

# 慢性ノ経過ヲトレル所謂網狀織内被細胞 増生症ノ臨床症狀ニ就テ

金澤醫科大學久留外科教室 (前主任 桂 教授)  
(現主任 久留教授)

醫學士 沼 倉 元 彦

*Motohiko Numakura*

醫學士 手 島 金 次 郎

*Kin'iro Teshima*

(昭和16年11月8日受附 特別掲載)

## 抄 録

余等ハ最近慢性ノ経過ヲトレル所謂網狀織内被細胞  
増生症ノ4例ヲ經驗セルヲ以テ夫等ニ就キ詳細ナル臨

床的考察ヲ爲セリ。

## 内 容 目 次

1. 緒 言
2. 自驗例

3. 臨床的考察  
文 獻

## 1. 緒 言

網狀織内被細胞系ニ屬スル細胞ノ増生ハ種々ナル原因ノモトニ惹起セラル、モ本系統ニ所屬スル細胞ノ系統的病的増生ニヨル疾患ノ報告例ハコ、數年以來漸次増加ヲ觀ルニ至リ、而モ其ノ本態ハ未ダ完全ニハ闡明セラレズ、極メテ興味アリト思ハル、疾病ナリ。本疾患ハ歐米ニテハ1922年 Goldschmidt u. Isaac 兩氏ガ „Zur Aufstellung eines neuen Krankheitstypus, der zu charakterisieren wäre als Systemerkrankung der Endothelien des haematopoetischen Apparates. トシテ初メテ記載シ、翌1923年 Ewald 氏ガ „Akute leukaemische Reticuloendotheliose.“ トシテ發表シ、ソレ以來漸ク學者ノ注目ヲ引キ本邦

ニ於テハ昭和4年長與氏ガ「網狀織細胞性淋巴肉腫症」トシテ初メテ一剖檢例ヲ報告セリ。網狀織内被細胞ノ系統的病的増生ニヨルモノナリト思ハル、疾患ハコレマデニ余等ノ涉獵セシ内外ノ文獻ニ就テ見ルニ本邦ノ45例及ビ外國ノ60例計105例餘ヲ算ス。然レドモ之等ノ從來記載セラレシ症例報告ハ、本疾患ガ系統的疾患ナル故種々ナル臨床症狀ヲアラハシ且他ノ疾患トノ類症鑑別極メテ困難ナル場合多ク臨床的ニ甚ダ興味アル疾病ナルニ拘ラズ其ノ大部分ハ病理解剖學の立場ヨリ觀察セラレタルモノニシテ臨床的方面ヨリ觀察セシモノ極メテ僅少ナリ。而モ之等ノ臨床的報告ノ大部分ハ唯、自驗例ヲ報告

シタルニ過ギズシテ本疾患ノ系統的臨床的考察ヲナセシモノ殆ンド皆無ナリキ。然ルニ最近高原氏ハ同氏ノ苦心蒐集セシ内外多數ノ文獻ヲ基礎ニ主トシテ耳鼻咽喉科領域ニ於ケル臨床的立場ヨリ極メテ有意義ナル總括的考察ヲ發表セラレタリ。

## 2. 自 驗 例

### 第1例

患者 T.O, 47歳, 男, 職工。

主訴 兩側頸部腫瘍。

家族史 兩親健在, 同胞3人何レモ健康ニシテ遺傳的疾患ヲ認めズ。

既往症 生來健康ニシテ17年前齒齦炎ニテ小切開ヲ受ケン經驗アルノミニシテ著患ヲ知らズ。

現病歴 1月初旬感冒ニ罹患シ頭痛甚シク兩側扁桃腺ノ腫脹ヲ認ム。同年5月初旬左耳下ニ無痛性ノ鳩卵大ノ腫瘍アルニ氣付キシガ該腫瘍ハ漸次増大シ來レリ。ソレヨリ約1週間後反射側ノ耳下部ニモ亦同様ノ腫瘍生ジ5月下旬頃ニハ兩側腫瘍トモ限局性ノ性狀ヲ失ヒ胸鎖乳嘴筋ノ前後ニワタリ瀰漫性ニ擴ガレル板狀ノ腫瘍ヲ形成ス。某醫ニ依リテ左側頸部ニ切開ヲ受ケ同時ニ兩側ニ數回「レントゲン」治療ヲ受ケ。ソノ後約1ヶ月ニシテ腫瘍ハ兩側共益々増大シ, 加フルニ數日置キニ38°C 内外ノ弛張熱アリテ容易ニ下熱セズ。

入院時所見 榮養良, 顔色稍々蒼白, 身長大ニシテ骨格, 筋肉及皮下脂肪ノ發育佳良。咽頭及ピロ腔粘膜ニ著變ナク, 扁桃腺ノ腫脹並ニ齒齦等ノ異常ヲ認めズ。頸部腫瘍ヲ觀ルニ右側ハ成人手掌大ニシテ皮膚面ハ稍々紅色ヲ帶ビ炎症性腫瘍ヲ思ハシムル所見ヲ呈ス。硬度ハ稍々硬クシテ皮膚及皮下床ト癒着シ, 健常部トノ境界不鮮明ナリ。左側ノ腫瘍ハ胸鎖乳嘴筋全體ノ走行ニ亘リテ存在シ板狀ニ硬ク皮膚及皮下床トハ全ク癒着シ右側ト同様皮膚面稍々紅色ヲ呈ス。腫瘍ノ中心部ニハ縦ニ約10釐ノ切開創アリテ一部分ハ未治療ノ状態ニテ創底ニ灰白色狀苔ノ附著物ヲ認ム。淋巴腺ノ腫大セルモノハ左右兩側腋窩ニ豌豆大乃至拇指頭大ノモノ各數個ヲ觸知シ得ベクソノ他鼠蹊部, 腹部及肘關節ノ淋巴腺ノ腫脹ヲ認メズ。肺臟, 心臟ニハ特記スベキ所見ナク肝臟並ニ脾臟ノ腫脹ナシ。血液所見, 赤血球數 253萬, 白血球數 1900, 其ノ内中性多核白血球 91% (桿狀型 11%, 多核型 80%), 淋巴球 1.3%, 大單

余等モ亦過去2年以來本疾患ト思ハル、4例ニ遭遇シ多大ノ關心ヲ有セシモノニシテ今茲ニ余等ノ經驗セシ4例ヲ主トシテ臨床的見地ヨリ詳細報告シ, 且又余等ノ從來考ヘキタリシ考察ヲ述べ諸賢ノ御教示ヲ仰ガントス。

核細胞及ビ移行型 5.7%, 血色素量 60% (Sali氏法)。血液沈降速度 1時間後 22耗, 2時間後 60耗 (Westergren氏法)。「ワ」氏反應, 村田氏反應共ニ陰性。尿, 糞便ニ特種ノ所見ナシ。

臨床診斷 兩側頸部ニ於ケル放線狀菌病。

手術及ビ術後ノ經過 右側頸部腫瘍ハ廣範圍ニワタリテ周圍ニ浸潤セル故該腫瘍部ニ星芒狀ノ充分ナル切開ヲナシ全摘出ヲ行フ。手術時所見トシテハ右側頸下部及ビ同側鎖骨上窩部ニ鳩卵大乃至雞卵大ノ硬キ腺塊形成アリテソノ周圍ノ結締織ハ一般ニ浮腫狀ヲ呈シ一部分粘液狀ニ腫脹ス。摘出セル腫瘍ノ數ヶ所ヨリ切片標本ヲ作り中村教授ニ鏡檢ヲ乞ヒタルニ網狀織内被細胞增生症ナル診斷ヲ受ケタリ。手術後全身ノ倦怠感増強シ依然トシテ 38°C 前後ノ弛張熱アリ。術後2週間目頃ヨリ兩側下肢ノ浮腫生ジ腹部ノ所々ニ腸間膜淋巴腺ノ腫脹セルモノト思ハル、不規則拇指頭大ノ腫瘍ヲ觸レ且又脾臟ノ腫大ラシキモノヲモ觸知シ得ルニ至ル。然レドモ肝臟ノ腫大ハ毫モ認メラザリキ。術後數日ヨリ兩側頸部, 腋下窩部並ニ脾臟ノ腫大部ニ各數回ニ亘リテ 200γツツ「レ」線放射療法ヲ行ヒタルモ著變ナシ。患者ハ漸次貧血著明トナリ, 加フルニ心臟ノ衰弱著シク尿量激減シ兩側下肢ノ浮腫益々顯著トナル。家族ノ希望ニヨリ術後 25日日ニシテ退院ス。患者ハ其ノ後郷里ニテ養生セシモ退院後 2ヶ月即チ發病シテヨリ約 10ヶ月ニシテ死亡セリトノコトナリ。

病理學的所見ノ大要 摘出セル腫脹淋巴腺ハ稍々柔軟ニシテ其ノ剖面ハ一様ニ灰白色肉塊樣ヲ呈ス。鏡檢スルニ淋巴腺ノ固有ノ構造ハ全ク失ハレ類圓形乃至卵圓形ノ大小不同ノ比較的淡明ナル核ヲ有スル細胞ガ髓質, 皮質, 淋巴腔及ビ邊緣腔等ノ區別ナク至ルトコロニ充實スルヲ見ル。視野ノ所々ニハ腺材, 血管ノ存在ヲ見ルモ出血竇並ニ壞死崩壞竇等ハ毫モ認メラレズ。而シテ増殖セル腫瘍細胞間ニハ淋巴球, 淋巴母細胞等僅カニ混在スルヲ見ル。増殖セル細胞ハ比較的淡明ニ

シテ原形質ハ一般ニ軽度ノ酸嗜好性ヲ有シ、核ハ概ネ泡狀ニテ核膜ハ明瞭ナルモノト然ラザルモノトアリ。「クロマチン」ハ概シテ乏シク點狀ニ散在スルヲ認ムルノミ。

### 第2例

患者 M.T., 35歳, 男, 染物商。

主訴 左側腹部ニ於ケル腫瘍形成。

家族史 實父ハ胃癌ノタメ60歳ニシテ死亡。同胞3人アリ何レモ健在。

既往症 16歳ノ時肋膜炎ニ罹患シ、又約1年前陸軍病院ニテ右側睾丸腫瘍ヲ摘出手術ヲ受ク(病名不詳)。花柳病ハ強ク否定ス。

現病歴 入院スル約1ヶ月前ヨリ食思不振、時々悪心アリテ腹部膨滿感ヲ訴フ。其ノ後左側季肋部ニ壓痛アリテ全身ノ倦怠感甚ク漸次羸瘦シ數日前ヨリ左季肋部ノ壓痛部ニ腫瘍ヲ觸ルハニ至ル。

