

- 13) F. Neugebauer: Eitrige diffuse Magenphlegmone. Ztb. Chir., S. 1703, 1930.
- 14) P. Slamina: Phlegmonöse Gastritis als Komplikation des akuten Gelenkrheumatismus. Ztb. Chir., S. 2745, 1934.
- 15) Victor Orator: Über Magenphlegmone. Ach. Chir. Bd. CXC. S. 378, 1926.

## 附 図 説 明

- 図 1 粘膜下組織膿瘍形成 (症例1)
- 図 2 粘 膜 下 組 織 (症例1)
- 図 3 筋 層 (症例1)
- 図 4 漿膜及漿膜下組織 (症例1)
- 図 5 粘 膜 (症例2)
- 図 6 粘 膜 下 組 織 (症例2)
- 図 7 筋 層 (症例2)
- 図 8 漿膜及漿膜下組織 (症例2)

## 細網肉腫症の部分現象として発生した胃細網肉腫の1例

京都大学医学部外科学教室第2講座 (指導: 青柳安誠 教授)

内 田 幸 夫

〔原稿受付 昭和34年1月31日〕

RETICULOSARCOMA OF THE STOMACH AS ONE OF  
THE LESIONS OF RETICULOSARCOMATOSIS:  
REPORT OF A CASE

by

YUKIO UCHIDA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School  
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

A 36 aged man complained of indolent tumors in his cervical region which he had noticed about 2 months before his admission to our clinic.

As the histopathological study of the tumors revealed reticulosarcoma, X-ray radiation upon his neck and intravenous injection of Hematoporphyrin-mercury (MH) were attempted and it took us about 2 months to make these tumors disappear.

After a while, however, he became to complain of dull pain in the right head accompanied with auditory disturbance at his right ear which was found oto-rhinolaryngologically to be caused by an epipharyngeal tumor.

Local treatment with X-ray and Co<sup>60</sup> radiation and general treatment with MH were carried out. They were remarkably effective as far as the epipharyngeal tumor was concerned.

During this period he complained of severe stomachache at his hungry hours. Gastric juice had normal acidity and no lactic acid in it, but presented blood macroscopically. Stomach X-ray revealed a large Nische located near the cardiac portion on the small curvature side.

Through the surgery upon his stomach, we could remove a child-fist-sized and crater-shaped tumor, of which histopathological findings also showed that of reticulosarcoma.

Here we reported a considerably rare and interested case of reticulosarcomatosis.

細網肉腫は、その発生母地である細網内皮系の形態、分化能力、機能が明確でないことと、本腫瘍が複雑な組織像をもつことのために、今日なお議論の多い腫瘍の一つであるが、われわれは、最近、細網肉腫症の部分現象として胃に発生した細網肉腫の1例を経験したので、その概要をここに報告する。

### 症 例

36才、男子。昭和33年3月26日入院、5月30日一旦退院、6月23日再入院、12月8日軽快退院。

主訴：右頸部の無痛性腫脹。

家族歴：特記すべきものがない。

既往歴：数年前から年に数回、空腹時に胃部疼痛をきたしたことがあり、胃潰瘍といわれて内科的治療を受けたことがある。

現病歴：1月初旬、右頸部に拇指頭大の無痛性腫脹があらわれ、ペニシリン注射により消失した。1月中旬、再び同様の腫脹をきたし、ストレプトマイシン、パスを用いたが腫脹は増大し、又、両側の鎖骨上窩にも腫脹を生じ、その頃から唾液に血液を混ずるようになった。これらの腫脹は圧痛なく、嚥下障害、嘔声、呼吸困難、全身倦怠感なく、食欲も普通である。

入院時全身所見：体格、栄養中等度。口腔、歯牙及

び扁桃腺に異常なく、胸部所見に異常を認めない。腹部では、肝、腎、脾を触れず、また、その他の部に腫瘍を触れない。脈搏数74、整調、正常大。血圧140/70 mm Hg、体温36.2°C。

局所所見：顔面は左右不整であり、右側で、耳殻下端から始まり、下顎骨後縁、胸鎖乳突筋中央部に及ぶ手掌大の腫脹、及び、左右の鎖骨上窩に拇指頭大の腫脹各1ヵ所があり、これらの腫脹に一致して境界鮮明な弾性硬の腫瘍を触れる。右側のもの2ヵ所は表面不平、左鎖骨上窩のものは表面平滑であるが、いずれも皮膚及び基底からの移動性は認められない。

