

## 〔症例検討会〕

## 腹部腫瘍の1例

日 時 昭和39年6月26日

場 所 東京女子医科大学本部講堂

(発言者)

司会、内科：小山千代教授

婦人科：川上博教授

外科：林久恵講師

放射線科：島津フミヨ教授

病 理：今井三喜教授

受持医ならびに文責：橋本眞佐子

(受付 昭和39年7月21日)

小山：これから症例検討会を始めたいと思います。最初に受持医から、既往歴、現症歴および入院時所見等についてお話していただきます。

橋本：患者は62才の女性、職業は清掃婦です。主訴は下痢および腹部緊張感です。既往歴としては12才の時肋膜炎に罹患しました。家族歴には特記すべきことはありません。現症歴では、昭和38年11月2日心窩部が虫でもわいたように、モゾモゾとして気持ちが悪かったので、売薬（サクロン）を服用したところ、緑色下痢便を頻回繰り返しました。かかる下痢便が1週間も持続したため体重が目立つて減少しました。しかし腹部の膨隆だけとはれないので近医を訪れたところ、腹水を指摘されたので本院に来院しました。

入院時所見は体格中等度、栄養状態普通、口唇にチアノーゼなく、脈搏頻、整、緊張良。呼吸整、眼瞼結膜に貧血はありません。眼球結膜に黄疸もありません。舌は肉様紅色で乾燥し、頸部リンパ節腫脹はありません。胸部は肺肝境界第V肋骨下縁、心濁音界正常、心音純、肺は打聴診共に異常はあ

りません。腹部は膨隆し、波動を認め、また回盲部に境界明瞭な硬い手拳大腫瘍を触れます。肝脾は触知せず、下肢に浮腫なく、臍反射は正常、病的反射はありません。

小山：只今お話したうち、主訴の下痢についてはサクロンを服用した以後に起こったようですが、この薬剤の成分をこちらで調べたところ、別にこれには下痢を起すような副作用はないようです。既往歴に肋膜炎がありますので、この1週間つづいた下痢を結核性のものに関連づけるには、余り他の症状が揃っていないようにみうけられます。下痢のため体重が目立つて減少したといいましたが、既往歴では栄養状態普通ということですから、患者は一見して余りやせていなかったようです。舌は肉様紅色とのことですが、これはカンジタ症にみられるような色だつたと思います。黄疸と貧血は全然ないようです。腹水のため肺肝境界は上昇しています。結局今までのことを総括してみますと、主要な所見は、腹水のあること、廻盲部に腫瘍があることです。心臓は打診

聴診ともに異状はありませんし、顔面、下肢にも浮腫は全然ないようですから、この腹水は心臓や腎臓に関係あるものとは考えられません。腫瘍の性状については、大きさは手拳大で硬いということですが、表面の性状、更に移動性などは如何でしょうか。

橋本：表面は非常に hockerig です。

小山：それから移動性に関しては如何でしたか

橋本：全然動きませんでした。

小山：Bauchwand との関係はどうでしたか。

橋本：Bauchwand とは、関係なく癒着はありませんでした。

小山：全然癒着のようなものはありませんでしたか。それからもう一つお聞きしたいことは、Haut の色ですが、この Tumor のあつた腹壁の Haut の表面は何か特別暗赤色とか、あるいは紫藍色とか色の変化はございませんでしたでしょうか。

橋本：特に変化はございませんでした。

小山：Tumor 自体の性状は、今受持の先生が答えられた通りであります。脾臓と肝臓は触れないとプリントには書いてありますが、これは Bauch が膨隆して、いわゆる Froschbauch になつていて水が貯つていたために、触れにくかつたのでしょうか。それとも本当に触れなかつたのでしょうか。

橋本：腹水が著しいため触れる事ができませんでした。

小山：そうすると腹水がなければ触れたかもしれないのですか。

橋本：腹水穿刺後にも触れませんでした。

小山：そうすると肝臓は本当に触れなかつたようですね。この Tumor には自発痛とか、そういうものはありませんでしたか。

橋本：ありませんでした。

小山：腹部に水が貯つていて、いわゆる Frosch の形をしており、そうすると Transsudat のような状態に思われますが、下肢の方にも顔の方にも全然むくみがないようですし、それに心臓は打聴診ともに正常であつたことなどから、この腹

水は Herz 自身の状態には無関係のように思われます。では今迄のところどなたか御質問なり、お聞きになりたいことがありましたら、どうぞお聞きになつて下さい。この方は12才の時肋膜炎にかかつた以外は現在迄ほとんど健康でございまして、当科に入院する迄は結局何も病氣らしい病氣には罹患していなかったのですね。

橋本：はい。

小山：結局この患者の他覚的所見として問題になるのは腹水がある事と、Tumor のあることとありますが、回盲部の Tumor について考えてみますと、ここを好発部位とする二、三の疾患があります。大体 Tumor といひましてもこれには炎症性の Tumor と、本来の Tumor、すなわち Geschwulst の Tumor と二つあるのではないかと思ひます。Geschwulst としては、やはり Krebs であるとか、あるいは非常に稀れではありますが Sarkom のようなものです。それから炎症性の Tumor のことですが、虫垂炎の場合でもこれが非常に慢性化した結果いわゆる線維増殖性の虫垂炎となり、回盲部に腫瘍をふれることがあります。その他、特殊の炎症性の Tumor としては、ここを好発部位とするものに結核性の Tumor があります。次に非常に稀れであります、同様にここを好発部位とするものに、原発性の回盲部の Actinomyose があります。その他には非常に稀れで、ほとんどみられないのですが Syphilis のようなもの、そういうものも来ていいのではないかと思ひます。他の臨床的所見を考慮に入れず Tumor 自体のみを考えると、このようないろいろなものが考えられると思ひます。またこの Tumor が Bauchwand とは直接関係がないという受持医のお話から、Bauchwand に直接くる Tumor は一応 negieren してよろしいと思ひます。この患者は、12才の時に肋膜炎に罹患しているので、ひよつとしたらどこかに結核性の病巣があつて、そしてここに Senkungsabscess のようなものがきたのではなからうかということを考えてよいのですが、現病歴、それから現在迄の患者の自覚症等から考え、どうやらそういうものも

negieren していいのではなからうかと思ひます。それならば、ここに確かに触れている Tumor をどのように解釋してよろしいか、次に検査成績をお話して頂くことによつて解明してゆきたいと思ひます。では検査成績をお願い致します。

