

12.

617.55:616.006

後腹膜ニ原發セル稀有ナル Primäre maligne Deckzellengeschwulst ノ 1 例

岡山醫科大學津田外科教室（主任津田教授）

醫 學 士 桑 原 正

〔昭和 12 年 10 月 25 日受稿〕

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

Ein Fall von malignem Deckzellengeschwulst des Retroperitoneums.

Von

Dr. Sei Kuwabara.

Eingegangen am 25. Oktober 1937.

Es handelte sich um eine 53-jährigen Frau, die ein primäres malignes retroperitoneales Geschwulst hatte.

In den Letzten 2 Wochen bemerkte sie, dass das linke Bein sich anzuschwellen began und sein Gesicht etwas blässer wurde. Vor 2 Wochen war der Stuhlgang stärker als gewöhnlich. Die Ernährung der Kranken ergibt sich im mässigen Zustand. Auf dem linken unteren Leib, wo sich zwei hühnereigrosse, harte, unregelmässig gestaltete, wenig bewegliche Tumoren befinden, die auf Druck etwas schmerzhaft und mit der Atmung nicht beweglich sind.

Das Kolon descendens geht über sie hinweg, Blut, Urin, und Stuhl sind normal.

Während der Beobachtung, die eine Woche dauerte, war kein Fieber.

Das Fehlen von Blut im Stuhl spricht stärker gegen einen Krebs des Dickdarmes. Noch wichtiger als diese fehlenden Erscheinungen ist die Unbeweglichkeit und Grösse der Geschwulst.

Röntgenologisch konstatierte man, dass Kolon sigmoideum von Tumor medialwärtz verdrängt wurde und am medialen Rand des Tumors verlief.

Es fand sich bei der Operation, dass die Tumoren im retroperitonealen Raum lag und teilweise nekrotisierte und mit einer gefässreichen Kapsel bedeckt war. Die Enukleation der Tumormasse wurde ausgeführt.

Im mikroskopischen Bilde befinden sich Stränge und Haufen von Geschwulstzellen, die ein sehr verschiedenes Aussehen haben können.

Zum Teil sind sie flach, endothelartig, zum Teil kubisch und polymorph, zum Teil aber auch zylindrisch, an echte Epithelien erinnernd.

Öffentlich histologisches Bild zeigte zum Teil sarkomatöses, zum Teil karzinomatöses. (Autoreferat)

第1章 緒言

抑モ腹膜後部＝發生シ女性生殖器官及ヒ腎臓副腎ト少シモ關係ヲ有セザル腫瘍ハ極メテ稀有ナリ。Göbell ハ腎及ヒ副腎ニ何等關係ヲ有セズ脊椎兩側ニ於テ腹膜後部ニ位スル腫瘍ヲ後腹膜腫瘍トセリ。Lobstein ハ後腹壁ニ發生シ腹膜ニテ被ハレ且後腹膜部ニ於ケル臓器ト關係ナキモノヲ總稱シテ後腹膜腫瘍トセリ。Narath 氏ハ腎臓、副腎、脾臓及ヒ女性生殖器官ニ無關係ナルモノヲ後腹膜腫瘍トセリ。

後腹膜實質性腫瘍トシテハ脂肪腫、肉腫、粘液腫、纖維腫、筋腫、畸形腫、癌腫、神經細胞腫、内被細胞腫及ビ之等各種腫瘍ノ變性ニヨリ生ジ、又最初ヨリ混合腫瘍ノ形ニテ發生スル纖維脂肪腫、粘液脂肪腫、粘液肉腫、纖維肉腫、纖維粘液腫等記載サルルモ囊腫ニ比シテ其ノ頻度遙ニ少ナシ。併シナガラ後腹膜ノ惡性腫瘍ニシテ他部ヨリ轉位即チ續發生のニ來レルモノニアリテハ其ノ例尠カラズ。

次ニ田中氏ノ統計ニヨレバ漿膜ニ來ル惡性腫瘍ハ極メテ稀ニシテ剖檢 1,660 例中僅カ 3 例ヲ見、v. Hanseemann ハ剖檢 12,000 例中 1 例モ見ザリキ。

余ハ最近左側下肢浮腫ヲ主訴トシ S 字狀部

結腸ニ位置セル不動性ニシテ惡性ヲ思ハシムル腫瘍ノ 1 例ヲ經驗セリ。開腹後該腫瘍ハ左後腹膜ニテ蔽ハレ S 字狀部彎曲ノ高サニ一致セルモノニシテ、組織的檢索ニヨリ稀有ナル原發性惡性腹膜被蓋細胞腫ト考ヘラル所見ヲ得タルヲ以テ爰ニ之ヲ報告セントス。

第2章 文獻の考案

漿膜ニ特有ナル原發性癌腫ノ發生スルハ多數學者ノ認ムル處ナリ。漿膜面ニ硬キ扁平ナル腫瘍ヲ造リテ瀰漫性ニ廣ガリ、漿膜表面ニ塊狀或ハ疣狀ノ新生物ヲ生ズルコトアルモ漿膜ノ深部ニ向ツテハ稀ニ侵入スルノミ。此種ノ癌腫ハ血流ニヨラズシテ主トシテ淋巴道ヲ介シテ淋巴腺ニ轉移増生ス。組織的ニハ或ハ肉腫様ヲ呈シ、或ハ腺腫様ヲ、或ハ癌腫様ヲ思ハシム。往昔此腫瘍ヲ目シテ肉腫又ハ癌腫ト云ヒ學者ノ意見ノ一致ヲ見ザリシハ蓋シ止ムヲ得ザリシ所ナリ。

元來内皮細胞癌ニ就テハ其ノ發生母地並ニ組織的構造ニ關シ學者間ニ種々ノ意見ノ對立ヲ見タルハ此腫瘍ノ組織像ガ頗ル錯雜ナルニ基ヅクモノナリ。即チ一派ノ人々ハコノ腫瘍ノ發生母地ヲ淋巴管系ニ求メ、His 氏ニナラツテ Endotheliomeod. Endothelkrebs ト命名スル學者ニ Borst, Boström, Glockner, Pollmann, Schulz, Volk-

mann, Wagner, Wichern 等々アリ。反之、漿膜ノ被蓋細胞ヨリ發生スルト認め且 Hertwig ノ Cölomtheorie ノ確立ヲ期シ癌腫説ヲ違奉スル學者ニ Carswell, Benda, Yugens, Otto Napp, Götting, Kaufmann, Kirschberg, Ribbert アリ。

Borst ハ同腫瘍ヲ血管及ビ淋巴管内皮細胞腫ニ分チ、此他ニ尙ホ漿膜ト硬腦膜ヨリ生ゼルモノヲ含マシメ、漿膜ヨリ出ヅルモノニ Zölomkarzinome 或ハ Mesotheliome ナル名ヲ與ヘ、硬腦膜ヨリ出ヅルモノニ Plattenzellen Sarkome ナル名ヲ附セリ。但シ此 Karzinome ナル詞ハ純粹ニ發生論上ノ意見ヨリ使用サレタルモノニ非ズシテ且實例ヲ何レノ母組織ニ相當セシムルカノ形態學的特徵ニ關シテハ明記ヲ避ケタリ。