入院時所見 榮養衰ヘ顔色悪シ。體格中等骨格普通ナルモ筋肉皮下脂肪ノ發育極メテ不良。舌ハ白苔ヲ蒙ルモ咽頭、口腔粘膜、扁桃腺及ビ齒齦等ニ何等ノ異常ヲ認メズ。腹部腫瘍ハ左季肋下ヨリ左側腹部ニワタリ成人ノ手掌大ノ大イサヲ示シ腫瘍ノ表面ハ比較的平滑、硬度ハ相當硬クシテ可動ノナラズ。從ツテ該腫瘍ハ腹腔内ニ新生セル腫瘍ナルカ脾臟ノ腫大セルモノナルカノ區別甚ダ困難ナル状態ニアリ。其ノ他腹腔内ニハ腫瘍ヲシキモノヲ觸知シ得ズ。淋巴腺ハ左側鎖骨上窩及ビ腋窩ニ示指頭大乃至母指頭大ノ硬キモノヲ觸ルハ、外他ニ腫脹セルモノナシ。心肺肺臟ニ著變ナク脈搏モ亦正常。腎臟ハ兩側共觸知スルコトヲ得ズシテ(尙腎盂攝影法ニヨリテ兩腎トモ正常ナル像ヲ示シタリ)、肝臟ノ腫大セル様子モ更ニ認メラズ。血液所見 赤血球數480万、白血球數7600其ノ内中性多核白血球68.7%、淋巴球33.0%(大淋巴球3.0%、小淋巴球30.0%)、大單核細胞及ビ移行型3.1%、「エオジン」嗜好多核白血球6.0%、血色素量80.0%(Sahli氏法)。血液沈降速度1時間後92耗、2時間後120耗(Westergren氏法)。ワ氏反應、村田氏反應共ニ陰性。尿糞便ニ特記スベキ所見ナシ。

臨床診斷 後腹膜腫瘍疑診。

入院後ノ經過 入院後左鎖骨上窩ノ腫脹セル示指頭大ノ淋巴腺ヲ摘出シ數ヶ所ヨリ切片標本ヲ作りテ中村教授ニ鏡檢ヲ乞ヒタルニ網狀織内被細胞増生症ナル診斷ヲ受ケタリ。其ノ後左側腹部腫瘍發生部位ニ種々ナル方向ヨリ1回200γ「レ」線深部治療ヲ5回施行シタルニ2回目頃ヨリ腫瘍ハ急激ニ縮小シ腹部ノ膨滿感消

失、食慾モ稍々増進シ一般状態佳良トナル。然レドモ其ノ頃ヨリ時々原因不明ノ38°C前後ノ發熱ヲ見ル。入院後約2週間ニシテ該腫瘍ハ殆ンド觸知セザルニ至リタル故一時「レ」線治療ヲ中止ス。然ルニソレヨリ約半ヶ月後再び同部ニ腫瘍生ジ急速ニ増大シ成人ノ手掌大トナリ、右腸骨窩ニモ亦同様雞卵大ノ腫瘍ヲ認ム。身體ノ他ノ淋巴腺ニハ特別ニ腫大セルモノナシ。患者ハ逐次貧血著明トナリ、尿量急減シ顔面及ビ兩下肢ニ浮腫ヲ生ズ。再び「レ」線治療ヲ施行セントシタルモ患者ハ退院ヲ熱望シタル爲ニ已ムナク退院セシム。退院後郷里ニテ養成セシモ2ヶ月即チ發病シテ約4ヶ月ニシテ死亡セリト聞ク。

病理學の所見ノ大要 摘出セル左鎖骨上窩ノ腫大淋巴腺ハ示指頭大ニシテ稍々硬ク剖面灰白色ヲ呈シ肉眼的ニハ出血及ビ軟化竈等ヲ認メズ。鏡檢スルニ淋巴腺固有ノ構造ハ殆ンド破壞セラレ増生細胞ハ著明ナル増殖ヲナシ、増殖細胞間ニハ所々ニ小出血部位アリテ腺材中數ヶ所ニ可成壁ガ肥厚シ硝子化ノ傾向アル動脈血管ヲ見ル(管内ニハ赤血球充滿ス)。視野ニハ網狀織内被細胞ノ比較的分化ノ進ンダト思ハル、類圓形乃至卵圓形、大小不同ノ淡明ナル細胞ノ充實セル部分ト比較的結締織發育シ紡錘形又ハ多角形ノ比較的「ヘマトキシリン」ニ濃染セル細胞ノ稍々網狀ニ存在スル部分アリ。前者ノ部分ヲ檢索スルニ細胞ハ淡明ニシテ類圓形乃至卵圓形、原形質輕度酸嗜好性、核ハ一般ニ略々圓形、核ト原形質トノ境界ハ識別スルヲ得ベク「クロマチン」ハ概シテ乏シ。而シテ増生細胞間ニ僅ニ「エオジン」嗜好多核白血球ノ發現アルモ「ステルンベルグ氏多核巨態細胞」ハ何處ニモ認メラズ。後者ノ部分ニ於テ極メテ細長キ原形質ニ横突起ヲ有スル紡錘形又ハ多角形細胞ノ發育顯著ニシテ結締組織ノ發育モ亦比較的良シ。細長キ紡錘形細胞ハ横突起ニヨリ網狀ニ相連リ其ノ間ニ類圓形亦ハ形態不規則、染色不均一ナル細胞混在ス。紡錘形及ビ多角形細胞ハ「ヘマトキシリン」ニ濃染セル細長キ核ヲ有シ原形質トノ境界比較的鮮明ナリ。

### 第3例

患者 H.M., 34歳, 男, 鍛冶職。

主訴 兩側頸部腫瘍並ニ呼吸困難。

家族史 特記スベキコトナシ。

既往症 11歳ノ時鬪氣ヲ患ヒタル外著患ヲ知ラズ。

現病歴 入院スル約半年前右側頸部ニ腫瘍生ジ某病院ニ於テ「レ」線治療ヲ受ケタルニ該腫瘍ハ殆ンド消失ス。ソレヨリ約4ヶ月後再び前ト同一部位ニ腫瘍生ジ

急速ニ増大シ、ソノタメ聲音嘶啞、牙關緊急、軽度ノ嚥下困難ヲ訴フルニ至レリ。ソノ後旬日ニシテ反対側ノ頸部ニモ亦同様ノ腫瘍生ジ全身ノ倦怠感、激甚ナル腰痛ヲ訴ヘ最近ハ呼吸困難ノタメ横臥スルコト不可能ニシテ常ニ坐居ノ姿勢ヲトル。

入院時所見 病状ニ比シ栄養比較的良、體格中等、骨格筋肉及皮下脂肪ノ發育普通。口腔内ヲ檢スルニ懸壜垂ハ腫瘍ニヨリ左側ニ壓セラレ右側扁桃腺及ビ右側軟口蓋ノ部分ハ雞卵大ニ腫脹シ、齒齦口腔粘膜ニハ特別ノ變化認メズ。頸部腫瘍ヲ見ルニ右側ハ頸部ヨリ下顎骨部ニワタリテ手拳大凹凸不平ノ腫瘍アリテ皮膚及ビ下床ト極メテ強ク癒着シ硬度固ク可動性ナラズ。而シテ皮膚面ハ稍々暗色ヲ帶ブ。左側ハ乳嘴筋ノ中央ニ鷲卵大ノ右側ト略々同様ノ腫瘍ヲ認ム。尙兩側ノ腋窩及ビ鼠蹊部、並ニ左側鎖骨上窩ノ淋巴腺ハ小豆大乃至小指頭大ニ各々數個ツツ腫脹ス。心臟ニ著變ナク脈搏モ亦正常。肺臟ニ於テハ「エツキス」寫眞ニヨリ左肺門淋巴腺ノ腫脹セルモノヲ觀ル。肝臟脾臟ノ腫大ナク腹部ニ特記スベキ所見ナシ。血液所見 赤血球數 453 万、白血球數 12000 其ノ内中性多核白血球 86.5% (桿狀型 3.5%, 多核型 83.0%), 淋巴球 10.0% (大淋巴球 4.5%, 小淋巴球 5.5%), 大單核球細胞並ニ移行型 3.5%, 血色素量 94% (Sahli 氏法)。血液沈降速度 1 時間 23 耗, 2 時間後 67 耗。「ワ」氏反應村田氏反應共ニ陰性。尿糞便ニ異常ナシ。

臨床診斷 兩側頸部ニ於ケル淋巴肉腫。

入院後ノ經過 右側腫瘍ノ一部ヲ摘出シ數ヶ所ヨリ切片標本ヲ作り中村教授ニ鏡檢ヲ乞ヒタルニ網狀織内被細胞增生症ナル診斷ヲ受ケタリ。依ツテ直チニ兩側共 200γ宛 5 回ノ「レ」線深部治療ヲナセシニ該腫瘍ハ兩側共漸次縮小シ嚥下困難及ビ呼吸困難ノ症狀輕快シ食欲モ亦増進セシモ時々原因全ク不明ノ 38°C 前後ノ發熱アリ。患者ハ一般狀態良好トナリタル故入院後約 20 日間ニシテ退院ス。ソレヨリ約 1 ヶ月後時々 38°C 前後ノ發熱アル外他ニ何等ノ症狀ナキモ再ビ入院シ約半ヶ月間病状ヲ觀察シタルモ原因不明ノ發熱アル以外ニ著變ナキヲ以テ退院ス。退院後 2 ヶ月目頃ヨリ再ビ兩側頸部ニ前ト同様ノ腫瘍生ジ急激ニ増大シ他醫ニ醫療ヲ受ケシモ發病ヨリ 10 ヶ月ニシテ遂ニ鬼籍ニ入ルト聞ク。

病理學的所見ノ大要 右側頸部ノ淋巴腺腫大中小指頭大ノモノ 1 箇ヲ摘出セシニ腫瘍ハ稍々柔軟ニシテ剖面ハ灰白色ヲ呈シ肉眼的ニハ壞死竈、出血竈等ヲ見ズ。鏡檢スルニ第 1 例ト略々同様ノ所見ヲ示スモ唯異

ルトコロハ腺材、血管ノ存在比較的稀ニシテ被膜ニ近ク所々ニ出血竈ヲ認ム。増生細胞ノ所見ハ大體第 1 例ト同様ナルモ形態及ビ大イサノ不同ハ比較的著シカラズ。増殖細胞間ニハ淋巴球、淋巴母細胞ト思ハル、細胞僅カニ存在スルモ「エオジン」嗜好多核白血球ノ發現ハ之ヲ認メズ。

