CLINICAL OBSERVATION AND PATHOLOGICAL INVESTIGATION
ON THE CARCINOMA OF THE MAXILLARY SINUS
(ESPECIALLY ON ITS PROGNOSIS)

Part 1: Clinical Observation on the Carcinoma of the Maxillary Sinus

Part 2: Pathological Investigation on the Prognosis and Histological
Picture of the Carcinoma of the Maxillary Sinus

By
T. MOTAI

*From the Department of Oto-Rhino-Laryngology, Nagoya University School
of Medicine (Director: Prof. S.Goto)*

*From the 2nd Department of Pathology, Nagoya University School of
Medicine (Director: Prof. H. Tauchi)*

*From the Department of Oto-Rhino-Laryngology, Nagoya City University
Medical School (Director: Prof. G. Matsuda)*

One hundred and three surgical cases of carcinoma of the maxillary sinus, were examined and the following results were obtained through the clinical observation and the pathological investigation.

(1) Nasal obstruction, nasal hyperdischarge, dentalache and swelling of the cheek, etc. had been noticed as the initial symptoms, but those former three symptoms were not characteristic to this disease.

(2) As the type of cancer multiplication the so-called retro-growth type had been most frequently observed.

(3) Because of these two aforesaid facts, over 70% of the cases were not diagnosed correctly at the first examination.

(4) Consequently, the prognosis became unfavorable.

(5) No significant relationship was noticed between the histological diagnosis and the prognosis, however, a definite relation was found between the pleomorphism of cancer tissue and the prognosis.

(6) Prognosis was considered to be unfavorable in the cases which presented the varied histological pictures, especially so in those cases which presented these pictures due to Tauchi's so-called atypical adenocarcinoma.

(7) Some considerations were made on the histological picture of the parenchyma and the stroma as well as on the correlation between the two and a histological standard is presented by the author, for the purpose of grading the malignancy of cancer tissue.

As stated above, it may be concluded that, in order to make an early diagnosis and treatment possible, the attention must be paid to the atypical symptoms, and that both the pleomorphism of cancer tissue and the type of cancer growth have influence on the prognosis of the disease.

上顎癌の臨床的観察並びに病理組織学的研究

(特 に 予 後 に 関 連 し て)

名古屋大学医学部耳鼻咽喉科学教室(指導 後藤修二教授)

名古屋大学医学部病理学教室第2講座(指導 田内 久教授)

名古屋市立大学医学部耳鼻咽喉科学教室(指導 松田豪一教授)

研 究 生 甕 哲 也
モタイ テツ ヤ

第 1 編 臨 床 的 観 察

目 次

第 1 章 緒 論

第 2 章 統計的観察

第 1 節 統 計 資 料

第 2 節 頻 度

第 3 節 年次別頻度

第 4 節 年令及び性

第 5 節 患 例

第 6 節 原因並びに誘因の事項

第 1 項 職 業

第 2 項 遺伝的關係

第 3 項 既往症として慢性副鼻腔炎

第 4 項 外力による刺激

第 7 節 症 状

第 1 項 初 発 症 状

第 2 項 主 訴

第 3 項 初診診断名並びに初診時治療

第 8 節 初発症状発現より初診までの期間と当科受診までの期間の比較

第 9 節 当科来院までに受けた外科的処置

第 10 節 リンパ節腫脹

第 11 節 手術所見より観た癌腫増殖範囲

第 1 項 癌腫増殖範囲型の分類

第 2 項 癌腫増殖範囲型の頻度

第 12 節 癌腫の種類

第 3 章 予後に関する臨床的観察

第 1 節 術後死亡者並びに平均生存期間

第 2 節 術後生存者並びに平均生存期間

第 3 節 無返信者の退院時状況

第 4 節 再発部位と平均再発時期

第 5 節 遠隔成績

第 6 節 予後の分類

第 7 節 予後と年令

第 8 節 予後と性別

第 9 節 予後と術式

第 10 節 予後と癌腫増殖範囲型

第 4 章 結 論

文 献

第 1 章 緒 論

上顎癌と喉頭癌とは我が耳鼻咽喉科領域における悪性腫瘍の双壁であり、喉頭癌においては、自覚症状が比較的早期に現われる点並びにその発生部位的關係から、早期診断・早期治療も比較的实施可能であり、従つて予後も比較的良好であるのに反し、上顎癌では癌腫一般についての研究がかなり進んでいる現況においてもなお早期診断・早期治療に関しては幾多の障壁が存在し、従つてその予後も甚だ芳しくない現状である。

著者はかゝる現状に鑑み、過去 13 カ年間に名古屋大学並びに名古屋市立大学耳鼻咽喉科に来院した上顎癌患者について、できうる限り、種々の観点より分析し、統計的観察を行い、上顎癌の早期診断・早期治療についての、掘り所を見出し、もつて治療率向上に資したいと考え、本研究をこゝろざしたのである。

第 2 章 統計的観察

第 1 節 統 計 資 料

統計資料としては、上顎癌症例の内、明かに篩骨洞・鼻腔・上顎骨歯槽突起・歯肉・口蓋等に原発したと思われるものは、すべて除外し、上顎洞に原発したと思われる所謂上顎洞癌(以下上顎癌と称する)103 例を用いた。その内訳は、昭和 21 年より同 29 年までの 9 年間に、名古屋大学耳鼻咽喉科(以下名大臨床と称する)に入院したもの 68 例、昭和 24 年より同 33 年までの 10 年間に、名古屋市立大学耳鼻咽喉科に(以下名市大臨床と称する)入院したもの 35 例である。なお非手術症例は、名古屋市立大学耳鼻咽喉科に入院したものに 1 例あるのみで、あとはすべて手術症例である。

第2節 頻 度

第1表に示す如く、

第1表 名大臨床及び名市大臨床における上顎癌の頻度

名大臨床 昭21～29 (9年間) 68例		各々に対する比%
外来患者総数	37014	0.18
入院患者総数	2749	2.47
入院癌腫患者総数	355	19.2
入院癌腫患者総数	251	27.1

名市大臨床 昭24～33 (10年間) 35例		各々に対する比%
外来患者総数	42561	0.08
入院患者総数	2008	1.74
入院癌腫患者総数	86	40.7

両大学臨床 昭21～33 (13年間) 103例		各々に対する比%
外来患者総数	79575	0.13
入院患者総数	4757	2.17
入院癌腫患者総数	337	30.6

第2表 上顎癌の頻度

九大臨床 1907～1929 (23年間) 147例	各々に対する比%
入院患者総数	12091 1.22
入院癌腫患者総数	578 25.4

九大臨床 30年間 216例	%
入院患者総数	18768 1.15

京大臨床 50年間 448例	%
入院患者総数	23450 1.91

北大臨床 8年間 15例	%
全手術患者数	488 3.07

名大臨床 昭21～26 (6年間) 69例	各々に対する比%
外来患者総数	19804 0.35
腫瘍患者総数	482 14.3
癌腫患者総数	301 22.9

名大臨床では68例（837例，♀31例）で，外来患者総数37014名の0.18%，入院患者総数2749名の2.47%であり，名市大臨床では35例（824例，♀11例）で外来患者総数42561名の0.08%，入院患者総数2008名の1.74%である。両臨床を通算すれば103例（861例，

第3表 入院癌腫患者部位別分類

() 内は夫々総数（名大臨床251，名市大臨床86）に対する比%

名大臨床 昭21～29		名市大臨床 昭24～33	
外来患者総数	37014	外来患者総数	42561
入院患者総数	2749	入院患者総数	2008
入院癌腫患者総数	355	上顎洞	35 $\frac{24}{77}$ (40.7)
喉頭	87 $\frac{79}{8}$ (34.7)	喉頭	25 $\frac{23}{8}$ (29.1)
上顎洞	68 $\frac{37}{3}$ (27.1)	口腔	15 $\frac{14}{4}$ (17.4)
食道	29 $\frac{28}{1}$ (11.5)	食道	4 $\frac{3}{1}$ (4.7)
舌	20 $\frac{16}{4}$	咽頭	3 $\frac{1}{2}$ (3.5)
口腔	6 $\frac{3}{3}$ 28 $\frac{21}{7}$ (11.1)	篩骨洞	2 $\frac{2}{2}$ (2.3)
口腔	2 $\frac{2}{6}$	下顎	2 $\frac{2}{2}$ (2.3)
上咽頭	12 $\frac{8}{4}$	計	86 $\frac{66}{20}$
中咽頭	9 $\frac{7}{2}$ 23 $\frac{16}{7}$ (9.2)		
下咽頭	2 $\frac{1}{1}$		
鼻腔	5 $\frac{2}{3}$ (2.0)		
腮腺	4 $\frac{3}{1}$ (1.6)		
篩骨洞	3 $\frac{2}{2}$ (1.2)		
下顎	1 $\frac{1}{6}$ (0.4)		
外鼻	1 $\frac{1}{6}$ (0.4)		
顔面	1 $\frac{1}{9}$ (0.4)		
縦隔	1 $\frac{1}{6}$ (0.4)		
計	251 $\frac{183}{68}$		

♀42例）で，外来患者総数79575名の0.13%，入院患者総数4757名の2.17%，又入院癌腫患者総数337名の30.6%に相当する。

諸家の報告と比較すれば，第2表の如くで，

入院患者総数に対する比では，著者の名大臨床（9年間）の2.47%が最も多く次いで，京大臨床¹⁾（50年間）の1.91%，著者の名市大臨床（10年間）の1.74%，九大臨床²⁾（23年間）の1.22%，最も少ないが九大臨床³⁾（30年間）の1.15%である。

全癌腫患者数に対する割合は，第3表の如くで，

名大臨床は251例中68例（27.1%），名市大臨床では86例中35例（40.7%）であり，いずれも喉頭癌と共にその頻度が高い。

しからば，他部位の悪性腫瘍と比較すれば上顎癌はどの位の頻度であろうか。宮地氏⁷⁾は全国各大学病理学教室及び病院合計68ヵ所における悪性腫瘍剖検例の腫瘍別頻度について第4表の如き統計を発表されている。

剖検例のみの統計であるので，厳密な意味で，比較の対象にはならないかも知れないが，同一時期の統計であるので大体的見当はつくと思う。それによれば，上顎癌は，悪性腫瘍剖検例総数11927例中151例（1.3%）であ

第4表 全国各大学病理学教室及び病院合計
68ヵ所における悪性腫瘍剖検例の腫瘍別頻度（実数100例以下除外）

10年間（昭和21年～30年）（宮地） ⁷⁾			
全国剖検例 36380例			
悪性腫瘍剖検例 11927例			
順位	腫瘍名	実数	悪性腫瘍総数 11927に対する比%
1	胃 癌	2677	22.4
2	白血 病	1306	10.9
3	肺 癌	1033	8.7
4	子宮 癌	714	6.0
5	肝 癌	639	5.4
6	悪性腫瘍	406	3.4
7	脾 癌	383	3.2
8	細網肉腫	373	3.1
9	食道 癌	372	3.1
10	胆嚢及び胆管癌	360	3.0
11	乳 癌	269	2.3
12	卵 巢 癌	190	1.6
13	大 腸 癌	189	1.6
14	絨毛 腫	180	1.5
15	腎 癌	172	1.4
16	上顎洞 癌	151	1.3
17	咽 喉 癌	145	1.2
18	リンパ肉腫	139	1.2
19	ホジキン氏病	124	1.0
20	縦隔腫瘍	114	1.0

第5表 名大臨床

年度(昭和)	21	22	23	24	25	26	27	28	29	計
外来患者数	2432	3093	3075	3299	3687	4452	5040	5881	6055	37014
入院患者数	227	206	210	374	261	300	360	405	406	2749
入院腫瘍患者数	18	23	30	34	50	51	49	48	52	355
入院腫瘍患者数	12	17	23	22	35	39	37	40	26	251
上顎癌患者数	31	51	52	54	17	55	54	57	56	337
	82	91	92	84	129	94	91	159	94	693
外来患者数に対する比 ²⁶⁾	0.12	0.06	0.13	0.24	0.33	0.20	0.10	0.26	0.11	0.18
入院患者数に対する比 ²⁶⁾	1.32	0.97	1.90	2.14	4.60	3.00	1.39	3.70	2.46	2.47
外来患者数に対する比 ²⁶⁾	8600名中 9例 0.10									
入院患者数に対する比 ²⁶⁾	28414名中 59例 0.21									
入院患者数に対する比 ²⁶⁾	643名中 9例 1.40									
	2105名中 59例 2.80									