橋本：入院時検査成績を申し上げます。血液 Hb 83%, Rote  $444 \times 10^4$ , Weisse 12,500, 血液像 (好中球76%, リンパ球17%, 好酸球 0, 好塩基球 1%, 単球 6%) です。尿は黄色透明酸性で、蛋白が Sulf. 5~6 gtt (+), Koch (-). 糖 (-), ウロビリノーゲン (+). 沈渣 (赤血球数個/視, 白血球 3~4/視, 扁平上皮 3~4/視, 桿菌(+)です。フィッシュバーグ濃縮試験では最高比重1.023. 糞便は虫卵 (-), 潜血反応はベンチジン法 (-), ピラミドン法 (±). 血清理化学的所見は総蛋白8.66g/dl, A/G 0.97, NPN 28mg/dl, アルカリ性フォスファターゼ5.7SJR単位, 総コレステロール203mg/dl, リポリド P 10.6mg/dl, 総ビリルビン0.31mg/dl, 硫酸亜鉛試験 12.9単位, 血清鉄 154 $\mu$ g/dl, CCF 陽性 (±), ルゴール反応陽性 (+), GOT 36.5単位, GPT 8.0単位, Co R R<sub>2</sub>, Cd R R<sub>5</sub>, 高田反応3本, CRP テスト陽性(+), ASL-O 100 Todd 単位で陰性, ラテックス凝集反応陰性, 梅毒反応は凝集法陽性, ガラス板法陽性, 緒方法陰性です。MCR 陽性, Davis 陰性, 血圧は 130~68mmHg, 血沈1時間値31, 2時間値 68mmH<sub>2</sub>O です。腹水は血性, 比重 1.023, 蛋白 7.2g/dl, Rivalta 陽性, 沈渣には印環細胞, 異型細胞を認めます。以上です。

小山：今お話ししました検査成績のうち、主要な点をあげてみますと、血液の所見には貧血はございませんが、軽度の白血球増多症があるようがあります。しかし血液像では特有の血液所見はありません。血液所見に白血球増多症のある事、血沈が1時間値 31mmH<sub>2</sub>O で軽度の亢進をしていること、また CRP が (+) という点から考えますと、確かに炎症があることも考えられます。心窩部にモゾモゾ虫でもわいたような気持ちわるいような感じがしたということをお患者が病初に訴えている事より寄生虫でも寄生していたのかとも思ひ

ましたが、糞便中に虫卵は陰性でした。下痢がつづいた事、また回盲部にある Tumor と併せ考えまして糞便中の潜血反応をみましたが陰性でした。血清についての諸検査成績は大體正常範囲にあるようです。ただし A/G 比が正常よりも幾分逆転に傾いているようであります。また肝機能検査のうち、CCF は±ですが、ルゴール反応が卅陽性、高田反応卅陽性であること、それからコバルトの反応は左側反応であり、カドミウムは右側反応であること等から考えますと、どうやらこの患者は肝細胞の障害、又は肝機能障害があるように思われます。Co 反応は左側反応であり、Cd 反応は右側反応でありますので、このことからどうやら肝機能の反応の解離現象があるようです。また GOT は正常範囲にあります、GPT が少し正常よりも少ないようであります。元來肝臓の疾患ではもちろん病名により違ひますが、どちらかといえば、GOT より GPT の方に變化が強くなるようです。この症例では、GPT の値が GOT より低値であります。梅毒反応については、定性反応だけで定量反応は行なっておりませんが、凝集反応が陽性、ガラス板法が陽性となつています。しかし最も重要な意義をもつ緒方氏反応が陰性であります。このことは、この場合上記二反応の陽性をいわゆる生物学的疑陽性反応であると解釋してよろしいと思ひます。なお肝機能検査として、BSP の反応がありますが、この症例ではおそらく腹水がありましたため行ないえなかつたのだと思ひますが、施行してありません。この点受持ちの先生如何でございましたでしょうか。

橋本：はい腹水がある時は正確な体重を測定する事ができませんので、BSP はいたしませんでした。

小山：以上のような理由で BSP の検査は施行してありません。次にこの患者の主要臨床症状の一つであり、廻盲部の腫瘍となんらかの關係をもつと思われる腹水の検査ですが、これは先程述べましたように外観は血性であります。このことからこの腹水が如何なる性質の疾患を示唆しているかということが、多分おわかりになることと思ひ

ますが、この血性であるということは、悪性の腫瘍の場合もそうですが、結核性の場合でもありますが。しかしどちらかという悪性腫瘍に多い所見でございます。とにかく、腹水の比重が高い、Rivalta 反応が陽性である、蛋白の含有量が多い、こういうことからこの腹水は Transsudat でなく Exsudat である。

すなわちこれは炎症性のものであることがいえると思います。すると、おそらくこの場合 Peritonitis があるのではなからうかということが考えられます。次にこれの沈渣ですが、先に述べたように印環細胞、異型細胞があつたということですが、大体異型細胞はたくさんみられまして、リンパ球であるとか、白血球であるとかいうものはほとんど認められない。つまり、そういうものをおおつてしまつた程、異型細胞がたくさん認められたようであります。もちろん異型細胞は炎症のあつた場合でも現われてよろしいと思います。しかしこの場合印環細胞があるということ、しかもこの印環細胞が Transsudat でなく、Exsudat である場合に認められているということは、その異型細胞が特殊の意義をもっているものでないかということが考えられます。こう考えてみますと、大体この腹水からこの患者にはなにか悪性のもの、例えば腫瘍性の腹膜炎でもあつたのではないかと考えられます。こんなふうには検査成績からこの症例の診断を検討してみたのですが、もし以上の検査成績について更に御質問なりお聞きになりたい事がありましたらお聞きになつて頂きたいと思ひます。

今井：腹水が血性といわれましたが、それはどんな程度のものでしたか。

橋本：黒っぽいような感じでしたが、ともかく肉眼的に血性でした。

小山：先程申上げませんでしたが、尿は蛋白その他余り異常所見はないようでしたが、ただ沈渣に赤血球が多数みえているようです。これは何故であるか、その理由はちよつと分りません。しかしフィッシュバーグの濃縮試験では比重が 1.023 で正常であり、腎機能に障害はないと思ひます。以上の

