

極めて複雑な経過を辿った興味のある肝硬変症の1剖検例

神戸医大第1外科教室（指導：藤田登教授）

瀬藤 晃一・村瀬 和夫・姉崎 越夫

（原稿受付：昭和34年3月4日）

A CASE OF LIVER CIRRHOSIS WHICH SHOWED COMPLICATED COURSE FOR 10 YEARS

by

KOICHI SETO, KAZUO MURASE and TAKEO ANEZAKI

From the Department of Surgery, Division I, Kobe Medical College.
(Director: Prof. Dr. NOBORU FUJITA)

43 years old male who had a TALMA's operation 10 years prior to present admission for marked ascites due to liver cirrhosis.

Ligation of gastric coronary venous and splenic artery were performed for present episode, rupture of the esophageal varix, however, which recurred five months later resulted fatal episode.

Post-mortem examination confirmed that this patient died with ruptured of esophageal varix.

緒 言

諸種肝疾患中、現代医学を以てしても尚その予後は絶望視せられるもの、一つに肝硬変がある。肝硬変はその成因が多様であり、且つ尚未知の成因もあり得る状態で、形態学的にも症候学的にも種々の段階のものを含むため、その治療に関してもこの数十年非常な進歩変革があつたとはいえ、未だ決定的な治療方針を欠く状態で、その外科的治療も随伴症候たる腹水或は吐血に対して手術等の手段がとられているにすぎない。

吾々は最近極めて複雑なる経過を辿った肝硬変患者に前後2回に渉つて手術を行い、10年間その経過を観察しえた興味ある1例に遭遇し、之を剖検する機会を得たので報告すると共にいさゝか考察を加えてみたいと思う。

症 例

患者：奥〇佐〇、43才、男子、鉄工業。

家族歴：特に認むべきものなし。

既往歴：生来健にして著患を知らず、酒はウィスキーならば2瓶を一度に飲むが日本酒は全く嗜まず、煙草は一日10乃至15本程度。

現病歴：昭和23年10月中旬劇烈なる下痢の後、乏尿、腹部膨満、全身浮腫を訴え某院へ入院し腹水穿刺を受けたが消褪せず、外科的治療を希望して4月1日当外科へ転科した。当時腹部は強く膨隆し蛙腹様で波動著明、肝は触知せず、腹壁の静脈努張が著明。赤血球415万、白血球4600、血色素80%。血清高田反応4本（卅）、尿尿に著変なし。4月4日上正中切開にて開腹すると腹水噴出、肝は略々尋常大なるも表面粗糙で粒状顆粒状を示し硬い。臍静脈と思われる静脈が著しく努張、タルマ氏手術を行つた後、腹水誘導の爲ゴム管を腹膜と皮下へ縫着、更に2ヵ所腹膜に欠損を作り、一部肝切片をとり手術を終る。この切片を組織学的に検索し、レンネック肝硬変の診断を得た。術後3日目、ゴム管より誘導された腹水が両側腹部に貯溜水腫様と

なる。5月中旬、浮腫が左側で広汎に及んだため、左側のゴム管のみを抜去、利尿剤の投与を続行すると共に腹水穿刺をくり返したが、6月10日第16回目の穿刺の頃から腹膜炎の徴候が現れ、穿刺液は滲出液の様相を帯びるに至り、ペニシリンの腹腔内注入を反覆、漸く事なきをえたが腹膜癒着のため穿刺不能となり、6月20日再度開腹、遺残膿瘍及び腹水の排出を計るも創が自然閉鎖、7月29日には全身の浮腫が強度の為水死人の相を呈す。呼吸困難増強と共に8月1日チアノーゼ著明となつたが、大腿より皮膚排液法を行つた所効を奏し、腹膜炎による癒着が副血行を形成したのか8月6日浮腫は全く消滅した。その後経過は順調の一途を辿り、尿量の増加と共に腹水の貯溜も認めず、漸次体重も増加し11月27日軽快退院した。その後約6年間鉄工業経営に従事して何等支障をみなかつたが、昭和30年頃より月に一度程度多くは下肢に皮下出血乃至溢血斑をみる様になり、不審の念を抱いたが放置していた。昭和32年12月初旬、歩行中突然大吐血を起し昏倒、附近病院にて輸血500ccその他救急処置を受けたのち本院内科へ送られたが再度吐血あり、家族の希望により翌朝再び当外科に転科した。

