

バンチ氏症脾腫を伴いし胃癌の 1 治験例

金沢大学医学部第 2 外科学教室（主任：本庄一夫教授）

高 松 脩・辻 政 彦

〔原稿受付 昭和35年 5 月 4 日受付〕

A CASE OF BANTI'S DISEASE WITH GASTRIC CANCER, SUCCESSFULLY TREATED

by

OSAMU TAKAMATSU, MASAHIKO TSUJI

From 2nd Department of Surgery, Kanazawa University Medical School
(Director: Prof. Dr. Ichio Honjo)

We reported a rare case of Banti's disease with gastric cancer. The patient was a woman, aged 56, who complained splenomegaly, abdominal fullness, anorexia and edema of feet. Due to edema of the mesenterium, we completed esophagojejunostomy with difficulty. The histological findings after the operation were gastric cancer and Banti's spleen. Both gastric cancer and Banti's disease were in its earliest stadium, we may expect healing of long duration.

緒 言

最近、われわれは巨大脾腫並びに腹水を有し明らかにバンチ氏症と思われる所見を呈し、開腹手術を施行したところ胃癌瘍を伴い、術後の組織学的検索により胃癌並びにバンチ氏症脾腫なることを知り得、同時に冠不全、心筋障害を有しながらも長時間の麻酔に耐え、かつ胃全剝、脾剝後、一時恢復遅延せるも漸次良好な経過を辿るに至り、愁訴全く消失して退院せしめ得た 1 症例を経験し、若干の文献的考察を加えてここに報告する。

症 例

患者： 56才、女子、
家族歴： 特記すべきことなし、
既往歴： 生来健康にして著患を認めず、
現病歴： 昭和34年 7 月頃より原因と思われるものなく次第に腹部膨満感、下肢浮腫に気づき漸次増強して来たが、別段気にも留めず放置していた。8 月になり某医に腹水を指摘され投薬をうけ、幾分か膨満感は

とれたが、その頃から食事と無関係に心窩部に鈍痛を認め、同時に自分で心窩部に硬結をふれるようになった。9 月、紹介により当外科を訪れた。

現症： 体格中等、栄養やや衰えるも黄疸、貧血は認めず。全身のリンパ節の腫張硬化なし、心尖に軽い収縮期雑音を認める。両側下肢には軽度の浮腫あり。

局所々見：腹部は軽度に膨満し蛙腹を呈す。静脈怒張、異常色素沈着、蠕動不穏等認めず。触診上、肝臓は右乳線上 1 横指触知し、腹水を著明に証明す。左季肋部に表面やや凹凸ある弾性硬にして移動性なき腫瘤を触れる。また心窩部に灸の癰痕ありて該部に圧痛を訴える。

検査成績：

i) 血液所見： 赤血球453万、白血球5200、血色素52%（ザーリ）、白血球分類（後骨髓細胞0.5%、好酸球3%、好塩基球0%、桿状核23%、分葉核32.5%、リンパ球33.5%、単球3%）出血時間3分、ヘマトクリット32%、全血及び血漿比重1044、1021、赤沈値1時間値4、2時間値15、ii) 肝機能検査：BSP 4%（30分値）モイレングラハト5、コバルト反応 $R_{2(7)}$ 、ルゴ

ール反応(++)、血清蛋白5.6g/dl. iii) 尿尿検査：尿には所見なく便は、消化不良便にして潜血反応は強陽性を証明す。虫卵は認めず。

iv) 胃液所見：低酸症にして遊離塩酸は証明せず。潜血反応は強陽性を示す。

v) 腹水穿刺所見：約100cc採取し検するに白色混濁、比重1.011、蛋白含量1.4 g/dl、リバルタ反応陰性にして腫瘍細胞は認めず。

vi) レントゲン検査：心臓は左第4弓拡大、左第1弓膨隆を示すも肺には著変なし(図1)。バリウム服用せしめ検査するに食道は通過障害なく、又静脈瘤の像は認めず。胃は正常位にあり通過障害なく、粘膜皺襞は粗にして大彎側は腫大せる腫瘤により圧迫をうけ、小彎側胃角部に陰影欠損を認める。十二指腸球部に著変なし(図2)。

