

速かに術創の消失を来して治癒に至り今日まで再発を見ない。

結 語

我々は以上最近経験せる歯根嚢腫の5例に就き報告すると共に、猶本症の発生機転及び嚢腫壁の組織学的構造について若干の文献的考察を加えた。

(鈴木教授の御校閲を深謝する)

文 献

①石井：日耳鼻，33，11，42，昭3. ②向笠：耳鼻咽，

5，516，昭7. ③久保：耳鼻咽，5，719，昭7.

④齊藤：耳鼻咽，6，117，昭8. ⑤丸地：耳鼻咽，6，940，昭8. ⑥松永：耳鼻咽，8，1024，昭10.

⑦向笠：耳鼻咽，8，1031，昭10. ⑧股野：耳鼻臨，30，250，昭10. ⑨弓倉：耳鼻咽，10，61，昭12.

⑩西端：耳鼻咽喉科学各論. ⑪渡辺：臨牀顎口腔外科学. ⑫分擔執筆：日本耳鼻咽喉科全書，第3巻，第1冊.

細胞学的診断上興味ある所見を呈した癌性腹膜炎の一例

昭和30年7月29日受付(特別掲載)

信州大学医学部戸塚内科

百瀬 岳 夫

An Interesting Case of Carcinomatous Peritonitis from the Standpoint of Cytologic Diagnosis

Takeo MOMOSE

Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Shinshu University

(Director, Prof. T. Tozuka)

The author reported a case of carcinomatous peritonitis in which its diagnosis was difficult to be made by cytologic examination of peritoneal fluid. In this case, the malignant cells in the peritoneal fluid were separated each other, remarkably degenerated and precipitated in the lower parts of the peritoneal cavity. The significance of signet-ring cells in peritoneal fluid was also discussed.

臨床上、胸腹水の細胞学的検査に於て、悪性か否かの判定は時に困難なことがある。①私は最近結核性腹膜炎の如く経過した癌性腹膜炎患者の腹水に於て異常細胞を観察しつつも癌細胞の確診に困難を感じた一例を経験し、一二の知見を得たので報告する。

症 例

49才，女。家族歴に特記するものなし，既往症は昭和15年滲出性肋腹膜炎を病む。患者は昨年昭和29年末，軽い全身倦怠，頭痛，時に腹部膨満感があつたが臥床する程でもなく家事に従事していた。本年1月18日，悪寒を以て38°Cに熱発し，以後毎日最高38°Cを超える発熱をみた。他に著しい症状もなく某医より腎盂炎と診断され治療を受けたが解熱せず2月7日当科外来にて赤沈110，白血球12100，廻盲部に圧痛あり，結核性腹膜炎が疑われて，ストマイ，パスの治療を受けたが，次第に腹部が膨満してきたので3月末入院。入院時，顔面蒼白，やゝ苦悶状，体格大，栄養衰へ貧血あるも出血傾向，黄疸はない。発熱は38~39°Cに弛張し，頸部四肢の淋巴腺に著変なく，心濁音界正常で

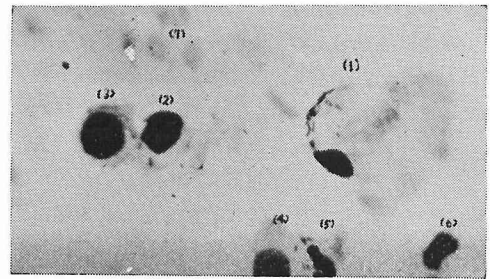
心音清，肺はレ線並びに打聴診上著変なく，肺肝界は第五肋間，横隔膜の呼吸性移動は右一横指半，左二横指。腹部は膨満し廻盲部に圧痛あり，腹水と鼓腸のため腹部臓器をふれない。腱反射正常。血液像はHb.66%，赤血球474万，血色素0.7，白血球10200，分類は，好中球桿状核3.0%，全分葉核68.5%，好酸球5.5%，単球3.0%，淋巴球19.0%で好中球増多を示す。喀痰粘液性で結核菌をみない。尿は糖，蛋白陰性でその他に著変なく沈渣正常。糞便潜血反応陰性で蛔虫卵をみる。腹水は漿液性で結核菌をみない。ツ反応陽性。ワ氏反応陰性。ひき続きパス，ストマイ治療をしたが発熱38~39°Cに弛張し，発汗著しく，腹部は膨満突出し，時々廻盲部に疼痛あり。衰弱は漸次増強し，肝機能試験ではBSP45分で10%，血清高田，コバルト反応は夫々陽性，血清黄疸指数は5，尿ウロビリノーゲン反応はPAS反応を呈す。血漿蛋白6%，赤沈は強度促進し，右横隔膜は腹水の為第四肋間腔に挙上され屢々呼吸困難あり。尿は體血性蛋白尿を示し，腹水の滞留傾向強く，腹腔内圧は18cm水柱を上下し，穿刺