Aschoff 粘膜淋巴管ノ内皮細胞ヨリノ新生物ナルカ、粘膜被蓋細胞自身ニ來レルモノナルカ不明ニシテ多分兩者ニ於テ之ヲ發スルモノナルベシト述ベタリ。1870 年 Wagner ハ癌腫様造構ヲ呈セル胸膜腫瘍ニ就テ其ノ母地ヲ胸膜淋巴管ノ内皮細胞ノ増殖ニアリト結論シ内皮細胞癌ト命名セリ。Schulz ハ 1876 年ニ前例ト同構造ヲ有スル内皮細胞癌ノ 2 例ヲ報告セリ。Glockner ハ 16 例ノ内皮細胞腫ヲ比較分類シテ總テ淋巴管内皮細胞ヨリ發生スト唱ヘタリ。即チ腫瘍細胞索或ハ同胞巢ガ淋巴管或ハ淋巴間隙ニ直接移行セル像ヲ認メタル他其ノ腫瘍増殖ハ周圍組織ヘ進入スルト、既存内皮細胞ノ増殖トニ因ルモノナリト述ベタリ。Pollmann ハ 1899 年ニ内皮細胞ト腫瘍細胞トノ移行像ヲ認メテ内皮細胞發生説ヲ支持シ内皮細胞癌ナル命名ヲ避ケタリ。

Podack ハ同一淋巴管ニ於テ尋常内皮細胞ト腫瘍細胞トノ移行像ヲ認メテ内皮細胞癌ハ淋巴管ノ内皮細胞ヨリ發生スルコトヲ證明シ得タリト述ベタリ。

從來漿膜被蓋細胞ヨリ出デタル腫瘍ノ記載ニ於テハ意見對立シ、之ヲ上皮性ト認ムル學者ト之ヲ結締織性ト認ムル學者トアリ。

即チ漿膜被蓋細胞ヲ上皮ト認ムル學者ハコレヨリ發生スル惡性腫瘍ハ上皮腫トナル故、組織發生學的ニ云ヘバ癌腫ニシテ、Waldeyer, Kölliker, Hertwig, Büttner, Sobotta, Hamdi, Louthai, Schevket 諸氏ヘ之ニ賛成セリ。

之ニ對シテ漿膜被蓋細胞ヲ内皮細胞ト見做スモノニ His, Schulze, Rindfleisch, Kaufmann, Marchand 等アリテ、勿論之ヨリ發生スル惡性腫瘍ハ内皮腫ナリ。

Hertwig ハ哺乳動物ノ體腔ハ中胚葉ノ一部タル側板ヨリ發生シ上皮性ト認メタリ。

Regina Grossek ハ Hertwig ニ從ヒ組織學的性狀ニ關シテハ上皮性ナリト認め、Marchand, Herzog ノ被蓋細胞ヲ内皮細胞ト認ムルニ反對セリ。而シテ彼ハ被蓋細胞ヲ上皮性ト見做ス理由トシテ次ノ如ク述ベタリ。

即チ發生學上ニ於テノミナラズ、其ノ組織構造ニ於テ上皮性形態ヲ示ストナシ、且上皮ニ見ラルル Flimmersaum (Sobotta) ヲ見ルト云フ。尙ホ且上皮性ノモノタル生殖腺、生殖排泄管及ビ泌尿器ハ總テ體腔ヨリ分裂發生セルモノナリト云フ。斯ハ既ニ Hertwig, Brownann, Götting, Grossek 等ノ認ムル處ニシテ、體腔被蓋細胞ハ上皮性成分タル生殖腺及ビ排泄器官ト同一ニシテ、發生學的ニモ形態學的ニモ上皮性成分ナリト云ヘリ。

尙ホ上皮性タルヲ確證スル證據トシテ多クノ場合 Stäichensaum ノ Härchen ヲ持テル細胞アルコトハ既ニ Kolossow ガ人類及ビ哺乳動物ニ於テ確證セリ。カカル事實ハ被蓋細胞ヲ結締織性ト見做スニ於テハ説明ナシ得ベカラザル事實ナリト。

尙ホ被蓋細胞ノ作用竝ニ機能モ一般上皮ニ存スル性質即チ細胞ノ分泌吸收能力ヲ具有スルモノニ

シテ、之モ被蓋細胞ヲ上皮性トナスニ足ル一理由ナリト。

Regina Grossek ハ以上ノ事實ヨリ發生學的ニモ、形態學的、機能的ニモ總テ被蓋細胞ヲ上皮性ト認メ得ルトシ、之ヨリ發生スル惡性腫瘍ハ癌腫ナリト述ベタリ。

Massy ト 1867 年、Loeschner ハ 1879 年腹膜ノ淋巴管ノ内皮細胞ヨリ發生セリト認メタル内皮細胞腫ヲ報告セリ。Heinrich Wichern ハ 1902 年同構造ヲ有スル例ヲ公ニセリ。

Bonheim ハ淋巴管ノ内皮細胞並ニ肋膜被蓋細胞ヨリ發生スルモノハ内皮細胞性ト認メテ之ヲ肋膜内皮細胞腫ト云ヘリ。Körner モ之ニ賛同セリ。

Rosenbaum ハ肋膜内皮細胞腫ノ起源ニ就テハ腫瘍形成ノ當初ニ於テ肋膜被蓋細胞又ハ淋巴管内皮細胞ト腫瘍細胞トノ關係ヲ證明シ得ザル限リハ其ノ孰レニ歸スベキカ決定シ難シト云ヘリ。

Benda ハ 1897 年ニ胸膜腫瘍ノ檢索ノ結果、胸膜面ノ被蓋細胞ガ増殖數層ヲナセルト、之ヨリ深層ニ向ツテ細胞索ヲ派出シ深部腫瘍細胞巢ト連結セル狀ヲ認メタルヲ以テ氏ハ此腫瘍ヲ被蓋細胞ヨリ發生セルモノニシテ、尙ホ該細胞ハ胎生學上上皮性ノモノナルニヨリ該腫瘍ハ眞性癌腫ナリト論ゼリ。

Benda ニ賛同スルモノニ Gutmann, Fränkel, Huisman アリ。

Otto Napp ハ 1912 年ニ 70 歳女ニ發生セル原發性腹膜膠樣癌ヲ報告セリ。

Carswell ハ 1833 年ニ、Yugens ハ 1912 年ニ同ジク腹膜被蓋細胞ヨリ發生セル原發性腹膜癌ヲ報告セリ。

Ribbert ハ腹膜被蓋細胞ヨリ發生スルモノノ淋巴管内皮細胞發生說ヲ否定シ、其ノ理由トシテ次ノ如ク述ベタリ。即チ漿膜ニ於テハ屢々淋巴管ハ缺如スルト云ヒ、或ハ内皮細胞ヨリ發生セルモノ

トセバ淋巴管ノ存在ヲ必要トスルニ拘ラズ事實完成セル腫瘍中ニハ淋巴管ハ存在セズ。假ニ存在スルトスルモノハ新生サレタルモノニシテ、健康内皮細胞ヨリ原發シタル證明ニハナリ得ズトシテ淋巴管内皮細胞發生說ヲ否定セリ。

Ribbert ハ漿膜腔、關節腔、腱鞘腔ノ内面ヲ蔽フ細胞殊ニ漿膜ノ被蓋細胞ヲバ内皮細胞ニ入レルコトニ反對シ寧ロ上皮細胞ト見做スベキモノト云ヘリ。

Kaufmann ハ淋巴管ノ内皮細胞ヨリ發生セルモノハ内皮細胞腫ト稱シ、體腔壁ノ細胞ヨリ發生セルモノハ Hertwig ノ體腔形成說ニ從ヒテ體腔壁ノ被蓋細胞ヲ上皮性ト認ムル時ハ癌腫ト稱スベキモノトセリ。