vii) 心電図上、冠不全、及び心筋障害を認める。

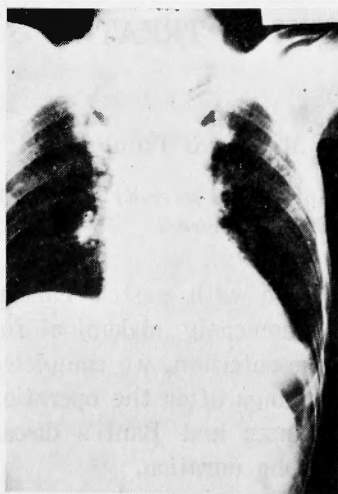


図 1

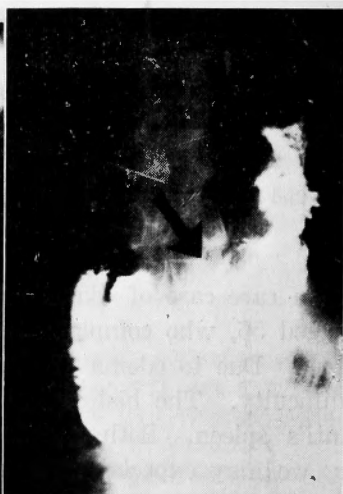


図 2

手術所見：昭和34年11月10日、全身麻酔のもとに開腹手術施行す。上腹L状切開のもとに腹腔に入るに淡黄色の腹水を多量認める。胃は可動性を欠き肥厚し、小彎側に雀卵大の腫瘤をふれる。淋巴節の著明に腫大せるものなし。幽門部は横行結腸及び後腹膜と強く癒着す。肝臓はやや硬変状に腫大せるも胆嚢には著変を認めず。脾臓は上、下及び後方にて胃、肝、後腹膜との癒着つよく剝離は困難なり。門脈圧は190mmH₂Oを示す。型の如く癒着剝離し、脾臓施行、次いで胃全剝を行うに小腸間膜は著明に浮腫状に肥厚、短縮し食道空腸吻合は困難なる為トライツ靱帯より肛門側20cmの部にて空腸を切断し、図3の如く食道空腸Y字型吻合を行い、更に空腸吻合脚盲端近くで空腸空腸側々吻合を施行す。

摘出標本：

肉眼的所見：胃粘膜は萎縮性にして小彎側中央に4×5cm、卵円形にして硬なる茸重状の腫瘤あり。腫瘤中央部は著しく硬く平滑、一部潰瘍を形成し凝血塊を附し周辺部に増殖の傾向を示す(図4)。脾は21×

