

## 腹水中ニ出現スル所謂印付指環 細胞(Siegelringzellen)ニ就テ

(本論文ノ一部ハ大正13年3月20日岡山醫學會通常會ニ發表セリ)

岡山醫科大學第一(金子)内科教室

戸田 勇 一

印付指環細胞ナル名稱ハ、1893年 Krukenberg 氏ガ、氏ノ創見ニ係ル特種ナル卵巢腫瘍ノ纖維基質ノ間ニ、一種特異ナル甚ダヨク印付指環ニ似タル細胞ヲ發見命名シタルニ始マリ、同種細胞ノ出現ニ就テハ、其後多クノ報告相踵グリ。

我ガ内科領域ニアリテハ、此種細胞ノ發見ハ少シク遅レ、1908年 Stadelmann 氏ガ、癌腫性腹膜炎及ビ癌腫性腦膜炎ノ滲出液中ニ、該細胞ヲ發見報告セル以來始メテ、注意セラルルニ至レリ。爾來本細胞ガ主トシテ癌腫性滲出液中ニ於テ、見出サレタルヲ以テ (Matthes 氏ニ依レバ Pick, Frähkel 諸氏モ亦癌腫性滲出液中ニ於テ該細胞ノ發見ヲ證明セリ)、多クノ學者ハ此細胞ノ存在ガ、通常炎性滲出液又ハ濾出液ト、惡性腫瘍ニ因スル滲出液トノ鑑別診斷上ニ、意義ヲ有スルモノト考ヘ、通常ノ診斷學ノ教科書 (Brugsch u. Schittenhelm, Lehrbuch Klinischer Untersuchungsmethoden. 5 Auflage, s. 330)ニ於テモ之ヲ載スルニ至レリ。

然レドモ果シテ本細胞ノ出現及ビ本態ガ、常ニ直接内被細胞癌ト關係ヲ有スルヤ、否ヤ、其後ノ研究ニ乏シク未ダ確定セリトハ言フ可カラサルガ如シ。

最近京大醫學部辻内科ノ澤野氏モ、所謂印付指環細胞ノ多數ヲ、微毒性肝臟硬變症患者ノ腹水中ニ、發見報告シ、カカル非癌腫性腹水中ニ、屢々該細胞ヲ發見スルコトアラバ、該細胞ノ癌腫性疾患ニ對スル診斷上ノ價值ハ、大イニ變動スルナル可シト云ヘリ。

其後 Meissner, 小林氏等ノ報告アリ。

余モ亦最近數例ノ非癌腫性腹水中ニ、此ノ所謂印付指環細胞ト思ハルルモノヲ、多數ニ證明シ、本細胞ノ診斷學的價值ニ就テ益々疑ヲ抱クニ至レルヲ以テ、茲ニ之ヲ報告セントス。

第一例 木○吉○郎, 57年, 男, 農夫, (大正12年11月26日入院)  
(大正13年2月28日退院)

診斷 肝臟硬變症。

既往症 23, 4年前下疳, 横痃ニ罹リシ事ト、可ナリノ大酒家ナリト云フ外他ニ特記ス可キ事ナシ。本症ハ大正11年3月, 右側濕性肋膜炎ニ罹患セシ以來次第ニ腹部ノ膨滿ヲ惹起セルニ始マル。初メ腹部膨滿ハ極メテ、

輕度ニシテ、患者ハ別ニ自覺の症狀ヲ有セザリシガ、入院數箇月前ヨリ急ニ其度ヲ増シ、腹部緊張ノ感、心窩部ノ充滿ノ感、胸部壓迫ノ感等ヲ訴フルニ至レリ。但シ食慾アマリ侵サレズ、下痢ナン。約20日前ヨリ下肢ニ輕度ノ浮腫現ハル。

現症。體格中等、榮養不良、顔面及ビ身體皮膚惡穢黃褐色ニシテ乾燥ス。右上胸部、左上背部ニハ限局シテ、放線狀又ハ星狀ニ皮膚毛狀血管ノ怒張セルヲ見ル。脉搏中等度緊張、數60、橈骨動脈ハ稍々硬化シ、少シク蛇行セリ。心尖搏動ハ第四肋間左乳線上ニアリ。心絕對濁音界ハ上ハ第三肋間、左ハ左側乳線上、右ハ右胸骨線上ニ相當ス。心音ハ總テノ聽診部ニ於テ第一音不純、殊ニ心尖第一音ハ雜音ニ近シ。第二肺動脈音稍々亢進シ。大動脈音ハ第一第二音共ニ弱シ。咽頭粘膜稍々發赤ス。肺右側呼吸音弱ク、左前下及ビ右後下部ニ多數ノ小水泡音ヲ聽ク。右肺尖極メテ輕度ニ打診上短、右後下肩胛骨角ヨリ下ハ輕濁音ヲ呈ス。腹部ハ強ク膨滿シ、緊張ス。腹圍ハ臥位ニテ臍部 81.5 cm. 劍狀突起ト臍トノ中間ニテ 78 cm. ナリ。臥位ニテ上部ハ鼓音ヲ呈シ、基部ハ濁音竝ニ著明ノ波動ヲ示ス。自發痛ナク、又壓痛ナシ。又靜脈ノ怒張ヲ見ズ。肝臟ハ初メニハ僅ニ其下緣ヲ觸レ得タルガ、入院後幾許モナク之ヲ觸レザルニ至レリ。脾、腎其他硬結等ヲ觸知セズ。下腿殊ニ脛骨緣ニ輕度ノ浮腫ヲ證明シタルガ、之モ暫時ニシテ消失セリ。尿中極メテ輕度ノ蛋白反應アリ、又極メテ少數ノ圓錐ヲ認ム。「ウロビリリン」ハ明ニ增量セリ。便中十二指腸蟲卵少數アリ。其他寄生蟲卵ヲ認メズ。血液ワ氏反應陽性ナルモ、Botelho 氏癌腫反應陰性ナリ。胃液ハ其總酸度 24、遊離鹽酸度 6、Uffelmann 氏反應陽性ナレドモ血液反應ナシ。少許ノ粘液ヲ認ム。血壓 115—75 mm. 水銀柱 (Riva-Rocci)、「フェノールズルフォンタレイン」液ヲ以テ腎機能検査ヲ行フニ色素排泄ハ 10 分後ニ始マリ、2 時間ニテ 82% 餘ノ排泄ヲ見ル。血清「ビリルビン」量 3.9「ビリルビン」單位ニシテ、直接「ゲアツオ」反應ハ遲滯セリ。食餌性白血球數ノ消長ヲ見ルニ牛乳 200 cc. 攝取後 40 分ニテ、26.7%ノ減少ヲ來タセリ。

