

# 興味ある腫瘍について

金沢大学医学部放射線医学教室(主任 平松博教授)

枋内 巖, 星 秀 逸, 遠 藤 徹  
伴 友 次, 阿 部 誠, 大 浦 弘 明

(昭和31年7月27日受付)

## On an Interesting Tumour

Iwao Tochinai, Shūitsu Hoshi, Toru Endo, Tomotsugu Ban,  
Makoto Abe and Hiroaki Oura

Department of Radiology, School of Medicine, Kanazawa University  
(Director: Prof. H. Hiramatsu)

### 第1章 緒 言

悪性腫瘍は屢々遭遇する疾患で、且つその研究は精細に亘り枚挙に遑まない現状である。

私等はここに興味あつた8症例の腫瘍を報告する。

この中に既に熊谷等の肉腫に関する発表と重複する部分があるが、特に腫瘍に対するわたしたちの考えを述べて諸賢の御批判を頂きたい。

### 第2章 症 例

第1例：13歳の男子(初診：昭和21年5月1日)  
(Fig. 1, Fig. 2, Fig. 3)

診断名：肋骨悪性腫瘍(肺臓癌肋骨転移)家族歴及び既往症に特記すべきことなし。

患児は昭和21年4月30日本学小児科を訪れ、その際左膝関節部の疼痛及び運動障害を訴え、当科に診断を依頼されたものである。当時左膝関節に軽度の腫脹があり、運動障害は著明で、なお左足関節に軽度の腫脹が見られた。

現 症：体格中等度、筋発育は不良、皮膚は乾燥し、稍々貧血性で栄養不良であつた。

胸部所見は両肺野呼吸音微弱で特別のラ音を聞かない。血液像：赤血球数450万、血色素量77.5%、白血球数7500。その他血液像に特記すべきことはない。血沈値1時間40、2時間値90。マントー氏反応は再三行いたるも(±)喀痰に結核菌は認めない。

局所々見：右第1肋骨の骨軟骨移行部に鶏卵大の腫脹を認めるが、皮膚に発赤はなく且つ癒着を認めない。腫脹は弾力性の硬さで軟骨より出ているものの如く圧に対して過敏である。頸部腋窩リンパ腺は両側とも腫脹は見られない。左膝関節は腫瘍と運動痛著明、左足関節及び足背は浮腫性腫脹あり、距骨部に圧痛あ

る外関節運動障害はなかつた。

レ線像：右中肺野心臓像につづいての移行部に小児頭大の辺縁鮮影は濃影像を認める外、左下肺野にて胡桃大の同様な像を認める。その他全肺野は一般に肺紋理は増強している。左膝関節のレ線所見は大腿骨々端骨間部に胡桃大の透明像を見る。この透明像は皮質迄に及んでいる。この外骨は一般に萎縮像を示している。左足関節部は距骨全体に亘つて硬化像を認め、骨柱の肥厚更には癒合を見る。

昭和21年5月2日試験切片切除を行つた。その際の罹患肋骨部の所見としては、腫瘍の表面は結合織性膜で包まれ、血管に富み赤褐色を呈し、腫瘍を切開すると、ゼリー様の液状物を見た。そして断面は血管に富み、弾力性硬で且つ多房性にして一部壊死性の部分もあるが肋骨に至る部は髓様状にして、肋骨は脆く崩落状である。

組織学的所見：上皮性で幾分紡錘型の細胞が大小不規則な群を作りつつ硬きStromaの間に群簇を作り、間質との境界は甚だ明確である。腫瘍細胞の核は円形又は楕円、或いは前述の如く紡錘型でChromatin少なく、厚く密集するため原形質境界は不鮮明であるが、その間に線維性の組織を見ないため肉腫というこ

とは出来ない。個々の細胞の性質も間質との関係も上皮性と思ふ以外にない。細胞群の一小部分を見れば Reticulosarkom とも思われるが、全体としての像は上皮性である。

以上により組織学的診断は肺に原発した扁平上皮癌よりの転移像であると考えた。

なお本症例にレ線治療を行った。その罹患部レ線像より硬化像が漸次減少の傾向を示したが、一般状態が悪化し、鬼籍に入る。(その詳細については第12回日本整形外科学会に栃内が発表した)

第2例：53歳の男子(初診：昭和27年10月28日)(Fig. 4)

診断名：慢性骨髓炎の瘻孔癌。

家族歴：兄弟の1人が若い頃敗血症で死亡せる以外特記すべきことはない。

既往歴：17歳の頃左下腿の慢性骨髓炎に罹患し、更に大腿骨にも波及し、7～8カ所の切開創並びに瘻孔を形成したが、罹患して2～3年位で大体治癒したが、最近になつて左側大腿上 $\frac{1}{3}$ が(半年以前)軽度に腫脹し、疼痛も軽度で表面は光沢を帯びた厚い表皮で被われ、全体として固く、底部組織に対して移動しない盤状の腫瘍様痕跡となつていた。その中央部が小豆大に化膿し、そこから絶えず膿汁と血液が滲出していた。その瘻孔に対して自宅で薬品を用いず繃帯をしたままにしていた所約2カ月程前リヤカーで該部を打ちつけたことにより出血、疼痛も著明になつて来た。その後発熱、更に食欲減退等あり、膿も悪臭を発するようになって来たので某外科医を訪れ、当科を紹介されて来た。