臨床検査成績から、更に次の段階の検査をしなくてはならないのですが、誰かかその他に何かこの検査をしておいたらどうかとお考えがありましたら、おつしやつていただきたいと思います。ないようでしたら腹水の方は何とか大体見当がつけかけたようですから、いま一つの主要症状である腫瘍について検討をすすめてみたいと思ひます。さてこの Tumor は回盲部における腫瘍だという事がわかりましたので、これが果して胃腸管に直接関係あるものかないものかレントゲンの透視の検査をレントゲン科にお願いし、島津教授にして頂くことにしました。その時の透視所見を島津教授にお願いいたします。入院は11月16日でしたが、検査を急いでして頂きまして、11月18日にいたしました。どうぞ島津先生お願いします。

島津：只今お聞きになつたような次第でございます。入院後2日目に拝見いたしましたのですが Oesophagus の方は変化が認められませんでしたので撮つてございません。まず Magen の立位像であります(写真1)。これを撮ります時、

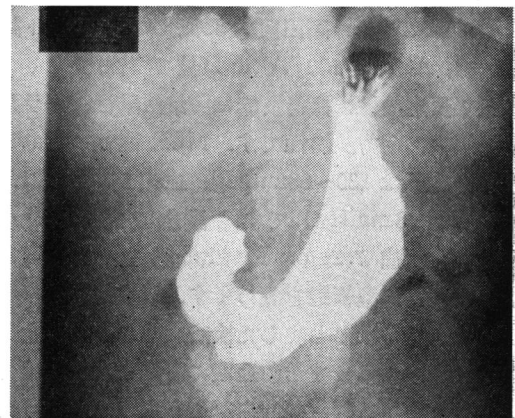


写真1 胃立位像

Oesophagus の下端が入るようしておきますと Cardia との関係がよくわかります。このフィルムでも Hiatusenge の粘膜が 5 cm 程現われています。Magen を観察する前にまず気付きますのは、その左外下方に Milz の Unterpol らしいものがみえておりますこと、また肋軟骨にかなり高度の化骨が認められることです。この程度のこと

は、62才の方ですからよろしいでしょう。さて、Magen ですが、立位正面像で Magenblase は länglich oval で、また Magenblase と Zwerchfell との距離から考えましてもここに浸潤らしいものは認められません。このことは、背位、腹位の像からもおわかり頂けると思います。次に Korpus の形ですが、これは問題のない形とは言えません。まず小彎側をみますと、一応 glattwandig ではありますけれども、(大彎側にはある程度の Peristaltik が現われていますのに)、蠕動がほとんど見えていないのは、余り好ましい状態ではありません。つぎに、Winkel はよく出ておりますし、幽門前庭部も、また Bulbus もよく出ています。以上で形状はたいしたことはなさそうだという事がわかります。先程からのお話のように、この方は既に腹水が多量ありましたので、写真の Contrast が非常に妨げられましたし、またその結果 Magen の、検査は充分には行ないにくい状況でありました。さて Rückenlage のフィルム(写真2)の小彎側の辺縁はやや垂直で、立位時

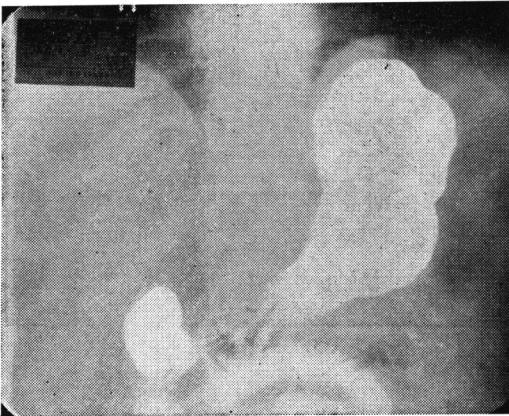


写真2 胃 背臥位

の小彎側と共に壁の浸潤傾向 (Wandstarre) を疑いたくなりますが、Bauchlage のもの(写真3)を御覧いただきますと、非常によく Peristaltik が起こっている状態を知ることができます。しかも大彎側と小彎側とに parallel に素直におこっていて、伸展性が阻害されていないらしいことがわかります。

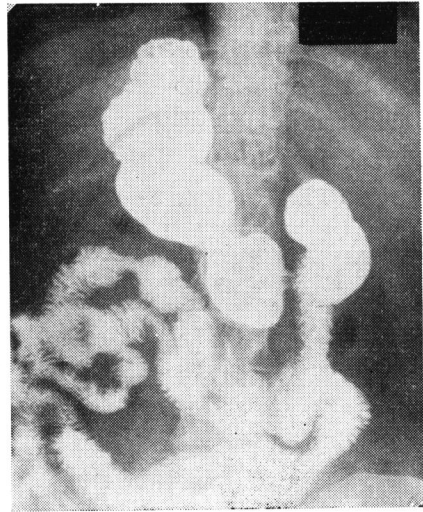


写真3 胃 腹臥位

背位の検査時には、Magenblase の空気が、Korpus に移動して規則正しい Schleimhautrelief が現われるはずですが、空気量の少ないこと、また Barium によつて充盈されていることもあつて、よく現出致しませんでした。しかし透視下に圧迫を加えてみたところ、粘膜には殆ど変化らしいものは認められませんでした。このことは背位時の幽門前庭部の状況からも、またわずかながら見えております粘膜の状況からも推測できます。次に Verwachsung がありますが、立位では、はじめに申したような状況を呈しましたし、背位では抵抗なく移動性のあること、腹位では充分な Peristaltik が現われた事などから総合しますと、癒着もないと考えられ、以上の諸点から、Magen には変化を認め難いと申してよいと思います。

次に Bulbus duodeni ですが、この輪廓、充盈ともほぼ変化はありませんでした。さらに Dünndarm ですが、Schleimhautrelief が非常にきれいですし、どこにも病的な狭窄、拡張が認められない点から、癒着はないでしょう。結核性の腹膜炎の時は、しばしば Dünndarm にも変化がおり、Schleimhautrelief もこんなにきれいに生まれませんし、狭窄、あるいはそれに付随した拡張が見られるとか、また時には Dünndarm がある局所

