

# 淋 巴 性 細 網 肉 腫 症 の 1 症 例

岡山大学医学部北山内科教室 (主任 北山教授)

医学士 若 松 康 弘

[昭和 27 年 10 月 31 日受稿]

## 緒 言

Aschoff<sup>1)</sup> 及び清野<sup>2)</sup>により存在を明かにされた網内系より発生する細網肉腫症に就ての記載は Ghon u. Romann<sup>3)</sup>(1916) が淋巴肉腫中腫瘍細胞が細網細胞に似、且互に原形質突起を以て連絡して所謂細網織の構造をなすものゝある事を指摘し、之を最も未分化の淋巴肉腫と見做したのに始り、続いて Oberling<sup>4)</sup>(1928) が所謂 Ewing 氏腫瘍中に細網細胞より発生するものゝある事を認め初めて Beticulosarcome と名付け且淋巴腺よりも発生し得る事を明かにした。次に長与教授<sup>5)</sup>(1929) が淋巴肉腫の中に腫瘍細胞が淋巴球と異り、大にして淡明なる核を持ち、屢々細胞原形質内に脂肪を取り且互に格子状繊維で連絡するものゝある事を認め、之を網状織細胞性淋巴肉腫症と命名された。一方 Rössle<sup>6)</sup> 及び Roulet<sup>7)</sup>(1930) は淋巴腺の細胞組織を Retothel と呼び之より発する腫瘍を Retothelsarkom と命名し、更に Roulet(1932)は決して之は淋巴竇内皮細胞から出るものではない事を強調した。又緒方教授<sup>8)</sup>は網内系より生ずる腫瘍を良性と悪性に分ち、更に各々に限局性及び瀰漫性のものが存在するとして、悪性瀰漫性のものを初め小網肉腫症、後に細網肉腫症と称え従来 Kundrat の淋巴肉腫症と呼ばれるものの中には狭義の淋巴肉腫症、細網肉腫症、淋巴細網肉腫症及び未分化の淋巴肉腫症が存するとした。次に de Oliveira<sup>9)</sup>(1930) は淋巴結節細網肉腫を胎生時淋巴結節に於ける細胞の分化程度に模して 6 型に分類した。Döring<sup>10)</sup>(1938) も之を支持し、続いて Rössle<sup>11)</sup>(1939)、高原<sup>12)</sup>(1939) 及び Verhagen<sup>13)</sup>(1940) の注目すべき発表あり、又赤崎教授<sup>14)</sup>

(1943) は本症を淋巴性、骨髓性及び爾余の臓器組織の細網細胞より発生せる細網肉腫の三種に分ち詳細なる綜説を発表せられている。既に細網肉腫症の報告は尠くないが、全身転移著しく骨及び肺腺に及びたる 1 例を得たので茲に報告する次第である。

## 臨 牀 例

患者、延〇平〇、66 才の農夫。

初診及び入院、昭和 23 年 7 月 7 日。

主訴、身体各処の淋巴腺腫張。

家族歴及び既往歴、特記のことは無い。

現病歴、昨秋偶然左頸部淋巴腺が拇指頭大に腫脹しているのに気付いたが当時熱感及び疼痛は無かつた。その後右頸部、両腋窩部及び鼠蹊部の淋巴腺が相前後して腫脹して来た。本年 5 月上旬に食事に関係無く上腹部に膨満感があるため始めて医師を訪い、肝の肥大を指摘された。最近上腹部膨満感及び淋巴腺腫脹が次第に強くなり、加うるに全身倦怠及び癯瘦も現れて来たので当科を訪れた。

現症、栄養稍々衰え、皮膚は稍々貧血せるも黄疸出血その他の変化を見ない。顔色稍々蒼白。脈膊不整で電心図により心室性期外収縮を認める。橈骨動脈は稍々硬化しているが数及び緊張度は正常。呼吸は安静で胸腹式である。瞳孔及耳、舌、口腔及び咽頭並びに音声、言語に異常は無い。