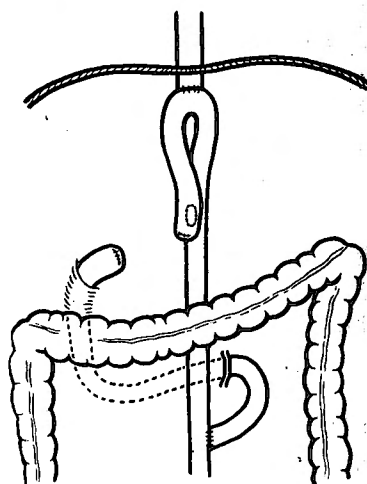


図 3

14×10cmにして重量960g、前縁は鈍円にして2個の深い截痕あり。表面は暗赤色、円滑にして被膜は緊張し繊維性附着物を認める。硬度はやや硬にして剖面



図 4

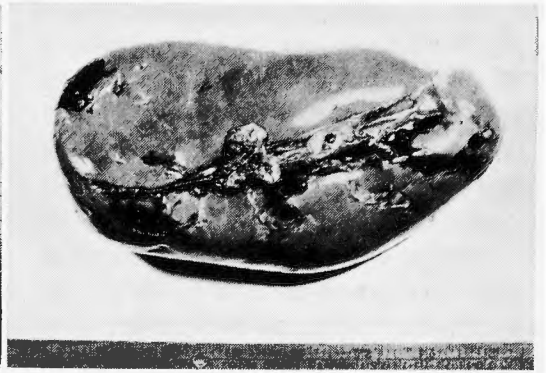


図 5

は平滑緻密，暗赤色に加うるに白色半米粒大の斑点としてリンパ濾胞を認める。壊死，瘢痕などは認めず（図5）。

病理組織学的所見：胃癌の浸潤は大部分粘膜上に限局し，一部粘膜下層の上部に浸潤している。筋層，

漿膜に浸潤は認められず。癌細胞は腺管形成のある比較的分化した型である（図6，7）。脾被膜はやや肥厚し，脾実質との境界は比較的明瞭であり，脾実質に軽度の鬱血あり。弾力繊維は深層部，脾実質との境界部にて網状に分岐しつつ，脾実質に向い大網眼を形成

