

慢性炎症性網膜腫瘍ニ就テ

岡山醫科大學津田外科教室(主任津田教授)

醫學士 岩 藤 良 秋

内 容 目 次

第1章 緒 言	第1節 寄生蟲ニ起因スル組織學的變化
第2章 症 例	第2節 肝吸蟲ニ關スル事項
第3章 炎症性網膜腫瘍ノ文獻	第6章 炎症性網膜腫瘍診斷、豫後及ビ療法
第4章 炎症性網膜腫瘍ノ成因及ビ分類	第7章 總括及ビ結論
第5章 病理組織學的考察	引用文獻

第 1 章 緒 言

腹腔内腫瘍ハ一般ニ胃、肝臟、膽道、脾臟等ノ内臟器官ノ存在スル上腹部ニ最多クシテ、中腹部ニハ比較的之ヲ見ル事少シ。特ニ胃結腸間靱帶トナツテ、胃大彎及ビ横行結腸ヲ連絡シ、腹腔最前部ニ下垂セル大網膜ニ發生セル腫瘍ハ少クシテ、而モ臨牀的ニ外部ヨリ觸診シ得ルガ如キ大ナル網膜腫瘍ハ比較的稀有ナルヲ以テ、屢々胃、腸、脾臟、腸間膜、婦人ニアリテハ内生生殖器系統ヨリ發生セル腫瘍ト誤診セラレ、特ニ巨大ナル網膜腫瘍ハ開腹術、剖檢ニ依ルモ、時ニ尙ホ其ノ發生部位ノ不明ナル事アリ。

抑々網膜ニ發生スル腫瘍ハ、一般ニ臨牀的ニ

- 1) 眞性腫瘍
- 2) 所謂炎症性腫瘍

ニ2大別セラル。

前者即チ眞性網膜腫瘍ハ、多クハ第二次的ニ腹腔内臟器、例ヘバ胃、脾臟、膽囊、卵巢等ノ悪性腫瘍ノ轉移トシテ來リ、稀ニ第一次的ニ發生スル網膜腫瘍ハ、脂肪腫、纖維腫、神經纖維腫、各種囊腫性腫瘍(稀ニ皮様囊腫、畸形腫)、筋腫、肉腫、内被細胞腫等ガ舉ゲラル。カカル腫瘍ハ其ノ容積ヲ増シ、周圍臟器ヲ壓排スルニ到レバ、局所解剖的ニ其ノ發生部位ヲ詳カニスル事ハ至難ニシテ、屢々胃、結腸等ノ内臟外壁ニ發生セル腫瘍ヲ網膜腫瘍ナリトシテ記述セラレタルモ、之ハ眞性腫瘍ト異リ、腫瘍ハ必ず胃又ハ横行結腸ト固ク癒着シ、之ガ手術的抽出ニハ胃、横行結腸ノ外壁ヲ一部切除セザルヲ得ザルモノニシテ、R. Borrmann(1900)ハカカルモノヲ假性網膜腫瘍 Pseudo-Netzstumoren ト稱セリ。

後者即チ炎症性網膜腫瘍ハ極メテ稀有ナル疾患ナリトセラレ、先人ノ注意ヲ喚起セズ、Péan(1880)ノ如キハ網膜ニハ炎症性腫瘍ナシトノ意見ヲ有シタリシモ、其ノ後 Hudra(1891)、Morestin(1897)、Armstrong

Bowes (1898), Lucas Championnière (1898), Boeckel (1899), Schnitzler (1900), Braun (1901), Becker (1903), Schmieden (1913), Küttner (1913), Holländer (1913), Matz (1922), Goldschmidt (1925) 等ノ研究及ビ報告ニ依リ、現在ニ於テハ急性及ビ慢性炎症性網膜腫瘍ノ存在ハ確實トセラレ、其ノ成因ニ關シテモ後章ニ述ブルガ如ク種々考察研究サルルニ至レリ。而シテ網膜ハ周圍臟器ノ炎症ト共ニ炎症ヲ起シ、炎症臟器ト癒着シ、又ハ開腹術後手術臟器ト癒着シ腹腔内防衛物トナリ、急性又ハ慢性炎症性腫瘍ヲ作ル事アルハ周知ノ事實ナレドモ、慢性特殊炎症性腫瘍ハ未ダ其ノ例多シトセズ。

予ハ最近中腹腔内ニ鶏卵大ノ腫瘍ヲ有シ、臨牀的ニ胃癌又ハ膀胱腫瘍カト疑ハレタル患者ヲ手術セルニ、腫瘍ハ胃結腸間靱帯内ニ存在シ、之ヲ組織學的ニ檢索セルニ、非結核性特殊慢性炎症性網膜腫瘍ニシテ、而モ組織學的所見及ビ他ノ臨牀的所見ヨリ、恐ラクハ寄生蟲ニ起因シタルモノカ、又ハ寄生蟲ト何等カノ關係ヲ有スル所謂異物性結節 Fremdkörpertuberkel ナラント思惟セラレタルヲ以テ、之ガ症例、組織學的所見竝ニ臨牀的經過ヲ詳述シ、以テ先輩諸彦ノ御教示ヲ仰ガントス、

第 2 章 症 例

患者 岡○マ○ニ 女性 55 歳 農業 入院昭和 5 年 8 月 25 日

家族歴 父系及ビ母系祖父母ハ共ニ高年ニ達シ、老衰ノ爲死亡。父ハ患者幼小ノ時死亡シ詳細不明。母ハ 87 歳ニテ老衰ノ爲死亡ス。同胞 4 人、患者ハ末子ニシテ、第 1 子ハ 75 歳健在ス。第 2 子ハ 61 歳ノ時赤痢ニテ、第 3 子ハ氣管枝性喘息ニテ 41 歳ノ時死亡ス。夫ハ健在ス。子供ハ 9 人、内 2 人即チ第 4 子、第 6 子ハ早産ニテ生後直チニ死セリト。他ハ皆健在ス。

家族ニ結核、胃癌其ノ他ノ遺傳的疾患ヲ認メズ。又特ニ寄生蟲ニ由ルト認ムベキ疾患ヲモ證明セズ。

既往歴 患者ハ小兒期ニ麻疹ヲ經過セル外生來健全ニシテ、兒童期ヲ通ジテ著患ヲ知ラズ。種痘ハ數回受ケ、皆善感。月經ハ初經 19 歳、終經 53 歳ニシテ、其ノ間多クハ整調ニ來經セリ。21 歳ノ時現在ノ夫ト結婚ス。24、5 歳ノ頃淋毒性尿道炎トシテ、約 6 年間醫療ヲ受ケ治癒シタリト云フ。第 4 子ヲ 5 箇月ニテ流産シタル爲約 100 日間臥床シテヨリ後漸次虛弱トナリ、常ニ顔面蒼白ニシテ心氣亢進ヲ訴ヘ、數年前某醫ヨリ肝吸蟲病トシテ注射及ビ内服藥療法ヲ受ケタリト云フ。

因ミニ患者ノ現住セル岡山縣兒島郡地方ハ寄生蟲特ニ十二指腸蟲、肝吸蟲病ノ有名ナル流行地ナリ。

現病歴 昨年(昭和 4 年)10 月頃ヨリ心氣亢進、嘔氣竝ニ食慾不振ヲ訴フルト共ニ、上腹部ニ不快感及ビ膨滿感ヲ訴ヘ、某醫ニ依リ内科的治療ヲ受ケ約 3 箇月後ニハ快癒セリ。其ノ際嘔吐、嘔噎、下痢等ハ訴ヘザリキ。

本年 2 月頃ヨリ再ビ腹部緊張感ト共ニ左側腹部ニ時々鈍痛ヲ訴ヘ、且起臥ニ際シ直チニ疲勞ヲ覺ユルニ至ル。入院 10 日前某醫ノ診ヲ受ケシニ上腹腔内ニ小腫瘍存在シ、恐ラク膀胱腫瘍ナラント告ゲラレ、之ガ手術ヲ望ンデ當院ニ來ル。其ノ腫瘍ハ當時指壓ニ依リ多少疼痛ヲ訴ヘタルモ、現在ハ疼痛ナシト云フ。嘔吐