第6表 名市大臨床

年度(昭和)	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	計
外来患者数	4456	3971	4371	4463	4172	4684	4205	4344	3976	3919	42561
入院患者数	132	143	230	259	184	210	213	222	206	209	2008
入院腫瘍患者数	4	5	2	11	12	14	12	8	8	10	86
上顎癌患者数	51 90	51 90	51 90	53 91	55 90	56 90	53 94	52 91	50 92	52 93	524 911
外来患者数に対する比 ²⁶⁾	0.02	0.03	0.02	0.09	0.12	0.13	0.17	0.07	0.05	0.13	0.08
入院患者数に対する比 ²⁶⁾	0.76	0.70	0.43	1.54	2.72	2.86	3.29	1.35	0.97	2.39	1.74
外来患者数に対する比 ²⁶⁾	2798名中 3例 0.02										
入院患者数に対する比 ²⁶⁾	29763名中 32例 0.11										
入院患者数に対する比 ²⁶⁾	505名中 3例 0.59										
	1503名中 32例 2.13										

おいても、他癌腫と同じく、近年増加の傾向にあることが分る。

第4節 年齢及び性

（第7表）最高は74才女子，最低は23才女子であり，男子の最高は70才，最低は31才である。而して40才

第7表

（0才～19才には1例もない。）

年 令	♂		♀		計	1031に対する%	
20~29	右	0	0	1	1	2	1.9
	左	0		1	1		
	両	0		0	0		
30~39	右	3	8	5	8	16	15.5
	左	4		3	7		
	両	1		0	1		
40~49	右	7	17	7	14	28	27.2
	左	9		4	13		
	両	1		0	1		
50~59	右	7	17	3	10	26	25.2
	左	9		5	14		
	両	1		1	2		
60~69	右	10	15	5	15	24	23.3
	左	5		4	9		
	両	0		0	0		
70~	右	3	4	2	5	7	6.8
	左	1		1	2		
	両	0		0	0		
計	右	30	61	23	53	103	
	左	28		18	46		
	両	3		1	4		

り、第16位を占め、咽喉癌145例（1.2%）を僅かに凌いでいる。

即ち上顎癌は人体他部位の悪性腫瘍中ではさほど多い頻度ではなく、耳鼻咽喉科領域では、むしろ食道癌が第9位で、上顎癌より上位にあることになる。

第3節 年次別頻度

癌死亡率は近年特に増加の傾向にあると言われ、瀬木⁶⁾・宮地⁷⁾は昭和23年より徐々に増加の傾向を辿りつゝあると述べている。

上顎癌においては、年次的増加はどのようなものであろうか。第5、6表に示す如く、両大学臨床とも、各年度における外来患者総数並に入院患者総数に対する比は年次の進むにつれ、変動しつつも増加している。殊に名大臨床においては、昭和21年から23年までの3年間と、昭和24年から29年までの6年間とを、各市大臨床においては、昭和24年から26年までの3年間と、昭和27年から33年までの7年間とを比較すればいずれも、後者の年間における頻度が高いことを知る。即ち上顎癌に

第 8 表

報 告 者	0~9才	10才代	20才代	30才代	40才代	50才代	60才代	70才代
京大臨床 ²⁾	0	2	8	23	37	50	39	7
新潟大臨床 ³⁾	0	0	2	3	9	15	8	0
九大臨床 ³⁾	0	1	8	34	59	63	32	8
小林 ⁸⁾	1	0	2	17	37	44	34	12
山本 ⁹⁾	0	0	0	2	12	12	6	1
久保 ²⁾	0	1	3	16	43	47	30	7

第 9 表

報 告 者	男子	女子	男子 : 女子
京大臨床 ²⁾	105	61	1.72 : 1
九大臨床 ³⁾	134	71	1.89 : 1
小林 ⁸⁾	87	60	1.45 : 1
山本 ⁹⁾	24	9	2.67 : 1
久保 ²⁾	107	40	2.68 : 1
浅井 ¹⁰⁾	82	53	1.55 : 1

代に最も多く 27.2%, 次いで 50 才代 25.2%, 60 才代 23.3% の順で, 40~69 才の癌年齢が総数の 75.7% を占めているのは今迄の諸統計 (第 8 表) と余り大差がないが, ただ今迄の諸統計では 50 才代に最も多い点のみが異っている。この点より, 癌年齢が低下してきているのではなからうかと考えられる。

性別では男子 61 例に対し女子 42 例でその比は 1.45 : 1 である。諸家の統計 (第 9 表) では, 男子対女子の比は最高が久保²⁾ 氏の 2.68 : 1, 最低が小林⁸⁾ 氏と著者例の 1.45 : 1, 平均 1.87 : 1 であり, これと著者例とを比較すれば男子が平均より少ないのは, 女子の発症率が増加してきているのではなからうか。しかしいずれの報告例においても, 男子に多いという点では一致している。

第 5 節 患 側

(第 7 表): 右側 53 例, 左側 46 例で右側にやゝ多く, 両側は 4 例である。この「両側」とは, 両側上顎洞に癌腫が認められたという意味であつて, 両側同時に又無関係に発生したという意味ではない。諸家の統計 (第 10 表) によれば, 報告者により少数差乍ら逆の数値を示すものもあり, 総体的には左右差はないものゝようであ

第 10 表

報 告 者	右 側	左 側	両 側
新潟大臨床 ³⁾	21	16	
九大臨床 ³⁾	93	111	
山本 ⁹⁾	13	18	2
小林 ⁸⁾	69	17	1

る。又両側に発生した例は, 山本氏⁹⁾ の 2 例, 小林氏⁸⁾ の 1 例がある。

第 6 節 原因並びに誘因の事項

第 1 項 職 業

(第 11 表): 無職が最も多く 38 例 (36.9%) であり, その殆どが女子である。次いで農業・漁業従事者が 24 例 (23.3%), 労働者が 20 例 (19.4%) の順でありこれらはその殆どが男子である。男子では労働者が男子総数の 29.5%, ついで農業・漁業従事者が 26.2% と比較的加重的な仕事をしているものに多いようである。

第 11 表 職 業

() の数は夫々 (♂ 61, ♀ 42, 計 103 に対する比 (%) である。

職 業	♂	♀	計
無 職	8	30 (71.4)	38 (36.9)
農林・漁業従事者及び類似職業従事者	16 (26.2)	8	24 (23.3)
技能工・生産工程従事者及び 他に分類されない単純労働者	18 (29.5)	2	20 (19.4)
管理的職業従事者	5	1	6
事務従事者	4	0	4
販売従事者	2	0	2
サービス職業従事者	2	0	2
そ の 他	6	1	7
計	61	42	103

第 2 項 遺伝的関係

(第 12 表): 記載の明かな 101 例の内 18 例 [(17.8%)] において, 家系に癌腫を認めた。内訳では父母に癌腫が認められたもの 12 例で最も多く, ついで同胞の 4 例となつている。諸家の統計では小林氏⁸⁾ は 147 例中 33 例 (22.4%) に家系に素因を認め, 飯田氏¹¹⁾ は 36 例中 6

第 12 表 遺伝的関係 (101 例中)

父 系 祖 母	胃 癌	1
母 系 祖 母	子 宮 癌	1
父	胃 癌	7
	肺 癌	1
母	胃 癌	3
	子 宮 癌	1
同 胞	胃 癌	3
	子 宮 癌	1
計		18

例 (16.7%), 広戸氏¹²⁾ は 137 例中 31 例 (22.6%), 水野谷氏¹³⁾ は 19 例中 2 例 (10.5%) に夫々遺伝的素因を認めている。

第3項 既往症として慢性副鼻腔炎

既往症としての慢性副鼻腔炎は、上顎癌発生に対し関係ありとするもの、又なしとするもの、二者がある。広戸氏¹²⁾は上顎(副鼻腔)癌腫137例中、蓄膿症の既往を有するもの27例(19.7%)を認め、上顎蓄膿症が上顎癌の発生に対し深い関係あるを察知されると述べているが、浅井氏¹⁰⁾は、副鼻腔炎の既往症を有するものは136例中11例(8.1%)、健側鼻腔に副鼻腔炎所見をもつものは14例(10.3%)であり、副鼻腔炎が腫瘍に移行したと臨床的に考えられるものは少くて、腫瘍で原発して片側性鼻炎副鼻腔炎で発症するものが多いと述べている。その他諸家の報告によれば、上顎癌患者の慢性副鼻腔炎罹患率は、小林氏⁸⁾は147例中45例(30.6%)、水野谷氏¹³⁾は19例中8例(42.1%)、山本氏⁹⁾は33例中12例(36.4%)等を報告している。

著者の観察では、記載不備なものを除いた100例中23例に慢性副鼻腔炎の既往を認めた。しかし、その内3例は鼻茸切除術を、2例は副鼻腔根治手術を受けている。既往に副鼻腔根治手術を受けた2例は夫々23年後・30年後に上顎癌に罹患している。

浅井氏¹⁰⁾は、青少年期に副鼻腔炎手術を受け、数年10数年後癌年令期に至って上顎癌をきたした例はなく、経験した5例はすべて術後性頬部嚢腫であり、青少年期における副鼻腔根治手術を癌発生の面から考慮すべきであると述べている。

著者の経験した68才男子の例では、右側の副鼻腔根治手術を受けてから26年後に、反対側に上顎癌を発症しており、かゝる点から、副鼻腔根治手術は上顎癌発生に必ずしも密接な関係があるとは言いが切れない。

副鼻腔根治手術後に上顎癌をきたした症例は小林氏⁸⁾は3例(発癌前37年・10年・4年)、吉川氏⁸⁾は1例を報告しているがいずれもその原因については不明であると述べている。

第4項 外力による刺激

101例中3例が発癌側に外力による刺激を受けている。即ち症例1は43才女子で発癌前5年に右鼻根部を打撲し、右側に発癌している。症例2は63才男子で転倒して左頬部を打撲5年後に同側に発癌している。症例3は64才男子で右頬部を強打4ヵ月後に同側に発癌している。しかしこれのみでは上顎癌発生に外傷が関係があるともないとも云えない。小林氏⁸⁾も初発症状発現前の眼下部の打撲を誘因として訴えた2例を報告し、恐らく偶発事であろうと述べ、広戸氏¹²⁾は患部の外傷と発癌との関係は余りないようであると述べている。

第7節 症 状

第1項 初発症状

総症例数103中記載明かな101例について検討した。(第7節すべてに共通)

(第13, 14表): 初発症状の最も発現し易い部位は鼻部で、次いで頬部・口腔の順となつている。即ち、鼻症状で初発する場合が最も多くなつている。個々の症状で言えば、第14表に示す如く、鼻閉が最も多く(19.8%)、ついで鼻汁過多(18.2%)、歯痛(17.4%)、頬部腫脹

第 13 表

初 発 症 状		数	
鼻 症 状	鼻 閉		24
	鼻 汁 過 多	13	22
	血性鼻汁過多	4	
	血膿性鼻汁過多	3	
	悪液性鼻汁過多	2	
	血性後鼻漏	1	2
	悪臭鼻漏	1	
頬 部 症 状	鼻 出 血		8
	頬部腫脹	12	15
	淚囊部腫脹	1	
	眼窩下縁下部腫脹	1	
	眼窩下縁下部腫瘍触知	1	
	頬部痛	6	12
	頬部圧痛	3	
口 腔 症 状	犬歯窩部疼痛	1	
	犬歯窩部圧痛	1	
	淚囊部痛	1	
	鼻唇溝部鎮走感		1
	歯 痛	20	21
	歯 肉 痛	1	
	歯牙知覚異常		3
神 經 症 状	歯肉腫脹		1
	偏頭痛	4	7
	前頭部頭痛	1	
	後頭部頭痛	1	
	前額部側頭部頭痛	1	
	麻 痺		2
	流 涙		1
眼 症 状	複 視	1	2
	流 涙	1	
その他	顎下リンパ節腫脹		1

第 14 表

初 発 症 状	数	総数121に 対する比%
鼻 閉	24	19.8
鼻 汁 過 多	22	18.2
歯 痛	21	17.4
頬 部 腫 脹	15	12.4
頬 部 痛	12	9.9
鼻 出 血	8	6.6
頭 痛・偏 頭 痛	7	5.8
そ の 他	12	9.9

(12.4%) の順であり、頬部腫脹は第4位である。従つて、このような初発症状の現われる時期は、癌増殖が未だ上顎洞骨壁を侵蝕破壊するに至らない状態であることが多いのであろう。しかしこのような時期に診断をつけ、治療をしてこそ早期診断・早期治療が行えたといふと云えるのであろうが、実際には余りにも晩期診断・晩期治療であることが多い。これは一つには、患者の無理解にもより、多くの場合所謂顕現期になつてから我々専門医を訪れているからであらう。