胸部には胸廓正常、肺肝境界は右乳線上第 6 肋間腔にあり、心尖搏動は触知出来る。心濁音界に異常無く心音純にして肺は打、聴診とも変化無し。

腹部、上腹部は稍々膨隆、腹表に静脈怒張を見ない。肝は右乳線上にて肋弓下 3 横指、中央線上 1 横指迄肥大し辺縁は凹味を帯び表

面平滑にして硬度は靱であるが又肝表面に中央線より1横指右寄りに中心を有し、その下縁が肝の下縁に接する硬度靱表面平滑なる楕円形の腫瘍を触れ、腹壁との癒着は無いが肝とは密に癒着している。脾は肋弓下前腋窩線上2横指に触れ表面平滑にして硬度軟である。而して何れにも圧痛は証明されない。腎は両側とも触知し得ない。

膝蓋腱及びアヒレス腱反射に異常なし。又病的反射を認めない。脛骨稜部及び足背に浮腫無く四肢に運動及び知覚の障害を認めない。

脊柱は第3腰椎以下前彎を認めるが圧痛その他の障害を見ない。

淋巴系、体表面より認められる淋巴腺の内後頭、前並に後耳、耳下、頤下、顎下、膝膕及び胸筋の各淋巴腺及び口蓋扁桃腺の腫脹は認められないが、頸部淋巴腺は左は拇指頭大

のもの1、右は桜桃大乃至蚕豆大のもの4、鎖骨上部淋巴腺は左右共豌豆大のもの3、腋窩腺は左は拇指頭大のもの2、豌豆大のもの1、右は拇指頭大1、豌豆大のもの1、肘窩腺は左右共蚕豆大のもの1、鼠蹊腺は左は拇指頭大2、蚕豆大2、右は鳩卵大1、蚕豆大1、豌豆大2を証明した。之等淋巴腺は何れも硬度靱にして基地及び皮膚との癒着は認められず、又「ポケット」の形成もなかつた。

臨 牀 検 査

- 1) 尿, 尿 : 全く異常を認めない。
- 2) 血液に関する検査。

血液像(第1表)は入院時より貧血、著明なる好酸球増多及び淋巴球の減少を見る、又白血球は一般に正常値の下界を示しているが一時増加して14000に及んでいる。

第 1 表 血 液 像

検 査 月 日	検 査 事 項	血色素量 (%)	赤血球数 (万)	着色係数	白血球数	白 血 球 百 分 率				
						中 性 球		淋 巴 球	好 酸 球	単 核 球
						桿状核	分葉核			
8/Ⅶ		67	335	1.00	5800	5.0	32.0	29.0	33.0	1.0
10/Ⅶ		65	330	0.99	5700	2.0	35.0	39.0	23.0	1.0
9/Ⅸ		60	307	0.97	14000	5.2	57.2	18.4	17.2	2.0
30/Ⅸ		62	312	0.98	6400	6.4	39.6	31.2	20.4	2.4
14/Ⅺ		60	304	0.99	10400	6.0	55.5	18.0	17.5	3.0

血沈(第2表)は全経過に亘り増加し、血圧最高135耗,最低75耗で正常,血清高田氏反応陰性,血中「ビリルビン」(Hijmans van den Bergh 法)は直接及び間接反応共に陰性で「ビリルビン」量は2.Meulengracht 氏法では4で変化なく、ワ氏反応も陰性であつた。

凝固時間(Sahli 氏法). 開始5分15秒,完了7分30秒にて先ず正常。

出血時間(Duke 氏法)1分30秒で正常。

血小板数 14万でやや少い。

網状赤血球 15%。

血餅退縮率(田村氏変法)51%で何れも正常。

血清蛋白(Rohrer 茂在氏法)総蛋白7.59

第 2 表 血 沈 値

検 査 月 日	1 時 間 値	2 時 間 値	中 間 値
8/Ⅶ	50	102	50.5
10/Ⅶ	51	98	50.0
9/Ⅸ	50	114	53.5
30/Ⅸ	75	108	64.5
14/Ⅺ	58	95	52.8

g/dl,「アルブミン」6.04g/dl,「グロブリン」3.66g/dl で両者の比1.7で先づ正常である。

3) 骨髓像には(第3表)は著明なる淋巴球の増多を見た。

4) 「サントニン」酸「ソーダ」負荷試験(北本氏法)

