腎臓原發性惡性絨毛上皮腫知見

S. Mizoguti: Über einen Fall von ektopischem Chorionepitheliom der Niere.

東京帝國大學醫學部皮膚科泌尿器科教室(泌尿器科主任 高橋教授)

東京警察病院皮膚科泌尿器科(部長代理 山本博士)

副 手 醫 學 士 溝 口 周 策

緒 言

最近余ハ腎臓ニ於ケル原發性惡性絨毛上皮腫ト考ヘラレル1例ヲ經驗シタ。本症ニ就テハ武藏氏ノ詳細ナル論文以來、數人ノ學者ニヨリ夫々原著トシテノ報告アリ、敢テ詳細ニ論ズル必要ハナイ様ニ考ヘラレルガ、一方文献ヲ調査セル所ニヨルト臨牀的ニ本症ヲ見出セルハ數例ニ過ギナイシ、又最近ニ至リ惡性絨毛上皮腫患者尿中ニ腦下垂體前葉「ホルモン」排泄ノ増加スルト云フ知見ガ現レ、且ツ文献上他ニ稀有ナ興味アル症例報告ヲ見出シ得タノデ之等ノ紹介ヲ兼ねテ本報告ヲ行ヒ、併セテ惡性絨毛上皮腫ニヨル他ノ泌尿器科學の合併症ニモ簡單ニ論及シ大方ノ高批ヲ乞フ次第デアル。

自 家 症 例

多田某、33歳、女子。初診昭和14年2月初旬。

家族歴 祖父母ハ既ニ死亡ス、死因不明、父、73歳ノ時喘息デ死亡、母ハ64歳ノ時腦溢血デ死亡、同胞5人、兄(36歳)ガ遺傳梅毒ト云ハレタ以外皆健康デアル。夫ハ健康デアル、6回妊娠ス、1回ハ流産、5子ノ中2子ハ幼時ニ死亡シタ。素因：腦溢血(+), 結核(-), 腫瘍(-)。

既往歴 出産正常 母乳ニヨリ健康ニ發育ス、種痘數回、麻疹ヲ經過ス、小兒時代ヨリ健康ニシテ著患ヲ知ラズ。酒、煙草ヲ嗜マズ。性病ハ否定ス。月經初潮14歳、正常デ規則正シク、持續日數ハ3—4日デアル。

現病歴 昨年4月出産アリ、正常兒ヲ分娩シ、子供ハ健康デアル。8月月經ヲ見タノミデソノ後閉經シテオツタガ12月初旬ニ通常ノ月經ヨリ幾分多量ノ生殖器出血アリ、約10日間續ク。本年1月4日生殖器出血アリ持續シ、1月24日醫師ニ流産ト診斷サレ、子宮搔爬ヲ受ケ2月初旬ニ至ツテ漸ク出血止マル。此時醫師ハ單ナル流産デ惡性絨毛上皮腫ノ如キモノデハナイトイツテオツタトノ事デアル。此間1月5日ニ突然血尿アリ、數日續イ

タ後止ル。1月下旬再ビ血尿アリ、同時ニ下腹部及ビ右側腎臟部ニ異常感アリ、醫師ニヨリ尿中結核菌陰性ト言ハル。2月7日血尿ヲ主訴トシテ來院ス。當時血尿ノミデ排尿痛等ナシ、尿意頻數モナイ、微熱 37.2°C 位ガ持續ス。食慾通常、睡眠可良、便痛1日1回、咳痰ナシ。

入院時所見 全身症狀 體格中等度・榮養可良 筋肉、骨骼ノ發育中等度、顔貌正常、少シク貧血ノ狀態ヲ呈ス。皮膚、毛髮、爪等異常ナク浮腫ハ證明セズ、脈搏數正常、規則正シク、緊張度割合ニ可良。呼吸促進ナシ。眼ハ瞳孔圓形正常、光反射即時ニアリ、眼球結膜、眼瞼結膜共ニ正常、口唇幾分貧血ノ狀アリ、舌苔無ク濕潤ス。頸部淋巴腺ノ腫脹ナシ。心臟ハ右側ハ胸骨左緣、上部ハ第3肋間腔、左側鎖骨中央線、聽診上ニモ異常ナシ。肺臟ハ打診、聽診共ニ異常ナシ。腹部ニ異常ノ膨滿等ナク、腫瘍、壓痛、Défense musculaire 等存在セズ、腱反射異常ナシ。

胸部「レントゲン像」 肺門淋巴腺ガ少シク腫脹セルヲ見ル以外ニ腫瘍ノ轉移ト思ハレル如キ像ハ存在セズ。

WaR 陰性，ビルケー氏反應，マンツー氏反應共に陰性，血液像：血色素（ザーリー氏法）70%，赤血球380萬，白血球6500，小淋巴球15%，大淋巴球1%，單核白血球及ビ移行型5%，「エオジン嗜好」多核白血球1%，中性嗜好多核白血球78%。以上ノ如ク全身症狀トシテハ特記スベキモノハナイ。

泌尿器系統 左側腎臟觸知セズ，壓痛無シ。右側腎臟ハ下極ハ觸知シ得，多少硬固ニシテ，非常ニ壓痛アリ。左側輸尿管部正常。右側輸尿管部輕度ノ壓痛アリ，膀胱部ニ異常ナシ。

膀胱鏡的所見 膀胱容量 300cc。膀胱尿ハ赤色ヲ呈シ中性，蛋白陽性，糖陰性，赤血球多量，白血球小量，粘液小量，上皮小量，細菌陰性。

膀胱壁ハ正常ニシテ唯膀胱三角部附近ニ凝血塊ヲ小量認ム。右側輸尿管口ハ輕度ニ發赤シ，收縮ハ緩徐デ，輕度ニ潤濁セル尿ノ分泌アリ。左側輸尿管口ノ外觀ハ正常，收縮狀態モ良好デアル。

