

# 腹 壁 冷 膿 瘍

昭和32年10月30日 受付

信州大学医学部 丸田 外科教室

浦 野 晃 草 間 次 郎

腹壁に発生する冷膿瘍は比較的稀な疾患であつて、その発生機序も単一なものとは考えがたく、末だ一致した見解はない。吾々は最近1年間に本症の5例を経験したので、これ等について報告し、あわせてその成因に関して考察を加えた。

## 症 例

1) 草間某, 37才, 女性。

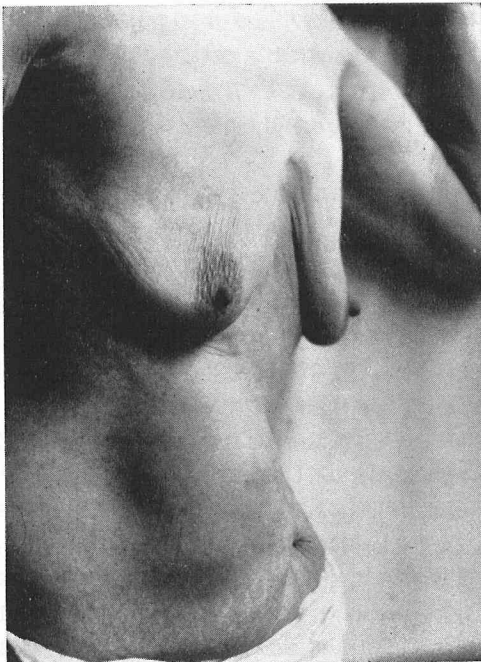
主 訴: 右上腹部の腫脹。

現症歴: 約8ヶ月前より右季肋下部に鈍痛があり、2ヶ月前より疼痛のある部位に一致して腫脹が現われ、漸次増大すると共に自発痛は消失し圧痛のみを訴える。家族歴、既往歴共に結核性疾患はない。

現 症: 全身状態は良好で、 $37^{\circ}\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ の発熱を示し、血沈中等価 107mm である他には異常を認めない。

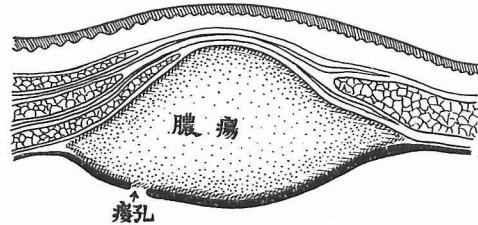
腹部所見: 腹部は平坦で軟であるが、図1の如く右上腹部に超手拳大の腫脹を認め、皮膚の発赤はなく、表面平滑で、波動を触れ、軽度の圧痛がある。

第 1 図



手術所見: 腫脹の上に横皮切を加えて、膿瘍を切開すると多量の乾酪様物質を混じた淡黄色の膿汁約250ccの排出をみた。精査すると膿瘍は小児頭大で、その前壁は筋膜、基底は肥厚した腹膜であつた。即ち図2の如く腹横筋と腹膜との間に生じた膿瘍で、筋肉とは無関係である。基底の腹膜の一部には肉芽組織で覆われた小豆大の瘻孔があり、腹腔と交通しているが、この部と内臓との癒着はなかつた。術后15日目治療退院した。

図 2



2) 茵部某, 36才, 女性。

主 訴: 右上腹部腫瘍。

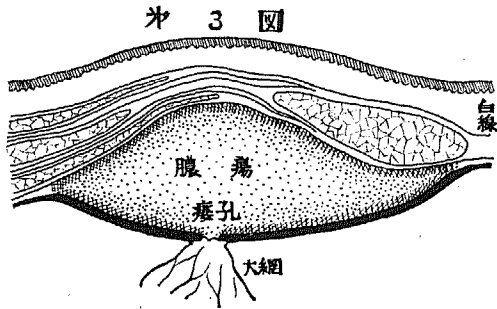
現症歴: 33才の時結核性腹膜炎、続いて肋膜炎を併発罹患中、右季肋下部に軽度の圧痛ある鶏卵大の腫瘍に気付いたが、間もなく疼痛が消失したので放置していた。約1ヶ月前より腫瘍が急激に増大し始めたため当科を訪れた。

