

愛媛県臨床病理研究会年報

第 8 号

(通算10報)

1974

愛媛県臨床病理研究会

関 連 医 療 機 関

愛媛県がん予防協会	松山市味酒町1丁目10-5	今川 七郎	会長
愛媛県医師会	松山市三番町4丁目	吉野 章	会長
松山市医師会	松山市柳井町2丁目	須賀謙次郎	会長
松山市医師会検査センター	松山市柳井町2丁目	河野 恒文	所長
国立松山病院	松山市堀之内13番地	三木 直二	院長
愛媛県立中央病院	松山市春日町83番地	白石 善之	院長
松山市民病院	松山市大手町2丁目6-3	中西 恒心	院長
松山赤十字病院	松山市文京町1番地	土屋 定敏	院長
愛媛大学医学部	温泉郡重信町大字志津川	福西 亮	教授
		田部井 亮	教授

御 祝 の 言 葉

愛媛県がん予防協会長
愛媛県医師会名誉会長

今 川 七 郎

現今医学，医術の進歩は実に目覚ましいものであります。医師は生涯を通じて医学，医術の進歩におくれないように努めるべきであると思います。戦後の混乱の中から立ちあがって社会秩序が漸次恢復するようになり，医界におきましても医師会に，或は公私病院に於て臨床検査室の整備充実の機運が進んでまいりました。

松山市医師会臨床検査センターでも病理組織の検査に力を入れるようになったのは昭和32年頃からだったかと思うのであります。

時恰も国立松山病院に四国地方がんセンターの設置となり，胃癌集団検診，子宮癌集団検診の必要性を生じ，昭和36年9月，当時の愛媛県浜田 彪衛生部長，西田 弘衛生研究所長，県立中央病院医長 高橋 進博士等の斡旋により「愛媛県臨床病理研究会」の創立総会を開き，今日に及んだのであります。その後幾多の紆余曲折はありましたが，「病理組織，細胞診検討会」を毎月開催，その報告年報を発刊し，此度第10号を出版すると聞きます。

世俗に桃栗三年，柿八年，とか10年1昔とか申します。何事も10年すれば何とか実り多いものになります。

まことに地味な，真摯な態度で研究せられますことに満腔の敬意を表し今後の御発展をお祈りしまして，御祝の言葉といたします。

昭和49年12月1日

愛媛県臨床病理研究会

臨床病理組織，細胞診検討会症例記録

第 10 報

1973年現在の会員（ABC順）

愛媛大学医学部 第一病理	福	西	亮
松山市医師会検査センター	今	川 玄	一
国立松山病院	森	脇 昭	介
愛媛県立中央病院	重田	松尾	授茂
松山市医師会検査センター	山	本	司
愛媛大学医学部 第一病理	吉	田 愛	知

OB 会 員

元愛媛県立中央病院 現倉敷中央病院	山	本	寛
元松山赤十字病院 現川崎医科大学病理	伊	藤 慈	秀
元新居浜住友病院 元徳島県立中央病院 現松山市民病院	浜	崎 美	景

Ryo FUKUNISHI, Genichi IMAGAWA, Shosuke MORIWAKI,
Sazuku SHIGEMATSU, Shigeru TAO, Tsukasa YAMAMOTO and
Aichi YOSHIDA.

Case Records of Ehime Clinico-pathological Society.
Monthly Pathological Cytological Conference.

検 討 症 例 一 覧 表 (昭和48年)

No.		提 出 先	患 者		臨床診断および必要事項	病理組織学的診断	備 考	
通算	年		性	年齢				
*	453	1	国立松山病院	女	14	上前縦隔洞腫瘍, 昭和47年5月学校検診にて異常を指摘されたが, 自覚症状はない, 7月陰影増大する, 胸腺腫を疑い, 術前照射3000rad, 12月両頸部腫大	胸腺囊腫+ Hodgkin's disease ? 胸腺組織には円柱上皮よりなる腺管構造, 扁平上皮成分もみられる, 石灰化巣, リンパ組織, 好酸球, 多核巨細胞も出現, 頸部にも肉芽様組織形成	72-1557 72-1618 72-1943 73-102
	454	2	"	男	41	脊髄硬膜外腫瘍(胸椎) Th6-10完全閉塞, 両下肢麻痺, 膀胱直腸障害出現, 皮下に再発	Malignant lymphoma ? 幼若神経芽細胞カリンパ球由来か, 組織発生不明, リンパ節腫脹なし	イ72-1384 イ73-7
*	455	3	"	男	67	右手背腫瘍, 1年前に同部に木片がささり, 何回か採取したが反復腫脹する	Mycotic infectious granuloma	イ73-1376
	456	4	"	男	76	Keratosis senilis ? 鼠径部の黒色調, 乳頭状増殖, 潰瘍なし	Squamous cell carcinoma	イ73-30
	457	5	"	女	67	Invagination ileus 腹痛, 嘔吐あり, 開腹, 小腸リンパ濾胞腫大, 口側に出血性壊死をみる, その後右頸部両腋窩リンパ節腫大末梢血中異型リンパ球出現	Malignant lymphoma (lymphosarcomatosis) 回腸末端はリンパ濾胞腫脹をともなうリンパ組織の増殖をみる, しかし悪性と断定しにくかった, リンパ節は明らかに悪性像を示す	イ72-973 イ73-32
	458	6	県立中央病院	男	43	胃癌(Borrmann II型), 1年前胸やけあり, 昭和47年10月胃部不快感, 空腹時腹痛あり, 心窩部に小腫瘍を触知	Adenoacanthoma 腫瘍は幽門前庭部後壁にあり, Po, Ho, S ₁	72-738
	459	7	"	男	62	Bourneville-Pringle病 顔面の小丘疹, 陰囊の皮疹 両腎腫瘍があり, 血管腫様 幼少時でんかん発作あるも 現在なし	Tuberous sclerosis complex 腎: Angiomyolipoma 陰囊: Fibroma 顔面: Angiofibroma	72-647
	460	8	"	男	60	皮膚癌, 昭和45年前額部に 皮疹あり, Bowen's disease と診断される, 昭和47 年3月同部に拇指頭大の結 節出現し次第に増大, 別に verrucousな結節を2ケみ とめる	Epidermodysplasia verruciformis Lewan- dowsky(73-13) Invasive squamous cell carcinoma, multicent- ric origin	72-13 72-808 72-823 72-847
	461	9	"	男	80	皮膚附属器原発の癌(疑), 約10年前から左乳頭部近く に拇指頭大の腫瘤あり, 徐 々に増大し, 4.5×3.0cm 大の腫瘤となる, 左腋窩リ ンパ節は小指頭大に腫大す る	Tubular adenocarcinoma, originated from duct epithelia of the breast with lymph node metast- asis	72-777
	462	10	"	男	70	上部消化管通化障害, 慢性 回腸炎で末端切除術, 口側 になお残存多発性瘢痕狭窄	多発性非特異性小腸潰瘍	72-739
	463	11	"	男	76	小腸嵌頓ヘルニア, 腔内に 膨隆する実質性5cm大の腫 瘍, 腸間膜リンパ節軽度腫 大	Reticulum cell sarcoma pleomorphic type	72-529

No. 通算 年	提出先	患者		臨床診断および必要事項	病理組織学的診断	備考	
		性	年齢				
464	12	県立中央病院	男	78	1月前から乳頭腫大硬結あり、血性分泌物を圧出	Intraductal adenoca. or benign papillomatosis	72- 848
465	13	〃	女	30	左下顎骨腫瘍	Fibromyxoma of the jaw 粘液変性きわめて著明	72- 529
* 466	14	国立松山病院	女	39	腔壁上 $\frac{1}{3}$ に鶏卵大腫瘍が有茎性に出現、これを摘出後再度腔壁を広範に切除	Mesonephric tumor? 初回、充実性3.0cm大腫瘍で蜂窩状構造をなす 2回生検材料は腺管構造の増殖 cylindromatous	73- 173 73- 289
467	15	〃	女	72	右鼠径部腫瘍、半年前からあり、6×3×3cmに増大、表面粗なるも限局性、剖面ゼリー状	Solitary schwannoma Antoni B type 粘液変性強く、リンパ管、血管拡張あり、柵状配列をみる	73- 519
468	16	〃	男	46	腎腫瘍（膿腎症疑）	Renal cell carcinoma, dark cell type	73- 529
469	17	〃	女	61	子宮体部癌の診断で摘出する	Papillary adenocarcinoma-undifferentiated typeの混在、分化型と肉腫様変化せる未分化像あり	73- 353
470	18	〃	女	1	腔腫瘍？昭和48年1月9日開腹手術するも易出血性のため摘出不能、横紋筋肉腫を疑う、腔より排出された組織片	Embryonal carcinoma 明らかな腺管構造はないが基底部に沿って一層に配列する腺様構造や充実性増殖巣あり、比較的単調な細胞よりなる	73- 240
471	19	国立松山病院	女	67	鼻腔ポリープ、2年前から鼻ポリープの反復再発をみ、出血性	乳頭状腺癌？血管を中心に放射性配列する紡錘型細胞の乳頭状増殖、空胞化するものもある、pseudorosette, ependymal structureあり、hemangiopericytoma様構造をみる	73- 283
* 472	20	〃	女	73	甲状腺癌、20年前から頸部腫瘍あり、10日前から急速に腫大、I ¹³¹ 7.2%、左半切除する	Squamous cell carcinoma, anaplastic, sarcomatous type	73- 968
* 473	21	〃	女	71	甲状腺癌、40日前から左頸部腫脹、4×3cm、左半切除する	Squamous cell carcinoma +papillary adenoca.	73-1055
474	22	〃	男	66	肝癌、昭和48年2月右腹痛あり、A/G 1.33, r-gl. 17.8%, GOT45, GPT27, LDH580, Al-Ph19.8	Hepatoma, undifferent. type(fibrosarcomatous pattern)	剖412
475	23	〃	男	46	肝癌、昭和47年8月腹痛あり、腹水貯留する	Hepatoma, undifferentiated type (fibroblastic)	剖393
476	24	〃	女	16	腸間膜囊腫、前日に下腹部痛、嘔吐あり急性虫垂炎の診断で開腹、Bauchin弁から口側15cmの部に5.5cm大充実性結節をみる	Fibroma molle	173- 415
* 477	25	〃	女	68	腹壁再発腫瘍、臍高右側、昭和28, 38, 44, 46, 47, 48年に再発摘出している	Dermatofibrosarcoma protuberans	73- 825

