

「マストパチー」ノ 3 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 山 田 憲 吾

Drei Fälle von Mastopathie.

Von

Dr. Kengo Yamada

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

Fall 1., T. N., 53jährige Multipara, hatte immer Furcht vor Mammakrebs, weil sie karzinomatös belastet war. Vor ca. 3 Monaten bemerkte sie gleichzeitig einen schmerzlosen Knoten an ihren beiden Brüsten; doch erst am 5. Juli 1939 kam sie zur Untersuchung.

Befund: An jeder Brust beobachtete ich einen daumenkuppengrossen, unverwachsenen elastisch weichen, unempfindlichen Tumor im äusseren oberen Quadranten der beiden Mammae. Einige erbsen- bis bohnergrosse, elastisch weiche Lymphdrüsen waren in beiden Achselhöhlen nachweisbar.

Am 7. Juli wurde eine Probeexcision des Tumors der l. Mamma vorgenommen. Der unterstehende histologische Befund bewirkte, dass die Kranke am 17. Juli zwecks Operation in die Klinik aufgenommen wurde.

Linke retrograde Mammäramputation nach Torikata (am 18. Juli).

Mikroskopischer Befund: Ueberall ist interstitielle Bindegewebswucherung mit leichtgradiger Rundzelleninfiltration nachweisbar. In einem Teil der Drüsenläppchen ist die Emanzipation der Drüsenepithelien deutlich erkennbar, und zwar ist die Wucherung an irgendeiner bestimmten Stelle nur vom histologischen Standpunkte aus vom Krebs schwer zu unterscheiden (Fig. 1.), doch findet sich keine Metastase in den Lymphdrüsen der l. Achselhöhle (Fig. 2.).

Exstirpation des r. Mammärtumors (am 8. August). Der mikroskopische Befund ist fast der gleiche wie beim l. Mammärtumor, doch ist die Epithelemanzipation minder fortgeschritten als links (Fig. 3.)

Fall 2., T. M., 42jährige Multipara, sie bemerkte vor ca. 20 Tagen eine Konsistenzveränderung beider Brustwarzen und wurde am 27. Mai 1939 in die Klinik aufgenommen. Vorgeschichte und hereditäre Belastung anbelangend, ist nichts Besonderes zu sagen.

Lokaler Befund: Ein hühnereigrosser elastisch weicher Tumor ohne Verwachsung und Druckempfindlichkeit befindet sich im inneren oberen Quadranten der l. Brust und ein ähnlicher taubeneigrosser Tumor im äusseren oberen Quadranten der r. Brust. Eine bohnergrosse elastisch weiche Lymphdrüsenanschwellung ist in beiden Achselhöhlen fühlbar.

Linke retrograde Mammäramputation (am 30. Mai).

Die histologische Untersuchung der Serienschnitte des ganzen Tumors ergab folgenden Befund: Adenocarcinoma solidum (Borst) befindet sich in der Mitte der knotigen Hyperplasie (od. adenomatöse Wucherung) der Drüsenepithelien (Fig. 4.); doch bemerkte ich an der Grenze zwischen beiden eher Entwicklungshemmung der knotigen hyperplastischen Epithelzellen als krebsige Entartung (Fig. 5.). An Drüsenfunktion fehlt es dem karzinomatösen Teil (Fig. 6.). Im übrigen weist die Mammarydrüse Involutioform auf. Das Adenocarcinoma solidum bildete Metastasen in den Lymphdrüsen der l. Achselhöhle (Fig. 7.).

Rechte Mammaryamputation und Ausräumung der r. Achselhöhle (am 17. Juni).

Histologische Untersuchung: Der Befund der Serienschnitte des ganzen l. Mammarytumors war wie folgt. Sämtliche Gebiete des Tumors weisen knotige Hyperplasie (od. adenomatöse Wucherung) der Drüsenepithelien auf (Fig. 8.): einem Teil jedoch der deutlich hypertrophisch hyperplastischen Drüsenepithelien (Fig. 9.) fehlt es an Fettbildungsfähigkeit (Fig. 10.). Bei genauer histologischer Untersuchung konnte ich zwar nirgends karzinomatöse Veränderungen entdecken, doch fanden sich Metastasen des Adenocarcinoma solidum in den Lymphdrüsen der rechten Achselhöhle (Fig. 11.). Man betrachte die gekreuzte Metastase des linken Mammarykrebses.

Fall 3. H. T., 47jährige Primipara, bemerkte seit einem Jahr einen allmählich wachsenden schmerzlosen Tumor der l. Mamma, und wurde am 1. Feb. 1940 in die Klinik aufgenommen. Vorgeschichte und hereditäre Belastung anbelangend, ist nichts Besonders zu erwähnen.

Lokaler Befund: Ein hühnereigrosser elastisch derber Tumor ohne Verwachsung und Druckempfindlichkeit findet sich im äusseren oberen Quadranten der r. Brust und ein ähnlicher, doch etwas weicher Tumor im äusseren oberen Quadranten der l. Brust. Einige zeigefingerspitzen-grosse elastisch derbe Lymphdrüsenanschwellungen sind in beiden Achselhöhlen fühlbar.

Rechte retrograde Mammaryamputation (am 8. Feb.). Die histologische Untersuchung des ganzen Tumors (Fig. 12.) ergab folgenden Befund: In einem Teil ist adenomatöse Wucherung der Drüsenepithelien (Fig. 13.) in der interstitiellen Bindegewebswucherung erkennbar, in dem anderen Teil sind Adenoma simplex (Fig. 14.), Papillom (Fig. 15) und daran angrenzendes Carcinoma simplex (Fig. 16.) nachweisbar; doch bemerkte ich an der Grenze zwischen der gutartigen und der bösartigen Epithelwucherung eher Entwicklungshemmung der hyperplastischen Drüsenepithelien als krebsige Entartung. Carcinoma simplex bildete Metastasen in den Lymphdrüsen der l. Achselhöhle.

Linke retrograde Mammaryamputation (am 24. Feb.).

Histologischer Befund: Ueberall ist Bindegewebswucherung, knotige Hyperplasie der Drüsenepithelien erkennbar (Fig. 17.), und es findet sich keine Metastase in der l. Achselhöhle.

Schlussbetrachtung.

Mastopathie ist ein sehr komplizierter Krankheitsbegriff, und heute noch ist auch ihr von dem einzelnen Ärzten festgestellter klinischer histologischer Befund sehr verschieden. Auf grund meiner eigenen Erfahrung und der Angaben in der Literatur möchte ich sie als Dysplasie der Brustdrüse ohne scharfe Abgrenzung gegen das umgebende Gewebe betrachten, entstanden infolge innerer

Ursachen, besonders infolge einer inneren sekretorischen Störung des Ovariums. Daher behaupte ich, dass es sich bei der Mastopathie klinisch immer um einen Tumor handelt, dessen Diagnose erst durch genaue histologische Untersuchung der exstirpierten Stücke und durch klinische Entdeckung der betreffenden inneren sekretorischen Störung auf Mastopathie gestellt werden kann. Bei unseren drei Fällen von Frauen im Rückbildungsalter handelt es sich um beiderseitigen Brustdrüsentumor ohne scharfe Abgrenzung gegen umgebendes Gewebe, welcher durch klinische und histologische Untersuchung als Mastopathie angesehen wird.