現 症: 全身状態は良好で発熱はない。血沈中等価は16mmである。胸部X線所見では右下肺野に線状陰影を認め、右側横隔膜が軽度に挙上されている。他に異常はない。

腹部所見: 腹部は平坦で軟である。右上腹部に超手拳大の腫瘍を認め、皮膚に異常はなく、表面は平滑で、移動性はなく、波動を触れ軽度の圧痛がある。

手術所見: 腫瘍の上に縦皮切をおき、腹直筋を開いたが、筋には全く病変はない。更に腹直筋后鞘を開いたところ、乾酪様物質を入れた膿瘍に達した。膿瘍腔は上方は肋骨弓、内方は白線、下方は臍下1横指、側方は前腋窩線に及び、基底は肥厚した腹膜である。即ち本膿瘍は腹横筋膜と腹膜との間に生じたものである。基底の肉芽組織を搔爬したところ、略々中央に腹膜の小欠損があり、そこに大網が癒着していたが、大

網には組織学的に結核性変化を認めなかつた。膿瘍と肋骨、肋軟骨等とは瘻孔又は索状物による連絡はなかつた。術后15日目に治癒退院した。(図3)



### 3) 西浜某, 28才, 女性。

主訴: 右上腹部の腫瘤。

現症歴: 26才の時右側結核性肩関節炎に罹患した。1年半前転倒して腹部を強打し、その後間もなく右季肋下部に腫瘤のあるのに気付いた。疼痛はないが、腫瘤は徐々に増大し、全身倦怠感がある。

現症: 栄養やゝ衰え軽度の消瘦あり。発熱はなく、顔貌は平静である。胸部には異常はない。右側肩関節の運動は制限されているが、活動性の病変は認められない。血沈中等値は22mmである。

腹部所見: 腹部は平坦で柔軟であるが、右上腹部で乳線より稍々内側、剣状突起と臍の中間の高さに、鶏卵大の腫瘤を触れる。皮膚に異常はなく、表面平滑で移動性はない。軽度の圧痛があり、穿刺により結核性膿汁を証明した。

手術所見: 腫瘤の上に縦皮切をおき、腹直筋を左右に分けたところ、厚い膿瘍壁に達した。膿瘍は胡桃大で、乾酪様物質を混じた濃厚な膿汁で充されており、基底は肥厚した腹直筋后鞘である。前方は腹直筋であるが、厚い結合組織性の壁を有しており、筋自体は破壊されていない。排膿后基底を精査すると、外上隅に小瘻孔を認めたので、小孔の下方に縦切開を加え開腹したが、瘻孔は腹腔とは直接連絡しておらず、腹膜と腹直筋后鞘との間に存在する大豆大の膿瘍に開口していた。なお腹膜と内臓との癒着はなかつた。術后40日目に治癒退院した。(図4)

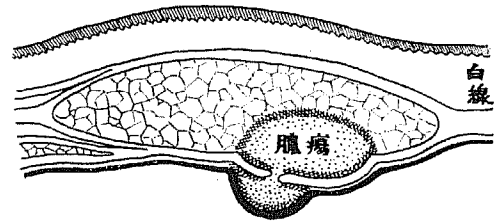
### 4) 池上某, 60才, 男性。

主訴: 右上腹部の腫瘤。

現症歴: 3ヶ月前臍の右上方に腫瘤のあるのに気付いたが、自覚症状は全くなかつた。某医より脾臓腫瘍の疑と診断され、当科に紹介された。家族歴、既往歴共に結核性疾患はない。

現症: 発熱はなく、全身状態は良好で、胸部その

## 図 4



他に異常を認めない。

腹部所見: 平坦で軟であるが、剣状突起と臍の中間より稍々下方、正中線よりやや右側に鶏卵大の表面平滑、半球状の腫瘤を触知する。皮膚に異常はなく、移動性もない。波動性は証明されない。腹筋を緊張させると腫瘤は触れがたくなる。胃のX線透視では腫瘤は胃とは無関係であり、位置的に臍頭部に一致しているため、気腹を行つて、腹壁に対し切線方向にX線写真をとつたところ、腫瘤は腹壁内に限局し、その部に大網が癒着していた。