この事実は、次の主訴が如実に示している。なお、上顎癌罹患側と反対側に慢性副鼻腔炎の所見を他覚的に見出したものは93例中23例(24.7%)であり、殆どの者は片側性副鼻腔炎を併発している。即ち片側性副鼻腔炎の症状や歯痛で初発するものが多い。

第2項 主 訴

(第15, 16表): 主訴では頬部症状が最も多く次いで鼻症状となつている。個々の症状では、第16表の如く頬部腫脹が43.7%で最も多く第1位を占め、次いで鼻

第15表

主 訴		数		
頬 部 症 状	頬 部 腫 脹	50	55	68
	鼻 根 部 腫 脹	2		
	眼 瞼 腫 脹	1		
	下 眼 瞼 腫 脹	1		
頬 部 症 状	頬 部 痛	11	12	
	頬 部 圧 痛	1		
	頬部知覚異常			
鼻 症 状	鼻 閉		21	37
	血膿性鼻汁過多	5	10	
	鼻 汁 過 多	3		
	血性鼻汁過多	1		
	膿液性鼻汁過多	1		
	鼻 出 血		6	
口 腔 症 状	硬 口 蓋 腫 脹	4	9	16
	歯 肉 腫 脹	2		
	拔 歯 部 腫 脹	2		
	口 腔 前 庭 腫 脹	1		
	硬口蓋切歯部潰瘍	2	5	
	歯肉切歯部潰瘍	1		
	拔牙部潰瘍	1		
	歯 槽 部 潰 瘍	1		
	歯 痛	1	2	
	硬 口 蓋 痛	1		
眼 症 状	眼 球 突 出		2	3
	視 力 減 退		1	
神 経 症 状	前 頭 部 頭 痛		1	2
	側 頭 部 シビレ感		1	

第16表

主 訴	数	総数126に 対する比%
頬 部 腫 脹	55	43.7
鼻 閉	21	16.7
頬 部 痛	12	9.5
鼻 汁 過 多	10	7.9
口 蓋・歯 肉 腫 脹	9	7.1
鼻 出 血	6	4.8
口 蓋・歯 肉 潰 瘍	5	4.0
そ の 他	8	6.3

閉(16.7%)、頬部痛(9.5%)、鼻汁過多(7.9%)、口蓋歯肉腫脹(7.1%)の順となつている。

即ち、初発症状で1, 2位を占めていた鼻閉、鼻汁過多は主訴では頻度が減じ、逆に初発症状で第4位を占めていた頬部腫脹が主訴では第1位となつている。又初発症状では第1位の鼻閉と第2位以下とに頻度の開きが少なかったのが、主訴では第1位頬部腫脹と第2位鼻閉との間にはその頻度にかなりの開きを見せている。従つてこのような症状の現われる時期は、とりもなおさず、癌腫が上顎洞骨壁を破壊侵蝕し、すでに早期治療の時期を失った状態であることが多いのであろう。

こゝに上顎癌の治療率の低い原因の一つが存在する。即ち初発症状で第1, 2, 3位を占めていた鼻閉・鼻汁過多・歯痛はそれ自体上顎癌に特有な症状ではなく従つて上顎癌の非顕現期の症状であると言えよう。そのために患者も又医師も上顎癌であることに気づかないことが多く、我々専門医を訪れる時は、その多くの場合すでに顕現期に入つてからであることが明確となつた。

しからば初発症状が発来してからどのような医療機関を訪れているのであろうか。

第3項 初診診断名並びに初診時治療

(第17表): 初発症状が発来してから最初に、約半数のものが鼻科医を訪れている。(101例中56例55.4%)

残りの約半数が歯科医を訪れている(101例中28例27.7%)。患者にしてみれば、初発症状から当然な成行きであらう。しかし医師の側から見た場合、果して当然な成行きだと云えようか。鼻科医を訪れた56例中24例(42.9%)が上顎癌と正しく診断されても、32例(56例中57.1%)のものは他疾患と誤まれ、しかも誤まつた治療を受けている。その中で最も多いのが鼻茸(56例中12例21.4%)でありすべて鼻茸切除術を受けている。次いで慢性副鼻腔炎と診断されたものが10例(56例中

第17表 初診診断名並びに初診時治療

(* 治療中途にて癌の疑がもたれた数)

最初訪れた診療科名	数	初診診断名	数	初診時治療	*
鼻科	56	鼻茸	12	鼻茸切除術	4
		慢性副鼻腔炎	6	鼻科的治療	1
		慢性副鼻腔炎	4	副鼻腔根治手術	2
		出血性鼻茸	1	鼻茸切除術	1
		出血性鼻茸	1	放置	1
		診断不明	2	?	1
		慢性鼻炎	1	鼻科的治療	1
		慢性肥厚性鼻炎	1	下甲介切除術	1
		鼻底腫瘍	1		
		29			
		当上顎癌	24		
歯科	28	歯骨腫瘍	1		1
		慢性副鼻腔炎	1		1
		鼻出血	1		1
		27			
		虫歯	17	拔牙	2
内科	11	歯牙異常なし	5		
		診断不明	3	歯科的治療	
		神経炎	1	歯肉腫瘍部切除術	
		顎下リンパ節炎	1	拔牙歯肉腫瘍部切除術	
		診断不明	1	拔牙	
眼科	4	三叉神経痛	5	内科的治療	3
		診断不明	3	“	
		神経炎	1	“	
病院	2	顎下リンパ節炎	1	抗生物質治療	
		診断不明	1	放置	
		2			
計	101	診断不明	2	眼科的治療	7
		淚囊炎	1	“	
		眼窩底腫瘍	1	腫瘍切除	
計	2	頬部化膿性炎症	1	抗生物質治療	
		診断不明	1	?	1
		2			

17.9%) でその内4例が副鼻腔根治手術を受けている。歯科を訪れたもの28例では歯牙に異常なしと云われたものは5例(28例中17.9%)のみで18例(28例中64.3%)のものが拔牙を受けている。内科医を訪れたものは11例(101例中10.9%)で3例が診断不明で5例(11例中45.5%)が三叉神経痛と診断されいずれも内科的治療を受けている。

又治療中途に癌らしいと分つたものは全科を通じて19例ある。即ち総症例数101例中24例(23.8%)が初診時に上顎癌と診断をつけられ、77例(76.2%)のものは他疾患と誤診され、その内の19例(77例中24.7%, 101例中18.8%)のものが中途から癌と判つたような現状であり、いかに多くのものが早期治療の時期を失っていたかがよく分る。

第8節 初発症状発現より初診までの期間と当科受診までの期間の比較

初発症状発現して最初から当科を訪れるものは第17表に示す如く27例(101例中26.7%)あり残りの74例(101例中73.3%)のものは他の医療機関を最初から訪

第18表 初発症状発現より初診までの期間と初発症状発現より当科受診までの期間

(*) は初めから当科受診したもの数

初発症状発現より初診まで		初発症状発現より当科受診まで	
数	期 間	期 間	数 (※)
66	～	1ヵ月未満	14 (5)
12	1ヵ月以上	3ヵ月未満	23 (5)
10	3ヵ月以上	5ヵ月未満	26 (8)
2	5ヵ月以上	7ヵ月未満	16 (2)
3	7ヵ月以上	9ヵ月未満	8 (3)
0	9ヵ月以上	1ヵ年未満	1
2	1ヵ年以上	3ヵ年未満	7 (1)
6	3ヵ年以上	～	6 (3)
101	← 計 →		101 (27)

れている。しからばその時期的な開きはどのようなものであろうか。第18表に示す如く66例(101例中65.3%)のものは初発症状が発来してから1ヵ月以内に何等かの医療機関を訪れている。しかし当科を訪れる時期は3ヵ月～5ヵ月のものが最も多く26例(101例中25.7%)となつている。その間には2ヵ月～4ヵ月の開きがあり、この開きが前述の如き初発症状と主訴との差となつて現われ、しかして上顎洞癌であるべきものが顔面頭蓋癌とも云うべき様相を呈し専門医の前に現われてくることになる。

第9節 当科来院までに受けた外科的処置

第7節第3項で、他の医療機関であるいは鼻茸切除術あるいは拔牙等々を受け、その後に当科を来訪しているものがあることが分つたが、これらはいずれも初科医(最初に訪れた医療機関。以下これに準ずる。)において受けたものである。しかし初科医以後当科を訪れるまでの間に、種々の外科的処置を受けているものもある。

第19表に示す如く、初科医では何も外科的処置を受けず、その後当科を訪れるまでの間に外科的処置を受けたものが23例(62例中37.1%), 初科医でも受け、次の医療機関でも受けたもの即ち再手術例が7例(62例中11.3%), 初科医だけで受けたもの39例(62例62.9%)であり全手術例数では69例となる。即ち総症例数101例中62例(61.4%)が当科を訪れる以前に何処かの医療機関で、何等かの外科的処置を受けていることになり、その頻度の大なるに驚かされるのである。

外科的処置では拔牙21例(62例中33.9%)が最も多く、鼻茸切除術18例(62例中29.0%)がこれに次ぎ、副鼻腔根治手術は10例(62例中16.1%)である。総症

第19表 当科来院までに受けた外科的処置
(診査切除・診査切開は除外してある)

手術名	初診時 の受	初科訪問より 当科受診までの 期間に受けたもの	計		
			手術例 総数	再手術 例数	症例数 %
拔牙	18	2	23	2	27 33.9
鼻翼切除術	13	4	22	4	18 23.0
副鼻腔根治手術	4	0	10	0	10 16.1
歯肉・硬口蓋切開	2	1	8	1	7 11.3
顔面切開	0	0	2	0	2 3.2
上顎洞穿刺	0	0	2	0	2 3.2
下甲介切除術	1	0	1	0	1 1.6
眼窩底腫瘍剝出	1	0	1	0	1 1.6
計	39	7	69	7	62

例数101例に対する比は夫々20.8%, 17.8%, 9.9%である。

第10節 リンパ節腫脹

臨床で、所属リンパ節の腫脹を触知し得たものは97例中27例(27.8%)である。諸家の報告によれば小林氏⁸⁾は147例中68例に所属リンパ節腫脹をみ、その中臨床転移と認められたものは45例(147例中30.6%)を算している。浅井氏¹⁰⁾は136例中25例(18.4%)にリンパ節転移をみ、上顎癌においては、リンパ節転移は少く、リンパ節のみの再発も少いものであるから「局所の完全切除により治癒の可能性が大きいと考えられる」と述べている。

第11節 手術所見より観た癌腫増殖範囲

第1項 癌腫増殖範囲型の分類

上顎癌の拡がりを論ずる前に、癌腫の増殖部位あるいは方向による癌腫増殖範囲型と侵蝕部位の名称を規定する必要がある。まず諸家の報告をみてみよう。

浅井氏¹⁰⁾は手術所見より篩骨蜂窩型(篩骨蜂窩・中甲介・眼窩)・眼窩型(眼窩内侵入眼症状あるもの)・側上顎型(翼状窩・頬骨・側頭窩)・下上顎型(口蓋)・後上顎型(翼状突起・蝶形骨・上咽頭)・上上顎型(側頭窩・眼窩・篩骨)・後下上顎型・後上上顎型・頭蓋底型・中心型・他側上顎侵襲型以上11の病型に分けて、治癒例と比較検討した結果、下上顎型が最も治癒し易く、中心型・側上顎型がこれにつぎ、上上顎型・後上顎型では治癒成績が不良であると述べている。

Dargent等¹⁴⁾は下方型(硬口蓋・上顎歯肉部に進入したもの)・前方型(上顎前壁の方に進入したもの)・上方型(上顎洞眼窩型・篩骨上顎洞型)・後方型(翼口蓋窩に進入するもの)・全面型(前後、上下、内外に向い進

入したもの)に分けて、治療の結果と比較検討している。

又山本氏⁹⁾は病変最も高度と推定される部位を鼻側壁・頬骨・上顎洞下部、側壁・眼窩底、内眦・上顎洞の多方面に膨隆するもの・篩骨・篩骨、眼窩底・鼻底・不明の9つの部分に分け予後との関係をみ、鼻側壁は経過良好で、眼窩底、内眦あるいは上顎洞の多方面に膨隆するものは不良のもの多く、篩骨に関するものは一般に不良であつたと述べている。

以上主だったものであるがその他¹¹⁾多くの学者が種々に分類している。

ひるがえつて実際の手術時の状況をみれば翼口蓋窩・翼状突起附近に侵蝕をきたしたものは完全切除が困難であり、上顎洞側頭下面の前下部に侵蝕をきたしたものは切除にさほど困難を感じないのは、我々の屢々経験する所である。又側頭下面の後部にある上顎結節は、骨がうすく癌腫増殖により侵蝕され易いのは事実である。