[4]

No.		提出先	患者		臨床診断および必要事項	病理組織学的診断	備考
通算	年		性	年齢			
478	26	県立中央病院	男	65	右大腿（膝部）骨肉腫にて切断，昭和47年10月，X線で胸部に転移性腫瘤をみ，右上葉を摘出する	Osteosarcoma (fibrosarcomatous)	73- 336
479	27	〃	男	28	右下葉に2.0×2.5 cm大の結核様結節あり，喀血をくりかえす	Neoplastic lesion (angiomatous) or granuloma? (xanthomatous cell)	73- 335
480	28	〃	男	8	舌線維腫，3才頃から言語障害あり，放置していた，歯科で切除，粘膜面より多少隆起し，硬い	Proliferation of neurogenic fiber, non-neoplastic	73- 227
481	29	〃	女	71	口蓋腫瘍，昭和44年悪性混合腫瘍，前手術部，上顎歯肉その他に結節を形成	Malignant mixed tumor	73- 173 73- 247
482	30	〃	女	41	右耳下腺腫瘍，悪性疑，4×3.5×3cm深いが限局性	Mixed tumor of parotid gland, benign or malignant?	73- 155
* 483	31	国立松山病院	男	45	レックリングハウゼン氏病の悪性化	Malignant schwannoma	剖73-1 (市民病院)
484	32	県立中央病院	男	75	悪性リンパ腫（疑）昭和48年1月左腋窩部にクルミ大腫瘤にきつき，4月より漸次増大，5月下旬小児手拳以上となる，試験切除，他のリンパ節腫大や内臓転移はない，原発巣不明	Metastatic amelanotic melanoma	73- 414
485	33	県立中央病院	男	38	後腹膜悪性腫瘍，昭和43年9月から乳腺腫大，gynecomastia，48年3月回盲部痛，右下腹部腫瘤にきづく，体重61kgから52kgに減少，尿中HCG，256×希釈でも陽性	Choriocarcinoma 停留率丸原発？	73- 447
486	34	〃	男	57	レックリングハウゼン氏病の悪性化，幼時より全身皮膚結節多発，昭和47年9月内頸部に無痛性腫脹あり，放置していた，昭和48年2月より急増し，疼痛出現，6月手術的に摘出	von Recklinghausen's diseaseの悪性化	73- 453 73- 426
487	35	〃	女	7	網膜膠腫（疑），1年前光視症を一時母に訴えていた昭和48年6月上眼瞼腫脹し上記診断にて右眼球摘出する	Retinoblastoma	73- 504
488	36	〃	女	2カ月	濃厚胆汁症候群，生後より漸次黄疸増強する，昭和48年6月胆道閉塞の疑いで開腹，総胆管，胆嚢に変化なく，濃厚胆汁のため排泄が悪く，黄疸が出現していたと考えられる，総胆管を生食水で洗浄して手術を終る	Neonatal hepatitis	73- 455

No.		提出先	患者		臨床診断および必要事項	病理組織学的診断	備考
通算	年		性	年齢			
489	37	県立中央病院	女	39	頸管妊娠, 最終月経 5-9/Ⅲ'73, 昭和43年4月10日から少量の性器出血が持続し妊娠反応(+), 内膜搔爬しようとするに右頸管内膜が剝脱し止血困難となる	Cervical pregnancy	73- 339
490	38	国立松山病院	男	46	左骨盤腫瘍(良性), 13年前腸骨生検にて骨の線維腫と診断される, 病変は緩慢に増大し, 左大腿関節痛出現する, レ線上左腸骨翼, 左恥骨に多房性の骨融解像あり	第1回生検 fibrous dysplasia or aneurysmal bone cyst 第2回生検 benign osteoblastoma?	73-1546
491	39	〃	女	64	右上顎癌, 生前に左記診断で治療, 右頸リンパ節転移について, 左頸リンパ節にも転移出現, 死後剖検主たる腫瘍は左腎の上方にあり, 左腎上極に浸潤する(大人手拳大腫瘍)	重複腫瘍? ①上顎未分化扁平上皮癌 頸部リンパ節転移 ②左副腎未分化大型細胞癌 上顎癌→副腎転移? 副腎癌→上顎転移? 上顎癌+副腎癌?	剖426
* 492	40	〃	女	47	左肺癌, 昭和48年5月定期検診にて指摘される, 5×4.5×4.0cm 大の充実性腫瘍を左心嚢前壁から摘出	Thymoma, spindle cell type 被膜外に一部胸腺組織をみる	73-2296
493	41	〃	男	69	左頸部腫瘍, 昭和48年9月頃きづく, 次第に腫脹し, 4.0×2.5cm大肉芽腫様	Lymphadenitis tuberculosa	73-2412
* 494	42	〃	女	24	左上腕腫瘍, 自発痛あり, 皮下の腫瘤で両端に索状物付着	Hemangiosarcoma?	73-1047
* 495	43	〃	男	56	皮膚ザルコイドーシスあるいは癩, 四肢のしびれ, 疼痛を主症状として入院中	Tuberculoid leprosy or cutaneous sarcoidosis	イ73-340 イ73-433
* 496	44	〃	女	25	胎盤腫瘍, 10月自然分娩の胎盤に4.0×2.0cm大の腫瘤をみる	Hemangioma	73-1803
497	45	県立中央病院	男	5	昭和48年6月日本脳炎予防接種, 右上腕外側に硬結, 4月後摘出, 圧痛あり, 潰瘍形成はない, 被膜で被われていないが剝離容易	Fibrous histiocytoma or sclerosing angioma	73- 804
498	46	〃	男	71	20年前胃切除, 胃潰瘍, 左上腹部腫瘍あり, 大小2ヶ胃大弯側と横行結腸間, 胃筋層と密に接する	Benign fibroblastoma	73- 768
499	47	〃	女	40	小脳左半球橋部腫瘍, 昭和47年11月脊椎カリエスにて手術, 血清肝炎を併発, 嘔吐持続し, 乳頭うっ血	Angioreticuloma	73- 684
500	48	〃	女	26	右大腿外側の小結節, 皮膚と癒着する, 疼痛はない淡紅赤色腫瘍	Nodular hydradenoma, clear cell type	73- 649
501	49	〃	女	45	甲状腺腫, 1月前から前頸部腫瘍あり, 嚥下痛をうったえる	Follicular adenocarcinoma with neck nodes metastasis and subacute thyroiditis	73- 686
502	50	松山市医師会 検査センター	男	50	左第二指腫瘍	Amelanotic melanoma	73- 737

※印は写真とともに詳細記載例

甲状腺 adenoacanthoma (写真1~2)

症例 473 71才, 女

臨床診断: 甲状腺癌

40日前から左前頸部に無痛性の腫瘍を認め、昭和48年4月23日入院した。左頸部には4×3cmの弾性硬、表面凹凸不整の腫瘍をみ、皮膚と癒着はないが、底部とは癒着し嚙下とともに動く。右前頸部にも2×2cmの境界不明瞭な硬結を触知した。転移を思わせる頸部リンパ節は触れない。

甲状腺シンチグラムでT₃は正常範囲、右葉はやむ小さいがほとんど残存、左葉は完全に欠損し、悪性所見を呈し甲状腺癌と診断した。

手術所見 腫瘍は左葉全体を占め、前頸筋群、胸鎖乳突筋へ浸潤強く、左葉切除の摘出にとどまった。浸潤のため右葉の詳細不明。

術後5ヵ月頃から局所再発し、7ヵ月後に死亡した。

組織学的所見 肉眼的には破壊され周囲との関係など不明、組織学的には扁平上皮癌が腫瘍の大部分を占め、一部に限局して乳頭状癌(P)が認められる。境界部は両組織型が相接しているが、相互に混在はなく、大部分は狭少な結合織が介在している。乳頭腺癌部にはコロイド産生泡胞構造はない。扁平上皮癌は錯角化傾向を有し、全体にはほぼ同様分化程度を示し、異型性に乏しい。

甲状腺癌にも乳頭状腺癌と扁平上皮癌の混在があり、前者から後者への化生として adenoacanthoma と呼んでおり、他臓器の腺癌にもしばしば観察される所見である。

しかし本症例では乳頭状腺癌が限局性で、扁平上皮癌との移行や混在が明らかでない点、乳頭状腺癌より化生した adenoacanthoma という名称を使用するには抵抗を感じる。組織像をそのまま表現するとすれば squamous-papillary adenocarcinoma または混成癌とすべきであろう。

甲状腺原発扁平上皮癌 (写真3, 4, 5)

症例 472 73才, 女

臨床診断: 甲状腺癌

20年前から左前頸部の小腫瘍に気づいたが、自覚症状なく放置していた。10日前に圧痛を伴う増大にきづき、昭和48年4月11日入院した。左前頸部に7×5cmの嚙下時共動する腫瘍を認めた。弾性硬、表面凹凸不整、皮膚とは癒着なく、底部とは不動。軽度圧痛があり、頸部リンパ節腫脹はない。

甲状腺シンチグラムではT₃は正常範囲であるが、I¹³¹摂取率は7.2% (24時間値) と極めて低値を示す。右葉は正常大、左葉は峽部を含めて集積が欠損しており、甲状腺癌と診断し手術を施行した。

腫瘍は左葉に生じ、胸鎖乳突筋、内頸静脈、総頸動脈、気管に浸潤しており、完全摘出不能、主病巣だけ摘出、同時に気管切開を行なった。術後制癌剤、放射線治療するも5ヵ月後肺転移をきたし死亡した。