手術所見: 腫瘤の上に縦皮切をおき、腹直筋を開いたが、腹直筋には異常はなく、腹直筋后鞘と腹膜との間に、乾酪様物質を含有する膿汁で充された鶏卵大の膿瘍があつた。基底の腹膜は肥厚しており、腹膜の缺損は見られず、その他瘻孔、索状物等も認められなかつた。

### 5) 征矢某, 23才, 女性。

主訴: 廻盲部腫瘤。

現症歴: 10才頃肺門リンパ節結核に罹患、20才の時右側湿性肋膜炎、更に21才で結核性腹膜炎に罹患し、現在も治療中である。3ヶ月前から廻盲部に時々疼痛があり、内科医より鳩卵大の腫瘤のあることを指摘された。

現症: 時々37.5°Cに及ぶ発熱を見るが、全身状態は良好である。右胸前下部は打診音短で、呼吸音弱く水泡音は聴取しない。X線所見では右胸部は瀰漫性の淡い陰影が見られる。便通は便秘に傾き2日に1行であるが、時々下痢を来すことがある。

腹部所見: 軽度の膨満を認め、腹水の滯留が証明された。廻盲部には鶏卵大、半球状の表面平滑な腫瘤を触れた。皮膚に異常所見はなく、又腫瘤と皮膚との癒着はない。基底に対しては移動性はなく、波動を触れず、軽度の圧痛がある。穿刺を行つたところ、乾酪様物質を交えた結核性膿汁約20ccを吸引し、本腫瘤は冷膿瘍であることが判明した。治療として遽に1回穿刺排膿とチピオン注入を行つたが、1ヶ月後に自潰して瘻孔を形成し、更にこの瘻孔の直下に別の小腫瘤を生じて来た。X線照射を併せ行つたが、小腫瘤も約

1ヶ月後に自潰し瘻孔を形成した。更に約1年間に亘つてX線照射を続けたところ、瘻孔は全く閉鎖治癒した。

### 考 按

腹壁冷膿瘍についてはGérardが最初に詳細な報告を行つたが、その後Melchiorが自家症例4例と文献より集めた13例とを基礎として、本症の発生病理について考察し、本症は原発性(血行性)筋肉結核であつて、隣接臓器から波及性に発生したものは区別すべきものであるとして、腹壁孤立性結核説を唱へ、爾来この見解が支配的であつた。即ち本症は遠隔部の結核病巣、又は臨牀的には証明し得ない結核病巣から、血行性に腹筋を侵すものと考えられて来た。しかしながら本症に関する報告が相つぎ、詳細に検討されるに及び、結核病巣が腹筋内に限局した例はむしろ少く、腹筋と腹膜との間に生じた例が最も多いことが判明し、血行性発生説に対して反対論が唱へられるようになった。藤田登<sup>①</sup>は本症の5例を報告し、その中3例に上方に向う索状物又は瘻孔の存在を認め、これを胸膜外胸壁に発生した結核性膿瘍が腹壁まで流注して来たものと考え、胸性腹壁冷膿瘍と呼んだ。又他の1例は腹腔内結核より、腹膜前組織内に発展したものであるとなし、それを腹部性腹壁冷膿瘍と呼んだ。箱田<sup>②</sup>は本症の5例を報告し、その中4例の病巣は何れも腹膜と腹筋との間にあり、他の1例は皮下膿瘍であるが腹膜に達する瘻孔があるのを見て、原発巣を腹膜又は腹膜前組織であるとし、そこに生じた結核病巣が進展して冷膿瘍を形成したものと考えた。又深谷<sup>③</sup>は本症の11例を報告して、本症は上腹壁リンパ節の結核感染により生じたものであるとした。その後藤田承吉<sup>④</sup>、山村<sup>⑤</sup>等は本症が上腹部、殊に右側に圧倒的に多く、然かも腹膜と腹筋との間に存するものが最も多いことに注目し、その好発部位が腹壁のリンパ節の分布とよく一致していること、及び肺結核、肋膜炎が右側に多い事実等と併せ考え、本症はリンパ行性に先ず腹壁リンパ節が侵され、それより発展したものと強調している。しかしながらこの説には確証がなく、山村<sup>⑤</sup>も本症の発生機序については、なお組織学的並びに実験的検索を必要とすると述べている。盛<sup>⑥</sup>は廻盲部に手拳大の膿瘍があつて、それに接して3個の小腫瘍のある例に遭遇し、これ等3個の小腫瘍は肥大したリンパ節であり、その中2ヶのリンパ節中には多数の結核結節が存するのを認めた。この事実は本症がリンパ節結核に由来するものであることを物語るものである。本症が腹膜と腹筋との間に最も多いことは多くの人々の認めるところであり、吾々が文献上<sup>①②</sup>、<sup>④</sup>~<sup>⑩</sup>集め得

