

後腹膜腔転移と思われる未分化胚細胞腫に就いて

八幡市立病院（院長 伊藤幸雄）
泌尿器科 松 浦 省 三
外科 芳 賀 喬

On Dysgerminoma Possibly Metastatized to the
Retroperitoneal Cavity

Shōzo MATSUURA and Takashi HAGA

Yawata Municipal Hospital

A 21 years old female whose chief complaints were left upper abdominal tumor, tenderness in the left upper quadrant and lumbago, was operated. The retroperitoneal tumor and left kidney involved by secondary hydronephrosis were removed. Macroscopic observation of the tumor resembled to seminoma, which lead the authors to conduct further study. Microscopic study on the tumor conclusively diagnosed as seminoma ovarii (ovarian seminoma), so called dysgerminoma.

Detailed case report was presented and an outline of the tumor was discussed.

緒 言

人体各臓器中卵巣程多様な腫瘍の発生を見、又複雑多岐な組織像を呈するものは他に類をみない。充実性卵巣腫瘍中 Granulosazell-tumor, Arrhenoblastom, Brennertumorと共に特異な地位を占めるものに、本症即ち未分化胚細胞腫 Disgerminoma ovarii がある。1906年 Chevassu は精巣より発生したものとして睪丸の腫瘍に Seminom なる名称を与えた。その後1930年 R. Meyer に依つて本腫瘍に未分化胚細胞腫 Disgerminoma ovarii と云う呼称が与えられた。以上の組織発生が何れも性的分化を遂げない性腺の胚細胞の一種から発生する腫瘍である点より、本症を一部では Seminoma ovarii 卵巣ゼミノームと呼ぶむきもある様である。私は最近、検索の結果、本症の後腹膜腔転移と考えられる後腹膜腔腫瘍の一例に遭遇したので、此処にその症例と未分化胚細胞腫についてその概要を述べてみたい。

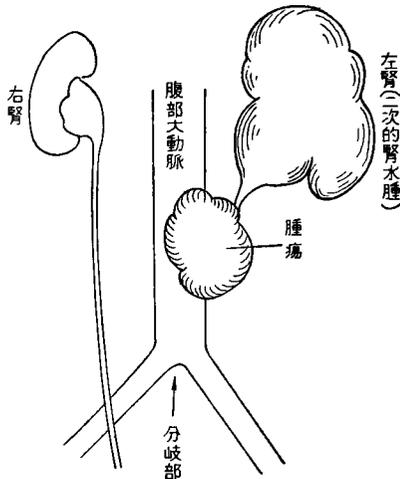
症 例

21才未婚女子。

主訴。左側上腹部の腫瘤並びに圧痛及び腰痛。
既往歴。3年前に右側付属器炎の診断で右卵巣剔除。他に全く著患なく、月経は順調である。
家族歴。両親健在、同胞3名健在、結核性疾患、癌性遺伝を同胞中に認めない。
現病歴。約2ヶ月前に左側腹部に無痛性腫瘤を認めた。放置せる所急激に増大し、約2ヶ月にして現在の成人手拳大に迄増大し、加えて軽度の圧痛と腰痛を覚える様になつたので本科を訪れた。
現症。肥満質の一見強壯な感を与える未婚女子。顔色外観共に健康的であつて、眼結膜その他可視粘膜に貧血を認めない。外部的触診可能部のリンパ腺全く腫大を認めず。正中線より稍々左側寄り上腹部に手拳大の可成り固い腫瘤を触れ、左腎との境界不鮮明である。此の腫瘤は皮膚とは全く癒着なく易可動性であり、左右下方にはある程度移動するが、上方季肋部には制動されて移動性が少ない。圧痛を著明に認める。
泌尿器科的検索の結果、経静脈性腎盂撮影によつて、左腎の影像を得ず。着色膀胱鏡検査により、左腎より青の排泄を全く認めない。右腎は腎盂像、青排泄共に正常。逆行性腎盂撮影により、右側は挿入容易、左尿管は2/3挿入可能、以後抵抗ありて挿入不能、同部よりの造影剤圧力的注入により、左腎水腫を疑はしめる腎盂、腎盞拡張像を得た。膀胱粘膜全く病像な