現症：体格栄養中等度、皮膚は稍々貧血性なるもその他特記すべきことはない。

血液像：赤血球254万、白血球12600、血色素量80%であり、尿の癌反応(デビス氏反応)陽性。

局所々見：左下肢に7カ所の切開創及び瘻孔の瘻痕があり、左大腿上 $\frac{1}{3}$ 外側に鶏卵大の腫瘍形成し、外見はザクロ状で出血し易く、且つ悪臭を発する膿の分泌を見る。又腫瘍の移動性は少なく、膝関節に屈曲運動の障碍ある以外足関節等に異常を認めない。鼠蹊リンパ腺は小指頭乃至拇指頭大に腫脹していた。

レ線所見：大腿骨々膜は肥厚し、骨は一般に硬化像を示している。

その後の経過は試験切片切除により、病理組織学的に扁平上皮癌と診断し、昭和27年11月6日左大腿転子

下において切断、同時にリンパ腺摘出を行い、レ線深部治療等を併用し、義肢を装用して退院した。

第3例：46歳の男子(初診：昭和24年2月15日)(Fig. 5, Fig. 6)

診断名：左膝臑部癩痕癌。

家族歴：父方の祖父が73歳で胃癌で死亡している以外特記すべきことはない。

既往症：4歳の時炉辺で左膝臑部に第3度の火傷を負い数カ月の加療で癩痕治癒した。その外特記すべきことなし。

現症：4歳の時火傷し癩痕治癒した膝臑部が25歳の時、潰瘍を形成し治療したが癩痕拘縮がひどくなつて来た。39歳頃より該部に疼痛を生じ、膝関節は約90度の屈曲位攣縮をした。昭和24年2月15日当科に入院す。その当時の局所々見は左膝臑部に大なる癩痕があり、その中央部に潰瘍の形成を見る。特に悪臭はないが潰瘍は増大の傾向あり、試験切片切除を行った。

その所見は上皮細胞は大小不同で Mitose の状態が見られ、表皮は増殖して乳嘴状に深部に向つて延長し、一応癌を疑い、潰瘍は勿論癩痕組織及び皮下脂肪迄出来る限り完全に切除し、その後印度法によつて植皮を行い、経過良好で昭和24年6月7日退院した。ところが3カ月後の9月頃より再び潰瘍を作り、次第に腫瘍様となつて悪臭を放つに至り、翌年5月25日再び当科を訪れた。

局所々見：左膝関節は約90度の屈曲位攣縮を来たし、膝臑部は外側に手拳大の乳嘴状増殖を呈する腫瘍があり、その内側は深く陥没して最深部にては膝臑動脈の搏動を認める。腫瘍及び陥凹部を通じて表面は汚穢し暗赤色の肉芽で被われ、甚だしい悪臭ある分泌物を出し、容易に出血する。前回移植した皮膚は腫瘍の両側で硬結を作り一部壊死に陥る。左鼠蹊リンパ腺は数個大豆大に腫大し、圧痛があつた。皮膚及び下層とは癒着していない。直ちに試験切片切除を行い、組織学的に癌変化を認めた。その外、植皮した皮膚は大部分脱落して肉芽組織を形成している。そこで昭和25年5月31日大腿切断及び鼠蹊リンパ腺摘出術を行い、昭和25年7月10日仮義肢を装用し退院した。

第4例：56歳男子(初診：昭和25年6月21日)(Fig. 7, Fig. 8)

診断名：右膝臑部癩痕癌。

家族歴及び既往症に特記すべきことはない。

現症：19歳の時炉端で右膝臑部に第3度の火傷

を受け、その治療を受けたが癒痕治療が完成せず、20歳の時本学外科に入院約4カ月で治癒した。幾分癒痕拘縮があつたが歩行には障碍なく、その後裂傷を生じ易く、簡単に治癒していた。ところが昭和24年3月右膝臑部を打撲し小裂傷を生じて以来、傷は次第に拡大して暗赤色の肉芽で掩われ遂に臭気を発する分泌物が見られるようになり、昭和25年6月21日当科に入院す。

局所々見： 右膝関節は約120度の屈曲拘縮を呈し、膝臑部癒痕の中には小児頭大の腫瘍があり、貧血性の肉芽で掩われ、悪臭ある分泌物により汚穢して出血し易く、右鼠蹊リンパ腺は触れない。なお胸部レ線写真で癌転移像は認められず。試験切片切除により組織学的に癌巣癌球が多数見られ、昭和25年6月29日大腿切断を行い、同年の8月23日義肢装用して退院す。

第5例： 41歳の男子（初診：昭和15年4月17日）。（Fig. 9）

診断名： 神経肉腫

家族歴及び既往症には特記すべきことはない。

現症： 昭和14年暮北支方面に従軍中敵襲に遭い右足関節を捻挫したが、疼痛は次第に足背外方に放散するようになり、又右膝臑部に小さい腫瘍を認めるに至つた。

一般状態は良好で特記すべきことはなく、血液ワ氏反応及び村田氏反応ともに陰性、又血液所見には異常を認めない。

局所々見： 右膝臑部外側に拇指頭大の腫張があり、腫瘍は浅部で皮下に触れる。又その腫瘍表面の皮膚には何等の変化も認めない。且つ皮膚と腫瘍との癒着もなく静脈怒張も認められない。この腫瘍を圧迫又は圧縮すると足背外側に電撃性の疼痛が放散する。膝関節運動は略々正常である。下腿皮膚に知覚異常はなく、以上の症状より、腓骨神経の分枝に生じた神経線維腫と診断して摘出手術を行つた。手術所見は膝臑部腫瘍の直上約2.5糎大の皮質切開を行うと、全く正常と思われる皮下組織の中に腫瘍を直ちに認められ、それは腓骨神経の皮下枝であつた。神経が卵円状に腫張していた状態に殆んど癒着もなく、その上下に連続する神経は相当の硬度を有していた。これを成るべく健康と思われる部分より両端を切断して神経縫合を行い手術を終つた。摘出物は比較的硬度で切断面は灰白色を呈している。同月18日後に原職に復帰したが2カ月後の6月17日再び前回の手術部に腫張を生じて当科を

