

汎発性真菌症の一剖検例

金沢大学医学部寄生虫学教室

助教授 太田 五六

専攻生 高岡 寿利

(昭和32年6月3日受付)

An Autopsy Case of the Generalized Mycotic Infection

GOROKU ŌTA, HISATOSHI TAKAOKA

Department of Parasitology, School of Medicine, Kanazawa University

緒 言

真菌症の病理がかなり纏つた姿で総括されたのは、遠く Virchow (1856) に始まり、爾來、皮膚、口腔粘膜を侵す表在性の本病は必ずしも珍らしいものではなかつた。しかるに近年抗生物質の著しい進歩発達につれて、それ迄病原性を示さなかつた真菌が、新たに毒性を発揮して新病変を生ずるという現象が目ざされ始めた。これには前者に比して深在性のものが多く、従つてその診断にもかなり困難が伴い、菌学的のみならず、組織学的検索も併せ行われて初めて可能だとされている。しかしながら、Zimmermann や三宅教授の

いえる如く、病理組織学的に真菌に特有な組織反応が見出されておらず、組織内真菌の形やその組織像を基として真菌の菌種を決定し得る迄には至っていない。なお且つ、真菌がその個体の基礎疾患、特に血液病を如何に改変修飾するかについても、未だ多くの問題が残されている。これを要するに、真菌病理学は未だ揺籃時代であつて、更に多くの症例の集積とその分析から今後の発展が期待される所以である。ここに報告する一例もその意味における礎石たり得れば幸甚である。

I. 臨床的所見

患者：江〇正〇。29歳。男子。農業。

主訴：心悸亢進。歯齦出血。全身倦怠。

家族歴：祖母、実母脳溢血死亡。その他特記すべきものはない。

既往歴：(1) 表在性角膜炎。十数年前発病しその後毎年2~3回再発するが2~3週間の加療で治癒している。(2) 肋間神経痛。昭和30年4月初旬(1カ月前)。

現病歴：昭和30年5月初旬、風邪気味であつたが、突然悪寒あり体温39°6′、同時に歯齦出血を訴えた。某医の加療により体温は1日で37°台に下降したが、全身倦怠、心悸亢進が著明で顔色も非常に悪くなつた。この間某医により貧血を指摘され、十二指腸虫の駆虫を3回受けたが依然として主訴は去らず、微熱

が続いたので5月16日入院した。

現症：体格中等大、栄養状態普通、顔貌蒼白で結膜貧血著明。脈搏1分間88、整、緊張普通。舌は清。咽喉、扁桃腺に著変はないが、歯齦出血を認める。皮膚の色蒼白。右前膊屈側に点状出血2~3個。皮下淋巴腺の腫脹は腋窩左右に指頭大各2個。鼠蹊部左右に指頭大各2個。肘部蚕豆大左右に各1個。頸部左蚕豆大1個を認める。

各部所見 心臓濁音境界尋常。心尖音、肺動脈音極く軽い収縮期雑音を聴取する。呼吸音正常、異常濁音はない。肝臓2横指触知、表面平滑である。脾臓は触知しない。胸骨部叩打痛著明。血液所見 表に示す。尿所見 淡黄色、混濁はない。蛋白、糖、ウロビリソ、ウロビリノーゲンいずれも陰性である。上皮細胞

1個/数視野。赤血球2~3個/1視野。白血球1個/1視野。円柱及び細菌は認めない。尿 十二指腸虫卵2~3個/1視野。

経過：直ちに Nitromin 1日25mg 3日間の速用により、白血球は 12,600 に著減した。5月20日入院。治療開始後も依然として上記主訴が持続し、食慾、睡眠ともに不良であつた。体温は入院後17病日前後迄は 38°~39° であつたが、その後全経過に亘つて 40°~39° の間を弛張した。治療後の末梢血の消長は表に示されている。入院後数日で、左頸部の胸鎖乳嚙筋に沿ひ鶏卵大の硬結が発生し、周囲の腫脹及び圧痛が著明

となつた。この腫瘤は一時多少の消退を認めたものの、最後まで続いた。一般状態は一進一退であつたが、入院後40病日前後から高熱と共に時折意識混濁を訴え嗜眠状となつた。やがて視力障害や難聴も加わつて来た。又70病日頃から腹壁に溢血斑多数を認め、上腹部に発作性激痛と圧痛を訴えるようになった。次第に咳嗽並びに呼吸困難を来し、衰弱甚だしく遂に8月5日(入院後77病日)鬼籍に入つた。なお、6月24日、血液培養を行つたが「モニリヤ」及び細菌は証明されなかつた。