經過。入院 3 箇月餘此間感冒ニ罹リシ際ヲ除キテハ發熱ナシ。腹部穿刺ハ數回之ヲ行ヒタルガ液ノ性状ハ每常略同様ニシテ、次ノ如シ。即チ液ハ帶黃色透明ニシテ Rivalta 氏反應陰性、比重 1006、蛋白量 1.2% ヲ有ス。之レヲ鏡檢スルニ中ニ少許ノ赤血球、淋巴球及ビ白血球アリ。又時ニ内被細胞樣ノ稍々大ナル圓形細胞ヲ認ム。「ヘマトキシリン—エオジン」重染色標本ニ就キ、之ヲ見ルニ斯カル細胞ノ核ハ帶紫青色ニ濃染シ、原形質ハ屢々疎緩シ、變性ヲ示セリ。稀ニ赤血球又ハ他ノ小細胞ヲ喰セルモノアリ。所謂「ツーゲルリシク」細胞ハ穿刺ノ場合ニヨリ多少其數ヲ異ニスレドモ、每常可ナリ多數ニ之ヲ認メタリ。之ニ關シテハ後ニ一括シテ記載ヲ爲ス可シ。入院後前述ノ如ク屢々穿刺ヲナシ、利尿劑ヲ處シ、又驅蠱療法ヲ施セルモ全キ治癒ヲ見ルニ至ラズ、症狀ハ極メテ緩慢ナル經過ヲ取リテ増進シ、初メ僅ニ觸知シ得タル肝臟モ後ニハ全ク觸知シ得ザルニ至レリ。

以上ノ所見ヨリ本例ハ全ク定型的ノ肝臟硬變症ト考フ可ク、原因的關係トシテハ微毒、酒精等ヲ擧ゲ得可シ。剖檢ヲ經ザルヲ以テ惡性腫瘍ノ有無ヲ明瞭ニナシ得ザル憾アレドモ、肝臟ガ漸次縮小セル點、腹水ノ性状、腹部觸診所見、Botelho 氏血清癌腫反應ノ陰性ナル事、其他經過甚ダ緩慢ニシテ、少ナクトモ一時輕快ヲ示セル事等ヨリ臨牀診斷ノ確實ナルヲ信ジテ疑ハザルナリ。

第二例 高○喜○郎、45 年、男、農夫。(大正 13 年 2 月 23 日入院)  
(大正 13 年 4 月 2 日退院)

診斷。肝臟硬變症。

既往症。酒客(晚酌一合位)ナルガ花柳病ニ罹リシ事ナク、其他特記ス可キコトナシ。患者ハ約 1 箇年前ヨリ

漸次腹部ノ膨滿ヲ來タシ、時々腹痛、呼吸困難等ヲ訴ヘ、醫師ニヨリ肝臟腫脹ト診斷セラレタリ。但シ之等ノ症狀ハ一度輕快セシガ、後數箇月ヲ經テ、再ビ増悪シ、約2箇月間某病院ニ入院治療ヲ受ケタルモ全治スルニ至ラズシテ退院セリ。

其後疾患ハ著シク増悪スルニ至ラズ、室内ノ勞作、輕度ノ歩行等ニハ堪ヘタリシガ、約半年前約2週間ノ溫泉療養ヲ試ミタルニ、ソレ以來症狀急速ニ増悪シ、食思全ク去リ、羸瘦日ニ甚クシテ、且腹部膨滿急劇ニ増進シ數回ノ穿刺ヲ受クルニ至レリ。

**現症。** 榮養不良、稍々羸瘦ス。皮膚惡穢黃褐色ヲ呈シ羸瘦ノ爲メ多クノ皺襞ヲ呈ス。皮下溢血ナク、又著明ノ黃疸色ヲ呈セズ。舌ハ比較的純、舌苔ヲ有セズ。心尖第一音不純ナルモ雜音ヲ聽カズ、心臓ハ少シク上位ニ在リ。胸廓下部ハ兩側トモ濁音ヲ呈シ、呼吸音非常ニ弱シ。腹部ハ強度ニ膨滿シ、濁音ヲ呈シ、著明ノ波動ヲ證明セシム。腹部臓器ノ觸診ハ腹壁ノ膨滿緊張高度ナル爲メニ困難ナリ。但シ異常ノ抗抵抗又ハ腫瘍等ヲ觸レズ。何所ニモ殆ド壓痛ナシ。尿量ハ著シク減少セルモ尿中蛋白反應ハ陰性ナリ。糞便ニ異常ナク、殊ニ寄生蟲卵ヲ認メズ。血清 $\gamma$ 氏反應陰性ナリ。腹部穿刺ヲ數回行ヒタルガ其直後ニ於テモ肝臟脾臟等ヲ觸レズ。腹水ハ每常多クハ帶黃色透明ニシテ、比重1009—1010、蛋白量0.8—1.5%、Rivalta氏反應陰性ナリ。沈渣ヲ鏡檢スルニ之ニ前例ノ如ク少許ノ赤血球、淋巴球、白血球及ビ大單核細胞等アリ。所謂「シ-ゲルリ-ンク」細胞ハ每常之ヲ證明セルモ、其ノ數ハ前例ヨリ遙カニ少ナシ。