そこで著者は上述諸学者の分類や上顎洞の解剖学的特徴や、手術時所見の事実を参考にし、上顎洞側頭下面を額面断において前部と後部とに分けた方が妥当と考え、上顎洞をかこむ骨壁を次のように規定した。

上壁：上顎骨体の眼窩平面

内壁：上顎骨体の鼻面

前壁：上顎骨体の前面と上顎骨前頭突起

下壁：上顎骨口蓋突起

外側壁：上顎骨体の側頭下面において、上顎結節の前縁より前部並びに上顎骨の歯槽突起と頬骨突起

後壁：上顎骨体の側頭下面において、上顎結節を含める後部

若干の説明を加えると、歯槽突起と頬骨突起を外側壁に加えたのは、著者の取り扱った症例では、歯槽突起が侵蝕される場合は殆どの場合小白歯歯槽より後部にみられたので、歯槽突起への侵蝕は、多くの場合上顎骨体前面にぞくする部位は除外してさしつかえないと考えたからであり、頬骨突起もそれが侵蝕をうける際は上顎骨体前面より侵蝕を受ける場合もあるが、多くの場合上顎骨体側頭下面(ある場合は眼窩壁から)の方から頬骨突起の裏側において侵蝕されるからである。

後壁とは上顎骨体側頭下面において上顎結節を含めて後部の部分を云い丁度翼口蓋窩・翼状突起・下眼窩裂に相對している部分である。

しかして夫々の壁への侵蝕型式を、どの壁において病

変が最も高度であるかあるいはどの壁の方向へ侵蝕しているかによって上方型・内方型・前方型・下方型・外側方型・後方型に分け以上6型式に侵蝕度が甚だ高度でいずれの進展方向に重点をおいてよいか不明のものを多方面型としてつけ加え、以上7型式を癌腫増殖範囲型として分類した。

第2項 癌腫増殖範囲型の頻度

手術所見より病変が最も高度と思われる部位を判定し、第1項で規定した7型式により分類した。総症例数103例中記載不備等を除外した98例についてみると第20表の如くであり、後方型が最も多く98例中24例(24.5%)、前方型が最も少く98例中7例(7.1%)である。又篩骨洞にも癌浸潤を認めたものは20例(98例中20.4%)にみとめられ、後方型に多くみられた。

即ち翼状突起・翼口蓋窩・翼状突起筋等手術操作上甚

第20表 癌腫増殖範囲型

() は篩骨洞にも癌腫浸潤のあるもの
の例数

後方型	24 (12)	24.5%
多方面型	18 (4)	18.4
上方型	17 (4)	17.3
内方型	12	12.3
外側方型	11	11.2
下方型	9	9.2
前方型	7	7.1
計	98 (20)	100.0

第21表 死亡例53例の内訳

() は生存期間；放射線療法開始若しくは第1回目の上顎切除術の日より死亡に至るまでの期間

A	非手術例（放射線療法）	（4ヵ月17日）	1
B	術後合併症による死亡例		
	化膿性髄膜炎		2
	脳栓塞		1
C	偶発性事由による死亡例		
	自殺		1
	肝硬変・脾腫		1
D	上顎癌再発によらない死亡例		
	全身衰弱	（4年9ヵ月）	1
	肺臓癌	（3年6ヵ月15日）	1
	直腸癌	（6年3ヵ月27日）	1
	食道癌	（4年9ヵ月18日）	1
	出血死	（1ヵ月10日）	1
E	上顎癌再発による出血死	（3ヵ月12日・4ヵ月6日）	2
F	上顎癌癌組織残存若しくは再発による死亡例		40

だ厄介な部位への侵蝕が最も多かつたことは予後の上に重大な意義を与えると云えるし、又この部位へ侵蝕した場合の手術操作に特別の考慮が払われなければならないと考えられ、今後の検討に残された問題点の一つである。

第12節 癌腫の種類

記載の明かな78例中表皮癌58例(74.4%)、単純癌15例(19.2%)、紡錘形細胞癌4例(5.1%)、腺癌1例(1.3%)であつて表皮癌が最も多い。

第3章 予後に関する臨床的観察

第1節 術後死亡者並びに平均生存期間

昭和34年9月12日現在の状況を文書によつて問合せた結果では、総数100例中、死亡例53例、生存例10例、返信なし37例である。

死亡例53例の内訳は第21表に示す如くであり、上顎癌組織残存若しくは再発によつて死亡したものが殆どを占め40例(75.5%)である。

術後合併症による死亡例が3例あり、総手術例数102例(総症例数103例中非手術例は1例のみである)の2.9%に相当する。即ち手術危険率は2.9%である。

表中B, C, Dは上顎癌が直接死因にはなり得ない、上顎癌が直接死因となり得るものはE, Fの合計42例である。

この42例について術後生存期間を調査すると第22表の如くである。なお期間年月数の算定は、診査開放術等はすべて除いて、第1回目の上顎切除術の日より死亡に至るまでの期間を算定した。

第22表 術後死亡者の術後生存期間

平均生存期間: 8 カ月

(昭和34年9月12日現在)

術後生存期間	例数	総数42例に 対する比率%
～ 2ヵ月未満	0	28.6
2ヵ月以上 ～ 3ヵ月未満	2	
3ヵ月以上 ～ 4ヵ月未満	2	
4ヵ月以上 ～ 5ヵ月未満	5	
5ヵ月以上 ～ 6ヵ月未満	3	
6ヵ月以上 ～ 7ヵ月未満	7	64.3
7ヵ月以上 ～ 8ヵ月未満	3	
8ヵ月以上 ～ 9ヵ月未満	3	
9ヵ月以上 ～ 10ヵ月未満	6	
10ヵ月以上 ～ 11ヵ月未満	2	
11ヵ月以上 ～ 1ヵ年未満	6	7.1
1ヵ年以上 ～ 1.5ヵ年未満	1	
1.5ヵ年以上 ～ 2ヵ年未満	3	
2ヵ年以上 ～	0	

術後生存期間が2ヵ月未満又は2ヵ年以上の死亡者は1例もなく、42例中27例(64.3%)のものが術後6ヵ月から1ヵ年に至るまでの間に死亡し、12例(28.6%)が2ヵ月から6ヵ月に至るまでの間に死亡、平均生存期間は8ヵ月と甚だ短い。

第2節 術後生存者並びに平均生存期間

第23表にみられる通り僅か10例であり、術後1度も再発を認めなかった例が6例あり、4例は術後再発を1度はきたしているが、現在全く異常ない。最も期間の長いものは8年7ヵ月6日である。それらの平均生存期間は4.2ヵ年である。しかしこれらは現在日常労働にいらしているものばかりである。

第23表 術後生存者10例の術後生存期間

第1回目の上顎切除術の日より昭和34年9月12日に至るまでの期間:

平均生存期間: 4.2ヵ年

症例	術後生存期間	術後経過概要(再発)
1	1年2ヵ月24日	(術後2ヵ月目再発再手術後再発なし)
2	1年3ヵ月28日	
3	1年10ヵ月	
4	3年7ヵ月13日	(術後25日目再発 再手術後再発なし)
5	4年18日	
6	4年3ヵ月24日	
7	5年3ヵ月10日	(術後3ヵ月目再発 再手術後再発なし)
8	5年11ヵ月25日	
9	6年1ヵ月28日	
10	8年7ヵ月6日	(術後3ヵ月目再発 再手術後再発なし)

第3節 無返信者の退院時状況

現在の状況は全く不明であるが、退院時の状況を調査した結果は第24表に示す通りである。腫瘍残存若しくは再発を認めず退院したものが19例あり、これらには治癒をあきらめ、畳の上で死ぬといふ退院したものもあり又治療費がなくなりして退院したものもある悲惨な例であり、いずれも6ヵ月未満に退院しているが、第1節で述べた術後死亡者の平均生存期間8ヵ月と云う事実と退院時状況とにより、いずれは死亡する準死亡者とみなし得るものばかりである。

術後一度は再発したが退院時には再発を認めなかったもの3例は、入院期間1ヵ年以上のものばかりであるので、それらの経過と、術後死亡者の平均生存期間8ヵ月並びに後述の平均再発時期2ヵ月という事実より、生存可能者とみなし得る。又術後一度も再発を認めず経過し

第24表 無返信者37例の退院時状況

(昭和34年9月12日現在)

Ⅰ 術後一度も再発を認めず経過したものの15例の内訳

入院期間	例数
2ヵ月未満	10
2ヵ月以上～3ヵ月未満	3
6ヵ月27日	1
3年2ヵ月	1

Ⅱ 術後一度は再発したが退院時には再発を認めなかったものの3例の内訳

症例	入院期間
1.	1年1ヵ月20日
2.	1年6ヵ月18日
3.	2年28日

Ⅲ 腫瘍残存若しくは再発を認めず退院したものの19例の内訳

入院期間	例数
～1ヵ月未満	2
1ヵ月以上～2ヵ月未満	3
2ヵ月以上～3ヵ月未満	7
3ヵ月以上～4ヵ月未満	3
4ヵ月以上～5ヵ月未満	1
5ヵ月以上～6ヵ月未満	3
6ヵ月以上～	0

たもの15例は、後述（第5節）の如く、入院期間3年2カ月のものは準生存者とみなし得るが残りの14例の予後は全く不明である。

第4節 再発部位と平均再発時期

経過観察中に再発を全く認めなかつた症例は99例中27例あり、残りの72例は腫瘍残存若しくは再発のものである。そこで明かに腫瘍残存と思えるものは除外し残りの62例について、再発部位と再発期間とを調査した。その結果は第25表の如くである。

第25表 再発部位と平均再発時期

再 発 部 位 (62症例)	数	部位数対 70に対する比%
眼窩下部	26	24.3
術創腔内上方部(鼻骨・楔状洞部)	13	12.2
術創腔後方部(翼状突起・翼口蓋窩辺り)	12	11.2
頬部皮膚	12	11.2
軟口蓋断端部	10	9.4
術創外側上方部(側頭窩・下顎関節・咬筋辺り)	7	6.5
顎下 頸部リンパ節	6	5.6
硬骨断端部	5	4.7
上咽頭後壁(耳管開口部)	4	3.7
硬口蓋断端部	3	2.8
眼窩内	3	2.8
頭蓋骨	3	2.8
鼻根部	2	1.9
硬膜脳膜	1	0.9

再 発 時 期		
最 短	最 長	平 均
/週間	/年5ヵ月	2ヵ月

なお同1人でも、2カ所以上に再発を認めたものは、夫々の部位へ1例ずつつけ加えた。

眼窩下部へ再発したものが最も多く、再発部位総数107例中26例(24.3%)である。再発時期は最短術後1週間、最長1年5ヵ月、平均再発時期は術後2ヵ月である。

従つて術後1度も再発なく1年6ヵ月を経過すれば、再発はおこらないといつてもよからう。又術後いかに順調に再発なく経過しても1年6ヵ月を経過するまでは、再発に対し充分な注意を払い、術後の監視を怠らないことが必要であらう。

第5節 遠隔成績

第1節から第4節まで、術後再発すべきものは平均2ヵ月、術後死亡すべきものは平均8ヵ月、生存し得るものは平均4.2ヵ年ということが分つた。但し生存者の平均生存期間は昭和34年9月12日までの値であり、以

後の年月がたつにつれ増加する筈である。

この事実から無返信者を整理してみよう。

第3節で述べた如く、腫瘍残存若しくは再発を認めず退院したものの19例は準死亡者とみなしてもさしつかえなく、又術後1度も再発を認めずに退院したものの15例中1例は3年2ヵ月経過し生存者の平均生存期間4.2ヵ年に近いので準生存者とみなし得るが、14例のものは殆ど2ヵ月以内に退院しているので、平均再発時期2ヵ月、平均死亡時期8ヵ月という事実より、これら14例のものは予後については全く不明である。

従つて記載不備3例・非手術例1例・上述14例、合計18例は術後遠隔成績の対象からは除外することが必要であり、総症例数103例から18例を差引いた85例について術後治癒率を調査した。従つて各年間の手術例数からもこの18例に相当するものがさしひいてある。

なお昭和33年度手術例数は、9月以降手術したものは1例のみで、それも術後4ヵ月目に死亡しているので、遠隔成績の調査には妨げにならない。

第26表 術後遠隔成績(術後治癒率)

(昭和34年9月12日現在)

	1年以上 昭和21年 ～33年	3年以上 昭和21年 ～31年	5年以上 昭和21年 ～29年	6年以上 昭和21年 ～28年
手術例数	85	78	68	55
生存者数	21	12	5	3
治癒率	24.7%	15.4%	7.4%	5.5%