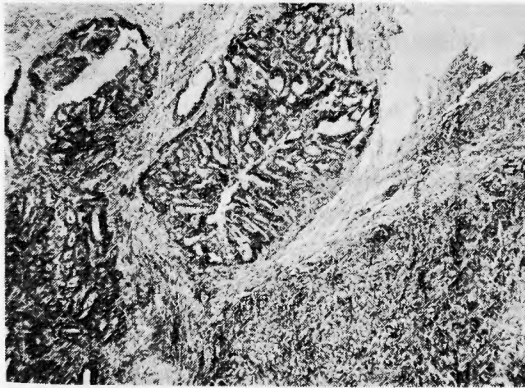


図 6

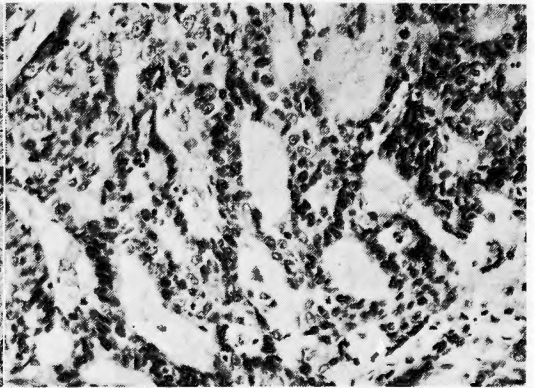


図 7

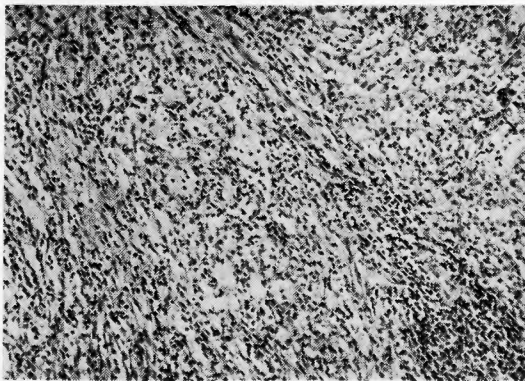


図 8

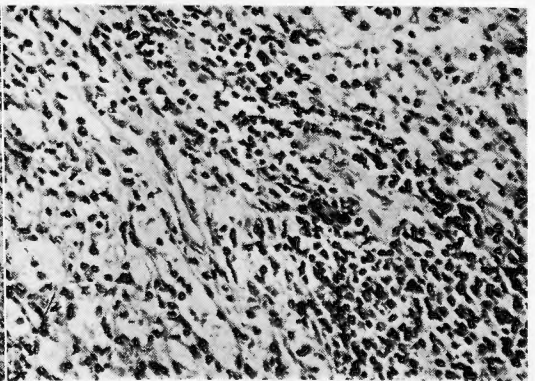


図 9

しつつ進入す。脾梁は著明なる肥厚を示さず。脾梁結合組織繊維は脾髄内に向い樹枝状に多数の分枝を出しつつ侵入す。脾梁動脈はやや拡張するも壁肥厚、硝子様変性等は認められず。リンパ濾胞は縮少し、正常大のものは少なく、萎縮せるリンパ濾胞においては該繊維が濾胞中心部に向い進入する所見を認む。中心動脈は多く濾胞内に偏在し、内腔は正常にして血管外層は肥厚す。静脈洞はやや狭隘にして、内腔は血液乏しく他の髓索部位に赤血球の集積が見られる(図8, 9)。肝臓は門脈分枝よりの軽度出血、グリソン氏鞘に小円形細胞の浸潤あるも中心静脈の拡張、壁肥厚及び血管周囲の結合組織の増生は認めず。肝細胞は大凡正常にして肝硬変の像は認められない(図10)。

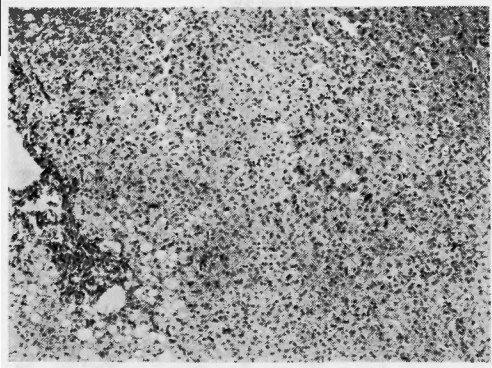


図 10

術後経過： 術後ショック状態を呈したが、その後経過は概して順調で、一時逆流性食道炎の愁訴を認め



図 11

たが漸次消失し、全身状態もとみに軽快し、昭和35年3月7日退院す。退院時、赤血球314万、白血球6400、血色素65%、血清蛋白 6.9 g/dl、吻合部の通過状態も良好にして愁訴を認めず(図11)。

考 按

1894年 Cuido Banti¹⁾ は肝硬変を伴う巨大脾腫を従来脾性貧血 (Griesinger 1866年) として総括せられたる臨床症候群より抽出し1つの独立疾患とし、Banti 氏病と呼んで以来、本疾患の記載は枚挙のいとまはないが、本症を独立疾患と認めるものは本邦、殊に臨床医家に多く^{2)~11)}、一方ドイツ病理学者は本症の独立性を否定するもの多く、本疾患を或いは肝硬変症により (Albu¹²⁾, Naunyn¹³⁾, Naegeli¹⁴⁾, Lubarsch¹⁵⁾), 先天梅毒により (Osler¹⁶⁾, Chiari¹⁷⁾, Schmidt¹⁸⁾, 松井¹⁹⁾), 或いは溶血性黄疸により (Eppinger²⁰⁾), マラリアにより (Kartulis²¹⁾) 門脈硬化症により (Hart²²⁾), 或いは他の諸疾患により (Rousselot²³⁾) 惹起されるとしている。1936年以来米国において Rousselot²³⁾, Whipple²⁴⁾等は門脈圧亢進症の概念を確立し、多くの反論はあるが機械的機序により門脈圧亢進症を肝内性閉塞に基くものと、肝外性閉塞に基くものとに大別し前者の代表的なものとしてラエンネック肝硬変をあげ、パンチ症を肝外性閉塞に由来する鬱血性脾腫 (Congestive splenomegaly) であるとした。更にさいきん鈴木²⁵⁾は家兎を長期に亘つて感作することによりパンチ氏症に酷似せる状態を作るのに成功し、本症のアレルギー性成立を推定して居り、一方友田²⁶⁾は門脈圧亢進に対する脾性因子を重要視している。

