原 著

単球様細胞を主体として比較的
緩慢な経過をとった白血病の2例*

小 池 和 夫** 野 村 穰 一** 伊 藤 粹 子**
 柏 葉 光 利** 服 部 晃** 朱 敏 秀**
 塚 田 恒 安** 松 岡 松 三** 水 品 輝 夫***
 三 浦 莊 司**** 菅 原 新****

Key words : leukemia, monocytic leukemia, erythroleukemia.

緒 言

単球白血病は一般に臨床症状が激しく、その経過は急激とされている^{1)~4)}。最近、著者らは一見単球白血病を思わせる血液像を示しながら、比較的緩慢な経過をたどった白血病の2症例を経験した。これら2症例は程度の差はあるが、赤芽球系の増殖を伴ったことがその緩慢な経過と関係があると思われ、単球白血病の病像をとった赤白血病、すなわちDameshekら²⁾の提唱する、いわゆる di Guglielmo 症候群の範疇に属する可能性が高い。以下、2症例の概略を報告するとともに、単球系と赤芽球細胞の異常増殖を合併するこのような症例の臨床的意義について論ずる。

I. 症 例 (1)

〔患者〕 54歳、男子、公務員。

〔家族歴〕 妹が子癇で死亡したほか著変ない。

〔既往歴〕 52歳のとき交通事故で頭部、胸部を打撲し、意識不明になったことがある。

〔主 訴〕 倦怠感、心悸亢進。

〔現病歴〕 1970年4月帯状疱疹、9月背部に膿瘍形成、10月中旬より全身倦怠感、めまい、心悸亢進が生

じ、某医より貧血を指摘された。10月30日某院に入院し、著明な貧血、白血球増多、単球様の病的細胞を高率に認めることから、単球白血病を疑われ、保存血1,400 mlの輸血をうけた。11月9日当科へ精査のため入院した。

〔入院時現症〕 体格栄養中等度、体温 37.3°C 血圧 120~60 mmHg、眼瞼結膜は貧血著明、眼球結膜に黄疸なく、心肺は異常ない。胸骨叩打痛あり。肝を2.5横指触知するが、脾は触知しない。リンパ節腫脹は軽度であるが、腋窩、鼠蹊部に米粒大から小豆大のものを数個触知した。歯肉痛および歯肉腫脹を認めた。出血傾向はない。

〔入院時検査成績〕 一般検査成績は表1に示すごとく、赤沈の促進、ツベルクリン反応陰性、ZTTの高値、BSPの軽度停滞、IgGの高値などがみられ、出血性素因検査では出血時間の延長、ユーグロブリン溶解時間の短縮がみられた。末梢血液所見は表2に示すごとく赤血球数 $231 \times 10^4/\text{cmm}$ 、血色素 7.6 g/dl と中等度の正色素性貧血があり、血小板数は $3.4 \times 10^4/\text{cmm}$ に減少していた。白血球数は25,200と著増し血液像では未熟単球 19.5%、成熟単球 34.5%と単球系細胞があわせて54.0%に認められた。赤芽球の出現は認め

* Two cases of leukemia with monocytoid leukemic cells and relatively chronic course.

** 新潟大学医学部第一内科〔〒951 新潟市旭町通り一番町〕 Kazuo KOIKE, Joichi NOMURA, Suiko ITO, Mitsutoshi KASHIWABA, Akira HATTORI, Toshihide SHU, Tsuneyasu TSUKADA and Matsuzo MATSUOKA: The First Department of Internal Medicine, Niigata University School of Medicine, Niigata, Japan.

