

腫瘍トシテ再發セル良性腮性嚢腫

京都帝國大學醫學部外科學第一講座 (荒木教授)

副手 醫學士 吉 井 達 郎

Recurring Carcinoma Five Years after the Removal of Benign Branchiogenic Cyst.

By

Dr. Taturo Yoshii

(From the Department of Surgery, Kyoto Imperial University
(Prof. Dr. Ch. Araki))

Patient: 59 year old male.

Admitted to our clinic on Nov. 20, 1936.

In 1933 the patient noticed a small tumor on the left side of the neck, which grew quite slowly and had reached the size of a hen's egg. 2 months prior to admission, the tumor suddenly began to grow rapidly.

On admission there was a round tumor of about the size of an infant's head on the left side of the neck (Fig. 1 and 2). In the overlying skin an ulceration following "moxa" burn was present which was 3 cm in size. Subcutaneous veins around the tumor were tortuous and engorged. The tumor was tense and fluctuant and yielded yellowish brown fluid when punctured. There was no pain on palpation. The tumor moved with the larynx during swallowing.

A diagnosis of cystic struma was made and operation was performed on Nov. 20, 1936. At exploration the tumor was largely cystic. In the course of dissection of the cyst wall, which was relatively thin and adherent to surrounding structures, the wall was ruptured here and there and profuse bleeding took place. The tumor, however, was apparently removed in toto.

The postoperative course was uneventful, except for the partial infection of the wound. The patient recovered well and was discharged 12 days after the operation on Dec. 1, 1936.

The removed cyst was thin walled and appeared, if sufficiently filled, to be larger than the size of a fist. On the smooth inner wall of the cyst there was a small papillomatous mural nodule (3×1 cm), which histologically proved to be cylindrical cell papilloma (Fig. 3, 4 and 5). Similar papillomatous structures were detected microscopically in other parts of the cyst wall, where gross proliferations were not observed. No carcinomatous degeneration was found.

Readmission on June 3, 1941.

Since discharge from our clinic the patient had been quite well until about 2 years ago, when he noticed again a hard tumor in the left infraauricular region. The growth of the tumor, which had been quite slow for 2 years, has recently become exceedingly rapid.

On readmission there was a hard tumor of the size of a hen's egg just below the left

auricle and two other smaller tumors were found lying more medially (Fig. 6).

The second operation was performed on June 7, 1941.

The main infraauricular tumor was firmly attached to the underlying internal jugular vein and external carotid artery, so that the radical removal was practically impossible, and a small portion of the tumor was left on the walls of these vessels, while the other two daughter tumors were extirpated in toto.

The patient recovered pretty well from the operation, but the further course was unsatisfactory. Four weeks after the operation local signs of recurrence gradually began to appear, i.e., diffuse induration and intractable neuralgic pains in the left upper cervical and occipital regions. For the relief of the pains left cervical posterior rhizotomy (C₁-C₄) was performed on July 14, 1941. Though the pains disappeared completely after the operation, the recurrent tumor has been growing incessantly.

On Aug. 2, 1941, at the request of the family the patient was discharged in hopeless condition.

The tumors removed at the second operation were largely solid, with small cystic portions filled with serous chocolate colored fluid (Fig. 7). Histological preparations showed typical squamous cell carcinoma with pearly bodies (Fig. 8). Papillomatous changes were not observed throughout the tumor.

Comment:—

In the present case the primary tumor was a benign cyst with cylindrical cell mural papilloma, while the recurrent tumors were squamous cell carcinoma. There may be no doubt about the assumption that both tumors have taken their origin from the remnant of embryonic branchial arches. It appears somewhat unusual that the location and histological structures of the two tumors were different. It is quite probable, however, that a small portion of the wall of the primary cyst had remained unremoved at the upper corner and had given rise to a recurrent tumor, which had recently undergone carcinomatous degeneration with metamorphic changes and metastasized to the neighboring lymphnodes.

患者：西○作○郎，59歳，男子。

第1回：昭和11年11月20日入院。

主訴：頸部左側ニ於ケル無痛性腫脹。

現症歴：約3年前頸部左側ニ鴻卵大ノ無痛性ノ腫瘤ヲ氣付ケリ。苦痛ナク，全ク徐々ニソノ大サヲ増シ，本年(昭和11年)9月20日頃迄ニ超鵝卵大トナレリ。コノ頃ヨリ何等誘因ト考ヘラルルモノナクシテ，急ニソノ大サ増シ始メ，局所ニ可成リノ熱感ト緊張感ヲ來スニ至リ，約30日前，醫師ヨリ穿刺ヲ受ケ暗赤色ノ内容ヲ多量ニ排出シテ縮小セルモ，腫瘤ハ數時間ニシテ元ノ大サニ返レリ。ソノ頃腫瘤上ニ點灸シ，同所ニ潰瘍ヲ作り，今日ニ至ルモ治癒セズ。腫瘍ノ増大ト共ニ暗褐色ノ分泌物ヲ潰瘍部ヨリ出シ今日ニ至ル。

