

〔症例検討会〕

膀胱癌症例

日 時：昭和38年2月22日

場 所：東京女子医科大学第一臨床講堂

(発言者)

外 科：織畑秀夫教授・榊原 任教授

放射線：石原純一助教授

病 理：松本武四郎教授

衛 生：石津澄子講師

司 会：梅津隆子助教授

文責および受持医：吉田美喜子講師

(受付 昭和38年4月30日)

梅津：膀胱癌症例について御検討戴きたいと思
います。

膀胱癌は悪性腫瘍による死亡の 3.2%を占める
もので、比較的少ないものと言えますが、年と共
に増加の傾向がみられます。

本症は他臓器腫瘍と同様に、原因不明のいわゆる
Spontaneous bladder cancer のほかに、職
業性のもののある事が注目されております。すな
わち、1895年 Rehn が Anilin 染料工場の労働者
に膀胱腫瘍の多い事を報告して以来、臨床例なら
びに、 β -Naphthylamine をはじめとする種々の
芳香族炭水化合物を用いての実験的膀胱癌が報告さ
れています。臨床的にみますと、良性の乳頭腫と
Krebs との関係、および Totale cystectomy を
行ないます事の可否、および Totale cystectomy
に伴う尿路の変更等が泌尿器科的に問題となつ
ている疾患でございます。今日御検討願います症
例は63才の女子で、すでに末期の状態で入院して
きまして何ら施す術もなく、また検査成績も不十
分ではございますが、Sektion をして戴きました
のでこの例について御検討願いたいと思ひます。

そのあと時間の残りましたところは、英国で職業
性の膀胱腫瘍について研究して来られました衛生
学講師で労働科学研究所の石津先生に膀胱癌の早
期診断、職業病としての膀胱癌といったものにつ
いてお話していただきたいと思つています。まず
症例につきまして、受持の吉田から報告致しま
す。

吉田：患者は63才の女子でありまして、現在無
職であります。30才代まで祇園の芸者をしてい
たと言つております。

初診は昭和37年7月31日。主訴は終末時排尿痛、
頻尿、左側腹部腫瘍であります。

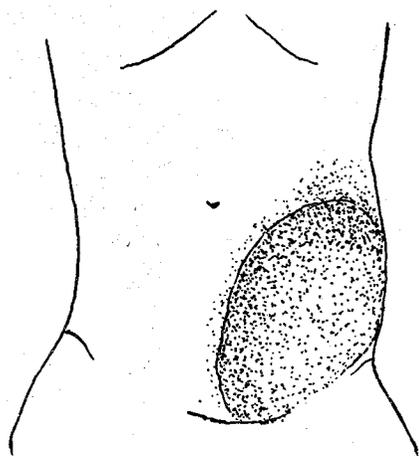
現病歴を申し上げますと、37年3月頃から、無
症候性血尿を認めましたが2、3日で消失致しま
して、その他の Beschwerden はありませんでした
ので放置していましたが、同年5月頃から頻尿を
認め、昼間7～8回、夜間2～3回を数えるよう
になりました。同時に下腹部から Schamlippe、左
の Bein にかけて浮腫を認めるようになりま
した。この頃から排尿終末痛が出現致しまして、
排尿回数は昼間9～10回、夜間5～6回以上に及

び、尿意促進を訴えるようになりました。某医の治療を受けましたが軽快致しませず、7月中旬頃から左側腹部の腫脹に気づき、38度から39度台の熱発を來たしまして、全身状態悪化の傾向がありましたので本院婦人科に入院致しました。婦人科的には所見なく、尿道癌の疑いで7月31日泌尿器科に依頼されました。たゞちに膀胱鏡検査を行ない、Blasenkrebsの診断のもとに転科入院したのであります。

既往歴を申し上げますと、33才で肺浸潤、34才胃潰瘍を経過しましたが、その他に著患を知りません。

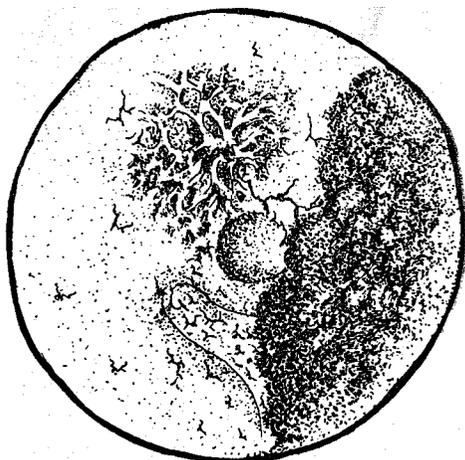
Genussmittelとしてはタバコ1日に約10本～20本程度と言っております。特にKrebsのBelastungは認められませんでした。

現症を申し上げますと、Staturはmittelgroß, Knochenbauはmittelmäßig, Ernährungszustand reduziert, Gesichtsausdruck leidend, Gesichtsfarbeはanämisch, PulsやAtmungは正常であります。Blutdruckは130から90mmHg



第 1 図

体温は38.2°C。次に腹部は(第1図) diffusに auftreiben しており、特に左側腹部膨隆は著明でありまして、上縁は Nabelhöhle, 内縁は正中線, 下方は Symphyse の後面に入る derb な Tumor を触れ、境界は比較的明確で、圧痛を訴えますが、bedeckte Haut は異常ございません。