#### 第 4 例

患者 K.H., 57 歳, 遊船業。

主訴 兩側頸部腫瘍。

家族史 特記スベキコトナシ。

既往症 生來健康ナレドモ 35 歳ノ時淋疾及ビ黴毒ニ罹患シ醫療ヲ受ケシコトアリ。又約 10 年前頸部腫瘍ノ摘出手術ヲ受ケタルコトアルモ病名等ニ關シテ全ク不明。

現病歴 入院スル約 3 年前感冒ニ罹リ少シ發熱、頤下ノ稍々左側部位ニ拇指頭大無痛性ノ腫瘍生ズ。其ノ後暫時ニシテ左側耳後部ニ同様ノ腫瘍生ジタル故コレ等ニ對シテ數回灸療法ヲ行ヒタルモ何等効ナシ。約 1 年ノ間ニ左側耳後部腫瘍ハ徐々ニ胸鎖乳嘴筋ニ沿ヒテ累々ト増大シ右側ニモ亦同様ノ腫瘍生ズ。然レドモ之等ノ腫瘍ハ兩側共依然トシテ無痛性ニテ壓痛等ナシ。當時某病院ニテ兩側共摘出手術ヲナシ「レ」線治療ヲ 10 回程受ケタルモ數ヶ月ニシテ再ビ逐次同部ニ腫瘍生ジ全ク前ト同様ノ狀態トナル。從來發熱發汗等モナク食欲モ亦良好ニシテ特別ノ症狀ナカリシモ入院スル約 9 ヶ月位前ヨリ背部、右臀部及ビ兩側鼠蹊部ニ小指頭大乃至拇指頭大ノ腫瘍生ジ背部及ビ右臀部ノモノハ稍々搔痒感アリテ時々化膿スル傾向ヲ有セリ。約 3 ヶ月前ヨリ右頰部ノ粘膜面ニ稍々硬キ腫瘍生ジ次第ニ増大シテ拇指頭大トナリ中央部ニ陥凹部ヲ生ズ。該腫瘍ハ最初疼痛輕微ナリシモ最近ハ食事ノ際食物ノ接觸ニヨリ激痛ヲ訴フルニ至ル。而シテコロノ口腔内腫瘍發生以來數日隔キニ惡感戰慄シ大量ノ發汗ヲ伴ヒテ 38°C 乃至 39°C ノ原因不明ノ發熱アリ。從ツテ食思全ク不振、全身ノ倦怠感甚シク、日ニ日ニ羸瘦ス。

入院時所見 栄養衰ヘ顔色稍々蒼白、體格大ナレドモ皮下脂肪ノ發育不良ニシテ羸瘦ス。口腔内ヲ檢スルニ扁桃腺ハ兩側共拇指頭大ニ腫大シ、左頰部粘膜面ニハ拇指頭大略々圓形ノ稍々硬キ腫瘍ヲ認ム。該腫瘍ノ中央ニ潰瘍ヲ形成シ、底ハ凹凸甚シク表面赤色ヲ帶ブ。頸部腫瘍ハ兩側共胸鎖乳嘴筋ニ沿ヒテ生ジ、鷲卵大、拇指頭大、小指頭大ノ腫瘍累々トシテ存在シ、或ハ癒合シ或ハ獨立シ、比較的弾力性ニ富ミ、可動性ナリ。腫瘍皮膚面ニハ兩側共ニ手術創ヲ認ム。ソノ他ノ

淋巴腺ハ右側鎖骨上窩及ビ兩側鼠蹊部ニ於テ大豆大ヨリ拇指頭大ニ多數腫脹シ可動性ニシテ彈性ナリ。特ニ兩側鼠蹊部ノモノハ累々ト著明ナル腫脹ヲ示シタリ。胸部ハ打診ニ異常ヲ認メザルモ聽診スルニ右側全般ニワタリテ呼吸音弱、「レ」線寫眞ニ於テハ兩側肺門淋巴ノ著明ナル腫脹ヲ認ムルト同時ニ右側下葉ニ可成廣汎ナル陰影アリ。腹部ニ於テハ肝臟ハ右季肋下一横指ノ部分ニ其ノ前縁ヲ觸ル。脾臟ハ腫大セルモノノ如ク正確ニ觸診スルコト能ハザリシモ左季肋下ニ手掌大ノ部分ニワタリテ抵抗ヲ感ズ。血液所見 赤血球數414万、白血球7600、其ノ内中性多核白血球4.70% (桿狀型5.5%、多核型68.5%)、淋巴球11.0%(大淋巴球8.0%、小淋巴球3.0%)、大單核細胞及ビ移行型14.5%、鹽基性多核白血球0.5%、血色素量85%(Sahli 氏法)。血液沈降速度 1時間後14耗、2時間後33耗(Westergren 氏法)。ワ氏反應村田氏反應共ニ陰性。尿糞便ニ異常ナシ。

臨床診斷 網狀織内被細胞増生症疑診。

入院後ノ経過 右側頸部腫瘍ノ一部分ヲ取り數ヶ所ヨリ切片標本ヲ作り中村教授ニ鏡檢ヲ乞ヒタルニ網狀織内被細胞増生症ナル診斷ヲ受ク。依ツテ兩側頸部鼠蹊部肺門部並ニ腹部ニ各々5、6回宛「レ」線深部治療ヲ施行セリ。入院後約7ヶ月ノ長期ニワタリテ病狀ヲ觀察シタルニ淋巴腺腫脹部位ニ1回200γノ「レ」線ヲ3、4回3日隔キニ種々ナル方向ヨリ照射スル時ハ該腫瘍ハ驚異的ニ急速ニ縮小シ殆ンド觸知セザルニ至ル。然レドモ「レ」線治療ヲ中止スレバ暫時ニシテ逐次同ジ場所ニ腫瘍生ジ來タリ略々以前ト同様ノ状態トナル(「レ」線治療ニ際シ照射部位ノ淋巴腺腫脹急速消失スル代リニ他方照射セザル淋巴腺ノ益々増大腫脹スルガ如キ所見ハ毫モ認メラレザリキ)。激痛ヲ訴ヘタル左頰部粘膜面腫瘍部ニハ「ラヂウム」療法ヲ10回施行シタルニ激痛ハ漸次消退シ腫瘍ハ殆ンド消失セシモ、入院後1ヶ月目頃ヨリ上顎右門齒ノ齒根部ニ潰瘍ヲ形成シ次第ニ増大遂ニ拔牙ニ已ムナキニ至ル。拔牙後「ラヂウム」療法ヲ行ヒタルモ潰瘍ハ漸次上方ニ擴大シ極メテ不潔ニシテ惡臭ヲ放チ少シモ快癒ノ傾向ヲ示サズ。ソノ中右頰部粘膜ニモ亦5錢白銅大ノ潰瘍生ジテ化膿シ口腔内ハ益々汚染シテ惡臭甚シ。

腹部ニ於テハ肝臟ハ稍々腫大シテ容易ニ觸知シ得ベク左季肋下部ノ抵抗ハ漸次後腹淋巴腺腫脹ヲ思ハシムルガ如キ所見ヲ示スニ至リ特ニ臍ノ左側部位ニ鈍痛及ビ壓痛ヲ訴フ。入院後5ヶ月目頃ヨリ時々心臓部ニ激痛アリテ體ヲ動スコト全ク不可能ノ状態トナリ、咳嗽

多クシテ喀痰ノ排出モ亦多量、聲音嘶啞トナル(喀痰ニハ連鎖狀球菌、葡萄狀球菌存在センモ結核菌ハ證明セラレザリキ)。鹽化「アドレナリン」ノ皮下注射ヲ數日續行シタルニ心臓部ノ激痛ハ可成消退ス。然レドモ其ノ頃ヨリ頭痛激シク食思全ク不振、不規則弛張性ノ高熱連續シ(38°C乃至40°C)、發汗多量ニシテ口渴ヲ訴フルコト甚シク、羸瘦ソノ極ニ達シ、心臓モ亦極度ニ衰弱、顔面及ビ兩下肢ニ浮腫ヲ來タス。死亡スル約半ヶ月前ヨリ血痰排出シ(再三精査セルモ結核菌ハ證明セラレズ)、少量ノ咯血アリ。「レ」線寫眞ニハ依然トシテ兩側ノ肺門淋巴腺ノ腫脹アリテ右側下葉ニ陰影ヲ認ム。血液所見ハ毎日詳細ニ檢査セシニ赤血球並ニ白血球ハ漸次減少シ入院後6ヶ月目ニハ赤血球數ハ220万、白血球數3000、其ノ内中性多核白血球86.0%(桿狀型26.5%、多核型59.5%)、淋巴球8.0%(大淋巴球6.0%、小淋巴球2.0%)、大單核細胞及ビ移行型6.0%、血色素量51.0%(Sahli 氏法)。血液沈降速度1時間後100耗、2時間後130耗(Westergren 氏法)ヲ示セリ。體重ノ減少モ亦著シク、入院當時ハ55kgアリシモ入後6ヶ月目ニハ43kgニ減少ス。入院後約7ヶ月發病ヨリ約3年7ヶ月ニシテ身心ヲ全ク消耗シ盡シテ遂ニ鬼籍ニ入ル。自驗例4例中本症例ハ入院中死亡セル唯一ノ例ナルヲ以テ死後遺族ニ病理解剖ヲ再三希望セルモ承諾ヲ得ズ。

病理的所見ノ大要 小指頭大ノ右側腫脹淋巴腺ヲ摘出スルニ硬度ハ柔軟ニシテ剖面ハ灰白色、肉眼的ニ壞死竈出血竈等ヲ認メズ。鏡檢スルニ淋巴腺ノ固有ノ構造ハ全ク失ハレ、網狀織内被細胞ト思ハル、細胞ノ著明ニ増生セル部分ト淋巴球ノ多量ニ存在セル部分トヲ區別シ得。前者ニ於テハ紡錘形乃至卵圓形ノ淡明ナル細胞ノ増殖著明ニシテ其ノ間ニ淋巴球散在ス、後者ニ於テハ淋巴球及ビ淋巴母細胞極メテ多量ニ存在シソノ間ニ比較的ノ大小不規則ナル紡錘形或ハ類卵圓形ノ淡明ナル細胞所々ニ浸潤ス。増生細胞ノ所見ハ唯形態紡錘形ヲ呈スルモノ多キノミニシテ第1例ト略々同様ナリ。視野ニハ出血竈及ビ壞死竈等ハ認メラレズシテ又「エオジン」嗜好性細胞ノ發現ナシ。

以上4例共病理組織學的精査ニ於テ「ヘマトキシリン・エオジン」重染色ノミヲ行ヒテ「ビルショウスキー、マレシ」氏鍍銀法ニヨル格子狀纖維ノ染色ヲ行ハザリシハ甚ダ不充分ナル檢査タルノ誹ヲマヌガレズ。實際網狀織内被細胞ノ病理組織學的追求ニ際シテ格子狀纖維染色ハ細胞ト格子狀纖維トノ關係及ビ他ノ種々ナル淋巴腺疾患ノ病理組織學的鑑別ニ必要缺クベカラザル

