日本泌尿器科學會雜誌

第二十六卷 第九號

昭和十二年九月

THE JAPANESE JOURNAL
OF
UROLOGY

VOL. 26, NO. 9, SEPTEMBER 1937

原

著

睪丸ノ惡性腫瘍ニ繼發シタル 「パラチフスB」性膿瘍

東北帝國大學醫學部皮膚科教室（本研究室當時ノ主任 太田教授）

遠山 秀一，富田 雅雄

*Aus der Dermato-Urologischen Klinik der Kaiserl. Tohoku-Universität zu Sendai
(Direktor zur Zeit der Untersuchung: Prof. Dr. M. Ota).*

Ein Fall von Orchitis paratyphosa abscedens im Anschluss an eine Mischgeschwulst des Hodens.

Von

Shuichi Toyama und Masao Tomita.

Die Mischgeschwülste des Hodens gehören zu den seltenen Erkrankungen, die typhösen bzw. paratyphösen Hodenabszesse sind jedoch noch seltener. Eine im Folgenden zu referierende Beobachtung bezieht sich auf eine Komplikation der beiden Krankheitsarten.

T. T., 28jähriger Bauer, kam am 5. VI. 1935 in unsere Klinik mit der Angabe, dass sein linker Hoden seit dem März desselben Jahres spontan und schmerzlos angeschwollen sei. Dieser war in der Tat faustgross und das gerötete Skrotum stark gespannt. Weder spontaner noch Druckschmerz. Der angeschwollene Hoden hatte eine glatte Oberfläche und fühlte sich elastisch hart an. Er war nicht mit der Skrotalhaut verwachsen. WaR. negativ; Kahnsche Reaktion negativ. Dreimalige Probeinjektionen von Neoneoarsemin zeigten keinen Heilerfolg. Seit dem 22. VI. traten bei ihm Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Mattigkeit und Temperatursteigerung bis zu 39°C auf. Leukozyten betrugen 10200. Die Widalsche Reaktion auf Typhusbazillen 500×, auf Paratyphus-A Bazillen 500×; auf Paratyphus-B-Bazillen 1000×. Am 3. VII. wurde Pat. unter der Diagnose von Typhus abdominalis in die Abteilung der Infektionskrankheiten isoliert. Der Pat. wurde am 8. IX. 1935 wieder in unsere Klinik aufgenommen, als er vom Typhus genesen und in seinem Stuhl und Harn keine Bazillen mehr gefunden

worden waren. Am nächsten Tag wurde der angeschwollene Hoden chirurgisch entfernt.

Der Hoden war birnförmig, hatte eine Grösse von $7 \times 8 \times 9$ cm und wog 330 g. Er war von einer glatten, gespannten Hülle bedeckt, woraus nach der Schnittführung eine grosse Menge blassgelblichroten Eiters hervorquoll. Die longitudinale Schnittfläche war gelblichgrau, stark uneben und zeigte Gewebdefekte, Abszesse und nekrotische Stellen. Auf den Schnittflächen in anderen Richtungen waren zahlreiche reiskorn- bis daumenspitzen-grosse Cysten wahrzunehmen, deren Inhalt eine weissliche schleimige Substanz war. Die Hodenhülle war stark verdickt und umhüllte die ganze Geschwulst.

Im Eiter des Abszesses liess sich eine grosse Anzahl kurzer Stäbchen nachweisen, die lebhafte Bewegung zeigten. Färberisch verhielten sie sich gram-negativ. Die Kulturen gingen auf Peptonagar an, worauf die Bazillen grauweissliche Rasen bildeten. Gasentwicklung bei den hohen Kulturen in Traubenzuckeragar. Solche und sonstige bakteriologische Eigenschaften sowie ein hoher agglutinatorischer Titer dem Paratyphus-B-Serum gegenüber (5000) bewiesen, dass es sich um Typhus-B-Bazillen handelte.

Eigenschaft der Geschwulst. Direkt unterhalb der Tunica albuginea gab es grössere und kleinere Abszessherde. Der angeschwollene Hoden bestand indessen zum grössten Teil aus Geschwulstgewebe, dessen Elemente sehr verschiedenartig waren. Ohne auf die genaue topographische Verteilung einzugehen, seien nur die Eigenschaften der Elemente aufgezählt.

1. Karzinom aus grossen Rundzellen. Die rundlichen oder polygonalen Geschwulstzellen haben einen rundlichen oder ovalen Kern und ein verhältnismässig schmales Protoplasma. Sie sind den Spermiogonien ähnlich und sind wabenartig angeordnet. Zuweilen werden Zellen mit 2 oder mehr Kernen beobachtet. Kurz gesagt, die karzinomatöse Geschwulst aus solchen Zellen hat eine grosse Ähnlichkeit mit dem Seminom.

2. Zylinderzellenepitheliom mit papillomatöser Wucherung. Das rundliche Tumorgewebe unterhalb der Tunica albuginea von der vorderen Seite hat einen Durchmesser von ungefähr 1 cm. Das Gewebe besteht aus zylindrischen Epithelzellen, die einen azinösen, wabenartigen oder papillomatösen Aufbau aufweisen.

3. Verhornter Plattenepithelkrebs.

4. Karzinom mit sarkomatösem Stroma. Es handelt sich um eine ebenfalls unterhalb der weissen Hodenhülle liegende Tumormasse von ungefähr 1 cm Durchmesser. Die zylindrischen oder unregelmässig rundlichen Karzinomzellen ordnen sich strangförmig oder azinös an und das Zwischengewebe besteht aus nach verschiedenen Richtungen verlaufenden spindelförmigen Zellen, was das Aussehen eines Sarkoms hat.

