

(東女医大誌第 42巻 第3号)
 (頁 239~251 昭和47年3月)

〔症例検討会〕

医師にみられた側頸部腫瘍症例

日 時 昭和46年10月22日(金)

場 所 東京女子医科大学本部講堂

(発言者) 司 会 耳鼻咽喉科 岩 本 彦 之 丞 教 授
 放射線科 池 田 道 雄 助 教 授
 放射線科 中 塚 次 郎 講 師
 消化器病センター 井 手 博 子 助 手
 第一病理 今 井 三 喜 教 授
 生 化 学 松 村 義 寛 教 授
 中検細菌部 長 田 富 香 助 教 授
 学 生
 受持 耳鼻咽喉科 岩 島 恵 美 子 講 師
 文責 " 金 子 寿 子 助 手

(受付 昭和46年11月30日)

岩本:ただ今から症例検討会を行ないます。医師の不養生と世間でよく言われますが、最近では癌の専門家が癌で死んだり、あるいは医師が癌で死亡する例が非常に多いようです。本日、検討をお願いする方は、本学の出身者であり、また彼女の専門領域の悪性腫瘍が原因となつて死亡された非常に不幸な例であります。最初に耳鼻科に入院しましたので、耳鼻科からアナムネーゼおよび所見をお願いします。

金子:症例は57歳の女性医師です。主訴は左側頸部腫脹と腹痛です。既往歴に昨年8月より関節リウマチがあり、某大学内科でステロイド療法を継続しております。また最近10年間にフリクテン、アレルギー性結膜炎、帯状疱疹、蕁麻疹などの病気があります。また薬物過敏症として、本人の訴えでペニシリン、クロマイ、ピリン、ポンタール、イブナックなど。

現病歴ですが、昭和46年1月15日に左耳下部のリンパ節が拇指頭大の腫脹を来し、抗生物質を

服用しました。2月中旬、同リンパ節がクルミ大となり疼痛があつたが、抗生物質の服用にて疼痛がおさまつたということです。3月20日、同リンパ節が鶏卵大に腫脹し、抗生物質を服用しましたが軽快致しません。またこの頃より耳下部の腫瘍は日に1cmずつ大きくなつたということです。3月26日、癌センターに受診しまして、頸部腫瘍に対してペーターゲットロンを1日200Radずつ、計4,200Rad照射することによりまして、腫瘍は縮小し鶏卵大にまでなりました。4月3日に下腹部、主として左側に鈍痛が出現しました。その後この腹痛が頻度、強さを増しております。また、4月10日頃より味覚がなくなり、その腹痛のために食事もできなくなつたということです。そして14日頃より食事代りに飲んでた牛乳も飲めなくなりました。しかし、悪心嘔吐はなく、その頃までは便痛もとくに異常なかつたということです。4月22日、癌センターで腹部の腫瘍を指摘されました。24日頃より腹痛は激しくなり、25日より

Clinico-Pathological Conference (79): A case of malignant tumor of the neck seen in a doctor.

自分でペンタジンを注射しております。26日には昼間にペンタジンを3本、夜間に4本注射しましたが睡眠もとれない状態になっておまして、27日、不眠、それから食事摂取ができないため全身衰弱を来たし、当科に入院致しました。

入院時所見は、全身衰弱気味で、皮膚は乾燥著明であります。意識は明瞭、血圧は140~90mmHg、脈搏は82、規則的です。左側頸部に、硬くて深部に癒着した鶏卵大腫瘍を触れております。胸部打聴診には異常なく、心窩部に圧痛があり、左下腹部に *defence* を認めました。検査所見は、血液所見で軽度の貧血と、血液像で *Neutrophilie* と、*Lymphopenie*、臨床化学検査で、肝機能障害、それからコレステロールの上昇をみました。尿、胸部レ線像に異常ありません。心電図で洞性頻脈、肝シンチグラムで *Hepatomegaly* を指摘されています。

入院後の経過ですが、入院後は補液の点滴静注と、腹痛に対しまして鎮静および鎮痛剤を投与しております。初診の翌日に産婦人科で診察をうけ、後腹壁の腫瘍という疑いで、放射線科でテロコバルト照射を開始致しました。照射後2日目頃から、一時腹痛が軽減したのですが、全身倦怠感、食欲不振、不眠などが続きまして、悪心、嘔吐も出て参りました。そして5月2日頃から再び腹痛が強くなり、鎮痛剤投与の回数が多くなっております。5月12日、放射線科へ転科致しました。

岩本：今述べられたことが耳鼻科入院中の所見でございます。この人の初発は耳下部のリンパ節の腫れで、それに気付いたのが1月ですが、それが非常に急速に3カ月の間に鶏卵大、さらにその後は手拳大に腫れ、顔が全く *asymmetrisch* になったほどであります。耳下部のリンパ節腫脹というのは、上咽頭の *Tumor* のときに腫れ易いのです。上咽頭の悪性腫瘍を一番疑わなければならないのですが、この方にはそういう所見が上咽頭はもちろん、咽頭にも全然なかつたということが非常に特徴的です。それからまた、頸部リンパ節が鶏卵大以上に腫れるまで本人は抗生物質だけを飲んで、なかなか受診しなかつた点も問題です。こ

れは一つには、もし受診をしたら悪性腫瘍と言われることがこわさに受診しなかつたのかも知れません。あるいは本当に炎症性と思つたのかも知れません。とにかくなかなか医者にかからなかつたというところに、手遅れがあつたのではないかと思います。癌センターへ行つたときには、これは *malignant* なものであろうということで、すぐに放射線をかけたのです。それによつて *Tumor* は非常に良くなつたけれども、今度は3カ月すぎに非常に頑固な腹痛を来たし、そのため癌センターに通院できなくなつたから入院をしたいということで、癌センターの方に空床がなくて、本院にいらしたわけです。患者は耳鼻科医ですから私も前から知つていたわけです。

そういうわけで耳鼻科に来たときには、*Tumor* それ自身はたいしたことはなかつたけれども、腹痛の方が非常にひどかつたのです。そこで婦人科にも診てもらい、私も腹部の触診を試みたのですが、左側腹部にかなり大きな、手拳大の *Tumor* を触れたように思いました。また、川上教授の診察でも基底と癒着した非常に大きな *Tumor* があるということで、本格的に放射線治療を要するので放射線科へ転科させました。その後の放射線の治療について、放射線科の池田先生、一つ御説明を願いたいと思います。

