

〔症例検討会〕

閉塞性黄疸の1症例

日時：昭和38年2月15日

場所：東京女子医科大学第一臨床講堂

(発言者)

司会：中山光重教授

病理学：今井三喜教授

学生：

文責および受持医：齊藤 玲子

(受付 昭和38年5月6日)

中山：只今より症例検討会をはじめます。

患者は61才の♀，家婦です。

既往歴に特記すべきものはありません。

家族歴は Geschwister が1人 Lungentuberculose で死亡しています。

主訴は Ikterus, Appetitlosigkeit, Abmagerung.

現病歴は昭和36年秋より昭和37年春にかけて，r.Hypochondralgie があり，この Schmerz は kolikartig で Rücken に放散し，約5分位で bessern していたので，特に Arzt にみてもらったこともなかった。

昭和37年10月25日に抜歯し，お粥を食べていたが良くなったので御飯を食べたところ，Epigastrium の Vollgefühl がおこり，Appetit が schlecht となった。しかし Nausea, Bauchschmerz, Fieber はなかった。11月初めより Appetit はますます減退し，abmagern してきた。この頃より Harn が普通以上に gelblich なのに気づいた。11月10日，近くの医者を訪れたところ，すぐ本院を紹介されて11月12日に入院した。

入院時所見：Statur は mittelgross, Ernäh-

rung schlecht, Gesichtsausdruck nicht leidend, Gesichtsfarbe ikterisch, Puls 60/min,むしろ Bradykardie, regelmässig で Spannung も gut です。

Blutdruck は 120/70, Conj. bulbi ikterisch, Conj. palp. nicht anämisch, Lichtreaktion prompt, Zunge weißlich belegt. Brust: Lunge, Perkussion u. Auskultation O.B., L.L.G. は V.I.K.R. Herz, r.Sternalrand, o.III I.K.R, 1 q.f.b. inner der l-Medioclavikularlinie, Herzöne rein. Bauch: Meteorismus (—), Ascites (—), Venenektasie (—), abnorme Resistenz (—). Leber, median にて 4 q.f.b. tastbar, Oberfläche glatt, Rand unscharf, Milz und Niere, nicht tastbar. P.S.R und A.S.R., normal, pathologische Reflex (—), Ödem(—).

入院時検査成績：

血液所見：

赤血球 343×10^4 , Hb 74% (ザーリー)

白血球 6000

血液像：

St. 0 } 75%
Seg. 75 }

Clinico-Pathological Conference (27) A case of obstructive jaundice.

K.L. 1 } 12%
 G.L. 11 }
 M. 10%
 E. 3%

尿所見：

外観 黄色透明，比重 1018
 反応 アルカリ性
 蛋白 ゼルホ (+)，煮沸 (+)
 ウロビリノーゲン (-)
 ウロビリリン (-)
 ビリルビン ロチン法 (+)，グメリン法 (+)
 糖 陰性

沈渣：

赤血球 1コ/2～3視野
 白血球 17～18コ/1視野
 円柱 (-)

糞便所見：

外観 灰白色
 潜血反応 B (-)，G (-)
 虫卵 (-)

血清理学的検査：

T.P 7.11 g/dl
 A/G 1.24
 NPN 19.5mg/dl
 Na 148mEq/L
 K 4.7mEq/L
 Cl 115mEq/L
 アルカリ性ホスファターゼ 42.0 S-J-R 単位
 総コレステロール 274mg/dl
 総ビリルビン 13.3mg/dl
 直接 9.4 "
 間接 3.9 "
 Kunkel 12.9 単位
 モイレングラハト 75
 C.C.F. (+)
 ルゴール反応 (+)
 Wa-R (-)
 血清アマラーゼ 8単位
 尿アマラーゼ 16単位
 血沈：30' 4mm，60' 12mm，120' 20mm.

