

22.

616.68-006.1 : 617.55-006.1

精系ニ發生セシ混合腫竝ニ其ノ 腹部轉移腫瘍ノ1例

岡山醫科大學津田外科教室（主任津田教授）

醫學士 宮 木 輝 夫

[昭和12年12月16日受稿]

*Aus der Chir. Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama.**(Vorstand: Prof. Dr. Seiji Tsuda)*

Ein Fall von der primär aus Samenstrang entstammenden Mischgeschwulst und von ihrem metastatischen Bauchtumor.

Von

Dr. Teruo Miyagi.

Eingegangen am 16. Dezember 1937.

Ich habe einen Fall vor enorm grosser Abdominalgeschwulst erfahren, welche bei einem 28 jährigen Manne von einer zwischen Samenstrang und Nebenhoden entwickelten Geschwulst metastatisch gebildet worden war. Der Patient unterzog sich vor etwa 2,5 Jahren im Provinzialhospital von Hiroshima einer operativen Exstirpation einer von objektiven Symptomen freien rechtsseitigen Samenstranggeschwulst, wobei histologisch die Diagnose auf von der Hydatide entspringenden Kleinrundzellen-Sarkom gestellt wurde. Da er aber 1 Jahre 2 Monate nach der Operation im rechten Hypochondrium eine faustgrosse Geschwulst bemerkte, besuchte er wieder dasselbe Hospital. Dann wurde er wegen Verdacht auf Abdominal-Metastase der Samenstranggeschwulst bis zum März dieses Jahres (ca. 1 J. 2 M.) 7 mal mit Röntgen bestrahlt. Trotzdem nahm sie vielmehr so in Grösse zu, dass sie mannskopfgross wurde und rechte Bauchseite einnahm. Auf diese Weise wurde er stark abgemagert und zerschlagen, sodass er im April dieses Jahres in der Chirurgischen Klinik Tsuda frei von Kosten aufgenommen wurde.

In unserer Klinik wurde er zuerst in derselben Einstellung wie im Provinzialhospital Hiroshima mit Röntgen und anderen Untersuchungsmethoden näher untersucht,

um dann nach der Probeparotomie das Probestück mikroskopisch zu forschen. Weiter wurde bei der Obduktion beiderseitige Lungenmetastase festgestellt; nähere Untersuchung führte ferner zur Erkenntnis, dass dieser Tumor der Samenstranggeschwulst als primärem Herd entspringt und dann in der Bauchhöhle und den Lungen Metastasenbildung provoziert. Histologische Untersuchung ergab, dass es sich um myxomatöse, fibromatöse und sarkomatöse Mischgeschwulst mit quergestreifter Muskelfasern handelt. Die Abdominalgeschwulst und die Lungenmetastasen wurden vorwiegend von Myxom- und Sarkomgeweben gebildet und waren arm an Muskelfasern, während die Samenstranggeschwulst aus einem dichten Gewebe bestand, reich an Zellen war und meistens aus sarkomatösen Geweben bestand. Der Myxomanteil beschränkte sich nur auf einen Teil des Geschwulstrand und des Muskelgewebes und zeigte im allgemeinen bessere Entwicklung gegenüber den obenangeführten Metastasen.

Die im Samenstrang und in der Kapsel entwickelte Geschwulst gehört im allgemeinen zur Seltenheit. Was dazu noch eine Mischgeschwulst mit quergestreiften Muskelfasern anbetrifft, so kann man darüber nur Vereinzelt im Schrifttum finden. Es wurde im allgemeinen angenommen, dass die Mischgeschwulst des Hodens in den meisten Fällen einen bösartigen Verlauf einnimmt, während die von Samenstrang und Kapsel entsprungene einen mehr oder weniger gutartigen zeigt und auch die Metastase später in Erscheinung tritt. In meinem Falle wurde aber eine ausgesprochene Malignität nachgewiesen und die Röntgenbestrahlung versagte vollständig.

(Autoreferat)

目 次

- I 緒 言
- II 自家症例
- III 考 案
- IV 結 論
- V 文 獻

I 緒 言

凡ソ辜丸腫瘍ハ比較の少數ナルニ、殊ニ莢膜及ビ精系ニ發生スルモノハ一層稀有トサレ、就中横紋筋腫ヲ交ヘル混合腫瘍ニ至リテハ内外ノ文獻ニ徴スルモ甚ダ少數ナリ。余ハ寡聞ニシテ未ダ Wilms, Debenedetti ノ例ヲ知ルノミ、故ニ茲ニ1例ヲ追加報告セントス。

II 自家症例

患者 伊○鶴○ 28歳 ♂

主訴 腹部腫瘍。

初診 昭和12年4月12日、同日入院。

家族歴 祖父母亡ク母ハ既ニ他界、父ハ行方不明。同胞4人患者ハ第4子ニシテ他ハ皆早逝セリ。20歳ニシテ結婚、後間モ無ク妻女ニ死別シ子女無シ。遺傳的關係ニ結核及ビ惡性腫瘍ノ如キモノニテ病歿セルモノ無シ。

