

Histoplasmosis とと思われる内臓細網内皮症の 一剖検例

昭和35年12月27日 受付

信州大学医学部病理学教室

(指導: 石井善一郎教授)

丸山 雄造 横内 恭次

An Autopsy Case of Reticuloendtheliosis Suggesting Histoplasmosis

Yuzo MARUYAMA and Kyoji YOKOUCHI

Dept. of Pathology, School of Medicine, Shinshu University

戦前我が国では皮膚白癬症、放線菌症等を除く真菌症の症例は一般に乏しく、殊に汎発性内臓真菌症や分芽菌症には殆んど接する事が無かつたが、戦後抗生剤治療の広汎な適用に伴って Candidiasis, Aspergillo-sis 等を始めとする各種の真菌症が急速に増加して屢々菌血症や内臓真菌症を惹起し、又之等への関心が高まると共に新たな病原性真菌が幾つか見出された。尚新菌種の発見には戦中戦後の頻繁な国際交流も大いに関係していると考えられる。

Histoplasmosis はアメリカ大陸殊にミシシッピ流域に広く見られる疾患であるが^{①②③}、我が国では同症が屢々肺に結核と類似した石灰化巣を形成する所から肺結核症の診断の問題と関連して、昭和24～5年頃より漸く一部の注目を惹く様になった。然し Histoplasmin 皮内反応の陽性率は低く、同症を疑われる臨牀例に就ても数例の報告を見たのみにて、剖検例で明らかに本症と確認されたものは浜崎等の一例を見るに過ぎない。

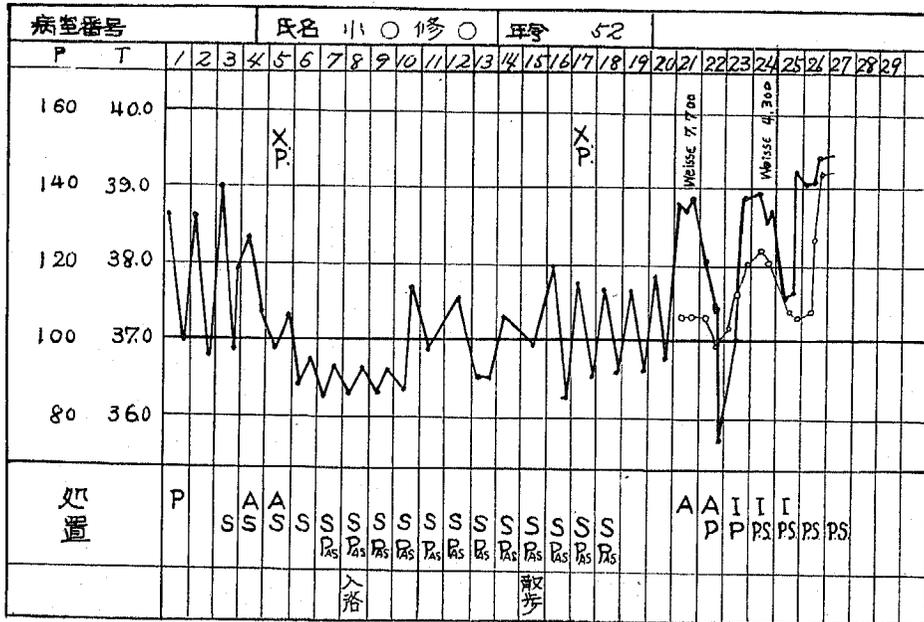
吾々も肝、脾、腹部淋巴節を主体とする肉芽腫症乃至細網症の一例を剖検し、組織学的検索にて腫大、増生した細網細胞々体中に *Histoplasma capsulatum* 様の小体を認め、其の臨牀経過、剖検所見等から Histoplasmosis と考えられる症例を得たので報告する。

症 例

臨牀的事項

患者は52才、男子、長野市在住の医師で、家族歴としては父、兄妹三名が脳卒中にて死亡し高血圧症の家族的素因が見られ、患者自身も160前後の軽い高血圧のある事を洩らして居た。生来健全で、大学就学时右側胸膜炎に罹患した他は特記すべき疾患を有せず、其の後何等結核性疾患の発症も見ていない。

