

136.

616.41-007.61:616.14-089

慢性脾腫ニ就テ

岡山醫科大學津田外科教室（主任津田教授）

助手 醫學士 藤原公平

〔昭和17年12月14日受稿〕

第1章 緒言

脾臓ハ其ノ構造及ビ機能共ニ複雑ニシテ(Gallen)以來迷宮の臓器トサレタルハ何等怪シムニ足ラズ。サレド最近ノ生理學、病理學ノ進歩ト共ニ、脾疾患ニ關スル研究モ外科の方面ニ於テ漸次多キヲ加ヘツツアリ。殊ニ1894年Banti氏ガ「肝硬變ヲ伴ヘル脾腫症」ナル論文ヲ公ニシテ以來、脾臓外科ハ鬱然トシテ勃興スルニ到レリ。抑々脾臓ハ其ノ解剖的關係及ビ機能ヨリシテ、一般ニ種々ノ原因ニヨリ屢々肥大スルモノニシテ、急性傳染病例ヘバ「腸チフス」、猩紅熱等ニ隨伴セル一過性ノ急性脾腫トモ稱スベキモノハ、平常醫家ノ周知スルモノニシテ、外科の興味少キモノナリ。サレド何等カノ原因ニヨリ慢性ニ腫脹肥大シ、機械的障礙ヲ惹起スルハ勿論、貧血ヲ招キ健康ヲ害スル場合少カラズ。如斯慢性脾腫ノ脾剔除術ノ適應トナルモノニシテ、種々ノ疾患ヲ含ムハ最近漸ク闡明サレントヘル所ナリ。而シテ脾臓ハAschoffノ所謂網狀内皮系統器官ニシテ、肝臓及ビ骨髓等ト密接ナル關係ニアリ。殊ニEppingerハ1920年、之等3者ノ間ニ色素代謝機能ノ密接ナル關係アルヲ力説シHepatosplenale Erkrankungナル名稱ヲ用ヒタリ、又1929年Rollestonハ骨髓ノ機能態度ヲ加味シ、肝臓造血性又ハ肝臓溶血性疾患ナル名稱サヘ使用セリ。如斯單ニ慢性脾腫ト稱スルモ、肝臓、骨髓等ト密接ナル關係アルヲ以テ、其ノ病理、本態等ハ千差萬別ニシテ難解ナ

ルハ論ヲ俟タズ。本邦ニ於テモ、泉氏ハ外科の方面ヨリ「脾腫ニ就テ」ノ報告アリ。又内科方面ヨリ最近伊藤氏ノ「慢性肝脾疾患」ノ報告アリ。兩者何レモ脾腫ニ就テノ詳細ナル研究ニシテ、興味津々タルモノアリ。最近余ハ津田外科教室ニ於テ慢性脾腫ノ剔除例ニ遭遇シ興味ヲ喚起サルル所大ナルモノアリ。而シテ夫等ノ組織學の所見ハ實ニ區々ニシテ、病理、解剖學の研究ノ如キハ素養ナキ余ニトリテ最モ困難トスル所ナルモ、唯、臨牀的、外科の興味ヲ重點ニ置キ、聊カ慢性脾腫ニ就テ述ベントヘルモノナリ。

第2章 慢性脾腫ノ概念、分類竝ニ

脾剔除適應症ニ就テ

慢性脾腫ナルモノハ、脾臓自體ノ疾患ニヨリテ惹起サルルハ勿論、全身性疾患例ヘバ傳染病、血液病或ハ肝疾患ニ隨伴シテ招來サルルモノナレバコレガ分類ハ複雑ナルハ言ヲ要セズ。Bantiガ所謂Banti氏病ヲ發表スル以前ニ、慢性脾腫ハ多ク貧血ヲ伴フヲ以テ、Anaemia splenica（脾性貧血）ナル名稱ヲ用ヒ、其ノ後種々ノ學者例ヘバStrümpellノ如キハ「脾性貧血」ナル言葉ヲ溶血性黃疸、惡性貧血等ヲモ含マシメ、Bantiノ記載セル意味トハ趣キヲ異ニセリ。現今「脾性貧血」ナル言葉ハ、臨牀上餘リ用ヒラズ。サレド慢性脾腫ニ於テハ貧血ヲ伴フ場合實ニ多ク、前述ノ如ク種々ノ疾患ニ附隨スルモノナレバ、コレガ分類ハ

臨牀の分類、病理組織學の分類或ハ兩者加味シタルモノ等多ク行ハルル状態ナリ。伊藤氏ハ臨牀的ニ脾腫脹ノ有無ニ依リテ、慢性脾腫ヲ次ノ3型ニ分類セリ。

即チ ① 肝萎縮型脾腫症 (Hepatoatrophische Splenomegalie)

② 肝腫大型脾腫症 (Hepatomegalie Splenomegalie)

③ 中間型

此内、中間型トハ自己ノ觸診上ノ主觀の觀念ニヨリテ定ムルト言ヘリ。又 Lubarsch 或ハ柿沼等ハ次ノ如ク分類セリ。

① 所謂血液病時ノ脾腫。例ヘバ白血病、惡性貧血、溶血性黃疸、赤血球增多症、紫斑病等

② 感染又ハ寄生性疾患時ノ脾腫。結核、梅毒、慢性敗血症、特ニ遷延性心内膜炎、「マラリヤ」、「カラ、アザール」、日本住血吸蟲病、「肝臓デストマ」等

③ 血行障碍時ノ脾腫。廣義ノ鬱血脾、例ヘバ心機能不全時及ビ脾靜脈壓迫サルル時及ビ靜脈栓塞性脾腫

④ 退行變性ニヨル脾腫。Amyloid-脾

⑤ 眞性腫瘍ニヨルモノ

⑥ Gaucher 型脾腫

⑦ Banti 氏病及ビ所謂肝脾系疾患

コノ分類ハ病理學の方面ヨリ、即チ脾腫ヲ惹起セシメタル原因ハ不明ナレドモ、大體病因論的ニ分類セルモノト言フヲ得ベシ。サレド斯ル分類ハ病理學の乃至ハ理論的ニ興味甚ダ多キ所ナルモ、脾剔出適應ヲ決定スベキ慢性脾腫ニ於テ、臨牀上其ノ本態何レニ屬スルヤ不明ナル場合多キハ論ヲ俟タズ。從ツテ斯ル分類ニ於テハ實地臨牀上困難ヲ伴フモノナリ。吾人ハ慢性脾腫ニ於テ必ズ血液諸検査ヲ必要トスルモノナリ。故ニ慢性脾腫ニ於テ血液所見ニヨル分類法無キモノカト文献ヲ涉獵スルニ、1925 年 Aubertin ハ貧血ヲ伴ヘル脾腫ヲ、血液像、殊ニ白血球像ニ着目シ、之ニ臨牀的研究

ヲ行ヒタル結果次ノ4種類ニ分類シ、之ニテ脾腫ニ於ケル變化ヲ推測シ、而シテ治療ノ方針ヲ定メタリ。即チ

第 I 型 赤血球ノ刺戟症狀ヲ伴フ型

有核赤血球ノ出現、中等度又ハ高度ノ白血球増加ヲ伴フ特徴トス。白血病ヲ初メ Jaksch-Hayem 氏病等之ニ屬ス。脾ニ骨髓樣增殖アルモノト想像セリ。脾剔出ハ原則トシテ禁忌ナリトス。

第 II 型 白血球減少ヲ伴フ型

比較的淋巴球增多アリ。Banti 氏病、「マラリヤ脾腫」、「カラ、アザール脾腫」、靜脈栓塞性脾腫等之ニ屬ス。脾剔出ハ屢々可能ニシテ適應ナリトス。

第 III 型 多核白血球ノ增多ヲ伴フ型

結核、梅毒ハ之ニ屬ス。

第 IV 型 正常白血球像ヲ呈スル型

コレニ Gaucher 氏病屬ス。

斯クノ如ク白血球像ニテ分類セルモ絶對的ノモノニ非ズシテ、屢々移行型ヲ見ルモノナリト言ヘリ。尙ホ 1928 年 Morawitz ハコノ Aubertin ノ所說ヲ基トシテ、他ノ臨牀像ヲモ考慮ニ入レ、更ニ脾ノ組織學の所見ト照シ合セ、次ノ分類ヲ行ヘリ。即チ

① 造血性脾腫。之ハ脾ニ造血性組織ノ增殖アリトナシ、白血病、Jaksch-Hayem 氏病コレニ屬シ Aubertin ノ第 I 型ニ相當ス。

② 溶血性脾腫。惡性貧血、溶血性黃疸ニ於ケル脾腫之ニ屬ス。

③ 結締組織增殖性脾腫。二次的貧血、白血球減少、比較的淋巴球增多ヲ伴フ。Banti 氏病肝硬變ニ伴フ脾腫。諸種ノ感染原蟲ニヨルモノ、脾靜脈ノ炎症性變化ニヨルモノ。之ハ大體 Aubertin ノ第 II 型ニ屬ス。脾剔出ノ效果最も大ナリ。

④ Gaucher 氏病型ノ脾腫

之等ノ分類ハ臨牀上重要ナルモ、之等脾腫ノ概

略ヲ知り且脾剔出ノ可否ニ就テ聊カ記述セン。

脾臓自體ノ單獨ニ腫脹スル疾患トシテ、良性及ビ惡性ノ腫瘍、細菌性疾患ガ單獨ニ脾臓ヲ侵セル場合、即チ脾臓結核、脾膿瘍等ナリ。サレド之等ハ何レモ比較的稀ナルモノナリ。多クノ慢性脾腫ハ前記種々ノ分類ニモ見ラルル如ク、種々ノ全身疾患ノ部分的現象トシテ現ハルモノナリ。而シテ脾腫自體ガ可成リ大ニシテ、爲ニ局所症狀ヲ惹起セシメ、一見獨立セル一次の疾患ノ如キ外觀ヲ呈スルモノナリ。而シテ病理の系統的ニ次ノ3項ニ分チテ述ベシ。

〔1〕所謂血液疾患時ニ於ケル脾腫。コノ群ニ屬スル疾患ハ骨髓機能ト密接ナル關係アルモノナリ。即チ白血病及ビ類似ノ疾患並ニ多クノ貧血ハ之ニ屬ス。Aubertinノ第1型及ビMorawitzノ第1、第2類ニ屬スルモノナリ。之等ノ疾患ニ於テ、屢々著明ナ脾腫ヲ惹起ス。脾臓ハ正常時ニ於テモ淋巴球ヲ新生スルモノナルガ、淋巴性白血病及ビ非白血病ニ於テ、巨脾ヲ發生スルハ、脾濾胞ガ一般ニ過剰ナル淋巴球増生ニ與ルガ爲ナリ。骨髓性白血病ニ於テ巨脾ヲ伴フモ、之ハ正常脾ニハ存在セザル骨髓性要素ノ増生ニヨルモノナリ。同ジク非白血病ニ於テモ著明ナ脾腫ヲ生ズ。之等ハ慢性ノ場合ナルモ、急性白血病ニ於テハ、脾腫ハ現ハレザルカ、或ハ輕度ナリ。稀ニ巨大脾腫ヲ伴フ事アリト云ハル。又、淋巴肉芽腫ニ於テモ著明ニ脾腫ヲ惹起シ、稀ニハ脾臓ノミノ疾患トサヘ誤マラルル事アリ。他方貧血ノ種々ノ型ニ於テモ著シク脾臓ハ腫大スルモノニシテ、特ニ惡性貧血、Jakach-Hayem氏病(假性白血病性小兒貧血)ニ著明ナリ。之等ノ脾腫ハ多クハ血液ニ富ミ、惡性貧血ニ於テハ、脾臓ノ赤血球破壊能力ノ著明ニ充進セルニ依ルモノニシテ、Jakach-Hayem氏病ニ於テハ尙ホ脾臓ノ骨髓樣變化ヲ發現セルモノニ依ル。貧血トハ逆ニ、赤血球增多症ニ於テモ脾腫現ハルルガ、コノ際モ脾ハ血液ニ富ムモ、如何ナル脾要素ガ積極的ニ増殖スルカ、今日尙ホ不明ナリ。

〔2〕脾臓ハ血中ニ於ケル細菌微生物又ハ組織老廢物質等ノ濾過裝置トナリ、之等ヲ捕捉シ同時ニ細菌體ニ對スル抗體ヲモ産出スル作用アリ。依ツテ一般ノ傳染病ニ對シテ脾腫トナリテ反應シ、又新陳代謝病ニ於テ脾腫ヲ生ズルモノナリ。一般ニ急性傳染病ニ於ケル脾腫ハ外科的侵襲ヲ加フル要ナシ。即チ此種ノ脾腫ハ必要ナル防禦裝置トナレル爲ナリ。サレド一度膿瘍ヲ形成センカ、脾剔出ノ要アルハ勿論ナリ。(「腸チフス」ニ於ケル脾膿瘍ハ屢々經驗サルト云ハル)而シテ慢性トナレル傳染性疾患、例ヘバ「マラリヤ」、回歸熱及ビ「カラ、アザール」等ニ於テハ、巨脾ヲ惹起シ耐ヘザル壓迫感ヲ個體ニ與ヘ、時ニ自然破裂ヲ來ス事アルモ、斯ル際脾剔出ヲ要スルハ勿論ナリ。斯ル續發性傳染性脾腫内ニテ、細菌ハ集積増殖シ、個體ニ對シ持續的ニ危險ヲ與フルヲ以テ、脾剔出ヲ要スルモノナリ。例之、慢性「マラリヤ」、他ニ増悪性結核存セザル際ノ脾結核等ニ於ケルガ如キ場合ナリ。傳染脾以外ニ尙ホ病の新陳代謝產物ガ脾ニ沈着シ以テ脾腫ヲ惹起セル場合アリ。即チGaucher氏病、Niemann-Pick氏病及ビ重症糖尿病ニ於ケル所謂lipoidzellige Splenomegalieナリ。之等ノ疾患ニ於テ、網狀組織系統ニ類脂體沈着シ、特ニ脾臓ニ著明ナルヲ以テ屢々巨脾ヲ發生スルモノナリ。特ニGaucher氏病ニ於テ然リ。

〔3〕Eppingerノ言ヘル肝脾疾患群ニ於テ著明ナ脾腫ヲ伴フ事多シ。脾ト肝ハ其ノ解剖學的關係ヨリ、生理的狀態ニ於テ密接ナル關係ノ存スル事明カナリ。脾ニ於テ破壞サレタル血球產物、特ニ血色素ハ肝ニ對シテ意義ノ存スルモノナリ。コノ肝脾疾患ニ屬スル疾患トシテ通常、所謂Banti氏病及ビ肝硬變ノ種々型ヲ含ムモノニシテ、其ノ肝脾ニ於ケル組織學的特徵ヲ以テ、Dürr, Nägeli, Michael等ハ肝脾纖維症(Hepatosplenale Fibrose)ト呼ベリ。サレド廣義ノ意味ニ於テ伊藤ハ尙ホ血液疾患及ビJancher型脾腫ヲモ加ヘタリ。コノBanti氏病ハ最モ問題トナル疾患ニシテ獨立シ

タル疾患ナリト主張スル學者アリ、又單ニ症候群ニスギズトナス學者アリテ、未ダ尙ホ論義ノ決セザルハ周知ノ事實ナリ。

サテ一般ニ脾剔除ノ要無キ疾患ヲ舉グレバ、脾ノ畸形、結核ノ進行セル場合ニ現ハルル Amyloid-脾、急性傳染病ニ於ケル一過性脾腫及ビ佝僂病ニ於ケル脾腫等ナリ。而シテ脾剔除ヲ要スル疾患ニ就テ其ノ概略及ビ分類等ヲ述ベタルモ、脾剔除ヲ二方面ヨリ考慮セザルベカラズ。即チ 1 ツハ脾剔除ニヨツテノミ、生命ヲ救ヒ得ル場合ニシテ、Indicatio vitalis ト稱スベキ場合、他ハ脾剔除ヲバ、絶對必要トヘルモノニ非ザルモ、個體ニ著明ナル好影響ヲ與フル場合ナリ。他方脾剔除ノ禁忌トサレタル場合アリ。之等ノ點ニ就キ簡單ニ述ブレバ次ノ如シ。

(a) Indicatio vitalis ノ場合。自然又ハ外傷ニヨル脾破裂症、遊走脾ノ莖捻轉症、脾膿瘍、惡性腫瘍及ビ「エヒノコックス脾」ナリ。尙ホ單獨性脾結核症モコノ部類ニ屬スルモ、術前診斷スル事困難トサル。最も重要ナルハ Banti 氏病ナリ。

(b) 脾剔除ニテ好影響ヲ與フル場合。惡性貧血、肝硬變症、靜脈栓索性脾腫及ビ最近デハ慢性白血病及ビ Jaksch-Hayem 氏病等ガ問題トナレリ。尙ホ慢性「マラリヤ脾腫」及ビ微毒性脾腫ハ必要ニ應ジテ脾剔除ヲナス。Gaucher 氏病型脾腫モ屢々剔脾ニヨリ良好ナリト云ハル。溶血性黃疸及ビ Werhof 氏病ニ於テハ脾剔除ニテ臨牀上治癒シ作業可能ナリト云ヘルモ原病排除シ得ザルヲ以テ言ハベ姑息的手術トモ稱スベキナリ。

(c) 禁忌症ノ場合。急性白血病及ビ赤血球增多症ナリ。但シ自然破裂等ノ合併症ヲ惹起シタル場合ハコノ限りニ非ズ。

以上慢性脾腫ノ概念竝ニ分類ノ 2, 3 ヲ述べ、併セテ脾剔除ノ適應症ニ就テ簡單ニ述ベタルモ、脾剔除ヲ施行スルニ當リテハ個々ノ疾患ニ就テ充分ナル智識ヲ要スルモノニシテ、且廣範圍ノ疾患群ヲ含ムモノナレバ、慢性脾腫ヲ有スル患者ノ診斷

治療ニ當リテハ、細心ノ注意ト最大ノ努力ヲ要スルモノナリ。特ニ吾人外科醫ハ脾剔除術ノ適應誤リナキ様銘記セザルベカラズ。

第3章 臨牀例

余ハ最近當教室ニ於テ、3 例ノ慢性脾腫ニ遭遇シ、脾剔除術ヲ施行シテ全治退院セシメタリ。何レモ術前所謂 Banti 氏病ト診斷セルモ、術後ノ脾組織學的所見ハ、Banti 氏病脾アリ、鬱血脾アリ、或ハ何レノ疾患ニ屬スベキヤ本態不明ノ脾腫アリ。慢性脾腫ノ診斷ノ如何ニ困難ナルカラ痛感シタル次第ナリ。而シテ之等全治セシメタル以外ニ自家症例 7 例アリ。之等 10 例ノ脾剔除ニ於テ 4 例ハ脾剔除ニテ直接死亡セリ。カカル高率ノ死亡例ヲ出セル原因ハ奈邊ニ存スルヤヲ考察シ且之等慢性脾腫ニ對スル脾剔除ノ適應ニ誤リ無キヤ等ニ就キ檢討ヲ加フルベク、死亡例及ビ剔除成功例ニ分チ各症例ノ病歴及ビ組織學的所見ヲ記サン。

第1部 直接死亡例

第I例 宮脇氏 21 歳 女

初診 昭和 4 年 8 月 1 日 入院 同月 3 日

主訴 腹部膨滿感

既往症 3 歳ノ時肺炎ニ罹レル外患者ヲ知ラズ。初潮 17 歳ニシテ不順ナリ。

現病歴 昭和 4 年 6 月上旬、急ニ惡寒ヲ催シ 39°C ニ發熱セシ事アリ。其ノ後數日ニシテ、食後左側腹部ニ膨滿感アリ。某醫ニヨリ脾腫アリト云ハル。7 月 3 日本學ノ内科ヲ訪レ脾腫ナル診斷ノモトニ入院。種々治療ヲ受ケタルモ、腹部膨滿感ハ次第ニ増シ脾剔除術ヲ勸メラレ、當科ニ轉科セリ。内科入院中發熱、腹痛、嘔吐等 1 回モ無ク、食慾睡眠モ良好ナリ。便秘モ 1 日 1—2 回ニシテ普通便ナリト。

現症 體格榮養中等度、顔貌正常ナレド、稍々貧血性、眼瞼結膜貧血性、瞳孔、舌ニ異常ナシ。頸部淋巴腺腫脹ナシ。脈搏正常ニシテ心肺ニ異常ヲ認メズ。肺肝境界ハ第 6 肋骨ニアリ。腹部ハ稍々

膨満ス。皮下靜脈怒張ハ存スルモ著明ナラズ。觸診上、左季肋部ニ腫瘤ヲ認ム。其ノ下縁ハ肋骨弓下4横指ニ觸ル。硬靱ニシテ表面平滑ナリ。呼吸ト共ニ可動性。截痕ハ不明瞭ナレドモ以上ノ腫瘤ノ位置及ビ性状ヨリ脾腫ナルハ明カナリ。肝臓ハ右鎖骨中央線ニ於テ肋骨弓下2横指ニ觸ル。腹水ハ認メズ。

入院後ノ諸検査 尿ハ黄褐色透明、酸性、比重1020、蛋白、糖等ヲ認メズ。

尿モ亦正常ニシテ、寄生蟲卵ヲ認メズ。

血液所見 赤血球数366萬、血色素量(ザーリー)ハ58%ニシテ、色素係数0.79ヲ示シ、何レモ稍々低下ス。白血數ハ3900ニシテ其ノ百分比ハ、鹽基性嗜好細胞1.0%、「エオジン嗜好」細胞3.4%、中

性嗜好性細胞67.6%、淋巴球24.0%、大單核細胞及ビ移行型4.0%ニシテ正常像ナルモ、白血球減少アリ。

術前診斷 所謂 Banti 氏病

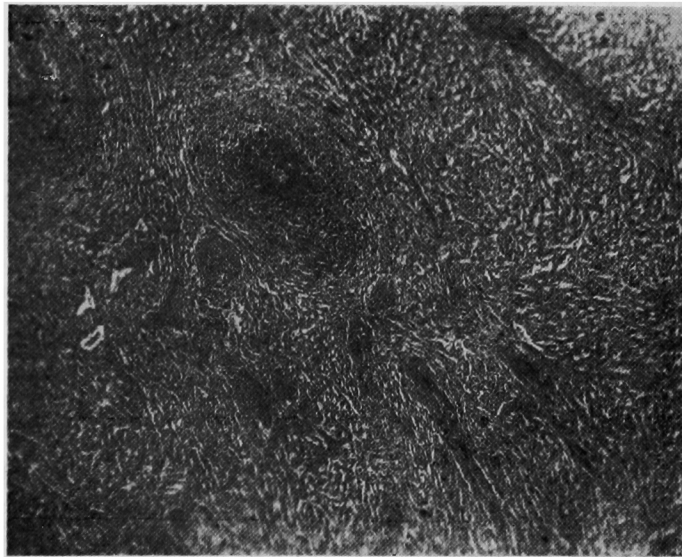
手術 脾腫ハ正常脾ノ數倍トナリ、周圍トノ癒着ナシ。脾門血管ヲ結紮容易ニ脾剔出ス。肝ハ稍々腫脹シ色ハ黄褐色ヲ帶ブ。其ノ表面ニ多數ノ豌豆大ノ結節狀隆起ヲ認メ、肝硬變ノ像ヲ認ム。腹水ハ證明サレズ。

手術後ノ經過 術後ロツク氏液、葡萄糖溶液強心劑等ノ注射ヲ以テ處置セルモ、翌日心衰弱ノ徵候アラハレ、遂ニ鬼籍ニ入ル。

脾臓病理組織學の所見(挿圖第1圖参照)。

脾腫ハ大サ18.5 cm × 11.0 cm × 4.5 cmニシテ

第 1 圖



第1例 Banti 氏病脾(宮脇氏21年女)

濾胞ノ萎縮脾材ノ増殖肥厚アリ。放線狀ニ赤色脾髓内ニ侵入シ爲ニ脾髓ハ組織樣構造ヲナシ、Fibroadenoma(纖維腺症)ヲ呈ス。(Zeiss. Okul. 7. Obj. Apochromat 5, K.L. 27 cm)

重量438g暗赤色、弾力性硬靱、莢膜ノ肥厚ナシ、剖面ニハ、濾胞ハ稍々著明ニ存ス、脾材相當量存ス。組織學的ニハ、濾胞ハ甚々萎縮シ、其ノ數モ減ズ。一部ノ濾胞ニ於テハ中心動脈ノ外膜結締組織ノ増殖著明ニシテ、結締組織ハ全部濾胞内ニ増殖スル傾向ヲ示ス。萎縮セル濾胞ハ淋巴球ヲ減ジ、増

殖セル外膜結締組織ノ間隙及ビ其ノ周圍ニ僅ニ淋巴球ヲ殘留セシムルニ過ギズ。赤色脾髓ニ於テハ、靜脈竇ハ甚々狹細トナリ、内被細胞ノ増殖ハ認メラズ。髓索ニ網狀組織細胞ハ著明ニ増殖シ、多クノモノハ太キ突起ヲ出シ、硝子樣變性化シ、結締組織性ニ變化スルモノ多シ。網狀組織内ニハ淋巴球