現症：体格、栄養共に中等度、顔貌やゝ痴呆様、血圧94/74、意識昏濁、呼吸は静、結膜貧血様、口唇チアノーゼは認めず、皮膚黄疽着色なし、胸部理学的所見異常なし、腹部はやゝ膨隆し、前回タルマ氏手術施行部は腹壁ヘルニアを形成し、上腹部は特に手拳大に半球状に膨出す。肝脾共に触知せず、腹水を認めず、腹壁皮下静脈は各所に努張す。

検査成績：赤血球255万、血色素30%、白血球3300、内中性多核白血球52%、単球4%、リンパ球44%、ワ氏反応陰性、肝B.S.P., 17.5%(45分)、尿ウロビリノーゲン(+)、ウロビリリン(-)、蛋白(-)、糖(-)、ビリルビン(-)、尿潜血反応(+)、虫卵(-)、血液凝固時間開始7分30秒、終13分。

手術所見(12月3日)：全身状態極めて不良であり、前回手術の結果を確認する興味もあり、左傍腹直筋切開により開腹、皮下静脈は著しく努張し、大網静脈も大は小指径に達す。腹腔、腸管及び大網間の癒着は索状で、タルマ氏手術施行部は大網と腹膜が強固に癒着す。肝は右季肋部下に深く縮小し、表面顆粒状、腹水は黄色透明で約200cc、胃腸は強度に貧血様で蒼白色を呈し、その全身状態より判断して胃冠状静脈及び脾動脈の結紮のみを行つた。

術後経過：術後強力に止血剤の投与と共に輸血、輸

液、肝庇護を行い、12月5日には血圧130/70、意識も完全に回復、術後一時認められた腹水も再び消失した。その後も経過は順調で術後38日目に軽快退院した。退院後も異常なく経過していたが、4月下旬に至り再び下肢に出血斑が現れ、仕事に追われて放置しているうちに5月5日夜約400cc、6日午前約1500ccの吐血あり、緊急入院せしめて手当を加えたが、午後に至り遂に死亡した。

剖見所見：外表皮膚には左右両下肢前面及び内側に大小の溢血斑が多数にあり、骨盤腔内諸臓器は白色膜様物で相互に強く癒着し、所々ポケット状となり、中に少量宛淡黄色の腹水を入れる。脾は略々三角形を呈して非常に大きく左側腹壁腹膜と癒着す。硬度はやゝ軟、肝は700g、両葉とも小さく蝶形状、表面大小不同類円形の顆粒を有す。食道下部の内臓漿膜面の静脈は強く異常に拡張し、一部に破綻出血がみられる(第1図)。胃内容は約500cc、の一部凝血を混じた血液であり、粘膜は噴門部、体部にて浮腫状に腫脹し血性浸潤を受けている。

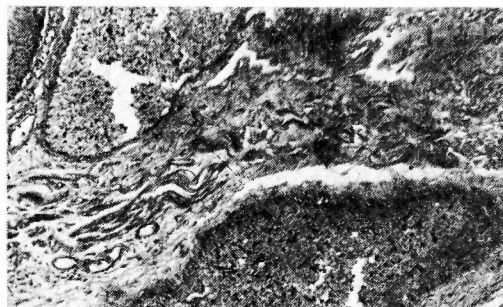


図 1

組織学的所見：1)肝一間質結合組織の増殖が著明で、肝細胞群は大小不同、不規則な形の結節を作る。偽小葉では中心静脈は偏在、又は全く認められない。偽小葉内肝細胞は原形質の大きい再生期と思われるものや萎縮せるもの等が認められる。間質内には比較的エオジン好染の肝細胞の塊り、偽胆管及び胆管の増生を認める。又リンパ球、プラスマ細胞、単核球よりなる細胞浸潤を認める(第2図)。2)脾—リンパ濾胞は萎縮し中心動脈は不明瞭、動脈周囲の線維化、濾胞組織の癒着痕が認められる。脾柱結合線は著明に増殖し、結合組織線維は周囲脾髓の間に放射線状に侵入し、結合組織性に変化した髄索内網状細胞の作る結合組織線維網と連絡する。赤脾髓では脾洞は髄索の肥厚のため著しく狭小となり、洞内皮は比較的增加している(第3図)。