Banti 及び Senator²⁷⁾は本症の重要症候として、(1) 低色素性貧血、(2) 胃腸障害、(3) 出血性素因、(4) 脾腫、(5) 黄疸、(6) 腹水、(7) 比較的リンパ増加症を伴う白血球減少、(8) 血小板減少、(9) Fibroadenie、(10) ラエンネック氏型肝硬変等を列挙して居り、これについての詳細な報告は多い^{28)~34)}。病理学上、パンチ氏脾の重要所見は巨大脾腫及び組織所見であり、脾腫の重量は 1000~1500g (Banti) 390~2250g (福地⁷⁾) 124~367g (石塚¹⁰⁾) 557~1340g (堀⁹⁾) と報告しているが、我々の症例は 960g にしてパンチ氏脾としては所謂巨脾に属する。組織学的所見として重要視されているのは Fibroadenie であるが、これは最初の記載者である Banti によると濾胞の線維腺症と言う意味であつて、濾胞に動脈周囲性の線維増殖があつて、それが腺様の形を呈する如くに外側から濾胞にとつて代つ

た所見を呈することをさして言われたものである。Bantiの言う濾胞の Fibroadenie の所見が容易につかめないと云うのが現今の説定でもあり(光野³⁵⁾、今井³⁶⁾は周動脈リンパ鞘に線維化が起つたものを Banti は濾胞の線維症と間違えたのではないかと疑っている。また脾髄の Fibroadenie はバンチ氏脾の特徴と考える人が多いが、ラエンネック肝硬変においても見られ、鈴木³⁷⁾は Fibroadenie 化は脾炎を以て始まる鬱血像の線維化が漸次起る一連の変化の終着像であり、従つて Fibroadenie を以てバンチ氏症の特徴となすことは Fibroadenie 発現以前の変化をバンチ氏症より除外することになるから注意を要すると述べている。一方小野³⁸⁾並びにその一門は本症の脾の特徴として動脈性充血の存在を主張して居り、中川³⁹⁾は48例のバンチ脾を慎重に比較検討した上で、結局病理組織像からバンチ脾を線維腺症型、鬱血性線維症型、絛網症型、線維細胞増生型に分け、この4型で代表される分類によつて一応凡てのケースを包括出来ると考えた。本症例は Fibroadenie 像は見当らず、鬱血線維症型に入るものと思われる。この型は門脈圧亢進に基因するものであると述べている。

Banti は本症に発現する肝変化はラエンネック肝硬変であると述べているが、三田村⁴⁰⁾は本症に発現する肝硬変は小葉間結合組織増殖を伴う一種の肝硬変、又は萎縮であつて、結合組織が延長増殖し相接合することがあつても、決して輪状をなさず輪状肝硬変と異なる特殊な肝硬変であると述べ、これを偽性肝硬変と命名し、更に小野並びに一門の詳細な研究はバンチ氏肝の特異性を更に明確にし、バンチ氏症に見られる肝硬変は偽性肝硬変か、続発性肝硬変であることを主張している。鑑別診断の対象となるものには梅毒性脾腫、肝硬変症脾腫、鬱血性脾腫等があげられる。本患者は梅毒を否定し、又検血上ワ氏反応は陰性にして三田村⁴⁰⁾による組織学的特徴を加味しておらない。又肝硬変症脾はバンチ氏脾よりも小なりとせられるも重量による鑑別は難しく堀によれば、肝硬変症脾とバンチ氏脾との間に組織学上本質的な変化はないとされるが、本症例は経過は慢性にしてラエンネック肝硬変を認めず、淋巴濾胞の減少、軽度の繊維化、鉄色素沈着なきことより区別出来ると思う。本症例は心筋障害ある為、鬱血脾を想定せしめるが Paul, O. et al⁴¹⁾によれば50例の鬱血性心不全の平均脾比重は 226g であつたと述べ、又末梢性鬱血をも含めて慢性鬱血脾による脾腫の限界は、せいぜい 500g を超えないと言い、組織