昭和30年1月末より熱感を覚えたが、他に咳嗽、喀痰、消化器障害等も全く無かつたので単なる感冒であろうと考え、自身にて Penicillin 30万単位2筒を注射、安静に努めたが症候の軽快を見ず、2月1日以降温度表を記入せしめた(第1図)。2月に入つての数日間には39.0°Cに達する弛張熱が続いたので、4日某医の来診を受け、始めて脾臓の腫大が指摘されると共に尿中に少量の蛋白が証明された。既往歴より結核症の再燃も強く疑い Streptomycin と Aureomycin を用い更に5、6の両日下熱剤を服用した所急激に下熱し、全身状態も回復したので入浴、一時は外来診療にも当り、投薬も Streptomycin (1g)、PAS (10g) の併用に切り換えた。然し薬物連用にも拘らず10日以後再び不規則な発熱が続く様になり、21日には再び39°Cにも達する高熱を發したので、結核症の考えを排して急性感染症を疑い、Streptomycin、PSA を中止すると共に長野保健所に Widal 反応及び血液の胆汁及び血液寒天培地による培養試験を依頼、Widal 反応では T.A. ×40 (判定陰性)、P.A., P.B. は、共に陰性で、培養試験も何れも陰性に終つた。21日より再び Aureomycin 投与、22日より Penicillin を併用した所、22日夕刻に至り急に多量の発汗を伴つて体温は35.8°C迄下熱を見た。然し翌23日には再び体温は39°C台に上り、Aureomycin を Ilotycin に切り替えた。此の頃より屢々悪心を訴える様になり、嘔吐も数回あり、食欲が急激に減退、肝腫大、黄疸が現われ、之等の症状は先の脾腫と共に其の後漸次増大、増悪の傾向を辿つた。24日亦長野野病院病理検査室に血清高田反応及び黄疸指数の検索を依頼し、前者は7本(×256)で強陽性、後者は指数16で、高度の肝障害が知られた。同日の赤沈値は1時間値4、2時間値8、同時に行つた血液の培養検査成績(血液寒天培地及び胆汁培地使用)では24時間後の判定で前回同様陰性に



P-Penicillin, A-Aureomycin, I-Ilotycin, S-Streptomycin, P_{AS}-PAS, P.S.-Penimycin

臨床経過：熱型及び化学的療法

終つた。其の後25日一過性に体温の下降を見たが、夕刻には又 39.4°C に上昇、以後全身状態が急激に悪化し27日午前2時心臓衰弱の為鬼籍に入つた。

検査事項として、白血球数は2月21日 7,700, 24日 4,300で、24日は好中球46%, 淋巴球52%の著明な顆粒球減少と比較的淋巴球増多が注意される。尿中には全経過を通じ、軽度の蛋白を証明すると共に、白血球が少数観察された。2月5日及び17日に胸部レ線撮影を行つているが、肝腫大に伴う右横隔膜の上方への弓状凸隆の他、特記すべきが所見得られなかつた。

全経過は約1ヶ月で、此の間使用された抗生剤は Penicillin 約230万単位, Aureomycin 8gr., Streptomycin 20gr., Ilotycin 4gr., PAS 120gr. である。

病理解剖学的事項 (特志, 昭和30年2月27日)

死后14時間にして剖検された。体格大で、栄養状態も比較的障害されて居らず、皮膚は軽度の黄疸性着染を示し、背部に10数個の小色素斑の散在を見た他は特に皮疹を認め得なかつた。腹腔中には淡黄色、僅かに混濁した腹水約100ccを認め、臨床的にも既に外表より触知されている様に、肝が肋骨弓下2横指幅にわたつて腫大露呈し、脾も僅かその前縁が覗いている。幽門部、臍頭部周囲には大豆大より示指頭大に腫大した淋巴節十数個を認め、又腹腔動脈分岐部を囲つても同

様腫大した淋巴節十数個が存する。硬度は軟で剖面は一般に白色髓様であるが、一部にて地図状の充血像を伴つている。

肝は重量 1880gr. 著明に腫大して被膜は強く緊張して居り、硬度は僅かに増している。軽い黄疸性着染を伴つて灰黄白色調を呈し、剖面は混濁、腫脹して、小葉構造は左葉の一部を除き全体に不明瞭となつている。此の様な肝の左右の両葉に亘り米粒大より大豆大に及ぶ大小の類円形乃至不整形、境界の比較的鮮明な出血壊死巣が多数略均等に散布され、一部被膜のものは既に外表より透見される。然し硬度は周囲肝組織と著変なく、又剖面に特に腫脹凸隆は見られない。

脾は重量 350gr., 暗赤紫色を呈して腫大して全体に軟かく、中に指頭大より、一部鶏卵大に及ぶ大小の結節が十数個形成され、其の数個は表面に扁平に凸隆している。剖面でも血容量に富む、淋巴濾胞の不明瞭な脾実質より結節は腫脹膨隆して見られ、硬度はゴム様硬で周囲組織と概ね明らかに区別され、周囲と類似した暗赤紫色の色調を呈している。中心部には特に出血巣様の所見はなく、大きな数個では白色調を帯びた壊死軟化の傾向を示している。又之等の結節に關係して10円銅貨大の梗塞巣1個が見られる。

