

て、第1例に於いては *A. radicularis magna* が特に障害を受け、第2例に於いては *A. radicularis magna* が障害をまねがれたものと考えられる。殊に第1例では知覚麻痺の上界が第4胸髄節であり、このことは、先述したように前脊髄動脈の血流がこの点を境にして上下に向いていることを考え合わせると、頗る興味深い。

結 語

- 1) 前脊髄動脈閉塞症候群の2例を報告した。
- 2) 第1例は、症候学的に典型的な症例であるが、極めて良好な経過を示した点が注目される。
- 3) 第2例は、症候学的に本症候群としては多少非定型的であるが、やはり前脊髄動脈の障害と解してよいように思う。

文 献

- 1) 荒木千里：脳外科概論。日本医書出版株式会社 昭20。
- 2) 戸田孝他：前脊髄動脈症候群について。近畿外科学会半年報，1，20，昭25。
- 3) 戸田孝他：前脊髄動脈症候群。名古屋市立大学医学会雑誌，2，36，昭26。
- 4) 戸田孝：前脊髄動脈症候群。現代医学，1，164，昭26。
- 5) 戸田孝他：前脊髄動

- 脈症候群について。東京医事新誌，68，(7) 41，昭27。
- 6) 戸田孝他：脊髄軟化及び出血 殊に前脊髄動脈症候群。脳と神経，6，331，昭29。
- 7) 戸田孝：急性脊髄性麻痺の病理。日本外科学会雑誌，56，1126，昭30。
- 8) 戸田孝他：前脊髄動脈閉塞症状を示した脊髄の急性局在性障害3例報告（英文）。Nagoya Medical Journal，B巻（1），55，昭30。
- 9) 藤原高司他：前脊髄動脈閉鎖症候群。診断と治療，43，178，昭31。
- 10) 山本竜蔵：前脊髄動脈栓塞？慢性脊髄前角炎？。日本外科学会，22，167，昭28。
- 11) Beck, K.: Das Syndrom des Verschlusses der vorderen Spinalarterie. Dtsch. Z. Nervenheilk., 167, 164, 1952.
- 12) Hultsch, E. G.: Ueber eine akute symmetrische Vorderhornschädigung im Halsmarkbereich infolge eines temporären Verschlusses der vorderen Spinalarterie. Nervenarzt, 26, 287, 1955.
- 13) Kalm, H.: Ueber Entstehung und Lokalisation der Querschnittslähmung. Dtsch. Z. Nervenheilk., 170, 261, 1953.
- 14) Suh, T.H. & Alexander, L.: Vascular system of human spinal cord. Arch. Neurol. Psychiat., 41, 656, 1939.
- 15) Tarazi, A. K.; Margolis, G. & Grimson, K. S.: Spinal cord lesions produced by aortography in dogs. Arch. Surg., 72, 38, 1956.
- 16) Zeitlin, H. & Lichtenstein, B. W.: Occlusion of the spinal artery. Arch. Neurol. Psychiat., 36, 96, 1936.

橋 本 氏 病 の 1 例

大阪市立桃山市民病院外科（医長 川畑徳幸博士）

渡 辺 昭 一 ・ 水 谷 弘

〔昭和33年5月20日〕

A CASE REPORT OF HASHIMOTO'S DISEASE

by

SHOICHI WATANABE and HIROSHI MIZUTANI

From the surgical division of the Osaka City Momoyama Hospital
(Chief: Dr. NORIYUKI KAWABATA)

In this article is reported a case of HASHIMOTO's thyroiditis of a Japanese female aged 65 years, who had complained of a painless swelling in the anterior region of the neck and of slight dysphagia. X ray examination revealed that the trachea was markedly narrowed by the pressure of goiter.

Under a clinical diagnosis of "nodular goiter with suspected cancerous alteration", the patient underwent a subtotal thyroidectomy.

Pathohistological findings of the resected specimen revealed massive infiltration of lymphocytes, formation of lymph follicle with germinal centers and fibrosis in the thyroid tissue, showing coincident findings with that of so-called Hashimoto's disease.

