

of Pathology. Small cell Bronchogenic Carcinoma. 150, 192. 13) 増田強三：乳腺腫瘍とホルモン，診療，8；55，昭30. 14) 宮地徹：臨床病理組織学，南条書店，昭24. 15) 宮地徹：乳癌の病理，診療，8；43，昭30. 16) 小川鼎，他：医学大辞典，南山堂，昭29. 17) 緒方知三郎，他：病理組織学を学ぶ人々に，日本医書出版，昭18. 18) 緒方知三郎，他：癌の疫学的研究（発癌要因の統計的検討），日本医師会雑誌，34；685，昭30. 19) 小川蕃：簡明外科各論，金原商店，昭18. 20) 白羽

弥右衛門，他：乳腺腫瘍（癌）の薬物療法について，診療，8；36，昭30. 21) Stewart, F. W.: Tumors of the Breast. Atlas of Tumor Pathology, Section. IX-Fascicle, 34; 114 Washington. D. C. 1950. 22) 薄田七郎：乳癌の組織発生，癌，45；218，昭29. 23) 山田栄吉：斎藤外科乳癌110例の統計的観察，外科，12；447，昭25. 24) 吉田富三：癌の本態，日本医師会誌 25；327，昭26. 25) 吉田俊秀：乳癌の遺伝学的研究，遺伝，5；402，昭26.

アメーバ性肝膿瘍の1例

国立篠山病院外科（院長 岩本秀雄）

岸 本 秀 雄 ・ 梅 林 司 ・ 森 口 良 清

〔原稿受付 昭和31年3月15日〕

AMEBIC LIVER ABSCESS, WITH SPECIAL REFERENCES TO OPEN SURGICAL DRAINAGE. REPORT OF A CASE

by

HIDEO KISHIMOTO, TSUKASA UMEBAYASHI, YOSHIKIYO MORIGUCHI

From the Surgical Clinic, National Sasayama Hospital

(Doctor-in-Chief: HIDEO KISHIMOTO)

Recently we were visited by a male patient aged 34 who had an amebic abscess in his right hepatic lobe.

Chief clinical manifestations were suggestive of acute panperitonitis. Opening the peritoneal cavity, collection of hemorrhagic fluid was found in its upper portion. The right hepatic lobe was ruptured in the diaphragmatic surface, revealing a deep-sited, large solitary amebic abscess, without causing the perforation of the abscess itself. It was thought to be the spontaneous liver rupture, facilitated by amebic abscess. Between the diaphragm and the right hepatic lobe, there could be found no adhesion at all. Two rubber tubes were inserted into the abscess cavity for drainage, without applying any gauze tamponade. Profuse gall emission was encountered through drainage-tubes for 10 days following the operation.

We are of the opinion that the open surgical drainage, combined with the administration of emetine and antibiotics, may be the method of choice in treating the amebic liver abscess. The reason is that, as this case indicates, the adhesion between the abscess-containing liver and the adjacent tissues, can not always be expected and the conservative treatment may bring an opportunity of contaminating the free peritoneal cavity with gall emission.

The technics of open surgical drainage of the peritoneal cavity have been also discussed. Under the application of powerful antibiotics, the gauze tamponade may be unnecessary. It seems better merely to decompress the peritoneal cavity with drainage-tubes.

緒 言

我々は最近、アメーバ性肝膿瘍と推定される1例を経験し、1,2特異な点があつたので御報告すると共に、併せて腹腔の排膿法及び胆嚢管切断端の処置法について、私見を述べる、

症 例

患 者：Y. I. 34才男子，農夫。

主 訴：激烈な腹痛。

遠因の關係：特記す可きことなし。

既往症：昭和28年3月，粘血便を来し，*Endamoeba histolytica*を証明された。亦同年11月再び粘血便を来したが、両回共短期間の塩酸エメチン療法を受けたのみであつた。その他には生来著患を知らない。