学的にも洞内被の増生、髓索網状細胞の増生がなく線維症も欠如すると言われる。本邦人の慢性鬱血脾腫の重量を見ると堀⁹⁾、西川⁹⁾、等によれば平均142~154g にして堀の1例を除く外いづれも 300g に達するものではなく、一応これを以て除外出来るものと思う。

本症の肝硬変の発現はラエンネック肝硬変に比して緩慢であり、剔脾により肝硬変を阻止しうるか否かの判定は慎重を要するが、有毒物質の産生が見られるとなす立場からは剔脾は有効と考えられ、(Banti, 友田⁴²⁾、又鈴木⁴⁵⁾の網内系でアレルギー現象惹起物質が産生されるとなす見解は剔脾の理論的根拠を提供する。肝機能障害の著しくない時期に剔脾を行うと好成績が得られることは文献上の成績も大体一致するところであり(Whipple²¹⁾、友田⁴²⁾、Chaney⁴³⁾、Dürkham⁴⁴⁾、土屋⁴⁵⁾)、我々の症例も、肝に硬変像の認められない時期に剔脾を行ない得たことは予後を良好ならしめるものと思う。

Banti は本症を貧血、移行、腹水期の3期に分けたが、鈴木は門脈圧亢進症の概念を導入し3期に分類した。翻つて本症例を考按するに肝及び脾の所見より氏の言う第1期、即ち門脈圧亢進、食道靜脈瘤もなく、脾腫、貧血のみ見られる脾炎又は鬱血像が主体で線維化の弱い所見を呈する初期のものと考えられる。

Banti 氏症が他疾患を合併することは極めて少なく、胃癌と合併せる例は文献上本邦には日下部⁴⁶⁾の2例、塩沢⁴⁷⁾の1例をみるのみである。しかも剔脾に加うに胃の全剔後、食道空腸吻合を行ない治癒せしめた症例は本邦文献上、他にこれをみない。バンチ氏症と胃癌の合併は単なる偶発症にして、その間に因果関係は無いと思うが、極めて稀有ながらも両者の合併することがあることは臨床上留意すべきことであり、Banti 氏症が患者に与える苦痛が少なく極めて潜在性に病変が進行することから、肝硬変に至らぬ時期に剔脾を行うことが肝要であることは論をまたない。本症例は幸いにして巨大脾腫を主訴として来院し剔脾施行し、胃癌浸潤も大部分粘膜上に限局し、組織学上比較的分化した腺癌で根治手術も可能であり、且つバンチ氏症も初期のものと思われる為、予後佳良にして長期治癒をも期待出来るものと信ずる。

(摘筆するに当り御指導ならびに御校閲を賜つた本庄一夫教授、病理所見の御教示を載いた渡辺二郎教授に感謝の意を表します。) (なお本文の要旨は第103回北陸外科集談会で発表した。)

