MALIGNANT HISTIOCYTOSIS ARISING IN THE NASAL CAVITY.
REPORT OF TWO AUTOPSY CASES

YASUO WATANABE, M. D., KANJI MUTO, M. D.,
MASAKO TANAKA, M. D. and TAKAYUKI SHIRAISHI, M. D.
ENT-clinic, Osaka Prefectural Hospital, Osaka

KIYOSHI KOTO, M. D. and WATARU YOSHIHARA, M. D.
Department of Pathology, Osaka Prefectural Hospital
(Director: ICHIRO UEMATSU M. D.)

Autopsy findings of the two patients with malignant histiocytosis of the nasal cavity were reported. Clinical findings of them were that of non-healing malignant granuloma of the nasal cavity. The infiltration of atypical histiocytes to various organs was proved in both cases. We believe malignant histiocytosis to be included in the classification of the non-healing granuloma of the nasal cavity.

Case 1. A 58-year-old male developed nasal obstruction and puffiness around the left eye. The biopsy specimen from the nasal cavity showed numerous polymorphic cellular infiltration of atypical histiocytes. He was treated with 5030 rads using cobalt-60 and chemotherapy, but the treatment was not effective. He died of bleeding from stomach ulcer 8 months after the onset of the disease. The infiltration of atypical histiocytes was found in the kidney, adrenal glands, skin and liver at autopsy.

Case 2. A 41-year-old male had had the feeling of fullness in the ears and headache. Several months later, he developed fever and nasal obstruction. The biopsy specimen from the nasal lesion showed proliferation of histiocytes around and in the wall of arterioles. This finding was similar to that of angitis. Steroid therapy was not effective and he died of respiratory insufficiency 1 year after the onset of the disease. The infiltration of atypical histiocytes was observed in the lung, liver and spleen at the autopsy.

A84—1444—32331

鼻腔に初発する malignant histiocytosis の2剖検例

—— 進行性鼻壞疽の1つの病像 ——

大阪府立病院耳鼻咽喉科

渡部 泰夫, 武藤 幹二, 田中 昌子, 白石 孝之

大阪府立病院第1研究検査科(病理)

虎頭 廉, 吉原 渡

1) はじめに

鼻腔を中心に炎症性肉芽性変化がおこり漸次壊死が

進行する予後不良疾患は従来、進行性壊疽性鼻炎と総称されていたが欧米では Walton¹⁾ が、本邦では 切替ら²⁾

が、ほぼ同じように3つの疾患に分類した、

これら分類にて腫瘍性として分けられた疾患は初期の生検での診断が難しい^{3)~7)}。炎症性肉芽性変化と壊死のつよい非特異的肉芽像しか得られないことが多く、Wegener肉芽腫との鑑別も容易でないことがある^{8)~10)}。また異型細胞がみられても散在性であるため、その解釈は病理学者により異なることも少なくない^{9)11)~14)}。

しかし、この腫瘍性疾患の経過はいずれも全身性の病変が現われ予後不良である。

著者は近年、同じような病態の症例を約20症例経験し、本症は従来呼ばれていた細網肉腫の病名で扱われるのはふさわしくないと考えた。すなわち出現する atypical cell は histiocyte 系由来と考えられ、このような atypical histiocytes は最終的には全身性に浸潤しその予後の極めて悪いことより malignant histiocytosis と表現されるのが最も適切と考えた^{15)~20)}。

昭和55年度に当院で剖検し得た鼻腔を初発病変とした malignant histiocytosis の2症例の病態を報告し、その診断と治療に関して検討を加えた。

2) 症 例

(1) 山○敬○ 年齢 58歳, 男

初診日: 昭和54年12月20日

主訴: 鼻閉, 左眼周囲の腫脹

家族歴: 特記すべきことなし

既往歴: 胃潰瘍, 破傷風(53年12月), 肺結核(30年前)