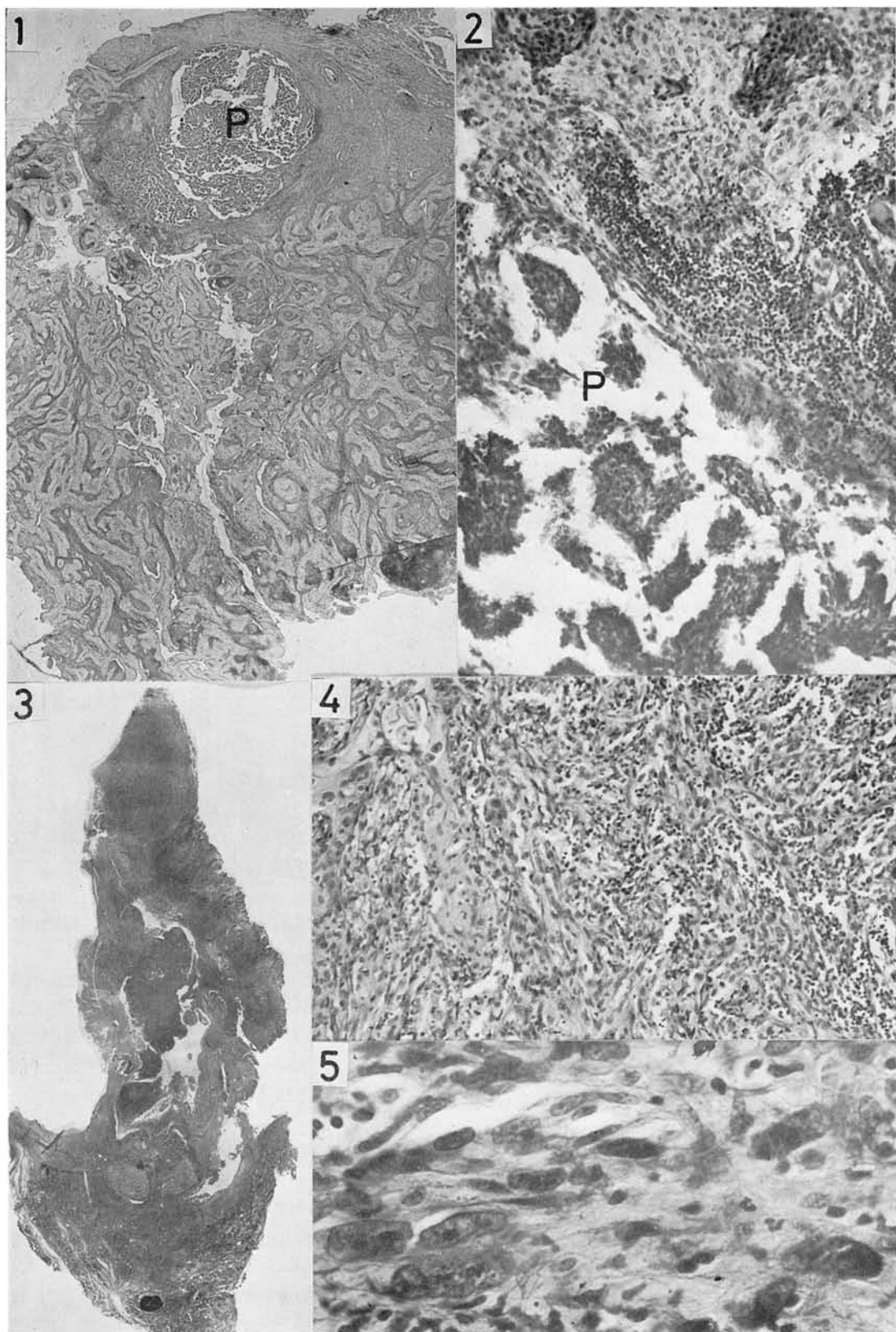
組織学的所見 摘出材料は肉眼的に灰白色充実性で、弾性硬の腫瘍、一見肉腫様所見を呈している。甲状腺組織は圧排、萎縮している。腫瘍の一部は明らかな分化型扁平上皮癌があり、その浸潤先端は放射状に分岐して周囲の結合織内に浸潤して境界不鮮明となり、未分化癌に移行、肉腫様変化する。未分化癌細胞は紡錘型、核の大小不同著しく、核分裂像も多数みられ、線維肉腫、横紋筋肉腫が疑われたほどである。

甲状腺扁平上皮癌はさほど珍らしいものでなく0.55% (伊藤) から2.7% (佐藤ら) の報告がある。その原因として泡胞上皮の化生、甲状舌管起源、鰓弓ないし鰓弓嚢が発生母地として考えられている。

本症の場合扁平上皮癌が未分化型肉腫様変化するか、逆に未分化癌の扁平上皮側への分化か、癌と肉腫の衝突腫瘍かなど検討すべき問題があるが、未分化癌の部分に分化型の混在は病巣中1ヶ所だけで、分化型扁平上皮癌から遠心性に未分化癌に移行する像がみられたことから扁平上皮癌の肉腫様未分化癌への変化と解釈した。

文 献

- 伊藤国彦: 甲状腺がんの疫学と臨床, 日本臨床, 26: 1812~1817, 1968.
 佐藤方信, 矢川寛一: 甲状腺癌剖検例の統計的観察 (第II報), 第32回日本癌学会総会記事, 36, 1973.
 原田種一, 西川義彦, 鈴木琢弥, 伊藤国彦: 甲状腺分化癌の未分化癌への移行について, 臨外, 25: 1105~1110, 1970.
 Cocke, W.M., Jr. & Carrera, G. M.: Mixed squamous cell carcinoma and papillary adenocarcinoma (adenoacanthoma) of the thyroid gland, Amer. J. Surg., 108: 432-433, 1964.
 高嶋成光, 竹内宣昭, 原 浩平, 堀 堅造, 森脇昭介, 河野恒文: 扁平上皮癌を主とした甲状腺癌の2例, 臨外, 30, (6)1975掲載. (本症例)



[8]

胸腺腫 (写真6, 7)

症例 492 47才, 女

臨床診断: 左肺癌

昭和48年5月の定期検診で左肺重傷を指摘され, 本院にて左肺癌の疑いで摘出手術をうけた。腫瘍は左心前心外膜に接した肺外性の被膜で被われた3.5×2.5cm大の充実性結節であった。

剖面では灰白色, ほぼ均質で細胞にとむも, 壊死性変化は認められなかった。

肺門および縦隔洞リンパ節の腫脹なく, また前上縦隔部に胸腺の腫大はないが, 腫瘍は上極で索状物に付着し, 胸腺部に連らなる。

組織学的所見 大部分が膠原線維の被膜で被われ, 一部に被膜間隙をとって腫瘍組織が周囲脂肪組織に波及している。被膜外にはリンパ様組織内に角化型扁平上皮葉が数箇みられ, 正常胸腺組織が接してみられる。

腫瘍細胞はびまん性あるいは結節状に紡錘型細胞が密に増殖している。

腫瘍細胞の核は軽度大小不同をみ, 類円型ないし紡錘型で核小体は不明瞭, 胞体はほとんどみられない。核分裂像は散在してみられる。間質にはリンパ球が少量みられ, 拡張した血管をみるほか, 被膜から延長した結合組織によって分割されている。

腫瘍の辺縁は層状に小, 中結節性増殖した腫瘍細胞の間を多量のリンパ球が占めている。小結節のなかには1列に放射状に配列した一見腺様構造をみる。腫瘍内には角化扁平上皮葉はみられない。胸腺原発腫瘍にしては, 部位的に腫瘍はやゝ下方にあるが, 組織学的には胸腺由来の腫瘍で紡錘型細胞よりなる悪性胸腺腫と診断した。腫瘍外に残存する非腫瘍性胸腺組織がみられることから胸腺由来のものがたっている。

良性, 悪性については被膜を破って周囲脂肪織内におづかではあるが波及していること, 核分裂像が散在することなどからも悪性胸腺腫としたが, 術後経過は良好である。

文 献

小林忠義 他: 胸腺—その基礎と臨床—医学書院, 東京, 1968.

Hodgkin病? + 胸腺嚢腫? (写真8, 9, 10, 11)

症例 453 14才, 女

臨床診断: 上前縦隔洞腫瘍

昭和47年5月学校検診で胸部の異常を指摘されたが, とくに自覚症状はなかった。

他院で陳旧性胸膜炎として経過観察していたが, 喀痰, 咳をみとめるようになり, 最近3カ月に約3kgのさうする。7月17日の胸部X線像で左肺門陰影の増大を認め, 縦隔洞腫瘍で右頸部リンパ節生検するも確診できなかった。縦隔洞腫瘍は急速に増大してきたので放射線治療4000radをしたが腫瘍の縮少はあまりみられない。

9月4日腫瘍の一部摘出を行ったが境界不明瞭で, 全摘はできなかった。

組織学的所見 結合織内に結節状あるいは分葉状のリンパ様組織や, 纖毛円柱上皮で被われた嚢腫, 扁平上皮化した部分もみられる。索状に配列する上皮様成分もあり, 嚢腫壁上皮細胞と連絡する。

また胸腺組織としての扁平上皮角化葉も散在している。しかし胸腺組織としての皮質, 髄質リンパ様組織構造は不明で, リンパ球はむしろ消滅している。その他泡沫状組織球の増殖, (xanthogranuloma様), 多核巨細胞ないし奇異核を有する大型細胞, 好酸球の遊出をみ, 部分的には好酸性肉芽腫を思わせるほどである。異物細胞性多核巨細胞も出現する。分葉状結節の中心には壊死をみ, コレステリン結晶をみるところがあるが嚢腫壁の崩壊と関連している。これら多様性の細胞出現は放射線治療による2次的変化と考える。