た症例中記載の明かなもの25例に自家症例を併せた合計29例を検討してみると、腹筋内に限局したものは僅かに7例のみであつて、腹膜と腹筋との間にあつたもの及び筋層間或は皮下組織内にあつて腹膜と瘻孔で連絡していたものは19例の多きに達しているから、Melchiorの主張する血行性感染と考えられる症例はむしろ少く、藤田<sup>①</sup>、山村<sup>⑤</sup>等がリンパ節結核により生じたと考えている症例が多いようである。吾々の第3例及び第4例の病巣は右上腹部にあつて、しかも腹筋と腹膜との間に存在するから、藤田、山村等の説に従えば特にリンパ節結核より発生したものと如く想像される。第1例においては膿瘍基底の腹膜に小孔を認めたが、同部に内臓の癒着は見られなかつた。また第2例も同様に腹膜に小孔を認め、そこに大網膜が癒着していたが、腹膜の小孔の部に原発したものが、又は二次的に欠損を生じたものかは不明である。更に第2例の病巣が大網よりリンパ行性に感染したものが、或は腹壁に原発して大網が二次的に癒着したものが不明である。山村は膿瘍の基底をなす腹膜の一部に小欠損を有し、そこに大網の癒着している例を経験したが、その発生に関して箱田の腹膜起源説を否定している。しかしながら吾々の第1例及び第2例については、箱田の説の如く、腹膜に原発したものと考えることも可能である。又藤田<sup>①</sup>の胸性膿瘍説はこれを支持する人は少いが、岩井<sup>⑩</sup>等は右上腹部に発生した例において、膿瘍の上端より第7肋骨下に至る瘻孔を認め、胸壁に発生した膿瘍が腹壁に流注して来たものと考えている。吾々の症例にはかかる機序によつて発生したと思われるものはなかつた。

以上の諸説並びに吾々の経験例によつてみても本症の発生は単一な機序によるものではなく、種々の感染径路が考慮されるべきであろう。

### む す び

吾々は最近4年間に腹壁冷膿瘍の5例を経験したので、その臨牀的所見を述べ、併せて発生機序について考察を加えた。

### 文 献

- ①藤田登：グレンツゲビート，3；331，昭4。 ②箱田：東北医誌，28；500，昭16。 ③深谷：日外会誌，36；2200，昭10。 ④藤田承吉：外科，11；369，昭24。 ⑤山村：外科，12；340，昭25。 ⑥盛：外科，15；145，昭28。 ⑦佐野・他：外科，16；761，昭29。 ⑧長谷川：外科，17；457，昭30。 ⑨細矢：外科，17；734，昭30。 ⑩関根：外科，17；740，昭30。 ⑪山田・他：外科，18；799，昭31。 ⑫藤田承吉：外科，10；285，昭23。 ⑬岩井・他：臨外，8；133，昭28。

## Cold Abscess in the Abdominal Wall

Akira Urano and Jiro Kusama

Department of Surgery, Faculty of Medicine,  
Shinshu University

(Director: Prof. K. Maruta)

Five cases of cold abscess in the abdominal wall were reported.