第 1 表： 江〇正〇氏の末梢血消長

観察日	16/5 来院時	20/5 入院	29/5 入院後 9日	3/6 入院後 14日	9/6 入院後 20日	16/6 入院後 27日	24/6 入院後 35日	2/7 入院後 43日	20/7 入院後 61日	1/8 入院後 73日
血色素量	38%	30	33	25	21	24	15	18	24	40
血色素係数	0.88	0.62	1.21	0.93	0.83	1.03	0.74	1.5	1.05	1.34
網状赤血球		1%			2%			0.5%		
血小板		19,000			13,000			6,300	2,900	
赤血球数	214万	242	136	134	127	117	101	60	114	149
白血球数	102,400	12,600	7,200	4,200	2,200	1,300	1,100	700	900	800
淋巴芽球	67.4%	67.6	65.5	27.0	12.0	4.0	3.0	2.0	2.0	4.0
淋巴球	32.0%	30.2	23.0	53.0	60.0	62.0	68.0	53.0	66.0	16.0
淋巴性細胞	99.4%	97.8	88.5	80.0	72.0	66.0	71.0	55.0	68.0	20.0
骨髓球	0	0	3.0	1.0	1.0	0	0	0	0	0
後骨髓球	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
好中球桿状	0.6%	1.0	2.5	1.0	12.0	7.0	2.0	7.0	4.0	22.0
分葉核	0	0.8	0.5	4.0	10.0	24.0	24.0	36.0	26.0	54.0
好酸球	0	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0
好塩基球	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
単球	0	0	1.0	2.0	1.0	1.0	0	0	0	0
骨髓性細胞	0.6%	2.2	7.0	8.0	24.0	32.0	26.0	43.0	30.0	76.0
赤芽球	0	0	4.0	2.0	4.0	2.0	3.0	1.0	2.0	2.0
大小不同症	+	++								
多染性赤血球	±	+								
形質細胞	0	0	0.5	0	0	0	0	1.0	0	2.0

〔註〕 血液特殊検査所見

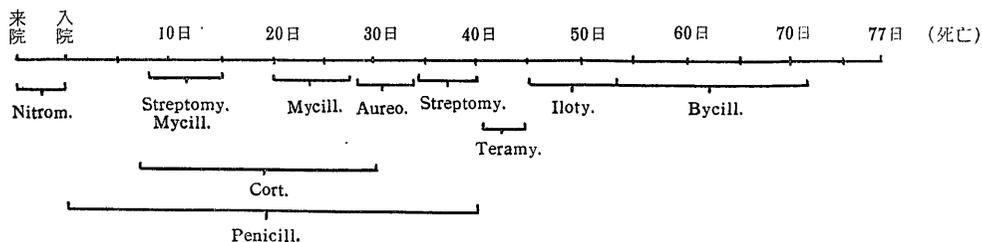
21%. 血液凝固時間。開始 8 分，完結 12 分 28 秒。赤血球直径。Bock 7.8 μ 。Micrometer 8.47 μ 。村田(一)。ワ氏反応(一)。Rumpel-Leede(+)。2%。Haematocrit 17.0。赤血球平均容積 87 μ^3 。赤血球抵抗，max. 0.4%，min. 0.56%，抵抗幅 0.16%。血清粘濁度 1.75。出血時間 23 分 (Duke 氏法)。血清蛋白

6.4%。Prothrombin 値，早朝空腹時 54.3%。Vit. K 注射後 3 時間 59.6%。

〔註〕 抗生物質使用総量

Penicillin 16540 万 E. H. Cortisone 1020mg, Streptomycin 20gr, Teramycin 6gr, Nitromin 75mg, Ilotycin 12.8gr, Leocyllin 150 万 E. H., Bycillin 630 万 E. H., Aureomycin 14gr.

第2表：江〇正〇氏の主なる抗生物質投薬状態



II. 病理解剖所見

体形骨格中等なる男の屍。体表の全面に帽針頭大の溢血斑散在し、特に両上膊外側、両大腿外側ではそれらが癒合して不整形となつている。死斑は体の背面に瀰漫性に存し、死剛は顎関節の部にのみ存する。左頸部耳介下方、胸鎖乳嚙筋に沿つて、大いさ約 5×4 cm の腫瘤 1 個存し、触診上その表面は凹凸不平でやや硬く、皮膚と軽く癒着し難動性。表在性の淋巴腺は、両頸部、腋窩、鼠蹊部にそれぞれ小指頭大から大豆大迄のもの 2~5 個触知し、その硬度は硬い。眼球並びに眼瞼結膜蒼白で黄味を帯びている。腹部は舟状に強く陥凹し、腹腔内に黄褐色やや濁濁せる液 600cc を容れている。腸間膜並びに諸腸の漿膜面は所によつて粗糙、細血管充盈し、腸間膜淋巴腺の腫大は余り顕著ではない。脂肪織に乏しい大網は腹壁の前面並びに結腸の所々に癒着を営み、手を以て剝離出来ない。左胸腔はその全面において線維性癒着を営み、右胸腔は滑沢であるが、黄褐色透明液約 100cc を容れている。

心臓

心臓の内容は各房室共に少なく、その摘出に当つて出ざる血量も甚だ少ない。心臓の大いさ死者の手拳に比してやや小。左心室後面の外膜下に溢血斑。心内膜は滑沢であるが黄味を帯びている。その他著変を認めない。

肺臓

左肺では外面一般に線維性の膜様物の癒着を営み、特にその側後面では膜様物厚く、肋骨の走向に沿つて数条の陥凹部が走つている。割面は滑沢で限局性病巣なく、上葉は淡紅、下葉は暗赤色で浮腫が強い。右肺では外面滑沢で癒着なく、割面は下方程暗赤色の調が強い。浮腫かなり存する他に著変を見ない。

脾臓

重さ 268g で脾腫著明。硬度はやや硬い。外膜はかなり肥厚して所々に膜様物を付している。脾実質内に帽針頭大迄の灰白色結節を無数に透見せしめるが、割面で見ると限局性の灰白黄色の脆い感ある結節で、割面よりやや隆起し、その一部は大豆大迄に癒合している。濾胞は不明瞭。脾髄は軟脆で、刀刃を以て摩すとかかなり泥状物を付する。