訪れた。これが漸次増大の傾向あり、而も以前の如き疼痛は全くないという。局所々見は前回の手術癒痕創の直下に約鶏卵大の腫瘍があつて皮膚と密に癒着し、皮膚は灰白色を呈し、その中央部に仮性波動を認める外、術前以上に硬度を増し圧縮性は殆んどなく、基底とも硬く癒着している。腫瘍の悪性化を疑い試験切片切除により組織学的に旺盛なる神経結締組織増殖が認められ神経線維腫の悪性化が疑われた。よつて血液及びレ線写真等で胸腹部を検査するも特別の所見は認められなかつた。以上の所見より一応切断をすすめたが患者の希望により再び腫瘍の全摘を行つた。その所見は変色して囊腫状になつた皮膚を完全切除の目的で、約5糎の皮膚切開で始まり、直ちに腫瘍の部に達する。腫瘍は半腱様筋と二頭股筋の間にまたがり、膝臑部内に深く入り込み、周囲組織と完全に癒着していた。腓腸筋の外側頭は浮腫状を呈していた。腫瘍は幼児の拳大で、その深層部に3個の小指大の腫瘍が互に癒着していた。腫瘍は前の腓骨神経の皮下枝の切断せる部分より始まる。前回の手術所見と異なることは、腫瘍が周囲組織に一部癒着し一部は侵蝕拡大せる状態を示し、腫瘍の上端は以前の切断端より始まつていた。これが完全摘出には非常に困難を伴つたが、おおよそ全摘出に成功した。摘出物の組織学的所見は東大緒方教授により結締織母細胞と認められる細胞があり、全体として神経肉腫との解答に接した。なおレ線治療等を行つたが遂に切断を行うに至つた。切断肢の解剖の結果既に神経腫瘍を生じていた。（詳細については柄内が報告している）

第6例： 22歳男子（初診：昭和25年12月1日）（Fig. 10, Fig. 11）

診断： 慢性骨髓炎に併発した骨肉腫。

わたしたちは第2例において慢性骨髓炎の瘻孔より発した、扁平上癌について記載した。ここに慢性骨髓炎の母地に外傷を受けて発生せる骨肉腫について記載する。

家族歴及び既往症には特記すべきことなし。

現症： 7歳の時右脛骨々髄炎に罹患し、各病院を転々6回に亘る手術を施行している。該部瘻孔は受診後1年間に自然に閉鎖した。その後3カ月を経て右脛骨上端部を椅子の角で強打し一時歩行の出来ない状態となる。その後手術創痕の内部に小指頭大の硬い腫瘍があるに気付いた。暫く放置していたが漸次増大して来るので某病院を訪れ試験切片切除により骨肉腫の疑

診りもとにレ線治療を受けていた。一方試験切片切除後の切開創は閉鎖せず、綿帯交換時に出血し易く、腫瘍も益々大きくなるので、腫瘍発生後8カ月で当科を訪れた。

現症： 体幹中等度顔面稍々蒼白、顔貌尋常、眼瞼結膜に軽度の貧血を認める。胸腹部に著変なく体温37°C。

局所々見： 右下腿前面の上部に約20cm、の手術創痕があり、この上方脛骨粗面の内側に鷲卵大半球状の腫瘍の発生を見る。その表面の中央には長さ4cmの汚穢な赤褐色の肉芽創を見る。表面は稍々軟であるが深部には硬性の抵抗を触れ、基底とは強く癒着している。静脈の怒張は認められない。患肢の機能障害はなく、下腿は軽度に筋萎縮を認め、右鼠蹊リンパ腺は豌豆大に5～6個腫脹している。特に胸部レ線像に腫瘍転移像の所見は認められない。脛骨レ線所見としては、腹背像では骨の輪廓に著明な変化は認められないが、脛骨上骨幹端部では大小種々の蜂窩状骨透明像が見られる。その下部は硬化像を呈し皮質と髓腔の区別は明らかでない。この部位に半球像の腫瘍の軟部影像が見られ、この中にスピキュラが放射状に走っている。胫腓像では脛骨上骨幹端に骨肥厚があり、前方の骨皮質に破壊像が見られ、その部分からスピキュラが発生している。

諸検査成績： 赤血球沈降速度1時間値2、2時間値4。

血液： 赤血球448万、白血球7000、血色素量86.5%、白血球百分率は塩基嗜好細胞0%、エオジン嗜好性細胞0.5%、リンパ球22.8%、大単核細胞4.3%中性嗜好白血球67.9%で、

尿、尿には特記すべきことはない。

試験切片切除を行い、組織学的に紡錘形細胞肉腫なることを確認したので直ちに入院、12月1日右大腿右大腿下端部より切断、同時に鼠蹊リンパ腺摘出術を行った。その後レ線深部治療を行い義肢を装用して退院す。

