21.

616.36-002.3

肝 臓 膿 瘍 = 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 大 林 義 彦

[昭和 12 年 10 月 26 日受稿]

*Aus der Tsuda-chirurgischen Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama.**(Direktor: Prof. Dr. Seiji Tsuda)*

Über den eitrigen Leberabszess.

Von

Yoshihiko Oobayashi.

Eingegangen am 26. Oktober 1937.

In den Jahren 1926–1935 wurden in unserer Klinik 14 Fälle von eitrigen Leberabszessen chirurgisch behandelt. Verfasser fand dabei als vorausgehendes ursächliches Moment in 5 Fällen Gallensteinkrankheit, in 4 Fällen akute Appendizitis, in 2 Fällen Trauma und nur 1 mal Polymyositis. In den restlichen 2 Fällen wurden ätiologische Momente nicht gefunden. Von unseren bakteriologisch untersuchten 10 Fällen fand Verfasser in 3 Fällen Staphylokokken, in 2 Fällen Kolibazillen, in 1 Falle Enterokokken, in 1 Falle Diplokokken und Kolibazillen, in 1 Falle Staphylokokken und Diplokokken, in 1 Falle Kolibazillen und Streptokokken und in 1 Falle Stäbchen und Kokken. Staphylokokkus und Kolibazillus standen als Erreger an Häufigkeit obenan. 9 Fälle traten in Form von akuten multiplen Leberabszessen auf, die restlichen 5 Fälle waren chronischer solitärer Leberabszess. 10 Fälle entfielen auf das männliche Geschlecht und 4 Fälle auf das weibliche. Von der Erkrankung wurde das Alter vom 31 bis 50 Jahren am meisten (57.1%) heimgesucht.

Fieber über 39°C ist das konstante Symptom bei dem akuten Leberabszesse. In 8 (88.9%) von unseren akuten 9 Fällen war das Fieber stark remittierend, besonders in 7 Fällen (77.8%) mit Frostgefühl oder Schüttelfrost. Aber bei chronischem Leberabszesse war die Körpertemperatursteigerung zwischen 37–39°C, nicht selten unter 37°C. Die Anschwellung der Leber ist das häufigste und wichtigste Symptom, tritt

aber verhältnismässig spät auf. Sie wurde in 13 Fällen (92.8%) von unseren 14 Leberabszessen klinisch nachgewiesen. Akute multiple Abszesse der Leber bewirkten immer eine diffuse Vergrösserung des Organes, die jedoch selten mit tumorartigen Anschwellungen kombiniert war. Aber bei chronischem Leberabszesse trat die Anschwellung der Leber in meisten Fällen in Form von Tumorbildung auf. Bei akutem Leberabszesse war die Zahl der weissen Blutkörperchen sehr stark vermehrt, nicht selten bis über 30,000. Das Blutbild neigte stets zu Neutrophilie und gleichzeitig zu hochgradiger relativer Lymphopenie. In 9 Fällen (64.3%) von unseren 14 Leberabszessen wurde mehr oder weniger über heftige spontane Schmerzen geklagt, davon in 7 Fällen in der rechten Hypochondrialgegend oder in der Epigastrialgegend und in 2 weiteren Fällen am Seitenthorax. Die Schmerzen strahlen bisweilen, besonders bei dem von der Gallensteinkrankheit ausgegangenen Leberabszesse, nach der rechten Schulter oder nach dem Rücken aus. Ikterus fand sich in unseren akuten Fällen stets mehr oder weniger hochgradig, aber Bilirubin im Harn war nur in 3 Fällen (33.3%) positiv. Dagegen wurden Urobilin (66.7%) und auch Eiweiss (77.8%) zu einem höheren Prozentsatz im Harn nachgewiesen.

Die Inzision ist die einzige beste Behandlungsmethode für den eitrigen Leberabszess. Prognose des akuten multiplen Leberabszesses ist absolut ungünstig. Sämtliche 9 Fälle der akuten Leberabszesse verliefen tödlich, aber die 5 Fälle chronischer Leberabszesse wurden alle durch die Inzision gerettet, d. h. im ganzen betrug die Sterblichkeit beim Leberabszess in unserer Klinik 64.3%. (Autoreferat)

内 容 目 次

- 第1章 緒 言
 - 第2章 自家症例
 - 第3章 病原論
 - 第1節 病原菌
 - 第2節 感染徑路
 - 第3節 主要ナル原因の疾患
 - 第4章 病理解剖學の所見
 - 第5章 統計的觀察
 - 第6章 臨牀症狀
 - 第7章 診 斷
 - 第8章 治療及豫後
 - 第9章 總 括
- 主要文獻

第1章 緒 言

肝臓膿瘍ニ關スル歴史ハ比較的古ク、且左程稀有ナル疾患ナラズト雖モ、其ノ大部分ハ Amoeba 赤痢ニ續發スル熱帶性肝臓膿瘍ニ屬スルタメ、該病流行地タル臺灣、朝鮮、南支那及ビ南洋等ニ多キモ、Amoeba 赤痢尠キ日本内地ニテハ稀ニ蟲様突起炎、膽石症及ビ敗血症等ニ原因スル化膿性肝臓膿瘍ニ遭遇スルニ過ギズ。尙ホ亦 Amoeba 赤痢流行地ニ於テモ、最近 Emetin 療法ノ普及ニ伴ヒ、肝臓膿瘍罹患率著シク低下セリト言ハル。