く、ただ左側尿管口が多少上外方に索引されて居る。膀胱尿には全く所見を欠如する。

手術。後腹膜腔腫瘍及び左側腎水腫の疑で、試験開腹を兼ねて左側傍腹直筋切開で腹膜を開く。腹部内臓に変化なく、後腹膜を押し上げて手拳大の腫瘍を認める。後腹膜を開き左腎の水腫性肥大を確認した。尚この腫瘍は腎とは全く関係なく、大動脈分岐部より稍々上方で腫瘍の右1/3を大動脈上に乗せた形で、搏動性を認める(図1) 腫瘍はよく被包され、周囲とは著



腫瘍模図(大動脈壁, 左尿管との関係)

明な癒着なく、ただ後面は大動脈壁に一部強固に癒着し、左側輸尿管は腫瘍後面で被膜内に埋没され、その走行を確認し得ない。大動脈壁と腫瘍被膜の癒着を慎重に別離し、埋没された尿管を腫瘍の上下縁で結紮離断し、遊離した腫瘍を剔出。後腹膜切開創を稍々延長して同創より左腎を剔出。後腹膜切開創を縫合、次いで腹膜を閉じ、術創を一期縫合に閉鎖した。尚お肉眼的に後腹膜腔に特にリンパ腺の腫大と認められる所見はなかつた。

剔出臓器。腎は腫瘍発育に伴う尿管圧迫のための、二次的腎水腫であつて特筆すべき所見はない。腫瘍は7×8×7=240gr、弾性硬、被膜におおわれ表面は比較的平滑であるが所々多少膨隆した部がある。剖面は白色光沢を帯びた粗粒子状で、あたかも吾々の領域にみるセミノームと全く同一の外観を与える。(写真1, 2.) 組織的には、未分化胚細胞腫の診断を得た。(久留米大学医学部病理学教室)

本症は急速な発育、若年者、剖面の肉眼的所見より、術後、後腹膜腔肉腫を疑つて、抜糸と共にテスバミン50本(250mg)を注射した。術後7ヶ月を経過し

て患者は健在に送つて居る。

以上で症例の概略を述べたが、本症は後腹膜腔腫瘍の疑で開腹し、先述の肉腫様腫瘍と二次的水腫腎を剔出し、術後経過を観察中、組織学的に未分化胚細胞腫の診断を得て、種々文献の検索をし、腎水腫はあく迄も二次的であり、本来の腫瘍、未分化胚細胞腫について興味を覚えたので、いささか専門外ではあるが本腫瘍について述べてみたい。

自験例の病理組織学的所見。(写真3, 4.)

組織の大部分をなすものは大円形核を有する実質細胞で充満し、間質組織は極めて僅少で、実質細胞集団はび満性、或は胞巣状に配列して居る。個々の実質細胞は大型の円形或は楕円形を呈しクロマチンに富む。稀に大なる異型細胞を認めるが殆んどの細胞は比較的平等の大きさを呈して居る。間質組織は僅少で血管の走行は殆んど認められない。散在的に小円形細胞の浸潤を認める事が出来る。一般には壊死巣、軟化巣、出血巣等殆んど認められ難い。何れ後述するが本腫瘍に与えられた色々の組織学的名称、即ち

Grosszelliges Alveolarsarkom (Sternberg)

Karzosarkom (Akimoto 1925)

Rundzellensarkom (Kaufmann 1914)

Grosszelliges solides Karzinom (R. Meyer 1925)