第 2 図 膀胱鏡所見

Niere は両側共に明らかに触れることはできませんが、左側は leicht druckempfindlich で、痛みは左の側腹に向つて放散します。Blasengegend は druckempfindlich, 外陰部は atrophisch であります。vaginal からの双手触診法で、Urethra は小指大 derb な Strang として触れ、更にその左側上部に鶏卵大の derb な Tumor を触れました。Tumor は druckempfindlich でありまして、更にその上部は、前に述べました左側腹部の Tumor につながつております。

次に膀胱鏡所見(第2図)を申し上げますと、膀胱容量は100cc以下で、膀胱粘膜は全体に濁濁し、三角部左半部から左側壁、上壁にかけて breitbasig で膀胱内腔に半球状に隆起した Tumor が見られます。表面は汚穢褐色を呈し、左尿管口は Tumor に隠れて確認することはできません。右尿管口は spaltförmig, Kontraktion は mangelhaft であります。Harnstrahlen はよく認められました。Boden から上壁にかけて肉柱形成あり Divertikel を思わせる陥凹部がございました。Indigo carmin の排泄は右初発2分50秒、濃青4分20秒で正常であります。左は15分を経過してもなお排泄はみられませんでした。

次に膀胱撮影の所見(写真1—4)を申し上げますと、10%ヨードナトリウム100ccを注入して行ないましたが、膀胱は不正形を呈し左側壁の欠



写真1

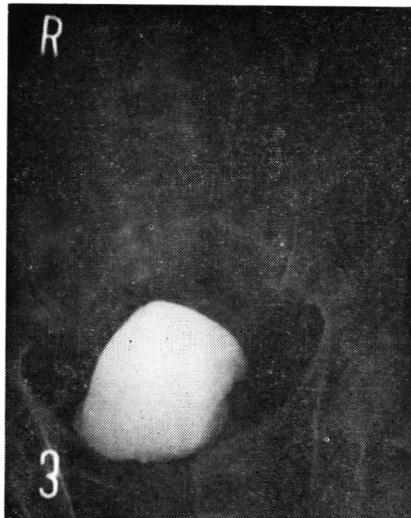


写真3

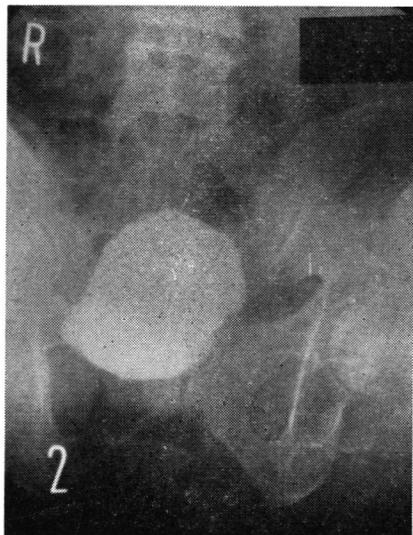


写真2



写真4

損。底面撮影で底部後面に Füllungsdefekt と Divertikel が認められました。写真4に Divertikel が見られます。

次に静脈性腎盂撮影では Urografin 20cc 静注し5分、20分で撮影致しました(写真5), Darmgas のために写真は明確を欠くのでありますが、左側は全く造影されず、右側は一応造影されており、特に腎盂、腎杯の拡張、通過障害は見られませんでした。

次に尿の所見を申し上げますと、導尿により得

た尿についてみますと、外観は帯黄色、軽度の濁濁、反応はアルカリ性、比重は1024、蛋白はズルホ1滴で(+), 糖(-), Urobilinogen(+), 赤血球1視野に10~15個、白血球1視野に1~2個、Epithel 中等度陽性、異形細胞と思われるものが陽性に出ています。Cylinder や Salz はございません。Bakterien も陰性でございます。

血液所見は、Hämoglobin は Sahli で69%, Rote 346万, Weiße 11800, Hämogram には著変はみられませんでした。血沈は30分 108, 60分 129, 2時間 131mmHg であります。PSPは30

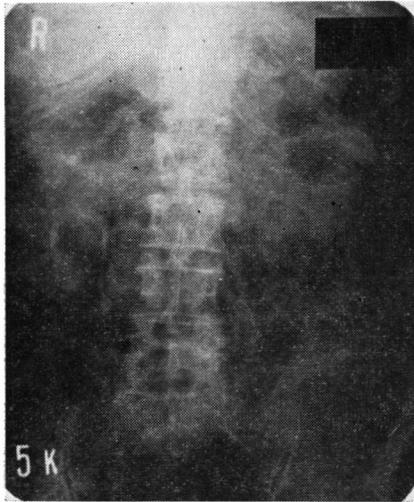


写真5

分15%, 60分25%, 2時間総量45%しか出ていません。BSP14%, NPN31%, アルカリフォスファターゼ 4.5, 酸フォスファターゼ 0.9であります。