現病歴：昭和30年1月22日，発熱と共に右胸側痛，咳嗽等あり，医師により右側膿胸の疑診を置かれたが，穿刺により膿汁等は得られなかつたと云う。翌23日同医師により肝腫大を発見された。同25日，突然激烈な上腹痛を来し，重篤な状態に陥り，直ちに本院内科に收容され，26日当外科に転科した。

現症：体格栄養中等度，右側臥位をとり，両大腿を腹部に近づけ，軀幹をえび状に曲げた体位を示す。顔貌生氣なく苦悶状，顔色蒼白，眼瞼結膜高度貧血性，眼球結膜及び皮膚には黄疸性着色を認めない。脉搏頻(110)，緊張弱(但し血圧最高140，最低106を示した)。胸部心界心音正常，肺肝境界右乳線上第5肋骨，肺野右背下部打音短，その部に少数の摩擦音を聴取す。体温37.5℃。

腹部は一般に稍々膨隆し，静脈怒張，蠕動不安等を

証せず，触るるに緊張強く深部触診不能。全腹壁上，圧痛著明，ブルンベルグ氏症候陽性。要するに高度の貧血と共に，典型的急性汎発性腹膜炎の症状を認めたのである。

検査室成績：血液及び尿検査成績は第1表の通りであつて，著明の続発性貧血と軽度の血球増多症とを認めた外，著変を証しない。

診 断：上腹部に原因を有する汎発性腹膜炎として直ちに開腹手術を行つた。

手術経過並びに所見：1月26日，胸骨剣状突起より臍下2横指の長大な正中切開で開腹すると，術野一面に，主として凝血塊と，これに混ざる流動血とを認めた。血塊並びに血液は大網前方の小腸領域から，主として横行結腸よりも上方の上腹領域一面，特に肝右葉上面と横隔膜間に最も多く存した。血塊等の有様から病変部は肝右葉上面と推定された。肝右葉上面と横隔膜との間は何等の癒着なく，容易に1手を入れ得た，先ず全ての血塊並びに血液を除去したが，膿汁の存在を示す所は少しも無かつた。肝表面は一般に平滑柔軟であつたが，頂部に至り突如陥没部を触知した。陥没部下界の肝縁は約3cmの巾を有し，鋭利且つ強固であり，陥没の大きさは林檎実大で，柔軟非緊張性の薄膜で覆はれていた。触診の途中，この薄膜が破れて少量の膿汁の流出を認め，肝膿瘍の存在が確認されたので，膿瘍腔内を手指で愛護的搔扱した。排出物は淡黄白色の膿汁と，同色の膿菌様組織壊死物とであつた。出血は認めなかつた。

膿瘍腔内にゴムドレイン管2本のみを挿入，ガーゼタンボナーデ等は行わず，このゴム管は右側腹で肋弓直下の別な小切開から腹壁外に出し，正中切開創は完

第 1 表 術 前 血 液 及 尿 検 査 成 績

血 液			尿		
血			外 見	清 澄	沈 渣
赤 血 球 数	320万		色	黄褐色	
血 色 素 量	65% (ザリー)		反 応	酸 性	赤 血 球 (-)
色 素 係 数	1.0		比 重	1020	膀胱上皮 (-)
白 血 球 数	10,000		蛋 白	(-)	円 柱 (-)
白 血 球 分 類	中 好 性 細 胞		糖	(-)	白 血 球 (+)
	桿 状 核	11%	膿汁色素	(-)	腎 上 皮 (-)
	分 葉 核	75%	ウロビリノ	(-)	細 菌 (-)
	酸 好 性 細 胞	1%	ウロビリノーゲン	(-)	
	大 単 球	8%	ザアスターゼ	16単位	
	淋 巴 球(小)	10%			

全に一次的に縫合閉鎖した。胆汁には *Endamoeba histolytica* も化膿菌も証明されなかつた。

術後経過：手術翌日ドレイン管から多量の胆汁排出を認めこの胆汁流出は2月3日頃連続いたが、この間排液がさして膿性を帯びた事はなかつた。2月5日からゴム管を短切し始めて、3月2日には全く抜去した。3月28日軽快退院時なお浅い小潰瘍を貽して居た。

