

- Vol. 48, P. 61, 1931. 27) *Shouse*, Zbl. f. Kinderheilk., Bd. 25, S. 423, 1931. 28) *Crozier*, Zbl. f. Kinderheilk., Bd. 26, S. 751, 1932. 29) *Beilby & Carlton*, Zbl. f. Kinderheilk., Bd. 26, S. 613, 1932. 30) *Neff*, J. Pediatrics, Vol. 1, P. 239, 1932. 31) *Heuyer, Nicolas et Stern*, Zbl. f. Kinderheilk., Bd. 31, S. 77, 1936. 32) *Laroux et Weltri*, Zbl. f. Kinderheilk., Bd. 31, S. 529, 1936. 33) *Crile & Blanton*, Amer. J. of Dis. of Childr., Vol. 53, P. 1039, 1937. 34) *Jackson*, Arch. Pediatr., Vol. XLII, P. 363, 1925. 35) *Bram*, Arch. of Pediatr., Vol. 54, P. 419, 1937. 36) *Weltri*, Zbl. f. Kinderheilk., Bd. 34, S. 568, 1938. 37) *Nobel*, Zbl. f. Kinderheilk., Bd. 26, S. 25, 1932.

*Aus der Medizinischen Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama
(Vorstand: Prof. Dr. K. Kitayama).*

Ein Fall von Morbus Basedow beim Kind.

Von

Dr. Kōzō Kiguti.

Eingegangen am 20. Dezember 1939.

Der Morbus Basedow ist beim Kind eine relativ seltene Krankheit. Hier möchte ich von einem Fall dieser Krankheit kurz berichten. Ich hatte Gelegenheit bei einem 9¼ jährigen Mädchen typische Symptome von Morbus Basedow zu beobachten und durch chirurgischen Eingriff zur Heilung zu führen. In der japanischen Literatur sind beim Kind bisher sieben Fälle dieser Krankheit ausführlich mitgeteilt. Wenn wir diese Fälle näher miteinander vergleichen, so ergibt sich, dass die Symptome dieselben sind wie bei den Fällen, die in der amerikanisch-europäischen Literatur beschrieben sind.

(Autoreferat)

45.

616.351-006.392

直腸絨毛腫ノ一例

岡山醫科大學津田外科教室(主任津田教授)

助手 醫學士 安原元藏

[昭和15年1月11日受稿]

1. 緒 言

直腸ニ發生セル腫瘍トシテ臨牀上屢々遭遇セラ
ルモノハ癌腫ト「ポリープ」ニシテ其ノ他ノ腫
瘍ハ極メテ稀ナリ。Tumor villosus recti(直腸
絨毛腫)ナル名ハ1851年英人 Quain ガ始メテ
villos tumor ト呼ビタルニ由來シ、極メテ稀有ニ
シテ、Cripps ハ1913年過去20年間ニ20乃至30
例ヲ經驗セリト言フモ Göbel ハ1914年文獻ヲ涉
獵シテ漸ク57例ヲ蒐集シタルニ過ギズ、爾來諸外
國ニ於テモ稀有ナルモノトシテ記載サレタル疾患
ナリ。竊ツテ本邦ニ於テハ實ニ寥々タルモノニシ
テ余ノ寡聞ナル爲カ龜谷、横山、齋藤氏ノ症例ヲ
見出シ得ルノミナリ。余ハ最近若年者ニ發生セル
本症ノ1例ヲ經驗シ臨牀上稀有ナルモノト信ジ茲
ニ報告シテ大方ノ御批判ヲ仰ガントス。

2. 症 例

・ 患者。野○隆○ 男 26歳

初診。昭和13年12月16日

主訴。肛門出血及ビ腫瘍ノ脱出。

家族歴。特記スベキ事ナシ。只父ハ65歳ニテ胃
潰瘍ニテ死亡シ、母及ビ同胞5人總テ健在ナリ。
未ダ妻帯セズ家族のニハ結核、微毒性疾患ヲ認メ
ズ痔疾患或ハ癌腫ヲ生ジタル者ナシ。