次に経過を申し上げますと、入院以来患者の全身状態は悪化するばかりでありまして、各種の検査に耐え得られず対症療法を行ないながら経過を観察しておりました。この間、左側腹部腫瘍は縮小、増大の傾向はございませんでしたが、圧痛は増強してまいりました。体温は常に37~38.5°Cを上下し、Miktionsbeschwerde はいよいよ強く、特に尿意促迫甚だしく、排尿回数は15~16回から20回に及び、ついに Inkontinenz の状態となりました。この間、Harn には大腸菌の出現をみましましたので抗生物質の投与を行ない、全身的にはマイトマイシン、エンドキサンの注射、あるいは経尿道的にマイトマイシンの腫瘍内注射を行ないましたが、急速に膀胱容量が減少して50cc以下となり、検診台上に患者を上げる事すら容易でない状態になりましたので、腫瘍内注射は3回で中止のやむなきに至りました。しかしこれらの治療にもかかわらず尿所見、全身状態、腹部腫瘍の改善は全くみられませず、白血球数は常に10,000~12,000に及び、そのうちに腹部腫瘍の *bedeckte Haut* に *Rötung* がみられるようになりました。尿量は

次第に減少し 300~500ccとなり、9月中頃から全身状態は全く不良となりまして呼吸困難はなほだしく、意識は濁濁し、9月23日遂に死の転帰をとりました。この間、NPNは大体27~30位の程度でありました。

梅津：以上のような経過を取りまして死の転帰をとつたものでありますが、以上の経過、症状を要約致しますと、まず第1に無症候性血尿がくりかえされた事、それにつづいて第2に膀胱症状、第3に排尿障害、第4に膀胱鏡的に *breitbasig, höckrig* な Tumor を認める事、これは双手触診法によつて、固定された Tumor であつたこと、第5に左の側腹部から *Beckenhöhle* におよぶ *druckschmerzhaft* な Tumor 第6に38.5°Cに及ぶ *Fiebersteigerung* があつたこと、第7に左腎機能障害、全身衰弱、死亡という経過をとつたものでございます。無症候性血尿の頻発しました事、排尿障害のあつたこと、および膀胱鏡的に明らかに Tumor を証明できまして、膀胱癌であるということは容易に診断できたのでありますが、ここで一つ私共が首をひねりましたものとして、左の *Seitenbauch* から *Symphyse* の後面に及ぶ *druckschmerzhaft* な Tumor と *Fiebersteigerung* であります。これは当然、これだけの膀胱に高度の腫瘍があると、膀胱周囲炎、ひきつづいて膀胱周囲膿瘍、これは当然考えなければならないのですが、あまりにも範囲が広い事、それから左に片寄りすぎている事からただちに膀胱周囲膿瘍と診断する事ができませんでした。その他には膀胱癌の場合の *Komplikation* の70~80%を占め、死因の40~70%を占める *Hydronephrose* これに続いて起る *Pyonephrose* 更には腎周囲膿瘍など考えたのでございますが腎周囲膿瘍としましては *Niere* と Tumor との間に間隔があること、*Niere* と明らかに分れて触診されましたので診断に首をひねつたわけであります。このような場合に何か他に外科的に、婦人科的に考えるものがございますかどうか、外科の先生如何でございましょうか。織畑先生いかがでしょうか。

織畑：先程の繪で拜見したような下腹部からの

大きな膨隆する Tumor は外科ではあまり見た事がないので、私も非常に興味をもっているわけです。以前私どもの科で、あれよりはもつと上の方ですね、相当な Anschwellung のあつた例で、これは腎周囲膿瘍という感じのもので、切開して持続排膿することでおさまりました。確実な原因はわかりませんでした。あとは炎症のないもので後腹膜の Tumor という事で手術した例で、腎臓の前方の Cyste がありました。やはりもう少し上の方にある Tumor で、下の方というは私どもの経験では一寸思い当りません。大変興味があります。

梅津：どうもありがとうございました。その他に何か御意見ございませんでしょうか。それでは Diarrhoe と Verstopfung, Defäkationsschmerz などからあるいは Darm の関係でもあろうかと思ひまして、放射線科の石原先生に Brust と Magen, Darm の検査を行なつていただきましたので石原先生お願い致します。

石原：御依頼によりまして、一応型の如くに胸部から単純透視を致しましたところ、まず胸部には相当広範囲に円形のいろんな大きさの入り交つたような Schatten, つまり悪性腫瘍の存在を思わせるような像を認めまして、それは別に撮影致しました(写真6)。