既往症 幼時ヨリ概シテ壯健ニシテ花柳病ヲ否定シ、煙草酒ハ極ク少量嗜ム。

現病歴 昭和9年12月中旬廣島縣立病院ニ於テ、當時右側陰囊ニ雞卵大ノ腫瘍剔出手術ヲ受ケシニ、該腫瘍ハ組織學上「ヒダチーデ」ヨリ發生セ

ル小圓形細胞肉腫ト診断サレタリ。然ルニ昭和11年1月頃右側季肋下部ニ手掌大ノ腫瘍アルニ氣付キ、自發痛ハ無キモ壓痛有リシ故又同病院ニテ診察ヲ受ケ睾丸腫瘍ノ後腹膜轉移ナラント言ハレ、以來本年3月マデ7回ニ亙リX線照射療法ヲナセルニ腹部腫瘍ハ更ニ縮小ノ傾向無キノミカ、漸次増大シ右側腹部全體ヲ占メ4月初メヨリ瘦削甚シク勞務ニ堪エズ遂ニ臥床スルニ至レリ。

現症 (入院當時) 骨髄項強ナレドモ衰弱甚シク皮下脂肪組織殆ド無シ。皮膚色帶黃蒼白、顔貌元氣無ク舌苔深ク乾燥セリ。眼瞼結膜口唇共ニ甚シキ貧血ヲ示ス。脈搏、呼吸共ニ整調ナルモ稍々急速ニシテ弱シ。睡眠障礙、食慾不振ナルモ便通1日1行ナリ。心音一般ニ微弱、但シ第2肺動脈口ニ於テハ却ツテ増強セリ。肺臟ニ異常ヲ認メズ。排尿便共ニ著變無ク、赤血球498萬、白血球7700、「ヘモグロビン量」60% ザーリー 村田氏反應、W.氏反應共ニ陰性。赤血球沈降速度1時間72、2時間101、24時間120ニシテ甚ダ加速ヲ示シ效率1ヨリ大ナリ。

局所所見(第1圖参照) 腹部ノ膨隆著明ナレド臍窩正常、皮膚靜脈ハ右季肋部ヨリ右前胸部ニ亙リテ怒張ス。臍ヲ中心トシ右側ニ偏シ大人頭大ノ腫瘍アリ。其ノ表面ハ2箇ノ腫瘍ニ分レ各々小兒頭大ナリ。左腹半部ニモ腫瘍突出シ臍線ニテ前腫瘍ト分タレ3箇ニ見ユ。右腹半部ニテ上界ハ肋骨弓ニ達シ乳嚢線ニテ肝臟濁音ニ移行シ、下界ハ腸骨前上棘ヲ結ブ線ニ止リ、左腹半部ハ左直腹筋ノ外緣即チ左乳嚢線ヨリ2横指内方ニアリ。右側腹緣ハ外側方ニ向ケ甚シク膨脹セリ。硬度ハ一般ニ弾力性鞏固ナレド波動感アル所アリ、而モ3箇ノ腫瘍ニ於テ別々ニ證サル。即チ境壁ニヨリ多囊性ニ分レルヲ認ム。壓痛輕度ニシテ腫瘍ノ移動性ハ毫無シ。次ニ右側鼠蹊部ヨリ陰囊ニカケテ手術痕アリ、同側陰囊ニハ睾丸及ビ副睾丸ヲ缺如ス

ルモ、左側睾丸ハ正常ナリ。右側鼠蹊淋巴腺ハ觸レザルモ左側ニ2箇ノ指頭大ノ軟柔ナル淋巴腺ヲ觸レ、右腋窩、右鎖骨上窩ニハ淋巴腺ノ腫脹セルモノヲ認メズ、右側下肢ニ浮腫無シ。

膀胱鏡検査ニ於テ膀胱ニハ著變無キモ「インデゴカルミン」注射ニ依ル腎臟機能検査ヲ爲スニ、左側ハ7分ニシテ色素排泄アルモ右側ハ15分以後ニ於テモ尙ホ流出ヲ認メズ、右腎ノ機能障礙ヲ知レリ。

尙ホX線検査ニテハ腹部腫瘍ノ右側ヲ斜上内方ニ走ル腸管、即チ盲腸竝ニ上行結腸ニ「バリウム」ノ通過ヲ認ムルモ之等腸管ハ移動性ヲ失ヘリ。更ニ他ノ小腸、大腸ニ就キ検査スルニ何レニ於テ

第 1 圖



腹部腫瘍外廓

モ通過障礙ハ一般ニ認メラザリキ。次ニ「スギウロン」ヲ靜脈内ニ注射シテ腎臟撮影術ヲ行フニ、左側ハ正常ナルモ右側ハ腫瘍ノ上右隅即チX-XI肋間ニ於テ、腎盂擴大シ空洞形成アリ、腎臟水腫ノ像ヲ呈セリ。仍ツテ本X線検査ニヨリ盲腸上行結腸及ビ右側腎臟ハ腫瘍ノ前面或ハ後面ニ癒着シ、且壓迫セラルモノト思考セリ。