その他 Grosszelliges Geschwulst, Alveoläres Sarkom 等々又むべなるかなと云う感じがする。

考 按

未分化胚細胞腫 Disgerminom とは安藤によると分化しない胚細胞腫 Undifferentiated germinal cell, Nichtausdifferenzierte Keimzellen よりなる腫瘍の意味であつて、腫瘍細胞の生物学的性質を主とせる R. Meyer (1930) の命名である。単に形態から観れば大細胞癌 Grosszelliges Karzinom 又は大円形細胞癌 Grosszelliges Rundzellenkarzinom と云うべきである。

又先述の様に未分化胚細胞であつて、尚お男性又は女性となるべき能力を有して居ない関係上、卵巣のみでなく精巣にも同様の腫瘍を発生し得るのである。精巣ではこれを精上皮腫 Seminom と呼んで居るので、一部では卵巣セミノーム Seminoma ovarii なる名称が採用されて居る。Chenot (1911) は本腫瘍の組織

学的構造が Chevassu (1906) の睪丸の Seminom に類似して居る点から Seminoma de lovaire と呼び、更に1930年先述の R. Meyer が本腫瘍の発生が恐らく特殊胚機能を持たない卵巣未分化胚上皮に由来するとの見解のもとに Grosszelliges solides Ovarialkarzinom 或

は Disgreminoma ovarii と命名されたものである。

1) 本腫瘍の名称

極わめて複雑であり多岐であるが、本腫瘍を理解する上に下記の表を掲げるので御参考願いたい。(表1)

別表1

名 称

経 織 学 的 名 称	組 織 発 生 学 的 名 称	症 候 学 的 名 称
Grosszelliges Geschwulst	Epithelioma chorioektodermale (Langhanszelltypus. Pick 1904)	Carcinoma ovarii pu- ellarum (R. Meyer. 1925)
Alveolares Sarkom	Seminom de lovaire (Chenot. 1911)	Disgerminoma ovarii (R. Meyer 1930)
Grossezelliges Alveolarsarkom (Sternberg)	Solides Granulosazelltumor (V. Werdt 1914)	
Rundzellensarkom (Kaufmann 1914)	Embryonalcarcinom (Ewing 1922)	
Karzinom (Akimoto 1925)	Granulosazellcarcinom (Kermanner 1925)	
Grosszelliges solides Karzin- om (R. Meyer 1925)	Endothelioma od. Lymphangioendo- thelioma (Krompecher 1925)	
Grosszelliges Ovarialkrebs (Kermauner 1932)	Disgerminoma ovarii (R. Meyer 1930)	
	Indifferent cell tumor (Gesicht 1925)	

秋山の集計によると本腫瘍を組織学的名称、組織発生学的名称、症候学的名称の三項より理解し易くまとめてある。表示の如く実に多数の名称が付せられて居る。又一方本腫瘍を立場を換えて眺めると、上皮性、非上皮性に大別して下記の如き人々がそれぞれの名称を付している。

上皮性腫瘍とする者。

Ewing : Embryonalcarzinom

Kern, Unner : Granulosazellcarzinom

R. Meyer : Grosszelliges Rundzellen-
karzinom

Neumann : Keimepithelblastom

非上皮性とする者

Sternberg : Grosszelliges Alveolar-
sarkom

Kaufmann : Rundzellensarkom

Pick : Endothelioma chorioektoder-

male

Krompecher : Lymphangioendotheli-
oma

大体以上であるが現在の所、R. Meyer の未分化胚細胞腫 Disgerminom と云う名称が一般に使用されて居る様である。

2) 本腫瘍の充実性卵巣腫瘍中の位置

安藤によると卵巣腫瘍を上皮性腫瘍、結合織性腫瘍、奇型腫、ホルモン分泌腫瘍の4項に大別し、上皮性腫瘍を良性、悪性のもとして癌腫、未分化胚細胞腫を挙げて居る。1950年樋口教授の宿題報告によると本腫瘍の位置は次に掲げる表に示す如く、良性、悪性の中に属する中間型として居る。(表2)

3) 頻度

本邦に於いて、卵巣腫瘍中充実性腫瘍の占める頻度は9107例中974例約10.7%であり、欧米に於ける Stübel & Brandes 29.9%, J.