In 4 cases, which were operated, abscesses were all found between the abdominal muscle and

the peritoneum, but abscess which was localized within the abdominal muscle was observed in none of them. Another case was treated successfully by X-ray radiation, discharge of pus by puncture and infusion of Tibion.

The lesion is considered to be infected secondarily through the various courses from other tuberculous foci, especially by way of the lymph stream from abdominal and thoracic tuberculosis.

## 原 発 性 肝 臓 肉 腫 の 1 例

昭和32年10月30日 受付

信州大学医学部 丸田外科教室

浦 野 晃 木 内 信 太 郎

原発性肝臓肉腫は稀な疾患であつて、Arnold<sup>①</sup>、Prodfowczek<sup>②</sup>により初めて報告され、本邦では柏村<sup>③</sup>によつてはじめて報告され、以来今日迄20数例の報告があるに過ぎない。

著者等は最近手術的摘出に成功した本症の1例を経験したので報告する。

## 症 例

柄木田某，51才，男子，製粉工場入夫。

家族歴，既往歴共に特別の疾患はない。

主 訴：腹部腫瘤並びに上腹部の鈍痛。

現症歴：約5ヶ月前より左季肋下部に鈍痛が現われ，漸次増強するため，某医を訪れ胃カタルとして治療を受けたが，軽快しなかつた。約2ヶ月後に至り肝の腫張を指摘され，X線検査の結果，肝腫瘍と診断され手術不能と言われた。その後 Sarcomycin の注射約35回により疼痛は一旦殆んど消失したが，凡そ1ヶ月前より再び疼痛が現われたので当科を訪れた。

現 症：体格栄養中等度で，全身状態は侵されていない。左側頸部リンパ節は大豆大のもの数ヶを触れるが，他にリンパ節腫張はなく，胸部に異常所見は認めない。黄疸はなく，舌は薄白苔でおおわれている。

腹部は稍々膨満し，特に上腹部に於て著明である。腹水はなく，腹壁静脈の怒張もない。上腹部より臍部にかけて超小児頭大，略々球形の腫瘤を触れ，表面平滑，硬度は上半分では硬靱で，一部硬く，下半分では弾力性硬である。境界は明瞭であるが，上端部は腫張せる肝の下縁と境界不明である。腫瘤は呼吸性移動がある。この腫瘤の上端部及び右季肋下部に圧痛があ

る。肝は腫張してその下縁は腫瘤と接し，肝濁音の上界は第5肋間である。

X線検査では胃の体部は腫瘤の後方に位し，幽門部より十二指腸球部にかけては，腫瘤により著しく右方へ圧排されておるが，腫瘤は胃とは全く無関係である。気腹施行後の単純撮影では図1のように，腫瘤は一見肝とは明かに境されているが，肝左葉の下縁より生じて下方に大きく広がつたものと考へられた。

血液所見：赤血球360万，血色素量75%，日血球7800，好中球70%，リンパ球21%，好酸球5%，単球4%。

尿：蛋白弱陽性，デアスターゼ値<sup>25</sup>，他に異常所見はない。

糞 便：便通は1日1～2行，消化は稍々不良，潜出血弱陽性，十二指腸虫卵を認める。

胃 液：遊離塩酸は最高-17。

肝機能：血清黄疸指数4，高田反応陰性，グロス反応陰性，尿中 Urobilinen 正常，Urobilin 陰性で特に異常を認めない。

十二指腸液検査：ABC胆汁いずれも性状に異常はないが，胆汁の流出状況は不規則で非定型的である。

上述諸検査の結果肝腫瘤の診断のもとに，腰椎麻酔によつて手術を行つた。

手術所見：上正中切開にて開腹，腹水はなく，肝左葉に接して超小児頭大の囊腫があり，その前面に大網が癒着している。大網を結紮切斷して検するに，囊腫は肝左葉の前縁附近より生じ，広い基底を以つて肝より懸垂している。その囊腫の後面は小網とも癒着して