手術前診斷 右側辜丸腫瘍ノ後腹膜轉移性腫瘍。

手術 昭和12年4月15日津田教授執刀ノ下ニ施行。右側腹切開ニテ開腹ヲナスニ腹水相當量溢出シ、大人頭大ノ凹凸不平ノ腫瘍ヲ認ム。此腫瘍

ハ内側中央ニ手掌大、上下ニ小兒頭大ノ3箇ノ腫瘤ヲ形成シ、軟柔ニシテ灰白色ヲ呈シ波動感ヲ有ス。其ノ上ニ盲腸及ビ上行結腸ガ斜内上方ニ横ハリ、腫瘍ト堅ク纖維性ニ癒着セリ。右腎トノ關係ハ腫瘍ガ後腹膜ト強靱ニ固着シ微動ダニセザレバ其ノ位置全ク不明ナリ。左側腎臟ハ正常ニシテ其ノ他ノ小腸腸係、下行結腸等異常ナシ。今上部ノ腫瘤ヲ穿刺スルニ帶黃色粘稠ナル粘液素樣ノ液體ヲ得、之ト内方ノ腫瘤ヨリ寒天樣柔軟ナル試驗的切片ヲ取リテ腹壁ヲ閉ヂタリ。

術後ノ經過ハ漸次衰弱ヲ増シ手術後7日目、遂ニ他界。翌日解剖ニ附ス。

第 2 圖



剔出腹部腫瘍(死體解剖ニ於テ)ノ縦剖面

剖検所見 腹腔右半ヲ占メ表面不規則ナル大人頭大ノ腫瘍アリ。(第2圖) 腫瘍ノ内縁ハ正中線ヨリ約3横指左側ニ、上縁ハ劍狀突起ヲ距ル約2横指、下縁ハ耻骨縫隙上約4横指ニ及ビ右側壁ハ腹膜壁ト纖維性ニ堅ク癒着セリ。腫瘍ハ囊腫性ニテ約3箇ノ腫瘤ニ分タレタルガ如ク、硬度ハ軟稍々弾力性ノ所ヲ存セリ。壁ハ菲薄ニシテ内容ヲ透視シ得ルガ如キ觀アリ。右側ノ體壁腹膜ニ直接セル部ハ血管ノ充盈或ハ出血斑ニヨリテ不規則ナル紋理ヲ現ハセリ(手術時ノ穿刺ニヨル)。腸管ノ大部分ハ腸間膜ト共ニ左方ニ壓セラレ、又下方骨盤腔内ニ腸管ヲ見ルモ、右腹腔側ニ於テハ上行結腸ガ前記ノ腫瘍ノ斜上方ニ走り上腹ニ於テ横行結腸ニ移行ス。上行結腸ト腫瘍トノ癒着ハ纖維性ニシテ剝離困難ナリ。大網膜ハ大ナル腫瘍ノ爲メ強く上方ニ壓セラレテ季肋下ニ隠レ、脂肪少クシテ血管強く怒張セリ。肝臓ハ劍狀突起下2cmノ部ニ於テ僅カニ左葉現ハルルノミニシテ、右葉ハ肋骨弓後方ニ隠レ綠色ノ腔囊ガ僅カニ右肋骨弓下部ニ現ハレリ。腫瘍後面ハ後腹膜ト堅ク癒着シ剝離困難ナルヲ以テ、大血管及ビ、筋層ヲ附着シタルママ腫瘍ヲ摘出スルニ、腫瘍ノ後面左方ニ於テハ下行大動、靜脈ハ腫瘍中ニ埋没シ右側腎臓モ亦腫瘍右上部ニ於テ腫瘍ノ一部ヲ爲スガ如ク堅ク癒着シ、而モ腎盂擴張シ腎臓水腫ノ所見ヲ呈シ輸尿管ハ腫瘍後面ヲ腫瘍組織ニ淺ク埋没セラレテ下行セルモ腫瘍ト直接關係無シ。腫瘍ノ重サ3400g、左側腸間膜ニ接セル部ノ腫瘍面ヲ切開スルニ、剖面蒼白ニシテ細血管ヲ伴ヘル結締組織ノ組織ニヨリテ大小種々ノ蜂巢ニ分タル。剖面ハ邊緣ヨリ膨隆シ脂肪様、膠質様、粘液素様、寒天様ニシテ一部ハ凝血塊様ヲ呈ス。即チ腫瘍ノ正中線切開ニ於テハ寒天様、粘液素様ノ所多ク、右側腹壁ニ近ク(試験的切片ヲ取レル部)暗赤色ノ凝血塊様ノモノアリ。又後腹膜ニ近キ所ニ於テ腫瘍ヲ切開スルニ豚

脂様塊ヲ含有セル囊腔散在セリ。次ニ右腎臓ノ存セシ部ヲ切開スルニ長徑25cm、横徑19cm卵圓形ノ上半中央部ニ於テ暗赤色、手掌大ノ周圍ヨリ稍々膨隆シ、血管ニ富メル領域アリ。此部ノ出血ハ手術時穿刺ニヨルモノナリ。其ノ周邊ニハ鳩卵大ノ囊腫2,3箇存シ帶黃色寒天様硬度ヲ示セリ。