當津田外科教室ニ於テハ大正15年以降10年間ニ化膿性肝臓膿瘍14例ヲ經驗シタルヲ

第1表 自家症例

番號	姓 名	性	年齢	原 因	病原菌	膿瘍數	臨			牀			症			狀			處 置	術 後 經 過	轉歸
							手術迄ノ 經過日數	熱 型	疼 痛	肝 腫 脹	黃 疸	尿 所 見	糞便 所見	血 液 所 見	「レ 線」所 見	其 ノ 他					
1	大○ 五○	男	17歳	蟲様突起炎 第1回發作	桿菌及球菌	多發性 (左葉=多シ)	發病後20時間 ニシテ蟲様突 起切除術ヲ 行フ	術前既ニ惡寒戰慄ヲ伴フ 40.3°Cノ發熱アリ。術後 尙ホ原因不明ノ惡寒戰慄 ヲ伴フ高熱弛張往來ス	廻盲部疼痛ハ術後消退 シ。術後5日ヨリ右季肋 部及ビ右側腹部ニ壓痛 ヲ訴フルニ至ル	術後14日ニ始メテ肝下緣ヲ觸 知ス。22日ニハ右乳嚢線ニ於 テ肋骨弓下2横指徑ニ達シ、 肝上界ハ第5肋間ニアリ	術後16日ニ始メテ 眼結膜及皮膚ニ輕 度ニ現ル	黃疸出現時ニ至リ テUrobilinヲ認 明ス		白血球數ハ終始 13,000—16,000 B. 0.5% S. 78.5% St. 6.5% Mon. 3.5% L. 11.0%		熱ノ弛張ニ伴ヒテ多量 ノ發汗アリ	早期ニ蟲様突起切除術ヲ行ヒ、腹腔ニ「タンボン」ヲナス。蟲様突起 ハ暗紫色ヲ呈シ、穿孔ナシ、根部ニ糞石アリテ、汚穢ノ内容ヲ藏シ、 粘膜ハ壞疽性ナリ。術後ハ主トシテ對症ニ治療ス	蟲様突起切除後徐々ニ肝膿瘍ノ症 狀現レ、術後24日死ス。屍體解剖 ニヨリ腸間膜根部ノ下端右側葉膜 下小膿瘍、血栓性門脉炎及多發性 肝膿瘍ヲ發見ス	死		
2	片○ 靜	女	33歳	膽石症 發作4回	連鎖狀球菌 及大腸菌	多發性	30日	惡寒戰慄ニテ40°Cニ發熱 發病シ翌日稍々解熱セル モ、3日後ヨリ再び高熱弛 張シテ止マズ	心窩部ニ激痛ヲ訴ヘ背 及ビ右肩ニ放散ス	心窩部ニ固キ腫瘍ヲ觸レ、表 面平滑壓痛及中央ニ波動感アリ。 右乳嚢線ニテ肝下緣ハ肋 骨弓下2横指徑ニ、上界ハV 肋骨ニアリ	17日前ヨリ皮膚ニ 黃疸ヲ認ム	蛋白 (＋) Bilirubin (＋)	7日前 白血球數 8,424 6日前 白血球數 32,800 E. 0.4% S. 83.8% Mon. 2.0% L. 13.8% 4日前 白血球數 33700 E. 1.2% S. 85.2% Mon. 3.2% L. 10.4%	横隔膜運動弱ク、横膈 肋骨實暗シ、横膈膜下 膿瘍ヲ認メズ	發病初期ニ惡心嘔吐ア リ、其ノ後發汗多量ナ リ。尙ホト腹部ニ腹水 アリ	上正中切開ニテ開腹、肝右葉著明ニ肥大シ、軟且表面不平、膽嚢壁 肥厚シ、灰白色トナル。少量ノ腹水アリ。外ヨリ觸レシ腫瘍ニ相當シ 肝左葉ト腹壁間ニ癒着アリ、因ツテ更ニ左方ノ検査不能ナリ、一時 的ニ遊離腹腔ト隔離後切開排膿 40ccヲ得、瓦斯ナシ、排膿管挿入	腹水滲溜多量ニシテ術後6日穿刺 600ccヲ得ル。一時解熱スルモ再 ビ高熱弛張シ、術後10日死ス	死			
3	上○岩○郎	男	56歳	打撲 血腫ヲ形成 ス	大腸菌	單發性 (右葉ニアリ)	29日前墜落、 右側胸部ヲ打 タス	9日前ヨリ輕微ノ發熱アリ	14日前ヨリ心窩部殊ニ 發痛ニ激痛ヲ訴ヘ腹 壁緊張アリ	10日前季肋部ニテ右乳嚢線内 方ニ圓形軟硬性ニシテ壓痛アル 腫瘍ヲ發見ス。肝下界不明 上界ハ乳嚢線ニテV肋骨、腫 瘍ハ3日前ニハ手掌大トナル	ナシ	打撲ヲ受ケタル當 時血尿ヲ出ス	蛔蟲卵 アリ	白血球數 9,500 E. 0.5% St. 4% S. 71% Mon. 11% L. 13.5%	術後12日 Lipiodolヲ注 入シテ肝膿瘍ナルヲ確 ム	右側下部肋骨骨折及皮 下氣腫ヲ伴フ。數次ノ 穿刺ニヨリ肋膜腔ヨリ 血漿液性液 500ccヲ得 ル	季肋部腫瘍中央ニ縱切開ヲ加ヘ、筋内ヲ離開シ、直チニ膿瘍ニ達シ、 膿汁ヲ混セル濃厚ナル膿 580ccヲ得ル。尙ホ膿汁ニ染レル軟土ノ如 キモノ多量ニ出ヅ。「ヨードホルムガーゼタンボン」ヲナス	膿汁及ビ膿汁ノ排出暫時繼續セル モ徐々ニ減少シ、術後70日ニハ殆 ト治愈退院ス	治		
4	井○杏○郎	男	33歳	蟲様突起炎		多發性	18日前ニ蟲様 突起炎發作アリ。 内科的治療 ヲナス	蟲様突起炎發作時ニ惡寒 ヲ伴フ發熱アリシモ内科 的ニ輕快、約7日前ヨリ 再び弛張性發熱アリ	蟲様突起炎發作時ニ廻 盲部及ビ右側腹ニ疼痛 ヲ訴ヘシモ内科的ニ輕 快、昨日ヨリ右季肋及 心窩部ニ激痛アリ	右乳嚢線ニテ肝下緣ハ肋骨弓 下1掌幅ニ觸レ、表面平滑壓 痛アリ。肝上界ハV肋骨ニ相 當ス	7日前ヨリ皮膚及 眼結膜ニ出現ス	蛋白 (＋) Bilirubin (＋) Urobilin (＋) Urochromogen (＋)	白血球數 13,600 S. 87% Mon. 1.5% L. 11.5%		下腹部稍々膨隆、廻盲 部ニ手掌大ノ硬結アリ 壓痛アリ、腰部ニ同様 膨隆アリテ波動感アリ	右腰部ヨリ切開排膿後、排膿管挿入ス。更ニ正中線ニテ腹壁ヲ開キ V. ileocolicaニ介在セル長サ1cm幅2—3mmノ血栓ヲ剔出後、靜脈 ヲ結紮ス	術後尙ホ弛張性高熱繼續シ、4日後 遂ニ死ス。屍體解剖ヲナス	死			
5	中○鹿○郎	男	55歳	蟲様突起炎	葡萄狀球菌 及双球菌	多發性	30日前蟲様 突起炎發作アリ 内科的治療中 10日前ヨリ著 明發熱アリ	10日前ヨリ弛張著シキ高 熱往來シ、惡寒戰慄屢 アリ	深呼吸時ニ胸痛ヲ訴フ ルニ過ギズ	右心窩部ニテ正中線ニ近ク肋 骨弓下ニ小兒手掌大腫瘍 アリ。球形硬、壓痛アルモ移動 性ナシ。肝下邊觸レズ。上界 V肋骨	經過中一時眼結膜 ニ出現ス	蛋白 (＋) Urobilin (＋)	白血球數 24,200	横隔膜位置正常、呼吸 性移動弱。肝陰影肥大 ス。横膈膜下ニ瓦斯ナ シ	廻盲部腹壁稍々緊張ス Lanz及Mc Burney氏 點ニ輕キ壓痛アリ	右V—V肋骨切除、穿刺ニヨリ5ccノ膿ヲ得タルヲ以テ、之ヲ目標 シテ切開ヲ加フルニ横膈膜下ニハ膿及癒着ヲ認メズ。膿瘍ハ肝ノ 深部ニアリ、「タンボン」ヲ行フ	術後2日ニ呼吸困難「チアノーゼ」 アリ、患部ニ鼓音ヲ聽キ、胸腔穿 刺ニヨリ空氣 100.0ccヲ得タリ。 3日ニシテ死ス	死			
6	義○馬○郎	男	49歳	膽石症術時 ニ残留セル 「ガーゼ」	大腸菌 及双球菌	單發性 (右葉ニアリ)	20年前米國 ニテ膽石症ノ手 術ヲ受ケ、發 病不明	約7日前ヨリ 38°C前後ノ 發熱アリ	重瘤ニ疼痛ヲ訴フ	右心窩部ニテ正中線ニ近ク肋 骨弓下ニ小兒手掌大腫瘍 アリ。球形硬、壓痛アルモ移動 性ナシ。肝下邊觸レズ。上界 V肋骨	ナシ	ナシ	蛔蟲卵 アリ	白血球數 10,100		半球形腫瘍上ニ皮切ヲ加ヘ、直腹筋後鞘ヲ切開スレバ、膿流出シ、 更ニ4cm深部ニ於テ拇指頭大肝膿瘍ニ交通ス。排膿管挿入	術後22日 15cm ³ 、古キ「ガーゼ」膿 口ヨリ出ル。35日同ジク蛔蟲ヲ1 匹膿汁ト共ニ排出ス。75日手術創 殆ト治愈ス	治			