又、左側の手掌大のものの周辺部には腺塊形成が認められる。これらの腫瘍は嚥下運動によつて動かない。腋窩部及び鼠蹊部等にリンパ節腫脹は認められない。

入院時検査成績：血液、尿、尿に異常を認めない。喀痰は肉眼的に血液を認めるが、結核菌、腫瘍細胞を認めない。肝機能はB. S. P. で正常、赤沈は中等値6 mm 胸部レ線像で異常所見が認められない。

入院後の経過：3月29日右頸部腫瘍の試験切片切除を行ない、病理組織学的検索の結果、細網肉腫であることが判明した。(写真1, 2)はヘマトキシリン、エオジン染色で、健常なリンパ節組織と思われるもの

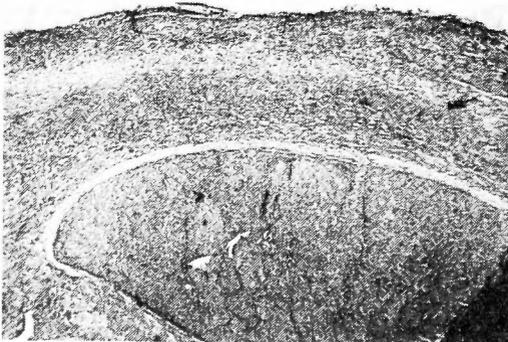


写真1 (H. E. 染色弱拡大)

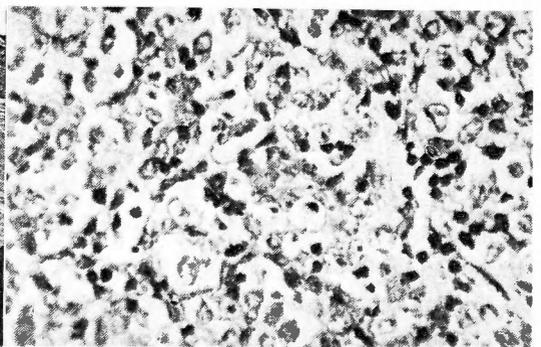


写真2 (H. E. 染色強拡大)

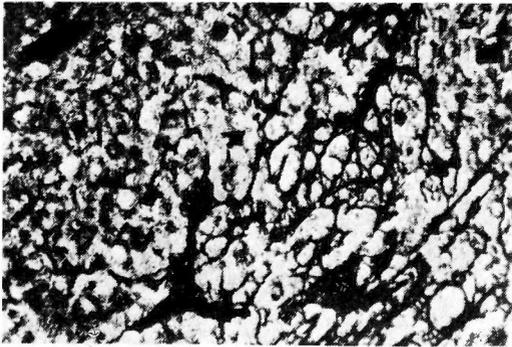


写真3 (Gitter 染色強拡大)

は、リンパ節梁材及び、わずかに残存する白髄のみで、その他の部分が殆ど腫瘍細胞でおきかえられている。腫瘍組織は定型的な細網肉腫であり、その細胞は円形、卵円形、大小不同の細網肉腫細胞から成っている。細胞の境界は比較的鮮明、その核は淡明で2、3個の核仁を認める。細胞合体性、核融合像等は殆どみられず核分裂像だけが多少みられる。わずかに残存している梁材周囲には、少数のリンパ球、組織球を認め、又腫瘍細胞中にそれら細胞が散在する。しかし単球は殆どみられない。同上組織の銀染色の組織像(写真3)では、腫瘍組織中に分岐する銀線維の状態は、さほど緻密に侵入していないようである。以上の所見から、リンパ性細網肉腫の分化型に属するものと考えられた。よつて、4月7日から、レントゲン照射(1日270γ)を計19日間、及び抗腫瘍剤として、ヘマトボルフィリン水銀(M.H.)1日50mg、総計(20日間)1gを投与し、頸部腫瘍は消失したので、5月30日退院した。

