

胃癌を原発とする転移性副睾丸腫瘍 および精索腫瘍の各1例

山口大学医学部泌尿器科学教室（主任：酒徳治三郎教授）

小 宮 俊 秀
小 金 丸 恒 夫
福 田 和 男

METASTATIC TUMORS OF THE EPIDIDYMIS AND THE SPERMATIC CORD FROM GASTRIC CANCER: REPORT OF 2 CASES

Toshihide KOMIYA, Tsuneo KOGANEMARU and Kazuo FUKUDA

*From the Department of Urology, Yamaguchi University School of Medicine
(Chairman: Prof. J. Sakatoku, M. D.)*

Two cases of rare metastatic tumor from gastric cancer, one to the epididymis another to spermatic cord, were presented. The literatures were briefly reviewed to collect the secondary tumor of the epididymis and spermatic cord; and metastatic route, incidence, histological picture were discussed.

Case 1; A 50-year-old male was admitted to the hospital with complaint of a painless enlargement of the left scrotal contents of 3 months duration. Extirpation of the epididymis and the spermatic cord was performed. Histopathological diagnosis was made as metastatic adenocarcinoma of the spermatic cord. X-ray examination of the gastrointestinal tract revealed evidence of tumor of hen egg size in the lesser curvature of the stomach, and it was verified by laparotomy. Along the gastro-hepatic and the gastro-colic ligaments, a number of the metastatic tumors varying in size from rice corn to little finger's tip were found. There were gross evidence of metastases to the gallbladder, peritoneum, greater omentum and mesentery. Schnitzler's metastasis was also present in the pelvis.

Case 2; A 59-year-old male had had gastrectomy for gastric cancer in 1966 at the 1st surgical department of Yamaguchi University. There was no gross evidence of metastasis to the liver or other abdominal organs at that time. Histopathological diagnosis was made as adenocarcinoma. Postoperative course was uneventful until he was admitted to the hospital with complaint of a painless enlargement of the right scrotal contents of 2 weeks duration in November 1967. Right epididymectomy was performed and metastatic adenocarcinoma of the epididymis was confirmed histologically.

緒 言

悪性腫瘍が陰嚢内容、特に副睾丸、精索に発生することは比較的まれである。更に遠隔部位の他の臓器からの続発性腫瘍はいっそうまれなものと考えられ、内外の文献を精査してもその報告例は微々たるものである。最近、著者らは

胃癌より転移した副睾丸および精索腫瘍のおの
おの1例を相次いで経験したのでここに報告す
るとともに転移の機序などについて若干の考按
を加える。

症 例

症例1：50才男子、会社員。

主訴：左陰囊内の無痛性腫瘍。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：1966年8月ごろ、入浴中に偶然左陰囊内の無痛性腫瘍に気づいたが、他に自覚症状がないので放置していた。腫瘍は徐々に大きくなるので1966年11月25日山口大学病院泌尿器科外来を訪れ、12月5日入院した。食欲、睡眠良好、便通1日1行。胃腸症状は全く欠如していた。

現症：体格中等度、栄養普通、発熱なく、脈搏は1分間に約72を数え、その性状に異常なく、血圧は104/84mmHg。眼瞼、眼球結膜に異常なく、頸部、鎖骨上下窩、腋窩リンパ節は触知せず。胸部は打聴診上異常を認めず、腹部は平らで心窩部に鶏卵大の表面凹凸不平、弾性硬、呼吸性移動のない腫瘍を触知する。肝、脾は触れ得ず、右腎は深吸気時に下極を触れ、左腎は触知されない。外性器では、左副睾丸尾部は拇指頭大で弾性硬、表面凹凸不平の腫瘍を触知するが、睾丸と副睾丸の境界は明瞭である。直腸内触診にて前立腺部に異常を認めない。

諸検査成績：

血液検査：RBC 443×10^4 , Hb 15.4g/dl, Ht 46.5%, WBC 5,000, 白血球分類 正常。

血液生化学的検査：serum protein 7.4g/dl, albumin 3.5g/dl, globulin 3.9g/dl, A/G ratio 0.90, 血糖 79mg/dl, icteric index 5, CCFT 0, alk. phosphatase 2.2u, cholinesterase 1.054pH, cholesterol 175mg/dl, phenol turbidity test 9u, GPT 4u, NPN 27mg/dl, BUN 8mg/dl. 血清梅毒反応陰性。血清LDH 20u, LAP 17u. Spermin 反応 陽性。