ナシ。最近特ニ羸瘦セシ感ナシ。食慾ハ現在ハ佳良。便通1日1回、睡眠ハ屢々障碍セラレ、又少許ノ咳嗽アリ。

現症 体格強壯、身長中等大、皮下脂肪組織稍々減少セルモ筋肉發育通常ナリ。體重40.6 kg、皮膚多少貧血セルモ他ニ病的所見ヲ認メズ。顔貌正常、眼瞼結膜稍々貧血ス。瞳孔左右同大、圓形ニシテ對光及ビ遠近反射正常ナリ。呼吸胸腹式、安靜。脈搏左右同大、1分間60—80、整調ニシテ緊張良。口腔粘膜、舌ニ變化ナク苔ヲ認メズ。頸部、腋窩淋巴腺腫脹ナシ。胸廓正常、心濁音界正常ニシテ、心基底ニ於テ第2心音亢進鳴ルモ他ニ病的雜音ヲ聽カズ。肺臟ニ病的所見ヲ認メズ。肺肝境界ハ右乳線ニ於テ第6肋骨上ニアリ。

腹壁扁平ニシテ望診ニ依リ腫瘍ヲ發見セズ。靜脈怒張ナシ。觸診ニ依リ肝、脾、腎ヲ觸レズ。腹水ヲ證明セズ。仰臥位ニ於テ、臍ノ直上即チ中腹腔内ニ横走スル長サ約4 cm、幅2 cmノ稍々固キ結節性瘤狀ノ腫瘍ヲ觸ル。指壓ニ依リ稍々疼痛ヲ訴フ。腫瘍ハ呼吸ト共ニ上下ニ少シク移動シ、左側ニハ特ニ移動性ヲ有ス。境界稍々鮮明ナリ。

四肢正常ニシテ浮腫ヲ認メズ。左側豌豆大肘淋巴腺腫ヲ觸ル。

血液所見 赤血球數3,580,000。血色素65% (Sahli-Wert)。白血球數7,500。白血球像、鹽基性色素嗜好細胞1.0%、「エオジン」嗜好細胞8.0%、中性色素嗜好細胞57% (幼弱細胞1.5%、桿狀核細胞8.5%、分裂核細胞47.0%)、淋巴細胞29.5%、大單核細胞及ビ移行型4.5%。即チ中等度ノ「エオジン」嗜好細胞增量アリ。

血液村田氏反應陰性、血液型O型。

胃液所見 總酸度40、遊離鹽酸12、消化稍々不良、「ペプシン」、「ラーブ」酵素ハ普通量存在ス。血液、乳酸ヲ證明セズ。少許ノ粘液ヲ含有ス。

「レントゲン」所見 胃ノ體部ヨリ幽門部ニ移行スル部ハ癒着ニ因リ移動性ヲ缺ギ、胃ノ下後部ニ横走スル、表面粗鬆ナル結節性ノ稍々硬キ腫瘍ヲ觸レ、該腫瘍ハ胃壁ト密着セルモノノ如シ。胃内腔ニハ變化ナシ。運動モ正常ニシテ、2時間後ニハ胃内容ハ $\frac{2}{3}$ ヲ排除セリ。腫瘍ハ胃壁後部ニ位シ、恐ラクハ胃壁外腫瘍ナラシカ。

尿 黃色混濁、比重1020、蛋白、糖ナシ。檢鏡スルニ無晶形尿酸鹽ヲ見ルモ他ニ病的所見ナシ。

尿特殊機能検査 尿ハ總テ24時間總量ノ一部ヲ用ヒ、之ヲ濾過シテ使用セリ。

「デアスターゼ」量 (Wohlgemuth)

$$\text{Df } \frac{38^{\circ}\text{C}}{\frac{1}{2}\text{St.}} = 50 \text{ E. H.}$$

$$\text{Df } \frac{38^{\circ}\text{C}}{24\text{St.}} = 80 \text{ E. H.}$$

「トリブシン」量 (Fuld-Gross)

$$X = 4 \text{ E. H.}$$

「リパーゼ・ステアブシン」量 (滴定法)

$$X = 154.88 \text{ mg}$$

糞便 蟲卵、潛血ヲ認メズ。

診断

以上所見ニ依リ案ズルニ「レントゲン」所見、胃液所見等ニヨリ、胃内壁ニ發生セル腫瘍特ニ胃癌ニ對スル

疑ハ稀薄トナリ、該腫瘍ハ胃壁外腫瘍ニシテ、恐ラク胃大嚢淋巴腺腫又ハ大網膜腫瘍ナラント推定セルモ、尙ホ腫瘍ハ胃壁後部ニアリ。念ノ爲尿中ニ於ケル「ヂアスターゼ」、「トリブシン」、「リパーゼ」等ノ重要酵素定量ヲ行ヒシモ、總テ正常價ヲ得タリ。尿ニ於ケル酵素定量價ハ糞便、血液ニ於ケル同検査成績ニ比シ不確ナルハ勿論ナルモ、之ニヨリ大凡高度ノ酵素機能障碍ノ存在セザル事ハ確メ得タリ。即チ臨牀的ニモ腫瘍ノ移動性ノ存スル事、又高度ノ酵素機能障碍ノ存在セザル事ヨリ、腫瘍腫瘍ノ疑モ亦除外シ得タリト信ズ。即チ該腫瘍ハ恐ラク胃大嚢淋巴腺腫又ハ特殊網膜腫瘍ナラント診断セリ。

昭和5年8月28日手術

手術所見 術前30分1%「モルフィン、アトロピン」0.8ccm注射、10%沃度丁機消毒、0.5%「ノボカイン」局所麻酔ノ下ニ臍部ヨリ上方正中切開ニヨリ開腹ス。腹水ナシ。胃體部大嚢側ニ於テ、胃結腸間韌帶中ニ稍々強靱ナル小鶏卵大ノ結節狀腫瘍アリ。該腫瘍ヨリハ示指大及ビ鉛筆大ノ二纖維性索狀物ガ、腹腔前面ニ於テ正中線ヨリ左方ニ附着緊張セルヲ以テ、之ヲ二重結紮ニ依リ切斷ス。然レ後胃壁ヲ檢スルニ何等ノ病的所見ヲ認メズ。即チ胃漿膜、粘膜ニ病的抵抗、浸潤又ハ腫脹ヲ觸レズ。

腫瘍ハ胃體部大嚢ニ接シ胃結腸間韌帶中ニ埋没シ、小鶏卵大結節性ニシテ軟骨樣硬度ヲ呈ス。胃結腸間韌帶ニ縦ニ切開ヲ加ヘ、腫瘍ヲ韌帶ノ一部ト共ニ抽出ス。カクシテ生ジタル間隙ハ細小ナル網絲ニテ縫合セリ。尙ホ他ニ病的所見ナキヲ確メタル後、腹壁ヲ三層次縫合ニテ縫合セリ。

手術後経過 手術後経過良好ニシテ、嘔氣、咳嗽、喀痰ナク術後35時間ニシテ放屁アリ。肺炎其ノ他不快ナル合併症モ併發セズ。術後數日ニシテ糞便ヲ強擴大ニテ検査スルニ、多數ノ肝臟「ヂストマ」ノ蟲卵アリ。昭和5年9月4日抜糸、創縁第1期癒合。9月12日退院ス。

退院後経過 退院後経過良好ニシテ、雜務ニ服シキタルモ、其ノ後尙ホ全身倦怠感アリ。食慾不振、時ニ胃痛ヲ訴フ。

昭和6年1月30日來院。他覺的ニ胸部、腹部異常ナク、手術創ハ第1期癒合ニテ完全ニ癒着シ、腹部ニ腫瘍ヲ觸レズ。腹水モ證明セズ。糞便ヲ檢スルニ尙ホ多數ノ肝吸蟲卵ヲ認ム。故ニ全身違和、食慾不振ハ恐ラク寄生蟲ニ因スルモノナラント思惟シ、之ガ驅除ヲ勸メタルニ、現在ハ地方醫ニヨリテ服藥、注射ニヨリ之ガ治療ヲ受ケツツアリト云フ。