ところが、退院後2日目に37°Cの発熱あり、以後、右、側頭部鈍痛と右耳の聴力障害をきたし、6月23日再入院した。

入院時所見：頸部腫脹は消失しているが、耳鼻科的検査で、上咽頭に腫瘤が認められ、これにより右後鼻孔は殆ど全く閉鎖され、右耳管隆起が腫脹し、このため、右耳に60~70dbの聴力障害がある。肝機能はB.S.P. 30分値10%で軽度に障害されている。

経過：6月25日からレントゲン及びCo<sup>60</sup>照射を開始し、7月上旬には両腋窩に拇指頭大のリンパ節腫脹をきたしたので、この部へも照射を行ない、9月8日までに、1日270γ計62回及び、M.H. 1日50mgを10日間用いて、9月上旬には頸部、腋窩部、上咽頭部の腫瘍は殆ど消失した。ところが、9月26日から、空腹時

に胃部に、背痛を伴う強烈な疼痛を訴えるようになった。触診により胃部に圧痛点を認めるが腫瘤は触れない。小野寺氏圧痛点は強陽性である。嘔吐、吐血、吞酸、下痢、便の黒変はなく、検便の結果、潜血反応はベンチチン法だけが陽性、寄生虫卵は陰性。胃液検査では酸度正常で乳酸を認めないが、血液を認め、レ線検査では(写真4)のように胃噴門部に近く小彎側にニッシュを認めた。よつて10月7日、胃潰瘍との診断のもとに手術を行った。



写真4

手術所見：エーテル及び笑気麻酔のもとに上腹部正中切開で開腹した。肝右葉前面及び左葉下面に豌豆大の帯白色の腫瘍の転移巣と思われるもの各1個があり、胃は周囲臓器と癒着せず、小彎側、噴門に近く、漿膜面が帯白色、凸凹の部分を認め、この部に小児手拳大の腫瘤を触れた。又幽門部にリンパ節腫脹のあるのを認めた。胃全剝術、結腸後食道空腸吻合術及びブ

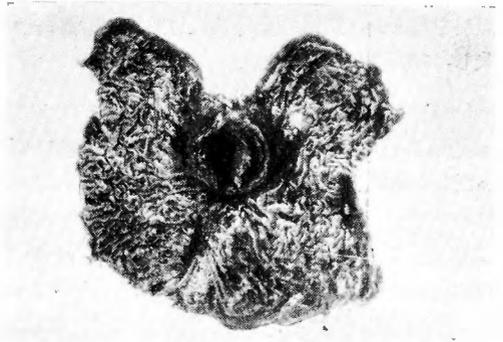


写真5

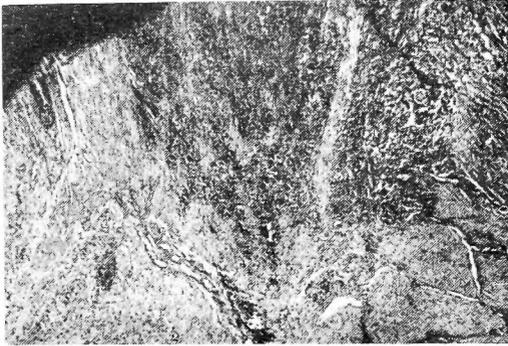


写真6 (H.E. 染色弱拡大)

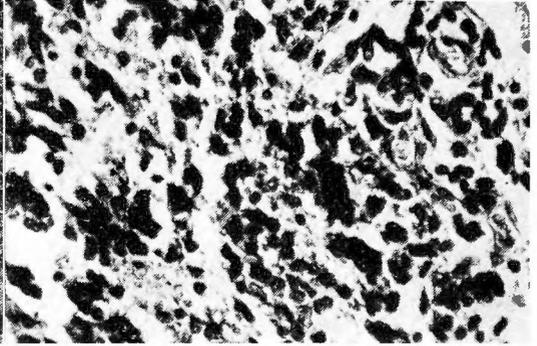


写真7 (H.E. 染色強拡大)

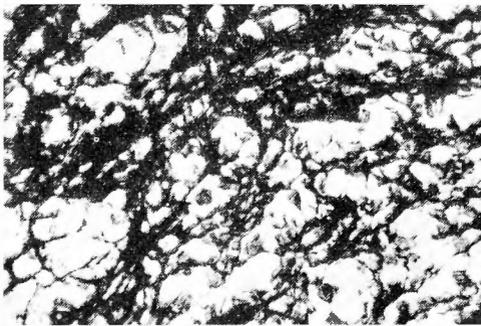


写真8 (Gitter 染色強拡大)