經過中發熱ナク、入院約40日間殆ド症狀ニ大差ナク、遂ニ輕快ヲ見ズシテ退院スルニ至レリ。

本例モ酒客ニ來レル萎縮性肝硬變症ト見ル可ク、剖檢ヲ經ザレドモ肝臟又ハ他ノ腫瘍ヲ獨レズ、液ノ性状モ惡性腫瘍性ノ腹膜炎ヲ否定スルニ適セリ。

**第三例** 鈴○梅○, 31歳, 農婦。 (大正12年5月17日入院)  
(大正13年5月16日退院)

**診斷。** 僧帽瓣閉鎖不全症, 恒久性不整脈, 鬱血性肝臟硬變症。

**既往症。** 數毒ノ既往症ナシ。幼時肋膜炎、骨髄炎等ニ罹リタル事アリト云フ。本症殊ニ心臓疾患ハ何時ヨリ始マレルヤ、明瞭ナラザルガ、患者ハ約2箇年前感冒ニ罹リ、發熱、胸痛、咳嗽等ヲ訴ヘタル事アリ。殆ド之ト同時ニ腹部膨滿ノ感ヲ有スルニ至レリ。爾來感冒ノ症狀ハ去リタレドモ腹部ノ膨滿ハ漸次増強シ、遂ニハ數回ノ穿刺ヲ受ケ腹水ヲ除去セラルルニ至レリ。之ト同時ニ又胸腔ニモ液ノ滯溜アリ、前後二回ノ穿刺ヲ受ケタリ。之等ノ症狀ハ一時幾分輕快セルガ、1箇年前頃ヨリ再ビ増悪シ、體動、歩行時ニ心悸亢進、胸内苦悶ノ感ヲ訴ヘ、更ニ全身ノ倦怠羸瘦加ハリ、遂ニハ全ク横臥ヲ餘儀ナクセラルルニ至レリ。斯クシテ腹部充滿ノ感、腰痛、心悸亢進、胸内苦悶等ノ主訴ノモトニ我「クリニク」ヲ訪レ、收容セラルルニ至レリ。

**現症。** 榮養少シク不瓦、皮膚蒼白、口唇、頰部ニハ輕度ノ「チアノーゼ」ヲ認ム。脈搏ハ全然不整ニシテ、小血壓90—75 (Riva-Rocci)、體溫ノ上昇ナシ。胸部、心臓濁音界ハ著シク左右ニ増大シ、絶對濁音界上ハ第三肋骨、左ハ前腋高線ニ達シ、右ハ右胸骨緣ニ及ブ。心尖ニハ粗雜ナル比較的短カキ收縮性雜音ヲ聽キ、第二音ハ少シク、不純ナリ。他ノ心音聽診部ニハ弱キ收縮性雜音アリ。第二音ハ殊ニ心窩部ニ於テ亢進セリ。兩側胸下部ハ濁音ヲ呈シ、呼吸音弱シ、所々少許ノ水泡音ヲ聽ク。腹部ハ高度ニ膨滿シ、隨所濁音ヲ呈シ、波動ヲ示ス。多少ノ壓痛アリ。肝臟ハ明カニ之ヲ觸知スルガ、脾臟ヲ觸レズ。尿ニハ多少ノ蛋白アリ。沈渣中ニ少許ノ上皮細胞、白血球等ヲ認ム。尿圓場ヲ證明セズ。糞便性状普通ニシテ、之ニ蟲卵ヲ認メズ。血液 $\gamma$ 氏反應強陽性ナリ。腹水ヲ檢スルニ帶黃色透明ニシテ、Rivalta氏反應陰性ナリ。蛋白量0.8%、比重1006、鏡檢スルニ少許ノ赤血球並ニ白血球

ヲ認ム。内被細胞様大圓形細胞ハ殊ニ多數ニ證明セラレ、一部ハ恰モ塊ヲナシテ剝脱セルガ如ク、相連續セリ。  
「ジューゲルリング」細胞ハ多數ニアラザレドモ、穿刺毎ニ之ヲ證明スルヲ得タリ。腹水ハ約1箇年ノ入院中、10數  
同ノ穿刺ヲ行ヘル間、多少ハ其性質ヲ變ジタルガ、一般ニ比重低ク、蛋白量少ナク、濾出液ノ性質ヲ示セリ。肝  
臟ハ次第ニ増大シ、硬固トナリ、後ニハ臍上約3横指徑邊ニ達シ、脾臟モコレヲ觸ルルニ至レリ。

本例ハ明カニ心臟瓣膜疾患ニヨリ、循環機能不全ヲ起シ、鬱血ノ爲、肝臟腫脹竝ニ  
腹水ヲ起セルモノト考フ可ク、全經過中病狀ハ驅微療法竝ニ利尿劑（「ノヴァズロール」  
ハ殊ニヨク作用セリ）ニヨリ著シク輕快セルニ徴スルモ、癌腫性腹膜ハ全然之ヲ否定  
シ得可シ。

第四例 後○兼○、41歳、男、雜貨商。（大正13年9月30日入院）  
（大正13年12月28日退院）

診斷 肝臟硬變症。

既往症 母ハ40歳ニテ腹水ヲ伴フ疾患ニテ死亡セリ。患者ハ12、3歳ノ時、赤痢ヲ患ヒタルコトアル外著患  
ヲ知ラズ。特ニ劇毒性疾患ニ罹リタルコトナシ。酒類、煙草ハ之ヲ嗜マズ。患者ハ赤痢罹患後時々下痢ヲ起スコ  
トアリタルモ概シテ健全ナリシガ、昨年（大正12年）4月某會社ニ勤務中感冒ニ罹リ、咳嗽、喀痰、發熱、頭痛  
及ビ食慾不振等ヲ訴ヘタルガ、解熱藥（「アンチピリン」）服用後、胃部ニ充満ノ感アリ、翌日ニハ夜中不快トナ  
リ、嘔氣ヲ催フスルト共ニ突然5、6合位ノ黑色ノ凝血ヲ吐出セリ。シカニ吐血後腹痛ナク、黃疸ヲ發セズ、著  
キ自覺症狀ナカシガ翌日夜更ニ前同様約6合位ノ凝血ヲ吐出セリ。此頃又1、2日間便通毎ニ多少ノ血便ヲ泄  
セリ。但シ下痢ナク患者ハ多少ノ裏急後重ヲ訴ヘタルノミナリ。此頃ヨリ患者ハ腹部ガ多少膨滿シ居タルコトヲ  
氣付キタルガ、會々診察セル醫師ハ腹水ノ存在ヲ確メタリト云フ。其後腹部ノ膨滿ハ漸次増強シ、食慾減退シ、  
下肢ニ浮腫現ハレ、顔色モ次第ニ蒼白トナレリ。但シ之等ノ症狀ハ醫療ニヨリ一時（昨年8月頃）著シク輕快セ  
ルガ、一日魚漁ニ出テ過勞セル爲メカ再ビ症狀惡化シ、胃部ノ鈍痛、食慾不振、全身倦怠甚シク、左上腹部ニハ  
手拳大ノ腫瘍（脾臟カ）ヲ生ジ、壓痛ヲ訴ヘタリ。其後諸症一弛一張シ、本年（大正13年）1月頃ニハ重ホテ大  
量ノ吐血アリ、下血ヲ伴フニ至レリ。斯ク再々吐血アリタルメカ、其後漸次貧血ヲ來タシタルモ自覺的ニハ輕  
度ノ消化障礙ヲ訴フルノミニテ腹部膨滿モ甚ダシカラズ、5—7月頃ニハ職業ニ從事スルコトヲ得タリ。然ルニ7  
月下旬突然高熱ヲ發シ、10日間程就床シテ以來又復大量（4合位）ノ吐血アリ。數回ノ下血ヲ伴ヒ幾分衰弱ノ感ヲ  
増スニ至レリ。此頃ヨリ腹部ハ漸次膨隆ノ度ヲ増シ、次テ下肢ニ浮腫現ハレ來タリ、食慾減退シ、食ヲ取レバ直  
チニ、胃部壓重、膨滿ノ感アリ、漸次胸内苦悶、心悸亢進等加ハリ、「クリニック」ヲ訪ヌルニ至レリ。

