

---

Z Kliniki Położniczej i Chorób Kobięcych Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie  
Kierownik: Prof. Dr med. Stanisław Liebhart

---

J ó z e f T Y N E C K I

## Przypadek jądrzaka jajnika

### A case of the arrhenoblastoma of the ovary

Częstość występowania jądrzaka jajnika wyraża się liczbą ponad dziewięćdziesięciu w światowej i kilku w polskiej literaturze. Jest to zatem schorzenie rzadko spostrzegane.

Polega ono na nowotworowym rozroście tkanki jajnika w postaci guzów, prowadzących następnie do zaburzenia istniejącej harmonii w wewnętrznym wydzieleniu kobiety i występowaniu drugorzędnych cech męskich.

Pogląd na patogenезę jądrzaka nie jest dotychczas jednolity. Powstawanie jego tłumaczy Meyer obecnością w jajniku embrjonalnych płciowych elementów komórkowych męskich, które po przebyciu pewnych przemian dają początek nowotworowego rozrostu. Novak zalicza arrhenoblastoma do raków, Spencer i Reeley do grupy jajniko-pochodnych. Krock i Wolfemann, opierając się na dość licznym materiale, bo sześćdziesięciu przypadków, przyjmują potworniakową teorię powstawania jądrzaka.

Biorąc pod uwagę budowę histologiczną, większość autorów z Meyerem na czele, dzieli jądrzaki na trzy grupy: komórkowo wysoko zróżnicowane, niezróżnicowane i pośrednie. Norris uważa ten podział za niewystarczający ze względu na wielką morfologiczną różnorodność w poszczególnych przypadkach.

Zaznaczyć należy, że zarówno kliniczne, jak i histopatologiczne podstawy w rozpoznawaniu jądrzaka nie zostały dotychczas definitywnie nakreślone. Na ten temat toczy się w literaturze dyskusja.

Omawiany nowotwór jajnika wywiera wpływ na organizm na drodze wydzielenia hormonu męskiego, co ma być uzależnione od jego histologicznej budowy i stopnia zróżnicowania komórkowego.

W 1947 r. opisał Lesiński przypadek jądrzaka jajnika na tejże klinice U.M.C.S. Obecnie obserwowany przypadek dotyczy chorej M. K.

lat 21, k. ch. nr 5055, która przybyła do kliniki w dniu 8. 6. 1949 r. i w wywiadach podała: pierwsze miesięczne krwawienie w piętnastym roku życia, następne co miesiąc, trwające trzy do czterech dni, nie obfite i nie bolesne. Po upływie roku, przez przeciąg paru miesięcy, miała periody co dwa tygodnie, skąpe, trwające dwa dni, po czym przestała miesiączkować. W ciągu dalszego, czteroletniego okresu bezmiesiączkowego zauważyła nasilenie uwłosienia na kończynach dolnych, w okolicy spojenia łonowego, na wardze górnej, przeszła mutację głosu, oraz, jak mówi, straciła „zamiłowanie do życia”. Leczenie farmakologiczne nie dawało oczekiwanego rezultatu.

Badanie ogólne wykazało: wzrost średni, odżywienie słabe, budowa o typie mieszanym, kanciastym, piersi obwisłe, wyraźnie zaznaczone uwłosienie na wardze górnej i kończynach dolnych; uwłosienie łonowe o typie męskim. Ciśnienie krwi 110/75. ciepłota 36,6 C.

Płuca i serce bez zmian patologicznych.

Badanie ginekologiczne: wargi sromowe zwiotczone, prawidłowo wykształcone, lechtaczka 3,5 cm długa, glans clitoridis 1,5 cm średnicy, pochwa wąska, część pochwowa stożkowata, ujście zewnętrzne szyi szczelinowate, macica mała, ruchoma w przodopochyleniu; w lewych przydatkach macalny guz, kształtu kulistego, konsystencji zbitej, ruchomy, wielkości pomarańczy; pozostałe sklepienie wolne, przydatki prawe niemacalne.

Z uwagi na proces maskulinizacji, jakoteż stwierdzony guz lewego jajnika, rozpoznano arrhenoblastoma ovarii sinistri.

Badania laboratoryjne dostarczyły następujących danych: mocz c. g. 1.032, odczyn kwaśny, białko-ślad, cukier nieobecny; krew Hgb 100%, c. cz. 4.960,000, wskaźnik 1.02, b. ciała 6.800, leuk. obj. 71. pał. 1, segm. 60, eozyt. 1m limfocyt. 33, monocyt. 5.