第26表の如く1年治癒率24.7%、3年治癒率15.4%、5年治癒率7.4%、6年治癒率5.5%である。

諸家の報告と比較すると、浅井氏¹⁰⁾は3年治癒率92例中23例(25.0%)、5年治癒率62例中12例(19.4%)と報告し、山本氏⁹⁾は3年治癒率16例中4例(25.0%)、6年治癒率8例中2例(25.0%)と報告している。これらに比すれば芳ばしいものとは云えない甚だ残念な事実である。

第6節 予後の分類

死亡者53例中非手術死亡例1例、術後合併症又は偶発事由による死亡例5例、上顎癌再発によらない死亡例中の出血死1例、第5節で述べた14例、記載不備3例合計24例は上顎癌の予後としては不明であるので、総例数103例から、差引いた79例について、前述の如き事実に基づき第27表の如く予後を分類する。即ち術後1ヵ年以上生存したものを予後良好、1ヵ年未満に死亡し

たものを予後不良として分類すると、予後良好は21例(79例中26.6%)、予後不良は58例(79例中73.4%)である。以下各項について予後との関係を観察してみる。

第27表 予後の分類

予後	術後生存期間	例数	総数79例に対する比%
良好	1カ年以上	21	26.6
不良	1カ年未満	58	73.4

第7節 予後と年齢

第28表の如く、高年者・若年者・中年者の順に予後が悪くなる傾向をみとめる。即ち高年者において予後が良い傾向をみとめる。

第28表 予後と年齢

年令	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
若年者 20才代～30才代	12 (15.2)	4 (33.3)	8 (66.7)
中年者 40才代～50才代	44 (55.7)	9 (20.5)	35 (79.5)
高年者 60才代～70才代	23 (29.1)	8 (34.8)	15 (65.2)

第8節 予後と性別

第29表の如く、男性は83%が予後不良であるのに比し、女性は59%が不良である。即ち女性において予後が良い傾向をみとめる。

第29表 予後と性別

性別	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
♂	47 (59.5)	8 (17.0)	39 (83.0)
♀	32 (40.5)	13 (40.6)	19 (59.4)

第9節 予後と術式

ここではどの術式が有効適切であるかは問題にしない。何故ならこのことは癌腫増殖範囲のいかによつて必然的に決まるからであり、眼球摘出術や顔面皮膚切除術を行うようではすでに晩期治療というような状態の手術であり、このような手術を行わなければならないものは大多数において予後不良であるのは第30表に見る如くである。たと1例のみが予後が良好である。

顔面に皮切をおかない全剔出術については後藤氏¹⁰⁾等が精しい考察を述べられているのでこゝにはふれないが、かゝる経口的全剔出術はあくまで癌腫全剔を第

第30表 予後と術式

* は口蓋粘膜を残したもの(全剔出術の際)(各1例)

術式	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
Weber氏	40	9	31
皮切を			
行ったもの	46	10	36
星野氏	5	1	4
Moure氏	1	0	1
皮切を			
行ったもの	16	4	12
経口的			
部分剔出術	13 (16.4)	6 (46.2)	7 (53.8)
全剔出術+眼球摘出術	2 (2.5)	0 (0)	2 (100.0)
全剔出術+顔面皮膚切除	1 (1.3)	1 (100.0)	0 (0)
全剔出術+眼球摘出術+顔面皮膚切除	1 (1.3)	0 (0)	1 (100.0)
計	79	21	58

一義とするのは当然であり、徒らに容貌上の点を第一義としてはならないのは言うまでもないことである。即ち顔面に皮切をおかなくとも充分全剔出術ができるという見通しをつけてから行うべきであり、従つてその適示に充分意を払うことが必要であらう。

第10節 予後と癌腫増殖範囲型

手術所見記載不備の4例を除外した75例について観察した。なお両側手術例は、増殖範囲の程度の強いものに重点をおいた。これは増殖範囲が広ければそれだけ予後に影響する所大なるものがあると考えたからである。

第31表 予後と癌腫増殖範囲型

() は篩骨洞にも癌腫浸潤のあるもの数

癌腫増殖範囲型	例数 [%]	予後良好 [%]	予後不良 [%]
後方型	21 (10) [28.0]	2 (2) [9.5]	19 (8) [90.5]
多面型	13 (2) [7.3]	1 [7.7]	12 (2) [92.3]
上方型	10 (1) [3.3]	0 [0]	10 (1) [100.0]
外側型	9 [2.0]	2 [22.2]	7 [77.8]
内方型	8 [10.7]	5 [62.5]	3 [37.5]
下方型	7 [9.3]	5 [71.4]	2 [28.6]
前方型	7 [9.3]	5 [71.4]	2 [28.6]
計	75 (13)	20 (2)	55 (11)

第31表にみる如く、多面型・後方型・上方型はいずれも予後不良なものが多い。これは徹底的除去が困難である眼窩下壁後部・眼窩・翼口蓋窩・翼状突起更に正円孔・翼状突起筋等に浸潤している増殖型である故であらう。

即ち予後不良群55例中41例(74.5%)が上記三型のものである。これに反し内方型・下方型・前方型はいずれも予後良好なものが多い。即ち良好群20例中15例(75.0%)を占めている。又外側型は予後不良なもの

が多くなっている。

第4章 結 論

(1) 本臨床的観察は昭和21年より同29年に至る9カ年間に名古屋大学耳鼻咽喉科に入院した上顎洞癌患者68名、並びに昭和24年より同33年までに至る10カ年間に名古屋市立大学耳鼻咽喉科に入院した上顎洞癌患者35名、合計103名について行つたものである。なお非手術例は名古屋市立大学に入院したものに1例あるのみで、あとはすべて手術症例である。

(2) 両臨床を通算すれば、全癌腫患者総数337例の30.6%の頻度である。又外来患者総数79575名の0.13%、入院患者総数4757名の2.17%に相当する。

(3) 年次頻度では近年増加の傾向を認める。

(4) 年令的に40才より69才迄の者が75.7%を占め、40才代に最も多く、最高は74才女子で最低は23才女子である。今迄の緒統計では50才に最も多く、この点より、癌年令の低下が考えられる。

(5) 男子61例に対し女子42例で男子にやや多い。諸家の報告例においても、男子に多くなっている。

(6) 右側53例、左側46例、両側は4例であり、右側にやや多い。しかし統計を参照すれば、総体的には左右差はないものゝようである。

(7) 職業では、無職の女子が最も多く、(103例中30例29.1%)、男子においては労働者18例(103例中17.5%)・農業漁業従事者16例(103例中15.5%)等比較的加重的な仕事をしているものに多い。

(8) 101例中18例(17.8%)に遺伝的關係を認め、父母に癌腫を認めたもの12例が最も多い。

(9) 100例中23例に慢性副鼻腔炎の既往を認める。

(10) 上顎癌罹患側と反対側に、慢性副鼻腔炎の所見を他覚的に見出したものは93例中23例(24.7%)であり、殆どの者は片側性副鼻腔炎を併発している。

(11) 鼻症状で初発するものが最も多く、個々の症状では鼻閉が最も多く次いで鼻汁過多・歯痛・頬部腫脹の順である。この鼻閉・鼻汁過多・歯痛は上顎癌に特有な症状ではなく、上顎癌の非顕現期の症状であり、かゝる時期に診断をつけることがのぞましい。従つて、癌年令期において何の誘因もなく片側性の鼻閉・鼻汁過多をきたした場合や、何の誘因もなく歯痛をきたした場合は先づ上顎癌を念頭におき精査すべきである。

(12) 主訴では頬部腫脹が最も多く次いで鼻閉・頬部痛・鼻汁過多の順である。即ち顕現期に入ってから専門医を訪れるものが多い。

(13) 101例中24例が初診時に上顎癌と診断がついているが、77例のものは誤診されている。即ち上顎癌の非顕現期においては歯牙疾患・鼻茸と誤診される場合が多い。

(14) 初発症状発来してから何等かの医療機関を訪れるまでの期間は1カ月未満の者が多く、初発症状発来してから当臨床を訪れるまでの期間は3カ月以上5カ月未満の者が多い。しかしてこの差が、初発症状と主訴の差となつて現われ又上顎洞癌であるべきものが顔面頸蓋癌ともいうべき様相を呈し専門医を訪れる原因にもなり、一般人の上顎癌に対する認識をたかめるよう啓蒙することが必要である。

(15) 当臨床を訪れるまでに、62例(101例中61.4%)が何等かの外科的処置を受けている。

外科的処置では抜歯21例(62例中33.9%)が最も多く、鼻茸切除術18例(62例中29.0%)がこれに次ぎ、副鼻腔根治手術は10例(62例中16.1%)である。

(16) 97例中27例(27.8%)に所属リンパ節の腫脹を触知する。

(17) 癌腫増殖範囲型を上方型・内方型・前方型・下方型・外側方型・後方型・多方面型の7型式に分類するのが妥当である。

(18) 後方型が最も多く98例中24例(24.5%)、前方型が最も少なく98例中7例(7.1%)である。篩骨洞にも癌腫浸潤を認めたものは20例(98例中20.4%)であり、その内訳では後方型に12例あり最も多い。

(19) 78例中表皮癌58例・単純癌15例・紡錘形細胞癌4例・腺癌1例であり、表皮癌が最も多い。

(20) 手術危険率は2.9%である。

(21) 術後死亡者42例中27例(64.3%)のものは、術後6月から1カ年に至るまでの間に死亡し、12例(28.6%)のものは2月から6月に至るまでの間に死亡している。しかして術後死亡者の平均生存期間は8カ月である。

(22) 昭和34年9月12日現在における術後生存者の平均生存期間は4.2カ年である。

(23) 術後再発部位は眼窩下部が最も多く、再発時期は最短、術後1週間、最長、術後1年5カ月、平均再発時期は術後2カ月である。従つて術後1年6カ月を経過するまでは、再発に対し充分な注意を払い術後の監視を怠らないことが必要である。

(24) 85例の遠隔成績では1年治癒率24.7%、3年治癒率15.4%、5年治癒率7.4%、6年治癒率5.5%である。

(25) 術後1カ年以上生存したものを予後良好, 1カ年未満に死亡したものを予後不良として, 分類すると, 予後良好は26.6% (79例中21例), 予後不良は73.4% (79例中58例)である。

(26) 高年者において予後が良い傾向を認め, 中年者において予後が悪い傾向を認める。

(27) 女性において予後が良い傾向を認める。

(28) 後方型・多方面型・上方型・外側方型はいずれも予後が不良のものが多く, 内方型・下方型・前方型はいずれも予後が良好なものが多い。

主要文献

- 1) 浅井, 山本: 耳鼻臨床, 49; 1, 2, (昭31).
- 2) 久保: 臨床耳鼻咽喉科学, 20頁, 克誠堂書店発行, (昭15).
- 3) 笹木: 日本耳鼻咽喉科全書, 第2巻, 4冊, 臨床編各論Ⅲ, 244頁, (昭30).
- 4) 難波: 3より引用.
- 5) 日比野, 加藤: 現代医学, 3; 2, 39, (昭28).
- 耳鼻臨床, 46; 11, 772, (昭28).
- 6) 瀬木: 田辺＝ユース, 209号, 8頁, (昭30).
- 7) 宮地: 日本医師会雑誌, 41; 2, (昭34).
- 8) 小林: 慈医誌, 67; 2, 311, (昭27).
- 9) 山本: 日耳鼻, 49; 11, 53, (昭18).
- 10) 浅井: 日耳鼻, 61; 臨時号, 379, (昭33).
- 11) 飯田: 耳鼻臨床, 40; 2~6, 1, (昭22).
- 12) 広戸: 耳鼻臨床, 40; 2~6, 6, (昭22).
- 15) 水野谷:

- 耳鼻臨床, 41; 3~4, 14, (昭23).
- 14) 鈴木, 藤森: 耳鼻咽喉科最近の進歩, 467頁, 医歯薬出版発行, (昭31).
- 15) *Dargent*: 14より引用.
- 16) 後藤(修): 綜合臨床, 1; 5, 452, (昭27).
- 17) 後藤(修): 手術: 4; 8, 320, (昭25).
- 18) 本庶: 医学: 9; 3, 120, (昭25).
- 19) 後藤(光): 外科の領域, 4; 6, 365, (昭31).
- 20) 浅井, 藤岡: 耳鼻臨床, 46; 12, 886, (昭28).
- 21) 田村: 耳鼻と臨床, 1; 3, 178, (昭29~30).
- 22) 河村: 日耳鼻, 59; 11, 1960, (昭31).
- 23) 岡田: 東京医事誌, 3000号, 2617頁, (昭11).
- 24) 後藤(修): 日耳鼻, 55; 7, 562, (昭27).
- 25) 後藤(修): 日耳鼻, 56; 8, 679, (昭28).
- 26) 浅井: 日本耳鼻咽喉科全書, 第5巻, 2冊, 鼻科編, 80頁, (昭28).
- 27) 今川: 日本耳鼻咽喉科全書, 第3巻, 1冊, 口腔, 259頁, (昭28).
- 28) 遠藤: 口腔外科通論及び手術学, 205頁, 歯科学報社発行, (昭17).
- 29) 尾崎: 日耳鼻, 42; 5, 678, (昭11).
- 30) *Francis Lederer*: *Diseases of the Ear, Nose and Throat*; p. 432, (1944).
- 31) 前田, 西端: 耳鼻臨床, 51; 3, 1, (昭33).
- 32) 久保, 調, 中山: 癌の臨床, 3; 5, 659, (昭32).
- 33) 浅井(昭): 日耳鼻, 60; 10, 1408, (昭32).
- 34) 河田: 手術, 4; 6, 225, (昭25).