*** 厚生連三條綜合病院内科, Teruo MIZUSHINA: Department of Internal Medicine, Ko-sei-ren Sanjo General Hospital, Sanjo, Japan.

**** 秋田赤十字病院内科, Soji MIURA: Department of Internal Medicine, Akita Red Cross Hospital, Akita, Japan.

***** 三條済生会綜合病院内科, Arata SUGAWARA: Department of Internal Medicine, Sanjo-sai-sei-kai General Hospital, Sanjo, Japan.

表 1 Laboratory findings (case 1)

General examinations		Immunoglobulin	
Urinalysis : Protein (—), Sugar (—)		IgG	2,592 mg/dl
Sediment	RBC	IgA	208 mg/dl
	WBC	IgM	48 mg/dl
	0~1/VF	BSP (45 min)	7.5%
Stool	Occult blood	Chest X-Photo.	Normal
	(—)	E C G	Myocardial damage
	Parasites (—)	Optic fundi	Normal
ESR		Specific examinations	
30 mm/1 h, 76 mm/2 h		Hemorrhagic diathesis :	
Blood chemistry		Bleeding time	9.5 min
T. Bil.	0.2 mg/dl	Clotting time	7.0 min
GOT	31	Rumpel-Leede	(—)
GPT	26	Activated PTT	39.6 sec.
Alk. Phos. (King & King)	4.0	Prothrombin time	13.2 sec (70%)
Acid phos.	1.8	Fibrinogen	248 mg/dl
LDH	450	Thrombin time	13.8 sec.
ZTT	15.0	STT-30 min.	28.2 sec.
TTT	1.8	Euglobulin lysis time	165 min.
CCLF	(—)	FDP	(—)
Uric acid	4.4 mg/dl	Factor II	80%
BUN	17.5 mg/dl	Factor V	135%
T. Chol.	140 mg/dl	Peroxidase reaction	Positive
Na	141 mEq/l	Sudan black B reaction	Positive
K	3.8 mEq/l	PAS reaction	11% (N : 5~20%)
Cl	105 mEq/l	Sideroblast	94%, Ringed sideroblast (—)
Ca	4.5 mEq/l	Alkaline phosphatase	{Rate 23%
P	3.6 mg/dl	stain of leukocyte	{Score 54
Serum iron	146 γ /dl	Phagocytosis	Positive
Serum protein		Ultravital staining	Monocytoid cell
T. P.	7.4 g/dl	Phase contrast microscopy	Monocytoid cell
Alb.	64.1%		
α_1 -Glob.	4.3%		
α_2 -Glob.	6.3%		
β -Glob.	8.6%		
γ -Glob.	16.7%		
A/G Ratio	1.79		
Immunologic tests			
Wa-R	(—)		
Mantoux-R	(—)		
CRP	(—)		
RA	(—)		
ASLO	100 T. U.		

られなかった。好中球には中毒顆粒と Döhle の封入体を認めた。単球系の病的細胞は May-Giemsa 染色では未熟単球から成熟単球まで移行像がうかがわれた。細胞学的には表 1 に示すごとくペルオキシダーゼ反応は未熟単球は大部分陰性であるが、その他の成熟単球様の細胞は弱陽性であった。墨粒貪食能は未熟単球の大部分は陰性であるが、成熟単球様細胞はすべて陽性であった。超生体染色では中性赤の花冠形成を認め、位相差顕微鏡観察では、運動能を有し、胞体辺縁が鋸足状に動きいづれも単球系の細胞であることを示

す所見であった。朝長法による好中球アルカリフォスファターゼ染色は陽性率 23%、陽性指数 54 と低値であった。赤芽球の PAS 反応は 11% と正常であった。赤芽球の鉄染色では、陽性率 94% であるが、ringed sideroblast はみられなかった。骨髓像は表 2 に示すごとく、過形成髄で、赤芽球系の合計は 6.6% そのうち巨赤芽球様細胞が 0.6% に認められた。単球系の病的細胞は合計 71.4% と著明に増殖し、そのうち、未熟単球が 50.4%、成熟単球が 21.0% であった。〔臨床経過 (図 1)〕 以上の検査所見より本症例は、