「インサゴカルミン」排泄試験：左側ハ3分デ開始，4分5秒デ深青トナル。右側ハ3分20秒デ開始，6分30秒デ深青トナル。

輸尿管「カテテリスムス」 兩側共抵抗ナク容易ニ挿入シ得。

右側腎臟尿：尿量中等量，水様透明，反應ハ中性，蛋白及ビ糖共ニ證明セズ。赤血球陽性，白血球殆ド認メズ。尿圓嚢陰性，上皮無，粘液有，細菌證明セズ。

左側腎臟尿：尿量ハ右側ヨリ多量デアル。血様ニ潤濁ス。反應ハ中性，蛋白陽性，糖陰性，赤血球多量，白血球陽性ダガ赤血球數ニ相當スルダケ存在ス。尿圓嚢無，上皮有，粘液有，細菌陰性。逆行性腎盂攝影術ヲ行ツタ所，右側腎盂ニ陰影缺損アリ，結石ノ如キモノハ認メズ，數日後再ビ輸尿管「カテテリスムス」竝ニ逆行性腎盂攝影ヲ行ツタ所，左側分尿ニハ赤血球ヲ證明セズ，右側腎分尿ニハ多量ニ證明シ，「レントゲン像」ノ上ニハ以前ト同様ナル陰影缺像ヲ認ム（附圖1）。

腎臟機能検査 「フェノールスルフォンフタレン」

上述ノ所見ニヨリ腎臟ノ惡性脈絡膜上皮腫ナルコトヲ診斷シ得タガ，之ガ果シテ原發性（變位性）ノモノカ又ハ子宮ニ存在セル惡性絨毛上皮腫ガ轉移セルモノカラ検査スルタメ5月初旬患者ノ來院ヲ求メ婦人科醫ニヨリ検査ヲ受ケタ所，腔ニハ異常ナク，子宮口ハ少シク開口シ

イン」排泄試験：1%「フェノールスルフォンフタレン」1cc 靜脈内注射後1時間デ25%，2時間デ10%，計35%デアツタ，ガ不審デアツタノデ再度行ツタ所1時間15%，2時間25%，計40%デ不良ナ成績ヲ示ス。シカシ

水分排泄竝ニ稀釋濃縮試験：午前8時空腹時ニ1300ccノ水飲用ニヨリ，4時間1430cc，次ノ8時間ニ320cc，次ノ12時間ニ300cc，比重差ハ26—1＝25デ腎臟機能ハ良好ナルヲ示ス。

手術 以上ヨリ右側腎臟腫瘍ノ診斷ヲ下シ，2月22日 Nupercain ノ高位腰髓麻醉ノ下ニベルグマン，イスラエル氏法ニヨリ腎臟剔出術ヲ行ヒ，型ノ如ク腎臟ヲ標出セル所，腎臟ノ上面ニ腫瘍狀隆起アリ，此ノ部ニ癒著ヲ認ム。腎門附近及ビ輸尿管附近ノ血管ハ擴張シテオリ其ノ爲出血ガ割合ニ多量デアツタガ，ソノ他ニハ別ニ異常ナク順調ニ手術ヲ終ル。

経過 手術後ノ経過ハ良好デー時創面ヨリノ分泌ガ増加セル事ガアツタガタイシタコトナシ。3月24日ニハ完全ニ手術創閉鎖ス。此間白帶下ガアルタメ婦人科的検査ヲ受ケタガ婦人科學的ニハ格別異常ナク子宮口ガ少シク開大シテオル以外子宮ノ位置異常，子宮ノ硬度ノ變化ヲ見ナカツタ。

剔出腎所見 大サ 12×6×7cm，重量 203g。上面略々中央ニ鶏卵大ノ隆起アリ，ソノ色ハ暗赤色デ血液様ノ色調ヲ有スルガ黃色ノ色調ハ全然認メナイ。腎門部附近ニモ小腫瘤ヲ認メル。剖面ヲ見ルト腎盂ノ略々中央部ニ凝血塊ノ附著セル部ガアリ，ソノ部分ニ腎實質中ニ入り込ム穴ガアリ腎表面ニ見ラレル腫瘤ノ部ニ入ツテオルコトガワカル。腫瘍ハ中ニ凝血塊ヲ多量ニ入レテオリ，色ハ暗赤色デアツタ（附圖2，3）。

腫瘍ノ組織學的所見ハ2種ノ腫瘍細胞ヨリナリ，一ツハ原形質ノ赤ク染マル「シンチチウム細胞」他ハ透明ノ原形質ヲ有スル Langhans 細胞ト考ヘラレルモノデ惡性絨毛上皮腫ニ一致シテオツタ（附圖4，5）。

テオルガ子宮ソノモノニハ異常ヲ認メズ、子宮ハ輕度ノ後屈ヲ示シテオルガ、硬度ニ變化ナク特別ニ軟イトコロモ見當ラズ、又子宮口ヨリ「ゾンデ」ヲ挿入シテミタガ別段腫瘍ヲシキモノノ存在ヲ認メナカツタ。シカシ念ノ爲 Friedmann 氏反應ヲ行ツタ。患者ノ尿 10cc ヲ家兎靜脈内ニ注射シテ検査セルニ明カニ陽性ノ成績ヲ示シテオツタ。患者ハコノ 2—3 日後月經ヲ見、妊娠ハ除外シ得ル故他ノ何處カニ惡性絨毛上皮腫ガ存在シテオルノニ相違ナイガ、患者ハ子宮剔出等ノ處置ヲ肯ンゼズ。又胸部「レントゲン像」ニモ腫瘍ヲ認メズ、肝臟モ觸レズ。他覺的ニハ明カナ腫瘍轉移ヲ發見スル事ハ出來ナカツタ。