別表2

充実性卵巣腫瘍の分類

良 性 腫 瘍	中 間 型	悪 性 腫 瘍
線 維 腫	男 化 腫 瘍	癌 腫
線 維 筋 腫	未分化胚細胞腫	肉 腫
筋 腫	顆粒膜細胞腫	絨毛上皮腫
ブレンネル型腫瘍	副腎腫瘍	転移性癌 (クルケンベルグ腫瘍)
莢膜腫瘍	奇型芽腫	

別表3

手術的剔出卵巣腫瘍全国統計

	腫瘍名	%	実数	計
囊胞性腫瘍	囊胞腫瘍	54.2	4,934	8133 (89.3%)
	類皮嚢胞腫及その他	35.0	3,199	
充実性腫瘍	1) 線維腫	1.4	128	974 (10.7%)
	2) 卵巣癌	2.9	263	
	3) 二次的癌変性	1.3	115	
	4) クルケンベルグ氏腫瘍	1.1	101	
	5) 卵巣肉腫	0.9	78	
	6) 其の他	1.5	142	
	7) 充実性+囊胞性	0.6	59	
	8) 不明例	1.0	88	

Miller 24.0%, Allan & Hertig 26.6%等に比して明らかに発現頻度は低い。1950年樋口の本邦集計によると、下記の如き手術的剔出卵巣腫瘍全国統計が見られる。(表3) この中、卵巣癌、卵巣肉腫、其の他と云う項目の中に、本腫瘍は含まれて居るものと考えられる。又小林によると卵巣充実性腫瘍 420 例の集計に於いて、最も多いのは、転移性卵巣癌 sog. Krukenbergscher Tumor 100例、次いで本腫瘍 62例として居る。又秋山によると本腫瘍は、全卵巣腫瘍の 1.8~0.4%, 原発性卵巣癌の 4.0~2.4%として居る。比較的稀な卵巣腫瘍と考えて居る。

4) 発生年令

本腫瘍は R. Meyer が Carzinoma ovarii puellarum と名付けた如く、普通の臓器癌腫の好発年令に反し、比較的若年者に発生する。内外の文献よりして大体その75%内外は10~30才迄に出現し、更年期以後は僅か 4.6%, 10才未滿も又 4.5~5.6%内外である。本邦集計で年令の確実な80例中、14~28才が57例で約71%を占めて居る。大体に於いて過半数が30才以下と考えて差し仕えない様である。

5) 発生側

内外文献共に多少右側に多く、次いで左側、両側は少くなく、特に本邦集計では少くない様である。この事は特に意義がある事ではないと考える。

発表者(年次)	側		
	両側	右側	左側
Seegar (1938)	26%	48%	26%
Santesson (1947)	17%	51%	30%
竹 中 (1943)	5%	22%	20%
秋 山 (1949)	7%	36%	29%

6) 腫瘍の発育

本腫瘍は一腫瘍内にあつても膨張性並びに浸潤性の両方の形式を共にとつて発育するのが常である。但し膨張性は卵巣中心性でその結果結節状となる。周縁部では浸潤発育をとつて淋巴隙血管の間を浸み込んで行くが、卵巣の被膜穿孔は少くない。発育の速度は一般に非常に速やかであると云うのが通説である。

腫瘍の蔓延

a) 連続的蔓延。本腫瘍に卵巣限界を逸脱する時、卵巣の線維性被膜は破壊に対して可成り抵抗が強いから、殆んど大部は卵巣門から腹膜下を浸潤性に蔓延する。それで周囲への連続性蔓延は全て局所解剖学的關係に従うことになる。

b) 不連続的蔓延—転移形成。本腫瘍の転移は総じて、他の悪性癌、肉腫に比して頻度が少くない、R. Meyer は腫瘍が強い局所崩解を示すに拘わらず転移の傾向が少くないとして居る。