又胃は漿膜側よりは何等異常と思われる所見に接しないが、内にコーヒー残渣様の内容約50ccを含んで

大きく膨大し、やゝ菲薄となつたカタル性の粘膜炎の後壁、噴門側に近く略手掌大の限局性の粘膜炎肥厚があり、同部に限つて粘膜炎皺壁が保存されると云ふよりむしろ肥厚発達して見られ、同部及び其周囲にかけて多数の粘膜炎血斑が散在して見られる。胃には他に結節形成や潰瘍は見られず、胃腔内の大量のコーヒー残渣様内容は同部よりの出血に依るものと思われ、又出血は死亡前後にあつた様で、此のコーヒー残渣様内容は腸管の方へは余り流出していない。腸管粘膜炎、殊に回盲部より虫垂粘膜炎をよく精査したが、胃に見られた様な出血性病変は全く見当らなかつた。

胸部では右胸腔は全面線維素線維性に癒着して完全に閉塞、左側は腹水と同様な性状の黄色透明の体液約50ccを容れている。肺は両側共にやゝ浮腫状で、血容量に富み、右上葉に1個、左上葉に2個の小豆大、石灰化した初期結核性病巣を認め、各々所属肺門部淋巴節にも相応した石灰巣を認めたが、特に肺門部淋巴節の腫脹は見られなかつた。心臓は重量280gr.で左室の中等度の肥厚、拡張を認め、冠狀動脈には軽度の硬化像を示しているが、大動脈の硬化像は比較的軽度である。脾臓は小葉構造も明らかで著変なく、腎は両側共重量160gr.で数個宛漿液性囊胞の形成を伴い、肉眼的には軽度の黄痘性着染と混濁腫脹が見られる。前立腺は中等度の肥大を見る他膀胱、睪丸等には著変を認めない。甲状腺組織はコロイド含量に稍々乏しく、胸腺は殆んど脂肪組織に置換されているが、右葉に尚未だ僅かに実質の残存あり、腎上体は両側共に萎縮的で小さく、皮質リポイド量に乏しい。

尚本例では両総腸骨静脈の合流が高位で、大動脈を挟んで各側別途に上行し腎静脈を受けた直後で左側静脈が大動脈を超えて右側と合流して下大静脈となるのが見られた。

病理組織学的所見

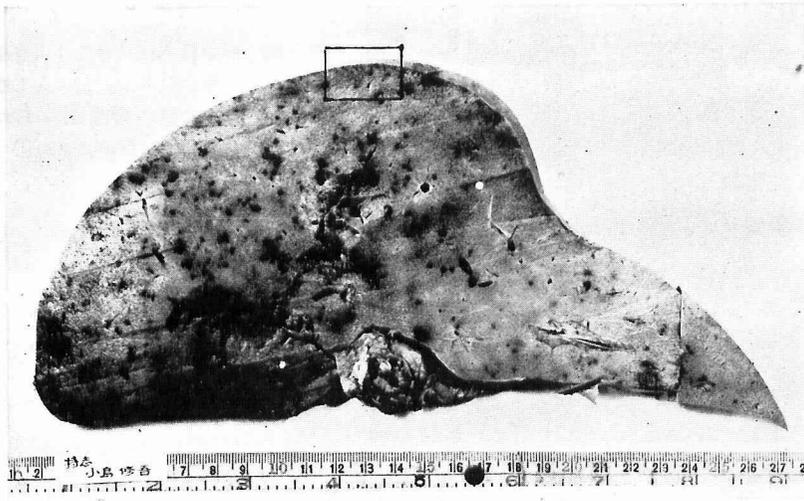
肝に見られた多数の小出血壊死巣は顕微鏡的に見ると中心の出血壊死巣を囲んで細網細胞或いは其の腫大、遊離したと見られる多数の組織球が肉芽腫様に取り囲み、其の間に多くの単球、淋巴球が浸潤している。好中球形質細胞は殆んど見られず、好酸球の浸潤は全く見出されない。細網細胞、組織球の核は色質に富んで居り、屢々核分裂像を伴い、又或細胞は多核となつて Sternberg 型に類似した巨細胞を形成するものも見られる。之等の標本に鍍銀染色を行うと之等の小結節には格子線維が密に増生して居るのが知られ、線維は先の細網細胞と密接に関連している。之等の病巣は肝小葉の構造とはつきりとした関係は見られないが、小葉中心部に多数見られる傾向があり、一部は

Glisson 氏鞘附近にも形成されている。肝には此の様な限局性の肉芽腫様細網細胞増生の他に一般の星細胞も可成り増生し、上記病巣を構成する細胞と同様な腫大、変化が見られる。肝細胞自体は病巣にまぎこまれていない部では比較的变化が少なく、軽い胞体の腫大、核のグリコーゲン変性、病巣周辺の軽度の脂肪変性が起つている程度で、間質の結合織増生も軽度である。