現症 體格強大、榮養甚ダシクハ障礙セラレザルモ顔貌稍々憔悴シ、貧血高度ナリ。但シ皮膚及ビ粘膜ニハ  
溢血點ヲ見ズ。淋巴腺ノ著シキ腫脹ヲ見ザルモ、兩側口蓋扁桃腺ハ稍々腫大セリ。兩側胸廓下部ハ打診上濁音ヲ  
呈シ、殊ニ左側後下部ハ強キ濁音ヲ呈シ、呼吸音弱ク、多數ノ羅音ヲ聽取セシム。心尖搏動ハ第四肋間ニテ左乳  
線上ニアリ。心絕對濁音界ハ上界ハ第二肋骨ニ、左側ハ胸廓下部ノ濁音部ニ移行シ、右界ハ正中線上ニアリ。心  
尖及ビ心基部ニハ弱キ收縮期性雜音ヲ聽取ス。腹部ハ著シク膨滿シ、且緊張シ、皮膚ハ滑澤、側腹部ニ於テ輕度  
ノ靜脈怒張ヲ見ル。腹部隨所濁音ヲ呈シ、波動著明ナルガ、壓痛ナク、肝臟、脾臟、異常抵抗、腫瘍等ヲ觸知  
得ズ。（但シ其後穿刺直後ニ於テハ脾臟竝ニ淋巴腺腫ヲ觸知シ得タリ）。運動、知覺ノ障礙ナシ。下肢ニハ可ナリ  
高度ノ浮腫ヲ證明ス。傾ハ黑褐色ヲ呈シ、「アロイン」反應弱陽性ナリ。之ニ少數ノ筧形ニ口蟲卵竝ニ鞭蟲卵ヲ認  
ム。尿ニハ蛋白、糖反應「ケメリ」反應等陰性、「ウロビリ」反應ハ強度ニ、「ウロビリゲーン」、疸酸反應等ハ弱

陽性ナリ。血液ヲ檢スルニ肉眼的ニ既ニ稀薄ニシテ、血色素量 30 (ザーヤー氏血色素計)、赤血球數 3,080,000、血色素係數 0,721、白血球數 3,200 ナリ。白血球各種比率ニハ著變ナシ。赤血球ニハ多樣染色、大小不同等アリ、稀ニ有核赤血球ヲ認ム。血液ワッセルマン氏反應陰性、「ビリルビン」量 0,8 單位、直接「デアツォ」反應遲滯ス。血壓最高 135、最低 70 (Riva-Rocci) ナリ。腹部穿刺ノ數同行ヒタルガ液ハ每常清澄透明ニシテ、淡黃色ヲ呈シ、Rivalta 氏反應陰性、比重 1005 乃至 1008、蛋白含量ハ 0,5—0,7% ナリ、沈渣ヲ鏡檢スルニ赤血球、白血球(大多數ハ淋巴球)並ニ少許ノ上皮細胞ヲ認ム。「ジューゲルマン」細胞ノ毎回可ナリ多數ニ證明セラレタリ。肝臟機能ヲ檢スルニウィダール氏肝臟機能検査、ロッホ氏法等ハ陽性、果糖食餌後ニハ可ナリ著明ノ血糖増加ヲ認メタルモ、尿中糖反應ハ陰性ニ了レリ。脾臟機能試験ノ目的ニテ、1000 倍鹽化「アドレナリン」溶液 1,0 ccm ナ皮下ニ注射シ 20 分毎ニ白血球數並ニ其種類ヲ檢スルニ、注射前白血球數 2380、淋巴球 29% (約 680) ナリシガ、20 分後ニハ白血球(全)數 10000 トナリ、淋巴細胞ハ就中 31% (3100) ニ達セリ。胃液ニハ遊離鹽酸度 20、總酸度 40、他ハ變化ナク、特ニ血液反應ヲ見ズ。

經過。其後 3 箇月ノ間ニ 9 回ノ腹部穿刺ヲ施シ、利尿劑(「ノヴァズロール」、醋剝水、甘汞、其他)ヲ處シ、鐵劑ヲ與ヘ、食餌療法ヲ行ヒテ、一時尿量増加シ榮養狀態良好トナリタレドモ、患者ハ全キ快癒ヲ見ルニ至ラズシテ 12 月 28 日一先ヅ退院セリ。

本例ハ症狀經過ヨリ臨牀上肝臟硬變症ト診斷シテ誤ナル可シ。

第五例 富〇次〇, 44 歳, 男, 農夫。(大正 13 年 10 月 13 日入院  
大正 13 年 11 月 26 日死亡退院)

診斷。肝臟硬變症。

既往症。特殊ノ遺傳ナシ、著患ニ罹リタルコトナク、花柳病ハ之ヲ否定ス。飲酒スルコトアルモ極メテ少量ナリ。患者ハ 30 歳頃ヨリ上腹部ニ時々疼痛ヲ訴ヘタルガ、4, 5 年來更ニ臍ノ上下部ニ搏動性ノ疼痛ヲ發來シ、同時ニ時々腰痛ヲモ發セリ。本年(大正 13 年)8 月中旬灌漑ノ爲過勞セシ爲メカ、臍周圍部ニ於ケル搏動性疼痛増加シ、之ニ加フルニ上腹部ニ食餌ト關係ナキ緊張及ビ停滯ノ感ヲ訴フルニ至レリ。此際惡心、嘔吐等ハナカリシモ食慾ハ漸次不食トナリ、輕度ノ下痢ヲ起セリ。