I) 血行性転移。転移は殆んど専らリンパ行性に行われる。血管への穿孔はリンパ管に比して稀とされて居る。勿論全然認められないわけではなく、Föderl の例は 2/3 以上に罹患側卵巢の血管内栓塞を認めて居るが、実際転移をみたのは唯 2 例のみである。依つて Föderl は血管穿孔は必ずしも稀れなものでもないが、その頻度数と血行性転移のそれとの矛盾を血行中の免疫力に依る腫瘍細胞壊死に帰し、又血管中の腫瘍細胞類壊死を以つて予後良好なりとして居る。諸臓器への血行性転移としては、肺、肝、脾、脳、骨等散発的ながら報告されて居る。

II) リンパ行性転移。これは先ず領域リンパ線である後腹膜リンパ腺に生じる。更にリンパ管を通じて、リンパ流に従い或は逆行してそれぞれの部に転移発生する。殆んどこの形をとり、約 52% と云われる。この項に関しては又後述する。

III) 撒種。原発部の被膜穿孔は前述の如く、進行した例にのみ見られる程度である。

IV) リンパ腺転移の結果。転移して腫脹したリンパ腺に依り 2 次的病変をそれぞれの部において発生する。転移に関してその性質を知る上に Föderl, Schottlander の表を下記に掲げるので御参考願いたい。

Disgerminom と乳嚢性卵巢腫瘍の転移頻度

腫瘍 転移	Disgerminom	乳嚢性卵巢腫瘍
穿孔(腹膜癌腫症)	稀	80%
領域リンパ腺転移	52%	稀
血行性転移	5%	34%

7) 合併症例

本腫瘍患者に特異と観るべきは、偽半陰陽または性器發育不全又は異常体質、發育不全、無力性体質の者が少なくないとされて居る。従つて無月経、過少月経、稀発月経、不妊等の性機能不全を有する者も少なくない。かくの如き性器發育異常、性機能不全は、先天性のものであつて、腫瘍の存在とは無関係である。従つて腫瘍を剔除しても何等変化することはない。本腫

瘍は尙お性的分化までに發育してない胎生初期の性細胞より発生せるために、性徴には何等の影響を与えぬものと観るべきである。但し形態的にも機能的にも全く平常な婦人であることも少なくない。

8) 症候

本腫瘍の臨床像は比較的症候が少なくて共通の特徴がない。それ故何等かの退行性変化及び合併症がない限り殆んど疼痛を示さないものが多い。主訴としては、本腫瘍が隣接臓器及組織に波及した場合は夫々の局所症状が現われる。例えば尿管圧迫に依る腎水腫、膿腫更には尿毒症と云う様な症例、又骨盤腔に拡がった場合は、下肢うつ血、水腫又は下肢への放散痛等がある。下空静脈圧迫により腹壁の傍側循環が起る。其の他種々の場合が生じ、所謂二次の症候が主訴となる場合が多いとされて居る。腫瘍そのものは無痛性の事が多く、この点一般卵巢囊腫の症候と一致する。

9) 診断

以上の症候より一般 卵巢腫瘍の診断はつづが、術前に本腫瘍と診断する事は極めて少ない。臨床例の大部分は卵巢囊腫、線維腫、クルケンベルグ氏腫瘍、子宮筋腫、附属器炎であつて、秋山の調査によると Hajek 2 例、Fauvet 3 例、Stoia Stanciulescu et Cioc の 2 例程度である。その大半は術後の病理組織学的検索によつて決定されて居る様である。

10) 予後

本腫瘍の予後については各研究者間に見解の相違があり、一致をみていないが予後良性と考へる者に R. Meyer, Mastner, H. O. Neumann, Schiller 等があり、予後悪性とする者には Föderl, 竹中等がある。

