

症 例 報 告

急性蜂窩織炎性壊疽性大腸炎の1例

大和高田市民病院外科

杉本雄三・清水春彦

〔原稿受付 昭和30年7月10〕

REPORT OF A CASE OF COLITIS PHLEGMONOSA GANGRAENOSA.

by

YUZO SUGIMOTO and HARUHIKO SHIMIZU

From the Surgical Clinic, Yamatotakada City Hospital

In this paper was presented a case of phlegmono-gangraenous colitis which attacked the colon extensively and acutely.

The patient was a 52-year-old man who had complained of tenesmus and bloody diarrhea. It was revealed by a laparotomy that the caecum, the ascending and transverse colon and a part of the descending colon appeared phlegmonous. A part of the caecum was necrotic, friable and readily torn off, from which bloody pus was seen to flow out. At another part of the caecum, a perforation was observed. It was of interest to note that the ileum was not afflicted at all and the appendix was absent. Based on those facts as above-stated, etiology of the colitis and its relation to the appendix were discussed. Drainage of the ileocaecal region and ileosigmoidostomy were performed, but six days after the operation the patient died of the pronounced emaciation.

緒 言

比較的経過緩慢な腸蜂窩織炎、潰瘍性大腸炎は屢々文献に見るが、殆んど全大腸に及び、急激な蜂窩織炎性、壊疽性大腸炎は我々の渉猟した範囲では、その報告例は稀である。我々はかゝる患者に大腸切除術を施したが、憔悴甚しく死亡した1例を経験したので報告し、2, 3考察を加え、御批判を仰ぐ次第である。

症 例

58才 男

主訴：血便

既往症：約30年前、激しい腹痛あり、急性虫垂炎と云われ、その痛みは3年間断続した。その頃より嘔吐

を訴えている。3年前に血便を来し2～3日続いた事がある。

現在症：19日前、平素嗜まぬ酒3合飲んでから3日目、突然腹部全体に不快感を来し、翌日新鮮血を混じた粘液便を見、漸次小豆色に変つて来た。腹痛は強くないが、裏急後重1日30回に及んだ。医師により、クロマイセチン1日1.5gを2日連用、一時便は良くなつたが、2日休んだ処再び増悪、更にクロマイセチンを服用した。8日前頃迄水分は殆んど摂らず輸液、葡萄糖、強心剤を注射され、抗生物質として更にペニシリン、オーレオマイシンを授与された。(用量不明)

ガス排出は漸次著明でなくなり、悪心、石酸、嘔吐は訴えるが、嘔吐はなく、1昨日より吃逆を訴えるに到つた。排便1日10回位、腐敗臭ある黒褐赤色粘液便、

食睡睡眠類不良である。

入院時の現症：

全身所見：栄養頗る不良，皮膚乾燥し，憔悴，脱水著明である。脈搏1分間90，規則正しく，緊張良好，血圧最高130耗，最低65耗（水銀柱），顔面蒼白であるが，その割に苦悶状ではない。口臭あり厚い褐色の舌苔を認める。

局所々見：腹部は軽度に膨満し，右側腹部に著しい。右側全体に腹壁緊張，圧痛を証明し，臍の右に超鷄卵大の腫瘤を触れし。弾性稍硬，略々円形，境界稍

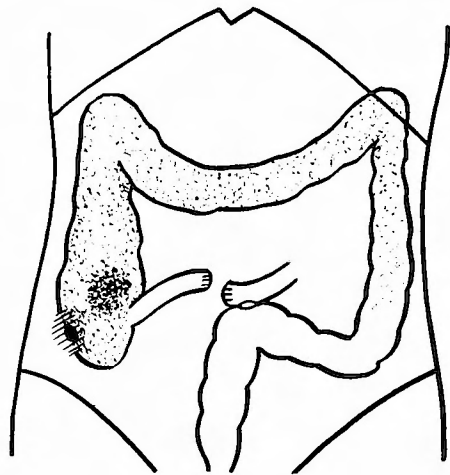


図 1

不鮮明，呼吸により運動せず，圧痛あり，ブルンベルグ氏症候陽性，恰も膿瘍を思わせる。腸雑音は微弱，経肛門指診により直腸膨大部は膨大し，挿入示指に小豆色の粘血便が附着する。