ラウン氏吻合術を行った。

標本所見：胃肉眼標本は(写真5)のように小彎側で噴門に近く、小児手拳大、中心部が噴火口状をなした腫瘤が胃腔内へ突出している。この腫瘤は、境界鮮明、表面は割合に平滑で弾性硬である。この噴火口状の部に造影剤が入り、術前、レ線像でニッシュとして認められたものと考えられる。組織標本は(写真6, 7, 8)のように、頸部腫瘤と同様、細網肉腫の像である。

術後経過：良好であつたが、その間、頸部がやや腫脹してきたので11月6日から9日間、1日 270γのレ線照射を行ない、頸部、腋窩部、上咽頭の腫瘤は全く消失し、12月8日退院した。

総括及び考按

本症例は、頸部の細網肉腫治療中、胃にも同腫瘍をみいだした細網肉腫症である。

細網肉腫という名称を最初に用いたのは、Oberling (1928) で、彼は、Ewing 氏腫瘍を精査し、これが骨髄の細網系細胞に由来するものであることを明らかにした。それ以来、本腫瘍については、欧米では、Roulet (1930, 1932) De Oliveira (1936), Verhagen (1939), Mundt (1952) ら、本邦では、長与 (1929)、緒方

表 1

- A) 発生母地よりの分類(赤崎)：
  - 1) リンパ性組織の細網細胞から発生する細網肉腫(症)＝リンパ性細網肉腫(症)。
  - 2) 骨髄組織の細網細胞から発生する細網肉腫＝骨髄性細網肉腫。
  - 3) その他の臓器、組織の主に組織球(一部は細網細胞から発生する細網肉腫)。
- B) 組織学的分類(赤崎)：
  - 1) 未分化型(又は幼若型)
  - 2) 分化型(又は成熟型)
    - イ) 網状型
    - ロ) 組織球型
    - ハ) 多形細胞型
  - 3) 他の腫瘍又は炎症との移行乃至混合型。
    - イ) リンパ肉腫との混合型
    - ロ) リンパ性白血病と混合型。
    - ハ) 細網症からの移行型。
    - ニ) 炎症性肉芽腫からの移行型。

表 2

本邦に於ける悪性リンパ腺腫症の1951～1955年間の全国的統計(悪性リンパ腺腫症研究班)全例1164例のうち		
細網肉腫(症)	664例	Hodgkin氏病 126例
リンパ肉腫	96例	白血病 68例
濾胞性リンパ腫	28例	細網症 134例
類肉腫	9例	

(1939)、天野(1941)らの研究があるが、いまだその概念、名称、分類等の点で統一ある知見は得られていない。しかし近年、赤崎(1943)はこれを細網細胞(ないしは組織球)に由来する悪性腫瘍として定義し、これをその発生母地より表1. A. のように3型に分類し、更に組織学的に、同、B. のような分類をしている。このうちリンパ性細網肉腫は、全細網肉腫例の9割以上をしめ、又、分化型の網状型が多いという。細網肉腫(症)の発生頻度について、本邦に於ける

表3 細網肉腫(症)の性別頻度

報告者	男:女
Griffenstein	2:1
Dumb	2:1
高原	4:3
大谷	4:2
塚本	66:22
赤崎	3:2 ないし 2:1
大塚	生検例 2.3:1 剖検例 11:5
Oliveira	8:12
Verhagen	31:33