表 2 Blood picture

Peripheral blood	Case 1	Case 2	Myelogram	Case 1	Case 2
RBC ($\times 10^4/\text{cmm}$)	231	279	Nucleated cell count ($\times 10^4/\text{cmm}$)	57.2	24.6
Hb. (g/dl)	7.6	9.2	Megakaryocyte (/cmm)	63	94
Color Index	1.02	1.03	Proerythroblast (%)	0.2	0.4
Ht (%)	25	28	Megaloblastoid	0.6	3.4
Reticulocyte (%)	4	42	Macroblast	2.0	5.9
Platelet ($\times 10^4/\text{cmm}$)	3.4	12.5	Normoblast	3.8	5.9
Nucleated cell count	—	46,200	Myelocyte	2.2	0.8
WBC (/cmm)	25,200	44,000	Metamyelocyte	2.4	0.8
Stab.	1.0	0.5	Stab.	1.8	0.2
Seg.	33.0	2.5	Seg.	10.4	1.6
Eosino.	0.5	—	Eosino.	0.4	0.8
Baso.	—	1.5	Baso.	—	0.4
Lymph.	11.5	10.0	Lymph.	4.0	4.3
Undifferentiated	—	0.5	Reticulum cell	0.4	0.6
Monocytoid cell	54.0	85.0	Plasma cell	0.4	1.2
Immature	19.5	22.5	Monocytoid cell	71.4	73.2
Mature	34.5	62.5	Monoblast	26.4	10.6
Erythroblast	0/200W	10/200W	Promono.	24.0	2.8
(Megaloblastoid)	(0/200W)	(2/200W)	Mono.	21.0	59.8
			M/E Ratio	2.6	0.29

図 1 臨床経過 (症例 1, K. O., 54 歳, 男).

単球白血病 myelomonocytic leukemia (Naegeli type) と診断した。しかし比較的臨床症状に乏しく、54 歳という高齢者でもあるため、治療としては輸血のほか、6-MP 100 mg, prednisolone 30 mg で治療を開始したが、6-MP は無効であったので、6-MP riboside 200 mg の内服に切りかえたところ、徐々に白血球数は減少し、6-MP riboside 投与開始後 10 日目には白血球数は 28,800 から 8,400 に減少し 18 日目には 3,100 まで減少したが血液像では単球系細胞は

33%に残存し、小宮の寛解基準では不完全寛解にも達しなかった。1971 年 3 月 1 日退院し、外来では prednisolone は中止し、6-MP riboside 150 mg を維持した。このころ、一過性に末梢血の赤芽球が最高 100/白血球あたり 20 個に増加したことがあった。5 月に血清肝炎、7 月には出血傾向が生じ、10 月 11 日再入院した。入院時は著明な貧血で、白血球数は 8,900 であったが、未熟単球 25%、成熟単球 19% と未熟単球の比率が以前より増加し、骨髓穿刺は dry tap であ

表 3 Laboratory findings (case 2)

General examinations		Immunologic tests	
Urinalysis	Protein (—)	Wa-R	(—)
	Sugar (—)	Mantoux reaction	(—)
	Sediment	C R P	(卅)
	W B C 0~1/VF	ASLO	100 T. U.
Stool	R B C 3~4/VF	Direct coombs	(—)
	Occult blood (—)	C A T	1:64
	Parasites (—)	Paul-Bunnell	1:28
E S R	112 mm/h, 134 mm/2 h	B S P (45 min.)	7.5%
Blood chemistry		P S P (15 min.)	44.5%
	T. Bil.	Chest X-Photo.	Normal
	G O T	Stomach X-Photo.	Normal
	G P T	E C G	Sinus tachycardia
	Alk. Phos. (King & King)	Optic fundi	Normal
	L D H	Specific examinations	
	Z T T	Hemorrhagic diathesis	
	T T T	Bleeding time	4.0 min.
	C C L F	Clotting time	8.5 min.
	Uric acid	Rumpel-Leede	(—)
	B U N	Activated PTT	37.0 sec.
	T. Chol.	Prothrombin time	13.7 sec. (100%)
	Na	Fibrinogen	494 mg/dl
	K	Thrombin time	12.4 sec.
	Cl	STT-30 min	18.7 sec.
	Serum iron	Euglobulin lysis time	700 min.
	Serum protein	FDP	(—)
	T. P.	Peroxidase reaction	Positive
	Alb.	Sudan black B reaction	Positive
	α_1 -Glob.	PAS reaction	76% (N: 5~20%)
	α_2 -Glob.	Phagocytosis	Positive
	β -Glob.	Alkaline phosphatase	{Rate: 55% Score: 225
	γ -Glob.	stain of Leukocyte	
	A/G Ratio	Ultravital staining	Monocytoid cell
		Phase contrast and electron microscopy	Monocytoid cell