本朝ハソノ創面ヨリノ分泌物ガ急ニ増加セリ。

發病以來、音聲嘶嘎、嚥下困難等無シ。

既往症：著患ヲ知ラズ。パセドー氏病ヲ思ハシメルモノナク、花柳病ハ否定シ、横痃、音聲嘶嘎、發疹ヲ來セル事ナシ。

家族歴：特記スベキ遺傳性疾患ヲ認メズ。

郷里(島根縣)ニ幾人カノ同様ナル頸部腫脹ヲ有スル者アリ、ソノ内唯1人ニノミ眼球突出、羸瘦、神經衰弱アルヲ認ムルノミニテ、他ハ總テ苦痛ナシト云フ。

全身所見：體格中等大、榮養良好、皮膚稍々蒼白、發疹、異常色素沈着ヲ認メズ。

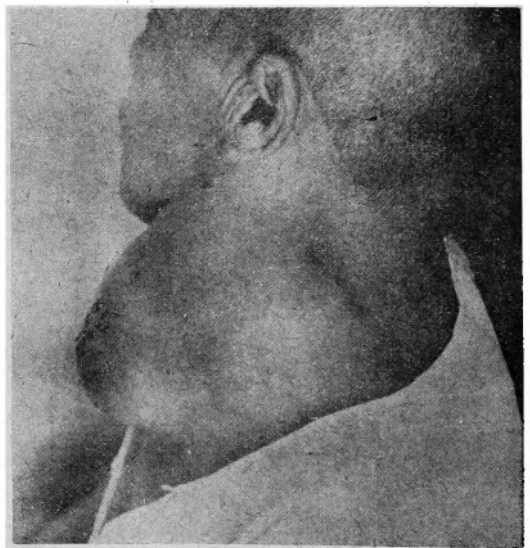
脈膊1分時80、整正、緊張良好、急速ナラズ。呼吸安靜、頻ナラズ。腹式呼吸ヲナス。

顔面浮腫性ナラズ。顔面神經麻痺ノ徵候ナシ。眼球眼瞼ニ異常ヲ認メズ。口唇口腔ニ異常ナク、舌ハ眞直ニ前方ニ突出センメ得、纖維性搖擗ヲ認メズ。胸廓左右對稱性ニシテ異常ナシ。心臟濁音界正常、心音清澄ニシテ心臟機能亢進ヲ證明セズ。肺臟ハ打診聽診上異常ナシ。腹部モ視診上觸診上異常ナシ。肝臟、左右腎臟及ビ脾臟ヲフレズ。背部及ビ脊柱ニ異常ナシ。四肢異常ナク、腱反射正常ニ存シ、異常反射ヲ證明セズ。

局所所見：頸部左側ニ小兒頭大腫瘍ヲ認ム(第1—2圖)。前ハ正中線ヲ約2横指越エ、上ハ直接ニ下顎ニ接シ、下ハ鎖骨ヲ數横指越エ、後ハ項部ニ及ビ、前後徑ハ約13浬、上下徑ハ約10浬ナリ。コノ腫瘍ハ前後2個ノ膨隆ヲ有ス。境界ハ可成リ明瞭ニシテ、腫瘍ノ頂上ニハ直徑約3浬ノ圓形ニシテ扁平ナル糜爛面ヲ認メ、ソノ周圍ハ紫藍赤色ヲ呈ス。腫瘍ノ周圍ニハ靜脈ノ擴張セルモノ2,3アリ、正中側、下側ニ於テ特ニ著明ナリ。



第1圖 第1回手術前



第2圖 第1回手術前

觸診スルニ腫瘍ノ頂上ハヤヤ熱ク搏動ハ觸レズ。硬度ハ彈性軟ニシテ總テノ方向ニ波動ヲ證明シ、壓縮性ナク、壓迫ニヨリ腫瘍ノ境界各方向ニ一層鮮明トナル。ソノ際、壓痛ヲ證明セズ。又指ニヨリ壓窩ヲ殘サズ。腫瘍上ノ皮膚ハ頂上附近ニ於テ腫瘍ト癒着シ移動セシメ得ズ。又腫瘍ハソノ基底部ヨリ移動シ難シ。腫瘍ハ光ヲ通サズ。唾液ヲ嚥下セシムル時、腫瘍ハ喉頭ト共ニ上方ニ動キ固定スルヲ得ズ。

腫瘍頂上潰瘍面ハ、ソノ中央部ニ黑色ノ壊死ニ陥レル部分アリ、ソノ周圍ニハ表皮缺損アリ、創面ハ淺ク赤色ニシテ邊緣ニ穿堀ナシ。黑色壊死部ヨリ黃褐色漿液性ノ分泌物湧出ス。分泌物ヲ檢鏡スルニ赤血球ヲ含ミ、 L ヒヨレステリン T ノ結晶ノ如キモノナシ。