著明ニ減少シ、少数ノ Splenozysten 及ビ組織球 (Histiocytes)ヲ認ム。脾材ハ著明ニ増殖シ、且肥厚シ特ニ周邊部ノ結締組織ノ増殖強ク、赤色脾臓内ニ放線狀ニ侵入シ、網狀組織纖維ノ結締組織性ニ變化セルモノト連絡セリ。莢膜ハ結締組織ノ増殖著明ニシテ、脾材ト同様ニ増殖セル結締組織ハ實質内ニ侵入シ、結締組織化セル網狀組織纖維ト連絡ス。特ニ莢膜ニ接セル實質ニ於テハ、結締組織ノ増殖著明ニシテ、此部ニ於テハ髓索ハ、モハヤ認メ得ズシテ靜脈竇ノ少数ノミ散在性ニ殘留スルヲ認ムモノナリ。即チコノ組織像ハ即チ Banti ノ言ヘル Fibroadenie ト稱スベク、Banti 氏病脾ト診斷シテ可ナリ。

本患者ハ局所所見ヨリ脾腫ナル事明カナリ、血液所見ニ於テ貧血存シ、白血球減少存スモ、淋巴球ノ増加無ク、又既往症ニ於テ出血性素因認メラズ。依ツテ上記ノ既往症竝ニ血液所見ヨリ、直チニ Banti 氏病ト診斷セルハ、寧ろ異トスル所ニシテ、血液所見ニ於テハ出血時間ノ測定ヲ要シ、又現病歴ノ粗ナルハ遺憾トスル所ナリ。術後心衰弱ニテ死亡セルハ術前貧血ヲ證明シ且脾別出術ヲ施行スル際、輸血ヲセザルガ爲ナラン。脾ノ病理學的所見ニテ Fibroadenie ノ像ヲ得タルヲ以テ Banti 氏病ト稱シテ可ナルモ、此症例ニ於テハ術前ノ診斷ガ偶然一致シタルモノト云フ外ナシ。

第II例 中浦氏 39歳 男

初診 昭和7年9月19日 入院 10月3日

主訴 腹部腫痛

家族歴 父ハ67歳ノ時老衰ニテ死亡、母ハ77歳ニテ健在、同胞9人、長男ハ50歳ノ時、胃癌ニテ死亡、次男ハ「腸チフス」ニテ25歳ノ時死亡、他ハ健在、舉兒6人何レモ健在。

既往症 7歳ノ時肺炎ニ罹リシ外著患ヲ知ラズ。花柳病ハ否定ス。酒ヲ少量嗜ム。

現病歴 昭和5年7月頃カラ下痢ヲ時々催シ、種々ノ賣藥ヲ服用セルモ效果無カリキ。昭和6年3月頃マデ持續セリト。下痢ハ晝間ハ無ク夜間ニ

數回存スルヲ常トセリ。併シ別段羸瘦スル事無カリキ。昭和6年7月ニ某醫ノ診察ニテ脾腫アリト云ハル。同年9月3日某病院ニテ白血病ナリトノ診斷ヲ受ケ、「サルバルサン」ノ注射ヲ受ケタルモ脾腫ハ次第ニ増大スルモノノ如シ。昭和7年1月5日本學内科ニ入院レントゲン治療ヲ受ケ、脾腫ハ著明ニ縮小シ43日目ニ退院セリ。然ルニ退院後再ビ腫脹セル爲、5月頃ヨリ1箇月ニ1回ノ割合ニテ、レ治療ヲ受ケ今日ニ到レリ。而シテ最近ハレ治療ニテ脾腫ハ縮小スル傾向無キ爲、吾ガ外來ヲ訪レタリ。

現症 體格、榮養中等度ニシテ、皮膚ニ貧血、黃疸ナシ。結膜舌腔孔等ニ異常ヲ認メズ。脈搏正常、心臟ノ大サ變化ナキモ、心音稍々微弱ナリ。肺音稍々粗ナリ。頸部其ノ他ノ淋巴腺腫脹ナシ。腹部ハ平坦、左肋骨弓下2横指ノ部ニ脾腫ノ下端ヲ觸ル。表面平滑、弾力性硬靱ナリ。壓痛ナシ。呼吸ト共ニ可動性、肝ハ觸レズ。腹水ヲ認メズ。

血液所見 赤血球數418萬、血色素60%ニテ稍々貧血ナリ。色素係數0.72ヲ示ス。白血球數33100ニシテ、其ノ百分比ハ、鹽基性嗜好細胞2.5%、「エ嗜好」細胞4.0%、「ミエロチーテン」9%、中性嗜好性幼若型8.5%、桿狀核細胞13.5%、分葉核細胞55.5%、淋巴球4.5%、大單核及ビ移行型2.5%、即チ中性嗜好性細胞群ノ増加スルヲ見、特ニ病的白血球タル「ミエロチーテン」ノ出現、淋巴球ノ著明ニ減少等ニヨリ、且經過ノ緩慢ナル事等ヨリ慢性骨髓性白血病ト稱シテ可ナリ。

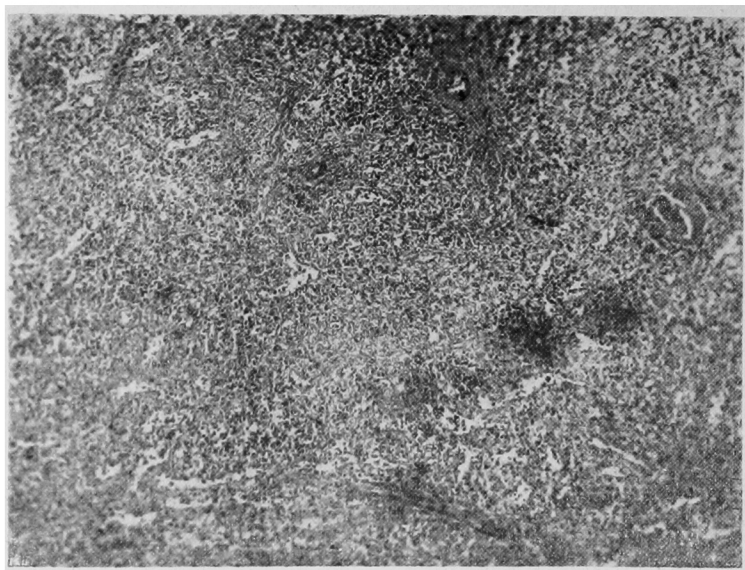
術前診斷 慢性骨髓性白血病

手術 入院後5日目、脾別出術ヲ施行ス。脾腫ハ以外ニ大ナル爲、第8乃至10肋骨マデ切除セリ。脾門血管ハ稍々擴張ス。之ヲ二重ニ結紮シ脾ヲ別出ス。肝其ノ他ニ異常ヲ認メズ。

手術後ノ經過 術後強心劑、ロツク氏液ノ注射等ヲ行ヘルモ同日夜虚脱狀出現ハレ鬼籍ニ入ル。

脾臓病理組織學的所見 (挿圖第2, 3圖參照)
大サ17cm×14cm×5.8cmニシテ重量700gナリ

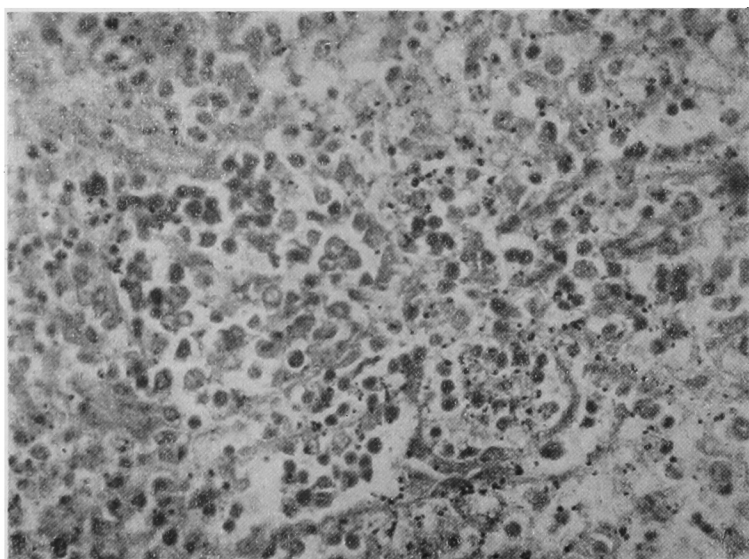
第 2 圖



第 11 例 慢性骨髓性白血病脾 (中浦氏 39 年男)

濾胞ノ消失，髓索内白血球浸潤ヲ示ス。(Zeiss. Okul. 7. Obj. Apochromat. 5. K.L. 27 cm)

第 3 圖 (第 2 圖髓索ノ強擴大)



髓索内ノ多数ノ白血病性細胞ヲ示ス。静脈竇ノ消失ヲ見ル。
(Zeiss. Okul. 20, Obj. D.D. 4.3 mm, K.L. 27 cm)

組織所見トシテハ，濾胞ハ殆ド全ク認メ得ズ。髓索内ニハ多数ノ白血病性細胞ノ浸潤アリ。爲ニ髓索ハ著明ナ腫脹ヲ示シ，屢々静脈竇ノ消失ヲ示セリ。脾材ノ増殖ハ著明ナラザルモ一部肥厚ヲ來シ，

又莢膜ニ接スル血管ノ周囲ニ於ケル外膜結締組織ノ増殖ヲ見ル。標本古キタメ「ミエロチーテン」見ル事能ハズト雖モ，白血病脾ト診断シテ可ナリ。

本患者ハ内科入院中，慢性骨髓性白血病ナル事

明カトナリ、當科ノ検査ニテモ亦同様ノ血液所見ヲ得タリ。從來白血病ガ脾臓自體ノ疾患ナリト考ヘラレシ時代ハ、脾別出ガ行ヘレタルモ、其ノ成績常ニ不良ナリキ。十九世紀ノ末葉マデハ禁忌症トサレタルモノノ如ク、1903年 Jordan ハ「白血病性脾別出ハ總テ死ノ轉歸ヲトルヲ以テ、白血病ハ脾別出ノ絕對禁忌症ナリ」ト言ヘリ。然ルニ其ノ後種々ノ學者ニヨリ、白血病脾腫ノ別出例モ報告サレ、稍々成績良好トナリ Küttner ノ如キハ、骨髓性白血病ニ於ケル脾別出術ハ、患者ノ容體良好ナルヲ要シ、出血性素因無キ時ニノミ脾別出ヲ姑息の療法トシテ推奨スルニ至ル。一方 1902年 Pusey ニヨリ本症ニ對シテレ線療法應用サレ、1903年 Senn ニヨリ著效アルヲ認メラレ、爾來脾別出ニレ線治療ヲ併用シテ漸次成績良好ナルニ到レリ (Seefisch, Schilling, Toenniessen) 特ニ Giffin ハ 20例ノ骨髓性白血病ニテ脾別出ヲ行ヒ、手術死亡例 5% ナリト。余ノ本患者ニ於テモ、内科入院中レ線治療デ脾腫ハ縮小セル事アリ。再發後再ビレ線治療ヲ行フモ縮小セザリキ。コノ事實ハ Toenniessen モ報ズル所ニテ、日常吾人モ肉腫患者ニ見得ル所ナリ。以上ノ事實ヨリシテ、余ノ患者ニ於テ脾別出ヲ行ヘルハ絕對の禁忌症トハ考ヘラレズ。出血時間ノ測定ヲ行ハザリシモ、一般ニ慢性白血病ニハ比較的屢々出血性素因現ハルモ、本例ノ現病歴ニハ之ヲ見ザリキ。併シナガラ必ズ出血時間ノ測定ハ必要ト考フルモノナリ。本患者ノ死因ハ後出血ヲ否定スルモノニ非ザルモ少クトモ脾別出適應ニハ誤リ無ク、術前輸血ヲナサザリシ爲カ、虚脱のニ死亡セルモノナリ。慢性白血病尙ホ 1例經驗セルモ、手術ニヨリテ急劇ニ容體變化スル事ナカリキ。而モ輸血ヲ施サズ且貧血著明ナル症例ニシテ、コノ事實ヨリスレバ輸血ヲ施サザリシ事ノミヲ以テ、本患者ノ手術ニヨル直接死亡原因トノミ考ヘラレズ。死因ハ不明ト云フ外ナシ (第 VII 例參照)。

第 III 例 中本氏 41 歳 女

初診 昭和 13 年 11 月 4 日 同日入院。

家族歴 父ハ既ニ心臟病ニテ死亡、母ハ 65 歳ニテ健在、同胞 6 人、第 1 子及ビ第 5 子ハ生後間モナク死亡、患者ハ第 2 子ナリ。舉兒 3 人、2 人ハ「デフテリー」及ビ肺炎ニテ死亡。

既往症 早産兒ニシテ、幼時ハ概シテ病弱ナリキ。初潮ハ 22 歳ナルモ順、25 歳ニテ結婚。

現病歴 昭和 13 年 8 月 9 日ニ過劇ナ勞働セル爲カ、約 1 週間床ニ就ク。其ノ際下痢ヲ催シ發熱 40°C 2 日間持續ス。某醫ニヨリ「大腸カタル」ト云ハル。爾來排便ハ困難ヲ覺ヘ、排便量モ少量トナレリ。尙ホ當時ヨリ左側腹部ニ膨滿感アリ、同年 10 月中旬糞便ニ血液ヲ混ゼシ事 2 回アリ。而シテ排便困難及ビ腹部膨滿感ニ爲 10 月 31 日他醫ヲ訪レ、大腸ニ腫瘤アリト言ハレ、當科ニ紹介サル。發病來腰痛相當存セルモ、3 日前ヨリ消失セリト。食慾ハ普通ニシテ便通ハ最近ハ 2 日ニ 1 回位ヒナリト。發病來羸瘦シタトハ思ハズ。

主訴 腹部腫瘤、排便困難、腰痛

現症 體格榮莖中等度皮膚ニ黃疸、貧血無シ。結膜ニ貧血ナシ。舌ハ濕潤セルモ、白色ノ舌苔アリ。脈搏正常ニシテ心肺ニ異常ヲ認メズ。血壓ハ 120—80 ナリ。肺肝境界ハ第 6 肋骨ノ上緣、腹部ハ平坦、蠕動不穩ハ認メズ。觸診上左側腹部ニ鶏卵大ノ硬キ腫瘤ヲ認ム。左乳線ト臍高トノ交叉スル部位ニ存ス。腫瘤ノ上端部ハ索狀ニ觸ル。呼吸ト共ニ可動性ナルモ手指ニテ不動、尙ホ右肋骨弓下 3 横指ニ肝緣ヲ觸ル。壓痛アリ。

入院後ノ諸検査 尿ハ淡黃色、中性、比重 1008、蛋白糖共ニ證明サレズ。他ニ病的成分ヲ認メズ。尿ハ消化不良ニシテ、黃綠色、粘液血液等ヲ認メズ。又寄生蟲卵、潛血反應共ニ陰性ナリ。血液所見トシテ、赤血球數 430 萬、血色素量ハ 65%、色素係數 0.75 ナリ。白血球數 6500 ニシテ百分比ハ鹽基性嗜好細胞 0.5%、中性嗜好性幼若型細胞 1.0%、同桿狀核細胞 2.5%、同分葉核細胞 34.0%、淋巴球

54.5%, 大單核細胞及ビ移行型 7.5% 即チ比較的淋巴球增多アルヲ見ル。血液型 A 型, 赤血球沈降速度ハ 1 時間 110, 2 時間 120 ニテ著明ニ促進ス。Wa-R, 村田, Kahn-R 何レモ (卅)。

直腸指診 排便困難アリシ爲, 直腸ヲ指診スルニ直腸ノ前面ニテ直腸壁ヲ隔テテ小手掌大ノ稍々凹凸アル硬靱ノ腫瘤ヲ觸ル。子宮カ又ハダグラス氏窩ノ淋巴腺腫脹カ不明ナルヲ以テ, 婦人科ニ紹介スルニ婦人科的ニ異常ナカリキ。

レ線検査: 直腸ニハ, 異常ナキヲ知りタル故, 排便障碍ハ左上腹部ノ腫瘤ニヨル事疑ヒ無シ。依ツテ「バリウム」ヲ服用セシメ, 20 時間目ニ大腸ヲ検査スルニ, 横行結腸ハ小骨盤内ニ下垂セルヲ見ル。40 時間目ニハ「バリウム」ハ直腸ニマデ達シ, 横行結腸ハ同様下垂シ, 脾彎曲部ニ稍々狭窄部アリ。サレド其ノ腸壁ニハ病的所見ナシ。結局レ線検査ニテ横行結腸ノ下垂及ビ脾彎曲部ニ稍々狭窄セル部アルノミ。大腸癌ノ如キ像ハ何レニモ發見シ得ザリキ。

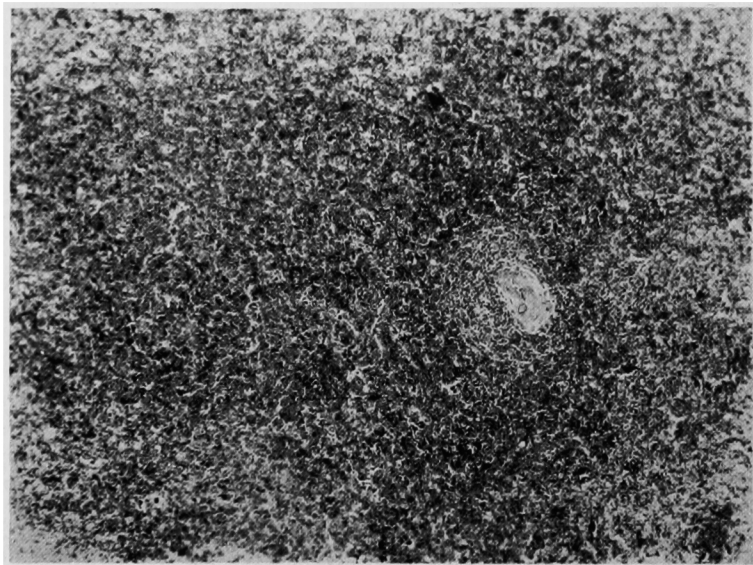
腎臓及ビ膀胱検査。左上腹部ノ腫瘤ハ腎ト或ハ關係無キヤトノ疑ノモトニ, 「スギワロン」ニ依ル

腎盂撮影法ニ依ルニ, 右側ハ正常腎盂像ヲ得タルモ, 左側ハ影像ヲ得ザリキ。併シ腎色素排泄機能ヲ觀ルニ, 左右何レモ正常ニシテ, 且膀胱壁ニモ異常ヲ認メザリキ。

術前診断 以上ノ如ク種々ノ検査ヲ行ヘルモ何等の確ナル診断ヲ下シ得ズ。即チ大腸癌ヲ疑ヘルモ, レ線のニ特別ノ所見ヲ得ズ。尙ホ再三ノ尿便検査ニテ, 粘液血便ヲ見ズ, 正常ノ事多シ。又左側腎盂影ノ缺損セル事ヨリ, 腎腫瘍ヲモ疑ヒタルガ, 尿所見及ビ腎色素排泄機能等全ク正常ナリキ。結局左側腹部ノ腫瘤ハ何タルカ不明ノ儘開腹ニ移レリ。

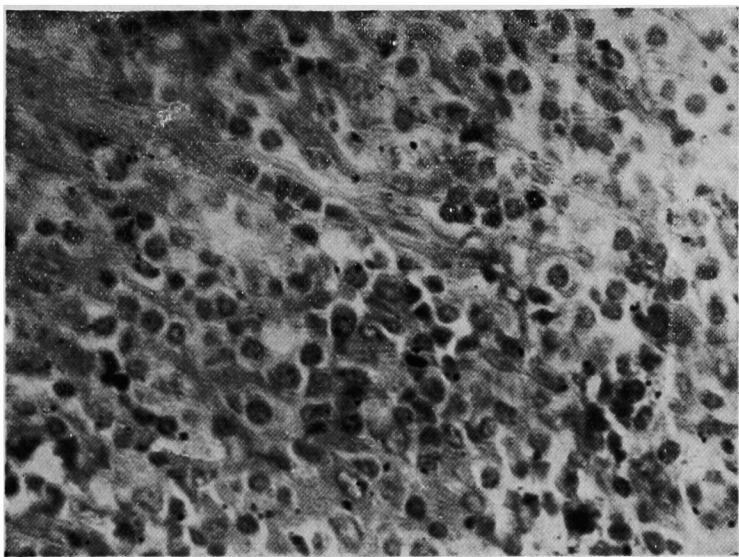
手術 左上腹部副直腹筋切開ニテ腫瘤ノ直上ヲ開腹スルニ, 腫瘤ハ意外ニモ脾臓ナルヲ知ル。而モ脾ノ大半ハ肋骨弓下ニ隠レ居レリ。コレガ左腎ヲ壓迫シ, 横行結腸ヲ内下方ニ壓迫シ, 且脾臓下端ト脾彎曲部大腸ト輕ク癒着セリ。之等ノ事實ニヨリ, 術前諸検査所見モ了解サレタル次第ナリ。脾門血管ヲ型ノ如ク結紮, 比較的容易ニ脾剔出ヲ行ヒ得タリ。肝ハ其ノ色, 硬度, 大サ等共ニ正常, 腹水モ存セズ。

第 4 圖



第 III 例 本態不明脾腫 (中本氏 41 年女)
濾胞ノ減少, 髓索ノ腫脹, 靜脈竇ノ狹細等ヲ示ス。(Zeiss. Okul. 7. Obj. Apochromat 5, K.L. 27cm)

第 5 圖 (第 4 圖赤色脾髓ノ一部強擴大)



髓索内ノ單核巨大細胞ノ増殖, 靜脈竇ノ細狹ヲ示ス。(Zeiss. Okul. 20, Obj. D.D. 4.3 mm, K.I.L. 27 cm)

術後経過 葡萄糖, 強心劑ノ注射竝ニ輸血 120cc
ヲナス。夕刻, 容體急變シ, 午後 7 時鬼籍ニ入ル。
死因不明ナル爲, 剖檢スルニ, 腹腔内ニ多量ノ出
血アリ。出血血管ハ何レナリヤ不明ナルモ, 死因
ハ術後ノ後出血ニ外ナラズ。

脾臓及ビ肝臓病理組織學の所見 (挿圖 第 4, 5
圖參照)。

暗赤色, 軟キ脾臓ニシテ, 大サ 19 cm × 9.5 cm
× 3.5 cm, 重量 260 g ナリ。剖面ハ血液ニ富ミ,
濾胞ハ著明ナラズ, 脾材發育不良, 莢膜ハ肥厚セ
ズ。組織所見トシテ濾胞ハ甚ダシク減少シ, 殘留
セルモノモ淋巴球ニ乏シク, 赤色脾髓トノ境界ハ
判然トセズ, 髓索腫脹シ, 其ノ中ニ多數ノ單核巨
大細胞増殖シ, 靜脈竇ハ壓迫サレテ甚ダ狹シ。且
其ノ境界不明瞭ナリ。脾材ハ多少増加セルモ肥厚
ヲ認メズ。即チ此脾腫ハ勿論 Banti 氏病脾ノ
Fibroadenie ニ非ズ。本態不明ト云フ外ナシ。尙
ホ剖檢ニ際シテ得タル肝臓ハ肉眼の竝ニ組織學的
ニ異常ヲ認メズ。

以上記述セル如ク本患者ハ手術ニヨリ初メテ脾
腫ナルヲ知リタル興味アル例ナリ。即チ現病歴ヲ

ニ局所所見等ニ脾腫ヲ思ヘシムモノ無シ。此點ニ
就テ術後何等カ聴キ直サントセシモ, 急ニ死亡セ
シハ遺憾ナリ。依ツテコノ症例ニ於テハ現病歴ノ
擧リ方ニモ缺點アリト考ヘザルベカラズ。血液所
見ニ於テ血色素量ハ稍々低下スルモ, 赤血球數ハ
正常, タダ比較の淋巴球增多アリ。且微毒血清反
應ハ何レモ強陽性ナリ。コノ比較の淋巴球增多ト
微毒反應陽性トノ間ニハ通常關係無キモノノ如シ
即チ微毒ニテ比較の淋巴球增多ヲ伴フ事絶對ニ無
シトハ斷言出來ザルモ, 通常稀ナリトセラル。然
ラバ當然, コノ脾腫ニ伴フ比較の淋巴球增多ト考
ヘザルベカラズ。又一方微毒反應強陽性ナル事實
ヲ考フレバ, 微毒ニ於ケル脾腫ナリヤヲ考ヘザル
ベカラズ。一般ニ先天微毒ニ於テハ脾腫現ハルル
事多ク, Lubarsch ハ 88% ニ見ラルルト言ヒ,
Birch-Hirschfeld ノ如キハ先天微毒ノ殆ド全例
ニ脾腫アルヲ述ベタリ。本例ニ於テハ先天微毒ニ
於ケル脾腫ノ組織所見ハ見ラズ。後天微毒ニ於
テハ脾腫ノ現ハルル事比較の少ク, Quinquaud
及ビ Nicol ハ第 2 期ニ入ル前ニ, 已ニ脾腫現ハル
ルト稱シ, 數箇月存續スルモ 1 年後ニハ消失スト