癌反応：

M.C.R. 陰性
 七条反応 III型
 Davis 反応 陰性

中山：この患者について意見を出して下さい。
 昭和36年秋は，かなり強い痛みで dauernd であつたようです。

そのうちに，kolikartig の痛みがおさまつてしまつたので，Arzt に診てもらわなかつたそうです。しかし，だんだん Harn が濃い色になつたので始めて Arzt のところへ行つたが，すでにその時は Ikterus が著明でありました。

学生諸君にお尋ね致しますが，右の Hypochondralgie のある Krankheit は何ですか？

学生：Gallenstein

中山：Anfall があり，あとで Ikterus が起こりますので，Gallenstein は考えられます。

学生：akut の Pancreasnekrose があげられますが，痛み，Nausea，Erbrechen，Fieber もありますか？

中山：何も書いてないところから，この人にはあまり Fieber はなかつたようです。急性の炎症なら，Schmerz，Nausea，Erbrechen などがありますね。

Appe. の時でも右の Hypochondralgie がありますから，痛みだけで negieren はできません。Nierenstein でも上方に Schmerz があります。一番考えられるのは Gallenstein-krankheit でしょう。

Ikterus がおこつていますが，入院時どういふ検査をしたら良いでしょうか。

学生：B.S.P. などの肝機能検査をします。

中山：まず Ikterus がどの程度かを知ることが大切です。

密柑を沢山食べて黄色くなることがあります。それと Ikterus を鑑別しなければなりません。どうしたらできますか。

学生：密柑など食べたという Anamnese があれば，Handteller が黄色くなる。Conj. bulbi が黄色にならない。

中山：科学的に診断するには？

学生：Harn に Bilirubin が出ているかどうかをしらべる必要があります。

中山：それでは Harn の所見をみましょう。Harn は外観 gelblich klar，比重1019，Reaktion

alkalisch, Eiweiss はズルホ 5gtt (+), Koch (+), 糖 (-) です。この alkalisch ということは、おそらく何か Mittel を飲んでいるのではないのでしょうか。普通はまあ弱酸性のことが多いのです。

Urobilinogen, Urobilin とともに (-), これは重要ですね。ビリルビン (+) ですから Ikterus があるのはたしかですね。

さらに, Serum の方を調べてみますとはつきりしますね。

総ビリルビン 13.3 mg/dl, 普通は 1mg/dl を越えるのは少なく, この人は非常に増加しています。簡単にビリルビンを調べるには, モイレングラハトをしらべます。この場合 75 です。この方法では, 黄色い色を比色するわけですから, カロチンなども関係しますね。

こういうふうには Ikterus がある時は, 肝機能検査法として, B.S.P はまずいですね。

総ビリルビンが 5 mg/dl 以上も増えた時は, B.S.P. は比色値があてになりません。

肝機能検査法として, 異物排泄能, 蛋白, 脂肪, 糖代謝, 合成機能等総合的にみる必要があるわけです。

ここでは C.C.F. (+), ルゴール反応 (+) ということですが, これは肝細胞の障害がある時に陽性になります。したがってこの場合, 肝実質も多少やられているということになります。Ikterus がかなり強いということがわかりました。Ikterus がおこつて右上腹部が痛む病気を考えますと, まず Gallenstein があげられますが, その他には?

学生: 悪性腫瘍も考えなければならぬと思います。

中山: その時 Schmerz は?

学生: 胆石症と同じように Schmerz もあると思います。

中山: 一般にはあまり Schmerz はないということになっております。

学生: 胆嚢炎, 胆管炎もあります。

中山: それも考えねばなりませんね。その検査法は?

学生: 白血球数

中山: この人の血液所見は, Hb 74%, Rote 343×10^4 , Weisse 6,000 で軽い貧血はありますが, Weisse は Stab., Segment は 75% で, Neutrophilie はあるようですが, Zahl は普通です。これで炎症の有無を知ることと, Fieber をみるが必要になってきます。

この人は, Fieber は途中より高いようですが, 入院時はそう高くないですね。Weisse も 6,000, 5,300, おしまいには 15,000, 30,000, 22,000 というふうになりましたが, 入院時は Weisse は normal でした。炎症だけではないと思います。検査法は?

学生: 十二指腸ゾンデを使います。

中山: ゾンデを飲ませたのですが, 十二指腸液が出てこないので採取不能でした。

細菌についてしらべることが重要ですね。

その他には?