組織学的所見： 腫瘍は紡錘形細胞が主で、その間に類骨組織が深状に形成されている。巨細胞も可成り認められ、壊死の部分に出血等も見られるが炎症所見は得られなかつた。なお摘出したリンパ節は一般にリンパ球、組織像が増加しており、芽中心は非常に拡大し、網状細胞が増加している。一部硝子様変性に陥っており、血管壁は肥厚を示している。転移は確実に

見られなかつた。(詳細は佐藤・小泉が報告している)  
第7例： 67歳女子(初診： 昭和29年3月26日)  
診断： 肝臓癌の脊椎転移。家族歴及び既往症には特記すべきことはない。

現症： 約1カ月前程から背痛があり、右第4、5肋骨に相当して肋間神経痛様症状があり、且つ右肩甲骨椎骨縁部に疼痛を訴える以外脊椎運動には変化はなく、特別の治療もしないで自宅で生活している中に29年5月7日突然脊髄麻痺症状が現われ、直ちに入院した。

局所々見： 顔色稍々貧血性で腹部は弛緩するも圧痛等はなく、下肢における腱反射は全く消失し、且つ病的反射は認められない。又知覚は前面においては剣状突起部より背面は第10胸椎部より完全に脱出している。勿論大小便は失禁である。

諸検査成績： 血液、赤血球410万、白血球6900、血色素量80%、白血球百分率に著変なし。

尿： 蛋白(+), 糖(-), デビス氏癌反応(-)。

脊髄液： 外観は水様透明、細胞数0%, ノンネ氏反応(+), パンデー氏反応(+), ワイヒプロート氏反応(+).

脊髄液高田荒反応は定型的な脊髄腫瘍型を示している。

血清高田荒反応 32倍陽性。

M.C.R 反応(松原癌反応) (+)

レ線所見： 胸部単純及び断層撮影ともに肺門陰影が増強し、肺紋理が所々乱れている以外特別の所見はない。

脊椎レ線所見： 一般に椎体は骨萎縮著明で骨棘形成を見る。又第II, III, IV, V胸椎の椎間軟骨は明らかに認知し得ず、且つ胸椎々体は圧平され、脊椎の後彎が著明である。ミエログラフィーは後頭下穿刺により下行性モリョドールは第3胸椎上縁で完全な通過障害があり、入院後一般状態悪化して29年6月17日死亡した。

剖検所見： 肝臓に原発した肝臓癌からの脊椎転移癌で第III胸椎周囲に腫瘍を形成し、椎体を破壊し、且つ諸腫瘍は脊椎硬膜外腔に突隆して脊椎を圧迫し、よつて脊椎は圧迫萎縮していた。組織学的には肝臓癌であつた。

第8例： 20歳男子(初診： 昭和29年2月26日)

診断： 右膝関節部肉腫の脊椎転移。

家族歴及び既往症に特記すべきことはない。

現 症： 28年12月末頃より右膝関節部に歩行及び運動時に疼痛を覚え、28年1月18日某病院に右膝関節結核の診断で牽引療法等を行っていた。しかし少しも症状が軽減せず且つ右膝関節の屈曲が充分に出来なくなり、28年1月28日より腰部以下にシビレ感があり、28年3月2日両下肢の運動が出来なくなり翌3日より知覚が完全に脱出し、知覚脱出も初めは臍の高さであったのが後に上腹部迄になり、勿論大小便失禁で当科に入院、同じく5月19日死亡した。

局所々見： 顔色稍々貧血性で食欲は障碍され、両下肢は全くの弛緩麻痺で、知覚障碍は背部に第2腰椎部、前面は上腹部より完全に脱出している。右膝関節は稍々腫脹するも波動は認められない。又第9胸椎に圧痛及び打痛あり。

諸検査成績： 血液、赤血球 390万、白血球 7800、血色素量72。白血球百分率に著変は認めない。

尿： 外觀稍々濁濁、蛋白(+)、糖(-)。

レ線所見： 前後像において所見は認められないが、脛腓像で内外髌関節面が稍々不鮮明な外著変は認めない。その後のレ線所見(29.2.16)では大腿骨遠位端、脛骨近位端に骨萎縮があり、膝蓋骨の周囲縁線が不鮮明且つ骨萎縮著明で膝蓋骨と接する大腿骨面に破壊像を認める。右膝関節の安静及び牽引療法にても症状が軽減しないので、試験切片切除を行い、組織学的に検査し Osteochondrosarkom の診断を決定したが、すでに麻痺症状も高度で一般状態が悪化し、死亡した。