述べ、Schaudinn 及ビ Hoffmann ハ 60% = 脾腫出現シ、4—6 週間ニテ消失スト述ベタリ。故ニ微毒性脾腫ト考フルニシテモ、其ノ組織所見ハ上記ノ如ク微毒性變化ヲ認メ得ズ。随ツテ本患者ハ微毒ト何等カノ關係アラント考ヘラルルモ、組織所見ニヨリ本態全ク不明ノ脾腫ナリト言ハザルベカラズ。尙ホ患者ハ後出血ニテ死亡セル故、術前出血時間ノ測定ヲ要シタリト痛感サルルモ、術前脾腫ナル事不明ニシテ測定セザリシハ止ムヲ得ザル所ナリ。吾人ハコノ例ヨリ、腹部腫瘤ノ如何ニ困難ナルカヲ知り、且脾臓組織所見ノ如何ニ難解ナルカヲ知り得タル次第ナリ。

第 IV 例 久間氏 31 歳 男

初診 昭和 15 年 7 月 22 日 同日入院

主訴 腹部膨満感、下痢、頭痛

家族歴 父ハ 63 歳ノ時、腎臓炎ニテ死亡、母ハ 65 歳ニテ健在、同胞 6 人、妻ハ 28 歳、嬰兒 2 人何レモ健在。

既往症 特筆スベキ點無し。

現病歴 昭和 13 年公用ニテ大陸ニ在リシガ、同年夏頃ヨリ頭痛アリ。時ニ非常ニ劇シキ事アリト。昭和 14 年 10 月内地ニ歸リ、同年 12 月頃カラ、頭痛ノアル時 37.5°C ノ發熱アル事多シ。睡眠ノ障礙サルル事アルモ放置セリ。昭和 15 年 3 月兩足ノ「シビレ感」及ビ脱力感アリ。某醫ヨリ神經衰弱ナラント言ハレタリ。而シテ此頃カラ立仕事ヲスルト、腹部膨満感ヲ訴ヘ、コレハ次第ニ増惡ノ傾向アリ。而シテ時々下痢ヲ催シ、時ニハ惡心嘔吐アリ。6 月 11 日本學内科ヲ訪レ、脾腫ノ診斷ノモトニ入院治療ヲ受ケタリ。7 月 22 日、脾別出術ヲ勸メラレ當科ニ轉科ス。

現症 體格榮養、稍々良好ナルモ、顔色稍々蒼白ニシテ憔悴ス。瞳孔、舌ニ異常ヲ認メザルモ、眼瞼結膜稍々貧血性ナリ。脈搏正常ニシテ心肺共ニ正常。血壓 110—55。肺肝境界ハ第 6 肋骨ニアリ。腹部ノ膨隆ナシ。左肋骨弓下數 cm ノ部ニ脾腫ノ截痕ヲ觸ル。下邊緣部ハ肋骨弓下 10 cm ニマ

デ達ス。硬靱ニシテ表面平滑ナリ。右肋骨弓下 3 横指徑ニ肝邊緣ヲ觸ル。表面平滑、硬度ハ稍々増ス。壓痛アリ。腹水ハ認メラズ。

入院後ノ諸検査 尿ハ黃褐色、「アルカリ性」、比重 1020、蛋白反應陽性、糖ハ證明サレズ。其ノ他ニ異常成分無シ。尿ハ正常ニシテ認ムベキ所見無シ。血液所見トシテ、赤血球數 390 萬、赤血球ハ「アニソチトーゼ」ヲ示ス。血色素量ハ 65% 色素係數ハ 0.83 ナリ。白血球數 4500、其ノ百分比ハ鹽基性嗜好細胞 0.8%、「エ嗜好」細胞 4.0%、中性嗜好細胞 24.0%、淋巴球 64.0%、大單核細胞及ビ移行型 7.2% 即チ比較的淋巴球增多ヲ伴フ白血球減少症ナリ。血液型 O 型。微毒血清反應總テ陰性出血時間 1 分 50 秒、赤血球沈降速度ハ 1 時間 59.2 時間 90 ナリ。尙ホ肝機能検査トシテノ高田氏血清反應ハ強陽性ナリ。

術前診斷 脾腫ノ存スル事及ビ血液所見トシテ貧血並ニ白血球數ノ減少及ビ比較的淋巴球增多存スル事等ヨリ恐ラク所謂 Banti 氏病ナラントノ疑診ヲ置ケリ。

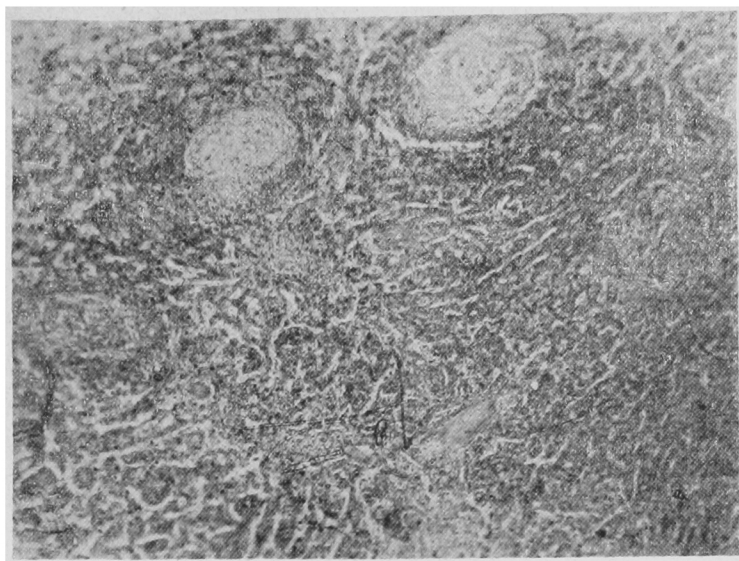
手術 脾腫ハ著明ニ増大シ、腹壁及ビ横行結腸ト一部癒着ス。之等ヲ剝離シ尙ホ横隔膜ト稍々輕度ノ癒着アルモ、コレヲ鈍ノ剝離シツツ脾ヲ前腹腔ニ脱轉シ、型ノ如ク脾門血管ヲ結紮、脾剔出ヲ行ヘリ。肝ハ肋骨弓下 4 横指徑マデ腫脹セルモ表面平滑、色、硬度共ニ正常ナリ、腹水ハ認メズ尙ホ手術中稍々出血アリシ爲輸血 100 cc 行フ。

手術後ノ經過 術後、脈搏不良ノ爲、術後輸血 100 cc ロツク 氏液強心劑ノ注射ヲ行ヒ、翌日尙ホ輸血 200 cc ロツク 氏液ノ注射等ヲ施シ、心衰弱ヲ防グニ拘ハラズ、夕方ヨリ容體惡化シ、脈搏緊張不良、且發熱 40.0°C ニ及ブ。再ビ輸血 300 cc ヲ施シ稍々脈搏良好トナレルモ、其ノ翌日遂ニ鬼籍ニ入ル。剖檢シ得ザリシ爲、死因不明ナルモ、恐ラク心衰弱ノ爲ナラン。

脾腫病理組織學の所見 (挿圖第 6 圖參照)。

暗赤色、硬靱表面平滑ナル脾ニシテ、大サ 21 cm

第 6 圖



第 IV 例 不定型 Banti 氏病 (久間氏 31 年男)

胚中樞ヲ有セル大ナル濾胞, 網狀組織ノ増殖竝ニ硝子様變性アリ. 脾材ハ増殖著明ナラズ.
(Zeiss. Okul. 7. Obj. 10, K.L. 27 cm)

×11 cm×4 cm, 重量 630 g ナリ. 剖面邊緣銳利ニシテ脾髓ハ膨隆セズ. 脾材ハ稍々増加ス. 組織所見トシテハ, 濾胞ハ多クハ腫大シ, 屢々中心部ニ大ナル胚中樞 (Keimzentrum) ヲ表ハス, 濾胞ノ數モ亦増加セリ. 赤色脾髓ニ於テ, 靜脈竇ハ多少狭クナル. 髓索ハ一般ニ肥厚シ, 單核巨大細胞, 組織球, 「プラズマ細胞」等ヲ可成リ多量ニ認ム. 網狀組織ハ多少増殖ヲ示シ, 靜脈竇ノ壁モ亦肥厚シ, 共ニ一部ハ硝子様變性トナル. 脾材ハ増殖スレドモ著明ナラズ. 其ノ境界モ亦明瞭ナリ. 即チコノ組織の所見ハ定型的ノ Fibroadenie ノ像ヲ呈セズ. サレド一般ニ脾實質ハ結締織増殖ヲ示スヲ以テ, 不定型ノ Banti 氏病脾ト見做シテ可ナリ.

要スルニ本患者ハ, 病歴ノ比較的長キ事, 而モ不定形ノ胃腸症状及ビ頭痛アリ. 且血液所見ニテ, 貧血竝ニ比較的淋巴球增多ヲ伴フ白血球減少症アリ. 之等ノ點ヨリ Banti 氏病ナラント考ヘ脾剔出ヲ行ヒタルモ, 不幸, 心衰弱ヲ以テ死亡セリ. 尙ホ術前ノ高田氏血清反應ハ強陽性ナリシ事及ビ脾腫脹ハ肝硬變ノ惹起サレシ爲ナラズヤト思考セル

モ, 惜シムラクハ, 手術時肝ノ試験的切除ヲ行ハザリキ. Banti 氏病脾ト肝硬變ニ於ケル脾ハ, 屢々同様ノ組織的所見ヲ示スモノニシテ, 之等ノ鑑別ハ病理組織學的ニ興味アル所ナルモ, 肝組織的所見ヲ缺クヲ以テ省略セントス. 即チコノ患者ノ脾腫ハ Banti ノ所謂 Fibroadenie ヲ呈セザルモ, 結締織化スル事強キヲ以テ, 不定型ノ Banti 氏病脾ト思考シタリ. サレド前述セル如ク, 肝硬變ニ於テ Banti 氏病脾ニ相似ノ脾腫伴フ事アルヲ以テ本患者ニ於テ手術時, 肝切片ヲ切除シ得ザリシハ誠ニ遺憾トスル所ナリ. 尙ホ本患者ハ, 貧血 (赤血球數 390 萬) アルヲ以テ術前相當量ノ輸血ヲナシ置クベキモノト考ヘラレ, 殊ニ脾腫ハ 630 g ニ達シ, 之ニ含有サル血液量亦大ナルヲ以テ貧血存セル患者ニ脾剔出ヲ施行センニハ, 相當量ノ輸血ヲ要スルモノト思考シ居ルモノナリ.

第 1 部 小括

以上 4 例ハ, 脾剔出ニテ直接死亡シタル症例ナリ. 脾腫ノ本態, 即チ換言スレバ眞ノ意味ニ於ケル病名ハ Banti 氏病 (第 I 例), 慢性骨髓性白血病

(第 II 例), 本態不明ノ脾腫(第 III 例), 不定型ノ Banti 氏病(或ハ肝硬變ニ伴ヘル脾腫?) (第 IV 例) ナリキ。之等總テ脾剔出ノ適應ニハ誤リ無カルベシ。唯第 III 例ハ微毒反應強陽性ナリシ爲, 驅微療法ヲ行ハバ, 或ハ上腹部ノ腫瘤(即チ脾腫)ハ縮小シタルヤモシレズ。隨ツテ剔出ノ要無ク, 內科的ニ治療スル可能性無キニシモ非ズ。何レモ全例ハ心衰弱或ハ後出血ニテ死亡セリ。脾腫ニハ貧血ヲ證明サルル事多ク, 隨ツテ貧血ノ存スル儘脾剔出術ヲナサバ, 患者ノ負擔大ナリ。何トナレバ脾腫ハ大ナレバ大ナル程ニ含有サルル血液量モ多量ニシテ, 且周圍臓器トノ癒着モ存スレバ, 手術の操作困難トナリ, 僅カノ血管損傷デ著明ニ出血シ, 隨ツテ患者ハ脾剔出自體ニヨリ, 直接循環系統ニ惡影響ヲ受ケ, 前述ノ如キ, 急劇ニ心衰弱ニテ死亡スルモノナラン。依テ脾腫ニ手術の操作ヲ加ヘントセバ, 先ヅ貧血或ハ出血性素因ヲ回復セシムルヲ要シ, コレガ爲ニ健康血液ヲ以テ貧血又ハ脾腫ノ大サ等ニ應ジテ, 夫レ相當量ノ輸血ヲ豫メ施シ置クガ妥當ナリト考フルモノナリ。

第 2 部 脾剔出治驗例

第 V—第 X 例ノ 6 例ハ脾剔出治驗例ニシテ, 之等各症例ノ概略ヲ記シ, 特ニ注目スベキ點ヲ併セ述ベントス。

第 V 例 花房氏 34 歳 女

初診 大正 15 年 7 月 17 日 同入院

主訴 心悸亢進, 貧血, 腹部腫瘤

家族歴 兩親健在, 同胞 2 人健在, 夫及ビ舉兒 3 人何レモ健康。

既往症 幼少ノ頃病弱ナリシモ, 其ノ後健康ニシテ著患ヲ知ラズ。初潮 16 歳ニテ順, 流産 1 回。

現病歴 大正 11 年 7 月, 1 子分娩後稍々瘦セタリ。其ノ頃カラ歩行ニ際シテ心悸亢進ヲ訴ヘ, 顔色稍々蒼白ノ氣味アリ。某醫ヨリ脚氣ナリト云ハル。大正 15 年 1 月 16 日流産セリ。益々羸瘦シ「肺尖カタル」ノ診斷ヲ受ケタリ。同年 4 月初旬, 本學內科ヲ訪レ脾腫存スト云ハル。此頃ヨリ屢々

齒齦出血アリ, 且肉食ヲ嫌ヒ, 植物性食品ヲ特ニ嗜好スル様ニナリタリ。7 月 3 日內科ヘ入院種々治療ヲ受ケタルモ, 脾腫増大ノ傾向アリ。7 月 17 日脾剔出術ヲ受クベク當科ヘ轉科セリ。

現症 體格榮養中等度, 顔色稍々蒼白ナレド, 眼瞼結膜ニ貧血無シ。瞳孔, 舌ニ異常ナク, 頸部淋巴腺ノ腫脹アリ。脈搏正常ニシテ心肺ニ特別ノ所見ヲ認メズ。腹部ハ平坦, 左季肋部ニ腫瘤アリ。肋骨弓下 3 横指徑ニマデ達シ, 邊緣銳利, 表面平滑, 硬靱ニシテ脾腫ナル事明カナリ。肝ハ右肋骨弓下 2 横指徑ニ觸レ, 表面平滑, 硬靱ナリ。腹水ハ認メズ。

入院後ノ諸検査 尿ハ淡黃色, 稍々濁濁ス。中性, 比重 1014, 糖, 蛋白, 膽汁色素, 「インデカン」, 「チアゾ反應」何レモ皆陰性ナリ。病的沈澱ナシ。尿ハ消化良好, 潛血反應, 寄生蟲卵共ニ陰性。血液所見トシテ, 赤血球數 436.8 萬 血色素量 52%, 色素係數 0.60 ナリ。白血球數 5400, 其ノ百分比ヲ見ルニ「嗜好」細胞 3.7%, 中性嗜好細胞 60%, 淋巴球 29%, 大單核細胞及ビ移行型 7.3% ニシテ殆ド正常ナルモ, 僅ニ比較的淋巴球增多アリ。血小板數 30 萬, 出血時間 2.5—3 分ニテ正常。微毒, 反能總テ陰性, 尙ホ肝臟機能検査ヲ施行スルニハイマン, バンデンベルグ氏反應ハ間接反應陽性。尙ホ果糖負荷試驗成績モ正常。

「アドレナリン」試験 (Frey 氏反應)

1000 倍ノ「アドレナリン溶液」0.7cc ノ皮下注射後 7 分ニシテ脾腫縮小シ始ム。何時間ニシテ最小ニナリ, 又何時間ニシテ舊ニ復セシカ記載ナシ。尙ホ注射後ノ白血球數ハ 30 分ニシテ, 12800 ノ最高ヲ示シ, 2 時間ニシテ大體注射前(5400)ニ復ス。コノ増加ニ伴ヒ, 時間ノ經過ト共ニ比較的淋巴球增多アリ, 40 分ニシテ最高 41% ヲ示シ, 次第ニ減少セリ。反之中性嗜好細胞ハ 2 時間ニシテ 76% ノ最高ヲ示セリ。

術前診斷 現病歴, 血液所見, Frey 氏反應等ヲ參酌シテ, 脾腫ハ恐ラク Banti 氏病カト診斷シ脾

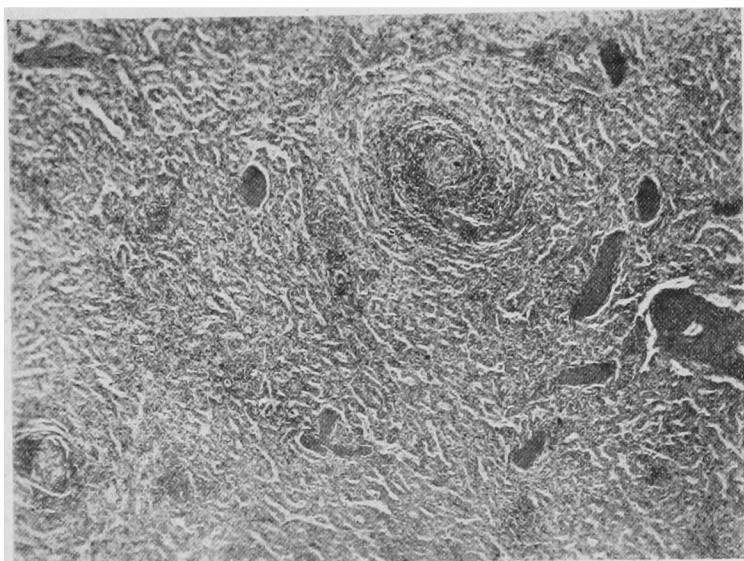
剔出ヲ施行ス。

手術 脾腫ハ後面ヨリ側面ニカケテ、稍々腹壁ニ癒着スルモ容易ニ剝離シ得。脾門血管結紮ニ當リ、一部分枝血管ヲ損傷シ、大量ノ出血アルモ、壓迫シツツ脾門血管ノ集束結紮ヲ行ヒ、脾ヲ剔出ス。肝ハ正常ニシテ腹水無シ。

脾臓病理組織の所見 (挿圖第7圖参照)。

脾ハ正常形ニシテ、表面平滑、硬靱、剖面ハ「チヨコレート」色ニシテ、濾胞ノ増殖無ク、脾材ハ可成リ増殖ス。大サ 21 cm × 9.5 cm × 4 cm ニシテ重量 303 g ナリ。組織所見トシテ、濾胞ハ一般ニ萎縮シ、中央部ニ小ナル反應中樞(Reaktionszentrum

第 7 圖



第 V 例 不定型 Banti 氏病脾 (花房氏 34 年女)

胚中樞ヲ有スル肥大セル濾胞(右上)及ビ反應中樞ヲ有スル萎縮セル濾胞(左下)、網狀組織ノ増殖アリ。脾材ハ多少増殖セルモ肥厚著明ナラズ。且境界明瞭ナリ。

(Zeiss. Okul. 7, Obj. Apochromat. 5. K.I. 27 cm)

ヲ有スルモノアリ。其ノ部ニハ腫脹セル網狀組織細胞稍々多數ニ存シ、網狀組織内ニハ硝子様物質ノ沈着可成リ著明ナリ。又一方少数ノ濾胞ハ肥大シ、中心部ニ胚中樞(Keimzentrum)ノ發育ヲ認ムルモノアリ。赤色脾髓ニ於テハ靜脈竇ハ甚ダ狭クナリ、内皮細胞ノ増殖ハ可成リ著明ナリ。髓索ニ於テハ多數ノ網狀組織細胞ノ増殖ヲ認メ、淋巴球ノ減少ヲ來スモ Splenozyten ハ可成リ著明ニ認メラル。網狀組織細胞ノ一部分ハ肥大セルモ、喰細胞作用ヲ營メルモノヲ認メ得ズ。脾材ハ多少増殖セルモ、肥厚著明ナラズ。脾實質ト明瞭ニ境界サル。マロリー氏染色ニ於テハ網狀組織纖維ハ増殖ルセヲ認ム。靜脈竇ノ邊緣ニコノ纖維ハ亦多少増殖セリ。

以上ノ所見ハBantiノ言ヘル定型的ナFibroadenieトハ言ヒ難キモ、稍々コノ像ニ近キモノト言フベク、不定型ノBanti氏病脾ト稱シテ可ナリ。

術後ノ經過 術後ロック氏液葡萄糖、強心劑等ノ注射ノミデ經過良好、7日目ニ抜絲、全身狀態良好ナリ。術後9日目ニ血液諸検査ヲ行フニ次ノ如シ。即チ赤血球數 466.4 萬、血色素量 55%、色素係數 0.60 ニシテ術前ニ比シ僅ニ増加ス。白血球數 13200、其ノ百分比ハ「嗜好」細胞 2.3%、中性嗜好細胞 79%、淋巴球 10.7%、大單核細胞及ビ移行型 8.0% ニシテ、術前ニ比シ白血球數ハ約 2 倍トナリ、而モ比較的淋巴球增多ヲ示サズ。寧ろ中性嗜好細胞ノ増加ヲ惹起セリ。血小板數モ 35.8 萬

ヲ示シ稍々増加セリ。斯クノ如ク血液所見ハ稍々其ノ數ニ於テ増加ヲ示シ、且一般狀態モ甚ダ良好ニシテ、術後 28 日目ニ全治退院セリ。

本患者ハ其ノ血液所見ニ Banti 氏病ニ見ラルル如キ血液所見(次章ニ詳述ス)見ラレズ。唯僅カノ貧血及ビ極輕度ノ比較的淋巴球增多ヲ伴ヒ、稍々白血球減少アリ。又肝機能モ正常ト考ヘラル。ヨツテ Banti ト術前診斷スルハ寧ロ異トヘル所ナルモ、唯、現病歴ニ於テ、發病初期、顔色蒼白、心悸充進脾腫ヲ伴ヒ、入院前ニハ齒齦出血アリ、且脾腫増大ノ傾向アリ。之等ノ病歴ニヨリ恐ラク Banti 氏病ナラント考ヘタルモノニシテ確固タル根據無カリキ。術後脾腫ハ Banti 氏病脾ニ近似ノ所見ヲ得タルヲ以テ Banti 氏病(不定型)ト假稱セルハ已ニ第 IV 例ニ於テ述べタルト同様ナリ。本患者ハ術前著明ノ貧血無ク、又脾ノ重量 303 g ニシテ、巨大ナラズ。隨ツテ手術中大出血ヲ來シタルモ、能クコレニ耐ヘ輸血行ハザリシモ、經過良好ナリシモノト思惟ス。コノ患者ニ Frey 氏ノ「アドレナリン」試験ナルモノヲ施行セリ。此試験法ハ 1914 年 Frey ガ脾臓ト「アドレナリン」トノ關係ニ關スル研究ニ於テ、正常脾ハ該液注射(皮下ニ 1 mg 前後ヲ注射ス)ニテ、白血球數ハ増加シ、且比較的淋巴球增多ヲ伴フガ、Banti 氏病ニ於テハ濾胞ノ萎縮及ビ結締組織ノ增生ヲ伴フ故、斯ル白血球數ノ變動ヲ見ズト發表シ、Banti 氏病脾ト他ノ脾腫トノ鑑別ニ用ヒラルベシト述ベタルニ始ル。又 Abl ハコノ検査法ニヨリテ Banti 氏病脾、澱粉變性脾等ハ縮小セザルモ、他ノ結締組織增生無キ脾腫ハ著明ニ縮小シ、且又コノ検査法ニヨリ脾腫ト他臟器腫瘍トノ鑑別ニ應用シ得ベシト述ベタリ。サレド多クノ學者ハ「アドレナリン」注射ニヨル脾腫ノ縮小及ビ淋巴球增多ハ脾臓ノミニヨルモノニ非ズシテ全淋巴系統ノ一反應ニ過ギズトナシ、(Kreuter, Naegeli, Blumenfeldt) 又 Öhme ハ植物神經系ニ關係アリトシ、脾腫ト隣接臟器ノ腫瘍トノ鑑別ニハ役立ち、又本反應陰性ハ