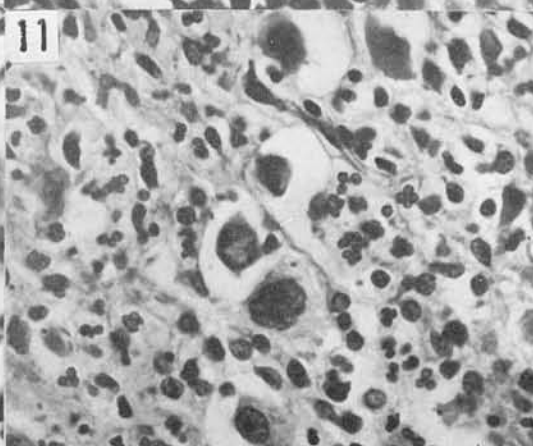
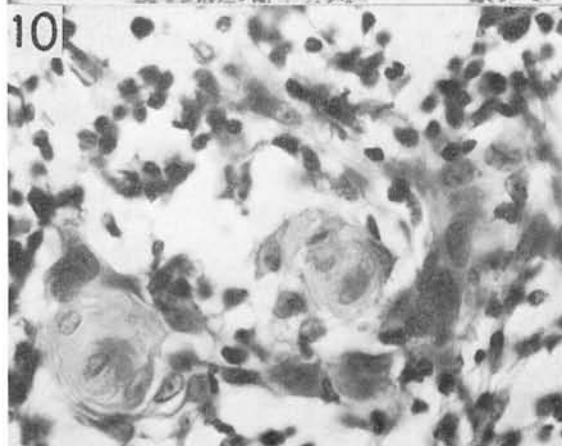
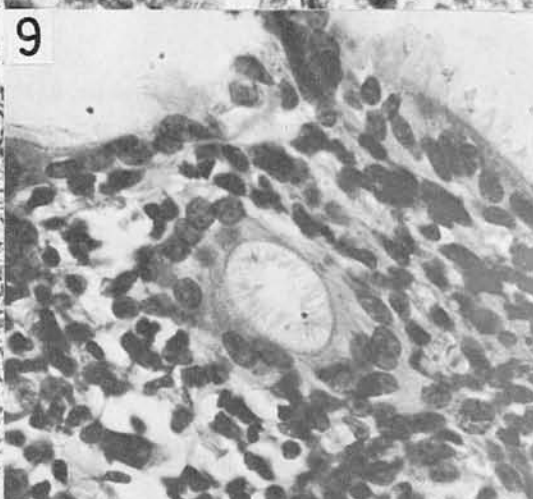
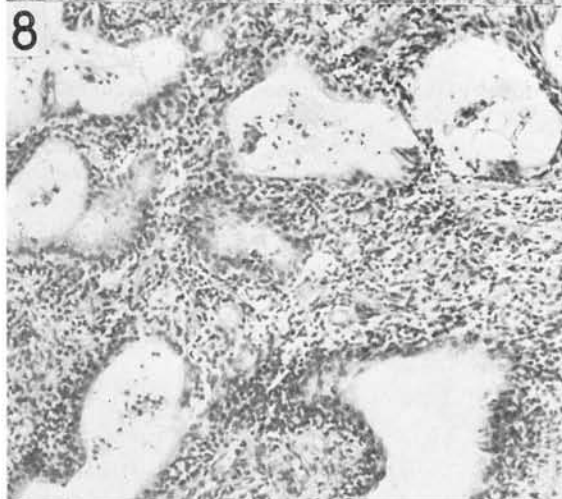
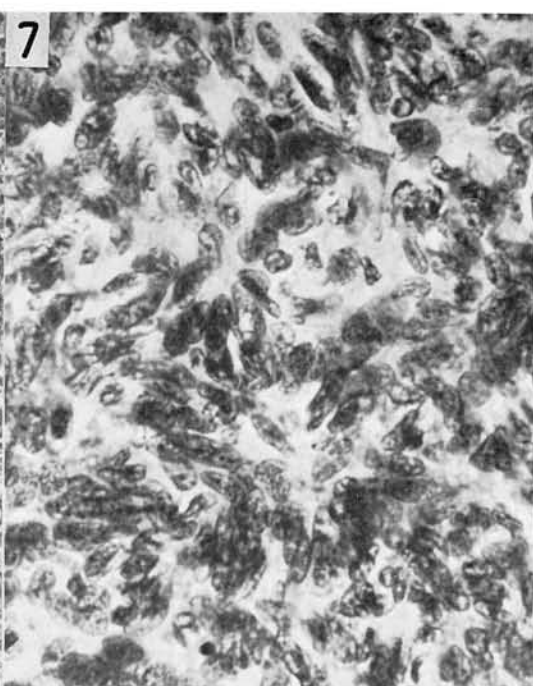
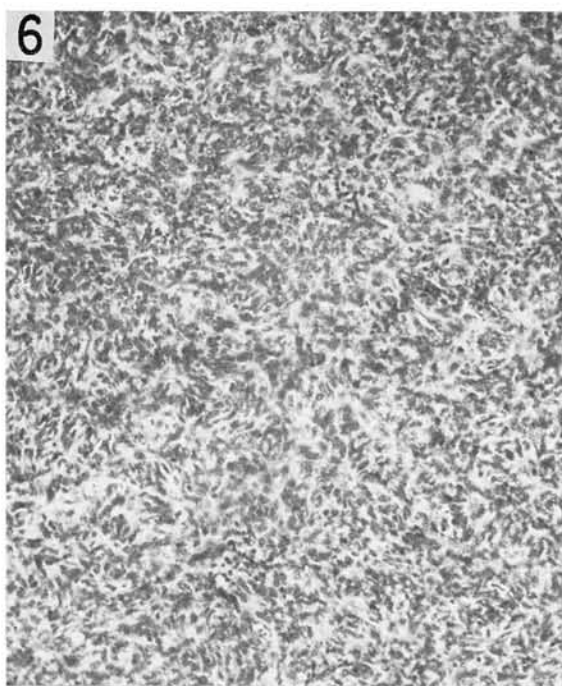
組織学的に嚢胞性胸腺腫を考えた。

その後退院経過観察していたが, 12月末から頸後部に腫瘍形成し, 左側部は自潰した。

昭和48年1月7日再入院しCo⁶⁰照射2000rad後の1月17日左頸部の生検を行なった。

潰瘍をとまなう表皮部から深部結合組織にかけて泡沫細胞がびまん性に増殖し, 血管にとみ, 好中球の遊出する肉芽腫あるいは黄色腫様の組織である。Hodgkin細胞を思わせる大型細胞やSterunberg巨細胞の出現をみるなど(写真11) Hodgkin病を疑ったが, 2次感染や放射線治療にとまなう変化などで診断は困難であった。

胸腺腫にも悪性リンパ腫を思わせる細胞が出現しており, 胸腺嚢腫にHodgkin病の合併も考えられるが, 放射線治療で胸腺腫に効なく, 術前照射材料のため診断はなお困難となった。



Tuberculoid leprosy? (写真12, 13)

症例 495 56才, 男

臨床診断, 皮膚 sarcoidosis or lepra

関節, 四肢のしびれ, 疼痛を主症状で入院中, 2カ月前から顔面の翼状紅斑, 右前腕, 左大腿内側に持続性環状紅斑を認め, この部位は軽度の掻痒並びに落屑を認める。また斑部の痛覚脱出, 脱毛を有する。

諸検査成績では生化学的検査はほぼ正常範囲, 梅毒血清反応陰性, ツ反応 $1.0 \times 1.5/2$, 血沈 $39:53\text{mm}$, LE試験陰性, 抗核抗体4倍陰性, 胸部X線像は異常ない。

昭和46年作中に電気ドリルにて右第2指切断欠損している。

左膝関節, 左足より生検材料を採取する。

組織学的所見 表皮はやや萎縮性, 上部真皮から深部真皮, 皮下脂肪組織にラングハンス型の多核巨細胞を有する類上皮細胞よりなる粟粒結節が散在する。結節の中心には乾酪壊死はなく, また結節の融合傾向はない。

結節外層にはリンパ球や形質細胞の遊出は乏しい。また深層では汗腺に沿ったり, 神経線維束に沿った索状の病変をみる。

抗酸菌染色では陰性, 銀染色では結節内は網状の細網線維をみるが, 周囲から内部に浸入し, 境界部は不明瞭で層状の構造はない。

このように多核巨細胞や類上皮細胞よりなる特異な肉芽腫に対し, 皮膚結核症, 皮膚 sarcoidosis, 真菌症 tuberculoid leprosy などを鑑別する必要がある。本症例ははじめ sarcoidosis と考えたが, 臨床的に leprosy を否定できないことから再検し, 神経束にそう病変から tuberculoid leprosy とした方が妥当と解した。組織球性泡沫癩細胞はみられない。疾患の性格状その確定診断には慎重にならざると得ない。また例え確定診断をなし得たとしても後味の悪い疾患である。

文 献

Ramasoota, T., Johnson, W. C.: Graham, J. H.: Dermal pathology, sarcoidosis and tuberculoid leprosy, 403-415, Harper & Row, New York, 1972.

皮膚真菌症 (写真14, 15, 16)

症例 455 67才, 男

臨床診断: 右手背腫瘍

1年半前右手背に木片が刺さり, 何回かとりだしたが反復腫脹し, 腫瘤の形成をみる。

組織学的所見 表皮は角化, 錯角化傾向を有するが, とくに肥厚はなく, 部分的には萎縮状である。基底層は不規則に延長し, 膨大したり, 表皮の陥入, horn cyst の形成をみる。

