

臨 床

辜丸肉腫ノ轉移ニヨル小腸重積症ノ1例

京都帝國大學醫學部外科學教室第二講座(青柳教授)

副手 醫學士 荳 坂 直 彦

Ein Fall von Dünndarminvagination durch Metastase des Hodensarkoms.

Von

Dr. Naohiko Osaka

[Aus der II. Kaiserl. Chir. Universitätsklinik Kyoto (Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Es handelte sich hier um einen sehr seltenen Fall von Dünndarminvagination, welche durch Metastase des Hodensarkoms verursacht wurde.

Klinische Beobachtungen.

Pat. T. K. 61jähriger Mann, aufgenommen in die Klinik am 31. August 1938 wegen kolikartiger Bauchschmerzen sowie Uebelkeit.

Anamnese: Am 29. August 1938, also 2 Tage vor der Aufnahme bekam der Pat. ohne Veranlassung heftige Bauchschmerzen sowie Uebelkeit. Am folgenden Tage dauerten diese Schmerzen einige Minuten an, liessen spontan nach, um dann mit einer Pause von ca. 30-40 Minuten wieder aufzutreten. Vor der Aufnahme bekam Pat. 3 mal Erbrechen ohne abnorme Beimischungen. Seit dem Krankheitsbeginn setzten beim Pat. Stuhlgang und Windabgang aus, aber zeitweise gurrende Geräusche im Bauche hörbar. Fiebergefühl ohne Körpertemperaturanstieg. Seit 2 Jahren der rechte Hode schmerzlos angeschwollen, und 3 Monate vor der Aufnahme wurde der Patient semikastriert.

Status praesens (am 31. August 1938): Ein mittelgrosser kräftig gebauter Mann im ein wenig herabgesetzten Ernährungszustand. Puls ca. 95 pro Minute, regelmässig, gut gespannt, nicht klein. Kein Körpertemperaturanstieg. Lungen und Herz ganz in Ordnung. Nirgends Oedeme.

Bauch weder aufgetrieben noch eingesunken. Abnorme Venendilatation sowie peristaltische Unruhe an der Bauchwand nicht nachweisbar, aber eine hufeisenförmige circumscribte Auftreibung am linken Unterbauch sichtbar.

Palpatorisch *Défense musculaire* und *Blumberg'sches* Symptom nicht nachweisbar, jedoch fand man den sich von der linken Hypochondrialgegend bis zu der linken Iliacalgrube erstreckenden hufeisenförmigen Tumor, welcher eine glatte Oberfläche, elastisch derbe Konsistenz und Druckempfindlichkeit zeigte. Perkussorisch darüber gedämpft. Auskultatorisch normales Darmgeräusch hörbar. Bei der Analuntersuchung wurde festgestellt, dass die Ampulla recti maximal erweitert ist. Der *Douglas'sche* Raum nicht druckempfindlich und kein Tumor da.

Blutbild: Erythrocytenzahl 3,550,000, Hämoglobingehalt 69% nach *Sahli*, Leukocytenzahl 11,600, neutrophyle Leukocyten 69,5%. Leichtgradige Anämie und Leukocytose. Sonst o. B.

Urin: Eiweiss nachweisbar in allen Proben, auch Indikan positiv. *Bacterium coli communae* im Sediment nachweisbar.

Röntgenologische Untersuchung: Die Befunde lauteten folgendermassen.

- 1) Dilatierte Magenblase und Spiegelbild waren konstatierbar.
- 2) Der Tumor in der linken Hypochondrialgegend wurde als Schatten bemerkt.
- 3) Bei analer Einführung des Kontrastmittels wurde der Dickdarm in seinem ganzen Verlauf sichtbar, aber ohne die durch Irrigation bedingte Wanddilatation.

Klinisch und röntgenologisch hatten wir den Verdacht auf Dünndarminvagination.

Operation (am 31. August 1938): Bei Eröffnung des Bauches in der Mittellinie zeigte sich eine dilatierte lividrötlich verfärbte ca. 40 cm lange invaginierte Dünndarmschlinge, an deren Spitze, die sich 30 cm analwärts vom *Treitz'schen* Band befand, ein taubeneigrosser Tumor tastbar und an anderen Teilen des Dünndarms sowie im Mesenterium mehrere erbsen bis taubeneigrossen Tumoren. Die Desinvagination war unmöglich, daher die Resektion mit End-zu-End Anastomose des Dünndarms.

Verlauf: Die Nahtlinie der Bauchwand teils infiziert, sonst glatter Verlauf. Pat. wurde am 22. September 1938 als gebessert entlassen.

Präparat: Die invaginierte Dünndarmschlinge zeigte sich bräunlich rötlich verfärbt und im Darmlumen reichlich Blutkoagula. Alle Tumoren hatten sich aus der Darmwand nach innen fungös oder circularär entwickelt. Ein von ihnen veranlasste die Invagination.

Histologisch erwies sich der Tumor sowohl der Darmwand als auch des vor 3 Monaten bei einer Privatklinik exstirpierten Hodentumors als Rundzellensarkom.

Biologisch wurde das Impedin in beiden Tumoren deutlich nachgewiesen.

Résumé

- 1) Bei unserem Falle des akuten Ileus handelte es sich um Dünndarminvagination, welche durch Metastase des ca. 3 Monate vor der Aufnahme exstirpierten r. Hodentumors verursacht wurde.
- 2) Histologisch erwies sich der Tumor der Darmwand als Rundzellensarkom, und auch der exstirpierte Hodentumor als Rundzellensarkom.
- 3) Biologisch zeigte sich, dass in diesen beiden das Impedin vorhanden war.
- 4) Wegen der Unmöglichkeit der Desinvagination wurde unser Fall durch Resektion des invaginierten Teils mit End-zu-End Anastomose des Dünndarms gerettet und geheilt.

