

Matas: Surg, Gynec. and Obstet., 21, 594, 1915.  
 24) Natban: Ann. Surg., 89, 314, 1921. 25) 全  
 昌模: 柿胃石症の治験3例, 朝鮮医学会誌 30, 743,  
 昭12. 26) 齊藤時雄: 胃内異物, 北陸医学会誌,  
 50, 1513, 昭10. 齊藤時雄: 胃内異物が巨大なりし  
 に関らず内科的に全治せる例, 北越医学誌, 8, 752,

昭11. 齊藤時雄: 胃内異物, 北陸医学会会報, 35,  
 49, 昭10. 27) 田村一磨: 巨大胃石, 岡山医学  
 会会誌 30, 2042, 昭12. 28) 上田文男: 胃中毛髮  
 塊の1例, 日本臨床外科会誌, 3, 496, 昭14.  
 29) 上村俊一: 桑科オホイタビに因る胃石症の1例,  
 鹿児島医学雑誌, 14, 77, 昭12.

## ヘパトーマの1例

山口県立医科大学外科学教室第1講座(主任: 松本彰教授)

荻野舜亮・佐々木和昭

(原稿受付 昭和33年2月12日)

### PRIMARY CANCER OF THE LIVER REPORT OF A CASE

by

SHUNSUKE OGINO and KAZUAKI SASAKI

From the 1st Surgical Division, Yamaguchi Medical School

(Director: Prof. AKIRA MATSUMOTO)

M. F., a man of 30 years old, was admitted in July 1956, with nausea, vomiting and epigastric mass for two months. There was no history of jaundice or hematemesis.

Physical examination revealed an underdeveloped man. Palpation of the abdomen revealed a large, firm, nodular mass in the right upper abdominal quadrant, extending three transverse finger breadths below the right costal margin.

Laboratory findings; red blood counts 4.2 million, icterus index 5, cephalin flocculation 1+, cholinesterase 0.6  $\Delta$  pH, serum protein 8.0 g/dl, albumin/globulin ratio 1.0. Results of urinalysis were negative. Roentgenographic examination revealed a large dense shadow in the left upper portion of the abdomen.

Upon operation a large mass involving the entire left lobe of the liver was found and removed.

Size of the specimen was 10×15×8 cm, and the external surface was nodular. Cut surface revealed the neoplastic area surrounded by thin normal liver tissue. Microscopically, the tumor was composed of large cells with vacuolated cytoplasm and atypical hyperchromatic nuclei, which tended to arrange themselves in a tubular pattern and form a rosette. The concomitant cirrhosis was not revealed. Pathologic diagnosis was hepatoma.

The postoperative course was fairly smooth, and the patient was discharged two months after the operation. He did well for a short time after discharge, but was readmitted in February 1957, with an epigastric mass. Physically, emaciation and anemia were apparently manifest. A hard nodular mass filled the right upper

abdomen. On X-ray examination of the stomach with barium meal a deviation of the stomach to left side by an extrinsic mass was ascertained.

He expired of cachexia about 3 months after the readmission.

我々は肝左葉の原発性癌のため肝左葉切除を行ったが、術後10ヵ月目に再発をおこして死亡した1例を経験したので報告する。

症 例

患者：30才，♂

既往症並びに家族歴：特記すべきものは無い。

現病歴：2年前から時々悪心、嘔吐及び食思不振を訴え内科的治療をうけていたが、2ヵ月前、上腹部に腫瘤があるのに気づいた。食思不振で悪心が強くなり上腹部に鈍痛を訴えるが、発熱、黄疸、吐血を来したことはない。この腫瘤が次第に大きくなり、全身倦怠、瘰癧を著明に覚える様になつたので昭和31年7月23日入院した。

現症：体格小、栄養稍々不良で皮膚及び可視粘膜に

貧血、黄疸は認められない。体温 36.4°C、脈搏68、整、緊張良。理学的に両肺に異常所見を認めず、肺肝境界は右乳線上第6肋間で心臓は濁音界、心音共に正常である。腹部は全体として膨隆も陥没もしていないが、心窩部で正中線よりやや右に鶩卵大の限局した膨隆をみる。この部に一致して境界明らかな腫瘤を触知した。即ち上界は右肋骨弓下に進入しているが下界はこれより3横指下に及び、右界は右乳線、左界は正中線に及んでいる。表面は凹凸不平、弾性硬、圧痛は認められない。興味ある事は肝のレントゲン撮影の目的で気腹を行つた所、腫瘤の位置が体動により移動する様になり右側臥位では前記の位置にあるが、左側臥位及び仰臥位では左側に偏し、上界及び左界は左肋骨弓下にかくれ、右界は正中線より1横指左となり、坐位では下界が約1横指下降した。