既往歴。生來健康ニシテ約3年前腎臓炎ニ罹リ
シ事アル外ニハ著患ヲ知ラズ。花柳病ハ否定シ酒
煙草ハ嗜マズ、尙ホ本症發病前ニハ胃腸ノ疾患ヲ
經驗セシ事ナシ。

現病歴。約10年前排便時ニ時々小指頭大ノ結
節ガ肛門ヨリ出ルニ氣付キシモ苦痛ナク放置セ
リ。4年前ニハ其ノ結節ハ拇指頭大トナリ、便通
秘結セル時ハ排便時疼痛ヲ訴ヘ出血スルニ至レ
リ。當時醫師ノ診察ヲ受ケ内痔核及ビ脱肛ト診斷
サレタルモ症状ハ屢々輕快セル爲治療ヲ受ケル事
無ク勞働ニ從事セリ。然ルニ約2年前ヨリ結節ハ
益々大キクナリ鶏卵大トナリ排便時ノ出血疼痛ハ
甚ダシクナリ下痢シ粘液ヲ漏スニ至リ1日2乃至

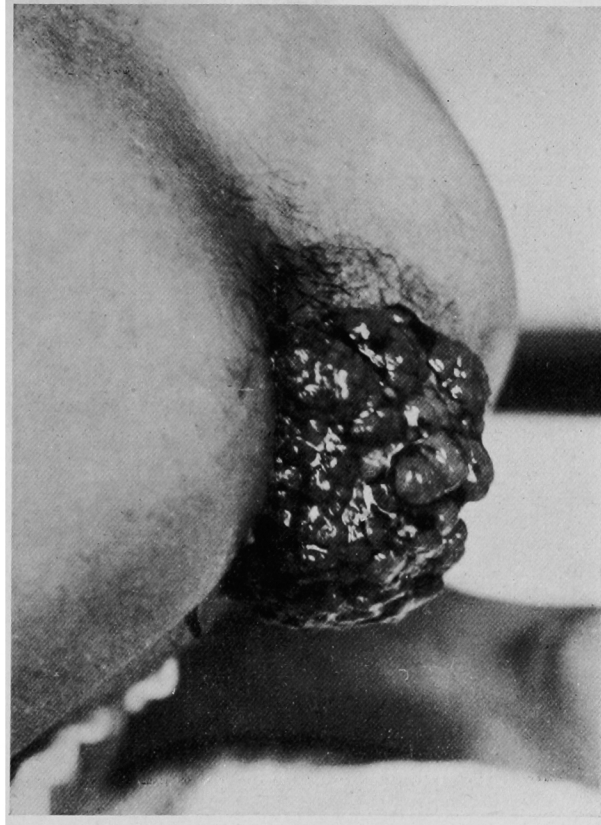
3回結節ハ脱肛セリ。最近ハ疼痛ハ輕減セルモ裏
急後重ヲ來シ泥狀或ハ水様便ヲ排泄シ血液粘液ヲ
多量ニ混ジ排便時怒責スル度ニ小手掌大ノ腫瘍ヲ
脱出シ、目下患者自ラ之ヲ還納シ得ト云フ。發病
以來發熱セル事ハ無ケレドモ近來頗ニ食慾不振ト
ナリ貧血シ衰弱日ニ増加セル爲遂ニ意ヲ決シテ根
治手術ヲ需メテ我ガ津田外科ニ入院セリ。

現症。體格榮養共ニ中等度、皮膚ハ稍々乾燥シ
テ粗糙蒼白ナリ。顔貌ハ殆ド正常ナルモ貧血シ多
少惡液質様ナリ。體温、脈搏尋常、胸腹部臓器ニ
異常ナシ。血液検査ニヨリ「ヘモグロビン」70%
赤血球376萬、白血球10700ニシテ輕度ノ淋巴細
胞增多症ヲ認ム。血液型B、微毒反應ハワ氏村田
氏反應共ニ陰性、赤血球沈降速度ハ1時間5、2時
間12ニシテ殆ド正常ナリ。尿所見ハ少數ノ白血球
ヲ認ムルノミニシテ他ハ正常、糞便ハ泥狀ニシテ
消化不良、粘液血液ヲ混ジ蟲卵ハ證明セラレズ。
咳嗽咯痰無ク睡眠ハ良好ナリ。