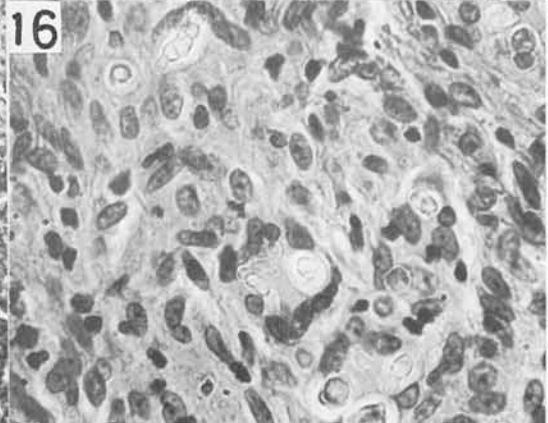
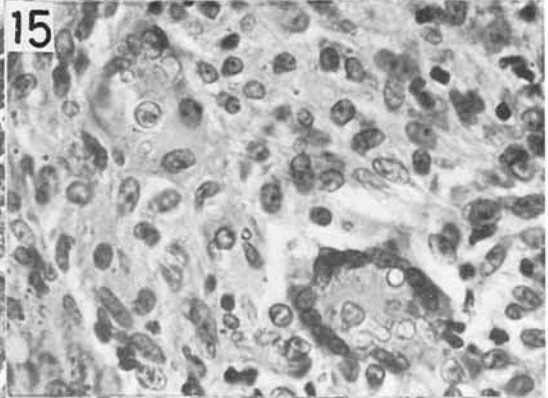
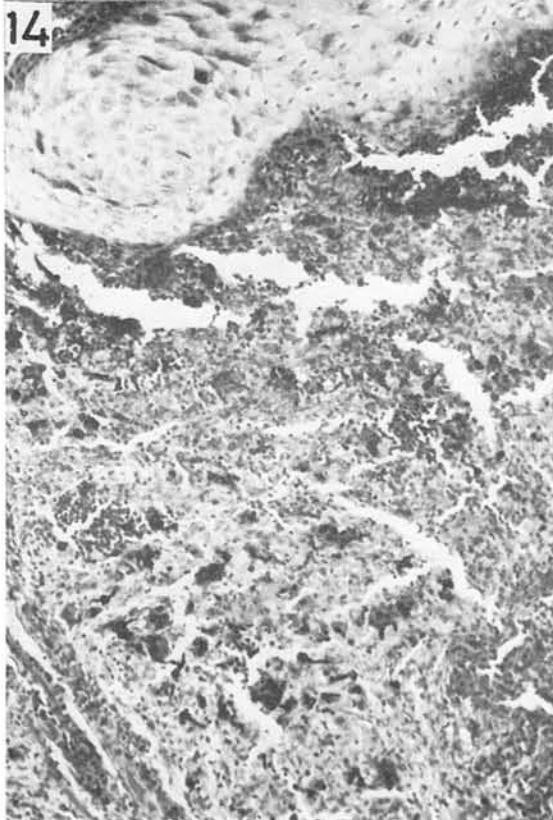
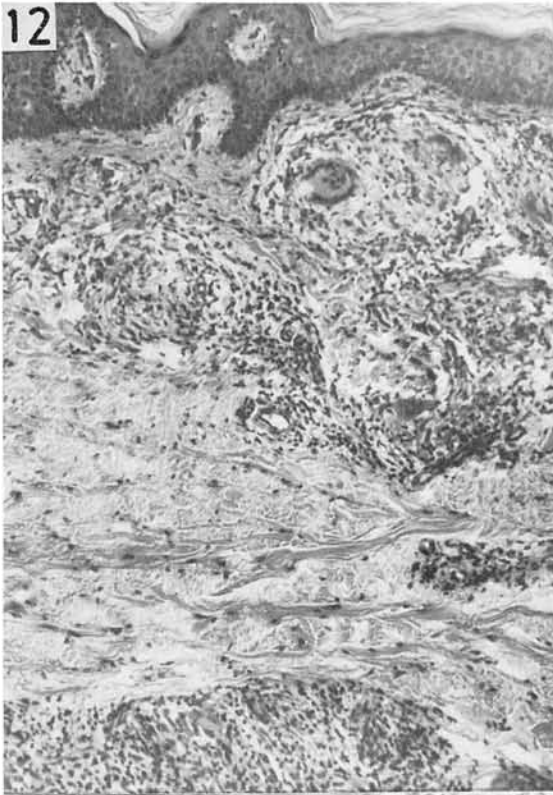
陥入表皮面には剝離角化上皮や好中球, 血塊などが混じり付着している。一部表皮の欠損があり, 真皮全層にわたって類上皮細胞がびまん性, あるいは結節状に増殖して多核巨細胞がみられる。真皮表へ中層結節には壊死層はみられないが, 深部真皮には中心壊死し, コレステリン様結晶を有し, その周囲に類上皮細胞層があるが細胞数は乏しく, 硝子様化した膠原線維の増殖をみ, これら結合組織内に異物性多核巨細胞が散在する。

H.E. 染色でよくみると透明な球状と桿状の節をもった構造物が多核異物巨細胞に貪食されている。PAS染色では強陽性に染色される真菌を多数認めた。間質には好中球少量と形質細胞が巣状にみられる。

銀染色では細網線維が網状に増殖している。

H.E. 染色では一見真菌を認めがたく類上皮細胞よりなる結節性肉芽腫はまず皮膚結核を, 次いで sarcoidosis を考えるが, PAS染色で容易に真菌を検出できる。

皮膚真菌症中本症例では球状の孢子様構造と分節を有する菌糸から candida に類似する。



Malignant schwannoma (von Recklinghausenの悪性化) (写真17,18,19,20,21)

症 例 483 45才, 男

6才頃から全身多発性皮下腫瘍形成をみた。この頃から右上腹部に下から肋骨弓を押し上げる軟性皮下腫瘍があり、徐々に増大し、22才の時切除している。その後も同部の腫瘍はきわめて徐々に大きくなり、1年前から上腹部膨満感、嘔吐、嘔気、右季肋部痛を来し、入院加療する。肺野には異常を認めないが、第6、7胸椎を中心に著明な右側弯を示した。胃、十二指腸は透視によるも著変ないが、胃体部への右方からの圧迫をみる。右腎盂は下方に圧排、胆嚢は造影されない。

血性腹水貯溜し、全身衰弱して死亡した。

剖検時右上腹部に腫瘍形成し、腹腔内に腹壁と連続性に小児頭大、灰白色の腫瘍があり、肝、脾を圧迫し、周囲組織に浸潤している。腫瘍内部は出血、壊死状、肝に転移巣をみた。

小腸 Treitz 靱帯から30cm末梢と回盲部から25cm口側に鶏卵大、小指頭大の腫瘍が漿膜側に突出する。

組織学的所見 腹部腫瘍は類円形核よりなり、数個の核小体を有し、紡錘形胞体は乏しく、びまん性かつ密に増殖し、間質結合組織は極めて乏しい。部位により血管はかなり豊富で、血栓形成や、血管内への腫瘍細胞の浸襲をみる。肝の転移性腫瘍も腹部腫瘍細胞と類似し、銀染色で腫瘍細胞間に線維が入りこみ、非上皮性腫瘍の性格を示しているが、神経原性腫瘍—malignant schwannoma の診断は困難である。

小腸壁腫瘍(写真20, 21)は筋層内から漿膜側に突出し、筋層とは不明瞭に移行する。腫瘍細胞は紡錘形で束状配列をし、一見平滑筋腫様形態を呈する一方、固有筋層組織と腫瘍組織のH.E.染色性がやゝ異なり、特殊染色でmyogenic tumorを否定できないが、核の柵状配列からも Antoni A型の神経線維腫としたい。部位により異型性、核分裂像をみるが、腹部主腫瘍と異なり、悪性といえない。非腫瘍部の消化管筋層の神経叢は正常に比し増殖し、顕微鏡的小結節を形成する。

後腹膜や腸間膜根部の神経叢は連珠状、蔓状に増殖し、結節形成をみる。組織学的には neurofibroma, Antoni A & B type や plexiform neurofibromaの大小結節が末梢神経、各臓器にもみられる。

臨床所見で幼少児から皮下の多発結節をみ、von Recklinghausen 病の存在は明らかであり、そのうち腹部腫瘍が悪性化したと考えられる。

興味あることは組織学的に悪性部と良性部に離りがあり、両者の移行が明らかでない。また悪性部分から神経性腫瘍との診断が困難なほど未分化な肉腫像を呈していることである。