た。その後、最大4×4 cmに達する大小不同の皮下腫瘍が5~6個頸部から胸部に生じてきた。11月中旬から急激に全身状態が悪化し、胸水、血尿、下血、下肢の神経痛様疼痛、皮下腫瘍の増強など多彩な症状が生じ、11月16日には乏尿となり、上部腸管出血が直接死因となって死亡した。末期は最高47,000の著明な白血球増多となり、単球系細胞は89%（未熟単球55%, 成熟単球34%）に著増し、monoblastic crisis²⁾を起こして死亡したものと思われた。全経過は約1年1か月であった。

〔剖検所見〕肉眼的には皮下、肋間、胸腺領域に肉腫様腫瘍を認めたことが注目された。肝は2,120 g, 脾は520 gで、最高鳩卵大に達する全身性のリンパ節腫脹を認めた。そのほか血性胸水貯溜（約1,000 ml）,

びらん性胃炎、小腸に多数の新旧の潰瘍、腸管内に大量のタール便を認めた。組織学的には、著明な白血病細胞浸潤が、骨髓、リンパ節、肝、脾、扁桃、胸膜、肺、胃腸管、副腎、腎、膀胱、睪丸、後腹膜などの全身組織に認められた。肉眼的に認められた腫瘍は白血病細胞の髓外性肉腫様増殖であった。肺には mucor 菌症がみられた。

以上の所見より、本症例は単球白血病 (Naegeli 型) と診断したが、一過性に赤芽球系の増殖を伴った時期もあり赤白血病も否定できなかった。

II. 症 例 (2)

〔患者〕29歳、主婦。

〔家族歴、既往歴〕特記事項なし。

図2 臨床経過 (症例2, F. S., 29歳, 女)。

〔主 訴〕 貧血。

〔現病歴〕 1969年12月27日より感冒様症状があり, 1970年1月上旬より全身倦怠感, 食欲不振が生じた。1月24日某院内科に入院し白血球増多, 右下肺野の肺炎様陰影があったことより肺炎として抗生物質の投与をうけて軽快したが, 血液像で単球様病的細胞の出現を認め単球白血病を疑われた。2月9日当科へ入院した。

〔入院時現症〕 体格栄養中等度, 体温 37.2°C , 血圧 $110/62\text{ mmHg}$, 眼球結膜は貧血軽度, 眼球結膜に黄疸なし。心濁音界は正常, 肺動脈弁口に収縮期雑音 (Levine II 度) を聴取した。肝3横指, 脾1.5横指触知: リンパ節は頸部, 腋窩に米粒大から小指頭大のものを数個触知した。出血傾向はなく, 肛門ポリープを認めた。