穿刺スルニ、始メハ分泌物ト同様ナル黃褐色ノ内容ヲ出スモ次第ニ赤色ノ色調ヲ帶ビ、約20 ㏍出スニ全ク血液様トナレリ。

内容物ノ培養試験ニ於テ L ブイヨン T ニモ寒天培地ニモ菌聚落ヲ生ゼズ。

上記穿刺後腫瘍ハ稍々縮小セルモ、數分ニシテ再ビ元ノ大サニ復ス。

診斷：上記諸症狀及ビ所見ニヨリ左側囊腫狀甲狀腺腫ト診斷シ、即日手術ヲ施行ス。

手術(昭和11年11月20日)：穿刺ニヨリ約600 ㏍ノ囊腫内容ヲ排出シタルニ、始メ黃色ヲ帶ビタル暗褐色ノ液ナリシモ、次第ニ血液様トナル。

皮膚切開ヲ頸部ノ中央部ヨリ横行シテ頸部マデ約18 ㌢加フ。ソレヨリ紡錘狀ニ潰瘍面ヲ圍ム第2ノ皮膚切開ヲナシ、皮下組織ヲ剝離シテ、一時潰瘍面ヲ包ミ縫合ス。潤頸筋、胸鎖乳頭筋ハ扁平ニ腫瘍ノ表面ヲ被ヒ、囊腫ハ褐色ニ透見ス。

腫瘍上ヲ走ル筋纖維ヲ一層毎ニ切斷スルニ、腫瘍ノ薄壁ノ一部ヲ損傷シ新鮮血液噴出セリ。更ニ腫瘍ヲ周圍組織ヨリ剝離シ行クニ、各所ニ於テ囊腫壁ヲ損傷シ、出血多量ニシテ脈膊頻、緊張弱トナレリ。ヨツテ腫瘍ヲ急ギ鋭性ニ、或ハ鈍性ニ剝離シテ剔出ス。

外頸靜脈ヲ切斷シ、二重ニ結紮セル以外ニ特ニ大ナル血管ヲ損傷セズ。腫瘍ハ總頸動脈、内頸靜脈ノ上ニ存在セリ。反對側ノ甲狀腺ハ健常ナリキ。尚ホ手術時、上及ビ下甲狀腺動脈ヲ認メズ。術後直ニ輸血300 ㏍ヲ行ヒ脈搏緊張良好、整正トナル。

術後：經過良好ニシテ、眼球突出、眼球陷沒ナク、瞳孔反射正常ナリ。又嚥下困難、音聲嘶嘎ナシ。

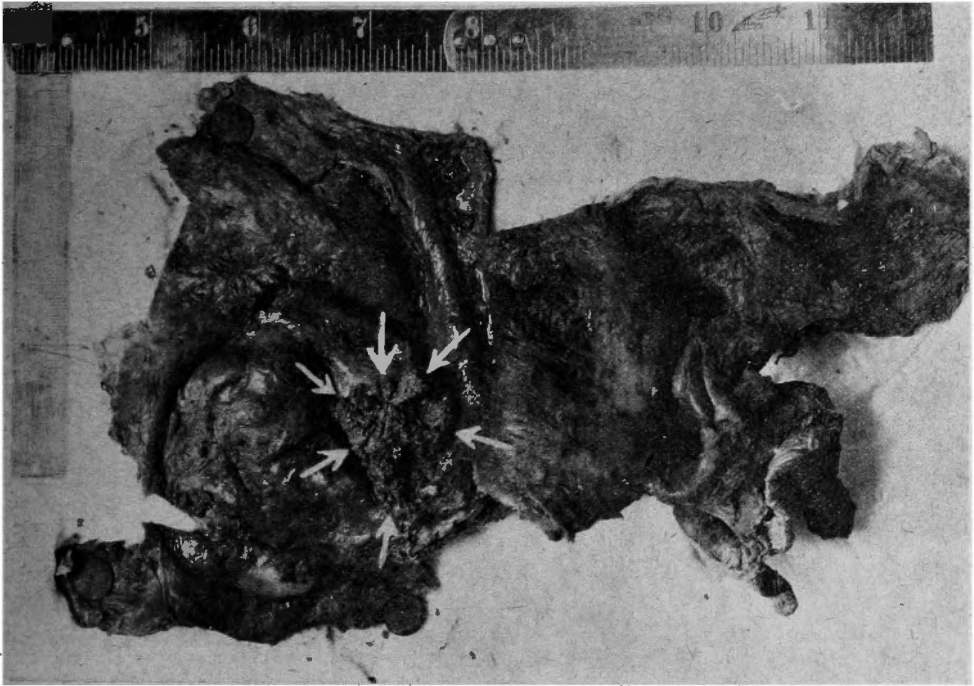
術後7日目ニ手術創ノ部ニ發赤、腫脹、壓痛ヲ證明シ皮下ニ膿瘍ヲ認ム。手術創ヲ開放ス。