(Autoreferat)

緒 言

睾丸腫瘍 = 關シテハ既 = 多數ノ報告例ガアリ、本邦 = 於テモ今日迄 = 250例近ク報告サレテ居テ何等珍ラシイモノデハナイ。併シ本症例ハ、睾丸肉腫ガ小腸ノ數ヶ所 = 轉移ヲ作り、其ノ1ツガ誘因トナツテ小腸重積ヲ起シタモノデ、此點臨牀上興味ガアツタカラ此處 = 報告スル次第デアル。

臨 牀 例

患者: 小〇爲〇郎, 61歳ノ男子, 百姓 (昭和13年8月31日入院)

主訴: 痙痛性腹痛及ビ惡心

遺傳歴: 特記スベキモノハナイ。

既往歴: 生來健康デアツタガ, 昭和12年春右辜丸ガ無痛性ニ腫脹シ, 同年秋カラ該腫脹ハ急ニ増大シテ, 昭和13年春ニハ鶩卵大トナリ, 5月3日右辜丸及ビ右鼠蹊部ニ激痛ヲ來シ, 而モ該腫瘍ノ増大ト同時ニ陰囊ニハ發赤ヲ伴フテ浮腫ガ現レタノデ, 5月6日某病院デ右辜丸腫瘍ノ剔出手術ヲ受ケタ。5月19日全治退院。其後4ヶ月間ニ約2貫目削瘦シタ。淋疾・梅毒等ハ知ラナイ, ト。

現病歴: 昭和13年8月29日午前10時頃, 何等誘因ト思ハレルモノナク突然激シイ腹痛, 惡心ヲ來シ翌30日ニハ痙痛性腹痛ニ變リ, 同日夕方カラ31日迄ニ3回ノ嘔吐ガアツタ。嘔吐物ハ食物殘渣ダケデ, 發病以來便秘シ, 時々腹部ニ「グル」音ヲ發スルガ放屁ナク, 又發熱感體溫上昇ハ認メナカッタ。食慾ナク, 睡眠不良。

現在症: (昭和13年8月31日入院時所見) 體格中等大, 骨格強壯, 榮養稍々低下シ皮膚ノ色尋常, 弛緩セズ, 皮下脂肪組織ハ少ナイ。脈搏緊張良, 整正, 1分時95, 呼吸ハ安靜デ胸腹式, 1分時20。體溫36.5°C, 顔貌平靜, 苦悶狀ヲ呈シナイ。口唇乾燥セズ, 舌ニ白苔ヲ認メタ。扁桃腺・咽頭ノ腫脹ハナイ。心臟・肺臟・四肢ニ異常所見ナク, 頸部・腋窩・鼠蹊部ノ淋巴腺腫脹ハ證明シナイ。

局所々見: 腹部ハ一般ニ膨滿モ陥没モセズ, マタ腹壁ノ靜脈怒張, 發赤, 腸蠕動不安等ハ認メラレナイ。左下腹部デ左腸窩ヨリ臍ノ高サニ及ブ馬蹄形ノ限局性膨隆ガアリ, 明ラカニ腸管ノ輪廓ヲ示シテキタ。此際此ノ膨隆ニ手掌デ機械的刺戟ヲ加ヘタガ膨隆ハ消失セズ, マタ蠕動不安モ示サナイ。

觸診上一般ニ軟デ腹壁緊張ナク, Blumberg氏徵候モ認メナイ。左季肋部ヨリ左下腹部ニ互ル馬蹄形膨隆ニ相當シテ彈性硬ノ腫瘍ヲ觸レ, 壓痛ヲ證明シタ。打診上腫瘍ハ濁音ヲ呈シ, 聽診上腸雜音ヲ聞クガ響鳴性デナイ。經肛的觸診デ直腸竇部ハ極度ニ擴大シテキルガ, Douglas氏腔ニハ熱感壓痛腫瘍等ナク, 指頭ニ血液ノ附着モ認メナカッタ。

右鼠蹊部ニハ長サ約8糎ノ第1期治療ヲ營ンダ手術創ガアリ, 左右鼠蹊部ニハ淋巴腺腫脹ヲ證明セズ, 陰囊内ニハ右辜丸ヲ切除シ, 左辜丸ハ正常ニ存在シテ居タ。

血液検査: (8月31日) (第1表参照)

即チ輕度ノ貧血及ビ白血球增多ヲ認メタ。

尿検査: (8月31日) 淡黄色, 半透明, 酸性, 比重1016, 蛋白陽性, インヂカン陽性, 糖反應, 「ヂイアツ」及ビ Gmelin氏反應陰性。尿中大腸菌ヲ鏡檢及ビ培養デ證明シタ。

術前レ線検査: (8月31日) 透視デ胃泡ガ異常ニ膨大シ, 鏡像 (Spiegelbild) ヲ認メタ。經肛的造影劑注入ニヨリ造影劑ハ盲腸部迄容易ニ流入シ, 大腸ニハ狹窄又ハ閉塞ハ認メラレナカッタ。併シ大腸ハ一般ニ緊張度高ク, 造影劑ノ充盈ニヨツテ擴張或ハ膨大シナカッタ。左下腹部ニ馬蹄形ノ彈性硬ナル腫瘍ヲ觸レ, 而モ壓痛ヲ證明シ, 同所ニハ腸管内「ガス」ハ認メラレナカッタ (附圖第1, 第2参照)。

臨牀診斷: 小腸ノ腸閉塞デ, 腸重積症ノ疑ヲ持チ直チニ手術ヲ行ツタ。

手術: (8月31日) 臍ノ上下約20糎ニ及ブ正中切開デ開腹。輕度ニ潤濁シタ腹水約200ccヲ流出シタ。左腹腔内ニ擴張シタ黒紫色ノ小腸管ヲ認メタガ, ソノ他ノ腸管ハ全ク萎縮シ, 胃及ビ横行結腸ハ上方ニ壓排サレテ, 何處ニモ癒着ハ認メラレナカッタ。擴張シタ小腸管ハ移動性デ容易ニ腹腔外ニ引キ出シ得タ。ソノ上端ハ腸間膜根部ニ固定サレ, 同所ニ腸重積ヲ發見シタ。ソノ口側ノ腸管ハ中等度ニ擴張シ壁ニ輕度ノ浮腫ガ認メラレタ。重積ヲ起シテ居ル場所ハ Treitz氏靱帶カラ下方僅カ30糎ノ所デ, 重積シタ腸管部ハ長サ約40糎

第1表 術前血液像

赤血球數	3,550,000
血色素量 (Sahli)	69%
血色素指數	0.97
白血球數	11,600
種	類
鹽基嗜好多核白血球	0
「エオジン」嗜好多核白血球	2.0
中性嗜好多核白血球	程 狀 核 33.0 分 葉 核 36.5
淋 巴 球	小 淋 巴 球 18.5 大 淋 巴 球 5.5
大單核白血球	2.0
移 行 型	2.5

ニ及ビ、ソレヨリ肛門側ノ腸管ハ全ク萎縮シ、腸重積ノ先頭ニハ鳩卵大ノ彈性硬ノ腫瘍ヲ觸レタ。腸壁漿液膜面ニハ所々ニ纖維素性被膜ガアリ、内鞘ト外鞘トハ輕度ノ癒着ヲ營ミ且ツ循環障碍ガ強クテ、重積解離ハ不可能デアツタノデ、腸重積ヲ來シテ居ル部分ヲ切除シ端々吻合ヲ行ツタ(附圖第3参照)。