現症。體格長ナレドモ榮養稍々不食、皮膚ノ色ハ少シク蒼白ナリ。舌ハ白色ノ苔ヲ被リ、肘腺ヲ觸知シ得。橈骨動脈稍々硬化シ、脈搏ノ緊張長シ。胸部兩肺尖部稍々短(打診上)呼吸延長ス。一般ニ呼吸音弱ク、殊ニ右下部ニ於テハ打診音短ニシテ、呼吸音著シク微弱ナリ。心尖搏動ハ第四肋間ニテ觸知シ得。心音ハ一般ニ弱キモ不純ナラズ、心臟絕對濁音界ハ左ハ左乳線ヨリ一橫指徑内方ニアリ、上ハ第四肋骨、右ハ右副胸骨線ニ達ス。血壓ハ最高 105、最低 65 (Riva-Rocci) ナリ。腹部ハ一般ニ中等度ニ膨滿シ、上腹部ニ於テ一縱走靜脈ノ怒張セルヲ認ム。右季肋部ト上腹部トノ境界ニ壓痛アリ。臍ノ周圍殊ニ其直上部モ亦稍々著明ノ壓痛ヲ示ス。肝、腎、脾等ノ臟器其他腫瘍等ヲ觸知シ得ズ。坐位ニ於テ下腹部臍ト耻骨縫合トノ中間部以下ハ濁音ヲ呈シ、著明ノ波動ヲ示ス。足背及ビ下腿内側ニ輕度ノ感覺鈍麻ヲ證明スレドモ他ニ感覺運動ノ障礙ヲ認メズ、浮腫ナシ。胃液ニハ多少ノ粘液アリ、遊離鹽酸度 22、總酸度 52、血色素反應陰性、ワッフェルマン氏反應弱陽性ナリ。「レントゲン」線検査ニテ右側ニ癒着性肋膜炎ノ存在ヲ證明ス。胃ハ橫位ヲ取り、大部分肋骨弓上ニ位ス。胃ノ運動、排泄狀態ニ異常ナシ。尿ハ黃色透明ニシテ、蛋白並ニ糖等ノ異常成分ヲ有セズ。便ハ消化長性、粘液、血液等ヲ混セズ、少數ノ十二指腸蟲卵、鞭蟲卵等ヲ證明セシム。血液ワッセルマン氏反應及ビロテロ氏血清反應共ニ陰性ナリ。血清「ビリルビン」量ハ 0,75 單位、直接「デアツォ」反應ハ遲滯ス。腹部ニ試驗的穿刺ヲ行ヒ、腹水ヲ採取スルニ液ハ淡黃色ニシテ、

殆ど透明，比重 1006，蛋白含量 0.65%，ワバルタ氏反應陰性ナリ。沈渣ニハ稍々多數ノ赤血球及白血球(主トシテ淋巴球)アリ，少數ノ所謂印付指環細胞ヲ認ム。其後數回穿刺ヲ行ヒタルガ液ノ所見毎回略々同様ニシテ，常ニ濾出液ノ性状ヲ示セリ。「ジューゲルリング」細胞ハ前諸例ヨリハ少數ナリシモ亦毎回證明セラレタリ。穿刺後腹部ハ陷没シ弛緩シ觸診容易トナリタレドモ，腹部臟器殊ニ肝，腎，脾等ヲ觸知シ得ズ，又腫瘍，抵抗等注目スベキモノヲ證明セズ。

經過 其後下痢，血便，吐血等アリ，食思ススマズ，尿量減シ，屢々穿刺ヲ行ヒタルモ腹水ノ蓄積極メテ急速ニ起リテ，患者ハ次第ニ衰弱シ，遂ニ膽毒症様ノ症狀ヲ起シテ 11 月 26 日鬼籍ニ入レリ。

本例ハ經過急速ニシテ，死ノ轉歸ヲトリタレドモ，腹水ハ全ク濾出液ノ性状ヲ示シ腹部ニハ癌腫ニ適ス可キ何等ノ所見モナキヲ以テ，之ハ比較的急速ノ經過ヲ取レル肝硬變症ノ一例ト考ヘ得ベシ。

以上五例ノ他余ハ尙ホ一例ノ膽道癌(?)ニ因スル高度ノ黄疸及ビ腹水ヲ伴ヘル患者ニ於テモ，腹水中ニ「ジューゲルリング」細胞ヲ見出シ得タルガ，該例ハ惡性腫瘍ノ疑充分ナルヲ以テ，茲ニハ録セザルコトトセリ。

前述セル數例ニ於テ見出サレタル所謂「ジューゲルリング」細胞ハ略一定シテ固有ノ形狀ヲ示シ，其大サハ新鮮標本ニテ直徑 15 乃至 40 mikron ヲ示セリ。但シ余ハ他ニ子宮ノ惡性腫瘍患者ノ血性腹水中ニハ 40 mikron 以上ニ達セル大ナルモノヲモ見出シタル事アリ。此種細胞ハ比較的大ナルモノニ於テ最モ特有ノ形狀ヲ示シ，新鮮標本ニ於テハ透明無色無構造ニシテ膨大セル胞體ヲ有シ，核ハ邊緣部ニ於テ壓迫セラレタル如キ狀ヲ示シ，名ノ示ス如ク，其形恰モ印付キ指環ニ髣髴タリ。比較的小ナル細胞ニテモ全ク定型的形態ヲ示スモノアレドモ，之ニハ胞體ノ無構造化不充分ニシテ，核モ甚ダシクハ一隅ニ壓迫セラレズ，恰モ移行型ヲ示スガ如キモノ少ナカラズ。尙ホ又中ニハ細胞ノ無構造化著明ナラズ，從テ指環ノ如ク中空ヲ有セズ，シカモ細胞ガ全體トシテ球形ヲ示シ，其一隅ニ核ヲ有スルモノヲ見ルコトアリ。又核ガ鏡下ニ見ル細胞面ノ周邊ニアル時ハ全ク印付指環狀ヲ呈スルモ，細胞ノ位置ニヨリテ，核ハ鏡下胞體ノ中心乃至其附近ニアル事アリ。斯カル場合ニハ該細胞ハ一見印付指環ノ狀ヲ呈セズ，恰モ無構造化セル通常ノ細胞ヲ見ルガ如シ。尙ホ胞體中ニハ 1, 2 或ハ數箇ノ空胞ヲ有スルモノヲ見ルコトアリ。