(表 1)

年月日	外 観 (リバルタ)	全細胞数 (赤血球)	蛋白量 (比重)	結核菌 培養 塗抹	採取量 その他	細胞学的分類						
						好中球	好酸球	リン球	中細皮胞	単球様胞	不明	印環胞
23/VI	漿液様透明 (+)	600 (200)	3.4% (1019)	(-)	350cc 腹腔内圧 18cm水柱	43%	2	35	3	13	4	(+)
25/IV	"	1840 (1300)	3.6%	(-)	300 沈渣著明に 少ない。		不明細胞あり 中皮細胞, 単球様細胞を含む					
12/V	"	2340 (880)	3.2% (1018)	(-)	200	86	0	10	?	?	4	(+)
20/V	"	2150 (500)	4.0% (1019)	(-)	300	92	0	6	?	?	2	(+)
27/V	"	2350 (1650)		(-)	200	前回とほぼ同様						
20/VI	やゝ濁濁 "	6800 (1300)	4.9% (1026)	(-)	3000 沈渣多量と なる。	ほとんど好中球のみ 僅かに中皮細胞, 単球様細胞癌細胞 ?を含む。						

排液するも又直ちに滞留し, SM, PAS 治療の効なく, 腹水に結核菌は培養塗抹共常に陰性。尿のデービス反応は時に陽性時に陰性である。腹水の細胞学的検討を頻回にわたり施行した。染色はギムザ染色とパ、ニコラウ染色である(表1)腹水の蛋白量は3.2~4.9%と変動し, 沈渣は一般に異常に少いが時に増加し, 腹水の細胞分類は大きく変動するが毎回所属不明の細胞をみる。中皮細胞, 単球様細胞は典型的なものは診断上特に困難を感じないが, 所謂所属不明のものは甚しく退行変性しているものもあれば, 或は腹水中の他細胞に比して著しく大で細胞縁は不鮮明且つ細胞質に比して核は大きく核縁は鮮明で核の形, 大きさに比較的变化をみるが, 注意してみると核構造は平等で, 中には貪食性を示すものもあり, 各細胞は細胞集積を作らず個々に分離して腹水中に浮遊していると思われるので直ちに癌細胞と断定できず中皮細胞か単球様細胞又は癌細胞かの決定の困難なものである。又印環細胞を所々にみるが一般に巨大であり30 μ を超えるものが多い。一個時に二個の大空胞を有し, 中に白血球や赤血球を貪食し細菌を貪食せしめ得る。図(1)は細菌を貪食する印環細胞と単球様細胞及び多核白血球を示し, 細菌を貪食しない癌細胞又は中皮細胞と思われる細胞を示す。

入院後2ヶ月半, 発熱は継続し, 腹水貯溜は激しく時に腹壁静脈の怒張をみた。輸血輸液デギタリス剤, イグロシンを主とする強心剤利尿剤及び種々なる治療も効なく全身衰弱し血液は濃縮されてHb. 95%, 赤血球は485万に及び著しく羸瘁す。白血球は33600より42300と著増し, その95.5%は中毒性顆粒を示す好中



(第一図)

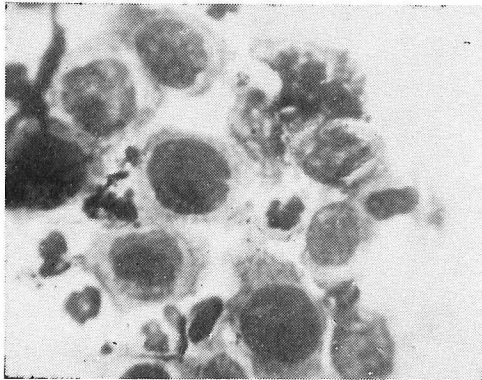
- (1) 印環細胞
- (2) 単球様細胞
- (3) 癌細胞?, 中皮細胞?
- (4) (3)と同じ
- (5) 多核白血球
- (6) 単球様細胞?, 癌細胞?, 中皮細胞?
- (7) 赤血球群

(1), (2), (5)は貪食性を示す。その他は示さない。

球であり好酸球消失し単球1.0%, リン球3.5%である。脈は細小頻数となり時に期外収縮の頻発時に交互脈を示す。やがて死の十字を示して一時熱は下降し脈はより頻数となつたが, 6月20日, 強い呼吸困難と高熱及び吐血あり, この時腹水を注意深く, 約300cc除去し腹圧の軽減を計つたが夜に至り死亡した。この時の腹水中には沈渣多く, 大部分が中毒性顆粒を有する多核白血球で中に所々癌細胞と思われる細胞がみられた。