Histologisch erweisen sich die Tumoren von Fall 1. als beiderseitige sog. chronische Mastitis mit hochgradiger Epithelemanzipation, die Tumoren von Fall 2. als reine knotige Hyperplasie des rechten Brustdrüsenepithels mit Krebs in der Mitte der knotigen Hyperplasie des linken Brustdrüsenepithels, wobei sich Metastasen in den Lymphdrüsen der beiden Achselhöhlen finden (Fig. 18.), und die Tumoren von Fall 3. als reine knotige Hyperplasie des l. Brustdrüsenepithels mit Adenom, Papillom und Carcinom in der knotigen Hyperplasie des r. Brustdrüsenepithels.

Aus der histologischen Untersuchung der gleichzeitig aufgetretenen beiderseitigen Mammartumoren in den voranstehenden drei Fällen möchte ich schliessen, dass für die Dysplasie des Drüsenepithels sowohl lokale als auch allgemeine Bedingungen in Betracht kommen, man jedoch annehmen muss, dass die "Krebsige Entartung" der allgemein und lokal disponierten Brustdrüsen plötzlich einsetzte.

Werden bei Frauen im Rückbildungsalter Dysplasie wie Emanzipation, knotige Hyperplasie oder adenomatöse Wucherung des Brustdrüsenepithels durch genaue histologische Untersuchung entdeckt, so müssen sie für die Kliniker als bösartig (präcancerös) gelten und in entsprechender Weise behandelt werden.

Wenn sich der Krebs im inneren oberen und unteren Quadranten entwickelt, ist in der Regel die Ausräumung der Lymphdrüsen der Achselhöhle sowohl der erkrankten Seite als auch der gekreuzten Seite vorzunehmen.

(Autoreferat)

緒 言

最近ニ經驗シタ3例ノ兩側性乳腺腫ノ組織學的所見カラ、臨床醫家ノコレニ對スル態度ニ就テ所信ヲ述ベタク思フ。

臨 床 例

第1例 患者：成〇ト〇，50歳，女子。

主 訴：兩側乳房ノ無痛性小結節。

遺傳歴：母系ノ祖父ハ胃癌，父ハ肉腫，伯母及ビ姉ハ乳癌デ死亡シタ。其ノ他特記スベキコトハナイ。

既往歴：生來健康デ男子3人，女子3人ヲ生シタガ最後ノ分娩ハ16年前デ，授乳ハ15年前カラ停止シテ居ル。乳房ノ有痛性腫脹ヲ來シタコトナク，又該部ニ外傷ヲ受ケタコトモナイ。

現病歴：患者ハ最近乳癌ニ對スル恐怖ヲ持チ時々自ラ乳房ヲ觸診シテ居タ。トコロガ約3ヶ月前兩側乳房ニ拇指頭大ノ小結節ノアルノニ氣付イタ。苦痛ハ全然ナク，特ニ腫瘤ガ増大シタトモ思ハレナイ。食思良好，睡眠良，便通ハ便秘ニ傾キ，月經ハ1ヶ年來不順デアル。

現在歴(昭和14年7月5日所見): 體格中等大, 骨格稍々纖弱, 榮養稍々衰フ。脈搏1分時70, 整正, 緊張良, 胸部臟器著變ナク, 腹部S字狀結腸ニ沿フテ糞塊ヲ觸ル。他ニ著變ヲ認メナイ。

局所々見: 兩側乳房共ニ萎縮シ, 小乳頭ノ位置ニ異常ナク, 被覆皮膚ニモ著變ヲ認メナイ。兩側乳房外上4分球ニ, 皮膚及ビ基底ト癒着ナク, 又壓痛ノナイ拇指頭大彈力性軟ノ硬結ヲ觸レル。兩側共腋窩淋巴腺ハ大豆大カラ豌豆大ノ無痛性軟ノモノ數個ヲ觸レ, 鎖骨上窩及ビ下窩ニハ異常ヲ認メナイ。

左側乳腺試驗切片摘出術(7月7日), 手術創第1期癒合(7月13日)。

標本所見: 硬結物ハ拇指頭大彈力性軟, 被膜ヲ有セズ, 周圍組織トノ限界ハ銳デナイ。剖面ハ灰白色平滑デアル。

顯微鏡の所見: 一般ニ間質ハ中等度ノ結締組織増殖ガ認メラレソノ他ニ腺管ノ周圍所々ニ輕度ノ圓形細胞浸潤ガアリ, 或1ヶ所ニハ異物性巨噬細胞ノ出現モ見ラレル。乳腺ハ増殖シ腺腔及ビ腺輸送管ハ稍々擴大シテ分泌物ノ滯溜ヲ認メル。腺上皮ハ立方體又ハ圓柱狀デ數層トナツテ居ル部, 或ハ充實性ノ部, 又更ニ増殖シ正常ノ配列ヲ失ヒ基底膜ヲ破壞シ間質ノ方向ニ延ビ, 細胞モ亦著シクソノ配列及ビ形狀ノ不整トナリ所謂Emanzipationナル像ガ見ラレル。而シテソノ強度ナル1ヶ所ニ於テハ本學病理學教室ノ診斷デ癌トノ鑑別困難ナルモノガアツタ(第1圖)。

上記試験切片ノ組織學の所見カラ根治手術ノ目的ヲ昭和14年7月17日入院。

血液検査(7月17日): 輕度ノ貧血並ニ淋巴球增多症ヲ認メタ。赤血球數3,910,000, 血色素量73.0%, 血色素指數0.84, 白血球數6,300, 中性嗜好性多核白血球46.0%, 白血球中嗜酸性白血球0.5%, 鹽基嗜好性白血球0%, 淋巴球(小淋巴球47.0%, 大淋巴球3.0%)50.0%, 單核及ビ移行形3.5%。

尿検査(7月17日): 淡黃色, 透明, 酸性, 比重1.010, 異常成分ヲ證明シナイ。

第1回手術(7月18日): 逆行性左側乳房切斷術及ビ左側腋窩清掃術。左腋窩ニハ大豆大彈力性軟ノ淋巴腺2個, 豌豆大彈力性軟ノ淋巴腺2〜3個ヲ認メタ。何レモ組織學的ニ癌轉移ハ證明シナイ(第2圖)。7月18日全拔糸, 創第1期癒合。

第2回手術(8月8日): 右乳腺腫摘出術。

摘出標本: 左側乳腺腫ト殆ド同様ノ外觀ヲ有シ被膜ナク剖面灰白色平滑。顯微鏡所見デハ左側同様間質結締組織ノ増殖並ニ輕度ノ圓形細胞浸潤, 腺増殖及ビ腺上皮ノEmanzipationヲ認メルガ, 其ノ度ハ左側ノ其ニ比シ輕度デアル(第3圖)。8月14日全拔糸, 手術創ハ第1期癒合。

即チ此ノ患者ノ兩側性乳腺腫ハ, 共ニ所謂慢性乳腺炎ノ基礎ニ發生シタ腺上皮ノ強イEmanzipationデアツタ。癌性遺傳ノ濃厚ナ點ト併セ考ヘテ注意セラルベキ所見デアル。

第2例 患者: 皆〇タ〇, 41歳, 女子(昭和14年5月27日入院)。

主訴: 兩側乳房ノ無痛性硬結。

現症歴: 約20日前偶然左側乳房ニ鶏卵大, 右側乳房ニ鳩卵大ノ無痛性硬結物ノアルノニ氣付イタ。全然爾餘ノ苦痛ハナイ。食思良好デナク, 便通ハ1日1行(但シ常ニ緩下劑ヲ用ヒテ整調シテ居ル)。月經ハ最近5ヶ年來其ノ量ヲ減少シテ來タ。