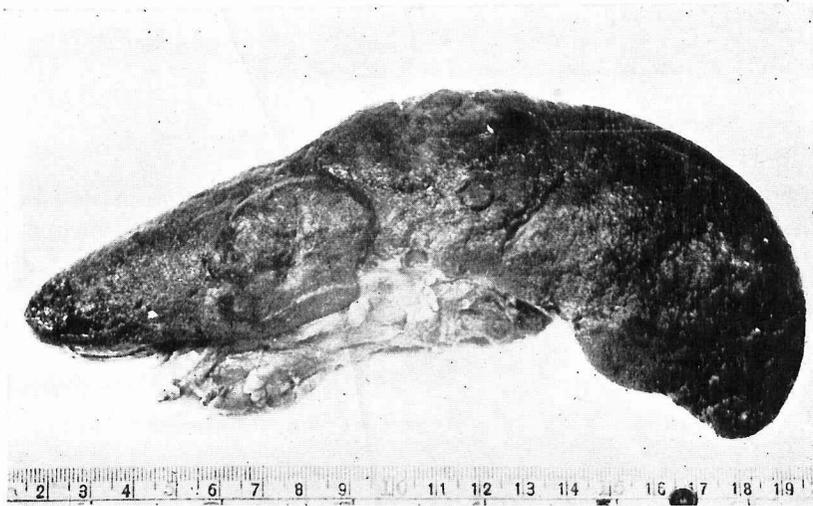
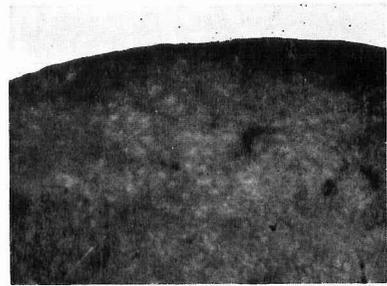
腎の肉芽腫様結節も又肝組織に見出された病巣と同様非定型的な Stenberg 型巨細胞を含む細網内皮細胞の肉芽腫様増生で、一部は類上皮細胞に似た形状を呈し、中心部の壊死が高度で線維素の析出も顕著に起つている。格子線維は極めて良く発達増生し、膠原線維の生成は殆んど欠除し、之等の間に混じて中等度の単球、淋巴球の浸潤、毛細血管の新生が見られる。周囲の脾実質には脾濾胞はむしろ萎縮的で、中心動脈壁は何れも硝子変性を起している。脾濾胞が萎縮性であるばかりでなく、髓質内にも単球淋巴球は比較的少く、腫大した細網細胞が充満し洞内にも多数の腫大細網細胞が落ち込んでいる。肉眼的には肉芽腫部は硬く腫大して他の脾実質と比較的良く区別されたが、組織学的には共に相似した腫大細網細胞が増生して明瞭な境界が見られない。同様な腫大細胞は又一部は脾材内の血管内にも数個見られ、又脾材間には多少の淋巴球の浸潤が見られた。

淋巴節には肝脾に見られた様な限局性の結節形成はないが、脾に見られた様に淋巴濾胞はむしろ萎縮的で、細網細胞が髓質や浮腫性に拡張した洞内に瀰漫性に増生、一部に充血を伴っている。

以上記して来た之等肝、脾、淋巴節に限局性肉芽腫様に又瀰漫性に増生した細網細胞を見ると、其の腫大した胞体の中に種々なものが貪食されているが殊に注意されるのは之等の各臓器の何れにも見出される径3~5 μ の明暈を持つ1~2 μ の直径の小体である。同小体はヘマトキシリンに濃染し、1個の細胞当り3~10個、或いは数10個が入っている。同小体は Gram 染色に対し陽性で、PAS 反応を施すと鮮赤色に明瞭に染め出され、鍍銀染色によつても同構造と思われる小体を胞体中に認める事が出来る。Mann 氏染色、Giemsa 染色では青色に、Heidenhain 染色、Feulgen 反応に依つても明らかに見る事が出来る。之と同時に PAS では著明な陽性反応を示さず、Gram 染色陽性の径3~5 μ の明暈を欠く小体が、殊に脾肉芽腫の壊死部近くに見られ、前者は一樣に染色されて明らかな内部構造を示さぬのに対し、后者は厚い被膜様構造又は中心が明るく抜け、且屢々被膜様構造の一端が破綻して