モノナルコトヲ附言ス。

### 3. 臨床的考察

緒言ニテ一言セシ如ク本疾患ノ報告ハ病理解剖學の見地ヨリノモノ其ノ大部分ヲ占メ臨床學の報告ヲナセルモノハ極メテ僅少ナリ。

加之、之等臨床學の報告ハ唯自驗例ノミヲ報告シタルニ過ギズシテ本病ノ臨床學的綜說的考察ヲナセシモノハ現今ニ至ルマデ殆ンド皆無ナリシニ最近 Greifenstein, Eigler u. Koch, 高原ノ諸氏ガ主トシテ耳鼻咽喉科領域ニ於ケル本症ノ臨床學的綜說的報告ヲ發表セラレタリ。元來本疾患ノ臨床學的徴候ハ各症例共變々區々極メテ複雑ニシテ纏リ難ク、Carl Sternberg 氏等ハ本疾患ノ臨床學的總括ハ全ク不可能ナリト迄極言セリ。

從來本疾患ノ發現率、性別等ニ關シテハ東西古今ヲ通ジテ殆ンド文獻上ニ何等ノ記載ナク唯、高原、Eigler u. Koch 諸氏ノ耳鼻咽喉科領域ヨリ見タル統計的觀察アルノミナリキ。發現率ニ關シテハ本疾患ガ極メテ種々ナル臨床症狀ヲ呈スルタメ患者ハ或ハ外科醫ヲ訪レ或ハ内科醫、耳鼻咽喉科醫、齒科醫等ヲ訪レル故一領域ニ於ケル觀察ノミヲ以テシテハ甚ダ不充分ナル觀アルヲマヌガズ。余等ハ過去1ケ年半ニ本疾患ノ4例ヲ經驗シ(外來新患1000名ニ就キ1.7名ノ割合)、高原氏ハ2ケ年4ヶ月ノ間ニ9例ヲ經驗シ(新患1000名ニ就キ2.25名)、中院氏ハ1ケ年ニ5例ヲ經驗シタリ。本病ノ發現率ニ關シ高原氏ハ本疾患ガ一般醫家ニ認識セラル、ニ從ヒテ其ノ發現率ガ漸次高マルモノナリトノ見解ヲ有スルガ余等モ亦コ、2年以來本症ノ症例報告ガ急激ニ増加セシ點等ヨリ考フルモ本疾患ノ發現率ハ將來益々増加スルモノナリト信ジテ疑ハザルナリ。

性別ニ關シテ考察スルニ自驗例ニ於テハ男4對女零ナレドモ中院、高原、Greifenstein 諸氏ノ經驗例ニ於テハ各々男2對女1、又余等ノ蒐集セシ105例ノ文獻デハ男1.8對女1ナル結果ヲ

得タリ。之等ヨリ推察スルニ本疾患ハ大體男2對女1ノ比ニ出現スルモノナリト思考セラル。

1936年 Carl Sternberg 氏ハ病理解剖學の見地ヨリ網狀織内被細胞增生症ト思ハル、50餘例ヲ過去ノ文獻ヨリ蒐集記載スルニ際シ Infektioes bedingte sog. „Reticuloendotheliosen“ ト andere sog. „Reticuloendotheliosen“ トノ二ツニ大別シ前者ヲ更ニ小兒ノ場合及ビ成人ノ場合トニ區別シテ報告セリ。

余等ハ又余等ノ涉獵セシ内外文獻約105例ヲ基礎ニ臨床學の見地ヨリ系統的總括ヲ試ミタルニ初發症狀概シテ徐々ニ現ハレ症狀ノ強サモ亦種々變化シ比較的長期間ノ經過ヲトル慢性型ノモノト、症狀急激ニ初マリ且症狀劇甚ニシテ恰モ敗血症ヲ思ハシムルガ如キ臨床症狀ヲ呈スル急性型ノモノトニ分類スルコトヲ得タリ。余等ノ經驗セシ4例ハ何レモ慢性型ニ屬シ急性型ト思ハル、モノニハ1例モ遭遇セザリシガ外國ノ60ノ文獻中前者ニ屬スルト思ハレシモノ39例、後者ニ屬スルト思ハレシモノ21例ヲ算ヘタリ。即チ此ノ結果ヨリ判斷スレバ慢性型ト急性型トハ大體2對1ノ割合ニ發生スルモノノ如ク考ヘラル。然レドモ我が國ニ於テハ急性型ト思ハル、モノハ45例中唯3例アルニスギズシテ歐米ニ比較シ其ノ發現率ニ非常ナル差異ヲ認ム。之ハ畢竟スルニ我が國ニ於ケル本疾患ノ報告ガ殆ンド總テ本症ヲ純粹腫瘍トシテ取扱ヒ急性型ノ敗血症様症狀ヲ呈スルモノヲ吾人ノ通常經驗スル敗血症ト看做シ餘リ疑問ヲ抱カズシテ等閑視シタル結果ニ起因スルモノナラズヤト思惟セラル。

余等ハ茲ニ慢性ノ經過ヲトル網狀織内被細胞增生症ノ臨床症狀ニ關シ詳細考察ヲナシ且又余等ノ經驗セシ慢性型ニ屬スル4例ニ就テ臨床的立場ヨリ仔細檢討ヲ試ミントス。

本症ノ慢性型ト認メラル、モノハ前述ノ如ク

初發症狀概ネ徐々ニ現ハレ症狀ノ強サモ亦種々變化シ比較的長期間ノ經過ヲトルモノニシテ余等ノ蒐集セン内外文獻 105 例中當型ニ該當セリト思ハレシモノ 81 例ヲ見タリ。

1. 發生年齢. 慢性型ノ發生年齢ヲ見ルニ最低年齢ハ Gittins u. Hawksley ノ 11 ヶ月ノ女乳兒ニ發生センモノニシテ 最高年齢ハ Wihmann 及ビ Semsroth 兩氏ノ 72 歳ノ女子ニ發現セン報告ニシテ余等ノ文獻 81 例中年齡別ニ分類スレバ 10 歳未満ノモノ 6 例, 10 代ノモノ 4 例, 20 代ノモノ 4 例, 30 代ノモノ 10 例, 40 代ノモノ 14 例, 50 代ノモノ 20 例, 60 代ノモノ 14 例, 70 代ノモノ 6 例ナル結果ヲ得タリ. 之ヨリ考察スルニ 50 代ニ發生センモノ最モ多ク全罹患者ノ約 4 分ノ 1 ヲ占メ, 40 代, 60 代ノモノ之ニ次ギ全罹患者ノ約 6 分ノ 1 ヲ占ム。

即チ本疾病ノ慢性型ノモノハ若年者ヨリモ壯年者ニ多ク, 特ニ 50 代ニ最モ發生シ易キモノニシテ比較的若年者ニ發現スル肉腫トハ稍異リ痛發生年齢ト略一致セル結果ヲ見ルハ臨床診斷上注意スベキコトナリト信ズ。

2. 主訴. 前述ノ如ク本疾病ハ網狀織内被細胞ノ増生ニヨル系統的疾患ニシテ從ツテ極メテ種々ナル臨床症狀ヲ呈スルタメ患者ハ其ノ主訴ニ應ジテ或ハ外科醫ヲ或ハ内科醫, 耳鼻咽喉科醫, 齒科醫等ヲ訪レル故一領域ニ於ケル主訴ノミヲ見テ本疾患ノ一般主訴ト斷定スルハ甚ダ早計ナリ. 内外文獻ヲ見ルニ外科醫ヲ訪レシモノハ概ネ頸部又ハ口腔内腫瘍, 或ハ之等ニ起因スル呼吸困難及ビ嚥下障礙, 腋窩淋巴腺又ハ鼠蹊部淋巴腺ノ腫脹, 腹腔内腫瘍, 腰部疼痛, 皮膚發疹及ビ皮下出血等ヲ主訴トナシ, 内科醫ニハ貧血, 羸瘦, 高熱, 黃疸, 浮腫, 腹痛及ビ腹腔内腫瘍等ヲ主訴トシ, 耳鼻咽喉科醫ニハ口腔内腫瘍特ニ扁桃腺肥大, 頸部腫瘍, 嚥下障礙, 呼吸困難, 咽頭痛, 鼻閉塞並ニ鼻汁過多, 衄血, 難聽等ヲ訴ヘ, 齒科醫ニハ齒痛, 齒齦部ニ於ケル潰瘍等ヲ主訴トナシテ來ルヲ常トナス。

余等ノ自驗例ニ於テハ第 2 例ヲ除ク 3 症例ハ何レモ兩側頸部腫瘍ヲ主訴トナシ, 第 2 例ノミ

ハ左側腹部腫瘍ヲ主訴トセリ. 尙第 3 例ニ於テハ兩側頸部腫瘍ノ外ニ更ニ腫瘍ノ氣管支壓迫ニヨル呼吸困難ヲ訴ヘタリ。

之ヲ要スルニ本症ノ主訴ハ網狀織内被細胞ノ増生セル原發部位ノ如何ト, 比較的長キ病氣經過中ニ於ケル病狀ノ進行ノ如何ニヨリ種々變轉スルモノト考フルヲ得ベシ。

3. 臨床症狀. 慢性型ニ屬スルモノノ臨床症狀ハ本疾病ガ系統的疾患ナルタメ極メテ種々ナル症狀ヲ呈シ且又一般ニ長キ經過ヲトルヲ以テ色々ナル副症狀ヲ伴ヒ益々症狀ヲ複雑ナラシムル故本疾患ノ臨床症狀ノ總括的考察ハ甚ダ困難ナルコトナリ。

(1) 淋巴腺腫脹. 余等ハ慢性型ニ屬スルト思ハル、81 例ヲ基礎ニ諸種症狀ヲ觀察シタルニ第一ニ主要症狀ト考ヘラル、モノハ身體各所ノ淋巴腺ノ著明ナル腫脹ナリ. 81 例ノ文獻中淋巴腺ノ腫脹セルモノ 66 例ヲ算ヘ慢性型ノ約 4 分ノ 3 ヲ占メ, 余等ノ遭遇セシ 4 例ニ於テモ全部夫々身體各所ノ淋巴腺ノ著明ナル腫脹ヲ認メタリ. 其ノ發生部位ハ身體ノアラユル淋巴腺ニ來ルモ Roulet 氏ノ云ヘル如ク最モ屢々上半身ノ淋巴腺腫脹トシテ來ルコト多シ. 其ノ原發竈ト思ハル、モノハ頸部ノモノ其ノ大部分ヲ占メ, ソレヨリ漸次病氣ノ經過ニ從ヒテ鎖骨上窩, 鎖骨下窩, 腋窩, 鼠蹊部, 腸間膜, 後腹膜稀ニハ耳前部, 肘窩部, 膝脛部, 椎骨前部, 心窩部, 肝門部等ノ各淋巴腺ノ腫脹ヲ來ス. 前述ノ如ク本疾患ガ特殊ノ病原微生物ノ身體内侵襲ニ際シ化膿トイフ形式ヲトラズシテ網狀織内被細胞ノ増生ヲ來セルモノト解釋セバ其ノ腫脹淋巴腺ノ原發部位ハ該微生物ノ侵入セシ部ノ所屬淋巴腺ナリト解釋シ得ラル。