1951~1955年間の全国的統計では、表2のように悪性リンパ節腫症のうちでは細網肉腫(症)が最も多い。性別頻度については、表3のようにVerhagen, Oliveiraでは女性に多い結果が出ているが、その他の成績はほぼ2対1前後の比で男性に多くなっている。年齢別では、Verhagenは51~60才に、赤崎は40~60才に頻発すると、Lumbは50才以上に、塚本は60才前後に多いといっている。本症例では、最初、頸部に病巣を認めているが、赤崎、塚本、大塚、Verhagen, Lumb, Roulet, Rössle, Oliveira, 大谷、その他多くの記載でも頸部、鼻咽口腔、鎖骨上窩に60~70%の割合で初発病巣を認めている。しかし、ここで初発病巣というのは、臨床的に最初に腫瘍の存在がみつけれられた部位をさし、これが必ずしも真に腫瘍細胞が最初に発生した部位を意味しないことは勿論である。本症例についても既往歴に胃症状を有しており、真の初発病巣がどこであったかは明らかでないといえよう。この腫瘍は好んで全身のリンパ系に系統的に拡がって細網肉腫症となる。この拡がり方に関しては、古くから、同種性の組織に好んで転移する homohistotrope Metastasierung によるとみられてきたが、赤崎は、血行やリンパ行による転移の他に多中心性に発生するものであるとみている。リンパ性臓器以外で腫瘍形成を認めたものは、赤崎の31剖検例では、脾14, 肝, 胃, 腸各10, 皮膚8, 副腎7例であり、大塚の16剖検例では、脾, 腎, 各5, 肝4, 皮膚, 肺, 大網各3, 脾2, 横隔膜, 甲状腺各1例で、大谷の6例では、胃腫瘍を認めたものは1例もない。このように細網肉腫症の場合の胃腫瘍の発生頻度は諸家により一定していない。胃に腫瘍を有する場合の症状としては、特有のものを欠き、癌との鑑別が困難な場合が多いが、主訴は、上腹部痛及び腫瘍が多く、この疼痛は食事と一定の関係のあることがあり、時に腰痛、背痛を伴う発作性痙攣性で強烈なことが多く、そのためしばしば消化性潰瘍と誤られやす

いことは Bassler が指摘している。腫瘍については、胃癌に比して触知率が高いという報告もあるが、Bassler は胃癌の場合よりも触れにくく、又柔らかいといっている。又、胃液は、癌の場合に比べて長期間正常酸度を保つことが多く、土方(1951)の報告では、半数以上の例が正常酸度であったという。細網肉腫(症)の転帰については、Lumb は3年以上生存率20%, 同5年以上12.5%とのべ、大塚の調査では5年以上の生存者はないという。治療としては、レ線照射, Co<sup>60</sup>, P<sup>32</sup> 等の放射性同位元素, 抗腫瘍剤が主で、その他、砒素剤, 肝臓療法, 輸血などであるが、一時的効果しか期得出来ない。Anderson によれば、特に早期、孤立性腫瘍の場合にはその剔除により治癒する場合もあるとのべているが、又、反面、外科的処置は禁忌であるとのべている。本症例は、レ線照射が非常に有効であったし、又、抗腫瘍剤として M.H. を使用してみた。果してこの薬剤の効果とは云えないが、非常に緩徐な経過をとっているのである。

結 語

最近、細網肉腫症の一部分症として胃細網肉腫の1例を経験したので、簡単に考察を加えて報告した。

文 献

- 1) 赤崎兼義：細網肉腫に就いて。病理学会雑誌, 2, 483, 1943.
- 2) 赤崎兼義：細網内皮系とその腫瘍。最近医学, 7, 406, 1952.
- 3) 赤崎兼義：細網内皮系とその病理。日本医事新報, 1698, 3, 1956.
- 4) Anderson: Pathology. 1953.
- 5) Bassler, Gerard: Distinction between Gastic Sarcoma and Carcinoma. J. Amer. Med. Assoc., 138, 489, 1948.
- 6) Custer, R.P. Bernhard, W.G.: The Interrelationship of Hodgkin's Disease and Other Lymphatic Tumors. Am. J. Med. Sci., 261, 682, 1948.
- 7) 石黒昌一他2名：原発性胃細網肉腫の3症例。臨床消化器病学会雑誌, 3, 10, 1955.
- 8) Lumb, G.: Jumors of Lymphoid Tissue. 1954.
- 9) 三好秋馬他3名：胃細網肉腫の1症例。内科宝函, 5, 497, 1958.
- 10) 大谷正志：リンパ性細網肉腫症の臨床的並びに病理学的研究。市立札幌病院医誌, 16, 1, 1955.
- 11) 大塚久：悪性リンパ腺腫症、特に細網肉腫(症)および Hodgkin 氏病の統計的組織学的観察。日本病理学会誌, 47, 256, 1958.
- 12) 館石叔：細網肉腫症。診断と治療, 44, 505, 1956.
- 13) 上野登, 合屋末千代：原発性胃肉腫の3例。日本外科宝函, 17, 648, 1940.