### 第3章 考 按

Borst は真の悪性腫瘍は自己破壊的に成長するといっているが、このことは癌細胞が間質の随伴なしに単独に周囲組織内に侵入し、浸潤してそこに腫瘍自身の構造が失われるということで、換言すれば癌細胞は単細胞生物的に行動するということであるが、吉田教授が悪性腫瘍の本態につき Borst の説を中心にして説明しているが、その必然の傾向として細胞の動きを主として癌を考え易いことになる。又久留教授は慢性乳腺症が乳癌の一つの重要な前癌状態であることの立証として、一方において慢性乳腺症の患者の乳房を組織学的に精密に検査することによつて、その中に正常な乳腺組織から乳癌の方向へ向うあらゆる推移を証明し、その推移の形成の最も多いものとして、まず腺管上皮の単純な増殖から始まり、次いで数個の腺管において内腔に向う乳嘴状腺腫の発育が行われ、更にこの中に核分裂像の多い細胞が管腔を満して迅速な発育を示して、遂に管腔壁を破つて浸潤性発育を遂げるに至る型を明示した。このように組織形態学的観察を行う必然として組織の変化、即ち母地に主眼を置いて癌を考えるようになるが、わたし達は吉田教授の述べているように現在我々が悪性腫瘍と断定する方法は形態学的方法よりもたない現在において Borst の見解を原理として以下の臨床例に考按を加える。しかしこれに対して若干附加すべきはアメリカ学派は、レ線等の放射性物質の腫瘍感受性等を前提として側面より生物学的に悪性腫瘍の動態を観察していることも注目されなければ

ならない。その他色々な学者が各々の見地に立脚して癌を論じている。

わたし達の第1例は稀に見る幼児の転移性癌で、従来続発性骨癌腫の成立には連続性蔓延性なるか或いはリンパ道によるか又は血行を介するか3者があり、而して隣接臓器に存する原発癌若くは転移癌の連続して広がつて骨質を犯す場合は固より真の意味の転移ではなく、この際には骨の外方より侵入するので *Periphere From* といわれている、リンパ道による転移は既に確認された所であるが又血行による転移もまた存することは明らかである。原発癌より分離したる腫瘍細胞はリンパ道に出て、次いで胸腺に送られ、ここより大静脈に入り肺組織を経て、大循環により骨髄に送られて移行する。一般に骨髄は癌腫発育に対して好適条件を有するものと考えられ、即ち骨髄に達した腫瘍細胞はそこに栓塞を生じ、腫瘍実質細胞は該栓塞部位において発育を始め、終りに転移巣を形成する (*Zentrale Form*)、この場合孰れに属するかは原発癌が肺にあり、これが肋骨に発現したることを明確に断定することは困難である。しかしこの腫瘍の興味あることは、形態学的に上皮性由来のものであるが、吉田教授のいう細胞機能 (*Zell funktion*) に重点を置いて観察すれば、母地の幼弱なためか、平衡の破綻が来たし易く自己破壊的に無制限に発育するものが見られた。第2例は慢性骨髄炎の瘻孔が癌性化したもので、外傷によつて誘発されたか、或いは外傷を受けたことによ

つて癌性化が促進されたのか、甚だ疑問をもつのであつて、ことに外傷については患者の口述が重きをなすことはこれらの確定の上に弱点といわなければならない。第3例は火傷による瘢痕を母地として発生せる皮膚癌で第4例も同様である。この種報告は古来よりあり、稀なものではないが、この発生を観察すれば第3例は瘢痕組織（潰瘍形成部）の除去後植皮を行つたところ急速に癌性化した点で、術前潰瘍性瘢痕部の組織の上皮細胞に Mitose が多い程度で癌細胞の発見が出来なかつたのが術後急速に癌性化したことは、久留教授のいう弾力線維の欠損した瘢痕組織中に沿つて癌細胞の浸潤が迅速であるということと相俟つて既に前癌状態であつたものと思考される。第4例も既に19歳に右膝関節部に火傷を受け瘢痕形成以来、部位の関係で常に裂傷を生じ易く、たまたま外傷が癌性化を促進したものと思考され、外傷以前に前癌状態或いは癌性化していたものとする。第5例は神経肉腫の1例であるが、本例の興味あることは初め一見良性と思われた良性神経腫瘍の像が、漸次悪性化したことで、外国文献に神経の悪性腫瘍は局所的には神経鞘に沿つて進展するが、極く稀には神経内に離れた転移を惹起するものであるというが、本既例には神経鞘に沿つて広範に發育していた悪性神経腫瘍であつて、進展していた範囲を決定しかねたことが再度の手術を行われなければならなかつたものである。末梢神経鞘の線維性肉腫は一般には神経線維腫から進展するといわれている。（この問題については既に星がくわしく述べているので省略する）。第6例は若年者の慢性骨髄炎の母地に発生した骨肉腫の例で、この例でも腫瘍化に外傷が関係している。従来外傷性肉腫として述べられてきたものは外傷後における肉腫発生の臨床的観察にもとづいたもので、肉腫発生原因としての外傷を考察するには、外傷の種類、程度、方法及び部位等外傷についての条件が明確に限定される必要があり、古来 Thiem の述べたる条件が賞用されている。即ち 1) 腫瘍発生部位と外傷を受けた部位とが正確に一致すること。2) 外傷が自覚的、ならびに他覚的に立証されるべき