肝臓

重さ 1522g。外膜肥厚し、ほぼ全面に線維性の厚い膜様物を付している。膜様物の比較的薄い前縁から肝実質を透見すると、脾と同様の帽針頭大迄の灰白色結節が無数に認められる。割面帯褐色で黄味強く、小葉構造は認められるが実質は濁濁している。先の結節は同じく境界鋭利な灰白黄色の壊死巣で、実質の割面よりやや隆起している。胆嚢に異常を認めない。

腎臓

重さ左 201g、右 160g。左右共に被膜の剝離は容易で硬度はやや硬い。皮髓の境界は不明で、やや濁濁している他に著変はない。

消化器系

口腔

舌は汚穢褐色の苔で覆われ、舌根部淋巴装置の発育は良好でその割面は髓様。舌口腔粘膜の所々に出血斑存し、その表面は粗糙である。扁桃腺の大いさ尋常で変を認めない。喉頭粘膜は粗糙で多数の溢血斑あり。食道粘膜も同じく溢血斑多数で、やや浮腫状を呈している。

胃

幽門から胃体部に向つて、内径 6.0×7.0 cm の不

整円形の物質欠損があり、その底部は黒色で著しく粗糙、欠損縁は堤状に隆起して硬く、その外圍粘膜は幅約 4cm の範囲にわたって皺襞が消失している。上記物質欠損部の裏面は脾臓の頭部と密に癒着し手を以て剝離出来ない。

空腸並びに廻腸

粘膜面は一般に浮腫状で所々に溢血点を認める。

結腸

腸壁の全層にわたって強く浮腫状を呈し、その粘膜皺襞は消失している。所々に帽針頭大の物質欠損部あり、その周辺部は強く充血性で暗赤色を呈し、その中心部に灰色黄色の脆い物質を付している。浮腫は廻盲部から上行結腸にかけて最も強い。

直腸

肛門上約 6cm の所から下方にかけて粘膜面は黒色となり、所々に上記帽針頭大の物質欠損と、その周辺部の充血が著明である。

内分泌臓器

脾臓

外面一般に線維性の膜様物を付している。頭部は前記胃幽門部と強く癒着し、その剖面分葉の状著明であるが、葉間結合織の肥厚が窺われる。

副腎

左右共に皮質の黄味にやや乏しき観がある。

甲状腺

大きい尋常、剖面膠様の像にやや乏しい。

睪丸、脳下垂体には著変を認めない。

淋巴腺

先に左頸部に認められた腫瘤は、互いに腫大融合せる 2 個の淋巴腺塊から成つている。一つは 8.0×5.0×2.5cm、今一つは 4.5×2.8×2.0cm の鶏卵形のもので、胸鎖乳嘴筋とは線維性に癒着し、その硬度は弾力性硬、外面には米粒大から大豆大迄の灰白黄色の結節が多数付着している。剖面、同じく大豆大より胡桃大迄の同様の灰白黄色の結節が集合し合い、一見結核の乾酪変性像に近似している。その他左顎下淋巴腺、頸部淋巴腺は示指頭大迄のもの多数存し、それぞれの剖面上記同様の灰白黄色の境界鋭利な結節を含んでいる。このような変化は気管周囲、大動脈周囲、両腋窩部淋巴腺にも認められる。

骨髄

脊椎骨のみではあるが、色淡く貧血性で膠様の観がある。

III. 病理組織学的所見

心臓

左心室の前面、内膜寄りの心筋層内に組織球様細胞を主とする小結節が認められる。該部に壊死巣はなく、周囲に充血なく、後記凝固壊死性の結節とは性格を異にしている。注意すべきは心筋間質の他の病変で、中等大血管周囲に結節様の細胞反応があつて、前記結節との関連においてアレルギー性病変が内在せるかの印象を与える。

肺臓

所々の肺胞腔内に線維素と浸潤細胞を主体とした小壊死巣があり、その周囲肺胞に充血、出血、線維素析出、漿液滲出が顕著である。又浮腫と桿菌の増殖を伴つた肺胞も多い。その他の所見としては、気管支炎、細血管の菌栓塞症、肺動脈栓塞症等である。

脾臓

凝固壊死巣が散在しているが、周囲の反応を殆んど欠き壊死組織から直接脾組織に移行している。濾胞は萎縮消失し、脾髓内細網織には増生傾向なく寧ろ壊死に瀕し、線維は全く融解状と化している。組織融解性

脾炎の像である。注意すべきは赤髄内に充満する赤血球に混じて、かなり多量の幼若白血球の浸潤が見られる所見である。これは骨髄性化生の像であつて、脾材周辺部や脾静脈内皮直下にも浸潤している。なおその他、脾静脈の血栓形成、血清スターゼ、静膜内膜炎、その破綻と出血、更に脾髓内細血管の菌栓塞等にも接する。

肝臓

同様の粟粒大凝固壊死巣が小葉周辺部のグリソン氏鞘に接して散在し、少量の形質細胞、組織球の浸潤を伴つている。洞内皮は腫大し、Disse の腔は開大して蛋白凝固様物質を容れ、肝細胞索は乱れて萎縮性である。漿液性肝炎の像に一致するが、線維には著変を見ない。臨床診断からも予測し得る如く、脾に見るような幼若白血球の浸潤像が果してあるかどうか確言できない。しかしグリソン氏鞘内に形質細胞と混じて単核細胞が少量浸潤せる所見を付記して置く。