B. Fischer ハ Aschoff ノ成書中ニ胸腹膜ニ原發スル所謂内皮細胞腫ニ就テ次ノ如ク述ベタリ。即チ或學者ハ淋巴管内皮細胞ノ増殖ヨリ起ルトナシ之ヲ内皮細胞腫ト命名シ、反之被蓋細胞ニ由來スルトナス學者ハ之ヲ癌腫トナセリ。然レドモ此區別ヲ決定スルコトハ困難ニシテ多數例(殊ニ膠樣形ノモノ)ハ Miller u. Wynn ニ從ヘバ上皮性性質ニ相當スルモノナリト云フ。

Herzog ハ腹膜被蓋細胞層ハ腫瘍表面ニ缺クカ或ハ痕跡ヲ見ルノミニシテ腫瘍細胞ガ如何ナル細胞ヨリ發生セルカラ證明スルハ殆ド不可能ナリ。而シテ淋巴管ヨリ由來セルコトヲ明カニ證明シ得レバ淋巴管内皮細胞腫ト命名スベキモノニシテ、反之漿膜被蓋細胞ヨリノ由來ヲ思ハセル場合、即チ細胞ノ形狀、性質及ビ漿膜ノ彈性性薄板ガ腫瘍上ヲ廣ク蔽フコトハ被蓋細胞ノ由來ニ加擔スル所見ナリトセリ。依ツテ内皮細胞腫ナル命名ヲ避ケ Mesotheliome 或ハ Marchand ニ從ツテ maligne Deckzellengeschwulst 或ハ malignes Peritheliom ト爲スベシトセリ (Henke Lubarsch ノ成書中ヨリ)。

最後ニ Borst ノ説ヲ引用セン。Borst ハ被蓋細胞發生説ニ賛成シ病理解剖學上體腔被蓋細胞ト血管及ビ淋巴管内皮細胞トハ嚴格ニ區分スベキモノニ非ズトセリ。且漿膜被蓋細胞ヨリ類上皮細胞内芽細胞、巨態細胞等ヲ發生スルコトアリ。他方内皮細胞モ時ニ上皮様變性ヲナスモノナリ。

斯クノ如ク兩者互ニ相近似セル性質ヲ有スルヲ以テ被蓋細胞ヨリ發生シタル腫瘍ト雖モ之ヲ癌腫ト命名スルノ要ナク、強ヒテ血管及ビ淋巴管内皮細胞ヨリ發セルモノト區別セントセバ、漿膜被蓋細胞ヨリ起原セル内皮細胞腫或ハ體腔内皮細胞腫 Endotheliome der serösen Deckzellen oder Coelom-endotheliome ナル命名ヲ用フベシト云ヘリ。蓋シ之ハ漿膜被蓋細胞ヲ上皮性ト認メザルノ見地ヨリ爲セル名稱ナリ。Borst ハ分化セル時期ノモノニアリテハ其ノ發生母地ヲ決定センコトハ實際上殆ド不可能ナリト云ヘリ。

尙ホ發生起原ヲ胎生時臟器形成障礙ノ結果迷入シタル肺胃腸其ノ他ノ上皮組織ニ歸因セシメタル報告アリ。Rosenbach ハ1911年65歳ノ男子ニシテ發生母地ヲ迷入胞芽トセル原發性腹膜膠様癌ノ1例ヲ報告シ、Kirschberg ハ1912年50歳ノ男ニシテ汎發性腹膜癌ノ1例ヲ報告セリ。本邦ニ於テモ山根ハ1920年ニ迷入胞芽説ノ2例ヲ報告セリ。1例ハ45歳女ニシテ大網膜内皮細胞癌？第2例ハ58歳ノ男ニシテ解剖學的ニ大網膜内皮細胞癌ヲ報告シ、何レモ大網膜細胞迷芽ヨリ發生セルモノナリト解釋セリ。

本邦文獻ニ徴スルニ福島尙純ハ1911年ニ腹壁内腫瘍内皮細胞腫ヲ報告セリ。腫瘍ハ手拳大ニシテ長橢圓形ヲ成シ腹壁トノ癒着密ナリキ。

恒次博四郎ハ1925年ニ稀有ナル腹膜内皮細胞腫ノ1例ニテ25歳男子ノ臨牀上結核性腹膜炎ノ疑ノ下ニ開腹シ死後檢剖セシニ、十二指腸上行部以下小腸全部ガ蹄係相互ニ癒着シテ一團塊トナレ

ル稍々硬キ腫瘍ヲナシ且層狀胼胝狀ヲ形成シ癒着ヲ來シ癒着間隙ハ膿様物質及ビ腹水ヲ以テ充サレタルモノナリ。

岡。宮入ハ1927年ニ48歳ノ女ニシテ臨牀上十二指腸狹窄（癌腫？）及ビ腸間膜淋巴腺轉移ニシテ病理解剖的ニハ癌腫カ肉腫カ診斷困難ナリシ惡性腫瘍ノ1例ヲ報告セリ。

山口操ハ1930年ニ後腹膜ヨリ發生セル腸部内皮細胞腫ノ1例ヲ報告セリ。即チ29歳男子ニシテ初メハ右側水腎ヲ、後ニハ後腹膜肉腫ヲ疑ハレ死後種々檢索ノ結果右側後腹膜殊ニ上行結腸ノ後方ニ發生セル小兒頭大ノ増殖比較的急ナル惡性腫瘍ニシテ組織學的ニハ内皮細胞ト診斷サレタルモノナリ。該腫瘍組織ヲ組織像ヨリ2ツニ分ケテ、1ツハ實質及ビ間質ノ境界明カニシテ蜂窩狀又ハ細胞索狀ノ配列著明ナル部分ト、1ツハ腫瘍實質細胞ノ發育顯著ニシテ間質發育微弱ナル蜂窩狀ノ構造不明ナル部分ヲ見タリ。

伊藤謙介ハ1931年ニ腹膜内皮細胞腫ノ1例ヲ報告セリ。72歳女ニシテ原發性腫瘍ハ左側鼠蹊部ニ不還納性「ヘルニヤ」ノ内容トナリテ小腫瘍ヲ形成シ大網膜ニ巨大ナル肉腫様轉移ヲ來セルモノニシテ、且腫瘍細胞ハ淋巴管又ハ淋巴管内皮細胞ニ由來スト論ゼリ。

川村麟也ハ1927年ニ大腸間膜ニ發生セル過小兒頭大ノ内皮細胞腫ヲ經驗セリ。

小倉清太郎ハ1928年ニ惡性子宮附屬器腫瘍ト誤認セシ左側腸間膜ヨリ發セル腺癌ノ1例ヲ記載セリ。

尙ホ大網膜ノ表面ニ腹壁腹膜ノ連續タル漿膜ヲ以テ被蓋セラレタルヲ以テ大網ニ原發セル内皮細胞腫ト報告セラレタル文獻ヲ蒐集スレバ次ノ如シ。

山根政治ハ1920年ニ2例ヲ發表セリ。

關場不二彦ハ1927年ニ大網膜内皮細胞腫ノ1例

ヲ報告シ該腫瘍ハ所謂葡萄狀鬼胎ト其ノ外觀ヲ同
ウセルモノニシテ、多數結節ヲ有シ之ヲ結節性淋
巴内皮細胞腫 Endothelioma nodosa ト稱スルヲ
妥當トスル論ジ、且腫瘍細胞ノ母地ヲ淋巴管ノ
内皮細胞ニ歸セシメタリ、