シカシ婦人科の検査ハ 2 回共子宮ニ何等異常ヲ認メナカツタ點ヨリ大體本例ハ腎臟ノ變位性惡性絨毛上皮腫ト考ヘテヨイト思フ。

考 按

1) 惡性絨毛上皮腫或ハ惡性脈絡膜上皮腫 惡性絨毛上皮腫(惡絨)ハ周知ノ如ク胎兒性外胚葉ニ屬スベキ絨毛上皮即チ Syncithium 細胞及ビ Langhans 氏細胞ガ遠型的増殖ヲナシテ發生スルモノデアツテ、増殖性強ク周圍組織ヲ壓迫壞死セシメ、又血管親和性強ク身體諸處ニ轉移シ易イモノデアル。本症ハ Saenger(1889)ガ脱落膜肉腫(Deciduo-Sarcoma, Sarcoma deciduale)トシテ記載セルモノデアルガ、後ニナリ Marchand (1895)ガ組織學的ニ詳細ニ研究シテ Chorionepithelioma maligna ト稱シテ以來諸家ノ承認ヲ得研究ノ對象トナツタモノデアル。殊ニ Aschheim-Zondek(1928)ガ本症ト「腦下垂體前葉ホルモン」トノ關係ヲ報ジテ以來、診斷、豫後等ニ對シ長足ノ進歩ヲナシタ。

本症ノ頻度ハ關氏ニヨルト婦人科の手術患者 5781 名中 58 例(1%), 安井、大森兩氏ハ 156 名中 1 例、池田氏ハ 192 例中 1 例トイヒ Ruzieska ハ總患者ノ 0.05%ト述べ、Hinselmann ハ妊娠 2360 回ニ對シ 1 回ト言フ。年齢、經産數、最終妊娠及ビ分娩トノ關係ニ就テノ統計の報告ハ Teacher, Landinsky, Sunde, Szathmáry, Pollosson u. Violet, Hitschmann u. Cristofolliti, McKenner, Pierce, 安井及ビ大森、池田、小笠原及ビ竹内、田野、關氏等ノ報告ガミラルガ此處ニハ述べナイ。

2) 變位性又ハ原發性惡性絨毛上皮腫 之ハ子宮ニ於ケル惡絨ト同様ノ組織所見ヲ呈スルモノデアルガ、原因ハ元來卵着牀部ニ存在スル上皮細胞又ハ絨毛上皮ガ母體血管内ニ流入シ、血流ニヨリ運バレ體内各所ニ栓塞性ニ固着シ、ソノ部位ニ於テ異常發育ヲトゲタモノデアル。通例ハ母體内ニ移行シタ細胞ハ Schmidt, Veit 等ニヨルト「ジンチチオリゲン」ニヨリ溶解サレルモノデアルガ、然シ何等カノ原因ニヨリ病的ノ場合ニハ或ル時期ニ病的増殖ヲ來シ、卵着牀部以外ノ隔離セル部位ニ本症ノ發生ヲ見ルト云フ。惡性變性ヲ來スベキ原因トシテハ Hitschmann, Fraenkle 等ハ絨毛細胞ニ歸シ、Marchand, R. Meyer, Aschoff 等ハ母體ノ抵抗力減弱ヲアゲテオル。而シテ變位性惡絨ノ形成モ子宮ニ於ケルモノト同様 Syncithium 細胞及ビ Langhans 細胞カラナルヲ原則トスルガ、時ニ非定型的ノ構造ヲ取ル場合ガアル(Marchand, 川野

第 1 圖

逆行性腎盂撮影：右腎中央ニ腎盂缺損像が見ラレル。

第 2 圖

右側腎臓所見：中央ニ黒褐色ノ出血多キヲ思ハセル腫瘍ヲ認ム。

第 2 圖

剖面ノ略々中央部：腎盂内ニ腫瘍が破レ出シテ其部ニ黒褐色トナツタ腫瘍塊及ビ凝血塊が見エテアル。

第 8 圖

左方ニ腫瘍塊及ビ附近ニ出血ヲ認メル。

邊、篠田、吉田及爲我井等)。次ニ統計的觀察ヲ簡單ニ述ベル。變位性惡性絨毛上皮腫ノ頻度ハ關氏ニヨレバ惡性絨毛上皮腫45例中9例、安井氏ニヨルト36例中3例デアルト。年齢的關係ハ田代氏ニヨルト20歳臺(22.2%), 30歳臺(44.4%), 40歳臺(30%)デアリ、比較的高年者ニ多ク。妊娠分娩ノ回数カラ見ルト子宮惡性絨毛上皮腫(關氏ニヨルト2—4回妊娠37.9%, 5—10回妊娠50%)ト同様多産婦ニ多ク、田代氏ニヨルト3回經産以上80.6%, 5回經産以上58.3%デアルト。

第 5 圖

腫瘍ノ強擴大：(イ)「ランゲハンス細胞」，(ロ)
「シンチチウム細胞」。

最終分娩ノ種類カラ言フト一般惡性絨毛上皮腫ハ葡萄狀鬼胎 50%，流早産 30%，正規産20%デアルト言フガ變位性惡性絨毛腫ハ下表ノ如クデ武藤氏ノ正規分娩，田代氏ノ鬼胎分娩ガ多イノヲ除イテハアマリ差ヲミナイ。

潜伏期間ハ妊娠中ニ發現セリトイフ短期間ヨリ Koritschoner ハ22年，Vineberg ハ21年，Kovak ハ17年，Polano 13年，安井及ビ大森氏ハ12年5月等ノ相當長期ノモノモアル。

發生部位ニ就テハ Eichhorn ハ27例ニ於テ腔13，肺12，腦8，腎臟8，肝臟7，

報 告 者	正 規 分 娩	流 早 産	鬼 胎	(不 明)
田 代	5	8	24	
本 多	12	11	11	
武 藤	20	13	15	(5)
Kieb	9	9	11	
Eichhorn	9	7	7	