局所所見。肛門ハ外見何等異常ナク痔核皰裂或
ハ瘻孔ヲ認メズ、肛門ヨリ觸診スルニ括約筋ノ收
縮力弱ク弛緩シ、肛門ヨリ約6cm上部ニ於テ直
腸後壁ヨリ右壁ニ擴ガリテ發生セル靱軟ナル茸腫
様ノ腫瘍ノ下縁ヲ觸レ輪廓ハ明カニシテ基底ハ長
キ莖ヲ形成セズシテ甚ダ短ク幅廣キ柄ヲ以テ粘膜
ニ移行シ基底部モ亦軟カニシテ癌腫ヲ思ハシムル
ガ如キ硬サ無ク可動性ナル相當大ナル腫瘍ヲ發見
セリ。更ニ直腸鏡検査ヲ試ミ上縁ハ13cmニ及ブ
ヲ確カメ又試ミニ患者ニ怒責ヲ命ジタルニ此大ナル
腫瘍ハ肛門及ビ直腸粘膜ノ一部ト共ニ肛門外ニ
脱出セリ(第1圖)。脱出セル腫瘍ハ小手掌大ニシ
テ長徑8cm、短徑6cmニシテ全體絨毛狀ヲナシ
淡紅色、花椰菜狀ニシテ表面ハ粘液ヲ以テ被ハレ
腫瘍脱出ト同時ニ粘液血液ヲ排出アリ、粘液ハ清
澄ニシテ惡臭ナク血液ハ新鮮ナリ。之ヲ還納スル
ニハ兩手掌ヲ以テ比較的容易ニ成功シ此間終始出
血ヲ伴フ。以上ノ所見ヨリ直腸絨毛腫(Tumor
villosus recti)ト診斷シ試驗的切除標本ヲ作リテ

乳嘴腫ナルヲ確認シタリ。

第1圖 腫瘍ノ脱出



手術法ニ経過. 入院後貧血及び衰弱ニ對シ
ロツク氏液、葡萄糖注射、輸血等ヲ行ヒ、昭和13
 年12月20日 津田教授ノ御指導ヲ仰ギ、術前「モ
 ルヒンアトロピン」1cc注射、0.1%「ナルカイン」
 局所麻酔ノ下ニ左下腹部交錯切開ニテ開腹シS字
 狀結腸部ニ型ノ如ク腹部人工肛門ヲ造設シ其ノ完
 成ヲ見タル後、再ビ昭和14年1月12日「トロバコ
 カイン」0.06g 腰椎麻酔ノ下ニ薦骨部ニレキセル
 氏ノY字狀皮膚切開ニテ進ミ薦骨ヲ一部鑿除シ各
 血管ヲ結紮シツツ直腸及び肛門ノ全周剝離ヲ行フ
 ニ腫瘍ハ稍々高ク位シ移動性ヲ有シ、浸潤或ハ轉
 移淋巴腺ノ腫脹ヲ認メズ、次ニ直腸前面ニ於テ
ダグラス氏窩ヲ切開シ直腸ヲ充分下方ニ牽引シ得

タル後、腹腔ヲ閉鎖シ型ノ如ク直腸ヲ腫瘍ト共ニ
 切斷セリ。其ノ上斷端ハ薦骨切除端部ノ皮膚創ニ
 縫合シ、殘餘ノ創面ハ縫合閉鎖シ「タンボン」ヲ挿
 入シテ手術ヲ終レリ。

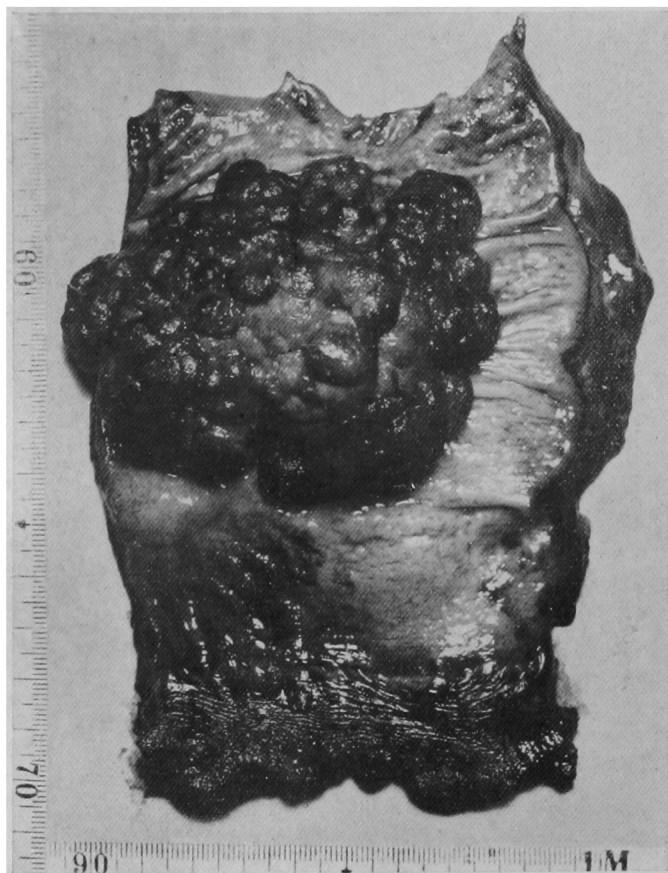
術後ノ経過ハ極メテ順調ニシテ何等ノ合併症無
 ク2週間後ニ全部抜糸シ第1期癒合ヲナシ食慾
 モ次第ニ進ミ營養狀態モ日ト共ニ恢復シ來リ昭和
 14年2月8日全治退院シ爾來何等異常無ク家事
 ニ從事シツツアリ。