5. Zwischen dem sarkomatösen Stroma liegende Tumormasse, deren Natur (Karzinom oder Sarkom ?) nicht sicher festgestellt werden konnte. Die haupt-

sächliche Tumormasse besteht aus azinös, konisch, waben- oder strangförmig angeordneten zylindrischen Zellen und sieht auf einen Blick wie ein Adenokarzinom aus. Das sarkomatös oder „peritheliom“-ähnlich gebaute Zwischengewebe bilden die spindelförmigen oder mehrkernigen Zellen. Diese zwei Bestandteile der Tumormasse lassen sich aber hier nicht so endgültig voneinander unterscheiden, sondern scheinen an gewissen Stellen ineinander überzugehen. Ein grosser Teil dieser Tumormasse zeigt eine myxomatöse Beschaffenheit, er nimmt nach der Färbung mit Mucincarmin eine rote Farbe an.

6. Myxom. Im mittleren Teil dieser Hodengeschwulst ist ein myxomatöses Gewebe in ziemlich grosser Ausdehnung vorhanden. Die unregelmässigen, spindelförmigen Zellen mit Fortsätzen sind miteinander verbunden und bilden ein loses Maschenwerk, das eine sich mit Mucincarcimin rot färbende Masse enthält.

7. Leiomyom. Ein bohnergrosser Teil besteht aus glatten Muskelfasern und einer nach Färbung nach van Gieson sich rot färbender kollagenen Substanz. Die Karne der Muskelfasern sind stäbchenförmig, die der kollagenen Masse spindelförmig.

8. Multiple Cyste. Zahlreiche, verschieden grosse Cysten sind meist in den Abszessherden. Sie haben 1—3reihige Epithelien und enthalten eine sich mit Hämatoxylin oder Eosin färbende strukturlöse Masse.

9. Chondrom. Neben den Cysten befinden sich mohnkorn- bis halbreiskorn-grosse Chondrome, von denen mit blossen Augen 14 aufgefunden wurden. Nach Färbung mit Thionin färben sich diese Gebilde tief violett. Mikroskopisch wurden noch mehrere wahrgenommen. Keine Knochenbildung bestätigt.

10. Angioma cavernosum. Diese Gebilde befinden sich hier und da auch in ziemlich grosser Ausdehnung. Das Stroma ist häufig von Tumormassen anderer Art befallen.

11. Endotheliom. Neben dem Gewebe des Leiomyoms ist ein kleiner Geschwulstteil vorhanden, der aus spindelförmigen bzw. polygonalen Zellen besteht. Diese Zellen drängen sich sarkomartig aneinander und bilden häufig Hohlräume, von denen einige mit Blutkörperchen gefüllt sind. Über das Endotheliom sind die Meinungen noch geteilt. Es gibt Autoren wie Fick, die überhaupt das Vorhändensein des Endothelioms verneinen. Verff. meinen, dass das obenerwähnte Gebilde am treffendsten als Endotheliom bezeichnet wird.

Orchitis paratyphosa abscondens. Orchitis paratyphosa ist eine sehr seltene Erkrankung. In Japan gibt es nur eine einzige diesbezügliche Mitteilung von U. Saito (1907). Im Fall der Verff. beteiligten sich an der Entzündung neben kleinen Rundzellen auch Plasmazellen, polynukleäre Leukocyten und Histiocyten, die häufig phagocytiert und vergrössert gefunden wurden. Die Entzündung scheint zuerst im Inneren der Geschwulst angefangen und dann sich bis zur Hodenhülle erstreckt zu haben, ohne dass der eiternde Prozess die verdickte Hülle durchzubrechen imstande war.

睪丸腫瘍ハ比較的稀ナル疾患ナルガ、其ノ組織學性質ニハ種類多ク、其ノ構造往々甚ダ奇ナルモノアリ。高度ノ「パラチフス」性睪丸炎ハ亦更ニ稀ナルモノナリ。余等ハ偶々特異ノ構造ヲ有スル睪丸惡性腫瘍ニ「パラチフスB」性膿瘍ヲ併發シタル1例ニ遭遇セルヲ以テ茲ニ報告セントス。

症

例

患者 高橋■■■, 48歳。農夫。

初診 昭和10年6月5日。

家族歴 父系祖母ハ已ニ死亡、其時ノ年齢及病名共ニ不明。母系祖父母ハ夫々81及82歳ニテ老衰死、父53歳腦梅毒、母63歳氣管枝喘息、孰レモ已ニ死ス。同胞6名、第1ハ患者、第2ノ女子ハ生後10日ニテ死亡、第3ハ男子32歳ノ時戰死、第4ノ女子28歳腸炎ニテ死亡、第5ハ女子現在39歳ニ健在、第6ハ女子33歳ニテ心臟病死亡。患者ハ29歳ノ時結婚シタルモ子無シ。

既往病歴 幼時麻疹及百日咳ニ罹リ、種痘ハ今マデハ數回受ケタリ。煙草ハ嗜マザルモ酒ハ時ニ約1升位ヲ嗜ム。32歳ノ時淋疾ニ罹リ4週日後左側、4年後右側淋疾性副睪丸炎ヲ惹起シ、孰レモ約3週日ニシテ治癒シタリ。47歳ノ時淋疾再發セリ。