赤血球数314万，ザリー60%，白血球数22000，心電図は右型で肺性P，T波平低を示す。便に赤痢アメーバを証明せず。

下痢を伴った虫垂穿孔による膿瘍か，非定型的な廻盲部腸重複症による下痢か，何れにしるacute abdomenと考え即日開腹した。

手術所見：型の如く点滴輸血，右副直腹筋切開で腹腔に入ると溘濁した腹水がかなり潑溜し，小腸は軽度に麻痺状に膨隆しイレウス状である。

廻盲部に上行結腸に一致して帯黄白色，一部暗赤色の膿瘍と思われる腫瘍あり，手術野に露出している部分丈で鷄卵大，暗赤色の部分は壊疽性でブヨブヨし容易に破れ，繊維性紐状の壊死物質——それは壊死に陥

った虫垂粘膜の如き観を呈した——，及血液を混じた粘液便多量排出した。そこで精査すると此の膿瘍と思われたものは，かなり肥厚しているが，内面潰瘍状壊死に陥り，一部穿孔せんとしている上行結腸であり，盲腸後下部で腹壁漿膜で覆われた穿孔部を認めた。虫垂は何処にも見当らず，この穿孔部に一致するかと思われた。廻腸末端は之に反して，軽度の浮腫を認めるのみで，激しい炎症像はなく，壊死部との境界頗る明瞭である。上行結腸より横行結腸，下行結腸と精査すると，之等は肛門側に行くに従つてその変化は漸次軽度となつていくが，盲腸同様全く正常像を欠き，壊疽状に陥り，S字状部に到つて漸く浮腫，正常像を呈している。此等壊死部を全部切除するには全身状態が悪く耐え得られないので，臍置する事に決した。穿破した盲腸壁，及穿孔した部分は縫合不可能で，糞瘻形成は免れないので，廻盲部にドレインを挿入，出来得る限り周囲腸壁，腹膜でバリケードを作り，創を閉じた。改めて左副直腹筋切開を加えて下行結腸，結腸S字状部を精査し，S字状部が吻合に耐え得るを確めて，廻腸末端より約50cm口側とS字状部上行脚部と側々吻合をなし，ドレイン一本を挿入して手術を終つた。

術後，ペニシリン，ストレプトマイシン，エリスロマイシン等抗生物質を投与すると共に，リンゲル，葡萄糖，輸血，強心剤，ワゴスチグミン，イミダリン等注射を強力に行つた。案じられた汎発性腹膜炎症状はなく，放屁あり，ドレイン及肛門よりの粘血便も多量あり，苦痛稍寛解するかに見えたが，全身の憔悴漸次その度を加え，術後6日目遂に鬼籍に入つた。

考 按

本症例は潰瘍性大腸炎が殆んど結腸全体に及んだもので，而も急性且激烈な腸蜂窩織炎の一種と考えられ，むしろ蜂窩織炎性壊疽性大腸炎と云うべきであろう。比較的経過緩慢な腸蜂窩織炎或は潰瘍性大腸炎と云われるものは，内科的に屢々報告されているが，外科的には最近類似の症例報告が数例見られるのみで，殊に本症例の如く広範囲且急激に及んだものは稀である。

原因に就ては種々論議されているが，定説はない。非特異性の独立疾患と考える従来の説に対して，松永の如くCrohn氏病などと共に，特異性疾患を基盤として成立した一症候群であるとする説がある。血行感染と腸内感染が挙げられているが，血行感染は少いと云