池田：放射線科初診は、お話のように4月28日でございます。婦人科の診察を終えて放射線治療が適当であろうということで、おいでになられたわけですが、今、岩本先生がお話になられたように、左下腹部に手拳大、あるいはそれ以上だつたかもしれないのですが、大きな *Tumor* がございました。最初は卵巣腫瘍みたいなものも一寸考えたのですが、どうもそうではないということで、とりあえずあまり痛みが強いので照射をはじめようと、先程 *Telecobalt* 照射を始めたということだつたのですが、実はこの方は *linear accelerator* で照射を始めたわけです。*Tumor* の大きさが含まれる、丁度 8×14 cmの照射野で、前後からはさみうちをしてかけるという照射を始めたわけです。申し遅れましたけれど、左下頸部にある鶏卵大ぐらいの硬い *Tumor* はそのままにして

おきました。放射線科に転科されたのは5月12日ですが、その間、大体 1,440Rad という線量を2週間ぐらいの間にかけて、5月12日に放射線科に移られた時点で、お腹をさわってみますと Tumor がほとんど消失したような感じになりました。この Tumor の regression が非常に早いにおどろいたわけです。ところが、それと前後しまして今度は心窩部に腫瘍様の抵抗を触れるようになりました。それで左下腹部の Tumor の照射は1620Rad/16日間という照射で一応うち切りまして、5月14日から、今度は心窩部の Tumor と思われる所にかけることに変えました。それでこれは 150Rad ずつ2日、2回しかかけなかつたのです。といいますのは、5月15日になると、理由はわからなかつたのですが、急に尿量が減つてまいりまして、5月17日には全く尿が出なくなつてしまいました。そこで至急、isotope renogram、それから経静脈性の pyelography を行なつたわけなんです。I.P では両側の腎盂も尿管も確かに出ない。R,I, renogram では両側の無機能腎と判定されるような結果を得たわけです。尿が全く出ませんものですから、協議の結果、至急梅津教授にみていただくことになりました。あとでご説明があるかもしれませんが、尿管カテーテル法を行なつていただきまして、右腎からは排尿が得られました。左尿管の方は、大体尿管の開口部から2cm ぐらいの所で全く閉塞して、これはおそらく、Tumor によつて押されているか、その転移のようなもので圧迫されているために、排尿がないのではないかという御返事をいただいたように覚えております。留置カテーテルをしておいたのですが、5月19日に排尿がございました。この頃から足背の浮腫が認められるようになり、これも理由がよくわからないのですが、19日夜、夜半に血圧が急におちまして、最高血圧が60ぐらい、下は計れないという状態になつたのですが、様子を見てうちに自然に回復しました。これは今もつて理由がわかりません。5月21日になりまして、血尿が出て食思不振が高度になつて来ました。この時期に患者さんの仙骨部の辺に6cm直径ぐらいの円形の発赤、腫脹があつて、何か腫瘍様

に腫れ、非常に痛くてあお向けになれないということなので、またそこも何か出て来たのかなと思ひました。そういうわけで、これでは局所に放射線治療をやつていても仕方がないと、化学療法で全身治療を考えようということでしたところ、5月24日、患者さんの希望がございまして消化器センターの方へ転科されました。そこまでで放射線治療は全くうち切られているわけです。入院中も腹痛が強く、食思不振が強かつたり、いろいろあつたのですが、検査が充分に出来なかつたということ、組織学的診断がつかめなかつたということで、原発巣も不明ですし、不本意な症例だつたと考えております。

岩本：どうも有難うございました。今迄のところ何か御質問ございますか。まあ、これが何であるかということは、患者が Probe をとることを嫌うし、手術は絶対にやらないというわけで診断がつかないままですね。放射線ではそうすると、腹部の Tumor に 1,500Rad ぐらいですね。そして胃部に2回、300Rad ぐらいやつただけでございます。腹部の Tumor というのは非常に大きな Tumor ですから、それが1,500Rad ぐらいで消失するということが疑問が残りますね。やはり非常に未分化な悪性腫瘍ということが考えられるわけですね。

中塚：主治医の先生方にお聞きしたいのですが、まず第1に、その頸部の Tumor と腹部といひますか後腹膜にあつたという Tumor とが、どんな関係にあつたとお考えになつていられるかということが一つ。まあ組織はわかりませんが……。また、どこを一応原発巣とお考えになるか。それから非常に radiosensitiv な Tumor と思ひますが、後腹膜というのが、果してリンパ節が大きくなつたものであるのか、後腹膜にある臓器が大きくなつたものであるのか。また組織はわかりませんが、臨床的にどの辺にねらいをつけて目標をたてておられたかというのを、一寸教えていただきたいと思ひます。

岩本：主治医が来ていないので私が代つてお答えします。頸部の Tumor と腹部の Tumor との関連性ですが、患者自身には最初に頸部の Tumor

が非常にはつきり出て来たので、早くみつかったんですね。われわれが診たときにはもう3カ月も経っていて、頸部腫瘍は非常に大きくなっていたときでした。腹部の Tumor が頸部腫瘍よりもさきに出て、すなわち腹部の Tumor が原発で、ついで頸部に転移をきたしたということも考えられますが、両者の出現にかなり間隔があるので、われわれとしては頸部の方が原発で、腹部の方が転移ではないかという感じを抱いたわけです。つぎに原発部がどこかということですが、先程も申し上げましたように、上頸部のリンパ節が腫れる時にはほとんどが原発巣が上咽頭にあるのですね。ですから上咽頭に原発巣があるのではないかと私はもちろんのこと、銀座で開業している耳鼻科医、あるいは癌センターの武田科長もよく検査されたそうですが、とにかく咽頭には原発巣を見付けることはできなかつたのです。そうするとやはり、頸部の Tumor それ自身が原発であるというように考えざるを得ません。つぎに腹部の Tumor が後腹膜であるか、リンパ節の腫大であるか、あるいは他のものの腫大であるかという点ですが、川上先生は後腹膜の Tumor だろうとおつしやつていましたが、あとで考えますと、やはり尿閉なんかがおこっているので腎臓付近にでも転移があつたのではないかと思つたわけです。しかし、非常に早く消失したので患者は納得しませんで、腹部の Tumor はいわゆる糞塊があそこにたまつたんだと患者自身は主張していました。しかし、あれだけ強い腹痛があつたのですから、何かやはり変化、すなわち Tumor などがあつたと考えざるを得ませんでした。糞塊だけじゃないと思いました。他にどなたか発言はありませんか。放射線ではそこまでやつていただいたのですが、その後患者の希望がありまして消化器病センターの方へ移られたわけですので、その後の死亡するまでの経過を井手先生御願います。