既往歴: 生來病弱デ27歳ノ時右肋膜炎, 33歳ノ時蟲様突起炎ニ罹患ス。女子2人, 男子1人ヲ生ミ最後ノ分娩ハ25歳ノ時ヲ授乳ハ約6ヶ月間行ツタケデアル。其ノ他乳房ニ有痛性腫脹ヲ來シタコトモナク, 又外傷ヲ受ケタコトモナイ。

家族歴: 癌性遺傳其ノ他ヲ證明シナイ。

現在症(昭和14年5月27日入院時所見): 體格中等大, 骨格纖弱, 榮養良, 脈搏1分時80, 整正緊張良, 胸部形狀略々尋常, 心臟著變ナク, 肺肝限界呼吸移動性少ク, 右肺尖部並ニ右肺後下方打診音短, 該部ハ呼吸音微弱デアル。右肺ハ一般ニ呼吸音粗。但シ何所ニモ雜音ヲ聞カナイ。腹部膨滿陷沒ナク, 蠕動不穩靜脈怒脹ヲ證明セズ。心窩部ニ限局性壓痛ヲ證明スル外何所ニモ壓痛, 抵抗ナク, 肝脾等ハ觸レナイ。其ノ他著變ヲ證明シナイ。

血液所見：血清ワ氏反應強陽性。赤血球沈降速度ウェスターグレン氏法中等價13mm，赤血球數6,350,000，血色素量(ザーリ)100.0%，血色素指數0.7，白血球數7,150，中性嗜好性白血球(分核63.0%，桿核2.0%)65.0%，エオジン嗜好性白血球2.0%，淋巴球(小26.0%，大2.0%)28.0%，單核及ビ移行5.0%。

尿検査：淡黃色，輕度＝濁濁シ，反應中性，比重1022，異常成分ヲ證明シナイ。

局所々見：乳房ハ兩側共＝懸垂シ共＝同大，小乳頭ノ位置ニハ異常ナク，皮膚＝モ異常ヲ證明シナイ。左右乳房共脂肪組織ガ良ク發達シ瓣狀＝觸レ，其レ＝埋レテ左側内上4分球＝1個ノ鶏卵大，癒着及ビ壓痛ノナイ弾力性軟ノ硬結ヲ觸レ，右側外上4分球＝モ同様鳩卵大癒着及ビ壓痛ノナイ弾力性軟ノ硬結ヲ觸レル。共＝限界ハ比較の不明瞭デ凹凸ハ觸レナイ。左右腋窩＝ハ夫々1個ノ大豆大弾力性軟ノ淋巴腺腫脹ヲ觸レル。左右鎖骨上窩及ビ下窩＝ハ淋巴腺腫脹ハ證明シナイ。

第1回手術(5月30日)：左逆行性乳房切斷術及ビ左腋窩清掃術。

摘出標本：左乳房ノ脂肪組織ハ良ク發達シ小指頭大ノ小瓣＝分レル。其レ＝埋レテ内上4分球＝鶏卵大ノ腫瘍ガアリ，弾力性硬，剖面灰白色平滑，其ノ中央部ハ殊＝硬結ス。此ノ腫瘍ハ被膜無ク周圍組織ヨリノ剝離ハ困難デアル。腋窩淋巴腺腫脹1個，弾力性硬，剖面灰白色平滑デアル。

顯微鏡の所見：腫瘍ノ全般＝互リ連續切片ヲ作り検査シタ。腫瘍ノ中央部ハ Adenocarcinoma solidum (Borst) デ，其ノ周圍＝ハ強イ腺上皮ノ結節性增生 (knotige Hyperplasie) 又ハ腺腫樣増殖 (adenomatöse Wucherung) トモ云ハルベキ像ガアル(第4圖)。即チ乳腺増殖シ，多數ノ蜂巢カラ成リ，腺上皮ハ1～2層カラ成ツテ肥大シ，間質ノ發達ハ貧デアル。併シ癌ト腺腫樣増殖部トノ境界部＝ハ腺腫樣増殖ガ強クテ，癌＝變化スル等ノ所見ハナク，寧ろ腺腫樣増殖部ノ發育ガ制止セラレテ居ル様ナ狀態ガ見ラレル。即チ胞巢周圍ノ硝子樣物質ガ増加シ其ノ内ノ細胞ノ肥大ハ制止セラレテ居リ，又腺輸送管ハ萎縮シテ居ル(第5圖)。腺細胞トシテノ機能ハ「ズダン」染色デ檢スルト癌ノ部分＝ハ染色部ガ完全＝缺如シテ居ル。併シ腺腫樣増殖部＝ハ尙ホ保存セラレテ居テ，腫瘍以外ノ乳腺ハ退行型ヲ示シテ居ル。腋窩淋巴腺＝ハ著明ナ Adenocarcinoma solidum ノ轉移ガ認メラレタ(第7圖)。術後經過良好，6月7日手術縫合創全拔糸，創第1期癒合。

第2回手術(6月17日)：右側乳房逆行性切斷術並ニ該側腋窩清掃術。

摘出標本：腫瘍ハ鳩卵大，左側同様ノ所見ヲ有シ，被膜ヲ有セズ。弾力性硬，其ノ剖面ハ灰白色平滑。腋窩淋巴腺腫脹1個弾力性硬，其ノ剖面ハ灰白色平滑デアル。

顯微鏡の所見：本腫瘍ノ全般＝互リ連續切片ヲ作ツテ検査シタ。

全般的ニ結節性增生 (knotige Hyperplasie) 又ハ腺腫樣増殖 (adenomatöse Wucherung) トモ云ハルベキモデアル(第8圖)。併シ其ノ1部＝旺ナル腺上皮ノ増殖肥大ガ見ラレ，胞巢ハ充實性トナツテ居ル。而シテ其レ＝接シテ居ル1群ノ胞巢ハ厚イ硝子樣被膜ヲ以テ包圍サレ，恰モ發育制止ノ狀態ニナツテ居ル(第9圖)。此ノ腺上皮ノ増殖肥大ノ強イ部＝ハ「ズダン」染色ニヨルト脂肪製造作用ガ認メラレヌ(第10圖)。併シ此ノ腫瘍ノ何處＝モ組織學的ニ癌ト認メラルベキ像ハ無カツタ。所ガ右側腋窩淋巴腺ニハ，左側乳癌ト同様ナ組織學的所見ヲ有スル Adenocarcinoma solidum ノ轉移ヲ認メ得タ(第11圖)。

右側乳腺腫ハ，著シク強度ナ增生ヲ示シテ居ル一部分ガアルニ拘ラズ，全然癌性變化ハ認メラレナカツタ，ノデツテ右側腋窩淋巴腺ハ左側乳房内4分球ノ部ノ癌ノ轉移ト考ヘナケレバナラナイ。

第3例 患者：木○初○，47歳，女子(昭和15年2月1日入院)

主訴：右側乳房ノ無痛性腫瘍。

現病歴：約1年5ヶ月前カラ偶然有腋窩＝示指頭大無痛性ノ腫瘍ノアルノ＝氣付イテ居タガ，苦痛ガナイタメ放置シテキタ。所ガ約1年前カラ右乳房＝モ同様ノ腫瘍ノアルコトヲ知り，種々物理的療法ヲ施シタガ腫瘍ハ縮小スルコトナク次第ニ増大シテ來タ。發育以來右肩胛部＝緊張感ヲ訴ヘテ居ル。食思良好，睡眠良，便通便秘＝傾キ，月經ハ7ヶ月前マデ順調デアツタガ其レ以後不整トナリ3ヶ月前ヨリ中斷シタ。