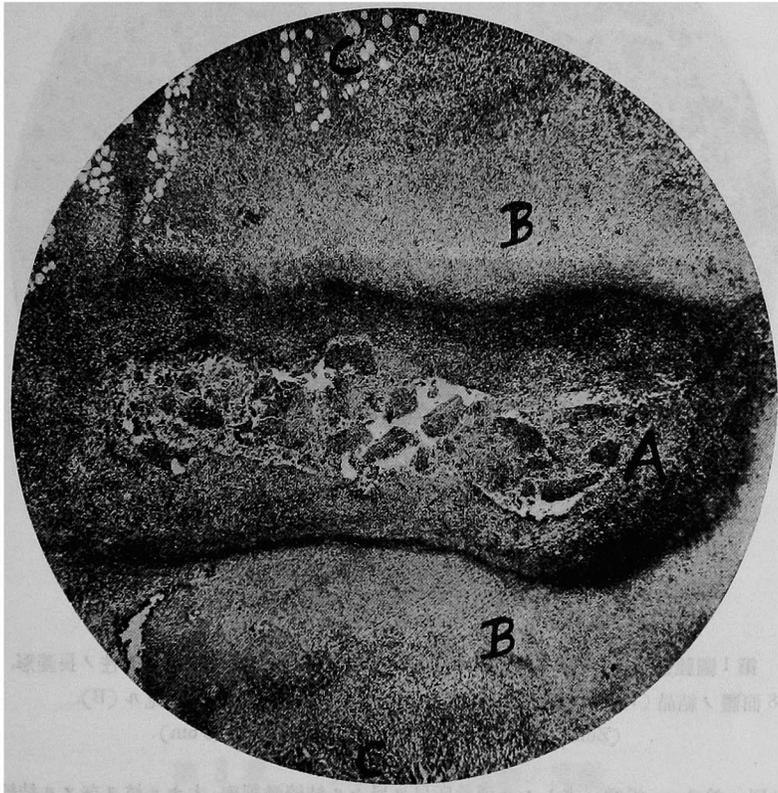
抽出標本肉眼的及ビ組織學的所見

肉眼的所見 抽出腫瘍ハ小鶏卵大ニシテ、長4cm、幅2cm、表面不滑、凹凸アリ。軟骨樣硬度ヲ有シ、之ニ刀ヲ以テ割ヲ加フルニ、剖面ハ灰白色、充實性ニシテ一見淋巴腺腫脹ノ如ク見ラル。擴大鏡ニテ剖面ヲ檢スルニ、多數針身大ノ稍々褐色ニ見ユル隧道アリ。コノ隧道ニ沿ヒ刀ヲ入ルルニ、コノ隧道ハ腫瘍中ヲ種々ノ方向ニ蛇行ス。腫瘍ヲ細斷シ検査シタルモ、隧道中ニハ異物特ニ蟲體ヲ認ムル事ハ得ザリキ。

組織學的所見 抽出腫瘍ノ充實セル強靱ナル部ニ於テ、隧道ト思ハルル部ヲ中心トシテ各所ノ小組織片ヲ作レリ。組織標本ハ「フォルマリン」固定、「パラフィン」包埋ニヨリ作り、「ヘマトキシリン、エオジン」Van Gieson氏染色、Kossa及ビRoed氏石灰染色ヲ施シ檢セリ。

弱擴大ニテ檢スルニ、切片ノ中央隧道ト思ハルル部分ハ、特ニ「ヘマトキシリン」ニ強ク濃汚染シ、其ノ中央ニ於テハ組織中破裂様間隙アリ。コノ「ヘマトキシリン」濃染層ノ外層ハ「エオジン」ノ色調強キ稍々廣キ層ヲナス。最外層ニ於テハ通常ノ色調ヲ採ル(第1圖參照)。

第 1 圖



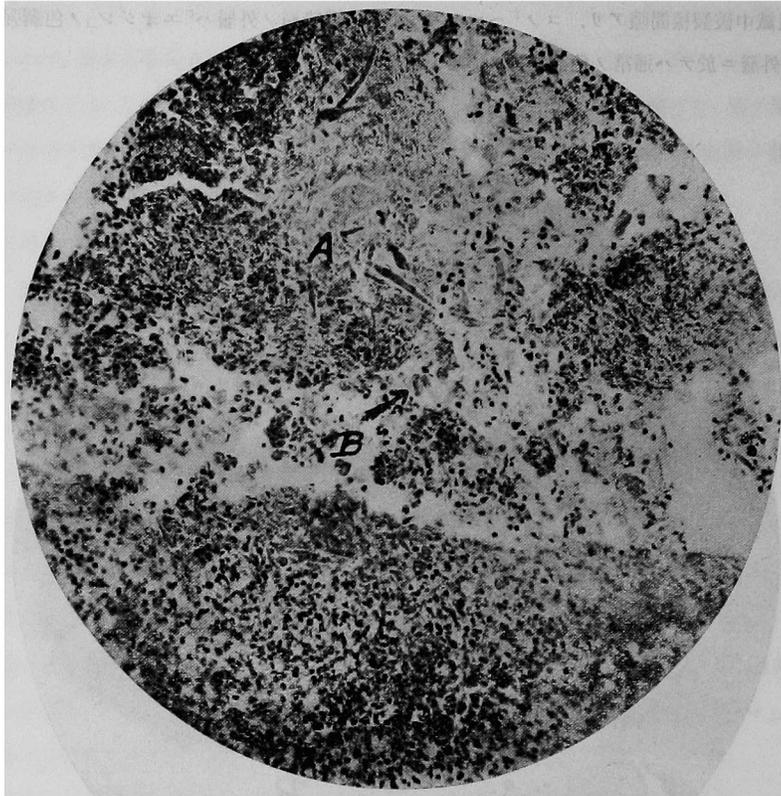
中央ニ組織間隙ヲ有スル膿瘍ヲ作ル(A)。其ノ外層(B)ハ緻密ニ密集スル「エオジン」嗜好細胞帶トナル。最外層(C)ハ通常色調ヲトリ結締組織ヨリナル。

(Zeiss 接眼 K5 x, 接物 2, 蛇腹距離 25 cm)

強擴大ニテ檢スルニ、中央ノ「ヘマトキシリン」ニ紫青色ニ濃染スル部ハ膿瘍ニシテ、多數ノ壞死セル多核白血球浸潤アリ、其ノ間大小種々ノ組織間隙ヲ認ム。

周圍ノ「エオジン」色調ヲ強ク帯ブル層ニ於テハ、殆ド總テノ細胞ハ「エオジン」嗜好細胞ヨリナリ、尙ホ淋巴細胞及ビ「プラズマ」細胞浸潤アリテ、固有ノ組織細胞ハ殆ド認メズ。又所々ニ巨大細胞ヲ散在性ニ認メ、コノ巨大細胞ハ一部血管内被細胞ヨリナレト思惟セラルルモノアリ。又膿瘍部及ビ之ト「エオジン」嗜好細胞帶トノ境界ニ於テハ、多數ノ「エオジン」ニ染色シ、強ク光線ヲ屈曲スル均等無構造ノ長菱形、多角形(多ク8面體)ヲ呈スル結晶性物質アリ(第2圖參照)。計量スルニ其ノ長キモノハ縱 0.040 mm, 幅 0.012 mm, 短キモノハ縱 0.018 mm, 幅 0.009 mm ナリ。

第 2 圖



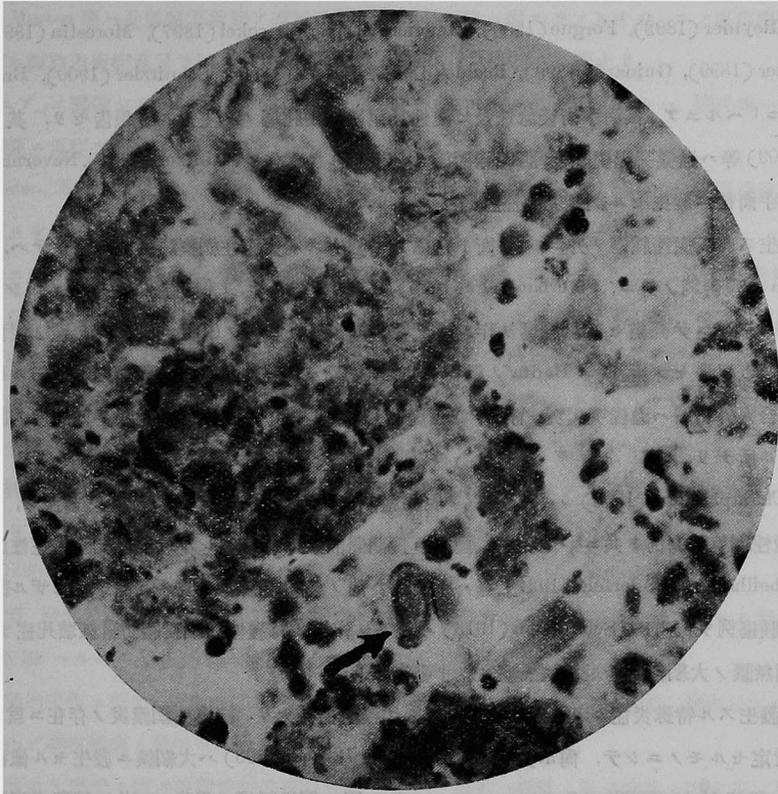
第1圖腫瘍部強拡大. 多數ノ「エオジン」ニ染色スル均等無構造屈光性ノ長菱形, 8面體ノ結晶 (Leyden 氏結晶)ヲ見ル(A). 中央ニ蟲卵様物質ヲ見ル(B).
(Zeiss 接眼 K7×, 接物 20, 蛇腹距離 30 cm)

腫瘍ノ最外層ニ於テハ, 組織ハ主トシテ通常所見ヲ呈セル結締織細胞, 大ナル核ヲ有スル結締織母細胞及ビ膠狀纖維ヨリナリ, 其ノ間向ホ多數ノ「エオジン」嗜好細胞及ビ大小圓形細胞ヲ認ム.