井手：5月24日に消化器病センターに移られてから先の所見で、腹部の Tumor は他覚的にはわかりませんでした。頸部には、今まで先生が述べられたように放射線照射によると思われる皮膚の色素沈着と、やや硬くなつたクルミ大の腫瘍が

触れました。それ以外に嘔気のため食事がほとんど入らない状態で、また四肢の疼痛を強度に訴えられておりました。左膝関節に波動をふれまして、転科されてその日に患者の希望により穿刺致しましたところ、濃厚な膿がかなり多量に出ました。ほとんど吐いてばかりいるので、経静脈的に補液をやつて様子を見ておりました。大体尿量は1,000~1,500ml、多いときで2,000ml ぐらひはあつたようです。血圧は入つて来られたときは94~60mmHgぐらひでしたが、補液がいくようになってからは大体 150~160mmHg ぐらひの血圧がずっと続いておりました。発熱はほとんど認めておりません。中山教授の指示によりナイトロミンを1日30mgで続けておりました。抗生物質は一応膝関節の膿の培養で、E. Coli がでて参りましたものですから、それにあつたもの、最初はテトラサイクリンを使つていたのですけれども、あまり効果がないということでセファロジンに代えております。6月の初めになりまして全身に Petechien が出て参りましたので、ナイトロミンの副作用かもしれないということで、それをきりまして、輸血とか、血小板輸血などを行なつております。転科されたとき、すでに、血小板が5万ぐらひに少なくなつておりました。6月に入りましてから貧血も出現して参りました。痛みどめを非常に希望されまして、麻薬でないとか効かない状態で、かなりの量を毎日使つてすごしておりました。みた感じではどこに Tumor が触れるというわけではなく、少し食事などを積極的にするようにとムンテラしました。それから、以前腹部腫瘍があつたということ、現在吐くということで、5月29日に消化管の透視をしましたが、腫瘍による圧迫などもなく、胃から十二指腸の方への通りも悪くないものですから、患者に状態を説明して食事をするようにすすめました。一時よく食べるようになった時期もあるのですが、6月12日午後より、だんだん意識がもうろうとして参りました。13日朝より顔面および四肢の痙攣が起こるようになりました。その2、3日前にちよつと37°C台の発熱があつたんですが、それも治まつていました。14日に右半身の麻痺が来まして、瞳孔も散大して左右不同が

みられました。亡くなつたのが17日ですが、それまで毎日、数分おきのひどい顔面および四肢の痙攣の発作と無呼吸発作をくり返し、抗痙攣剤でも止まらないような状態でごさいました。Petechienが急速に現われたこと、それから身体の方に病巣として膿の病巣があつたことから、敗血症か何かによる出血傾向ではないかというように考えておりました。最後の痙攣のような発作は脳出血ではないかと考えます。

岩本：どうも有難うございました。どなたか御意見ございませんか。結局どういう病気で死んだのか、最後まではつきりしなかつたわけです。われわれは悪性腫瘍を考えていたけれども、亡くなる時期における、井手先生がお話になつた状態は、脳の出血、あるいは脳の症状、たとえば痙攣とか、意識障害とか、半身不随とかがでているのです。これらの症状は、転移ということでも説明はできますけれど、どうも割り切れないところが非常に多かつたものですから、解剖していただきました。何か御意見ございませんか。それでは一つ解剖所見を説明していただきましょうか。

今井：臨床でも問題の中心であり、解剖所見でも中心になるのは Tumor です。それは臨床的に左頸部と左側腹部にあつて、放射線によつて小さくなつたということです。解剖してみても腫瘍らしいものは左の頸部と左の側腹部にありましたが、両方とも壊死を中心にした Fibrose です。組織でも染色性のある細胞が全然ありません。ただ影のように染まつている細胞の形とか、細胞のあり方などからみて、やはり悪性の腫瘍だということは確かだと思います。このことについてはあとで写真をみながらご説明します。左頸部、左側腹部の、この Tumor 以外には全然 Tumor が残っていないものですから、その方面からも腫瘍の組織診断はつけられません。非常に放射線がよく効いて、一種の治癒の状態になつているわけです。けれども、よくそういうときに癒痕化のため、その中、あるいは近くにある管の系統が狭窄、閉塞をおこすもので、この場合にもそれがあつて二次的にいろいろな変化がおこつたのです。そういうふうに腫瘍から出発したいくつかの病変の他に、

脳の変化とか、関節の変化とか、腫瘍と直接に関係がなさそうな病変が加わつているものですから、余計臨床症状が複雑になつて来たようです。ではスライドを見ながらご説明します。

これは頸部の臓器をうしろから見ているもので(写真1)、矢印の所がかたまりになつているのがおわかりになると思います。その中心の辺を切つたのが次のスライドです(写真2)。腫瘍のように見えますけれども、何かツルツとした感じで、普

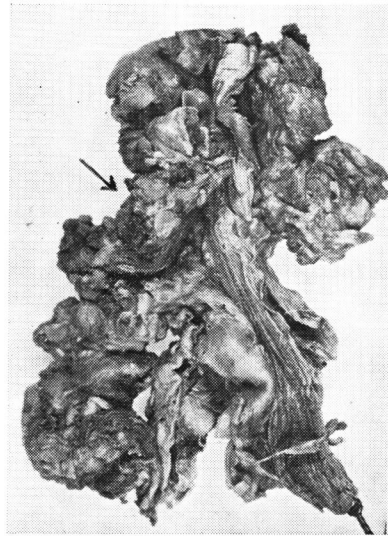


写真1 左頸部の腫瘍 (矢印)