竹中の研究に依れば、臨床的に發育迅速、浸潤性に、且つ無限に隣接組織を侵し、転移及び再発を見、組織学的には細胞の非定型性、多型性、有糸分裂像、腫瘍細胞に分化能力の全くない点を挙げて悪性であると結論して居る。然し腫瘍の組織像からその予後を判定することは不可能であり、腫瘍細胞が多いから予後不良であり、結合が多いから良好の経過をとると云うも

のでもない云つて居る。又 Föderl は文献及び自験79例中5年以上の治癒17例23%，転移及び再発38例48%，不明6，判定出来ぬ者（短期観察のため）18例より，手術死も含めて，少なくとも79例中13例は術後数ヶ月で死亡して居り，かかる事よりして予後極めて不良なりとして居る。

一方樋口，小森は組織学的に腫瘍全体が，典型的未分化胚細胞腫のみを以つて構成されて居るものを単一型，其の他に極めて未分化な組織の混在するものを混合型と仮称し，自験例の予後観察から混合型に属するものは単一型に比し悪性度が強い事を報告し，その予後の良否に関しては，単一型で手術転移を見なければ比較的良好的経過を辿るのではないかと論じて居る。この点に関しては，Muller, Lapp 等も427例の本腫瘍の追究に於いて，術後一年以上経過しても転移或は再発をみなければ，患者の予後は改善されるものと云う論と同様である。Döderlein は原発腫瘍外に転移ある者は予後不良として居り，Novak はこの事より悪性度を臨床的に下記の如く3大別して居る。

a) 腫瘍の被囊が健全で卵巣の限界を越していないもの。

b) 浸潤があつて骨盤臓器，骨盤腹膜に及ぶもの。

c) 広範囲の転移があるもの。一般に大網膜，体壁腹膜リンパ腺，肝及び他の臓器に及ぶもの。

竹中はなるべく早期に腫瘍を剔除したものの程，予後良好で，卵巣周囲組織に波及しない場合は後療法なしで再発をみないが，これより進展した状態にある場合には，手術範囲の広狭，後照射の有無が密接な関係を持ち，これが不十分な場合は，局所再発及び転移，十分な場合と云えども遠隔リンパ腺転移により死亡する事があり，予後レ線照射の必要性を強調し，高橋は仮令一時的でもレ線照射により一般状態良好となり，レ線感受性が大きであつても手術不可能状態にある場合には完全治癒は期待し難いと述べて居る。

11) 治療

本腫瘍は，臨床上，病理組織学上種々説はあるが，悪性腫瘍に近い状態を示して居り，唯一つ他の悪性腫瘍と異なる点は，放射線に対して感受性の高い事である。然しながら放射線に如何に感受性ありと雖も，現在の段階では本法のみで永久治癒は望み難い。

竹中は患者の年令と手術時所見，全身状態を参考にして女性としての機能を考慮して次の様に治療方針を定めて居る。

a) 手術不能全剔不能又はこれに近い場合は，腫瘍部分を出来る限り広汎に剔除した上で腹部を上・中・下各部に連続的に照射する。

b) 腫瘍が腹膜下に子宮及び附属器に波及したものは，子宮及両側附属器を全剔後照射する。

c) 腫瘍が卵巣限界を越えた時，又は両側発生の場合は術後の経過を顧慮して子宮を残して後照射する。

d) 片側に止る時は，若年婦人の場合は，腫瘍のみを剔除して，レ線の適当量を適当な術式で照射するか，或はそのままで2年間，定期検査を行う。

結論的には，早期に確実な手術と許容される範囲内のレ線照射ならびに定期的な検査を以つて，本症の治癒率は更に改善されて行くものと考え。問題は術前診断がその過半数において未定であるので，術後速急の病理組織学的検索の必要性が望まれるわけである。腫瘍の性質未定或は誤のまま放置される事が最も危険である。