7	岩○ 春○	男	49歳	膽石症 8年以來發 作甚頻數	葡萄狀球菌 (但血液中 ヨリ)	多發性	48日前最後ノ 膽石發作以來 微熱アリ。28 日前著明發熱	28日前惡寒戰慄ニテ39 —40°Cニ發熱以來略 38°C前後ニ稽留スルモ時 ニ惡寒戰慄ニテ高熱アリ	膽石發作時ニ訴ヘシノ ミ	右乳嚢線ヲ肝下邊肋骨弓下3 横指徑ニシテ稍々壓痛アリ	發病以來皮膚ニ輕 キ黃疸アリ	蛋白 (＋) Urobilin (±) Urochromogen (±)	3日前 白血球數 10,000 E. 0.5% M. 1% St. 10% S. 68% Mon. 3.5% L. 17%		右肋骨弓ニ平行ニ皮切ヲ加ヘ肝ニ達ス。左葉略ボ正常、右葉肋骨弓 下3横指徑ニ腫脹シ、波動感アルモ穿刺ニテ膿ヲ認メズ。肝下面ハ 十二指腸ニ固ク癒着シ、正常位ニ膽嚢ヲ認メズ。更ニ肋軟骨2本切 除シ、肝前面ヲ見ルニ膨隆著明、約4cm焼灼スルモ膿瘍ニ達セズ。 「タンボン」ヲナス	手術創ヨリノ排膿ナク、術後3日 頸下腺腫脹、依テ切開排膿ス。全 身狀態惡化シ13日ニ死ス	死				
8	伊○ 正○	男	10歳	多發性筋炎	葡萄狀球菌	單發性 (右葉ニアリ)	110日前多 發性筋炎ニ罹 80日前心窩部 ニ腫瘍發見	28日前惡寒戰慄ニテ39 —40°Cニ發熱以來略 38°C前後ニ稽留スルモ時 ニ惡寒戰慄ニテ高熱アリ	心窩部ニ腫瘍出現スル 際2—3日輕キ疼痛ヲ訴 ヘタルノミ	心窩部ニテ正中線ヨリ右ニ手 掌大ノ扁平ナル腫脹アリ。皮 膚緊張シ光澤アリ固クシテ輕 度ノ呼吸性移動アリ熱感壓痛 波動感ナシ。肝下緣觸レズ	ナシ	ナシ	蛋白 (＋) Urobilin (±) Urochromogen (±)	白血球數 13,400 B. 1.5% E. 8% St. 4% S. 61% Mon. 7.5% L. 18%	横隔膜右半1横指徑高 位、運動緩慢、横膈膜 輪廓廣ヲナスズ水平ニ 近キモ、肋膜腔横膈膜 下ニ滲出液ナシ	肋骨弓下腫脹ノ中央ニ切開ヲ加ヘ、肝低性組織ヲ燒灼シテ膿瘍ニ達 シ、膿 150ccヲ排出シ、排膿管ヲ挿入ス	術後1日 Lipiodolヲ創口ヨリ注入 シ肝膿瘍ナルヲ確ム。經過良好ニ シテ25日ニテ治ス	治			
9	早○ 絹○	女	37歳	膽石症 20年發作頻 數		多發性	最後ノ膽石發 作以來13日ヲ 經過ス	弛張性著シキ39—40°Cノ 高熱往來ス	背及右肩ニ放散スル痼 痛様ノ激痛アリ	右肋骨弓下直腹筋ノ部ニ扁平 腫脹アリ。壓痛アリテ硬シ。 左肋骨弓下2横指徑ニ扁平腫 脹アリ壓痛ナシ。肝腫脹著明	膽石發作以來著明 ナル黃疸アリ	蛋白 (＋) Urobilin (＋) Urochromogen (＋)	白血球數 19,300 J. 1% St. 21.5% S. 65% Mon. 3% L. 9.5%		右肋骨弓下ニ皮切ヲ加ヘ肝ニ至ル。兩葉著明腫脹シ、小膿瘍散在ス 膽嚢ハ灰白色ニ肥厚ス、之ヲ剔出ス。其ノ壁ニ膿瘍ナシ。總膽管及 肝管ニ膽石多數ニ介在ス。之ヲ剔出シ、排膿管ヲ挿入ス	黃疸稍々消退セルモ弛張性高熱往 來シ、全身狀態惡惡、術後22日死 ス	死				
10	藤○ 攝○	男	17歳	不明	葡萄狀球菌	單發性 (右葉ニアリ)	約115日	風邪ニテ微熱アリシニ過 勞ノ爲突然右側胸部ニ疼 痛ヲ訴ヘルト共ニ惡寒ニ テ39°Cニ發熱翌朝解熱ス ルモ過勞ニヨリ發熱アリ	發病時右側胸部ニ呼吸 困難ヲ感ズル程度ノ疼 痛アリ腫テ輕減セルモ 以來鈍痛アリテ過勞ニ ヨリ増強ス	肝下緣不觸、上界V肋骨ニ相 當シ。右側胸部Ⅹ肋間ニ壓痛 著明ナリ	ナシ	ナシ	白血球數 8,800	横膈膜右半稍々高位、 移動性弱、肝陰影肥大 ス	肋膜炎ノ診斷ニテ數回 穿刺サレタルモ滲出液 ナシ	右後腋窩線ニテⅩ肋骨切除、肋膜肥厚著明ニテ約3cmニ達シ、之ヲ 燒灼シテ膿瘍ニ到達ス、其ノ膿瘍ノ深サ約5cmニ及ブ	經過良好ニシテ45日ニテ治ス	治			
11	長○ ヤ○	女	40歳	不明	腸球菌	單發性 (右葉ニアリ)	49日及22日前 ニ膽石様發作 2回アリ	膽石様發作時ニ惡寒ト共 ニ38°C餘ニ發熱繼テ解熱 スルモ時ニ微熱アリ	發作時ニ右季肋部緊張 シ右肩ニ放散スル激痛 ヲ訴ヘタルノミ	右乳嚢線ニテ肝下邊ハ肋骨弓 下3横指徑ニアリ、表面平滑 ニシテ硬ク、壓痛アリ。上界 ハV肋骨ニ相當ス	ナシ	ナシ			右肋骨弓ニ平行ニ皮切ヲ加ヘ肝ニ達ス。肝ハ腫脹シ、大網膜ハ來タ リ肝緣ニ癒着ス。肝緣一部1.5cmニ互リ灰白色ニシテ硬シ、穿刺 ニヨリ膿ヲ證明ス。遊離腹腔ト遮斷シタル後7日後二次的ニ拇指頭 大ノ膿瘍ヲ切開排膿ス。尙ホ膽嚢ハ發見シ得ザリキ	經過順調ニテ45日ニテ殆ト治ス	治				
12	阿○ ナ○	女	65歳	膽石症 (屍體解剖 ニヨリ)	大腸菌	多發性 及横膈膜下膿瘍	12日前最後ノ 膽石様發作アリ、6日前ヨリ 弛張性熱アリ	12日前惡寒アリテ高熱ヲ 發スルモ總テ解熱ス。6日 前ヨリ惡寒ヲ伴フ弛張性 高熱繼續ス	50—60日前ヨリ時ニ右 季肋部ニ背及右肩ニ放 散スル激痛ヲ訴フ。12 日前同様ノ發作アリ。 以後ナシ	右乳嚢線ニテ肝下緣ハ肋骨弓 下3横指徑ニアリ、肝緣鈍、 尙ホ左乳嚢線ニテ肝緣ヨリ下 方ニ向フ突起アリ。中央ニ波 動感アリ	12日前ノ發熱發作 時ニ黃疸出現セル モ最近内科的治療 ニテ消退ス	蛋白 (＋) Urochromogen (＋)			左乳嚢線ニテ肋骨弓下ニ存スル腫脹部ニ皮切ヲナシ、腹膜ヲ通ジテ 膿卵大ノ膿瘍ヲ切開シ膿汁ヲ混セル膿ヲ多量ニ排ス。尙ホ膿瘍ハ周 圍ノ組織ヨリ十分包裹サル。更ニ9日後右側腹部ニ炎症症狀現レタ ルヲ以テ此處ニモ切開ヲ行フ	切開創ヨリ膿及ビ膿汁ノ排出アリ 時ニ之ニ混ジテ砂粒狀結石ヲ出ス 全身狀態惡化シテ20日後ニ死ス	死				
13	土○ 俊○	男	32歳	蟲様突起炎 發作數回	葡萄狀球菌	多發性	25日前蟲様 突起炎發作、一 時輕快ス。20 日前ヨリ再び 著明發熱ス	惡寒戰慄ニテ40°Cニ發熱 一時解熱セルモ數日ニテ 再び稽留性高熱ヲ發シ、 11日ヨリ弛張ス	心窩部ニ激痛ヲ訴ヘ、 次デ廻盲部ニ眼固シ、 弛テ輕快ス	右乳嚢線ニテ肝下緣肋骨弓下 4横指徑邊緣鈍、表面平滑觸 クシテ輕キ壓痛アリ。上界ハV 肋骨ニアリ。右側胸部稍々膨 隆ス	5日前ヨリ皮膚ニ 黃疸ヲ認ム	Urobilin (＋) Urochromogen (＋)	白血球數 13,200 E. 1.0% M. 0.5% J. 2.5% St. 18% S. 67.5% Mon. 4% L. 6.5%	横膈膜右半3横指徑高 位、呼吸性移動ナシ。 氣體及ビ液體ヲ認メズ	發汗著明。腹部稍々膨 隆シ廻盲部深部ニ抵抗 アリ	右前腋窩線上Ⅵ肋間ニテ穿刺數cmニテ血漿性液1ccヲ得、Ⅵ肋骨 切除、更ニ穿刺スルニ膿2ccヲ得タリ。體壁横膈兩肋膜間ニ癒着ナ キタメ兩者ヲ縫合接着セシメ、一時的ニ横膈膜下ニ達スルモ排膿ナ ク、肝穿刺ヲナスモ膿瘍ヲ發見シ得ザリキ。此處「タンボン」ヲ殘ス	切開創ヨリ排膿殆ト無ク、加フル ニ手術ニヨル人工氣胸ヲ併發シ、 呼吸困難加ハリ、衰弱増強シ術後 17日ニ死ス	死			
14	今○ 靈○	男	39歳	膽石症 7年前ヨリ 毎年數回發 作		多發性 (右葉=多シ)	最後ノ膽石發 作以來43日ヲ 經過ス	膽石發作以來38—40°Cノ 弛張性高熱往來ス	膽石發作時ニ激烈ナル 疼痛ヲ訴ヘシモ以來左 程甚シカラズ	劍狀突起下9cmニ肝下緣ヲ 觸レ、硬クシテ壓痛アリ。肝 上界ハ乳嚢線ニテV肋骨ニ相 當ス	發病以來眼結膜、 皮膚ニ黃疸ヲ認ム	蛋白 (＋) Bilirubin (＋)	3日前 白血球數 8,700		肋骨弓ニ平行ニ皮切ヲ切ヘ、肝ニ達スルニ肝ハ著明ニ腫脹ス。膽嚢 壁ハ稍々肥厚スルモ結石ヲ有セズ。之ヲ剔出シ、肝管ヲ検査スルニ 多數ノ結石アルヲ以テ之ヲ剔出シ、其ノ數110箇ニ及ブ。尙ホ屍體 解剖ノ結果肝管ノ末端ニ至ルマデ無數ノ結石ノ介在セルヲ知ル。排 膿管ヲ殘ス	術後幾分解熱セルモ尙ホ 38°C 前 後ノ發熱アリ、加フルモ術後8日 ニ手術創ヨリ多量ノ出血アリ。衰 弱増加シテ術後12日死ス	死				