退院時所見(昭和11年12月1日、術後12日目)：手術創ハ哆開シ分泌物ハ僅少、肉芽ハ新鮮赤色ニシテ良好ナリ。創面、周圍ニハ浮腫、發赤、壓痛、溫度上昇等ヲ證明セズ。頸部ニハ手術創ノ他異常ナク、全身狀態ハ入院時ト著變ナシ。

(以上昭和11年入院時ノ記載ハ當時ノ主治醫村上治朗博士ニヨル。)

剔出セラレタル標本ヲ見ルニ、大サハ小兒頭大ニシテ表面ハ比較的平滑、囊腫壁ハ比較的薄ク、内面モ比較的平滑ニシテ(第3圖)、一部ニ乳嘴狀長サ約3 ㌢、巾約1 ㌢ノ充實性結節アリ。

コノ部ノ組織標本ヲ見ルニ、圓柱上皮ニテ形成セラレタル乳嚢腫ノ像ヲ呈シ、嚢腫壁ノ他ノ一部ヲトリテ作リタル組織標本ニ於テモ、一部ニ同様ナル乳嚢狀部アリ（第4、5圖）。壁ノ筋纖維ハ強ク萎縮シ、ソノ纖維間ニ細胞浸潤ヲ見ル。



第3圖 第1回手術剔出嚢腫内面(矢印部 乳嚢腫)

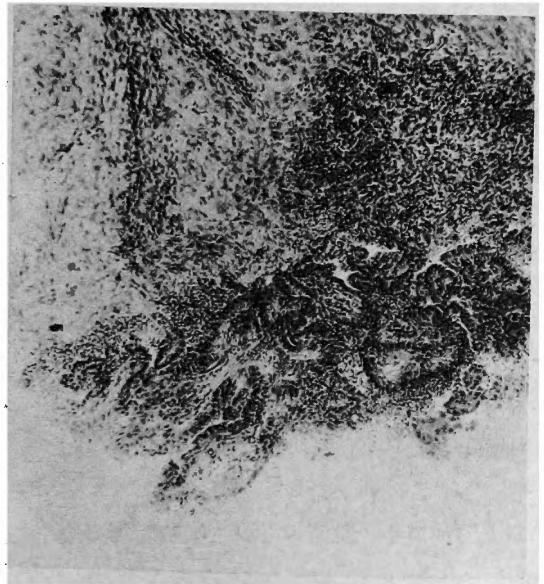
又血管周圍ニモ細胞浸潤アリ。

然シ甲状腺組織ヲ思ハシメル如キ像ハ何處ニモ見出サズ、又淋巴濾胞モ認メズ。

第2回：昭和16年6月3日、約5年後再入院、64歳トナル。

主訴：左側耳下部ニ於ケル無痛性腫脹。

現病歴：前記ノ如ク腫瘤ヲ剔出シ、退院セル後苦痛ナカリシモ、昭和14年頃ヨリ再び頸部左側ニ於テ耳殻ノ直下ノ部分ニ無痛性ノ梅干大ノ腫瘤アルニ氣付ケリ。コノ腫瘤ハ其後次第ニ大サヲ増シ、10日前カラ急ニ大サヲ増ス様ニテ、後頭部左側ニ重感ヲ來シ仕事(料理業)ヲ休ムニ至ル。發病來發熱感ナク、羸瘦ヲモ氣付カズ、咀嚼困難ナシ。



第4圖 第1回腫瘍壁(乳嚢腫部ニ非ズ)組織像(弱擴大)

食思良好，睡眠良好ニシテ，便通一日一行。

全身所見：體格中等大，營養正常，皮膚蒼白ナラズ，發疹，浮腫等ナシ。脈搏 1 分時 72，整正，緊張良好。呼吸 1 分時 19，胸腹式ニシテ安靜ナリ。表情苦惱ヲ現ハス。頸部異常ナシ。眼球眼瞼ニ異常ヲ認メズ。顔面神經麻痺ナシ。口唇口腔ニ異常ナク，舌ハ溫ニシテ薄キ灰白色ノ苔アル他，運動障礙ナク，纖維性搖擺ヲ證明セズ。