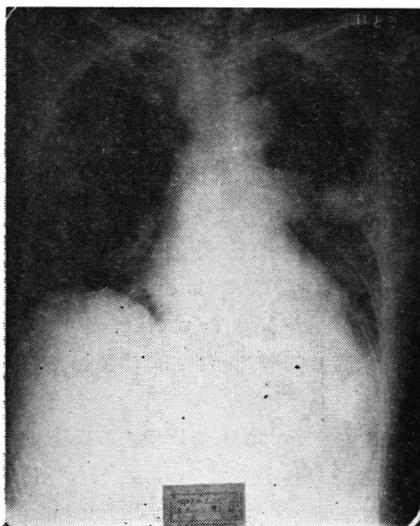


写真6

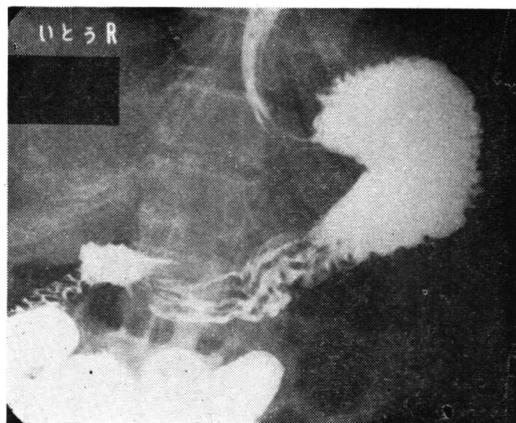


写真7

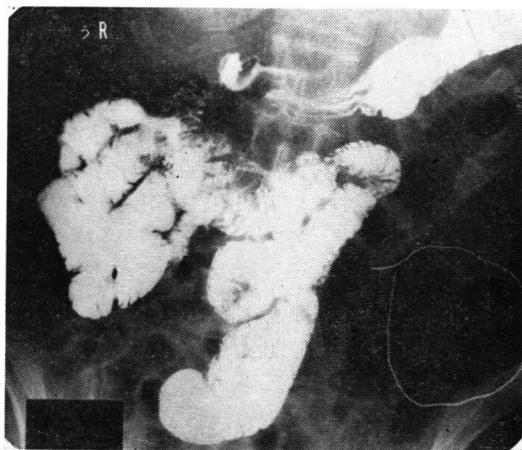


写真8

続いてバリウムを投与しますと、食道は割に異常なく通過し、胃の中に入つて参ります。患者が重症でありましたので、立位の検査はできず、すべて検査は背臥位で行なつております。この最初の Magen の写真を見ますと(写真7) Schleimhautrelief, その他特に異常はなく、またバリウムの排出にも特に異常は認められませんでした。この場合に丁度 Magen の大彎側を圧迫するように相当 Gas がたまつているような像がみられています。これはしばらくおきまして、小腸と Tumor との関係を見たわけですが(写真8)、白い線の入つているところが外から触れた Tumor を示すビューズでございます。これを見ますと、バリウムはまだ空腸のみしか造影していませんが、Tumor のある部分は非常に沢山の Gas 像

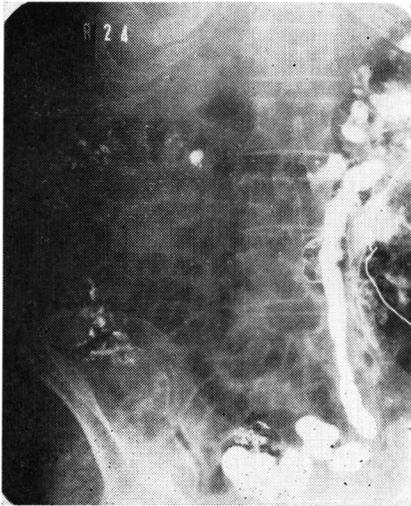


写真9

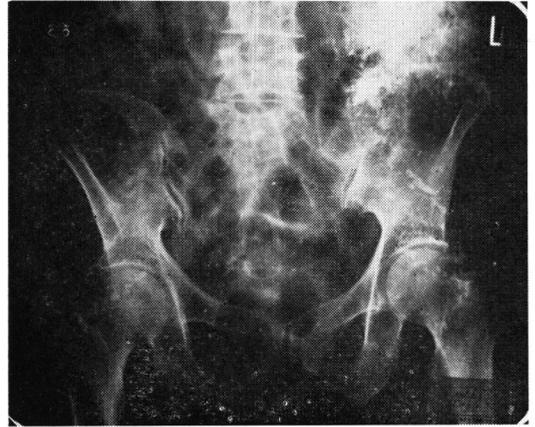


写真11

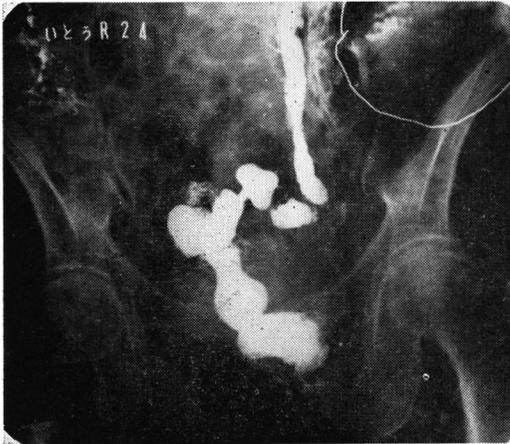


写真10

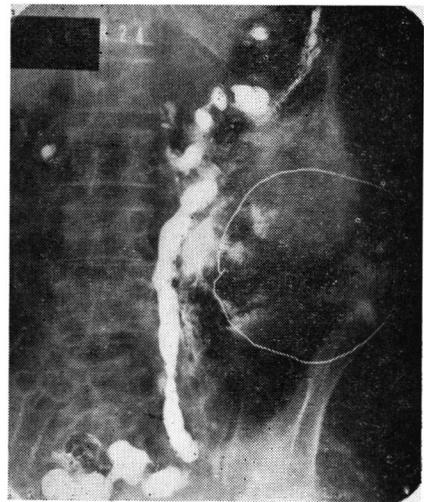


写真12

が見られると同時に、これに接して、梯子のような形に見られる *Darmschlinge* 様のものがありまして、全体として空腸は右の方へ圧されているような印象を受けます。しかしながら *Tumor* とは直接の関係はないということが解るわけです。小腸の続きをもう少し見たかったのですが、患者さんの状態が良くなかったものですからこの日は一応中止して翌日もう一度これを検査しました(写真9, 10)。そうしますと、下からこれが *Rectum*、これに続くS字状腸、それから下行結腸ですが、先程の写真で、丁度梯子のような形をした *Darmschlinge* が見られると申しましたのは