新島ハ 1926 年ニ大網内皮細胞腫ノ 2 例ヲ、

沓掛ハ 1931 年ニ大網内皮細胞腫ノ 1 例ヲ報告セ
リ、20 歳ノ男子ニ於テ大網ニ原發セル巨大ナル腫
瘍ト腹腔内一般ニ散種性轉移ヲ起セル例ヲ見、鏡
檢ニヨリ大網ノ淋巴管内皮細胞腫ヨリ發生セル内
皮細胞腫トセリ、

丸山ハ 1931 年ニ大網ニ原發セル Mesothelioma
malignum ニ就テト題シ、69 歳男子ニシテ臨牀上
膀胱腫瘍ヲ疑ヘレ、試験的開腹ニ於テモ腸間膜囊
腫、膀胱尾部竝立ニ大網膜轉移等ノ疑ヲ有セル例
ヲ報告シ、其ノ組織像ハ或ハ癌腫様ヲ呈シ或ハ肉
腫様ヲ呈シ、之ヲ發生學上ノ意味ヲ以テ Mesothe-
lioma ト稱スベシト云ヘリ、

野間安則ハ 1936 年ニ大網ニ原發セル Cölothe-
lioma malignum (Cölom krebs) ト題シテ 60 歳
女ノ臨牀的ニ惡性腫瘍ニヨル腸閉塞症ニシテ試験
的切開ニヨリ腫瘍一部ヲ切除セルモノニ就キ組織
像ヲ検索シタル結果、大網ニ原發シ而モ該腫瘍細
胞ノ母地ヲ迷入上皮細胞芽ニ歸セシムルニ足ル
可シトセリ、

上述ノ如ク腹膜及ビ大網ニ原發セル内皮細胞腫
ハ稀有ニシテ、其ノ内明カニ腹膜ニ原發セル内皮
細胞腫(或ハ癌)トセラレタルモノハ僅ニ本邦文
獻ニ於テ 5 例ニ過ギズ、

外國文獻ニ於テ腹膜ノミニ限リ原發セル癌或ハ
内皮細胞腫(或ハ内皮細胞癌)トセラレタル例ハ
余ノ蒐集セルニ 50 例餘ニスギズ、

第 3 章 自家臨牀例

患者 内○壽○、53 歳、女、農業、病歴番號 252、

昭和 12 年 2 月 20 日初診、入院、

昭和 12 年 4 月 6 日退院、

主訴、左側下腹部腫瘍形成、左下肢浮腫、

臨牀診斷、腹部惡性腫瘍、

家族歴、父ハ腦溢血ニテ 73 歳ニテ、母ハ胃癌ニ
テ 63 歳ニテ仆レ、同胞 5 人中患者及ビ長男 41 歳
ヲ除ク他ノ妹ハ夫々肺結核、産後出血死ニテ仆レ
タリ、父方祖父母ハ既ニ高齢ニテ死亡セルモ病名
不明、母方祖父母ハ 63 歳、82 歳ノ高齢ニテ死亡
セルモ死因不明ナリ、子供ハ 5 人アリテ 1 人死亡
セルモ他ハ健全ナリ、

既往症、17 歳ノ時右中耳炎ヲ經驗シタル他ニ
著患ヲ知ラズ、概シテ健康ニ經過セリ、

現病歴、1 週間前左側下肢ノ浮腫ヲ發見シ稍々
同肢ニ倦怠感ヲ訴フ、特ニ歩行後浮腫ハ増強シ且
シビレ感モ伴ヘリ、地方ノ醫師ニ診察ヲ乞ヒシニ
左鼠蹊部ニ鶏卵大ノ腫瘍ノアルコトヲ發見サレ惡
性ノモノナラント注意サレ驚キテ當外科教室ニ入
院セリ、患者ノ訴フル所ハ左下肢ノシビレ感及ビ
浮腫ニシテ疼痛ハ存セズ、且一般狀態良好ニシテ
輕度羸瘦セルノ感アリ食欲ハ良好ナリ、而シテ便
通ハ病覺アリシ以前ハ毎日 1 回ニシテ通常便ラシ
ク粘液、血線ハ認メザリキト、然レドモ病覺アリ
シ以來ハ稍々便秘ニ傾クカト思ハレタリ、

一般現症、身長ハ中等大、骨格、筋肉發育稍々
不良、皮下脂肪組織ハ減少セルモ皮膚色ハ尋常ニ
シテ顔貌尋常ナリ、脈ノ緊張良好稍々頻數、規則
正シ、動脈硬化ノ所見ナシ、體溫尋常、呼吸ハ規
則正シク咳嗽ナシ、主トシテ胸腹式呼吸ヲ營ム、
眼瞼結膜ハ健康ニシテ瞳孔反射異狀ナク舌面清潔
ニシテ異狀ナシ、心臓ト右境界ハ胸骨中央ニシテ
心尖ハ第 5 肋間ニテ左鎖骨中央線上ニアリ、上界
ハ第 2 肋間ニアリ、心音總テ異常ナシ、肺ハ打診及
ビ聽診上呼吸音ハ一般ニ稍々弱キ外ニ異狀ヲ認メ
ズ、血液所見ハ赤血球 3 百 50 萬、白血球 6 千 7 百

血色素含有量 65. 赤血球沈降速度 (Westergren 氏法). 1 時間 32. 2 時間 70. 24 時間 120. 尿へ淡黄色清澄ニシテ比重 1028. 蛋白, 糖ナシ.

「ヘモグラム」ニ異狀ナシ.

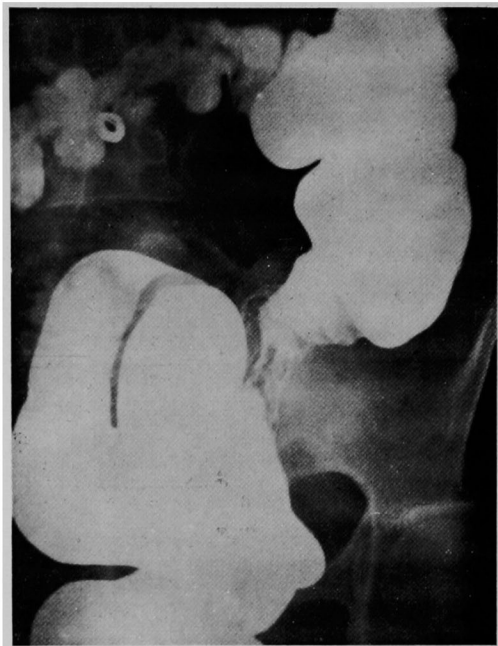
局所所見. 左下肢へ上下腿トモ著明ニ腫脹シ右側ニ比シ其ノ周圍 5 cm 長シ. 且皮膚面へ稍々鉛色ナリ. 兩足尖へ稍々冷ク感ズ.

兩側足背動脈ハ弱シ. 左上腿ヨリ左鼠蹊部ニカケテ皮膚靜脈擴充シ, Poupart 氏帶ノ中央ニテ其ノ上部ニ超鶏卵大ノ圓形ノ腫瘍ヲ觸レ, 壓迫痛ナク硬ク且移動性全クナクシテ下層ニ固着シ腹壁トノ癒着ナシ. 尙ホ腹ノ中央ニテ第 1 ノ腫瘤ヨリ稍々外上方ニ, 即チ臍高ニ近ク硬キ小拳大ノ凹凸アル腫瘍アリ下層ト固着ス. 而シテ兩腫瘍ハ互ニ連繫アルモノ如シ. 腹部膨滿ナク腹水ヲ見ズ. 肝, 腎, 脾ハ之ヲ觸レズ.