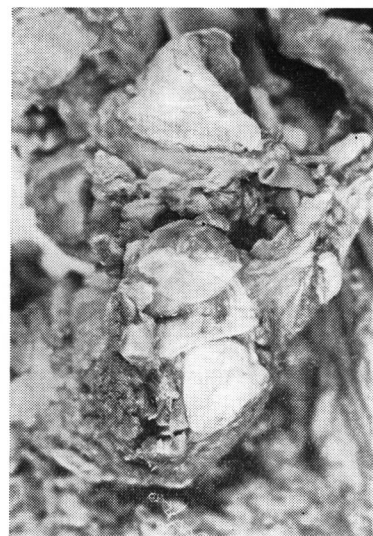


写真2 腫瘍の接写

通の腫瘍のように細胞性に見えないのですが、こういうのはよく放射線などで腫瘍が壊死をおこし、繊維化しているものにみられます。多少は細胞が残っていて腫瘍の種類がわかるのではないかと想着て、組織標本をみましたが、全部が壊死で、ヘマトキシリンで核を染めてありますが、ほとんど染まっています、ぼんやり細胞の形はみえます(写真3, 4)。こういう細胞の形とか配列の仕方を見ると、やはり非上皮性の腫瘍であることは間違いのないと思うのです。そうすると、ここがリンパ系の腫瘍がおこりやすい場所ですから、悪性リンパ腫, malignant lymphoma と考えてよいでしょう。malignant lymphoma というのは、いろいろなものを含めておりますけれども、この Tumor が細かい分類のどれにあてはまるかはわかりません。一方、左側腹部ですが、写真5は左腎臓から骨盤臓器にかけてです。尿管のまわりから腎臓の下にかけて何か fibrös な Tumor が

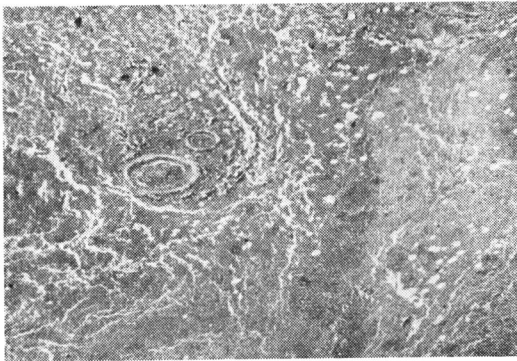


写真3 左頸部腫瘍の弱拡大

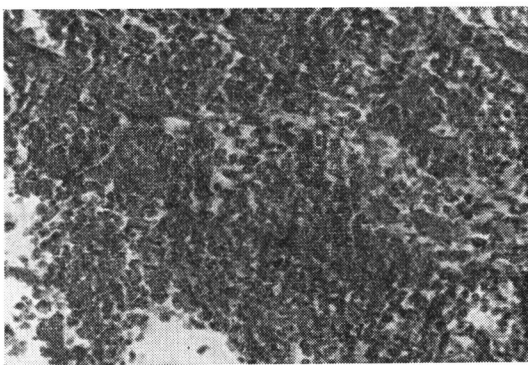


写真4 写真3の強拡大

あつて、分離できません。しかも、この中に尿管がとりこまれていて、一部が非常に強い狭窄をおこしています。Tumor は尿管内腔の方にも一部でていたようです(写真6)。この尿管をとりまく Tumor も Nekrose と Fibrose だけで、細胞がはつきり染まりません。ここでは尿管からでる癌とも考えられないことはないのですが、全体の細胞の並び方から言つて、やっぱり頸部のと同じ性質のものと考えます。まあ一般には malignant lymphoma で、他のリンパ節ももう少し腫れていてよさそうなものですが、この例では他のリンパ節の転移、あるいは腫瘍はありません。次に、この尿管の狭窄で左腎臓に Hydronephrose が起こつています。まだそれ程腎盂の拡張や実質の萎縮は強くありませんが、リンパ管の中にこういう Thromboid がつまっています(写真7)。こういう状態が長びいてきますと、尿管、腎盂が開いて実質が萎縮してきます。もう一つよくわからない病変が肝臓にあります。それは小さい瘢痕で、大体一つの組織標本に一つか二つはあるというくらい、かなり多数あります(写真8, 9)。瘢痕とは言つても繊維がそれほど多くなく、普通の瘢痕とは少し違う感じです。それは毛細管壁の構造がそのまま残つて、その間にある細胞が消失している状態です