手術標本. 切斷セシ直腸ハ長サ14cmニシテ、
 腫瘍ハ略ボ橢圓形ヲナシ長徑8cm、短徑6cm、高
 サ5cm、全體トシテ花椰菜狀ニシテ大小種々ナル
 茸腫樣結節ノ一塊ニシテ直腸後壁ヨリ幅廣キ柄ヲ

以テ粘膜面ヨリ突出モリ。硬度ハ柔軟ニシテ表面ヨリ粘液ヲ多量ニ分泌シ潰瘍ハ認めザルモ所々ニ糜爛面ヲ有シ出血性ナリ。又腫瘍全體トシテ基

底ヨリ可動性ニシテ即チ深部ニ浸潤ヲシキモノ無ク、反対側ノ直腸外壁ニハ血管ノ異常分布アルヲ認メタリ(第2圖)。

第 2 圖 手 術 標 本



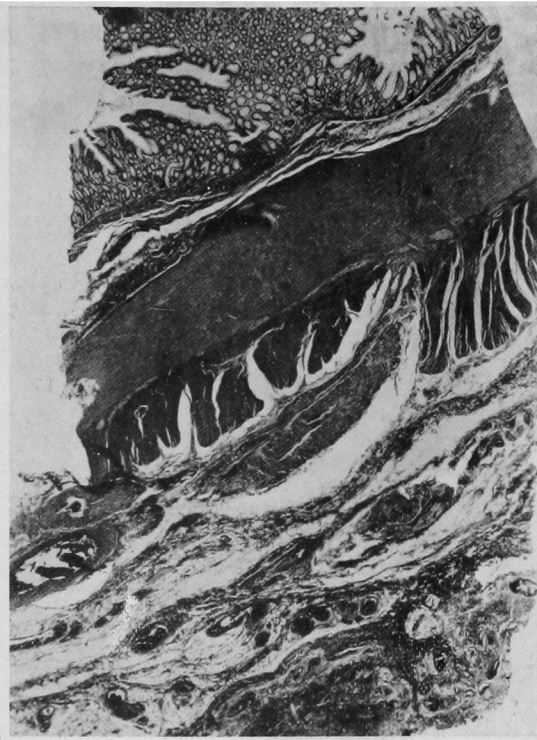
顕微鏡の所見. 腫瘍ヨリ3箇所ヲ切除シ直チニ10%「フオルマリン」水ニテ固定シ「パラフィン」包埋切片ヲ作製シ、H.E. 重染色ニテ鏡檢スルニ何レモ多數ニ分岐セル細長キ乳嘴狀増殖ヲ示シ、即チ間質ガ樹枝狀ヲ呈シ表面ハ1列ノ丈高キ圓柱細胞上皮ニ被ハレ其ノ核ハ長紡錘形ニシテ細胞底ニ位セリ。此ノ圓柱細胞ノ排列ハ不規則ナル所、或ハ稠密ナル所アリ、其ノ間ニ盃狀細胞介在セリ。