尿所見：黄色清澄。蛋白（-），糖（-），赤血球（-），白血球（-），上皮細胞（-），結核菌（-），その他細菌（-）。

X線検査：

胸部単純撮影では若干肺気腫きみである（Fig. 1）。腹部単純撮影ならびに排泄性腎盂撮影では異常を認めない。

術前診断：左副睾丸結核の疑い。

手術所見：1966年12月6日、局所麻酔のもとに左鼠径部に皮膚切開を加え精索を剥離して、左陰囊内容を創外に脱転し、睾丸固有鞘膜を切開した。睾丸には異常を認めないが、副睾丸の尾部をおおうように拇指頭大の腫瘍を認めた。型のごとく左副睾丸摘除術と腫瘍を含む精索を一部切除した。

摘除標本：5.0×3.0×1.5cm, 13g. 腫瘍の大きさ 2.5×1.5cm. 表面平滑、弾性硬、剖面は全体的に白色調

で一部に壊死巣を認める。

組織学的所見：

精索は結合組織の増殖が強く、その線維の間に異型性に富む大型円形細胞の集団の浸潤がある（Fig. 2）。場所によっては腺腔を形成している（Fig. 3）。腫瘍細胞は神経周囲のリンパ管内にも見られる（Fig. 4）。精管には腫瘍細胞の浸潤は認められない。組織学的に転移性腺癌と診断をした。

術後経過：

術後経過は良好であった。精索の転移性腫瘍の原発巣発見のため心窩部に腫瘍を触知するので、1966年12月13日本学放射線科で胃腸透視を行なった。胃角部に鶏卵大の腫瘍があり胃癌の診断にて1966年12月15日本学第2外科に転科させた。

開腹所見：

1966年12月22日、GOE全麻のもとに剣状突起下約3cmより臍上に至る約12cmの正中切開にて腹腔内に達し、腹腔内を検すると、胃角部に3×4cmの表面粗雑な腫瘍を認めた。肝胃靱帯を肝に向かって浸潤し、網嚢孔はうづめつくされていた。胆嚢に米粒大で白色調の腫瘍を認めた。胃結腸靱帯にも転移と思われる米粒大から小指頭大の腫瘍が連珠状に認められた。腹膜、腸間膜、結腸間膜、ダグラス窩、大網に播種状に米粒大から小指頭大の腫瘍を認めた。以上の所見より大網の腫瘍を試験切除するのみにとどめて手術創を閉じて終った。

組織学的所見：

大網の脂肪組織の間に散在性に精索の転移巣と同様に異型性に富む大型円形細胞の浸潤が見られる（Fig. 5）。腺腔形成も見られる（Fig. 6）。

症例2：59才 男子、会社員。

主訴：右陰囊内の無痛性腫瘍。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：1966年5月31日胃癌の診断のもとに山口大学病院第1外科で胃切除術を受けた。腫瘍は胃体部大彎側にあり、限局性で肉眼的には漿膜面まで浸潤は認めなかった。外観では、鶏卵大の Borrmann Ⅲ型の腫瘍であった。左胃動脈、脾動脈領域の各リンパ節は腫脹していた。腹腔内臓器には肉眼的に転移巣は認められなかった。組織学的には腺癌で漿膜まで異型性に富む腫瘍細胞の浸潤が認められた（Fig. 7, 8）。腫脹したリンパ節には組織学的には転移は認められなかった。

現病歴：退院後順調であったが、1967年10月下旬ごろより右陰囊内の無痛性腫瘍に気づいた。そして、右鼠径部に牽引痛があるので1967年11月6日山口大学病

院泌尿器科外来を受診し、同年11月14日入院した。

現症：体格中等度、栄養やや貧、発熱なく、脈搏は1分間に約80を数え、その性状に異常なく、血圧は90/55mmHg。眼瞼結膜やや貧血状、眼球結膜に異常なし。頸部、鎖骨上下窩、腋窩各リンパ節は触知しない。胸部は打聴診上異常なく、腹部には剣状突起直下より臍に至る手術痕を認める。肝、脾は触れ得ず、右腎は深吸気時に下極に触れ、左腎は触知されない。外性器では、右陰嚢は鼠径部に牽引されて短縮している。陰嚢内容は鶏卵大で透光性があり陰嚢水腫穿刺後の睾丸と副睾丸の境界は明瞭である。睾丸は異常なく副睾丸の体部に小指頭大の硬結に触れる。直腸内触診にて前立腺部に異常を認めない。