肺臟轉移ハ右側上中肺葉界ニ於テ1箇ノ鳩卵大ノ腫瘍ヲ造ル。周圍ト明カニ限界サレ淡黃紅色ニシテ細血管ヲ伴フ。硬度ハ弾力性鞏韌、剖面ハ不規則ナル卵圓形ニシテ膨隆シ、一般ニ黃色ヲ呈スルモ場所ニヨリテ異リ豚脂様帶黃色ナル部モアリ、結締組織ニヨリ數野ニ分タレリ。此腫瘍ハ上中肺葉ニ移行シ肺組織ヨリ強く膨隆セリ。左側下肺葉中央部ニモ1箇豌豆大ノ腫瘍アリ前同様肺組織ヨリ強く膨隆シ、剖面帶黃蒼白色ニシテ硬度其ノ他モ大體前同様ノ所見ヲ呈セリ。

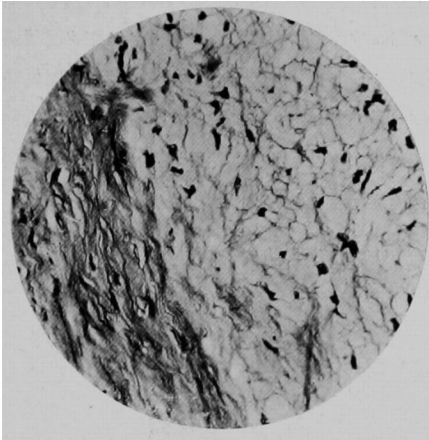
組織學的所見

腹部腫瘍 腫瘍ノ大部分ハ網眼ヲナセル粘液腫組織ノ部ト多形細胞肉腫組織トヨリ成リ、此間ハ精子様變性セル幅廣キ結締組織ニヨリ界セラル。(第3圖A) 粘液腫内ニ於ケル細胞核ハ比較的少ク、網眼ハ大小不等ニシテ「ヘマトキシリン」ニテ淡染セル内容物ヲ藏ス。肉腫細胞ノ核ハ「クロマチン」ニ富ミ圓形、橢圓形紡錘形、或ハ多角形ニシテ原形質ハ極メテ少シ。一般ニ核ノ大サハ小ニシテ巨大細胞ノ如キ大ナル核ハ認メズ。肉腫組織ノ或ル所ニ於テハ血管腔多クシテ其ノ周圍組織内ニ出血ヲ認メ、又淋巴細胞ノ集合シテ淋巴腺様ノ構造ヲ示ス所アリ。(第3圖B) 此淋巴組織ノ境界ハ或ハ明瞭或ハ不明瞭ニシテ肉腫細胞ト相混在セル所モアリ。結締組織ノ隔壁ノ中、又ハ之ニ接シテ或ハ纖維束ヲナシ、或ハ斷裂セル纖維トシテ筋組織ヲ見、筋細胞ノ核ハ小ニシテ横紋ヲ有スルモノアルモ、亦之ヲ認メ難キモノ多シ(第3圖C)。

肺轉移腫瘍(第3圖D) 腫瘍中心部ニハ泡狀

第 3 圖 (「ヘマトキシリン・エオジン」染色)

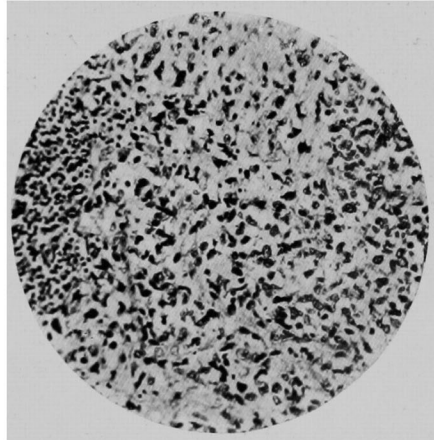
A



(Zeiss, Okul. K. 7×Obj. 10, K. I. 27 cm)

纖維粘液腫部

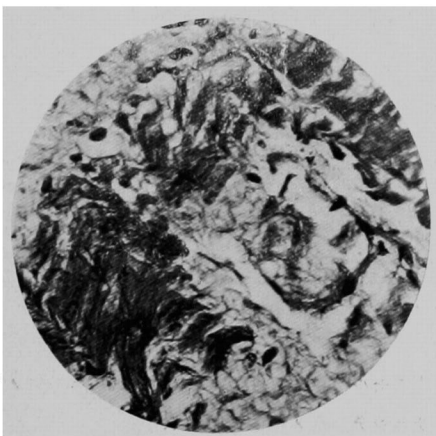
B



(Zeiss, Okul. K. 7×Obj. 10, K. I. 27 cm)

淋巴腺肉腫部

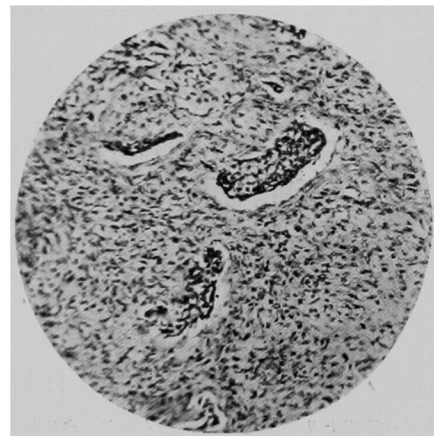
C



(Zeiss, Okul. K. 7×Obj. 40, K. I. 27 cm)