文 献

- 1) Banti, G: Splenomegalie mit Leberzirrhose. Ziegler's. Beitr., 24, 21, 1898.
- 2) Mayo, W.J: Splenectomy in splenic anemia and Banti's disease. J.A.M.A., 77, 34, 1921.
- 3) Dürr, R: Bantimilz und Hepatolienale Fibrose. Ziegler's. Beitr., 72, 418, 1924.
- 4) 長興又郎: 肝硬変, 日病理会誌, 4, 31, 大4.
- 5) 三田村篤志郎: パンチ氏病に就て. 日病理会誌, 5, 335, 大5.
- 6) Y. Nishikawa: Zur vergleichenden Pathologischen Morphologie der verschiedenen chronischen Milztumoren, insbesondere bei Schistosomiasis Japonica und Morbus Banti. Mitt. Med. Fak. Kais. Univ. Tokyo. 21, 1, 1919.
- 7) 福地省吾: 所謂パンチ氏病に関する知見補遺. グレンツゲビート, 4巻, 726, 915, 1017, 1325, 1459, 1559, 昭5.
- 8) 岩男督他: パンチ氏病例の脾臓の組織学的研究. 日新医学, 21, 1018, 昭7.
- 9) 堀家 矢: パンチ氏病脾と鬱血脾及び萎縮性肝硬変症脾との比較研究. 医学研究, 13, (12), 3553, 昭14.
- 10) 石塚公雄: 脾腫剔出5例の病理及び外科臨床. 東北医学誌, 27, 364, 昭15.
- 11) 小野興作: Banti氏病脾の組織学的特徴. 日病理会誌, 32, 254, 昭17.
- 12) Albu, A: Die sogenannte Bantische Krankheit. Dtsch. Med. Wschr. 30, 706, 1904.
- 13) Naunyn C: Leberzirrhose. Verh. dtsch. Path. Ges. 8, 59, 1905.
- 14) Naegeli O: Blutkrankheit u. Blutdiagnostik. 4 auf. Berlin. 1923.
- 15) Lubarsch O: Das Verhalten der Milz bei Stoffwechselstörungen bei Leberzirrhose und Bantischer Krankheit. Hand. der spez. Path. Anat. u. Hist., 1, 667, 1927.
- 16) Osler, W.: Splenic anemia. J.A.M.A., 34, 36, 1900.
- 17) Chiari, H: Über Morbus Banti. Prag. Med. Wschr., 27, 285, 1902.
- 18) Schmidt, W: Über Bantische Krankheit bei hereditärer Lues und ihre Behandlung mit Salversan. Münch. Med. Wschr., 53, 625, 1911.
- 19) 松井芳雄: パンチ氏病の疑義に就て. 日病理会誌, 5, 349, 大5.
- 20) Eppinger, H: Zur Pathologie der Milzfunktion. Berl. Klin. Wschr., 50, 2409, 1913.
- 21) Kartulis, S: Über die sog. Bantische Kh't in Aegypten und ihre Aetiologie. Zbl. Bak, 1 Abt., 1, 64, 1912.
- 22) Hart, C: Über die Bedeutung der Pfortadersklerose. Archiv. Clin. Chir., 118, 337, 1921.
- 23) Rousselot, L. M: The role of congestion (portal hypertension) in so called Banti's syndrome. J.A.M.A., 107, 1788, 1936.
- 24) Whipple, A.O: The problem of portal hypertension in relation to the hepatosplenopathies. Ann. Sug., 122, 149, 1945.
- 25) 鈴木忠彦: 門脈圧亢進症成因と病理. 日外会誌, 57, 987, 昭31.
- 26) 友田正信: 脾性中毒症. 金原出版KK, 1954.
- 27) Senator, H: Über Anemia Splenica mit Ascites. Berl. Klin. Wschr., 33, 1145, 1901.
- 28) 沢野達寿郎: パンチ氏症候群に就て並びに剔脾治験例. 日消化会誌, 57, 749, 昭14.
- 29) 及川円治: Banti氏病に対する脾臓剔出の効果. 特に第三期(腹水期)に対する手術適応並びにそれ等手術遠隔成績に就て. 東北医学誌, 28, 519, 昭16.
- 30) 大塚二彦: 所謂パンチ氏病に対する脾臓剔出術の術後直接並びに遠隔成績に就て. グレンツゲビート, 2, 309, 昭15.
- 31) 小野興作: パンチ氏病. 大阪医事新誌, 14, 3, 226.
- 32) 真木光邦: Banti氏病に於ける脾腫剔出に就て. 東京医事新誌, 2793, 2004, 昭7.
- 33) Frank, E: Aleukia haemorrhagica. Berl. Klin. Wschr., 52, 1062, 1915.
- 34) Rosenthal, N: Clinical and hematologic studies on Banti's disease. J.A.M.A., 84, 1887, 1925.
- 35) 光野孝雄: パンチ氏病特にその頻度について. 治療, 32, (5), 447, 昭25.
- 36) 今井 環: 臨床病理組織学. パンチ氏病, 92, 1956. 杏林書院.
- 37) 鈴木忠彦: 肝脾症候群. 日本臨床, 15, (6), 1075, 昭32.
- 38) 小野興作: Banti氏病脾の組織学的特徴. 日病理会誌, 32, 254, 昭17.
- 39) 中川定明: Banti氏症候群の病理. 日血液病会誌, 21, (2), 補冊, 238, 昭33.
- 40) 三田村篤志郎: パンチ氏病の肝臓に就て. 日病理会誌, 6, 563, 大5.
- 41) Paul, O, et al: Pathological changes in congestive heart failure. Archiv. Path. 64, 363, 1957.
- 42) 友田正信他: 所謂 Banti氏病の剔脾後遠隔成績に就て. 特に術後出血の吟味. 臨床外科, 10, (2), 69, 昭30.
- 43) Chaney, W.C: Splenic anemia. J.A.M.A., 81, 687, 1923.
- 44) Dürkam, R.H: The results of splenectomy in Banti's syndrome. Ann. Int. Med. 34,