既往歴：生來健康デ若患ヲ識ラナイ。39歳ノ時分娩1回ヲ經過シタ。乳房ノ有痛性腫脹ヲ來シタコトモナク，又該部＝外傷ヲ受ケタコトモナイ。

現 症：體格中等大，骨格纖弱，榮養稍々衰フ。脈搏 1 分間80，整正，緊張良。胸腹部臟器＝著變ナク四肢＝異常ヲ證明シナイ。

局所々見：左右乳房ハ略々正常＝位置シ小乳頭前庭＝異常ヲ認メナイ。視診＝ヨツテモ其ノ形狀位置＝特記スベキ所見ハナイガ，右側乳房＝輕度ノ靜脈怒脹ヲ認メル。左右乳房ノ主トシテ外4分球＝凹凸不整ノ鶏卵大腫瘍ヲ觸知スル。溫度上昇モ壓痛モナク，彈力性硬デ皮膚及ビ基底トノ癒着ハ證明シナイ。

右腋窩＝ハ示指頭大，彈力性硬ノ腫瘍2個及ビ其レト同様な性狀ヲ有スル小豆大ノモノ2～3個ヲ觸知スル。周圍トノ癒着ハナイ。左腋窩＝ハ大小ノ彈力性硬，腫瘍ヲ數個觸レル。壓痛ナク癒着モナイ。左右鎖骨上下窩＝ハ淋巴腺腫脹ヲ證明シナイ。

血液所見：赤血球數 4,150,000，血色素量(ザーリ) 62%，白血球數 5,200，白血球種類〔中性嗜好性白血球(桿核)11%，分核61%)72%，「エオジン」嗜好性白血球 1%，鹽基性嗜好性白血球 1%〕，淋巴球(大)3%，小19%)22%，單核及ビ移行型 4%。

尿検査：黃色透明，反應中性，比重1026，異常成分ヲ證明シナイ。

第1回手術(昭和15年2月3日)：逆行性右乳房切斷術，1週間目手術創第1癒合。

標本所見：乳房腫瘍ハ扁平鶏卵大，彈力性硬デ周圍組織＝對シテハ被膜ヲ以テ銳の＝境サレテ居ルヤウナ所ナク，乳腺ノ中＝埋レテ存スル。剖面ハ灰白色平滑デアル。

顯微鏡の所見：第13圖ノヤウ＝1部＝於テ乳腺ハ増殖シ，又結締織モ輕度＝増殖シテ，ソノ1部ハ粘液樣變性ヲナシテ居ル。又輕度ノ圓形細胞浸潤ノ存スル部分モ認メラレ，其レ＝接シテ或場所＝於テハ乳腺上皮ノ増殖肥大ハ更＝一層著シクナリ，其ノ管腔ヲ完全＝充シテ，所謂 Adenoma simplex トセラルベキ部モアル(第14圖)。更＝他ノ1部ハ Papillom 像(第15圖)ヲ呈シ之ヲ圍繞シテ Carcinoma simplex モアル(第16圖)。即チ1枚ノ組織標本＝於テスラ此ノ様＝ Adenomatöse Wucherung, Papillom, Adenoma simplex, Carcinoma simplex 等ノ混合シタ像ガ認メラレルノデアル(第12圖)。

併シナガラ癌ノ發育旺盛ナル部＝於テハ，第2例＝モ視ラレルヤウニ，良性腺上皮ノ増殖肥大ハムシロ制止サレタカノ様ナ像ガ認メラレルノデアル。且ツ Carcinoma simplex ノ右腋窩淋巴腺轉移ヲ認メタ。

第2回手術(昭和15年2月24日)：左側逆行性乳房切斷術。

標本所見：扁平鶏卵大，彈力性硬，但シ左側ノ腫脹＝比シ少シク軟，周圍組織＝對シ被膜ヲ有スルコトナク，剖面ハ灰白色平滑デアル。

顯微鏡の所見：著シイ全般のナ強イ間質組織ノ増殖ガアリ，腺管周圍＝輕度ノ圓形細胞浸潤ヲ認メル。乳腺上皮ハ所々＝輕度ノ増殖肥大ヲ呈シテ居ル(第17圖)。腋窩淋巴腺＝ハ癌ノ轉移ヲ證明シナイ。

考察及ビ結論

諸テ以上第1例，第2例及ビ第3例ノ乳腺腫＝於テ，共通ナ所見ハ，何レモ更年期或ハソレ＝近イ婦人ノ乳腺＝兩側性略々同大＝出現シ，且ツ無痛性彈力性軟デ，而モ周圍組織ヘノ移行ハ漸進的デ被膜ヲ有セズ。顯微鏡の所見＝於テハ共＝腺上皮ノ形成異常，殊＝増殖肥大ガ著明ナコトデアル。而シテ第1例＝於テハ，間質モ同程度＝干與シ，第2例＝於テハ上皮性ノ變化ガ主デ間質ノ變化ハソレ＝掩ハレテキル。第3例＝於テハ左側ハ主トシテ間質ノ強イ慢性増殖ト腺上皮ノ輕度ノ増殖ガアリ，右側＝於テハ左側同様ノ所見ヲ示シタ部分ノアル他＝，上皮性因子ノ増殖肥大ガ著シク，adenomatöse Wucherung アリ，Papillom アリ，Adenoma simplex アリ，又同時＝ Carcinoma simplex ノ像モ認メルノデアル。ソシテソノ惡性變化ハ此ノ良性上皮性因子ノ増殖肥大ト云フ基礎ノ上＝發達シタ第二次的ノモノデアルト見做サル可キモノデアル。殊＝第2例＝於テハ左側内上4分球ノ部ノ痛ガ反對側腋窩ヘ，又第3例ノ右外上4分球ノ癌ハ

支配下淋巴腺＝轉移シテ居ルノデアル。

依ツテ以上ノ如キ肉眼並ニ顯微鏡的所見ヲ綜合スレバ、此等ノ乳腺腫瘍ハ從來 Mastopathie (マストパチー) ナル語ヲ以テ論ゼラレテキル疾患ノ範疇内ニ包含セラルベキモノデナケレバナラナイノデアル。

抑々 Mastopathie ナル疾病概念ハ、最初 Réclus (1860) ニヨリ *Maladie cystique des Mamelles* ナル名稱ヲ以テ漠然タル認識ヲ提唱サレタノデアルガ、爾來續出スル多數ノ學者ノ多數ノ見解ニヨツテ著シクソノ概念ハ複雑トナツタ。併シ大體後述ノ炎衝説、腫瘍説、異常退行變化説ノ3様ノ説ガ Mastopathie ナル概念ヲ築イテ來タモノト言ツテヨイ。

即チ我々ハ一應此處ニ先ヅ此等諸説ノ變遷ヲ顧ミ、其ノ意味スルトコロト、更ニ本疾患ノ範疇決定ノ基礎ヲ闡明シ、且ツ我々臨牀醫家ガ今後如何ナル態度デ此ノ疾患ニ臨ムベキカヲ考ヘテミ様トスルモノデアル。

本疾患ノ原因ニ對シテハ、先ヅ炎衝説ガ唱ヘラレ、König ハ間質ノ慢性炎衝性變化ニ重點ヲ置キ、*Mastitis chronica cystica* ナル名稱ヲ與ヘタガ、英國派モ同様又 *chronic interstitial mastitis* ナル名稱ヲ附シタ。