故ニ頸部淋巴腺腫脹ノ最モ多キ事實ハ口腔内ヨリ感染ノ機會極メテ多キコトニ起因スルモノナリト思考シ得ラレザルニ非ズ。

又本症ノ轉移ニ就キ文獻ヲ詳讀スルニ癌腫或ハ肉腫等ノ如キ惡性腫瘍ノ場合トハ稍越キヲ異ニシ原發竈ヨリ遙ニ遠隔ノ淋巴腺, 例ヘバ頸部ニ原發竈アリテ其ノ附近ノ淋巴腺ニ比較的著變

ヲ認メザルニ拘ラズ遠ク離レタル鼠蹊部淋巴腺等ノ著明ナル腫脹ヲ見ルガ如キ場合ニ遭遇スルコト屢々ナリ。余等ハ轉移ニ際シテノ之等ノ所見並ニ身體各所ノ淋巴腺腫脹ヲ主變トナス多數ノ病理解剖學の報告ヨリ本疾患ハ一般惡性腫瘍ノ場合トハ全く相異リ網狀織内被細胞ノ一般の反應性増生ニヨル系統的疾患ナリト信ゼントス。

原發竈ノ腫脹淋巴腺ヲ臨床學的ニ考察スルニ其ノ經過ニヨリ症狀單一ナラズ。形狀ハ概ネ卵圓形、大イサハ拇指頭大乃至鵝卵大、硬度ハ彈力性ニ富ミ、表面ハ平滑ナルアリ又然ラザルアリ、初期ニハ一般ニ皮膚面正常且皮膚及皮下床トノ癒著ナク可動性ニシテ周圍組織トノ境界鮮明ナリ。後半期ニ至レバ腫脹淋巴腺ハ互ニ癒合シテ腺塊ヲ形成シ、皮膚及皮下床トノ癒著著明トナリ周圍組織ヘノ浸潤及ビ中心部ノ壞死崩壞シ屢々極メテ柔軟トナル場合モアリ。又末期ニハ淋巴腺腫脹ノ壞死崩壞部ガ突然血管内ニ破レテ急速ニ腫脹ノ減退ヲ見ルコトアリ。高原氏ノ第2例及ビ第3例ハ此ノ好適例ナリ。

轉移ニヨル腫脹淋巴腺ハ一般ニ原發竈ニ於ケル初期ノモノト略同様ノ臨床所見ヲ有シ、唯大イサ比較的小ニシテ大豆大乃至雀卵大ノモノ數個腫脹スルヲ常トナシ、末期ニ至ルモ皮膚及皮下床トノ癒著、周圍組織ヘノ浸潤及ビ中心部ノ壞死崩壞等ノ臨床所見ヲ認メズ。

余等ノ自驗例ニ於テハ第2例ヲ除ク他ノ3例ハ何レモ兩側頸部ニ於テ原發竈ト思ハル、著明ナル淋巴腺腫脹ヲ認メ、第4例ニ於ケルモノハ所々腺塊ヲ形成シ比較的彈力性ニ富ミ末期ニ至ルモ皮膚表面正常、周圍組織ヘノ浸潤及ビ癒著等ナク可動性ナリシモ、第1例及ビ第3例ニ於テハ硬度極メテ硬ク皮膚面着色、周圍組織ヘノ浸潤癒著顯著ニシテ恰モ板狀ノ如ク、特ニ第1例ニ於テハ放線狀菌ニヨル肉芽性炎ヲ考ヘシムルガ如キ所見ヲ示シタリ。轉移淋巴腺腫脹ニ關

シテハ第2例ハ原發竈ガ左側腹腔内ニ存在スルニ對シ同側ノ鎖骨上窩及ビ腋窩ニ示指頭大乃至拇指頭大ノ淋巴腺腫脹ヲ認メ、第1、第3、第4ノ各例ニ於テハ原發竈ガ兩側頸部ニ存スルニ對シ或ハ左右兩側ノ腋窩ノミニ或ハソレノミナラズ更ニ鎖骨上窩、鼠蹊部等ニ比較的小ナル淋巴腺ノ腫脹ヲ認メタリ。特ニ第4例ノ兩側鼠蹊部淋巴腺ノ腫脹ハ他ニ比シ極メテ顯著ニシテ小指頭大ヨリ拇指頭大ニ累々ト腫脹シ、頸部ニ於ケル一般惡性腫瘍ノ轉移ノ場合ト相異リ原發竈ヨリ遙ニ遠隔ノ部ノ著明ナル淋巴腺腫脹ヲ招來セリ。更ニ腹腔内淋巴腺ノ轉移ニ就テ考察スルニ第1例及ビ第4例ニ於テハ末期ニ夫々腸間膜淋巴腺ノ腫脹ヲ認メ、第2例ニ於テハ初診當時ハ左側腹部ニ原發竈ヲ認ムル以外腹腔内ニハ何等腫瘍ラシキモノヲ觸知シ得ザリシガ入院後暫クシテ廻盲部ニ雞卵大ノ腫瘍ヲ認ムルニ至レリ。即チ自驗例ニ於テハ腹腔内轉移ハ身體ノ他ノ部位ヘノ轉移ニ比シ何レモ病勢ノ可成進行セル後半期ニ現ハレタリ。

(2) 脾臟及ビ肝臟ノ肥大。再三述ベシ如ク本症ハ身體各所ノ網狀織内被細胞ノ増生ニヨル疾患ナルヲ以テ該細胞ヲ富有スル脾臟及ビ肝臟ノ肥大ヲ來スハ容易ニ考ヘ得ラル、コトナリ。内外文獻81例中脾腫ヲ認メシモノ52例即チ61.7%ニ達シ、肝臟腫大ヲ認メシモノ48例即チ59.2%ニ達シタリ。之等臟器ノ腫大ノ程度ハ種々ナレドモ剖檢ニ際シ脾腫ノ最大ナルモノハ Hermann v. Törne 氏ノ報告ニヨル3020瓦、肝腫ノ最大ナルモノハ K. Hoerhold 氏ノ4020瓦ニシテ何レモ網狀織内被細胞ノ驚クベキ増生ニヨルモノナリキ。

余等ノ自驗例ニ就テハ第1例ニ於テ其ノ後半期ニ腸間膜淋巴腺ノ腫脹ト共ニ脾腫ト思ハル、モノヲ認メ、第2例ニ於テハ左季肋下ニ脾臟ノ腫大セルモノナルヤ腹腔内ノ新生物ナルヤ觸診ニテハ全く判斷ニ苦シム手掌大ノ抵抗ヲ觸レ、第4例ニ於テハ初診時ニ脾臟ラシキモノヲ觸知シ得タルモ末期ニハ漸次後腹膜淋巴腺ノ腫脹セルモノノ如キ所見ヲ呈スルニ至レリ。肝腫ハ余

等ノ症例デハ第4例ノ末期ニ於テ明カニ觸知シ得タルノミニシテ他ノ3例ニ於テハ毫モ之ヲ認メザリキ。然レドモ余等ノ症例ハ第4例ヲ除キ他ハ何レモ退院後2, 3ヶ月間郷里ニテ養生セル後死亡センモノニシテ從ツテ之等ノ末期ニ於ケル脾肝ノ所見ハ如何ナル状態ニ變化セシカハ全ク不明ナリ。又脾肝特ニ脾臟ノ腫大ハ概シテ後半期ニ現ハル、腹腔内淋巴腺ノ著明ナル腫脹ト觸診上鑑別極メテ困難ナルハ容易ニ考ヘ得ラル、トコロニシテ余等モ亦第2, 第4例ニ於テ其ノ鑑別判斷ニ非常ニ苦シミタリ。

之ヲ要スルニ脾肝ノ腫大ハ原發竈ガ腹腔内ニ存在セザル限り腹腔内淋巴腺轉移ノ場合ト同様病勢ノ進行セル後半期ニ於テ發生スルニ非ザルヤト思惟セラル、ナリ。

(3) 發熱、羸瘦及ビ倦怠感。本症ノ發熱ニ關シテハ Ardoin 氏ガ耳鼻咽喉科領域ヨリ本症ノ大部分ハ發熱スルト報告シ、中院氏ハ比較的長キ經過ヲトルモノニ於テハ後半期ニ於テ約65%ノ割合ニ發熱スルト記載セリ。余等ハ文献81例中發熱アリタリト明記センモノ38例ニシテ大體本疾患ノ半数ニ於テ發熱ヲ見ル如キ結果ヲ得タリ。然レドモ前述ノ如ク本症ハ殆ンド病理學者ニヨリ報告セラレ臨床家ニヨルモノ極メテ僅少ナルタメ發熱アリト明記セザルモノ實際發熱ヲ認メタルモノ余等ノ統計以上ニ存在スルモノナラント思惟セラル。本疾患ヲ臨牀的見地ヨリ報告セル中院氏ハ同氏ノ經驗例5例中4例、高原氏ハ9例中6例ニ於テ發熱ヲ認メ、余等ハ又自驗例全部ニ於テ之ヲ認メタリ。

發熱ニ關シテ余等ノ經驗例ニ就キ詳細考察スルニ4例ハ何レモ後半期特ニ末期ニ近ヅクニツレ發熱顯著トナリ毎日或ハ數日置キニ極メテ不規則ナル 38.5°C 前後ノ弛張熱連續シ、發熱及ビ惡性疾患ニ起因スルト思ハル、全身倦怠感並ニ羸瘦益々著明トナレリ。特ニ第4例ニ於テハ死亡約2ヶ月前ヨリ 38°C 乃至 40°C ノ弛張熱相續キ、口渴ヲ訴フルコト甚シク發汗又多量、瘦削其ノ極ニ達シ、爲メニ體量ノ激減ヲ來シタリ。之等ノ所見ハ Ungar, Parks (第1例)、