尙ホ注意シテ膿瘍部ヲ油浸裝置ニテ檢スルニ, 寫眞ニ見ル如ク, 紫褐色ニ染色セル古蠶狀ヲ呈シ, 其ノ頸部ハ狹小トナリ, 且頭部ニ當ル部ニ於テハ蓋ヲ有スル一見寄生蟲卵ニ類スルモノヲ多數見ル(第3圖參照). 之ヲ計量スルニ縱斷セラレタルモノ, 縱 0.015 mm, 幅 0.006 mm ナリ. 紫褐色ニ染色セル殻ノ内部ニハ, 同様ノ色調ニ染色セル原形質様ノモノアリテ, 其ノ中央ニハ核ト思ハルモノ存セリ. 前述ノ赤色均等ノ多面體結晶ハ, カカル物質ノ集合セル附近ニ多數見ラル. 石灰沈着ニヨリ檢スルニ, 膿瘍部ノ所々ニ極メテ少量ノ石灰沈着ヲ見ルモ, 前述セル結晶ニ於テハ石灰染色陰性ナリ.

之ヲ要スルニ顯微鏡の所見ニ於テハ, コノ腫瘍ハ網膜ノ慢性炎症性腫瘍ニシテ, 腫瘍中ニハ細小ノ隧道ヲ有シ, 其ノ周圍ニ膿瘍ヲ作ル. 加フルニ極メテ多量ノ「エオジン」嗜好細胞ヲ有シ, 尙ホコノ外ニ前述セル特有ノ結晶及ビ蟲卵様物質アリ. 腫瘍各部ヨリ多數ノ切片ヲ作り檢シタルモ, 總テ同様ノ所見ヲ呈セリ. 即チ網膜ノ特殊慢性炎症所見ヲ呈セリ.

第 3 圖



腫瘍中ニ存スル蟲卵様物質
(Zeiss 接眼 K 10 ×, 接物 40, 蛇腹距離 40 cm)

第 3 章 炎症性網膜腫瘍ノ文獻

本例ニ於テハ、臨牀的ニ諸種ノ胃症狀ヲ呈シ、他覺的ニハ中腹部ニ鶏卵大ノ腫瘍ヲ證明シ、一見胃大彎ニ發生セル癌腫若クハ淋巴腺腫、若クハ脾臟腫瘍ナランカト疑ハレ、之ヲ手術セルニ網膜即チ胃結腸間韌帶内ニ發生セル充實性腫瘍ニシテ、之ヲ摘出シ肉眼的及ビ組織學的ニ之ヲ檢シタルニ、比較的稀有ナル慢性炎症性網膜腫瘍ニシテ、而モ通常炎症ト異ル特殊構造ヲ有シ、特殊物質即チ菱形、多面體均一無構造ノ結晶、「エオジン」嗜好細胞浸潤及ビ前述ノ如キ壺狀、蟲卵様物質ノ存在ヲ認め、特殊ノ慢性炎症性網膜腫瘍ナリシヲ以テ、之ヲ茲ニ報告シ、炎症性網膜腫瘍ノ 1 例ヲ追加スル所以ナリ。

今炎症性網膜腫瘍ニ關シテ文獻ヲ通覽スルニ、本症ハ極メテ稀有ナル疾患ナリトセラレ、且臨牀的診斷ノ至難ナル事及ビ豫後ハ多ク良好ニシテ自然ニ消失スル事多キヲ以テ、先人ノ注意ヲ喚起セズ、Péan (1880) ハ網膜ニ發生セル腫瘍ハ脂肪腫、囊腫、癌腫及ビ結核ニ過ギズシテ、明カニ觸知シ證明シ得ル炎症性腫瘍ナキ爲、網膜ニハ炎症性腫瘍ハ發生セズトノ意見ヲ發表セリ。サレドモ既ニ Müller (1874) ハ 54 歳婦人ノ屍體解剖ニ依リ、大ナル慢性炎症性網膜腫瘍ノ存在セル例ヲ報告シ、Hadra (1891) ハ 28 歳ノ婦人ニテ慢性輪卵

管炎手術後ニ來レル網膜炎性腫瘍ヲ、及ビ30歳婦人ニ於テ子宮穿孔部ヲ栓塞セル網膜ノ炎症性腫瘍例ヲ報告セリ。又 Reynier (1892), Forgue (1896), Mencièrè (1896), Boeckel (1897), Morestin (1897), Monod (1899), Tuffier (1899), Guinard (1899), Reclus (1899), Berger (1899), Schnitzler (1900), Braun (1901) 等モ、手術殊ニ「ヘルニア」根治手術後急性及ビ慢性炎症性網膜腫瘍ノ發生セルヲ報告セリ。其ノ他 Kôrte, Szersznki (1909) 等ハ蟲様突起切除術、腸切除術後ニ發生セルヲ報告シ、Pantzer (1904), Nevermann (1923) 等ハ婦人科の手術後ニ發生セル網膜炎性腫瘍ヲ見タリ。

手術後ニ發生スル炎症性腫瘍ノ外ニ、手術ト關係ナク發生スル炎症性網膜腫瘍例ニ關シテハ、既述セル Müller, Hadra ノ報告例ノ外ニ、Peterhanwahr (1915) ハ2例ノ膽石症、1例ノ蟲様突起炎ニ際シ、炎症臓器ハ炎症ヲ起セル網膜ニテ纏絡セラレ腫瘍ヲ作レルヲ報告セル外、多數ノ學者ニ依リコノ種ノ炎症臓器ヲ纏絡セル網膜腫瘍ガ報告セラル。既ニ Hadra ノ稱ヘシ如ク、網膜ハ腹腔内臓器ノ自然防衛物トナル事ハ周知ノ事實ニシテ、吾人外科醫ハ蟲様突起炎、胃、十二指腸潰瘍、膽囊炎、子宮附屬器炎其ノ他局所的腹膜炎ニ際シ常ニ經驗スル所ナリ。

又 Lucas Championnière (1898) ハ長期ニ亙リ脱腸帶ヲ使用セル爲網膜ノ肥大セルヲ報告シ、Simmonds (1907) モ原發性網膜腫瘍例ト共ニ「ヘルニア」嚢中ニ長期間嵌入セル爲起レル外傷性網膜炎性腫瘍例ヲ報告セリ。又 Theilhaber, Hinderfeld (1924) 等ハ手術又ハ他ノ腹腔内臓器ト全ク關係ヲ有セザル限局性移動性炎症性網膜腫瘍例ヲ報告シ、Schmieden (1913) ハ膿瘍ヲ作レル特發性大網膜脂肪組織壞死症ヲ、Küttner (1913) ハ無菌無膿ノ大網膜脂肪組織壞死症ニ就キ報告セリ。

尙ホ網膜ニ發生スル特殊炎症ニ就テハ、其ノ報告例比較的稀有ナリ。結核性網膜炎ノ存在ニ就テハ、既ニ Péan モ之ヲ肯定セルモノニシテ、尙ホ其ノ外 Armstrong Howes (1898) ハ大網膜ニ發生セル徽毒性腫瘍ノ1例ヲ報告シ、後年 Matz (1922) モ「アクチノミコーゼ」ニ因ル網膜腫瘍ヲ報告シ、共ニ特殊炎症性腫瘍モ網膜ニ發生スル事ヲ報告セリ。

又寄生蟲ニ因ル大網膜炎症ニ就テハ、外國ニ於テハ Witzel (1881), Kleinschmidt (1914) 等ニ依リ孤立性網膜「エヒノコツクス」ノ存在ヲ記述シ、其ノ他多數ノ學者ニ依リ孤立性及ビ多發性網膜「エヒノコツクス」ニ就キ報告セラレ、又本邦ニ於テハ溝口、菊田、田中、牟田、奥島、陳、日野氏其ノ他ニヨリ肺ニ口蟲ニ起因スル網膜結節、囊腫ヲ報告セラレ、屢々不還納性「ヘルニア」ノ内容トナル事ガ報告セラレタリ。