に集結して、偏位を示すこと、すなわち Konglomerat のようになる事もありますが、この方の場合にはそういう事が認められない点から、腹水は Dünndarm には直接関係ないものと考えられますでしょう。

この2枚の Film (写真4, 5) は4時間後の状

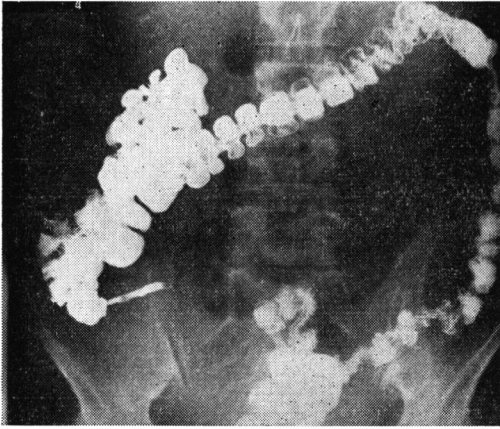


写真4 腸 背臥位 4時間後

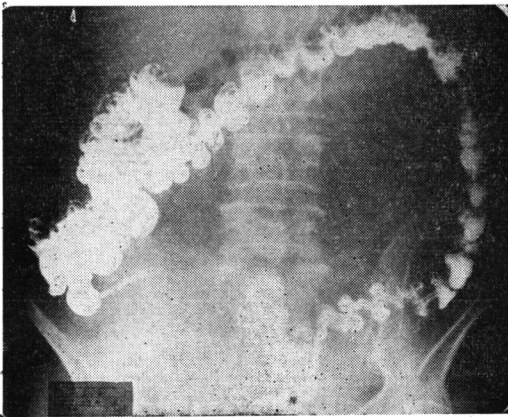


写真5 腸 立位 4時間後

況を観察したもので、Dünndarm が殆ど異常を示さなかつた事を裏書していると思います。すなわち、Dünndarm に Barium の残存像が全く認められない点であります。もし、Dünndarm に病変がある場合には、どの部分かに Barium が残存して病変像を示してもいいのでありますが、これには特別なことは見当りません。この4時間後の立位像では、Caecum から全領域にわたる

Colon が現出しております。私共はしばしば触知し得た Tumor の形と大きさとをヒューズで囲みながら Mark を作り、実際の Ba 像との関係を追及いたします。この際、必ず検査時の体位に従つて Mark をつけることが必要です。患者は、ある体位の時に、たとえば半座位、あるいは臥位のほうが触れ易く、むしろ立位では折角触れた Tumor が触れにくくなることもしばしばでございます。また患者は Bauchwand が schlaff することが多く、最も触れ易い体位で腹壁上に markieren し、しかもそれとは違う体位で検査を施行するとしますと、Tumor の実際の位置と Darmschlinge との位置的關係を錯誤することがありますので、たとえ触れにくくとも、これから観察しようとする体位をとらせて markieren する必要があります。この場合の Tumor の触れ方は、mark に示す通りで、臥位で行なつたものですが (写真6)、これによると Caecumgegend に

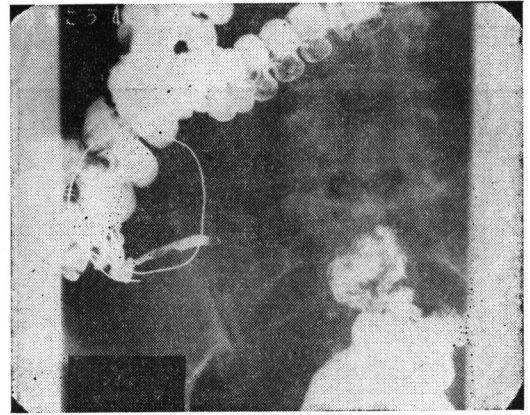


写真6 腸 背臥位 4時間後

Tumor を触れていることになります。またこの部位から Kotstein を包蔵した Appendix が内側方に水平に向つております。この Appendix は Ascites や Tumor と直接的な関係はないように、この当座は思われました。さて Caecum ですが、ascendens から上方にたどつてゆくと、Flexura hepatica に至り、そのあと transversus は ascendens の外側を通つて、ほぼ中央まで一旦下り、ここで左に彎曲し左外上方に、Flex.

lien. に到達しているように見られます。しかもこの彎曲部は、写真4, 5の Film でもわかるように、癒着の存在を示しているようです。その当時の私の記録を読みますと、「この Tumor と Darmschlinge が全く frei とは考えられないが、Tumor そのものは Darm 自身ではないように思われる」という記載になつております。つまり Tumor は Tumor として深さの違うところにあり、Darm には多少の癒着はあるらしいが、Darm そのものは一応別個のものとして観察されると書いてあります。そこで、Darmschlinge 全体の Verlauf ですが、この年令の方として、多少の Coloptose があつても当然と思われませんが、(もつとも撮影時体位にもよる)、Coloptose を示していないことは Ascites の Kranke では時々見られます。Trans. の Haustra を見ると、Luftblase が散見されますが、これは、あるいは当時既に Netz などがこの Schlinge と多少、癒着を起こしていたのかもしれませんが。Haustra は全般に少し spastisch であります。なお Erosion とか Geschwür を思わせる像や、または Tumor bild を示唆する所見等は認められません。Bauchlage による検査時には、Bauchwand の皮膚と Tumor の実際の Lage とは変化することが予想されますので、ここでは Mark を取り去つてあります。写真7が24時間後のものですが、Appendix の中には残っているが、他に