Hermann v. Toerne, 中院諸氏ノ報告セル症例ト全ク一致スルトコロナリ。

之ヲ要スルニ以上ノ諸點ヨリ考察シ余等ハ後半期ニ於ケル不規則ナル發熱、全身ノ倦怠感及ビ羸瘦ハ本疾患ノ極メテ重要ナル臨床症狀ノ一ツナルコトヲ強調シ、此ノ發熱ハ恐ラクハ傳染性反應性ノモノナランカト思考セントス。

(4) 血液所見、貧血及ビ赤血球沈降速度。本疾患ノ血液所見ニ關シ諸學者ハ種々ナル意見ヲ有シ Goldschmidt u. Isaac 兩氏ハ本症ハ白血病性疾患ト緊密ナル關係アルコトヲ指摘シ、Ewald 氏ハ總ベテ血液ニ白血病性所見ヲ有スルコトヲ主張シテ本症ヲ白血病性疾患ノ第3型トナシ (leukaemische Reticuloendotheliosen), Letterer 氏其ノ他多數ノ學者ハ血液中ニ何等増生細胞ヲ認メザル場合モアルコトヲ力説シ (Aleukaemische Reticuloendotheliosen), 高原氏ハ淋巴球減少ト白血球ノ核左方遷移トガ其ノ核心的所見デアルトナシ、中院氏ハ初期ヨリ末期ニ至ルマデ血液所見ニ著變ナシトノ見解ヲ有セリ。余等ノ涉獵セシ多數ノ症例報告ニ於テハ其ノ血液所見極メテ多種ニシテ Loesch 氏ノ例ニ於テハ白血球總數 760000 其ノ内淋巴細胞 100% ヲ占メ、Foord u. Parson 兩氏 (第3例) ニ於テハ白血球總數 105000 其ノ内、單核細胞 88%, 淋巴球 6%, Klostermeyer 氏ハ白血球總數 2000 其ノ内淋巴球 99%, 單核細胞 1% 等ノ數ヲ舉グルモカ、ル病的状態ニ於テハ單核球性ノモノト淋巴球性ノモノトヲ明確ニ鑑別スルコトハ必ズシモ容易ナラザルヲ以テ同一ノ状態ハ又發表者ニヨリ著シク異リタル状態トシテ發表セラル、事ノアリ得ルヲ記憶スベキナリ。茲ニハ之等ノ細胞ノ明確ナル所屬ニ關シ判定ヲ下サザルコト、ス。

抑々網狀織内被細胞系ト造血機能トノ關係ニ就テハ學者ニヨリ意見ヲ異ニシ、本系統ニ屬スル細胞ハ凡テ同一性ノモノニシテ全身各所ノ網狀織内被細胞ハ Multipotent = 赤血球多核白血球及ビ淋巴球ヲ造リ得ルトナシ、或ハ網狀織内被細胞ニハ造赤血球、造骨髓性及ビ造淋巴性ノ

別アリテ夫々 Unipotent = 赤血球, 多核白血球及ビ淋巴球ヲ造ルトナシ, 或ハ又成熟セル網狀織内被細胞トハ全ク相異ル造血細胞群カラ夫々ノ血液細胞ガ造ラレルモノナリトナス等ノ説アリテ網狀織内被細胞系ト造血機能トノ相互ノ關係ハ根本的ニ未ダ決定セザル問題ナリ. 從ツテ網狀織内被細胞ノ系統的病的増生ニヨル本疾患ノ血液所見ハ如何ナル變化ヲ招來スルモノナルカニ就テハ輕々シク論ズルコト全ク不可能ナリ.

又貧血ニ關シテハ81例中27例即チ33%ノ割ニ著明ニ之ヲ認メ, 赤血球中ニハ又Poikilocytose, Anisocytoseヲ證明シタル學者モ少數存ス.

自驗例ニ就テハ初診時ニ第1例ニ於テ著明ナル貧血ヲ認メ, 第2例ニ於テハ淋巴球ノ増加ヲ見タリ. 第4例ハ長期間血液所見ヲ精査シ得タル例ニシテ入院當初ニハ特殊所見ヲ認メザリシモ病勢進行スルニ從ヒ次第ニ貧血ノ度加ハリ末期ニ至リテハ赤血球數220萬, 白血球總數3000, 血色素量51% (Sahli氏法)ナル血液所見ヲ示シタリ(尙貧血ニヨル有核赤血球ノ發現及ビPoikilocytose, Anisocytoseハ之ヲ認メザリキ).

赤血球沈降速度ニ關シテハ高原氏ノ報告アルノミナレドモ自驗例ニ就テ見ルニ何レモ赤血球沈降速度ノ促進ヲ來シテ第4例ノ末期ニ於テハ1時間後100耗, 2時間後130耗(Westergren氏法)ヲ示シ極メテ急速ナル促進ヲナセリ.

要之, 本疾患ノ血液所見ハ學者ニヨリ種々説ヲ異ニスルモ余等ハ網狀織内被細胞系ト造血機能トノ關係未ダ明確ナラザル現在ニ於テ一定ノ結論ニ到達スルコトハ全ク不可能ナリト考フルモ余等ノ經驗例及ビ多數ノ文獻ヨリ考察スルニ本症ノ末期ニ於テハ概ネ惡性疾患ニヨルト考ヘラル、所謂續發性貧血(Naegeli)並ニ赤血球沈降速度ノ顯著ナル促進ヲ招來スルモノナルコトハ明カナリ.

(5) 口腔, 咽喉及ビ鼻咽腔内ノ諸種症狀. 前述ノ如ク口腔ハ本病發生ノ門戶タルノ機會最多キ場所ト思考シ得ラル、ヲ以テ, 口腔内ノ諸所, 鼻咽腔内及ビ咽喉等ニ本症ヲ發生スルコ

ト稀ナラズ.

口腔内ニ於テハ往々口蓋扁桃腺ノ腫脹ヲ認メ, 其ノ初期ニハ單純性扁桃腺肥大ト極メテ類似スルモ病勢ノ進行スルニ伴ヒ浸潤ハ前後口蓋弓及ビ軟口蓋ニマデモ波及シ, 口蓋扁桃腺ハ益々肥大シ其ノ結果屢々嚥下, 發音, 呼吸, 開口等ニ種々ナル障礙ヲ惹起スルコトアリ. 此ノ時期ニ至レバ扁桃腺ハ其ノ表面帶黃褐色ヲ帶ビ汚染スルコト甚シク遂ニハ厚キ被苔ヲ被リ Vincentノ「アンギーナ」ノ如キ所見ヲ示ス. 此ノ被苔ハ其ノ後自然ニ剝離セラレ底部ニハ暗赤色脆弱凹凸甚シキ壞疽化セル扁桃腺ヲ認ムルニ至リ, 而モ該壞疽ハ概ネ廣汎ニシテ且深遠性ニ富ム所見ヲ有ス. 浸潤波及セル前後口蓋弓及ビ軟口蓋ハ一般ニ柔軟ニシテ時ニハ假性波動ヲ示ス場合アリテ一見炎衝性疾患ヲ思ハシム.

鼻咽腔内ニ於ケル本症ハ恐ラクハ咽頭扁桃腺ノ腫大ニ起因スルモノニシテ其ノ初期ニハ自, 他覺的ニ何等ノ症狀ナク逐次腫脹著明トナルニ從ヒ鼻閉塞, 鼻閉音聲, 鼻涕過多等ノ臨床症狀ヲ現ハシ, 更ニ頭蓋底, 眼窩, 翼狀口蓋溝等ニ進行スル場合ニハ腦神經症狀, 頭痛及ビ眼科領域ニ於ケル種々ナル症狀ヲ現ハスニ至ル.

咽喉部ニ於テハ咽頭側壁, 後壁舌根部及ビ喉頭部ニ發生シ其ノ臨床所見ハ口腔内ニ於ケルモノト略同様ニシテ呼吸困難, 嘶聲ヲ訴フルヲ常トナス.

余等ノ第4例ハ兩側扁桃腺ノ腫大, 頰部粘膜面ノ腫瘍様腫脹並ニ上顎右門齒齒根部ニ於ケル潰瘍形成ヲ認メタル極メテ興味アル例ナリ. 腫大扁桃腺ハ單純性扁桃腺肥大ノ如キ所見ヲ示シ最後マデ壞疽等ノ著變ナク, 頰部粘膜面腫瘍ハ兩側共略圓形ニシテ軟骨様ノ硬サヲ有シ中央ニハ何レモ潰瘍ヲ形成シ凹凸甚シ. 上顎右門齒齒根部潰瘍ハ極メテ侵蝕性ニ富ミ上方ニ擴大シ且甚ダ不潔ニシテ惡臭ヲ放チタリ. 齒根部ノ潰瘍形成ニ關シテハ唯 Foord, Parsons, Butt 三氏ニヨツテ報告セラレタル症例第3ニ於テ拔牙後發熱ト顎角部淋巴腺腫脹ヲ伴ヒテ發生シタル本疾病ニ際シ拔牙部一帶ノ齒根部ノ腫脹ヲ來セシ例

アルニ過ギズ。

(6) 「レ」線並ニ「ラヂウム」線照射ニ對スル感度。本疾患ガ放射線ニ極メテ敏感ナル反應ヲ示スコトハ諸學者ノ等シク認ムルトコロナリ。

余等ハ自驗例全部ニ對シテ「レ」線照射ヲナシタルニ第1例ヲ除ク他ノ例ハ何レモ其ノ感度頗ル敏感ナルヲ示シ、特ニ第2例及ビ第3例ニ於テ顯著ニシテ前者ニ就テハ左側腹部腫瘍ニ對シテ極メテ著明ニ反應シ1回宛200γ種々ナル方向ヨリ照射シタルニ2回目頃ヨリ腫瘍顯著ニ縮少シ5回照射ニヨリ完全ニ其ノ腫脹ヲ觸知セザルニ至リ、後者ニ於テモ兩側ノ頸部腫脹ニ對シテ前者ト同様ナル配量ト方法トヲ以テ5回「レ」線深部治療ヲナシタルニ腫脹著明ニ縮少シ口腔内腫脹ニヨル呼吸困難及ビ嚥下困難等ノ症狀全ク一掃セラレタリ。「ラヂウム」線照射ハ第4例ノ左側頰部粘膜面及ビ上顎右門齒齒根部潰瘍ニ各々10回ツツシタルニ前者ニ於テハ激痛ハ逐次消滅シ且腫脹ハ殆ンド消失シタルモ、後者ニ於テハ其ノ効果全ク認メラズシテ潰瘍ハ益々上方ニ擴大シ少シモ快癒ノ傾向ヲ示サザリキ。