以テ、些カ總括的觀察ヲ試ミントス。

尙ホ本論文要旨ハ昭和12年6月第1回中國四國外科集談會ニ於テ發表セリ。

第2章 自家症例

大正15年ヨリ昭和10年ニ至ル10箇年間ニ於ケル自家症例14例ノ大要ハ第1表ニ示スガ如シ。

(別表参照)

第3章 病原論

第1節 病原菌

熱帯地方ニ於テハ *Entamoeba histolytica* 肝臓腫瘍病原菌トシテ重要ナルモ、温帯地方ニテハ普通化膿菌即チ葡萄狀球菌、連鎖狀球菌、大腸菌及ビ腸球菌ニヨルモノ多シ。吉武氏ニヨレバ肝臓腫瘍45例中 *Amoeba* 性ノモノ35例ニシテ、他ノ10例中原因不明ノ1例ヲ除ク9例ハ總テ細菌性ニシテ、大腸菌2例(内1例ハ *Entamoeba histolytica* ト同時ニ發見ス)葡萄狀球菌2例、連鎖狀球菌1例、双球菌1例及ビ「チフス菌」1例ヲ認メ、Frank K. Boland ハ肝臓腫瘍19例中 *Entamoeba histolytica* ニヨルモノ14例ニシテ、殘餘ノ5例ハ化膿性肝臓腫瘍ニ屬シ、内2例ハ大腸菌ニ、2例ハ連鎖狀球菌ニ、他ノ1例ハ兩者ノ混合感染ニヨルトセリ。又石川及ビ窪田氏ハ葡萄狀球菌ニヨルモノ3例、大腸菌ニヨルモノ2例、大腸菌及ビ連鎖狀球菌ノ混合感染ニヨルモノ1例及ビ大腸菌及ビ葡萄狀球菌ノ混合感染ニヨルモノ1例、計7例ヲ經驗セリト。余モ亦肝臓腫瘍10例ニ於テ其ノ膿汁ニ就キ細菌學的檢査ヲ行ヒタルニ、葡萄狀球菌ニヨルモノ3例、大腸菌ニヨルモノ2例、腸球菌ニヨルモノ1例、大腸菌ト双球菌、大腸菌ト連鎖狀球菌、葡萄狀球菌ト双球菌及ビ桿菌ト球菌トノ混合感染ニヨルモノ夫々1例ヲ認メタリ。尙ホ

他ニ流血中ヨリ葡萄狀球菌ヲ發見シ得タル1例アリ。即チ普通化膿菌中葡萄狀球菌及ビ大腸菌ヲ以テ主要病原菌トシ、連鎖狀球菌、腸球菌等之ニ次グ。其ノ他稀ニ結核菌、放射狀菌、「チフス菌」、綠膿菌、Friedländer 氏肺炎菌、*Streptothrix*、*Bacterioides funduliformis* 「肝臓デストマ」或ハ蛔蟲ニヨリ誘發サルコトアリ。

第2節 感染徑路

腔道、血管、淋巴管及ビ隣接臓器等解剖學的關係ヨリシテ種々ナル病原菌侵入門ヲ考フルヲ得ベシ。

1) 腔道ヲ介スル場合

腔管内細菌侵入徑路ニ關シテモ亦2途アリテ、一ツハ十二指腸或ハ膽嚢ヨリノ上行性管内感染ニシテ、他ハ肝臓細菌排出能力ニヨル血行性下行性感染ナリ。元來總輸膽管末端ニハ生理的ニ既ニ細菌殊ニ大腸菌ノ生存可能ニシテ、腔管殊ニ總輸膽管結石又ハ癌腫、肝臓頭部腫瘍、肝門部淋巴腺ノ腫脹或ハ膽管排泄管開口部結石等ノ壓迫ニヨリ胆汁排出障礙ヲ來シ、胆汁鬱積ノタメ細菌ハ容易ニ上行シテ、肝内腔管炎ヲ惹起シ、遂ニ周圍肝組織ニ波及スルニ至ル。稀ニ上行性管内感染ニシテ胆汁排出障礙ヲ惹起シ得ベキ解剖學的原因探究不可能ナルコトアリ。斯ル時ハ他ノ腺排泄管ニ於ケル上行性管内感染ト同ジク、主トシテ排泄機能障礙ニ基ク自家清淨作用ノ障礙及ビ胆汁ノ化學的組成ノ變化ガ問題トナリ得ル、血行性下行性感染ニ於テハ、既述ノ胆汁鬱積及ビ自家清淨作用障礙ノ他ニ、網狀織内被細胞系統ノ消毒能力ヲモ考慮ニ入レザルベカラズ。其ノ他蛔蟲等腸内寄生蟲迷入ニヨル腔管炎ニ續發シ、或ハ膽囊炎ニ於テ炎症ノ直接嚢壁ヲ通ジテ肝臓組織ニ波及スルコトアリ。

2) 血管ヲ介スル場合

肝血管系統ニハ動脈、門脈及ビ靜脈ノ3系統アリ。

リ。從ツテ血行性細菌侵入路トシテコノ3路ヲ數ヘ得ベク、就中門脈系統重要ナリ。

イ) 動脈性感染

比較的稀ナル發生機轉ニ屬シ、癰、筋炎、骨膜炎、關節炎或ハ敗血症等ノ經過中ニ、流血中ニ侵入セル細菌ノ肝毛細血管栓塞ニヨリテ肝臟膿瘍ヲ惹起スルモノナリ。

ロ) 門脈性感染

門脈血流ノ根源ヲナス諸器官ノ疾患、特ニ潰瘍性化膿性病竈ヨリ侵入セル細菌ハ連續性ニ靜脈炎ヲ形成シツツ肝組織ニ達シ、或ハ非連續性ニ血栓又ハ細菌ノ栓塞性轉位ニヨリテ肝臟膿瘍ヲ形成スルモノナリ。門脈系統ノ諸器官中結腸最モ屢々其ノ原因ヲナシ、蟲樣突起之ニ次ギ、以下脾、膵、小腸及ビ胃ト順次其ノ頻度ヲ減ズ。併シAmoeba赤痢尠キ温帶地方ニテハ結腸ニ原因スルハ稀ニシテ、蟲樣突起ニヨルモノ最モ多シ。尙ホ初生兒ニテハ稀ニ臍帶斷端ヨリ細菌侵入シ、肝臟膿瘍ノ原因ヲナスコトアリ。

ハ) 肝靜脈ニヨル逆行性栓塞性感染

Von Recklinghausen ニヨリ稱ヘラレシ肝靜脈ニヨル逆行性感染ハ動物實驗竝ニ2,3ノ症例報告ヨリシテ特殊ナル場合ニ於テノミ其ノ可能性ヲ認め得ルモノナリ。

3) 淋巴管ヲ介スル場合

肝十二指腸叢中ノ膽道、膽囊、膵頭、十二指腸及ビ胃幽門部ハ互ニ淋巴管網ニヨル連絡アリテ斯ル臟器ノ疾患ハ交互ニ移行シ得ル外、遊離腹腔内ノ淋巴流ハ横隔膜ニ向フ。從ツテ先ヅ肝臟周圍ニ横隔膜下膿瘍ヲ形成シ、總テ肝組織ニ波及シ肝臟膿瘍ヲ併發スルニ至ルコトアリ。尙ホ後腹膜淋巴道モ亦蟲樣突起炎等ニ際シテ、病原菌傳波ノ一途ヲナスコトアリ。

4) 外傷ニ原因スル場合

肝臟ノ直接ニ開放性外傷ニヨリ感染スルハ勿

論、肝及ビ膽道ハ1ツノ細菌排泄器官ヲナスタメ、打撲等ニヨリ形成サレタル肝血腫、肝ノ皮下裂傷或ハ單純ナル挫傷ニ2次ニ細菌ガ感染シテ、肝臟膿瘍ヲ形成スルコトアリ。或ハ「レシトゲン線」等ニヨル物理的傷害モ亦時ニ其ノ原因ヲナスコトアリ。

其ノ他隣接臟器ノ潰瘍性疾患ニシテ、直接肝臟ニ穿孔シ、或ハ甚ダ稀ナレドモ嚥下異物、例ヘバ麥楊枝ノ迷入ニヨリテ肝臟膿瘍ヲ形成スルコトアリ。又時トシテ化膿性痔核、直腸潰瘍、卵巢膿瘍或ハ產褥性子宮内膜炎等骨盤臟器疾患ニ續發セル肝臟膿瘍ニハ其ノ轉位感染徑路ニ疑ハシキモノアリ。

斯ク感染徑路ニハ種々アレドモ、臨牀的ニハ膽道ニヨル上行性感染及ビ門脈ニヨル感染性血栓ノ栓塞性轉位ニヨルモノ特ニ重要ナリ。

第3節 主要ナル原因の疾患

上述ノ感染徑路ヨリシテ種々ナル原因の疾患ヲ舉ゲウルモ、就中急性蟲樣突起炎及ビ膽道ノ化膿性疾患殊ニ膽石症ガ原因の疾患トシテ重要ナリ。即チ自家症例14例中蟲樣突起炎ニ原因スルモノ4例(28.6%)及ビ膽石症ニ原因スルモノ5例(35.7%)ニシテ、其ノ主要部分ヲ占メ、其ノ他多發性筋炎ニヨルモノ1例、外傷ニヨルモノ2例(内1例ハ米國ニ於テ膽石症手術時ニ残留セル綿紗ニヨル)及ビ原因不明ノモノ2例アリ。斯ク蟲樣突起炎ハ肝臟膿瘍ノ主要原因ノ一ヲナスト雖モ、蟲樣突起炎ニシテ肝臟膿瘍ヲ併發スルハ稀ニシテ、Petrenハ2112例中6例、Reökハ147例中2例、友田氏ハ1147例中3例(0.26%)ニ過ギズトシ、諸家ノ統計ニヨレバ概略0.3—0.5%ノ間ニアリ。更ニ蟲樣突起炎患者死亡例又ハ剖檢例ニ就テ觀ルモ僅カ5—6%(友田)ニ及ブニ過ギズ。肝臟膿瘍ハ多ク急性壞疽性蟲樣突起炎ニ續發ス。特ニ惡寒