腎臓

左腎の髓質に唯一の小壊死巣を認めたのみ。糸嚢

体ポーマン氏嚢は開大し、内に多量の蛋白凝固様物質を入れ、細尿管腔も開大して同様の尿円柱を含んでいる。糸毬ネフローゼの像である。所々の細血管に菌栓塞像がある。間質には細胞浸潤像を欠く。

胃

肉眼上黒色を呈する粘膜面は粘膜下層の一部をも加えて完全な壊死に陥り、その表層には多数の小桿菌を付着せしめているが、特に壊死巢内に多数の桿状の真菌を証明する。胃の全層は硝子様線維性に強く肥厚し、なんら壊死を伴わず該真菌が至る所に散在している。特に充血拡張せる中等大血管腔内に多数存し、その壁を横切つて走向せるものもある。恐らく真菌の血管内への侵入増生像と思われる。細胞反応は形質細胞と組織球であつて、全層に瀰漫性に浸潤し、所々に小出血巣がある。真菌は長桿状で大小不同、輪廓も不整で多数の分岐があり、ヘマトキシリンエオジン染色ではヘマトキシリンの色調を取り、その内部迄濃染するものもある。鍍銀染色ではその構造は更に鮮明となり隔壁は認められない。仮性菌糸、分芽胞子、厚膜胞子、結実型等一切なく菌糸のみの増殖である。グラム染色では Gram-Weigert 法で淡染し、Goodpasture-stirling 法では難染。PAS 染色、Feulgen 反応ではいずれも陽性である。Unna-Pappenheim の染色では菌糸の輪廓は Pyronin の色調を取るが、内部は屢々 Methylgrün に可染される。このような真菌は他の如何なる臓器にも検出されず、特に前記造血臓器の凝固壊死巢内ですら検出不成功に終つている。

結腸

全層にわたり強い浮腫を見る他、粘膜のカタルと小潰瘍形成が主変化である。濾胞は萎縮的で幼若白血球の浸潤はない。

内分泌臓器

副腎は皮質網状層において、上皮脂肪顆粒の減少、細胞索の萎縮、ヘモチデリン沈着、軽度の出血像がある。これはコーチソンの大量投与に関連せるものと思う。

脾臓は漿液の浸淫と小円形細胞浸潤があり、各腺房は萎縮性となつている。漿液性脾臓炎の像である。

リンパ腺

上記左頸部腫瘤を鏡検すると、組織の大半は強い凝固壊死巢で、周囲肉芽の發育は極めて悪く所々に島嶼状に散見されるにすぎない。肉芽の組織像は濃縮せる単核細胞浸潤を主体として、少数の変性好中球を混じ、類上皮細胞や巨細胞はなく、少量の線維細胞、組織球、好銀線維から成り、多量の漿液と線維素によつて浸淫されている。特異なのは充血であつて、細血管の線維素性血栓形式も亦著しい。その他のリンパ腺内結節も亦すべて同様の組織、即ち凝固壊死巢と周囲肉芽の anergisch な反応を特長とするもので、他に強い洞カタル、髓索部細網細胞の肥大増生を伴なつている。

骨髄

同じく粟粒大の類壊死巢が散在し、周囲の細胞反応を欠く。細網織は融解変性傾向が強し漿液浸潤が顕著である。造血は赤血球系の小増生巣が少数散布せるのみで無形成性である。

IV. 病理解剖学的並びに病理組織学的診断

- (1) 胃幽門部の広範にして浅い潰瘍形成(壊死)。(該胃壁内に多数の真菌を証明)。
- (2) 脾の腫大並びに多数の小指頭大壊死巢の形成並びに伝染脾。
- (3) 肝の多数の大豆大壊死巢の形成並びに漿液性肝炎。
- (4) 腎の極く少数の小壊死巢の形成並びに糸毬体腺管性腎炎。
- (5) 心臓のリウマチ様結節形成。
- (6) 左頸部リンパ腺の腫大並びに融合(鶏卵大)と

- 壊死巢の形成。
- (7) その他の頸部、顎下部、気管周囲、大動脈周囲、腋窩等のリンパ腺腫大と小壊死巢の形成。
- (8) 皮下並びに舌、喉頭、食道、腸の諸粘膜、左心室外膜下、両腎髓質等の小出血巣の形成。
- (9) 大腸の強度の浮腫と小潰瘍形成。
- (10) 肝、副腎、脾の血鉄症。
- (11) 脾臓の間質炎。
- (12) 左肋膜線維性癒着。
- (13) 大網の腹壁並びに結腸との癒着。

V. 総括並びに考按

真菌敗血症なりや否や

本例は造血臓器を主とした小壊死巣の散布が最も主たる所見で、特に頸部淋巴腺の *Packetten bildung* において最も著しい。これらの壊死巣は結核に見る乾酪変性に最も近似した壊死ではあるが、周囲肉芽の形成に結核とはかなり異なつたものがある。即ち細胞反応は甚だ軽微で少数の形質細胞、淋巴球、単球等の小円形細胞と、線維細胞、組織球と少量の毛細管より成る疎鬆なる肉芽で、好銀線維網の形成も余り密ではない。殊に細血管の充盈がかなり顕著なことも結核にふさわしくない所見といえよう。これを要するに非特異的ではあるが、*anergish* な肉芽像と強い壊死形成において、一見特異なるものがある。この壊死巣内部には病原菌と見るべき何物をも検出し得なかつたのであるが、偶々胃壁内に見出された真菌菌糸の存在とその血管内への侵入増生像から、本壊死巣と真菌との関連が強く吟味されねばならない。

