

- 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 Welti*, 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) *Welti*, 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 9½ 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 / 1 例

岡山医科大学津田外科教室(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=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「ボリープ」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 が始メテ villös 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, 而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。翻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, 斎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. 特記スペキ事ナシ。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。未ダ妻帯セズ家族的ニハ結核, 微毒性疾患ヲ認メズ痔疾患或ハ癌腫ニ生ジタル者ナシ。

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, 尚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, 便通祕結セル時ハ排便時疼痛ヲ訴ヘ出血ヘルニ至リ。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狀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鷄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拳大ノ腫瘍ヲ脱出シ, 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頓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。體溫, 脈搏尋常, 胸腹部臟器ニ異常ナシ。血液検査ニヨリ「ヘモグロビリン」70%, 赤血球 376 萬, 白血球 10700 = シテ輕度ノ淋巴細胞增多症ヲ認ム。血液型 B, 微毒反應ハ 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 = 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, 黄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。咳嗽喀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壘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 6 cm 上部ニ於テ直腸後壁ヨリ右壁ニ擴ガリテ發生セル靭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 12 cm = 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拳大ニシテ長径 8 cm, 短径 6 cm = 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ノ排出アリ, 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)ト診断シ試験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



手術史ニ経過 入院後貧血及ビ衰弱ニ對シ
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
ルヒンアトロビン」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
状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、再ヒ昭和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字状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ビ肛門ノ全周剥離ヲ行フ
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。其ノ上断端ヘ薦骨切除端部ノ皮膚創ニ
縫合シ、残餘ノ創面ハ縫合閉鎖シ「タンポン」ヲ挿
入シテ手術ヲ終レリ。

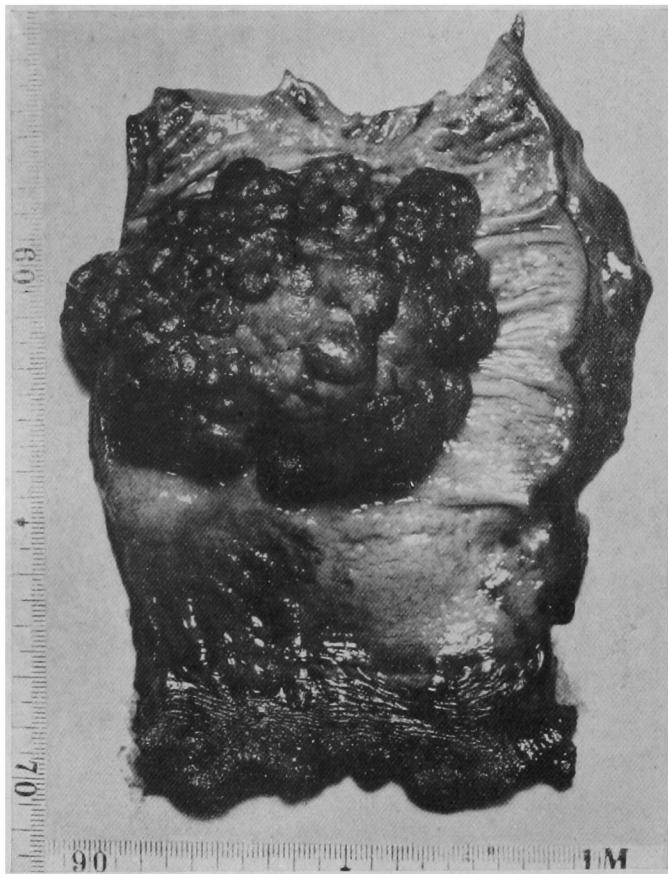
術後ノ経過ハ極メテ順調ニシテ何等ノ合併症無
ク2週間後ニ全部抜糸シ第1期癒合ヲナシ食慾
モ次第ニ進ミ營養状態モ日ト共ニ恢復シ來リ昭和
14年2月8日全治退院シ爾來何等異常無ク家事
ニ從事シツツアリ。

手術標本 切断セシ直腸ハ長サ14cmニシテ、
腫瘍ハ略ボ橢圓形ヲナシ長径8cm、短径6cm、高
サ5cm、全體トシテ花椰菜狀ニシテ大小種々ナル
並腫様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。硬度ハ軟ニシテ表面ヨリ粘液ヲ多量ニ分泌シ潰瘍ハ認メ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ラシキモノ無ク、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



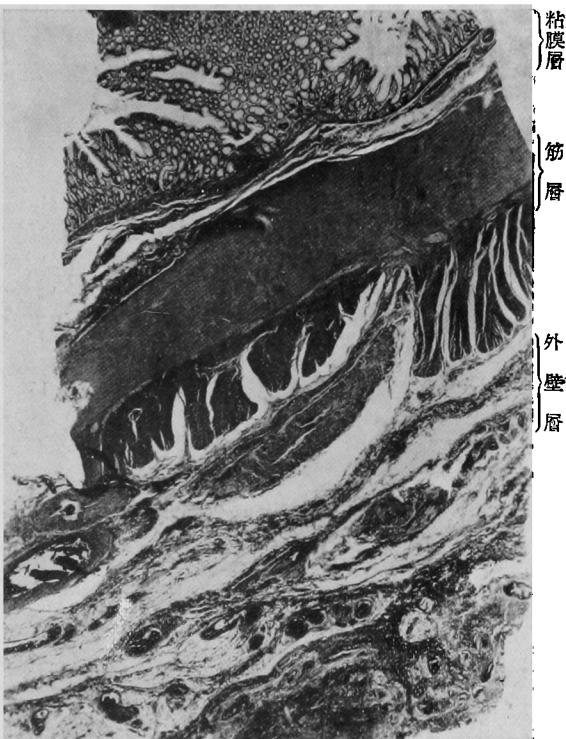
顯微鏡的所見。腫瘍ヨリ3箇所ヲ切除シ直チニ10%「フルマリン」水ニテ固定シ「パラフィン」包埋切片ヲ作製シ、H.E.重染色ニテ鏡検スルニ何レモ多數ニ分歧セル細長キ乳嘴状増殖ヲ示シ、即チ間質ガ樹枝状ヲ呈シ表面ハ1列ノ丈高キ圓柱細胞上皮=被ハレ其ノ核ハ長纺錐形ニシテ細胞底ニ位セリ。此ノ圓柱細胞ノ排列ハ不規則ナル所、或ハ稠密ナル所アリ、其ノ間ニ盃状細胞介在セリ。