以上ノ如ク一般ニ「レ」線及ビ「ラヂウム」線照射ハ本疾患ニ極メテ鋭敏ニ作用シ其ノ腫脹ヲ殆ンド痕跡ナキマデニ減退セシメ得ルモ照射ヲ中止スル時ニハ一般ニ再ビ急速ニ腫脹増大スルヲ常トナス。Sachs u. Wohlwill 兩氏ノ第1例及ビ Parks 氏ノ第1例ハ何レモ「レ」線照射ニヨリ腫脹消滅セシモ再三同部ノ急速ナル腫脹ヲ來シタル症例ニシテ余等ノ自驗例ニ於テモ亦同様ナル結果ヲ見タリ。即チ第2例ニ於テハ約半ヶ月、第3例ニ於テハ約4ヶ月、第4例ニ於テハ約1ヶ月ニシテ夫々前ト同一部位ニ著明ナル腫脹ヲ來セリ。高原氏ハ「レ」線照射ニヨリ一旦腫瘍ノ消滅シタル部位ハ再發スルコト甚ダ稀有ナリト主張セラル、モ余等ノ經驗並ニ文獻ヨリスレバ「レ」線照射ニヨリ一旦消滅セシ腫脹ハ「レ」線照射ヲ中止スルコトニヨリ却ツテ益々急速ナル腫大ヲ來スモノナリト結論ニ到達シタリ。又余等ハ「レ」線治療ニ際シテ第4例ニ於テ配量等ニ充分ナル注意ヲ拂ヒ其ノ經過ヲ仔細ニ觀察シ

タルニ照射部位ノ淋巴腺ノ腫大急速ニ消失スル代リニ他方照射セザル淋巴腺ノ益々腫脹増大スルガ如キ所見ハ毫モ之ヲ認メザリキ。

(7) 其ノ他ノ諸種症候ニ就テ。以上本疾患ニ關シ比較的重要ト思ハル、臨床症候ニ對シテ總括的考察ヲナシタルモ元來本疾患ノ臨床症候ハ極メテ複雑ニシテ多數症例ヲ精讀スルモ其ノ絶對的特殊症候トイフガ如キモノヲ發見スルコトハ全ク不可能ナリ。81例ノ文獻中大體ハ上述ノ如キ諸種症候ヲ呈スルモノ多ケレドモ其ノ他興味アリト思ハル、症候ヲ示ス種々ナル症例ニモ亦遭遇スル故次ニ之等ヲ一括シテ記載シ且之等ニ對スル余等ノ考察ヲ述ベシ。

骨痛及ビ腰痛。Parks 氏ノ第3例ニ於テハ胸骨並ニ四肢骨ノ激痛ヲ訴ヘ、中院氏ノ第1例ニ於テモ亦病初ヨリ死ニ至ルマデ極メテ頑固ナル腰痛ヲ訴ヘ、其ノ他 K. Hoerhold, 中院氏ノ第2例等ニ於テ夫々骨痛ヲ訴ヘタリ。余等ノ第2例ニ於テハ末期ニ於テ中院氏ノ第1例ト同様可成激甚ナル腰痛ヲ訴ヘタリ。余等ノ文獻81例中病理解剖ニヨリ肉眼的ニ Zellmark ニシテ組織學的ニ網狀織内被細胞ノ著明ナル増生ヲ來セシモノ34例ヲ算ヘ約42%ノ割ニ骨髓ノ變化ヲ認メタリ。中院氏ハ骨髓ノ變化ハ管狀骨ニ來リ大腿骨、鎖骨、脛骨、肋骨、胸骨等ニ疼痛ヲ訴フル場合アリト報告セラル、モ余等ノ涉獵セシ文獻ヨリ考察スルニ骨髓ニ病理學的變化ヲ來セシモノ多々アルニ拘ラズ臨床的ニ其ノ部ノ疼痛腫脹等ヲ認ムル場合極メテ稀ナリ。之ハ本疾患ニ於テ骨髓變化ガ比較的末期ニ起ル傾向ヲ有シ而シテ疼痛腫脹等ノ臨床症候ガ餘リ激甚トナラザル内ニ死ヲ轉歸ヲ取ルニ非ザルヤト思惟セラル、ナリ。

浮腫。身體ノ各部特ニ頭部又ハ兩側下肢ニ浮腫ヲ認メタルハ Hermann v. Toerne, Uehlinger, Loeschノ諸氏ノ症例及ビ中院氏ノ第2, 第4例ニシテ、自驗例ニ就テハ第1例ニ於テ兩側下肢、第2例及ビ第4例ニ於テ顔面並ニ兩側下肢ニ著明ナル浮腫ヲ認メタリ。浮腫ハ心臟衰弱、尿量激減、腹腔内淋巴腺腫脹ニヨル血管ノ壓迫

等ニヨリ概ネ後半期ニ認メラル、モ顔面浮腫ハ頸部淋巴腺ノ高度ノ腫脹ニヨリ頸靜脈壓迫セラレテ比較的早期ニ認メラル、コトアリ。

出血、頸部腫大部ノ壞疽軟化ニヨル大出血ハ高原氏ノ第2例及ビ第3例ニ於テ見ラレ、出血ニヨリテ頸部腫脹ハ殆ンド消失シ、腫大ニヨル種々ナル副症候ハ全ク輕快セリ。高原氏ハ斯ノ如キ大出血ハ約1週間前ヨリ甚シキ口臭、糞便ノ潛血反應強陽性、腐敗組織片喀痰排出ノ急激ナル増加等ニヨリテ大體豫測シ得ルコトヲ強調セリ。又 Semsroth 氏ハ皮膚出血、Loesch 氏ハ全身各所ノ皮膚出血及ビ口腔内出血ノ各症例ヲ經驗セリ。

皮膚着色及ビ癢痒感。Parks 氏ハ第1例ニ於テ數年來ノ疹癬ノタメ頑固ナル癢痒感ヲ訴ヘシ患者ガ本症ニ罹患シ、其ノ後身體ノ全表面ニワタリテ暗黒色ノ色素沈著ヲ認メタル例ヲ報告シ同氏ハ此ノ皮膚着色ハ本疾患及ビ疹癬ノ兩者ノタメニ招來セシメラレタルモノナリトナセリ。中院氏ハ其ノ第2例ニ於テ本病發生ト同時ニ顔面、腹部及ビ兩側前膊等ニ原因不明ノ疹癬發生シ其ノ部ニ一致シテ暗褐色ノ色素沈著ヲ認メ、同氏モ亦 Parks 氏ト同様本疾患ト之等トノ間ニ何等カノ關係アルニ非ズヤトノ疑問ヲ抱ケリ。余等ノ第4例ニ於テハ背部及ビ右臀部ノ數ヶ所ニ小指頭大ノ稍化膿ノ傾向ヲ示シ癢痒感アル腫瘍生ジ容易ニ快癒セザリキ。

黄疸及ビ腹水。中院氏ニヨレバ黄疸ハ約17%ニ於テ之ヲ認ムルト云ヒ同氏モ亦1例ヲ經驗セリ。本症ニ於ケル黄疸ハ肝臟實質内ニ於ケル網狀織内被細胞ノ增生ニヨル鬱滯性黄疸ト看做シ得ベク、又肝門部淋巴腺腫大ニヨリ膽道ノ壓迫狹窄ニヨル場合モ考ヘ得ラル。K. Horhold 及ビ Hermann v. Toerne ノ兩氏ノ症例ニ於テハ夫々驅徽療法ヲ施行シタル故黄疸ノ發生ガ何ニ起因スルカ速斷シ難キ場合モアリ。腹水ハ余等ノ文獻デハ Ross, Ungar (第2例)、中院 (第

2, 第4例)諸氏ノ5例ニ於テ之ヲ認メ、中院氏ハ腹水ハ網狀織内被細胞增生ニヨル肝臟ノ硬變變性化ニヨルヨリハ寧ロ腹部淋巴腺ノ高度ノ腫脹ニヨリ血管殊ニ門脈ガ壓迫セラレテ起ルモノナラントノ見解ヲ有セリ。前述ノ如ク本疾患ノ末期ニ於テハ腹腔内諸淋巴腺ノ累々タル腫脹ヲ來スコト多ク且腹水ハ概シテ病勢ノ進行シタル末期ニ於テ現ハル、コト多キヲ以テ余等モ亦中院氏ト同一見解ヲ有スルモノナリ。

腹痛及ビ心臓部激痛。Alexander Symeonidis 及ビ Hermann v. Toerne 兩氏ノ症例ニ於テ何レモ臍ノ左側腹部ニ壓痛ヲ訴ヘタリ。

余等ノ第4例ニ於テモ亦特ニ同部ノ鈍痛並ニ壓痛ヲ訴ヘタリ。恐ラクハ之等ハ何レモ腹部淋巴腺ノ腫大ニ起因スルモノナリト思考ス。又余等ノ第4例ニ於テ其ノ末期ニ心臓部ノ激痛ヲ訴ヘ其ノタメ體ヲ動かスコトスラ全ク不可能トナレリ。余等ノ蒐集セシ文獻ニ於テハ斯ノ如キ心臓部ノ激痛ヲ訴ヘタルハ Parks 氏ノ第3例ノ唯1例アルノミニシテ Loesch 氏ハ又病理解剖ニ於テ心筋内ニ網狀織内被細胞ノ著明ナル浸潤ノ像ヲ認メタル例ヲ記載セリ。此ノ心臓部激痛ハ恐ラクハ極度ノ心筋内網狀織細胞增生浸潤ニヨリテ心筋自身ノ退行性變化ヲ來シテ起リタルモノナラズヤト思惟セラル。

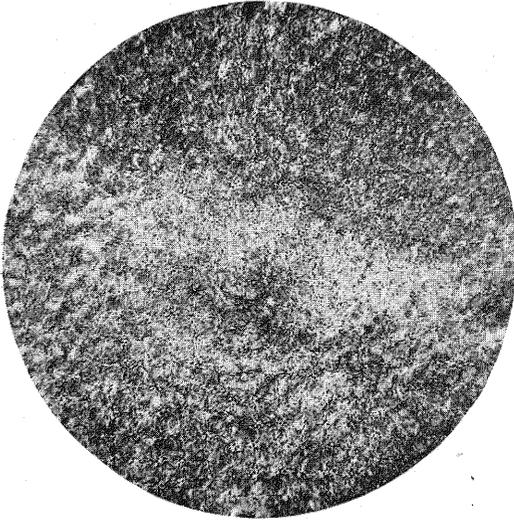
其ノ他食思不振、睡眠障碍等ハ種々ナル悪性疾患ニ認メラル、症狀ニシテ本疾患ニ於テモ亦同様之ヲ認ムルヲ常トナス。

以上慢性ノ經過ヲトレル網狀織内被細胞增生症ノ臨床症狀ニ關シ仔細ナル考察ヲナセリ。余等ハ他日本症ノ慢性型及ビ急性型ニ關スル更ニ詳細ナル臨床學的綜説的考察及ビ本疾患ニ關スル病理解剖學的知見ヲ發表シ諸賢ノ御批判ヲ仰ガントス。