以上専門外ではあるが，興味ある後腹膜腔腫瘍剔除症例に於いて，組織学的に未分化胚細胞腫の診断を得，一部では *Seminoma ovarii* なる呼称のある点，興味を覚えたので一応文献的考察を行つてみた。文献例は主として卵巣に生じた *Disgerminom* についての検索であつて，転移症例そのものに関しては，余り詳細な報告はない様である。自験例は後腹膜腔リンパ節に生じた *Disgerminom* であつて，3年前に右附属器炎の診断で既に剔除してあり，当時の状態を調査し得る範囲内調査したのであるが，少なくとも悪性腫瘍と思われる様な記録

を得なかつた。原発巣不明瞭ではあるが、一応3年前の右卵巢剔除術と何等かの関聯性があつただらうと推察するより他に術もない。先述の如く腫瘍そのものは完全に遊離性であり、腹部大動脈に一部被膜癒着があり、尿管圧迫以外に他臓器との関聯性なく、又後腹膜リンパ腺にも著明な腫大なく、良く被包された腫瘍であり、この点より連続的蔓延は全く考えられない。又リンパ行性の転移としても、後腹膜のリンパ腺の腫大が認められない点、又先述の予後の項で述べた Muller, Lapp の術後1年以上経過して転移発生をみなければ患者予後は改善されたものと考えると云う説等を考慮に入れると、術後3年と云う期間が無症状に過ぎた事に対して、いささか疑問を抱きたくなる。勿論血行性転移は約5%内外とされて居るので、これも一応否定すると、本症例は簡単に Disgerminom の後腹膜腔リンパ腺転移とは断じ難い様にも考えられる。然しながらかかる部位に原発巣として Disgerminom を認めると云う事も先ず考え得ない。既往の卵巢手術を詳細にし得ない以上、一応 Disgerminom の後腹膜リンパ腺転移と考えるのが妥当だろうと考える。

本腫瘍の転移に関しては先に述べた様に、Schott, Länder によればその85%はリンパ行性で血行性は稀れで5%に過ぎず稀に播種に発生する(Dworzak. Klasten)とされて居る、Föderl は自験例13例に於いて全例にリンパ管内への腫瘍細胞の侵入を証明し、その転移がリンパ行性なる事を実証し、竹中は自験例17例中1例に血行性転移の認められた事を報告し、稀れではあるが血行性転移のあることを認めて居る。

転移部としては Neumann, Dworsak, Klasten, Döderlein, Heidenhein, Grusz, 本多, 齊藤, 竹中, 柳川その他の報告がある。所属リンパ腺(下腹腸骨大動脈腺)転移が最も多く、稀に縦隔洞, 鎖骨下腺, 頸腺に認められ、臓器としてはリンパ腺転移から二次的に起る事が多く、他側卵巢, 大網膜, 肝, 脾, 腎, 尿管, 大腸, 膀胱更に横隔膜, 肺, 肋膜腔内でも生じ種々なる圧迫症状を惹起する。又例外的に腹壁, 脛骨, 小指球への転移例もある。

結 語

- 1) 左側上腹部腫瘍ならびに圧痛及び腰痛を主訴とせる21才未婚女子の後腹膜腔腫瘍, 左側二次的腎水腫の手術治験例について報告した。
- 2) 左尿管圧迫に依り二次的腎水腫を招来, 圧痛, 腰痛の如き二次的徴候が本科受診の因となつた。泌尿器科的には二次的腎水腫であつて特に問題にならないので本文中詳述は避けた。
- 3) 術後病理組織学的検査の結果 Disgerminom の診断を得た。
- 4) 術後テストパミン50本 250mg 注射施行, 術後月経週期順調, 7ヶ月を経過して健在である。
- 5) 原発巣不詳なれど一応諸搬の事情より, 転移性未分化胚細胞腫と考えたい。
- 6) Disgerminom の概略について文献的考察を行つた。