Banti 氏病ニ特有ナラズトセリ。本邦ニ於テモ福地、西野等ハ此検査法ハ Banti 氏病ニ特有ナラズトサレタリ。又泉ハ、腫瘍ガコノ試験ニヨリ、果シテ脾腫カ否カヲ決定シ得、且脾腫ナレバ周圍臟器トノ癒着ノ有無ヲ知り得、以テ脾別出術ノ適否ヲ豫測シ得ト云ヘリ。斯クノ如ク「アドレナリン」試験ナルモノハ多クノ脾腫ニ於テ縮小シ且比較的淋巴球ヲ伴フモノトサレ、余ノ此患者ニ於テモ從來報告サレタル検査結果ト殆ド同様ニシテ、Banti 氏病診斷ニ不可缺ノモノニ非ズ。唯、脾腫カ否カヲ決定スル必要アル際ハ、試ムベキ一試験法ト確信スル次第ナリ、即チ「アドレナリン」注射ニテ本患者ニ於ケル如ク、腫瘍縮小スレバ脾腫ナリト斷ジテ可ナルベク、其ノ際ノ白血球數ノ増加或ハ比較的淋巴球增多等ハ Banti 氏病ニ特有ナラザル故、Frey 氏反應ハ本症ニ於テ特別ノ意義無キモノノ如ク考ヘラル。然ルニ久留ハ本反應ニ於ケル中性嗜好細胞ノ増減ヲ觀察シ、該細胞ハ注射後ノ末期(大體 2—3 時間)ニテ Banti 氏病ニ於テハ増加不鮮明ナルニ反シ、他ノ脾腫ニ於テハ著明ナ增多アリト言ヒ、以テ Banti 氏病ト他種脾腫トノ鑑別上重要ナリト述べタルモ、余ノ例ニ就テハ Banti 氏病脾ニ近似ノ脾腫ナルニ係ハラズ、斯クノ如キ變化見得ザリシヲ以テ、今茲ニ直チニ正否ヲ批判シ得ズ。何レニセヨ本検査法ハ脾腫ナリヤ否ヤノ決定ニハ用フベキモ、脾腫ノ本態ヲ知り得ズ。隨ツテ本反應ノミヲ以テ脾腫特ニ Banti 氏病ヲ決定セントヘルハ早計ニシテ、寧ロ他ノ血液諸検査ニ重點ヲ置クベキモノト考ヘラル。

第 VI 例 仁科氏 21 歳 男

初診 昭和 5 年 12 月 8 日 同日入院

主訴 下痢及ビ腹部腫痛

家族歴 既往症 共ニ特記スベキ點ナシ。

現病歴 約 10 日前ニ何等原因ト思ハルモノ無ク、下痢ヲ催セリ。某醫ニヨリ腹部腫痛ヲ發見サレ、恐ラク脾腫ナラント云ハル。食慾無ク、少シ疲セタリ。脾腫ヲ心配ノ餘リ當科ヲ訪レタリ。

現症 體格榮養中等度，顔色，眼瞼結膜共ニ貧血性ナルモ，黃疸ハ認メズ。舌ハ濕潤，薄キ白苔ヲ被フ。脈搏正常ニシテ心肺ニ變化ヲ認メザルモ唯，心尖部ニ於テ收縮期雜音ヲ聴ク。肺肝境界ハ第6肋間腔ニアリ。腹部ハ左上腹部ガ稍々隆起ス。觸診スルニ，該隆起ハ腹腔内腫瘍ニシテ内縁ハ正中線ヲ少シク越ヘ，下方ハ臍高ニ達ス。境界明瞭，表面平滑，硬靱ナリ。壓痛無シ。截痕ハ證明シ得ズトモ，脾腫ナル事明カナリ。肝縁ハ觸レズ，腹水證明サレズ。

入院後ノ諸検査 尿ハ淡黃色，透明，弱酸性，比重1020，糖，蛋白其ノ他異常成分ヲ認メズ。尿所見ニ異常ナシ。血液所見トシテ，赤血球數412萬，血色素量70%ニシテ色素係數0.85，白血球數3700其ノ百分比ハ「エ嗜好」細胞2.5%，中性嗜好性幼稚型細胞1.0%，桿狀核細胞10.5%，同分葉核細胞55.0%，淋巴球30%，大單核細胞及ビ移行型1.0%ニシテ，比較的淋巴球增多並ニ中性嗜好細胞ノ核左方推移(何レモ輕度ナリ)ヲ伴ヘル，白血球減少アリ。血小板數ハ7萬，出血時間3分30秒，凝固時間6分30秒，血液型ハB型，梅毒反應何レモ陰性。

術前診斷 現病歴ハ極ク最近下痢アリシノミニテ，何等脾腫ニ關係アリト思ハレルベキ訴ナク，又血液所見ニ於テモ著明ナ變化ヲ認メズ。唯，白血球數ノ減少アルノミ。局所所見ヨリ診斷ハ脾腫ト判斷シ得ルモ，其ノ如何ナル種類ニ屬スモノナリヤ不明ノママ脾剔出術ヲ施行ス。

手術 開腹ニテ脾腫ナル事明カナリ。脾ハ周圍ト殆ド癒着ナク，又脾門血管ノ結紮モ容易ニ行ヒテ，脾ヲ剔出ス。肝ニハ異常ナク，又腹水モ認メズ。

脾臓病理組織學の所見 (挿圖第8, 9圖参照)。

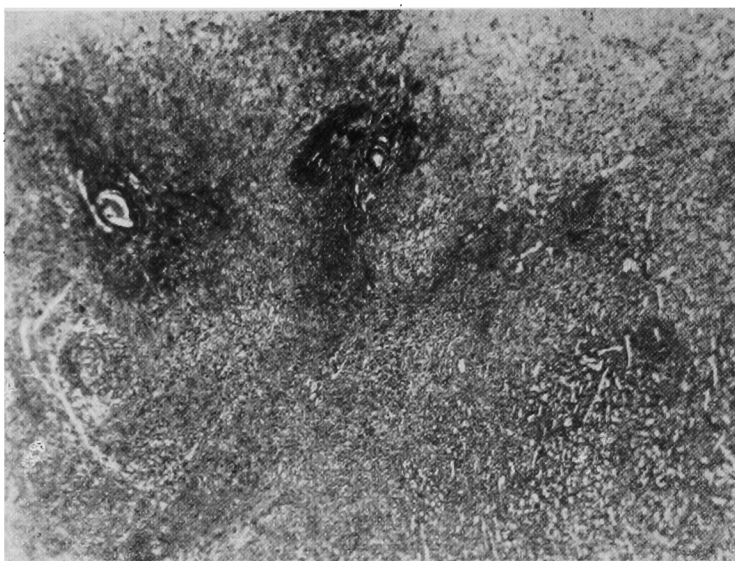
暗赤色，表面平滑ナル脾ニシテ，大サ21cm×12cm×5.9cmニシテ，重量515gナリ。剖面赤褐色ニシテ，多量ノ血液ニ富ミ，脾材ヨク發育ス。多数ノ黃色小斑點アリ，硬シ。尙ホ上端部ニ近ク

莢膜ニ接シテ出血セル部アリ，黒褐色トナレリ。組織學的ニ濾胞ハ萎縮シ，其ノ數モ亦著シク減少セリ。殘留セル濾胞ニ於テモ，淋巴球ノ數ハ著シク減少セルヲ示セリ。赤色脾髓ニ於テハ，廣ク出血ヲ起シ所々「ヘモジデリン」ノ沈着アリ。出血セル部分ニ於テハ，實質細胞，其ノ他遊走細胞共ニ減少シ，靜脈竇ノ形モ亦消失セリ。主トシテ出血ノ周圍ニ於テ「モノチーテン」，「プラズマ細胞」及ビ多核白血球ノ浸潤ヲ認ム。脾材ノ増殖ハ著明ナラザルモ，肥厚ハ著明ニシテ，特ニ出血ノ存スル附近ニ於テハ，強キ結締組織ノ増殖アリ。其ノ一部ニ於テ鐵石灰沈着ノ増加著明ナリ。即チ之等ノ所見ヨリ慢性出血性脾炎ノ像ナルハ明カナリ。

手術後ノ經過 術後直チニ300ccノ輸血及ビ數日間ハロツク氏液，葡萄糖及ビ強心劑ヲ注射等ニテ一般狀態良好ニシテ，28日目は全治退院セリ。術後20日目は血液諸検査ヲ行フニ，赤血球數308萬，血色素量60%ニシテ何レモ減少セルモ，色素係數ハ0.97ニシテ稍々上昇セリ。白血球數5950ニシテ，其ノ百分比ハ「エ嗜好」細胞13.5%，中性嗜好性桿狀核細胞ハ1.5%，同分葉核細胞65.5%，淋巴球ハ13%，大單核細胞及ビ移行型6.5%ヲ示シ，比較的淋巴球增多ハ見ラレズ。「エ嗜好」細胞ノ稍々著明ナル増加ヲ來セリ。又白血球數モ増加セルヲ見ル。血小板數ハ28.3萬ニシテ著明ニ増加セリ。

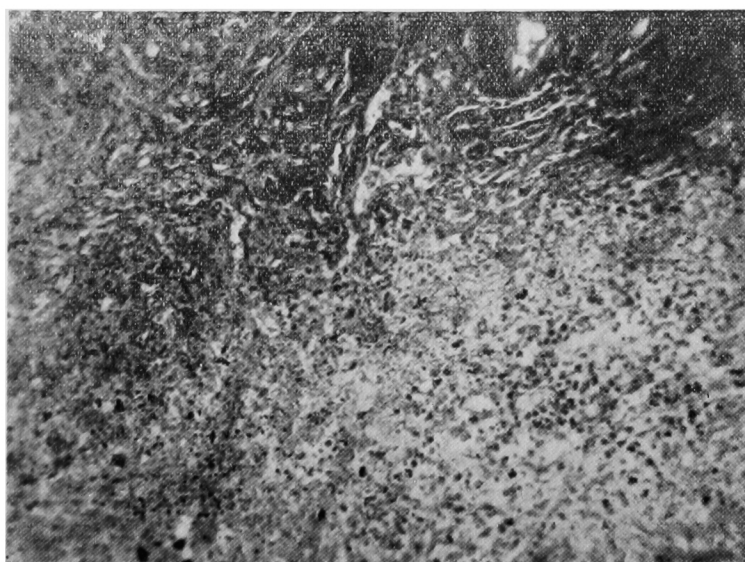
要之，本患者ハ現病歴ノ誠ニ明瞭ヲ缺キ，某醫ヨリ脾腫アルヲ偶然發見サレタリ。而モ其ノ大サ重量共ニ正常脾ニ比シ大ニシテ，組織學的ニモ慢性ノ脾炎ナルヲ以テ，患者ノ氣付カザル餘程以前ヨリ脾腫アリシモノト推定サル。Banti氏病又ハ血液疾患ニ見ラルル如キ血液所見ヲ得ズ。術後慢性出血性脾炎(Splenitis chsonica haemorrhagica)ナル事判明シタリ。脾臓ノ慢性炎症ハ急性炎症ト共ニ，脾自體ノ獨立セル疾患ニ非ズシテ，他臟器ニ炎症性原發竈アリ。之ヨリ續發的ニ脾ニ炎症ヲ惹起スルモノニシテ，Orthモ言ヘル如ク。

第 8 圖



第 VI 例 慢性出血性脾炎 (仁科氏 21 年男)
萎縮且減少セル濾胞, 赤色脾髓内ノ出血, 脾材中ノ鐵石灰沈着 (上, 中央及ビ左) アリ。
(Zeiss. Okul. 7. Obj. Apochromat. 5. K.L. 27 cm)

第 9 圖 (第 8 圖ノ赤色脾髓ノ一部強拡大)



出血セル部ノ「ヘモヂデリン」ノ沈着 (左黒點) 出血ノ周囲ニ白血球浸潤ヲ示ス。
(Zeiss. Okul. 7. Obj. 20, K.L. 27 cm)

脾ノ炎症ハ淋巴腺ノ夫レト成因上, 近似性ヲ有ス
ルモノナリ。原發竈トシテ特ニ周圍臓器特ニ胃,
脾, 肝, 膈嚢, 大腸等ノ疾患, 又心肺等ノ疾患ガ

アゲラル。本患者ニ於テ現病歴ニ下痢アルノミ。
又現症或ハ其ノ他ノ所見ニ於テ, 脾腫以外ニ殆ド
見ルベキ所見ナク, 唯, 心尖部ニ收縮性雜音ヲ聴

キタルノミニシテ、前記下痢ヲ以テ急性ノ「大腸カタル」ト假定センカ、之ガ原因トナリテ脾ニ炎症ヲ惹起シタルモノトスレバ、一見妥當ナルモ、脾組織の所見ハ慢性炎症ヲ示シ、且出血、特ニ「ヘモジデリン」ノ沈着、或ハ鐵石灰沈着ノ増加アリ。且脾腫ハ515gニシテ急性ニ腫脹シタルモノトハ考ヘラレズ。從ツテ現病歴ニアル下痢ハ脾腫ト關係ナシトハ斷言シ得ザルモ組織の所見トハ相容レザル所ナリ。脾内ノ「ヘモジデリン」沈着ノ狀態又ハ鐵石灰沈着(Eisenkalkinkrustation)ノ所見ハ他症例ノ脾腫ニ見ラレザル所ナリ。コノ組織の所見ハ全ク特有ナル所見、即チ慢性出血性脾炎ノ像ナルモ、カカル炎症ヲ脾ニ惹起セシメタル原因、或ハ誘因ト稱スルモノ、全ク不明ニ終レリ。尙ホ脾剔除後ノ血液變化ニ關シテハ一括シテ次章ニ述ブル所アラン。

第VII例 佐藤氏 43歳 女

初診 昭和6年2月9日 同月23日入院

主訴 齒齦出血、衄血及ビ腹部腫脹

家族歴 父ハ健在セルモ、母ハ已ニ「肝臓デストマ」ニテ死亡セリ。同胞4人、1人ハ赤痢ニテ死亡セル外、他ハ健在。舉兒3人、夫ト共ニ健在。

既往症 7歳ノ時、赤痢ニ罹ル。初潮17歳ニシテ順、此頃ニ「ロイマチス性關節炎」ニ罹リ、7年後治癒セリ。34歳ノ時、子宮後屈ニテ婦人科の治療ヲ受ク。

現病歴 昭和4年初期ヨリ、齒齦出血ヲ來セル事アリ。其ノ後回数モ増シ出血度モ強クナレリ。昭和5年春ヨリ衄血ヲ屢々來セリ。同年7月頃カラ腹部膨滿セルニ氣付ク。特ニ立仕事ニ際シテ腹部緊張感アリ。次第ニコレハ増惡シ、又兩足ニ浮腫ヲ來スニ到レリ。昭和6年1月5日、某醫ヨリ脚氣ナリト云ハル。又1月9日ニハ他醫ヨリ脾腫アリト云ハル。以來腹部膨滿感ハ増惡スル氣持アリ、依ツテ當科ヲ訪レタリ。尙ホ食欲良好ニシテ便通1日1回アリト。

現症 體格榮養中等度、顔色稍々蒼白ニシテ、

眼瞼結膜モ亦貧血ヲ認ム。爪甲ニハ變化無シ。瞳孔、舌ハ正常。脈搏稍々頻數、サレド緊張良。動脈硬化性ナリ。心肺ニ異常ヲ認メズ。腹部ハ一般ニ稍々膨隆ス。特ニ左肋骨弓ヨリ左側腹部一帯ニ著シ。此部ニ腫瘤ヲ觸ル。内縁ハ正中線ニ達シ、下端ハ臍高ヨリ2横指徑下マデ達ス。表面平滑、硬靱、呼吸ト共ニ可動性。即チ截痕ハ觸レズト雖モ、脾腫ナル事明カナリ。尙ホ頸部其ノ他ニ淋巴腺腫脹無シ。

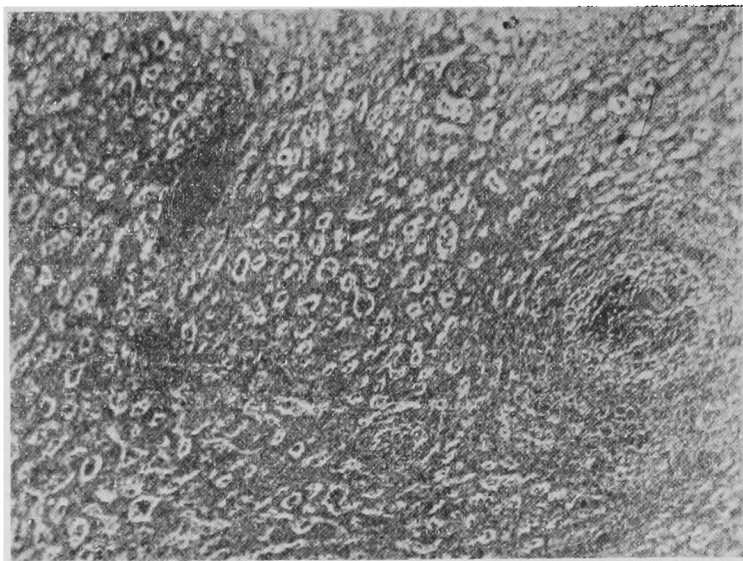
入院後ノ諸検査 尿ハ黃褐色稍々潤濁ス。中性、比重1022、蛋白、糖其ノ他異常成分ナシ。尿ハ何等異常ヲ認メズ。血液所見トシテ、赤血球數298萬、血色素量65%ニシテ色素係數1.09ナリ。著明ナ貧血ヲ示シ、而モ色素係數ヨリ惡性貧血型ナリ。白血球數5200、其ノ百分比ハ「エ嗜好」細胞1.0%、中性桿狀核細胞6.5%、同分葉核細胞55.0%、淋巴球25.5%、大單核細胞及ビ移行型12.0%ニシテ其ノ數ニ於テハ正常ト見做シ得ベキモ、比較の大單核細胞及ビ移行型ノ増加アリ。血小板數11.9萬、出血時間1分20秒、凝固時間4分30秒ヲ得、血液型ハA型ナリ。

術前診斷 局所所見ヨリ脾腫ナル事明カナルモ其ノ本態ハ血液所見ヨリ惡性貧血型ヲ示セルモ、或ハ又、Banti氏病ノ如キ脾腫ナリヤモ疑ハレ、何レノ疾患ニ附隨セル脾腫ナリヤ不明ノ儘、脾剔除術ヲ施行ス。

手術 術前ロツク氏液、葡萄糖液ヲ注射ヲ行ヘルノミ。開腹スルニ少量ノ腹水存セリ。脾ハ局所所見ニ一致シテ著明ニ肥大ス。肝ハ稍々硬度ヲ増ス。型ノ如ク脾門血管ヲ結紮セントスルモ、誤リテ脾靜脈ヲ損傷シ大出血アリ。依ツテ脾臓ヲ腹腔外ニ轉落セシメ、脾ノ後側ヨリ脾門血管ヲ結紮、脾ヲ剔除セリ。術後直チニ300ccノ輸血ヲ行ヘリ。

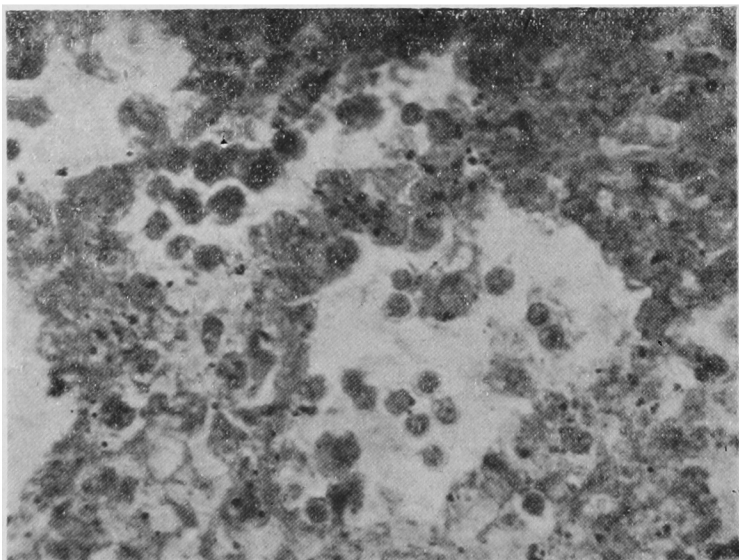
脾臓病理組織學の所見 (挿圖第10, 11圖參照)。暗赤色ニシテ一部灰白色ノ斑點ヲ所々認ム。大サ19.5cm×10.5cm×6.5cmニシテ重量655gナリ。剖面ニ於テ脾材ハ稍々著明ニ發育シ、濾胞ハ

第 10 圖



第 VII 例 慢性白血病脾腫 (佐藤氏 43 年女)
 濾胞ノ萎縮靜脈竇ノ擴張及ヒ脾材ノ肥厚ヲ示ス. (Zeiss. Okul. 7. Obj. Apochromat. 5. K.L. 27 cm)

第 11 圖 (第 10 圖靜脈竇附近ノ強擴大)



靜脈竇中ニ單核巨大細胞, 組織球, 多核白血球ヲ見ル. 竇壁ノ硝子樣肥厚アリ.
 (Zeiss. Okul. 20. Obj. D.D. 4.3 mm. K.L. 35 cm)

著明ナラズ. 組織所見トシテ濾胞ハ萎縮シ, 其ノ數モ亦著明ニ減少ス. 赤色脾髓ニ於テハ, 靜脈竇内ニ多數ノ「モノチーテン」及ビ少數ノ組織球及ビ

多核白血球ヲ充滿シ, 靜脈竇ノ内皮細胞ハ著明ニ増殖シ, 且腫脹セル靜脈竇ノ壁ハ硝子樣ニ肥厚シ, 髓索ノ網狀纖維モ亦硝子樣ニ肥厚セリ. 脾材ハ著

明ニ肥厚シ、凡僅ニ増殖セルモ、一般ニ其ノ境界ハ明瞭ナリ。Bantiノ言ヘル Fibroadenieノ像ニ非ズ。靜脈竇ニ多數ノ白血球存スル點ヨリ寧ロ慢性白血脾ニ近キモノト考ヘラル。

手術後ノ経過 術後一般ト同様ニロツク氏液、葡萄糖液ノ注射等ニヨリテ一般狀態良好ナリ。サレド術後20日目頃ヨリ微熱アリ。肺音稍々微弱レ検査ニテ、肺門及ビ肺尖ニ結核性陰影ヲ認ム。又腹水ヲ生ジタリ、41日目ニ腹水穿刺ニテ1500cc排除セリ。術後48日目ニ一般狀態良好トナリ、退院セリ。尙ホ術後30日目ニ血液検査ヲ行フニ、赤血球數472萬、血色素量73%、色素係數0.77ニテ貧血恢復シ、白血球數7100、其ノ百分比ハ「嗜好」細胞4.0%、中性嗜好性細胞31.5%、淋巴球59.0%、大單核細胞及ビ移行型5.5%トナリ、著明ナル比較的淋巴球增多ヲ伴ヘリ。血小板數27.6萬ニテ正常ナリ。退院後健康スグレズ。腹水益々増加シ衰弱加ハリ、昭和8年4月1日、即チ退院後2年ニテ死亡セリ。

要之、本患者ハ術前脾腫ナル事判明セルモ、如何ナル種類ニ屬スル脾腫ナリヤ全ク不明ニシテ、術後慢性白血脾ト考ヘラル像ヲ得タリ。慢性白血病ト假定スルモ、其ノ血液所見ニ於テ、白血病ニ特有ナル白血球數ノ増加無シ。又淋巴球ノ増加ハ勿論、骨髓系細胞ノ出現モ無シ。唯、比較的ニ大單核白血球及ビ移行型即チ「モノチーテン」が増加(12%)セルノミ。「モノチーテン白血病」ナル疾患ガ、白血病ノ一種トシテ擧ゲラレタルハ最近ノ事ニシテ、1913年 Beschad 及ビ Schillingニテ初メテ記載サレタリ。本症ニ於ケル脾腫ノ組織學的所見ハ Lubarschノ成書ニ記載サレ、余ノ本患者ニ於ケル組織的所見ト近似性ヲ見出スモ、本症ハ非常ニ稀有ノ疾患ニシテ、血液所見ニ於テモ「モノチーテン」ノ著明ナ增多アルヲ普通トス(小宮ハ33%—78%ナル症例ヲ記載ス。)サレバ余ノ本患者モ「モノチーテン白血病」トモ考ヘラズ。又本患者ハ、腹水ヲ術後發生シ、退院後モ腹水現

ハレタリ。カカル症狀ガ通常、白血病以外ニBanti氏病又ハ肝硬變等ニ現ハルモ、コノ患者ノ組織的所見ハ之等兩者ニ於ケル脾腫トハ又異ルモノナリ。サレバ本例ハ血液所見ト組織所見トハ一致セズ。後者ノ所見ヲ重要視シテ慢性白血脾ニ近似ノモノナリト考フレバ、現病歴及ビ現症ニ於ケル出血性素因(齒齦出血、衄血)淋巴腺腫脹無キ事、著明ナ脾腫(655g)等ヨリシテ、慢性骨髓性白血病ト見做スベキモノカト考フルモノナリ。

第VIII例 山元氏 29歳 女

初診 昭和16年7月29日 同日入院

主訴 貧血、腹部腫脹

家族歴 父ハ49歳ノ時心臟病ニテ死亡、母ハ54歳ニテ健存、同胞6人、第2子ハ28歳ノ時腹膜炎ニテ死亡(蟲垂炎性カ?)、第4子ハ17歳ノ時心臟病ニテ死亡、他ハ健在ナリ。夫ハ34歳、舉兒1人7歳ニテ健康。

既往症 7歳ノ時「インフルエンザ」、12歳ノ時肺炎、初潮ハ14歳ニシテ順、23歳ニテ結婚。

現病歴 昭和10年春分娩セリ、産後ヨリ全身違和感アリ、仕事ニ際シテ心悸亢進ヲ覺ユ。3—4年ノ間ハ放置セルモ、昭和15年9月、左側腹部ノ膨隆セルニ氣付キ、某醫ヨリ脾腫アリト云ハレ、又他醫ヨリハ腹膜炎ナリト云ハル。次第ニ全身脱力感現ハレ、又腹部腫脹モ次第ニ増大スル傾向アリ。且稍々最近貧血アリト他人ヨリ言ハレ、心配ヲ餘リ當科ヲ訪レタリ。發病來、發熱セシ事ナク、腹痛ヲ訴ヘタル事無シ、又胃腸症狀全ク無ク、食慾モ良好ナリ。