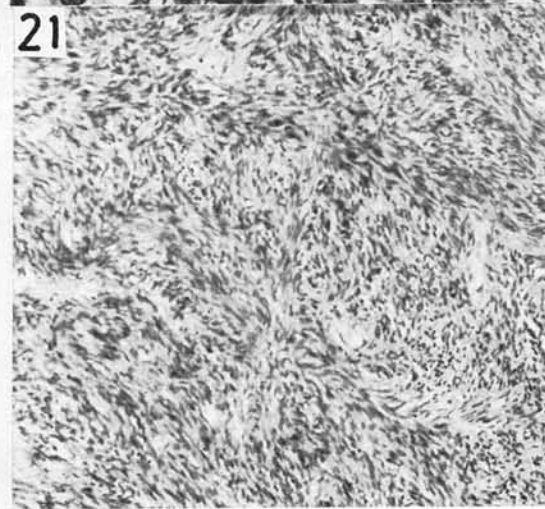
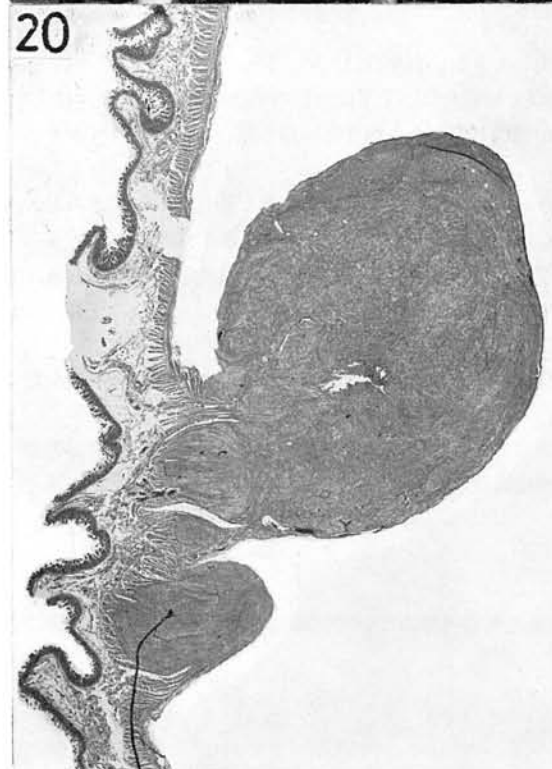
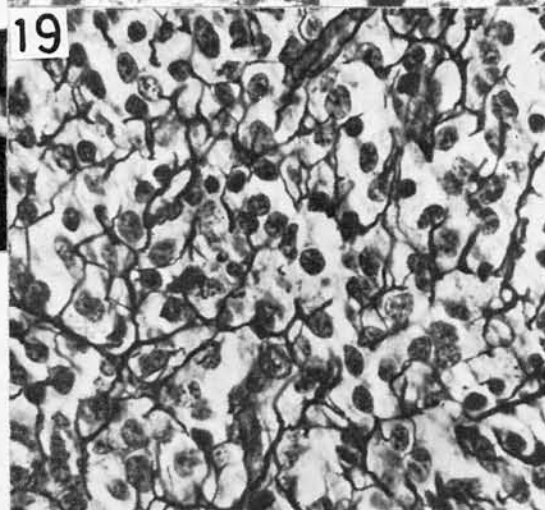
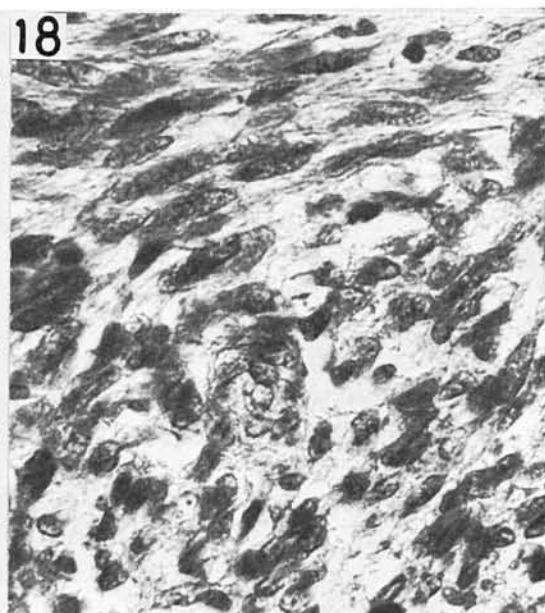
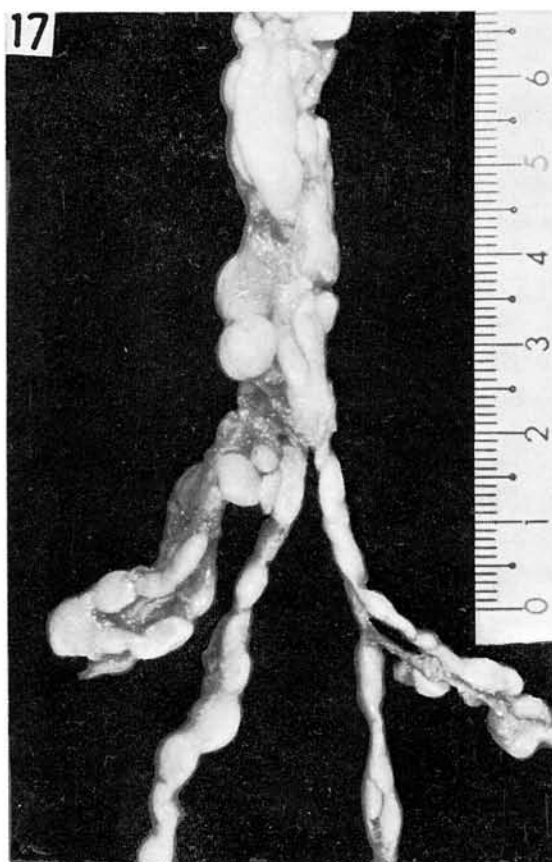
もう一つの問題点は小腸腫瘍が本症の部分症か平滑筋腫かということである。私達は偶発腫瘍より神経線維腫として一元的に理解した方がよいと考えた。他にも消化管の多発神経線維腫の報告があり(鈴木、川瀬)、一方これら腫瘍を多発性平滑筋腫としているものもあり(田崎、余)見解の相異がある。

文 献

更井哲夫、藤原唯朗、嘉村淳太：von Recklinghausen 氏病が悪化し、小腸腫瘍を伴った一症例、診断と治療、61：2075-2079, 1973。(本症例)

新村真人：レックリングハウゼン病に合併してみられた悪性腫瘍—特に神経線維肉腫について—、皮膚臨床、14：365-379, 1972.

松沢一夫、長嶺信夫：病理学から見た軟部腫瘍—神経肉腫と aggressive fibromatosis を中心に—、外科診療、15：531-538, 1973.



Dermatofibrosarcoma protuberans (写真22, 23)

症 例 477 68才, 女

臨床診断: 腹壁腫瘤

昭和28年腹壁腫瘤形成あり摘出したが組織検査の有無, 結果は不明である。昭和38年同部に再発, 摘出する。その後昭和44, 46, 47年にも再発摘出している。

今回は昭和48年2月頃同部の腫瘍にきづき, 4月16日摘出する。腫瘍は表皮と癒着する。

組織学的所見 表皮は萎縮状, 表皮と接して表層真皮から皮下脂肪組織にかけて境界明瞭な結節を形成し, 充実性で硬い。底部では娘結節があり, 周囲脂肪組織に波及する。

腫瘍細胞は紡錘形線維芽様細胞が密に増殖している。上部の大きい結節は胞体淡明, 空胞状で粘液様変化もみられる。核は大小不同をみ, 分葉状, 奇異核も少数みられ, 核分裂像はかなり散在性にみられる。

底部の娘結節は幼若細胞にとみ, 多核巨大奇異核も散見される。

特殊染色で線維性組織の所見を呈する。胞体内にはPAS陽性顆粒を認めない。

腫瘍内には皮膚在来附属器の汗腺毛嚢などが埋没している。

本例は同部に今回を含めて6回も再発をくりかえし, 再発期間が漸次短縮していることは興味がある。

組織学的には dermatofibroma または fibrosarcoma との鑑別が問題となるが, 線維芽細胞で核異型や核分裂をみ, かつ再発をしやすいなど悪性性格をもつ肉腫とするには経過が永く, 浸潤度も比較的限局性で, 両者の中間的腫瘍といえる。しかし再発, 転移した症例も報告されており, 十分な摘出と経過観察が必要である。

文 献

菱本久美郎, 安藤秀治: 隆起性皮膚線維肉腫, 最新医学, 24: 1527-1539, 1969.

浜田克裕, 笹尾哲郎, 大城幸治, 新本 稔, 黄 正宏, 岩森 茂: 興味ある経過をたどった Dermatofibrosarcoma Protuberans の1例, 癌の臨床, 16: 1171-1176, 1970.

血管肉腫 (写真24, 25, 26)

症 例 494 24才, 女

臨床診断: 左上腕腫瘍

昨年9月から左上腕に小豆大の腫瘍形成をみ, 漸次増大してきた。自発痛はない。

皮膚直下に被膜を有するリンパ節様の3.0×1.0cm大腫瘤を摘出した。上下は白色の索状物が付着する。

組織学的所見 腫瘍の一侧はかなり太い静脈壁に腫瘍が浸潤しており, 血管外膜様の結合織で被われており, 反対側はほとんど被膜らしいものはないが, 境界は明瞭,

腫瘍内は一見乳頭腺腫状ないし不規則な管様構造があり, 円形ないし類円形の核を有し胞体のほとんどみられない核優勢な細胞が, 索状に配列し, 小管腔を形成し赤血球を少量入れるところがある。腔形成のほとんどみられない, 一見偽ロゼット様構造もみられる。その他紡錘型細胞が束状に密に配列し, 好酸性胞体が少量みられ, これら細胞集団が一定の方向性をもって配列増殖している。

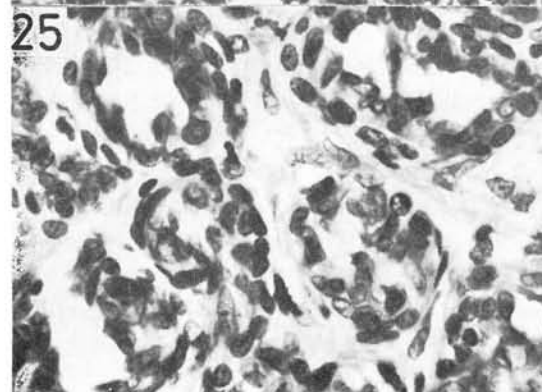
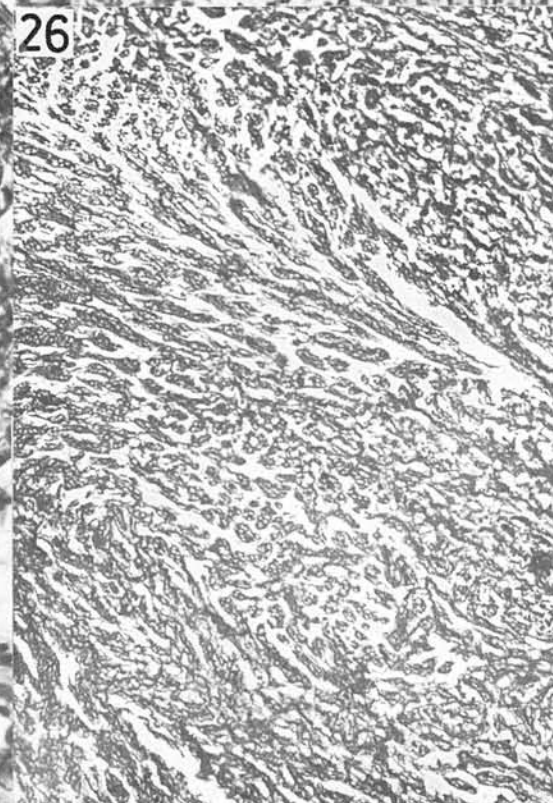
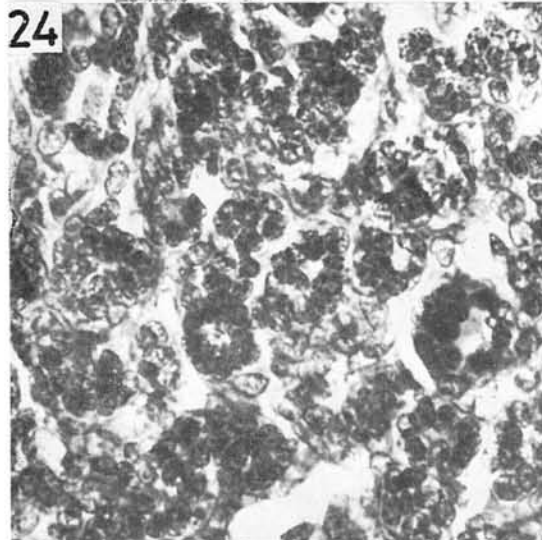
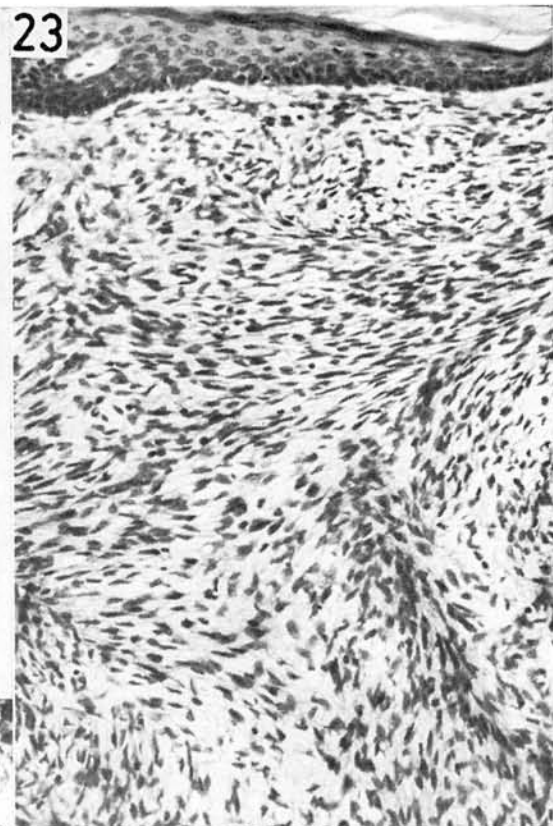
核小体は不明瞭, しかし少数の核分裂像がみられる。銀染色でびまん性に小型の管腔形成をみる。