う。起炎菌は腸内細菌であり、誘因として粘膜の損傷、胃酸酸度の減少、腸壁の血行障碍等の局所性抵抗の減弱が挙げられている。しかしかゝる誘因をして成立せしむ可き何等かの予備状態として Allergie を考えるのも当然である。又起炎菌として赤痢、アメーバ赤痢もあるが、本症例では積極的にそれを裏付けるべきものが見当らなかつた。

本症例では手術時、虫垂が消失していた事と、廻腸末端が劇然と境して侵されていなかった事が特異であるが此の点些か考察してみよう。

虫垂炎との連関については興味ある例を教室増田講師が報告しているが、Fischer, Giesberg, Löwen により贅否種々云われている。本症例は過去に虫垂炎を指摘され、手術時虫垂は見当らず、病変は盲腸、上行結腸に強く、肛門側へ行くに従つて、漸次軽微となつていた。

此の場合 1) 虫垂炎が再発し、その病変が虫垂に止まらず、盲腸結腸へ波及して行つたか。 2) 虫垂は已に過去に於て、自解して無く、今回の病変は虫垂と無関係に始つたか。 3) 或いは虫垂は存在していたが、先づ病変が盲腸に発して二次的に虫垂を侵し、虫垂を盲腸内へ自解せしめたか。以上3つの場合が考えられる。1) は虫垂と関係ありとする考え方であり、2), 3) は無関係なりとする考え方である。本症例ではこの何れの考方をも裏付ける可き所見は無く、何れとも断定し難い。

本症例では又上述の如く、明瞭な境界を以て大腸のみが選択的に侵されている。発生病部位は教室の統計でも、Fischer, Hellsfröm, 片岡等の報告でも、小腸が多いが、本症例では大腸である。常識的に考えて、絶えず腸内容が鬱滞して細菌の感染に曝され、局所性抵抗の強い筈の盲腸、上行結腸が劇然と態度を異にして侵されたと云う事はどう説明してよいであろうか。腸蜂窩織炎の原因を二元的なものと考ええるなら、Crohn 氏病などと全く異つた因子が選択的に大腸を侵したと解釈すべきか。或は又一元的なものと考ええるなら、小腸を侵さず、此の部分丈をかくも急激に侵した事はどう解釈すべきか。局所性抵抗の減弱か、血行障碍か、リンパ管の解剖学的な関係に依るか、その究明は更に困難とならう。

血行障碍を主張する人があるが、A. colica med. A. colica dext. A. ileocolica の R. colicus の3本は同時に障碍されぬ限り、大腸全体に急激に起りそうにもな

い。又リンパの流れが大腸と小腸では、後腹膜と腸間膜と、異なると云う事も、或いは原因となり得るかも知れぬ。

3年前に血便を来した事があると云う点から、非特異性の大腸炎を過去に於て繰返えて局所性抵抗が減弱していた処へ、平素嗜まぬ飲酒によつて、それに拍車をかけ、かゝる病変を来したと解されぬ事もない。

又本症例では血便が著明で末梢血管が強く侵され、且急激に経過した点から Fränker のガス壊疽菌のようなものによつて来たかも知れない。菌は積極的に証明し得なかつた。

以上色々考察を試みたが、何れにしても興味深い所見である。

その他本症例では頻回の裏急後重、粘血下痢便を訴えたにも拘わらず、その割に烈しい腹痛は女獻にみられるようになつた。又末期に到つて腸麻痺を来したが、膿瘍化した大腸が蠕動運動を失つた事と、透壁性腹膜炎によるものと考えられる。

治療：限局したものや、早期で軽微なものは内科的に治療可能であらうし、外科的にも腸切除を施して治療せしめ得る。教室でも増田、山内により結腸右半部切除をし、今次第55回日本外科学会総会で榎教授も報告したように、大腸全切除をして治療せしめている。

然し本症例の如き広範且急激なものは大腸膿置術、腸造設以外に施す術が無く、最近報告された田中氏の類似の一例も死の転帰をとつている。Arnold 等によれば大腸膿置術を施しても、その死亡率は46%であると云う。