現症 體格榮莖共ニ稍々良好ナルモ皮膚蒼白ニシテ顔色、眼瞼結膜、稍々貧血性ナリ、サレド黃疸ハ認メズ。舌、瞳孔ニ異常ナシ、脈搏整、緊張良、血壓115—65、心肺ニ異常ナク、肺肝境界ハ第6肋間腔ニアリ、腹部ハ稍々膨隆シ腹水ヲ認メズ、左季肋部ニ大ナル腫瘍アリテ硬シ。表面平滑ニシテ截痕認メズ。内側ハ殆ド正中線ニ達シ、下端ハ臍高ニ達ス。呼吸ト共ニ可動性ナリ。肝縁ハ

觸レズ、兩足＝浮腫無シ。

入院後ノ諸検査 尿ハ淡黃褐色ニシテ透明、酸性、比重 1018、糖、蛋白無ク、唯、「ウロビリソ」ハ弱陽性＝證明サルノミ。尿ハ黃褐色消化良、潛血反應ハ陰性ナルモ、蛔蟲卵ガ證明サル。血液所見トシテ、赤血球數 384 萬、血色素量 61% ニシテ色素係數 0.79 ナリ。輕度ノ貧血アリ。白血球數ハ 4000 ニシテ百分比ハ「エ嗜好」細胞 1.0%、中性嗜好性桿狀核細胞 7.0%、同分葉核細胞 47.0%、淋巴球 39.0%、大單核細胞及ビ移行型 6.0% ナリ。即チ比較的淋巴球增多ヲ伴ヘル白血球減少症アリ。出血時間 7 分ニテ稍々遲延ス。赤血球沈降速度ハ 1 時間 27 mm、2 時間 70 mm ナリ。血液型ハ A 型尙ホ肝機能検査トシテ高田氏反應陰性、ヒーマンス、バンデンベルグ氏反應ハ間接反應ガ陽性ナリ。

術前診斷 局所所見ヨリ脾腫ナル事明カナリ。血液所見＝貧血並ニ比較的淋巴球增多ヲ伴ヘル白血球數ノ減少アリ、又出血時間モ多少遲延ス、且現病歴比較的長ク全身ノ不定型症狀アリ。之等

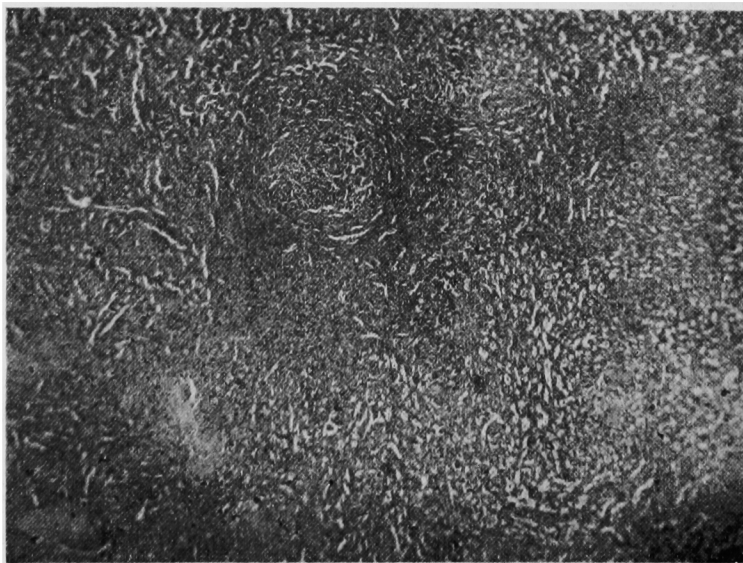
ノ點ヲ綜合シテ、恐ラク Banti 氏病ナラントノ診斷ノモトニ、脾剔出術ヲ施行ス。尙ホ術前 7 日間毎日 100 cc ノ輸血ヲナシタリ。之ハ脾腫ノ他覺的ニ相當大ニシテ、且貧血ヲ認メ、出血時間モ遲延シヲリタル爲ニ、術後ノ心衰弱及ビ後出血ヲ豫防センガ爲ナリ。

手術 脾ハ著明＝大ニシテ、内縁ハ正中線ニ達シ、下端ハ臍高ニアリ。脾ト周圍トノ癒着ナク、先ヅ型ノ如ク脾上縁ニ於テ脾血管ヲ二重ニ結紮後、脾ヲ腹腔外ニ轉落セシメ、脾門ニテ脾血管ヲ二重結紮切斷シ、脾後面ヨリ脾ヲ剔出セリ。肝ハ色、硬變大サ等ニ變化ヲ見ザルモ、表面稍々粗糙ナリ腹水ハ認メズ。

脾臟病理組織學の所見（挿圖第 12 圖參照）。

暗紫赤色ニシテ硬度ハ蕪弱程度、大サハ 25 cm × 15 cm × 8 cm ニシテ、重量 1160 g ナリ。剖面ハ羊羹色ニシテ莢膜ノ肥厚ナシ。組織所見トシテハ濾胞ハ萎縮シテ、其ノ數ヲ減ジ稍ニ中心動脈ノ外膜結締組織ハ僅ニ増殖ス。赤色脾髓ニ於テ靜脈竇ハ一般ニ狭クナリ、内皮細胞ノ増殖ヲ見ル。尙ホ網

第 12 圖



第 VIII 例 不定型 Banti 氏病脾（山元氏 29 年女）
濾胞ノ萎縮、靜脈竇ノ狭細脾材ノ肥厚ヲ示ス。（Zeiss. Okul. 7. Obj. Apochromat 5, K.J. 27 cm）

狀組織中ニ多數ノ大ナル空胞ヲ認ム。脾材ハ一般ニ肥厚セルモ、周圍ノ組織トハ可成リ明瞭ニ境サル。之等ノ所見ハ Niemann-Pick 氏病ヲ思ハシメタルモ前記空胞ハ Sudan III 染色ニテ脂肪ニ非ラザルヲ知ル。寧ロ Banti 氏病脾ニ近キモノト言フベシ、便宜上第 IV, V 例ト同様ニ不定型ノ Banti 氏病脾ト假稱ス。

手術後ノ経過 手術當日竝ニ術中合セテ 500 cc ノ輸血ヲナセリ。術後 100 cc ノ輸血 3 回行ヘリ。尙ホロツク氏液強心劑等ノ注射ヲ併セ行フ。經過良好ナルモ、左側肋膜炎ニ滲出生ジ、1 回ノ穿刺ニテ約 200 cc 排除、38 日目ニ全治退院ス。術後再三血液検査ヲ施行セリ。之ガ所見ヲ術前ノ夫レト相對比シテ舉グレバ次表(第 1 表)ノ如シ。

第 1 表 山元 29 j ♀ Banti 氏病

検査日	赤血球 ($\times 10^6$)	Hb (%)	白血球	白血球百分比 (%)					出血時間
				ニ	桿	分	淋	モ	
29/V	384	61	4000	1	7	47	39	6	7'
輸血 100 cc 7 日間									
6/VI	脾剔除術 術前、術中合セテ 500 cc 輸血								
9/VI	444	78	7800	1.5	6	80.5	7	5	13' 30"
輸血 100 cc 3 日間									
16/VI	418	65	14100	0	3	80	12	5	/
27/VI	424	65	5400	3.5	5.5	44	40	7	4'

即チ赤血球數及ビ白血球數、或ハ血色素量等共ニ何レモ脾剔除ニテ増加ス。但シ白血球百分比ハ術前ノ比較的淋巴球增多ハ脾剔除ニテ消失シ、中性嗜好性分葉核細胞ノ著明ナ増加ヲ見タリ。又出血時間モ却ツテ遲延スルヲ見ル。退院前ノ最後ノ検査ニ於テハ總テノ點ニ於テ殆ド正常ト見做シ得ルモ、比較的淋巴球增多ヲ見ル。之等ノ血液所見ガ術前ニ比シ良好トナレルハ脾剔除ニヨルモノニシテ、輸血時ニ本例ニ見ル如キ大量ノ輸血モ亦關係アリト考ヘラルモ之等ノ點ニ關シテハ後章ニテ一括シテ述ベン。

要スルニ本例ハ、術前種々ノ點ヲ考慮シ Banti

氏病ナラントノ推定ノモトニ、脾剔除術ヲ施行シ術後組織の所見トシテ不定型ノ Banti 氏病脾ト考ヘラレタルモノナリ。本例ニ於テ注目スベキ點ハ、大量ノ輸血ニアリ。術前、中等度ノ貧血アリ且脾腫ハ著明ニ大ニシテ之ニ含有サル血液量モ亦大ナルモノト考ヘラル。剔除脾ハ 1160 g ノ巨脾ニシテ、コレニ含有サル血液量測定セザリシモ斯ル巨大脾腫ヲ剔除セバ個體ヨリ失ハル血液量モ亦大ナリ。之ガ爲、術後不慮ノ後出血又ハ心衰弱無シトモ斷言出來ズ。依ツテ吾人ハ脾腫大ナルヲ剔除セントセバ相當量ノ輸血ヲ要スルモノト考フル次第ナリ。之ニ關シテハ尙ホ第 X 例ニ於テ述べル所アラン。

第 IX 例 赤松氏 40 歳 女

初診 昭和 16 年 10 月 11 日 同日入院

主訴 貧血、心悸亢進

家族歴 母ハ 63 歳ニテ子宮癌ニテ死亡、父ハ 67 歳ノ時老衰ニテ死亡セリ。同胞 6 人他ハ健在、舉兒 3 人、内 1 人ハ生後死亡、他ハ夫ト共ニ健康。

既往症 幼少ヨリ健康ナリシモ、常ニ顔色ガ惡シト云ハレ居リタリ。月經ハ初潮 15 歳ニシテ順調ナリ。21 歳ニテ結婚ス。

現病歴 生來顔色ハ勝レザルモ、昭和 10 年頃ヨリ顔色ハ蒼白トナリ、検便ヲ受クルニ寄生蟲卵陰性ト云ハル。昭和 12 年頃ヨリ立仕事ヲハルト、兩足ニ浮腫ヲ生ジ、且心悸亢進アリ。時ニ耳鳴リヲ訴フ。某醫ヨリ貧血ノ爲、心臟ガ惡シト云ハル。最近益々貧血ハ増シ、且心悸亢進モ強クナレリ。約 2 箇月前ヨリ顔ニ浮腫ヲ生ジ、某醫ヨリ心臟モ惡イガ、肝臓ノ腫脹アリト云ハル。約 20 日間、内服藥及ビ注射療法ヲ受ケタルモ、治癒セズ。9 月中旬本學内科ヲ訪レ、Banti 氏病ト診斷サレ、入院、10 月 11 日脾剔除術ノタメ當科ニ轉科セリ。

現症 體格榮養中等度、結膜ハ貧血性ニシテ皮膚稍々汚染性ナリ。黃疸、出血斑等ナシ。瞳孔、舌ニ異常ナシ。脈搏正常、心臟ノ大サ正常ナルモ一般ニ貧血性收縮性雜音アリ。肺ニ異常ヲ認メズ。

肺肝境界ハ第6肋骨ナリ。腹部ハ全般的ニ稍々膨隆シ、腹水ヲ認ム。左季肋部ニ、肋骨弓下4横指徑ニ達スル腫瘤アリ。表面平滑、邊緣不明瞭、硬靱、呼吸ト共ニ可動性ニシテ、脾腫ナル事明カナリ。肝縁觸レズ。尙ホ顔面、兩足ハ浮腫狀ヲ呈ス。

入院後ノ諸検査 尿ハ淡黃色、透明、中性、比重1024、糖、蛋白等ノ異常成分總テ陰性ナリ。尿ハ正常色、消化良好ニシテ、血液粘液等ヲ認メズ。寄生蟲卵、潛血反應共ニ陰性。血液所見トシテ、赤血球數382萬、色素量50%、色素係數0.65ニテ、著明ナ貧血アリ。白血球數5600、其ノ百分比ハ「エ嗜好」細胞3.0%、中性嗜好細胞63.0%、淋巴球29.0%、大單核細胞竝ニ移行型5.0%ナリ。即チ白血球所見ニ認ムベキ所見無シ。赤血球沈降速度ハ1時間24、2時間60、血小板數24萬、出血時間4分40秒、梅毒反應ハ總テ陰性。血液型A型。尙ホ高田氏血清反應弱陽性、ヒーマンス、バンデンベルグ氏反應ハ間接反應ガ陽性ナリ。

術前診斷 内科入院當時ハ、當科ニ轉科セル時期ニ比シ、貧血尙ホ著明ニシテ、白血球數モ減少

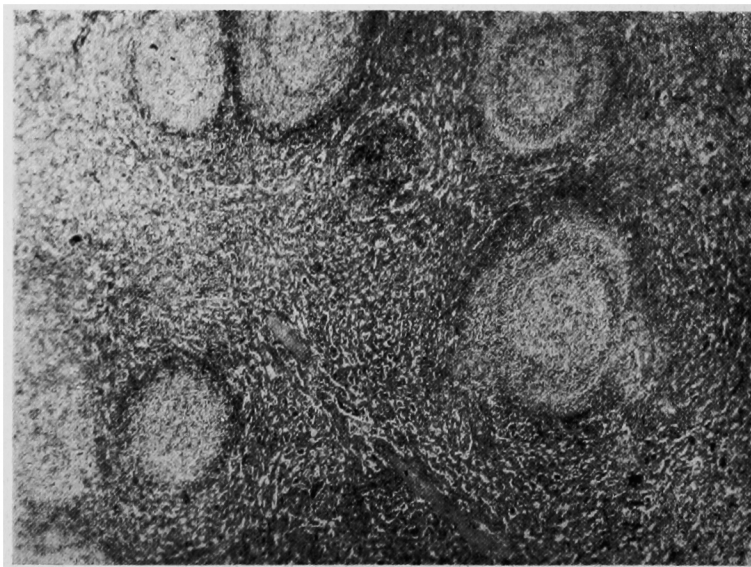
セルヲ聞キ得タリ。術前毎日100ccノ輸血6日間施行シ、恐ラクBanti氏病ナラントノモトニ脾剔出ヲ行フ。

手術 脾ハ周圍トノ癒着ナシ。併シ脾血管ハ脾上縁ニテ後腹膜組織ヨリ遊離シ得ザリシ爲、脾ヲ腹腔外ニ轉落セシメ、脾ノ後面ヨリ脾門兩血管ヲ大ナル鉗子ニテ鉗ミ、共ニ二重ニ結紮シ脾ヲ剔出セリ。

脾臟病理組織學の所見 (挿圖第13圖參照)。

色、形、硬度共ニ正常ナルモ、大サ14.0cm×7.5cm×4.8cmニシテ、重量242gナリ。脾ノ上端ニ小ナル貧血性梗塞アリ。剖面ヲ見ルニ、脾髓ノ増殖著明、脾材ノ増殖ナシ、又血管壁ノ硬化認メラレズ。莢膜ノ肥厚無シ。組織學的ニ濾胞ハ一般ニ増殖シ、其ノ數モ亦増加ス。胚中樞ヲ著明ニ現スモノアリ。赤色脾髓ニ於テ靜脈竇ハ可成リ著明ニシテ、其ノ内皮細胞ハ増殖ヲ示スモノアリ。靜脈竇ニハ可成リ多量ノ血液ヲ滿ス。網狀纖維及ビ靜脈竇ノ壁ハ、可成リ硝子樣ニ肥厚セルモ、結締組織ニ變化セルモノ少シ。脾材ハ増殖著明ナラザ

第 1 3 圖



第IX例 本態不明脾腫(赤松氏40年女)

胚中樞ヲ有スル濾胞、血液ヲ充セル靜脈竇、脾材ノ輕度ノ肥厚等ヲ示ス。
(Zeiss. Okul. 7. Obj. Apochromat. 5. K.J. 27 cm)

ルモ、一部ニ於テハ、稍々肥厚セリ。何レニ於テモ脾材ノ境界ハ明瞭ナリ。コノ所見ハ勿論 Banti ノ Fibroadenie ニ非ズ。随ツテ術前ノ Banti 氏病ト考ヘタルハ誤リナリ。而シテ組織の所見ヨリシテ其ノ本能不明ナリ。

術後ノ経過 術後 300 cc ノ輸血並ニ翌々日 100 cc ノ輸血ヲ行フ。術後ノ経過良好ナルモ、手術創一部化膿シ微熱續キ、而シテ手術後 53 日ニシテ殆ド治癒シ退院セリ。再三血液検査ヲ行ヘルモ術前ノ夫レト比較セル表ヲ次ニ舉グ(第 2 表)。

第 2 表 赤松氏血液検査表

術後日数	検査日	赤血球数 (萬)	血色素量 (%)	血小板数 (萬)	白血球数	百 分 比					出血時間
						エ	桿	分	淋	モ	
/	12/X	382	50	24	5600	3	4	59	29	5	4'40"
/	手術マデニ 100 cc 輸血 6 回										
/	20/X	脾剔除術施行 術後 300 cc 輸血 翌々日 100 cc 輸血									
5	25/X	395	58	21	9200	/	/	/	/	/	3'40"
19	8/Ⅱ	410	62	22	7800	/	/	/	/	/	/
37	26/Ⅱ	428	68	21.5	13300	0	7	53	33	7	1'40"

脾剔除後、次第ニ赤血球数並ニ血色素量ハ増加シ、術後 37 日目ニハ殆ド正常ナリ。白血球数ハ術後著明ニ増加シ、37 日目ニハ 13300 トナリ、コレハ術後、手術創ノ化膿ニモ依ルガ脾剔除ニヨルモノト考ヘラル。血小板数ニハ變化ヲ殆ド認メザルモ、出血時間ハ著明ニ短縮セリ。

要スルニ本例ハ Banti ノ定型のナ所見ヲ缺キ、唯、貧血ニヨル種々ノ症状アルノミニシテ、醫師ヨリ脾腫アル事ヲ不明ニシテ、本學内科ニテ始メテ脾腫アリト云ハレ。從ツテ現病歴ニ脾腫ニヨル腹部緊張感乃至ハ膨滿感等無シ。術後、脾ノ重量モ 242 g ニシテ大ナル脾腫ニ非ラザレバナリ。吾人ハ本症例ヨリ貧血ニヨル症状又ハ貧血ガ次第ニ増加スル傾向存スル際、脾腫ノ有無ヲ先ヅ念頭ニ置クベキヲ痛感スルモノナリ。本例ハ Banti ノ所謂 Fibroadnie ハ無ク、組織の所見ハ全ク本態不明ノ脾腫ト云フヨリ外ナシ。手術時肝ノ試験的切除ヲナシ組織の所見ニ何等カノ變化アレバ或ハコノ脾腫ノ成立機轉ニ何等カノ光明與ヘシモノ存セズトモ限ラズ、脾剔除ニ當リテハ肝ノ試験的切除ヲ必要トスル場合アルヲ痛感セリ。尙ホ本例ニ於テ注目スベキハ、手術時脾血管ノ後腹膜組織ト

密ニ癒着セル爲各血管ヲ分離シ得ザリシ事ナリ。脾腫ニシテ著明ナ貧血存スル際、脾靜脈栓塞性脾腫ナルモノ存在スルヲ微知シ置キ、手術時ニ脾靜脈ノ性状、門脈ノ狀態等ヲ精査スルヲ要スルモノナリ。サレド Klemperer u. Radt ニヨレバ脾靜脈栓塞ニヨル脾腫ハ、發病ハ急劇ニシテ腹痛アリ又發熱ヲ伴フコトアリトサレ、之等ノ症状ハ本例ニ全然缺如シ、且又胃腸出血ハ最モ特有ノ症状トサルモ、之スラ本例ニ於テ缺如セリ。随ツテ脾組織の所見ニ靜脈竇ニ多量ノ血液ヲ混ゼルモ、脾靜脈栓塞ニヨル鬱血所見トハ考ヘラレズ。要スルニ本例ハ貧血著明ナ脾腫患者ニシテ、脾腫ノ本能不明ト云フ外無シ。

第 X 例 江木氏 34 歳 女

初診 昭和 16 年 10 月 21 日 同日入院

主訴 貧血、心悸亢進及ヒ腹部膨滿感

家族歴 父方ノ祖父母ハ腦溢血ニテ死亡、母方ノ祖父母ハ老衰ニテ死亡、父ハ 60 歳、母ハ 61 歳ニテ何レモ健在、同胞 7 人、患者ハ第 1 子ニシテ他ハ總テ健康、21 歳ノ時、現在ノ夫ト結婚、子供無シ。

既往症 25 歳ノ時早産(8 箇月)セル事アル外著

患ヲ知ラズ。初潮ハ14歳不順ナリト。

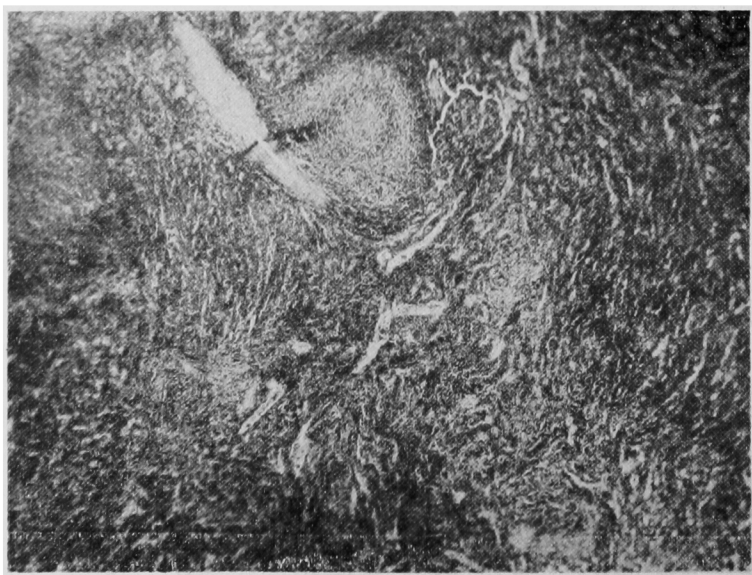
現病歴 娘時分ヨリ爪ノ青白キ事ニ氣付キ、他人カラモ顔色ガ惡イト云ハレテ居タリ。昭和3年結婚セリ。其ノ後次第ニ顔色蒼白ノ氣味アリ。爪モ何時ノ間ニカ、知ラズ識ラズ變形シテ來タリ。仕事ニ際シテ心悸充進ヲ訴フルニ至ル。9年前、前記ノ早産アリ、其ノ後益々貧血アリ、昭和15年10月婦人科醫ヲ訪レタル際、子宮後屈ト云ハレ同時ニ脾腫アリト云ハル。放置セルニ次第ニ腹部膨滿感アラハレ、且仕事ニ際シテ心悸充進ハ益々増惡シ、時ニハ頭痛、眩暈アリ。昭和16年9月中耳炎ニテ某病院へ通院中、貧血著明ナルヲ注意サレ、且脾腫アリト云ハル。脾剔出術ヲ勸メラレ10月21日當科ヲ訪レタリ。尙ホ發病來食慾睡眠共ニ良好ナリト。

現症 體格中等度、榮養稍々衰ヘタル婦人、顔色竝ニ皮膚ニ貧血著明ニシテ、黃色調ヲ帶ブ。眼瞼結膜亦貧血著明ナリ。サレド黄疸ハ認メズ。舌瞳孔ニ異常ナシ、頸部淋巴腺腫脹無シ。脈搏ハ整ナルモ稍々緊張弱シ。血壓120—80、心肺ニ異常

ヲ認メズ。肺肝境界ハ第6肋骨ニアリ。尙ホ爪甲ノ萎縮變形著明ナリ。腹部ハ平坦、左肋骨弓下2横指徑ニ腫瘤ヲ觸知ス。表面平滑、硬靱、境界明瞭ナリ。壓痛ナシ、呼吸ト共ニ可動性、右側臥位ヲトラシムレバ、腫瘤ハ明瞭ニ觸知シ得。截痕ヲ觸レザレドモ性狀ヨリシテ脾腫ナル事明カナリ。肝縁ハ觸レズ、又腹水認メズ。

入院後ノ諸検査 尿ハ黃褐色、透明、「アルカリ性」ニシテ、糖、蛋白等其ノ他異常成分ヲ見ズ。尿ハ不消化便ナルモ、粘液血液ヲ混ゼズ。寄生蟲卵、潛血反應共ニ陰性ナリ。血液検査ニ於テハ赤血球數286萬、血色素量35%、色素係數0.61ニシテ何レモ著明ニ低下シ、貧血著明ナリ。白血球數5100ニシテ、百分比ハ「嗜好」細胞1.5%、中性嗜好性桿狀核細胞3.5%、同分葉核細胞60.0%、淋巴球30.0%、大單核細胞及ビ移行型5.0%ナリ。即チ白血球ニハ異常無シト言ヒテ可ナリ。赤血球沈降速度ハ1時間23、2時間45、血小板數16.8萬、出血時間5分、凝固時間8分30秒ナリ。梅毒血清反應ハ總テ陰性、血液型A型ナリ。肝機能検査トシ