更ニ小腸ヲ系統的ニ檢スルト、Treitz氏靱帶カラ20種ノ場所ニ拇指頭大ノ腫瘍ガ認メラレタ。此ノ腫瘍ハ腸管軸ニ垂直ニ長ク、即チ環狀ニ腸管壁ヲ侵シ漿液膜面ハ粗雜デ輕ク膨隆シ、ソノ表面ニ毛細管ノ擴張ガ認メラレタガ、他ノ腸管部ニ比シテ白ク、彈性硬デソノ境界ハ鮮銳デアルガ同所ニ狹窄ハナカツタ。Treitz氏靱帶カラ30種ノ場所ニハ手術シタ端々吻合ガアリ、ソレカラ4種肛門方ニハ小指頭大同性質ノ腫瘍ガアリ、腸管腔内ニ向ツテ茸狀ニ突出セル様ニ觸レタ。更ニTreitz氏靱帶カラ1米30種ノ場所ニハ鳩卵大同性質ノ腫瘍ガアリ、之ハ腸管ヲ環狀ニ侵シテ居ルガ狹窄ハナク、ソノ腫瘍ノ口側ノ腸管ハ約5程程肛門側ヘ進ンデ第2ノ重積ヲ形成シテ居タ。併シ其部ノ口側腸管ハ特ニ擴張モセズ他ノ小腸管ト同様ニ萎縮シ、重積部ニハ色ノ變化、浮腫等ナク、内外鞘間ノ癒着モナク、容易ニ重積部ヲ解離スルコトガ出來タ。更ニ迴腸末端ヨリ口側約20種ノ場所ニモ小指頭大同性質ノ腫瘍ヲ認メタ。

腸間膜根部ニハ淋巴腺ノ大豆大ニ腫脹シタモノガ多數ニアリ、何レモ彈性硬デアツタ。

胃、大腸、肝臟及ビ脾臟ニハ變化ヲ認メ得ナカツタ。

上記ノ様ナ合計5個ノ腸管腫瘍ヲ腹腔内ニ殘シタ儘、腸吻合場所ヲ大網デ保護シ腹壁ヲ2層ニ縫合シテ手術ヲ終ツタ。

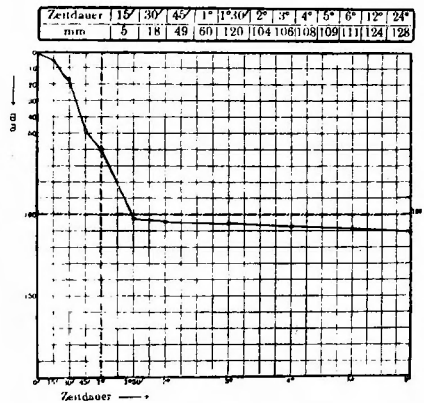
術後経過：経過良好デ第7日目抜糸、手術創ハ大部分一二次性ニ癒合シタガ一部感染シ、術後23日デ退院シタ。

術後血液検査：(9月15日)(第2表参照)

第3表 赤血球沈降速度 (nach Westergreen)

第2表 術後16日目血液像

赤血球數	3,400,000
血色素量 (Sahli)	51%
血色素指數	0,74
白血球數	8900
種	%
鹽基嗜好多核白血球	0
レオシン ⁷ 嗜好多核白血球	1,0
中性嗜好多核白血球	24,5
核白血球	分葉狀 32,5
淋巴球	小淋巴球 33,5
	大淋巴球 5,0
大單核白血球	3,0
移行型	0,5
血清 Wassermann氏反應	(-)
	村田氏反應 (-)



即チ術前ニ比シ貧血ハ増惡シ、白血球增多ハ減退シ、而モ白血球ノ種類ハ正常ニ近クナツタ。

赤血球沈降速度ハ、中等價56ヲ示シ著明ニ充進シテ居タ(第3表参照)。

胸骨穿刺：(9月15日) Arinkin氏法ニヨリ胸骨穿刺ヲ行ヒ骨髓像ヲ檢シタ所、正常ナル人骨髓像ヲ示シテ異常所見ガナイ(第4表参照)。

レ線検査：(9月18日術後19日目)十二指腸レントゲンヲ使用シテ十二指腸及ビ小腸ノ造影検査ヲ施行シタ所、小腸ノ何處ニモ通過障碍、狹窄及ビ異常擴張ハ認メラレナカツタ。

頭蓋骨、胸骨、肋骨、脊椎骨、骨盤骨及ビ肺臟ニ腫瘍ノ轉移像ハ認メラレナカツタ。

切除標本肉眼の所見。切除重積腸管ハ長さ約45種、ソノ周ハ約16種ニ及ビ、外鞘ハ出血性黒紫色ヲ帶ビ浮腫ガアリ、所々ニ纖維素性白色被膜ヲ認メタ。切除標本ヲ1週間⁷ホルマリン⁷デ固定シ、腸間膜附着部デ縦ニ開キ檢スルト、内外鞘間粘膜カラノ出血ニヨツテ、腸管腔内ニ多量ノ凝血ガ認メラレ、又腸管壁自身モ黒褐色ヲ呈シテ居タ。

第4表 骨髓像

細胞種類		%
「メガロ بلاステン」		0
赤血球	「マクアブラス」	0
	鹽多正	3,1
	基染色性	0,1
母細胞	「ノルブラス」	0
	鹽多正	9,5
	基染色性	1,2
赤血球母細胞 計 13,9		
骨髓母細胞		2,5
骨髄	「プロミエロチーテン」	0,1
	「ミエロチーテン」	0,8
	「メタミエロチーテン」	0,5
	桿狀分	0
	葉核	0
	鹽基嗜好 計 1,4	
酸性白血球	「プロミエロチーテン」	0,2
	「ミエロチーテン」	0,6
	「メタミエロチーテン」	0,6
	桿狀分	0,1
	葉核	0,2
	酸嗜好 計 1,7	
中性白血球	「プロミエロチーテン」	2,8
	「ミエロチーテン」	9,7
	「メタミエロチーテン」	18,7
	桿狀分	20,8
	葉核	15,7
	中性嗜好 計 67,7	
骨髓性白血球 計 73,3		
淋巴球		10,3
大單核細胞		0,9
骨髓巨態細胞		0,1
「プラスマ」細胞		1,3
網狀内被細胞		0,2