「ヘマトキシリン—エオジン」重染色標本ニテハ核ハ濃紫青色ニ染ミ，或ハ紡錘形ヲ，或ハ半月形ヲ，或ハ約球形ヲ呈シテ，比較的鮮明ニ染出セリ。稀ニ 2 箇ノ核ガ相並列シテ存スルコトアリ。核ハ一般ニ「クロマチン」ニ富ムモ淋巴球ノ夫ノ如ク高度ナラズ，但シ核小體ハ著明ニ識別セラレズ，核ノ周圍ニハ僅ニ淡紫赤色ニ染メル原形質

ヲ識別シ得ルコトアリ。又之ガ不著明ニシテ、核ガ直チニ無構造物質中ニ存在スルガ如ク見ユルモノアリ。「ジューゲルリング」ノ中腔ヲナス可キ胞體ハ殆ド不染性ナレドモ、屢々又少シク濃厚ニ染色スレバ、極メテ薄ク紫赤色ヲ呈ス。此際胞體ハ全然無構造ニアラズシテ、核ヨリ出ヅル數多ノ紫赤色ノ線條ニヨリ一部不正ナル網狀ノ構造ヲ呈スルコトアリ。此際網眼ハ核ノ附近ニ於テ密ニシテ、之ヲ遠ザカルニ從ツテ疎トナリ、網絲モ之ニ從ヒ纖細トナレリ。然レドモ此網狀構造ハ一般ニ極メテ不正不規則ナルモノニシテ、且標本ノ固定時間ノ長短、染色ノ濃淡等ニヨリ著シク其ノ所見ヲ異ニスルモノナレバ、之ガ胞體特殊ノ造構ニ因スルモノナリヤ疑ハシ。一般ニ巨大ナル定型的「ジューゲルリング」ノ狀ヲ呈スルモノハ胞體殆ド不染性ニシテ、染色スルモ此網狀構造ハ極メテ疎淡ナルガ、小ナル細胞殊ニ「ジューゲルリング」ノ移行型ヲ示スモノニテハ、此網狀構造著明ニシテ、粗纖諸種ナル網狀ハ大小諸種不正ナル網眼ヲ形成セリ。中ニハ又胞體ガ著明ノ網狀ヲ呈セス、各部濃淡不平等ニ染色シ、所々小ナル空隙ヲ藏スルコトアリ。又核ハ明カニ扁平トナリ一隅ニ存スルガ、胞體ハ比較的濃密ニ略一様ニ染色シ、只僅ニ一隅ニ於テ明カニ空隙又ハ網狀構造ヲ示スコトアリ。又既ニ新鮮標本ノ所見ヨリモ明カナル如ク、胞體ハ稀薄ナル網狀構造ヲ示スモノ拘ハラズ、核ハ胞體ノ中心部ニ現ハレ、細胞ハ「ジューゲルリング」ノ形ヲ呈セザルコトアリ。此際核ノ周圍ニ稠密ナル原形質ノ被覆ノ存スルコトアリ、又之ヲ缺如スルコトアリ。又カカル膨大セル網狀胞體中ニ淋巴球又ハ赤血球ノ存在ヲ見ルコトアリ。

之ヲ要スルニ腹水中ニ於テハ定型的ノ「ジューゲルリング」狀ヲ呈スル細胞ト單核大細胞トノ間ニハ明カニ諸種ノ形態上ノ移行型ヲ證明スルヲ得ベク、シカモ其胞體ガ漸次膨大スルト共ニ原形質ガ一隅ニ壓縮セラレ或ハ萎縮シ、或ハ崩潰スルガ如キ狀ヲ呈スルハ細胞ノ「ジューゲルリング」化ガ一種ノ變性現象ノ結果ニ他ナラザル事ヲ想像セシムルニ餘リアリ。ギームザ氏染色標本ニ於テハ全體トシテ細胞ハ紫青色ヲ呈シ、核ハ濃ク、胞體ハ薄ク前述ノ如ク染色セリ。「チオニン」染色ヲ施スニ核ハ薄ク胞體ハ極メテ薄ク網様ニ青色ニ染ミ「ムチン」様物質ヲ證明セス。脂肪竝ニ類脂肪染色ハ陰性、分極顯微鏡ニテ重屈折脂肪體ヲ證明シ得ズ。

本細胞ノ本態如何ハ即チ本細胞ノ診斷上ノ價值ヲ定ムル上ニ重要ナルモノナルガ、既述ノ如ク Krukenberg 氏腫瘍ニ於テハ腫瘍細胞ノ變化セルモノト見做サレ、安藤教授ノ如キモ、該腫瘍細胞ガ粘液様變性ニ陥リテ、之ヲ生ゼルモノノ如ク考察セラレタリ。腹水ニ出現スル本細胞ノ本態ニ就テモ亦之ガ惡性腫瘍細胞ト關係ヲ有スルモノト見做サレ、從ツテ惡性腫瘍ニ因スル腹水ノ診斷上、本細胞ノ出現ガ甚ダ意義アルモノ

ト考ヘラレタル事ハ既述ノ如クナルガ、澤野氏ノ如ク今又余ノ例ニ於ケルガ如ク本細胞ガ非癌腫性腹水中ニ於テモ斯ク屢々見出サルルモノナリトセバ、本細胞ノ成立ニ關シテモ吾人ハ獨リ惡性腫瘍細胞ノミヲ云々スルコト能ハザルガ如シ。蓋シ本細胞ガ單ニ其形狀ニヨリ命名セラレタルモノナリトセバ、素ヨリ本態的ニ特殊ノ細胞ノミヲ意味ス可キモノニアラズ。即チ癌腫細胞ノミヲ意味ス可キモノニアラズ。癌腫細胞ガ容易ニ其變性的形態トシテ此種形狀ヲ示スト同様ニ、他ノ細胞モ又或ル原因ニヨリ容易ニ此種形狀ヲ取り得ル事ハ腹水中ニ於テ所謂「ジールクリング」細胞ト他ノ細胞トノ間ニ諸種ナル移行型ヲ認メ得ル點ヨリ見ルモ之ヲ首肯シ得ベシ。