尚塩酸エメチン 一日量 0.04 gm, 1週間注射, 1週間休止を, 手術直後より繰返し, 3クール施行した。ペニシリン30万単位, ストレプトマイシン 1g を毎日術後一週間, なお術後第3日迄は更にアクロマイシンを併用投与した。

退院後潰瘍も治癒して現在は健康である。肝底治療法も, 術後直ちに行つたが, 2月3日施行の肝機能検査成績は, 第2表の通りで, 炎症を示し肝実質障害は軽度であつた。2月8日の胸部レ線像では, 第1図の通り, 右肺下野に肋膜炎によると思はれる異常陰影を認めた。

考 按

本例は既往症等よりして, アメーバ性肝膿瘍と推定出来る。結腸に感染を来した *Endamoeba histolytica* が, 後来肝膿瘍を来す事があるのは周知の事実である。一般にアメーバは盲腸及び上行結腸に寄生するので, 肝膿瘍も右葉に多く, 而も包裹され易いので, 通常肝右葉頂部に孤立性肝膿瘍を作るが, 本例も全くこれに一致している。

治療法としては, 保存的療法と外科的開放排膿療法とがあり, 米国等では Roger (1922) の提唱以来, 保存療法即ちエメチンと吸引の合併療法が定規とされている様である。

本症に対する塩酸エメチンの強力な治効性は周知の事であつて, 著者の一人岸本は, 第2次大戦従軍中, 右胸前下部に於ける, 中央に示指頭大の瘻孔を有する大柿実大の膿胸腔が, シエーデの術式による手術療法に対し, 旬日後術前と全く同じ状態に復したのに, エメチン療法のみによつて, 迅速に治癒し, エメチンの治効力を文字通り目撃した経験を有している。従つて, 保存療法で確実な治効を期待し得ると推定出来るが, 然し乍ら一方本症例の示す如く, 横隔膜下面と肝右葉上面との間には何等の癒着なく, 而も排膿後その翌日から極めて大量の胆汁流出を認めた点よりすれば, むしろ外科的開放排膿法が, より合理的且つ安全

であると考えられるのである。

尚本症例のように, 周辺に全く癒着なき状態に於て, 単にゴム管のみによつて排膿法を講じたのは稍々無暴に類するが, これは多くの臨床観察, 例えば胆嚢穿孔時等の滲出液は, 腹腔に拡大する場合先づ廻盲部, 小骨盤腔に留り, 小腸領域にはむしろこの部より逆行性に上行すると見られる点, 更に, 胆嚢剔除, 総胆管切開一時縫合例に, 安全弁としてゴム管一本のみ挿入, 翌日驚く可き大量の胆汁流出を見たが, 何等広範な腹膜炎をも起さなかつた自験例, 亦汎発性腹膜炎の排膿法の機序等を考察すると共に, 一方ゴムドレインに加えてガーゼタンポナード等を行つた場合に, 後來その除去に伴う出血, 防禦壁穿孔等々の, 不測の災を招来する危険とを対比して, 我々は意識的に1~2本の排膿管のみを挿入するのを習慣として, 今日迄不都合を見ていないのである。上腹部は脊柱の腰部彎曲に相応し仰臥位で最深部をなし, 且つ結腸で遊離腹腔と境され, 亦腹部腸管は有運動性であり, 自然排膿と合目的の防禦壁形成への運動をするものであつて, この自然作用に反して, ガーゼタンポン挿入等による, 不自然且つ人為的防禦壁形成は無益であり, 胆汁+抗生剤=臨床的無菌とも考え得る現在, 一般に腹腔の排膿法は, ゴム管挿入による簡単な減圧処置を原則とす可きであり, 亦これで充分であると, 我々は考えているのである。