表 1 検 査 成 績

	入 院 時	退 院 時	再 入 院 時
赤 血 球 数	420×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	380×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	315×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>
ヘモグロビン	14.0g/dl	12.9g/dl	9.8g/dl
白血球数	6500/mm <sup>3</sup>	7000/mm <sup>3</sup>	8200/mm <sup>3</sup>
アルカリ・フォスファターゼ	2.0units	1.5units	2.4units
黄疸指数	5	3	10
血清ビリルビン	0.2mg/dl	-	0.8mg/dl
ケファリン・コレステロール (絮状沈澱反応)	1+	0	3+
コリンエステラーゼ	0.6ΔpH	0.5ΔpH	0.3ΔpH
血漿蛋白	8.0g/dl	7.8g/dl	7.6g/dl
アルブミン/グロブリン比	1.0	0.54	0.46

検査成績：表1に示す通りである。

レントゲン検査所見：胃部透視で腫瘤は消化管とは無関係であつた。気腹（空気 3000 cc）後胆嚢造影剤（Télepaque）を投与し肝及び胆嚢撮影を行つた（図1）。胆嚢には位置、形、大きさに異常を認めなかつたが、肝左葉に一致して上は第8胸椎、下は第12胸椎の高さ迄、右は胸椎左縁、左は腋窩線に達する濃厚陰影を認めた。

以上の所見から肝左葉悪性腫瘍の診断で7月31日肝左葉切除術を行つた。

手術時所見：上腹部正中切開を左第7肋間に沿い前腋窩線まで延長し胸腹合併切開を行い更に横隔膜を第

7肋軟骨附着線より腰部まで切開した。肝左葉は小児頭大に腫大していたが周囲との癒着はなく、左三角韌帯切離後、鎌状韌帯に沿つて肝実質の集束結紮を行い、この部で容易に切除する事が出来た。残存肝の断端には腫瘍組織は見られなかつたが、肝右葉穹隆部に大豆大の転移巣1ヶを認めた。然し右葉全体の大きさ、硬度は尋常で肝床、胆嚢にも異常を認めなかつた。

摘出標本所見：大きさ10×15×8cm、半球状で表面は凹凸不平、諸所に黄白色の腫瘍組織の露出を認め、弾性硬である（図2）。割を加えると左葉全体が黄白色の腫瘍組織で占められ、正常肝組織は外表に薄層と



図1 気腹+胆嚢造影レントゲン写真。  
左側の大きな陰影は腫大した肝左葉、  
右側の小さな陰影は胆嚢。



図3 切除した肝左葉剖面。  
殆どが腫瘍に占有され正常の肝組織は  
外表に薄層を形成している。

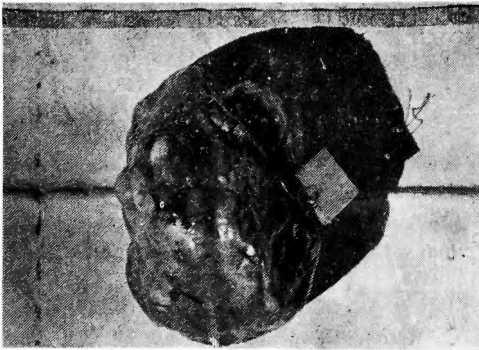


図2 切除した肝左葉外観。  
表面は結節状凹凸不平で所々に腫瘍組  
織が露出している。

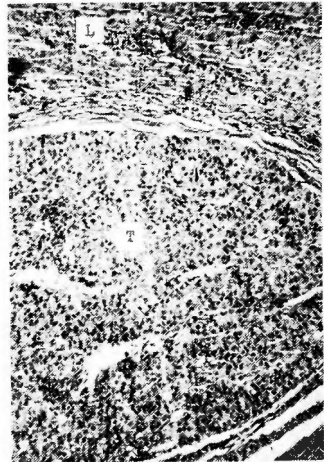


図4 腫瘍顕微鏡写真(弱拡大)  
正常肝組織(L)と腫瘍組織(T)とは  
結合織で明らかに区別されている。  
腫瘍組織中に隙空をみる。

して残っている(図3)。腫瘍組織内に出血或は壊死の像はみられなかつた。

組織学的所見：正常肝細胞と腫瘍細胞とは結合織で境され正常肝細胞には萎縮或は間質の増殖はみられない。腫瘍細胞は索状配列の傾向を示し、諸所に大小の隙腔又は Rosette を形成し、原形質は好酸性顆粒を有し所々に空胞を認める。核は円型で核膜は明確で、クロマチンに富み、大小不定、明瞭な核小体がある