(稿を終るに当り、久留米大学医学部泌尿器科及び病理学教室の御教示に感謝します。又本院外科芳賀博士の御助力に併せて感謝を捧げます。尚お専門外の分野であり、多々不備の点があると思ひますが何等かの参考になれば望外の喜びです。)

文 献

- 1) Meyer, R. : Arch. Gynäk., 109 212, 1918.
- 2) Meyer, R. Arch. Gynäk., 128 : 232, 675, 1925.
- 3) Neumann, H. O. : Arch. Gynäk., 130 742, 1927 ; 131 574, 1927.
- 4) Meyer, R. : Amer. J. Obst. & Gynec., 22 697, 1931.
- 5) Klasten Arch. Gynäk., 158 : 544, 1934.
- 6) Schiller, W. Arch. [Gynäk., 158 : 76, 1934.
- 7) Föderl, V. : Arch. Gynäk., 165 392, 1938.
- 8) Muller, Lapp, and Warren, A. : Amer. J. Obst. & Gynec., 60 : 153, 1950.
- 9) 高橋 : 臨床産科, 16 : 506, 1941.
- 10) 竹中 日婦誌, 38 : 179, 1943.
- 11) 樋口 日産婦誌, 2 : 183, 1950.
- 12) 樋口・他・日産婦誌, 3 : 94, 1951.

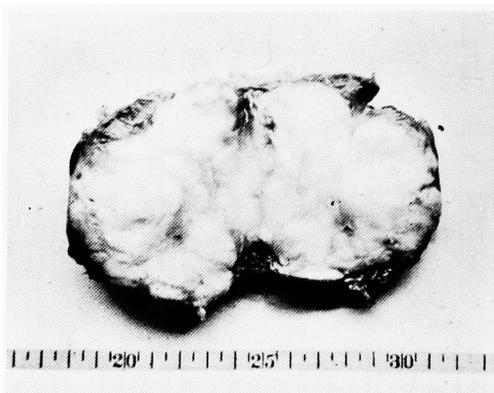
- 13) 小林：産婦の世界，5：935，1953.
 14) 齊藤・他：日産婦誌，6：105，1954.
 15) 樋口・他：産婦の実際，2：637，1954.
 16) 安藤画一：婦人科学各論，P. 165～167，杏林書院1955.
 17) 沢崎・他：産と婦，23：69，1956.
 18) 秋山：茲医誌，71：1659，1956.
 19) 加来・他：産と婦，23：993，1956.
 20) 東：産婦の実際，6：452，1957.
 21) 沢園：産婦の実際，6：534，1957.
 22) 本多・他：産婦の実際，6：662，1957.
 23) 倉智・産と婦，25：1082，1958.

別察真1.2.

別 出 腫 瘍



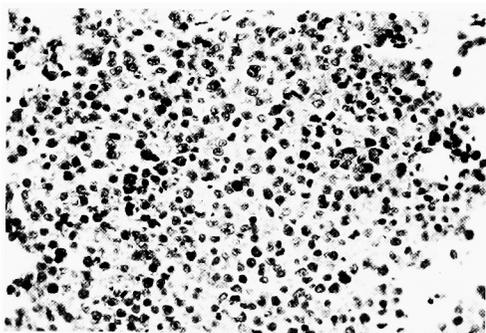
1 表 面



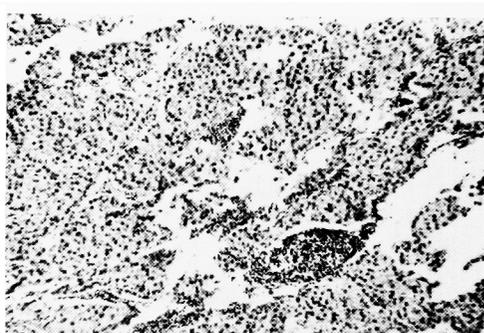
2 割 面

別写真3.4.

別出腫瘍組織学的所見（未分化胚細胞腫）



3 強 拡 大



4 弱 拡 大