Badanie rozmazu pochwy wykazało: upośledzoną czynność jajnika, protoplazma i jądra komórkowe z cechami degeneracji, liczna flora bakteryjna.

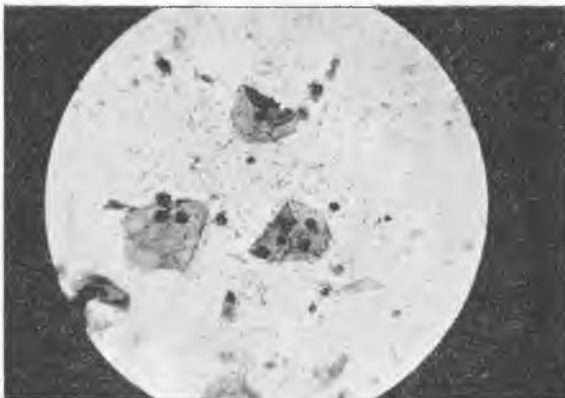
Zabieg operacyjny wykonano w uśpieniu eterowym. Cięciem podłużnym nadłonowym otwarto jamę brzuszną, przy czym stwierdzono guz lewego jajnika, konsystencji zbitej, wielkości pomarańczy, do którego ściśle przylegała potologicznie zmieniona trąbka. Wykonano usunięcie lewych przydatków. Prawe przydatki bez zmian, brzuch zamknięto szwem piętrowym na głucho. Kontrola nadnerczy nie wykazała zmian patologicznych.

Badanie histopatologiczne przeprowadzono w Zakładzie Anatomii Patologicznej U.M.C.S. Obraz makroskopowy: guz jajnika o powierzchni gładkiej, barwy perłowej, twardej o wymiarach 6 : 4, na przekroju koloru szarawego, powierzchni nierównej, wysepkowatej; wśród istoty gruczołowej biegną różnokierunkowo łącznotkankowe pasemka; mikroskopowo:

na dużej ilości skrawków, wziętych z różnych miejsc guza. stwierdzono gruczołowe utkanie nowotworu o budowie jądra. Polega ono na licznych nagromadzeniu nabłonkowych, walcowatych komórek, ułożonych jedno-warstwowo w postaci kanalików, o siateczkowej strukturze protoplazmy, jądrze mocno barwiącym się usadowionym u podstawy komórek.



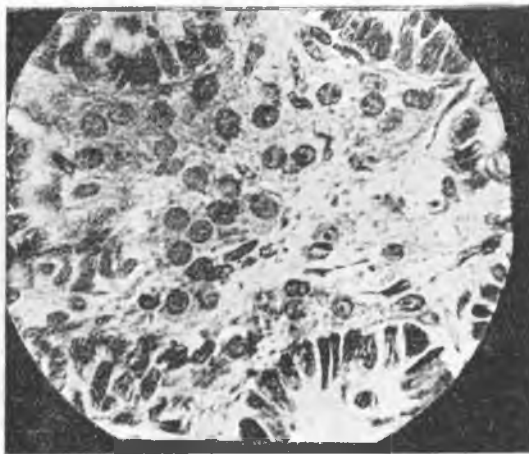
Ryc. 1. Powiększona łechtaczka do wymiarów 3,5 cm glans clitoridis 1,5 szer. Uwłosienie łonowe o typie męskim.



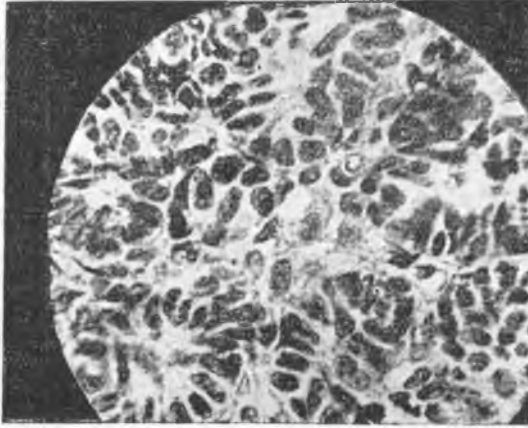
Ryc. 2. Obraz rozmazu pochwy: protoplazma i jądra komórek z cechami degeneracji, wyrażającej upośledzoną czynność jajnika; liczna flora bakteryjna.