現病歴: 昭和54年10月始めより鼻の痂皮形成がひどいことに気付いた。10月20日ごろから鼻閉がひどくなり、11月になり左眼瞼腫脹をきたした(写真1)。

来院時所見: 体格 中等度, 栄養 普通, 体温 35.4°C, 脈搏 60/分, 血圧 108/78。左眼周囲上下眼瞼に腫脹を認める。

鼻鏡所見: 鼻腔は痂皮が充満し甲介は萎縮, 鼻中隔も大きく穿孔がみられるが鞍鼻はない。

口腔所見: 左扁桃上部に潰瘍形成。一部に義膜が付着。

胸部: 特に異常を認めない。

腹部: 肝, 脾ともに触知しない。

頸部および他のリンパ節: 特に腫大を触知しない。

四肢にも特に異常を認めない。

検査成績

赤沈値: 12(1°)

赤血球: 516万, 血色素: 16.3gr/dl

ヘマトクリット: 46.1

写真1 症例1 58歳 男性

白血球: 4900 (好中球 58, 好酸球 9, 好塩基球 2, リンパ球 23, 単球 8)

血清蛋白: 7.41gr/dl

A/G 1.7 IgG 1332mg/dl IgA 363mg/dl

IgM 95mg/dl

HB 抗原(—)

CRP(±) RA(—)

経過: 54年12月20日進行性鼻壊疽として精査, 加療のため入院。

抗生剤, 消炎酵素剤の投与で経過みていたが昭和55年1月16日より38.5°Cの発熱をきたす。2月19日左側鼻根部よりの生検にて malignant histiocytosis と診断し, 2月25日より adriamycin 20mg 3回使用する。効果ないため, cobalt 照射を3月10日より4月19日まで総計5030rado 行なう。4月中旬より左上腕, 両大腿部皮膚に1~2cm径の円形痂皮形成を伴う(皮下)硬結を認める。また両前腕部のびまん性腫脹もきたした。これはリンデロン投与2mg/日より少し腫脹は減少した。発熱が続いたが5月15日患者の希望で退院する。その後容態は同じように続いていたが6月11日吐血し救急患者として再入院。胃潰瘍よりの出血として手術をうけるも一般状態改善せず同日(発症より約8カ月目)死亡する。

剖検所見

主病変

1. 悪性組織球症(鼻原発)

浸潤, 左副腎, 下肢皮膚(潰瘍形成), 肝,

2. 胃出血性潰瘍術後状態

副病変

1. 両側気管支肺炎
2. 右肺下葉結核腫（径 2 cm）
3. 小腸潰瘍（径 3 mm 前後数カ所、非特異的炎症）
4. 食道・胃の出血性びらん
5. 諸臓器うっ血（肺、肝、脾）

(2) 衣○賀○ 年齢 41歳, 男性

初診日: 昭和55年2月7日

主訴: 発熱, 後頭部痛

家族: 父 胃癌, 母 心不全

既往歴: 急性肝炎(9年前)

現病歴: 昭和54年始めより鼻炎症状があった。54年6月左耳閉感に気付く。当時鼻カタルとして某医に通院していたが, 9月始めより 38°C の発熱 および後頭部痛をきたす。1週間で治るが10月10日再び後頭部痛, 頸部リンパ節の腫脹をきたし 38°C の発熱を伴う。鼻閉および鼻腔内の痂皮形成あり, 11月始め某医で上咽頭に痂皮ありといわれ生検をうけた(11月8日)。炎症として副腎皮質ホルモン剤投与(Predonine 30mg/日より漸減)をうけていたが著効は得られず12月12日より約2週間発熱不能, 以後嚥声をきたす。55年1月鼻中隔軟骨が露出し某医で鼻腔の肉芽所見より Wegener 肉芽腫と診断され当科に転医した。(写真 2)。

来院時所見: 体格 中等度, 栄養 普通, 体温 36.2°C, 脈搏 90/分, 血圧 124/70

鼻鏡所見: 鼻腔内(右側)に痂皮付着。下甲介は萎縮を認めないが中甲介は縮少し鼻中隔は大きく欠損している。鞍鼻は認められない。

頸部および全身のリンパ節腫大を触知せず。胸部および腹部に特に異常を認めない。肝、脾も触知しない。

四肢に異常を認めない。

検査成績

赤沈値: 35(1°)