内鞘ノ先頭ニハ4×4種大ノ彈性硬ノ腫瘤ガアリ、腸管内ニ突出シテ粘膜ヲ切除シ、黒褐色。其ノ剖面モ同様ニ黒褐色デ、筋肉層ヲ一部侵シテ居ルガ漿液膜ハ侵サレテ居ナカタ。内鞘ヲナシテ居ル小腸管内デ、口側カラ約7-10種ノ所ニ3×2種大ノ橢圓形彈性硬ノ腫瘤2個アリ、何レモ内腔ニ向ツテ茸狀ニ突出シ粘膜ヲ切除シテキタ。同様ノ腫瘤ガ外鞘末端カラ4種ノ場所ニ1個、又外鞘ノ略々中央部ニ2×6種大ノ横ニ長イ腫瘤ガアリ、腫瘤ノ内面ハ溝狀ニ陥入シテ潰瘍ヲ形成シテキタ。之等ノ腫瘤ハ何レモ境界鮮鋭デ剖面ハ灰白色デアツタ。

切除腸管ニ附着シテ居ル腸間膜中ニハ大小數個ノ彈性硬ノ淋巴腺腫脹ガアリ、其剖面ハ褐色ヲナスモノト灰白色ヲ呈シテ居ルモノトアツタ(附圖第4, 5, 6参照)。

同顯微鏡的所見:

i) 腸管壁腫瘍ハ、大小不同ノ圓形細胞ガ不規則ニ配列シ、明ラカニ肉腫組織像ヲ呈シ、稀ニ不正形分葉狀核ヲ有スル細胞ガアリ、マタ之等肉腫細胞ノ間ニ、比較的大キナ「エオジン」嗜好性顆粒ヲ有スル細胞ガ混在シテ、不明瞭デハアルガ格子狀纖維ガ認めラレタ。

腫瘍及ビ腸管壁ノ血管ハ何レモ異狀ニ擴張シ、ソノ中ニ赤血球ヲ入レ、特ニ重積内鞘ノ先頭ヲナシテ居ル腫瘤ニ於テソレガ甚シク、或ル部デハ腫瘍細胞ノ間ニ赤血球ガ溢出シテ居ル組織内出血像ガ見ラレ、且ツマタ黒褐色煤狀ノ「ヘモジデリン」色素ガ組織間隙ニ析出シテキタ(附圖第11, 12参照)。

ii) 腸間膜淋巴腺腫瘍ヲ檢スルト正常ナ淋巴球カラナル淋巴腺組織像ヲ示シテケルガ、皮質ニ於ケル胚中樞ノ像ハ不明瞭デ、纖維性ノ被膜ガアリ、ソノ外ニ肉腫細胞ノミカラナル腫瘍組織ガ存在シテ居テソレガ淋巴腺内部ニ向ツテ組織間隙ヲ通シ浸潤性ニ擴大シツ、アル像ガ見ラレル。此ノ淋巴腺轉移腫瘍ニ於テモ細胞ハ大小不同ノ圓形デ、染色度モ不同、核ハ細胞ノ中央ニアツテ、圓形又ハ橢圓形ヲ呈シ稀ニ不正形ノ核モ混在シテ、核分裂像モ認めラレル。併シ細胞ハ稍々密ニアツテソノ間ニ同ジク不明瞭ナガラ格子狀纖維ガ存在シ、而モ粗大ナ纖維性網狀組織ハ認めラレナイ。

腫瘍細胞ノ間質ハ比較的明ルク、稀ニ「エオジン」嗜好性顆粒ヲ有スル細胞ヲ混在シテ居ルガ、腸管壁腫瘍ノソレニ比シテソノ數ハ少イ(附圖第13, 14参照)。

辜丸腫瘍別出標本:(昭和13年5月6日伏見病院デ別出)

肉眼的所見: 10×7種大卵圓形ノ腫瘤デ表面平滑彈性硬、肥厚シタ莖膜デ覆ハレテ居ル。剖面ハ實質性灰白色デ、2×1,5種大ノ橢圓形纖維性組織デ10數個ニ區分サレテキタ。辜丸ハ原形ヲ留メズ、副辜丸ハ後側ニ壓迫サレテキタ(附圖第7, 8参照)。

顯微鏡的所見: 辜丸ノ腫瘍細胞ハ大小不同ノ圓形細胞デ、ソノ間質明ルク 格子狀纖維ガ明瞭ニ認めラレ、

定型的圓形細胞肉腫像ヲ呈シテ居タ(附圖第 9, 10 參照)。

生物學的検査:

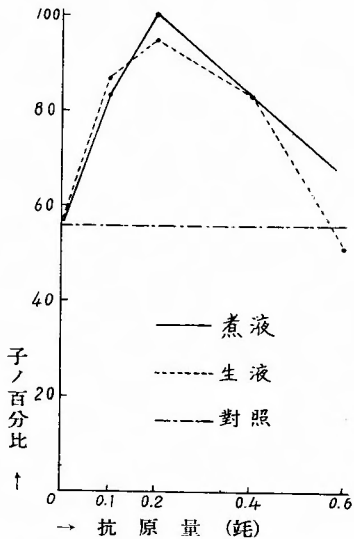
第 5 表 辜丸腫瘍ノ「イムベデン」(I)

抗原量 (鈎)	生				煮				對照
	0,1	0,2	0,4	0,6	0,1	0,2	0,4	0,6	
喰	14	16	13	9	13	16	14	11	9
菌	17	18	17	12	17	20	16	13	11
子	31	34	30	21	30	36	30	24	20
子ノ 百分比	86,1	94,4	83,3	50,8	83,3	100	83,3	66,6	55,5

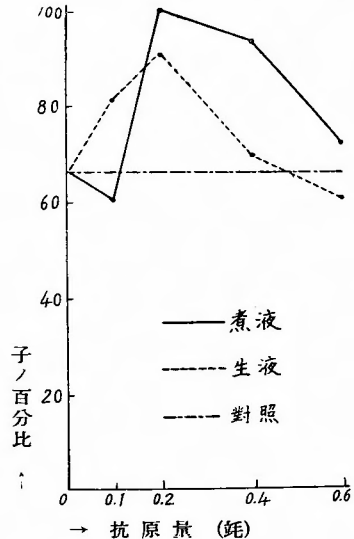
第 6 表 小腸腫瘍ノ「イムベデン」(II)

抗原量 (鈎)	生				煮				對照
	0,1	0,2	0,4	0,6	0,1	0,2	0,4	0,6	
喰	12	13	10	9	9	15	14	11	10
菌	15	17	13	11	11	18	17	13	12
子	27	30	23	20	20	33	31	24	22
子ノ 百分比	81,8	90,9	69,6	60,6	60,6	100	93,9	72,7	66,6