間質ノ結締組織ハ稍々少ク其ノ内ニハ中性多核白血球及ビ圓形細胞等輕度ノ細胞浸潤アリ。「エオジン嗜好」細胞モ認ム。又甚ダシク擴張セル血管アリ出血セル所モアリキ。基部切片ヲ見ルニ此ノ腫瘍ハ明カニ直腸粘膜ヨリ發生セルモノニシテ粘膜下層ヲ犯ス事ナク未ダ何レモ惡性變性ノ像ヲ認メズ組織學的ニハ乳嘴腫ナリ(第3、第4圖)。

第3圖 腫瘍ノ先端部
(Zeiss Ok. $\times 10$, Ob. $\times 10$, 蛇腹 35 cm)



第4圖 腫瘍ノ基底部
(擴大 同上)



3. 考 按

余ノ経験セル1例ハ以上ノ所見ヨリシテ明カニ乳嘴腫ニシテ直腸絨毛腫ト謂フベキモノナリ。直腸絨毛腫ニ就テハ Quain ノ記載以來 Quénu, Hartmann, Rotter, Cripps, Göbel 等ニヨリテ種々考究セラルル所アリ。余ハ次ニ腸管絨毛腫ニ就キ聊カ記述セントス。

頻度： v. Schmieden ノ教室ニテ手術セル大腸直腸腫瘍130例ニハ茸腫ニ關係アルモノハ87例ニシテ就中27例即チ約 $\frac{1}{3}$ ニ於テ絨毛腫ヲ見タリト云フ。組織學的ニ良性惡性タルヲ問ハズ形ノ上ヨリ分類セシモノニハ Peterson, Colmers ハ大腸癌23例中1例(4.5%)、直腸癌212例中16例(7.5%)ニ於テ此腫瘍型ヲ擧ゲタリ。

部位： Junghans ノ統計ニヨレバ28例中盲腸部2例、肝彎曲部2例、横行結腸1例、下行結

腸1例、S字狀部4例、直腸18例ニシテ直腸ニ最も多ク而モ大多數ニ於テ即チ15例ハ直腸壺腹部ノ下部ニ發生シ手指ニテ觸診シ得ベキ範圍内ニ存セリ。但シ之ハ本症ニノミ適用サルベキモノニ非ズシテ總テノ直腸腫瘍ニ於テモ同様ニシテ80乃至90%ハ上記ノ部位ヲ占ムルモノナリ。Stämmler ハ zottige papilläre Karzinome ヲ盲腸部ニ見、Riederer ハ横行結腸ノ良性ナル Fibroadenoma papilläre ヲ報告セリ。小腸ニ斯ル腫瘍ノ發生スル事ハ極メテ稀有トセラレ Schöttler ハ十二指腸ニ、Sorge ハ廻腸ニ發生セル1例ヲ報告セリ。

年齢性別： 癌ノ發生ト同ジク殆ド70%ハ中年以後殊ニ高年者50歳以上ノ年齢ニ見ラルト云ハレ、Göbel, Cripps ノ諸例モ殆ド40歳以上ニシテ Lambling ハ38歳、Quénu 及ビ Hartmann ノ1例ニ於テノミ23歳ノ女ニ發生シタルヲ見ル。

本邦龜谷氏ノ1例ハ43歳、横山氏ノ1例ハ63歳ニシテ何レモ中年以後ニ發生セルモノナリ。今諸家ノ統計ヲ示セバ次ノ如シ。

Alter	Junghanns	Lambling, Bensaude etc.	Quénu & Hartmann	計
39 j. 迄	2	1	2	5
40—49 j.	6	9	6	21
50—59 j.	10	8	5	23
60—69 j.	7	10	7	24
70 j. 以上	2	9	2	13
	27	37	22	86

一般ニ男子ニ多ク Lambling ハ男22例、女15例、Junghanns ハ男20例ニ對シ女8例ニシテ此關係ハ絨毛腫ノミナラズ總テノ腸腫瘍ニ於ケルモノナリ。Porges ハ Wien ノ Hochenegg ノ教室ニ於テ大腸癌ニテハ女子ハ31%ヲ算シ、Reichel, Schönbauer, Stänimmler 等ハ40乃至50%ナリト述ベタリ。余ノ例ニ就テ云ヘバ良性腫瘍タル乳嘴腫ニシテ直腸絨毛腫ニ屬シ而モ26歳ナル若年者ニ發生セルモノニシテ斯ル症例ハ臨牀上稀有ニ屬スルモノナリト云フベシ。