第 4 章 炎症性網膜腫瘍ノ成因及ビ分類

成因 炎症性網膜腫瘍ノ成因ニ就キテハ、前述セル文獻上ノ考察ニ依リテ略ボ推定シ得ル處ナルガ、更ニ之ヲ審カニセシニ、開腹術又ハ「ヘルニア」根治手術後ニ發生セル網膜炎症ニ關シテハ、Monod, Hartmann, Sauget, Schnitzler 等ハ第一次的ニ有菌ナル絹絲ヲ用ヒタル爲起ルト稱ヘ、Reynier, Roche, Boeckel 等ハ第二次的ニ手術中ニ感染セル絹絲ヲ用ヒ結紮セル爲起ルト稱ヘ、兩者共ニ局所感染説ヲ探レリ。サレド腸線結紮後ニモカカル腫瘍ノ發生スル事ヨリ、Morestin, Braun 等ハ感染絹絲結紮ノミニ原因ヲ求ムルハ不能ナリトナセリ。要スルニ手術後ニ發生スル網膜腫瘍ハ、感染縫合材料ニヨル結紮ノ爲起ルカ、又ハ既ニ炎症ヲ起セル網膜ノ結紮ニ因リ、又ハ手術中ノ感染ニ因リ起ルトノ局所感染説ヲ探ル人多ク、Schnitzler, Braun ニ依レバ、カカル腫瘍ハ手術後長期間ヲ經テ發生スルガ爲其ノ原因探究モ至難ナリトナセリ。

手術ト關係ナク發生スル炎症性網膜腫瘍ニ關シテハ、Müller, Hadra, Walther, Theilhaber, Hinderfeld, Pantzer, Morian 等ハ近接臟器炎症ノ直接傳播又ハ血行傳染ニ因ルモノトナシ、コノ直接傳播ニ因ル網膜炎症ハ同時ニ腹腔内炎症波及ヲ防グ防衛物トシテ、吾人ノ日常經驗スル所ナリ。

「ヘルニア」ニ關聯シテ起レル Lucas Championnière, Simmonds ノ例ニ於テハ、同氏等ハ慢性外傷性刺戟ニ因リ網膜ニ炎症ヲ起シ、以テ腫瘍ヲ作ルトナセリ。

Schmieden, Küttner ノ例ニ於テハ、Schmieden ハ出血、血栓又ハ栓塞ニ因ル血行障礙及ビ網膜小捻轉ニ原因ヲ求メタリ。

寄生蟲ニ由ルモノハ寄生蟲ノ新陳代謝産物又ハ其ノ死滅ニヨル刺戟ノ爲ニ起ル網膜ノ慢性炎症ナラン。

分類 以上ノ如ク炎症性網膜腫瘍ハ種々ナル原因ニ因リテ來ル。Snaget (1899) ハ病理解剖學的見地ヨリ網膜炎ヲ分類シ、

1. 成形性網膜炎 (Epiplottis plastion)
2. 癒着ヲ伴フ成形性網膜炎
3. 化膿性網膜炎

ノ3トナセリ。

更ニ Holländer (1913) ハ手術後起ル所謂成形性網膜炎 (Epiplottis plastica) ヲ分チ、

1. 有菌、發熱性腹部疾患手術ニ際シ、網膜ヲ炎症臟器ヨリ剝離セル場合、又結紮セル場合ニ發生スル網膜腫瘍 (欲頓「ヘルニア」、腸癒着、蟲様突起炎、子宮附屬器炎等)。
2. 無菌的手術ニ於テ、網膜ヲ結紮セシ場合、發熱、合併症ナク、手術創ハ第1期癒合ヲナセルニ拘ラズ、數箇月後再ビ網膜腫瘍ノ發生セルモノ。

同氏ハ前者ヲ感染ニ因ル炎症性假性網膜腫瘍トナシ、後者ハ網膜ノ集合結紮ニ因リ其ノ周圍ニ結締織増殖ヲ來シ、寧ロ眞性腫瘍ニ算入スルヲ便トナストセリ。

Goldschmidt (1925) ハ炎症性網膜腫瘍ヲ外科の見地ヨリ、次ノ3族ニ分類セリ。

1. 腹膜炎又ハ慢性外傷 (例ヘバ「ヘルニア」) ノ結果起ル汎發性炎症性網膜増殖。
2. 第一次、第二次的網膜感染ニ因リ、手術後發生スル網膜腫瘍。
3. 特發性限局性網膜腫瘍ニシテ、腹腔内臟又ハ手術ト關係ナキモノ。

吾人ノ例ハ Goldschmidt ノ分類ニ依レバ第3項ニ相當スルモノナリ。

第5章 病理組織學的考察

第1節 寄生蟲ニ起因スル組織學的變化

予ノ報告セル症例ハ前述ノ如ク、網膜ニ發生セル限局性慢性炎症性腫瘍ナリ。

コノ炎症性腫瘍ハ何ニ因リテ發生セシカ、其ノ本態ヲ探索セントスルニ當リ、更ニ本例ニ於ケル組織標本所見ニ就キ考察セン。前章ニ於テ既述セル如ク、肉眼的ニ腫瘍中ヲ走行スル隧道ト思ハレタル部ハ組織學的ニ膿瘍ニシテ、其ノ内部ニ所々組織間隙ヲ認ム。其ノ周圍ニハ多數群集セル「エオジン」嗜好細胞浸潤層アリ。膿瘍中ニハ「エオジン」ニ染色スル菱形、8面體ノ均等ナル構造ヲ有スル多數ノ屈光性結晶ヲ認ム。コノ結晶

ハ石灰染色ニ依ルニ陰性ナリ。其ノ構造ヨリ考フルニ恐ラクハ Charcot-Leyden 氏結晶ナラント信ズ。コノ結晶ハ「エオジン」嗜好細胞、Gurschmann 氏螺旋ト共ニ、氣管枝性喘息患者喀痰中ニ發見セラレ、又 Charcot 氏ハ白血病患者ノ脾臟及ビ血液中ニ之ヲ發見シ、Neumann ハ正常骨髓中ニ證明セリ。又 Askanazy ニ依レバ、各種ノ綠色腫 (Ochlorom) ニ見ラレ、「プロテイン」誘導體ナラントセリ。又各種寄生蟲ニ因ル臟器炎症ニ於テ、コノ Leyden 氏結晶ガ屢々發見サルル事モ周知ノ事實ニシテ、大網膜ニ於テハ肺二口蟲ニ因ル結節中ニ見ラルル事ハ既ニ牟田、奥島其ノ他多數ノ人ニ依リ報告セラレタル所ナリ。

本例ニ於ケル膿瘍周圍ノ「エオジン」嗜好細胞浸潤ノ意義ニ關シテハ、本患者ハ血中「エオジン」嗜好細胞増量ノアル事 (8%)、並ニ糞便中ニ肝臟「ヂストマ」蟲卵ヲ見ル事ヨリ、恐ラクハ寄生蟲ニ關係アルモノナラント信ズ。寄生蟲疾患ニ於テ、血中及ビ組織「エオジン」嗜好細胞増量ノ起ルハ諸學者ノ認メタル所ニシテ、診斷ノ一目標トセラレ、之ガ成因ニ關シテハ本間氏ハ寄生蟲體並ニ寄生蟲「アルコールエキス」水溶液ガ「エオジン」嗜好細胞ニ對シ一種ノ陽性化學的刺戟性物質ヲ有シ、同時ニ骨髓ニ刺戟ヲ與ヘテ本細胞増殖ヲ起スト稱ヘ、Schwarz 氏ハ自律神經支配臟器ノ緊張ヲ起ス物質(「ホルモン」)ハ蟲體ニ限ラズ本細胞増加及ビ腺分泌増加ヲ起シ、カカル状態ハ炎症初期ニ發見ストナセリ。又 Schlecht 氏ハ之ハ過敏症ニシテ、蛋白ノ醗酵性物質ニヨリ分解セラレタル一種ノ毒物ヲ中和セントスル爲起ル現象ナリトナシ、體內ニ發生セル腫瘍ノ周圍、寄生蟲體ノ周圍ニ之ガ集合スルハ、コノ部ニ於テ細胞ヲ崩壊スベキ毒素ノ中和ヲ目的トスルモノナラント稱ヘタリ。又高村氏ハ「エオジノファイラー」ヲ起スベキ蟲體成分ハ死滅セル蟲體內ニ存シ、其ノ物質ノ一部ハ「アルコール」可溶性ナリト云フ。寄生蟲「エオジノファイラー」ニ關シ興味アル事實ハ、十二指腸、裂頭絛蟲病ノ如キ「エオジン」嗜好細胞増量ヲ起スベキ疾患ニ於テ、却ツテ減少セル例ハ、多ク疾患ノ重篤ナル事ヲ表ハストセラレ。