丁度これに該当するようで、すなわち *Tumor* と *Colon* とも直接関係なく、むしろ圧迫されているに過ぎないということがわかります。この場合に疑問になつた事は、先の写真8をよく見ますと、*Tumor* のある部分 *lateral* の方、*Gas* 像の中にこまかいあたかも *Kerkring* の *Falte* のような像が見られ、最初はその空腸があるのではないかと感じたのですが、こういうことで空腸とも関係がない、*Colon* とも関係がないということになつたのであります。しかしながら翌日の検査ではここに何かバリウム様の *Schatten* が見られ、腸に関係のないものでここにバリウムの

Schatten が見られるということは解決ができません。どこかに何かの異常があつて、腸と続いているのなら別ですが、普通であれば全くそういうことはないはずです。それが最初考えてよく解からなかつた点ですが、これはあとでは解決しました。とにかく消化管の検査を通じて Tumor と消化管とは一応全く無関係であるともいふきれないということに達したのです。これとは又別ですが、石灰化像が相当あちこちに見られています(写真11)。これも腹腔内の石灰化であれば腹腔内のリンパ節、あるいはその他考えられるのですが、腹腔外にもカルクがついており、その点よくわからないので教えていただきたいと思います(この写真は消化管検査後6日を経ているが Tumor の部分にはいまだバリウムが残留している)。結論として残つたのは、今のことと、バリウムの残留といえますか、Tumor の中にそのようなものが見られるということです。もう一枚写真が残っていますが(写真12)、これは下行結腸と Tumor との関係をよくみるために写したものです。上の方に先程疑問に思つているところをもう少し良く出しています。こういうふうな具合で、確かに結腸は別にあるのですが、その他にこのようにもやもやしているものがあつて、どうも小腸の連続でもないみたいで、これが疑問になつたところです。疑問になつた所の解決はあとで病理の方の結果で納得できると思うのですが……。今のところは特に Tumor と Magen, Darm とは直接の関係はないということにしておきます。遠くからではおわかりにくいかもしれませんが、ここに Brust の写真が出ておまして、相当広範囲に結節状大小不同の陰影がありますが、こういうようなのは恐らく悪性腫瘍の転移と考えると良いというような像であります。

梅津：どうもありがとうございます。何か御質問、御意見はありませんでしょうか。

榊原：硬いのですか？

梅津：はい、derb でございます。

織畑：最初 Tumor の部分には造影剤がみえなかつたのに、後では造影剤がみえたそうですが、

その点をもう一度うかがいたいのですが。

石原：空腸の造影されている時期には中にバリウムが全然入つている様子はありません。ところが24時間後ではバリウムが彌漫性に入つているような印象があり、場所的に Tumor として触れたところに出ているということが非常に疑問だつたわけです。

織畑：それでは先生のお考えですと始めには陰影のなかつたものが、Colon の内容のバリウムが出たために陰影ができたというわけですか。

石原：小腸が造影されている時期にはなくて、大腸が造影された時期にこれがあるとすれば、やはり大腸となんらかの関連があるということも考えてよいのではないかと思います。

梅津：他に何かありませんでしょうか。それでは以上のような Befund から、或いは Darm と関係があるのではなからうかという事で、Punktion を躊躇致しまして、そのうちに、その腫瘍部の bedeckte Haut に Rötung および Ödem が出て参りました。そして全身衰弱を起して sterben したわけでございます。そこで直ちに、病理解剖をお願い致しましたので病理の先生にお願い致します。

松本：では病理解剖所見の面から、特に梅津先生が問題にされました事を中心として御報告したいと思います。まず膀胱癌ですが、これは臨床的にもうすでに診断がついていたことでありまして、むしろ病理の方としましては、こういうふうな臨床的に診断がついた膀胱癌が、臨床的に直接見られないところの範囲では、いつたいどういふふうな広がりをしていたかという事、それからまたこういう癌があつた事がこの個体に対してどれだけの方面に影響していたかということなどに焦点をあてて申し上げることになります。

まず膀胱癌を一応お目にかけます(写真12)。御覧の通り非常に広範囲に広がつていまして、こうやつて見ただけではどこがどこか一寸はつきりしないくらいですが、よく見るとかえつて普通よく侵されやすい三角部のところは比較的免れております。しかしもともとこの三角部が癌の場合よく問