(I)



(II)



即チ辜丸腫瘍及ビ小腸壁腫瘍ノ「イムベデン」現象ハ陽性デアル。

考 察

腸重積特ニ小腸重積症ハ、腸壁ノ腫瘍ヲ其ノ誘因トスルモノガ多イガ、本例ニ於テモ此ノ腸重積ハ小腸壁ノ腫瘍ガ原因デ發來シタモノデアツテ、而モ既ニ3ヶ月前ニ剔出サレタ辜丸肉腫ノ小腸壁轉移ニ據ツタモノデアル。即チ腸管壁腫瘍、腸間膜淋巴腺腫瘍、辜丸腫瘍ノ組織所見ヲ検査比較スルト顯微鏡所見デ前述シタ様ニ何レモ圓形細胞肉腫像ヲ呈シ、且ツ何レノ腫瘍ニモ「イムベデン」現象ガ著明ニ出現シタノデ、肉腫デアルコトハ更ニ確實デアル。只腸管壁腫瘍ノ顯微鏡の所見ハ腸間膜淋巴腺腫瘍及ビ辜丸腫瘍ノソレト比較シテ多少異リ、「エオジン」嗜好性組織球ガ混在シ、マタ血行障碍ノ爲ニ二次的變化ガアリ、腫瘍細胞其モノノ性状ニモ多少ノ變性ガ認メラレタ。併シ此等ノ變性ハ腫瘍發生箇所ノ條件ガ異ツテ居ル爲メニ起ツタモノデアツテ、腸間膜淋巴腺轉移腫瘍ニ於テハカハル變性ハ認メラレズ、辜丸腫瘍ト比較シテ全く同一ナ組織像ヲ呈シ定型的ナ圓形細胞肉腫デアツタ。

腸管壁腫瘍組織像デハ肉腫細胞間ニ原形質中比較的大キナ「エオジン」嗜好性顆粒ノアル細胞ガ混在シテ居タガ、是ハ正常腸管壁特ニ粘膜下層ニヨク見受ケラレル「エオジン」嗜好性顆粒ノアル組織球ガ局所性ニ増殖シタモノデアツテ、本來ノ腫瘍細胞デハナイ。マタ肉腫細胞ガ不規則ニ配列シタ間ニ粗大ナ纖維性網狀構造ガアルガ、是ハ辜丸肉腫及ビ腸間膜淋巴腺轉移腫瘍ニ於テモ同様ニ認メラレタモノデアツテ、特ニ辜丸肉腫ニ於テハ其ノ格子狀構造ガ肉腫細胞間隙ヲ充シテ居タ。是ハ此ノ肉腫細胞ノ惡性度ノ強イコトヲ示スモノト考ヘラレル。

腸重積ノ爲高度ノ血行障礙ヲ來シタ結果、重積先頭部ノ腫瘍ニハ二次的變化トシテ肉腫細胞間隙ニ赤血球ノ溢出、「ヘモジデリン」色素沈着ガ認メラレ且血管ガ著明ニ擴張シテキタ。

マタ腸管壁腫瘍中ノ肉腫細胞ニハ其ノ核ガ分葉狀ニ變化シタモノガ混ジテ居タノデ、或ハ i) 網狀肉腫 (Reticulosarkom), マタハ ii) 骨髓肉腫 (Myelosarkom) デハナイカトモ考ヘラレルノデアル。

併シ網狀肉腫ニ於テハ一般ニ細胞ガ規則正シク一様デアツテ、Copeland 及ビ Geschickter ニヨレバソノ95%ハ20歳以下ノ若人ニ發病スルコトガ多イモノデアル。本症例ニ於テハ腫瘍細胞ハ大小不同、患者ハ61歳ノ老人デアツタノデ網狀肉腫デハナイ。

マタ本症例ガ骨髓肉腫デアレバ何處カ骨髓ニ原發病竈ガ存在シテ居ラネバナラスガ、頭蓋骨、胸骨、肋骨、脊椎骨、骨盤骨等ノ線像ヲ檢シタトコロ、何レモ正常デアツテ、骨髓肉腫ニ特有ナ多發性圓形陰影缺損ハ何處ニモ發見スルコトガ出來ナカツタ。剩ヘ胸骨穿刺ヲ行ツタ所、其ノ骨髓像ハ正常デアツタ。依ツテ骨髓肉腫ヲモ否定シ得タ。

以上カラ辜丸及ビ小腸壁或ハ腸間膜淋巴腺腫瘍ハ何レモ同一ノ圓形細胞肉腫デ、辜丸肉腫ヲ原發トシテ、小腸壁次イデ腸間膜淋巴腺ニソレガ轉移ヲ來シタモノト理解シテ間違ヒガナイノデアル。

抑々空腸ニ腸重積症ヲ來スコトハ稀ナモノデアツテ、1937年 Freilich 氏ノ報告ニ依レバ、腸重積3284例中、小腸重積ハ462例(14%)デ、其ノ内空腸重積ハ24例(0.9%)ニ過ギナイノデアル。而モ腸重積症ハ小兒ニ多クテ、大人ニハ稀デアルコトヲ考ヘルト、本症例ノ如何ニ稀有ナモノデアルカガ解ル。而モソレガ辜丸肉腫ノ空腸壁轉移ニ基因シタコトハ頗ル興味アルコトデナケレバナラナイ。

辜丸肉腫ニハ紡錘形細胞肉腫、巨大細胞肉腫、圓形細胞肉腫、脈管周圍肉腫、黑色肉腫、囊腫狀肉腫、腺肉腫、腺囊腫等ガアツテ、又ソノ中ニハ痛カ肉腫カ區別ノ困難ナ移行型モアリ、ソノ分類ハ仲々困難デアル。併シ斯ノ様ナ際デモ吾々ハ此等腫瘍ノ「イムペデン」現象ヲ檢査スルコトニ依ツテ顯微鏡的ニ不確定ノモノモ生物學的ニ肉腫ト確定シ得ルノデアル。

肉腫ハ先ヅ若年期ニ發病シ其約半數ハ外傷ガ誘因(原因デハナイ)トナツテ居ル。脱腸帶ニヨル慢性ノ刺戟、又黴毒性ノ慢性炎症等ガ誘因ニナツテモ辜丸肉腫ハ發生シ得ルノデアル。