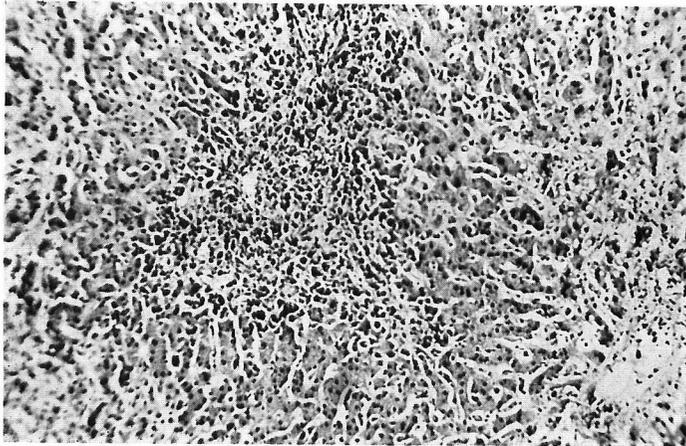


第1図 腫大した肝の剖面及びその一部拡大像(右)。左右の両葉にわたって大小の出血壊死巣が散在し、拡大すると之等の中に粟粒大、黄白色の小肉芽腫の散布するのが不明瞭ではあるが見出される。

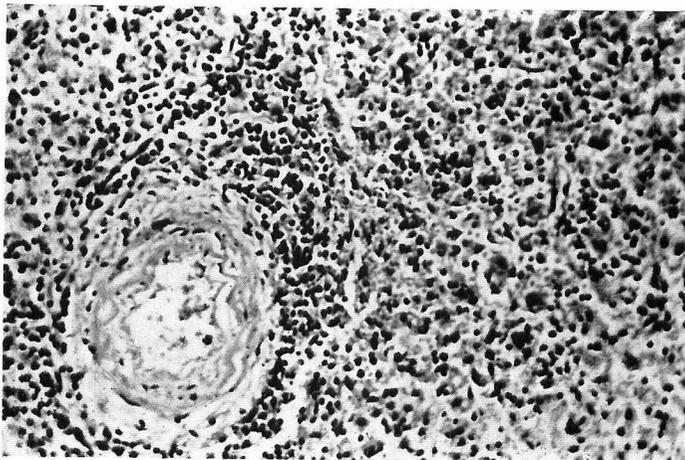


第2図 脾も又大きく腫大し、剖面に大豆大より明桃大に及ぶやゝ硬い肉芽腫性結節が形成されて剖面に腫大凸隆し、又この部も線維性で、濾胞は認められない。

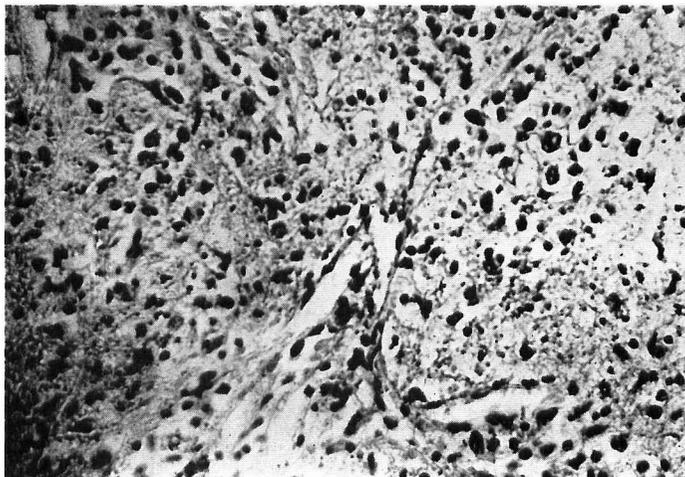
丸山・横内 ヒストプラズマ症 附図 図版 II



第3図 肝組織内に於ける小肉芽結節，多数のリンパ球に混じり細網細胞の強い増生がみられる。(H.E. ×100)

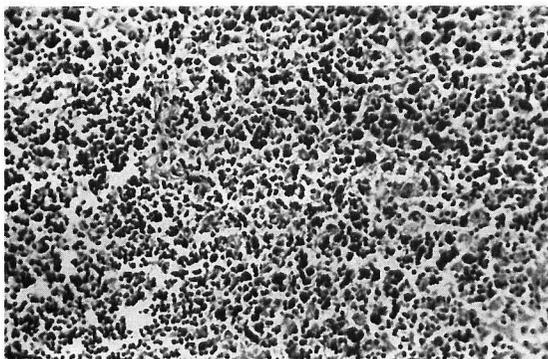


第4図 脾の非結節部，中膜の硝子化を伴う中心動脈を囲む萎縮性の濾胞と，脾髄細網の強い増生。(H.E. ×200)