周知の如く最近、抗生物質の多用によつて真菌症の増加が論議され、同時に真菌組織像の解析が多数の人々により検索されつつある。今日の所、真菌感染に基づく組織学上の表現としてきわだつた特異性はないとされているが、一般通念に従えば壊死形成、その周辺の軽微な細胞反応と充血、真菌の証明が最も有力な証拠と見なされている。

かかる観点からする時、本壊死巣や周囲肉芽の性状からすれば、これを真菌性病変なりと考えるのが最も妥当かと思われる。しかし肝、脾、淋巴腺のいずれの壊死巣内にも真菌を証明し得なかつたことは、なお断定するのに躊躇せしめるものがあるが、最近同様の報告例も稀ではない(木村, *Lecompte*)。要するに壊死の発生を真菌による一次的なものとするか(奥平)、血管の退縮による栄養障害をより重要視するかは(*Lecompte and Meisner*)、なお未決定の問題として今後に残されている。しかし本例を真菌症と考えせしめる今一つの有力な根拠がある。即ち胃壁内の中等大血管腔内に、多数の菌糸が増生し栓塞せる像であつて、直接血管腔内に侵入しつつある像も散見される。更に各種臓器(脾、肝、脾等)内大血管の血管内膜炎の像や、伝染脾、漿液性肝炎、*glomerulo tubuläre Nephritis*、漿液性脾臓炎、単純性増殖性淋巴腺炎等の所見は、敗血症が本病変の基盤として存在することを示すに充分なのである。では原発感染巣は何処か、い

う迄もなく胃壁内真菌にこれを求むべきである。比較的常在し易い消化器内真菌から原発せるものであろうことは想像に難くなく、該胃壁が線維性に強く肥厚せること即ち、その陳旧度からも容易に推測し得るのである。

次に本真菌の増殖とその毒性化を促した因子については、周知の如く多量の抗生物質の使用が問題となる。抗生物質と真菌との関係についての論議は既に多くの人々(*Woods oblat, Brown, 美甘, 堂野前*)によつてなされ、この方面における進歩は誠に目覚ましいものがある。唯しかし、本例が臨床的に急性淋巴性白血病の診断のもとに、*Penicillin 16540*万単位、*Nitromin 75mg*、*Streptomycin 20gr*、*Teramycin 6gr*、*Ilotycin 12.8gr* 等一連の抗生物質の他に、*Cortisone* が比較的大量(*1020mg*)投与されている事実を付記して置く。

真菌菌種は何か

菌種の決定は培養による以外にはない。培養すれば菌の形態、増殖方法や生物学的性状更に免疫学的特長さえ明らかとなり、多様な菌種の終局的な決定がなされ得る訳である。本例は経過中血液培養を試みたが、真菌の検出は不成功に終り、確実な菌種の決定を欠くことは誠に遺憾である。しかし周知の如く、生体内に生理的に常在する真菌の病原菌としての確認は、病理組織学的検索を併行せねばならないことは論を待たない(藤野)。所で病理組織学的に真菌の組織内形態と、真菌に対する組織反応から菌種の決定が為されないものかどうかは真菌病理学の大きな目標の一つである(*Zimmerman, 三宅*)。これに対する試みも少なくないが、いずれも未だ揺籃の域を出ていない。しかし今日の現状を基礎として、比較的検出率の高いとされている病原性真菌の組織内形態から、本例の菌種について論じて見よう。

Zimmermann や *Anderson* も説く如く、組織内に本例の如き菌糸を有するものとしては、次の三つに要約されよう。*Candida*、*Aspergillus*、*Mucor* がこれである。本例には芽胞やイースト様単個菌細胞がなく、菌糸の幅や輪廓が不規則で側枝に富み、隔壁を欠いて仮性菌糸の見られない諸点から、一応 *Candida* 属を除外し得るようである。残るは *Aspergillus* か *Mucor* かである。この両者の鑑別は組織内形態のみでは困難を極めるが、太くて不規則な菌糸に隔壁のない点と、