〔入院時検査成績〕 一般検査成績は表3に示すごとく, 糞便の潜血反応陽性, 赤沈亢進, GPTの高値, LDH高値, CRP(卅)などが主な陽性所見であった。末梢血液所見は表3に示すごとく赤血球数 $279 \times 10^4/\text{cmm}$, 色素 9.2 g/dl と中等度の正色素性貧血があり, 網赤血球は42%と増加していた。血小板数は $12.5 \times 10^4/\text{cmm}$ と正常であった。白血球数は44,000と著明に増加し, 血液像では単球系の病的細胞が合計85.0%に出現し, そのうち未熟単球22.5%, 成熟単球62.5%であった。原赤芽球か幼若網細細胞か鑑別困難な不明細胞が0.5%にみられた。赤芽球は200白

血球あたり10個出現しており大部分は正赤芽球であるが, なかには巨赤芽球様細胞もみられた。好中球には中毒顆粒, Döhleの封入体を認めた。骨髓像は表2に示すごとく。正形成髄で, 赤芽球系は15.6%, 一部に異型性が強い多核の赤芽球や巨赤芽球様細胞(3.4%)が認められた。血液像は未熟単球13.4%, 成熟単球59.8%と合計73.2%に単球様細胞の増殖がみられた。単球系の病的細胞は症例1と同様に相互に移行像がうかがわれ, 表3に示すごとくペルオキシダーゼ反応は弱陽性, 超生体染色で中性赤の花冠形成がみられ, 位相差顕微鏡, 電顕観察でも単球系細胞の性格を有しており, 墨粒貪食能は単芽球様細胞の大部分は陰性であるが, 前単球様および成熟単球様細胞の大部分が陽性であった。また, 赤芽球のPAS反応は76%と高値であった。出血性素因検査ではフィブリノーゲンの高値以外に著変は認められなかった。

以上, 本症例は末梢血に赤芽球が多数出現し, 骨髓でも赤芽球系の増殖があり, 異型性のある赤芽球や巨赤芽球様細胞がみられ, 赤芽球のPAS反応が高値であることなどから, 単なる単球白血病というよりは, 赤芽球系にも腫瘍性変化が及んでいると考えられ, 単球白血病的病像をとった赤白血病, いわゆる di Guglielmo 症候群²⁾の範疇に属する症例と診断した。

〔臨床経過 (図2)〕 入院後は輸血のほか, 化学療法として6-MP 100mg, prednisolone 30mgで治療を開始し, その後 vincristin 1mg, cyclophosphamide

(Endoxan) 100 mg を併用したが、白血球数は一時的に 7,000 ぐらいまで減少するが、血液像の改善はみられなかった。そこで 5 月 29 日より 6-MP riboside 200 mg を投与したところ、治療開始時に 20,300 あった白血球数は投与開始後 11 日目には 2,900 にまで減少したが、白血病細胞は最低 15 % まで減少するにとどまり寛解にはいたらなかった。6 月 13 日に退院し 12 月末まで当科外来で経過を観察していたが、その後、患者は地元の病院に通院していた。しかし 1971 年 8 月血液像は不変のまま感染症で死亡したとのことであった。剖検はできなかった。全経過は約 1 年 8 か月であった。

III. 考 按

以上の 2 症例に共通する特徴としては、①異型性の強い単芽球様細胞から、分葉傾向の著明な成熟単球様細胞まで相互に移行のある単球系細胞の増殖、②比較的臨床症状に乏しく緩慢な経過をたどったこと、③治療に抵抗性であることなどがあげられる。診断についてはまず単球系細胞の増殖に注目すれば未熟な単球様細胞がかなり多く、ほかに原因疾患が見当たらないことより、2 症例とも単球系の不可逆的な腫瘍性増殖が存在すると考えられ、単球性類白血病反応とは考えにくい。また赤芽球系に注目すれば、症例 1 は低率ながら赤芽球系の増殖と巨赤芽球様細胞の出現がみられたが、赤芽球の PAS 反応は正常であるのに対して、症例 2 は、末梢血に白血病系細胞とほぼ同率に赤芽球が出現したり、骨髓でかなり異型性の強い赤芽球系細胞が最高 46.8 % にみられ、巨赤芽球様細胞の出現がより高率で PAS 反応も高値であることから、2 症例とも単球系のみならず、赤芽球系にも程度の差はあるが腫瘍性変化が及んでいる可能性が強く、単球白血病的病像をとった赤白血病と考えたい。赤芽球系の急性ないし亜急性の腫瘍性増殖は赤白血病といわれているが、純粋型で終始することはむしろ少なく、白血球系、栓球系にも腫瘍性変化が及ぶことが多い^{1)~3)5)6)}。