緒 言

1912年橋本氏¹⁾²⁾ がリンパ腫性甲状腺腫として発表して以来、本症は甲状腺疾患中特異な位置を占める1独立疾患として、橋本氏甲状腺腫の名のもとに広く認められるにいたり、内外文献上にも、その報告例が散見される。

わたくしらは、比較的高令の女性において、結節性甲状腺腫の癌性変化の疑いのもとに手術を行い、摘出標本を病理組織学的に検索した結果、橋本氏病であることを確認された興味ある症例を経験したのちで、こゝに報告する次第である。

症 例

患者：木○マ○，65才 女性

家族歴：特記すべきことがない。

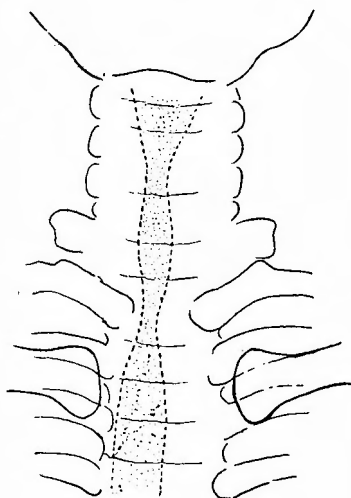
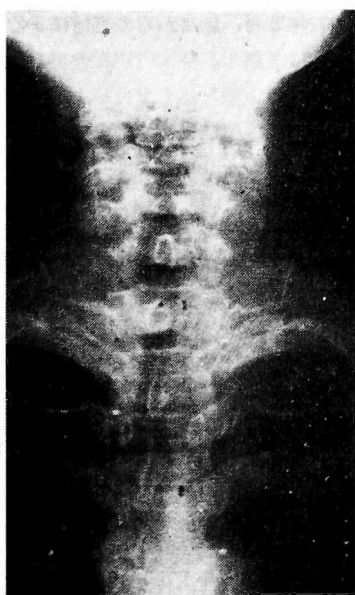
既往歴：約30年前急性肺炎を患つたほかには、特記すべきことがない。

現病歴：約10年前から前頸部の腫脹に気づいていたが、自覚的苦痛がないため、放置していたところ、昭和30年12月下旬から頸部隆起が増大し、軽度の嚥下困難を伴うようになったので、昭和31年1月当科を訪れたところ、結節性甲状腺腫と診断され、手術をすゝめられたが、決心がつかず放置しておいた。

ところが同年5月上旬にいたり、重荷を持つたさい、強度の肛門痛を覚えたのち肛門出血と脱肛を来し、以来排便の度毎に出血と肛門部排便痛に悩むようになり、かつ、上記の頸部腫脹と嚥下困難も軽快しないのみならず、長途の歩行時には冷汗と心悸亢進を覚え、さらに唾液の粘稠感などをも訴えるようになったので、6月22日再び来院した。

現症：体格中等度、栄養可良、体重48kg、体温36.6℃。脈搏毎分72至、整、緊張良。呼吸毎分19、安静。血圧130~78mm Hg。Möbius, Graefe, Stellwagなどの眼症状はなく、心濁音界は正常で、心音がやゝ亢進しているほか胸腹部には特別の異常を認められなかつた。また、四肢および脊柱などにも異常がなかつた。

血液像は、赤血球数350万、白血球数5,200、その核分析にも異常がなく、赤沈1時間値8mm、2時間値12



mm.

基礎代謝率は 10.8% (Read'sche Formel) であった。

局所所見としては、前頸部が左右ほぼ対称的に不整亜鈴形状に腫脹し、この腫瘤は嚥下運動とともに移動する。腫瘤表面の皮膚には静脈怒張、着色などの異常がない。

触診すると、甲状腺右葉は超鶏卵大、左葉は胡桃大であり、表面は粗大結節状で、硬度は弾性靱でかなり硬いが、波動や圧縮性を証明せず、圧痛もない。周囲との境界は比較的明瞭で、皮膚との癒着はないが、下床からの移動性には乏しい。また腫瘤の上で聴診しても雑音を聴取しえない。

頸部、鎖骨上・下窩、腋窩などのリンパ節も腫脹していない。頸部のX線撮影を行つてみると、腫瘤はほぼ一致して気管が部分的に狭小となつており、いわゆる Säbelscheidentrachea の像を呈しているのが認められた (図1)。

肛門所見としては、肛門輪にそうて大小多数の内痔核結節が、ほとんど肛門全周にわたつて存在し、一部の結節は肛門外へ脱出し、これを覆う粘膜面には糜爛と出血とを認められた。

以上の臨床所見から、頸部腫脹は結節性甲状腺腫あるいはこれが悪性化したものではないかと考えられた。

治療：まず、7月4日内痔核に対して、ホワイトヘッド氏法木村氏変法により痔核帯切除術を施行したところ、術後の経過はきわめて順調であつた。

次いで、7月18日甲状腺腫を剔出するために Kocher の襟状切開をもつて前頸筋群を切離、排除して甲状腺に達すると、腫瘤表面は粗結節状で血管の怒張が強い。周囲組織との癒着は左程強くないが、腫瘤が気管