諸検査成績：

血液検査：RBC 399×10^4 , Hb 12.9g/dl, Ht 39.1%, WBC 5,300, 白血球分類正常。

血液生化学的検査：serum protein 6.4g/dl, albumin 3.3g/dl, globulin 3.1g/dl, A/G ratio 1.07, 血糖 82mg/dl, icteric index 4, CCFT 0, alk. phosphatase 1.2u, cholinesterase 0.62ΔpH, cholesterol 226mg/dl, phenol turbidity test 24u, GPT 10u, NPN 25mg/dl, BUN 8mg/dl. 血清電解質 Na 145mEq/l, K 4.3mEq/l, Cl 105mEq/l, CO_2 29mEq/l, P 2.0mEq/l. 血清 LAP 17u, LDH 18u.

腎機能検査：PSP 試験, 15分値15%, 120分値79%。

尿所見：黄色清澄, 蛋白(－), 糖(－), 赤血球(－), 白血球(－), 上皮細胞(－), 結核菌(－), その他細菌(－)。

X線検査：

胸部単純撮影 (Fig. 9), 腹部単純撮影, 排泄性腎盂撮影それぞれ異常なかった。

術前診断：右副睾丸結核の疑い。

手術所見：

1967年11月14日。低位腰椎麻酔のもとに、右鼠径部に皮膚切開を加え精索を剥離して、右陰嚢内容を創外に脱転すると、陰嚢水腫があり、約15ccの黄色清澄の液が得られた。右副睾丸体部に 0.7×0.5 cm の腫瘤を認めた。右睾丸および精索には異常は認められなかった。よって型のごとく副睾丸摘除術を行なった。

摘除標本： $5.5 \times 1.0 \times 1.0$ cm, 8g. 腫瘤の大きさ 0.7×0.5 cm. 表面凹凸不平, 弾性硬。

組織学的所見：異型性に富む未分化な腫瘍細胞が広範囲に散布状に浸潤している (Fig. 10). 場所によっては小腺腔形成傾向がうかがわれる (Fig. 11). 血管周囲, 神経周囲のリンパ管内にも腫瘍細胞が認められる (Fig. 12). 精管, 副睾丸管, 睾丸輸出小管には腫

瘍細胞の浸潤は見られない。組織学的に転移性未分化腺癌と診断した。

術後経過：

術後経過良好であったが、胃癌の再発性転移と考えて1967年11月30日本学第1外科に転科させた。

手術所見：

1967年12月12日開腹術。全麻のもとに臍より恥骨結合に至る下腹部正中切開にて腹腔内に達した。緑褐色の混濁した腹水が約800cc存在し、腹膜、小腸および大腸の漿膜、腸間膜、ダグラス窩に米粒大の小結節を播種状に認めた。肝には触診上腫瘤は認められなかった。腹水の細胞診では比較的小型の細胞で核が大きく多染色で核分裂像が見られ、原形質内に空胞形成が見られるものもあり。多くは細胞は散在性であるが、なかには小集団を形成しているものもあった。

考 按

転移性副睾丸、精索腫瘍に関する報告例はきわめて少なく、Young (1905)¹⁾ による前立腺癌の精管浸潤の症例の報告以来、内外の文献を集計してもわずか30数例を数えるに過ぎない (Table 1). 転移性副睾丸、精索腫瘍の原発巣としては胃²⁻¹⁵⁾, 小腸¹⁶⁾, 結腸¹⁷⁾, 脾¹⁸⁾, 腎¹⁹⁻²¹⁾, 前立腺^{1, 10, 22-25)}, 鼻咽頭粘膜²⁶⁾, 睾丸・副睾丸^{27, 28)}, の腫瘍があげられる。このうち胃癌の副睾丸、精索転移の症例は Debernardi (1907)²⁾ が報告して以来、Henke u. Lubarsch (1926)³⁾, Katzen (1941)⁴⁾, Lewis, Goodwin & Randall (1944)⁵⁾, London & Grossman (1949)⁶⁾, 三国・平田 (1955)⁷⁾, Williams & Thomas (1955)⁸⁾, 高井ら (1959)⁹⁾, Brotherus (1960)¹⁰⁾, Eadie (1962)¹¹⁾, 清水・井川 (1963)¹²⁾, 田辺ら (1965)¹³⁾, 平田・鈴木 (1966)¹⁴⁾, 大越ら (1966)¹⁵⁾ の報告例がある。

以下主な報告例について概述する。Willis²⁹⁾ によれば Debernardi は胃癌が両側の睾丸および副睾丸に転移した症例を報告し、転移の経路は後腹膜腔リンパ節よりリンパ行性であろうとされている。また Schierge³⁰⁾ は胃癌の症例で腫瘍細胞が睾丸、副睾丸、精索のリンパ管内に見られたとしている。Henke u. Lubarsch は精索への胃癌転移を剖検例にて2例認めている。Katzen は胃幽門部腺癌が右副睾丸転移および精索内に浸潤した症例を報告した。Lewis らは

Table 1. Secondary tumors of epididymis and spermatic cord.