第3表 骨髓像

Myeloblasten		0
Promyelocyten	{ N	0.5
	{ E	0
Myelocyten	{ N	0.5
	{ E	0.5
Metamyelocyten	{ N	0
	{ E	0.5
Stabkernige. L.	{ N	12.0
	{ E	0
	{ B	0
Segmentkernige. L.	{ N	2.0
	{ E	2.0
	{ B	0
Monocyten		2.0
Lymphocyten		72.0
Makroblasten		0.5
Normoblasten		13.5
Megakariocyten		0
Retikuloendothelzelle		0

「サントニン」色素の初発は10分以内、又4時間総計339, 8時間総計424, 8時間総計対4時間総計の比は1.2, 「サントニン」色素最高排泄は2時間で「ウロビリ」尿の欠如並びに血清高田氏反応陰性、肝臓機能の障碍は認められなかつた。

5) Adler-Reimann氏「コンゴローート」試験, 77.7となり少々機能の低下を見る。

6) 胃液検査, 総酸52, 遊離塩酸32, 消化良好で乳酸, 粘液及び血液は証明せず「ペプシン」は存在していた。

7) レントゲン所見。

イ) 胸部 副気管及び両側肺気管の淋巴腺は腫脹し、同時に両側肺気腫及び大動脈硬化を見る。ロ) 脊椎, 第3, 第4腰椎は扁平となり骨硬化あり且間板狭く仙骨化及び腰柱不整で、又第4, 5腰椎骨の病巣が考えられる。

8) 顕微鏡所見。

イ) 左頸部淋巴腺の実質細胞は小さく、核の形は円形, 楕円形, 時に少々紡錘形を呈せるも絞窄は殆んど認められず, 「クロマチン」量は大体に於て少量である。核膜は不明瞭で原形質に乏しく, 所によりては少々明瞭なる格子状繊維らしきものを認め, それにより細胞が纏絡されている。

又核の分裂像が可成り見られ, 斯る細胞が

殆んど一面に浸潤して淋巴腺固有の構造は全く認め難い。間質は前述の実質細胞の間に極めて微細な結締織血管及び索状物として少数認められる。猶実質細胞の間に淋巴洞固有の細網細胞が方々に認められ, それ等は原形質が多く, 「エオジン」に強く着色する。時により非常に限局性の出血の強い所が実質の間に散在性に認められる。固有の細網細胞は可成り方々に散在しその格子状繊維は割に著明で, その間に腫瘍細胞が纏絡されている。時によつては原形質の境界が鮮明な所がある。

顕微鏡的診断, 淋巴性細網肉腫の Fibrillocellulär differenzierte Form.

ロ) 右鼠蹊部淋巴腺。

全視野は腫瘍細胞で充満されその間に非常に繊細な結締織性索状物が間質として見え, 腫瘍細胞の核の形は円形乃至楕円形或は多角形に見えるものがあり, 「クロマチン」量は少々多い。又核小体は明瞭でない。そして稀には核分裂像を呈するものが散見される。

顕微鏡的診断, Syncytiale afibrilläre Form. 診断並に経過

以上の諸検査より細網肉腫症との診断のものにレ線深部治療を行わんとせしも患者の都合により7月24日一時退院した。

再入院 同年11月9日

主訴 前に同じ。

現症 前回の入院時と比較するに, 淋巴系に於ては右側扁桃腺は拇指頭大に腫脹し硬度は軟く緊張している。頸部淋巴腺の内, 左は示指頭大のもの2, 右は数個がよつて「ポケット」を作り手拳大となる。肘線に於ては左は示指頭大のもの2となり右は拇指頭大に増大している。膝關節は両側とも豌豆大となる。