Dameshek ら²⁾の提唱する di Guglielmo 症候群では、その経過中に単球系の増殖が著しく⁷⁾、好中球系を凌駕し単球白血病的病像を合併することがある⁵⁾⁶⁾¹⁷⁾。著者らの 2 症例も、このような範疇に属する症例と考えているが、症例 1 については赤芽球系の腫瘍性変化は症例 2 に比して軽度であるので断言はひかえたい。

次に経過に注目すれば、症例 1 は 13 か月、症例 2 は 20 か月と比較的緩慢な経過をとったことが興味深い。2 症例とも一見単球白血病的を思わせる血液像を呈

しながら、比較的緩慢な経過をとった要因について、単球白血病および赤白血病と対比しながら考察を試みる。単球白血病的の独立性については単球の発生論にまでさかのぼり、いまだ定説のない現況であるが、本邦では単球白血病といえば Naegeli 型あるいは myelomonocytic type であり、骨髓性に発生すると考えられ、その独立性については勝沼らのように準独立性としてあつかうか、天野、平木らのように完全に独立した白血病的とするかは考え方の相違である¹³⁾。また、単球白血病的の病型についても急性型と慢性型に分けられるとする立場^{8)~12)}と、平木ら¹³⁾のように臨床経過、血液像からはその中間的性格が特徴であって慢性型を分類することに反対する立場がある。単球白血病は一般に急激な経過をとるといわれているが^{1)~3)13)}、文献的には 12 か月以上の緩慢な経過をとることは必ずしもまれではない^{8)~11)13)14)}。平木らの単球白血病 55 例の統計では平均生存日数は未治療群 131 日、治療群 137 日と大差ないが、著者らの 2 症例をとともに単球白血病と仮定すれば、その全経過はかなり長いほうである。一方、河北ら⁶⁾の赤白血病的の 38 例の統計では平均生存期間は 6.8 か月としているが、1 年以上の症例もかなり含まれているので、著者らの 2 症例をとともに赤白血病と仮定すれば、著明とはいえないが、一応は緩慢な経過といえよう。

したがって、一般に赤白血病的の経過は単球白血病より緩慢なこと^{1)~3)5)6)15)}を考え合せると著者らの症例は単球系のみならず赤芽球系にも腫瘍性変化の及んだことが緩慢な経過に関係していたものと考えられる。Broun¹⁶⁾は、8 例の sideroblastic anemia が成熟型の単球系細胞の増殖のほか、巨赤芽球様細胞、ringed sideroblast を伴い慢性の経過をとったことから、このような症例を chronic erythromonocytic leukemia と呼ぶことを提唱し、さらに矢野ら¹⁷⁾は最近、未熟単球をも多数含む単球系の腫瘍性増殖と同時に赤芽球系の腫瘍性増殖を合併した赤白血病的の 1 例を報告し、このような症例を Broun の使用したよりも広い意味で erythromonocytic leukemia として包括することを提唱している。Broun¹⁶⁾、矢野ら¹⁷⁾の症例を著者らの症例と対比すると、著者らの症例では未熟単球が多いという点で Broun¹⁶⁾の症例とは異なり、矢野ら¹⁷⁾の症例と同一の範疇に属するものと思われる。しかし、これらの症例はいずれも単球系と赤芽球系が同時に異常増殖すると慢性な経過をとる可能性を示唆するとも考えられる。このほかにも赤芽球系と単球系が同時に異常増殖を示し、かつ慢性な経過をとる症例は白血病

と再生不良性貧血の境界領域に属するといわれる非定型的白血病¹⁸⁾¹⁹⁾, 非定型的再生不良性貧血²⁰⁾, 前白血病状態などの名称で報告されている症例のなかに含まれている可能性もある¹⁷⁾.