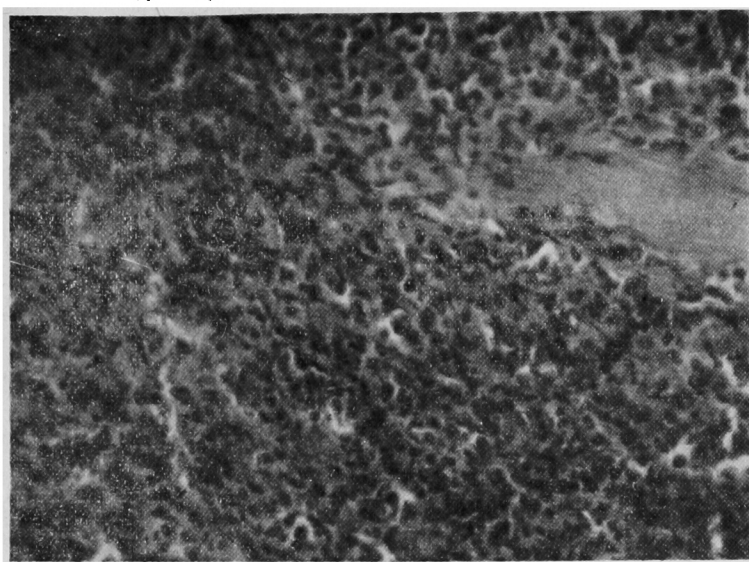
第 1 4 圖



第X例 慢性髓血脾(江木氏34年女)

中心部ニ硝子樣物質沈着セル濾胞、赤色脾髓内ノ赤血球ノ多數存在、脾材ノ肥厚ヲ示ス。
(Zeiss. Okul. 7. Obj. Apochromat. 5. K.L. 27 cm)

第 15 圖 (第 14 圖赤色脾髓ノ一部強擴大)



赤血球ハ静脈竇ヲ充シ、網狀組織ニモ多數存ス。脾材ノ肥厚アリ。
(Zeiss. Okul. 7. Obj. D.D. 4,3 mm. K.L. 27 cm)

テ高田氏反應弱陽性、ヒーマンス、バンデンベルグ氏反應ハ間接反應陽性ナリ。

術前診断 著明ナル貧血及ビ現病歴ノ永キ事等ヨリ、Banti 氏病ト考ヘ術前 100 cc ノ輸血 11 回施行、殆ド正常ノ血液所見ヲ得タルヲ以テ、脾剔出術ヲ施行ス。

手術 脾ハ正常ノ殆ド 8—10 倍大ニ腫脹セリ。脾ト周圍臓器又ハ腹壁トノ癒着無シ。型ノ如ク脾上縁ニテ脾血管ヲ結紮、脾門ニテ更ニ動静脈ヲ二重結紮切除シ容易ニ脾剔出ヲ終ヘリ。尙ホ肝ハ正常、腹水ヲ認メズ。

脾臓病理組織學の所見 (挿圖第 14, 15 圖参照)。

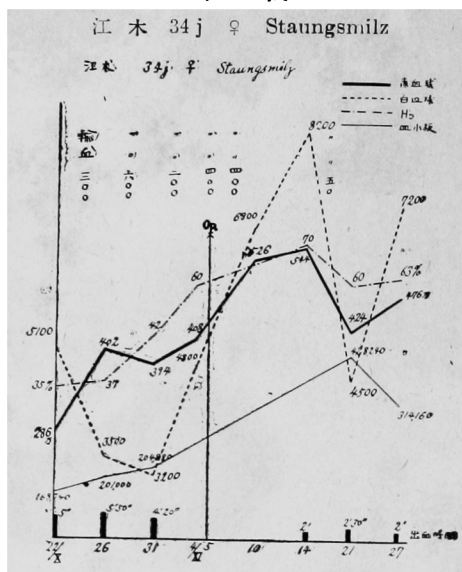
暗赤色、表面平滑ノ硬靱ナル脾臓ニシテ、上端部ニ楔狀梗塞アリ、大サ 18.5 cm × 13.5 cm × 9.5 cm ニシテ、重量 955 g ナリ。剖面ニ於テ脾材ハ肥厚シ、灰白色ニ見ユ。濾胞ハ一般ニ萎縮性ナリ。英膜ハ稍々肥厚セリ。脾門血管ニ硬化認メラレズ。結紮絲ヲ取りテ含有血液ヲ放流セシムルニ 330 cc ノ血液ヲ得、脾ノ重量 590 g ニ減少セリ。組織學的ニ檢スルニ、濾胞ハ大小種々ノモノガ可成リ多

數ニ存シ、其ノ中心部ニ少量ノ硝子様物質ノ沈着アリ。赤色脾髓ニ於テハ赤血球多數ニ存シ、静脈竇ヲ充スノミナラズ、又網狀組織内ニモ多數存ス。尙ホ網狀組織内ニハ、稍々多數ノ淋巴球、少數ノ「エオジン嗜好」細胞ヲ認ム。静脈竇ノ壁ハ輕度ニ肥厚ス。脾材ハ中等度ニ肥厚シ、結締組織ノ増殖ヲ認ム。即チ此所見ハ明カニ慢性鬱血脾ノ像ヲ示スモノナリ。

手術後ノ經過 手術當日(術前及ビ術後) 400 cc ノ輸血、其ノ後毎日 100 cc ノ輸血 4 回施行セリ。經過非常ニ良好ニシテ、術後 24 日目ニ全治退院セリ。退院マデニ再三血液ノ諸檢査ヲ行ヘリ。而シテ術前ノ夫レト對比スベク、次ノ曲線ニ描キタリ(第 16 圖参照)。

即チ一見シテ判明セル如ク、術前最初ノ著明ナル貧血ハ次第ニ回復セリ。コレ實ニ 11 回ノ輸血ニヨルハ言フマデモ無シ。血色素量モ殆ド赤血球ノ増加ト平行シテ増加ヲ示ス。唯、白血球數ハ輸血ニヨリ寧ロ減少シ術前稍々回復セリ。術後相當量ノ輸血アリト雖モコレハ脾腫大ニシテ且含有血液

第 16 圖



量モ相當多量ナレバナリ。赤血球數，白血球數其ノ他モ著明ニ増加シ，最後ノ諸検査（即チ退院ノ前々日術後22日目）ニ於テハ赤血球ヲ初メ諸成分ハ殆ド正常ナリ，又出血時間モ術前ニ比シ短縮セリ。又白血球百分比ニ關シテハ省略スルモ，殆ド術前ト同様ニシテ特別ノ變化ヲ見ザリキ。之等血液所見ノ脾剔出ニヨル變化ニ關シテハ，前述ノ諸例ト共ニ一括シテ次章ニ述ブベシ。尙ホ一言スベキハ，術前肝縁觸レザルモ，退院時ハ肋骨弓下2横指徑ニ肝縁ヲ觸レ得タリ。コレ脾剔出ニヨル肝ノ代償的肥大ニヨルモノナランカ。

要之，本症例ハ10年以上前ヨリ貧血アリ，貧血ハ次第ニ増悪シ，脾腫ヲ醫師ヨリ發見サレ，自ラ脾剔出ヲ受ケント決心スルニ到レリ。即チ貧血ニヨル心悸亢進，頭痛等ハ相當ニ著明ナリシモノト考ヘラル。而シテ血液諸検査ニテ貧血著明ナルヲ觀タレドモ，白血球數及百分比ニ著變無シ。術前Banti氏病ト考ヘタレドモ，Banti氏病ニ於テハ通常，白血球數ノ減少竝ニ比較的淋巴球增多ヲ見ルモノナレドモ，本例ニスル事ナシ。隨ツテBanti氏病ナル診斷ハ當然誤リナルモ，現病歴永ク脾腫，貧血アレバ，吾人ハ直チニBanti氏病ヲ

想起スル習慣アリ。前述（第2章）セル如ク貧血脾腫アル疾患ハ種々ノモノ存スルヲ忘ルベカラザルト共ニ，且脾腫ノ診斷ノ甚ダ困難ナルヲ痛切ニ感ズルモノナリ。脾腫ニ於テ血液ノ検査ヲ出來ル限り詳細ニ行フハ勿論，患者ノ既往症，現病歴ヲ詳述スル様心懸クル必要アリト考フルモノナリ。患者ノ述ベシ症狀以外ニ，脾腫ニ關係アリト思ヘルル症候ハ總テ問診スル必要アリテ，之ガ爲ニハ脾腫ニ關係スル有ラユル疾患ニ就テノ智識ヲ要スルモノナリ。本例ハ組織學的ニ，慢性鬱血脾ノ像ヲ示シ，勿論Banti氏病脾ニ非ザル事一見シテ容易ナリ。斯ル慢性ノ鬱血脾ヲ招來スル根本的ノ疾患，或ハ原因ハ何所ニ存スルヤノ疑問生ズルハ當然ナリ。成書ニ依レバ，循環器疾患特ニ心臟瓣膜症ニヨリテ慢性ニ脾腫ニ鬱血ヲ招來スルモノトナシ，又門脈系統ノ鬱血狀態ニ續發的ニ發生スルモノトサル，前者ヲ「中心性鬱血脾」後者ヲ「末梢性鬱血脾」ト稱ス。「末梢性鬱血脾」ハ門脈又ハ脾靜脈自體ノ病變例ヘバ靜脈栓塞ノ如キモノニヨリテモ發生スルガ，之等血管ヲ外部ヨリ壓迫セル際ニモ發生スルモノニシテ，例ヘバ脾腫瘍，其ノ他胃，腸，腎，肝，膽道ノ腫瘍，又ハ炎症性疾患，時ニハ後腹膜淋巴腺ノ腫脹等ノ場合ナリ。本例ニ於テハ手術時スル所見ヲ發見シ得ズ。且本例ハ結婚以前ヨリ顔色蒼白ニシテ貧血性ナレバ，寧ロ中心性鬱血脾ト考フルガ至當ナラン。而シテ前述ノ如ク之ハ慢性心臟機能障礙ニ基因スルモノナルガ本例ニ於テ心臟ノ大サ竝ニ心音ニ異常ヲ認メザリシハ如何ナル理由ニヨルヤ不明ニ終レリ。尙ホ本例ニ注目スベキハ，永年ノ貧血以外ニ爪甲ノ變化ニシテ匙狀ニ凹沒セリ，匙形爪甲（Koilonychie）ハ萎黃貧血（Chloranaemie）ニ特有ノ症狀トモ稱スベキデ，本疾患ハ一般ニ中年ノ女子ニ多ク，且貧血ノ増加スルニ隨ツテ爪甲變化モ高度ニナルモノナリ。尙ホ症狀トシテ本例ニ見ル如キ頭痛，眩暈，心悸亢進等ノ貧血ノ一般症狀ヲ呈シ，皮膚ハ萎黃病ト同様ニ蒼白色ヲ呈ス。尙ホ血液所見トシ

テ著明ナ赤血球減少、血色素量ノ減少及ビ色素係數ハ著明ナ低下(0.6以下)ヲ示スモ、白血球、血小板ニハ格別ノ變化ナシ。之等ヲ考フレバ本例ハコノ萎黃貧血ト稱セラルル疾患ニ附隨セル脾腫ナルヲ思ハシム。而シテ Klemperer u. Radt モ言ヘル如ク、本症ニ於テ時ニ脾腫存スル事アリ、即チ毎常見ラルルモノニ非ズシテ、且巨大脾ニ達セズ。而モ鬱血脾ノ所見ヲ組織的ニ呈シ、所謂 Spodogene Milztumor トシテ現ヘルモノナリト述ベタリ。余ノ例ニ於テモ、鬱血脾ヲ惹起セシメタル原因ヲ萎黃貧血ト考フレバ、(脾腫ヲ伴フ事稀ナルモ)其ノ現病歴、現症、血液所見及ビ脾組織所見モ了解シ得ル所ナリ。要スルニ本例ノ慢性鬱血脾ヲ招來セシメタル原因ハ慢性心臟機能障礙特ニ心臟瓣膜症ニ歸因セシムルガ常道ナルモ、本例ニ於テハ其ノ病歴及ビ血液所見ハ萎黃貧血ト稱スベキモノト推定スルモノナリ。尙ホ第 VIII, IX 例ト同様ニ術前相當量ノ輸血ヲ行ヒタル點ニ就キ又特ニ輸血ノ效果ニ就テハ、先ニ再三述ベタル所ナリ。

第2部 小括

以上6例ハ脾剔除ニヨリ、全治退院セル症例ニシテ、内、第 VII 例ノミ退院後2年目ニ腹水、心衰弱ニテ死亡セリ。他ハ現在尙ホ健存ス。之等6例ハ、術前確實ナル診斷ヲ附シ得タルモノ殆ド無シ。之ガ原因ハ脾腫ニ附隨セル諸種徴候、例ヘバ血液所見ガ特有ナル點ヲ現ハサズ。總テ大體ノ所見ガ同様ナル血液所見ヲ呈スルヲ以テナリ。尤モ成書ニ依レバ各疾患ニ於テ特有ナル血液所見ヲ呈スル事アリ。之ヲ術前ニ得ベ、勿論診斷モ或ル程度マデ可能ナラン。余ノ症例ニ於テ Banti 氏病ト診斷セルモノアリテモ、其ノ現病歴、脾腫、血液所見ガ大體 Banti 氏病ニ近似ノモノト云フノミニテ、術後脾組織的ニ Banti 氏病脾ト考ヘラルルモノアリ。或ハ慢性脾炎、鬱血脾等アリテ、實ニ慢性脾腫ナルモノノ診斷ハ困難ナルヲ思ハシム。石率ニ術前ニ Banti 氏病或ハ之ニ類スル疾患ヲ鑑

別診斷スルハ不可能ト考フルモノニシテ、唯、白血球數ノ著明ナ増加、或ハ既往症ニ於ケル特有ナル疾患、例ヘバ「マラリヤ」等ノ所見存セバ、白血病脾、「マラリヤ脾腫」等ト診斷ヲ下シ得ベシ。サレド前述ノ如ク、貧血ヲ伴フ脾腫、又ハ肝疾患ヲ伴フ一定ノ慢性疾患群(Banti 氏病及ビ所謂肝脾疾患)等ハ諸學者ニヨリテ興味多キモノナレド、之ガ術前ノ診斷ハ定型的ナ症狀ヲ現ハスモノ少キヲ以テ、非常ニ困難ヲ伴フモノトサレ、且早期ニ脾剔除術施行ニヨリ全治スルモノナレバ、益々吾人外科醫ニトリテ重要ナル疾患群ニ屬スモノナリ。悲シムベキハ之等ノ疾患ノ原因、病理等充分明カナラズ。脾剔除ノ適應ヲ定ムルニ際シテ困惑スル事甚シ。サレド茲ニ一言附加スベキハ、貧血ヲ伴ヒ、且著明ナ脾腫存スレバ、診斷ノ確實ニ附シ得ザル場合ト雖モ、周到ナル前準備ノモトニ脾剔除ヲ決行スベキナリ。吾人ノ行ヘル鬱血脾、慢性脾炎ニ於テモ Banti 氏病ト同様脾剔除ニヨリ全ク術前ノ諸症狀ハ消退シ、健康ヲ保持シ生業ニ從事シタルヲ見レバ、余ハ脾剔除ノ決行ニヨリテ、良結果ヲ得ベシト固ク信ズルモノナリ。余ノ症例ニ於ケル遠隔成績ニ關シテハ少數ナガラ次章ニ於テ一括シテ述ベシ。余ノ6例ノ脾剔除ニ於テ術前輸血ヲ行ハザリシハ3例ニシテ、其ノ中第 V, VI 例ハ夫々赤血球數436萬、412萬ニシテ、又第 VII 例ハ298萬ナリ。前者ノ2例ハ赤血球數殆ド正常ナル故輸血ヲ行ハズシテ脾剔除ヲ施行セルモ經過良好ナリキ。後者(第 VII 例)ハ著明ニ貧血存スルニ係ハラズ輸血ヲ行ハズシテ脾剔除ヲ行ヒシガ患者ニ惡影響ヲ及ボスハ已ニ再三述ベシ所ナリ。但シコノ第 VII 例ニ於テハ術後直チニ300 cc ノ輸血ヲ行ヒ以テ急性心衰弱等ノ偶發症ヲ防ゲリ。之ニ反シ、前述セシ直接死亡例ノ4例ハ殆ド術前ニ輸血セルモノ無シ。コノ點ヲ考フレバ脾剔除ニ際シテハ貧血存スル事多キヲ以テ、必ズ相當量ノ輸血必要ニシテ、術前ノ血液所見ハ殆ド正常ニナリテヨリ、脾剔除ヲ行フベキモノト考フ。之ガ好

例ハ第 VIII, IX, X ノ 3 例ナリ。又血液所見ニ貧血存ゼザル場合アリト雖モ、脾腫ニ含有サルル血液量ハ、相當大ナルモノト考ヘザルベカラズ。依ツテコノ點ヨリ考フルモ脾剔出ニ際シテハ、輸血ヲ前準備トシテ行フガ妥當ナリト考フルモノナリ。尙ホ輸血ノ效果ハコノ大血量ヲ補フト云フ點ノミナラズ、出血素因ヲ治癒セシメ、術後ノ後出血ノ憂無シト云フ點ニ存ス。勿論輸血自體ニヨル效果ハ種々ノ點擧ゲラルルモ、脾剔出術前準備トシテノ輸血ハ失血量（脾腫含有量）ヲ補充シ、後

出血ヲ豫防スル 2 點ニアリ。

第 4 章 總括的觀察並ニ考案

以上 10 例ノ脾剔出例ヲ述ベタルガ、茲ニ總括的ニ脾腫ニ就テ臨牀的、又ハ組織學的ノ觀察ヲ次ノ數項ニ分チテ述ベ併セテ聊カ考案ヲ加ヘントス。

〔1〕脾腫自家症例ノ術前竝ニ術後診斷（組織學的所見ニ依ル）ニ就テ

余ノ 10 例ノ術前診斷竝ニ術後診斷ヲ列記スレバ第 3 表ノ如シ。

第 3 表

症 例	年 齡	性	術 前 診 斷	術 後 診 斷	轉 歸
I 宮 脇	21	女	Banti 氏病	Banti 氏病	死
II 中 浦	39	男	慢性骨髓性白血病	慢性骨髓性白血病	死
III 中 本	41	女	腹 部 腫 瘤	本 態 不 明 脾 腫	死
IV 久 間	31	男	Banti 氏病	不 定 型 Banti 氏 病	死
V 花 房	34	女	Banti 氏病	不 定 型 Banti 氏 病	治
VI 仁 科	21	男	脾 腫	慢性出血性脾炎	治
VII 佐 藤	43	女	脾 腫	慢性白血病?	治
VIII 山 元	29	女	Banti 氏病	不 定 型 Banti 氏 病	治
IX 赤 松	40	女	Banti 氏病	本 態 不 明 脾 腫	治
X 江 木	34	女	Banti 氏病	慢性鬱血脾	治

10 例中種々ノ診斷ヲ術前下セルモ、中ニハ脾腫ノ存在サヘ不明ニシテ開腹ニヨリ初メテ脾腫ナル事判明セシ第 III 例ノ如キアリ。又單ニ脾腫ト診斷シ手術ヲ行ヘルモノ 2 例アリ。唯、第 II 例ノミハ血液所見特ニ白血球ノ特有ナル所見ヨリ慢性白血病ト診斷サレ、脾組織の所見ニ於テモ之ナルヲ知り得タル例ナリ。殘ル 6 例ハ總テ Banti 氏病ト診斷サル。而モ術後 Banti 氏病ト見做スベキ脾腫ハ 4 例ナリ。コノ事實ハ慢性脾腫ナルモノガ、多クハ貧血ヲ呈シ、且慢性脾腫中 Banti 氏病ノミガ一般の周知ノ疾患ニシテ、他ノ多數ノ脾腫ヲ伴フ疾患ヲ兎角忘却シ勝テナル事ニ起因スルモノナラン。術後確實ニ Banti ノ言ヘル所謂 Fibroadenie ヲ呈セルモノ僅ニ第 I 例アリシノミニテ、殘ル 3 例ハ前章ニテ假稱セル如ク不定型 Banti 氏病脾ニ

シテ純然タル Fibroadenie ヲ呈セザリキ。從來報告サレタル Banti 氏病症例ハ多數文獻ニ現ハルルモ悉ク Fibroadenie ヲ呈セシモノナリヤ、余ハ疑問ヲ有スルモノナリ。Sternberg ハ ドイツニ於テハ Banti ノ言ヘル純然タル Fibroadenie ヲ呈セル Banti 氏病少シト言ヘリ。又余ノ例ニ於テ本態不明脾腫 2 例存ス。即チ組織學的所見ヨリ、何レノ疾患ニ屬スベキ脾腫ナリヤ全ク不明ニ終リシモノニシテ、從來報告サレタル脾剔出例ニ於テ、本態不明脾腫ナルモノノ文獻上散見ス（三井、上妻）。理論上本態不明ノ脾腫ノ存在セザルハ自明ノ理ニシテ、吾人臨牀醫ノ術前諸検査又ハ専門の病理學的諸検査ノ不足ニ依ルモノナルベシ。以上僅カ 10 例ノ脾剔出例ニ於テスラ、種々ノ脾腫存シタレバ如何ニ慢性脾腫ナルモノガ、臨牀的病理學的ニ複

難セルモノカヲ知り得ベシ。一方、術前診断ノ確實ナリシモノ5例ナリキ。此點ヨリシテ術前診断ノ如何ニ困難ナルカヲ示スモノニシテ、確實ナル根據ヲ以テ診断シ得タルモノ實ニ微々タリ(第II例ノ如シ)。斯クノ如ク慢性脾腫ノ診断困難ナル故、既往症、現病歴ヲ詳細ニ問診スルト共ニ、詳細正確ナル血液諸検査並ニ豊富ナル智識ヲ持ツテ慢性脾腫ノ診療ニ當ラザルベカラズ。

尙ホ表ニ年齢、性、轉歸等ヲ附記セリ。女性7例、男性3例、年齢ハ最高43歳、最低21歳ニシテ總テ青年ヲ占ム。手術ニヨル死亡例ハ4例ニシテ、之ガ死因ニ關シテハ已ニ前章ニテ述ベシ所ナリ。

〔2〕脾腫ニ於ケル既往症ニ就テ

一般ニ慢性脾腫ニ於テハ、貧血ヲ伴フ事屢々ナリ。サレバ既往症ニ於テ現ハレタル症狀中、貧血ニ起因スベキ頭痛、眩暈、耳鳴り、全身倦怠、卒倒發作、嗜眠、四肢厥冷ヲ訴ヘ、動作ノ際ニ心悸亢進、呼吸促進ヲ來スハ當然ナリ。貧血以外ニ出血性素因即チ齒齦出血、衄血、吐血、胃腸出血等ヲ訴フル事アリ。ヨリ出血性傾向ハ又屢々貧血ノ高度ナル場合及ビ白血病ニ見ラルル所ナリ。斯クノ如ク脾腫ニ於テ血液ノ諸成分諸性質ニ變化ヲ伴フ事多ク、コノ變化ニ關シテハ項ヲ更メテ述ベシ。唯、脾腫ニ於テ既往症ニ原因ノ關係アルト思ハルモノヲ擧グレバ次ノ如シ。

(イ) 熱性疾患 余ノ10例中、肺炎、「インフルエンザ」ニ罹レルモノ3例アリ(第I, II, VIII例)、赤痢1例(第VII例)アリ。斯ル疾患ガ脾腫發生ニ如何ナル關係アルカハ不明ナルモ、伊藤ハ既往ノ一定時期ニ、下痢及ビ赤痢樣疾患ヲ訴ヘタルモノ過半数ニ在リト云ヒ、細菌感染、或ハ寄生蟲感染ト密接ナル關係アリトシ、脾腫ニ於テ重要視セリ。

(ロ) 寄生蟲 脾腫患者ニ於テ寄生蟲(例ヘバ日本住血吸蟲、「肝チストマ」及ビ普通寄生蟲)ヲ有スル事アリ。特ニ貧血ヲ伴フヲ以テ、脾腫發生

ニ考慮ヲ要スル問題ナルモ、直接關接ノ役割ヲ演ズルヤ否ヤ不明ナリ。余ノ例ニ於テ第VIII例ニ蛔蟲卵ヲ證明セルノミ。サレド三浦、土屋、井上等ハ日本住血吸蟲病ニ於テ殆ド臨牀上Banti氏病トノ鑑別困難ナル事アリトサレ、尿中ノ蟲卵ノ有無ヲ檢スルハ必要ナル事ナリ。寄生蟲ニ非ラザルモ「マラリヤ」罹患ノ有無ヲ聴取スルハ重要ナリ。

(ハ) 婦人科の疾患 脾腫患者女性ノ場合、月經、流産、早産等ヲ詳細ニ聴取スルハ肝要ナリ。余ノ例ニ於テモ、月經不順ヲ訴フルモノアリテ、貧血症狀現ハルルト共ニ、月經不順トナリ、又出血性素因アルモノハ、寧ロ月經過多ヲ訴フル事アレバナリ。又妊娠、分娩等ニ於テ脾臟ハ生理的ニ腫脹スルモノノ如ク、前島モ脾腫脹ト妊娠、分娩等トノ關係ヲ述ベ、又Banti氏病ノ報告例中ニモ、妊娠又ハ分娩ニ合併シ、發生セル例アリ(吳、石崎)。余ノ例ニ於テモ流産、早産又ハ分娩ニ引續キ脾腫發生セリト考ヘラルル例アリ(第V, VIII, X例)。