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。基底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だ何レニ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. x 10, Ob. x 10, 蛇腹 25 cm)



第4圖 腫瘍ノ基底部
(拡大 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 Quénau,
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 例ニハ革腫ニ關係アルモノハ 87 例
ニシテ就中 27 例即チ約 20% ニテ絨毛腫ヲ見タリ
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 22 例中 1 例 (4.5%), 直腸癌 212 例中 16 例
(7.5%) = 於テ此腫瘍型ヲ擧ゲタリ。

部位： Junghanns ノ統計ニヨレバ 28 例中盲
腸部 2 例, 肝弯曲部 2 例, 橫行結腸 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
モ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囲内ニ存
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 ノ盲腸部ニ見,
Riederer ハ横行結腸ノ良性ナル Fibroadenoma
papilläre ノ報告セリ。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 ハ迴腸ニ發生セル 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, Quénau 及ビ Hartmann
ノ 1 例ニ於テノミ 28 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 / Hochenegg ノ教室ニ於テ大腸癌ニテハ女子ハ31%ヲ算シ、Reichel, Schönbauer, Stämmle 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ニ有属スルモノナリト云フベシ。

組織學的分類： 通常ノ芽腫(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)ニ屬スルモノ、時トシテ部分的ニ芽腫ヨリ乳嘴腫ヘノ移行像ヲ見ル事アリ。又 Polyposis =於テ Adenom ト Papillom ト混在スル事アリ。Junghanns ハ28例ノ Zottengeschwüste =於テ之ヲ良性又ハ惡性ニ分ツ爲 = 3階段ヲ設ケ I 階段トシテハ良性絨毛腫(gutartige Zottengeschwüste) (2例)、II 階段トシテハ前驅癌細胞變性ヲ呈スル絨毛腫(Zottengeschwüste mit vorkrebsigen Epithelumwandlungen) (2例)、III 階段トシテ惡性絨毛腫(bösartige Zottengeschwüste) (24例) = 分類セリ。而シテ後者ノ半數ハ膠樣癌ヲ呈セリ。

原因： 通常ノ芽腫ニ於テハ慢性炎衝性刺戟說、

寄生蟲說、畸型說、素因說等稱ヘラルルモノ本症ニ於テハ Göbel ノ記載ニヨレバ Ribbert ハ其ノ原因ヲ Keimverlagerung = 歸セントシ、Borst ハ炎衝性刺戟說ヲ採用シ、Göbel 自身ハ兩者ノ何レヲ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衝性刺戟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ニ Keimverlagerung = 歸セシメ長年月ノ慢性刺戟ハ之ヲ發育增大セシメタルモノト云ハザルヲ得ズ。

臨牀症候： 普通ノ芽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舉グレバ (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癌着ナク移動性ヲ有スル事 (4) 芽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。又時ニ腹痛ヲ訴ヘ痛痛様發作ヲ見、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ジ高度ノ出血ノ爲貧血シ著シク衰弱シ、未だ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)、磯巾着或ハ絲芽樣(横山)ヲ呈セリ。余ノ例ハ硬度鞏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、芽腫、癌腫或ハ潰瘍等ト鑑別スルヲ要シ、殊ニ芽腫、癌腫ニ注意ヲ要シ漫然タル診斷ハ後ニ輕佻ノ謗ヲ免レ得ザルベシ。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 線所見ヨヨリ暗示サル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 ハ良性ノ非腫ト悪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。要ハ臨牀徵候、組織學的検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、腫瘍ハ益々增大シ、未ダ悪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面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摘除ヲ目的トシ、直腸ニテハ多クハ經肛門的ニ成功スルモ上方ニアリテ脱出困難ナルモノ、或ハ悪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 Lambling ハ完全治癒ナシト述べ Mesz, Most ハ線照射ヲ期待シ得ベキ事アリト記載セリ。電氣焼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焼灼

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腹腔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、經肛門的手術ヲ避け、根治手術ノ目的ニテ先ダ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 26 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脱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ダ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散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スル巨大ナル腫瘍ハ稀有ナルモノト云フベシ。臨牀徵候ハ癌腫或ハ癌腫ト大同小異ニシテ、診断ニ際シテハ漫然痔核非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断ハ必ズ試験的切除ニ俟タザル可ラザルモノナリ。治療ハ早期ニ診断シ、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。

(擷筆スルニ當リ御懇篤ナル御指導ト御校閱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. 28, 1935. 7) Junghaus, Arch. klin. Chirurg., Bd. 175, 1935.
- 8) Strauss, Deutsc. med. Wochensch., Nr. 84, 1932. 9) Schmieden Westhues, Deut. Zeitsch. f. Chirurg., Bd. 202, 1927. 10) Verson, C. David, Ann. of Surgery, Vol. 82, 1925. 11) 林, 日本外科實函, 第3卷, 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) 橫山, 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 heraustrat.

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 Stuhldrang (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)