胸廓ハ視診上異常ナシ。

心臟濁音界正常，心音清澄ニシテ第

2 肺動脈音亢進ス。心運動ハ安靜ナリ。

肺臟，打診，聽診上異常ヲ認メズ。

腹部全般ニ膨隆モ陷沒モナク，視診，觸診上異常ナク，腸雜音モ正常ニ聞キ得。

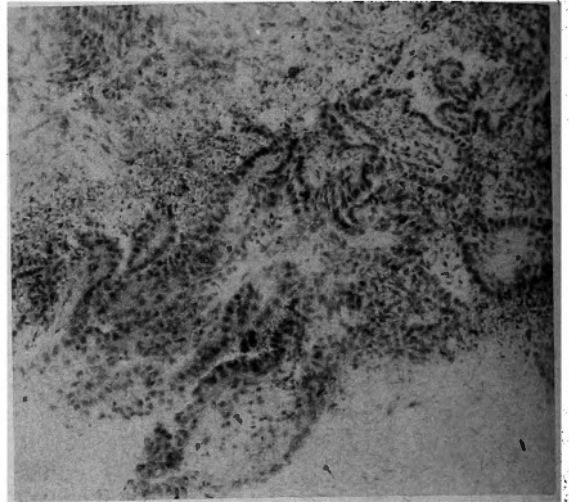
肝臟ハ正中線ニ於テ劍狀突起下約 3 横指ノ所ニ，右乳線上ニテハ右肋骨弓直下ニソノ下緣ヲ觸ルルモ，邊緣ハやや硬ナレド鈍ナラズ，又壓痛ナシ。兩側ノ腎臟及ヒ脾臟ヲ觸レズ。

背部及ヒ脊柱ニ異常ナシ。

四肢ニ異常ナク，腱反射正常ニ存ス。異常反射ヲ證明セズ。

局所所見：視診ニ於テハ頸部左側ニ耳殼ノ直下ニテ超鵝卵大ノ腫瘤アリ(第 6 圖)。コレヨリ少シク下ニ，胸鎖乳頭筋ノ走行ニ沿ヒテ梅干大ノ腫瘤アリ。更ニコノ第 2 ノ腫瘤ノ正中側ニ凡ソ拇指頭大ノ腫瘤アリ。第 1 ノ腫瘤ハ境界不鮮明ナルモ，第 2，第 3 ノ腫瘤ハ比較的明確ニ周圍ヨリ境界付ケラル。3 ツノ腫瘤上ヲ被フ皮膚ニハ靜脈怒張，異常着色，異常色素沈着ヲ證明セズ。

觸診上ニ於テハ第 1 ノ腫瘤ハ鵝卵大，表面ハ平滑ナレドモ，上下ニ走ル一條ノ溝ヲ認メ，硬度ハ彈性硬ニシテ，左耳殼下端ニ接スル一部ニ於テ彈性軟ニシテ波動ヲ各方向ニ證明ス。腫瘤ノ境界ハ明確ニシテ，基底部トノ移動性ハ極度ニ制限セラ



第 5 圖 第 1 回腫瘍壁(乳嘴腫部ニ非ズ)
組織像(強擴大)



第 6 圖 第 2 回手術前

ル。然シソノ上ノ皮膚ハヨク腫瘍ヨリ持上グルヲ得。次=第2ノ腫瘍ハ第1ノ腫瘍ノ前下方ニ存シ梅干大、表面ハ比較的平滑ナルモ硬度ハ第1ノ腫瘍ニ比シ一層硬ナリ。基底トモ皮膚トモヨク移動性ヲ有ス。又境界ハ明瞭ナリ。

次=第2ノ腫瘍ノ正中側ニ存スル腫瘍ハ蠶豆大ニシテ、ソノ性狀全ク第2ノ腫瘍ト同様ナリ。何レノ腫瘍ノ上ノ皮膚ニモ溫度上昇、壓痛ヲ證明セズ。

尙、右ノ側頸部、左右ノ腋窩ニ淋巴腺腫大ヲ認メズ。頸部ノ運動、咀嚼運動ニ何等ノ障礙ヲモ認メズ。

左鎖骨上窩-左鎖骨ニ平行シ、ソノ右端ハ喉頭部ニ達スル二次的癒合ヲナセル手術瘢痕アリ、ソノ周圍ニ硬結ナシ。

臨床諸検査：

1) 血液：赤血球 454 萬、白血球 8400、血色素 90% (ザリーー)、血色素係數 1.0。血液像ハ、中性多核白血球 71% (桿狀核 12%，分葉核 59%)、 L エオジン⁺嗜好細胞 1.0%，鹽基嗜好性細胞 0%，淋巴球 26% (大淋巴球 4%，小淋巴球 22%)、單核並ニ移行型細胞 2.0% ナリ。赤血球沈降速度 1 時間 56，2 時間 68 ニシテ、中等値 45 ニテ促進ス。