(ニ) 性病並ニ酒精 性病特ニ梅毒ト脾腫トノ間ニ關係存スルハ言フマデモ無シ。特ニ先天梅毒ニ於テ脾腫ヲ伴フ事多シ、後天性ノモノニ於テハ脾腫一時的ニ出現スルモ、門脈系ニ徵毒性變化現ハザレバ、續發的ニ脾靜脈血栓性脾腫發生セズト斷言出來ズ。又酒精ニヨリ肝硬變惹起サルルトセバ、肝硬變ニ伴フ脾腫存スルヲ以テ、大酒家ヤ否ヤヲ知ルハ必要ナル事項ナリ。

〔3〕脾腫ニ於ケル血液所見並ニ脾剔出ノ血液所見ニ及ボス影響ニ就テ

脾臟ハ其ノ機能即チ淋巴球新生、赤血球破壊並ニ血色素代謝等ニ重要ナル役割ヲ演ズルヲ以テ、一度何等カノ原因ニテ脾腫發生セバ、必然的ニ血液所見モ亦正常ト異ニスルニ至ルハ論ヲ俟タズ。血液各成分ニ就テ術前並ニ輸血ニヨル變化或ハ脾剔出ニヨリテ蒙ル變化ノ2, 3ニ就テ述ベシ。

(イ) 赤血球數並ニ血色素量ニ就テ

慢性脾腫ニ於テハ貧血ヲ呈スル事多ク、余ノ10

例=就テモ、貧血ヲ伴ハザルモノ殆ド無シ。脾腫發生セバ、赤血球破壊能力充進スルモノノ如ク、貧血發生スルモノ=非ズヤ。三田村モ脾臓=於ケル赤血球ノ破壊増進=ヨルト言ヘリ。Banti氏病=於テ貧血ヲ呈セルハ、Banti氏ハ脾毒素ヲ假定シ、コレガ骨髓=於ケル血色素新生低下竝=新生赤血球ノ流血中ヘノ流出抑制=ヨルト推定セリ。一般=貧血ハ種々ノ發生機轉=因リ發生スルモノナルガ、脾内ニテ多量ニ血球崩壊スル=因ル場合例ヘバ常血性黃疸、「マラリヤ脾腫」=於ケル如シ反之、骨髓ノ造血機能減退=關係シ、脾腫貧血ヲ現スモノハ白血球ナリ。余ノ10例中、赤血球數400萬以上算シタルモノ4例即チ慢性骨髓性白血病(第II例)、本態不明脾腫(第III例)、不定型Banti氏病(第V例)、慢性出血性脾炎(第VI例)ナリキ。多クハ280萬乃至390萬ノ間ニ存ス。特ニ術前Banti氏病ト診斷サレタル症例ハ多ク貧血著明ナリ。Banti氏ハBanti氏病=於ケル血液所見トシテ赤血球數ノ減少、血色素量ノ低下、赤血球ノ「アノンテトーゼ」、「ボイキログテトーゼ」及ビ白血球數ノ減少ヲ記載シ、後年、更ニSenatorハ白血球=於テ比較的淋巴球ノ増加ヲ記載ス。サレド、之等ノ所見ハBanti氏病脾=ノミ限ラレタルモノト言フ能ハザルハ余ノ症例ガ如實ニ物語ルモノニシテ、又Naegeli, Iehleハ肝硬變=於テ、Amatoハ微毒脾、「マラリヤ脾」=於テ、Edens, Canchois, Dèvéハ血栓性靜脈炎性脾腫=於テ、又西川ハ日本住血吸蟲病脾=於テモ見ラルル所ナリト報告セリ。血液所見=於テ之等疾患ヲ區別スル事不可能ナリ。尙ホ血色素量=於テ余ノ症例=於テハ最高70%, 最低35%=シテ赤血球數400萬以上アルトモ血色素量ハ著明ニ低下スルヲ見タリ。

脾剔除=ヨリ赤血球數ハ増加スルモノノ如ク、余ノ第VIII, IX, X例=於ケル表又ハ圖ニ現セル如シ。脾剔除前=屢々輸血ヲナシタルモ、コレ=ヨリ貧血屢々回復スルハ周知ノ事實ニシテ、Orth, Carmonaハ輸血=ヨリ、骨髓刺戟=ヨル

新血球増量=アリトナシ、特ニ後者ハ輸入血球ハ數日間受血體內ニテ生存スル事ヲ認メタリ。又Coenenハ約1週間血球ハ受血體內ニテ健存スト云ヘリ。一方Belenkijハ輸入血球ハ直チニ破壊サレ、其ノ破壊産物ハ骨髓ニ作用シテ、著シキ效果ヲ現スモノト説明セリ。要スルニ輸血=ヨル赤血球數又ハ血色素量ノ上昇ハ一時のモノニシテ余ノ患者=於テ、術後數日間ノ輸血アルモ、術後1箇月或ハ夫レ以上ニナリテモ、赤血球數及ビ血色素量ノ増加アル點ヨリシテ、脾剔除=ヨル増加ト考ヘザルベカラズ。尙ホ退院後10年以上或ハ少クトモ3箇月ノ検査=於テ正常血液所見ヲ得タリ(コノ點ニ關シテハ後述ス)。

脾剔除直後ノ變化ニ關シテハ多數ノ學者ハ赤血球數減少スト云ヘルモ、Ascher, Sollbergerハ却ツテ増加スト云ヒ、又Senator, Kraus等ハ變化無シト云ヒ、Ziegler, 佐川ハ一時減少スト雖モ後次第ニ正常値ニ達スト云フ。余ハ脾剔除直後ノ所見ハ輸血ヲ行ヒシ爲測定セザリシ故、カカル變化ニ關シテ批判ヲ下シ得ズ。余ハ術中、術後ニ相當量ノ輸血ヲナシタルヲ以テ、總テ著明ニ増加セリ。(術後3—5日間)。Weinert及ビ久留ハ、剔除直後ハ増加スルトナシ、特ニ久留ハ手術=ヨリ血液中ノ血漿組成ニ變化ヲ來シ、血液ハ濃縮シ外觀上赤血球増加ヲ示スモノトナシ、次デ赤血球容積減少ト血漿蛋白=ヨル稀薄化=ヨリ血色素量及ビ赤血球數ハ減少シ、更ニ第4—9日目ニハ脾剔除ニ依ル赤血球破壊作用ノ消失ト、骨髓ノ造血作用充進ト=ヨリ、再ビ増加ヲ示スト述ベタリ。Weinertハ遠隔成績=於ケル増加ハ、脾剔除=ヨル網狀内皮細胞系統ノ代償作用ニ歸セリ。何レニセヨ、脾剔除直後ノ赤血球、血色素量等ノ増減ハ不明ナルモ1週間後ニハ増加ヲ示ス。又遠隔成績=於テモ貧血無ク、正常血液所見ヲ見タリ。即チ貧血ニ對シテ脾剔除ハ好影響ヲ與フルヲ知ルモノナリ。

(ロ) 白血球=就テ

白血球=於テ急性及ビ慢性ノ間ハズ、著明ニ白

血球數ニ増加アルヲ普通トス。而シテ脾腫ヲ伴フ場合ハ慢性骨髓性白血病ニ互脾ヲ伴ヒ、慢性淋巴性白血病ニモ現ハルガ、前者程大ナラズ。又急性白血病ニ於テハ脾腫存スルモ殆ド觸レザル程度ナリトナル。尙ホ重要ナルモノニ、白血球數ノ増加ナキモ、白血球ハ形態的ニ白血病ト同様ナル所見ヲ呈シ脾腫ヲ伴フモノニ、非白血病(Aleukämie)アリ。之等ノ疾患ハ總テ白血球ノ數或ハ形ニ異常ヲ見ルヲ以テ、術前ノ診斷モ容易ナル事多シ。從ツテ問題トナルハ白血球數ノ正常ナルカ又ハ減少シ且貧血存スル場合ノ脾腫ニシテ、已ニ Aubertin ノ白血球ノ變化ニ基ク脾腫分類ニ關シテハ第2章ニテ述ベタル所ナリ。

余ノ10例中慢性白血病ハ2例アリ、第II例ハ33,100ヲ算シ慢性骨髓性白血病ナリシモ第VII例ハ5200ヲ算スルノミニシテ、術前ノ診斷ハ單ニ脾腫ニシテ、術後慢性白血病脾ナリ事判明セリ。慢性脾腫ニ於テ、特ニ Banti 氏病ニ於テハ淋巴球ノ比較的增多ヲ伴ヘル白血球數減少アルハ Senator 以來記載サレタル所ナルモ、Lossen, Thompson, Keiller 等ノ白血球増加アリト云ヒ、又 Pauliczek ハ淋巴球ハ比較的減少ヲ示スト云ヘリ。Mommノ如キハ、初期ハ淋巴球增多アリテ、末期ハ中性多核白血球ノ増加ヲ來スト云ヘリ。斯クノ如ク Banti 氏病ニ於テス各學者ノ唱ヘル所區々ナルモ、本邦ニ於ケル多數ノ報告例ニ於テハ Banti 氏病ニ於テ白血球數減少シ且比較的淋巴球增多ヲ伴フ。コレ本疾患ニ於テハ所謂 Eibroadenie アリテ、濾胞ノ減少萎縮セル爲ニヨルモノト考ヘラル。余ノ例ニ於テモ4例ノ Banti 氏病ニ於テ白血球數最高5400、最低3900ヲ示シ、且組織的ニ濾胞ハ殆ド萎縮セルヲ見タリ。其ノ他、福地、筒井等ハ「エオジン嗜好」細胞ノ増加例ヲ報告ス。特ニ伊藤ハ「エオジノフィリー」ハ寄生蟲證明サレザル慢性脾腫ニ於テ、屢々發見サルル所ニシテ、脾腫ノ「アレルギー」性本態ノ一重要表現ナラント結論セリ。又彼ハ慢性脾腫症ニ於テハ大部分ニ於テ白血

球減少ヲ示シ、而シテ肝腫大ヲ伴ヘル脾腫ニ於テハ、一般ニ白血球減少ヲ缺如スルカ、或ハ輕度ナリト云ヘリ。Frank ハ慢性脾腫ニ於テ白血球減少アルヲ以テ、脾性白血球缺乏症(Aleukia splenica)ナル名稱ヲ用ヒ、Banti ノ言ヘル Anämio Splenica ナル名稱ニ對比セシメタルハ、慢性脾腫ノ貧血及ビ白血球減少症ヲ伴フ事多キヲ示スモノナリ。

次ニ脾剔出ニヨリテ、白血球ハ如何ナル變化ヲ蒙ルヤ、余ノ症例ヲ見ルニ總テ増加ノ一途ヲ辿レリ(第VI, VII例及ビ第1表、第2表、第X例)。伊藤ハ脾剔出後30分ニシテ増加シ始メ、4時間以内ニ最高ニ達シ、1—3萬ニ上昇スト云ヘリ。コレガ原因トシテ、Benhamiou, Perace 等ハ手術ニヨル出血ニヨルモノト關係セシメ、福地ハ白血球崩壊作用ノ脾剔出ニヨリ消失スルニ因ルト云ヘリ。尙ホ余ノ白血病(第II例)ハ術後死亡シタルモ、若シ生存シ得バコレガ白血球數ハ増加セルヤ、將又減少ヲ示スヤ興味ノ多キモノナラント想像スルモ詮方無シ。Lindner ノ骨髓性白血病脾剔出2年後ハ著明ニ減少セルヲ報告シ、又 Delhougne ハ術後1箇月ハ著明ニ白血球減少シ、再ビ徐々ニ増加スルヲ報告セリ。次ニ脾剔出ニヨリ白血球百分比ハ、如何ナル影響ヲ蒙ルヤ余ノ症例ニ就キ見ルニ、第X例ニ於テハ殆ド見ルベキ變化ナカリシモ、第VIII例(第1表)ニ於テハ術後著明ナ中性嗜好性細胞増加(86.5%)ヲ示シ後減少セリ(44.0%)。コノ點ニ關シ、澤野モ同様ナ成紙ヲ報告セリ。而シテ淋巴球ハ中性嗜好細胞トハ逆ニ増減スルモノナリ。尙ホ興味深キ點ハ「エ嗜好」細胞ノ消長ニシテ、伊藤氏ハ術後「エ嗜好」細胞ハ白血球數ニ上昇ト逆ニ急劇ナル減少ヲ示シ、過半数ノ脾腫ニ於テ消失セリト云フ。而シテ經過不良ニシテ、死ノ轉歸ヲトレルモノハ、コノ「エ嗜好」細胞ノ出現無ク、反之良好ナル經過ヲ取ルモノハ「エ嗜好」細胞モ次第ニ増加スルモノナリトシ、豫後ノ判定ニ重要ナラント稱セリ。又 Mayr 及ビ Moncorps モコノ「エオジノフィリー」ヲ重要視セリ。余ノ第VI例

＝於テ術前「嗜好」細胞 2.5% ナリシモノガ、術後 20 日目＝13.5%＝増加セルヲ見タリ。而シテ満 11 年後ノ現今尙ホ健存セリ。他ノ検査例＝於テハ、カカル著明ナ増加ヲ見ザリキ。

(二) 血小板＝就テ

Loeb, Aschoff 等ハ血小板ノ減少ハ出血性素因ト密接ナル關係アリトシ、又 Hittmair ハ出血性傾向ハ血小板減少以外ノ條件アリト言ヘリ。脾腫患者ノ既往症狀＝出血傾向アル際、コノ血小板減少ノ有無ヲ検査スルヲ要スルハ言フマデモナク、出血性素因＝モ關係スルモノナレバ、術前必ズ測定シ置クベキモノニシテ、減少證明サレバ輸血ヲスルモ一法ナリ。抑々血小板ノ正常數＝關シテハ測定法ニテ異ルモ、通常用ヒラルル Fonio 氏法＝於テハ、成人＝於テ 13 萬—35 萬平均 23.4 萬(血液 1 cm) ナリト云ハル。慢性脾腫＝於ケル余ノ測定値ヲ見ルニ、最高 30 萬(第 V 例)、最低 7 萬(第 VI 例) ナリキ。脾剔出後ハ一般＝著明＝増加セルモノノ如ク、特ニ余ノ第 X 例ノ圖ニテ明カナリ。三浦、福地、久留等モ亦術後直チ＝著明ナル増加アリ、2—3 週間ニシテ最高＝達シ、後多少ノ動搖ヲ示シツツ正常値＝接近ストナセリ。カカル血小板増加ノ本態＝關シテハ、網島、久留等ハ脾ノ有スル血小板破壊作用ノ除去及ビ網狀組織系統ノ代償作用及ビ脾ノ骨髓＝對スル抑制作用ノ消失＝基ク血小板新生ト＝ヨルモノナリト説明セリ。

(ホ) 出血時間並ニ凝固時間＝就テ

余ハ出血時間ヲ Duke 氏法ニテ凝固時間ヲ佐藤氏法ニテ測定セリ(少數例ノミ)。健康者＝於テハ、通常出血時間 1—3 分ナリ。Morawitz ニヨレバ出血時間及ビ凝固時間ノ相互關係及ビ臨牀的價値＝就テ、次ノ如ク述ベタリ。即チ『出血時間著シク延長スルモ、凝固時間尋常ナル事アリ、又兩者共ニ延長スル事アリ。然レドモ、出血時間正常ニシテ、凝固時間延長スル事ナシ。一般ニ血小板數減少セル場合、出血時間延長スルモ、凝固時間＝變化無キ事多ク、凝固時間ガ種々ノ條件(測定器温

度等)ニテ動搖スル事多キニ反シ、出血時間ハ傷ノ深サ及ビ長さヲ一定ニセバ其ノ値、動搖スル事無シ、且凝固時間尋常ナルモ、出血時間延長スル事アリ、前者ガ延長シ後者ノ正常ナル事無キ故、臨牀的ニハ出血時間ノ測定ガ肝要ナリ』ト。余ハ 7 例＝就テ出血時間ヲ測定セルモ、唯、第 VIII 例(不定型 Banti 氏病脾)＝於テノミ 7 分ニ延長セルヲ見タリ。脾剔出＝於テ一般ニ短縮スルモノノ如ク、前記第 VIII 例モ 4 分ニ短縮シ、又福地、岩城、小野、石川等總テ短縮スト言ヘリ。コレ血小板増加ニ最大原因ヲ置ケル Frank、久留等ノ説ニヨルモノト信ズ。

以上血液所見ノ術前術後ノ變化＝關シテ述ベタルモ、多クノ脾腫ハ血液所見ノミニテハ其ノ本態何タルヤヲ豫測シ難キヲ知ル。サレド著明ナ貧血又ハ白血球減少症等ハ脾剔出ニテ著明ニ恢復スルハ事實ニシテ、血液所見ノミカラスレバ、貧血、脾腫アル患者ハ、其ノ本態何タルヤ問ハズ(白血病ハコノ限リニ非ズ)脾剔出ヲ施行スベキモノト主張セザルヲ得ズ。尙ホ遠隔成績＝關シテハ後述スル所アラン。

[4] 剔出脾腫ノ病理的所見ト診療上注目スベキ 2, 3 ノ點＝就テ

正常脾ノ大サハ Weinert ニ從ヘバ個人ノ手摺大ナリト云フ。Ziegler ハ 130—150 g Krause ハ 150—250 g, Hirschfeld, Orth 等ハ長サ 10—12—14 cm, 幅 6—8 cm, 厚サ 3—4 cm ニシテ、重量 150—250 g ナリト云フ。Lubarsch ハ成人＝於テ 150 g 内外ト云フ。サレド之等ハ身長、體重共ニ大ナル外國人ノ事トテ、吾人日本人ニハ當テハマラズ。本邦ニ於テハ山極ハ成人脾ヲ 150 g 内外、西川、河北ハ 90—120 g, 天野ハ 90—150 g ナリト云フ。一般ニ脾ハ屍體ト生體トニ於テ重量ヲ異ニスベク、又男女ニヨリ、年齢ニヨリ大イニ異ニスルハ當然ナリ。今生體脾ヲ 150 g (前記本邦諸家ノ最大値)トシ、余ノ 10 例ノ脾腫ノ大サ、重量並ニ正常脾ノ倍率ヲ求ムルニ次ノ第 4 表ノ如シ。

第 4 表

症 例	脾 腫 名	大 さ (cm)	重 量 (g)	倍 率
I	Banti 氏 病 脾	18.5 × 11.0 × 4.5	438	約 3 倍
II	慢性骨髓性白血病脾	17 14 5.8	700	約 4.7
III	本 態 不 明 脾	19 9.5 3.5	200	約 1.7
IV	不定型 Banti 氏病脾	21 11 4	630	4.2
V	不定型 Banti 氏病脾	21 9.5 4	303	2
VI	慢性出血性脾炎	21 12 5.9	515	約 3.4
VII	慢性白血病脾?	19.5 10.5 6.5	655	約 4.4
VIII	不定型 Banti 氏病脾	25 15 8	1160	約 7.7
IX	本 態 不 明 脾	14 7.5 4.8	242	約 1.6
X	慢 性 鬱 血 脾	18.5 13.5 9.5	955	約 6.4

即チ最大脾腫ハ 1160 g = シテ第 VIII 例(不定型 Banti 氏病脾) 最小 242 g = シテ第 IX 例(本態不明脾腫) ナリキ。茲ニ注目スベキ點ハ、脾腫大ナルモノハ、其ノ既往症永ク且貧血高度ナル點ナリ。例ヘバ第 VIII 例ノ如キハ約 6 年半、第 X 例ハ 13 年前ヨリ發病セルモノト考ヘラルルニ反シ、重量少キモノニ於テハ、第 III 例ハ 3 箇月前ヨリ、第 I 例ハ 2 箇月前ヨリ發病セリ。尤モ例外無キニシモ非ラザルモ、一般ニ常識的ニ考フルモ脾腫大ナレバ大ナル程、現病歴永キモノト考ヘラル。且貧血モ増惡スルモノナリ。隨ツテ脾剔出術ヲナサントスル際、先ニ再三述ベシ如ク、相當量ノ輸血ヲ要シ、貧血ヲ治療セシメ、且脾剔出ニヨリ急劇ニ失フベキ大量ノ血液ヲ補充スベク、術後ニモ輸血ノ必要ナルハ當然ナリト考フ。

尙ホ以上ノ各組織學の所見ノ詳細ハ各症例ノ項ニ記シタリ。脾腫ノ組織學の檢索ニハ「ヘマトキシリン—エオジン重染色」Mallory 氏染色、Biel-schowsky 氏染色法等ヲ併用シテ脾腫ノ本態ヲ定ムルヲ要シ、余モ亦カカル方法ヲ併用セルモ本態全ク不明ニ歸セン脾腫 2 例アリ。何レモ重量小ナルハ共通スル所ナリ(第 III, IX 例)。尙ホ脾剔出ヲ行ハベ、肝トノ關係ヲ觀察スベク、肝組織ノ一部ノ試験的切除ヲ要スルモノニシテ、余ノ例ニ於テスル肝組織の所見ノ缺如セルハ甚ダ遺憾トスル所ナリ。

〔5〕 慢性脾腫ノ診斷並ニ鑑別診斷ニ就テ

余ノ 10 例ニ於テ術前確實ナル診斷ヲ附シ得タルモノ僅少ナリ。即チ慢性脾腫ヲ伴フ疾患ハ種々ノ領域ニ互リ、而モ一見同様ノ既往症狀、所見、時ニハ血液所見マデモ近似ノ事アルヲ以テ、換言スレバ特有ノ症狀ニ缺ク事多キヲ以テ、術前確實ナル診斷ヲ下シ得ザル事多キモノト考ヘラル。血液所見ノ項ニテ述ベタルガ如ク、慢性脾腫ニ於テ白血球ノ著明ナ増加、又ハ形態學的變化等ノ無キ限リ、血液所見ノミヨリ診斷ヲ下シ得ザル事多シ。隨ツテ例ヲ Banti 氏病ニトレバ臨牀の診斷ハ、寧ロ Banti 氏症候群ト稱スベキデ、西川氏モ之ヲ主張セリ。コレハ Banti 氏病ノ獨立性ヲ否定セルモノニ非ズシテ、單ニ便宜上臨牀的ニ用フガ可ト考ヘラル。

慢性脾腫ヲ術前ニ診斷シ且鑑別スルハ容易ナラザルモ、前章各例ニ就テ述ベタル事項並ニ第 2 章脾腫ノ分類ニテ述ベタル點等ヲ念頭ニ置キ、其ノ既往症、現病歴、臨牀症狀及ビ血液所見、時ニ「アドレナリン」試験等ヲ合セ考察スレバ、夫々ノ脾腫ノ本態ヲ豫知スル事不可能ナラザルモ、手術時初メテ診斷ノ確實ナル事アリ。脾組織の所見ニテ初メテ其ノ何タルヤヲ知ル事アリ。逆ニ又死後剖檢ニヨリテモ、脾腫ノ本態何タルヤ不明ニ歸ス場合アリ。サレド吾人ハ脾剔出ノ適應ヲ定ムル際、術前確實ナル診斷ハ必ズシモ下シ得ラズトモ可

ナリ。余ノ症例ニ示スガ如ク、著明ナ貧血ヲ伴ヘル慢性脾腫ハ、脾剔除ニテ良效果ヲ收ムモノナレバ、鐵大量療法又ハ「脾エキス製劑」ノ注射等ノ姑息療法或ハ又レ治療ニテ效果現ハレザレバ、速カニ脾剔除術ヲ施行スベキモノト考フル次第ナリ。

【6】脾剔除後ノ遠隔成績ニ就テ

余ノ脾剔除例中4例ハ、手術ニヨル直接死亡例ナリ。残ル6例中第VII例ハ脾組織の所見ヨリ種類ハ不明ナリシモ、慢性白血病脾ト考ヘラル。退院前ニモ腹水生ジ1回穿刺セリ。退院後腹水再三發現セルモノノ如ク、且衰弱加ハリ、退院後約2年ニテ死亡セリ。残ル5例ハ現在尙ホ健存セルモ、第VIII例以下第X例マデハ最近ノ脾剔除例ナルヲ以テ、遠隔成績ナル言葉ノ寧ろ早キニスグル感アルモ、便宜上他症例ト共ニ茲ニ述ベントス。

第5表 (花房氏 不定型 Banti 氏病)

	赤血球 (萬)	Hb (%)	色素係數	血小板 (萬)	白血球	百 分 比					出血時間
						ニ	桿	分	淋	ε	
術 前	436.8	52	0.60	30	5400	3.7		60	29	7.3	2'30"—3'
現 在	450	65	0.72	31.5	7200	2.5	6	55.5	30	6	2'

即チ赤血球、白血球何レモ正常數ヲ示シ、唯、血色素量ハ術前ニ比シ増加セルモ、65%ニシテ正常ニ比シ稍々低下セルモノト考ヘラル。血小板、出血時間ハ殆ド變化ナク、正常値ナリ。白血球百分比ハ稍々比較的淋巴球增多ヲ見タルノミニテ病的白血球ノ出現ヲ見ズ。要スルニ現在術後滿15年ヲ經タルニ、血液所見殆ド正常ト言ヒテ可ナリ。即チ本例ハ脾剔除ニヨリ、永年ノ間健康ヲ保持シ、脾臟消失ニヨリテ何等脱落症狀ト稱スベキモノヲ見ズ、全ク健康體ナルヲ觀察シ得タリ。