鼠蹊腺は左は3×1横指に及び, 鶏卵大のものが融合し, 右は拇指頭大のもの及び鶏卵大のもの各1個よりなり, 夫々基地と強く癒着している。他は初診時と殆んど同様であつた。

縦隔竇の濁音界は左右え夫々1.5, 2.0横指拡大し, 肝は右乳線で肋弓下5横指, 中央

線で7横指に拡大し、肝表面に存する腫瘍は鶏卵大となる。

### 治療及び経過

11月11日より Coutard 氏遷延分割法によりレ線深部治療法を行つた所、頸部に於ては左は小指頭大4、右は鳩卵大1、腋窩左は示指頭大1、右は拇指頭大1、肝上の腫瘍は消失し、肝自体も右乳線及び中央線上で2、及び4横指となつた。他の淋巴腺には著明な変化はみなかつた。12月14日軽快退院、翌年5月20日死亡の報を得た。

### 總括並に考按

以上を総括すると身体各所の淋巴腺殊に比較的稀とされている肘窩及び膝膕淋巴腺、肝、脾及び口蓋扁桃腺の肥大あり、更に椎骨にも病巣を見る66才男子の細網肉腫症患者にレ線深部治療が一時的であるが非常に奏効した例である。その血液像では貧血と好酸球増加の外には著しい変化は見られなかつた。

次に本症に就いて2, 3考按を廻らしたい。

年齢に就ては最少は真鍋<sup>15)</sup>の生後51日のものから最高は Verhagen<sup>13)</sup>の84才の者まであるが、赤崎は40-60才を、高原は50代を好発年齢として挙げ、余の例も亦この例に洩れない。次に罹患男女の比を Greifenstein<sup>16)</sup>は2:1とし、赤崎<sup>14)</sup>も3:2又は2:1とし何れも男子に多い事は一致している。

好発部位は頸部淋巴腺及び耳鼻咽喉科領域に最も多い事は諸家(高原、赤崎、永野、浜口<sup>17)</sup>)の認める所であるが、赤崎は Kaufmann, Ewing 等の脾には肉腫発生乃至転移も少いと考へる誤りを自験例31例中14例に之を見出して指摘している。而して余の例の脾腫も本腫瘍の転移ならんか。又高原は転移巣は頸部、腋窩部、鼠蹊部が最も多く、胸腺、縦隔竇、肝、脾、腎が之につき椎骨周圍、肝門部、心窩部、脾臟周圍、腸間膜、後腹膜、耳下腺、耳前部、胃、副腎等は更に頻度少く、肘窩部、膝膕部、皮膚、肺、肋膜、乳房、子宮、卵巣、腸、膀胱、骨等は相当稀としている。且つ氏

の蒐集せる症例100例中4例に肘窩部淋巴腺の転移を認め、骨転移中椎骨のものに到つては Greifenstein<sup>16)</sup>, Figler<sup>18)</sup>の各1例を挙げているにすぎない。然して肘窩部の転移に關してはその後三上が1例を、椎骨転移に關しては赤崎が3例を挙げている。余の例では転移は全身に及び比較的稀とされる肘窩部、膝膕部にも之を認めた。

血液像に就いては高原<sup>12)</sup>及び Verhagen<sup>13)</sup>の如く変化ありとするものと、Eigler, Koch<sup>18)</sup>等の如く変化なしとするものがある。赤血球に就ては上述の高原、Verhagenの外森、佐藤<sup>19)</sup>、三川、角原<sup>20)</sup>等が貧血例を報告しているが余の例に於ても亦然り、白血球は増多をとなえているものに高原、三上<sup>21)</sup>あり、浜口、永野<sup>17)</sup>は初め正常か寧ろ減少を示し末期増加すると云う。之に対し赤崎は減少か正常が多いと述べている。余の例に於ては一般に正常値を示したが一過性に増加を認めた。中性球の増多、及び淋巴球の減少をとなえるものが多い(高原、Verhagen、赤崎、三上、森、佐藤)。