現病歴 本年3月頃左側睪丸無痛性ニ腫脹シ、漸次増大シ、6月5日我科ヲ訪レタル時ハ該部ハ手掌大ニ腫脹シ、陰囊皮膚ハ輕度ノ發赤ヲ伴ヒ緊張セリ。腫瘍ニハ輕度ノ壓痛アルモ自然痛無ク、弾力性ノ硬度ヲ有シ表面概シテ平滑ニシテ陰囊皮膚トノ癒着ナク又透光性ヲ證セズ。又副睪丸ハ之ヲ明ニ睪丸ヨリ區別スルヲ得ザリキ。血液「ワツセルマン」氏及「カーン」氏反應ハ俱ニ陰性ナリシモ、先ヅ試験的驅微療法トシテ「ネオネオアルセミン」3號ノ靜脈内注射3回、「カスビス」臀筋内注射及ビ沃度加里内服ヲ試ミタリ。而モ之ニ由ル治効ハ見ルヲ得ザリキ。6月22日頃ヨリ食思不振、輕度ノ頭痛、全身倦怠感アリ惡感ト共ニ 39° ニ達スル發熱ヲ見、就床シタリ。7月2日來院シタルモ睪丸部ニハ著變無ク、前胸部ニ發疹アリ、舌苔厚ク被ヒ腹部膨隆シ、脾腫ヲ觸レ、肝臟モ肋骨弓下2横指ノ所ニ觸レ、「腸チフス」ノ疑ヲ以テ3日隔離ス。第4週週末ニハ 37° 迄下熱シタリ。然ルニ第5及6週日ハ 39° 達スル弛張熱ヲ示シ第7週以後ハ 37° 内

外ノ輕熱持續シタリ。此ノ頃ヨリ腫瘍ニ疼痛ヲ發シ次第ニ劇シクナリ腫脹及ビ發赤モ増惡シタリ。9月3日ニハ尿中糞中ニ排菌無キ事證明セラレ、9月8日再ビ當科ニ轉ズ。

再入院時所見(9月8日)

全身所見：體格中等度、高度ニ羸瘦、顔色蒼白、皮膚濕潤、浮腫ナク、兩側鼠蹊腺ハ數個豌豆大ニ腫大、就中左側ノ1個ハ拇指頭大ニシテ壓痛アリ。其ノ他ノ淋巴腺ハ明ニ之ヲ觸知セズ。體溫 37.9° 、脈搏96脈、緊張好良、血管壁稍々固ク觸ル。

神經系統：意識正常、膝蓋及ビ「アヒレス」腱反射正常。瞳孔ハ正圓形、左右同大、對光反射正常。睡眠好良。

消化器系統：咽喉發赤セズ、僅少ノ白色ノ舌苔アリ、腹部ニ壓痛及ビ異常ナル抵抗ヲ認メズ。食思不振、便秘ニ傾ク。

呼吸器系統：胸部左後下輪ニ濁音アリテ其部呼吸音減弱ス。呼吸23整、咳嗽及ビ喀痰無シ。心臟殆ンド正常。泌尿生殖器系統 局所々見參照。

諸検査所見：尿 弱酸性、濃厚帶黃色透明、蛋白及ビ糖陰性、沈渣異常ナシ。既往症ニ述ベタル淋疾ハ已ニ全治セル如ク思ハル。

血液：「ワツセルマン」氏及「カーン」氏反應陰性。凝集反應ハ「チフス」ニ對シ500倍、「パラチフス」ニ對シA500倍、B1000倍陽性。培養上無菌。血色素70(ザリーー)、赤血球數427萬、白血球數10200、白血球百分率ハ中性嗜好性多核白血球65.4%、淋巴球26.1%、大單核細胞並ニ移行型4.9%、「エオジン」嗜好性多核型細胞3.6%、鹽基性嗜好性多核型細胞0%。血球沈降速度ハ1, 2及ビ24時間ニ夫々68, 105及ビ120、平均値60.2ナリ。

局所々見：左側睪丸ハ超乎拳大、硬ク觸レ、壓痛甚シク、副睪丸ヲ區別シ得ズ。陰囊皮膚ハ發赤緊張シ小靜脈ノ怒張アリ腫瘍表面トハ概シテ癒着

ス。他側睪丸ハ略々尋常ニシテ副睪丸尾部ニ小硬結ヲ觸知ス。精系及攝護腺ハ腫脹及ビ壓痛ヲ證明セズ。腫瘍ノ自然痛ハ殊ニ排尿時増強ス。

手術及其後ノ経過 9月9日腫瘍ノ剔出ヲ行ヒタリ。0.2%「ツトカイン」ノ局所麻酔ノ下ニ先ヅ精系ヲ出シ、更ニ輸精管及ビ内精系動脈ヲ分チタル後、腫瘍ヲ陰囊皮膚ト分離シ、輸精管ヲ高位ニ於テ切斷シ之ヲ剔出シタリ。陰囊皮膚ハ睪丸被膜ト處々ニ於テ癒着シタルモ該皮膚ノ前方一小部ヲ共ニ切除シタル以外ハ殘存セシメ得タリ。

手術後ノ経過ハ良好ニシテ、10日ニハ平熱ニ復シ以後發熱ヲ見ズ。局所ノ疼痛モ次第ニ消失シ、15日ニ拔絲シタルニ縫合創ハ一部ヲ除キ良好ニ癒合

シタリ。24日ニ左側鼠蹊腺ノ腫大シタルモノヲ剔出シ、10月1日ソノ拔絲ヲ行ヒ第1期癒合ヲ見タリ。

以後全狀益々良好トナリ9日頃ヨリ歩行可能トナレリ。陰囊部ノ小創ハ化膿ヲ起サザルモ肉芽發生不良ナルヲ以テ硝酸銀棒ニ據ル腐蝕及ビ太陽燈照射ヲ併用シタルニ、11月8日ニハ該部完全ニ上皮ヲ以テ被ハルニ至レリ。9日兩側鼠蹊部ニ「レントゲン」線深部治療ヲ行ヒ退院セシメタルモ其ノ間ニ他側ノ睪丸及ビ副睪丸又ハ各淋巴腺ニ異常ヲ示シ來ラザリキ。體重ハ10月6日49.400 匁ナリシモ11月3日ニハ52.400 匁ト増加シタリ。尙手術後約1年4月後ナル昭和12年1月1日ニモ尙健在ノ報ヲ得タリ。