第2編 予後に関する病理組織学的研究

目次

第1章 緒論

第2章 検索材料及び検索方法

第1節 検索材料

第2節 癌組織像の分類

第3節 予後の分類

第4節 成績の検討

第3章 検索成績

第1節 組織学的診断と予後

第2節 癌組織構成と予後

第3節 実質並びに間質における諸形態学的態度と予後

(1) 解放像の有無と予後

(2) 間質発育の程度と予後

(3) 間質反応の程度と予後

(4) 間質の血管発育の程度と予後

(5) 癌細胞配列の規則性の程度と予後

(6) 多型像の程度と予後

(7) 核分割像の頻度と予後

(8) 過染性核出現の頻度と予後

(9) 角化度の程度と予後

(10) その他の所見と予後

第4章 総括並びに考按

第1節 癌腫組織像と予後に関する文献的考案

第2節 組織学的診断と予後

第3節 癌組織構成と予後

第4節 実質並びに間質における諸形態学的態度と予後

第5節 悪性度判定基準

第5章 結論

文献

付図説明

第1章 緒論

上顎癌の組織学的研究, あるいは組織学的所見と予後

との關係については山本¹¹⁾・開發¹²⁾・石倉¹³⁾・高士¹⁴⁾・芝、
久島、馬場¹⁵⁾ 氏等の詳細な研究がある。

上顎癌はその殆どが、表皮癌であるということは、田
中⁷⁾、笹木⁸⁾ 氏等多数¹¹⁾・¹²⁾・¹³⁾・¹⁴⁾ の学者の一致して述べて
いる所である。しかし乍ら組織像と予後との關係に關しては、
未だ多数の疑義が残されている。浅井⁹⁾ 氏は癌腫と種類と治癒率
とに差異を認めず、又癌腫の組織学的悪性度と予後との間にも明
確な差異を認めないと述べ、吉田氏¹⁴⁾ は悪性度決定には組織学
的所見を主として行うことが適切であると述べ、開發¹²⁾ 氏は上
顎癌における扁平上皮癌について、Haagensen 氏分類法及び
Greenough 氏分類法を用いて悪性度判定を行う時には、充分な
考慮が必要であると述べている。又山本¹¹⁾ 氏は上顎癌の予後の決
定は、組織学的所見のみによることは不可能であり、臨床所見にも
左右されることは勿論であると述べ、組織学的所見と臨床所見の
両者を加味した悪性度判定基準を立てている。

ひるがえつて、癌腫一般における組織像と予後との關係につ
いての研究は枚挙にいとまがないが、大体次の3つの傾向に大別
することができる。その1は古く1897年 v. Hansemann の Anaplasie
の概念の提唱より端を発し A.C. Broders (1920) を経て現在に至
っている所の、実質細胞の Anaplasie の程度より予後を推察しよ
うという傾向。

その2は、Mac Carty (1922) の提唱した、間質における変化
を重視する傾向で、即ち間質に円形細胞浸潤や、結合織の線維
化乃至硝子化が著明に現われている程度の強い程、予後が良好
であり、これらの変化を癌細胞の發育に対する、防禦的組織反
應（防禦的因子 defensive factors）とみなすものである。その3
は癌細胞増殖段階と間質とを構築学的な立場から見る今井¹²⁾、
所¹⁷⁾ 氏等の傾向であり、今井氏は予後は、癌塊辺縁部（發育先
端部）における、実質と間質との、相對關係に左右されるもので
、この部位の所見が重要であると述べている。

上述3つの傾向のうち、その2の Mac Carty の防禦的組織反
應なる概念は、間質における二次的の變化を云々しているのに過
ぎないと否定され、その1の Broders の分類法については、緒方⁹⁾
氏は組織学的の Anaplasie の程度は、悪性度とある点までは一
致するが、これにはかなり多数の例外を認めた上でであると述べ、
岩本¹⁸⁾ 氏は喉頭癌160例について觀察し、術後の再発と關係があ
ることが認められたが、著明ではなかつたと述べ、更に癌腫の予
後判定上密接な關係を有する脈管内

蔓延像が、Broders 氏分類法では無視されている点に疑点があると
論じている。その他後藤、浅井、三吉¹⁰⁾・吉田¹⁶⁾・赤崎¹¹⁾・
今井¹²⁾ 氏等も否定的かあるいは疑義を抱いている。その3の
今井¹²⁾ 氏の癌塊全体を構築学的な立場から見る傾向については、
その後多くの追試者が、氏の提唱する簇出の程度・CPL 分類等により
予後との關係を觀察、予後判定上価値ありとし、耳鼻咽喉科領域
においても、岡本¹⁸⁾・江浦¹⁹⁾・小原²⁰⁾・三吉²¹⁾ 氏等の、いずれも
喉頭癌についての業績があり、組織学的構築像による悪性度判
定の方が、Anaplasie による悪性度判定よりも、予後を推定する
上に合理的かつ實際的であると論じているが、上顎癌についての
報告は未だこれを見ず、今井氏の構築学的分類法がすべての場
合にあてはまるか否かには、なお疑義が残されている。

さて上顎癌の現状は、臨牀的觀察で述べた如く、その殆どが、
早期の手術例でなく、剔出の際、大小種々の癌塊片として剔出さ
れることが多く、従つて復元も困難である。殊に今井氏の癌塊
構築の立場より検討する際には、前述の如く実質と間質の相互
關係が重要であるが、部位的に差異を示すことが少なく、従つて
大なる切片により、当該腫瘍全体としての実質間質關係を明ら
かにすることが必要であつて、今井氏はかかる検索の目的を果
すためには、次の2つの条件を満足しなければ、判定が困難であ
ると注意されている。

即ち

(1) 癌塊の中心点を通り、その發育方向に可及的平行の断面を
作り、しかも当該癌塊の辺縁乃至周囲組織を充分含めた全割標
本（あるいは可及的にこれに近いもの）を作ること。

(2) 先づ虫鏡の弱拡大によつて充分觀察し histotopographische
Orientierung をつけること。

しかし、本材料のように剔出された大小種々の癌塊片に対して、
この条件を充たすことは凡そ不可能である。

一方、一般的に癌腫の組織構成は、癌細胞の多様な形態・
間質の多彩な態度・癌細胞と間質との多相な関連性に加うるに、
癌細胞本来の特徴としての止む所を知らない増殖によつて極めて
印象的な複雑性を示している。かかる癌腫組織像の多様性は田
内²²⁾、太田、田中²³⁾ 氏等多数の学者によつて、指摘されてい
る所であり、副鼻腔癌においても、高士¹⁴⁾ 氏は肺臓癌におけると
同様な形態学的多様性を指摘し、かかる点より、純形態学的分類
をなすことは、むしろ無意味であつて、その腫瘍構造變異の法則
性と限界を知ることがより本質的であると述べ

ている。

そこで著者は、以上諸学者の業績、説を参考にし、一方では癌腫組織像の多様性に鑑み、全体的にみた組織構成の状況を観察、他方では実質と間質との相互関係及び実質並びに間質における諸形態学的態度を観察、併せてそれらの各種所見と術後予後との比較検討を試み、悪性度判定の基準を求めようとし、若干の興味ある知見を得たので、その概略を報告する次第である。

第2章 検索材料及び検索方法

第1節 検索材料

検索材料としては、名大及び名市大耳鼻咽喉科教室において、過去13年間に手術された上顎癌剔除標本の内36例を用いた。前述せる如く、大小種々の癌塊片として剔除されている標本が多いので、これら各癌塊片より可及的多数のパラフィン切片を作成し、主としてヘマトキシリン・エオジン重染色を中心に検索した。

第2節 癌組織像の分類

上顎癌組織にみられた各種の組織像を概ね田内氏に従って分類した。

(1) 表皮癌像：角化の強いもの、弱いもの、全く角化を見ずして所謂棘細胞癌像等を示すもの。

(2) 定型的腺癌像：癌細胞は互に横に密接して腺腔構造を形成し、間質との形態学的関連性はむしろ粗であるもの。

(3) 非定型的腺癌像：腺腔形成は明らかであるが、癌細胞は大小円形、紡錘形、不規則多角形、梨子形、棍棒状等々で、癌細胞相互の形態学的関連は粗であつて、間質とは密接な形態学的関連を有しているもの。(第1図)

(4) 紡錘形細胞癌像：紡錘形の細胞よりなるもの。

第1図

(5) 単純癌像：いずれの上皮組織乃至上皮細胞にも類似を求め得ないような上皮性の細胞よりなるもの。上記組織像のいずれにも該当しないようなもの。

第3節 予後の分類

臨床的観察で得た知見を基にして、上顎癌剔除術後の経過を次のように分けた。

(1) 予後良好群：術後1カ年以上生存したもの又はしているもの。14例

(2) 予後不良群：術後1カ年以内に死亡したもの。22例。

第4節 成績の検討

上記の各癌組織像に分類し、上顎癌組織における構成の発現の様相を観察し、併せて予後との関係を検討した。なお組織学的診断のみの判明しているものが25例あり、組織像検索に用いたもの36例に加えた計61例については組織学的診断と予後とを比較するに止めた。この際の組織学的診断は、上述の癌組織像の中で、最も優位を示すものを診断名とした。

又一方上顎癌組織の実質と間質との相互関係及び実質並びに間質における諸形態学的態度を観察した。しかし悪性度判定に対し、その基礎となる所見を把握するために、次の如き各項目について調査し、これらと予後との関係を比較検討した。

(A) 解放像の有無：

解放像とは、所謂瀰漫性浸潤癌像を呈しているもので即ち癌細胞が、個々バラバラに間質内に浸潤した像を云い、癌細胞が間質との間に特に密接な形態学的関連を示さない点で所謂非定型的腺癌像と明らかに区別し得ることとは既に田内氏その他の認めた所である。この解放像を高率に認めるものを有、一部分において認めるものを中間、全く認めないものを無、の3段階に分類して検討した。

(B) 間質の態度：

(1) 間質発育の程度：間質結合組織の増生の程度。これを間質が極めて多く、実質の少ない所謂硬性癌像を呈するもの、あるいはこれに近いものを良好、間質が極めて少なく、実質が極めて多い所謂髓様癌像を呈するもの、あるいはこれに近いものを不良、その中間のものを中間、と3段階に分類した。

(2) 間質反応の程度：小円形細胞の浸潤の程度。これをその認められる程度により高度・中等度・軽度の3段階に分類した。

(3) 間質の血管発育の程度：認められる程度により良好・中間・不良の3段階に分類した。

C) 実質の態度：

(1) 癌細胞配列の規則性の程度：これを規則的・不規則的の2段階に分類した。

(2) 多型像の程度：その程度により、高度・中等度・軽度の3段階に分類した。

(3) 核分割像の頻度：顕微鏡倍率400倍で5視野以内に15以上のものを多い、5以下のものを少ない。その中間を中等、の3段階に分類した。

(4) 過染性核出現の頻度：その頻度により多い、中等、少ないの3段階に分類した。

(5) 表皮癌細胞における角化度の程度：その程度により、高度・中等度・軽度の3段階に分類した。高度とは角癌あるいはこれに近いもの、軽度とは非角化性表皮癌即ち棘細胞癌像、所謂基底細胞癌像を呈するもの。

(D) その他の所見：

癌病巣における出血・壊死・間質の硝子化等の発現程度。これを無・有の2段階に分類した。

第3章 検索成績

第1節 組織学的診断と予後

予後の判明しているうちで、組織学的診断の明確なものは61例あり、それらと予後との比較は第1表の如くである。即ち表皮癌は、良好群16例中10例(62.5%)