赤血球: 411万

血色素: 13.5gr/dl

ヘマトクリット: 39.2gr/dl

白血球: 5400 (好中球 80, 単球 6, リンパ球 14)

血小板: 23.8×10⁴

血清蛋白: 6.3gr/dl

A/G 1.3 (Al 59.2, α₁ 4.8, α₂ 12.2, γ 15.9)

IgG 1323mg/dl, IgA 239mg/dl, IgM 144mg/dl

RA (++)

写真 2 症例 2 41歳 男性

CRP (++)

C³ 142.3mg/dl, C⁴ 34.5mg/dl

WR (-)

抗核抗体 (±)

鼻腔内細菌検査 Staphylococcus aureus

副鼻腔X線所見 右上顎洞に陰影を認めるが骨破壊像はみられない

経過: 昭和55年2月3日当科に入院。生検にて腫瘍所見が得られず, 赤沈値の亢進, RA の陽性などより Wegener 肉芽腫を疑い副腎皮質ホルモン剤(プレドニン 20mg/日→15mg/日→25mg/日, 免疫抑制剤(イムラン→エンドキサン 50mg/日)の投与を行なった。ステロイドの投与の増減に対応した赤沈値の変化に乏しく4月8日より 38°C の発熱が時々みられ4月12日右鼻翼が腫脹する。副腎皮質ホルモン剤の増量にても症状改善少なく4月17日 COP 療法 2kur 行なう。著変なく5月中旬より右下眼瞼腫脹漸次増強, 6月25日より 39°C 以上の発熱が持続し6月27日朝, 呼吸困難をきたす。胸部X線像にて右上～中肺野に雲絮状の陰影を認める。同日夕呼吸不全のため死亡する。

剖検所見

主病変

悪性組織球症(鼻原発) 浸潤…肺, 肝, 脾

副病変

1. 諸臓器うっ血(肺, 肝, 脾)
2. 骨髓低形成
3. 睪丸萎縮

考 察

鼻を中心に壊死性肉芽性変化をきたす疾患の予後が悪いことは随分以前より知られていた²¹⁾。これらの中には経過とともに違った病態を示す複数の疾患が含まれていることが考えられたがその類似性のゆえに進行性壊疽性鼻炎として総括されていた。

1936年 Wegener²²⁾ が血管炎病変を伴い腎病変も合併する疾患を報告し、これが Wegener 肉芽腫として区分された²³⁾。

その他の進行性壊疽性鼻炎には肉腫と思われる病理像を示すものと病理学的特徴がつかめないが予後不良の疾患が認められ、後者は 1933年 Stewart の報告²⁴⁾をもとに Stewart type とも言われた。

このような経過で従来の進行性壊疽性鼻炎は病理学的に Wegener 肉芽腫、細網肉腫、および非特異的な malignant granuloma に Walton らにより分類されてきた。

この分類は膠原病と腫瘍と非特異的炎症とに分けた明解な分類であるが初期の病変における鑑別は今日でも容易でない。

このことは局所病変が似ていることの他、生検像の区分が難しいこと、検査成績が似ていることなどにある²⁵⁾²⁶⁾。

とくに生検像における診断の困難な理由は従来細網肉腫と分類された疾患において腫瘍性がはっきりしにくいこと²⁷⁾と Wegener 肉芽腫でも特異的な所見（血管炎）が得られにくいことにある²⁸⁾～³⁰⁾。

いわゆる進行性壊疽性鼻炎のなかで今日最も予後不良のいわゆる細網肉腫の病理学的特徴が他の悪性リンパ腫とは少し違っていることは近年 2, 3 の研究者¹³⁾¹⁴⁾³¹⁾³²⁾³³⁾³⁵⁾により取り上げられていたが私どもはこの種疾患は悪性リンパ腫としてでなくその病理像より malignant histiocytosis と考える方が病態を正しく把握していることを述べてきた¹⁵⁾～²⁰⁾。