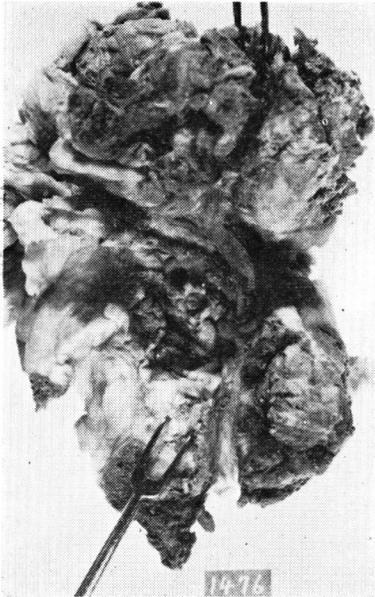


写真12

問題になるというのは、御承知の通り尿の出入りの部分、つまり **Ureter** の入ってくる所や、**Urethra** の出ていく所というような、いわゆる **Grenzzone** に一般に癌ができやすいということによるわけです。その意味では、この例もあながち例外ではありません。と申しますのは先程の御報告でも現われていましたけれども、左の **Uretermündung** の辺りは非常に強く侵されておつて、恐らくやはりその辺が中心地になつたのではないかと思われるからです。ただなにしろ解剖の時には臨床のあの繪で御覧になつたのよりは、更に時が経つて一段と進んでいたのだらうと思われます。しかもこの例では、後で組織標本でもお見せするように非常に **Nekrose** が強い。そしてこのゾンデの入っておりますところでは、この **Nekrose** がきわまつて穿孔が起つている。左の方へ今ゾンデが入っておりますところが穿孔している所です。こういうふうな左の方へ抜けたというのは、先程臨床の繪であつたように、左に最初癌が発生したという事、したがつてそこが壁層を完全に一番早く侵しておつたことと関係があると思ひます。そこで次の問題は今度穿孔をおこした先の成り行きです。レントゲン写真と照し合わせてもわかることですが、穿孔した先きは恥骨の上縁に突き当

る。しかも位置の関係から当然恥骨の上縁の内側に突き当つている。それが今度はそのままずつと **Becken** の **Knochen** を伝わつて上つていく、恥骨の上縁から腸骨の方へ入つていきます。腸骨は相当広範な、お盆のような形で、この場合の膿瘍化の拡がりの拠りどころになつてきたわけです。そしてその骨の面に沿いながら、ここをなおずつと進んで参りまして、一部腸骨の上縁を越えた。しかもこれがこのまゝ限局しないで、更に膿瘍はずつとこの上へ上つて来まして、腎臓の **Fettkapsel** の外側をかすめて、第11、12肋骨の辺りまで広がつています。何故こういうふうな形で進みえたかといひますと、結局は **Bauchhöhle** との関係だつたと思われます。つまりいきなり **Bauchhöhle** の方へ抜けければ全然違つたコースをとつたはずなのに、最初に骨の方へ当つて、骨と膀胱の間へ限局されたあとは、骨を一つの道しるべとして進んでいきまして、あとは **Retroperitoneum** の外側へ出ている。そして筋肉と皮下の間にずつと広がつていく。しかもここまで来てもなお腹腔へ出ずにすんだというのは、丁度この繪にございますように、**Colon descendens** がこちら側の **Barrier** になつていたからです。この場合、この広汎な膿瘍の一番もとの原因は **Tumor** の壊死による穿孔に違いありませんが、別に腫瘍自身はこの膿瘍壁に来ておりません。どこを見てもこれは膀胱の中の **Nekrosemasse** から二次的に感染した膿瘍というだけのものであります。まあこういう膿瘍であつたからこそこんなに順調に進めたのであつて、**Tumor** だけの力ではこれだけの範囲をそう簡単にはつぶせなかつたらうと思われます。とくに皮下から **Muskel** にかけては **locker** な **Gewebe** だけで、バリヤがなかつた。これがその辺の拡がりをとくに容易にしたというわけです。実際剖検時には皮膚に何か丹毒のような感じのする発赤ができて、**Ödem** が来て、硬結が来ていました。そういうことで一応これが本当の意味の **Tumor** であるか、**Tumor** 以外のものであるということ、また位置の関係、膀胱との関係などを含む因果関係が明らかになつたわけです。それではこの膿瘍領域にさき程おつしやいましたように、バ

リウムが何か不完全な形で現われたのはどうということかと言いますと、それは **Colon descendens** の状態と関係があります。先き程これが唯一のバリヤであつたと申し上げましたけれども、**Colon descendens** 自身としましては、これは膿瘍の壁をなしていたわけでありまして、膿瘍が **Colon descendens** の壁に直接当つていた関係上、この壁の3カ所ばかりの所で膿瘍の側から **Colon** の内腔の方へ穿孔が起つて、小さい穴が3つばかり開いていた。恐らくそここのところから造影剤が膿瘍の中へ入つたものでしょう。なお連続性という点から言えば、この **Darmbein** を越えて下方にも膿瘍があるのですから、長い時間たてばこちらの方でもバリウムが来られたかもしませんが、何しろその膿は非常に濃厚などろどろしたものでありましたから、バリウムもなかなか拡がりにくかつたことと思われまふ。