筋肉繊維

D



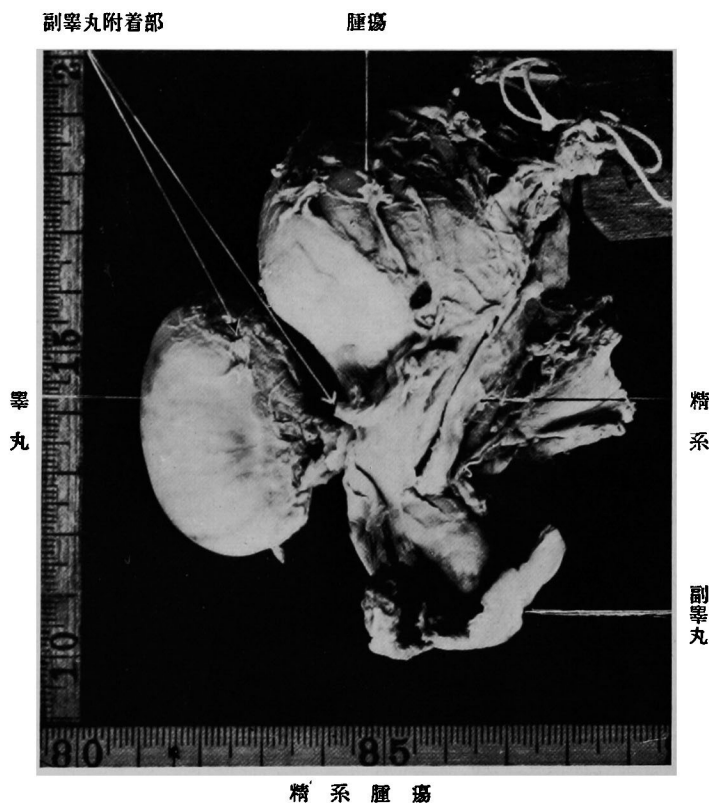
(Zeiss, Okul. K. 7×Obj. 10, K. I. 25 cm)

肺=轉移

或ハ星芒狀ノ細胞相集リ、突起ニヨリテ連絡シ、從ツテ基質ハ網眼或ハ空胞ヲ形成セリ。尙ホ其ノ間ニ「クロマチン」ニ富ミタル細長ノ結締組織細胞ヲ交ユ。一般ニ腹部腫瘍ニ比シテ腫瘍細胞ノ形大ナリ。邊緣ノ殘存セル肺胞中ニハ腫瘍細胞充滿シ所謂核分裂像ヲ示スモノアリ、又氣管小枝ノ周邊一部ニハ筋肉纖維ノ數箇塊ヲナシ、或ハ束狀ニ散在セルヲ見ルモ横紋ノ分明ナラザルモノアリ。

精系腫瘍 廣島縣立病院ニ懇請シ送附セラレタル剔出標本(「フオルマリン」固定)ニ就テ見ルニ、
肉眼的の所見(第4圖) 一見腫瘍ハ副辜丸ト精系トノ間ニ位シ總莖膜ニ包マレシモノノ如ク總莖膜ハ剝離サレ腫瘍ノ一部ニ附着セルヲ認ム。辜丸及ビ副辜丸ハ共ニ固有膜ヲ有シ肉眼的ニハ何等異常ヲ認メズ、正常ニシテ大サモ尋常ナルモ精系ハ大部分腫瘍後面ニ癒着セリ。

第 4 圖



腫瘍ノ大サハ鰐卵大ニシテ橢圓形、表面平滑、硬度ハ鞏韌ナリ。剖面ハ灰白色ヲ呈シ所々小出血點或ハ軟化様ノ所見ヲ有スモノアレド、空洞、囊腫ヲ作レル部ハ無ク一般ニ纖維様ナリ。後面ニ

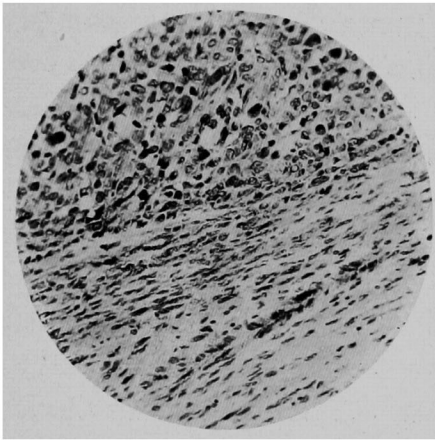
癒着セル精系ニ沿ヒ輸精管ヲ剝離スルニ尋常ノ太サニシテ腫瘍ノ侵犯ヲ蒙ラズ。

精系腫瘍ノ組織學的所見 主トシテ基質モ緻密、腫瘍細胞モ多ク、核ハ或ハ「クロマチン」ニ富

ミ、或ハ泡状ニシテ紡錘狀、橢圓形ヲナシ、其ノ大サニ大小不同アリ(第5圖A)、又長圓形、稍々「クロマチン」ニ富ミタル核ヲ有スル細胞密ニ集リ核分裂像又ハ巨大細胞ノ存スル所アリテ最も惡性ヲ示セリ。之等ノ細胞層中ニ幅廣キ筋纖維所々ニ存シ明カニ横紋ヲ認ム(第5圖B, C)。