Primary	Secondary	Epididymis	Spermatic Cord	Epididymis & Spermatic Cord
Gastro-intestinal Tract		Debernardi (1907) Cope & Newcomb (1930) Brotherus (1960) Hirata & Suzuki (1966) Ohkoshi et al. (1966) Authors (1968)	Henke u. Lubarsch (1926) (2 cases) London & Grossman (1949) Williams & Thomas (1955) Mikuni & Hirayama (1955) Tsutiya & Nakagawa (1958) Takai et al. (1959) Brotherus (1960) (2 cases) Simizu & Igawa (1963) Tanabe et al. (1965) Authors (1968)	Katzen (1941) Lewis, Goodwin & Randall (1944) Eadie (1962)
Prostate		Humphrey (1944) Brotherus (1960)	Young (1905) (a few cases) Thompson & Pilcher (1935) Semans (1938)	Rummelhardt (1952)
Kidney		Henke u. Lubarsch (1925)	Riches, Griffith & Trackray (1951)	Derman (1927)
Testis & Epididymis			Wrobel (1902) Brockow & Gummess (1951)	
Pancreas			Kato et al. (1963)	
Upper Respiratory Tract		Kawaichi (1948)		

小彎側の未分化癌が肺，肋膜，脾，脾，副腎，腸間膜，結腸間膜，腸管漿膜，腹膜，虫垂，精索，副睾丸に転移した症例を報告した。彼らは腹腔内に播種性転移し，連続的に腹膜より鼠径管を経て両側精索，右副睾丸に direct extension したと考えている。London & Grossman の例では胃の腺癌が右睾丸へ転移し副睾丸，精索，鞘状突起にも癌浸潤が認められ，剖検で左精索，陰囊にも癌浸潤があった。Williams & Thomas は胃の未分化腺癌が腸管，右精索に転移した症例を報告している。Brotherus は幽門洞の未分化癌が右副睾丸に転移した症例 1 例と右精索に転移した原発巣が胃癌とおもわれる症例を 2 例報告している。Eadie の症例は胃原発とおもわれる硬性癌が左副睾丸および左精索へ転移したもので転移巣の組織像は未分化腺癌であった。しかし，精管には腫瘍細胞の浸潤はなかった。

わが国においては三国・平山が胃癌が後日発見された転移性精索腫瘍を報告したのが最初である。高井らは両側精索腫瘍を初発症状とし剖

検にて胃噴門部に原発腫瘍を認めた。また肝，横隔膜，大網，腸間膜のリンパ節にも転移が認められた乳頭状腺癌を記載している。清水・井川の症例は虫垂切除後術創に硬結あり，試験切除により左精管で腺癌，原発巣は胃癌としている。平田・鈴木の症例は幽門洞の硬性癌が左副睾丸に転移したもので，組織像は硬性癌が副睾丸間質に浸潤し，腫瘍細胞はリンパ管内にも見られ，また一部では睾丸網におよんでいた。大越らの症例は胃の硬性癌が右睾丸，副睾丸に転移したもので，組織所見で，睾丸，副睾丸，精管周囲に間質の増殖を伴った腫瘍細胞が見られ，いわゆる硬性癌の像を呈していた。著者らの症例 1 は転移性精索腫瘍を初発症状として X 線検査ならびに手術的検索により胃原発腫瘍を発見することができた。症例 2 は胃癌による胃切除術後 1 年半経過して右副睾丸に転移したものである。

胃癌転移臓器別頻度について調査すると，陰嚢内転移はきわめてまれなものと考えられる。たとえば Henke u. Lubarsch は 2,738 例の胃癌

の剖検症例のうち1,967例に転移を認めた。臓器別転移の頻度は肝846(42.5%)、腹膜460(23.4%)、大網230(12%)、胸膜144(7.3%)、脾131(6.6%)、肺127(6.4%)、骨103(5.3%)などの順となっている。泌尿性器系の転移は副腎73(3.7%)、腎60(3.0%)、膀胱13(0.7%)、