第6表 (仁科氏 慢性出血性脾炎)

	赤血球 (萬)	Hb (%)	血色素係數	血小板 (萬)	白血球	百 分 比						出血時間
						ニ	幼	桿	分	淋	大	
術前	412	70	0.85	7.0	3700	2.5	1.0	10.5	55.0	30.0	1.0	3'30"
現在	480	70	0.73	18.0	4000	3	0	7	60	22	8	3'

第V例 花房氏 不定型 Banti 氏病脾

本例ハ大體4年間ノ現病歴ヲ有シ、心悸亢進、齒齦出血、羸瘦アリ。組織學的ニハ不定型 Banti 氏病脾ニシテ、術後28日目ニ全治退院ス。退院後健康ニシテ傳染病ニ罹患セル事ナク、風邪デ2回休養及ビ昭和13年7月腎盂炎ニテ3週間入院セリ(退院後12日目)。其ノ後現在マデ全ク健康ヲ保持シ、血色良ク、食慾良好ナリト。現在50歳ニナレルモ、45歳ノ時、月經閉止セリト。診察スルニ(退院後16年月)全身皮膚ニ貧血黃疸ナシ、眼瞼結膜ニ貧血ナク、良ク充血ス。舌ハ濕潤、舌苔ナシ。頸部淋巴腺ノ腫脹ナシ。心肺共ニ正常、腹部ハ平坦、腫瘍、壓痛ヲミズ。但シ肝緣ハ肋骨弓下2横指徑ニ觸ル。兩足ニ浮腫ヲ認メズ。血液検査ヲ施行スルニ次表ノ如シ(第5表)。

第IX例 仁科氏 (慢性出血性脾炎)

本例ハ組織學的ニ慢性出血性脾炎ナリシコト判明セルモ、斯ル炎症ヲ脾ニ惹起セシメタル原因或ハ原病竊不明ニ終レル例ナリ。術後、滿11年後ニ來院ヲ求ムルニ顔色稍々貧血性ナルモ、眼瞼結膜ニ貧血ヲ認メズ。食慾良好ニシテ、睡眠良、體重モ増加シ、且退院後著患ヲ知ラズ、生業ニ從事シテリ。術前並ニ現在(11年後)ノ血液所見ヲ比較スルニ次表(第6表)ノ如シ。

即チ赤血球數、血小板及白血球數何レモ稍々増加シ、且出血時間モ殆ド變ラズ。唯、血色素量同値ヲ來シタルヲ以テ、色素係數稍々低下セリ。尙ホ白血球ノ百分比ハ術前トハ稍々趣キヲ異ニシ。現在ニ於テハ正常値ト言ヒテ可ナリ。即チ本例ハ術前ニ著明ナ貧血無キ故、遠隔成積ニ於テモ、特筆スベキ效果ヲ認メザルモ、患者ノ言ニヨレバ、手術後益々元気ニテ、生業ニ從事シヲレリト云フ。又傳染病ニ罹リシ事無シ。

第 IX 例 赤松氏 (本態不明脾腫)

本例ハ長キ現病歴(約 6 年)ヲ有シ、貧血著明且

浮腫特ニ顔面ニ認メタルモノニテ、血液所見ニ於テ白血球ニハ殆ド異常ヲ認メザリシモ、著明ナ貧血アリ。術後約 3 箇月ニテ來院ヲ求メ、診察スルニ、貧血及ビ浮腫ヲ認メズ。心肺ニ異常無ク腹部ニモ何等認ムベキ所見ナシ。未ダ尙ホ勞働ハナシヲラザルモ、日常ノ家仕事ハ自ラ行ヒ、且可成リノ遠距離ヲ歩行スル事アルモ、術前ノ心悸亢進ナシト。唯、術前ノ月經量少量ナリシモノガ、最近其ノ量増加セリト云フ。尿ニ異常ヲ認メザリキ。尙ホ血液所見ヲ術前ノ夫レト對比セシムルニ次ノ如シ(第 7 表)。

第 7 表 (赤松氏 本態不明脾腫)

	赤血球 (萬)	Hb (%)	色素係數	血小板 (萬)	白血球	百 分 比					出血時間
						エ	桿	分	淋	モ	
術 前	382	50	0.65	24	5600	3	4	59	29	5	4'40"
退 院 前	428	68	0.79	21.5	13300	0	7	53	33	7	1'40"
現 在	480	60	0.63	28.5	8300	2	6.5	49	36.5	6	1'30"

赤血球數ハ著明ニ増加セルモ、血色素量ノ増加之ニ伴ハズ。從ツテ色素係數ハ殆ド術前ニ等シ。血小板、白血球ハ何レモ増加シ、又出血時間短縮セリ。白血球ノ百分比ニ於テ、淋巴球ノ比較的増加ヲ見タリ。要スルニ退院後 3 箇月ノ血液所見ハ術前ニ比シ一般ニ良好ナリト言ヒテ可ナリ。

第 X 例 江木氏 (慢性鬱血脾)

本例ハ其ノ既往症狀ニ貧血アリ。而モ長年(約 13 年)存シ、爪甲ノ Koilonychie(匙形爪甲)アリ。心悸亢進、頭痛、眩暈ニ悩マサレタル事久シ。月經不順ナリ。脾剔除ニテ僅カ 24 日ニシテ全治

退院セリ。退院後約 3 箇月ニシテ來院ヲ求メ診察スルニ一般狀態ノ良好ナリシニ驚ケリ。顔色良ク、貧血勿論ナシ。心肺腹部共ニ異常ナク、退院時肝縁ヲ觸レタルモ、現在之ヲ觸レズ。皮膚ノ血色ヨク、術前ノ皮膚蒼白色(黃色調ヲ帶ビタル)ハ全ク消失シ健康其ノモノナリ。食慾良好ニシテ、術前不順ナリシ月經ハ、退院後日數未ダ淺キモ順調ニ存スト云フ。最モ驚カサレタルハ、退院時尙ホ匙形爪甲ノ残り居リシモ現在全ク消失シ、健康ナル爪甲ヲ有セル事ナリ。血液検査ヲ施行シ術前及ビ退院前ノモノト相對照スルニ次ノ表ノ如シ(第 8 表)。

第 8 表 (江木氏 慢性鬱血脾)

	赤血球 (萬)	Hb (%)	色素係數	血小板 (萬)	白血球	百 分 比					出血時間
						エ	桿	分	淋	モ	
術 前	286	35	0.61	16.8	5100	1.5	3.5	60	30	5	5'
退 院 前	476	63	0.66	31.4	7200	4	5.5	56	27.5	7	2'
現 在	406	60	0.74	30.7	7200	8	8.5	62	15.5	6	2'

即チ退院時ハ著明ニ恢復シ、現在ニ於テモ殆ド退院時所見ト異ル所ナキモ、唯、色素係數ノ上昇

セル事及ビ白血球百分比ニ於テ、「嗜好」細胞ノ増加ヲ認メ、同時ニ淋巴球ノ減少ヲ認メタリ。要

スルニ、現在ニ於テ、血液所見ニ於テハ退院時ト異ル所少キモ、一般狀態實ニ良好トナリシモノナリ。

以上現在健存セルモノ5例アリ。長キハ術後滿15年及ビ11年ニ及ビ、兩者トモ健康人ト何等變ル所無シ。前者ハ不定型 Banti 氏病脾ヲ示シ、後者ハ慢性出血性脾炎ヲ示セリ。2例ハ退院後3箇月(第 IX 例 本態不明脾腫及ビ第 X 例 慢性嚙血脾)ニ過ギザルモ、術前ノ諸症狀全ク消退シ、何レモ貧血回復シ家業ニ從事シアレリ。特ニ第 X 例ハ術前ノ貧血著明ニシテ、高度ノ匙形爪甲存セルニ現在全ク健康爪甲ヲ有セルニ驚カサレタリ。斯クノ如ク何レモ脾剔除ニヨリ何等認ムベキ脱落症狀トモ稱スベキモノヲ見ズ、例ヘバ脾ハ細菌傳染ニ對スル防禦裝置トナルモ、之ガ剔除ニヨリ傳染性疾患ニ對シテ抵抗減弱セザルヤノ疑念生ズルモ、第 V, VI 例ニテ見ラレタル如ク、傳染性疾患ニ罹リシモノ無シ。コノ問題ニ關シテ系統的ナ研究無キモノノ如ク、唯、脾剔除後十數年生存セル例モ時ニ報告サレテキル故、間接的ニ、細菌ニ對スル抵抗減弱ヲ認メズト推察スルニ止マルノミ。即チ Santero, Natale 氏等ハ術後15年ニ至リ、余ト同様ニ Banti 氏病治癒患者ヲ報告シ、Tammann 及ビ Deutelmöser 氏ハ術後12年健存セシ例ヲ報告シ、脾剔除術ガ特ニ肝脾疾患群ニ於テ優秀ナルヲ認メタリ。又 Ranzi 氏ハ術後20年健存セルヲ報告セリ。斯クノ如ク脾剔除ニテ何等認ムベキ脱落症狀無キハ、肝臟等ノ網狀内被細胞系統器官ノ代償作用ニ歸スベキカ?。臍ハ脾剔除後ハ肝ハ肥大スト云ヒ、コレガ原因トシテ、動物實驗ニヨリ、肝毛細血管ノ血液鬱滯ニヨル擴張ト、「オキシダーゼ顆粒」ノ蓄積ニヨル肝細胞ノ肥大、Kupffer 氏細胞内ニ鐵顆粒ヲ含有スル事等ニ依ルモノトセリ。

以上余ハ4例ニ就テノ退院後ノ狀態ヲ述べ、脾剔除ノ何等個體ニ惡影響ヲモタラサズ。寧ロ病的脾腫ハ剔除スルニ如クハ無シト考フルモノナリ。

Ranzi ハ Banti 氏病ニ於ケル脾剔除ノ結果ハ、實ニ病期ノ程度如何ニカカルモノニシテ、肝ノ病變高度トナルヤ、脾剔除ノ效果少シト結論セリ。サレド第3期 Banti 氏病ニ於テモ脾剔除ハ屢々效果アルモノノ如ク、泉、大塚等モ述ベテ居ル所ナリ。何レニセヨ慢性脾腫ノ巨大ニシテ、貧血著シク、爲ニ種々ノ症狀ヲ惹起スルモノナレバ、一言ニシテ脾腫ニヨル貧血ハ、白血球增多(即チ白血病)無キ限り、脾剔除術ヲ行フベシト主張スルモノナリ。何トナレバ術前血液所見ノミヨリ脾腫ノ診斷附シ難ク、病名不明ノママ長期間内科の治療ヲ施サルモ、何等效果無ク、貧血益々増惡シ脾腫モ亦増大スルヲ以テ、個體ニ種々ノ點ニ於テ惡影響ヲ及ボスガ爲ナリ。尙ホ脾腫肥大ト共ニ、時ニ周圍ト癒着シ剔除不能トナレル場合或ハ自然破裂ヲ惹起セズトモ限ラズ。又脾剔除ニヨリ、血液諸成分増加シ個體ニ好影響ヲ與フルヲ、余ノ症例ニ於テ如實ニ知り得タルヲ以テ、慢性脾腫ニ於テハ周到ナル前準備ノモトニ脾剔除ヲ行フガ合理的ト信ズルモノナリ。

第5章 結 論

慢性脾腫剔除例10例ノ概略ヲ述べ、臨牀的竝ニ病理的所見ヨリ次ノ如ク結論ス。

- 1) 性別ハ男性3例、女性7例ニシテ、年齢ハ21歳ヨリ43歳マデナリ。
- 2) 術前慢性脾腫ナル事多クハ判明セルモ、唯1例(本態不明脾腫)ハ開腹ニヨリ初メテ脾腫ノ存在ヲ知り得タリ。
- 3) 多クハ貧血證明サルモ、白血球數ハ異常増加(即チ白血病)、正常又ハ減少ヲ見、血液所見ノミニテ慢性脾腫ノ本態又ハ原因ヲ豫知スル事困難ナル場合多ク、其ノ既往症、現病歴等ノ詳細ナル問診ハ必要缺クベカラザルモノナリ。
- 4) 手術ニ依ル直接死亡症例ハ組織學的ニ Banti 氏病脾、慢性白血病脾、不定型 Banti 氏病脾及ビ本態不明脾腫ノ4例ニシテ、急性心衰弱又ハ後出

血 = テ死亡セリ。

5) 脾剔除治験例へ組織學的 = 不定型 Banti 氏病 2 例, 慢性出血性脾炎, 慢性白血病脾, 慢性鬱血脾及ヒ本態不明脾腫ノ 6 例ナリ。

6) 直接死亡例へ術前輸血ヲナシタルモノ殆ド無シ。反之治験例へ前準備トシテ相當量ノ輸血ヲナセリ。即チ脾腫竝ニ貧血ノ高度ナル程, 輸血量モ多キヲ要シ, 以テ正常血液像ヲ得タル後, 脾剔除術ヲ行ハベ, 結果良好ニシテ, 特ニ急性心衰弱及ヒ後出血ヲ豫防シ得ベシ。

7) 脾剔除 = 由リテ貧血著明 = 回復シ, 其ノ他血液諸成分モ亦正常値 = 回復セリ。特ニ術後滿 10 年以上経過セル 2 例 = 於テハ, 血液所見正常ニシテ他ニ認ムベキ病的所見ヲ見ズ, (不定型 Banti 氏

病脾, 慢性出血性脾炎)。又退院後, 數箇月ノ例 = 於テモ殆ド健康人ト變ル所ナク, 血液所見又正常 = 近シ。

8) 白血病以外ノ貧血ヲ伴ヘル脾腫 = 於テハ, 其ノ本態何タルヤ確實ナラズトモ, 脾剔除術ヲ施行スベキモノト信ズ。

9) 本態不明脾腫 2 例アリシモ, コレ諸検査ノ不充分ナル事 = 依ル事多ク, 特ニ手術時, 肝試験的切除竝ニ門脈系ノ觀察ヲ忘ルルベカラズ。

拙筆スル = 際シ終始御懇篤ナル御指導ヲ賜リ且御校閲ノ勞ヲ賜リタル恩師津田教授 = 滿腔ノ謝意ヲ表ス。尙ホ種々御助言ヲ賜ハリシ病理學教室濱崎助教授 = 深謝ス。

参 考 文 獻

1) 伊藤, 日本内雜, 第28卷, 昭和15年。 2) 泉, 日本外雜, 第29回, 昭和3年。 3) 石崎, 産科ト婦人科, 第7卷, 昭和14年。 4) 岩城, 北越醫學會雜誌, 第43卷, 昭和3年。 5) 西野, 日本内雜, 第16卷, 昭和3年。 6) 西川, 日本内雜, 第5卷, 大正6年。東京醫事新誌, 第2130號, 大正8年。 7) 西川, 河北, 東京醫學會雜誌, 第33卷, 大正8年。 8) 大塚, グレンツゲビート, 第14卷, 昭和15年。 9) 和田, 岡醫雜, 第53年, 昭和16年。 10) 柿沼, 診療ト經驗, 第9卷, 昭和15年。 11) 上斐, 實地醫家ト臨牀, 第14卷, 昭和12年。 12) 山極, 足立 (17) = ヌル。 13) 松村, 醫學研究, 第12卷, 昭和13年。 14) 前島, 診斷ト治療, 第26卷, 昭和14年。 15) 福地, グレンツゲビート, 第45年, 昭和5, 6年。 16) 小宮, 臨牀血液學。 17) 足立, 名古屋醫學會雜誌, 第43卷, 昭和11年。 18) 吳, 産科婦人科紀要, 第22卷, 昭和14年。 19) 佐川, 名古屋醫學會雜誌, 第45卷, 昭和12年。 20) 澤野, 日本消化器病學會雜誌, 第38卷, 昭和14年。 21) 三井, 日本外雜, 第38回, 昭和12年。 22) 三浦, 軍醫團雜誌, 第164號, 昭和2年。 23) 三田村, 日本病理學會誌, 第5, 6, 7卷, 大正5, 6, 7年。 24) 網島, 日本内雜, 第16卷, 昭和3年。 25) Abl, M. M. W. 61j. 1914. 26) Amato, Z. f. Kl. Med. Bd. 57, 1905. 27) Ascher, D. M. W. Nr. 27, 1911. 28) Aschoff, Lehrbuch d. path. Anat.

29) Aubertin, Presse mèd. Nr. 19, 1925., Journ mèd franc. 1911., zit nach Ziegler 80. 30) Banti, Ziegler' Beiträge Bd. 24, 1898., Arch. de Se di anat path. 1883, zit nach Hirschfeld u. Mühsam 46. 31) Belénkij, Zorg. d. ges. chir. Bd 49, Bq 57. 32) Benhamou u. Perace, zit nach Hirschfeld u. Mühsam 46. 33) Birsch-Hirschfeld, Lehrbuch d. path. Anat. 34) Blumenfeldt, Berlin Kl. W. Nr. 39, 1918. 35) Carmona, 松村 (13) = ヌル。 36) Cauchois u. Dèvè, zit nach Hirschfeld u. Mühsam 46. 37) Coenen, M. M. W. S. 1. 1918. 38) Delhougne, Brun's Beiträge z. Kl. chir Bd 104, 1927. 39) Dürr, Ziegler' Beiträge Bd 72, 1924. 40) Edens, Mitteilg an d. Grenzgebiet Bd 18, 1909. 41) Eppinger, Hepatolienale Erkrankungen 1920. 42) Frank, Die Erkrankungen des blutes II Bd 1925., Berlin Kl. W. Nr. 21, 1916, Nr. 24, 1917. 43) Frey, Z. f. ges. exp. Med. Bd 2 u. 3 1911., Z. f. Kl. Med. Bd 92, 1921. 44) Giffin, Med. Record. 1918. Surg. gyn. and. Obst. Vol., 35. 45) Hirschfeld u. Mühsam, Neue deut Chir. Bd 46, 1930. 46) Hittmair, Fol. haemat. Bd 50, 1938. 47) Jordan, Berlin Kl. Wschr. Nr. 52, 1903. 48) Klemperer u. Radt, Neue

dent. Klinik Bd 7, 1931. 49) *Kreuter*, Z. f. ges. exp. Med. Bd 2, 1914. 50) *Kraus*, 澤野 (20) = ㄣ. 51) *Küttner*, Zbl. f. chir. 1907. zit nach Hirschfeld 46. 52) *Kuru*, Arch. Kl. Chir Bd 174, 1933. 53) *Lindner*, Deut. Arch. f. Kl. Med. Bd 85, 1906. 54) *Lossen*, Mitteilg. an d. Grenzgebiet Bd 13, 1904. 55) *Lubarsch*, Henke-Lubarsch' Handbuch Bd I. 2, Teil. 1927. 56) *Mayr u. Möncorps*, M. M. W. S. 1779, 1927. 57) *Michael*, Edinburgh med. Journ, 1931. 58) *Momm*, D. m. W. Nr. 17, 1907. 59) *Morawitz*, Kl. W. S. 769, 1923., Z. ärzl. Fortbild. Bd 25, 1928. 60) *Naegeli*, Fol. haematol. Bd 2, 1905. D. m. W. Jg. 62, 1936., Blutkrankheiten u. Blutdiagnose, 1923. 61) *Natale*, 大塚 (8) = ㄣ. 62) *Öhme*, Deut. Arch. f. Kl. Med. Bd 122, 1917. 63) *Orth*, zit nach Lubarsch 56. u. Weinert 79. 64) *Panlitzek*, W. Kl. W. Nr. 46, 1908. 65)

Pusey, F. d. Röntg. Bd VI. 1902. 66) *Quinquaud*, u. *Nicol*, Ann. d. dermat. et de Syph. 1892. zit nach Lubarsch 56. 67) *Ranzi*, W. Kl. W. S. 637, 1935. 68) *Reschad u. Schilling*, M. m. W. Nr. 36, 1913. 69) *Rolleston*, 伊藤 (1) = ㄣ. 70) *Schudinn u. Hoffmann*, zit nach Lubarsch (50). 71) *Seefisch u. Schilling*, zit nach Hirschfeld 46. 72) *Senator*, Berlin Kl. W. Nr. 51, 1893. 73) *Senn*, Med. Record. 1903., Zbl f. Chir. 1904. 74) *Sternberg*, zit nach Lubarsch 56. u. Hirschfeld. 46. 75) *Strümpell*, zit nach Hirschfeld 46. 76) *Tammann*, Med. Welt. Nr. 10, 1934. 77) *Thompson*, 澤野 (20) = ㄣ. 78) *Toennissen*, M. m. W. Nr. 37, 1920. 79) *Weinert*, Kirschner-Nordmann, „die Chirurgie“ Bd VI. 2, Teil. 1927. 80) *Ziegler*, Erg. d. Chir. u. Orthop. Bd 8, 1914.

Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama
(Direktor: Prof. Dr. S. Tsuda).

Über die chronischen Milztumoren.

Von

Kôhei Fujiwara.

Eingegangen am 14. Dezember 1942.

Aus klinischer und pathologischer Verfolgung der Befunde von 10 Fällen, in denen chronische Milztumoren exstirpiert worden waren, erhielt der Verf. folgende Ergebnisse:

1) Nach dem Geschlecht liessen sich die Patienten in 3 Fälle von männlichem und in 7 Fälle von weiblichem Geschlecht einteilen. Das Lebensalter betrug 12 - 43 Jahre.

2) In den meisten Fällen liess es sich bereits vor der Operation feststellen, dass es sich hier um chronische Milztumoren handelt, mit Ausnahme eines einzigen Falles, in dem der Milztumor erst nach der Ausführung der Laparotomie konstatiert wurde.

3) In den meisten Fällen wurde zwar eine Anämie nachgewiesen, die Leukozytenzahl jedoch zeigte entweder eine ausserordentlich hochgradige Vermehrung (d. i. Leukämie) oder sie war normal oder erlitt eine Verringerung, so dass es meistens schwer war, über die Pathogenese bzw. Ursache des chronischen Milztumors bereits vor der Operation klar zu sein. Es ist daher unbedingt notwendig, sich durch Anfragen über die frühere Anamnese, die Geschichte der gegenwärtigen Krankheit usw. Klarheit zu verschaffen.

4) Die 4 Fälle, die wegen der Operation mit dem Exitus endeten, waren histologisch die Bantische Krankheit, die chronische Leukämie, die atypische Bantische Krankheit und pathogenetische unklarer Milztumor und wurden durch eine akute Herzschwäche oder durch die nach der Operation aufgetretene Blutung zum Tod geführt.

5) Die durch die Splenektomie geheilten Fälle gab es insgesamt 6, unter denen 2 Fälle, histologisch betrachtet, als die atypische Bantische Krankheit, die übrigen 4 Fälle als die Splenitis haemorrhagica chronica, die chronische Leukämie, die chronische Stauungsmilz und einen pathogenetisch unklaren Milztumor nachgewiesen wurden.

6) Unter den wegen der Operation gestorbenen Fällen fand sich fast kein einziger Fall, in dem eine Blutinfusion vor der Operation vorgenommen worden war. In den geheilten Fällen wurde dagegen als eine Vorbehandlung der Operation die Blutinfusion in ziemlich reichlicher Menge ausgeführt. Daraus ist zu ersehen, dass das Blut in einer um so grösseren Menge eingeführt werden muss, je höhergradig der Milztumor sowie die Anämie sich entwickelt hat und dass man durch die Splenektomie erst dann ein ausgezeichnetes Resultat erzielen kann, wenn man die Operation nach der Rückkehr normalen Blutbefundes ausgeführt hat; insbesondere ist es zu erheben, dass man dadurch die akute Herzschwäche und die Nachblutungen verhindern kann.

7) Durch die Splenektomie wurde die Anämie in erheblichem Masse zurückgebildet auch andere verschiedenen Blutbestandteile kamen zur Norm zurück. Es ist besonders beachtenswert, dass in 2 Fällen, die nach der Operation völlige 10 Jahre und darüber zurückgelegt hatten, der Blutbefund normal war und auch in anderem Bereich keinerlei krankhafte Befunde normal war und auch in anderem Bereich keinerlei krankhafte Befunde feststellbar waren. Ebenso verhielt es sich auch in den Fällen, die erst vor einigen Monaten die Klinik verlassen hatten; sie waren annähernd völlig gesund, auch der Blutbefund fast vollständig normal.

8) Der Verf. ist der Überzeugung, dass man in allen mit Anämie einhergehenden Fällen des Milztumors, ausgenommen die Leukämie, die Splenektomie ausführen muss wenn man die Pathogenese des betr. Tumors auch nicht deutlich feststellen kann.

9) Es gab 2 Fälle, in denen man sich über die Pathogenese des Milztumors nicht deutlich orientieren konnte. Die Ursache dafür lag jedoch meistens darin, dass die verschiedenen Untersuchungen nicht genügend durchgeführt worden waren. Daher lenkte der Verf. die Aufmerksamkeit darauf, dass man bei der Operation eine Probeexzision der Leber und die Untersuchung des Pfortadersystems nicht vernachlässigen darf. (Autoreferat)