戦慄及び高熱ニテ發病スル蟲様突起炎ニ於テハ肝膿瘍併發ノ危險大ニシテ、惡寒戰慄及び弛張性熱ノ持續スル時ハ其ノ凝滯厚ナリ。又時シテ蟲様突起ノ炎症性過程經過後、或ハ則手術後ニ於テ肝膿瘍ノ症狀發生シ來タルコトアリ。之ハ蟲様突起炎急性期ニ既ニ肝臓組織中ニ侵入セル病原菌ノ其ノ後徐々ニ繁殖シ來タル結果ナリ。病原菌侵入徑路トシテハ、蟲様突起腸間膜ノ血栓性靜脈炎ヨリ迴腸結腸靜脈、上腸間膜靜脈ト連續的ニ侵シツツ門脈ニ達シ遂ニ肝ニ多發性膿瘍ヲ形成スルカ或ハ敗血症性栓子ニヨリテ腸間膜靜脈ニ著明ナル變化ナクシテ非連續性ニ肝ニ達スルヲ普通トシ、肝右葉ニ發生スルコト多シ、其ノ他稀ニ淋巴管系ニヨルモノ、血栓化膿セル骨盤靜脈網ヨリ上腹靜脈ヲ介スルモノ、Douglas 膿瘍ヨリ上痔靜脈ヲ經テ肝膿瘍ヲ形成セシ症例ノ報告アリ。他ノ主要原因ナル膽石症ハ自家統計ニヨルニ肝膿瘍ヲ惹起セシモノ 58 例中 5 例ニシテ 8.6% ニ及ビ、蟲様突起炎ニ比シ遙ニ高率ヲ示セリ。而シテ膽石症中ニテモ數回或ハソレ以上ノ膽石發作ヲ反覆セル陳舊性ノモノ特ニ肝膿瘍ヲ惹起シ易キ傾向アリ。

第4章 病理解剖學的所見

肝膿瘍ニハ多發性ト單發性トアリテ、前者ハ症狀重篤、死亡率大ニシテ急性經過ヲトルモノ多キニ反シ、後者ハ一般ニ症狀緩和ニシテ、又多發性膿瘍ト雖モ經過ト共ニ互ニ合シ一大膿瘍トナル傾向アルヲ以テ、慢性經過ヲトルハ多ク單發性ナリ。Amoeba 赤痢ニ續發スルモノハ多ク單發性ニシテ、化膿性疾患ニ續發スルモノハ多ク多發性ナリ。肝膿瘍初發病竈ハ感染徑路ニ從ヒテ其ノ所ヲ異ニス。肝動脈ヲ介スルハ肝表面ニ多數ノ楔狀梗塞ヲ見、門脈ニヨルハ葉間結締組織内血管周圍ニ始マリ、膽管ニヨルハコレニ沿ヒテ膿瘍ヲ形成ス。而シテ門脈性肝膿瘍ハ右葉ニ發生スルコト多ク、

時ニ瓦斯ヲ伴フコトアリ。又病源ノ左側腹ニアル時ハ左葉ヲ侵スコト多シトサル。膿瘍ノ尙ホ幼若ナル時ハ境界不十分且規則ニシテ、其ノ内ニ包藏サル組織ハ死滅褪色シテ、灰色又ハ黃灰色ヲ呈シ、時ニ又近在ノ血管或ハ膽管ヲ侵蝕シ、特有ノ色調ヲ呈スルコトアリ。鑿テ膿瘍ノ慢性陳舊性トナルニ從ヒ、境界明瞭ナル稍々厚キ囊膜ヲ有スルニ至リ、時ニ例ニバ Echinokokkus-zyste 又ハ膽管囊腫等ノ化膿セルモノトノ鑑別ニ困難ヲ感ズルコトアリテ、組織學的檢査ヲ必要トシ、稀ニ顯微鏡ヲ以テスルモ尙ホ鑑別不可能ナルコトアリ。肝膿瘍發生速度ハ細菌ノ毒力及ビ全身ノ抵抗狀態如何ニ應ジテ異ナリ、粟粒大ヨリ林檎大ニ至ル種々ナル大サノ膿瘍ヲ形成シ、遂ニ肝臓表面ニ到達之ヲ穿孔シテ、合併症ヲ惹起ス。即チ上方ニ向ヒテハ橫膈膜下膿瘍トナリ、稀ニハ更ニ橫膈膜ヲ穿通シテ肋膜腔或ハ心囊内ニ破潰シ、時ニ氣管枝ト交通シテ奇蹟的治癒ヲ營ムベク、又下方ニ向ヒテハ腹膜腔ニ入リテ、汎發性腹膜炎ヲ誘發シ、或ハ胃腸又ハ腎中ニ穿孔排膿シ、更ニ外方ニ向ヒテハ腹壁ニ破潰シ肺窩織炎性炎症ヲ惹起ス。吉武氏ニヨレバ肝膿瘍 45 例中肋膜腔ニ破レシモノ 2 例、腹腔ニ破レシモノ 2 例、右季肋部皮下ニ達セシモノ 1 例及ビ橫膈膜下膿瘍ヲ生ゼシモノ 1 例ニシテ、石川及ビ窪田氏ハ 7 例中 3 例ニ於テ橫膈膜下膿瘍ヲ併發シ、内 1 例ハ更ニ右胸腔内ニ穿孔セリト。又 Vergoz et Hernienjat-Gerin ハ文獻ヨリ穿孔例 80 例ヲ求メ、腹腔内穿孔 39 例（内死亡 18 例）胸腔内穿孔 28 例（内死亡 24 例）及ビ心囊内穿孔 13 例（全部死亡）ヲ數ヘタリ。

第5章 統計的觀察

肝膿瘍ハ一般ニ男性ニ多ク女性ニ少シトサル。吉武氏ハ 45 例中男性 36 例、女性 9 例、即チ 80% : 20% ナリトシ、知念氏ハ Amoeba 性膿瘍

30 例中男性 26 例、女性 4 例ナリトス。之ヲ化膿性肝膿瘍ニ就テノミ觀察スルモ、石川及ビ窪田氏ノ 7 例ハ總テ男性ヲ侵シ、自家症例 14 例ニ於テモ亦男性 10 例、女性 4 例ニシテ、同ジク男性ニ好發スルヲ知ル。

肝膿瘍ハ又中年者ニ多クシテ、吉武氏ノ 45 例中 39 例 (86.7%) 及ビ知念氏ノ 30 例中 18 例ハ 20 歳乃至 40 歳ノ壯年者ヲ侵シ、自家症例ニ於テモ 30 歳以下ノモノ 3 例、31—40 歳ノモノ 6 例、41—50 歳ノモノ 2 例、51—70 歳ノモノ 3 例ニシテ、化膿性肝膿瘍モ同ジク中年者ニ多キヲ知ル。

更ニ肝膿瘍ノ單發性ナルヤ多發性ナルヤヲ剖檢所見ニ依ラズシテ、臨牀的ニ決定スルハ困難ニシテ、加フルニ不確實ナリトノ誹ヲマヌカレザルモ、一膿瘍ヲ切開排膿シテ、完全治癒ヲ營ミ得タルハ單發性ト考フルヲ得ベク、又手術時膿瘍數箇ヲ發見シ、或ハ一膿瘍ヲ發見切開スルモ、尙ホ全身狀態重篤ニシテ、輕快ノ徵ナキヲ多發性ト考フレバ、自家症例 14 例中單發性 5 例、多發性 9 例ニシテ、單發性肝膿瘍ハ總テ右葉ニ發生シ、1 箇月ヨリ數箇月ニ亙ル慢性經過ヲトレルニ反シ、多發性膿瘍ニ於テハ症狀重篤ニシテ、急性經過ヲトリ多クハ發病以來 2—6 週日ニシテ不幸ノ轉歸ヲトレリ。

第 6 章 臨牀症狀

肝膿瘍ノ症狀ハ比較的不定ニシテ、特有ナル症狀少ナク、殊ニ急性多發性肝膿瘍ハ原發性疾患例ヘバ蟲媒突起炎、膽石症及ビ敗血症等ノ重篤症狀ニ覆ハレ、タメニ往々ニシテ看過サレ易ク、之ニ反シ慢性單發性肝膿瘍ニテハ症狀甚ダ緩和ニシテ、肝膿瘍ヲ發見シテ後初メテ考ヘヲ此處ニ致スモ、時既ニ原發性疾患消退シ、其ノ痕跡ヲ索ムルハ勿論、原因ノ何處ニアリシヤ探求困難ナルコトサヘアリ。斯ク乏シキ定型症狀中ヨリ強テ