腸管4，脾1，脊髓1，心臟，副腎，廣靱帶，陰脣各1。武藤氏ハ53例ニ於テ腔26，肺21，肝臟12，腎臟12，腦10，小骨盤腔7，子宮筋層内5，子宮廣靱帶5，卵巢4，脾4，腸4，後腹膜淋巴腺2，腸間膜淋巴腺2，胃1，睪丸1，副腎1，脊髓硬膜1，心臟1，膀胱壁1，陰脣1，子宮口1。田代氏ハ子宮筋層内14，腔壁12，子宮腔部3，肺2，會陰部1，膀胱壁及ビ骨盤結締織1，脊髓硬膜1，骨盤結締織1，卵管間質部1，子宮頸部1ト報ジテアル。

3) 腎臓惡性絨毛上皮腫 腎臓ニ惡性絨毛上皮腫ガ發生スルニハ 1) 妊娠ニ關係ナキ場合，2) 妊娠ニ關係アル場合ノ二ガ考ヘラレル。

(1) 妊娠ニ關係ナキ場合：之ハ非常ニ稀ナモノデ所謂畸形腫 (teratoide Geschwulst) トシテ惡性絨毛上皮腫ガ腎臓ニ生ズル場合デアル。此ノ畸形腫トシテノ惡性絨毛上皮腫ハ男子ノ睪丸，女子ノ卵巢 (楨及ビ武田等) ニヨクミラレルガ，其他膀胱 (Djewitzki)，松果腺 (Askanozy)，縱隔竇 (Ritsch)，肝臟 (後藤)，後腹膜腔 (Tonkonogy)，子宮 (處女ヤ未妊婦ニ於ケル) (川上) 等ニ見ラレル。Erdmann, Brown 及ビShau ハ男子ノ生殖腺外ノ惡性絨毛上皮腫ノ例ヲ文獻上24例ヲ集メテアルガ後腹膜ト中隔竇ガ多イ。腎臓ニオケルモノハ實ニ稀デ恐ラク最近 Walter ニヨリ報告セラレタモノノミデハナイカト思フ。ソノ原著ハ見ナカツタガ，抄録ニヨルト患者ハ13歳男子デ左背ヨリ左足ニ放散スル神經痛ヲ伴ツテ左上腹部ニ大ナル腫瘍ヲ生ジタ。検査ノ結果，泌尿生殖器方面デハ睪丸ニ異常ナシ。左腹部ニハ大ナル腫瘍ヲ認メ，靜脈注射性腎盂撮

影法ニヨリ左腎ヨリ全然排泄ヲ認メナカッタ。尿中ニハ僅少ノ白血球及ビ赤血球ヲ認メタ。副腎腫ト診斷シテ手術ヲ行ツタガ癒着ガ激シク全體ヲ摘出スルコトハ出來ズ大部分ヲ取去リ他ハ殘ス。摘出標本ヲ檢スルト腎實質ハ大部分消失シテ腫瘍細胞ニヨリ置換サレテオツタ。腫瘍細胞ハ大體 Syncythium 細胞、Langhans 細胞及ビ夫等ノ未熟型ト考ヘラレル細胞ニヨリ形成サレテオツタ。診斷ハ腎惡性絨毛腫デアル。本例ハ間モナク死亡シテオルガ剖檢ヲ行ハズ、故ニ著者ハ本腫瘍ガ果シテ原發性ノモノナルカ、又ハ轉移性ノモノデアルカニ就テハ確言シ得ヌガ、辜丸、其他ニ大體異常ノナカッタ點、又辜丸腫瘍ヨリ腎臟轉移ヲ起スコトガ稀ナ點等カラ考ヘテ本腫瘍ハ腎臟ニ原發性ニ來タモノト見做シテ可ナラント信ジテオル。

尙、辜丸惡性絨毛上皮腫ヨリ他ノ多數ノ轉移ト同時ニ腎轉移ヲ見タル例ヲ Barge, Quérangel, 及ビ Mackenzie 及ビ Max Patner 等ガ報告シテ居ル。

(2) 妊娠ニ關係アル場合：コレハニニ大別サレル。即チ、a) 妊娠(正規、鬼胎、流早産)後ニ子宮ニ惡性絨毛上皮腫ヲ生ジ、ソレヨリ二次的ニ腫瘍細胞ガ移轉ヲ起ス場合、即チ轉移性腎臟惡性絨毛上皮腫、b) 原發性腎臟惡性絨毛上皮腫トデアル。