消化器管ノ「レントゲン」検査.

「バリウム」攝取後直後ノ所見. 食道通過良好, 胃緊張竝ニ蠕動ハ常態ナリ. 幽門部通過良好ニシテ胃全體ハ稍々下垂シ胃壁ハ腫瘍ヲ陰影ヲ認メズ. 攝取後 4 時間ノ所見ハ胃中ニ何物モ殘存セズ. 24 時間ニテ造影前ハ横行結腸迄及ベリ. 攝取後 48 時間ニテモ尙ホ横行下行結腸ニ留リテ S 字狀部迄ニ進行セザルヲ見ル. 然レドモ S 字狀部彎曲ノ上部ヨリ壓スルニ造影劑ハ S 字狀部彎曲ノ部ヲ細キ索條ヲナシ急速ニ通過シ S 字狀部ヨリ下方ニ移行シ該索條部ニ一致シテ腫瘍ヲ觸ルル事ヲ得而モ通過障礙ハ腸管ニハ存セザル如ク見ユ. 即チ該腫瘍ハ S 字狀部彎曲ニ相當スル後腹膜ニ存シ後方ヨリ其ノ部ノ腸管即チ S 字狀結腸ヘノ移行部ヲ壓迫セルタメ造影劑ノ通過ヲ障礙セルモノト考ヘラル.

以上ノ所見ニ基ヅキ術前診斷ハ左側後腹膜腫瘍ニシテ而モ淋巴腺ニモ轉位ヲ來シタルモノニシテ下肢ノ浮腫モ恐ラク該腫瘍ノ淋巴腺轉位ニヨル淋



巴液通過障礙及ビ其ノ他ノ血管腔ニ及ボス壓迫ノ爲メカト察セラル. 依ツテ次ノ處置ヲナス.

3 月 5 日術前準備トシテ高壓浣腸ヲ 2 回行ヒ胃洗 1 回執行ス. 手術 3 月 6 日舉行. 術前「モルヒネアトロピン」0.8 cc ヲ用ヒ, 「トロパコカイン」腰髓麻醉, 0.1%「ナルカイン」局所麻醉ノ下ニ津田教授執刀ニテ下腹部正中線ニテ臍上 3 cm ヨリ耻骨上方 3 cm ニ互ル長サ 25 cm ヲ切開開腹セリ. 腸管ハ全部之ヲ腹腔外ニ出シ「玉付キガーゼ」ニテ之ヲ排シ且庇護シツツ左腸骨窩ノ病竈ヲ窺フニ一大骨盤ト小骨盤トノ境ニテ S 字狀部彎曲ニ一致シテ葡萄實大ノ丸キ腫瘍ガ後腹壁ヨリ突出セルヲ見且腫瘍ノ中央部ヘ潰瘍トナリ淡黄紅色ニ着色シ稍々陥没セリ (第 1 腫瘍).

更ニコレヨリ外側方ニ偏シテ左側後腹壁ニ位置セル超鶏卵大ノ腫瘍ヲ見タリ (第 2 腫瘍). 左側卵巢及ビ喇叭管及ビ輸卵管ニハ異狀ヲ認メズ. 依ツテ第 1 腫瘍ハ周圍ノ腹膜ヲ切離シツツ輸尿管ハ内

方ニ避ケシメコノ腫瘍ヲ摘出セリ。腸骨動脈ハ腫瘍ノ内上方ヨリ内下方ニ走ル。第2腫瘍モ亦周圍ヨリ剝離シ共ニ癒着強キ故ニ焼灼シツツ大部分ヲ摘出ス。尙ホ之等腫瘍ノ残存セルヲ鋭匙ニテ除去シ終ニ焼灼セリ。出血ハ輕少。後腹膜ノ切除サレタル斷端ハ互ニ縫合セリ。他ノ腹腔諸臓器及ビ腸管ニハ異狀ヲ認メズ。依ツテ腹壁ヲ2層ニ縫合セリ。

術後診斷。後腹膜惡性腫瘍。

術後ノ經過。一般ニ良好ニシテ正中線ノ切創ハ第1次癒着ヲナシタルモ、根本手術前左鼠蹊部ニ試験的切除ヲナセルタメ開キタル切創ヨリハ少量ノ稀薄ナル膿汁ヲ3週ニ亙リ排出セシモ遂ニ止レリ。退院後數箇月ハ經過良好ナリシモ、8箇月後再發死亡セリ。

術後10日目ヨリX線深部治療ヲ開始セリ。

Coutard 氏法ニヨル照射ニシテ1回量233γ, F. H. D. 40 cm, Filter Zn. 0.8 mm + Al. 3.0 mm, Feldgröße 10 × 10 cm, 第1回期照射ハ3月16日ヨリ16回行ヒ全量3670γ。第2回期ハ1箇月ノ間隔ヲオキ1回量292γニテ4回。第3回期ハ6週ノ間隔ヲオキ稍々増量シ照射セリ。

退院時ニ於テハ尙ホ左側下肢浮腫ツマリ右側ニ比シ約3 cm ノ差アリシガX線照射及ビ日時ノ經過スルニツレ稍々輕減セルヤニ見ユ。

剔出セル腫瘍ノ性状。

腹腔内ノ第1腫瘍ハ長さ3.5 cm, 幅2.5 cm, 厚サ1.5 cm ナリ。第2腫瘍3.0 × 2.0 × 1.5 cm。

兩腫瘍何レモ表面ニ凹凸アリテ一般ニ光澤アルモ一部ハ之ヲ有セズ。硬度一般ニ彈性硬ニシテ一部ハ硬ク割面ハ白色淡黃ニシテ質實ナリ。



余ハ腫瘍切除片ノ各部ニ亙リ精細ニ「ヘマトキシリン」、「エオジン」並ニワングーソン染色ヲ行ヒ組織像ヲ検索セリ。

第1腫瘍ノ表面ノ腹膜面ハ拇指頭大ニ隆起シ中央ニ潰瘍アリシ部ヲ切片トシテ檢スルニ腹膜表面ヨリ深部脂肪組織ニ浸潤性ニ腫瘍細胞ノ増生ヲ見ル。本腫瘍ハ原發竈ニシテ寧ロ肉腫像ヲ帶ビ紡錘形又ハ星狀形稀ニ圓形ナル細胞ガ種々ノ方向ニ渦ヲ卷イテ走り不規則ナル配列ヲ示シ、細胞間ノ境界ハ不判然ニシテ間質トノ境界又不判然ナリ。

本腫瘍細胞核ハ卵圓形乃至圓形淡色ニシテ多クハ核小體モ不明瞭ナリ。尙ホ核ノ大小不同著シク巨大ノ核ノ散在ヲモ見ル。細胞ハ或部ニハ縦ニ、或部ニハ横ニ切斷サレタル部ノ混合セルヲ其ノ間ニ認メ得ベシ。細胞間ハ結締組織ガ浸潤セリ。