今回報告した 2 症例はいずれも剖検により全身諸臓器に atypical histiocytes の浸潤がみられた malignant histiocytosis であった。

第 1 症例は初期の生検で malignant histiocytosis と診断し化学療法、cobalt 照射を行なったが効果少なく合併症の胃潰瘍で出血死した。

剖検時の所見より胃病変は全く別の病態であったがこの時点（発病より 8 カ月）ですでに全身の諸臓器に atypical histiocytes の浸潤がみられた。

第 2 症例は来院時局所病変の壊死傾向が強く生検をするに適切な場所がなく、血液などの検査成績、赤沈値の中等度亢進、RA の陽性などより Wegener 肉芽腫を疑った。副腎皮質ホルモン剤の投与を行なったがその効果が少なく malignant histiocytosis の可能性を否定できなかった。診断上役立つ所見が得られなかった結果放射線照射療法を行ない得ず死亡し剖検により malignant histiocytosis の病変を認めた。

剖検後、初期の生検を借用し retrospective に判断すると malignant histiocytosis と考えてよい所見を認めることができた（写真 12, 13）。

この 2 剖検例を含め鼻原発の malignant histiocytosis の臨床的特徴を考えると、軽い鼻炎症状より始まり、漸次発熱がみられ特徴的な spiking fever が末期になると頻発する。

局所所見は壊死性肉芽性変化であるが初期は炎症性腫脹がみられる。発赤、腫脹から壊死に至る過程そのものは、Wegener 肉芽腫と余り区分できないが、どちらかという和一側に病変がつよくでる。また壊死は口蓋、鼻中隔におよび硬口蓋が穿孔する。しかし鼻中隔穿孔は大きくなっても鞍鼻にはなりにくい。これらの点は Wegener 肉芽腫と違っている。病期がすすみ末期になると白血性に各臓器に浸潤がみられ、黄疸、腹痛、吐血下血、呼吸困難など多彩な全身症状がみられる。

検査成績では特徴的なものはないが赤沈値の亢進、CRP の陽性、RA の陽性などみられることがある。従って初期診断は臨床像に組織診での確証が必要である。組織診には採取時期と切除組織の大きさが関係する。壊死傾向が強くなっている時期には適切な組織がとれない。また切片が少さすぎると壊死のみで診断されないことも少なくない。1 つの切片のなかでも中央は非特異的炎症としかいいようがないが一部に貪食を示す atypical histiocytes が比較的まとまって認める場合も少なくない。

壊死部分が大部分で壊死の周辺組織に散在性に変性しかけている大型の細胞を認める場合もあるが、この場合の診断は既述の臨床像を参考にする必要がある。

malignant histiocytosis の組織診の難しさは前述のような壊死がつよいことだけでなく腫瘍細胞の結合性が少なく、その間にリンパ球、好中球、形質細胞など多彩な炎症細胞の浸潤（polymorphic cellular infiltration）がみられることが多いことにある。

atypical histiocytes がどこかで monotonous に増

殖する処が認められると診断が確実になる。atypical histiocytes は屢々血管周囲に増殖し (angiocentric), ときに血管を破壊する³³⁾ (angiodestructive). この組織所見は Wegener 肉芽腫の血管炎と混同を惹きおこす¹⁰⁾

malignant histiocytosis の組織像が悪性リンパ腫や Wegener 肉芽腫と間違われ易いのはこのようなところにある。

Furth ら³⁴⁾ は 1970 年の論文で貪食能は網内系になく Metchnikoff (1892) の唱えた MPS 系 (mononuclear phagocyte system) にあると述べ、近年この説は支持されつつある。