然して赤崎は一過性に淋巴球増加がある事を指摘し之を新病巣形成に帰因するものと説明している。好酸球に關しては三上<sup>21)</sup>、角原、三川<sup>20)</sup>、森、佐藤<sup>19)</sup>は著明な増加をみるとのべているが、反面減少を報告しているものゝ方が多い。然し余の例では好酸球の増多を証明した。

血清蛋白に就ては三上<sup>21)</sup>と同様我々も又著変をみとめなかつた。

骨髓像所見に關しては川並、内藤<sup>22)</sup>は淋巴球増多、角原、三川<sup>20)</sup>は桿状核細胞の減少を、森、佐藤<sup>19)</sup>は桿状核細胞及び淋巴球の減少例を挙げているが、余の例では淋巴球の増加を証明した。

肝臟解毒機能は正常にして網内系機能も「コンゴローート」法では障碍程度は少なかつた。

胃液については三上<sup>21)</sup>の報告と同様酸度の減少をみとめた。

高原は「本症はレ線感受性の強いものであ

るが全身に蔓延しているものに到つては最早レ線照射による恢復は望めない」と述べている。

余の例に於ても一時よく奏効したがその後半年を出でずして死の転帰をとつた。

### 結 論

余は比較的稀とされている肘窩，膝膈，椎

骨に転移を有する淋巴性細網肉腫症患者の1例を報告した。本例は貧血，好酸球増加が著明で，レ線照射が非常によく一時的ではあるが奏効した。

拙筆するに当り御懇篤なる御指導と御校閲を辱うした恩師北山教授に満腔の感謝を捧げる。

### 文 献

- 1) L, Aschoff ; *Erg. inn. Med. u. Kinderheilk.*, Bd. **26**, S. 1, (1924).
- 2) 清野 ; 生体染色の現況及びその検査術式, 大正 10 年.
- 3) A, Ghon u. B. Romann ; *Frankf. Z. path.*, Bd. **19**, S. 1, (1916).
- 4) Oberling ; 赤崎より引用.
- 5) 長与 ; 治療及び処方, **10** 卷, 113 号, 1255 頁, 昭和 4 年.
- 6) R. Rössle ; *Virchow's Arch.* Bd. **275**, S. 310, (1930).
- 7) F, Roulet ; *do.*, Bd. **277**, S. 15, (1930).
- 8) 緒方, 三田村 ; 病理学総論, (1937).
- 9) de Oliveira ; *Virchow's Arch.*, Bd. **298**, S. 464, (1936).
- 10) G, Döring ; *Beitr. Path. Anat.*, Bd. **101**, S. 348, (1938).
- 11) R, Rössle ; *do.*, Bd. **103**, S. 385, (1939).
- 12) 高原 ; 耳鼻咽喉科臨牀, **34** 卷, 779 頁, (昭和 14 年).
- 13) A, Verhagen ; *Z. Krebsforsch.* Bd. **50**, (1940).
- 14) 赤崎 ; 病理学雑誌, **2** 卷, 483 頁, (昭和 18 年).
- 15) 眞鍋 ; 大日本耳鼻咽喉科会々報, **44** 卷, 1571 頁, (昭和 13 年).
- 16) A, Greifenstein ; *Arch. f. O.*, Bd. **143**, S. 189, (1939).
- 17) 永野, 浜口 ; 白血病, 135 頁, (昭和 21 年).
- 18) G, Eigler u. J. Koch ; *Arch. f. Ohrenheilh.*, Bd. **140**, S. 287, (1936).
- 19) 森, 佐藤 ; 北越医学会雑誌, **58** 年, 9 号, 775 頁, (昭和 18 年).
- 20) 角原, 三川 ; 北越医学会雑誌, **54** 年, 1183 頁, (昭和 14 年).
- 21) 三上 ; 臨牀内科小児科, **2** 卷, 2 号 20 頁, (昭和 22 年).
- 22) 川並, 内藤 ; 北越医学会雑誌, **57** 年, 8 号, 774 頁, (昭和 17 年).