今後も同様の症例を重ねて検討したい。

結 語

一見, 単球白血物の病像を呈しながら緩慢な経過をとった白血病の2症例において, 赤白血病を思わせる赤芽球系の異常増殖を伴ったことが緩慢な経過と関係があると思われた。

本稿の要旨は日本臨床血液学会第33回例会において発表した。

文 献

- 1) Williams, W. J., et al. : Hematology. 1st Ed. McGraw-Hill, New York, 1972, p. 699, 716.
- 2) Dameshek, W. and Gunz, F. : Leukemia. 2nd Ed. Grune and Stratton, New York and London, 1964, p. 213, 377.
- 3) Wintrobe, M. M. : Clinical hematology. 6th Ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1967, p. 937.
- 4) Bennett, J. M. : Cancer, **27**; 1218, 1971.
- 5) 河北靖夫 : 日血全書5, 第2版, 丸善, 東京, 1968, p. 199.
- 6) 河北靖夫 : 臨床血液, **11**; 81, 1970.
- 7) Schwartz, S. D. and Critchlow, J. : Blood, **7**; 765, 1952.
- 8) Sinn, C. M. and Dick, F. W. : Amer. J. Med., **20**; 588, 1956.
- 9) Osgood, E. E. : Arch. Int. Med., **56**; 849, 1937.
- 10) Beatie, J. W., et al. : Quart. J. Med., **78**; 131, 1951.
- 11) Ryder, R. J. W. : Blut, **14**; 47, 1966.
- 12) 千田信行, 吉武淳介 : 日血会誌, **26**; 27, 1963.
- 13) 平木 潔, 大藤 真 : 日血全書5, 第2版, 丸善, 東京, 1968, p. 268.
- 14) 高林嬉子, 他 : 臨床血液, **9**; 669, 1968.
- 15) 肥後 理, 他 : 臨床血液, **9**; 391, 1968.
- 16) Broun, G. O. : Amer. J. Med., **47**; 785, 1969.
- 17) 矢野陽三, 他 : 臨床血液, **14**; 641, 1973.

18) Rheingold, J. J., et al. : New Eng. J. Med., **268**; 812, 1963.

19) Blair, T. R., et al. : JAMA, **198**; 21, 1966.

20) 長谷川弥人, 他 : 臨床血液, **8**; 584, 1967.

<Abstract>

Two cases of leukemia with predominant proliferation of monocytoid cells and with relatively chronic course.

by

Kazuo KOIKE, Joichi NOMURA, Suiko ITO, Mitsutoshi KASHIWABA, Akira HATTORI, Toshihide SHU, Tsuneyasu TSUKADA, Matsuzo MATSUOKA, *Teruo MIZUSHINA, **Soji MIURA and ***Arata SUGAWARA.

from

The 1st Department of Internal Medicine, Niigata University School of Medicine, Niigata, *The Department of Internal Medicine, Ko-sei-ren Sanjo General Hospital, Sanjo, **Akita Redcross General Hospital, Akita. ***Sanjo Sai-sei-kai General Hospital, Sanjo, Japan.

Case 1. The patient, a fifty-four year old man, was admitted to the Niigata University Hospital because of anemia and gingival bleeding in november 1970. Physical examination on admission showed slight enlargement of the liver. White blood cell count was 25,200 with 54% of monocytoid cells. The bone marrow puncture revealed marked proliferation of monocytoid cells (71.4%). PAS reaction of the erythroblasts was negative. The nucleated erythroblasts were seen in the peripheral blood at the rate of 10 per 200 WBC during the course. The treatment was ineffective and the patient died because of gastrointestinal bleeding on November 16, 1971. Both clinical and pathological diagnoses were myelo-monocytic leukemia (Naegeli type).