肉眼の所見 腫瘍ハ330瓦、7×8×9匁ノ西洋梨型ヲ呈シ、表面ハ概シテ平滑ニシテ、被膜ニ被ハレ弾力性ニ緊張ス。之ヲ前方ヨリ縦ニ切開シタルニ膿汁多量ニ迸出シタリ。剖面ハ帶黃灰色ニシテ凹凸不平ニ膨隆シ來リ、壞疽性ノ部多ク細精管ハ全ク認メラレズ。他ノ剖面ニ於テハ多數ノ米粒大乃至拇指頭大ノ囊腫散在シ、其ノ内容ハ多クハ帶白色ノ粘液様物質ナリ。睪丸被膜ハ甚ダ肥厚シ腫瘍全體ヲ包ミ其一部ニ副睪丸ノ一部露ハス。此部ノ内方ニ前述ノ膿汁ヲ併出セシメタル膿瘍ガ拇指頭大ノ陷凹部トシテ現ハル。

細菌學の所見 上記腫瘍ヨリ汲取リタル膿汁ヲ検査シタリ。「グラム」陰性、運動活潑ナル短桿菌ヲカナリ多數ニ且純粹ニ含ム。培養上普通寒天培養基面ニ灰白色ノ集落ヲ作り、葡萄糖加寒天培養基ニ瓦斯發生ヲ示シ、「ブイヨン」培養基ヲ汎發性ニ濁濁シ、乳汁ヲ凝固セズ、4日後「ペプトン」化ヲ示ス。「ラクムスモルケ」不變。「インドール」反應陰性ナリ。本菌ヲ以テ「パラチフスB」免疫血清ニ對シ凝集反應ヲ試ミルニ5000倍ニ陽性ナリキ。之ニヨリ本菌ハ「パラチフスB」菌ナリト判定セラレタリ。

組織學の所見 腫瘍ヲ10%「ホルマリン」水ニテ固定シ切截シテ數個ノ切片ヲ作り「ヘマトキシリン・エオジン」重複染色及ビ「ヴェンギーソン」氏染色ヲ施シ、就中其數個ニハ「チオニン」又ハ「ムチカルミン」ヲ用ヒル粘液染色法或ハ2,3ノ細菌染色法ヲ試ミタリ。

I. 腫瘍ト共ニ切除シタル陰囊皮膚ヲ含ミ腫瘍ノ中央部迄横斷セル標本

陰囊皮膚ハ全體トシテ肥厚シ、表皮層ニ於テハ不全角化、有棘層増殖、色素減少及ビ浮腫ヲ示シ少數ノ多核白血球ノ浸潤ヲ見ル。以下ノ各層即チ真皮竝ニ皮下組織ノ陰囊肉様部及鬆紐性結締組織ニ於テハ多核白血球、淋巴球、「プラズマ」細胞及ビ多數ノ組織球性細胞ノ浸潤アリテ組織球性細胞ハ喰細胞作用ヲ爲シ膨脹スルモノアリ、尙結締組織増殖ヲ見ル。睪丸被膜部ハ此部ニ於テ最も高度ニ侵サレタルモノト見ル可ク外層小部分ヲ殘シ之ヨリ深部ハ多核白血球次第ニ増

加シ膿瘍トナル更ニ深部ハ廣汎ナル壊死竈ニシテ處々ニ少數ノ核遺殘ヲ認ムルノミ。

II. 腫瘍ヲ縦ニ切開シタル時露ハレタル大ナル膿瘍ノ壁ヲナス睾丸被膜部ノ標本

睾丸被膜ハ甚シク肥厚シ多核白血球, 淋巴球, 「プラズマ」細胞及ビ組織球性細胞ノ浸潤及ビ結締組織増殖アリテ, 組織球性細胞ハ喰細胞作用ヲ示シ又粘液性化ニ陥リタル細胞ヲ見ル。被膜各層ハ殆ド區別シ難クナルモ固有鞘膜腔ハ概シテ保存セラレ深部ニ至ル程細胞浸潤高度ニシテ多核白血球増加シ大膿瘍ニ移行ス。此部ニ少數ナレド短桿菌ヲ認メ他ノ細菌ヲ認メ得ズ。此部ニ現ハレタル副睾丸ノ一部ヲ見ルニ, 其ノ導管腔ハ多クハ擴大シ, 中ニ「エオジン」ニ單染スル分泌物ヲ含ミ精蟲ヲ見ズ。上皮細胞ハ萎縮性ニシテ間質ニハ上記ト同種ノ細胞浸潤及ビ結締組織増殖アリ。

III. 腫瘍右半ヲ上約 $\frac{1}{2}$ ノ高サニ於テ中心部迄横斷スル標本

外側ハ前ニ記セルト同様ノ變化ヲ來セル睾丸被膜ニ裏マレ, 其前方部ニ副睾丸ノ一部現ハレ又睾丸脈管網現ハル。1) 被膜下ニ於テ後方部ニ小指頭大ノ「ヘマトキシリン」ニ薄ク染マル部分アリ。此ノ部ハ大ナル圓形又ハ卵圓形ノ核及ビ比較的僅少ノ原形質ヲ有スル略々圓形又ハ多角形ノ腫瘍細胞(是等ノ或者ハ原精細胞ニ似ルモノアリ)ガ多クハ蜂巢狀ニ配列シ, ソノ間質結締組織ハ粗鬆ニシテ處々ニ小壊死竈アリ。各腫瘍細胞間ノ境界ハ不明ナル事有リ。核ハ或者ハ染色質ニ乏シク, 或者ハ其ノ過多ヲ示シ, 或者ハ2個以上ノ核小體ヲ有シ或者ハ核分裂像ヲ示シ, 更ニ或者ハ巨大核或ハ巨大細胞ノ狀ヲ呈ス。夥多ノ「ヘモジデリン」顆粒ヲ有シ色素顆粒細胞狀ヲナセル腫瘍細胞モ見ラル。