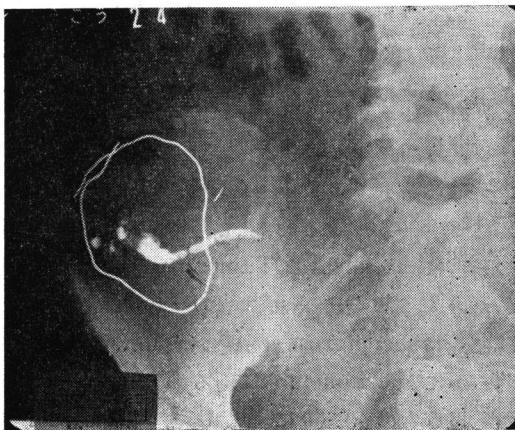


写真7 腸 24時間後

Tumor と密着した Darm の変化はないようでした。以上でございます。

小山：どうもありがとうございました。

いま島津教授がお話し下さいましたように、どうもこの腫瘍は Darm 自体にあるのではなさそうです。これは Kot の潜血反応が陰性の成績である事とある程度一致しているように思われます。しかし場所としては廻盲部ですから、それでは、腸管自体のものでないとすると、腸管の外壁から何か Tumor がはじまつたのかとも考えてみました。ともかく Ascites の成績から悪性腫瘍がどこかにあつて、癌性腹膜炎があることが考えられますので、次にこの Tumor を retroperitoneal のものではなからうかと考えてみました。Niere は先に述べましたように、腎機能に異常なく、其他あまり異常所見も見られませんのと、また患者の都合もありましたので、Pyelographie は施行しませんでした。retroperitoneal のものと考えてみますと、第一に挙げるものは卵巣、そして gynaekologisch のものではなからうかと思ひ、11月18日 X-ray を撮つた同日と、22日の2回にわたり川上教授にみて頂きました。どうぞ川上教授お願いします。

川上：只今おつしやいましたように、第1回目は昨年11月18日、次に4日おいて22日と2回にわたつて診察しております。大体 Anamnese は先程内科の方がおつしやいました通りですが、婦人科的に特異な点は、この方は19才で結婚して、1回も妊娠していないという事です。そして Menopause が47才ですから、もう6年前から月経が停止しているわけです。私共の方へまわつて来た時の依頼状は、主訴が Bauchtumor, Ileocaecalteil に Tumor をふれますからよろしくとの事でしたが、私共の診ましたところでは、外診所見では著明な Fluktuation を証明し、Ileocaecalteil に、そんなに硬くないけれども、かなり硬い、しかも höckerig の、移動性のない、圧痛のない Tumor がありました。婦人科的所見としては、63才ですから Genitalien が atrophisch です。そして元来不妊の原因が、ひよつとしたら軽度の發育不全ではなかつたかと思えるように、Portio も小き

く、Uterus もやや小さい、そしてよく移動している、Douglas Boden の右半分がやや抵抗がある、付属器は左は全然抵抗はないが、右にやや抵抗がある程度です。しかし、はつきりした Tumor は触れませんが、右半分の Douglas Raum にやや抵抗がある程度です。膈粘膜が非常に hyperämisch で、これは検査の結果 Trichomonas が (卅) であるから、Trichomonas によるよほどひどい膈炎があると思いました。

その後の所見は4日後に、第2回目に見たのも全く同じでして、要するに Uterus はもちろん小さく、よく移動している。Douglas Raum には Tumor は全然触れないが、右半分に幾分抵抗があり、右の Adnexe に幾分抵抗がある。しかしはつきりした Tumor は触れない。内診しても、もちろん外から触れる Tumor に指が届きませんし、その Ileocaecalteil の Tumor と連絡あるような Tumor は Douglas Raum には一つも発見できなかったのです。Ovarium の Tumor の場合にはその所見は非常に irregular で、内診所見だけでははつきりとした卵巣の癌なら癌という所見はないのですか、かなりこのように Ascites の強い場合でも、Tumor をはつきり触れなくても、どこから発生したものかわからぬが、とにかく、Netz や Darm などに起こった Metastase が Ascites の中に浮いて、ballottieren する Tumor をよく触れる事がありますし、Douglas Boden その他の Beckenwand に硬い移動性のない Tumor を触れることが多いのです。このような所見がありますと、臨床的には、発生母地はどこかはわからないが、卵巣から発生した Tumor を疑う必要があるのですが、この患者はどうも、ileocaecal の Tumor があまりはつきりしており、しかも、もしそれが卵巣から出た Tumor とすると、子宮付属器も回盲部に癒着し、子宮もそれに引き上げられて多少とも子宮腔部は上昇しているのが普通だと考えられるのですが、そういう事も全然ありませんし、まずまず、これは卵巣の Tumor ではなかろうと御返事申し上げておいたわけであります。

小山：どうもありがとうございました。いま川

上教授のおつしやつたような御返事を頂きました。この腫瘍と Ovarium との関係は何かはつきりしない、おそらく gynaekologisch なものとは無関係なものであろう、外科を受診してみてもどうかとの御返事を頂きました。川上先生にお伺いしたいのは、このように内診した場合、何か Ovarium に疑いを持つた時には、Smear test とか、Uterus を auskratzen するとか、其他の精密検査をするという事はないのでしょうか。

川上：当然 Douglas Punktion をして Smear の検査をすべきだと思うのです。Uterus から出てくる Smear の Test もすべきです。実は検査してあるのですが、今日ここに見つからなかったのもつて来てありません。Uterus から出てくる Smear でもたまには卵巣癌の細胞が出てくる事もあります、それよりも、Douglas の Punktion をやるべきだと思います。

小山：Douglas Raum から Ovarium に向けて Punktion するのでしょうか。

川上：Ovarium に向つてではなく、Douglas Raum に溜っている Ascites に浮いたものを取る訳ですから、腹壁からやられたのと全く同じです。Vaginalwand を通つて、3mm~4mm しかございせんから、この部分から Douglas Raum に針を刺してその部分の Ascites を取つてそれを調べる訳で、これは上からやるのと同じ事です。

小山：今のお話のように、Smear は取つてあるのだそうですが、結果をお伺いする事ができません。外科を受診したらどうかとの川上教授のお返事でしたので、外科の方に診て頂くことにしました。

外科の林講師に Ileocaecalteil の Tumor だけを見て頂き、御意見を頂きました。どうぞ林先生お願いします。

林：内科から依頼されて、Ileocaecalteil の非常に hockerig な Tumor の患者さんを見ました。左下腹部に Ascites の Punktion をした跡に、taubeneigross の硬い Tumor があり、明らかに Peritoneum にある Tumor ではないかと思うものを一緒に見ました。Ileocaecal の Tumor がレントゲンのほうで、全然 Caecum



に Defekt も何も無いとのことですが、ひよつとして、外方ばかりに発育した Caecum の Tumor であるかとも思われるし、もう一つは全然動かないので、Retroperitoneum の Tumor かしらとの感も受けました、また Magen あたりに小さい primär のものがあり、Metastase でおこつたものかとも考えたのですが、何分 Ascites がすぐたまっていて、それを Punktion して中に異型細胞が多数にあるとの御返事だったので、外科的には手術が不適応と思いました。診断確定には、試験開腹という方法もありますが、Punktion した所でも Tumorzellen がついて腫瘍となるようでは開腹することが患者の死期を早めることになるので、もはや開腹の適応はないと御返事しておいた次第です。