組織學的分類： 通常ノ茸腫(Polyp)ハ腺腫ニシテ、其ノ多發セルハ多發性腺腫(Polyposis)ナリ。絨毛腫ハ表面細絲狀ノ突起ヲ有スル乳嘴腫(Papillom)ニ屬スルモ、時トシテ部分的ニ茸腫ヨリ乳嘴腫ヘノ移行像ヲ見ル事アリ。又 Polyposisニ於テ Adenom ト Papillom ト混在スル事アリ。Junghanns ハ28例ノ Zottengeschwülsteニ於テ之ヲ良性又ハ惡性ニ分ツ爲ニ3階段ヲ設ケI階段トシテハ良性絨毛腫(gutartige Zottengeschwülste)(2例)、II階段トシテハ前驅癌細胞變性ヲ呈スル絨毛腫(Zottengeschwülste mit vor-krebsigen Epithelumwandlungen)(2例)、III階段トシテ惡性絨毛腫(bösartige Zottengeschwülste)(24例)ニ分類セリ。而シテ後者ノ半数ハ膠樣癌ヲ呈セリ。

原因： 通常ノ茸腫ニ於テハ慢性炎性刺激説、

寄生蟲説、畸型説、素因説等稱ヘラルルモ本症ニ於テハ Göbel ノ記載ニヨレバ Ribbert ハ其ノ原因ヲ Keimverlagerungニ歸セントシ、Borst ハ炎性刺激説ヲ採用シ、Göbel 自身ハ兩者ノ何レヲモ否定スル事能ハズト述ベタリ。本症ノ高年者ニ好發スルノ事實ハ慢性炎性刺激ガ重大ナル役割ヲ演ズル事ヲ如實ニ物語ルモノニシテ、余ノ例ハ若年者ニ發生セル故之ヲ Keimverlagerungニ歸セシメ長年月ノ慢性刺激ハ之ヲ發育増大セシメタルモノト云ハザルヲ得ズ。

臨牀症候： 普通ノ茸腫或ハ癌腫ト似タル症狀ヲ呈スレド其ノ主要徵候トシテ特異ナル點ヲ擧ゲレバ (1) 多量ノ清澄ニシテ惡臭ナキ粘液ノ排出 (2) 間斷ナク出血シ著明ナル貧血ヲ伴フ事 (3) 腫瘍ハ全體軟カニシテ粘膜下組織トハ癒着ナク移動性ヲ有スル事 (4) 茸腫ノ如ク莖ヲ形成セズ基底ハ短ク幅廣キ事 (5) 慢性ニ經過シ多少共脱肛ヲ伴フ事等ニシテ其ノ他腸管ノ狭窄或ハ壓迫症狀ヲ來シ稀ニ腸閉塞症ノ原因トナル事アリ。又時ニ腹痛ヲ訴ヘ痙攣様發作ヲ見、惡性變性セル場合ニテハ炎症症狀サヘモ訴ヘラルルニ到ルベシ。本症例ノ如キハ其ノ典型的ナルモノニシテ上記各症狀ヲ來シ多量ノ粘液ヲ漏出シ下痢ニ加フルニ裏急後重ヲ感じ高度ノ出血ノ爲貧血ニ著シク衰弱シ、未ダ惡性變性セザレバ硬カラズ可動性ナル爲メ脱肛或ハ直腸脱ヲ伴ヒテ腫瘍ハ屢々肛門外ニ脱出シ來リシモノナリ。腫瘍ノ外觀ハ又一般ニ特有ナルモノニシテ多數ノ小葉ニ分カレ纖細ナル絨毛狀ヲ呈シ文獻ニ記載サル所ニ從ヘバ花椰菜狀(Göbel)、唾液腺様、桑實様(Cripps)、莓塊様(龜谷)、磯巾着或ハ筍苺様(横山)ヲ呈セリ。余ノ例ハ硬度靱軟ニシテ其ノ外觀ハ Göbel ノ云ヘルガ如キ典型的ナル花椰菜狀ヲ呈セルモノナリキ。

診斷： 本症ハ大腸加答兒、痔核、茸腫、癌腫或ハ潰瘍等ト鑑別スルヲ要シ、殊ニ茸腫、癌腫ニ注意ヲ要シ漫然タル診斷ハ後ニ輕佻ノ謬ヲ免レ得ザルベシ。直腸ニアリテハ肛門内診、直腸鏡検査、