結 語

虫垂穿孔による膿瘍か、腸重積症かの疑が持たれ、手術の結果、広範且急激な蜂窩織炎性、壊疽性大腸炎である事が判明、大腸膿置術を施したが、憔悴甚しく、死亡した興味ある一例を報告し、虫垂との因果関係、選択的に大腸のみを侵した点に就て些か考察を加えた。

(本論文の要旨は第77回近畿外科学会に報告した。)

文 献

- 1) Arnold G. Rogers, M. D., J. Arnold Bagen, M. D., B. Marden Black, M. D.; Chronic ulcerative Colitis, Gastro-Enterology, 27, 383, 1954.
- 2) 後藤田薫明; 上行結腸横行結腸蜂窩織炎の1例, 日本外科学會雑誌, 14, 2, 77, 昭28.
- 3) 茅原義雄; 腹部内臓外科学, 下巻, 南山堂, 2版, 63, 昭25.
- 4) 邱永生; 慢性潰瘍性大腸炎根治手術治

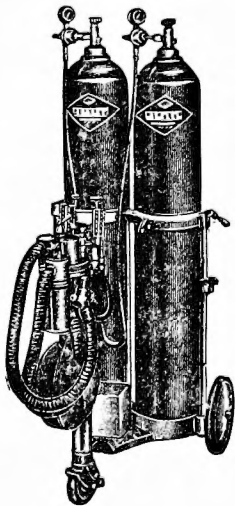
驗2例, 日本外科学會雜誌, 43, 10, 1484, 昭18. 5) 円山一郎, 高橋猪三郎; 腸管蜂窩織炎の1治驗例, 臨床外科, 7, 251, 昭27. 6) 増田強三, 山内陽一; 廻盲部蜂窩織炎と虫垂炎との關係, 京都大學外科集談會年報, 3號, 69, 昭25. 7) 宮岡遇; 右側潰瘍性大腸炎の1例1日本外科寶函, 22, 5, 55 6, 昭28. 8) 松永藤雄; 便通異常の臨床に於ける 2,

3の問題, 日本醫事新報, No.1616, 9, 昭30. 9) 納所明; 結腸の蜂窩織炎2例, 倉敷中央病院年報, 22, 2, 133, 昭27. 10) 鈴木五郎; 新外科手術書, 中巻, 南江堂, 3版, 674, 昭28. 11) 田中信吾; 潰瘍性大腸炎, 臨床外科, 5, 8號, 臨時増刊, 104, 昭25. 12) 矢部正雄; 上行結腸蜂窩織炎, 岡山醫學會雜誌, 54, 7, 710, 昭17.

訂 正

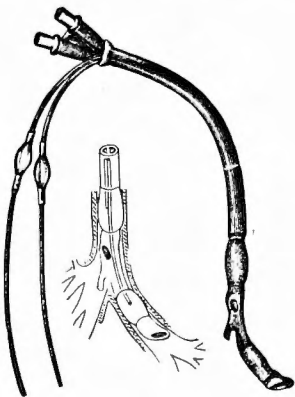
尾辻貞夫論文の370頁の附図と375頁の附図が入れ代つていますので訂正致します。

ヘイドブリック型タテベ
三瓦斯麻醉器



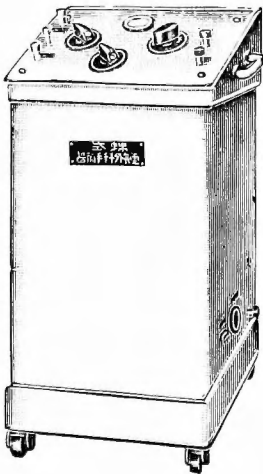
N₂O
O₂
エーテル

カーレン氏
気管カテーテル復道肺切除気管麻醉



左右別肺活量測定用

蝶式電気刀



東京都文京区
春木町2丁目2



建部青洲堂

小石川(92) { 3569
4609