尿管9(0.5%)、精索2(0.1%)、精嚢腺1(0.05%)、睾丸1(0.05%)となっている。すなわち精索転移症例を2例に認めているが、副睾丸転移症例はない。また著者らが1965年度日本病理剖検輯報³¹⁾による胃癌の剖検症例を集計した結果では(Table 2)、1,579例の臓器別

Table 2. Site of metastasis of gastric cancer (1579 cases)

Site	No. of cases	Per cent	Site	No. of cases	Per cent
Liver	742	47.0	Duodenum	62	3.9
Peritoneum	566	35.8	Urinary bladder*	48	3.0
Lung	443	28.1	Intestine	48	3.0
Pancreas	376	23.8	Brain & Pia	46	2.9
Adrenal gland*	244	15.5	Uterus	44	2.8
Spleen	127	8.0	Skin & Subcutaneous tissue	43	2.7
Large intestine	127	8.0	Mesentery	33	2.1
Ovary	125	7.9	Rectum	26	1.6
Greater omentum	124	7.9	Ureter*	23	1.5
Bone	122	7.7	Thyroid gland	19	1.2
Gallbladder & Bile ducts	122	7.7	Appendix	9	0.6
Kidney*	118	7.5	Prostate*	7	0.4
Small intestine	110	7.0	Muscle	5	0.3
Pleura	103	6.5	Mammary gland	5	0.3
Diaphragm	98	6.2	Testis*	5	0.3
Oesophagus	77	4.9	Thymus	3	0.2
Heart & Epicardium	71	4.5	Uterine tube	2	0.1
Bone marrow	71	4.5	Spermatic cord*	1	0.06

* Urogenital site

転移の頻度は肝742(47.0%)、腹膜566(35.8%)、肺443(28.1%)、脾376(23.8%)、脾127(8.0%)、結腸127(8.0%)、卵巣125(7.9%)、大網124(7.9%)、骨122(7.7%)などの順となっている。泌尿性器系の転移は副腎244(15.5%)、腎118(7.5%)、膀胱48(3.0%)、尿管23(1.5%)、前立腺7(0.4%)、睾丸5(0.3%)、精索1(0.06%)となっている。泌尿性器系の転移の頻度は比較的多いが、副睾丸および精索転移は非常にまれなものである。消化器腫瘍より副睾丸および精索への転移の経路としては、まず後腹膜腔リンパ節、大動脈前リンパ節へリンパ行性播種を起こし、リンパ逆行性に精索、睾丸および副睾丸へ転移をきたすと高井らは述べている。また Henke u Lubarsch は胃癌剖検例中転移のあった1,967例のうち97.9%にリンパ節転移を認めている。リン

Table 3. Metastasis to lymph nodes from gastric cancer (1579 cases)

Lymph nodes	No. of cases	Per cent
Perigastric	694	44.0
Retroperitoneal	482	30.5
Peripancreatic	417	26.4
Mesenterial	335	21.2
Periportal	320	20.2
Hilar	320	20.2
Supraclavicular	199	12.6
Preaortic	177	11.2
Cervical	71	4.5
Mediastinal	69	4.3
Lienal hilar	35	2.1
Axillary	29	1.8
Inguinal	15	0.9

Cases of postoperative condition (738)

パ節転移の部位としては、胃周囲および臍周囲 837 (42.5%)、後腹膜腔 349 (17.7%)、腸間膜 212 (10.7%)、門脈周囲 203 (10.3%) などの順となっている。後腹膜腔に 17.7% の転移が認められる事実よりすれば、前記の意見も十分考慮されるべきものと高井らは述べている。著者らの集計においては (Table 3)、1,579 例中 738 例は術後であった。リンパ節の転移の部位の頻度は胃周囲 694 (44.0%)、後腹膜腔 482 (30.5%)、臍周囲 417 (26.4%)、腸間膜 335 (21.2%)、門脈周囲 320 (20.2%)、肺門 320 (20.2%)、鎖骨上 199 (12.6%)、大動脈前 177 (11.2%) などの順となっている。胃周囲への転移の頻度が少ないのは術後の症例が 738 例含まれていることによる。後腹膜腔および大動脈前へ 30.5%、11.2% と Henke u. Lubarsch の統計より高頻度に転移を認めた。このことは高井らの説を裏づけるものといえよう。高井らの症例では癌性腹膜炎、後腹膜腔リンパ節転移を認めなかった。しかし腹腔内漿膜下リンパ節に多数の転移を認めたことより、漿膜下リンパ管網を通して両側精索に転移をきたしたとしている。Williams & Thomas, Eadie, 田辺ら、平田・鈴木、大越らも高井らの述べているごとく、後腹膜腔リンパ節、大動脈前リンパ節へリンパ行性播種を起こし、リンパ逆行性に副睪丸および精索に転移したとしている。著者らの症例も同様の経路にて副睪丸および精索に転移したものである。Lewis らの症例のように腹腔内に播種性転移し、連続的に腹膜より鼠径管を経て精索および副睪丸に direct extension する転移の経路もあるが例外的なものと思われる。