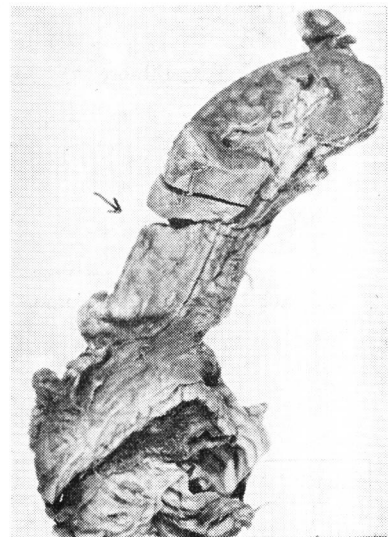


写真5 左腎、尿管、膀胱、直腸を後方より見た写真。矢印の部分が尿管をかこむ腫瘍

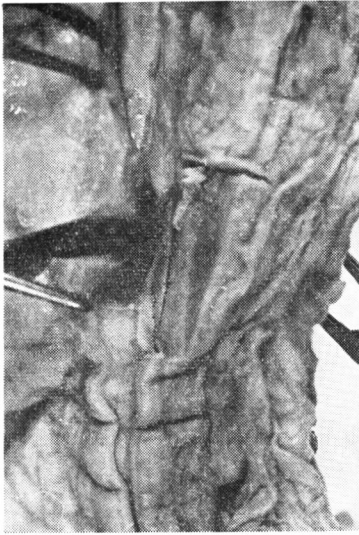


写真6 左尿管の狭窄の最も強い部分。周囲の線維性腫瘍と尿管壁の浸潤

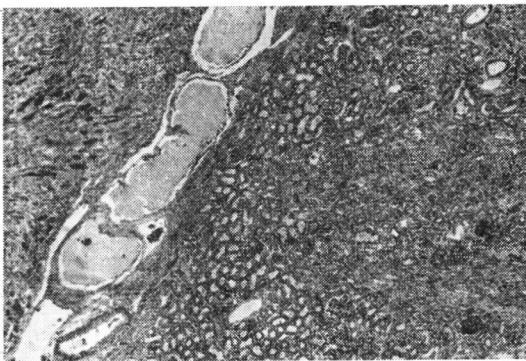


写真7 左腎。Thromboidのみられる皮，髄界のリンパ管

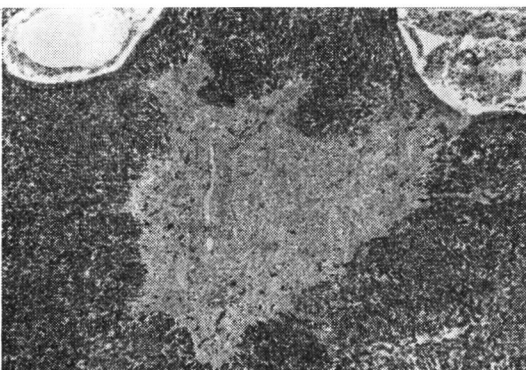


写真8 肝の癍痕，弱拡大

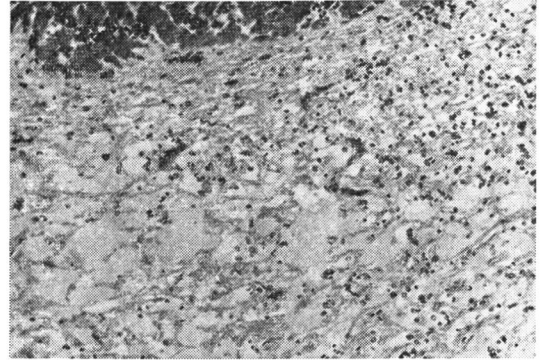


写真9 写真8の強拡大

から、あるいは壊死の古くなつたものと言つた方がよいかもかもしれません。腫瘍が肝に転移したときに、毛細管は大体そのまま、肝細胞と腫瘍細胞が置き代つたようなかたちで、腫瘍が増殖することがあります。したがつてこれも転移した腫瘍がなくなつたと考えられないこともありませんが、積極的にどういう腫瘍かということも言えません。どうもよくわからない所見です。これで腫瘍のことはおわりにしますが、要するに左の頸部および左側腹部に malignant lymphoma があり、放射線で治癒した。さらに肝臓にも転移があつたのではないかということです。しかし肝臓の方は Tumor であつたかどうかはつきりしません。活動性の腫瘍は全然ないのです。

次に脳の方ですが、右の大脳半球の側頭部で、脳膜の軽度の混濁があります。これは軽い化膿性の脳膜炎です。それと、もう一つは剖面でみてわかるのですが、脳膜炎のあるところに大体一致した位置で、皮質から髄質にかけて新しい軟化が起こつております。組織標本では（写真10）クモ膜下に白血球の浸潤がありますが、これもそれほど強くはありません。また実質の方の変化ですが、変性か初期の壊死の状態があるわけです。また好中球のビマン性のくも膜下浸潤からつづいて、一部実質の中の、Virchow-Robin の腔に沿つて少し中まで入つております。ただ一般に髄膜炎のときに、脳の実質がこのようにこわれるということはあまりないので、どういう原因かと思つて少し調べたところ、ここに分布している動脈に血

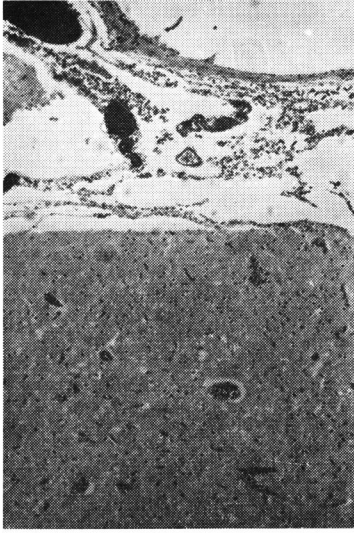


写真10 化膿性髄膜炎。くも膜下腔の白血球浸潤，実質内小血管周囲の白血球浸潤，脳神経細胞の変性。

栓ができていました（写真11）。この血栓は一部器質化していて，大体脳の軟化の古さに相当します。ですから，この場合はまず Meningitis があって，それによつて脳の血管に Thrombus ができ，その結果として脳実質に軟化がおこつたものと考えました。髄膜炎そのものが脳の実質に影響を及ぼしているわけではありません。それで Krampf などの脳症状がおこつたものと思います。

次は腎臓と心臓の変化です。末期に急激な循環障害が起こつたような所見が腎臓や心臓にかなり著明にでております。これは Hydronephrose があ

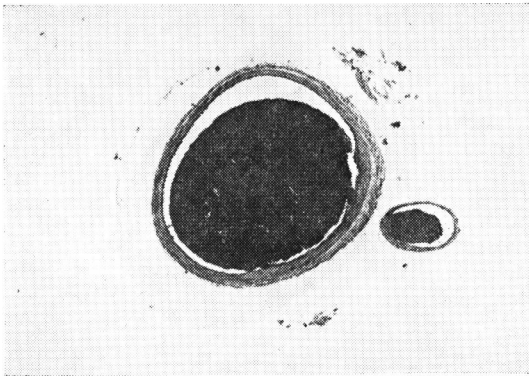


写真11 右大脳中心回付近に分布する脳血管の新鮮血栓

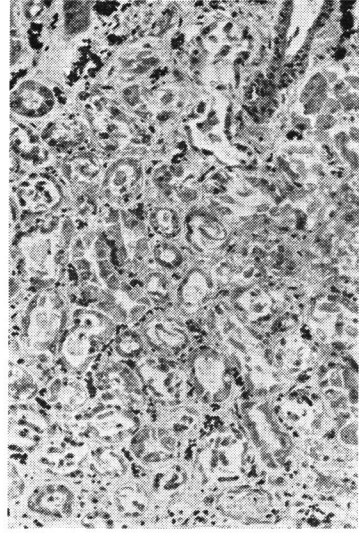


写真12 右腎の尿細管上皮の変性ないし壊死

つた方でない右の腎臓ですが（写真12），間質の浮腫や尿細管の変性が非常に強く，一種のショック腎の状態で，これは相当激しいと思います。また心筋にも小さな壊死がかなりたくさんあります（写真13）。