併シ本症ニ包含セラルベキモノ、中ニハ、必ズシモ其ノ間質ニ炎衝性變化ヲ伴ハナイモノモアル。從ツテ Lubarsch 及ビ Dietrich ハコノ疾患ハ炎衝デハナク、一種ノ慢性刺戟狀態ニアルモノデ、上皮ノ増殖モ囊腫ノ形成モ斯ル結締織ノ増殖ニヨル二次的變化デアツテ、彼等ハ此ニ *diffuse Fibromatose* 又ハ *Fibrosis cystica* ナル名稱ヲ與ヘルノガ適當デアルトナシタ。

之ニ對シテ、先ヅ Schimmelbusch ハ新生物ナリトシテ *Cystadenom* ト稱ヘタガ、更ニ Sasse ハ *Polycystom*, Tietze ハ *Cystom* ト云ヒ、何レモ其ノ原因ヲ腫瘍性發育ニヨルモノトナシ、囊腫ヲ作ルノガ特徴デアルトシタ。Saar ハ此ヲ *Fibroepitheliale Neubildung* ノウチデモソノ上皮性ノ部分ノ發育顯著ナルモノノ部類ニ入レ、鈴木ハ *Fibroadenoma diffum* デアルトナシタ。

即チ組織學的所見ニ立脚シタ諸家ノ疾病概念ハ上述ノ如ク種々デアルガ、而モソノ何レニ於テモ何等カノ内因的因子殊ニ内生殖腺ノ分泌異常ニヨツテ惹起サレルモノデアルト云フ點ヲ共通的ニ認メテ居ルノデアル。

又一方 Warren ハ本疾患ノ原因ハ増生ノ一異型タル異常退行性變化ニヨルモノデアルトシテ、次ノ如キ多數ノ名稱デ呼バレテ居ル疾患ハ凡テ此ノ中ニ包含サル可キモノデアルトシタ。即チ *The chronic interstitial mastitis*, *Chronic cirrhosing mastitis* (Billroth), *Maladie cystique de la mamelle* od. *intraacinous cystic adenom* (Réclus), *Maladie noneus de la mamelle* (Phocas), *Mastitis chronica cystica* (König), *Periductal mastitis* (Delbet), *Polycystoma epitheliale* (Sasse), *Cystadenoma* (Schimmelbusch), *Plexiforme fibroma* (French writere), *Chronic mastitis or diffuse Fibromatose* (Woad), *Cystic disease of the breast* (Bryant) 等ガソレデアル。

併シ乳腺ハ其ノ生理的像ニ於テスラモ、著シク其ノ組織像ヲ異ニシテ居ルモノデ多少ノ個人

差ガアルノミデナク、内生殖腺ノ活動開始前後、並ニ機能停止後ノ變化ハ顯著デ、且内生殖腺活動開始後ノ状態ニ於テモ、乳房ハ常ニ子宮内膜ノ週期性變化ト酷似シタ週期性變化ヲ示シテキルモノデアアル。其レ故ニスル生理的變化像ヲ組織學的ニ明カニ知ツテ居ナケレバ、乳腺ノ病的變化像ヲ認識スルコトモ不能デアアル。

即チ Moszkowicz ハ月經週期ト乳腺ノ關係ヲ研究シ、更ニ Luchsinger ノ研究ニヨレバ月經前期ニハ乳腺輸送管ハ發芽シテ小葉ニ分レ、間質ハ血量ニ富ンデ浮腫性トナリ、月經中ハ其ノ發芽シタ腺上皮中ニ分泌ガ起リ、葉間結締組織ガ増加スルガ、月經晚期ニハ出芽シタ腺ハ退化シ、遂ニ基底膜ハ硝子化シテ時ニ結締組織モ硝子化シ月經後期ニ移行スルトシテ居ル。而モ斯ル乳房ノ週期的變化ハ月經閉止後又ハ去勢後デモ、卵巢以外ノ他ノ内分泌腺ノ作用ニヨリ數年間續クコトガ出來ルト主張シタ。而シテ此ノ週期ノ障礙ト乳腺ノ間ニハ一定ノ關係ガアツテ、斯ル障礙ニ依ツテ乳腺ニ囊腫又ハ腫瘍モ出來得ルコトガ考ヘラレルト云ツテ居ル。

又 Whitehouse ニヨレバ所謂 chronic mastitis ナルモノハ乳汁分泌ノナイ乳腺ノ機能不全デアツテ、腺上皮及ビ間質ノ病的状態ハ黃體ホルモン⁷ノ反覆過剰刺激ニヨツテ惹起セラレルモノデアルトシテ居ル。

斯ク婦人ノ乳腺ハ月經、妊娠、授乳等ニ際シテ、循環障礙ヲ來シ、上述ノ如キ間質變化ノ他ニ、腺上皮ニ對シテモ常ニ一種ノ形成的刺激ガ與ヘラレテ居ルト、考ヘラレルノデアアルガ、同様ノ機轉ハ、退行期ノ内分泌失調ニ際シテ起ル刺激ニヨツテモアラハレテ宜シク、此ニ依ツテ乳腺ノ形成異常即チ主トシテ増殖肥大ヲ招來シ得ルワケデアアル。

而シテ斯ル腺上皮ノ増殖肥大ト、上皮性新性腫瘍ノ發生トノ間ニハ頗ル密接ナ關係ノ存在スルモノデ、Aschoff ハコノ様ニ増殖肥大シタ母地カラ最初ニ良性腫瘍ガ發生シ、更ニ其レガ惡性ニ變化シテ行ク可能性ガアルト云ツテ居ル。

彼ノ説ニ依レバ、異常刺激ニヨツテ生ズル乳腺ノ増殖肥大ト眞性腫瘍ノ發生トノ間ニハ割タル識別點ヲ置クコトハ殆ド不可能デアツテ、兩者ノ間ニハ漸進的ナ移行ガ存在スルモノダト云ツテヨイ。

實ニ組織學的ニ觀テモ種々ノ相ヲ含有シテ居ルノデアアルガ、タトヘバ此處ニ Bloodgood ノ分類ヲ掲ゲテ、所謂 chronic cystic mastitis ナルモノニ包含サレテ居ル組織學的種々相ヲミヤウ。

Chronic cystic mastitis (Bloodgood)

A. Single or multiple cyste in chronic cystic mastitis.

- 1) The blue domed cyst.
- 2) The cyst of the galactoceles type.
- 3) The multiple blue domed cyst in one or both breast. (diffuse cystic disease of the breast)

B. Chronic cystic mastitis without large cyst.

- 1) The nonencapsulated adenomatous area.
- 2) The nonencapsulated area of chronic cystic mastitis, containing one or more minute cyste, or one or more dilated ducts, or both.
- 3) The diffuse dilatation of the ducts, chiefly in the nipple zone, rarely in the breast outside in this zone.
- 4) The nonencapsulated adenoma.
- 5) The diffuse nonencapsulated cystic adenoma, known in the literature as Schimmelbusch's or Réclus's disease, or senile parenchymatous hypertrophy (Bloodgood).