a) 轉移性腎臟惡性絨毛上皮腫：惡性絨毛上皮腫ノ轉移ハ主トシテ血管ニヨルガ元來惡性絨毛上皮腫ハ血管親和性ガ強イモノデアルカラ身體諸處ニ轉移ヲ生ジ易イモノデアリ、腎臟ニ轉移ヲ生ズル場合ニハ多クハ同時ニ他臟器モ侵襲サレテオリ、豫後不良デ報告例ノ大多數ハ剖檢例デ泌尿器科學の臨牀上ニハアマリ興味ガナイモノデアル。ガ時ニハ腎臟ニ單發シ、又子宮等ノ原發竈除去後アル期間ヲ置イテ發現スル場合ガアル。即チ惡性絨毛上皮腫ノ一部ガ血管中ニ入り、ソレガ腎臟ニ栓塞シテ暫ラク無症狀ニ經過シ、次イデ娘腫瘍ヲ生ジテ來ルノデアル。轉移ガ腎臟ニ生ズル事ハ左程稀デハナク、本邦ニ於テハ南條、查掛、加藤、渡邊、新藤、田中及ビ尾島、村上、明石等ノ諸氏ガ記載シテオル。シカシ乍ラ臨牀上之ヲ見出シタ例ハ割合ニ稀デアリ、原發竈除去後ニ發生セルモノハ一層稀デアル。文獻上 Boeckel 及ビ Frank ハ 51 歳女子、鬼胎分娩後子宮惡絨ヲ生ジ、子宮全剔出ヲ受ケ、ソノ後ニ腎臟惡絨ヲ手術的ニ剔出セル例ヲ報告シ、Stoeckel ハ 38 歳ノ 3 回經産婦デ 2 回人工流産ヲ行ツタ例ニ就テ鬼胎妊娠後子宮惡絨ノ疑デ子宮全剔出ヲ行ツタガ約 2 年後肝臟、腎臟、次デ全身諸處ニ轉移ヲ起シテ死亡シタ例ノ腎臟所見ヲ記シ、荒田氏ハ 32 歳ノ 2 回經産婦ニシテ子宮出血ヲ約 3 箇月間續ケ、ソノ止血後約 2 ヶ月デ腎臟ニ腫瘍ヲ生ジ、手術的ニ剔出シ、之ガ惡性絨毛上皮腫ナルヲ知ツタガ後ニ他腎ニモ轉移ヲ生ジテ死亡セル例ヲ報告ス、千賀氏ハ 45 歳女子デ兩側腎ニ腫瘍ヲ生ジ遂ニ惡液質デ死亡セル例ノ腎臟腫瘍ガ惡性絨毛上皮腫デアツタ例ヲ報ジ、之ヲ原發性ノモノトシテ報告シテオルガ本患者ハ數年前子宮癌トシテ子宮腫瘍ヲ剔出サレタガソレガ惡性絨毛上皮腫デアツタト云フ既往症アリ、轉移性ノモノデアル。又 Peighthol (1933) モ腎臟惡性絨毛上皮腫ヲ報ジテオルトイフ。

腎臟轉移ヲ生ズル機轉：惡性絨毛上皮腫ノ轉移ハ一部淋巴系ニヨルトモ言ハレルガ大多數ハ血管系ニヨルモノデアツテ、子宮壁内ノ血管殊ニ靜脈ヲ破壊シテ血管内ニ入りコング惡性絨毛

上皮腫ノ組織ハ血行ヲ介シテ運バレ身體各部ニ栓塞シニコニ轉移ヲ生ズルノデアル。コノ爲子官附近及ビ肺ニ轉移ヲ見ル事が多イ。而シテ之ガ腎臓ニ至ル経路ハ Veit 等ニヨルト、

1) 子宮壁静脈→下腔静脈→逆行性ニ腎静脈→腎臓。

2) 下腔静脈→心臓先天性畸形で卵圓孔ノ開口シテオル場合ソレヲトホリ→大動脈→腎動脈→腎臓。

3) 下腔静脈→心臓→肺毛細管→心臓→大動脈→腎動脈→腎臓。

4) 下腔静脈→心臓→肺臓悪性絨毛上皮腫→コレヨリ二次的轉移デ腎臓ニ至ル。

ノ4通りノ経路ガ考ヘラレルト言フ。カカル轉移ヲ生ズルニハ Hitschmann ハ子宮原発竈手術後通例2—3ヶ月デ來ルト云フガ、Cary ハ3年後 Lissauer ハ2年後ノ例ヲ報ジテオル、腎臓轉移ノ發生スル率ハ Hitschmann ハ94例中5例、關氏ニヨルト惡絨58例中2例ニ見タ。

b) 變位性腎臓悪性絨毛上皮腫：變位性惡絨ニオケル卵着牀部ノ絨毛上皮ノ腎臓ニ至ル経路モ轉移ノ場合ト同様デアルガ、只其ノ中肺ニ惡性絨毛上皮腫ヲ生ジ其ヨリ轉移性ニ生ズル場合ハ相當シナイガ、近來唱ヘラレ且ツ認メラレテ來タ惡性絨毛上皮腫ノ自然的消滅ト言フコトガ肺等ノ原発竈ニ起リ腎臓ノ惡性絨毛上皮腫ノミガ殘ル場合ニハ嚴密ニ言フト原発性腎臓悪性絨毛上皮腫ノ範疇ニハ入ラレナイガ實際ニハ變位性腎臓悪性絨毛上皮腫ト見做サネバナラヌ場