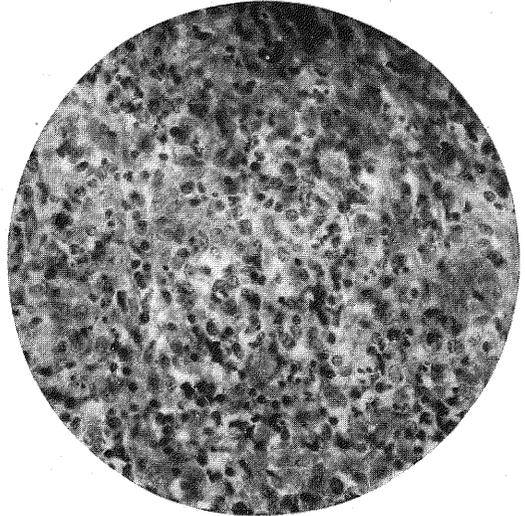
欄筆ニ臨ミ種々御指導御校閲ヲ賜リシ恩師桂教授並ニ恩師久留教授ニ對シ滿腔ノ謝意ヲ表シ、御教示ヲ忝フセル中村教授ニ深謝ス。

沼倉・手島論文附圖 (1)

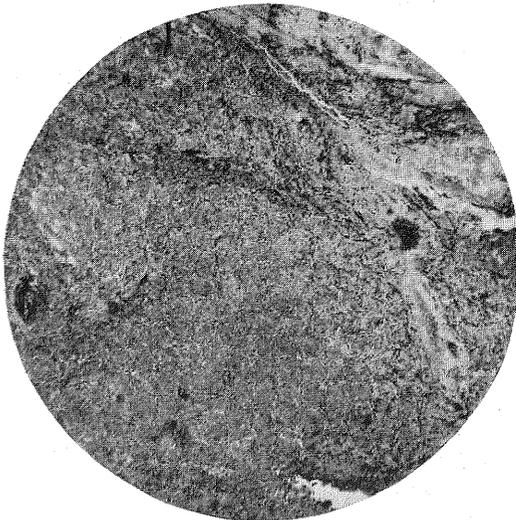
第 1 圖



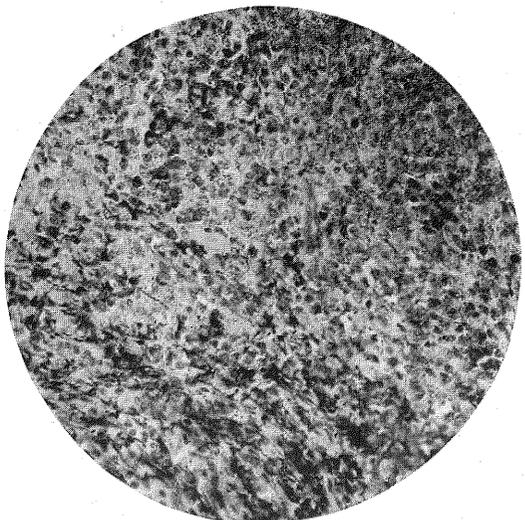
第 2 圖



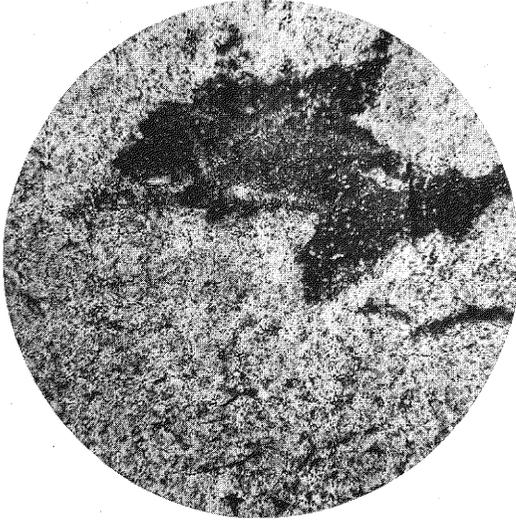
第 3 圖



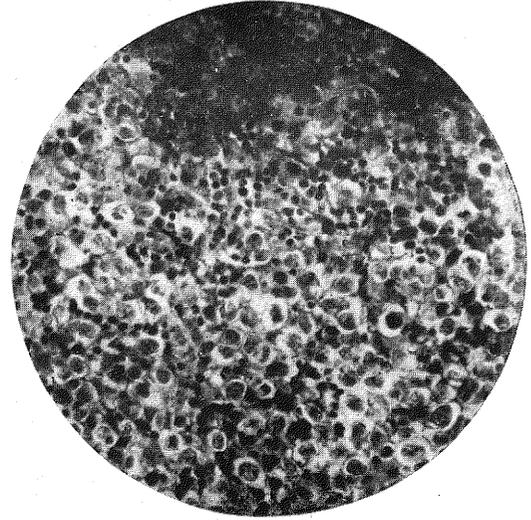
第 4 圖



第 5 圖



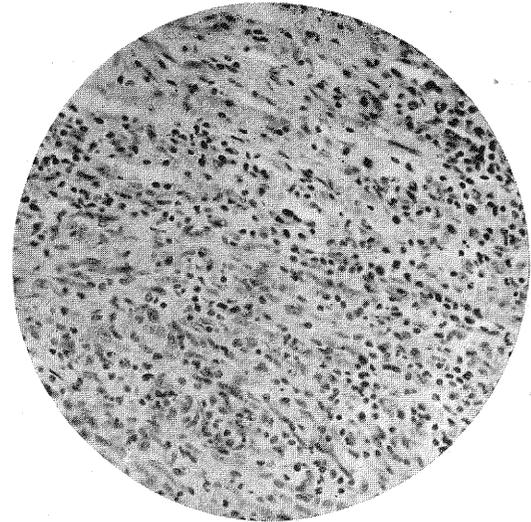
第 6 圖



第 7 圖



第 8 圖



## 文 獻

- 1) **Goldschmidt u. Isaac:** Dtsch. A. f. kl. Med. Bd. 138, (1922). 2) **Ewald:** Dtsch. A. f. kl. Med. Bd. 142, (1923). 3) **Letterer:** Frkf. zbl. f. Path. Bd. 30, (1924). 4) **Uehlinger:** Beitr. z. path. Anat. Bd. 83, (1930). 5) **Tschistowitsch u. Bykowa:** Virchows Archiv. Bd. 267, (1928). 6) **Schultz:** Handbuch d. speziellen path. Anatomie u. Histologie. Bd. 7, 2. Teil, (1933). 7) **Akiba:** Virchows Arch. Bd. 260, (1926). 8) **Guizetti:** Virchows Arch. Bd. 282, (1931). 9) **Ueher:** Virchows Arch. Bd. 289, (1933). 10) **Schultz, Wermbter u. Puhl:** Virchows Arch. Bd. 252, (1924). 11) **Wihmann:** Virchows Arch. Bd. 282, (1931). 12) **Siwe:** Zbl. f. Kindheilk. Bd. 55, (1933). 13) **Alexander Symeonidis:** Virchows Archiv. Bd. 296, (1936). 14) **Carl Sternberg:** Lubarsch-Ostertag Ergebnisse d. allg. Path. u. pathr. Anatomie. Bd. 30, (1936). 15) **Semsoth:** Lubarsch-Ostertag Ergebnisse d. allg. Path. u. path. Anatomie. Bd. 30, (1936). 16) **Hermann v. Toerne:** Beitr. z. path.-Anat. u. allg. Path. Bd. 100, (1938). 17) **Ungar:** Beitr. z. path. Anat. Bd. 91, (1933). 18) **Parks:** Beitr. z. path. Anat. Bd. 94, (1934). 19) **Foord, Parsons:** Journal of the Amer. med. Assoc. Vol. 101 (1933). 20) **Klostermeyer:** Beitr. z. path-Anat. u. allg. Path. Bd. 93, (1934). 21) **Loesch:** Arch. of Path. Vol. 18, (1934). 22) **Sachs u. Wohlwill:** Virchows Arch. Bd. 264, (1927). 23) **Naegeli:** Blutkrh. u. Blutdiag, (1931). 24) **長與,** 治療及處方, 113號. 25) **同人,** 治療及處方, 143號. 26) **緒方,** 治療及處方, 206號. 27) **小川,** 耳鼻咽喉科, 10卷, 4號. 28) **田内,** 名古屋醫學會雜誌, 46卷, 6號. 29) **中村,** 大阪醫事新誌, 9卷, 1號. 30) **山崎,** 大阪醫學會雜誌, 31卷, 6號. 31) **武藤,** 東西醫學, 4卷, 11號. 32) **眞鍋,** 大日本耳鼻咽喉科會報, 44卷, 8號. 33) **入戸野,** 癌, 32卷, 3號. 34) **吉川,** 耳鼻咽喉科, 11卷, 10號. 35) **濱口,** 北越醫學會雜誌, 53年, 11號. 36) **和氣,** 臺灣醫學會雜誌, 37卷, 9號. 37) **高原,** 耳鼻咽喉科臨床, 34卷, 1號. 38) **長夏,** 名古屋醫學會雜誌, 49卷, 1號. 39) **原,** 大日本耳鼻咽喉科會報, 45卷, 5號. 40) **三川,** 北越醫學會雜誌, 54年. 6號. 41) **花房,** 東京醫事新誌, 3148號. 42) **大石,** 東京女醫學會雜誌, 9卷, 5號. 43) **渡邊,** 口腔病學會雜誌, 13卷, 6號. 44) **岡村,** 癌, 33卷, 3號. 45) **若林,** 癌, 33卷, 3號. 46) **川合,** 癌, 33卷, 3號. 47) **角原,** 北越醫學會雜誌, 54年, 11號. 48) **中院,** 兵庫醫學, 5卷, 8號. 49) **鶴岡,** 癌, 33卷, 6號. 50) **緒方,** 癌, 33卷, 6號, 3號.

## 附 圖 說 明

- 第1圖 第1例標本, Homal I×A<sub>2</sub> 40倍.  
 第2圖 第1例標本, Homal I×Apochromat 20 270倍.  
 第3圖 第2例標本, Homal I×A<sub>2</sub> 40倍.  
 第4圖 第2例標本, Homal I×Apochromat 20 230倍.  
 第5圖 第3例標本, Homal I×A<sub>2</sub> 40倍.  
 第6圖 第3例標本, Homal I×Apochromat 20 270倍.  
 第7圖 第4例標本, Homal I×A<sub>2</sub> 40倍.  
 第8圖 第4例標本, Homal I×Apochromat 20 250倍.