小島ら³⁵⁾ も細網細胞は組織球化し顕著な貪食を示すことや、あるいは遊離、円形化してリンパ球状を呈することはあり得ないと述べている。

2 剖検例を含め私どもの経験した malignant histiocytosis の腫瘍細胞は時に貪食能を示し、捺印標本でエステラーゼ活性を示す¹⁵⁾。

このように進行性鼻壊疽のなかには悪性リンパ腫 (細網肉腫) とは考え難い 1 つの疾患、つまり malignant histiocytosis という方が適切な疾患を認めざるを得ない。むしろ私の経験ではリンパ球系由来の従来の表現で細網肉腫に当る疾患の発生することは少なく、またこれは本来の進行性鼻壊疽の病態とは少し違っている。

悪性リンパ腫の場合は腫瘍形成傾向がありリンパ球系に属する atypical cell が monotonous に増殖するため初期の生検像ではつきりすることが多い。初期の生検像で壊死がつよく進行性鼻壊疽に入れられる診断困難な症例は histiocytosis のことが多い。

malignant histiocytosis は腫瘍細胞が白血病様全身性に浸潤するが末期まで局所および全身のリンパ節腫大がみられないこと、また皮膚など 1 部に結節を形成するが他の多くの臓器では結節形成がみられず壊死化し潰瘍を形成し易い。

進行性鼻壊疽の鑑別診断はこのように malignant histiocytosis の概念を導入することにより従来より明確にされると思う。

つまり進行性鼻壊疽は病理組織学的には

- ① Wegener 肉芽腫
 - ② malignant histiocytosis (histiocytic neoplasia)
 - ③ malignant lymphoma (lymphocytic neoplasia)
- に分けられるがその中心は①と②と考える。

進行性鼻壊疽という臨床診断名のなかには病理学的に

特徴のみられない症例がなお少数認められる^{36)~38)} が、これらの病態の解明は今後に残された問題である。

ま と め

鼻を中心に壊死性肉芽性病変が進行する予後不良の疾患 (malignant histiocytosis) の 2 剖検例を報告した。

症例 1 は 58 歳、男性

初発症状は鼻閉であり、発症後 8 カ月目に胃潰瘍の合併で死亡した。剖検により atypical histiocytes は副腎、皮膚、肝などに認められた。

症例 2 は 41 歳、男性

初発症状は耳閉感、後頭部痛、発熱、鼻閉で発症後 1 年で死亡した。剖検により atypical histiocytes は肺、肝、脾などにみられた。

malignant histiocytosis の概念は従来の進行性鼻壊疽の分類にはなかったが細網肉腫として報告されていた多くが malignant histiocytosis と考える方が適切と思われる。

malignant histiocytosis の病理像の特徴はリンパ球、形質細胞、好中球などの炎症細胞を伴う polymorphic infiltrates であり atypical histiocytes は散在性にみられるが時に血管周囲に増殖し血管を破壊する。また腫瘍細胞は貪食能を示すこともありエステラーゼ活性陽性である。

局所リンパ節は末期まで腫脹がみられず、肝脾も腫大しない。経過は激症型と慢性型に分けられるが、いずれも予後は極めて悪い。

参 考 文 献

- 1) Walton EW: Non-healing granuloma of the nose. J. Laryngol 73: 242-260, 1959.
- 2) 切替一郎: いわゆる壊疽性鼻炎症例の全国集計。昭和 36 年度文部省研究報告集録 (医学および薬学編) p. 325-331, 1962.
- 3) Walton EW: Reticulo-endothelial sarcoma arising in the nose and palate (granuloma gangrenescens). J. Clin. Path., 13: 279-286, 1960.
- 4) Eichel BS, Harrison EG Jr, Devine KD et al: Primary lymphoma of the nose including relationship to lethal midline granuloma. Am J Surg, 112: 597-605, 1966.
- 5) Eichel BS et al: The enigma of the lethal midline granuloma. Laryngoscope, 78: 1367-1386,