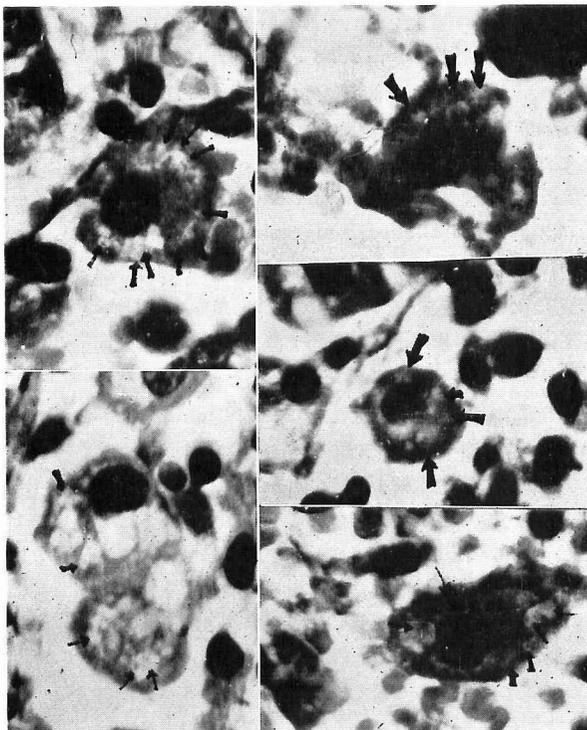


第5図 脾の結節部，壊死と細網細胞増生を主体とした肉芽性組織 (H.E. ×200)

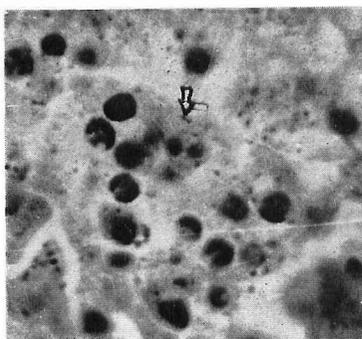
第7図 脾頭部淋巴節の洞を充満する腫大した細網細胞，組織球組織球性細胞。
(H. E. ×200)



第7図 増殖した細網細胞の胞体中に観察される *Histoplasma capsulatum* (?)
(矢印) (×900)
(脾の肉芽腫中より)



第8図 脾内の Gram 陽性小体を飽食した細網細胞 (変性細胞核? *Histoplasm* の異常型?)
(Gram 染色 ×900)



三日月状を呈するものがある。之等に対し貪食細胞又は細胞破片等も考慮されるが、平均した大き、明暈等が一樣に見られる点、何か病原微生物が強く考えられ、此の様な像を示すものとしては *Histoplasma capsulatum* を始めとする真菌類、Kara-Azar の *Leishmania Donovanii*, *Malarice* の赤血球外分裂小体等が考えられる。又之等は何れも以上の様な肝、脾、淋巴節等造血に関係の深い臓器の細網内皮系を犯す事が知られている。Kara-Azar の *Leishmania* 小体は大き $2\sim 4\mu \times 1.5\sim 2\mu$ 大の楕円体状で、主核、鞭毛核、Tonoplast 等が見られるが、明暈を持つ本例の小体はやゝ形状が異なる様に思われ、又 *Malaria* の赤血球外分裂小体も之より稍々大で、且細胞質、核が Mann 氏染色や Giemsa 染色により区別されるとされて居り、稍々形状を異にするものと思われる。真菌類にては上記の *Histoplasma* の他、酵母体乃至分芽菌属に属する North 及び Southamerican blastomycosis がやゝ類似の形態を示すが、之等両者は主として細胞体外にて發育し、且やゝ大型の点から一応除外し得る。只 *Histoplasma capsulatum* は一名又 reticuloendotheliocytomycosis (Humphrey, 1940) と呼ばれる様、細網細胞の胞体内に酵母型をなして増生、且大き $1\sim 1.5\mu$ 大で明暈を有する点、本症例に観察された小体に極めて酷似している。又同小体が一樣に PAS 反応、Gram 染色にて陽性に染まる事も真菌の適性に一致している。只 Dubos, Conant 等は一個の胞体中に数 10 もの多数の酵母状の菌体が密在して存する像を掲げて居るのに対し、本例は 1 細胞当り屢々数個より 10 個程度の胞体を認めるに過ぎないものがあり、此の点やゝ趣を異にしている。然し Dubos は菌体が必ずしも充満して増生するものではないとして吾々の像に類似した像を示して居り、之を以て否定は出来ない。然し Binford (1955) に依れば其の形状は必ずしも一樣でなく、屢々 $3\sim 5\mu$ 大の可成り大型の菌体の出現を見る事があるとし、Humphrey (1940), Moore (1955) 等は糸状体が見られる事がある事を指摘し、組織標本内の所見のみにて正確な判定の下し得ない事が充分領かれる。先に記載した主として脾に多く見られたやゝ大型の小体もむしろ崩壊淋巴核の貪食像とも解したが、Binford の示す大型菌体とも又類似する点が注意される。