頻發スルモノヲ求ムレバ、先ヅ發熱、肝腫脹及ビ白血球増加等ニシテ、其ノ他黃疸及ビ季肋部疼痛ヲ經驗スルコト亦稀ナラズ。

發熱。 發熱ハ肝膿瘍ノ重要症狀ノ一ニシテ自家症例 14 例ニ於テ總テ之ヲ認メ、必發症狀ト言フヲ得ベキモ、其ノ熱型及ビ高低ハ疾病ノ輕重ニヨリテ大ニ異ナリ、一言ニテ盡シ難シ。重篤ナル急性肝膿瘍ニ於テハ惡寒戰慄ヲ伴ヒテ著明ニ弛張スル高熱ヲ普通トシ、稽留スルハ稀ナリ。而シテ其ノ弛張ニ伴ヒテ屢々多量ノ發汗アリ。即チ自家症例中 9 例ノ急性症ハ總テ發熱 39—40°C 以上ニ及ビ、内 8 例 (88.9%) ハ弛張著シクシテ略ボ稽留性熱型ヲトレルハ僅カ 1 例ニ過ギズ。此 1 例サヘモ時ニ惡寒戰慄ヲ訴ヘテ高熱ヲ發スルコトアリキ。又著明ナル惡寒又ハ惡寒戰慄ヲ訴ヘシモノ 7 例 (77.8%) ニ及ビ、多量ノ發汗アリタルモノ 3 例 (33.3%) ナリ。之ニ反シ慢性經過ヲトルハ發熱輕微ニシテ 38°C ヲ越ユルハ少ナク、自家症例ニ於テモ斯ル例ハ 5 例中 1 例ニ過ギズシテ、38°C 以下ノ微熱繼續シテ朝ニ低ク、夕ニ高キモノ 2 例、或ハ過勞ニヨリテ輕度ノ發熱ヲ訴フルニ過ギザルモノ 2 例ヲ占メ、全身ノ羸瘦ト併セ考ヘテ屢々結核性疾患ト誤診サルルコトアリ。

肝臟腫脹。 肝臟ノ腫脹ハ診斷上重要ナル症狀ナレドモ比較的遲發ス。肝臟ノ腫脹ヲ次ギノ 3 型ニ分ツコトヲ得。

- 1) 肝ノ瀰漫性腫脹ヲ主トスルモノ。
- 2) 限局性腫脹即チ腫瘤形成ヲ主トスルモノ。
- 3) 兩者ノ併發スルモノ。

斯カル肝ノ腫脹變形ハ殆ド肝膿瘍必發ノ症狀ニシテ、自家症例ニ於テ觸診及ビ打診ニヨリ明カニ肝腫脹又ハ變形ヲ認メ得タルモノ 14 例中 13 例 (92.8%) ニシテ、他ノ 1 例モ亦「レントゲン」検査ニヨリテ肝臟腫脹ヲ認メタリ。内肝腫脹ノ第 1 型ニ屬スルモノ 8 例 (61.5%)、第 2 型ニ屬スルモノ

3例(23.1%)及び第3型=屬スルモノ2例(15.4%)ナリ。更ニ之ヲ急性症及ビ慢性症ニ分テテ觀察スルニ、急性症9例中第1型=屬スルモノ7例(77.8%)第3型=屬スルモノ2例(22.2%)ニシテ、單純ニ腫瘤形成ノ型ニテ來タルモノナク、必ズ著明ナル肝腫脹ヲ認メタリ。即チ右乳頭線ニ於テ肋骨弓下2-3横指徑ニ肝縁ヲ觸ルハ稀ナラズシテ、一掌幅徑ニ及ブコト屢々ナリ、多ク肝縁ハ鈍、表面平滑、硬ニシテ、壓痛アリ。膿瘍ノ表在性ニシテ稍々大ナル時半球形ノ腫瘤トシテ肝表面ヨリ突出シ、表面滑、壓痛アリテ時ニ波動感及ビ呼吸性移動ヲ證明ス。又炎症性機轉ノ皮膚及ビ皮下組織ニ波及スル時ハ局所ノ熱感、發赤、壓痛又ハ浮腫性腫脹ヲ認メ、或ハ更ニ甚シキ時ハ蜂窩織炎性症狀サヘモ惹起スルニ至ル。然レドモ慢性症ニ於テハ往々ニシテ肋骨弓下ニ肝下縁ヲ觸ズシテ、肝ノ腫瘤様腫脹ヲ以テ唯一ノ症狀トスルコトアリ。即チ自家症例5例中斯ル第2型=屬スルモノ3例(60%)ニシテ、他ハ肝臓ノ瀰漫性腫脹ヲ主トスル第1型及ビ腫脹變形著明ナラザルモノ各々1例ナリ。コノ腫瘤タルヤ往々ニシテ炎症性症狀タル局所ノ熱感、壓痛等及ビ波動感缺如シ、硬度固ク恰モ眞性腫瘍ノ感強クシテ、時ニ誤診セシムルコトアリ。肝臓濁音界上行ハ肝臓下縁下行程著明ナラズト雖モ、急性症ニ於テハ慢性症ニ比シ屢々經驗スル所ナリ。横隔膜下或ハ肋膜腔内ニ炎症ノ波及スル時ハ濁音界上行著明ニシテ、眞ノ肝臓濁音トノ區別困難トナル。斯ル時ハ特ニ「レシトゲン」検査ヲ必要トス。「レ」線検査所見トシテ注意スベキハ横隔膜左右兩半ニ於ケル高低、形狀及ビ呼吸性移動ノ有無強弱等ナリ。更ニ横隔膜下膿瘍ニ於テハ瓦斯ヲ證明スルコトアルベク、又肋膜腔内滲出液ノ有無ヲ決定シ得ル。斯ク診斷ノ補助手段トシテ必要缺クベカラザル「レ」線検査ニ際シテ、其ノ撮影ノミニテ満足セズ同時ニ透視ヲ併用スルハ勿論、前後徑ニ於

ケル検査ニ加フルニ左右徑ニ於ケル検査ヲ以テシテ初メテ十分ナリトスルモノアリ。

血液所見。白血球増加ハ他ノ化膿性疾患ニ於ケルト同様殆ド必發ノ症狀ニシテ、殊ニ急性重篤ナルモノニ於テハ甚ダ著明ニシテ、常ニ其ノ數1萬ヲ越エ、時ニ3萬數千ヲ數フルコトアリ。而シテ中性多核白血球増加シ、淋巴球著シク減少スルヲ常トス。之ニ反シ慢性肝臓腫瘍ニ於テハ其ノ數1萬ヲ越ルハ少ナキモ、輕度ノ白血球増加アツテ、化膿性疾患タルヲ物語ルコト稀ナラズ。

疼痛。自覺痛ヲ訴フルハ以上ノ3症狀ニ比シ稍々稀ナリト雖モ、尙ホ主要症狀タルヲ失ハズ。吉武氏ハ45例ノ肝臓腫瘍中激痛ニ始マリシモノ12例(26.7%)、微痛カ又ハ無痛ナルモノ8例(17.7%)ニシテ、右肩ニ放散セシモノ11例(24.4%)ヲ認メ、石川及ビ窪田氏ハ化膿性肝臓腫瘍7例總テ右肩ニ放散性疼痛ヲ訴ヘタリトス。尙ホ肝臓腫瘍ハ肝右葉ニ發生スルコト多キタメ、右季肋部或ハ心窩部ニ疼痛ヲ訴フルコト多ク、右側胸部ニ訴フルハ比較的稀ナリ。自家症例14例中自覺痛アルハ9例(64.3%)ニシテ、右季肋部或ハ心窩部ニ訴ヘシモノ7例(77.8%)、右側胸部ニ訴ヘシモノ2例(22.2%)ナリ。尙ホ背或ハ右肩ニ放散性ノ疼痛ナリシハ2例(22.2%)ニシテ、何レモ膽石症ニ續發セル肝臓腫瘍ニ屬セリ。疼痛ハ激甚ニシテ堪ヘ難キコトアルモ、又往々ニシテ鈍痛、或ハ壓迫感、異常感ノ程度ニ過ギザルコトアリ。殊ニ急性肝臓腫瘍ニテハ原發性疾患重篤ナルタメ斯ル疼痛ノ注意サレザルコトアリ。或ハ又原發性疾患經過後全ク自覺痛ナクシテ、弛張性高熱ヲ反覆スル如キ例モ稀ナラズ。自家急性肝臓腫瘍症例9例中自覺シ得ル程度ノ自覺痛ヲ訴ヘシモノ5例(55.6%)ニシテ、之ニ反シ慢性肝臓腫瘍ニ於テハ5例中4例即チ80%ヲ占メ、稍々高率ヲ示セリ。之ニ反シ他覺痛即チ壓痛ヲ訴フルハ殆ド總テニシテ、右季肋部

ニ於テ腫脹セル肝表面上ニ、或ハ觸知セル膿瘍上ニ、或ハ右側胸部ニ訴ヘ、病的機轉進行ノ最モ著シキ所ニ於テ最モ強シ。又稀ニ打診ニヨリ限局性疼痛ヲ發見シ、肝臟膿瘍ノ所在ヲ推定シ得ルコトアリ。

