

長期間右季肋部痛と発熱を主訴とし診断困難 であつた廻盲部の非特異性炎症の1症例

東京女子医科大学三神内科教室 (主任 三神美和教授)

小林成子・八木下富子・武藤真史乃
コバヤシ ナツメ ヨシノ ユキノミチノ

(受付 昭和37年7月3日)

緒言

最近われわれは右季肋部痛と発熱を主訴とし、慢性敗血症を疑つたが、開腹の結果線維性索状物の刺激およびそれによる症状であり、病理組織学的には漿膜線維症と診断された稀有なる1例に遭遇したので報告する。

症例

患者：○島○子21才，女，家婦。

主訴：右季肋部痛と発熱。

初診：昭和36年6月1日。

家族歴：父方の祖母が脳卒中で死亡，父親が現在脳卒中で病床にあり，兄2人は肺結核に罹患している他には特記すべきことはない。

既往歴：昭和32年虫垂切除術，同33年左腎摘出術，34年腸閉塞症，同6月結核性腹膜炎に伴う腸閉塞症の手術，34年10月肝臓疾患の疑いで試験的開腹術をうけた。

現病歴：昭和34年7月頃より右季肋部痛と39°Cの発熱が2日間続き，以後時々上記症状を繰返していた。8月13日39°Cの発熱と腹痛著明のため某医に受診，臍周囲に圧痛が著明のため Chloromycetine 1gの投与を受け軽快す。9月1日右季肋部痛と尿閉あり，導尿による尿検査をうけたが異常なく，肝臓も觸れない。9月3日右側腹部痛あり，排尿時に結石2コ排出す。某医大泌尿器科を受診し異常なしといわれた。9月16日膀胱炎を併発したが Ilotyline 1gを10日間使用し軽快す。10月15日発熱40°C，腹部全体にわたる疼痛あり Chloromycetine, Achromycine を使用するも軽快せず，同月20日より Iloty-

cine および Predonine を併用したが腹痛は持続す。検査成績は白血球数7500，血清コレステロール 309mg/dl，肝機能検査では B.S.P. 2% (30分値)，血清高田反応陰性，黄疸指数7であつた。同月31日某診療所を受診し，胆嚢疾患の疑いで試験的開腹を受けたが，肝，胆嚢，胃などには病変を認めなかつた。11月9日血液培養陰性，同月26日右季肋部痛と38°Cの発熱があつたが，白血球数は3800，血沈中等値7，胆汁および血液の培養は陰性，同月22日胆汁の培養にカンジダが証明されたので Trichomycine 1日20万単位の内服 および注入を行なう。その後毎週1回ずつ胆汁培養を行なうもカンジダは常に陰性であつた。35年6月1日高熱および右季肋部痛を主訴とし，カンジダ症の診断のもとに某医より紹介され同日当科に入院す。

現症：

入院時所見：体格中等度，栄養状態良，体温37°C，脈搏整，緊張良，顔貌正常，意識明瞭，瞳孔反応は正常で眼瞼結膜に貧血なく，口唇チアノーゼなし，舌には舌苔なく，頸部リンパ節腫脹なし。心音純，呼吸音は正常，腹部は平坦なるも正中線，左副正中線，右季肋部，左右下腹部に手術痕あり，その痕はいずれも Kelloid 状になつている。右季肋部に圧痛過敏，異常抵抗があるが腫瘤は触知し得ず，肝および脾は触れない。腹壁静脈の怒張および腹水なく，鼠蹊部リンパ節腫脹を認めず。膝蓋腱反射およびアキレス腱反射は正常，病的反射はない。

入院時諸検査成績：血液所見は (Table. 1) 赤

Shigeo KOBAYASHI, Tomiko YAGISHITA & Marino MUTO (Mikami Clinic, Department of Internal Medicine, Tokyo Women's Medical College): A nonspecific inflammation in ileocecal region with chief complaints of prolonged fever and right hypochondriac pain.