又本例ニ於テハ肉眼的ニモ組織學的ニモ腫瘍中ニ間隙ヲ認メ隧道ヲ作ル。カカル隧道ハ寄生母蟲特ニ肺臟「ヂストマ」ニ於テ、母蟲ガ組織間ヲ通過シ産卵セル際ニ起ル事ハ屢々報告セラレ、最近日野氏モ網膜ニ發生セル結節ニ於テ肺二口蟲ニ依ル空洞ノアリシ例ヲ報告セリ。

又膿瘍中ニ見ラレタル巨大細胞モ、寄生蟲ニ因ル炎症ニハ多ク見ラレ、所謂異物巨大細胞 Fremdkörperriesenzellen ニシテ、巨大細胞ノ成因ニハ種々ノ説アルモ、Herzog, Marchand ニ依レバ、カカル異物巨大細胞ハ定住結締細胞及ビ白血球様細胞、一部腹膜被蓋細胞 Peritoneale Deckzellen ノ核分裂ニ因リ起ルト云フ。本例ニ於テハ、其ノ他血管内被細胞ヨリ發生セリト思ハル巨大細胞及ビ結核ニ見ラルル Langhans 氏型巨大細胞ヲ見タリ。

以上所見ニ依リ、本腫瘍ハ恐ラク寄生蟲ニ起因セル大網膜ノ反應性炎症性腫瘍ナリト推定セラレ。

寄生蟲ガ皮膚、粘膜其ノ他人體組織中ニ寄生又ハ迷入セル際ニ於ケル人體局所組織ノ反應的變化ニ就キ、成書ニ記載スル所ヲ簡單ニ記述センニ、人體臟器組織内部ニ動物性寄生蟲ガ侵入スル時ハ、屢々其ノ周圍ニ結締織性被膜ヲ作り、其ノ内部ニ多數例ニ於テ Langhans 氏型巨大細胞ガ發生シ、一方組織中ニ埋没セラレタル母蟲ハ Zystizerken, Trichinellen ヲ除ク多數ノモノハ死亡シ、必ズ漸次吸收サルニ至リ、且石灰沈着ヲ起スニ至ル。寄生蟲ノ周圍ニハカカル刺戟ニ依リ緩慢ナル限局性炎症的變化ヲ惹起ス。即チ動物性寄生蟲ノ母蟲、仔蟲、蟲卵タルヲ問ハズ其ノ周圍ニハ「エオジン」嗜好細胞集合シ、又後ニハ淋巴細胞及ビ「プラスマ」細胞浸潤ガ之ニ加ハル、コノ「エオジン」嗜好細胞浸潤ト共ニ、腸寄生蟲ニ於テハ腸管内ニ、肝臟ニ於テ

ハ腔管内ニ多數ノ Charcot-Leyden 氏結晶ヲ發見ス。尙ホコノ外ニ寄生部位ニヨリ、或ハ組織内出血ヲ起シテ後ニ局所「ヘモジデリン」沈着ヲ起シ、或ハ其ノ寄生臓器ノ機能障礙ヲ起シ、又細菌ノ混合感染ニ因リテ膿瘍又ハ皮膚、粘膜ノ潰瘍ヲ作ル。尙ホ寄生蟲ニ因リテ組織増殖ヲ起シ、或ハ肉芽性腫瘍ヲ作り、或ハ眞性腫瘍ノ原因トナルト主張スル人アリ。血液ニ於ケル變化ハ貧血及ビ「エオジン」嗜好細胞増量ガ特徴ナリトセラル。

吾人ノ例ニ於ケル局所的慢性炎症性膿瘍ノ存在、「エオジン」嗜好細胞浸潤、Charcot-Leyden 氏結晶、及ビ血中「エオジノフィリン」ノ存在等ハ、ヨク前記ノ寄生蟲ニ起因スル病的變化ト一致スルモノト言フベシ。

第 2 節 肝吸蟲ニ關スル事項

前述ノ如ク、本例ハ組織學的ニ考察シ、恐ラク寄生蟲ニ起因セル大網膜ノ反應性炎症性腫瘍ナリト推定セラル。然ラバ如何ナル種類ノ寄生蟲ニ因リ起リタルモノナリヤノ問題ニ就キ考察スルニ、前述ノ如ク膿瘍中ニハ縦斷又ハ横斷セラレタル壺狀又ハ花瓶狀ニシテ、頂部ニ蓋ヲ有シ頸部狹小トナリ、紫褐色ニ染色スルニ重外殻ヲ有シ、且同様ニ染色スル内容ヲ有スル縦徑 0.015 mm、横徑 0.006 mm ノ特殊物質ノ散在セルヲ見ル。其ノ形狀及ビ内容ハ肝臟「ヂストマ」*Clonorchis sinensis* ノ蟲卵ニ酷似ス。唯ダ相違スル所ハ其ノ大サノ通常記述セラレタル 0.029 mm、0.016 mm ノ約 $\frac{1}{2}$ ニシテ小ナル事、及ビ卵殻ガ通常染色シ難キ「ヘマトキシリン」ニ染色シ、内容ト同一色調ニ染色セル點ナリ。サレドカカル物質ハ果シテ如何ナル物質カトノ問題ニ關シテ考察スルニ、本物質ハ特殊細胞トスルモ、カカル形狀ヲ呈スル細胞ハ知ラズ。形狀ヨリ考フレバ肝臟「ヂストマ」蟲卵ノ變形セルモノト考フルガ最捷徑ナリ。故ニ予ハカカル物質ヲ産出スル母體ハ、恐ラク寄生母蟲ナラント思惟シ、膿瘍ヲ隧道ニ沿ヒ細斷シ、割ヲ入レタルニ不幸ニシテ母蟲ヲ證明スル事能ハザリキ。サレド前述ノ組織學的所見ハ寄生蟲ニ因リテ起リタル反應性炎症ナリトシテ大過ナルベシ。カク大網膜ニ發生セル寄生蟲ニ起因スル結節、囊腫ハ肺ニ口蟲ニ就キ溝口、菊田、田中、牟田、奥島、洪、森、古城、鎌倉、陳、日野氏等ニ依リ報告セラレ、屢々不還納性「ヘルニア」ノ内容トナル事ガ報告セラレタリ。サレド肝吸蟲ニ因ル網膜腫瘍ハ予ノ寡聞ナル未ダ報告例アルヲ知ラズ。サレド本例ニ於テ見タル本態不明ナル蟲卵様物質ニ就テハ、其ノ形狀及ビ本患者ガ肝臟「ヂストマ」病ニ罹患セル事實ヨリ考察シ、恐ラクコノ物質ハ肝臟「ヂストマ」蟲卵ニシテ、コノ蟲卵ガ肺ニ口蟲ニテ稱ヘラル如ク血行ニ依リ、又ハコノ母蟲ガ胃壁又ハ腸管壁ヲ破リ腹腔内ニ進出シ、胃結腸間韌帶中ニテ産卵シ、母蟲及ビ蟲卵ハ異物の刺戟ヲ網膜ニ與ヘ、之ガ爲メ網膜ハ反應性炎症ヲ起シ之ヲ包埋シ、母蟲ハ死亡シ長時日ノ後漸次吸收セラレ其ノ影ヲ失ヒ、次デ蟲卵モ慢性炎症ヲ起セル網膜組織中ニ於テ長年月ヲ經過スル内、先ヅ外壁即テ卵殻ヨリ融解、吸收セラレ石灰ヲ失ヒ、蟲卵自身モ組織ニ壓セラレテ其ノ大ヲ減ジ、遂ニ前述セル所見ヲ呈スルニ至リシモノナラントノ推定ハ全然一顧ナキモノトシテ、一笑ニ附スベキモノニ非ザルベシ。以上ハ予ノ推測ニ過ギズシテ、之ヲ證明スベキ直接ノ根據ハ有セザルモ、以上ノ臨牀的又ハ組織學的所見ハ寄生蟲恐ラク肝吸蟲ニ因ルモノカ、又ハ少クモ之ト多少ノ關係ヲ有スル網膜特殊炎症性腫瘍ニシテ、Goldschmidt ノ第 3 類ニ屬スベキモノナリト斷ジテ大過ナルベシ。