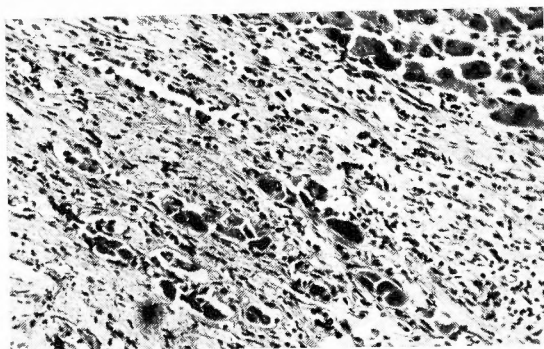


図 2

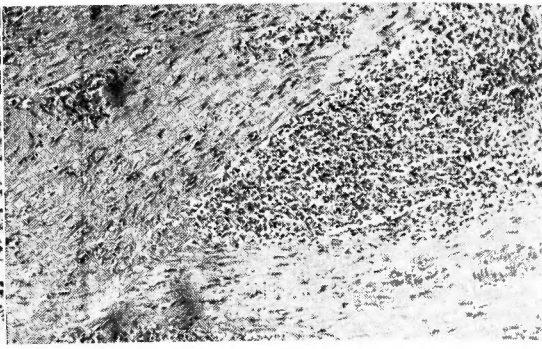


図 3

考 按

肝硬変は種々の肝疾患の中核となるもので肝傷害の終末像である。病理形態学的には肝細胞の壊死、再生、間質結合組織の増生、肝小葉の改築、異常血管短絡等を特徴とする非可逆性変化で、臨床的には硬化せる肝の触知、肝細胞機能不全、門脈高血圧、門脈静脈短絡症候等の像を具えた慢性の肝疾患である。その症状は甚だ多様多岐にわたるため成因的、臨床的に、或は病理形態学的に種々の分類が可能である。肝硬変の成因としては、心不全による心臓性鬱血性肝硬変、胆管閉塞による胆汁性肝硬変、鉄代謝異常によるヘモクロマトーシス、銅代謝異常によるウィルソン氏病、寄生虫性肝硬変、アルコールによる低栄養性肝硬変、ウィールスによるもの等が知られる他、不明のものも多い。

肝硬変の治療は最近著しい進歩、変革がみられるが現在未だその病機の進行を如何にして防ぐか、或は如何にして現状を維持、好転せしむるかを努力するに止つている。肝硬変の外科的治療の目標は、その主症状の中の腹水や食道静脈瘤破裂による出血に対して限られて行われるものが多く、之等全てに対して総合した効果を挙げうる様な根本的な考え方に立脚した方法は少い。ある方法が1つの症状に好ましい効果をあげても、他の症状に対して全く無力であることは屢々経験される。

腹水形成には門脈圧亢進、膠質滲透圧低下、毛細血管透過性亢進、抗利尿物質の非活性化等の他、ナトリウムの体内蓄積が重要な因子となる。腹水に対する外科的治療として古来多数の試みが行われているが、確実に効果のあるものは見当らない。屢々腹水に対して穿刺が試みられるが、これの反覆は電解質及び蛋白質の喪失が極めて大で、高度の腹水貯溜による不快症状

がある時のみ行う様に努めるべきで、その反覆により肝硬変の急性増悪を来すことがあるという。腹水の外科的治療として今永は次の如く分類している(第1表)。之等の中、技術的見地よりみてタルマ氏手術が最も多く行われている様で、本例でもタルマ氏手術と共に腹膜の部分切除、ゴム管による腹水皮下誘導術を試みた。大網固定法により副血行は徐々に新生せられるもので、その完成には相当の長時日を必要とする。チルマン及びビケルン氏等はその間約2乃至3ヵ月を要