辜丸肉腫ノ好發部位トシテハ副辜丸尾部接觸地 (König, Kocher, Robin, Rott), 辜丸門

(Ziegler), Highmori 氏體 (Ehrendorfer) 等ガ舉ゲラレテ居ル。

最初カラ彈性硬ナル無痛性腫瘤トシテ現ハレ、徐々ニ増大スルガ1ケ年以上ハ何等苦痛ナク経過シ、其後原因ナクシテ急ニ増大シ、白膜マタハ陰囊ヲ破ル事ガアル。又ヨク交感性陰囊水腫或ハ血腫ヲ伴ツテ來ル。

次ニ辜丸肉腫ノ轉移ハ Most 氏ノ強調シテ居ル様ニ後腹膜淋巴腺ニ最モ多クテ、鼠蹊部淋巴腺ニ轉移ヲ作ル事ハ稀デアル。マタ反對側ノ辜丸或ハ皮膚、肺臟、腦髓、骨格等ニモ轉移シ得ルガ、本症例ノ様ニ小腸ニ多發性ニ轉移ヲ作ル事モ稀ニアルノデアル。

總 括

1) 患者ハ61歳ノ男子デ、腸閉塞症狀ヲ呈シテ入院、手術ノ結果小腸壁ニ數個ノ腫瘍ガ存在シ、ソノ1ツガ誘因トナツテ空腸重積ヲ起シテキルコトガ解ツタ。重積解離ハ不可能デアツタノデ同部ノ切除ヲ行ツタ。

2) 同患者ハ入院3ヶ月前右辜丸腫瘍ノ剔出手術ヲ受ケテキタ。

3) 剔出辜丸腫瘍、小腸管壁腫瘍及ビ腸間膜淋巴腺腫瘍ヲ組織學的ニ檢シタ所、何レモ圓形細胞肉腫像ヲ示シタ。

4) 辜丸及ビ小腸壁腫瘍ハ何レモ「イムペヂン」現象ガ陽性デアツタ。

5) 即チ本例ハ辜丸ニ原發シタ圓形細胞肉腫ガ、多發性ニ小腸壁ニ轉移ヲ作り、ソノ轉移腫瘍ノ1ツガ誘因トナツテ空腸重積症ヲ來シタ極メテ稀有ナモノデアル。

剔出辜丸標本ノ肉眼的及ビ顯微鏡的所見ニ付キ發表ヲ許サレタル京都市伏見病院外科部長阿部四郎博士ニ心カラノ感謝ヲ捧グ。

主 要 文 獻

- 1) Emil Ehrendorfer: Beiträge zur Kenntnis der Hodengeschwülste, Archiv für Klinische Chirurgie, Bd. 27, S. 336, 1881.
- 2) Hans Hellner: Multiple Myelome, Die Knochengeschwülste, S. 121, Berlin, 1938.
- 3) Hans Hellner: Das Ewingsche Knochensarkom, Reticulosarkom des Knochenmarks, Die Knochengeschwülste, S. 132, Berlin, 1928.
- 4) 林 清一: 辜丸腫瘍, 滿洲醫學雜誌, 第24卷, 3號, 725頁, 昭和11年3月.
- 5) Hermann Simon: Multiple Myelome, Neue Deutsche Chirurgie, 43. Bd., Die Sarkome, S. 9, Stuttgart, 1928.
- 6) Hermann Simon: Das Sarkom des Hodens, Neue Deutsche Chirurgie, 43. Bd., Die Sarkome, S. 433, Stuttgart, 1928.
- 7) 日比野進: 余等ノ考案セル骨髓穿刺器ニ就イテ, 日本血液學會雜誌, 第1卷, 3號, 昭和12年9月.
- 8) 平田正行: 廣汎ナル小腸切除ヲ行ヘル空腸ポリポージスニヨル腸重積症ノ1例, 外科, 第1卷, 9號, 69頁, 昭和12年12月.
- 9) 古居亮次郎: 稀有ナル腹腔内辜丸腫瘍ノ1例, 日本外科學會雜誌, 第32卷, 1509頁, 昭和7年.
- 10) 今牧甲子男: 辜丸ノ畸形性腫瘍(複雜性皮膚様囊腫), 日本外科學會雜誌, 第29卷, 805頁, 昭和3年.
- 11) 岩本正樹: 兩側ニ來レル各々異ナル辜丸腫瘍ノ1例, 日本外科學會雜誌, 第32卷, 1509頁, 昭和7年.
- 12) 町井秀成: 辜丸癌腫ノ1例, 滿洲醫學雜誌, 第6卷, 665頁, 昭和2年.
- 13) 中根太郎: 惡性辜丸腫瘍ノ2例, 日本外科學會雜誌, 第29卷, 805頁, 昭和3年.
- 14) 岡田侃三: 辜丸惡性腫瘍ノ1例, 滿洲醫學雜誌, 第24卷, 6號, 1253頁, 昭和11年6月.
- 15) Rudolf Klima: Sternalpunktion und Knochenmarksbild bei Blutkrankheiten, Berlin und Wien, 1938.
- 16) 坂口 勇: 辜丸ノ肉腫ニ就テ, 日本外科學會雜誌, 第17卷, 1號, 189頁, 大正6年.
- 17) 坂口 勇: 辜丸ノ大細胞性腫瘍ニ就テ, 日本外科學會雜誌, 第17卷, 1號, 191頁, 大正6年.
- 18) Tetsuo Miyata: Zur Kenntnis der Hodengeschwülste und die Bedeutung des Traumas für ihre Entstehung, Archiv für Klinische Chirurgie, Bd. 101, S. 426, 1913.