先程梅津先生が総括でお話になりました **Fieber** は、恐らくはこの膿瘍がその原因の一半を負つていたものでしょう。しかも全原因を膿瘍に帰するわけにもいかないのでありまして、この例はもう一つの **Befund** として、**Lunge** の **Metastase** から、また二次的に誘起された肺炎が見られています。その肺炎がどんどんどんどん拡がつて、**kombinieren** していつたという状態が見られるのです。臨床経過の最後に呼吸困難が起つたということですが、この呼吸困難の進みと **Tumor** が肺の中に占めていた容積は、必ずしも相応していない。**Tumor** はかなり早くから肺の中に位置を占めていたし、それ自身としての成長もありますけれども、**Tumor** の成長だけでは末期に俄かに呼吸困難が現われたことの説明は困難です。それにはどうしても肺炎の役割りが大きく前景にでている。したがつて段々後になればなる程、全身症状、とくに感染症様の症状の一部は肺炎が関与して来るということになります。まあ大きな肉眼的関係は大体そんなところのございですが、この後で組織所見を若干お目にかけようと思ひます。

ここで組織所見をお目にかけるのは、要する

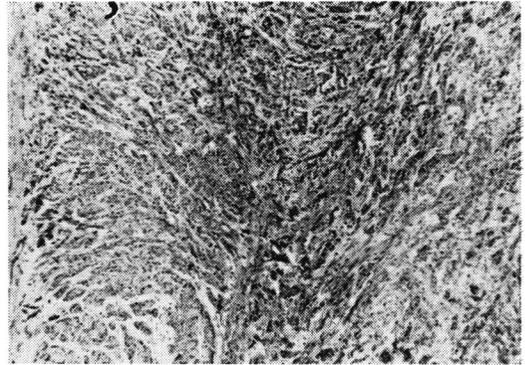


写真14

に、これだけのものがあつたという事が第一ですけれども、またこの際一般の **Tumor** の診断で臨床の方と関係の深い話として申し上げたい事もあるのです。というのは、この腫瘍が一つの良い例なんです、最初に起つた部位ですね、それとこれがだんだん拡がつていつて、方々へ **Metastase** を作つた状態とを比べてみますと、そういう **Tumor** の領域の拡大に伴なつて、形態の上で大きな変化が起つている。大体臨床的に **Tumor** の **Biopsiy** をやられて病理の方へ出されるのは、まあ **Metastase** の場所からの事がずいぶん多いわけなんです、**Metastase** によつて **Primärtumor** を診断するという事は、一寸考えて非常に簡単なようで実は非常に難しい場合がありうるわけです。そういう点もこの例から一応御覧になつていただきたいと思ひます。まずこれは最初の原発部の辺ですが、明るい細胞が沢山並んでおります(写真14)。ここは大体移行上皮型です。ところがこれが進んで行くに従つて、いろんな **Bild** をとつております。次のスライドは少し **Nekrose** になつている。そして癌細胞は段々 **trabekulär** の形をとつている(写真15)。ところが次の標本になると今度はこんなにばらばらになつて、強い異形を呈しています(写真16)。したがつて例えばこういう所を一部採つて来て、これが **Übergangsepithel** から出た **Krebs** であるかどうかといわれても、もうすでにこの状態からでは判定は困難です。これは一寸大きくしたところですが、ここでばらばらになつた大型の細胞が自分自身として

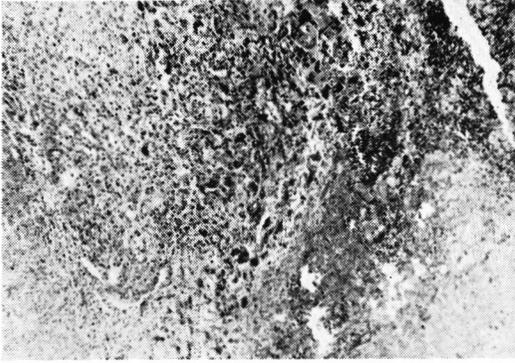


写真15

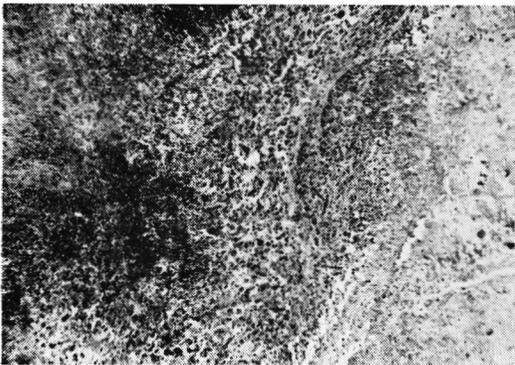


写真16

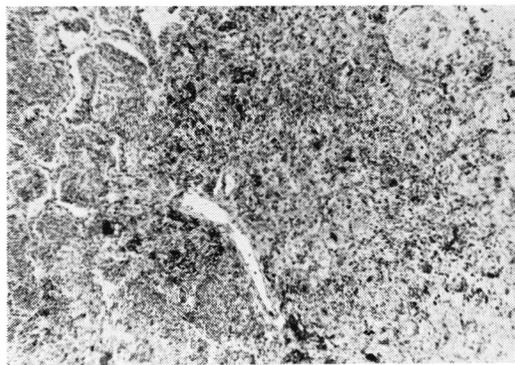


写真17

も Nekrose に陥ると同時に、周囲組織に対しても随分破壊力を発揮して、とくに血管を随分破壊している。また大きな細胞の中には多核性のものもある。こんなところを見ると、うつかりすれば Chorion epithelioma と間違えかねないくらいです。結局この人は、どうも原発部に近いところだけで Übergangsepithel の性質を保持して、