腫瘍の辺縁は管様構造が明瞭となり, また粗となる。腔内面は一層の内皮細胞で被われ, 毛細血管腫の像を呈する。被膜結合織内の血管壁も層状の幼若細胞よりなり, 非腫瘍性血管へ移行する。

組織学的に血管内皮腫様あるいは血管芽腫といった所見にとみ, 部分的には血管平滑筋腫, さらに毛細血管腫状所見と辺縁ほど分化した血管を形成する。周囲の血管腫様構造からは良性を思わせるが, 中心部は血管肉腫とすべき所見である。

文 献

金子 仁: 軟部組織腫瘍の病理学的鑑別(ことに線維肉腫と血管肉腫について), 臨整外, 4: 227-239, 1969.



胎盤血管腫 (写真27, 28, 29)

症 例 496 25才, 女

臨床診断: 胎盤腫瘍

初産, 新生児には異常なく正常分娩の胎盤辺縁に灰白色充実性の 拇指大結節 (4×2cm) が付着していた。周囲胎盤組織とは境界明瞭で, 容易に分離できた。剖面はほぼ均質である。

組織学的所見 表層の一部が合胞型とラングハンス型トロホプラストをみる胎盤組織で被われている。充実性増殖部は分葉状, 結節形成をみ, 小型の管腔あるいは腔形成の不明瞭な構造物には1ないし2層の血管内皮様細胞が被っている。類円形の核で胞体は乏しく, 管腔形成の密な部分と粗なところがある。

間質は線維芽細胞や, 泡沫状の胞体にとむ細胞, 粘液腫様変化もみられる。銀染色では索状ないし管様構造にとみ, 膠原線維が網状構造を呈し, H.E. 染色の所見とも併せて血管腫と診断した。しかし腔内には赤血球はきわめて少ない。

胎盤腫瘍の大部分は絨毛性腫瘍であるが, これを除くと血管腫は比較的頻度の高いものといわれる。文献的には Shaw-Dunn (1959) の1/72例から Marchett (1939) の1/3500例と大きな離りがある。本邦では夫馬らが1960~1968年までに24例を数えているにすぎない。

その成因として腫瘍説では hamartoma, hamartoblastoma説 (Albercht, Hinselmann, Meyer, 正木) があり, 非腫瘍説では尿管血管の形成異常 (Ribbert 1915), 絨毛融合説, 血行障害説, 炎症説などがある。大きさも種々で顕微鏡的のものから740gに達するもの, 単発から6箇の多発例と種々である。

自験例では胎盤の広範な検索ができなかったので, 個々の説に検討を加えることは控えるが, 組織像からは hamartoma としての血管腫を考えたい。

文 献

大口善市, 大口基光, 花井 潤, 山田朝雄: 胎盤に発生した Angiogenic Tumor の一例, 癌の臨床, 6: 39—41, 1960.

夫馬昌一, 伊藤 敬, 北西正明, 牧野一子, 丸山孝夫: 絨毛膜血管腫の1例, 産婦の世界, 21: 185—186, 1969.

飯田和貢, 城戸一哉, 橋本 茂: 絨毛血管腫の1例, 産婦の世界, 27, 271—272, 1975.

腔壁腫瘍—mesonephric tumor? (写真30, 31, 32)

症 例 466 39才, 女

臨床診断: 腔壁腫瘍

昨年夏頃から時々性器出血があったが放置していた。内診で腔後壁 $\frac{1}{3}$ の部分に鶏卵大の腫瘍形成があり, 広基性なるも, 深部への浸潤はなく, 容易に鈍的に切除できた。

初回の摘出腫瘍は3.5×2.5cm大の充実性, 剖面ほぼ均質, 灰白色, 表面には出血をみる。

組織学的所見 円型ないし類円型核をもち, 胞体は淡明な腫瘍細胞が索状, 管様構造をとりびまん性, 蜂窩状に狭小な間質, 毛細血管によって分画されている (写真30, 31)。

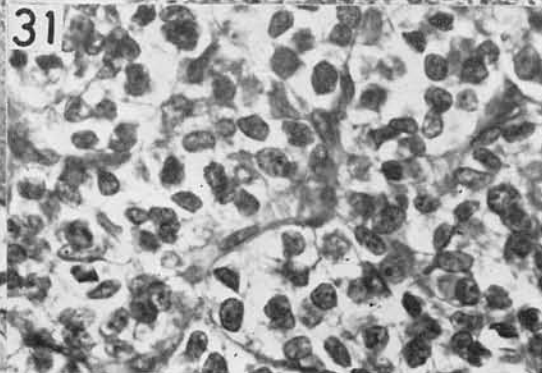
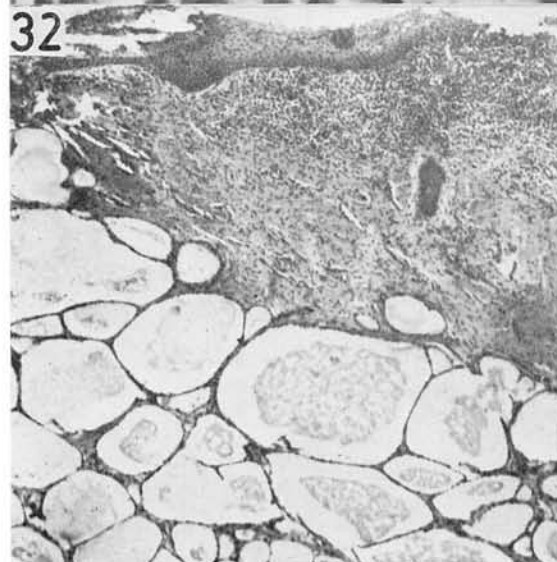
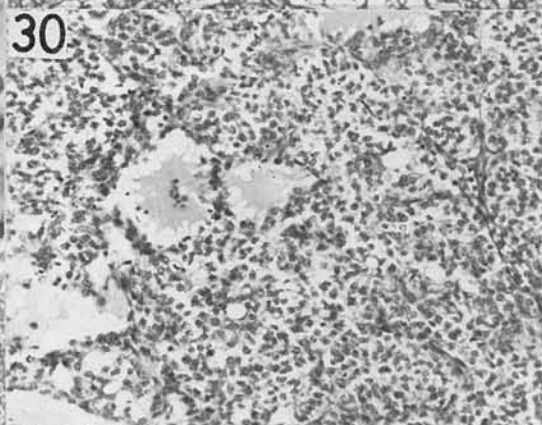
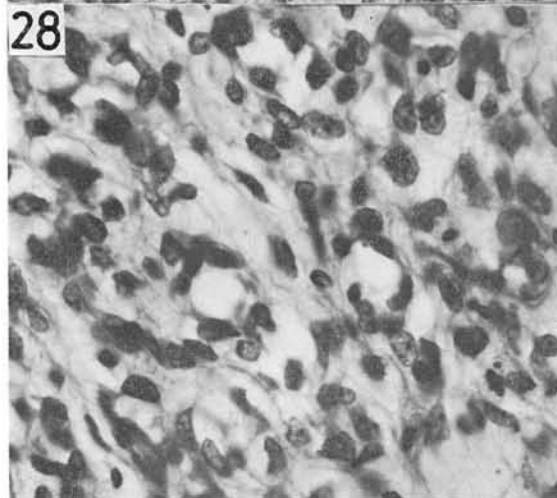
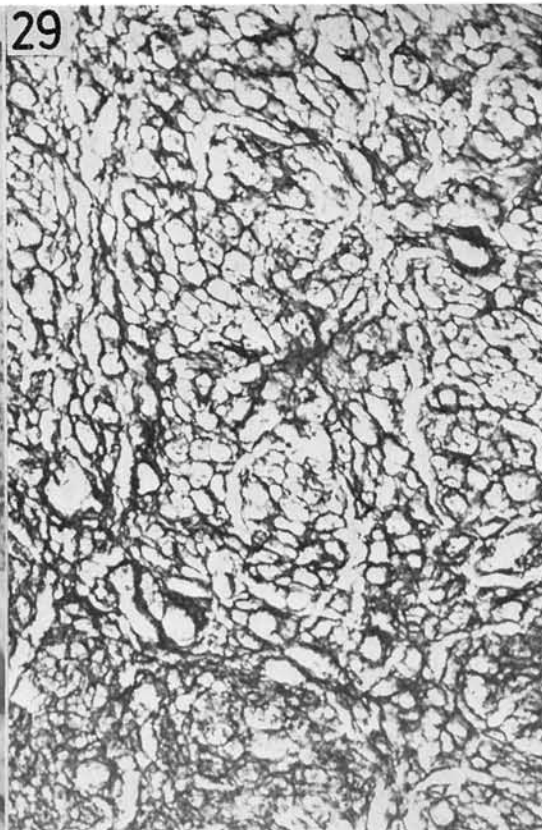
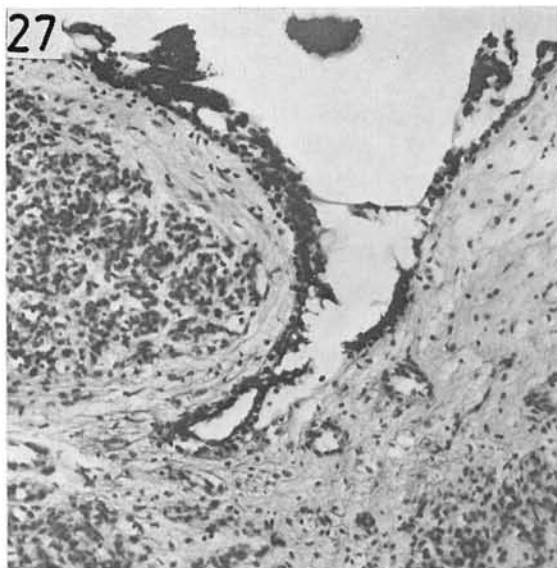
表面は出血と好中球を混ざる線維素が付着し, 潰瘍形成と萎縮した扁平上皮が残存する。