更ニ高位ニ存スルモノハX線所見ヨリ暗示サル所アルモ試験的切除ハ正確ナル診断ニ必要缺ク可ラザルモノナリトス。然レドモ本症ハ時ニ悪性變化シ再發スル事アリ。故ニ Göbel ハ臨牀上癌腫ト見做サザル可ラズト述べ、Cripps ハ良性ノ茸腫ト惡性ノ腺腫トノ境界ニ立ツ腫瘍ナリトセルハ自明ノ理ナリ。要ハ臨牀徴候、組織學的檢索ニ待ツベク診断ハ必ズシモ容易ナラズ爰ニ慎重ヲ期セザル可ラザルモノナリ。本症例ノ如キハ單ナル痔核トシテ放置サレタル爲、腫瘍ハ益々増大シ、未ダ惡性變化セザルモ臨牀上ニハ顯著ナル症狀ヲ表スニ到リタルモノナリト思考サルベシ。

治療：早期診断、早期手術ヲ施行セバ其ノ豫後決シテ不良ナラザル可キハ明カニシテ、觀血的ニ可及的健康粘膜炎ヨリ除去スルノ外ナク發生部位ニ從ヒ腫瘍或ハ腸管ノ切除ト所屬淋巴腺ノ腫脹アラバ其ノ清掃ヲ目的トシ、直腸ニテハ多クハ經肛門ノニ成功スルモ上方ニアリテ脱出困難ナルモノ、或ハ惡性變化ヲ來セル場合ニ於テハ直腸癌手術ノ際ト同様根治手術ヲ要スベキモノナリ。

v. Schmieden ノ教室ニ於テハ少クトモ癌腫ノ疑アル時ハ不完全ナル侵襲ヲ避ケ大多數ニ於テ大手術ヲ敢行セリ。非觀血的ニハ手術不可能ナル時放射線療法行ハレルモ一般ニハ其ノ效果無キモノノ如ク Lambing ハ完全治癒ナシト述べ Mesz, Most ハレ線照射ヲ期待シ得ベキ事アリト記載セリ。電氣燒灼法ハ一般的ニハ行ハレザルモ個々ノ周縁ノ乳嘴ガ再發ノ原因タル事アレバコレガ燒灼

ニハ用ヒラル事アルベシ。余ノ例ニ於テハ可成高位ニ存シ腸肛及ビ直腸脱ヲ伴ヒ臨牀上惡性變化ヲ疑ハシメタルヲ以テ、經肛門ノ手術ヲ避ケ、根治手術ノ目的ニテ先ヅ腹部人工肛門ヲ造設シ其ノ完成ヲ見タル後、背側法直腸切斷術ヲ敢行シ其ノ再發ヲ防ガントセシモノナリ。

4. 總括

余ハ最近 28 歳ノ男子ニ發生セル巨大ナル直腸絨毛腫ノ1症例ヲ經驗シ組織學的ニハ乳嘴腫ナルヲ證明シタリ。本腫瘍ハ直腸粘膜ヨリ發生セルモノニシテ長期痔核トシテ放置サレ次第ニ増大シ腸肛及ビ直腸脱ヲ伴ヒ脱出シ來レルモノナリ。余ハ本例ニ於テハ先ヅ腹部人工肛門ヲ造設シ其ノ完成ヲ見タル後、二次的ニ背側法直腸切斷術ヲ敢行シ根治セシメ得タリ。

一般ニ絨毛腫ハ稀有ナルモノニシテ、余ノ例ノ如キ若年者ニシテ又斯ル巨大ナル腫瘍ハ稀有ナルモノト云フベシ。臨牀徴候ハ茸腫或ハ癌腫ト大同小異ニシテ、診断ニ際シテハ漫然痔核茸腫乃至癌腫ト見做スハ早計ニシテ必ズ一應ハ本症ノ存在ヲ念頭ニ置クベキモノナリ。由ツテ腫瘍ノ鑑別診斷ハ必ズ試験的切除ニ俟タザル可ラザルモノナリ。治療ハ早期ニ診斷シ、早期ニ適切妥當ナル觀血的療法ヲ講ズベキモノナルハ明カナリ。

(嚮筆スルニ當リ御懇篤ナル御指導ト御校閲ヲ賜リタル恩師津田教授ニ深謝ス。)