2) 尿所見：異常ヲ認メズ。

3) 肺部ニ線検査：

a) 左側肺尖部浸潤、b) 右横隔膜癒着性肋膜炎 ヲ認ム。

臨床的診斷：前回腫瘍ノ淋巴腺再發。

入院後 4 日目ニ手術。

手術所見並ニ經過：頸部左側ニ於テ、耳殼ノ下端ヨリ胸鎖乳頭筋ノ鎖骨附着部ノ外側縁ニ向ヒ鎖骨上約 2 横指ノ點マデ幾分弓狀ニ皮膚切開ヲ加フ。

第 1 ノ耳下部ノ腫瘍ヲ剔出スベク或ハ鋭性ニ、或ハ鈍性ニ剥離ヲ進ム。操作中腫瘍中ヲ回歸神經ト考ヘラレル神經ガ通過セル爲、已ムヲ得ズ之ヲ切斷ス。腫瘍ノ側面ハ比較的容易ニ剥離スルヲ得タルモ、正中側ハ内頸靜脈及ビ外頸動脈壁ニ強く浸潤癒着セル爲、剥離操作中内頸靜脈ノ壁ヲ損傷シ、噴水狀ニ出血ス。之ヲ止血シ剥離ヲ續ク。然ルニ外頸動脈壁ヨリノ剥離ハ甚ダ困難ナリシヲ以テコノ部ニ於テ一部腫瘍ヲ殘置ス。腫瘍ハ鵝卵大ヨリヤヤ大一シテ、表面ハ比較的平滑、暗赤色ノ色調ヲ有シ、腫瘍ノ上部及ビ下部ニハ波動ヲ證明シ、一部操作中ニ穿孔シ「チョコレート」色ヲセル漿液性ノ内容ヲ出セリ。

次=第 2、第 3 ノ腫瘍ヲ剔出センガ爲ニ切膚切開ヲ下方ニ鎖骨直上ニ迄延長シ、更ニ正中側ニ向ツテ鎖骨ト平行ニ約 3 横指切開ヲ加フ。

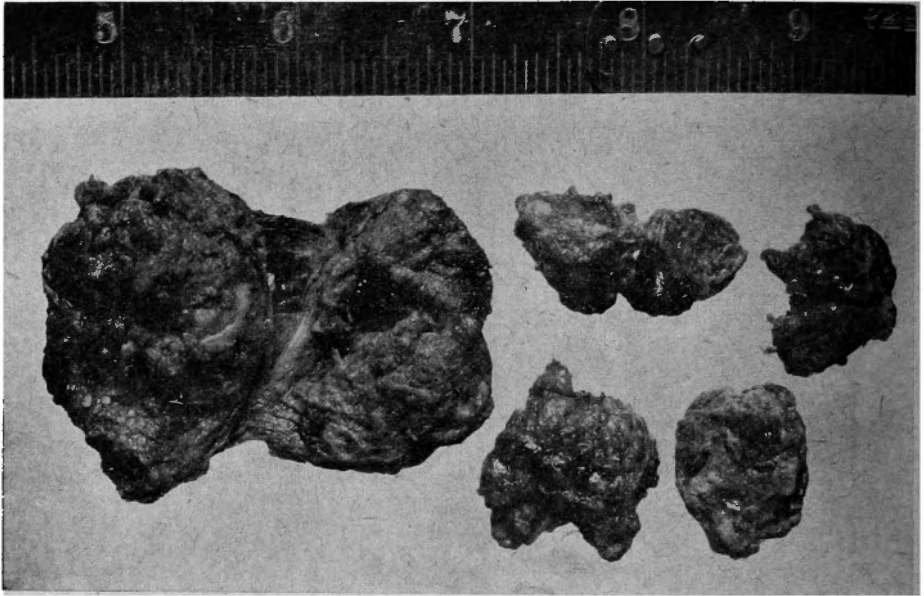
第 2 ノ腫瘍ハ比較的容易ニ剔出シ得タリ。

第 3 ノ腫瘍ハ喉頭左側ニ可成リ鞏固ニ癒着シ嚥下運動ト共ニ運動ス。併シ之モ比較的容易ニ剔出スルヲ得タリ。

皮下埋沒縫合及皮膚縫合ヲナシ、縫合線ノ最下端ニ於テゴム管2本ヲ挿入シ手術ヲ終ル。

別出標本：

肉眼の所見(第7圖)：



第7圖 第2回手術別出腫瘍(剖面)