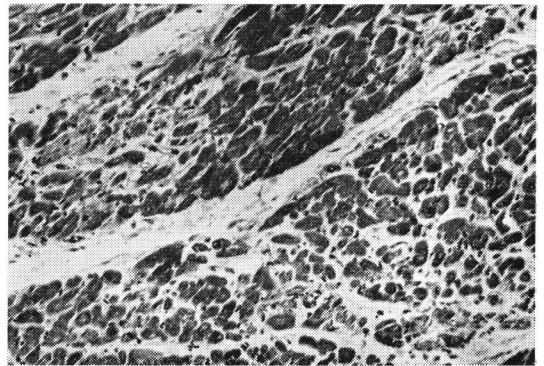


写真13 左室心筋の小壊死巣

肺は浮腫が全体にあつて多少肺炎も起こつています。それから，以前からあつた膝の関節の関節炎ですが，これはロイマトイド関節炎と言つたら良いと思います。入院後 E. Coli が証明されたということですが，今の所見ではロイマトイド炎症の上に多少急性の炎症が加わつて，それが古くなつたような所見です（写真14）。ですから純粹のロイマトイド炎症とも少し違うようです。この関

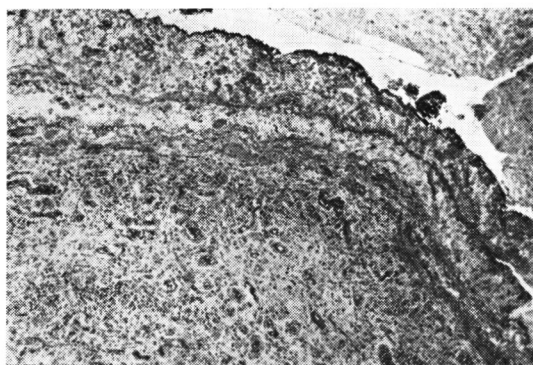


写真14 左膝関節のロイマトイド関節炎

関節炎は今までお話してきたいろいろの病変とは直接には関係がないものだと思います。

そこで臨床の所見と比べて総括してみまして、まず腫瘍の方は途中で Probe をとっておりませんから、剖検所見で判断するより仕方がないのですが、malignant lymphomaらしい。それから尿管の狭窄で Hydronephrose が左に起こっている。脳の方のことで臨床では右側に麻痺が起こったということなのですが、今お見せしたのは脳の病変が右側なので、そのところがどうしても一致しないのです。この脳膜炎と、それに続発した脳血栓、脳軟化をきっかけとして、循環障害による心臓の変化とショック腎がおこった。それから血液の方ですが、出血傾向がだいぶあつたようですが、骨髄で Erythropoese と Thrombopoese は確かにかなり減少しております。また白血球系では割に幼若型の方がふえています。しかし aplastische Anämie というようなものとは違います。また僧帽弁のユウゼイ性心内膜炎がありますが、これは衰弱して来た人に末期に起こるものです。とくにそれで心臓がどうということはないと思います。解剖の所見はこれで終わります。

岩本：どうも有難うございました。大変興味のある剖検所見でございます。いろいろお聞きしたいことがあると思いますがいかがですか。先生、癌性腹膜炎というのがありますが、癌性脳膜炎というのはいないですか。

今井：あります。

岩本：あるのですか。そういうもんじやないの

ですね。

今井：癌性脳膜炎ではありません。それはくも膜下腔に出ている細胞で明らかにわかります。

岩本：そうですか。この人はリウマチがあつていろいろの薬を今まで飲んでおり、症状がいろいろ合併しているのですが、結局この悪性腫瘍が Grund になつて死亡したということですね。何かご意見ございますか。今のお話では、この頸部の腫瘍あるいは腎臓付近にあつた腫瘍は、malignant lymphoma であろうということです。malignant lymphoma というのは最近言われた言葉ではないでしょうか。病理学者の分類では、いわゆる細網肉腫とリンパ肉腫と巨大濾胞性リンパ腫、それとホジキン氏病の4つを悪性リンパ腫と呼んでいるようです。しかもその80%は頭頸部に来るということで、われわれのところでも相当症例があります。

これは昭和37年頃から私の教室で治療した malignant lymphomaで、21例あつて、ホジキン氏病の1例を除き、残りは全部細網肉腫であります。年齢的にみますと、やはり癌年齢の人が割に多く、50%以上が癌年齢の者です。一番若年例は6歳です。原発部位をみますと、やはり非常にリンパ組織の多い咽頭に多く、とくに口蓋扁桃が40%以上を占め、そのほか鼻咽腔にも好発しております。もう一つの特徴は、転移が非常に早くおこることで、転移のない例は非常に少ないのであります。細網肉腫に対しましては Operation は絶対してはいかんということになつておりまして、われわれの経験上から言つても Operation のみをした例はほとんど死亡しております。Operation と放射線とを併用したのが2例ほど生きていますが、残りの手術例は全部死亡しております。扁桃のみに局限しているような例に Operation をしても非常に予後が悪いのであります。これに反して放射線療法の方は割か予後がいいのです。表中の生存というのは、退院時の生存例で、その後のfollow-up をしてないからこれらが全部生きてという意味ではありませんけれども、放射線だけをやつた例はとにかく退院できたという例が割合多いようです。ですから、現在ではわれわれは手術は

表1 当教室の Malignant lymphoma

No.	症 例	性	年 令	初 診	部 位	転 移	療 法	転 帰
1	H. H	男	64	S. 37年	喉 頭	(一)	手術+放射線	生 存
2	S. M	男	20	40	鼻 咽 腔	(一)	放射線	生 存
3	K. S	女	37	40	扁 桃	頸 部	手術+放射線	再発死亡
4	H. K	男	69	41	扁 桃	頸 部	手術+放射線	再発死亡
5	N. T	女	12	41	上 咽 頭	頸 部	手術+放射線	生 存
6	K. S	女	27	42	扁 桃	頸 部	放射線	生 存
7	N. O	男	63	42	咽 頭	頸部、肺	手術+放射線	死 亡
8	M. O	男	71	43	鼻 咽 腔	頸 部	放射線	不 明
9	S. K	男	34	43	扁 桃	頸 部	放射線	生 存
10	H. T	女	57	43	扁 桃	全 身	放射線	不 明
11	H. U	男	29	44	扁 桃	頸 部	放射線	生 存
12	T. S	女	56	44	鼻 腔	(一)	放射線	生 存
13	M. T	男	33	44	扁 桃	(一)	手術+放射線	死 亡
14	M. I	女	62	44	鼻 咽 腔	(一)	放射線	死 亡
15	N. K	女	37	44	咽 頭	頸 部	放射線	生 存
16	R. I	男	58	44	舌 扁 桃	(一)	放射線	生 存
17	T. M	男	45	44	上 咽 頭	頸 部	放射線	生 存
18	K. H	女	52	46	鼻 咽 腔	頸 部	放射線	生 存
19	K. O	男	70	46	頸 部	(一)	放射線	生 存
20	T. M	男	6	46	上 咽 頭	頸部、肺	放射線+化学療法	生 存
21	M. Y	女	57	46	頸 部	腹 部	放射線	死 亡