黃疸。 肝臟膿瘍時ニ發來スル黃疸ハ肝ノ實質性變化ニヨルモノト考フベキニシテ、急性多發性肝臟膿瘍ニ於テハ輕重ノ差コソアレ早晚必發スベキ症狀ナレドモ、慢性單發性肝臟膿瘍ニテハ黃疸發現ヲ認メズ。

尿所見。 黃疸ノ發現スル急性多發性肝臟膿瘍ニ於テハ Bilirubin ノ證明サルコトアルモ、寧ロ Urobilin 證明率遙ニ大ニシテ、自家急性肝臟膿瘍症例9例中 Bilirubin 陽性ナルモノ3例(33.3%)、Urobilin 陽性ナルモノ6例(66.7%)、Urochromo-

gen 陽性ナルモノ5例(55.5%)及ビ蛋白陽性ナルモノ7例(77.8%)アリ。然レドモ慢性單發性肝臟膿瘍ニ於テハ尿所見ハ總テ陰性ナリ。

糞便。 黃疸アル場合ト雖モ、既述ノ如ク膽道閉塞ニ原因スルモノニ非ザルタメ、糞便ニ特有ナル色調ヲ呈スルコトナシ。併シ膽石症ニ續發セル肝臟膿瘍ニ於テハ自ラ問題ヲ異ニス。溫帶地方ニ於テモ慢性經過ヲトルモノニテハ、殊ニ Amoeba 赤痢流行地ニ居住ノ既往症アルモノニテハ Amoeba ノ檢索ヲ一應必要トス。上述ノ諸症狀ニ關シ自家症例ヲ總括シテ示セバ第2表ノ如クニシテ、他ニ Collins ハ病歴ニ於テ疼痛ヲ訴ヘタルモノ73%、惡寒戰慄アリシモノ46%、發汗多量ナルモノ24%、嘔吐アリシモノ48%ヲ認メタリト。

第 2 表 臨 牀 症 狀

	急性肝臟膿瘍	慢性肝臟膿瘍	總 計
例 數	9例=64.3%	5例=35.7%	14例
發 熱	39—40°C以上ニ及ブモノ 9例=100% 惡寒又ハ惡寒戰慄ヲ伴フモノ 7例=77.8% 弛張性著シキモノ 8例=88.9%	38°C以上ニ及ブモノ 1例=20% 37°C前後ヲ上下スルモノ 2例=40% 過勞ニヨリ僅ニ微熱ヲ發スルモノ 2例=40%	14例=100%
肝腫脹	瀰漫性腫脹ヲ主トスルモノ 7例=77.8% 腫瘤形成ヲ主トスルモノ ナシ 兩者合併セルモノ 2例=22.2%	瀰漫性腫脹ヲ主トスルモノ 1例=20% 腫瘤形成ヲ主トスルモノ 3例=60% 臨牀的ニ腫脹著明ナラザルモノ 1例=20%	臨牀的ニ認メ得シモノ 13=92.8% X線ニヨリ證明セシモノヲ合ス レバ 14例=100%
血液所見	著明ナル白血球增多症ヲ認メシ モノ 8例中7例 中性多核白血球増加シ淋巴球著 シク減少ス	白血球數1萬ヲ僅ニ越エシモノ 4例中2例 白血球數 10,000—8,000 ニアル モノ 4例中2例	白血球增多症ヲ認メシモノ 12例中12例=100%
黃 疸	黃疸ヲ認メシモノ 9例=100%	黃疸ヲ認メシモノ ナシ	9例=64.3%
疼 痛	自覺痛アルモノ 5例=55.6% 内 季肋又ハ心窩部ニ激痛アリ シモノ 4例 輕度ノ胸痛アリシモノ 1例 背又ハ右肩ニ放散セシモノ 2例	自覺痛アルモノ 4例=80% 内 季肋又ハ心窩部ニ激痛アリ シモノ 1例 同上部鈍痛アリシモノ 2例 胸部ニ疼痛ヲ訴ヘシモノ 1例	自覺痛アルモノ 9例=64.3% 内 季肋部又ハ心窩部ニ訴ヘシ モノ 7例 胸部ニ訴ヘシモノ 2例 背又ハ右肩ニ放散セシモノ 2例
尿所見	Bilirubin (+) 3例 Urobilin (+) 6例 Urochromogen (+) 5例 蛋 白 (+) 7例	ナ シ	Bilirubin (+) 3例 Urobilin (+) 6例 Urochromogen (+) 5例 蛋 白 (+) 7例

第7章 診 斷

既述ノ如ク肝臟膿瘍ニハ特有ナル症狀比較的尠キタメ、診斷ニ困難ヲ感ズルコト屢々ナリ。先ヅ急性多發性肝臟膿瘍ニ於テ、第1ニ注目スベキハ惡寒戰慄ヲ伴ヒテ著シク弛張スル高熱ニシテ、而モ原因の疾患アリテ、或ハ既ニ其ノ經過後斯ル高熱ノ繼續スルトキハ當然肝臟膿瘍ニ對スル疑ヲ懷クベキニシテ、コノ時ハ既ニ著明ナル白血球増加ヲ認ム。之等ノ症狀ト雖モ肝臟膿瘍ニ特異ナルモノニ非ズシテ、原因の疾患タル膽石症或ハ敗血症等ニ於テモ當然認メ得ベキモノナルヲ思ヘバ、其ノ早期診斷ノ如何ニ困難ナルカヲ知ルベシ。鑒テ特異ナル肝臟膿瘍或ハ變形ノ現レ、更ニ黃疸、季肋部疼痛等ヲ訴フルニ至レバ、診斷ハ稍々確實性ヲ帶ブルニ至ル。

慢性肝臟膿瘍ハ症狀比較的尠ク、且緩和ニシテ、肝臟ノ腫脹變形ノ現ルニ及ンデ、熱型、血液像及ビ疼痛等ト合セ考ヘテ、診斷ヲ下シ得ルコト多シ。而シテ斯ル時ニハ既ニ原因の疾患經過消退シ、其ノ痕跡發見サヘモ困難ナルコト稀ナラズ。斯クノ如ク肝臟ノ腫脹變形ハ肝臟膿瘍診斷上重要ナル症狀ニシテ、觸診或ハ打診ノミニヨリ略ボ其ノ様子ヲ窺ヒ知ルコトヲ得ルモ、尙ホ「レントゲン」検査所見ニ參考トスベキモノ多々アリ。特ニ肝臟膿瘍中ニ瓦斯ヲ包含スル時ハ一見シテ疑義ヲ解消セシム。其ノ他疑ハシキ場合ニ試ムベキ方法トシテ、試驗的穿刺アレドモ、弾力性尠キ肝臟組織ヲ通シ穿刺スル時ハ、膿瘍中ニ蓄積サレタル膿ハ其ノ壓ノタメ容易ニ穿刺管ヨリ肋膜腔或ハ遊離腹腔内ニ流出汚染シ、不測ノ合併症ヲ惹起スルコトアルヲ思ヘバ、輕々ニ行フベキ方法ニ非ズ。鑑別ヲ要スルモノニ鬱血肝、癌腫、黴毒其ノ他肝臟又ハ直接周圍ノ孤立性腫瘤、或ハ囊腫等アルモ一般ニ發熱ナシ。コノ點ニ於テ化膿性包蟲囊腫トノ鑑別甚ダ困難ナルモ、幸ニ本症ハ本邦ニハ甚ダ稀ナリ。其

ノ他滲出性肋膜炎、橫隔膜下膿瘍、間歇熱及ビ結核性疾患等アリ。

第8章 治療及ビ豫後

1912年 Rogers ガ鹽酸 Emetin ガ Amoeba 赤痢及ビ Amoeba 性肝臟膿瘍ニ俾效アルヲ發見ス。由來 Amoeba 性肝臟膿瘍ノ死亡率ハ穿刺或ハ切開ニヨル排膿ニ鹽酸 Emetin ヲ併用スルコトニヨリ著シク低下セリ。然レドモ化膿性肝臟膿瘍ニ對シテハ斯ル Emetin モ何等效果ナク、只外科的ニ膿瘍ヲ求メテ切開排膿スルノ一途アルノミナリ。此際腹腔或ハ肋膜腔ヲ開カズシテ、膿瘍ニ達スル道ヲ求ムルヲ最テ理想トス。即チ屢々經驗スル肝右葉ノ膿瘍ニシテ甚ダ好都合ナル例ニ於テハ稀ニ後方ヨリ橫隔膜ト肋膜、或ハ橫隔膜ト腹膜ノ間ヲ鈍性ニ剝離シツツ肝臟後面ニ達シ、膿瘍ヲ切開スル道アリト雖モ、コノ方法ハ技術的ニ稍々困難ヲ伴フタメ、或ハ膿瘍ノ位置ノ關係ヨリシテ、例ヘバ肝臟前面、或ハ後上半球面ニ近ク存スルタメ、止ムヲ得ズ體腔ヲ通ジテ膿瘍ニ到達、之ヲ切開スルコト屢々ナリ。若シ切開セントスル部位ニシテ既ニ肝臟ト腹壁或ハ胸壁トノ間ニ癒着アリテ、體腔ヲ閉鎖セルトキハ簡單ニ直接膿瘍ヲ切開シ得レドモ、然ラザル時ハ特別ノ前處置ヲ講ジ、以テ體腔内感染ヲ防止セザルベカラズ。一般ニハ體壁内臟兩腹膜或ハ體壁橫隔兩肋膜ヲ像メ縫合接着セシメ、其ノ癒着ヲ待チテ2次的ニ切開排膿スルヲ安全トス。止ムヲ得ズ1次的ニ膿瘍ヲ切開スル際ト雖モ、腹腔ハ肋膜腔ニ比シ感染ノ危險遙ニ尠ク、嚴重ナル栓塞ニテ遊離腹腔ト隔離スルコトニヨリ十分斯ル感染ノ危險ヲ防止シ得ルモノナリ。斯クシテ肝臟表面ニ達スルモ、尙ホ膿瘍所在ノ明カナラザル時ハ、試驗的穿刺ニヨリ其ノ所在ヲ確メ、穿刺針ヲ目標ニ燒灼ヲ進メテ、膿瘍ニ到達、排膿ヲ圖ルベキナリ。膿汁濃厚ニシテ吸引困難ナルコ