学生: 胆嚢造影

中山: 単純撮影で胆石が写ることがあります。Cholesterin の Stein なら写ることがありますが, 日本では Cholesterin の Stein は少ないのでめつたに出ません。

Cholecystographie は経口的にテレパークを飲ませ, それが Darm より吸収されて, ずつと Leber へまわり, Leber より排泄されて胆嚢にたまったのを, 12時間以上経ってから写して胆嚢の形を見ようとするものです。

この写真は, Magen の透視と一緒にしたのであまりよく出ていません。

Cholecystographie で胆嚢が造影されぬ場合を考えますと, Diarrhoe があつたり, 吸収が悪くても写りにくい。その時は, ピリグラフィンなどを静注することがあります。飲むより 10 倍の濃さとなります。

最近では経口より静注が多く用いられます。たゞヨードですので, 人によっては Allergie が問題になりますから注意しなければなりません。この人は静注でもやりましたが, 依然として出ません。これでも出ないとすると, 吸収が悪いわけはありませんね。

Leber より ausscheiden しないわけです。た

とえ ausscheiden されても、先の方に Stenose があることもあります。またバリウムなど飲んで胆嚢が収縮してしまうと、出るべきものが出ないこともあります。

肝細胞に何か機能障害があるのか、胆道に Stenose があるのかなどを考えます。

検査法としては、機械的黄疸と肝実質性黄疸の鑑別をまずしますが、何をしますか？

学生：アルカリ性ホスファターゼ、Totalcholesterol の量をはかります

中山：どちらがどうなりますか。

学生：閉塞性黄疸の場合は、Totalcholesterol もアルカリ性ホスファターゼも上昇します。

中山：そうですね。Cholesterol 274mg/dl だから上昇していますね。女子では普通 250mg/dl 以下ですから、アルカリ性ホスファターゼも12位ですから、この場合は42もあり非常に高いですね。

ゆえに機械的黄疸の疑いが濃厚ですね。そうすると、Stein が胆管に詰まっていることによる黄疸なのか、Krebs で胆管が閉塞しているのが問題になってきます。

完全に胆管が閉塞しておこることは、Galle が腸の方に出てこないわけですから、Kot が acholisch になる。黄色味が少なくなる。

この場合 Kot が灰白色ですから、Galle の排泄が悪いのは確かです。Harn に Urobilin 体が陰性なのはどうしてでしょう。

学生：閉塞性黄疸では、ビリルビンは Darm の方には出てこないで陰性になると思います。ビリルビンは Leber より Darm に出され、Darm で Urobilinogen, Urobilin ができて、Kot に出されたりいたしますが、閉塞性のもの場合はビリルビンが出てこないから、Urobilinogen が Darm にできない。

中山：普通は Darm の中で、Urobilinogen, Urobilin ができ、また Darm から吸収されて Leber に戻っていくわけです。そこで大部分はまたビリルビンになるのですが、その一部は Harn に逃れて出るので、多少は出るので。そのため normal (+) 位にはなる。しかし、元の Galle が出ないので、Urobilinogen も Urobilin もできる

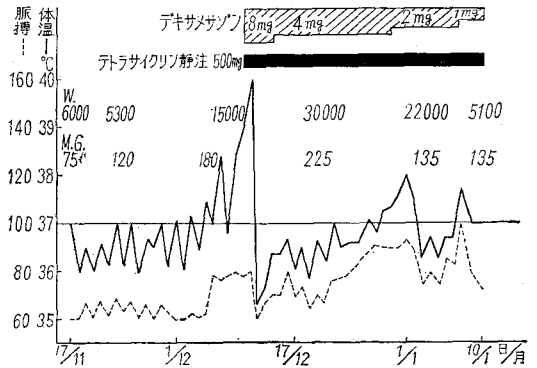


図1 経過表概要

わけはないし、Harn に出ることもない。

ゆえに、完全に Harn に出ないということは意味があるわけです。とにかく胆管のどこかに障害があつて、ビリルビンの排泄が悪いことはわかりました。Stein によるか、他のものによるかはなかなか難しい。

ここで癌の問題になりますが、癌反応をみてみますと、MCR (-), 七条反応Ⅲ型, Davis 反応(-)です。癌を考える場合に、もう一つ大事なことは、Verlauf の追求です。Meulengracht 75→120→180→225というふうには上昇の一途をたどっています。こういうふうには短時日にどんどん増えるということは胆管閉塞の時に多いのです。他に Gallenstein の時は Anfall がおさまると、もとに戻ることがあります。死ぬ前に 135に減つていますので、迷わされました。