結 語

1) 50才男子および59才男子の胃癌より精索および副睪丸に転移した症例各1例を報告し、若干の文献的考按を加えた。

2) 転移性副睪丸および精索腫瘍はまれで本邦例としては3例目および7例目の症例である。

本稿の要旨は1968年4月24日第38回山口大学外科整形外科泌尿器科集談会および6月9日第118回日本泌尿器科学会岡山地方会で口演した。

稿を終るに当り御懇篤なる御指導と御校閲を賜わっ

た恩師酒徳治三郎教授に深く感謝する。なお、御協力いただいた 本学 第1外科、第2外科の各位に深謝する。

文 献

- 1) Young, H. H.: Bull. Johns Hopkins Hosp., **16**: 315, 1905.; Johns Hopkins Hosp. Rep., **14**: 515, 520, 528, 1906.
- 2) Debernardi, L.: Beitr. path. Anat., **40**: 534, 1907, Cited by 29).
- 3) Henke, F. und Lubarsch, O.: Handbuch spez. path. Anat. Histol., IV: 945, Springer. 1926.
- 4) Katzen, P.: J. Urol., **46**: 734, 1941.
- 5) Lewis, L., Goodwin, W. and Randall, W.: J. Urol., **51**: 75, 1944.
- 6) London, M. Z. and Grossman, S. N.: J. Urol., **62**: 713, 1949.
- 7) 三国・平山: 泌尿紀要, **1**: 271, 1955.
- 8) Williams, W. J. and Thomas, L. P.: Brit. J. Surg., **43**: 204, 1955.
- 9) 高井ら: 札幌医誌, **16**: 481, 1959.
- 10) Brothrus, J. V.: J. Urol., **83**: 171, 1960.
- 11) Eadie, D. G.: Brit. J. Surg., **50**: 156, 1962.
- 12) 清水・井川: 日泌尿会誌, **54**: 761, 1963.
- 13) 田辺ら: 臨床皮泌, **19**: 635, 1965.
- 14) 平田・鈴木: 日泌尿会誌, **59**: 309, 1966, 臨泌, **21**: 51, 1967.
- 15) 大越ら: 日泌尿会誌, **57**: 1258, 1966.
- 16) Cope, Z. and Newcomb, W. D.: Brit. J. Urol., **2**: 268, 1930, Cited by 29).
- 17) 土屋ら: 日泌尿会誌, **49**: 276, 1958.
- 18) 加藤ら: 泌尿紀要, **9**: 456, 1963.
- 19) Henke, F. und Lubarsch, O.: Handbuch spez. path. Anat. Histol., **VI**: 666, Springer. 1925.
- 20) Derman, G. L.: Virchows Arch., **265**: 304, 1927.
- 21) Riches, E. W.: Brit. J. Urol., **23**: 297, 1951.
- 22) Thompson, G. J. and Pilcher, F.: J. Urol., **34**: 714, 1935.
- 23) Semans, J. H.: J. Urol., **40**: 524, 1938.
- 24) Humphrey, M. A.: J. Urol., **51**: 641, 1944.
- 25) Rummelhardt, S.: Z. f. Urol., **45**: 231, 1952.
- 26) Kawaichi, G. K.: J. Urol., **61**: 1073, 1949.
- 27) Brochow, J. L.: J. Urol., **65**: 136, 1951.
- 28) Cited by Rubaschow, S.: Z. f. Urol. Chir., **21**: 42, 1927.: Arch. f. Klin. Chir., **141**: 14, 1926.
- 29) Willis, R. A.: The Spread of Tumours in the Human Body, Butterworth, London, 1952.
- 30) Schierge, M.: Virchows Arch., **237**: 129, 1922, Cited by 29).
- 31) 日本病理学会編: 日本病理剖検輯報 (昭和40年), 杏林書院, 東京, 1966.