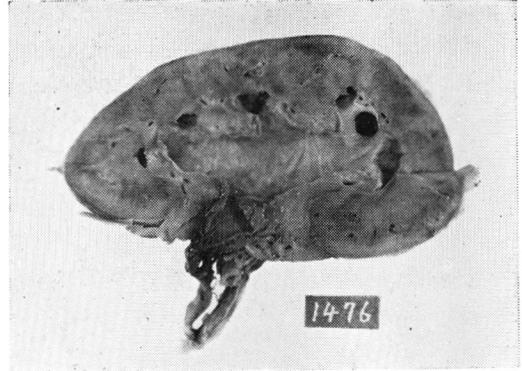


写真18

あとの大部分はこういう異形な Chorion epithelioma がかつた形になつているという訳です。Lunge も御覧の通りで(写真17)、やはりさつきのように Chorion epithelioma がかつています。そして Tumor がここまできていて、こちらが肺組織ですが、本当に Rand のところまでこんなにひどい Nekrose に陥っております。こんな Rand の所まで Nekrose と Blutung があるという点は非常に特有です。そういう組織破壊の影響が強いだけに、今度はそういう Nekrose の周囲に Pneumonie がきわめて起りやすいということになる。Tumor から遠隔したところへ何かの Komplikation として起つたのではなくて、その Tumor が方々で組織を破壊し、自分自身も Nekrose に陥るといふ事から肺炎をひき起しているということです。それが最後の呼吸困難を説明すると同時に、また死因の説明にもなると思います。直ぐあとスライドがもう一つあるのは腎臓ですが(写真18)、腎臓の機能が非常に悪くなつていたというのは、左腎に関する限りはそこへ Tumor が Metastase を起したというのではなくて、左の Uretermündung のすぐ上のところに強い圧迫が起つて、それが Hydronephrose を起していた。こういうふうには、これだけ Nierenbeckenが膨脹しておりまして、それから Ureter も Hydroureter の状態になつています。これを Histologie で見ますと、腎実質は一応かなり残つてはいるようだけれども、実際には Nephron の機能は非常におちていたと思われる。この人は

更に右腎にもわりに進んだ老人性の腎変化があつて、機能上ある程度の制約があつたことを思わせす。どうやら最後のところまでNPNは上らなかつたようですけれども、もう少し長く生きておられたら今度は腎不全の症状も段々加わつてきたかも知れません。また非常に八方ふさがりのような状態だつたわけです。こんなところで……なお何か問題がございしましたら後で……。

梅津：どなたか御質問、御意見はございませんでしょうか。

では最初に申し上げましたように石津先生に英国で研究なさつていらした事、特に膀胱癌の化学的的刺激による発生、職業病としての膀胱癌、その早期診断などについてお話し願ひたいと思ひます。

(おことわり：石津講師の発言は本号〔資料〕に掲載されましたのでご参照下さい。)

梅津：只今の石津先生のお話にお話、御意見はございませんか。

梅津：では石津先生にお伺ひしたいのですが、尿中の癌細胞をパパニコロー氏染色により検出する折に、主としてアメリカの文献でみますと、Silicone floatation 法、Streptolysin 法、Millipore filter membrane 法を用いたりして、如何にして癌細胞を選別的に集めるかに努力が払われているようですが、イギリスでは唯遠心沈澱による沈澱のみで行なつているのでしょうか。

石津：そうです。この際最も大切な事は、沈澱を塗抹する時 slide glass に塗る蛋白グリセリンが問題となります。英国では大変優秀なものがで

きていますが、日本には満足できるものがありません。

梅津：どなたか……。

松本：先程のお話しでもありましたように、異形でパパニコラでもつて悪性という判断で実際に見ると Papillom という診断がついている。そして治るのがあるというのを伺ひましたが、これは実際どこの国でも同じ事だと思ふのです。また逆に、組織学的に benign papilloma であつても再発を何回も何回もくりかえし、その中には癌になるという事も御承知のようによくあります。またそういう場合たまたま採つて来たところは良性の Papillom だけれども膀胱を縦横十文字に切つてみれば、ある部分ではすでに Muskelschicht に行つているといつたような例もまた実際多いのではないのでしょうか。今後も Blase からの biopsy をお出しになつた時に、組織学的にはどうしてもそれを悪性とはいへなくて、ただ Papillom とか、良性の Papillom と書く場合が出てくると思ふのですが、そういう時病理の方でもこれは別に将来の Potentiality の点にまで良性の予想をもつて書くのではないわけです。どうもいささか、プローベの P.R. になつてしまいました……。

梅津：私どもは臨床的に Papillom の診断で病理組織学的にも良性であつても、Papillom は悪性化の傾向の強いものであることを頭において処置するようにしております。

では時間もまいりましたので。どうもありがとうございました。