第1腫瘍：超鶏卵大ニシテ、表面比較的平滑、硬度ハ彈性硬ニシテ一部囊腫性トナル。内容ハ「チョコレート」色ノ漿液性ノ液體ナリ。

剖面ハ一様ナラズ。灰白色ニテ可成り彈性硬ノ部分アリ、又暗赤色ノ部分アリ、結核ヲ思ハセル乾酪様ノ部分ナシ。

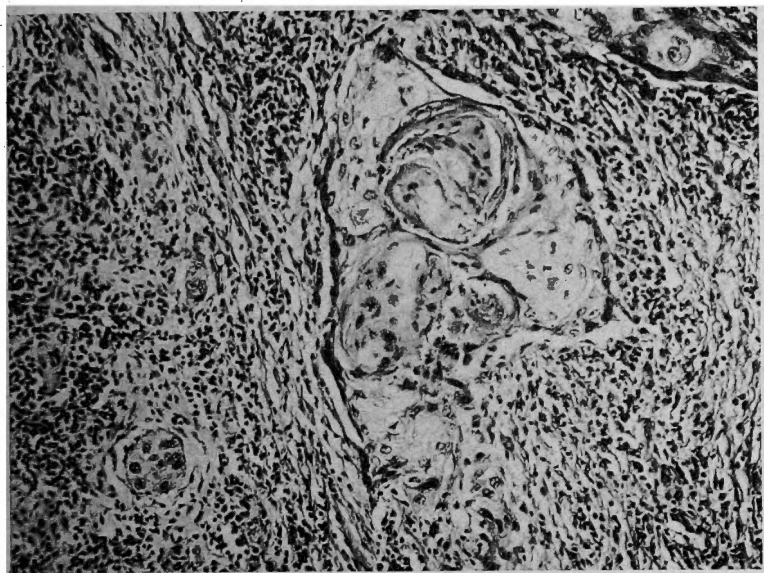
第2腫瘍：鶏卵大ニシテ球狀、硬度ハ前者ヨリやや硬ク、表面ハ平滑ナラズ。剖面ハ平等ナラズシテ大體第1ノ腫瘍ト同様ナリ。

第3腫瘍：約鶏卵大ニシテ形ハやや扁平ニシテ彈性硬ナリ。剖面ハ紫赤色ヲ呈ス。

組織學的所見：何レノ腫瘍ヨリ得タルモノモ、第8圖ニ示ス如ク典型的ノ扁平表皮細胞癌ニシテ癌球ヲ形成ス。

耳下腺、顎下腺ヨリ發生セリト思ハレル腺様構造ハ何レニモ見ラレズ。又甲状腺ノ一部ト考ヘラレル像モナク、又淋巴濾胞モ標本ノ何處ニモ發見シ得ズ。又炎症性ノ變化モ組織像ニハ見ラレズ。

術後経過：術後第1日、輕度ノ音聲嘶哑ヲ來セリ。顔面神經麻痺ノ徵候ナシ。舌ハ眞直ニ突出セシメ得。音聲嘶哑ハ第3日ニ於テ一時輕快セル如ク見ラレシモ、第5日ニ至リ元通りトナレリ。尙ホ第5日ニハ後頭部左半ニ鈍ナル頭痛アリ、又顔面神經麻痺ノ徵候現ハル。



第8圖 第2回手術剔出腫瘍組織像(強擴大)

7日目＝抜糸スルヤ、手術創ノ一部感染、哆開シ膿ヲ少量出ス。8日目＝兩側上眼瞼＝浮腫ヲ來ス。術後18日目ヨリ1週2回、上線治療ヲナシ4回照射シ合計1288rニ達シ中止ス。

21日目＝左側後頭部頭痛ノ強度ノモノ現ハレ、又嚥下ハ固形物ハ困難トナル。視診上喉頭部ニ異常ヲ認ム。27日目＝至リ嚥下困難ハ輕快ス。32日目尚ホ偏頭痛續キ、上體ヲ起サントスレバ惡心アリ。36日目＝至リ頭痛ハヨリ強クナル。44日目ヨリ頭痛ト共ニ胸内苦悶ノ發作ヲ來スニ至ル。45日目＝至リ今回ノ手術創ノ部分ニ彈性硬、瀰漫性ノ膨隆ヲ生ジ、ソノ上ノ皮膚ハ持上グルヲ得ズ。又皺襞ヲ作ルコトモ出來ズ。コノ腫瘤ハ基底部カラモ移動セシメルヲ得ズ。壓痛ナシ。

左側後頭痛發作バ1日數回現ハレ、殆ンド堪ヘ難シ。睡眠モ爲ニ障碍サル。ヨツテ術後48日目ニ、頸髓左側後根ヲ第1ヨリ第4迄切斷ス。

此レニ依リ偏頭痛ハ全ク消失シ、コレラ後根ノ支配區域ニ知覺ノ消失ヲ來ス。

嚥下困難ハコノ間一進一退シテ尚ホ存ス。55日目、頸部ノ手術創ノ抜糸ヲナシ、第1期癒合ヲナセリ。水藥及ビ重湯ヲ樂ニ嚥下シ得ルニ至ル。

退院時所見：(昭和16年8月2日。術後58日目)。顔面表情ハ相當ノ苦惱表情ヲ示シ、皮膚蒼白ニシテ入院時ニ比シ榮養可成リ強ク衰フ。

頸部正中線上約10釐＝第1期癒合ヲナセル手術瘢痕アリ、左肩部、左側頸部、後頭部左半＝知覺消失アリ。

左耳殻下端ヨリ左鎖骨ノ中央部ニ至ル手術瘢痕アリ、之レヲ中心ニ特ニソノ上部ニ於テ巾4釐ノ帶狀ノ部分ハ彈性硬ニシテ壓痛ナシ。皮下組織ノ癌性浸潤ト考ヘラレ、今回剔出セル癌腫