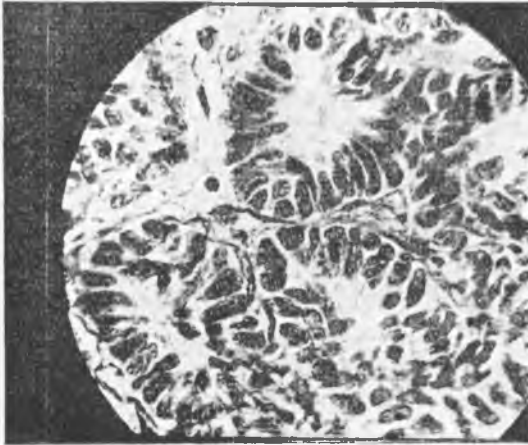
Ryc. 3. Makroskopowy obraz przekroju guza koloru szarawego, powierzchni nierównej, wysepkowatej; wśród istoty gruczołowej biegną różnokierunkowo łącznotkankowe pasemka.



Ryc. 4. Kanaliki nasienne brzośnie, w środku, komórki śródmiąższowa Leydiga.



Ryc. 5. W środku obrazu duże, pęcherzykowate komórki Leydiga, ściśle przylegające do siebie; obwodowo - kanaliki nasienne z walcowatymi komórkami, ułożonymi jednowarstwowo, o jądrach mocno barwliwych.



Ryc. 6. Między kanalikami nasiennymi, nieliczne komórki tkanki łącznej z drobnymi naczyniami krwonośnymi. W kanalikach komórki ściśle przylegają do siebie, brak jest istoty międzykomórkowej, jak w utkaniu gruczołowym.

Obok kanalików widać pojedyncze, lub grupami występujące pęcherzykowate, śródmięzszowe komórki Leydiga. Protoplazma ich jest ziarnista, intensywnie barwliwa, jądro okrągłe, niekiedy nieregularnego kształtu, ułożone środkowo z mocno zaznaczoną błoną zewnętrzną, oraz jąderko ułożone ekscentrycznie.

Komórki Leydiga podobnie jak i w kanalikach, przylegają ściśle do siebie, brak jest bowiem tkanki międzykomórkowej. Jedynie między kanalikami nasiennymi są widoczne wrzecionowate komórki tkanki łącznej w niewielkiej ilości z małymi naczyniami krwionośnymi wypełnionymi krwią.

- Rozpoznano: arrhenoblastoma ovarii, wysoko zróżnicowany komórkowo. Diagnoza końcowa, zgodna zresztą z początkową kliniczną, opiera się na trzech zasadniczych danych: badaniu histopatologicznym, obrazie klinicznym z objawami maskulinizacji oraz jej cofnięciu się po usunięciu guza nowotworowego.

Jądrzak, jak wyżej zazaczyłem, należy do grupy nowotworów, produkujących hormon<sub>1</sub> męski. Z grupy guzów, mających działanie maskulinizujące, w rozpoznaniu różniczkowym należy wziąć pod uwagę guz jajnika, zwany luteoma ovarii, nadnerczaka, rozrodczaka jajnika oraz zespoły chorobowe: Cushinga, Cooka - Aperta - Gallaisa, raka grasicy, ponieważ schorzenia te wywołują także drugorzędne cechy męskie u kobiety.

Luteoma ovarii jest rzadkim nowotworem, występuje w postaci litych guzów różnej wielkości. Obraz histologiczny daje podstawę do sądu, iż jest to zwykły przerzut nadnerczaka, tym niemniej znaczna liczba autorów uważa za pewne, pochodzenie jego z ciała żółtego.

Nadnerczak jajnika jest również rzadkim guzem. Powstawanie jego tłumaczą obecnością w jajniku komórek nadnercza z okresu embrionalnego. Dysgeminoma ovarii jest ciekawym nowotworem, występującym u osobników obojga płci, różnego wieku, także i u dzieci. Robert Meyer i Neumann nadali mu nazwę carcinoma magnocellulare puellarum. Obraz histologiczny przypomina budowę kory nadnercza. Cechuje go duża złośliwość. Przerzuty powstają zarówno na drodze limfatycznej jak i krwionośnej. Dotychczasowe mniemanie, iż nie jest nowotworem wewnątrzwydzielniczym (Teodor, Novak), podważył Ber, opisując przypadek rozrodczaka z objawami maskulinizacji. Zespół Cushinga występuje przy gruczolakach przedniego płata przysadki mózgowej i obok drugorzędnych cech męskich powoduje nadciśnienie, cukromocz oraz zwiększoną ilość czerwonych ciałek krwi. Zespół Cooka - Aperta - Gallaisa powoduje nowotwory kory nadnercza. Z cech męskich, wysuwa się na pierwszy plan bujne uwłosienie. Rak grasicy, noszący nazwę raka rozsianokomórkowego zamyka liczbę maskulinizujących schorzeń u kobiet.