局部では好んで血管に侵入せんとする傾向が強い点 (Lecompte and Meisner) を重視すれば, *Mucor* に傾きたい所である。

白血病か真菌症か

臨床上血液病と診断され, これに真菌症が随伴せる報告はかなり多数にのぼっている (Zimmermann, Rankin, 尾島, 松岡, 安田, 内藤等). その血液病は再生不能性貧血と白血病が圧倒的に多く, その多くは死後剖検上組織学的に真菌が証明されている. これらの一般的傾向としては, 血液疾患が先行し, その経過中に真菌の自家感染が助長されたと見なされている. しかしこれと全く相反する見方, 即ち真菌が一次的疾患であつて血液病はそれに随伴したものと解する立場もある (内藤, 那須). こうした考え方の分岐点に立つものとして, 末梢血と造血臓器, 就中骨髓の所見が最も重視される. 本例は最初白血球が10万を数え (淋巴芽球 67.4%), 直ちに Nitromin 3日間の連用で 12, 600 に激減し, 爾来赤血球系 (100 万代), 白血球系 (4000 代), 血小板系 (4000 代) 共に漸減し, 血液像からは寧ろ再生不能性貧血の状態を示しつつあつたものである. 組織学的にも骨髓は前記の如く, 無形成像で僅かに赤血球系の造血を見るのみであり, 肝ではグリソン氏鞘内に, 脾では赤髄内に少量の疑わしき細胞群が散見されるが, 幼若白血球とはなお確定し得ず, 淋巴装置では寧ろ著明な萎縮が見られたのである. これを要するに白血病と称し得べき組織像は何処にも見られず, 寧ろ再生不能性貧血の像に近い. 従つて本病歴の初期の白血球増多症のみを以て白血病と断ずるのは, Nitromin の感受性が如何に顯著であつたといえども, 早計といわねばならない. 元来白血病細胞は多

分に腫瘍性を有する細胞であつて, その増殖は不可逆とされている (緒方, 渡辺). 従つて, たとえ真菌が二次的に感染しても, その増生が可逆的になつたり, 或いはその増生能を殆んど消失するようなことはあり得ない訳である. 事実, 先行せる白血病に真菌の修飾が加わると, 基礎的疾患が白血病か真菌性かその判断に困惑する症例の報告 (尾島, 内藤) もぼつぼつ現われ始めている. そのいずれの場合でも, 造血臓器その他に明瞭な Metaplasie は存するが, 唯その程度が白血病に比して弱いという所に上記の疑問が派生して来ている. 本症例ではこの傾向がより顯著というべく, 白血病といわんよりも無形成性貧血と見るべき像を提供している. しかれば初期の白血球増多症は如何というに, その増生が可逆的であり, 各臓器の組織学的所見を加按すれば, 類白血病様反応に帰せらるべきものとなる. 敗血症や強い貧血に際して, 類白血病様反応が生起することのあるは周知である. しかし三宅教授も強調する如く, 類白血病様反応の血液像としては, 骨髓系の中程度成熟球 (Myelocyten reihe) を主とする白血球増多症が最も多く, 幼若球 (Myeloblasten) を主体とする該反応は比較的稀とされている. まして淋巴球系の該反応は特別の疾患 (伝染性単核細胞症) を除いて極めて稀である. 本例の初期に増加した幼若球が Lymphoblasten か Myeloblasten かは暫らく置くも, 類白血病反応の範疇に入れるべきかどうかの疑問がこの点にもある訳である. 要するにこの問題については, 今日, 真菌症の病理学上の知見の段階では解答困難であつて, 将来に残された課題の一つなのである.

結 論

汎発性真菌症と推定される一症例を報告した.

本論文を撰筆するに当り御校閲を賜つた恩師渡辺四郎教授に対し衷心より感謝いたします.

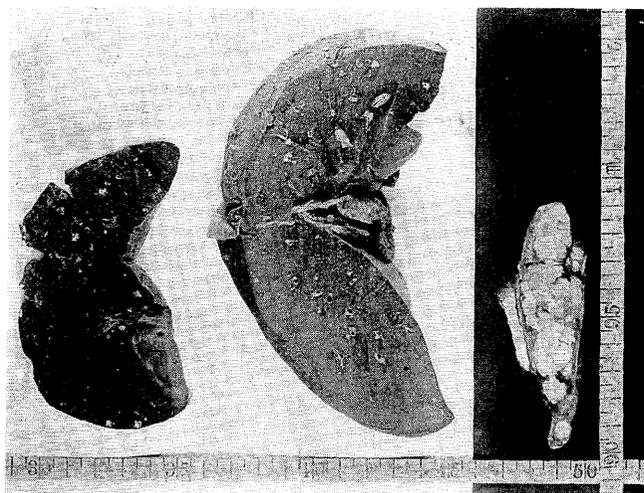
文 献

- 1) 秋葉 : 臨床と研究, 31巻, 7号, 1954.
- 2) Anderson : Pathology, 340~357, Mosby CO., 1953.
- 3) 堂野前・蝶良 : 最新医学, 9, 55, 1954.
- 4) Dietrich Beuthe : Zbl. Path., Bd. 93, Heft 6/7, 1955.
- 5) 樋口 : 臨床と研究, 31巻, 7号, 36, 1954.

- 6) Henke and Lubarsch : Handbuch der speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie, III/3, 481, Julius Springer, Berlin, 1931.
- 7) 加納 : 日病会誌, 42, 111, 1953. 日病会誌, 43, 総会号, 1954.
- 8) 川路・橋本 : 日病会誌, 43, 総会号, 459, 1954.