程度の強さを有すること。3) 外傷を受けた時期と腫瘍発生の時期との間隔が発生した腫瘍の發育と一致すること。4) 外傷と腫瘍発生との間に持続的症候の存在すること。以上の外、外傷を受けた場合それ以前には全く健康であつたことを確証することが必要である。そこで本例の場合は果して外傷によるか、更には骨髄炎を母地としたか、又骨髄炎を別個に発生したかを軽々しく論ずることは困難である。第7例は肝癌からの脊椎転移であつて、Freichs, Schüppel 等は原発性肝癌の転移は極めてまれであるといつている。即ち肝癌転移は比較的早期に又広く肝内に行われ、肝外転移は割合に遅徐且つ稀である。ところが貴家氏が東大病理学教室において原発性肝癌110例の統計的観察に際し、肝外転移が肺臓及び骨組織等に見られ、特に骨組織には肋骨6例、脊椎3例、胸骨2例、その他5例を認めている。又 Kaufmann も骨転移は脊椎、大腿骨、骨盤、肋骨、上腕骨、頭蓋骨、下腿骨、前腕骨の順に転移が来るとされているが、本例のように臨床症状及び諸検査事項より脊髄腫瘍を疑い、且つ腹部所見が軽度であつて転移病竈の進行が急激に悪化し、麻痺発現度が強く、我々の眼を麻痺に向けさせたため生前に原発病竈を確かめることが出来なかつた。このことからして肝癌からの癌細胞の離断を以て脊椎に転移が始まり、かかる急進期に起つた癌転移は、そのまま急進して早期腫瘍死を招来したものとする。第8例は、初診時に如何にして悪性腫瘍を発見するかということを考えさせる例である。前例と同様転移病竈が急速に發育したものであつて、常に関節疾患に対しては整形外科的治療を施しても症状が好転せず悪化する場合には悪性腫瘍を疑い、早期試験切片切除も敢て辞せないことを痛感した。

なお最近肉腫瘍に関する文献が非常に増加していることは悪性腫瘍治療剤の研究の進歩に刺戟されたものであろうが、悪性腫瘍治療剤の研究がいまだ完全でない今日において、どこかに原発病竈を有する骨の癌転移の治療を我々が如何に取扱うべきかは各症例によつて考察されるべき重要な問題である。

#### 第4章 結 論

私等は8例の興味ある悪性腫瘍を経験し種々考察した。

1) 第1例は幼児の肺癌からの転移性骨癌であつた。

た。

2) 第2例は老人の慢性骨髄炎の瘻孔より発した、所謂 Fistel krebs であつた。

3) 第3例は第4例と共に火傷後の瘢痕より発した瘢痕癌であつた。

4) 第5例は末梢神経に発した線維性肉腫で、一見良性腫瘍から進展する珍しい中胚様性の腫瘍であつた。

5) 第6例は慢性骨髓炎の経過中に発生した若年者の骨肉腫であつた。

6) 第7例は肝癌からの脊椎転移癌で、急速に転移

病竈が発育し、早期に脊髄麻痺症状を発現したものであつた。

7) 第8例は膝関節の Osteochondrosarkom を原発病竈として第7例同様早期に脊髄麻痺症状を招来した例であつた。(興味あるものに現在入院患者に脊椎の Reticulozellensarkom もあつたが、これに就いては後程発表す)

### 参 考 文 献

- 1) Löwenthal : Arch. f. Kl. Chir. 79, 1, 1895. 2) Geschickter, Copeland : Tumors of Bone. 3) 吉田富三 : 癌の発生. 4) 緒方富雄外 : 癌腫の歴史. 5) 吉田富三 : 癌の本態観 (第13回日本医学会誌). 6) 吉田富三 : 悪性の段階. 総合医学, 10巻, 10号. 7) 久留勝 : 前癌状態に就いて. 日本外科学会雑誌, 第53巻, 第8号. 8) 久留勝 : 胃癌の発生母地に就いて. 臨床雑誌外科, 第15巻, 第1号. 9) 吉田富三外 : 癌の化学療法. 日本臨床, 第11巻, 4号. 10) 今井環 : 胃癌の奔馬性再発. 手術, 第5巻, 第1号. 11)

今井環 : 癌の転移. 総合医学, 第10巻, 10号.

12) 逸見とよ子 : 打撲に続発せる線維性肉腫. 臨床雑誌外科, 第15巻, 第10号. 13)

中原和郎 : 癌研究の諸問題. 総合医学, 第10巻, 第10号. 14) 高橋俊哉 : 名大第一外科に於ける最近5ヶ年間の肉腫患者40例の統計的観察.

臨床雑誌外科, 第15巻, 10号. 15) 谷瀬守広 : 慶大整形外科22年間に於ける骨腫瘍. 臨床雑誌外科, 第15巻, 9号. 16) 北村包秀 : 皮膚癌及び癌性皮膚病学に於ける2, 3の問題. 総合医学, 第10巻, 第10号.

柄内，星，伴，阿部 論文附図 (1)

Fig. 1.

第 1 例



Fig. 2.