第1表 組織学的診断と予後

組織学的診断	例数	(%)	予後良好(%)	予後不良(%)
表皮癌	44	(72.1)	10 (62.4)	34 (75.6)
単純癌	14	(23.0)	4 (25.0)	10 (22.2)
紡錘形細胞癌	2	(3.3)	1 (6.3)	1 (2.2)
腺癌	1	(1.6)	1 (6.3)	0 (0)
	61	(100.0)	16 (100.0)	45 (100.0)

不良群45例中34例(75.6%)に、単純癌は良好群16例中4例(25.0%)、不良群45例中10例(22.2%)に見えており、両群間に甚だしい差異を認めない。

所謂腺癌(所謂定型的腺癌)は1例のみであるが、良好群に見られ、紡錘形細胞癌は各群に1例ずつ見られている。

即ち癌腫の種類と予後との間には一定の関係を見出し得ないと云えよう。

第2節 癌組織構成と予後

組織像について検討し得た36例について予後と比較観察した。まず、それらの組織学的診断と予後との関係は第2表の如くで、たゞ表示するに止める。

第2表 癌組織構成検討に用いた症例の内訳

組織像	例数	予後良好	予後不良
表皮癌	26	8	18
単純癌	7	4	3
紡錘形細胞癌	2	1	1
腺癌	1	1	0
計	36	14	22

第3表 上顎癌組織構成

	表皮癌	定型的腺癌	非定型的腺癌	紡錘形細胞癌	単純癌	
最悪との合併例	(16)	1	8	0	2	
定型的腺癌との合併例	1	(1)	0	0	0	
非定型的腺癌との合併例	8	0	(0)	1	3	
紡錘形細胞癌との合併例	0	0	1	(1)	0	
単純癌との合併例	2	0	3	0	(4)	
単一組織像を示した例						22(61.1)
2種の組織像を見た例						13(36.1)
3種の組織像を見た例						1(2.8)
計						36(100.0)

次に組織構成については第3表に示す如く、総数36例中22例[(61.1%)]は単一組織像を呈していたが、14例(38.9%)は2種以上の各癌組織像が合併してみられている。その内3種の組織像の認められたものは1例(36例中2.8%)である。しかしてこれらの合併の様相は、非定型的腺癌像との合併例が最も多く、合併例総数14例中12例(85.7%)の高頻度に認められ、12例の非定型的腺癌像との合併例では表皮癌像との合併が8例(12例中66.7%)で最も多く、次いで単純癌像とが3例(12例中25.0%)、紡錘形細胞癌像とが1例(12例中8.3%)である。

単一組織構成をとるもの22例では表皮癌像が最も多く16例(72.7%)、ついで単純癌像4例(18.2%)である。

即ち上顎癌組織36例中12例(33.3%)において非定型的腺癌像との合併例を見出し、上顎癌組織像においてもその多様性がみとめられると云えよう。しかしてこの

第4表 癌組織構成と予後

組織構成	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
単一組織像	16	7	9
単純癌	4 計	2 計	2 計
紡錘形細胞癌	1 (6.7)	1 (78.6)	0 (50.0)
定型的腺癌	1	1	0
2種の組織像	7	0	7 (99.9)
非定型的腺癌像と表皮癌像	3	2	1 (40.9)
非定型的腺癌像と紡錘形細胞癌像	1 計	0 計	1 計
表皮癌像と単純癌像	1 (36.7)	0 (27.4)	1 (45.5)
表皮癌像と定型的腺癌像	1	1	0
3種以上の組織像	1 (2.8)	0	1 (4.5)
計	36	14 (100.0)	22 (100.0)

場合、2種以上の癌組織像を認めた例では各組織像について重複して表示してある。

かゝる組織像の多様性と予後との関係は、第4表に示してあるが、良好群においては、合併例が14例中3例(21.4%)であり、しかも非定型的腺癌像との合併例は、単純癌像との合併を2例みているのみで、表皮癌像との間には、合併をみていなく又14例中11例(78.6%)が単一組織像を示していたのに反し、不良群においては、22例中11例(50.0%)に合併例を見、その内非定型的腺癌像と他癌組織像との合併は9例(22例中40.9%)あり、特に非定型的腺癌像と表皮癌像との合併が7例(22例中31.8%)で最も多く見られた。しかも11例の合併例の内1例は単純癌像、非定型的腺癌像、表皮癌像の三者より構成されているのをみとめた。又22例中11例(50.0%)は単一組織像を呈していた。

即ち非定型的腺癌像の認められた症例に、予後不良なものが多く、而かも表皮癌像との合併例に不良なものが多いと云えよう。

第3節 実質並びに間質における諸形態学的態度と予後

(1) 解放像の有無と予後（第5表）

解放像の無いものは予後良好であるが、一部においてもこの解放像を示したものは予後が不良であると云え

第5表

解放像の有無	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
無	21 (58.3)	12 (57.1)	9 (42.9)
中間	8 (22.2)	1 (12.5)	7 (87.5)
有	7 (19.4)	1 (14.3)	6 (85.7)

よう。

(2) 間質発育の程度と予後（第6表）

明確な関係は認められない。

(3) 間質反応の程度と予後（第7表）

間質反応が高度即ち、小円形細胞の浸潤が高度なものは予後は不良であり、予後との間に明らかな差が見出される。

(4) 間質の血管発育の程度と予後（第8表）

(5) 癌細胞配列の規則性の程度と予後（第9表）

以上2項目は、いずれも良好群と不良群との間に差異を見出していないのは各表が示す通りである。

第6表

間質発育の程度	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
良好	7 (19.4)	3 (42.9)	4 (57.1)
中間	6 (16.7)	3 (50.0)	3 (50.0)
不良	23 (63.9)	8 (34.8)	15 (65.2)

第7表

間質反応の程度	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
軽度	16 (44.4)	11 (68.8)	5 (31.3)
中等度	2 (5.6)	1 (50.0)	1 (50.0)
高度	18 (50.0)	2 (11.1)	16 (88.9)

第8表

間質の血管発育の程度	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
良好	7 (19.4)	1 (14.3)	6 (85.7)
中間	4 (11.1)	2 (50.0)	2 (50.0)
不良	25 (69.4)	11 (44.0)	14 (56.0)

第9表

癌細胞配列の規則性の程度	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
規則的	28 (77.8)	12 (42.9)	16 (57.1)
不規則的	8 (22.2)	2 (25.0)	6 (75.0)

第10表

多型像の程度	例数 (%)	予後良好 (%)	予後不良 (%)
軽度	11 (30.6)	9 (81.8)	2 (18.2)
中等度	11 (30.6)	3 (27.3)	8 (72.7)
高度	14 (38.9)	2 (14.3)	12 (85.7)

(6) 多型像の程度と予後（第10表）

(7) 核分割像の頻度と予後（第11表）

(8) 過染色核出現の頻度と予後（第12表）

第11表

核分割像の頻度	例数	(%)	予後良好(%)	予後不良(%)
少ない	17	(47.2)	10 (58.8)	7 (41.2)
中等	11	(30.6)	4 (36.4)	7 (63.6)
多い	8	(22.2)	0 (0)	8 (100.0)

第12表

過染色核出現の頻度	例数	(%)	予後良好(%)	予後不良(%)
少ない	15	(41.7)	10 (66.7)	5 (33.3)
中等	12	(33.3)	3 (25.0)	9 (75.0)
多い	9	(25.0)	1 (11.1)	8 (88.9)

以上の3項目は、いずれも中等度以上のものに予後不良なものが多く、軽度なもの若しくは少ないものは予後が良好であるのは各表が示す通りである。

(9) 角化度の程度と予後（第13表）

(10) その他の所見と予後（第14表）

第13表（表皮癌26例）

角化度の程度	例数	(%)	予後良好(%)	予後不良(%)
軽度	18	(69.2)	5 (27.8)	13 (72.2)
中等度	3	(11.5)	2 (66.7)	1 (33.3)
高度	5	(19.2)	1 (20.0)	4 (80.0)

第14表

その他の所見	例数	(%)	予後良好(%)	予後不良(%)
無	17	(47.2)	6 (35.3)	11 (64.7)
有	19	(52.8)	8 (42.1)	11 (57.9)

以上2項目は、いずれも良好群と不良群との間に、一定の関係は見出されない。

第4章 総括並びに考按

第1節 癌腫組織像と予後に関する文献的考察

代表的なものについて聊か、考察を加えると、開発²⁾氏は、上顎癌（扁平上皮細胞癌）22例を組織学的に検討し、次の如く述べている。

(1) 増殖細胞の間質内浸入発育の傾向強いもの。(2) 癌細胞配列状態の不規則なもの。(3) 癌巣内の円形細胞

浸潤強いもの。(4) 角化度の少ないもの。(5) 核の形態の不整、大いさの不整、過染色症のものは悪性度が大きいとし、(1) 実質及び間質の量的比、(2) 癌巣の粗密度、(3) 実質の乳嘴様構造、(4) 間質における結合組織の粗密度、血管の新生、円形細胞の浸潤等は予後との間に一定の関係を示さないと述べ、悪性度判定を Haagen-sen 氏分類法及び Greenough 氏分類法を以て決する際には充分な考慮が必要であると論じている。

山本¹⁾氏は、23例の組織像を検討した結果上顎癌の予後の決定を組織学的所見のみにたよることは不可能であり、臨床所見によつても左右されるので、上顎癌の悪性度を腫瘍の発生部位及び拡大の良否、組織学的所見及び転移の有無と位置によつて分類するのが適當であるとし、腫瘍の部位については内側壁発生のものを第1度(L₁)、後側壁、眼窩底、洞底に発生せるものを第2度(L₂)、篩骨蜂窩及び洞外軟部に波及せるものを第3度(L₃)と定め、組織学的悪性度に就いては、乳嘴様癌及び基底細胞癌を第1度(M₁)、角化性扁平上皮癌及び腺癌を第2度(M₂)、非角化性扁平上皮癌を第3度(M₃)と規定、転移に就いては、顎下腺（顎下リンパ節）に転移あるものを第1度(m₁)、顎下腺（顎下リンパ節）以外の遠隔部に転移あるものを第2度(m₂)とし以上三要素の総合結果を第15表の如くまとめ、悪性度表と名づけている。しかし悪性度第1度aは予後最も良く、

第15表 悪性度表（山本¹⁾）

悪性度	部位	癌の種類	転移
I	a	L ₁ M ₁ 又は M ₂	転移なきもの、又はあつても m ₁ のもの
	b	L ₂ M ₁	
II	a	L ₁ M ₃	転移なきもの、又はあつても m ₁ のもの
	b	L ₂ M ₂ 又は M ₃	
III	a	L ₃ M ₁	転移なきもののあるもの、又は m ₂ のもの
	b	L ₃ M ₂ 又は M ₃	

悪性度	予後良好例	予後不良例
I	a 1	0
	b 1	0
II	a 0	0
	b 1	1
III	a 3	1
	b 1	14

第Ⅲ度 b は予後最も不良なものであるとしている。

今井¹²⁾氏は、口腔領域癌（特に舌癌）、喉頭癌、乳癌、子宮癌、胃癌 509 例について、癌塊構築的な立場より、癌腫発育状況の形態学的分析を試み、次の如き、簇出度および CPL 分類を提唱し術後転帰との関係を述べている。即ち癌塊全体の構築基本型を無簇出型・簇出型とに大別し、簇出の程度を、軽度のものを第Ⅰ度、高度のものを第Ⅴ型と 5 段階に分け、舌癌、喉頭癌についての結果では、無簇出型あるいは軽度簇出のものは予後が良好で、第Ⅱ～Ⅲ度簇出型の多くは予後不良であると述べている。又癌塊全体として、その発育先端部における実質間質関係および脈管内蔓延の状況並びにその程度を考慮に入れ、CPL 分類を提唱されている。即ち発育先端部に結合織性間質の「新生」を伴うものを C 型 (cirrhotic form) と、簇出型癌塊で、その簇出部先端の 1 部ないし大部分において、間質結合織新生を伴うことなく、多少に拘わらず低分化の癌実質（癌細胞）が組織間隙を増殖するのを認めるものを P 型（進行型 progressive form）。又癌細胞がリンパ管あるいは細静脈内を充し、増殖蔓延しつつある像を示すものを L 型（脈管内蔓延型 lymphatic and blood-vessel-permeation form）と規定し、P 型・L 型を夫々その程度に応じて、前者は 3 段階、後者は 5 段階に分類し、胃癌・喉頭癌・舌癌等において、予後との関係を観察し、殊に胃癌においては P・L を欠く C 型かあるいは軽度なものが予後が良好であるが、舌癌・喉頭癌の手術例では術後遠隔成績は癌実質の簇出性発育程度と密接な関係を示し、CPL 分類はそのまま適用されるに至らないと述べている。