表 1

腹水に対する各種外科的療法

1. 腹水穿刺による排液
2. 持続的排液法
 - I 腹腔より腹壁組織への腹水誘導
 - i 腹膜乱切法
 - ii 腹膜開窓法
 - iii 直腹筋軸芯法
 - iv 誘導媒体装置(絹糸、銀線、指套、チューブ、家兎気管等)
 - II 腹腔より血管系への腹水誘導
 - i 大伏在静脈開放性移植術
 - III 腹腔より尿路への腹水誘導
 - i 腎盂切開法
 - ii 膀胱切開法
 - IV 腸管より吸収せしめんとする試み
 - i 腸管反転腹水吸収促進法
3. 門脈系鬱滞を除去する方法
 - I 門脈下大静脈吻合術
 - II 脾腎静脈吻合術
 - III 大網膜腎被包術
 - IV 大網膜胸骨々髄内移植術
 - V その他門脈系大静脈系短絡路形成術
 - VI 門脈系への輸血量の削減を図る方法
 - VII 肝血流量の調節を図る方法
4. その他の方法
 - I 腸広汎切除

第参
2
表照

しそれ迄に数回の穿刺を必要とすると報告している。本例でも手術施行後十数回穿刺をくり返す中に腹膜炎を併発し、広汎に強く癒着の起つたことが或は副血行路の完成促進に役立つものと思われる。タルマ氏手術の予後は各報告例により区々で平均30~50%の治癒率を示し、本手術施行後の生存年限は最も長いもので術後十数年である。斯様に比較的治癒率の低いのは恐らく手術時期の遅きに失するためと考えられるが、その時期は早い程、且つ腹水滲漏の速度の小なるもの程有効で、少くとも内科的治療の奏効せざる場合、又は1~2回の穿刺を行うも尚腹水の貯溜を防止しえぬ時は直ちに本手術を行うべきものと思われる。全て肝硬変に於ては多少の差こそあれ肝細胞の再生像がみられる所から、肝実質の重篤な障害のない早期に、斯様な手術療法により充分な副血行路を完成せしめると、門脈鬱血による体液消耗を防ぐと共に、その間に充分な肝細胞再生期間を得て予後を延長せしめるものであろう。本例では腹膜炎による癒着があつたとはいえ、術後約10年生存し、退院後死亡迄は1回の穿刺も行つて居らず、腹水に対する予後は甚だ良好であつた。

肝疾患の患者では、その約15%に出血性素因が認められるという。その原因は肝に於けるプロトロンビン生成障害によるものと思われるが、その他毛細管脆弱性亢進、凝血要素の変動が関与し、之等は何れも肝機能障害に起因する。肝硬変の出血症状は合併症というよりは寧ろ症状の1つで、出血素因として粘膜出血、筋肉内血腫形成、皮下溢血斑、紫斑、毛細血管星芒状拡張等がみられ、又吐血、下血は最も大切な症候であり、この原因の大部分は門脈高血圧による食道静脈瘤破裂が占め、死亡の最大原因となつている。バテクによると食道静脈瘤からの吐血があると、1ヵ月以内に40%、1年以内に70%が死亡し、吐血の有無は肝硬変の予後判定上大切な指針になるという。この吐血を予防するために、食道静脈瘤を発見すれば之を消滅させるべく努めねばならぬ。今永はその治療に関して次の如く分類している(第2表)。之等の外科的処置は肝硬変に於いて出血素因を示すために相当な危険を有し、且つ外科的侵襲の影響も充分考えねばならぬ。吾々の症例でもその全身状態よりみて胃冠状静脈及び脾動脈の結紮に止めた。更には止血剤、輸血を併用し、根本的には肝機能を回復せしむるべく努力し、一旦回復、好転した症状も5ヵ月後に再来せる吐血により遂に死亡した。