2) 此部ニ隣接シカナリ中心部マデ存シ而モ深部ニ到ル程, 益々範圍ヲ廣クスル定型の竇狀血管腫有リ, 其ノ間質部ハ(1)ニ述ベタル腫瘍細胞ノ侵蝕スル所トナリ, 處々化膿スルモ中心部ニ於テハ全ク化膿及ビ壊死ニ陥ル。

3) 更ニ右方ニ於テ上者ニ隣接シタル被膜下ニ在ツテ膿瘍組織ニ包マレタル直徑1 糎ノ圓形ノ腫瘍組織有リ。此部ニ於テハ圓柱狀又ハ不正圓形ヲナセル癌性ノ細胞ガ索狀或ハ腺樣ニ配列シ, 間質部ニハ紡錘型細胞ガ相竝列シ或ハ束狀ヲ呈シ錯走シ肉腫樣ナリ。此部ニハ其ノ中央部迄多核白血球, 淋巴球等ノ浸潤アリ。

4) 被膜下前方部ニ於テ, 膿瘍ニ包マレテ, 直徑約1 糎略々圓形ノ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル部分有リ。此部ニ於テハ圓柱狀ノ癌性ノ細胞ガ蜂巢狀, 腺樣又ハ乳嘴腺樣ニ配列シ, 腺管中ニ島嶼狀ニ侵入スルモノ或ハ大ナル腔ヲ形成シ他ノ部ガ之ニ陷入スル等甚ダ錯雜シ胚胎ヲ見ルガ如キ觀アリ。僅少ノ間質結締組織ヲ有ス。(1)(2)(3)(4)ヨリ内方ハ廣ク壊死ニ陥ル。

IV. 腫瘍左半, 上 $\frac{1}{2}$ ノ高サニ於テ中心部迄横斷スル標本

被膜下前方部ニ直徑約1 糎略々圓形「ヘマトキシリン」ニ中央部薄染週縁部濃染スル部分アリ。

5) 中央部ハ粘液腫樣ナリ。即チ不規則ナル長キ分歧狀突起ヲ有スル紡錘形細胞ガ廣ク相隔

リ配列シ粗鬆ナル網ヲ形成シ、細胞間空隙ハ絮狀ノ「ムチカルミン」ニ著明ニ紅染スル粘液ヲ以テ充サル。

6) 週縁部ハ圓柱狀又ハ不正圓形ノ癌性細胞ガ腺様、蜂窠狀、圓錐様又ハ索狀ニ配列シ、間質ハ紡錘形細胞錯走シ肉腫様ナリ、前縁一部ニ變性セル細精管ノ遺殘ヲ認ム。此ノ部ノ内方ハ廣ク壞死ニ陥リ多核白血球等ノ浸潤モ認メラル。

7) 被膜下左方部ニ豌豆大ニ濃染スル部ノ所見ハ(1)ニ述ベタルト略々同様ナリ。唯異ルハ「ヘモジデリン」顆粒ヲ有スル細胞ハ無ク、之ニ代リ「エオジン」ニ單染シ特ニ「ワンギーソン」氏法ニ據リ橙黃色ニ染マル甚ダ大形ノ細胞ノ出現著明ナルコトナリ。其ノ形ハ或ハ圓形、或ハ多角形、時ニハ稍々長ク、原形質ハ全ク均等、1乃至數個ノ圓形又ハ不正圓形ノ大サ比較的大ナラザル染色質ニ乏シキ核ヲ有ス。

8) 此部ノ内方ニハ廣ク化膿ニ陥リタル竇狀血管腫存シ、ソノ間質ハ壞死ヲ來シ多核白血球等ノ浸潤ヲ見ル部アルモ、處ニヨリテハ(7)ノ腫瘍細胞侵入ス。

9) 其ノ更ニ内方中心部ニ近キ部ニ(4)ニ類似セル癌性細胞群アリ。

10) 被膜下後方部ニ「ワンギーソン」氏法ニ據リ紅色ニ染マル蠶豆大ノ部分アリ、ソハ鏡檢上黃染セル滑平筋、赤染セル膠質物ニシテ、筋纖維ニ横紋無ク其ノ核ハ棍棒狀膠質物質中ノ核ハ紡錘形ナリ。而シテ筋纖維束ノ走ル方向ハ種々亂雜ニシテ即チ筋腫様ナリ。此部ノ左方ニ辜丸脈管網出現ス。(10)ノ内方ニ之ニ接シ結締組織層ニヨリ圍マレ、「ヘマトキシリン」ニ濃染スル扁豆大ノ稍々扁平ノ形ヲナセル部分アリ。

11) 此部ノ後端一小部ハ短紡錘形、多角形ノ細胞ガ重層狀ニ配列シ、時ニ管腔ヲ形成シソノ或者ノ中ニハ血液ヲ容ル、モノアリテ内皮細胞腫ノ所見ヲ呈ス。

12) 其他ノ部分ハ癌腫様部及ビ肉腫様部ヨリ成ル。之ヲ細説スルト腺癌ニ見ルガ如キ圓柱上皮細胞ガ腺様、蜂窠狀、圓錐様又ハ索狀ニ配列ス。是等ノ間質ヲナス結締組織ハ紡錘形細胞又ハ多核細胞ガ突起ヲ以テ互ニ結合シツ、肉腫様ニ配列シ、處ニ依リテハ定型の外被細胞腫様配列ヲ示スモノアリ。此ノ組織ハ廣汎ナル範圍ニ亘リ粘液腫様外觀ヲ有シ一部ハ「ムチカルミン」染色ニ據リ紅色ニ染リ粘液腫ト甚ダ似タル所見ヲ呈ス。癌腫様及ビ肉腫様部ハ一般ニハソノ區別確然タルモ一部ニ於テハ兩部細胞ガ互ニ移行スルカノ如キ像ヲ示ス。此部ヨリ内方ハ膿瘍及ビ壞死ナリ。