やめて、放射線におまかせしているのです。放射線のかけ方とか量とかの問題は、あとでまた放射線の方にご説明願いたいと思っております。

口蓋扁桃に原発した限局性の悪性腫瘍は、扁桃によつて摘出できますが、それが癌の場合なら70%は治るわけです。ところが細網肉腫と同じ程度の病変で同じ術式でやつても、10%ぐらいしか5年生存しないというくらいで、とにかく手術の成績は非常に悪く、治りにくいということです。今の、先生のご覧になつた尿管の所のTumorは、やはり後腹膜リンパ節でしょうか。

今井：後腹膜リンパ節の腫瘍化のある場所より、だいぶ左に寄つていますから、リンパ節からひろがつたのかもしれませんが、リンパ節そのものではありません。

岩本：そうですね。あそこにはしか変化がないのですね。細網肉腫の場合には axillar, femoral, inguinal など全身のリンパ系に転移するのが普通なのですが、この例はその点少し違つているように思いました。それでは放射線の方で、細網肉腫

に対してどういう点に立脚して照射しておられるかという点をお話願えますか。

池田：一寸スライドを用意してこなかつたのですが……。日本では malignant lymphoma の中では細網肉腫が多くて、これは大体7割～8割ぐらいで、細網肉腫とホジキン氏病との比率が、丁度アメリカなどと逆になつている傾向だと思ひます。malignant lymphoma というのは非常に放射線の効き方がよい、感受性が高いと表現するわけなんですけれども、そういうグループの腫瘍ですから、どうしても放射線治療の適応になるということなのです。今普通 stage を4つの段階、1期、2期、3期、4期と分けるんですが、普通1期というのは、1つのリンパ領域に限局しているもの、2期は2つのリンパ領域、3期は2つ以上のリンパ領域、4期というのはリンパ領域以外に病気が進展しているという場合をいうわけです。たとえば、肺の転移とか皮膚に転移があるとかいうのが4期ということになつております。それから全身症状があるものと無いものとがございます。

全身症状というのは、たとえば微熱があるとか、寝汗をかくとか、衰弱が強いとか、あと皮膚がかゆくなるとか、そういう症状がございまして、それが有るものがB、無いものがAとします。1のAとか、2のAとか、3のBとかと分類致します。もちろん全身症状のある方が予後が良くないことは確かです。そして放射線の方では、大体1期、2期は放射線治療をするのがたてまえではないかと考えています。それから3期というのは、例えば横隔膜を境にして頸だとか、腋下とかのリンパ節に病気があつて、しかも腹の方にもあるということになりますので、3期あるいはそれ以上に進んで他の臓器にまでいつているようなときは、局所治療である放射線の、根治治療の適応外というふうに考えたいと思います。ですから、そういう場合はこの頃ピンカアルカロイドというような抗癌剤で全身療法をした方がいいんじゃないかと考えています。ですから Grenz といいですか、治療方針を決定する上で一番問題になるのは3期ということになると思います。3期の中で全身症状のあるものは必ず化学療法を使つた方がいいような感じです。無ければ放射線治療と抗癌剤のうまい組合せができればそれにこしたことはないと思います。それで1期、2期の場合の治療は、大体1カ所あるいは隣接した2領域のリンパ領域の病気ですから、それを原発巣を含めて非常に広い範囲の照射を行なう。たとえば、先程から岩本教授が言われておりますように、扁桃に原発する、あるいは上咽頭に原発して頸にリンパ節が腫れているような状態では、扁桃だけあるいは鼻咽腔だけにかけるというのではなくて、クビ全体原発巣を含めて、クビのリンパ領域全域を含めるようなかけ方をする、そういう照射法をとるわけです。それで最近はそのだけでなく、クビより上に原発している頭頸部原発の癌でも、腋下、鎖骨上窩、鎖骨下窩というリンパ領域、これはもちろん両側ですが、それから縦隔までを照射します。それから paraaortic node、外国なんかでは femoral、inguinal も含めていわゆる全身のリンパ領域を予防照射した方がよいというような、非常に拡大した照射野をとつて治療するという立場

をとっている人もありますが、私達の経験しているところでは、そんなにひどくかけるということは、日本人ではどうも体力的に無理なような感じがします。ですから、頭頸部原発の癌には頭頸部の広い照射野と、腋下、縦隔までの予防照射をやりますし、横隔膜以下の場合は逆に inguinal とか paraaortic node の領域というところを予防照射するというようにしています。線量ですが、大体ホジキン氏病なんかでははつきりしてまして、4,000 Rad という線量を4週間かけるという、それ以下ではいけない。いけないというのは再発する例が多くなつてくるということなので、治療線量というのは4,000Rad、4週間前後というのが一応のめやすになつています。ホジキン氏病よりは細網肉腫の方がすこし効き方が悪いように思いますから、細網肉腫の場合には4,000Rad 以上かけたいというように考えています。

岩本：有難うございました。その治癒率を先生、何かもちあわせですか。

池田：うちではまだまとめていないのですが、1期ですと、癌研とか、東大などで報告がでているのは大体60%前後、50~60%の5年生存率だと思います。2期でも大体30%、20~30%ぐらいで、予後良好ではなからうかと。3期以後になるともう10%以下になつてしまいます。