表 2

食道静脈瘤及びその出血に対する各種外科的治療法

- A 直接的療法
 1. 食道静脈瘤結紮術
 2. 食道静脈瘤切除術
 3. 食道切除術
 4. 局所薬物注射
 5. 食道止血用チューブ
- B 間接的療法
 1. 食道静脈瘤への輸入血流量の削減
 - i 胃冠状静脈及び短胃静脈結紮又は切除術
 - ii 胃腸切除術
 2. 門脈系への輸入血流量の削減
 - i 胃腸切除術
 - ii 脾剝出術
 - iii 脾動脈結紮術
 - iv 上又は下腸間膜静脈結紮術
 3. 門脈系からの短絡路形成
 - i エック瘻
 - ii 門脈下大静脈側々吻合術
 - iii 脾静脈腎静脈吻合術
 - IV タルマ氏手術並びにその変法
 - V 大網膜肝縫着術
 - VI 大網膜腎被包術
 - VII 大網膜腎縫着術
 - VIII 腎切開創内大網膜挿埋法
 - IX 腹膜荒蕪術
 - X 脾腹壁縫着及び脾腎縫着術
 - XI 肝腹壁若しくは横隔膜縫着術
 - XII 大網膜肋骨々髓内移植術
 - xiii 大網膜脾腎縫着術
 4. 肝血流量の調節
 - i 肝動脈結紮術
 - ii エック瘻後門脈動脈化手術
 - iii 肝動脈門脈化手術

結 語

- 1) 43才の男子、肝硬変腹水貯溜に対しタルマ氏手術を施行した。
- 2) その後約10年経過して、食道静脈瘤破裂による吐血を来とし、之に胃冠状静脈及び脾動脈結紮を行い一応軽快した。
- 3) 更に約5ヵ月を経て再吐血により死亡、解剖の結果食道静脈瘤破裂によることを確かめた。

文 献

- 1) 木村辰三：腹水の外科的療法。グレンツゲビート, 1, 1465, 昭2.
- 2) 原勇三：肝硬変に基く腹水に対するタルマ氏手術の永久治癒について。実験医報, 10, 658, 大13.
- 3) 西岡久典：レンネツク氏肝硬変症腹水手術後極

- めて複雑な経過を辿った興味ある一例。仁泉医学, 3, 107, 昭26.
- 4) 今永一: 門脈圧亢進症: 診断及び治療, 日本外科学会雑誌, 57, 1015, 昭31.
- 5) 特集・肝臓疾患とその領域。日本臨床, 15, 1,

- 昭32.
- 6) 特集・肝硬変の治療と予防。最新医学, 13, 116, 昭33.
- 7) 特集・肝臓病。内科, 1, 4.

肝臓膿瘍と誤認した興味ある原発性肝臓癌の1例

高知県仁淀病院外科 (院長: 吉野 位)

吉 野 位・菊 池 厚

(原稿受付: 昭和34年3月24日)

A CASE OF AN INTERESTING PRIMARY LIVER CANCER DIAGNOSED WRONGLY AS LIVER ABSCESS

by

TADASHI YOSHINO and ATSUSHI KIKUCHI

From the Surgical Clinic of Niyodo Hospital, Kochi Prefecture
(Chief: TADASHI YOSHINO)

This report is made on a primary liver cancer misdiagnosed to be liver abscess due to the following clinical symptoms and examinations.

A 49-year-old male was admitted to our clinic by complaint of colic-pains in the upper abdominal region and of remittent high fever.

Radiological examination revealed a remarkable swelling in the region of the liver and a remarkable increase of a number of leucocyte was also revealed by blood examination.

The operation was performed on him and a primary liver cancer was proved histologically. Suffering from primary liver cancer is quite rare and we, therefore, reviewed and discussed some number of literature with respect to this disease.

緒 言

原発性肝臓癌はその数も少なく且つこの疾患と肝臓膿瘍との両者は、元来は容易に鑑別されるべきものであるが、時に肝臓膿瘍として開腹すると肝臓癌であつたり、又反対に肝臓癌と思い剖検したら肝臓膿瘍であつたということが経験されるものである。われわれは最近、肝臓膿瘍と思い開腹手術を行なつたところ興味ある経過をたどつた原発性肝臓癌であつた1例を経験したので、ここに報告すると同時に、ふりかえつて今

後の研究の参考に供したいと思う。

症 例

患者: 49才, 男子。

既往歴: 17年前に腸チフス及びアメーバ赤痢に罹患。

現症: 10年前より1年に1回程度上腹部に仙痛様疼痛発作がおこり、疼痛は背部に放散し堪えられないほどであつたが鎮痛剤の使用によつて1週間位で軽快、その際よく口より赤い5寸位の虫が数匹出た。この発作の際には肝臓が腫脹するようだったが、今までに熱