1372, 1951.

- 45) 土屋呂武：わが国におけるいわゆる Banti 氏病の統計的観察。外科，13, 40 488, 昭26.
46) 日下部旦三：バンチ氏病9例に就て。日外会

誌，40, 594, 昭14.

- 47) 塩沢正俊：胃癌を併発せる Banti 氏病の1治験例。東北医学誌，32, 479, 昭18.

非特異性大腸炎（炎症性腫瘤型）の1治験例

金沢大学医学部第2外科学教室（主任 本庄一夫教授）

高 松 脩・辻 政 彦

〔原稿受付 昭和35年3月21日〕

A CASE OF NONSPECIFIC INFLAMMATIONS OF THE COLON, (GRANULOMATOUS DISEASES)

by

OSAMU TAKAMATSU, MASAHIKO TSUJI

From 2nd Surgical Division, Kanazawa University Medical School
(Director: Prof. Dr. ICHIO HONJO)

Abstract

We reported a case of nonspecific inflammations of the colon (granulomatous diseases), relatively rare tumor of the colon. The patient was a woman, aged 56, who complained of a painless tumor in left lower abdomen. It was removed under the diagnosis of colon carcinoma, but histological findings were one of nonspecific inflammations of the colon.

最近われわれはS状結腸腫瘤の患者で、術後の組織学的検査の結果、非特異性炎症性腫瘤であることを確かめ得た興味ある症例を得たので、ここに報告する。

症 例

患者： 岡〇ソ〇，65才，女，

主訴： 左下腹部の腫瘤

家族歴ならびに既往歴： 特記事項なし

現病歴： 昭和32年11月頃より時々下腹部に鈍痛及び便秘頻度を訴え、某医に内服剤の投与をうけその度毎に軽快した。昭和34年7月上旬、下腹部痛著しく同時に自分で左下腹部に腫瘤あるのに気がつき、同じく某医を訪れ大腸炎の診断のもとに内服及び注射の処置を続け、自分では痛みもとれ腫瘤も段々小さくなった

ように思うが紹介により当科を訪れた。

入院時所見： 体格、栄養中等度、脈搏、体温正常、リンパ腺腫脹硬化認めず、胸部に著変なし。局所所見としては、腹部は比較的軟にして肝脾は触れず。腹水、自発痛、蠕動不穏なし。左下腹部、腸骨窩に手拳大の腫瘤を触れ、弾性硬、表面は凹凸不整、境界は比較的明瞭、移動性なく軽度の圧痛あり。

術前検査成績：

i) 尿所見： 黄褐色透明、弱酸性、蛋白、糖、ウロビリノーゲンともに陰性。沈渣にも所見を認めない。

ii) 糞便所見： 褐色軟便にして粘液、潜血、虫卵は認めない。

iii) 血液所見： 赤血球342万、白血球6400、血色