小山：どうもありがとうございました。

それではその後どんな経過をとつたかを、受診の先生お話し下さい。

橋本：入院後直ちに腹水穿刺を施行。血性の液 3350cc 採取しました。輸血、トヨマイシン、アルダクトン A、エシドレックスなどの投与により約 2 カ月間は小康を得たが、その後回盲部腫瘍が次第に板状に大きくなり、また腹水穿刺後の腹壁にも不整形の硬い腫瘍を新たに形成しました。患者は強度の腹痛と腰痛を訴え、嘔吐を繰り返し、次第にるいそう強度となり、胸壁に皮下出血斑を認めるようになり、血圧下降し、昭和 39 年 5 月 14 日、全身衰弱の下に遂に死亡しました。

小山：経過は只今お聞きになつた通りですが、11月21日の Punktion の事につき、つけ加えさせて頂きますと、沈渣における異型細胞は solid のまとまつた Zellnester としてみられるという、病理からの御返事でした。その後しばらくは Ascites はたまりませんでした。ところが外科に受診した頃に、Punktion した場所、すなわち左下腹部に Induration ができましたので、これは、Punktion のために Infektion でも起こしたのではないかと思ひ、リバノール湿布をして、シンシリン、アクロマイシンなどを投与しておりましたが、これはだんだんと Strang のように硬くなつてきました。そして、先程林先生からお話があつたように、それがやはり Tumor である事

がわかつてきました。11月27日から Toyomycin による抗癌療法や Plasma, モリアミン其他の栄養剤の補給を続けました。大体この患者は、食欲はあまり侵されませんし、悪心とか嘔吐は殆どなかつたのであります。Tumor 自体は入院以来 2 月 7 日ぐらいまでは抗癌物質の使用にも拘わらず縮小しませんでした。話が少し前後しますが、12 月 18 日頃から下腹部の緊張感を訴えるようになり、大体 12 月 24 日頃から少しずつ Tumor が大きくなつたようです。そのために Epigastralgie を訴え、また Ascites がたまってきて、そのため食事ができなくなりました。また腫瘍自体には圧痛もありませんでしたが、2 月 7 日頃 Tumor がはつきり小さくなりかけた頃から、これを訴えるようになりました。1 月 28 日に 2 回目、1 月 31 日に 3 回目の腹水穿刺を行なつております。この時の腹水の性状は、1 回目と全く同じで、やはり異型細胞を多数認め、その細胞は粘液を産生するような細胞で、おそらくこれは消化管から発生した Tumor ではないかとの御返事を病理教室から頂いています。前後 3 回にわたつて病理教室に検査を依頼していますが、毎回同様の御返事で、毎回異型細胞の性質からみて、消化管から発生したのではないかとのお話を聞いております。Tumor はだんだん大きくなりましたが、発熱は殆どありませんでした。しかし、だんだん Epigastralgie を訴えることが多くなり、結局、睡眠障害も起こつてきました。Ascites のほうはアルダクトン、ダイクロトライドなどの利尿剤を使う事によつて大体おさまつておりました。1 月 25 日からは強力に利尿剤を使つておりましたが、1 月 28 日以後、利尿剤を使用しているにも拘わらず効なく Ascites はふえてきまして、その後大体 12 回にわたり腹水穿刺を行ないその都度 1000~2000cc の腹水を取つております。先程林先生がおつしやつたように、Haut の Metastase と考えられました左下腹部 Tumor もだんだん大きくなつて、ついに超鶏卵大ぐらいまでになり、これは回盲部における Tumor と同じ硬さの、つまり steinhart の、höckerig の動きにくい Tumor となりました。腹水の中には確かに異型細胞が沢山認めら

れ、悪性腫瘍と思われるものであるという御返事は頂いておりますが、その細胞の性状はつきりしない、どうも染色の仕方が悪かつたためか、よくわからないとの御返事を病理から頂いております。腹水中の細胞ですと、フラフラと浮いておりますし、またいつそれが Tumor から遊離して腹水の中に落ちこんだのかもよくわからない。日が経つておれば、いろいろの変化が細胞にくるかもしれない、いつそ、Biopsy をしたらもう少し細胞の性質が分るかもしれないと思ひまして、Silvermann の Organbiopsy の針を使用して、Hautmetastase の場所に穿刺を行ないました。Biopsy ですとあまり組織は沢山とれませんし、また Tumor 全部が全く同一の変化を示しているかどうかはわかりませんが、その組織所見はやはり Mitose の強い異型細胞であり、粘液を分泌する細胞、やはり消化管から出た悪性腫瘍ではないかとの御返事を頂きました。この Biopsy によつて更によく細胞の性状がわかればもう少しこの Tumor の原発がどこであるか、その推定ができると思つて行なつたのですが、その結果を期待できませんでした。こうして Tumor はだんだん大きくなり、広がり、ついには Bauchwand にあたかも板状のように広がつてまいりました。Haut の Metastase のほうはこれも非常に硬く大きくなりました。しかし全身状態はあまり侵されませんでした。2月20日頃からだんだん悪心、嘔吐が強くなり、眠られなくなり、食べられなくなり、腹痛はだんだん鎮痛剤を用いなければおさまらなくなつてきました。3月14日に胸部レ線写真をとつておりますが、これは患者が胸痛を訴えたので撮つてみたところ(写真8)、左胸部に胸膜炎らしい所見が出ております。しかしこれは普通の Pleuritis とは少し異つた所見であります。入院時の胸部レ線写真(写真9)をみますと、この時は Zwerchfell が上昇しております。しかし最初は、ここには胸膜炎のようなものはなかつたようです。この Film で見られるように、3月14日のは、ここにこのように、おそらく Pleuritis をおこしたのだらうと思ひますが、このような陰影を認めております。ただし水がたまつたときと