芋坂論文附圖

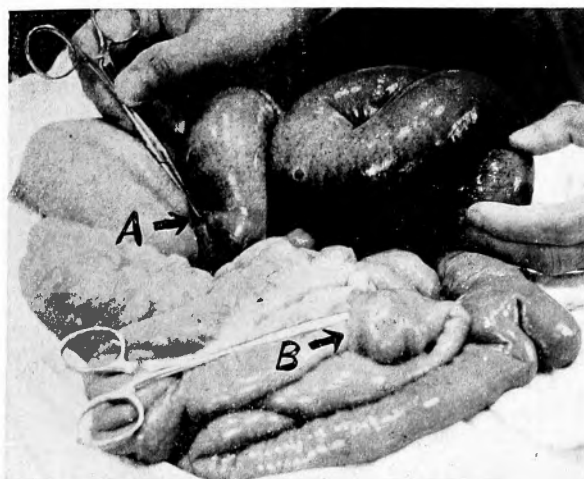
第 1 圖 鏡 像



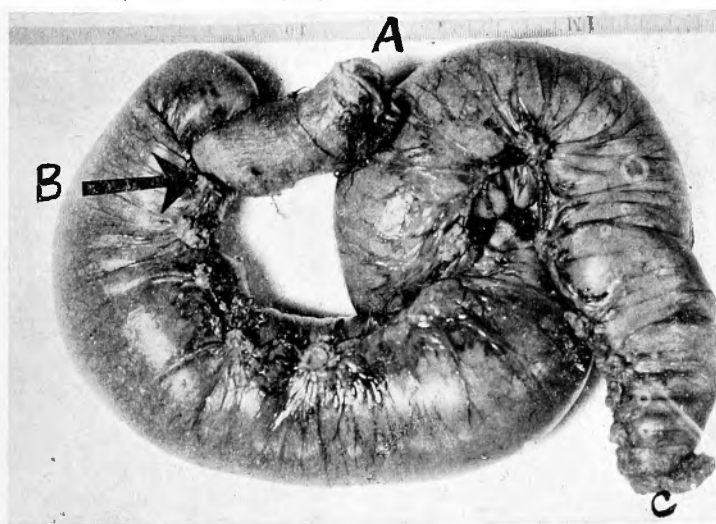
第 2 圖




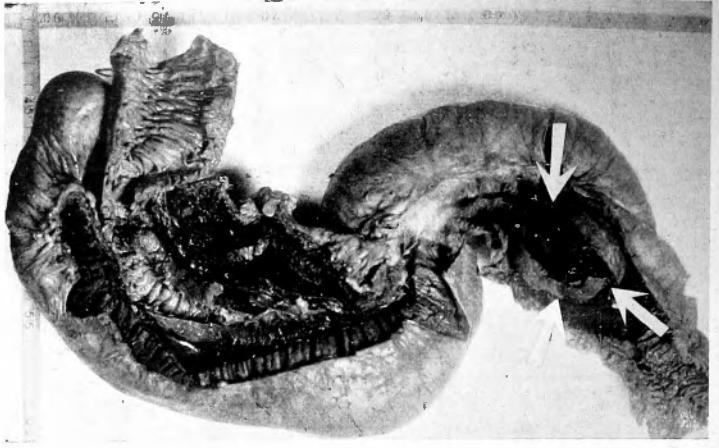
第 3 圖 A: 小腸重積, B: 第 2ノ小腸重積



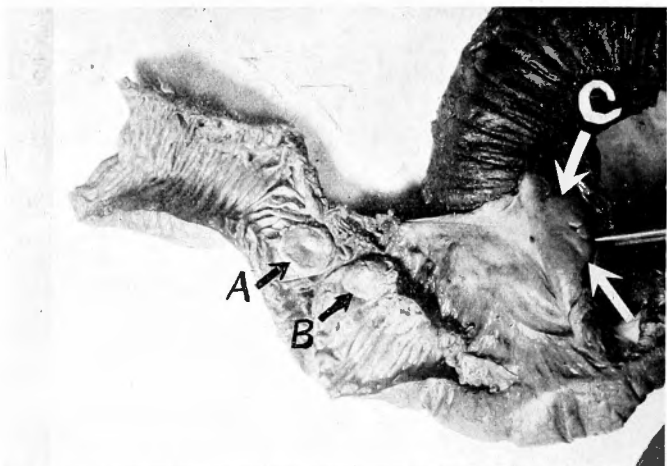
第 4 圖 A: 口側斷端, B: 腸重積, C: 肛門側斷端



第5圖  : 腸重積ノ先頭ヲナセル腫瘍

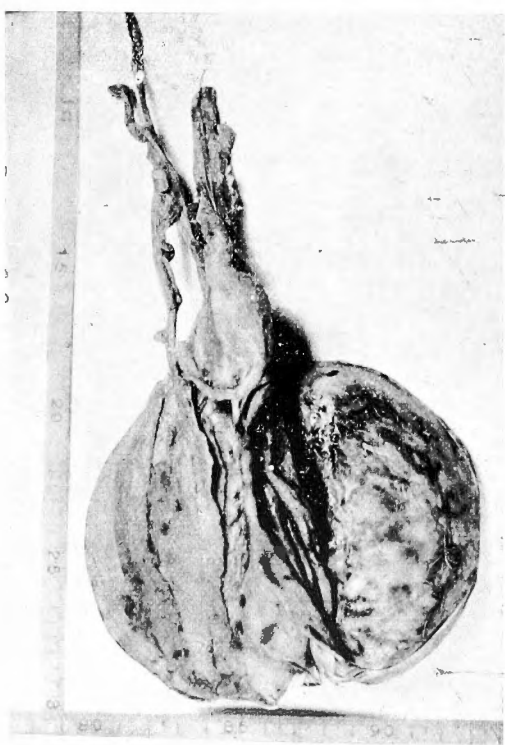


第6圖 A, B: 腸管壁ノ茸狀腫瘍, C: 腸間膜淋巴腺腫瘍

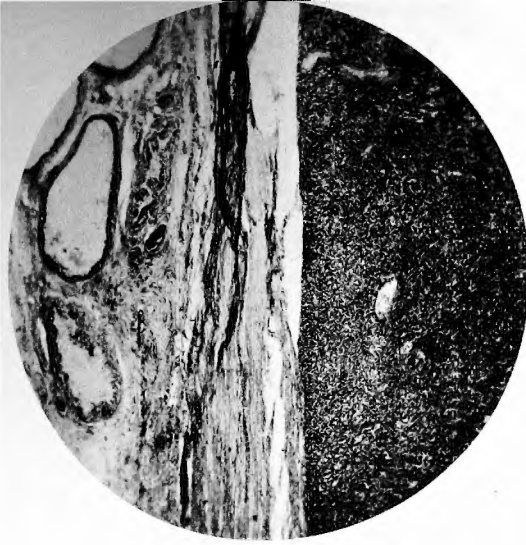


第7圖 ↓

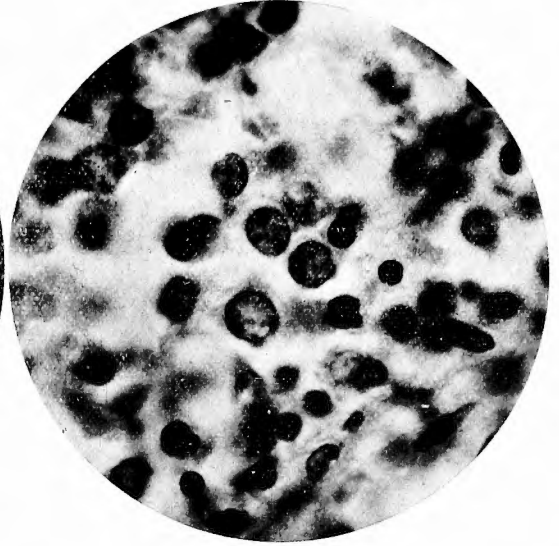
↓ 第8圖



第 9 圖
 正常副睪丸組織
 腫 瘍



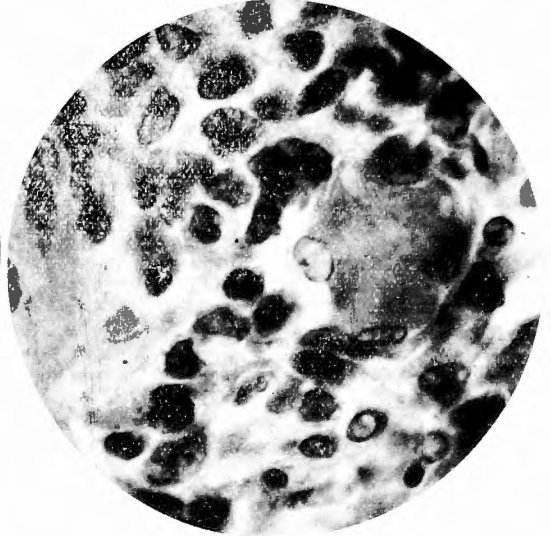
第 10 圖



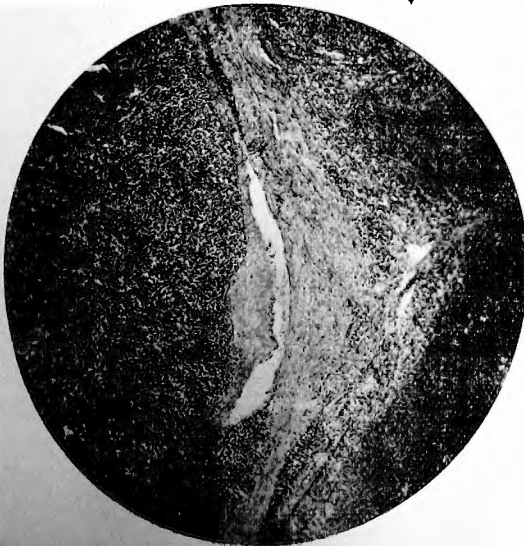
第 11 圖
 腫 瘍 粘 膜



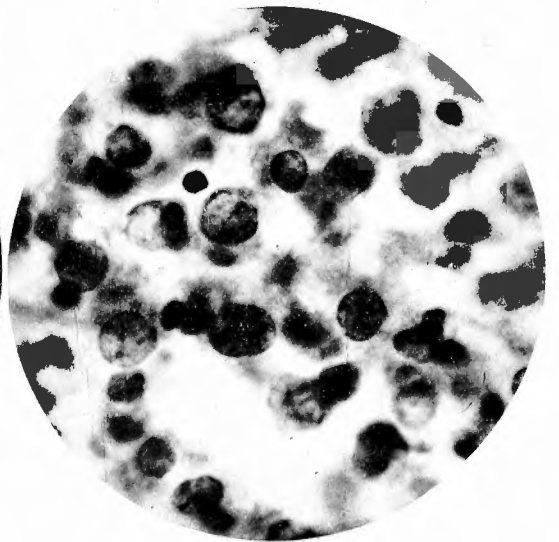
第 12 圖



第 13 圖
 腫 瘍 正常淋巴腺



第 14 圖



附 圖 說 明

- 第1圖：術前ト線検査像（立位ニテ鏡像ヲ示セリ）。
- 第2圖：術前ト線検査像（經肛的造影劑注入ニヨリ大腸ハ盲腸部迄其ノ全貌ヲ示セルモ造影劑充盈ニヨリ擴張セズ）。
- 第3圖：開腹時寫眞（止血鉗子ヲ以テ2ヶ所ノ小腸重積ヲ示セリ）。
- 第4圖：切除小腸外觀。
- 第5圖：切除小腸內面（腸重積ノ先頭ヲナセル腫瘤ヲ示ス）。
- 第6圖：切除小腸內面（芽狀腫瘍及ビ腸間膜淋巴腺腫瘍ヲ示ス）。
- 第7圖：睾丸腫瘍剔出標本外觀。
- 第8圖：睾丸腫瘍剔出標本剖面。
- 第9圖：睾丸腫瘍組織像 Leitz: 25倍。
- 第10圖：睾丸腫瘍組織像 Leitz: Immersion 1000倍。
- 第11圖：腸管壁腫瘍組織像 Leitz: 25倍。
- 第12圖：腸管壁腫瘍組織像 Leitz: Immersion 1000倍。
- 第13圖：腸間膜淋巴腺腫瘍組織像 Leitz: 30倍。
- 第14圖：腸間膜淋巴腺腫瘍組織像 Leitz: Immersion 1000倍。