主 要 文 獻

- 1) Die Chirurgie, Bd. V. 2) Esser, Arch. f. klin. Med., Bd. 93, 1908. 3) Göbel, Brun's Beiträge zur klin. Chirurg., Bd. 91, 1914. 4) Hauser, Arch. f. klin. Med., Bd. 55, 1895. 5) Henke u. Lubarsch, Handbuch d. speziell. Path. Anat. u. Histolog. 6) Herbert Junghaus, Ergebnisse d. Chirurg. u. Orthopäd., Bd. 23, 1935. 7) Junghaus, Arch. klin. Chirurg., Bd. 175, 1963.
- 8) Strauss, Deutsch. med. Wochens., Nr. 34, 1932. 9) Schmieden Westhues, Deut. Zeitsch. f. Chirurg., Bd. 202, 1927. 10) Verson, C. David, Ann. of Surgery, Vol. 82, 1925. 11) 林, 日本外科寶函, 第3巻, 第4號, 大正15年7月. 12) 森, 日本外科學會雜誌, 第20回, 大正8年. 13) 龜谷, 日本外科學會雜誌, 第33回, 昭和7年. 14) 横山, 東京醫事新誌, 第58年, 2888, 昭和9年.

*Aus der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama
(Vorstand: Prof. Dr. Seiji Tsuda).*

Über einen Fall von „Tumor villosus recti“.

Von

Assistent Dr. Motozo Yasuhara.

Eingegangen am 11. Januar 1940.

Unterzeichneter hatte neulich einen Fall von „Tumor villosus recti“ zu behandeln, der wohl noch nicht oft vorgekommen sein mag und zwar handelte es sich in diesem Falle um die Erkrankung eines jungen Mannes von 26. Jahren.

Der Betreffende wurde in unsere klinische Abteilung eingeliefert mit der Klage über Afterblutung und ein Tumor, der zeitweise aus dem After heraustrete.

Durch Nachfragen konnte ich ermitteln, dass die Erkrankung schon vor ungefähr 10 Jahren begann, indem sich beim Stuhlgang zunächst ein Knoten von einer Kleinfingerspitzengrösse bemerkbar machte, der dann im Laufe der Zeit die Grösse einer Daumenspitze und später die eines Hühnereies erreichte.

In dieser Zeit litt der Kranke an lässig schmerzvollem Stuhlgang und an damit verbundener Afterblutung. Bei einer damaligen Untersuchung durch einen Facharzt wurden innere Hämorrhoidalknoten und Prolapsus ani konstatiert, und eine sorgfältige Behandlung durchgeführt, aber leider ohne nennenswerten Erfolg.

Neuerdings liessen die brennenden Schmerzen etwas nach, aber damit setzte zugleich ein heftiger Stuhltrieb (Tenesmus) ein und demzufolge ein mit Blut durchsetzter, schleimartiger Durchfall und ausserdem kam ein Tumor zum Vorschein, der ungefähr die Grösse einer Kinderfaust hatte. Der Kranke vermochte mit relativ grösser Leichtigkeit dieses ohne die Hilfe anderer zu reponieren.

In dieser Zeit hatte der Kranke recht wenig Appetit und war, wie man leicht verstehen wird, sehr blutarm und infolgedessen sehr schwach.

In solcher Verfassung kam er schliesslich und bat um einen radikalen, chirurgischen Eingriff. Die daraufhin angestellte klinische Untersuchung konstatierte als Befund: „Grosse villöse Mastdarmgeschwulst“.

Durch eine versuchsweise Abtragung eines Probestückes konnte ich mich davon überzeugen, dass sich daselbst Papillom zeigte.

Vorerst habe ich einen künstlichen Bauchafter angelegt und später Amputatio recti auf dorsalem Wege ausgeführt. Die Länge des amputierten Mastdarms betrug 14 cm. Der Tumor betrug 8 cm lang, 6 cm breit und 5 cm hoch.

Die Form des Tumors war elliptisch und blumenkohlartig und sass auf der hinteren Wand des Mastdarms. Die Konsistenz war derb elastisch und er war beweglich auf der Unterlage. Die Oberfläche wurde mit Schleim bedeckt und zeigte keine Geschwüre.

Der Tumor ergab sich makroskopisch und mikroskopisch als einen gutartigen Tumor villosus. Der Patient wurde als geheilt entlassen. (Autoreferat)