

Fig. 1 Chest X-ray on admission shows a well-defined round tumor shadow in the right upper lung field.

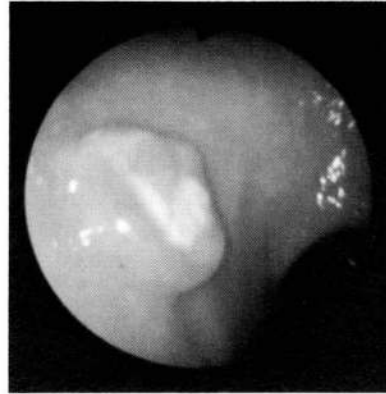


Fig. 3 Gastrofiberscopic examination shows an elevated lesion with central necrosis.

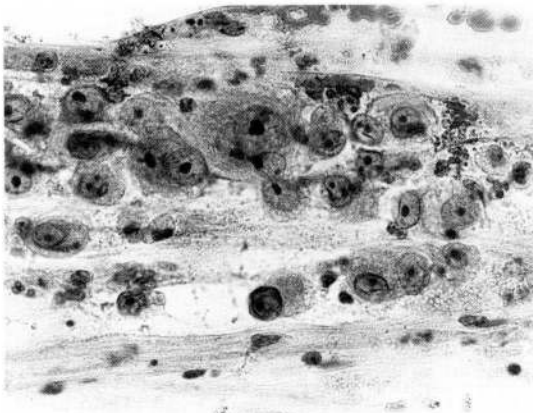


Fig. 2 Smear of bronchial brushing shows atypical cells of variable size with a prominent nucleolus and plump cytoplasm. (Pap. stain  $\times 600$ )

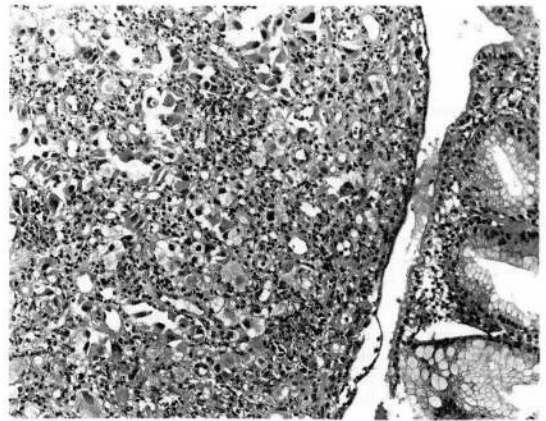


Fig. 4 Biopsy specimen of the stomach shows proliferation of poorly differentiated tumor cells of variable size (H-E stain  $\times 150$ )

し、核中央あるいはやや偏在性に明瞭な核小体の認められる多数の異型細胞が見いだされ、大細胞癌と判断した (Fig. 2)。その後、全身検索中に上部消化管造影検査で胃体部前壁大弯側に浅い陥凹を伴う陰影欠損を認めた。胃内視鏡検査にて臍窩を伴った径約1.5cm 大の円形の隆起性病変を確認した (Fig. 3)。同部位より採取した生検材料の病理組織学的所見では類円形ないし不整形の大小不同の著明な核と好酸性の豊富な胞体を有する大型の異型細胞の増殖を主として粘膜下に認めた (Fig. 4)。粘液染色は陰性で粘液非形成型であった。気管支鏡下の擦過細胞診で認めた癌細胞とは多少

の形態学的相違を認めたが、基本的に同一の性格の細胞と判断した。さらに肺癌の存在を除いては他臓器に原発と判断し得る悪性腫瘍を認めなかったこと、胃内視鏡検査にて転移性胃腫瘍の特徴である臍窩を伴った円形の隆起性病変が確認されたことより、原発性大細胞癌の胃粘膜下転移と考えるのが最も妥当と考えられた。診断決定後、サイクロフォスファミド、シスプラチナム、アドリマイシンによる抗癌剤治療を行ったが、明らかな治療効果を認めなかった。本院退院後、患者が奈良県に転居したため、経過を観察し得なかった。