報告者	年齢	經産數	最終妊娠ノ種類 並ニソノ後ノ經 過其他	現病ノ主 要症狀經過	診斷、處置	轉機	剖檢、轉移、其他
武藤	39	7	27歳ノ時鬼胎分娩 並ニソノ後ノ經 過其他	3週來右腎臓部ノ腫 脹、疼痛、血尿、食 慾不振、同時ニ背部 皮膚ニ粉瘤様腫瘍 (轉移)	副腎腫トシテ右腎 摘出ナ行フ、手術 創ハ經過ハヨカツ タガ、粉瘤様腫瘍 ガ増大頸ノ兩側ニ 疼痛、所々ニ轉移 ナ生ズ	手術後9 週デ死亡	剖檢セズ、皮膚ニ於 テ左季肋部、右大腿 左大轉子部ニ腫瘍形 成アリ
武藤	45	6	3年前ニ正規産11 月前ニ性器出血ソ ノ後時々出血ス、	2月來激シイ腹痛ヲ 伴ヒ、右季肋部ニ腫 瘍、漸次増大シ、小兒 頭大ニ至ル、血尿アリ	副腎腫トシテ手術 癒着高度ニシテ、 附近血管ノ怒張ヲ 認ム、被膜下剔出 ナ行フ	手術後2 時間デ死亡	剖檢ニヨリ、右肺、 左腎等ニ轉移ヲ認 ム 右腎ニ於テハ、腎靜 脈ニ腫瘍ノ硬塞ヲ認 ム
佐伯	52	5	46歳ノ時最終正規 産、51歳以來閉經	3月前ヨリ左腎ニ腫 瘍、血尿、疼痛アリ、 婦人科的ニ異常ナシ	左腎腫瘍トシテ剔 出手術ナ行フ	手術後2 月腦溢血 ニテ死亡	剖檢セズ、腦溢血様 症狀ハ恐ラク腦轉移 ト考ヘラル
手島	39		4年前鬼胎分娩、 以來月經不順	1月來高度ノ血尿、 側腹部疼痛、漸次全 身狀態惡化、右季肋 部ニ超手拳大腫瘍、 尿中ニ特殊ナ細胞ヲ 見ル	腎惡性絨毛上皮腫 剔出術施行	手術後4 月デ死亡	肺臓轉移、子宮正常
和賀	47	6	3年前鬼胎分娩、 20年前梅毒	6週來食思減退、腰 部重壓感、1月前左 季肋下部ニ疼痛、腫 瘍、血尿ハナイ、右 側腹部ニ腫瘍、疼痛、 惡心、嘔吐	腎腫瘍ハ全身狀態 不良ノ爲手術不能 小腸重積症ヲ起シ ソレヲ手術ス、其 後所々ニ轉移アリ	死亡	剖檢ニヨリ右側背長 筋、兩側肺、左腎、左 腎下極周圍結締織、 右腎ニ轉移、子宮正 常
溝口	33	6	8月前正常分娩、 1月前性器出血、最 近モ出血、流産ト シテ掻爬サルシカ シ惡絨ハ否定サル	最近ノ性器出血ト同 時ニ血尿オコリ、右 腎臓部ニ異常感、胸 部正常、婦人科的異 常ナシ	右腎腫瘍トシテ手 術附近ノ血管怒張 ヲ認ム	不明、恐 ラク死亡	3月後尿Friedmann 反應陽性、當時胸部 婦人科的ニ異常ナシ

合モアリ得ルワケデアル。

變位性腎臟惡性絨毛上皮腫ハ割合ニ稀デ古クハ Schmorl, Davis & Harris, Fiedler, Yasuda, Moschkowitz, 村上等剖檢ニヨリ見出サレタ例ノ報告ハアルガ、臨牀的ニ見出シタノハ次ノ合計 6 例ノミデアラウ。イヅレレモ本邦文獻ノミデ余ノ調査セル範圍デハ外國文獻ニハ見當ラヌ(表參照)。

4) 腎臟惡性絨毛上皮腫ノ臨牀 本症ノ症狀モ他ノ腎臟腫瘍ト同様、腎臟部ノ腫瘍、疼痛、血尿、「レントゲン像」ニ於ケル腎盂像ノ變形、缺損像ヲ有シテオリ異ナル點ハアマリナイガ、特徴ヲ強イテアゲレバ、畸形腫以外ニ於テハ妊娠ガ既往ニアルコト。血尿ガアレバ(和田氏ノ例ハ著明ナラズ)非常ニ高度デ、同時ニ貧血、衰弱等ノ全身症狀ノ惡化ガ割合ニ急速且ツ早期ニ生ズルコト等デアル。診斷ハ一般ニ困難デアリ、手島氏ノ如ク腎分尿中ニ腎上皮、尿路上皮以外ト考ヘラレル細胞ヲ發見シテ全身狀態ト比ベテ診斷ヲ下シ得タ例モアルガ、臨牀的ニ診斷ヲ下シ得タ例ハ是以外ニハナイ。シカシ、女子ニ於テ既往ニ妊娠アリ、ソノ後急速ナル腎臟腫瘍ヲ生ジタ場合、Zondek-Aschheim ニヨル所謂腦下垂體前葉「ホルモン」ノ尿中ノ排泄ヲ検査シ、(Friedmann 反應デヨイ)ソノ増加ヲミテ診斷ヲ下シウル事モ出來ル。今後此ノ方面ニ注意ヲ要スルワケデアル。ガ然シー方ニ於テ變位性惡性絨毛上皮腫ニ際シソレガ異型のデ Synzithium 細胞ハアルガ Langhans 細胞ガ少イカ、又ハ全然ナイ場合ニハ Prolan 尿中排泄ハアマリ増加シナイ事ガアリ、Friedmann 反應ガ陰性ニ終ル場合ノ報告ガ相當多數アル(小島、川野邊、吉田及ビ爲我井等)。即チ Zondek-Aschheim ノ腦下垂體前葉「ホルモン」増加ヲ検査スルコトハ診斷ノ重要ナ補助手段トナルガ、コレノミニヨルワケニハイカナイ。

腎臟惡性絨毛上皮腫ノ豫後：惡性絨毛上皮腫ソノモノノ豫後モ不良デアルガ、腎臟惡性絨毛上皮腫ノ豫後ハ尙一層不良デ、現在迄ノ報告ハ原發竈、即チ腎臟ヲ除去後ニモ急速ニ他ニ轉移ヲ生ジ皆死亡シテキル。余ノ例ハ不明ダガ、Friedmann 試驗ガ陽性デアルカラ他ニ轉移ノアルコトヲ考ヘシメ、恐ラクソレニヨツテ死亡セルモノト思フ。シカシ現在惡性絨毛上皮腫ニ對シ「レ線」照射ノ效果ガ次第ニ認メラレテ來タカラ絶對ニ不良トハ云ヘズ、若シ本症ノ如キモノヲ見タラ手術後モ時々 Friedmann 氏反應ノ如キヲ驗シ、轉移ガアルヲ知リエタラ、ソノ位置ヲ詳細ニ検査シテ發見シ此ニ「レ線」照射等ノ處置ヲ行フガ肝要デアル。余ノ例ニ於テハ肺ニハ轉移竈ハ見出サレズ、ソノ他ノ検査ヲ行ハントシタガ患者ガ來院シナカツタ。