ト多キタメ、比較的太キ穿刺針ヲ使用シ、辛棒強ク吸引スルニ非ザレバ目的ヲ達シ得ザルコトアリ、膿瘍ヲ切開排膿後ハコレニ護膜排膿管或ハ「ヨードホルムガーゼ・タンポン」ヲ行フ。新ク肝臓膿瘍ヲ切開排膿スルベク努力スルト共ニ原發性疾患ニ對シ同時ニ適宜ノ處置ヲ怠ルベカラズ。Amoeba赤痢ニ續發スル熱帶性肝臓膿瘍ハ多ク單發性ニ來リ、加フルニEmetinノ偉效ニヨリ豫後比較的良好ニシテ、其ノ死亡率ハ吉武氏ハ20%、知念氏ハ13%トス。之ニ反シ化膿性肝臓膿瘍ハ多ク多發性ニシテ、多數ノ膿瘍ヲ悉ク切開排膿スルコト不可能ナルタメ豫後遙ニ不良ニシテ、Dixon u. Murphyハ治癒率50%トスルモ、一般ニハ7.6—40%ノ間ニアリ。然レドモ化膿性肝臓膿瘍ニシテ單發性ニ來リ、幸ニ之ヲ切開排膿スルヲ得バ其ノ豫後ハ著シク良好ナリ。即チ自家症例14例中多發性膿瘍ト見做サルモノ9例ニシテ、何レモ不幸ノ轉歸ヲトリ殘餘ノ5例ハ單發性膿瘍ニシテ、總テ切開排膿ニヨリ完全ニ治癒セシメタリ、即チ通算シテ14例中5例(35.9%)ヲ救ヒ得タリ。其ノ他稀ニ肝臓膿瘍ニシテ氣管或ハ胃腸管内ニ自然排膿ヲナシ、奇蹟的治癒ヲ營ミ得タル報告アルモ、コハ僥倖ニ屬シ、吾人ハ1日モ早く膿瘍ヲ發見、之ヲ切開スベク努力スベキナリ。

第9章 總 括

最近10年間ニ當津田外科教室ニ於テ經驗シタル肝臓膿瘍ハ14例ニシテ、總テ化膿性肝臓膿瘍ニ屬シ、蟲樣突起炎ニ併發セルモノ4例、膽石症ニ原因セルモノ5例、多發性筋炎ニ原因セルモノ1例、外傷ニヨルモノ2例及ビ原因不明ノモノ2例アリ。病原菌トシテハ葡萄球菌及ビ大腸菌重要ニシテ、葡萄球菌ニヨルモノ3例、大腸菌ニヨルモノ2例、

腸球菌ニヨルモノ1例、双球菌ト大腸菌、葡萄球菌ト双球菌、大腸菌ト連鎖狀球菌及ビ球菌ト桿菌トノ混合感染ニヨルモノ夫々1例ヲ認メタリ。急性多發性肝臓膿瘍ト見做スベキモノ9例及ビ慢性單發性肝臓膿瘍5例ニシテ、男性10例、女性4例ヲ占メ、中年者ニ好發シテ、31—40歳ノモノ8例(57.1%)ヲ認メタリ。

臨牀症狀トシテ著明ナルハ先ヅ發熱ニシテ、急性肝臓膿瘍ニ於テハ總テ39—40°C以上ノ高熱ニテ發病シ、弛張性著シキモノ8例(88.9%)、又著明ナル惡寒或ハ惡寒戰慄ヲ訴ヘシモノ7例(77.8%)ヲ占メ、之ニ反シ慢性症ニ於テハ38°Cヲ越エルハ稀ニシテ、多クハ37°C前後ノ微熱繼續スルニ過ギズ。時ニ全く無熱的ニ經過シ、僅ニ過勞ニヨリテ發熱スルモノアリ。肝臓ノ腫脹變形ハ比較的遲發症狀ナレドモ殆ド必發ニシテ、臨牀的ニ證明シ得タルモノ14例中13例(92.8%)ニシテ、「レントゲン」検査ニヨリ肝腫大ヲ發見シ得タルモノヲ合算スレバ正ニ100%ナリ。急性症ニ於テハ瀰漫性肝腫脹ヲ主トスルモノ多ク、7例(77.8%)ヲ占メ、單ニ腫瘤形成ノ型ニテ來タルモノナシ。慢性症ニ於テハ後者ニ屬スルモノ多ク、5例中3例(60%)ニ及ブ。白血球増加ハ急性症ニ著明ニシテ常ニ1萬ヲ越エ3萬數千ヲ算スルモ稀ナラズ。中性多核白血球増加シ、淋巴球減少ス。慢性症ニ於テハ著明ナラズト雖モ、輕度ノ白血球増加ヲ示スハ屢々ナリ。自發痛モ亦比的較屢々經驗スル症狀ニシテ、14例中9例(64.3%)ヲ占メ、多ク右季肋部或ハ心窩部ニ訴ヘ、右肩又ハ背ニ放散セシモノ2例ヲ認ム。其ノ他急性多發性膿

瘍ニ於テハ輕重ノ差アレドモ、總テ早晚黃疸出現シ、尿中ニ Bilirubin ヲ證明セシモノ 3 例 (33.3%), Urobilin 陽性ナルモノ 6 例 (66.7%) ニ及ブモ、慢性症ニ於テハ之等ノ症狀ハ總テ陰性ナリ。

化膿性肝臓膿瘍ニ對スル治療方法トシテハ切開排膿唯一ノ途ニシテ、斯クテ余ハ慢性單發性肝臓膿瘍 5 例ハ總テ救ヒ得タルモ、急性

多發性肝臓膿瘍ト認ムベキ 9 例ハ總テ不幸死ノ轉歸ヲトリ、總計シテ 14 例中 5 例 (35.7%) ヲ救ヒ得タリ。

拙筆スルニ臨ミ終始御懇篤ナル御指導ト御校閲ヲ賜リタル恩師津田教授ニ對シ深甚ナル謝意ヲ表ス。尙ホ有益ナル御助言ヲ賜リシ清水助教教授ニ厚ク感謝ス。

主 要 文 獻

- 1) Kirschner u. Nordmann, Die Chirurgie, VI, 1, 52, 1927.
- 2) F. Henke u. O. Lubarsch, Handbuch d. spez. path. Anat. u. Histologie, V/1, 258, 1930.
- 3) Frank K. Boland, Ann. of Surg., Vol. 94, 766, 1931.
- 4) Reök, Zbl. f. Chir., 196-200, 1927.
- 5) H. Chiari, Wiener kl. Wschr., Jg. 43, I, 807, 1930.
- 6) J. Hohlbaum, Zbl. f. Chir., 859, 1929.
- 7) Maximowitsch, Zbl. f. Chir., 2292, 1927.
- 8) Collins, Minnesota Med., 15, 756, 1932; Ref. Zorg. f. Chir., Bd. 64, 498, 1933.
- 9) Vergos et Hermenjat-Gerin, Rev. de Chir., 51, 680, 1932; Ref. Zorg. f. Chir., Bd. 61, 470, 1933.
- 10) 津田誠次, 臨牀ノ日本, 第3巻, 191; 内外治療, 第2號, 481, 昭和2年.
- 11) 友田正信, 診斷ト治療, 第18巻, 1481; 實驗醫報, 第18巻, 607.
- 12) 小川壽, 診斷ト治療, 第16巻, 479.
- 13) 松見茂雄, 海軍軍醫會雜誌, 第17巻, 第2號, 昭和2年.
- 14) 後藤國生, 東京醫事新誌, 第2496號, 45.
- 15) 永野秀一, テラビー, 第11年, 197, 昭和9年.
- 16) 石川昇, 窪田忍, グレンツゲビート, 第6年, 667.
- 17) 吉武清吾, 臺灣醫學雜誌, 第288號, 昭和4年; 日本外科學會雜誌, 第35回, 664.
- 18) 知念辰之助, 朝鮮醫學會雜誌, 第23巻, 1579.