ノ再發セルモノト考ヘラル。

左耳下腺ノ部ヨリ左頰部ニカケテ浮腫性ニ腫脹ス。尙ホ左側ノ上下眼瞼ハ浮腫性ナリ。眼球ニハ異常ナシ。顔面神經麻痺ハ著明ナラズ。

考察：本例ハ第1回入院時ニハ囊腫性甲状腺腫ト診斷サレ居タルモ、ソノ臨床上及ビ組織學的所見ヨリシテ腮性囊腫(圓柱上皮乳嘴腫)ト考ヘ、今回剔出セルモノハ腮性癌(扁平上皮細胞癌)ト診斷セラル。更ニ今回ノ剔出手術後45日目ニ早クモ明カニ手術瘢痕ニ沿ヒ、皮下ニ癌性變化ヲ來シ、確カニ癌再發ト考ヘラルルモノナリ。

本例ニ於テ最初ニ先ヅ圓柱細胞乳嘴腫ヲ有スル腮性囊腫ヲ生ジ、其ノ剔出後約5年ヲ經テ多少部位ヲ變ヘ且ツ組織像ヲ異ニスル扁平上皮癌トシテ再發セルコトハ極メテ興味アル事實ナリ。之ハ如何ニ説明セラルベキカ之ニ就テ2ツノ可能性アルベシ。

ソノ1ツハ遺殘腮嚢組織ノ一部ヨリ先ヅ良性腫瘍ヲ生ジ、次ニ遺殘組織ノ他ノ部分ヨリ別個ニ癌腫ヲ生ジタリト考フルコトナリ。

吾々ハ從來腮性囊腫ノ完全剔出後ニ本例ノ如ク腮性癌ヲ發生セル例ヲ經驗セルコトナキモ、横行結腸腺腫ト胃癌ト共存セル例(久留教授)ノ報告アルコトヨリ類推スレバ、斯ルコトモ不可能ニハ非ザルベシ。殊ニ第1回腫瘍ト第2回腫瘍トガ發生部位ヲ多少異ニシ、又組織像ヲ異ニスルコトハコノ説明ニ一應ノ根據ヲ與フルモノナルベシ。

之ニ對シテ第2ノ説明ハ第1回手術ノ際ニ於ケル腫瘍ノ剔出完全ナラズ、腫瘍ノ一少部分ガ殘存シ、之レガ約2年ノ後ニ至リテ再發シ且ツ最近惡性化シテ急速ニ増大シタルモノト考フルニアリ。第1回手術ノ際腫瘍ノ剝離困難ニシテ各所ニ於テ囊腫壁ヲ破リタリ。從ツテ腫瘍ノ上隅部、即チ第2回腫瘍ノ發生部アタリニ腫瘍ノ一少部分ガ取り殘サレタル可能性ハ充分ニアリ得ベシ。一般ニ惡性腫瘍ノ不完全ナル剔出後ニ殘存腫瘍ガ急速ニソノ惡性度ヲ増大スルコトハ外科醫ノ屢々經驗スル所ナリ。良性腫瘍ニ於テハ斯ルコトハ稀ナレドモ尙ホ可能ナリ。我々ノ教室ニ於テ嘗テ55歳ノ男子ノ背部ニ發生セル脂肪腫ガ6年來徐々ニ増大シ來レル病歴ヨリ見て、普通ノ良性脂肪腫ト思ハレタルニモ拘ラズ、ソノ剔出後速カニ脂肪肉腫トシテ再發セル例ヲ經驗セリ(鳥潟外科學總論、第5版、昭和16年3月、第383頁、第461、462圖)。今回ノ吾々ノ例ハ第1回手術直後ニ惡性腫瘍トシテ再發セルモノニハ非ザレドモ、手術ガ本腫瘍惡性化ノ機縁ヲナシタル事ハ考ヘ得ル所ナリ。殊ニ本患者ガ第2回手術後、術前ニモ増シタル惡性ヲ以テ甚ダ速ニ再發セル事ハ、コノ間ノ消息ヲ物語ルモノト考ヘテヨモシカラン。第1回腫瘍ト第2回腫瘍トガ組織像ヲ異ニスルコトハ Metamorphose ト考ヘテ左程困難ヲ伴フモノニ非ザルベシ。

吾々ハコノ第2ノ説明ヲ以テヨリ妥當ナルモノト思惟ス。

最後ニ京都帝國大學病理學教室天野重安助教授ノ御助言ヲ深謝ス。