Table 1. 入院時臨床検査成績 (1)

血液所見	赤血球数	582×10^4
	白血球数	6600
	血色素数	90%
	血液像	
	好中球 I	11
	II	20
	III	25
	IV	13
	V	2
	リンパ球大	15
	小	0
	好酸球	1%
	単核球	13%
赤沈値	1時間値	2
	2時間値	15
尿所見	反応	酸性
	比重	1030
	蛋白	—
	ウロビリノーゲン	(+)
	リビルビン	—
沈渣	白血球	1~2コ/1
	赤血球	2~3コ/数
	扁平上皮	数コ/全
糞便所見	色調	褐色
	臭	正常
	虫卵	—
	潜血反応	B(-), G(-)

Table 2. 入院時臨床検査成績 (2)

血清理化学的検査所見	総蛋白	7.77 g/dl
	A/G 比	2.15
	アルブミン	5.31%
	グロブリン	2.46%
	残余窒素	21.0 mg/dl
	アルカリ性ホスファターゼ	3.5 S.J.R.
	総コレステロール	151 mg/dl
	リポイド P	7.1
	総ビリルビン	0.37
	硫酸亜鉛試験	1.2単位
肝機能検査能	B S P (30分値)	0%
	高田反応	陰性
	モイレン/ラハト	4

血球数 582×10^4 , 白血球数 6600, Hb 90%, 血液像は好中球 71%, 好酸球 1%, 単核球 13%, リンパ球 15% で, 赤沈値正常, 尿および糞便には異常を認めず. 血清理化学的検査は (Table. 2) 総蛋白 7.77g/dl, A/G 2.16, アルブミン 5.31g/dl, グロブリン 2.46g/dl, N.P.N. 21mg/dl, アルカリ性フオファターゼ 3.5 S.J.R, 総コレステロール 151mg/dl, リポイド P 7.1mg/dl, 総ビリルビン 0.37mg/dl, 硫酸亜鉛試験 1.2単位, 肝機能検査は B.S.P. (30分値) 0, 高田反応陰性, 黄疸指数 4 であった.

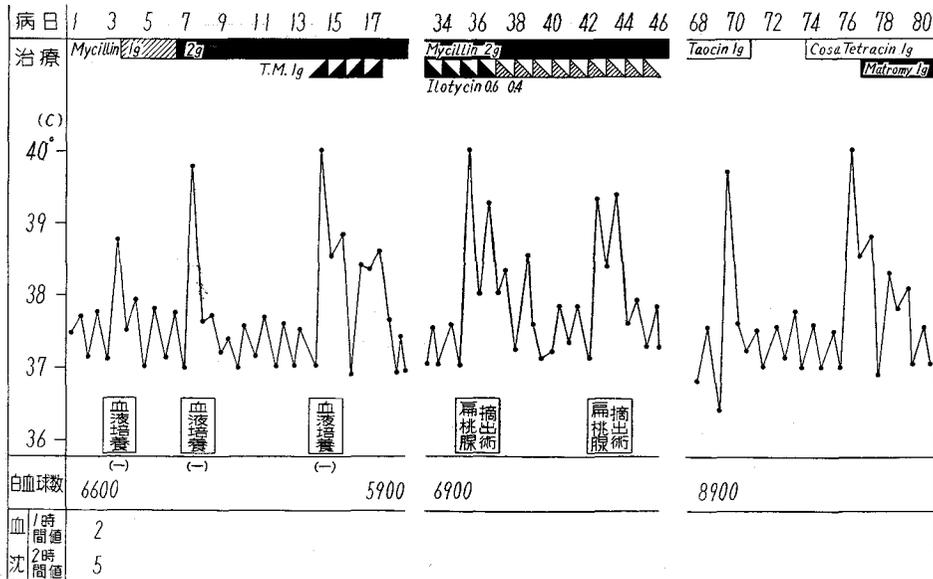


Fig. 1 入院後の経過 (○高○子21才女)