5) 惡性絨毛上皮腫ニヨル泌尿器科系統ノ合併症 腎臟以外ニ見ラレル惡性絨毛上皮腫ニヨル泌尿器系統ノ合併症ニ就テ簡單ニ述ベテ見タイ。只辜丸ニ見ラレル畸形腫トシテノ惡性絨毛上皮腫ノ報告ハ相當多數アルガ之ハ辜丸腫瘍トシテ興味アルモノト信ズルカラ之ハ述ベナイ事ニスル。

之ニ屬スルモノトシテハ膀胱、輸尿管、尿道外口部等ニオケル轉移性又ハ變位性ノ惡性絨毛上皮腫ガアルガ、膀胱ニ於ケル轉移性惡性絨毛上皮腫ハの埜氏ガ 27 歳 13 回經産婦ニ見タ例ヲ記載シ、雨宮氏ハ他臟器ト同時ニ膀胱轉移ヲ併發シタ例ヲ述ベタ。尿道外口部又ハソノ附近ノ腫

瘍形成ニ就テハ岡本、松島、吉田、吉川諸氏等ガ報告シテオル。輸尿管ニ惡性絨毛上皮腫ヲ生ジタ報告ハ無イガ、Kirschbaum ハ子宮周圍結締織内ノ惡性絨毛上皮腫轉移等ニヨリ輸尿管狹窄ヲ來スコトヲ示唆ス。最近 Daniel 及ビ Darieux ハ泌尿器科系統ニハ轉移其他ノ直接ノ侵襲ナシニ子宮惡性絨毛上皮腫ニヨリ高度ノ血尿ヲ來シタ例ヲ述ベテオル。即チソノ例ハ47歳女子デ7ヶ月前ニ流産ヲナシ高度ノ出血ヲナシタコトガアル、何等疼痛等ノ前徴ナシニ突然高度ノ血尿ヲ來タシ、非常ニ高度デ時ニ失心シタコトモアル程デアツタ、子宮ハ増大シ恥骨縫合ノ上部2cmノ處迄ニ觸レル泌尿器系検査デハ膀胱ニ何等異常ナク、兩側輸尿管孔ヨリ非常ニ出血ガ見ラレタ。輸尿管「カテーテル」挿入ニヨリ結石、狹窄等ヲ思ハセル抵抗ハ全然ナク、腎分尿ニハ出血ヲ認メズ、「レ線像」ニ於テモ腎臓ニ異常ナク、出血ハ輸尿管ノ下3分1ヨリ起ツテオルコトガ分ツタノデ開腹術ヲナシ子宮ヲ剔出シタ所、ソノ後血尿ハオコラナカツタガ手術後30ヶ月デ肺其他ニ轉移ヲ生ジテ死亡シタ。該子宮腫瘍ハ立派ニ惡性絨毛上皮腫デアリ、轉移ハ肺、後腹膜等ニ見ラレタガ腎、輸尿管ニハ全然變化ハナカツタ。故ニ著者等ハ血尿ノ原因トシテ斷言スルコトハ出來ナイガ子宮ガ非常ニ大ニナツタ偽骨盤内ニ鬱血ヲ來シ、輸尿管血管ノ破裂ヲ來シタモノト考ヘルノガー番蓋然性アリトナシテオル。

結 論

1) 33歳ノ6回經産婦ノ右腎ノ中央ニ生ジタ原發性ト考ヘラレル惡性絨毛上皮腫ノ1例ヲ經驗シタ。

2) 患者ハ8ヶ月前正常分娩ヲナシ、約1ヶ月前ニ多量ノ生殖器出血ガ約10日間續キ、ソノ後約1ヶ月デ再ビ生殖器出血起リ同時ニ高度ノ血尿ヲ來シタ。生殖器出血ハ流産トイハレ搔把ヲ受ケタ。

3) 血尿ハ右側腎ニ由來スルモノデ「レ線像」上、腎盂ノ缺損像(壓迫像)ヲ認メ、腎腫瘍トシテ右腎剔出ヲ行ヒ、組織學的ニ惡性絨毛上皮腫デアルコトヲ知ツタ。

4) 子宮ハ前後2回ニ亙リ検査シタガ異常ヲ認メナカツタ。

5) 手術後 Friedmann 反應ヲ行ツタ處、陽性デ何處カニ轉移ガアリハシナイカト考ヘラレルガ、肺臓ニハ格別變化ナク、他臓器ニモ他覺的ニハ異常ハ認メラレズ、ソノ後ノ經過ハ不明デアル。

終リニ臨ミ恩師高橋教授ノ御懇切ナル御校閲ヲ謝ス。

文 獻

- 1) 明石：日婦會札幌地方會報，4，昭8。
- 2) 雨宮：臨牀產婦人科，8，214，昭8，醫學中央，38，198。
- 3) 荒田：日泌尿會誌，17，13，昭5。
- 4) Walter, Fritz: Berichte über gesamt. Gynaek. u. Geburtshilfe, 39, 544, 1938。
- 5) 小笠原、竹内：日婦會誌，29，562，昭9。
- 6) 岡本：長崎醫大誌，14，2335，昭11，醫學中央，51，895。
- 7) 加藤：臨牀醫學，24，1767，昭11。
- 8) 川上：醫學中央，36，68。
- 9) 川野邊：醫學中央，43，408。
- 10) Kirschbaum: Hdbh. d. Gynaekologie, X/1, 340, 1938。
- 11) 査掛：醫學中央，35，912。
- 12) 小島：醫學中央，33，992。
- 13) 後藤：醫學中央，34，135。
- 14) 新藤：醫學中央，46，808。
- 15) 佐伯：東京醫誌，第2765號，427頁，昭7。
- 16) Stoeckel: Zbl. Gynaek. 1930, 1123; Hdbh. der Gynaekol. X/3, 619, 1938。
- 17) 關：日婦會誌，33，521，昭13，東