腫瘍細胞は淡明, 微細空胞状を呈するが, PAS 染色で陰性, 銀染色で管様構造が蜂窩状に銀線維で境されている。

Mesonephric origin を疑い, 腔壁残部を切除, 腫瘍付着部は潰瘍形成をみるが, その周囲は重層扁平上皮で被われている。潰瘍部を中心に粘膜下組織に囊腫状に拡張した腺組織が増殖し, 腺上皮細胞は立方あるいは扁平化し, 腔内にはエオジン好染性の分泌物を入れている。

充実性増殖および初回腫瘍との間に明らかな移行像をみない (写真32)。

一見全く異なった形態をとる腫瘍性増殖物の組織発生について, 腔壁粘膜下組織の囊腫様拡張腺構造が, 腔内充実性腫瘍の増殖にともなう分泌腺の貯留囊腫と解すべきでないかとの意見もあった。事実両者の間には移行なく, 相接しているにもかかわらず組織型に差があり, 腫瘍の組織多様性として説明しにくい。腔壁由来の腺癌として mesonephric origin のほか vestibular gland origin のものがあり, とくに後者は組織発生上 cribriform type の腺癌をみることもあり, この点から前庭腺由来を考えたい。また両組織を一元的に理解したいのであるが, 形態学的にむずびつかない。患者はその後経過観察中であるが, 再発をみていない。



Benign osteoblastoma ? (写真33, 34)

症 例 490 46才, 男

臨床診断: 左骨盤骨腫瘍(良性)

13年前から左坐骨神経痛様疼痛のため医院を転々して, 某病院から当院へ紹介された。

左腸骨部のびまん性腫脹をみ, X線写真で腸骨は多胞性透明巣を呈し, 表面は凹凸不平となり, 外方に球状に膨隆し, うすい骨殻で被われている。腫瘤骨陰影は泡沫状または蜂窩状の溶骨性像を示す。骨外への破壊浸潤はみられない。

昭和48年5月28日穿刺生検で骨梁性の類骨組織の形成とその周囲を骨芽細胞あるいは線維芽細胞の増殖をみ, 部分的に凝血やヘモジダリンの沈着がある。明らかな内皮細胞に被われた血管様構造はみられないが, X線像とも併せて *aneurysmal bone cyst or fibrous dysplasia* を疑った。しかし標本が小さく確診しかねたので7月6日再度開放的に生検材料を採取した。前回に比し類骨組織が増殖し, ほぼ正常に近い骨梁に移行する。新生骨梁の周囲には一層ないし数層の骨芽細胞をみる部や, 骨芽細胞のみられない部もあり, 線維芽細胞の増殖は前回に比し乏しい。一方では密に新生類骨組織をみるが, 多核巨細胞はみられず, 悪性腫瘍の所見はない。鼠径部リンパ節は示指頭大, 反応性病変, X線像からは *aneurysmal bone cyst* あるいは *giant cell tumor* が考えられるが, 組織学的には血管様構造なく, また多核巨細胞もみられず, これらを積極的に支持する所見に乏しい。

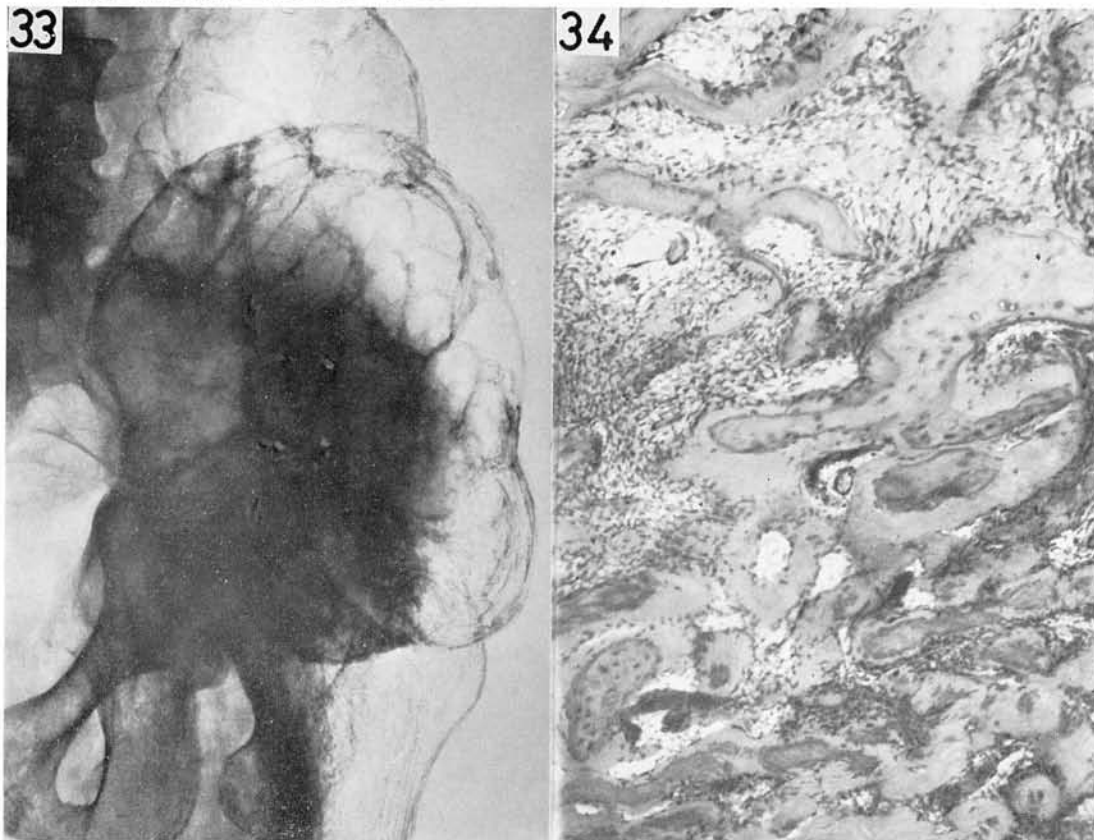
Fibrous dysplasia には間質の線維性増殖なく, 又骨梁周囲に骨芽細胞をみるなど否定的である。骨芽細胞増殖とともに類骨組織形成の所見から *benign osteoblastoma* を疑った。

文 献

Jaffe, H.L.: Tumors and tumorous conditions of the bones and joints, benign osteoblastoma, 107—116, Lea & Febiger, Philadelphia, 1964.

天児民和編: 骨・関節X線診断図譜, Ⅲ, 骨腫瘍, 金原出版, 東京, 1970.

日本整形外科学会骨腫瘍委員会編: 骨腫瘍カラーアトラス, 医学書院, 東京, 1973.



後 記

1973年の検討会症例記録集が通算10号としてやっと出来あがった。年々予定が遅れ難産するようになったが、当初はここまで続き、こうして記録が残されてゆくことを夢とはしても予想しなかった。幸い会員の諸先生の熱意によってここまで続けられたことを世話役の1人として予期せぬ喜びである。

その間会員も変り、それぞれ御栄転になり、新しい任地で御活躍の先生もおれら、発足当時の会員は今川、山本司両先生と私の3人となった。しかし県立中央病院に重松、田尾先生、愛媛大学医学部の諸先生もこれ、さらに1974年からは医学部の充実にもない、大世帯となり、今までと異なった立場で研究会が発展してゆくことを期待している。

会のあり方などいろいろと問題になったこともあるが、とにかく和気あいあいと楽しく、会が続き、多くのことを学ぶことができた。

本会でもっとも恩恵をうけたものは私であったと諸先生方の御指導に感謝している。

10号記念として本会のため絶大な御援助をいただいている前県医師会長、現県がん予防協会長、今川七郎先生からお祝の言葉をいただいた。また市医師会ははじめ各施設の御理解なくしては本会の今日はありえなかったもので、ここに厚く御礼を申し上げる。

とくに今回は1974年度の日本対がん協会より地方研究助成金の交付をうけ、本誌の発行がなされたことを記し、感謝する。

S.M.記

昭和50年3月1日 印刷

昭和50年3月10日 発行

発行所 松山市堀之内13 TEL ㊦3111

国立松山病院研究検査科内

愛媛県臨床病理研究会

印刷所 松山印刷有限公司

松山市木屋町1丁目5番 TEL ㊦3141-4