(1968年5月30日受付)

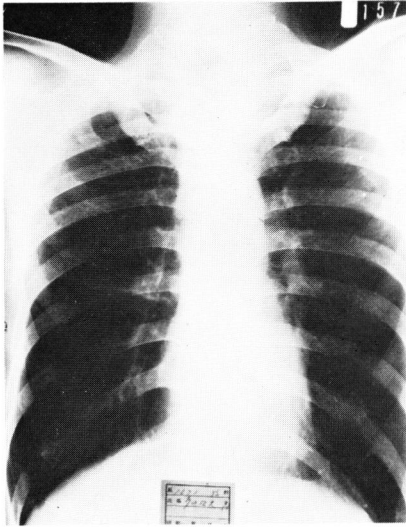


Fig. 1 Chest X-ray showing essentially normal heart shadow and slightly emphysematous lung field. (Fig. 1~6 : Case 1)

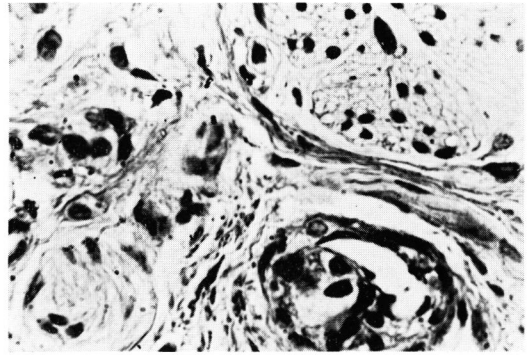


Fig. 4 Gathering of carcinoma cells in connective tissue and invasion into the perineural lymphatic space in the spermatic cord. $\times 400$

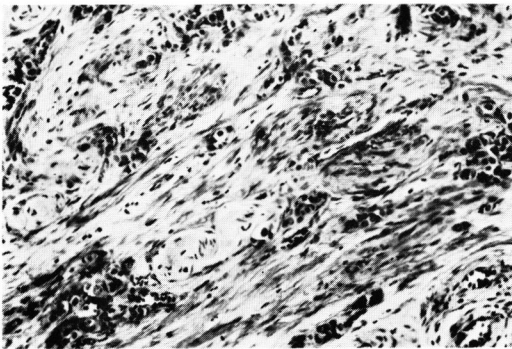


Fig. 2 Poorly differentiated adenocarcinoma lying in fibrous connective tissue stroma of the spermatic cord. $\times 100$

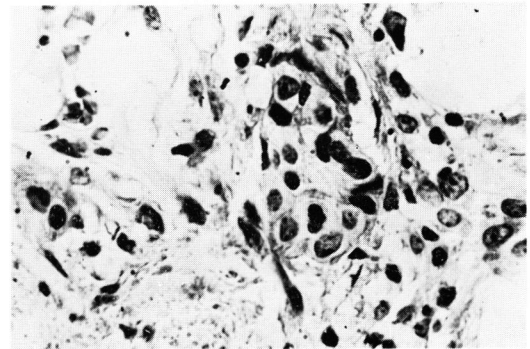


Fig. 5 Photomicrograph of the greater omentum showing poorly differentiated adenocarcinoma cells invading fatty tissue. $\times 400$

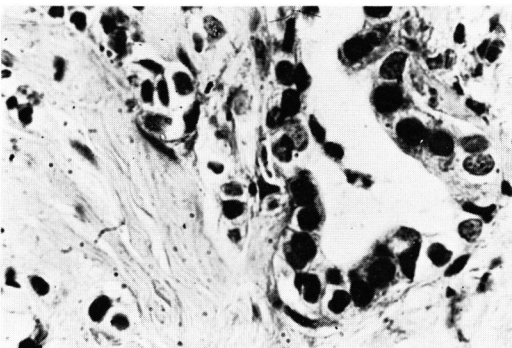


Fig. 3 Photomicrograph of tissue simulating duct formation in the spermatic cord. $\times 400$