屍体解剖で腹水はなを5000ccを越えた。右卵巢は手拳大に白い腫瘍を形成し, 廻盲部は癌性変化が甚しく肝の表面にも著明に転移が認められた。この変化の

表面より直接塗抹標本をつくと典型的な癌細胞の集塊を図(2)の如く多数認めた。



(第二図)

癌細胞の集塊

考 按

癌と発熱の問題は既に幾多の報告があるが、本症例は恰も結核性腹膜炎を思わせる熱発を以て終始した癌性腹膜炎の患者である。この患者に於て問題となるのは腹水中に癌細胞と確実に判定するに足る細胞が見出し難かつたことであり、又特徴ある印環細胞を屢々認めたことである。Gaham 等は非癌性の胸水腹水に於て、正常中皮細胞が屢々異常に活動性にみえ、その核が正常中皮細胞に於て通常みられるより大きく、かつ染色質の小塊と末経験者には悪性を思わせる様な顕著な核小体を有し、細胞は屢々多核で判定上の困難を示すことがあるとのべ、又癌の細胞学的診断はよく保たれた癌細胞の発見と確認に基く故、著しく進んだ癌腫の表面が壊死に陥り屢々悪性と認定するには余りにも退行変性を為、癌があるに拘らず偽陰性となるとのべている。本症例に於ては上記の夫々が関係して判定困難を来したと考えられるのであるが、癌組織の直接塗抹標本では典型的な癌細胞の集塊を見得る点より考えれば、著しく貯溜した腹水中では、その液中に長くとどまる癌細胞は組織より離れて退行変性を強め、且つ癌細胞集塊は分解して癌細胞は個々に遊離し、加えて腹腔の下部に沈澱する可能性が考えられるので、単なる腹水穿刺では充分なる癌細胞の得難い場合のあることが考えられる。それ故、腹水採取は太い針を用い且つ注意深く腹部をもみ新鮮なる癌細胞をはく離浮遊せしめ、大きな集塊を吸出する必要があるものと思われる。次に印環細胞に関しては癌性腹膜炎でも屢々漏出液の所見を示すことがあるので、^③ 漏出液中の印環細胞は直ちに癌を否定するものではないが、中川^④は滲出液中にある場合は癌が疑わしいと述べている。千田^{⑤⑥}等は印環細胞をA、B、Cの三型に分け、AとBの二型では巨大空胞の内容が中性赤で不染性のも

のがA、薄く染まるのがBであるが、いづれも空胞発生の初期から各空胞が融合膨大する傾向あり、遂に一個の巨大空胞となる。C型は一個の巨大空胞を示すがA B型と異り、その他に小中の不染空胞が多数存在している。その発生様式は大型の単球様細胞内に蜂窩状に出来た多数の中性赤不染性の小空胞が融合することなく、ますますその数が増え、最後に一部相融合して巨大空胞となるものであり、従つて他の一部になお多房性の小空胞群が残存している。同氏によれば臨床、漏出液中の印環細胞は大抵A型で少数のB型あり、更に僅かにC型を含むとし、炎症性殊に結核性滲出液では殆んどC型及びその前段階で、A B型を認めないという。腫瘍性滲出液では漏出液の場合と同様の傾向にあるとのべている。本症例は腫瘍性滲出液の時にみられる印環細胞の型を示している。山田^⑦等は印環細胞の大型のものは癌性の時に多いとのべているが、本例では大型のものを多くみる。種々異論のある所と思われるが、印環細胞は注目すべきものと思われる。

む す び

細胞学的診断上、その確診が困難であつた癌性腹膜炎について腹水の細胞学的所見を中心として症例報告を行い、診断困難なりし所以を吟味し、且つ印環細胞について考按した。

恩師戸塚教授の御校閲を深謝する。

文 献

- ①R. H. Gaham 他：癌の細胞学的診断(水野潤二訳)、p. 199~206.
- ②古川幸慶：臨床消化器病学、3巻1号、p. 53、(30年1月)。
- ③中川論：症候より見たる内科診断要綱、p. 346、(19年)
- ④山田欽 他：臨床消化器病学、3巻6号 p. 323 (30年6月)。
- ⑤千田信行 他：日本臨床、13巻3号 p. 21、(30年3月)。
- ⑥千田信行 他：日本臨床、13巻5号、p. 55(30年5月)。