1875 年 Cobbold ノ發見命名セル *Distoma sinense*, Leukart (1876) ノ命名セル *Distoma spathulatum*, Looss ノ命名セル *Clonorchis sinensis* ハ本邦ニ於テハ 1875 年石坂氏ニ依リ發見セラレ、其ノ後人體ニ於ケ

ル感染経路又ハ發育環ハ小林氏、武藤氏ニ依リ研究セラレ闡明セラレタリ。本蟲卵ハ長徑 0.03 mm, 短徑 0.015 mm, 壺狀又ハ茄子狀ニシテ、一端ニ蓋ヲ有シ、蓋ノ附着部ハ稍々隆起ス。頸部ハ狭小トナリ、卵殻ハ二重壁ニシテ蓋ノ反對側ニ刺ヲ有スル事アリ。内容ニハ「ミラチヂウム」ヲ含有シ、糞便ト共ニ外界ニ排出セラレタル「ミラチヂウム」ハ、自働運動ニ依リ第1中間宿主タル「マメダニシ」體內ニ入り「スポロチスト」トナリ、肝臟内ニ入りテ「セルカリア」トナル。之ハ更ニ自働運動ニ依リ水中ニ出テ、第2中間宿主タル淡水魚即チ「モロコ」、「フナ」、「ハエ」等ノ鯉科魚類體內ニ入り被囊仔蟲トナル。人ガ仔蟲ヲ有スル淡水魚ヲ食ストキハ、先ヅ胃中ニ入り胃液ニヨリ被囊ハ消化サレテ幼蟲トナリ、十二指腸内腔ヨリ總輸膽管ヲ經テ膽管ニ入り成蟲トナリ、ココニ寄生シ産卵ス。又稀ニ尿管内ニ入り成蟲トナリ、ココニ寄生スル事アリト云フ。故ニ本蟲ハ消化管内腔ニ生存スルモノニシテ、他ノ臟器特ニ腹腔内ニ游出スル事ハ殆ドナシト云フ。文獻ヲ通覽スルモ網膜ニ肝臟「ヂストマ」ニ起因スル炎症性腫瘍ヲ認メズ。本蟲ハ本邦ニ於テハ廣ク分布シ、特ニ琵琶湖沿岸、宮城縣、熊本縣、千葉縣、新潟縣ノ湖沼地方及ビ岡山縣ニ於テハ兒島郡、上道郡ノ兒島灣沿岸ニ於テハ多數ノ患者ヲ有ス。本例モ有名ナル肝臟「ヂストマ」流行地タル兒島郡粒江村ニ居住セリ。本病患者ノ臨牀ノ經過ハ食欲亢進、心窩部壓感、肝臟肥大、次ニ下痢、貧血、腹水ヲ起シ、下肢ノ浮腫、門脈系鬱血症狀ヲ起シ死ニ移行ス。末期ニハ肝臟ハ寧ろ縮小スト云フ。

本例ニ於テモ患者ハ種々ノ胃症狀、心氣亢進、貧血等ヲ訴ヘタリ。之ガ原因ニ就テハ或ハ網膜腫瘍タル機械的原因モ除外シ得ザルモ、恐ラク本患者ノ主訴ハ肝臟「ヂストマ」病ニ因ル症狀モ多分ニ發現セルモノナラント信ズ。

第 6 章 炎症性網膜腫瘍診斷、豫後及ビ療法

網膜ニ於ケル炎症性腫瘍ノ豫後ハ良好ニシテ、放置スル事ニ依リ屢々消失ス。之ガ診斷ニ就テハ Péan ハ既ニ網膜腫瘍ノ3徴候ニ就キ記述シ1. 腫瘍移動性存在、2. 表在性ナル事、3. 一定臟器ノ病的所見、機能障礙ノ存セザル事、以上ニヨリ網膜腫瘍ハ容易ニ診斷シ得ル事ヲ唱ヘタルモ、後年コノ3徴候ハ炎症性腫瘍ノ診斷ニハ不確トセラレ(Peterhanwahr), 實際ニ於テハコノ炎症性網膜腫瘍ノ診斷ハ容易ナラズ。且手術後發生セル炎症性腫瘍ニ關シテハ容易ナルモ、手術ト關係ナキ特發性腫瘍ノ診斷ハ特ニ難事ナリ。故ニ屢々本例ニ於ケルガ如ク、他ノ器官ヨリ發生セル惡性腫瘍又ハ網膜自身ノ原發性又ハ轉移性惡性腫瘍ナリト誤診セラレ、不要ナル手術ノ操作ヲ加ヘラルル事アルヲ以テ、手術前ノ診斷ガ臨牀的ニ意義アリトセラレタリ。サレド予ハ之ニ關シ寧ろ反對ノ意見ヲ有ス。即チ網膜腫瘍ハ診斷困難ニシテ、而モ其ノ本態ヲ診斷スルハ更ニ至難ナリ。即チ網膜ニモ豫後良好ナル炎症性腫瘍ノ外ニ眞性惡性腫瘍モ存在スルヲ以テ、コノ鑑別ガ至難ナル際ハ在再トシテ待期的療法ヲナス時ハ、後ニ惡性腫瘍ナル事ガ分明スルモ既ニ遅ク、徒ラニ患者ノ生命ヲ失ハシムル事トナルガ故ニ、寧ろ惡性腫瘍ニ疑ヲ置キ、手術的ニ早期ニ摘出スル事ガ醫ニ忠實ナルベキ所以ナリト信ズ。特ニ現在ノ如ク、手術ニ因ル危險ノ極度ニ減ジタル今日ニ於テオヤ。

第 7 章 總括及ビ結論

予ハ約1年前ヨリ心氣亢進、嘔氣竝ニ食欲不振、疲勞感ヲ訴ヘ、且中腹部ノ小腫瘍存在ヲ主訴トシテ來院セル55歳ノ婦人ニ就キ檢索セルニ、中腹部ニ鶏卵大ノ腫瘍ヲ有シ、臨牀的ニ一見

胃癌又ハ脾臓腫瘍ト疑ハレタルモ、之ヲ手術シタルニ比較的稀有ナル網膜腫瘍ナリシ1例ヲ茲ニ報告セリ。

コノ網膜腫瘍ハ組織學的ニ検索セルニ、眞正腫瘍細胞ハ認メズシテ、多數ノ壊死セル白血球浸潤ヲ呈シ膿瘍ヲ作り、又其ノ間ニ所々組織間隙ヲ認ムルト共ニ、其ノ周圍ニハ淋巴細胞及ビ「プラスマ」細胞浸潤アリテ、比較的稀有ナリトセラレタル慢性炎症性腫瘍ナリキ。

而モコノ慢性炎症性網膜腫瘍ハ充實性ニシテ所々隧道ヲ肉眼的ニ認メ、コノ隧道周圍ガ前述ノ膿瘍トナリ、著シキ「エオジン」嗜好細胞浸潤、多數ノ Charcot-Leyden 氏結晶、諸種ノ巨大細胞等ヲ含有シ特殊炎症性所見ヲ呈ス。血液中「エオジノフィリー」モアリ。恐ラクハ寄生蟲疾患ニ基キタル特殊炎症ナラント斷ゼリ。

膿瘍中ニハ母蟲ヲ認メザリシモ、所々極メテ其ノ形狀ノ肝吸蟲ニ酷似セル蟲卵様物質ヲ認メ、之ヲ計量セルニ長徑 0.015 mm、短徑 0.006 mm ニシテ、通常ノ肝吸蟲卵ト相違セル點ハ其ノ大サノ小ナル事、「ヘマトキシリン」ニ染色セザル卵殻ヲ有セザル事ナリ。サレドカカル物質ハ組織細胞ナリト認ムル事能ハズ。恐ラクハ肝吸蟲幼蟲ガ胃腔ヨリ胃壁ヲ破リ網膜中ニ游出シ産卵シ、他方網膜ハ之ニ因リ反應性慢性炎症ヲ起スト共ニ、母蟲ハ死亡吸收セラレ其ノ影ヲ失シ、蟲卵モ長期間炎症組織中ニ存スル内ニ變化シ卵殻ヲ失ヒ、又其ノ大ヲ減ジタルモノト推定ス。前述ノ所見ヨリカカル推定ハ甚ダシク妥當ヲ缺ギタルモノトハ思惟セズ。

前述蟲卵様物質ハ肝吸蟲卵ナリト斷定スル直接ノ材料ハ有セザルモ、若シ前述ノ推定ガ眞ナリセバ、肝吸蟲ハ從來寄生部位トセラレタル人體消化管即チ胃、十二指腸、膽管、脾管内ノミナラズ、稀ニハ腹腔内ニモ游出スルモノノアル事ガ推定セラル。