以上肝、脾、淋巴節に於ける組織所見、殊に其の腫大細網細胞体中に見出された小体の性格について記載したが、胃では組織学的に充血、出血像を伴う肥厚性胃炎像で、多数の淋巴球、単球、特に此処では形質細胞も共に浸潤して見られ、浸潤は粘膜固有層から粘膜

下層に及び、組織球、細網細胞、巨細胞等を求めたが此処には明らかには見出し得なかつた。又胞体内小体に近似する像の出現も得られなかつた。

他臓器としては肺の結核巣と線維素線維性胸膜炎、顆粒円柱の形成を伴う軽度のネフローゼの他特記すべき像には接しなかつた。

総括及び考按

以上不規則に弛張する高熱を發し、肝脾腫を指摘されつゝ種々な抗生剤に適應する事なく約一ヶ月の経過をとつた一例にて、肝、脾、腹部淋巴節に限局性肉芽腫性或いは瀰漫性の強い細網細胞増多を認め、其の一部は類上皮細胞様に見られ、又 Sternberg 型巨細胞にも似た巨細胞形成も僅か乍ら認めた。且之等の細網細胞は屢々核色質にも富み、又核分裂像も見られ、部分的には、細網肉腫を思わせる形状も示しているが、病変は其の拡がりの点よりしても炎症性が強く疑われ、Borcella 等も疑い諸染色を試みたが、病原菌と思われるものを見出し得なかつた。只之等に増生する細網細胞々体中に PAS 染色、Gram 染色にも陽性に染まる径 $1\sim 2\mu$ 大の明暈を持つ小体を認め、Histoplasmosis を強く疑つた。

Histoplasmosis は 1906 年 Dahring により原虫性疾患の一として初めて記載された疾患であるが、1913 年 Da Rocha-Lima は出芽を観察して真菌である事を確認、更に 1934 年 De Mombrem は其の培養に成功、糸状体の形成と認めて *Histoplasma capsulatum* と命名された。本症は米国中部に多く、こゝより南米、アフリカ、地中海沿岸、一部東南アジアにも分布しているが、我が国には従来余り知られていなかつた。戦后本疾患が肺に結核症類似の石灰化病巣を作る事から取り上げられる様になり、日比野等、柳沢等、藤野等、長瀬等は *Histoplasmin* 皮内反応を各地にて施行しその結果、日比野等は一部の集団に於いて可成りの陽性率を記録している。然し柳沢等、藤野の成績も併せ考えると陽性者はあつても其の数は必しも多しと云い難い。剖検例としては今日一応 Histoplasmosis であろうと解せられている症例は浜崎等の報告した 17 才女子例 1 例をみるに過ぎない。然し培養された菌は定型像と稍々差異がみられ、大和等は新菌種とも考えている。極東にあつては日本ではないが、1955 年 Zimmerman はハワイ島に於ける一例を報告しているが、之は米軍兵士の発症例であつて土地に於ける直接の感染例かどうか疑わしい。又人体例ではないが広野は其の腹水肝臓検索中同腫瘍細胞寄生例を見出し報告している。之等からして戦后我が国へ *Histoplasma*

が育らされた事は充分考慮されるが、尚発病者は殆んど無い状態とも云い得られ、又日比野等の Histoplasmin 反応成績から輸入資材に附着した塵埃、土壌等が感染原として重視せられる。本例は之等港湾地域とは比較的離れた地域にて開業する医師であり、其の感染を若し *Histoplasma* とすれば感染源乃至其のルートは全く明らかでない。

Histoplasmin 反応、培養検査も充分施して居らず、先の組織学的所見から一応本症を疑ったが、之のみにて確答を与え得ない。然し臨牀像、剖検像も従来の本症に関する記載に一致している点が少くない。只肉芽腫の認められた事は、先に吾々の報告に対し奥平氏も指摘された如く、内臓型を取つた点と共に同疾患としても比較的珍らしい過程を辿つたと考えられる。

最後に本症は胃粘膜に増殖性炎症像を認めたが、同部の病変は出血、肥厚増生が限局性、且高度である点より通常見られる胃炎とは異り、組織学的にも単球、形質細胞の出現を認めて居る。恐らく本疾患の病原体は胃粘膜を介して、肝、脾、淋巴節に到達し、以上の様な特異な細網症を起したものであらうと考えられる。Histoplasmosis にも屢々腸管潰瘍を起点として内臓型に発展してゆく過程が記載されているが、胃にも明瞭な潰瘍の形成は見られず、又腸管粘膜は病変を認めなかつた。又肺には特に新しい病変を認めず両肺上葉に見出された陳旧性石灰化病巣もむしろ結核性と考えたい。