- 1968.
- 6) 広戸幾一郎：鼻の悪性肉芽腫について 耳鼻，19：349-360，1973.
 - 7) 渡部泰夫，里見真美子，佐野光仁 他：鼻細網肉腫症例 とくに進行性鼻壊疽との関連性について 日耳鼻，76：853-864，1973.
 - 8) 渡部泰夫，小田隆造 他：Wegener 肉芽腫症例と細網肉腫症例．日耳鼻，74：105-113，1971.
 - 9) 石井善一郎，佐藤喜一，山下公一：鼻細網肉腫の病理学的特異性ならびにその鼻悪性肉芽腫との接点について．耳鼻，18：151-154，1972.
 - 10) 木多芳男，吉田孝一：鼻およびその周辺の悪性肉芽腫．— 生検所見を中心として — 耳鼻，18：176-184，1972.
 - 11) Sugano H et al: Four autopsy cases of diffusely metastasizing “progressive gangrenous rhinitis”, reticular cell sarcoma of the nose. Acta Path Jap, 7: 819-834, 1957.
 - 12) 所 安夫：独特な個性を示す Nekrose に陥り易い鼻腔の肉腫について．所謂進行性壊疽性鼻炎の本態観の綜説として．耳展，2：7-29，1959.
 - 13) 今中正克，小川勝洋，吉田 豊 他：正中悪性細網組織球症 (Midline malignant reticulo-histiocytosis) — いわゆる進行性鼻壊疽．癌の臨床 20：684-691，1974.
 - 14) 向田武夫，笹野伸昭：いわゆる壊疽性鼻炎 — 特にわが国の鼻細網肉腫の組織像．耳喉，50：585-592，1978.
 - 15) 渡部泰夫，青笹克之：Wegener 肉芽腫と malignant histiocytosis. 耳喉，51：932-933，1979.
 - 16) 渡部泰夫：日本の鼻疾患の現状と将来 (その 8) Wegener 肉芽腫と進行性鼻壊疽の病因と病態 — 免疫異常とのかかわり — 耳展，23：2，203-207，1980.
 - 17) 渡部泰夫，青笹克之 他：喉頭に発症した malignant histiocytosis の 1 例．日耳鼻，83：153-163，1980.
 - 18) 渡部泰夫，北村 旦，青笹克之：鼻に初発する malignant histiocytosis (悪性組織球症) — 進行性鼻壊疽の中に含まれる 1 つの病像．耳喉，53：6，1-10，1981.
 - 19) Aozasa K, Watanabe Y and Ikeda H: malignant histiocytosis presenting as lethal midline granuloma. Pathol Res Pract, 171: 314-324, 1981.
 - 20) Aozasa K, Ikeda H, Masaki N & Watanabe Y: Malignant lymphoma in the nose ... clinicopathological differences from the malignant histiocytosis presenting as lethal midline granuloma. Pathol Res Pract 172: 161-169, 1981.
 - 21) McBride P: A case of rapid destruction of the nose and face. J. Laryngol Otol, 12: 64-66, 1897.
 - 22) Wegener F: Über eigenartige rhinogene Granulomatose mit besonderer Beteiligung des Arteriensystems und der Nieren. Beitr Path Anat, 102: 36-68, 1936.
 - 23) Godman GC and Churg J: Wegener's granulomatosis: pathology and review of the literature. Arch Path, 58: 533-553, 1954.
 - 24) Stewart JP: Progressive lethal granulomatous ulceration of the nose. J Laryngol Otol, 48: 657-701, 1933.
 - 25) 渡部泰夫：Wegener 肉芽腫症 — 臨床像と検査成績よりみた Wegener 肉芽腫症のとらえ方と今後の問題点．臨床科学，16：427-435，1980.
 - 26) 渡部泰夫：Wegener 肉芽腫および限局型 Wegener 肉芽腫の病態と病理 — 限局型 Wegener 肉芽腫を含めた Wegener 肉芽腫の新しい criteria の提案．耳鼻臨床，73：増刊 1，137-150，1980.
 - 27) 渡部泰夫：進行性鼻壊疽の組織診．耳喉，48：635-643，1976.
 - 28) Walton EW: Giant cell granuloma of the respiratory tract (Wegener's granulomatosis) Brit Med J, 2: 265, 5087-5099, 1958.
 - 29) 渡部泰夫：血管炎を伴う病態の臨床と病理．進行性壊疽性鼻炎．日本臨床 36：773-779，1978.
 - 30) 渡部泰夫：血管炎をめぐる — Wegener's granulomatosis. 耳鼻科の立場より 臨床医，4：1142-1144，1978.
 - 31) Kassel SH, Echeraria RA and Guzzo FP: Midline malignant reticulosis (so called lethal midline granuloma). Cancer, 23: 920-935, 1969.
 - 32) 渡部泰夫，荻野 仁，酒井俊一，岡田正直 他：小腸に穿孔をきたした鼻悪性細網症の 1 例 日耳鼻，81：789-796，1978.
 - 33) Stamenkovic I et al: Polymorphic reticulosis and lymphomatoid granulomatosis: identical or dis-