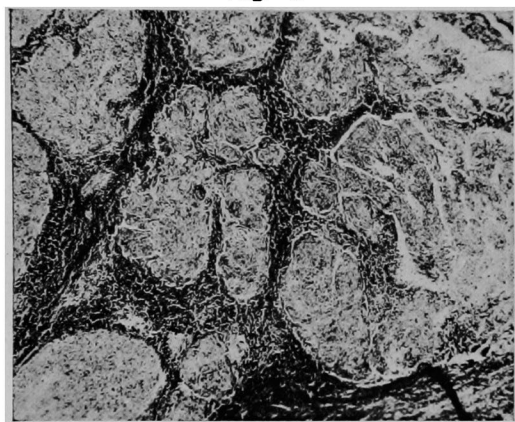
次ニ第2ノ腫瘍ハ主トシテ該部淋巴腺ニ起レル轉位ニヨリテ形成サレ原發腫瘍ト多少組織像ヲ異ニス。即チ多分ニ癌腫様構造ヲ呈セルモノニシテ腫瘍組織ハ境界多クハ明カニシテ蜂窩狀、肺胞狀、腺管狀ニ排列ヲ示セル細胞群ヲナス。腫瘍細胞ハ

紡錘形乃至星狀形又ハ圓形、多角形ニシテ錯綜シテ種々ノ方向ニ走レリ。尙ホ其ノ間モ狭キ間隙ヲ認ムル部分アリテ該間隙ハ内容ヲ有セザルカ、又ハ變性セル細胞ヲ以テ充サル。又太キ細胞索ノ部分ニ於テハ腫瘍細胞時ニ多層トナリ且其ノ形狀モ多種ナリ。即チ不正形、多角形乃至不正圓形、橢圓形又ハ紡錘形ヲ呈シテ重層狀ヲ呈スル部分モアリ。而シテ腫瘍細胞ハ其ノ排列ノ不規則ナルト否

トニ拘ラズ所ニヨリ結締組織纖維ニテ區分セラレタル部分ヲ見ル。此結締組織ハ淋巴腺梁材ノ肥厚セルモノニシテ腫瘍間質ニ相當スルモノナリ。

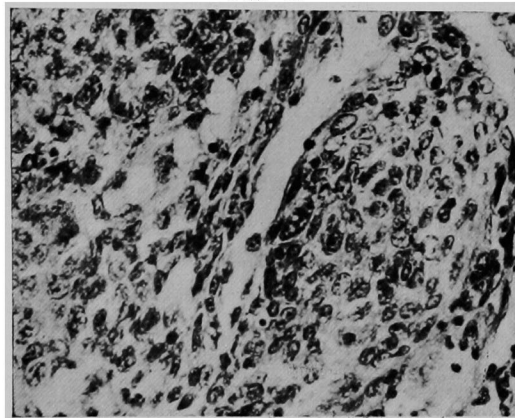
上記腫瘍組織ノ發育ノ程度ニ從ツテ淋巴腺實質ノ種々ナル程度ノ「アトロフキ」ヲ見ル。大部分ニ於テハ淋巴腺組織ノ消失ヲ見ルモ、上記間質ニ於テ少數ノ淋巴球ノ存在スル部アリ。又散在性ニ淋巴腺胞ノ残留セルヲ見ル。

癌腫様構造部分
Fig. 1.



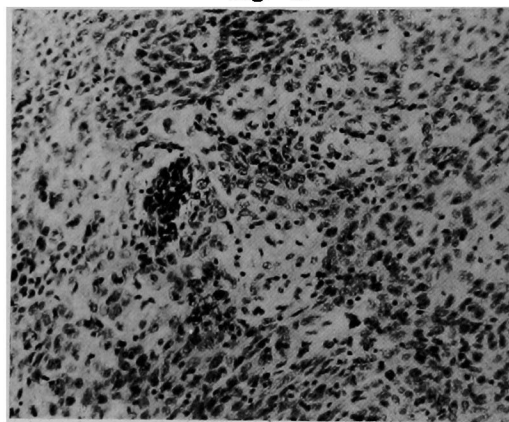
(弱擴大)
Zeiss, Okul. $\times$ Obj. 20

Fig. 2.



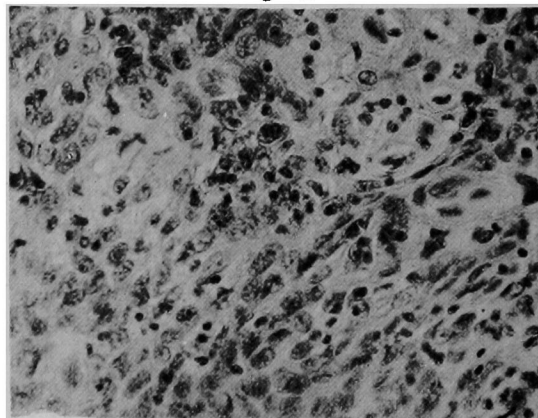
(強擴大)
Zeiss, Okul. $7\times$ Obj. 40. Kamera-länge 26 cm.

肉腫様構造部分
Fig. 3.



(弱擴大)

Fig. 4.



(強擴大)
Zeiss, Okul. $7\times$ Obj. 40. Kamera-länge 26 cm.

第4章 總括竝ニ考案

田中氏ノ統計ニヨレバ漿膜ニ來ル惡性腫瘍ハ極メテ稀ニシテ剖檢 1,650 例中僅ニ 3 例見、v. Hansemann ハ剖檢 12,000 例中 1 例モ見ザリキ。Farmachidis ハ臨牀上ノ所見ニ基ヅキ本腫瘍ヲ 3 型ニ分類セリ。即チ認メ得ザル程ノ小腫瘍ニシテ主トシテ血液様腹水ヲ形成スルモノ、多發新生スルモノ、良ク孤立シタル膨大ナル腫瘍トシテ來ルモノトセリ。而シテ散在性ニ擴ガリテ全腹膜ガ餅狀ニ白色ニ固結シ或ハ萎縮シ腹腔内全臓器ガ腫瘍細胞中ニツツマルル場合ハ診斷甚ダ困難ナリ。

余ノ例ニ於テハ左側下肢浮腫及ビ輕度ノ麻痺及ビ倦怠感ヲ主訴トシ腫瘍ハ左鼠蹊部ニ鶏卵大ノモノ 2 箇觸レ相連絡アルモノノ如ク開腹ノ結果大小骨盤腔ノ界ニテ S 字狀彎曲部ニ位置セルモノナリキ。

症候ハ本腫瘍ハ元ヨリ惡性ナルヲ以テ全身症狀トシテ疲勞、脱力、瘦削ニヨリ全身衰弱ヲ來ス。然レドモ或ルモノニ於テハ長年ニ亙リ比較的良好ナル榮養ヲ保持スルモノアリ。局所症狀ハ腫瘍ノ發生部位、種類、硬度、大サ等ニヨリ其ノ程度相異アルベキモ先ヅ學ゲラルルモノハ壓迫症狀ニシテ腫瘍ノ位置ニヨリ何レノ臓器ニ對シテモ壓迫現象ヲ起ス可キヤ明カナリ。腰部ニ發生セルモノハ、就中輸尿管、腎盂、血管、神經等ノ壓迫サル事多ク、續發症トシテ腎水腫ノ如キ全身症狀ヲ呈シ、尿毒症ノ症候現レ、爲メニ腫瘍ガ腎臟腫瘍ト誤診サル場合アリ。