Case 2. The patient, a 29 year old woman, had an onset of anemia and pneumonia in December 1969. She was admitted to the Niigata University Hospital in February 1970. Physical examination on admission showed anemia and

hepatosplenomegaly. White blood cell count was 44,000 with 85% of monocytoid cells. The bone marrow puncture showed marked proliferation of monocytoid cells (73.2%). PAS reaction of the erythroblasts was positive. The marked increase of the erythroblasts was seen in the peripheral blood at the rate of 195 per 200 WBC during the course. The patient died

because of bacterial infection in August 1971. Clinical diagnosis was erythro-leukemia (di Guglielmo syndrome) but the autopsy could not be performed.

It is presumed that proliferation of the erythroid series, associated with absolute monocytosis, might be one of the causes of the relatively chronic course.

「血液と脈管」 バックナンバー

1 巻	6 号	糖尿病と血管病変 (600円)	5 巻	1 号	冠血行障害の治療 (980円)
	7 号	動脈瘤 (600円)		2 号	ホジキン病 (980円)
	8 号	造血の調節 (600円)		3 号	不整脈 (980円)
2 巻	1 号	抗凝血薬療法 (600円)		4 号	血管透過性とショック (980円)
	2 号	白血病 (600円)		5 号	急性腎不全 (980円)
	3 号	妊娠 (700円)		6 号	脳浮腫 (980円)
	4 号	溶血 (700円)		7 号	Sudden Death (980円)
	5 号	冠循環 (700円)		8 号	薬物による血液障害 (980円)
	6 号	門脈高圧症 (700円)		9 号	S L E (1,960円)
	7 号	免疫血液 (700円)		10 号	P T T (980円)
	9 号	ショック (700円)		11 号	髄液 (980円)
	11 号	巨赤芽球性貧血 (700円)		12 号	腎血行不全 (980円)
	12 号	動脈硬化 (700円)	6 巻	1 号	多血症 (980円)
3 巻	1 号	膠原病 (700円)		2 号	血管透過の解析 (980円)
	2 号	血友病とその周辺 (700円)		3 号	肝胆膵の凝固異常 (980円)
	3 号	脾腫 (700円)		4 号	心不全 (980円)
	4 号	輸血 (700円)		5 号	脳出血の治療 (980円)
	5 号	血管内皮 (700円)		6 号	血液検査の精度管理 (980円)
	6 号	悪性リンパ腫 (700円)		7 号	眼底出血 (980円)
	7 号	輸液 (700円)		8 号	腎性高血圧 (980円)
	8 号	自働調節 (700円)		9 号	I T P (980円)
	10 号	アミロイドーシス (700円)		10 号	高脂質血症 (980円)
	11 号	手術と出血・血栓 (700円)		11 号	Rapidly Progressive
Glomerulo Nephritis (980円)
4 巻	1 号	悪性高血圧 (700円)		12 号	Moyamoya 病 (980円)
	2 号	血管奇形 (700円)	7 巻	1 号	第 XIII 因子 (980円)
	3 号	移植 (700円)		2 号	末梢動脈閉塞症の
血栓溶解療法 (980円)
	4 号	外傷 (700円)		3 号	内分泌性高血圧 (980円)
	5 号	クモ膜下出血 (700円)		4 号	脊髄血管障害 (980円)
	6 号	肺血管病変を
めぐる諸問題 (700円)		5 号	脈管障害と心 (980円)
	8 号	Primary Myocardial
Disease (700円)		6 号	急性前骨髄性白
血病の臨床と病理 (980円)
	9 号	脈管造影
「手技と合併症」 (700円)		7 号	血小板機能検査 (980円)
	12 号	慢性硬膜下血腫 (980円)			