胸部レ線像には異常なく、喀痰検査では細菌およびカンジダは共に証明されなかった。

入院後の経過：(Fig. 1) 入院翌日胆石症を疑い腹部単純撮影を行なうも胆石および腎石を認めない。第3病日悪寒戦慄と共に39°Cの発熱あり、右季肋部痛および圧痛があるが肝、胆嚢は触れない。血液培養は陰性、Mycilline 1 gの筋注で翌日37°Cに下熱したが、第8病日同様の症状のもとに40°Cの発熱あり、血液培養を行なうも菌陰性であった。食欲は全くなく、大量の輸液と共に

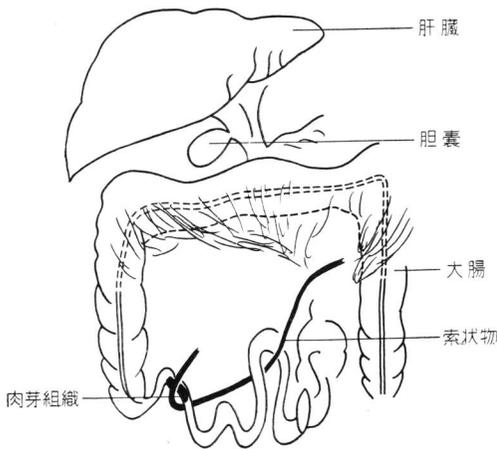


Fig. 2 開腹時索状物の存在位置

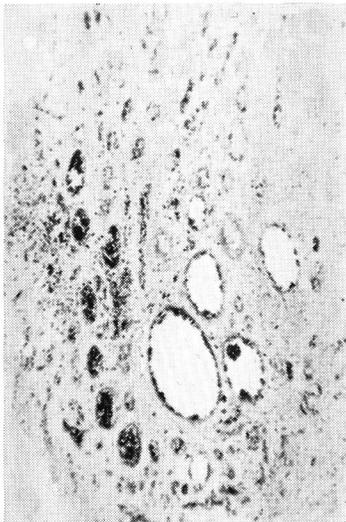


Fig. 3 索状物断面 H.E. 4×

Mycilline の筋注を2 gに増量し2日間で下熱したが、第14病日再び悪寒戦慄と共に40°Cの発熱と右季肋部痛を訴えた。白血球数5900、赤沈は中等値8、血液培養および腎盂炎の疑いのもとに尿培養を行なつたが共に陰性であった。Mycilline 2 g筋注に Terramycine 1 gを併用したが軽快下熱せず、Ilotycine 1.2 gに変更した。第21病日十二指腸液を採取しAおよびB液の培養を行うも、細菌および胆砂の如きものは認められなかった。第28病日耳鼻科を受診し、慢性扁桃炎と診断されて左右の扁桃摘出術を行なう。以後高熱なく体温37°C前後で疼痛も軽快し、第68病日胆嚢撮影を行なうも異常を認めず、一応治療を中止し経過を観察す。8月24日外科を受診し胆嚢または右腎あるいは腹膜等の病変が疑われ、9月9日手術をうけた。

手術所見：(Fig. 2) 胆嚢は特に周囲と癒着なく、また結石も認めず、其の他著変なし。小腸は臍附近まで大網膜に癒着し、臍以下は全く癒着はなく、腸輪の間に索状物があり、これが腸管を軽度で絞扼している。その一端は下行結腸の中央あたりで腸壁に近い後腹膜に附着し、長さは約15 cm位であった。更に廻腸末端の2~3 cmの所の表面に肉芽様組織を思わせる隆起物があり、これは直径約2 cm大で全体に硬く中央は軟く終末廻腸炎を思わせた。なお周囲の腸間膜の数カ所に白色癰痕状のものを認めた。この部の変化は胆嚢の変化より遙に著明なので廻盲部切除術および上行結腸端々吻合術を施行し、9月24日経過良好で退院した。

病理組織学的所見：(Fig. 3,4,5,6) 廻腸表面の肉芽組織様隆起物には粘膜に潰瘍その他の変化はなく全く正常であった。その他腸管の一部には軽度の狭窄を認めた。