血管ヲ壓迫スレバ腹部ニ腹水、靜脉怒張、下肢ニ浮腫及ビ靜脉瘤ヲ呈スルコトアリ。

又精系靜脉ニカカル壓迫ヲ來シ、精系靜脉

瘤ヲ來スコトアリ。神經壓迫症狀トシテハ神經痛或ハ麻痺等ヲ來スベシ。消化管ニ對スル壓迫症狀ハ疝痛、嘔吐、下痢、頭痛、眩暈、視力障礙、喘息様發作ヲ起ス。

骨盤腔ニ發生セル腫瘍ニアリテハ膀胱ヲ壓迫スレバ尿意數又ハ排尿障礙ヲ來シ直腸ニ對スル壓迫ハ便秘ヲ來スベシ。余ノ例ニ於テモ下肢ニ浮腫、直腸壓迫症狀ヲ現セリ。

腫瘍ハ觸診ニヨリ腹部ノ深部ニ存スルノ感ヲ與ヘ、呼吸ニヨリ可動性ハ少ク、下層ニ固着セル感アリ。X 線ヲ用ヒテ檢セシニ此關係ハ一層著明ニ認ムルヲ得タリ。

元來内皮腫 (Endothelioma) ハ所謂組織發生學ノ名稱ニシテ内皮細胞ヨリ發生セル腫瘍ヲ意味スルモノナリ。併シ總テノ場合ニコノ腫瘍ノ成立ヲ斷定スルコトハ困難ニシテ結局今迄明カニ内皮細胞ニ由來スルト認メラレタル腫瘍ノ組織像ヲ參考トシテ辛ウジテ之ヲ診斷スル場合尠カラズト信ズ。

内皮細胞ナル概念ガ既ニ學者ニヨリ一致セズ。一部ノ解剖學者ハ内皮細胞ナル名稱ヲ全然認メズ、總テ之ヲ上皮細胞ト呼ビ、病理學者ハ一般ニ内皮細胞ヲ認メ、血管、淋巴管、淋巴腺竝ニ腦膜ノ淋巴管ノ内面ヲ蔽フ細胞ヲ内皮細胞ト名付ケタリ。尙ホ議論アルハ漿膜腔關節腔腱鞘腔ノ内面ヲ蔽フ細胞、殊ニ漿膜ノ被蓋細胞ヲバ内皮細胞ニ入レルカ否カナリ。Ribbert ハ内皮細胞ト認メズ、寧ロ上皮性ト見做スベキモノトセリ。故ニ内皮細胞ノ概念ガ異ナルニ從ツテ上述ノ如キ部位ヨリ發生セル腫瘍ニ與ヘラレル所謂組織發生學ノ名稱ガ自然異ナラザルヲ得ズ。故ニ漿膜ノ被蓋細胞ヲ上皮ト見做セバ、之ヨリ發生スル惡性腫

瘍ハ上皮腫トナル故ニ、組織發生學的ニ云ヘバ癌腫ナリ。又之ヲ内皮細胞ト認ムル人ハ勿論之ヲ内皮腫ト呼ブ。要スルニコノ混亂ヲ來ス所以ハ内皮細胞ナル名稱ニ拘泥シテコノ腫瘍ヲ何處マデモ組織發生學的ニ分類命名セントセシ爲メニ起レルモノニシテ、現ニ内皮腫トシテ集メラレタル報告例ヲ見ルモ、或ハ癌腫様、或ハ肉腫様、或ハ其ノ中間型ヲ示シ、組織學的ノ診斷ニ際シテ其ノ由來スル根據ニ甚ダ困難ヲ感ズルモノナリ。

抑モ組織發生學的ニ名稱付ケラレタル内皮腫ナル名稱ガ種々ノ混亂ヲ來ス原因ト考ヘラレル故、Hansemannノ主張セル如ク組織由來ノ考ヨリ離レテ、惡性腫瘍ヲ單ニ蜂窩狀ノ構造ノ有無ニヨリテ癌腫ト肉腫ニ大別シ、其ノ腫瘍ガ内皮細胞ニ由來スルモノナルコトガ明カナル場合ニ丈、Hansemannノ說ニ從フテ内皮性ナル形容詞ヲ附シテ呼ブベキヲ良ト考フルモノナリ。例ヘバ明カニ癌腫様ニ見ユル場合ハ内皮性癌、肉腫様ニ見ユル場合ハ内皮性肉腫ト呼ブガ妥當ナラン。

若シ該腫瘍ガ明カニ内皮細胞ニ由來スルト云フコトノ判然セザル場合ハ、單ニ内皮細胞性ノモノニ非ザルカト疑フニ止メ、コノ點ノ研究ハ名稱トハ全ク別ニ研究スルコトトシ、先ヅ癌腫カ肉腫カラ其ノ組織像ニ從ツテ定ムルガ不確實ナ基礎ニ立テテ獨斷的ニ内皮腫ナドト決定ナル名稱ヲ附スルヨリハ餘程公平ニシテ合理的態度ナラン。又顯微鏡像ニ於テ明カニ肉腫様ニ見ユルモ、其ノ細胞ガ又一方明カニ上皮性ノ性状ヲ有セル場合ニハ、上皮性ノ肉腫ト云フモノガ存在シテ差支ヘナク、又内皮性ノ癌腫或ハ内皮性ノ肉腫ガ存在シテ

モ差支ヘナキモノナラン。

緒方氏ハ以上ノ說ニ賛同セリ。又彼ハ之等ノ腫瘍ニ内皮性ナル組織發生學的概念ヲ含メル腫瘍名ヲ冠シテ、癌腫、肉腫ニ對セル獨立セル位置ヲ與ヘザルヲ可トスト云ヘリ。

所謂 Endothelkrebs ナルモノハ發生母地ニ異論ノ存スル間ハ、其ノ腫瘍ヲ單一的ノモノトシテ之ヲ決定スルコトハ不可能ナル狀勢ニアリ。故ニ多數學者ノ認ムル如ク、腫瘍ノ發生母地ヲ云々セズシテ、只其ノ組織構造ニ於テノミ云々スルナラバ、或ハ Endotheliom ト Kaziuom トノ區別ハヨリ明カニ判然スルモノナラン。

扱、本症例ノ原發竈ハ中央部ニ潰瘍アリシモノニシテ、其ノ部ヲ檢スルニ寧ロ肉腫様ノ所見ヲ有シ、第1ノ腫瘍即チ轉移竈ハ癌腫性タルヲ多分ニ認メタルモノナリ。

即チ原發竈ニ於テハ紡錘形又ハ星狀形稀ニ圓形ナル細胞ガ種々ノ方向ニ渦ヲ卷イテ走り不規則ナル配列ヲナシ、細胞間ノ境界ハ不判然ニシテ間質トノ境界ハ又不判然ナリ。

腫瘍細胞核ハ卵圓形乃至圓形淡色ニシテ多クハ核小體モ不明瞭ナリ。

第2腫瘍ハ該部淋巴腺ニ起レル轉移ニヨリテ形成サレタルモノニシテ癌腫様構造ヲ呈セルモノナリ。即チ腫瘍組織ハ境界多クハ明カニシテ蜂窩狀、肺胞狀、腺管狀ニ排列ヲ示セル細胞群ヲナシ、腫瘍細胞ハ紡錘形乃至星狀形又ハ類圓形、ノ多角形ニシテ錯走シテ種々ノ方向ニ走ル。尙ホ其ノ間ニ狭キ間隙ヲ認ムル部分アリテ該間隙ハ内容ヲ有セザルカ、又ハ變性セル細胞ヲ以テ充サル。又太キ細胞索ノ部分ニ於テハ腫瘍細胞時ニ多層トナリ且其

ノ形狀モ多種ナリ。即チ不正多角形乃至不正圓形、橢圓形又ハ紡錘形ヲ呈シテ重層狀ヲ呈スル部分モアリ。而シテ腫瘍細胞ハ其ノ排列ノ不規則ナルト否トニ拘ラズ所ニヨリ結締組織ニモ區分セラレタル部分ヲ見ル。此結締組織ハ淋巴腺梁材ノ肥厚セルモノニシテ腫瘍間質ニ相當スルモノナリ。