岩本：4期になるともう駄目でしようね(笑)。どうも有難うございました。今、おつしやいましたように、昨年癌研の人が発表しているのですが、5年生存率は Stage I, II で40%、42%、47%、36%、その辺らしいです。ところが Stage III になりますと、60人の内1人か2人、5年生存がある程度で、Stage IV には1人も生存者がなく、平均すると結局30%前後の永久治癒率であるということで、非常に Prognose が悪いのです。放射線療法では6,000Rad ですか、先生。ああ4,000が Merkmal ですね。最近ラジオアイソトープをリンパ管に注入する方法が行なわれているようですね。特殊な専門家がこなつているのでしようけれども、¹³¹I のリビオドールをリンパ管に注入する方法で腫瘍が消失したという報告がありますが、遠隔成績がでていないからはつきりいたしま

せん。それからまた人によつては化学療法を先にやつて、それで Reaction のないものに放射線かけた方がよいという人もいますよね。まあいずれにしても、Metastase ということが非常に問題になるのですが、どうしても今から先は化学療法と放射線療法を併用してやらないと、放射線療法だけでは限局したやつはいいと思いますが、Metastase ということを考えますと化学療法と一緒にやらなければいけないというような気がいたします。それからこの間、医事新報をみておりましたら、malignant lymphoma の処方というのがでておりましたが、御覧になりましたか。ビンクリスチン、オンコピンという薬ですが、これは何の薬ですか。白血病の薬ですか。白血病によく使うんでしょね。それを1週間に1回静注するといふとあります。これは内科のお医者さんでも注射できるので便利です。それからまた、抗癌剤と一緒にステロイドホルモンを非常によく使っているようです。白血病と同じように考えられているのでしょうか。あるいは膠原病という考えがあるのでしょうか。そういうのが割合効くという報告がちよいちよいみられております。他にどなたお御発言ございませんか。

松村：腹痛の原因について、どうお考えですか。

今井：後腹膜の腫瘍浸潤がその原因と考えます。

松村：四肢の疼痛を訴えていたということですが、これについて。

井手：患者さんの話では、リウマチ性関節炎で長期治療していたとのことで、他覚的には手指、膝関節の変形が高度にみられ、体動時にこれら関節の疼痛を強度に訴えておりました。

長田：malignant lymphoma は放射線治療が効を奏したけれども、結局化膿性脳膜炎で死亡したというお話だと思いますが、放射線が効を奏したあと脳膜炎などがおこるといふ例は、どの程度ありますか。

岩本：それは関係ないのではないのでしょうか。今の、化膿性脳膜炎がどうして起こつたかという点は、はじめは metastatisch なものだろうという

ような気がしたんですが、膝の中から Eiter が沢山出たというので、それと関係があるような気がします。

今井：はつきりお答えできませんが、その可能性はあります。

岩本：直接の関係はないようですね。ただ放射線をかけており、身体が弱つており、またステロイドをずっと使っていることが関係しているかもしれない。

池田：放射線の名譽のために出て来たのではないんですが……(笑)。今の御質問は放射線をかけて一層全身状態を悪くしたという懸念かと思うのですが、かかつた量は 1,400Rad ぐらいで、実は今日お話を聞くまで malignant lymphoma であつたかどうか疑問に思つていたのです。というのは、Reticulosarcoma にしても少し効きすぎる。これぐらいの量で消失してしまうというのはあまりにも、感受性が高い腫瘍には属するのですが、どうも効きすぎるのではないかと思つていたものですから、悪性腫瘍の放射線治療の立場からいうと、1,400Rad ぐらいですとまだ序の口で、普通もつともつと沢山かけて治療しております。単にこのぐらいの量だけで状態が弱つたということではないと思ひます。

岩本：そうですね。

池田：それから、さつきの¹³¹I をリンパ管に入れて治療したらどうかということですが、よく下肢からリンパ管造影をいたしまして、腹部のリンパ節や何かに転移がないかどうか調べます。それで今までもつと若い stage だと思つていたもののお腹の中に、Metastase があるのを発見することができるようになっていきます。その点は診断上では非常に有効なのですが、こんどそれではリンパ節や何かに Isotope が均等に分布するかどうかをやつてみると、非常に不均等なんですね。どのように分布するかは非常にあなたまかせで、どこまで行くかわからないということ。治療量になるような Isotope を、めざすリンパ節あるいはリンパ領域に入れることはまず不可能だと思います。転移リンパ節についてリンパ管造影をして調べたこともあります。どうも目的の腫瘍細胞の

ところには、うまく入らないのではないかと
ように考えています。まあ、診断上のアイデア
いいのですが、治療面では実際的には使わ
れないのではないのでしょうか。

岩本：そうですか。

学生：剖検で、肝臓にかなりの変化がきて
いたということでしたが、臨床所見からはど
うに考えられたかということと、肝臓に直接
放射線の照射をしたわけではなく、また抗
癌剤としてナイトロミンを使っていますけ
れども、これくらいの量でどの程度肝臓に
効果があつたのですか。

岩本：私は専門でないからよく知らない
が、耳鼻科での検査所見のところ、GOT、
GPT、LDHの成績が肝機能障害を表わし
ているのではないのでしょうか。内科的に
みた場合どうですか。ですから肝は前か
ら多少悪かつたのではないのでしょうか。
ナイトロミンなどをやつたために悪くな
つた、あるいは良くなつたというのでは
なく、それとはあまり関係ないように思
いますが、いかがですか、その点は。

学生：剖検での肝臓の所見と、臨床症
状での肝機能障害の程度は一致するもの
でしょうか。

今井：大体一致しますが、検査の時期
と死亡の時期が離れていては一致しない
ことがあります。また局所的な病変の大
きさと、肝機能障害とは一致しないこと
もあるのは当然です。たとえば、大き
い癌へ転移があつても肝実質が相当あ
れば、肝障害は少ないわけです。

岩本：その他に何かありますか。とに
かく悪性腫瘍は早くみつけて、早く治
療しないといけません。たとえば細網
肉腫では遅れても、頸部に拇指頭大
までくらいの転移がある時期に治療
しないと、いけないと思います。あ
んなに大きくなつては処置ないです
ね。咽頭なんかでも Stage I の、
扁桃だけに限局している時期に治
療すべきです。癌でも Sarcoma
でも同じではないかと思ひます。し
かし Sarcoma の方が予後は良
くないですね。

他に御発言がなければこれで終りに
致します。本日はどうも有難うござ
いました。