V. 腫瘍ノ左半、下 $\frac{1}{2}$ ノ高サニ於テ中心部迄横斷スル標本

被膜部所見ハ前述ノモノト略々同様ナリ。被膜下ニ於テハ下記成分ヲ除ケバ化膿及ビ壞死竈ニシテ殊ニ中心部附近ハ高度ノ壞死ニ陥ル。

13) 被膜下前方小部分ニ化膿ニ陥リタル竇狀血管腫存在ス。

14) 其他ノ部分ニ於テハ顯微鏡的ニ小ナルモノヨリ甚ダ大ナルモノ迄多クハ略卵圓形ノ囊

腫無數＝散在シ，肉眼ヲ以テスルモ小指頭大ノモノ2個，豌豆大1個，扁豆大3個，黍粒大6個，及ビ罌粟粒大10數個ヲ算ス。是等ノ囊腫ノ間ノ部分ハ前述ノ如ク多クハ化膿乃至壞死ニ陷ル。囊腫ハ其ノ全壁化膿ニ陷ルモノアリ，然ラザル囊腫壁ハ1乃至3層ノ上皮性細胞ニヨリ圍マル。是等ノ空洞ノ内容ハ不定網狀或ハ無構造均一性ニシテ，且「ヘマトキシリン」或ハ「エオジン」ニ單染スル分泌物ナリ。

15) 後方部＝存スル多數ノモノハ明カニ重疊セル扁平上皮細胞ガソノ壁ヲナシ，且ソノ角化ヲ示ス。加之或者ハ中央角化部ガ均質重層狀ヲ呈シ所謂癌眞珠ノ所見ヲ示ス。

16) 是等囊腫＝混在シ罌粟粒大乃至米粒大ノ圓形又ハ橢圓形ノ部分14個ヲ肉眼的ニ識別シ得，(殊ニ「チオニン」染色ニ由リ此ノ部ノミ紫色ニ濃染スル爲區別容易ナリ)顯微鏡ノモノ亦2,3アリ。其組織像ハ硝子性軟骨ノ狀ヲ呈シ軟骨細胞ノ大及ビ配列ハ不規則ナリ。骨形成ヲ認メズ。

VI. 輸精管ヲ數箇處ニ於テ横斷及ビ縱斷シ，之ヲ鏡檢スルニ，粘膜ノ萎縮著明ナルモ腫瘍成分ヲ認メズ。

VII. 剔出シタル拇指頭大ノ左側鼠蹊腺ノ組織像ハ，胚中樞大トナリ，ソノ細胞形成活潑トナリ，淋巴球ノ幼若型ヲ認メシメ，淋巴竇ハ擴大シ強度ノ充血ヲ起シ，多核白血球ノ浸潤ノ外組織球性細胞及ビ淋巴球増加ス。腫瘍ノ轉移ヲ認メズ。

總 括 及 ビ 考 察

1. 「パラチフス」性辜丸炎ニ就テ (1)＝述ベタル皮膚ノ變化ハ亞急性乃至比較的慢性ノ化膿性炎症ノ初期ノ所見ニ一致シ，此ノ變化ハ(2)＝述ベタル如ク辜丸被膜部ニ於テハ稍々高度ニシテ固有鞘膜腔ヲ境トシテ一層高度トナリ，最モ高度ナルハ辜丸被膜以內ニ存シ，此處ニ於テハ多數ノ大小ノ膿瘍ヲ形成ス。此ノ際出現スル細胞ハ淋巴球，「プラスマ」細胞，多核白血球及ビ組織球性細胞ニシテ，最後ノ者ハ喰細胞作用ヲ營ミ著明ニ膨脹スルモノアリテ，所謂「チフス」細胞ニ形態一致ス。以上ノ所見ハ細菌學的診斷ト相俟チ「パラチフス」性炎ナリト考ヘシム。炎症ノ強弱ヨリ本炎症ハ先ツ腫瘍内部ニ發シ被膜ニ及ビタルモ被膜ハ之ニ對シ抵抗力強ク，殊ニ固有鞘膜腔ニ據リ其ノ外部ニ波及スルヲ妨ゲラレタルモ更ニ外層迄進行ノツツアリタルモノト思惟セラル。

「パラチフス」性辜丸炎ハ本邦ニ於テハ齋藤氏ノ1例以來ソノ報告ヲ見ザルモノノ如シ。「腸チフス」ノ際外見上著明ノ變化ナキ辜丸ニ「チフス菌」ヲ證明スルコトアリ(Fränkell & Hartwich)，然シ高度ノ「チフス」性辜丸炎ハ合併症トシテ來ル事ハ稀ナリトセラル(Lubarsch)。若シ「パラチフス」ニ於テモ略々同様ノ關係存スルトセバ「パラチフス」性辜丸炎ハ存シ得ルモノナルモ高度ノモノハ稀ナルベキ筈ナリ。本例ニ於テハ腫瘍ガソノ抵抗力減弱部位トナリタル事明カナリ。

「パラチフス」性辜丸炎ニ於テA菌、B菌ノ孰レガ多ク原因トナルカハ「パラチフス」性辜丸炎ガ「パラチフス」ノ合併症トシテ來ル事、「パラチフス」ハ歐米ニ於テモ本邦ニ於テモ主トシテB菌ヲ發見シA菌ヲ見ル事少キ事(吳、坂本)ヨリB菌ニ因スルモノ多シト言フヲ得ベシ。