また Fieber が途中より出はじめましたし、Leukocytose がありました。そこで、抗生物質と Steroidhormon を使いましたら、Fieber は下りましたが、Leukocytose は変わりませんでした。かえつて増えています。ステロイドホルモンは Fieber を下げますが、炎症は良くならない、ついに sterben しました。

結局、Gallenstein か Geschwulst か決定的なことはわかりません。このまま Meulengracht が上昇し続ければ Geschwulst を考えましたが、最後に少し下りましたので、何かが悪くて Geschwulst が zerfallen して胆管が一部開通したということも考えました。しかし初めに kolikartig

の Anfall があり、胆石ではないかということに落ち着き、外科で Operation してもらいましたが、うまくいかず sterben して Sektion になりました。では今井先生一つお願いいたします。

今井：主な 剖検所見 を箇条書きにしてみますと。

1) 胆嚢癌：胆嚢前壁より発生して、肝実質内に連続的に侵入し、全体として小手拳大の腫瘤（写真1）。

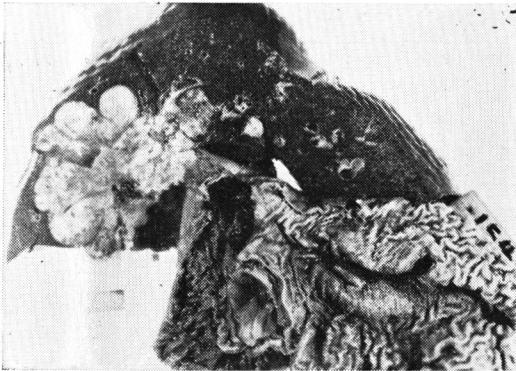


写真 1

2) 転移：肝内転移、肝門部、脾頭部、腸間膜、後腹膜、左静脈角淋巴節への転移、骨盤腹膜への播種状転移、脾実質内への浸潤。

3) 腫瘍による肝外胆道閉塞にもとづく影響：肝内胆道の高度の拡張、無胆汁色の腸内容、高度の全身の黄疸。

4) 慢性胆嚢炎、胆嚢の膿性内容。

5) 胃、十二指腸始部における多数の急性潰瘍、臨床症状と考え合わせて、2、3の点について少し詳しく見てゆきましょう。

胆嚢の癌は慢性胆嚢炎を基礎として発生することが多く、中でも胆石がある場合が多いのですが、この例では解剖の時に胆石を見出しませんでした。前に痙攣発作があつたということですから、胆石が排出されたのかもしれませんが。今は化膿を伴う慢性の炎症です。この化膿がいつ頃起つたか、はつきり症状の上で分かりませんが、少なくとも胆道の完全閉塞のおこる前に腸から上行性に感染したものでしょう。Leukocytose、熱等の感染性症状は、このことが関係していると思います。胆嚢の感染のあるのに反して、肝内胆道の感

染は全くありません。むしろこのようなかたちの胆道狭窄の時には、肝内の胆道の感染をおこし、胆道炎性肝膿瘍に発展するものが多いのです。が……。

胆道閉塞は淋巴節等により外から圧迫されたのではなく、肝内で腫瘍が胆道内に破れこんだものです。Papilla Vateri より逆行性に胆道を開くと数cmは胆汁着色のない正常の粘膜で、それより先が腫瘍でつまっています。胆道閉塞の影響については、前に述べた通りです。なお門脈幹は狭窄を示していません。肝内では腫瘍によりいくらか門脈枝が圧迫されている所もあります。門脈系の慢性うつ血の所見はありません。

手術後は門脈系の急性うつ血がおこり、胃および十二指腸の多数の新しい潰瘍、腸の Parese が来ています。

腫瘍は組織学的には単純癌というべき非常に退形成の強いものです。一般に胆道、胆嚢の癌は、円柱上皮癌の形をとるものが多いのですが、この例では大変それとは違つていたために、手術時の生検材料から原発巣を想定することが困難でした。腫瘍の大部は（写真2）全体に小型で、細胞