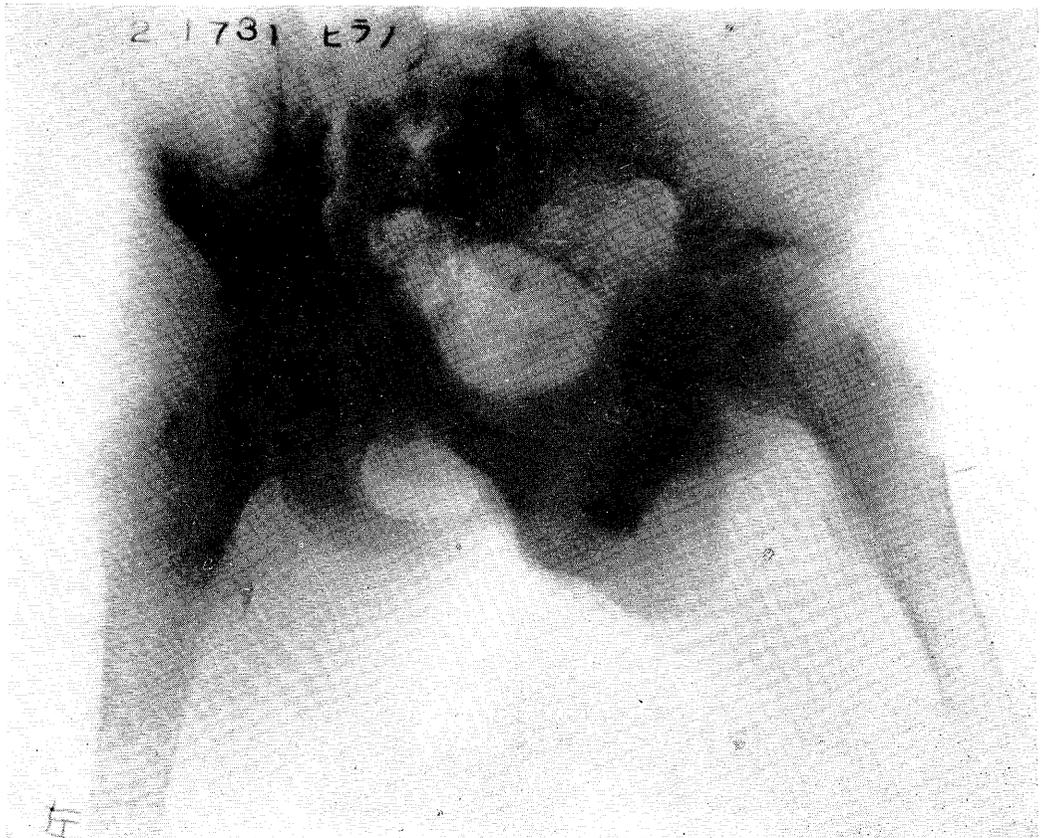
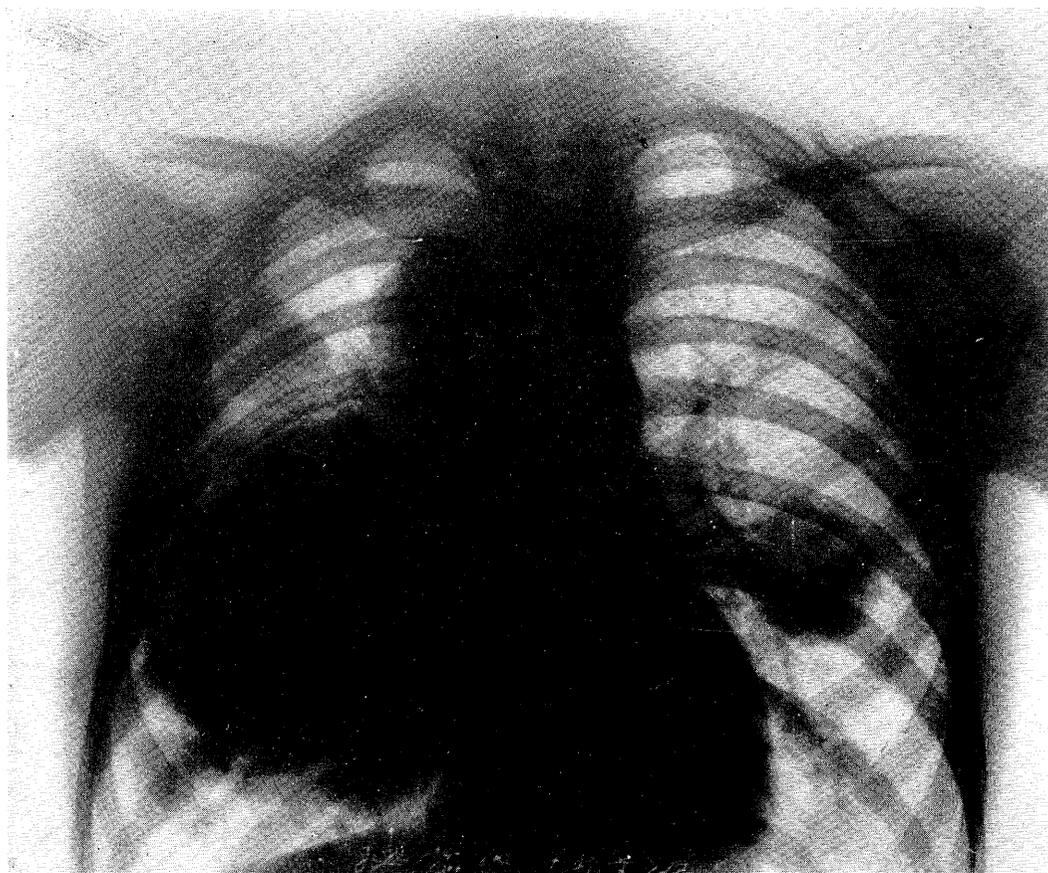


Fig. 3.



第 2 例

Fig. 4.



枋内，星，伴，阿部 論文附圖 (3)

第 3 例

Fig. 5.



Fig. 6.