我々ノ第1例及ビ第3例ハ此ノ中ノB.ノ1)型ヲ、第2例ハB.ノ4)型ニ屬スベキモノデアラウ。
併シ何レニ於テモ一様ニ上皮性又ハ結締織性又ハ兩者ノ増生ガ認メラレ、B. 4), B. 5) ニハ新
生物ノ混入モアルノdeal。

更ニスル疾患ガ時ニ更年期性變化ヲ示サナイ、又月經異常ノナイ女性ニ於テモ發見サレ(鈴木、
木), 月經ト全然關係ノナイ男性ニ於テモ發見サレタ(鈴木、吉田)コトハ本疾患ヲ單ニ更年期
性異常増生ノミヲ以テ説明スルコトハ不可能トモナツテ來ルガ本症ニ對スル名稱ハソレ故ニ
Mastopathie ガ適當デ、即チ Klose u. Sebening ノ Mastopathia chronica cystica, 又更ニ Aschoff
ノ Mastopathia chronica dysplastica ナル名稱ガ最適ノ様ニ思ハレル。

依ツテ Mastopathie ナル範疇ハ以上論ジタコトカラ當然次ノ如クニ云ヒ得ルデアラウ。

『Mastopathie トハ全身の内的因子ニ殊ニ其ノ大部分ハ内生殖腺内分泌ノ異常失調ニ基因スル、
乳腺上皮性又ハソノ結締織性、或ハ此ノ兩者ノ形成異常デアツテ、眞性腫瘍ノ如ク鋭ナル境界
ヲ周圍組織ニ對シテ示スコトナク、臨床的ニハ兩側或ハ片側ノ乳房ニ、局所性又ハ瀰漫性、彈
力性硬又ハ彈力性軟又ハ波動ヲ證明シ得ル無痛性腫瘍トシテアラハレ、周圍組織トノ癒着ノ少
イモノdeal』ト。

此ノ際全身の内的因子ハ先ヅ大體ニ於テ、更年期ニ於ケル内生殖腺ノ内分泌失調ヲ以テ説明
シテ居ルガ、其ノ他ノ因子ニ關シテハ今後ノ研究ニ殘サレテキル問題deal。

次ニ Mastopathie ガ其ノ上皮増生カラ遂ニ腫瘍化シ、其ノ一部カラ更ニ惡性變化ガ出現シタ
トノ報告ハ數多クアル。即チ

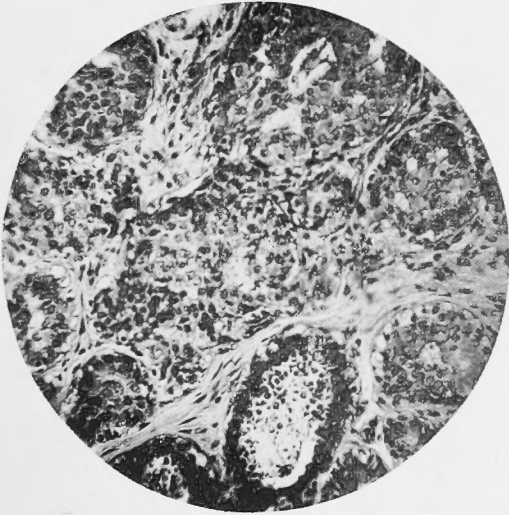
Schimmelbusch	43例中癌 3 例	
Theile	19例中癌 3 例	
Lexer	4 例中癌 1 例	
Lukowsky	12例中癌 4 例	不整形上皮増殖 3 例
Konjetzny	彼ノ經驗ヨリ 30—50%	
Hellwig	63例中癌 20 例	不整形上皮増殖 3 例

ノ如ク頗ル惡性變化ノ可能性ガ強イモノdeal。

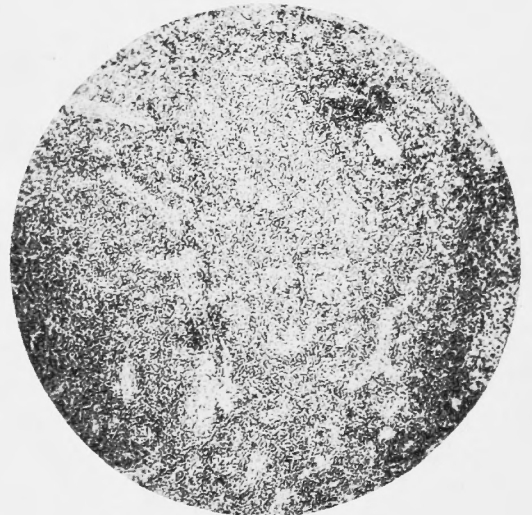
山田論文附圖

第 1 例

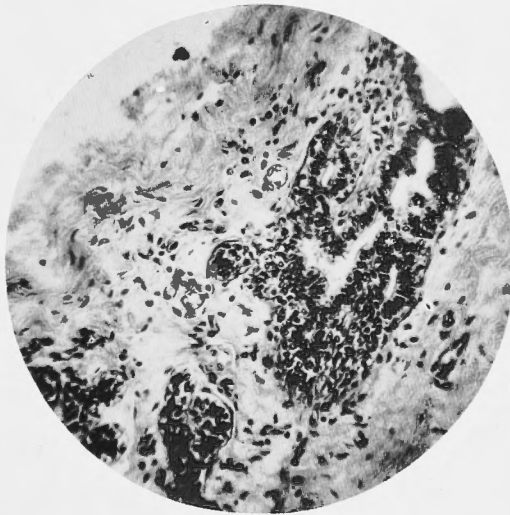
[Fall 1.]



第1圖 左乳腺腫. 強キ Emanzipation 癌?
(Fig. 1. hochgradige Epithelemanzipation
d. l. Mammärtumors)



第2圖 左腋窩淋巴腺轉移ナシ
(Fig. 2. Lymphdrüse d. l. Achselhöhle)

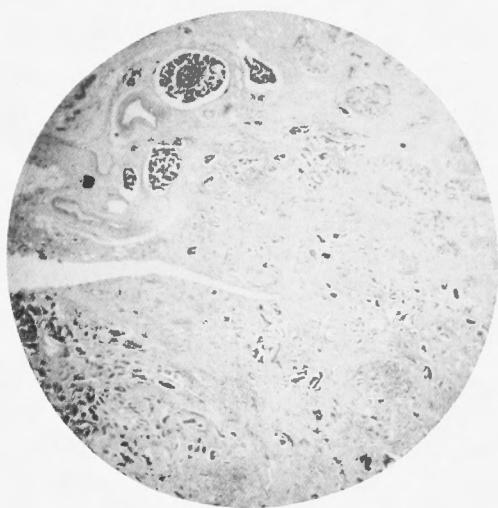


第3圖 右乳腺腫 Emanzipation
(Fig. 3. Epithelemanzipation d. r. Mammärtumors)

山田論文附圖

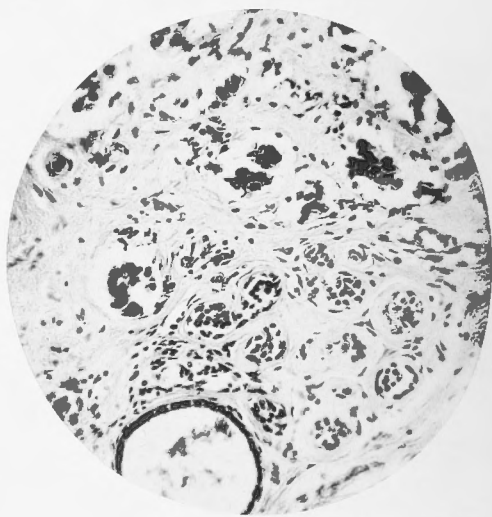
第 2 例 (左)

[Fall 2. (I)]



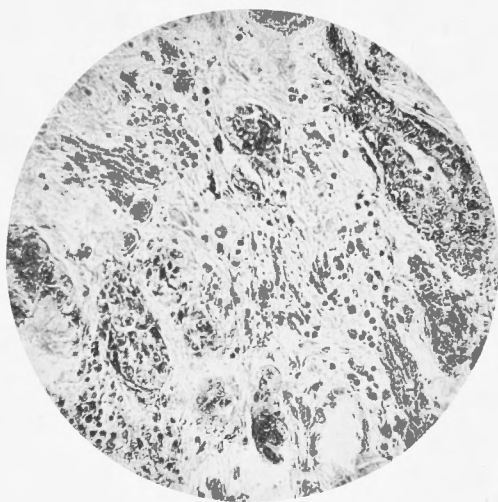
第4圖 癌ト腺腫様増殖部トノ境界

(Fig. 4. Grenze zwischen d. Krebs und d. adenomatösen Wucherung.)