2. 腫瘍ニ就テ 辜丸被膜内ニハ大小ノ膿瘍有リ。辜丸ノ中心部ハ廣汎ナル壊死ニ陥リ、其ノ一部ニ高度ニ變性セル細精管ノ殘存スルノミナルガ、ソレ以外ノ部ハ下記腫瘍成分ノ占ムル所ナリ。但シ腫瘍部ニモ尙化膿ノ際ノ細胞ノ遊走スルアリテ其ノ變化ヲ多形ニス。殊ニ竇狀血管腫ハ最モ強ク化膿ニ陥ル。腫瘍ノ各成分ハ主ニ標本Ⅱ、Ⅲ及ビⅤニ就キ述ベタルモ再ビ之ニ就イテ檢討スル所有ルベシ。

既記ノ(1)ハソノ細胞ノ形態ヨリ圓形大細胞性癌腫ト見做サントス。此部ノ所見ハ諸家ノ所謂大細胞性辜丸腫或ハSeminomaノソレニ酷似スル點多シ。(7)モ同様ニシテ此部ニ於テハ變性的ナル大ナル細胞出現シタルモノノ何ナルカハ不明ナリ。

(2)、(8)及ビ(13)ハ竇狀血管腫ナリ。(3)及ビ(6)ハ間質肉腫様ナル癌腫トスベク、(4)及ビ(9)ハ乳嘴様増殖ヲ伴ヒタル圓柱上皮細胞癌ニシテ幼若ナルモノト思ハル。(5)粘液腫ナリ。(10)平滑筋腫様部。(11)内皮細胞腫。(12)肉腫様ナル間質ニ癌腫様部存スルモ肉腫又ハ癌腫ノ何レトスベキカ不明ナリ。(14)多發性囊腫。(15)角化性扁平上皮細胞癌。(16)軟骨腫。

上記各成分中上皮性ノモノハ圓形大細胞性癌腫、圓柱狀細胞癌、角化性扁平上皮細胞癌、多發性囊腫及ビ間質肉腫様ナル癌腫、結締質性ノモノハ竇狀血管腫、軟骨腫、粘液腫及ビ内皮細胞腫ナリ。肉腫及ビ癌腫様部ヨリ成ルモノノ何レナルカ不明ナルモノ及ビ平滑筋腫様部ニシテ腫瘍ノ成分ナルカ或ハ既存ノ平滑筋ヨリ發出シタルモノカ不明ノモノハ除クモ兎モ角混合腫瘍ニシテソノ急速ナル發育及ビ組織所見ヨリ惡性ノモノト思ハル。從ツテ余等ハ之ヲ惡性混合腫瘍ト診斷ス。尙此命名ニ際シ一言セザル可カラザルハ辜丸ニ於ケル腫瘍ノ組織學的ノ分類ニハ定説ナキ事ナリ。此事實ハ主ニ組織所見ニ於テ夫ガ上皮性カ結締質性カノ判定、又其所見ガ一次的カ二次的ナルモノカノ解釋等ノ一致セザル事、及ビ屢々廣汎ナル壊死ヲ伴フ事及ビ腫瘍全體ヲ殘リ無ク検査シソノ全成分ヲ見出す事ノ難事ナル事ニ基クモノトセラル。本例ニ於テモソノ上皮性又ハ結締質性ノ鑑別、一次的或ハ二次的ノモノカノ決定ノ困難、及ビ廣汎ナル壊死ヲ見タル事ハ上述ノ如シ。而シテ本混合腫瘍ハ或分類例ヘバOberndorfer氏ノソレニ從ヘバ辜丸類畸型腫ニ屬ス。同氏ノ記載ニ據レバ辜丸類畸型腫ノ際Seminoma又ハ夫ヲ想起セシムル所見ヲ一部ニ示ス事アリトイフ。而シテ本例ニ於テモ正ニカハル所見ヲ認メタリ。尙多數ノ小囊腫ノ出現モノノ記述ト相合スルモノノ如シ。

尙茲ニ附言スベキハ

(1) 辜丸腫瘍ハ30乃至40歳代ノ壯年期ニ多キ事ナリ。是レ多クノ統計ノ示ス所ナリ。本患者ハ48歳ニシテ尙ホ好發年齡ニ計入シ得ベシ。

(2) 一般＝辜丸悪性腫瘍ハ長時被膜内部ニ靜止ストセラル。本例＝於テモ腫瘍ノ悪性ニシテ其ノ發育ノ高度ナル＝反シ被膜ノ末ダ侵蝕セラレザル如ク見ユルハ注目スベキ事ナリ。

(3) 辜丸及ビ副辜丸腫瘍ハ輸精管ヲ侵シ難ク、併シ淋巴管性ニ上行スル事ハ可能ナリト云ハル。之ノ決定ハ辜丸腫瘍ノ別出際重要ナル事ナリ。本例＝於テハ輸精管＝轉位ヲ認メサリキ。

(4) 一般＝辜丸＝於ケル大ナル腫瘍ニハ廣汎ナル壊死ヲ見ル事屢々ニシテ、是ハ中心部＝於ケル營養不充分ナル故ラリトセラル。一方「チフス」乃至「パラチフス」性辜丸炎＝於テモ壊死ヲ見ル事アリトイフ。本例＝於ケル中心部ノ廣汎ナル壊死ハ血行＝據ル營養不充分＝因ルモノナルモ腫瘍＝因ルカ又ハ炎症＝因ルカハ直ニ之ヲ判定シ難シ。

