyoma, The American Journal of Cancer, 29; 435, 1937.
- 4) Golden, T. & Stout, A. P.: Smooth Muscle Tumors of the Gastrointestinal Tract and Retroperitoneal Tissue, Surgery, Gynecology & Obstetrics, 73: 784, 1941.
- 5) Henke u. Lubarsch.: Leiomyom, Handbuch der Spezifischen Pathologischen Anatomie u. Histologie, Verdauungssystem III.
- 6) Andrews, G. C.: Leiomyoma, Disease of the Skin, 706, 1943.
- 7) Hagiwara, S. & Suzuki, K.: Ein Fall von Solitären Dermatomyom, Japanese Journal of Dermat. & Urol., 34; 126, 1933.
- 8) Campbell, R. E. & Young, J. M.: Leiomyoma of the Duodenum, The American Journal of Surgery, 88; 618, 1954.
- 9) 森茂樹: 滑平筋腫, 病理学総論, 266, 289, 昭27.
- 10) 阿部純: 下血を主訴とした十二指腸 Leiomyoblastoma の1手術例, 外科, 13; 195, 昭24.
- 11) 蝶良義彦・高島文男: 腎臓滑平筋腫の発生について, 第41回日. 病. 会総会演説, 昭27.