更に亦, 前述の胆嚢剔除, 総胆管一次縫合の際の術後胆汁瘻形成は, 総胆管縫合不全のためではなくて, むしろ胆嚢管切断端結紮糸の滑脱に由るものである。従つて我々は, 胆嚢管結紮には細心の注意を払い, 必ず糸針を通して結紮を行い, 少数例ではあるが毎常総胆管一次縫合に成功していることを附言する。この事は我々の総胆管一次縫合例に於て, 術後胆汁瘻形成は胆嚢管断端単純結紮例にのみ認められたという臨床経験と, 一方には, 胆嚢内胆汁排泄は胆嚢收縮力自体によるとしても, 胆汁の胆嚢内流入は胆管内圧亢進による純受動的機転によるものであつて, その意味で胆嚢は胆道内圧調節器官でもあり, 従つて, 胆嚢管切断端には, この Oddi 氏筋収縮等による一過性胆道内圧亢進による圧力が, 術後にも作用して, 単純結紮糸を滑脱せしめるという我々の見解に基くものである。

さて本症例に於いて最も特異な点は, 肝膿瘍を素因とする肝の自然破裂であり, 而も膿瘍自体は薄膜によつて未穿孔の状態にあり, 純粋に腹腔内大出血が臨床

症状を支配し、患者を危地に陥れた点にある。

患者の言によると、病初期右側胸の重圧感に対し、握り拳でその部を叩打したという事であるので、膿瘍自体と共に、この叩打力が肝破裂の因子であつたと思われる。

一般に肝膿瘍は穿孔等を起さぬ限り、比較的温和な症状を示すものであり、激烈な臨床症状が、肝破裂による出血に基くものであつた事は、興味のある点である。

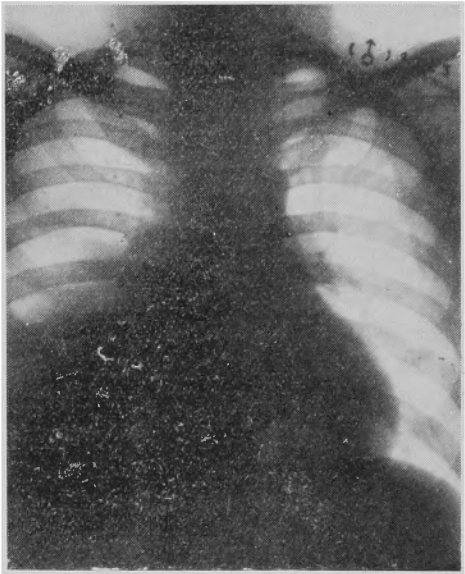
結 語

我々はアメーバ性肝膿瘍を素因として、肝自然破裂を来し、そのための大出血が症状を支配した1例に就て報告し、一般にアメーバ性肝膿瘍は、必しも毎常癒着の存在を期待出来ぬ事、及び排膿後に多量の胆汁排出を来す事がある点とに留意して、抗生抗菌剤の存

在を併せ考えるならば、むしろ外科的開放排膿療法が安全且つ合理的な処置である事を指摘し、併せて上腹部（一般に腹部）排膿法はゴムドレイン管挿入のみによる減圧法たる可き事を提唱した。

〔文献省略〕

第 1 図



第 2 表 術後肝機能検査成績(8日目)

蛋 白 量	6.8g/dl
モイレングラハト	6.0
ルゴール 反 応	(+++)
グ ロ ス 反 應	R ₀
コ バ ル ト 反 応	R ₁
カドミウム 反 応	R ₁₆
チモール濁濁反応	3

興味ある臨床所見を呈した滑平筋腫の2例

京都大学医学部整形外科学教室（近藤鋭矢 教授 指導）

手 島 宰 三・荻 原 一 輝・広 谷 速 人

〔原稿受付 昭和31年3月12日〕

TWO CASES OF LEIOMYOMA WITH INTERESTING CLINICAL PICTURE

by

SAIZO TESHIMA, KAZUTERU OGIHARA, HAYATO HIROTANI

from the Orthopedic Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director : Prof. Dr. EISHI KONDO)

Interesting two cases of leiomyoma we experienced are following ;

No. 1 A woman aged 54, clinically diagnosed calcificated iliac abscess due to spondylitis lumbalis, but pathologically determinated calcificated leiomyoma in the