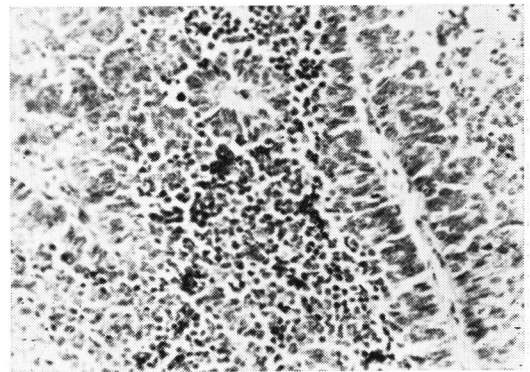


写真 2

質が極めて少ない円形又は紡錘形の核を持つ細胞から成り、上皮性排列をとることが少ない、一見肉腫のような像です。したがつて剖検材料でも直ちに胆嚢癌と きめるのをためらつたのですが、胆嚢粘膜上皮のやや異型の Hyperplasie（写真3）から、前述の型の腫瘍への移行の像を認めましたし（写真4）、また胆嚢以外に原発巣を見出す

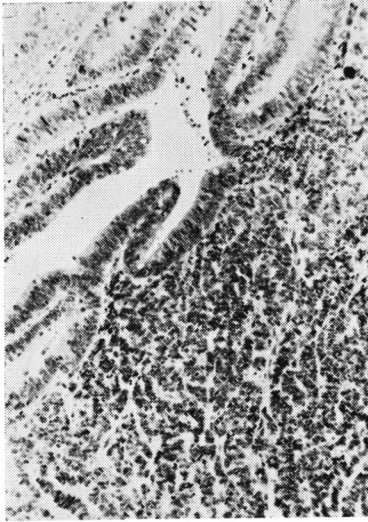


写真 3

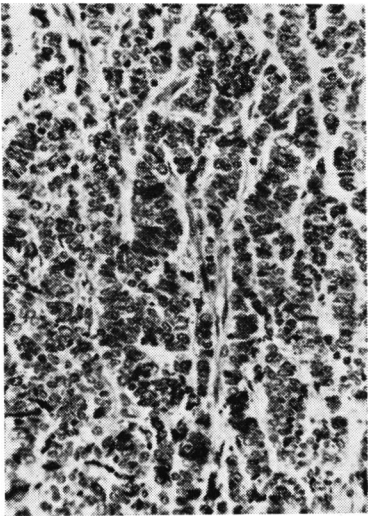


写真 4

こともできませんので、やはり退形成の強い胆嚢癌と診断したわけです。もつとも生検の時は肺癌の一種を考えたり、卵巣の Granulosazelltumor を考えたりしまして、原発巣としては胆嚢以外の所も考えられる余地があると返事をしたのです。

中山：どうもありがとうございます。

先程の癌の反応が3つとも（－）なのに癌なのかということは、要するに“癌の反応にはそれ程確かなものはない”の一語に盡きます。

癌反応が20～30ありますが、沢山あるところをみると、どれもあまり確かでなく、70%位のとこ

ろがせいぜいでしょう。

MCRというのは癌細胞が非常に増える時にあてはまるのですが、妊娠を決定する時にも使います。

七条反応は血清の蛋白の反応で、末期に出やすいので、この人のような場合には出やすい。Ⅸ型までであり、Ⅷ又はⅨ型ならば陽性ということになっています。

Davis 反応は Harn で簡単に調べられるのでだいぶ使われていますが、これも大してあてにならない。

診断法として、ラパロスコープというのが使われます。人工気腹を行ない、直接腹腔中に挿入してみるわけです。

Leber, Gallengang, Darm の様子などがよくわかります、癌ならすぐに Operation ということもできます。

いろいろな本を読んでも、Gallenblaseの Krebs の診断はあてものみたいで難しいと書いてあります。

癌反応が陽性に出ないということもありますが、一番大事なのは閉塞によつて黄疸が消退しないということで、Gallengang の Krebs の場合重要です。

学生：手術をなぜしたのですか。

中山：Gallenstein の疑いがあつたわけです。Krebs で inoperabel とわかつていれば迷わないのですが、Fieber は下り、Leukocytose も幾分おさまり、食欲も一週間前より出て来たので、Krebs ではないのではないかと思い、外科と相談して Operation をしたのです。

学生：入院時は、Gallenblase を触れましたか？

斉藤：入院時は Leber しか触れませんでした。

1月初めより、有熱後 Gallenblase が右季肋部に触れるようになり、Leber は少し上つて2 q.f.b. のところに Grenze は scharf となりました。Druckschmerz もありました。

中山：Krebs とは考えていましたが、死の1週間位どういうわけか快方にむかつたのです。

今日はこの辺で終わります。