以上の如く組織像と予後との関係についての業績は甚だ多彩であり、統一する所を知らない現状であり、いずれがより妥当的、普遍的であるかは今後の検討にまかたいと思う。

その他喉頭癌における組織像と予後との関係については岩本¹⁰⁾、日比野、加藤氏²⁴⁾等多くの学者が論じている。

第2節 組織学的診断と予後

組織学的診断の明確なものの 61 例について比較検討したが、予後との間には一定の関係を見出し得なかつた。この点に関しては、浅井⁹⁾氏は、癌腫の種類と治癒率とに差異を認めないと述べ、山本¹⁾氏は、扁平上皮癌の予後は一般に不良のものが多くとし、学者により、その見解に一致を見ていない。

第3節 癌組織構成と予後

癌組織像の示す多様性に関しては多数の学者の指摘し

ている所であり、殊に肺臓癌においては甚しく多様性にとんでいることが、田内²²⁾氏等よつて論ぜられている。又高土氏⁴⁾は副鼻腔癌は肺臓癌におけると同様に形態学的に多様な組織像を呈すると述べている。しかして、田内氏²²⁾は大多数の肺癌組織においては、所謂非定型的腺癌像が基本型と考えられ、表皮癌、定型的腺癌、単純癌、多形細胞癌等々の組織構成の多くのものは、この所謂非定型的腺癌像よりの由来移行を推定せしめ得る。この場合他癌組織像からの非定型的腺癌像への移行を否定する根拠を持たないが、いずれにしても多くの癌組織像が非定型的腺癌像と密接な生物学的関連の存することは否めないと述べ、又田内・佐藤氏^{25) (26)}は副鼻腔癌並びに喉頭癌の手術例と剖検例について、その組織構成を検討した結果、非定型的腺癌像を始め各種組織像より構成されている多様性を認めている。更に田内・佐藤氏²⁶⁾は肺臓癌の場合の非定型的腺癌像の意義について、肺臓癌以外の胃癌・子宮癌・膀胱癌・胆管癌・乳癌・皮膚癌その他多数の癌腫剖検例・手術例によつて詳細な再検討を試みている。即ち非定型的腺癌像の発現は一般に手術例に稀で剖検例にしばしばである点、及びそれらの組織学的所見から、非定型的腺癌像は他の各種癌組織像から癌腫発育の過程において形成されると結論し、この非定型的腺癌像の示す生物学的意義について詳細に考察し興味ある知見を述べている。

著者もかゝる癌組織像の多様性に鑑み、上顎癌組織構成を検討した結果、やはり各種癌組織像より構成されている場合が多いことを見出した。即ち総数 36 例中 14 例 (38.9%) に各種癌組織像が 2 種以上合併しているのを認め、又 3 種の組織像のみられたものを 1 例見出した。しかしてこれら合併の様相は非定型的腺癌像と他癌組織像との合併を最も多く 12 例（合併例総数 14 例中 85.7%）、その内表皮癌像との合併を 8 例（12 例中 66.7%）に認め、かゝる非定型的腺癌像との合併例に予後不良なものが多いことを知り得た。

第4節 実質並びに間質における諸形態学的態度と予後

従来の見解と不一致なものがみられた。例えば、角化度と予後とについては、日比野、加藤氏²⁴⁾は 36 例の喉頭癌組織像と予後との関係を検索し、角化の著明なもの程予後は良いと述べ、上顎癌において開発氏²⁾も又角化度大なるものは比較的良好な経過をとつたと述べている。山本氏¹⁾は非角化性扁平上皮癌にぞくすべきものは予後不良で角化の良好なものは予後がよいが、角

化の最も強いものにあつても予後が必ずしも良好でない例外的存在が認められたと述べている。しかし著者の検索例においては、角化の程度の弱いもの程予後が不良であることは従来の報告と一致しても、良好群においても多くのものは、角化の程度が弱いという矛盾した結果を得た。取り扱った症例の差異にもよるとは思うが、検索者によつて結果が一致しないということは、角化度は予後に特別に関係が深い因子であるとは云い切れぬのではなからうか。

間質反応としての小円形細胞浸潤は癌腫増殖の際の二次的变化であると解せられている。著者の検索例では、程度の高度なものは予後が不良という結果を得たが、このことは、癌腫発育の旺盛なものに二次的变化が多く、従つて、予後も不良であると解したい。

解放像の有無については実質細胞が間質の内に瀰漫性に浸潤する像が認められないもの程予後が良好であり、逆に一部においてとも認められるものは予後が不良という結果を得、開発氏²⁾の観察例と一致していた。

その他、多型像の程度、核分割像の頻度、過染色核出現の頻度については、いずれもその程度高度なもの程又その頻度多いもの程予後が不良であるという結果を得、開発²⁾、日比野、加藤氏²⁴⁾等の報告と一致している。

第5節 悪性度判定基準

以上の検討から著者は、予後に関係があるとみなされる項目は、

(1) 解放像の有無、(2) 間質反応の程度、(3) 癌細胞の多型像の程度、(4) 核分割像の頻度、(5) 過染色核出現の頻度の5項目であることを知つた。この結果から次の如き悪性度判定基準を設けた。

悪性度第Ⅰ度： 以上5項目の内いずれか4項目が軽度若しくは少ないものあるいは認められないもの。

悪性度第Ⅲ度： 以上5項目の内いずれか4項目が高度若しくは多いものあるいは認められるもの。

悪性度第Ⅱ度： 第Ⅰ度・第Ⅲ度以外のもの。

以上の3つの段階に分類し、この度数の多いもの程悪性度が強いと考えた。

第 16 表

悪 性 度	例数	(%)	予後良好(%)	予後不良(%)
第Ⅰ度	11	(30.6)	9 (81.8)	2 (18.2)
第Ⅱ度	18	(50.0)	5 (27.8)	13 (72.2)
第Ⅲ度	7	(19.4)	0 (0)	7 (100.0)

このような悪性度判定基準に従つて、悪性度と予後との関係をみると第16表に示す如く、悪性度の少ないもの程予後が良好であることを認めることができる。

かゝる悪性度判定基準に普遍性、妥当性があるか否かは、今後の検討を必要とすることは云うまでもなく、ただ単にこの著者の悪性度判定基準のみによつて凡ての予後を律し得られない場合も屢々であろうことは勿論である。

第5章 結 論

(1) 上顎癌61例について観察した結果では癌腫の種類と術後経過との間に一定の関係を見出し得ない。

(2) 上顎癌剔出標本36例について組織構成を検討した結果、22例(61.1%)は単一組織像を呈し、13例(36.1%)は2種の癌組織像が合併し1例(2.8%)は3種の癌組織像より構成され多彩な組織構成を示している。

しかして組織構成の様相は、所謂非定型的腺癌像(田内)との合併例が最も多く、合併例総数14例中12例(85.7%)であり、その内訳は、表皮癌像との合併が8例(12例中66.7%)、単純癌像との合併が3例(12例中25.0%)、紡錘形細胞癌像との合併が1例(12例中8.3%)である。即ち上顎癌においても肺臓癌における同じような、癌組織像の多様性を認め得る。

(3) 術後経過不良群22例中10例(45.5%)は2種の癌組織像より構成され、1例(4.5%)は3種の癌組織像より構成され、その内所謂非定型的腺癌像と表皮癌像との合併が8例(不良群の合併例総数11例中72.7%、不良群22例中36.4%)である。

これに反し、良好群においては、14例中、3例(21.4%)に合併例を見出したのみで、しかも非定型的腺癌像と表皮癌像との合併は1例もない。

即ち癌組織像の多様性と術後経過との間には密接な関係があり、多様なもの程予後は不良である。又所謂非定型的腺癌像(田内)との合併をみるものには予後不良なものが多い。

(4) 1. 解放像の有無、2. 間質反応の程度、3. 癌細胞の多型像の程度、4. 核分割像の頻度、5. 過染色核出現の頻度の5項目が術後経過と関係を有することを認め、独自の悪性度判定基準を定め、組織学的に予後を推定する拠り所とした。しかしかゝる基準が妥当的且普遍的であるか否かは今後の十分な検討を必要とする所である。

主要文献

- 1) 山本：耳喉科，21；5，190，（昭24）。 2) 開発：十全会誌，49；3，465，（昭19）。 3) 石倉：日耳鼻，49；11，987，（昭18）。 4) 高士：癌，46；2～3，321，（昭30）。 5) 芝，久島，馬場：癌，42；2～4，160，（昭26）。 43；2～3，191（昭27）。 6) 浅井：日耳鼻，61；臨時号，379，（昭33）。 7) 田中（文）：日耳鼻，25；3～4，152，（大8，9）。 8) 笹木：日本耳鼻咽喉科全書，第2巻，4冊，臨床編各論Ⅲ，243頁，（昭30）。 9) 緒方：癌，30；5，689，（昭11）。 10) 後藤（光），浅井，三吉：癌，45；192，（昭29）。 11) 赤崎：日産婦誌，5；7，699，（昭28）。 12) 今井：福岡医会誌，45；2，72，（昭29）。 13) 岩本：耳鼻咽喉科最近の進歩，575頁，（昭31），医歯薬出版発行。 14) 吉田：8より引用。 15) 吉田：13より引用。 16) 岩本：耳喉科，22；8，329，（昭25）。耳喉科，23；5，179，（昭26）。 17) 所，斎藤：癌，41；65，（昭25）。 18) 岡本：医学研究，23；2，257，（昭28）。 19) 江浦：福岡医会誌，47；3，265，（昭31）。 20) 小原：耳鼻臨床，51；増刊，3，75，（昭33）。 21) 三吉：耳鼻臨床，48；6，404，（昭30）。 22) 田内他：名市大医誌，5；3，83，（昭29）。 23) 太田，田中：癌，42；181，（昭26）。 24) 日比野，加藤：現代医学，3；2，117，（昭28）。耳鼻臨床，46；11，772，（昭28）。 46；12，817，（昭28）。 25) *Hisashi Tauchi-Tsuneko Sato*: Nagoya Med. J. 4: 3-4, 155, (1958)• 26) 佐藤：名市大医誌，9；1，77，（昭33）。 27) 緒方，三田村：病理学総論下の巻，946頁，（昭11），南山堂発行。 28) 宮地：臨床組織病理学，（昭31），杏林書院発行。 29) 吉田（祺）：耳鼻臨床，43；1，13，（昭25）。 30) 佐伯：東京医会誌，52；1～6，191，（昭13）。 31) 斎藤：東医科誌，9；4，54，（昭26）。 32) 梶谷，星野：綜合医学，12；8，1555，（昭30）。 33) *A.C. Broders*: Jour. A.M.A. 74: 10, 656, (1952). 34) *Hisashi Tauchi*: Nagaya Med. J. 3: 1, 1, (1955).

付図説明

凡て，ヘマトキシリン・エオジン重染色

凡て，顕微鏡倍率 ×200

第1図，第2図

所謂非定型的腺癌像（田内）（肺臓癌）

第3図，第4図，第5図，第6図

症例 No. 44, 52 ♂ 左

第3図：表皮癌像を呈する部位

第4図：棘細胞癌像を呈する部位

第5図，第6図：非定型的腺癌像を呈する部位

第7図，第8図

症例 No. 38, 63 ♀ 右

第7図：紡錘形細胞癌像を呈する部位

第8図：非定型的腺癌像を呈する部位

第9図，第10図，第11図，第12図

症例 No. 22, 57 ♂ 左

第9図：表皮癌像を呈する部位

第10図：棘細胞癌像を呈する部位

第11図，第12図：非定型的腺癌像を呈する部位

稿を終るに臨み，御指導・御校閲を賜った後藤教授・田内教授及び松田教授に深甚なる謝意を表す 併せて種々の御支援を賜わった名古屋市立大学及び名古屋大学耳鼻咽喉科教室高須助教授・三宅助教授・馬場駿吉氏並びに教室員各位に謝意を表す

本論文の要旨は日本耳鼻咽喉科学会東海地方会第152回例会（昭31.3），第18回近畿耳鼻咽喉科学会（昭31.4），日本耳鼻咽喉科学会第57回総会（昭31.6），日本耳鼻咽喉科学会東海地方会第154回例会（昭31.7），第19回近畿耳鼻咽喉科学会（昭31.9），第4回中部地方連合会（昭31.10）並びに名古屋市立大学医学会第7回総会（昭31.12）において演説した。

（原稿到着＝昭和34.10.20日）

甕論文付図(1)

第 1 図

第 2 図

第 3 図

第 4 図

第 5 図

第 6 図

瓊論文付図(Ⅰ)

第 7 図

第 8 図

第 9 図

第 10 図

第 11 図

第 12 図