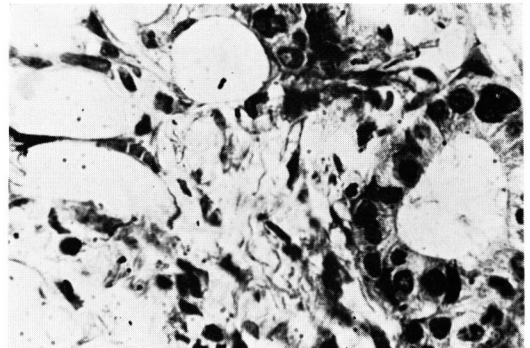


Fig. 6 Tumor in the greater omentum showing duct formation. $\times 400$

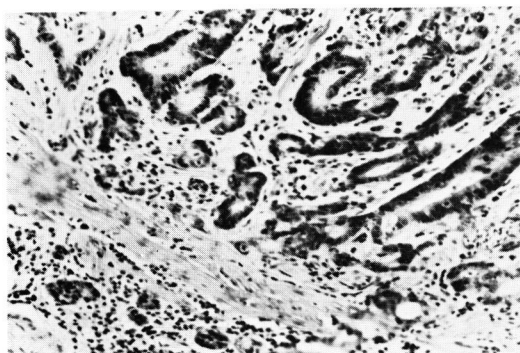


Fig. 7 Photomicrograph of primary tumor, adenocarcinoma of the stomach. $\times 100$.
(Fig. 7~12 : Case 2)

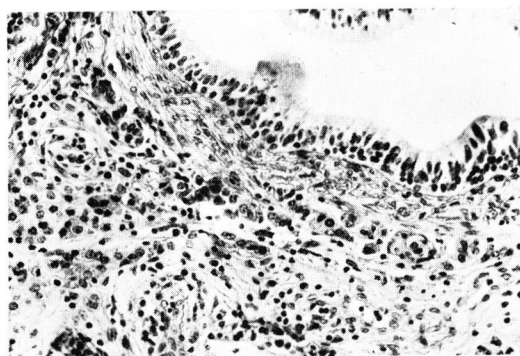


Fig. 10 Photomicrograph of the epididymis showing infiltrative spread of poorly differentiated carcinomatous cells. $\times 100$

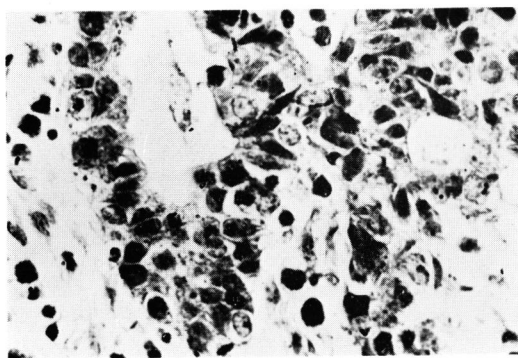


Fig. 8 Higher magnification of Fig. 7. $\times 400$

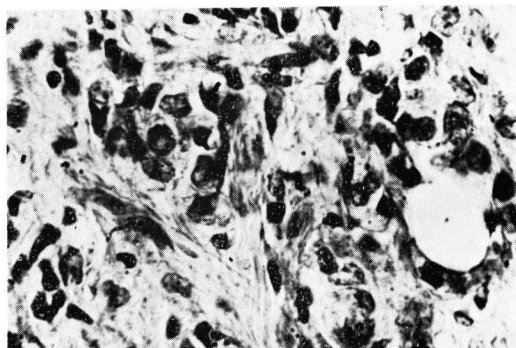


Fig. 11 Tumor tissue in the epididymis showing duct formation simulating adenocarcinoma in a few areas. $\times 400$

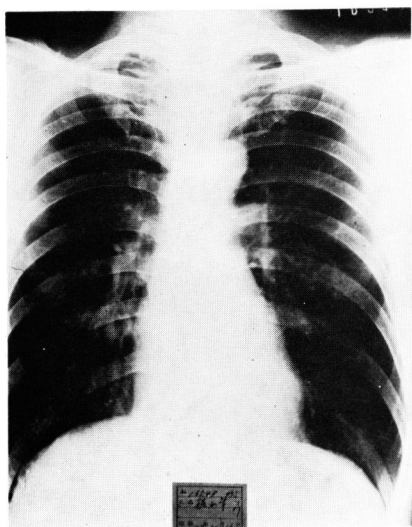


Fig. 9 Chest X-ray showing normal heart shadow and lung field.

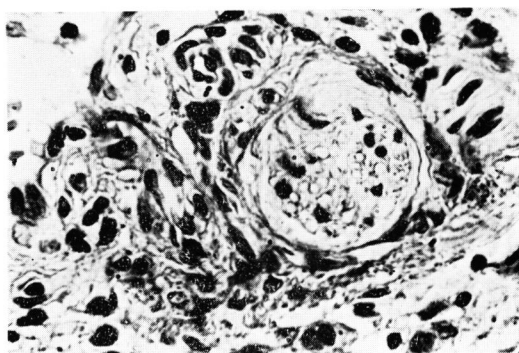


Fig. 12 Photomicrograph of carcinoma cells in the perineural lymphatic space. $\times 400$