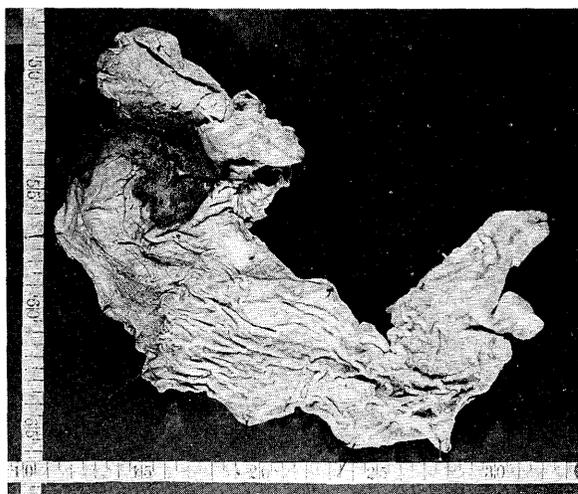
太田、高岡論文附図 (1)

第 1 図



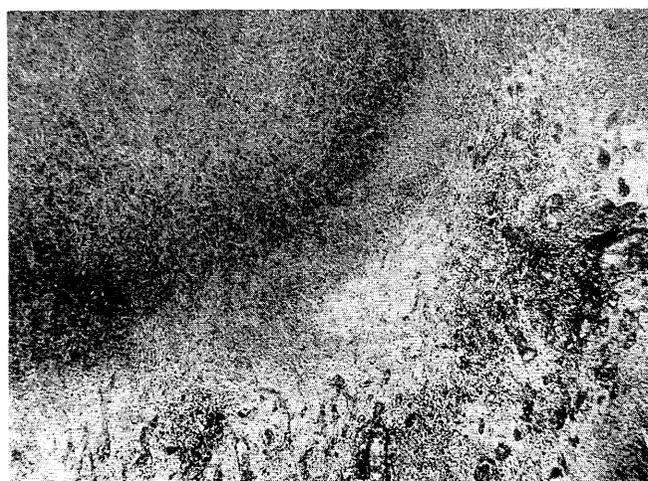
左から脾, 肝, 左頸部淋巴腺. 灰白色の結節が多数散在する

第 2 図



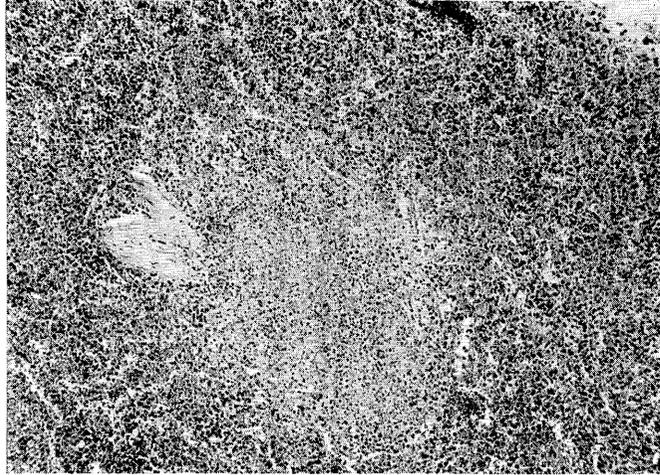
胃の物質欠損を示す

第 3 図



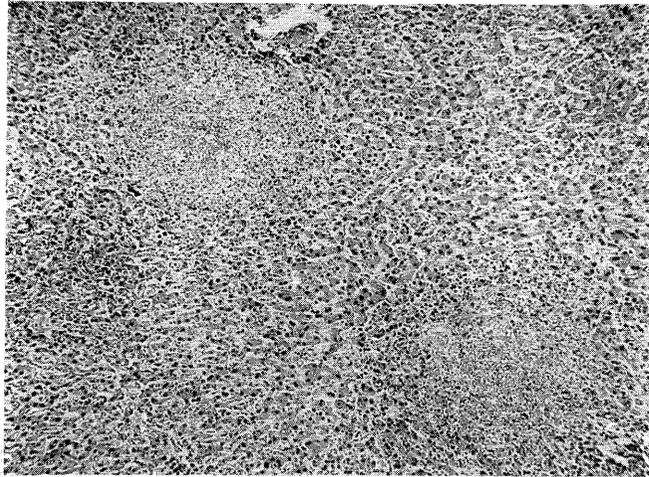
頸部淋巴腺の壊死巣と充血

第 4 図



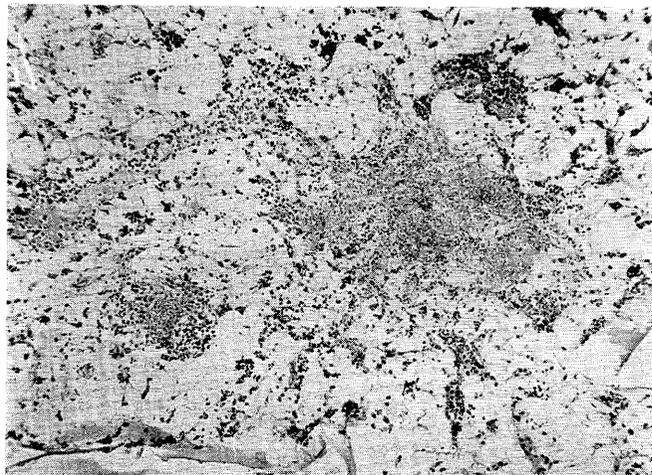
脾の壊死巣

第 5 図



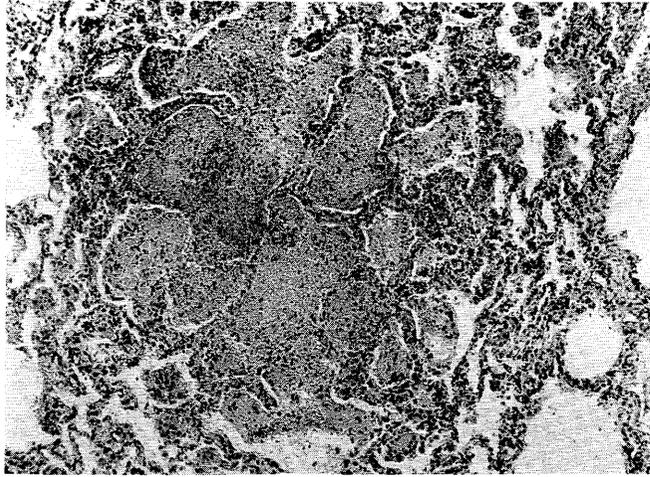
肝の壊死巣

第 6 図



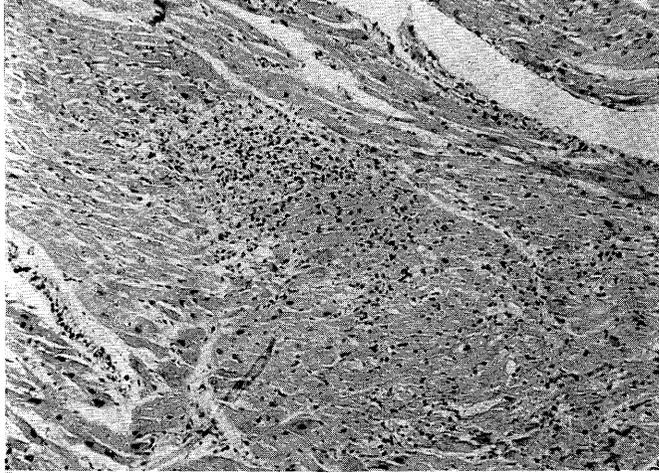
骨髄の壊死巣

第 7 図



肺の壊死巣

第 8 図



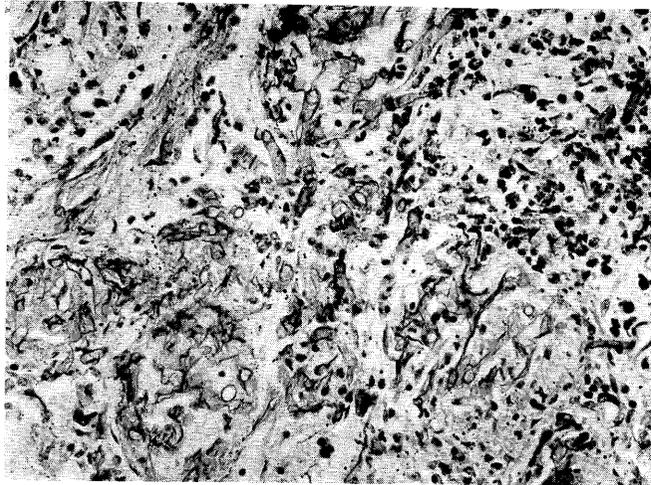
心臓のロイマチス様結節

第 9 図



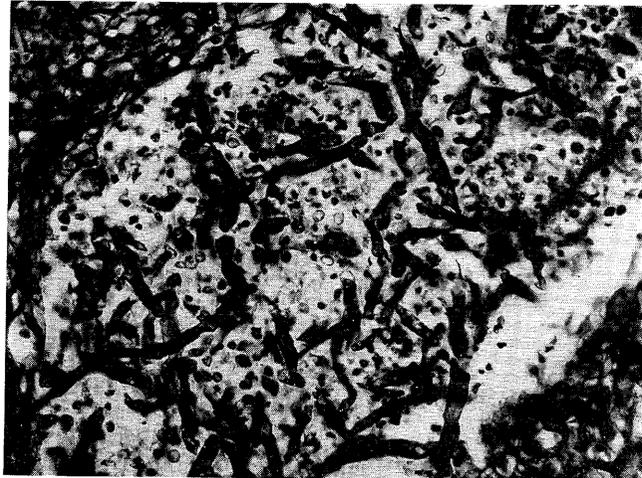
胃血管内の真菌

第 10 図



胃筋層の真菌 H. E. 染色

第 11 図



胃壁内真菌の鍍銀染色