第5圖 第4圖ノ擴大

(Fig. 5. Vergrößerung d. Fig. 4.)



第6圖 スダンIII染色

(Fig. 6. Sudan III-Färbung)



第7圖 左腋窩淋巴腺

(Fig. 7. Lymphdrüse d. l. Achselhöhle)

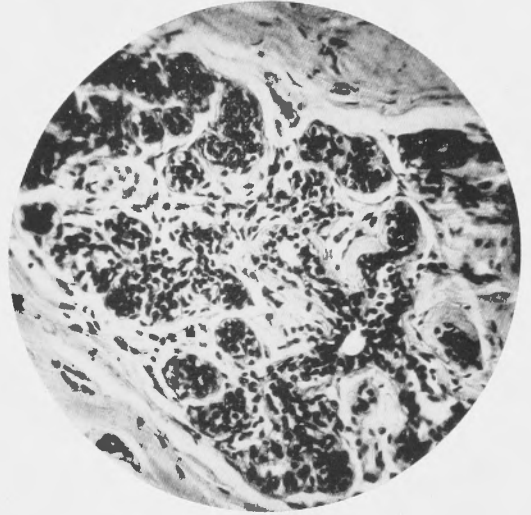
山田論文附圖

第 2 例 (右)

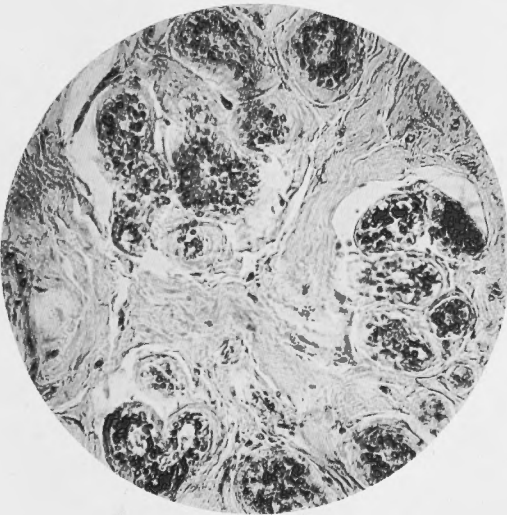
[Fall 2. (r)]



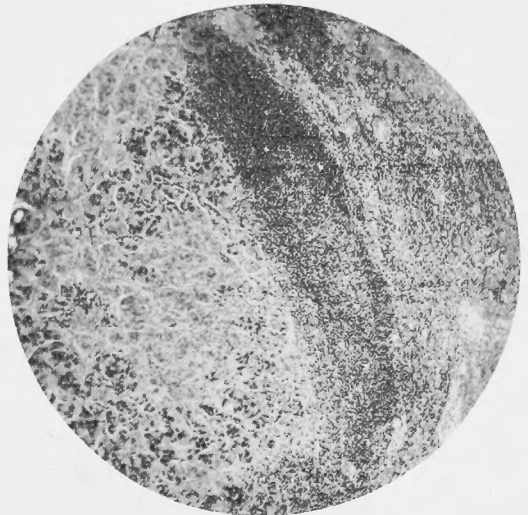
第8圖 右乳腺腫 腺腫様増殖
(Fig. 8. r. Mammärtumor)



第9圖 右乳腺腫強度ノ増殖肥大部
(Fig. 9. deutlich hypertrophische hyperplastische
Drüsenepithelien d. r. Mammärtumors)



第10圖 スダンIII染色
(Fig. 10. Sudan III-Färbung)



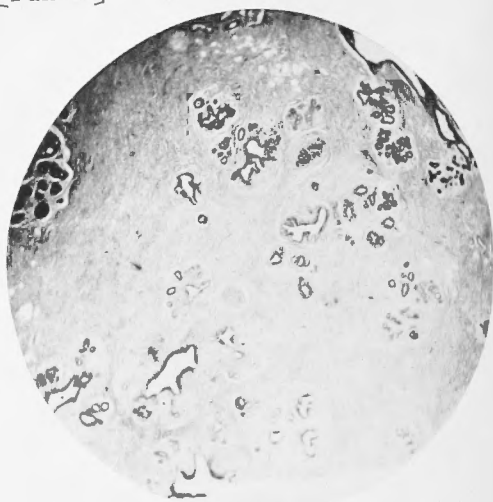
第11圖 右腋窩淋巴腺
(Fig. 11. Lymphdrüse d. r. Achselhöhle)

山田論文附圖

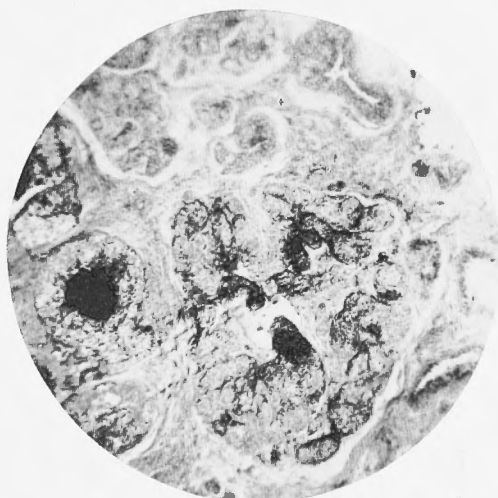
第 3 例 [Fall 3.]



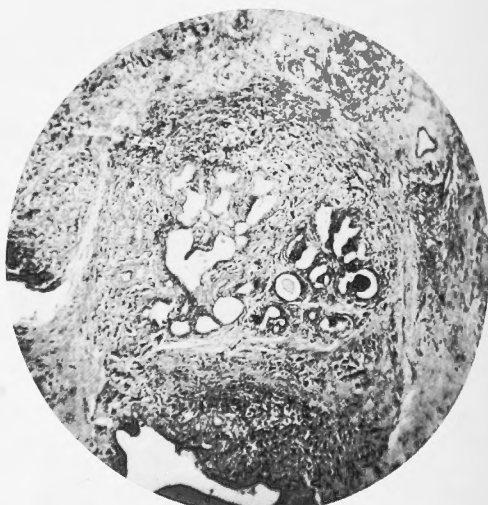
第12圖 右乳腺腫橫斷面
(Fig. 12. Querschnitt d. r. Mammärtumors)