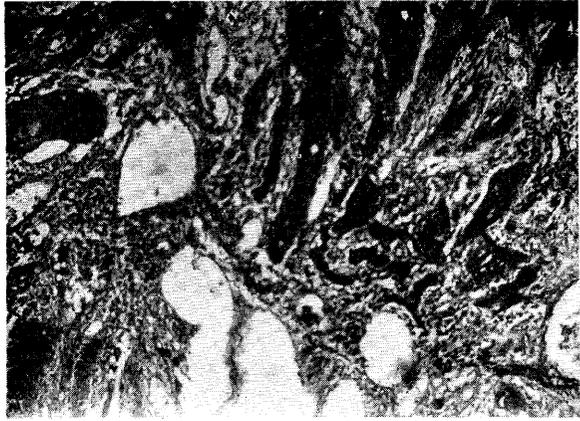
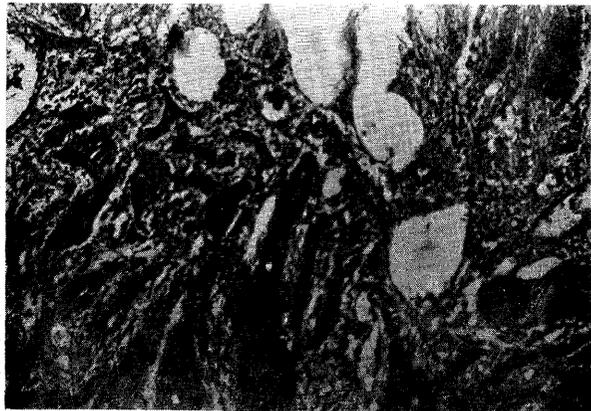


Fig. 7.



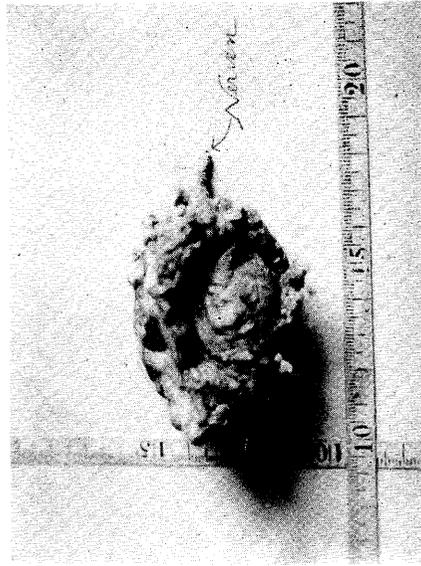
第 4 例

Fig. 8.



第 5 例

Fig. 9.



第 6 例

Fig. 10.

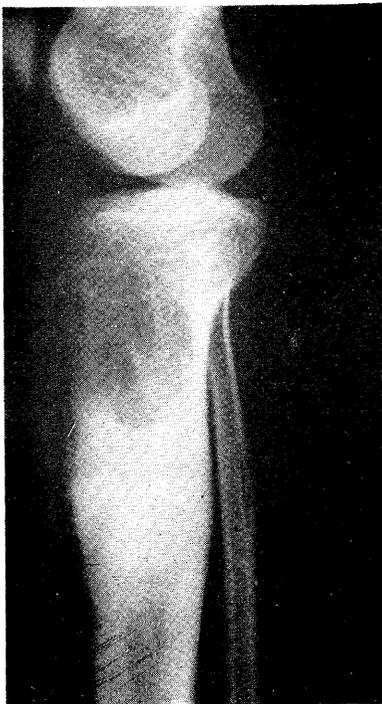
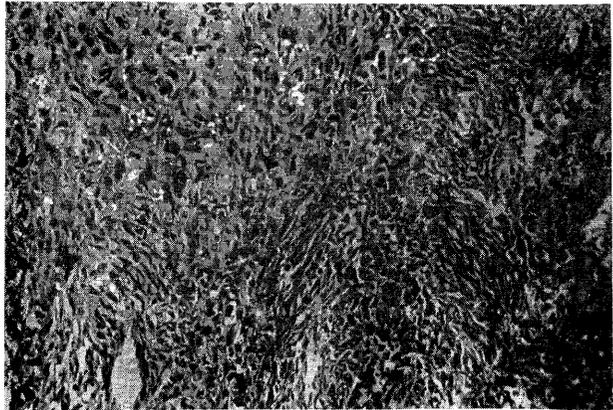
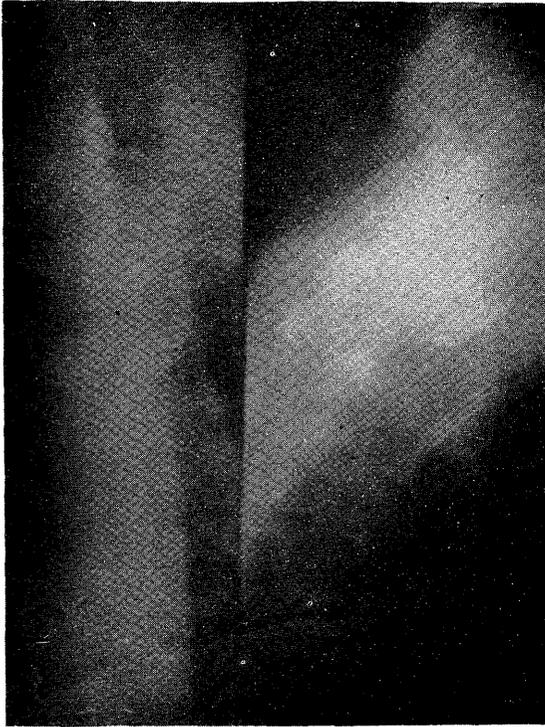


Fig. 11.



柄内、星、伴、阿部 論文附図 (5)

Fig. 12.



第 7 例

Fig. 13.

第 8 例