- 9) **Lecompte and Meisner** : Am. J. Path., 23, 4, 1947. 10) **美甘** : 日本臨床, 10 (2), 1~12, 1952. 11) **三宅** : 臨床と研究, 31巻, 7号, 13, 1954. 12) **松岡・石渡・鈴木** : 日病会誌, 41, 347, 1952.
- 13) **三宅** : 日血会誌, 14巻特輯. 14) **松岡・不破・本多** : 日病会誌, 41, 179, 1952.
- 15) **那須** : 綜合臨床, 4巻上, 137, 1955.
- 16) **内藤・田中・高橋** : 日病会誌, 42巻, 総会号, 100, 1953. 17) **奥平** : 日病会誌, 44巻, 総会号, 133, 1955.
- 18) **尾島・鈴江・其他** : 日病会誌, 42巻, 総会号, 99, 1953. 19) **Rankin, N. E.** : Brit. M. J., 1, 918, 1953. 20) **Rohr** : Das Knochenmark, Stuttgart.
- 21) **高橋** : 真菌(糸状菌)検出法, 医学書院, 1952.
- 22) **渡辺** : 日血会誌, 14巻特輯. 23) **安田・小池** : 日病会誌, 43巻総会号, 457, 1954.
- 24) **Zimmermann, L. E.** : Arch. Path., 50, 591, 1950.