W obrazie klinicznym opisanego przypadku zasługują jeszcze na podkreślenie dwa charakterystyczne momenty. Pierwszy, to ten, że guz nowotworowy był wysoko zróżnicowany komórkowo, a mimo to wydzielanie hormonalne jego było intensywne, co nie zgadza się z sądem, że tylko pośrednie i niezróżnicowane komórkowo jądrzaki obficie produkują hormony.

Drugi, to stan psychiki chorej, który ma rzekomo nie ulegać zmianie pod wpływem arrhenoblastoma. Pacjentka nasza określiła najdokładniej swój stan psychiczny w okresie cierpienia w słowach — „straciłam za miłowanie do życia“. Gdy opuściła klinikę, okres rekonwalescencji przebiegał zadawalająco, pierwsze miesiączkowanie wystąpiło po sześciu tygodniach od chwili zabiegu operacyjnego i trwało cztery dni, średnio obfite, nie bolesne.

Piersi stały się pełniejsze, uwłosienie na wardze górnej jakby mniej widoczne, łechtaczka krótsza i cieńsza o normalnym usadowieniu. Wróciła dawna barwa głosu, a ponure oblicze, wyrażające obojętność dla otoczenia, rozpogodziło się i nabrało rumieńców życia. Niegdyś leniwa w ruchu i myśleniu, dziś stwierdza ożywienie w organizmie, przechodzące czasami w roztargnienie. Czuje się dobrze, a świadomość, że jest pełnowartościową kobietą, napawa ją optymizmem i jaknajlepszą nadzieją na przyszłość.

Jest to zatem nowy człowiek nie tylko fizycznie, lecz także psychicznie.

---

## PIŚMIENNICTWO LITERATURE

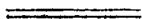
- 1) Ber A.: *Gin. Pol.* 1948.
  - 2) Curtis A. H.: *Am. J. Obst. a. Gyn.* 52. 129. 1946.
  - 3) Hamblen J.: *Endocrinology* 1946.
  - 4) Hoffman: *Female Endocrinology* 1946.
  - 5) Jones G. S., a. Everett H. S.: *Am. J. Obst. A. Gyn.* 52: 614. 1946.
  - 6) Jverson L.: *Surg. Gyn. Obst.* 1947. v. 84. 216.
  - 7) Kepler E. J., Dockerty M. B. a. Priestly J. T.: *Am. J. Ob. a. Gyn.* 47: 43. 1944.
  - 8) Lesiński J.: *Gin. Pol.* 1948.
  - 9) Meyer R.: *Zbl. f. Gyn.* 1932. 56. 770.
  - 10) Norris E. G.: *Am. J. Cancer* 32: 1. 1938.
  - 11) Novak E., Brawner J. N.: *Bm. J. Obst. a. Gyn.* 1934. 28. 6. 537.
  - 12) Skubiszewski F., Winter: *Pol. Tow. Lek.* 1938.
  - 13) Sedlis E.: *Gin. Pol.* 1932. 11 z. 717.
  - 14) Spencer J. A., Reece P. J.: *Am. J. Obst. a. Gyn.* 54: 2. 273. 1947.
-

## S U M M A R Y

A case of arrhenoblastoma of the ovary of a differentiated type is presented.

The clinical features of masculinization are associated with the finding of a palpable ovarian tumor.

The author discusses other ovarian tumors which show the secretion of hormones.



---

Annales Universitatis M. C. S. Lublin, 1949.

P. L. Z. G. Oddział 13. — Lublin, Kościuszki 8.

Nr zam. 43. Nakład 900 egz. format 61x86. V kl. 80 gramm. A - 1 - 12568

Data otrzym. manusk. 12.XII.49. Data ukończ. 6.IV.50.

---