第5圖 (「ヘマトキシリン・エオジン」染色)

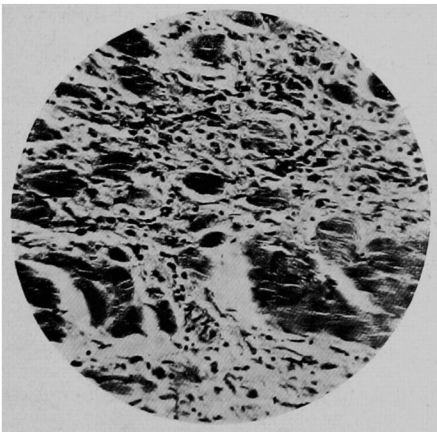
A



(Zeiss, Okul. K. 7×Obj. 10, K. L. 27 cm)

纖維肉腫部

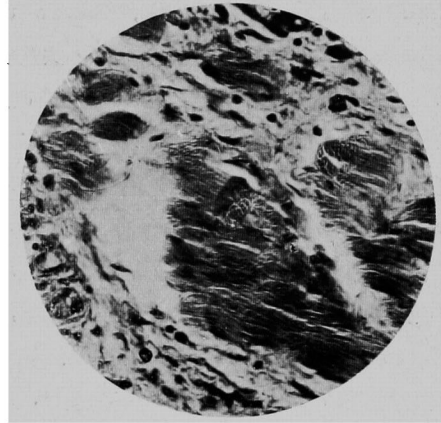
B



(Zeiss, Okul. K. 7×Obj. 10, K. L. 27 cm)

筋肉組織

C



(Zeiss, Okul. K. 7×Obj. 40, K. L. 27cm.)

B, 強 廓 大

粘液腫ノ像ハ極メテ少ク僅カニ腫瘍ノ邊緣ノ一部ニ見ルノミナリ。

即チ腹部腫瘍、肺腫瘍及ビ精系腫瘍ノ組織の組成ハ皆同様ニシテ、本腫瘍ハ中胚葉性細胞ヲ主トシタル未熟ナル胎生期性細胞ヨリナレル混合腫ニシテ、精系ニ原發シ他ハコノ轉移ト認ムルヲ妥當トス。

III 考 案

頻度 辜丸莢膜或ハ精系ニ發生スル腫瘍ハ一般ニ稀有トサレ、而モ報告サルル大部分ノモノハ結締織性ノ腫瘍ニシテ Patel u. Chailier(1919年)ニヨレバ89例中、脂肪腫37例、纖維性肉腫及ビ肉腫22例、混合腫13例、纖維腫12例、筋腫4例ヲ、Wredハコノ他ニ癌腫1例ヲ加ヘテ90例ヲ報告セル如ク、最も多キハ脂肪腫及ビ肉腫ニシテ纖維腫、混合腫之ニ次グ。而シテ混合腫中平滑筋纖維ノ存スルモノハ可成リアルニ反シ、横紋筋纖維ヲ有スルモノハ極ク少數ニシテ横紋筋腫ノ單獨報

告例、亦 Rokitansky, Neumann, Arnold, E. Kaufmann, Schamschin, Störek u. Mönckeberg 等ノ數例ニ過ギズ。余ハ文獻中 Wilms ノ Rhabdomyome bzw. Sarkom ト稱セルモノ及ビ Debenedetti(1924)ノ辜丸導帶纖維腫ノ1例ニ於テ横紋筋纖維ヲ有スルモノヲ知ルノミナリ。

發生部位 上記ノ如ク精系及ビ莖膜ノ腫瘍ハ殆ト總ベテ結締織性ノモノナルヲ以テ、Karewsky ハ精系或ハ莖膜ノ結締組織ハ腫瘍發生ノ基床トナリ得ルト言ヘル位ニシテ、氏ノ說ハ特定ノ腫瘍、即チ脂肪腫、纖維腫及ビ肉腫等ニハ首肯シ得ベキモノアリ。又部位ノ關係ヲ見ルニ Wilms, Naegeli, Debenedetti 等ノ例ハ皆副辜丸ニ接シテ精系ノ下部或ハ副辜丸ト精系トノ移行部ニ腫瘍存在シ、余ノ例モ亦副辜丸ト精系トノ間ニ増殖セリ。一般ニ精系下部ノ好發部位ナル事ハ Wilms, Oberndorfer, Demel, Borst, Wehner 等之ヲ認メ、混合腫ニ於テ特ニ Imre ノ主張セル所ナリ。腫瘍發生ノ狀態ニヨリ Kocher ハ次ノ如ク分テリ。1. funiculär, 2. extravaginal, 3. Vaginal 併シ腫瘍ノ増大スルニ及ビテ副辜丸及ビ辜丸ヲモ侵スニ至レバ、其ノ何レニ屬スベキカ、將又原發性辜丸腫瘍トノ區別サヘ不可能ナル事アリトハ Kocher 及ビ Naegeli ノ言ヘル所ニシテ、而モ余ノ例ニ於テ辜丸及ビ副辜丸ハ侵サレズト雖モ腫瘍相當大トナレル爲メ莖膜カ精系カ原發部位ニ關シテハ之ヲ速斷シ難キモノアリ。Wilms ハ筋腫性腫瘍ノ發生部位ヲ Hunteri 氏導帶ニ求メシニ、Debenedetti ハ Hunteri 氏導帶ノ前腹壁ヨリ起リ而モ其ノ起始部ハ腹横筋及ビ内腹斜筋