本例ハ手術ニ因ル局所感染ヲ有セザル限局性炎症性網膜腫瘍ニシテ、Goldschmidt ノ分類ニ依レバ其ノ第3類ニ入ルベク、其ノ本態ハ寄生蟲卵ニ因ル稀有ナル特殊炎症性網膜腫瘍ノ1例ナリ。

網膜ノ慢性炎症性腫瘍ノ豫後ハ一般ニ良好ナリトセラレ、何等ノ治療ヲナサザルニ消失スル事多シト云ハル。サレドコノ網膜腫瘍ノ本態ヲ診斷即チ悪性腫瘍トノ鑑別ハ臨牀的ニ難事ナリ。故ニ其ノ療法ニ就テハ總テ悪性腫瘍ニ疑ヲ置キ、早期ニ手術的ニ除去スルガ安全ナリトス。

撰筆スルニ臨ミ御懇篤ナル御指導ト御校閲ヲ賜ハリタル恩師津田教授ニ深謝ス。(6. 6. 3. 受稿)

引 用 文 獻

- 1) *Aschoff, L.*, Pathologische Anatomie. Aufl. 7, Bd. 1 u. 2, 1928. 2) *Becker, J.*, Berlin. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 41, S. 1903, 1913. 3) *Borrmann, R.*, Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chirurg. Bd. 6, S. 529, 1900. 4) *Braun, H.*, Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 63, S. 378, 1901. 5) *Lucas Championnière*, Bull. et mém. de la société de chirurgie de Paris. T. 24, p. 195, 1898. zit. n. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 63, S. 394, 1901. 6) *Goldschmidt, W.*, Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 20, S. 530, 1925. 7) *Haberern, J. P.*, Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 48, S. 2071, 1908. 8) *Hadra, B. E.*, Annals of surgery. 14, S. 36, 1891. 9) *Hinderfeld, E.*, Zentralblatt f. Gynäkol. Jg. 48, Nr. 18, S. 967, 1924. 10) 日野一郎, 臺灣醫學會雜誌, 第30卷, 第4號, S. 427, 1931. 11) *Holländer, E.*, Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 18, S. 845, Nr. 20, S. 971, 1913. 12) 本間英史, 日新醫學, 第9卷, S. 369. 13) 菊田吉三郎, 順天堂醫事研究會雜誌, 第42卷, 第441號, S. 653. 14) 小林晴治郎, 細菌學雜誌, 178號, S. 743, 明治43年8月. 15) 鎌倉貢, 實地醫家卜臨牀, 第6卷, 第10號, S. 1379. 16) 古城貞, 東京醫事新誌, 1811號, S. 6. 17) 小林晴治郎, 細菌學雜誌, 202號, S. 597, 大正元年. 18) *Körte*, Zit. n. Goldschmidt. S. 530. 19) *Küttner, H.*, Berlin. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 1, S. 9, 1913. 20) *v. Lotze*, Münch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1905. zit. n. Zentralblatt f. Chir. Nr. 29, S. 781, 1905. 21) *Marchand, F.*, Beitr. z. path. Anatom. u. z. allg. Path. Bd. 69, S. 1. 22) *Matz, F.*, Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 176, S. 217, 1922. 23) 牟田能彦, 岡醫雜, 第271號, S. 614, 大正元年7月. 24) *Nevermann, H.*, Zentralbl. f. Gynäkolog. Jg. 47, Nr. 25, S. 1005, 1923. 25) 奥島愛次郎, 福岡醫科大學雜誌, 第13卷, 第5號, S. 1, 大正9年. 26) 緒方, 三田村, 病理學總論, S. 255, 昭和2年. 27) *Pautzer*, Journ. of the amer. med. assoc. Nov. 19, 1904. zit. n. Zentralbl. f. Chir. Nr. 10, S. 271, 1905. 28) *Péan, J.*, zit. n. Arch. f. klin. Chir. Bd. 63, S. 379. 29) *Peterhanwahr, L.*, Arch. f. klin. Chirur. Bd. 106, S. 355, 1915. 30) *Petermann, J.*, Die Chirurgie des Bauchfells und des Netzes. Die Chirurgie, Bd. 5, S. 127, 1927. 31) *Saugel*, zit. n. Zesas. S. 516. 32) *Schlecht, H.*, Archiv f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. 67, S. 137, 1913. 33) *v. Schmieden*, Berl. klin. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 20, S. 908, 1913. 34) *Schnitzler*, zit. n. Braun. S. 398. 35) *Derselbe*, Wien. klin. Wochenschr. Jg. 20, Nr. 14, S. 331, 1907. 36) *Schwarz, E.*, Wien. med. Wochenschr. Jg. 61, Nr. 8, S. 501, u. Nr. 9, S. 572, 1911. 37) *Simmonds*, Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, S. 635, 1907. 38) 高村弘量, 愛知醫學會雜誌, 第38卷, 第1號, S. 81. 39) 田中祐吉, 大阪醫學會雜誌, 第5卷, 第7號, S. 618, 明治39年. 40) *Theilhaber*, zit. n. Goldschmidt. S. 530. 41) *Zesas, D. G.*, Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 98, S. 503, 1909. 42) *Kleinschmidt, O.*, Arch. f. klin. Chirur. Bd. 104, S. 1169, 1914. 43) *Witzel, O.*, Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg. Bd. 21, S. 139. 44) 山口, 田代, 愛知醫學會雜誌, 38卷, 4號, S. 914.

611.38 : 616.3 : 617.5

*Kurze Inhaltsangabe.***Über die chronische entzündliche Netzgeschwulst.**

Von

Dr. Yoshiaki Iwatô.

*Aus der chirurgischen Universitätsklinik Okayama, Japan
(Vorstand: Prof. Dr. S. Tsuda.)*

Eingegangen am 3. Juni 1931.

Es handelt sich um eine 55 jährige Frau. Seit einem Jahre klagte sie über Erschöpfungsgefühl, Herzklopfen, Appetitlosigkeit, Sodbrennen und Auftreibungsgefühl des Oberbauches. In der letzten Zeit verspürte sie eine kleine, nicht druckempfindliche Tumorbildung im Mesogastrium, die von einem Arzt als eine Magen- oder Pankreasgeschwulst diagnostiziert wurde.

Am 25. August 1930 wurde sie in die Klinik aufgenommen. Es fand sich ein derber, knolliger, relativ scharf begrenzter Tumor von der Grösse eines Hühnereies im Mesogastrium, der bei Fingerdruck leicht schmerzhaft und respiratorisch etwas beweglich war. Bluteosinophilie (8.0%) und reichliche Leberdistomaeier wurden im Kot nachgewiesen. Die Untersuchung des Magensaftes und des Urins zeigte nichts Abnormes. Die Röntgenuntersuchung ergab keine pathologische Veränderung des Magens.

Bei der Laparotomie am 28. August 1930 wurde ein circumskripter Tumor im Lig. gastrocolicum konstatiert; er wurde total exstirpiert. Der Tumor war solid und derb. Durch das Innere des Tumors liefen mehrere Tunnel. Am 12. September 1930 wurde die Frau als geheilt entlassen.

Histologisch wurde der Tumor als eine chronische Entzündung des Netzes, d. h. es wurden Miliarabscessbildungen um die Tunnel festgestellt. In der Abscesswand fand man eine deutliche Ansammlung von eosinophilen Zellen, Plasmazellen und Lymphozyten. In der Mitte des Abscesses lagen mehrere Charcot-Leydensche Kristalle, Riesenzellen und vereinzelt doppelwandig-schalige parasiteneiähnliche Substanzen (0.015mm lang, 0.006mm breit), deren Formen gerade den Eiern von *Clonorchis sinensis* ähnlich waren.

Aus der Bluteosinophilie und dem Auftreten der Leberdistomaeier im Kot und dem spezifischen Strukturbilde des Netztumors könnte man schliessen, dass es sich um ein durch einen Parasiten und zwar durch *Clonorchis sinensis* hervorgerufenen entzündlichen Tumor handelte, trotzdem die Auswanderung des Wurmes in die Bauchhöhle bis jetzt noch nicht beschrieben wurde.

Die Prognose der chronischen entzündlichen Netzgeschwülste ist im allgemeinen günstig, aber die Differentialdiagnose gegenüber der echten bösartigen Netzgeschwülsten ist sehr schwierig.

Die sicherste Behandlung des Netztumors ist daher die frühzeitige Exstirpation des Tumors durch die Laparotomie empfehlenswert. (*Autoreferat.*)