然ラバ腹水中ニ於テ如何ナル細胞ガ「ジールクリング」ノ形ヲ取り得ルモノナリヤ、腹水細胞ノ所見ノミヨリ直チニ之ヲ斷定スルハ早計ナランモ、余ハ之ニ關シ第一ニ腹膜内被細胞ニ向テ注意ヲ傾クルヲ以テ至當ナリト信ズ。腹膜内被細胞ハ本來扁平ナル上皮細胞ナレドモ、之ガ剝脫シテ腹水中ニ遊離スルトキハ、容易ニ大ナル圓形細胞ノ形ヲ取り得ル事ハ肺胞上皮細胞、淋巴腺、肝臟等ノ内被細胞ノ場合ノ如ク可考的ノ事ニシテ、之ガ何等カノ刺戟狀態ニ於テハ更ニ膨大シテ、斯ク特色アル形態ニ化ス可シトハ全く想像シ得ラザル事ニアラズ。但シ腹水中ニハ尙ホ他ノ諸種ノ白血球、組織球等アリ、之等ノ細胞ガ同ジク變化シテ「ジールクリング」細胞トナリ得可キヤ否ヤ、固ヨリ直チニ之ヲ確定スルコト困難ナレドモ「ジールクリング」細胞ナルモノガ單ニ形態上ノ名稱ニ過ギザル限り之ヲ否定スルコト能ハザル可シ。殊ニ染色標本ニ於テハ移行型細胞中ニ「プラスマ」細胞、組織球性細胞等ヲ思ハシムルモノ少ナカラズ。只一種ノ細胞ノミヲ擧グルコト能ハザル可シ。

次ニ腹水中ノ細胞ガ如何ナル變化ヲ起シテ、カカル形態ヲ取ルニ至レルカ、澤野氏ハ腹水中ノ細胞ガ一種ノ變性ヲ起シ、細胞内ニ大ナル泡球ヲ生ジ、之ガ爲ニ原形質ハ核ト共ニ細胞ノ周邊部ニ壓迫セラレテ、カカル形態ヲ取レルモノノ如ク想像セルガ、實際定型的「ジールクリング」細胞ニ於テハ其一隅ニ於テ鮮明ニ限界セラレタル、核ヲ抱有セル原形質塊ヲ見ルコトアリ、恰モ泡球ニヨリ壓迫セラレタルノ觀ヲ呈ス。然レドモ中ニハ核ノミガ孤立シテ存在シ、胞體ハ全部疎網狀ヲ示シ、局限セル原形質塊ヲ見出サザルコトアリ。此際核ノ附近ニ於テ特ニ濃厚ナル染色ヲ見ルコトアルハ既述ノ如シ。カカル場合ニ於テ原形質ガ或ル變性的變化ニ因リテ徐々ニ崩壞セルモノナルカ、又ハ一旦壓迫セラレタル原形質塊ガ續發的ニ變性ニ陥リタルモノカ不明ナレドモ孤立セル核ノミニヨリテモ印付指環細胞ノ印部ヲ構成シ得ル事ハ疑ナキガ如シ。但シ斯カルモノニ對シ「ジールクリング」細胞ノ名ヲ附スルコト能ハズトセバ論外ナリ。



變性ノ種類トシテハ之亦明カナラザルガ、「ジーゲルリング」細胞ノ胞體ガ甚ダシク膨大セル一種ノ泡球ニヨリ形成セラルルトシテモ、之ガ脂肪又ハ類脂肪物質ヨリ成ルニアラザルハ、染色標本ノ所見ニヨルモ明カナリ。又該物質ハ「ヘマトキシリン」ニヨリ多少ノ染色性ヲ有スルモ、「チオニン」染色ニヨリ變色反應ヲ呈セザル點ヨリ見ルモ、之ガ常ニ一種ノ粘液様物質ノ存在ヲ語ルモノナリヤ疑ハシ。最近 Meißner 氏ハ飢餓浮腫ノ患者ニ於テ、小林氏ハ慢性「ネフローゼ」及ビ腎炎患者ニ於テ、各腹水中ニ多數ノ印付指環細胞ヲ證明シ、前者ハ之ヲ惡液質ノ徵候ナリトシ、後者ハ更ニ組織浮腫傾向ノ一ノ現象トシテ細胞ガ水分ヲ吸收シ膨大シテ、遂ニ空胞ヲ生ジ、以テ此種ノ形ヲ成スモノト考察セリ。然レドモ「ジーゲルリング」細胞内ノ泡球ハ新鮮標本ニ於テ滴狀物質ニ相當セル所見ヲ示シ、ソノ中ニ更ニ小空胞ヲ宿スコトアリ、又染色標本ニ於テ多少ノ染色性ヲ有スルヲ以テ、之ガ單ナル空胞ヨリ成ルモノトハ考フルコト能ハズ、之ガ一種ノ滴狀物質ヨリ成ルハ想像ニ難カラザル所ナリ。但シ此滴狀物質ガ如何ナル物質ヨリ成レルヤ今日尙ホ不明ナリ。此物質ガ諸種ノ操作ニ對シ可ナリノ抵抗ヲ有スル點、多少ノ染色性ヲ有スル點等ハ之ガ單ナル水滴ヨリ成レルモノニアラズシテ、彼ノ脂肪變性ノ際ニ於ケル脂肪球ノ如ク或ル一種ノ變性的產出物ヨリ成レルモノナルヲ思ハシムレドモ、之ニ就テハ尙ホ研究ヲ要ス可シ。尙ホ余ハ斯ノ如キ滴球ヨリ成ル定型的「ジーゲルリング」細胞ノ外ニ胞體ガ漸次膨大スルト共ニ原形質ノ疎緩又ハ破潰ヲ來タシ、「ジーゲルリング」ノ狀ヲ呈スルモノアルヲ認メントス（勿論此際核ハ原形質ノ膨脹ト共ニ一隅ニ壓迫セラルルヲ要ス）。若シ斯クノ如クシテ生ゼルモノヲモ其形態ヨリ之ヲ「ジーゲルリング」細胞ト稱シ得ベクンバ、滴狀物質ノ形成以外ニモ本細胞ノ成生ヲ認メザル可カラザルニ至ル可シ。