要 約

52才の医師、不規則に弛張する高熱、肝脾腫、顆粒球減少症を来し、種々な抗生剤の投与に依り病像の軽減を見る事なく、1ヶ月の経過で死亡した。剖検に依り、肝、脾、腹部淋巴節に限局性肉芽腫性或いは瀰漫性の高度な細網細胞増多症を来し、組織的に Sternberg 型巨細胞の出現も見られ、且之等腫大した細網細胞の胞体内に明暈を有する 1~2 μ 大の小体を多数認め、*Histoplasma capsulatum* を強く疑つた。尚本例では Histoplasmin 反応、培養は施行しなかつた。

最後に本特志解剖に御承諾賜つた御遺族の方々に対し厚く御礼申し上げると共に、臨牀的記録をお示し戴いた主治医、長野市小池亀代治博士に対し感謝の意を表する。

文 献

①青木貞章・中島義蔵・小林 尚・吉田守正：ブルセ

ラ病の一部検例、日本病理学会々誌、39巻、総会号：172-174、(1950)。②青木貞章・小林 尚・吉田守正：淋巴肉芽腫症とブルセラ病(波状熱)との関係に就いて、同誌、40巻、地方会号：88-91、(1951)。③Binford, C. H.: Histoplasmosis, Tissue reaction and morphologic variation of the fungus. Am. J. Clin. Path., 25: 25-36, (1955)。④Conannt, N. F.: Manual of Clinical mycology. N. Y. U. S. A., (1945)。⑤Dubos, R. J.: Bacterial and mycotic disease of man. London. England. (1948)。⑥藤野守次・小池宜之・姫路利春・他：大阪府下に於ける Histoplasmosis に関する調査研究、大阪市立医科大学雑誌、2: 117, (1953)。⑦浜崎幸雄・小川勝士・植嶋 啓・大和人士・人見 泰・前川清玄・三村宏二：ヒストプラズマ症の一部検例、日本病理学会々誌、46: 409-410, (1957)。⑧日比野進・高島常二・片山良一：日本に於ける Histoplasmin 反応陽性者の出現に関して、総合医学、10: 373-376, (1953)。⑨広野 巖：腹水肝症中に見出された *Histoplasma*、日本病理学会々誌、42, 総会号：136-137, (1956)。⑩Humphrey, A. A.: Reticuloendothelialcytomycosis (histoplasmosis of Dahring). Arch. Int. Med. 65: 902-918, (1940)。⑪石井善一郎・丸山雄造：脾肝の肉芽腫形成を伴つた細網内皮症の一例、東京医事新誌、74: 33, (1957)。⑫Matsumoto, K. K., Amatuzio, D. S., Lomasney, T. S., Ayres, W. W. and Cuttle, T. D.: Northamerican blastomycosis treated with pulmonary resection and Stilbamidine. Am. J. Med. Sci. 229: 172-179, (1955)。⑬Moore, M.: Morphologic variation in tissue of the organisms of the blastomycosis and of histoplasmosis. Am. J. Path. 31: 1049-1060, (1955)。⑭長浦小一郎・柄沢良子：福島県月館地方に於ける Histoplasmin 反応、(1) 医学と生物学、46: 69, (1958)。⑮野田起一郎：Brucellosis の一部検例、日本病理学会々誌、40, 地方会号：88-91, (1951)。⑯大和人士・人見泰他：Histoplasma 症の1例、総合臨牀、6: 689, (1957)。⑰Raftery, Z. A.: Subclinical histoplasmosis, gastrointestinal histoplasmosis in children. J. A. M. A. 145: 216-219, (1951)。⑱飛岡元彦：カラアザール症の病理組織学的研究、日本病理学会々誌、36: 68-69, (1947)。⑲柳沢 謙・隈部英雄・小池昌四郎・深谷四郎・海老名敏明・河盛勇造：Histoplasmosis の研究、結核、24: 203-204, (1949)。⑳Zimmerman, L. E.: Fatal fungus

disease infectious complicating other disease.
Am. J. Clin. Path. 25: 46-54, (1955).

ABSTRACT

A 52-year-old man, who had clinically suffered from irregularly remittent fever, hepatosplenomegaly, and granulocytopenia, was reported. These symptoms were resistant to

several kinds of antibiotics. The autopsy examination revealed necrotic granulomatous or diffuse reticulosis accompanied with Reed-Sternberg's giant cells in the liver, spleen and abdominal lymph nodes. Numerous gram-positive intracytoplasmic corpuscles surrounding by halo as resemblance as *Histoplasma capsulatum* were observed.