ノ横紋筋纖維ヲ保持セル事、及ビ正常6箇月ノ胎兒ノ Hunteri 氏導帶ニ於テ氏ノ報告例ノ基礎組織ニ甚ダ酷似セルモノアリ、而モ其ノ周邊ニハ横紋筋纖維ノ存スル事ヲ確メテ Hunteri 氏導帶說ヲ強調セリ。Oberndorfer, Neumann 等亦同說ナリ。

發生機轉ニ關シテハ Wilms ノ說ハ一般ニ認メラルル所ニシテ、Wilms ハ辜丸外混合腫ノ横紋筋纖維ヲ有セルモノニ於テ中葉胚腫ノ迷芽ガ Wolff 氏管ヲ通ジテ移行シ増殖セルナリト言ヒ、Borst ハ之ヲ認メリ。就中 Imre ハ精系ノ惡性腫瘍ノ異所ニシテ胎生期ニ於ケル中葉胚腫迷芽ヨリ發生セルト思ハルルモノヲ文獻上 27 例ニ於テ見タリト報告シ、更ニ Naegeli ハ前ニ Wolff 氏及ビ Müller 氏管ノ胎生の遺殘即チ傍辜丸或ハ迷矢管等ヨリ發生スルハ、此種腫瘍ニ對シ既ニ承認サル所ナリト稱シ、氏ノ例ニ於テモ其ノ發生ヲ遠ク胎生期トナセリ。而シテ混合腫ニ於テ異所の組織或ハ細胞ノ現ハル場合ハ畸形腫ト同様、腫瘍中ノ變性、例之、粘液化、石灰化、軟骨化等ニヨルモノナルカ否カ判別甚ダ困難ニシテ全ク不可能ナル事アリ。中胚葉性混合腫ニ於テ最も多數見ラルル基礎組織ハ肉腫性組織ニシテ所々限局性ニ脂肪腫様或ハ粘液腫様ノ箇所アリ、又 Wehner ニヨレバ純然タル粘液腫ノミ存在スル事ハ甚ダ稀有ニシテ、多クハ脂肪腫或ハ纖維ノ混ズルヲ常トスト言ヘリ。一般ニ精系及ビ莖膜ニ發生スル中胚葉性腫瘍ハ單獨ナル名稱ヲ以テ呼バルモ Debenedetti ノ例ノ如ク單純ナル組織ノミヨリ成ルモノハ尠キガ如シ。

原因 精系及ビ莖膜ノ腫瘍發生原因中外傷

ハ屢々論議サルル所ニシテ Mettenleitner ハ報告例ノ約半數ニ於テ外傷ヲ認メ、Fischer u. Wolter モ外傷ニヨル例ヲ報告セリ。Oberndorfer ハ肉腫ノ場合、外傷ノ誘因トナル事ハ稀ナラズトセルモ Imre ハ外傷ノ直接原因タルハ疑無キ能ハズトシ、Naegeli ハ外傷ガ誘因トナリ或ハ腫瘍發育ヲ促進シ得ルハ疑問ナルモ之ニヨリ腫瘍ノ存在ヲ注意スルニ至ルハ確實ナリト言ヘリ。余ノ例ニ於テ外傷ノ原因或ハ誘因トナレルト思ハルモノ無シ。

経過 精系及ビ莖膜ノ混合腫瘍ハ Naegeli ニ依レバ初メハ甚ダ緩徐ナル發育ヲ示スモ、突如急變シテ増大スルガ病理的特質ナリトシ、Imre モ亦同說ニシテ一般ニ認メラル所ナリ。

Naegeli, Goldham, Debenedetti ノ例ト同ジク余ノ例ニ於テモ輸精管、副睾丸、睾丸ノ侵サル事ハ殆ド無ク、自覺症狀モ亦腫瘍餘程大トナラザル限り起ラザルヲ常トス。

診斷 精系及ビ莖膜ニ發生スル腫瘍ノ何タルカハ一般ニ診斷困難ニシテ組織學的検査ニ俟ツ他無ク、臨牀的ニ鑑別サルベキモノノ中陰囊水腫或ハ血腫ハ腫瘍軟化ノ存スル場合、又睾丸及ビ副睾丸ノ腫瘍特ニ畸形性腫瘍、鼠蹊及ビ陰囊「ヘルニア」等ヲ注意スベキナリ。

豫後 Imre ニ依レバ通常惡性ト見ラルル癌、肉腫及ビ混合腫ニテ精系及ビ莖膜ニ發生セルモノハ轉移發生甚ダ遅々タルモノアリトシ、Bayer ハ造纖維性肉腫ノ經過長ク剔出後轉移、再發無ク臨牀的ニハ良性ナルヲ報告シ、Naegeli モ亦混合腫ノ轉移ハ甚ダ稀ナリトセルニ、Oberndorfer ニ依レバ横紋筋腫ノ場合ハ早期ニ轉移發生スト言ヘリ。余ノ例ニ於テ