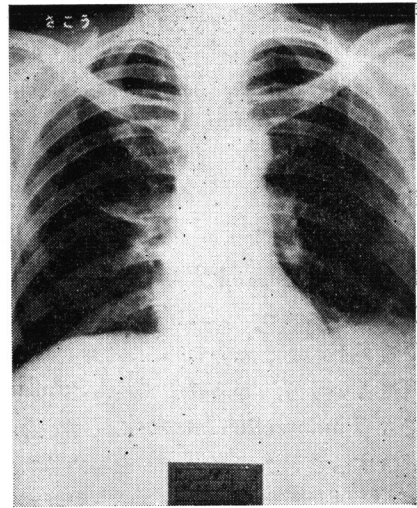


写真8 胸部 胸膜炎

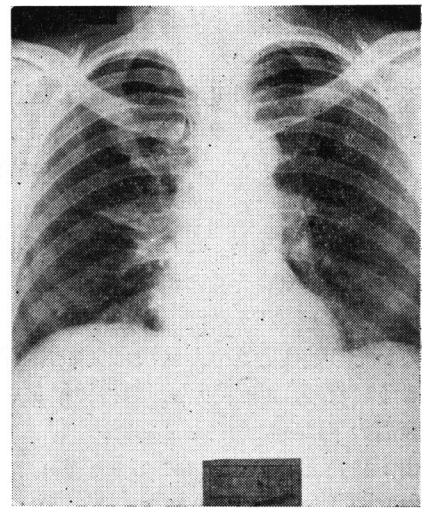


写真9 胸部 入院時撮影

違つた所見と思ひます。この場合できれば側面からの写真を撮つておけば良かったのですが、私共がうつかりしまして撮りそこなつたのです。ともかく、普通の肋膜炎とはちよつと違つていようです。これに関しては島津教授に後日御教示して頂こうと思ひます(島津教授は帰られたので)。さて患者はだんだんいそがが目立ち、腹水穿刺をくり返すようになりました。3月25日から今まで全然触れなかつたリンパ節を触れるようになってきました。Hals や Subclaviculargegend に米

粒大のリンパ節5～6コを触れてきました。3月31日には頸部リンパ節は小豆大ぐらいに増大しましたが、圧痛はありませんでした。4月3日頃から殊に衰弱が目立つてきました。殊に Nausea がひどくなり、食事も全然とれない。そのために血圧は最高が100以下になり、次第に Kachexie の状態となりました。以前は静脈の Dilatation が全然みられなかつたが、この頃から認められるようになりました。4月21日には殊に胸痛が強くなり、腹部には Meteorismus を認め、4月24日頃からは Tumor のある部位だけでなく、Bauch 全体の痛みがはじまつて、どこを圧しても腹痛を訴えるようになりました。5月12日には衰弱はますます激しくなり、胸壁に Petechien が出現し、全胸部に放散する疼痛がはじまつてきました。5月13日には意識ははつきりしておりましたが、血圧は全然測定できないほど下降し、非常に強度の腹痛と腰痛を訴え、Puls は殆ど触れなくなりました。しまいには腰痛を訴えていました。かかる状態で5月14日遂に死亡しました。

以上のような症例です。何かこれまでのことにつき誰か御質問ありませんか。結局悪性腫瘍による腹膜炎と、はつきりした腸管自体には関係のない回盲部の Tumor が主要症状でした。診断上最も疑われた Ovarium は、川上教授からは確実なご返答が得られなかつたのですが、どうもこれに多大の疑問をもつていました。結局最後は Sektion になつた訳ですが、今までの事について何かご質問はありませんか。なければ今井教授にお願いいたします。

今井：まず腹腔をあけますと腹膜、これは壁腹膜と消化管の Serosa も含めて全体に非常に厚くなつていて、腫瘍性の浸潤、skirrhös な腫瘍性の浸潤を思わせる所見です。回盲部の腫瘍は、特にそういう変化がひどいのです。どこをみましても腸管同志が癒着して、そのために腸管が曲つているという事は殆どありません。一様に厚くなつていて、腸間膜が収縮しております。左下腹部の腫瘍はこれと全然別で、皮下にある腫瘍で、これは臨床でもお気づきのよう、穿刺部の Implan-

tionsmetastase が発達したものです。あとはリンパ節の転移です。それで原発巣を探さなくてはいけないわけですから、消化管をずつと開いていきましたところ、まず胃が問題になるわけですが、胃も全体に Serosa が厚いというだけで、粘膜側には腫瘍がみあたりません。多少 Erosion があり、また萎縮性でありますから、萎縮性の胃炎の上に小さい癌が発生して、主に腹膜にひろがるという可能性があります。それでその点を考慮に入れて組織をみましたが、やはり癌は見だせません。したがつて、肉眼的にも、組織学的にも、胃から原発した癌はどうも考えられない。腸の方をずつとさがしてみますと、腸の粘膜下迄は外から Tumor が入つてきて、結節状に粘膜下にとび出しているのは、小腸の下部ではところどころありますが、そこから癌が発生した状態ではありません。もちろん回盲部も同じような所見です。回盲部の Tumor といいますと、盲腸より出る癌を一応考えてみなければなりませんけれどもありません。レントゲンで腸にはほとんど変化が認められていません。このレントゲンは死亡のだいふ前に撮影したのですが、それ以後多少変化したかもしれませんが、それにしても通過障害はあまりひどくなかつたと思われまふ。そういうわけで消化管には原発巣はない。そこで癌細胞が粘液を産生する細胞ですから、あと胆管、脾臓の癌なども一応考慮する必要がありますが、解剖した時にまずこの他に気がついたので、骨盤腔に特に癌性の浸潤が強いということです。直腸、膀胱の漿膜はもちろん腫瘍性に肥厚していますが、その間をうめて子宮、卵巢の存在が分らないくらい腫瘍のかたまりがあります。前に婦人科で診察なされた時は、こんなにはなつていなかつたと思ひます。ここに非常に浸潤が強いので、それでは粘液を産生するものとして、卵巢の癌を一つ考えておかななくてはならないと思ひ、この部分をたくさん切つてみたわけですが、ところが右の卵巢が原発巣として一番疑わしいという所見を得ました。写真に出ている Serosa は線維性に肥厚しており、この中に(写真10)癌細胞が点々とあります。大体



写真10 線維性に肥厚した Serosa 中の 癌細胞 (Skirrhous 状)