- tinct entities? Virchow's Arch (Pathol Anat), 390: 81-91, 1981.
- 34) Furth RV: The mononuclear phagocytes, Blackwell, London, 1970.
- 35) 小島 瑞 他: リンパ腫研究の動向. 日本臨床, 35: 3658-3663, 1977.
- 36) Fauci AS, Johnson RE and Wolff SM: Radiation therapy of midline granuloma. Ann Intern Med, 84: 140-147, 1976.
- 37) Fauci AS et al: Midline granuloma or Wegener's granulomatosis. Ann Intern Med, 84: 609-610, 1978.
- 38) 渡部泰夫: Midline granuloma. 耳喉, 49: 970-971, 1977.

(原稿受付 昭和56. 6. 24日)

別刷請求先 〒558 大阪市住吉区万代東 3-1-56

大阪府立病院耳鼻咽喉科

渡部 泰夫

渡 部 論 文 付 図 (1)

写真3 症例1 鼻（生検） ×100

右上には変性した上皮がみられ、中央には大型のクロマチンに富んだ核をもつ異型細胞が集团をつくって浸潤している。壊死傾向があり、核破壊物も多い。

写真6 症例1 副腎（剖検） ×400

変性のつよい細胞で核内構造は不明であるが鼻生検において浸潤していた細胞と同一のものと思われる異型細胞である。

写真4 症例1 鼻（生検） ×400

写真2の強拡大

核小体明瞭で粗造なクロマチンパターンを有する細胞が浸潤する。核の大きさ、形の不整がみられる。細胞形態は組織球に似ている。

写真7 症例1 下腿潰瘍底 ×400

下腿潰瘍底にも同様の異型細胞が通常の炎症細胞に混って浸潤している。

写真5 症例1 副腎（剖検） ×100

副腎には径1.5cmの白色の腫瘤あり、その組織は壊死傾向が強いが異型核をもつ細胞が浸潤している。

写真8 症例1 肝 ×400

肝グ鞆にも少数ではあるが同様の細胞が浸潤している。

渡 部 論 文 付 図 (2)

写真9 症例2 肺 ×100
肺胞中隔に生検でみられたと同様の異型細胞が通常の炎症細胞に混って浸潤している。

写真12 症例2 鼻 ×100
小動脈の壁内およびその周囲に通常の炎症ではみられない異型細胞が浸潤している。

写真10 症例2 肺 ×400
写真9の強拡大で中央はcapillaryである。この周りに異型細胞が浸潤している。

写真13 症例2 ×400
写真12の強拡大。右半分が血管壁、左は周囲組織。N/C比大でクロマチンに富んだ異型核をもつ細胞が浸潤している。核の大きさ、形の不同がある。細胞の形態は組織球に似ている。

写真11 症例2 肝 ×400
肝類洞内に同様な異型細胞が浸潤している。中央下の細胞は非常に大型である。これらの細胞が特別な腫瘍を作らず全身臓器に系統的に浸潤している。