

症例は60歳女性。主訴は全身倦怠感、食欲不振。現病歴は昭和57年1月胸部X線にてBHLを認め、右斜角筋リンパ節生検にてサルコイドーシスと診断。昭和61年8月主訴及び肝腫大精査のため入院。検査所見ではGOT 20, GPT 14, ALP 148,  $\gamma$ -gl 26.3%, IgG 2520 mg/dl, 血清 ACE 72.2u/ml, ブドウ膜炎あり。肝シンチでは、多発性の欠損、腹部CTでは両葉に索状、樹枝状、地図状の低吸収域がみとめられた。腹腔鏡でも灰白色で比較的大きな結節及びそれが融合したと思われる病変をみとめた。生検にて、多核巨細胞を伴う類上皮細胞肉芽腫が証明され、サルコイドーシスの肝病変と診断した。

#### 10) 肝細胞癌に対する養子免疫療法

荒川 謙二・太田 宏信 (新潟大学第三内科)  
上村 朝輝・市田 文弘  
石原 清 (同 医療短大)

肝細胞癌患者末梢血リンパ球のIL-2産生能は有意に低下しこれに関連してNK, LAK活性が著明に低下している。そこでIL-2併用養子免疫療法を4例に、rIL-2単独投与を5例に施行した。単独投与群では5例中3例にAFPまたはPIVKA-IIの低下が認められた。この内1例は腫瘍径が40%縮小したが他は不変であった。養子免疫療法を施行した4例中3例はAFPまたはPIVKA-IIが低下した。72才男性例は1回の養子免疫療法にて腫瘍内に壊死を示すガスエコーが出現したが、腫瘍径は不変であった。39才男性例は、入院時既に門脈内腫瘍塞栓を有する右葉全域のdiffuse typeであったが、8回の養子免疫療法後門脈内腫瘍塞栓が縮小し再開通が認められ12ヶ月間生存中である。今後Responder群の免疫学的背景を明らかにし又最良の方法について工夫していきたい。

#### 11) 多発性腸間膜リンパ節転移を示し大腸癌と鑑別困難であった肝細胞癌の1例

佐藤 賢治・佐藤 巖 (南部郷総合病院) (外科)  
鰐淵 勉・篠川 主  
酒井 一也 (同 内科)  
佐々木 亮 (新潟大学医学部病理学教室) (第一講座)

肝細胞癌は比較的遠隔転移が少ないと言われていたが、今回我々は術前に大腸癌と診断され、多発性腸間膜リンパ節転移を呈し、術後の検索によっても原発巣を証明し得なかった肝細胞癌の一例を経験した。症例は58歳女性、腹痛を主訴に入院、注腸、大腸内視鏡により盲腸癌と診

断された。開腹所見では空腸から下行結腸までのmarginal arteryに沿ったリンパ節が腫脹しているのと腫脹。他に左卵巣、左側腹部など胸腺播種が存在したが、肝には表面に米粒大の腫瘤を認めるのみであった。切除したいずれの腫瘤も病理学的に肝細胞癌であった。術後、AFPは高値を示したが、CT腹部エコー、血管造影によっても肝には原発巣を証明し得なかった。これについては1)肝に原発巣は存在しない、2)微小な原発巣が肝に存在する、のいずれかと考えることができるが、その説明は今後の臨症経過の追跡、詳細な病理学的検索が必要である。また特異なリンパ節転移を示した点も興味深い。

#### 12) 肝切除後ARDSの一治験例

佐藤 好信・塚田 一博  
鈴木 力・中村 茂樹 (新潟大学第一外科)  
杉本不二雄・佐藤 賢  
吉田 奎介・武藤 輝一

今回我々は、肝切除後、肺炎からARDSをきたした症例に対し、ステロイド大量投与およびレスピレーターによる呼吸管理により回復し得た症例を経験したので報告する。症例は70才の男性、昭和62年2月12日、H.C.Cの診断で、外側区域切除、S<sub>8</sub>部分切除術を施行した。術後早期よりOxygenationの低下を認め、第四病日に胸部レ線より肺炎と診断した。抗生剤、理学療法により一時、PaO<sub>2</sub>、喀痰排出の改善をみたが、第6病日、チアノーゼを伴う呼吸困難が出現し、呼吸停止に至った。胸部レ線でシルエットサインを伴うスリガラス様陰影が両肺野にびまん性に認められARDSと診断した。PEEPによる呼吸管理、ステロイドの大量投与及びDICの予防的治療を行ない、ARDSより回復離脱し得た。肝硬変の術後には呼吸機能障害をきたしやすいが、本症例も呼吸機能障害をきたし、肺炎を合併したため、ARDSまで至ってしまった症例と考えられた。

#### 13) リンパ節転移を有し、早期胃癌を合併したインスリノーマの一治験例

篠永 真弓・新田 幸壽 (長岡赤十字病院) (外科)  
島影 尚弘・神谷岳太郎  
田島 健三・和田 寛治  
川村 正・遠藤 次彦 (同 消化器内科)  
広瀬 慎一 (同 内科)  
金子 兼三 (同 内科)  
西原真美子・樋口 正一 (同 放射線科)

症例：58才、男性。昭和59年頃から過食傾向、空腹時冷感あり。62年2月労作業後意識消失発作出現、低血糖を認め内科入院。インスリノーマと診断され外科入院。理学的に異常所見なし。一般検血、腫瘍マーカーに異常