顕微鏡的所見では漿膜の高度の糜爛が主体となり、活動性炎症性変化は全くなく、また特殊炎症の所見もないが、一部では毛細血管およびその周囲に結合細胞が存在し、未だ刺激が完全におさまりきれない状態を示していた。しかし慢性潜在的な結核性変化の如き特異性の組織像は何処にも認められず、比較的温和な刺激が消長し続けているような所見である。



Fig. 4 廻腸末端 H.E. 2×

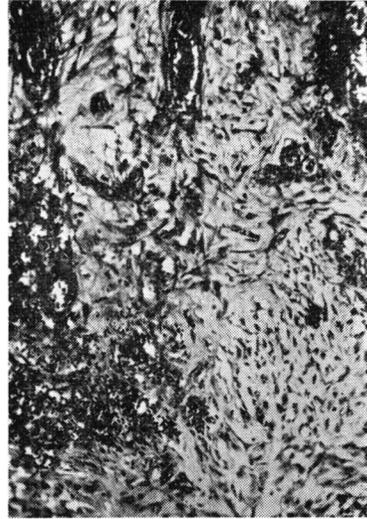


Fig. 6 廻腸末端 H.E. 10×

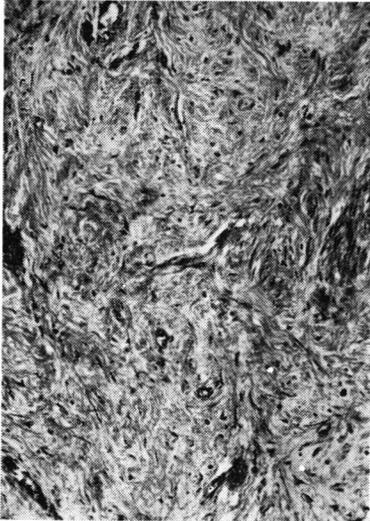


Fig. 5 廻腸末端 H.E. 10×

考按ならびに結語

非特異性腸炎は1932年 Crohn¹⁾が14例の症例を記述して以来世の注目をあびるようになった。その発生原因については種々の説があり、Hompらは感染説を唱え、Kalliusらは Allergie 説を主張している。その臨床症状の主なもの、山口⁴⁾⁵⁾によれば腹痛を主訴とするもの70%、次いで悪心、嘔吐、腹部膨満感、発熱などであるが、急性期においては虫垂炎様症状を、慢性期には食欲不振、瘻孔形成を示すという。病理組織学的には粘膜

の変化を主体とし、この部の炎症症状と好酸球、単核円形細胞の出現、これに伴う組織反応、血管反応の推移等が入り乱れた所見を呈するものである。

本症例は当初敗血症様の所見を呈し、手術時終末廻腸炎いわゆる Crohn 氏病と診断されたが、病理組織学的には粘膜は全く正常で漿膜の糜爛とそれに伴う線維様変化であった。しばしば繰返された疼痛発作および発熱は、下行結腸に附着していた索状物による腸の絞扼の結果おこった腸閉塞様症状によるものであり、廻腸末端部の肉芽様組織は、索状物による慢性的刺激の結果生じたものと考えられる。

以上カンジダ症の診断のもとに入院、敗血症様の所見を呈し、開腹の結果漿膜線維症であった稀有なる1例を報告した。

稿を終るに臨み終始御指導御校閲を賜りました三神教授ならびに小山教授、御教示いただきました外科学教室の織畑教授に深く感謝の意をさげます。

(本稿の要旨は第126回内科学会関東地方会において発表した。)

参考文献

- 1) Crohn: J. A. M. A., 110 32 (1938)
- 2) Fischer-Lürmann: Arch Klin Chir 177 638 (1933)
- 3) Kantor: J. A. M. A 103 2017 (1934)
- 4) 山口: 横浜医学 6 (2) 34 (1955)
- 5) 山口: 横浜医学 6 (1) 54 (1955)
- 6) 高橋: 通信医学 9 (6) 452 (1957)