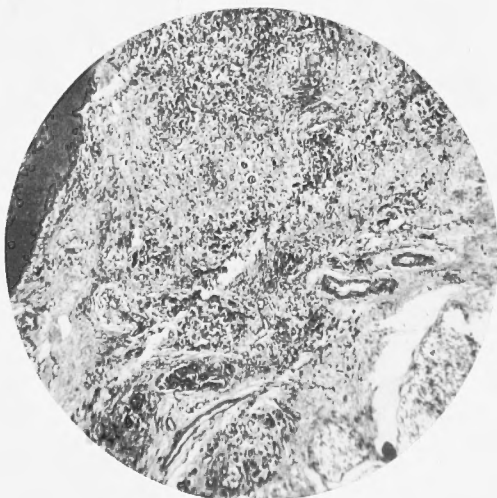
第13圖 右乳腺々様増殖
(Fig. 13. Adenomatöse Wucherung d. r. Mammärtumors)



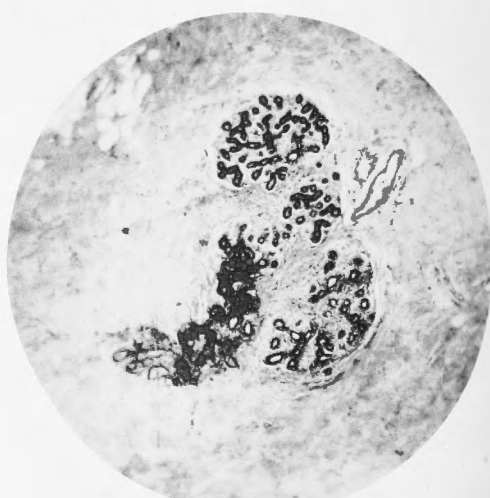
第14圖 右單純腺腫
(Fig. 14. Adenoma simplex)



第15圖 右乳嚢腫
(Fig. 15. Papilloma+Carcinoma simplex (r.))



第16圖 單純癌
(Fig. 16. Carcinoma simplex (r.))



第17圖 左乳腺腫結節性肥大
(Fig. 17. Knotige Hyperplasie d. l. Mammärtumors)

腺上皮ノ形成異常カラ癌ノ發生スル状態ニツイテハ、我々ノ第2例ノ連續切片ニヨル組織學的所見ガ示サウニ、増殖肥大シタ腺上皮ガ Aschoff 等ノ云フ様ニ全般的ニ漸進性ニ惡性化スルモノデハナクテ、或限局シタ腺小葉ニ於テ突如飛躍的ニ惡性化スルモノデアルト考ヘルノデアル。

臨床醫家ガ患者ノ乳房内ニ腫瘍ヲ發見シタ時ニハ、先ヅソノ發生率ニ於テ58—85%ヲ占メ、且ツ其ノ危險度ノ最モ大キイ乳癌ヲ疑フ可キデアリ、直ニ Schloffer, 角井, Mölling ノ説クヤウニ、試験切片ノ組織學的検査ヲナスコトガ最上ノ且ツ正シイ診斷法ナノデアル。而モ其ノ切片ハ Klose ノ云フ様ニ出來ルダケ大キク採リ、其ノ種々ナル部分ニ就イテ精密ナ組織學的検査ガナサレナケレバナラナイ。

我々ハ腺上皮ノ Emanzipation 及ビ腺腫様増殖ヲ癌前驅症の變化ト云フ意味ノ惡性ト見做シ、第1例ノ左側乳房ニ對シテハ逆行性乳房切斷術、右側乳房ニ對シテハ腫瘍摘出ノミヲ行ヒ目下經過觀察中デアルガ、第2例ノ左側乳房ニ對シテハ逆行性乳房切斷、右側乳房ニ對シテモ、同ジク乳房切斷並ニ該側腋窩清掃ガ行ハレタ。第3例ニハ兩側共ニ逆行性乳房切斷術ヲ施行シタ。

此ノ處置ニ關シテハ、Konjetzny ハ Mastopathie ナル變化ヲ發見スレバ直ニ乳房切斷ガ必要デアルト云ツテ居ルガ、コレハ原則的ニ容認サレテ然ル可キデ、Mastopathie ナルモノハ惡性ヘノ變化ガ多ク、又我々ノ第2例及ビ第3例ガ示シタ様ニ同一腫瘍デモ場所ニ依ツテ惡性化シタ部分ト然ラザル部分ガアリ、譬ヒ一部分ノ試験切片ニ惡性化ノ像ガ無クテモ、殘サレタ部分ニ既ニ惡性化シタ部分ガアリ得ルカラデアル。

而モ此ノ第2例ノ如クニ内上下4分球ニ癌ノ發生ヲ觀タ時ニハ、該側腋窩淋巴腺ノ清掃ハ勿論、反對側ノ腋窩淋巴腺ノ清掃モ原則的ニ行ハナケレバナラナイモノデアル。

文 獻

- 1) 角井：臨床醫學，25年，2號，182頁。
- 2) 長生：外科，3卷，12號，昭和14年。
- 3) 鈴木：日本外科學會雜誌，第14卷，4號，大正24年。
- 4) 吉田：日本外科學會雜誌，第25卷，10號，大正13年。
- 5) Aschoff：Path. Anat. Jena 1928.
- 6) Bloodgood：Arch. surg. Vol. 3, p. 445, 1921. Surg. etc. Vol. 3, Nr. 6, 1906.
- 7) Borst：Die Lehre von d. Geschwülsten. Wiesbaden 1902.
- 8) Dietrich u. Fraugenheim：N. D. Chir. 35, 1926.
- 9) Georta：Arch. kl. Chir. Bd. 54, S. 280, 1897.
- 10) H. Gjankowitz：Arch. kl. Chir. Bd. 194, S. 298, 1939.
- 11) Hellwig：Arch. kl. Chir. Bd. 159, S. 763, 1930.
- 12) Klose u. Sebening：Kirschner-Nordmann Chir. III 2, S. 118, 1929.
- 13) König：Zbl. Chir. Bd. 20, Nr. 3, S. 49, 1893.
- 14) Konjetzny：Zbl. Chir. Bd. 49, Nr. 47, S. 1760, 1922.
- 15) Lexer：Beitr. z. kl. Chir. Bd. 88, S. 662, 1914.
- 16) Lubarsch：Zbl. Chir. Bd. 49, Nr. 47, S. 1761, 1922.
- 17) Luchsinger Y., Centeno U.：Beitr. z. pat. Anat. u. z. allg. Path. Bd. 78, Hft. 3, S. 594.
- 18) Lukowsky：Deut. Ztsch. Chir. Bd. 167, S. 89, 1921.
- 19) E. Mölling：Brun's Beitr. Bd. 165, S. 192, 1937.
- 20) Moszkowicz：Arch. f. kl. Chir. Bd. 144, Hft. 1, S. 138, 1927.
- 21) Oelsner：Arch. f. kl. Chir. Bd. 64, S. 134, 1901.
- 22) Saar：Erg. d. Chir. u. Orthop. Bd. I, S. 413, 1910.
- 23) Sasse：Arch. f. kl. Chir. Bd. 54, S. 1, 1897.
- 24) Schimmelbusch：Arch. f. kl. Chir. Bd. 44, S. 117, 1892.
- 25) Schloffer：Med. Klin. Jg. 22, Nr. 27, S. 2023, 1926.
- 26) Theile：Arch. f. kl. Chir. Bd. 88, S. 261, 1909.
- 27) Warren：Journ. A. M. med. Ass. Vol. 45, p. 149, 1905.
- 28) Whitehouse, Beckwith：Surg. etc. Vol. 58, p. 276, 1934.