(5) 辜丸腫瘍ノ原因トシテハ Cohnheim 氏説ノ他、辜丸＝於テハ細精管中＝multipotent ノ細胞ヲ造ル能力ヲ有スル上皮細胞存スルヲ以テ、Virchow 氏ノ刺戟説＝屬セシム可キ原因説多數唱道セラル。就中、外傷及ビ變位辜丸ヲ主ナルモノトスルモ炎症性疾患ヲ舉グル者ノ中ニ淋疾性副辜丸炎モ亦數ヘラル。本例＝於テモ既往ニ淋疾性副辜丸炎ニ罹リタルモノニシテ一應ハ之ヲ考慮スベキモ他側ニモ嘗テ同様淋疾性副辜丸炎有リテ而シテ腫瘍ノ發生無ク、且一般ニ淋疾性副辜丸炎ノ多數ナル＝比シ之ニ因スル辜丸腫瘍ノ甚ダ少數ナル事ヨリ本例ノ腫瘍ノ原因トシテ淋疾性副辜丸炎ヲ舉グルハ當ヲ得タルモノニ非ズ。

結 論

- 1) 本例ハ48歳男子ノ左側辜丸腫瘍ニ「パラチフス B」性膿瘍ヲ繼發シタルモノナリ。
- 2) 高度ノ「パラチフス」性辜丸炎ハ一般ニ稀ナルモノナルガ本例＝於テハ既存ノ腫瘍ガソノ誘因トナリカク高度トナリタルモノノ如シ。
- 3) 炎症性變化ハ辜丸被膜内ニ於テ最モ高度ニシテ膿瘍ヲ形成シ、被膜、皮膚＝於テハ亞急性乃至ハ慢性ノ炎症所見ヲ呈シ「チフス」乃至ハ「パラチフス」性モノニ一致ス。
- 4) 「パラチフス」B菌性ナル事ハ膿瘍中ノ膿汁ヨリ細菌學的ニ「パラチフス B」菌ヲ證明シ且血液ノ Widal 氏反應ガ該菌ニ對シテ高度ニ行ハルル事ニ一致シタリ。一般ニ「パラチフス」性辜丸炎ハB菌＝因ルモノガA菌ヨリ多シト思ハル。
- 5) 腫瘍成分ハ上皮性ノモノトシテ圓形大細胞性癌腫、圓柱狀上皮細胞癌、角化性扁平上皮細胞癌、多發性囊腫及ビ間質肉腫様ナル癌腫、又結締質性ノモノトシテ竇狀血管腫、軟骨腫、粘液腫及ビ内皮細胞腫ヲ舉ゲ得。此外間質肉腫様ニシテ癌腫様所見ヲ呈スル部分アルモ互ニ移行スル如ク思ハルル部分アリ、平滑筋腫様部ハ腫瘍成分ニ非ザル事モ考ヘラレ、尙廣汎ナル壊死ヲ見タルモ辜丸腫瘍及ビ「チフス」性乃至ハ「パラチフス」性辜丸炎ノ何レニ據ルカ決定シ得ズ。
- 6) 腫瘍ノ組織學的診斷ハ惡性混合腫瘍ナリ。而シテ是ハ類畸形腫ニ屬スルモノトモ考ヘラル。

- 7) 腫瘍ハ辜丸被膜内部ニ局在シタルモノノ如ク轉移竈ヲ發見セザリキ。
- 8) 本例ニ於テ腫瘍ノ原因ヲ淋疾性副辜丸炎ニ求ムル事ハ妥當ナラザル可シ。
- 9) 患者ハ手術後1年4ヶ月、發病後約2年ニ尙健在ナリ。

文

獻

- I. 辜丸腫瘍 1) 榊井喜壽計：辜丸畸形腫ノ1例。體性。第23卷。第11號。47頁。昭11。 2) 岡田侃三：辜丸惡性腫瘍ノ1例。滿洲醫誌。第24卷。第6號。1253頁。昭11。 3) 林清一：辜丸腫瘍ニ就テ。同上。第3號。725頁。昭11。 4) 赤岩八郎：辜丸腫瘍。實驗醫報。第22年。第255號。418頁。11昭。 5) Oberndorfer：Handbuch d. spez. pathol. Anat. u. Histo. III Teil. S. 427, 1931. 6) Wilms：Embryome und embryoiden Tumoren des Hodens. Dtsch. Zschr. f. Chir. Bd. 49, S. 1, 1898.
- II. 「パラチフス」性辜丸炎 1) 齋藤雄助：「パラチフスB」菌ニ因スル化膿性辜丸炎ノ1例。日衛會誌。第3卷。第4號。225頁。明治40年。 2) Webb, J.：Orchitis und Epididymitis paratyphosa. Bruns' Beitr. Bd. 133, S. 17, 1925. 3) Baruch：Über den Paratyphus A und B als Erreger chirurgischen Erkrankungen. Chirurgie des Abdominaltyphus. Bd. 2, S. 1. 4) Oberndorfer：既引。 5) 吳建。坂本恒雄：內科書。中卷。60頁。昭10。

Fig. 1.

手術前所見

Fig. 2.

腫瘍ノ剖面

Fig. 3.

圓形大細胞性癌腫

ok. 15: obj. 40

Fig. 4.

乳嘴腫様増生ヲ伴フ圓柱上皮細胞癌

ok. 7: obj. 20

Sh. Toyama und M. Tomita: Ein Fall von Orchitis paratyphosa abscedens im Anschluss an eine Mischgeschwulst des Hodens.

Fig. 5.

竇狀血管腫

ok. 7: obj. 20

Fig. 6.

粘液腫

ok. 7: obj. 20

Fig. 7.

内皮細胞腫

ok. 7: obj. 20

Fig. 8.

癌腫様部ノ間質肉腫様ナルヲ示ス

ok. 7: obj. 20

Sh. Toyama und M. Tomita: Ein Fall von Orchitis paratyphosa abscedens im Anschluss an eine Mischgeschwulst des Hodens.