Erklärung der Abbildungen.

- Fig. 1.: Radiogramm vor der Operation. Spiegelbild im Stehen.
- Fig. 2.: Radiogramm vor der Operation. Dickdarm ohne Dilatation im irrigierten Zustand.
- Fig. 3.: Bild bei der Laparotomie. Die Dünndarmschlinge mit den Invaginationen (A. u. B.).
- Fig. 4.: Die äussere Ansicht der resezierten Dünndarmschlinge.
- Fig. 5.: Die innere Ansicht der resezierten Dünndarmschlinge.
- Fig. 6.: Die innere Ansicht der resezierten Dünndarmschlinge. Fungusförmige Tumoren an der Darmwand und mesenteriale Lymphdrüsentumoren.
- Fig. 7.: Die äussere Ansicht des exstirpierten Hodentumors.
- Fig. 8.: Schnittfläche des exstirpierten Hodentumors.
- Fig. 9.: Histologisches Bild des Hodentumors. Leitz: 25×.
- Fig. 10.: Histologisches Bild des Hodentumors. Leitz: Immersion 1000×.
- Fig. 11.: Histologisches Bild des Darmwandtumors. Leitz: 25×.
- Fig. 12.: Histologisches Bild des Darmwandtumors. Leitz: Immersion 1000×.
- Fig. 13.: Histologisches Bild des mesenterialen Lymphdrüsentumors. Leitz: 30×.
- Fig. 14.: Histologisches Bild des mesenterialen Lymphdrüsentumors. Leitz: Immersion 1000×.