ハ2年後ニ轉移性腫瘍ノタメ遂ニ死ニ至リシモノニシテ惡性度相當強キ感アリ。併シ再發ハ Imre モ惡性腫瘍ノ場合ハ早急ニ來ル事ヲ舉ゲタリ。

療法 手術的ニ腫瘍剔出ヲ行フベキハ勿論ニシテ Imre ハ特ニ惡性腫瘍ノ場合、患側ニ於ケル高所去勢ヲ稱揚セリ。

惡性腫瘍ニ於ケルX線照射ハ一般ニ試ミラル所ナルモ混合腫ノ場合、余ノ例ノ如ク數箇月ニ亙リ之ヲ行フト雖モ却ツテ腫瘍増大スルニ於テハ、其ノ效果ニ就キ疑無キ能ハザルナリ。

IV 結論

余ハ28歳ノ男子ノ精系ト副睾丸トノ間ニ發生セシ腫瘍ヨリ轉移セル異常大腹部腫瘍例ヲ經驗セリ。患者ハ約2年半前廣島縣立病院ニ於テ、何等自覺症無カリ右側精系腫瘍ノ剔出手術ヲ受ケ、組織學的ニ「ヒダチーデ」ヨリ發生セル小圓形細胞肉腫ト診斷サレリ。然ルニ術後1年2箇月ニシテ右側季肋下部ニ手拳大ノ腫瘤ヲ生ゼシ爲メ同病院ヲ再ビ訪レタルニ、精系腫瘍ノ腹部轉移ナラントテ本年3月マデ約1年2箇月間ニ亙リ7回X線照射療法ヲ受ケタルモ、腫瘤ハ却ツテ増大スルノミニテ大人頭大トナリ、右側腹半部ヲ占ムニ至リ憔悴甚シク憊憊ノ極ニ達セシヲ以テ、本年4月我津田外科教室ニ官費入院セリ。當教室ニ於テモ廣島縣立病院ト同様ノ見解ノ下ニ先ヅX線其ノ他ノ検査ヲナシタル後、試験的開腹術ヲ行ヒテ腹部腫瘍ヨリ試験的切片ヲ取リ鏡檢シ、更ニ死後死體解剖ニヨリ兩肺臟ノ轉移ヲ發見スルトトモニ進ンデ詳細ナル検索

ノ後、本腫瘍ハ精系腫瘍ヲ原發トシ腹部及ビ肺臓腫瘍ハ其ノ轉移ニシテ、組織學的ニ横紋筋纖維ヲ有スル粘液腫様、纖維腫様、肉腫性混合腫タル事ヲ認メリ。腹部腫瘍及ビ兩肺轉移瘍ニ於テハ粘液腫、肉腫組織大部分ヲ占メ筋纖維甚ダ少ク、反之精系腫瘍ハ組織緻密ニシテ細胞ニ富ミ肉腫様組織大部分ヲナシ、粘液腫様ノ部ハ邊緣ノ一部ニ限ラレ筋組織ハ前兩者ニ比シテ一般ニ發達セリ。

精系及ビ莖膜ニ發生スル腫瘍ハ一般ニ稀有ナルニ、更ニ横紋筋纖維ヲ有スル混合腫ニ至リテハ文獻上極メテ少シ。辜丸ノ混合腫ハ惡性ノ經過ヲ取ルモノ多キニ反シ、精系及ビ莖

膜ニ發生スル混合腫ハ可成リ良性ノ經過ヲ示シ轉移モ亦遅キモノアリト言ハルルニ、余ノ例ハ甚シク惡性ヲ現ハシX線效果ハ毫モ認メ得ザリキ。

拙筆スルニ際シ御深甚ナル御指導ト御高闊ヲ忝ウセシ恩師津田教授ニ篤ク感謝シ、尙ホ病理組織學的檢索ニ多大ノ御援助並ニ御指導ヲ賜ハリシ田部教授、玉川講師ニ滿腔ノ謝意ヲ捧ゲ、且ツ標本御送附其ノ他ノ御高配並ニ御厚意ニ預リシ廣島縣立病院長谷野博士及ビ赤森醫師ニ深謝ス。

主 要 文 獻

- 1) *F. Henke u. Lubarsch*, Handbuch d. Spec. Path. Anatomie u. Histologie, VI, 3, 1931.
- 2) *Naegeli*, Virchows Arch. f. path. Anatomie, 208, 19:2.
- 3) *Debenedetti*, Beitr. z. path. Anatomie, 72, 1924.
- 4) *Deutsch, Imre*, Bőrgyógy Szemle, 13, 1935.
- 5) *Rudolf Demel*, Neue Deutsche Chirurgie, Bd. 36, 1926.
- 6) *E. Wehner u. Weinert*, Die Chirurgie von Kirschner u. Nordmann, Bd. VI, 2, 1927.
- 7) *Borst*, Lehre von d. Geschwülste, I, II, 1902.
- 8) *Kaufmann*, Spec. Path. Anatomie, 6 Auflage.
- 9) 熱田, 癌, 第22年, 昭和3年.
- 10) 津田, 日本外科學會雜誌, 第21回 第7號.