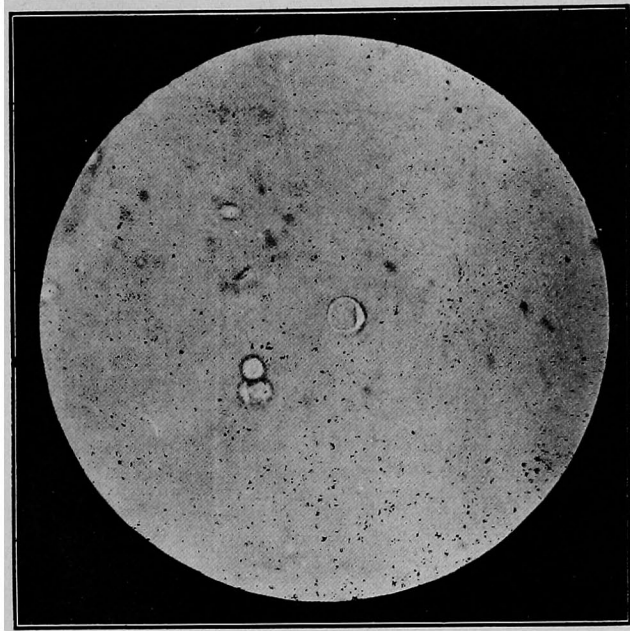
之ヲ要スルニ腹水中ニ於ケル所謂印付指環細胞及ビ少クトモ印付指環ノ形狀ヲ取レル細胞ノ本態ニ就テハ全ク明白ナリトハ云フ可カラザルモ、之ガ出現ガ決シテ惡性腫瘍ニ因スル腹水ニノミ特殊ナルニアラズシテ、非癌腫性腹水中ニモ、之ヲ證明シ得ク、從ツテ之ガ出現ハ惡性腫瘍ノ診斷上重要ナル意義ヲ有スルモノニ非ザル事ハ確實ナリト謂フベシ。

## 附 圖 說 明

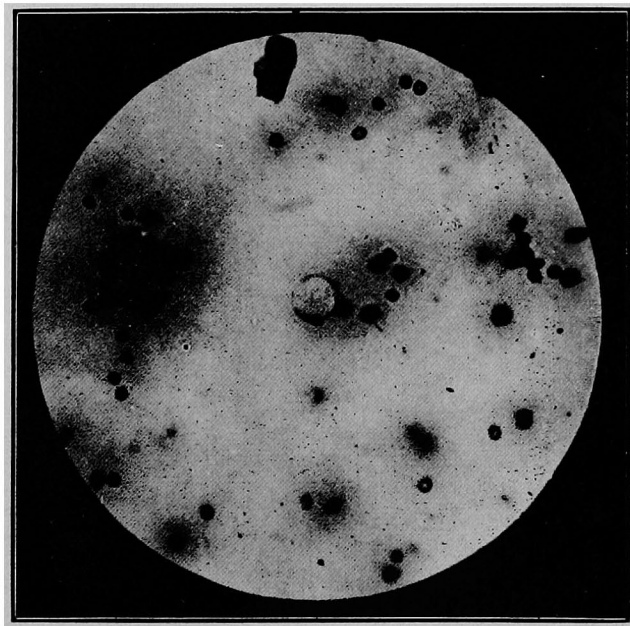
第一圖 第四例新鮮腹水沈渣標本寫眞。

第二圖 第一例腹水沈渣「ヘマトキシリン—エオジン」染色標本顯微鏡寫眞。

戸田論文附圖



第一圖



第二圖

## 文 獻

- 1) Stadelmann, Berliner Klinische Wochenschrift, 1908, Nr. 51, S. 2262. 2) Matthes Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten, III Aufl. 1922. 3) Brugsch u. Schittenhelm, Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden, V Aufl. 1921. 4) 安藤畫一, 婦人科學. 第二版, 大正 10 年 8 月發行. 5) 澤野哲三, 臨牀. 第一卷, 第三號, 大正 13 年 1 月發行. 6) Meißner, Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 26, 1924. 7) 小林義雄, 醫事公論. 第 639 號, 大正 13 年 10 月 4 日發行.

---

### *Kurze Inhaltsangabe.*

## Ueber die sogenannten „Siegelringzellen“ in Aszytesflüssigkeiten.

Von Dr. Yuichi Toda.

*(Aus der I. inn. Klinik der Medizinischen Fakultät zu Okayama. Direktor: Prof. Dr. R. Kaneko.)*

Wie bekannt hat Stadelmann im Jahre 1908 zuerst eine Art Zellen beschrieben, die morphologisch einem Siegelring sehr ähnlich sind und deswegen als „Siegelringzellen“ genannt wurden. Da diese Zellen bis vor kurzem immer bei karzinomatösen Erkrankungen des Peritoneums und der Meningen gefunden wurden, so haben diese Zellen eine gewisse Bedeutung für die Diagnose der letztgenannten Erkrankungen gehabt.

Angeregt von den Befunden von einem Autor, der neuerdings diese Zellen im nicht karzinomatösen Punktat gefunden hat, untersuchte der Verf. zahlreiche Fälle von Aszytesflüssigkeiten verschiedener Natur und konnte diese Zellen auch in der Punktionsflüssigkeit bei 5 Fällen der sicher diagnostizierten Leberzirrhose nachweisen. Es handelte sich bei den 4 Fällen um die typisch verlaufende genuine Leberzirrhose und bei dem einen um die zirrhotische Staungsleber beim Herzklappenfehler.

Anbetreffs der Entstehungsweise dieser Zellen ist der Verf. in der meinung, dass die Endothelzellen des Bauchfells (gelegentlich auch die Leukozyten und andere histiozytäre Zellen) in der Aszytesflüssigkeit unter gewissen Zuständen sich kugeln und nicht einfach durch Luft-oder Wasseraufnahme, sondern durch irgendeinen Degenerationsprozess (Fett-, Lipoid-, und Mucinfärbung aber dabei negativ ausgefallen) sich so charakteristisch formieren dürfen.

Immerhin muss man nach dem Befunde des Verf. annehmen, dass das Auftreten der sogenannten Siegelringzellen in der Punktionsflüssigkeit für karzinomatöse Erkrankungen der serösen Häuten nicht pathognomonisch ist. *(Autoreferat.) (Eingegangen am 20. Jan. 1925.)*