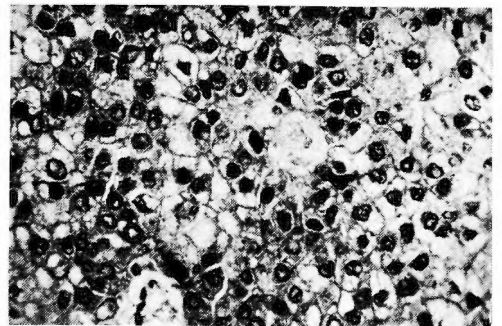


図5 腫瘍顕微鏡写真(強拡大)  
腫瘍細胞は大型で核に異型を認める。  
Rosette を形成している。

(図4, 5). 以上の所見からヘパトーマと診断した。

術後経過：術後26日目に廻腸終末より1m口側に捻転性イレウスのため手術を行ったが、その後は順調に経過し2ヵ月後に軽快退院した(9月30日)。

31年暮頃から再び頑固な悪心・嘔吐を来すようになり、32年2月上腹部に再び腫瘤を認めて来院した。

再入院時所見：栄養不良で貧血を認め、眼球結膜に軽度の黄疸がある。足背に軽い浮腫を認めるが何処にもリンパ腺の腫脹はない。腹部は全体に膨隆、鼓音を呈し、腹水の嚢溜は明らかでない。

腹壁には静脈怒張、蠕動不安は認められない。右季肋部に4×3横指の境界明らかな腫瘤を認め、上界は肋骨弓下に進入している。表面は凹凸不平、硬度は弾性硬で軽い圧痛を認める。肺肝境界は右乳線上第5肋間である。検査成績は表1に示す通りであった。胃レ線透視の結果上記腫瘤は外方から胃を全体として左前方に圧排していることが明かになった。

以上の所見から、ヘパトーマの再発と考え、制癌剤(ナイトロミン)を使用したが無効で、5月4日悪液質のため死亡した。

## 考 察

原発性肝癌は我が国では欧米諸国に比して発生頻度が高いといわれる<sup>3)</sup>。しかもその予後は極めて不良で早期に診断し外科的処置を行う以外にない。本症の確実な診断は困難で、剖検によつてのみ可能であるといわれる<sup>5)</sup>程であるが、本症の発生率が比較的多い事から本症の存在を常に念頭におけば早期発見も可能とならざると思われる。Cohn<sup>2)</sup>等は56例の自己の症例を分析し、不定だといわれる本症の初発症状を次の様に分類している。

1. 何とも云えぬ腹痛。
2. 不定の胃腸症状。
3. 腹部膨満或は腹部腫瘤。
4. 不定の胸痛。

本症例も不定の胃腸症状で始まり、単に胃カタルとして対症療法を受けていたが、症状増悪し腫瘤を外

より明らかに触知する様になつて来院したもので、腫瘍化した肝左葉切除を行つたが既に右葉にも小さな転移病巣が認められた。本症例は入院時右上腹部に腫瘤を認め肝右葉の腫瘍が疑われたのであるが、気腹後レントゲン撮影を行つた結果、左葉の腫瘍である事が判明し、しかも移動性を認めた。肝機能検査では中等度の障害を認めるのみであった。臨床的に肝硬変の所見はなく、摘出標本を組織学的に検査しても肝硬変の像は認められなかつた。

屢々原発性肝癌と肝硬変が合併することが報告されているが Bucic<sup>1)</sup>は若い人では硬変像を伴わぬ例が多く、しかもこれを伴つたものより悪性度が高いと述べている。本症例では再入院時、即ち末期に軽度の黄疸及び腹水を認めたが吐血、下血はみられなかつた。

本疾患の病理学的進行と臨床症状との間に明らかな関係のない事が屢々手術時期を遅らせる原因となつてゐるが、1葉に限局している症例では片葉摘出後5年間の生存率は50%と報告されている<sup>4)</sup>。

## 結 語

不定の胃腸障害及び心窩部腫瘤を主訴として入院した30才の男子に対し、肝左葉腫瘍の診断で肝左葉切除を行い、組織学的診断の結果ヘパトーマである事が判明したが手術時既に右葉にも小さな転移病巣を認め、半年後に増大し死亡した1例を経験したので症例の概要をのべると共に若干の考察を加えた。

## 参 考 文 献

- 1) Bucic, M. A.: Primary Carcinoma of the Liver. *Cancer, Excerpta Medica*, 5, 132, 1957.
- 2) Cohn, I., Jr. and Raymond, A. H. S., Jr.: Primary Cancer of the Liver. *Surgery*, 37, 355, 1955.
- 3) 宮地徹他: 肝硬変及び原発性肝癌の病理. *総合臨床*, 4; 1096, 1955.
- 4) Overton, R. C., Kaden, V. G. and Livesay, W. R.: The Surgical Significance of Primary Carcinoma of the Liver. *Surgery*, 37, 519, 1955.
- 5) Ripstein, C. B. and Miller, G. G.: Primary Carcinoma of the Liver. *Canad. M. A. J.*, 64, 240, 1951.