上記腫瘍組織ノ發育ノ程度ニ從ツテ淋巴腺實質ノ種々ナル程度ノ「アトロフキー」ヲ見ル。大部分ニ於テハ淋巴腺組織ノ消失ヲ見ルモ、上記間質ニ於テ少數ノ淋巴球ノ存在スル部アリ。又散在性ニ淋巴細胞ノ殘留セルヲ見ル。

患者ハ老人ニシテ疾病ノ經過早ク、可成リ早期ニ現レタル左下肢浮腫、輕度ノ羸瘦等ハ惡性ヲ偲バシム。

而シテ其ノ原發部ハ後腹膜面ノ指頭大ニ隆起シ中央ニ陥沒セル潰瘍面ナラント信ゼラルモノニシ、テ組織學的ニ檢スルモ腹膜表面ヨリ深部脂肪組織ニ浸潤性ニ腫瘍細胞ノ増生スルヲ見タリ。又後腹膜ノ第2腫瘍ハ主トシテ此部ノ淋巴腺ニ起レル轉位ニシテ、原發腫瘍ト多少組織像ヲ異ニシ癌腫ト見做サルベキ所見ヲ有セリ。而シテ後腹膜ニ於ケル淋巴道ノ起原部位タルベキ生殖器、直腸其ノ他ノ臟器ニハ何等認ムベキ所見ナク、コノ部分ニ發生セル癌腫ノ轉位増生セルモノト見做スコトハ不可能ナリ。

既述セシ如ク漿膜被蓋細胞ノ性質ガ今日尙ホ發生學的、形態學的、機能的ニ結締組織性ト見做スベキカ、或ハ上皮性ト見做スベキカニ就

テハ論争アレドモ、余ハ本症例ニ於ケル腫瘍ハ漿膜被蓋細胞ヨリ發生セル惡性腫瘍ト云フ意味ニ於テ Maligne Deckzellengeschwulst ト命名シ、而モ其ノ組織像ハ肉腫様及ビ癌腫様構造ヲ有セシモノナリ。

第5章 結 論

本例ハ患者 53 歳女ニシテ、1 週前ヨリ現レタル左下肢浮腫及ビ左鼠蹊部ニ現レタル 2 箇ノ腫瘍及ビ輕度ノ全身羸瘦ヲ主訴トセルモノニシテ開腹術ノ結果後腹膜組織中ニ連絡セル 2 箇ノ腫瘍ヲ認メタリ。

之等ノ腫瘍ハ左骨盤腔内ニシテ S 字狀部彎曲ノ高サニ相當シテ存シ、2 箇ノ腫瘍中 1 箇ハ中央部ニ壞死ニヨル潰瘍ヲ呈シ腹膜ト癒着シ。コノ部ガ原發竈ト認メラレタルモノナリ。

第2腫瘍ハ所屬淋巴腺ニ轉移増生セルモノナリ。而シテ腹腔内諸臟器竝ニ女子生殖器ニハ何等異狀ナカリキ。發病後 10 箇月ニテ死亡セリ。

本腫瘍ハ鏡檢上、原發性腹膜惡性被蓋細胞腫(primäre maligne Deckzellengeschwulst)ト認メ、稀有ナル症例ナルヲ以テ爰ニ之ヲ報告セリ。

稿ヲ終ルニ臨ミ恩師津田教授ノ御懇篤ナル御指導竝ニ御校閲ニ對シ滿腔ノ謝意ヲ表シ、併セテ病理學教室濱崎助教授ノ御援助ヲ深謝ス。

文 獻

- 1) *Aschoff*, Ergebniss d. allg. path. u. path.-Anatomie, Bd. 2, 1897. 2) *Benda*, Dtsch. Med. Wschr., Nr. 21, 1897.
- 3) *Borst*, Virchow Arch. 162.-Erg. path. 1897 Geschwülste 1902-Borst, siehe Sampietro u. Martini.
- 4) *Dietrich*, Virchow archiv f. path.-Anat. u. physiologie, Bd. 212, 1913.
- 5) *Fischer Wasels*, Zeitschrift f. Krebsforschung, Bd. 37, 1932.
- 6) *Götting*, Zeitschrift f. Krebsforschung, 7, 1909.
- 7) *Hamdi, Lonthai u. Schevket*, Beitr. path. Anat., 78, 1927.
- 8) *Hansemann*, v., Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste 1902-Atlas der bösartigen Geschwülste-Hansemann, v, siehe Winkler, Henke Lubarsch, 2, 1921.
- 9) *Herzog*, Beitr. Z. path. Anat. u. z. allg. path., Bd. 58, 1914.
- 10) *Herxheimer-Reinke*, Ergeb. d. allg. path., Bd. 58, 1914.
- 11) *Heinricius*, Dtsch. Zeitschrift f. Chirurg., Bd. 56, 1900 u. Arch. f. Klin. Chirurg., Bd. 72, 1904.
- 12) *Kaufmann*, Lehrbuch d. spez. path., 1922.
- 13) *Lubarsch*, Ergebn. d. allg. path. u. path.-Anat., Bd. 6, S. 979.
- 14) *Meyer*, Ergeb. d. allg. path. u. path. Anat., Bd. 15, Abt. I, 1911.
- 15) *Miller u. Wynn*, Journal of path., Bd. 12, 1908.
- 16) *Naff*, Zeitschrift f. Krebsforschung, Bd. 4, 1904.
- 17) *Misumi*, Virchow arch. f. path. Anat. u. physiologie, Bd. 196, 1909.
- 18) *Nager*, Beitr. path. Anat., 34, 1904.
- 19) *Pollmann*, Beitr. Z. path. Anat. u. Z. Allg. Path., Bd. 26, 1898.
- 20) *Rosenbach*, Zeitschrift f. Krebsforsch., Bd. 10, 1911.
- 21) *Regina-Grossek*, Zeitschr. f. Krebsforschung, Bd. 35, 1932.
- 22) *Susuki*, Virchow Arch. f. path. Anat. u. physiolog., Bd. 202, 1910.
- 23) *Yamane*, Med. Zeitschrift univ. Fukuoka, Bd. 13, 1920.
- 24) 伊藤, 實地醫家ト臨床, 第8巻, 第6號, 577, 昭和6年.
- 25) 岡, 宮入, 癌, 昭和2年.
- 26) 田中, 癌, 第28巻, 昭和9年.
- 27) 川村, 臨床醫學, 第15巻, 第7號.
- 28) 沓掛, 海軍軍醫會雜, 第20巻, 第2號, 昭和6年.
- 29) 山根, 福岡醫學會雜, 第13巻, 1920.
- 30) 小坂, 東京醫事新誌, 第2677巻, 昭和5年6月.
- 31) 山口, 北越醫學會雜, 第45年, 昭和5年4月.
- 32) 渡邊, 岡醫雜, 第45年, 第4號, 687.
- 33) 恒次, 東京醫事新誌, 2418, 大正14年.
- 34) 丸山, 岡醫雜, 第45年, 第8號, 昭和8年.
- 35) 關場, 北海道醫學會雜, 第11巻, 第2號.
- 36) 關場代五郎, 日本產婦人科雜, 第14巻, 第11號, 大正8年11月.
- 37) 野間, 東京醫事新誌, 昭和11年.
- 38) 津田, 日本外科雜, 第21回, 第2號, 大正9年5月.
- 39) 鈴木, 岡醫雜, 第46年, 第3號, 491.