- 京醫誌，第3042號，昭12。 18)世木田：醫學中央，42, 604。 19)W. E. Daniel; G.H. Darieux: J. of Urol. 42, 351, 1939。 20)Erdmann, Brown, Shan: Urol. Rev. 45, 1, 1941。 21)千賀：内外治療，7年，664，昭7.22)手島：東北醫學會誌，19, 833, 昭11。 23)Barge, Quérangel etc: J. d' Urol. 46, 97, 1938。 24)Boeckel u. Frank: Stockel ニヨル。 25)MacKenzie; Max Patner: J. Urol. 41, 538, 1939。 26)Meyer: Hdbh. d. Gynaekol. (Stockel), VI/1, 1930。 27)的埜：内外治療，13, 133, 昭13。 28)松島：醫學中央，13, 1229。 29)禰，武田：醫學中央，35, 451。 30)水野：醫學中央，34, 1159。 31)武藤：Mitteil. über allg. Path. u. path. Anat. 4, 143, 昭2。 32)村上：海軍軍醫會誌，27, 414, 昭13。 33)吉田：日醫大誌，6, 1382, 昭10。 34)吉田，爲我井：日醫大誌，10, 227, 昭14。 35)吉川：醫學中央，56, 684。 36)和賀：「ケレンツ」，第10年，732, 昭11。

(昭和16年2月10日受付)

(Aus der Dermato-Urologischen Klinik der Kaiserlichen Universität Tōkyō.
Vorstand der Urologischen Abteilung: Prof. Dr. Akira Takahashi.)

Über einen Fall von ektopischem Chorionepitheliom der Niere.

Von

Shūsaku Mizoguti.

Das Chorionepithelioma malignum der Niere ist ein ziemlich seltenes Ereignis. Es entsteht als Metastase eines Chorionepithelioma malignum des Uterus oder der anderen Organe oder als Ektopie und unter sehr seltenen Umständen als teratoide Geschwulst. Mehrere Autoren fanden bei Sektionsfällen Metastasen oder die Ektopie von Chorionepitheliom der Niere, aber nur wenige Autoren berichteten klinisch diagnostizierte Fälle. Mutō war der erste, der das primäre Chorionepitheliom der Niere klinisch festgestellt hat. Arata, Boeckel und Frank, Stoeckel, Chiga, Peighthol berichteten über das klinisch diagnostizierte metastatische Chorionepitheliom der Niere. Ektopisches Chorionepitheliom der Niere wurde bei Sektionsfällen von Schmorl, Davis und Harris, Fiedler, Yasuda, Moschkowicz, Murakami etc. mitgeteilt. Bezüglich der klinisch entdeckten Fälle von Ektopie könnte ich nur 5 Fälle angeben, d. i. 2 Fälle von Mutō und je einen Fall von Tejima, Saheki und Waka. Walther gab einen Fall von teratoidem Chorionepitheliom der Niere bei einem 13jährigen Knaben an. Ich habe vor kurzem einen Fall von ektopischem Chorionepitheliom der Niere erfahren, dessen Krankengeschichte im folgenden kurz beschrieben ist.

33jährige Hausfrau, 6-para. Familiär keine Belastung. Früher nicht ernstlich krank. Vor 9 Monaten bekam sie das letzte Kind. Vor 5 Monaten normale Menstruation. Seither keine Blutung. Vor 2 Monaten litt sie an abnormer Genitalblutung, die etwa 10 Tage gedauert hatte. Nach einem Monat bekam sie wieder hochgradige Genitalblutung und diesmal wurde bei ihr als Abortus die Auskratzung der Uteruswand durchgeführt. Aber inzwischen litt sie an hochgradiger Hämaturie, die mehrere Tage anhielt und dann spontan aufhörte, 10 Tage später war wieder Hämaturie aufgetreten. Sie klagte sonst nur über ein unangenehmes Gefühl am Unterbauch. *Aufnahmebefund:* Allgemein nur leichte Anämie, sonst nichts besonders. Kein abnormer Schatten im Röntgenbild der Brust. Lokal-Status: Linke Niere schwer palpabel. Unterpol der rechten Niere fassbar, etwas derb und sehr druckempfindlich. Rechter Ureter entlang war etwas druckempfindlich. Blasenegend normal. Cystoskopischer Befund: Die Blasenkapazität betrug etwa 300 ccm. Am Trigonum findet man geringe Blutkoagula, sonst ist kein pathologischer Befund an der Blaseschleimhaut vorhanden. Blauausscheidung: Links—nach 3' aufgetreten und nach 4'3'' intensiv. blau, rechts—nach 3'20'' aufgetreten und nach 6'30'' intensiv. Der blau linke Nierenharn zeigt keinen pathologischen Befund, der rechte dagegen hochgradige Blutung. Pyelogramm: Während das linke Nierenbecken normale Kelchbildung hat, sind an der Mittelpartie des rechten Nierenbeckens abnorme Schattendefekte zu sehen. Unter der Diagnose von Nierentumor wurde die rechtsseitige Nephrektomie durchgeführt. An der Mitte der exstirpierten Niere gibt es eine ungefähr hühnereigrosse bräunlichschwärzliche Geschwulst, die keinen gelblichen Farbenton hat, den wir gewöhnlich bei der Gra witzsche Geschwulst sehen können. Histologisch besteht der Tumor aus Synzytial-Zellen und Langhanszellen. Auf Grund dieser histologischen Befunde und des klinischen Verlaufes wurde die Diagnose auf ektopisches Chorionepitheliom der Niere gestellt. *Weiterer Verlauf:* Die 2 Monate nach der Operation durchgeführte allgemeine und gynäkologische Untersuchung ergab keinen abnormen Befund. Aber die Friedmannsche Reaktion des Krankenharns zeigte ein positives Resultat. Leider konnte die weitere Untersuchung nicht durchgeführt werden.

(Autoref.)