Skirrhous ですから、ここにある細胞をみても余り粘液はできていません。細胞も小型で、腺様の構造というのはいくらも示しておりませんので、この状態では癌の原発巣をきめるといのはむずかしいです。リンパ節でも腫瘍細胞の腺様の配列は余りはずかりしていませんが、いわゆる印環細胞のかたちで粘液をつくっている細胞が多数あります。とにかく異型の強い腫瘍細胞です。次に卵巣から

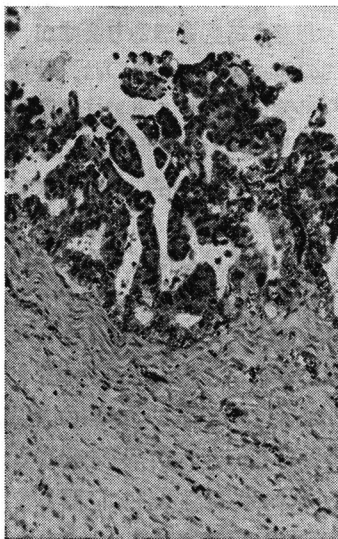


写真11 卵巣の乳頭状腺癌



写真12 卵巣の乳頭状腺癌

採つた標本でみまして (写真11, 12) 特に右の卵巣—右も左も Tumor の中に埋つておりまして、卵巣そのものとして取り出すことができないので、たくさん切つて、それらしいものを取り出したのですが—これは確かに卵巣の一部です。そうしますと、乳頭状の腺癌です。卵巣の中に小さい Cyste がいくつかありまして、その壁に円柱上皮の乳頭状の増殖、しかも細胞の異型を伴う増殖がみられます。もちろん胃でも乳頭状腺癌ができることがないことはありませんが、割合にこういう型の乳頭状腺癌は卵巣にでき易く、ことに Cyste の Wand がこういうようになっていることであると、更に原発性卵巣癌の可能性が大きいのです。ですから原発巣を他にみつけられなかつたこと、今の組織学的所見と合わせて、右の卵巣に原発したと考えるてよいでしょう。もちろん癌はその増殖場所でいろいろの変型をしますので、乳頭状腺癌のところは他にはあまりありません。Skirrhous 型の所が多いのです。これは生検の材料で、左下腹部の皮下の Tumor ですが (写真13)、これは卵巣のとはだいぶ違いますので、これから卵巣癌を想像することはできなかつたのです。次のスライド (写真14) は腹水の細胞で、いわゆる印環細胞です。腹水の細胞で時々紛らわしいのは、Peritonealdeckzelle で、これが刺激された

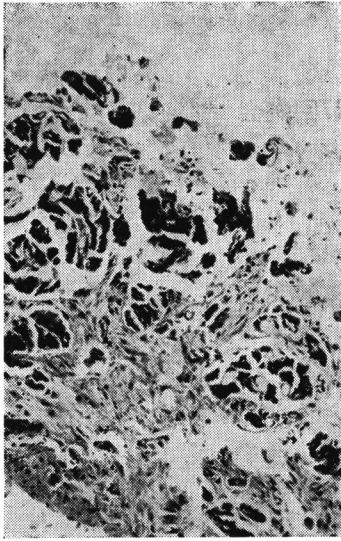


写真13 左下腹部皮下の Tumor (生検材料)

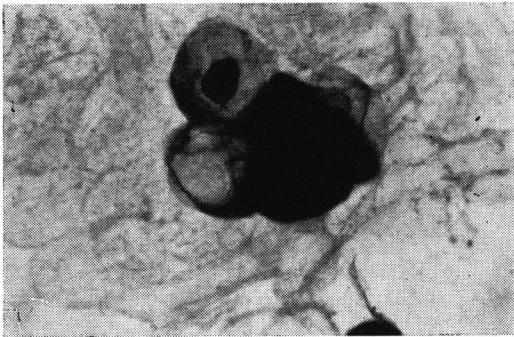


写真14 腹水中の細胞，いわゆる印環細胞。

ものが印環細胞に似ています。この写真のは核もこんな大きいのがありますから、やはり腫瘍細胞です。また細胞が数個群をなしていたりして、確かに癌細胞だと言うことができます。右の卵巢の Cystadenom から変化したか、はじめより癌として発生したのかわかりませんが、そういうものが早い時期に Peritoneum の方に広がって、Peritonealcarcinose の型になつたものと思います。転移のほうは、腹膜の他には後腹膜、胃の周囲、肝門部のリンパ節、腹腔のリンパ節がかなり腫れており、遠いリンパ節の転移としては、右鎖

骨下とか、右の静脈角、肺門部にあります。肺には肉眼では何もなかつたのですが、組織学的にはかなり多く腫瘍栓塞があります。これを基礎にして方々に Thrombose があります。これは、末期に衰弱してきて、脱水状態になり、血液が凝固し易くなるということがかさなりますと、Thrombus がよくできます。これにより小さい Infarkt がいくつかみられました。この肺の所見は臨床的にどうということはありません。Tumor のことはこれぐらいです。早い時期に Peritoneum に Metastase を起こして、腹水が貯まり、殊に入院後もだんだんたまる速度が増して、3日から4日おきに2000cc とか、1500cc とるようになったようですが、腹水をとる事は栄養状態を悪くします。一方、こういう時によくみられますのは、腹腔にどンドン体液がでてきて、尿量が減少してきますと、尿に出るべきものが十分に腎臓から排泄できないうえ、末期に Urämie のような所見を呈することがよくあります。この例も多少そういう気味がありました。死亡の1カ月前の NPN が 33.7ですが、解剖した時のものは、もちろん死後少し増えますが、NPN は 113mg/dl ですからかなり増えています。全身の栄養の失調に加えて、末期には尿毒症の性格を多少混じえた肺炎が起こつて、それが直接の死因となりました。治療としては、トヨマイシンを使つたようですが、この薬は癌の発育を抑えるのにかなり役に立つていたと思います。それは腫瘍が所々 Nekrose になつており、その Nekrose の部が後で Fibrose になるという過程がみられます。そういうのは自然の癌の発育の時には余りみられない所見です。始めの症状が悪い割に、長くもつたというのは、薬の効果がある程度あるのではないかと思います。

小山：どうもありがとうございました。誰方何か御質問がありますか。もしなければこれで本日の検討会は終りに致します。どうもありがとうございました。