をとりかこむような形で、これと強く癒着していたため、この部の剝離にかなりの困難を伴つた。

腫瘤化した甲状腺は、右葉が左葉よりも大きく、それぞれ鶏卵大、鶏卵大に近く、その実質中にあたかも癌腫を思わせるような非常に硬い部分が認められた。また錐体葉が母指頭大に発育しており、この部は比較的軟かであつた。

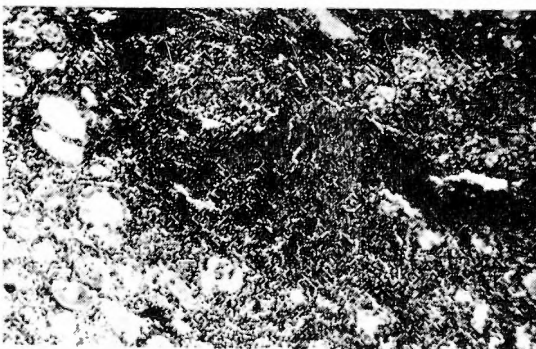
そこで、錐体葉と、両葉の後面で比較的健常硬度に近いと考えられる僅少部のみを残して、両側葉のほとんど全部を峽部とともに切除した。その後気管を検べたところ、腫瘤と癒着していた部分では、腫瘤の圧迫のために小指太以下の太さに狭細化していることを確認することができた。

摘出標本の組織学的所見：固有の甲状腺組織は萎縮し、その間に円形細胞、形質細胞の浸潤があり、小葉内外にわたつて顕著なりリンパ球の増生浸潤を認める。また、ところどころにリンパ濾胞の形成が認められ、胚芽中心を形成するものもある。さらに著明な結合織の増生が見られるところがある (図2,3)。

以上の組織学的所見と患者の年齢、性、発病の経過などから、本症例は橋本氏甲状腺腫であると考えられた。

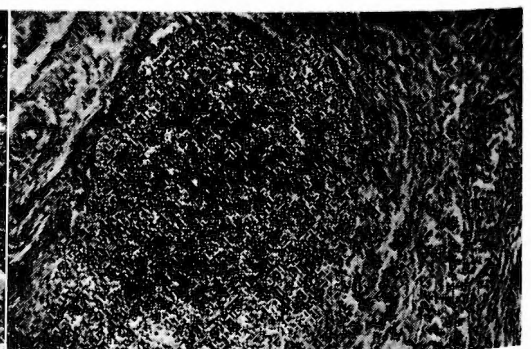
術後経過：手術創は一期的に癒合し、全身状態も良好で、嚥下困難なども消失し、患者は術後2週間で退院した。

その後患者は来院しないが、術後約8ヵ月を経過した昭和32年3月、患者からの書信によると、顔面がやゝ浮腫状に腫脹し、多少の声変りがあり、また体動にさいしてかいる倦怠感を覚えるとのことであるから、あるいは軽い術後性粘液水腫が発生したのではないかと考えられるが詳細は不明である。



図

2



図

3

考 察

明治44年、九州大学橋本棠氏は3人の婦人の甲状腺腫に対して切除術を施行したところ、この3例に共通したつぎのような特異な病理組織学的所見を見出したので、これをリンパ腫性甲状腺腫と名づけて日本外科学会に報告した¹⁾。

- 1) リンパ濾胞の存在する事。
- 2) 甲状腺濾胞の1部は細胞増殖の像を呈し、或る部分に於ては細胞の変性を認む。
- 3) 甲状腺濾胞の細胞は一般に丈高き事。
- 4) 甲状腺濾胞内には膠様物質一般に減少し、濾胞壁細胞の遊離せるもの及びリンパ球若しくは此れ等の変質せるものを容る。
- 5) 間質結締組織は概して増殖し、リンパ球にて浸潤せらる(原文のまゝ)。

当時橋本氏は海外の雑誌²⁾にも上記の知見を詳しく発表した。

以来、このような組織学的変化を呈する甲状腺腫は橋本氏病(橋本氏甲状腺炎)と一般によばれるようになり、Riedel's strumaとともに非特異性慢性甲状腺炎の1型として取扱われ、1独立疾患の座を占めるようになった。

本症はその後欧米においては比較的多数例が報告されたのにもかかわらず、わが国においてはかえつて報告例が少く、文献上今日までに約30例を数えるに過ぎない^{1)6)7)8)10)13)14)~21)}。

本症における甲状腺腫は、甲状腺の原形を保つたまま、瀰漫性または結節性に腫大することが多く、周囲との癒着が少く、かなりの硬度を呈するが、亜急性甲状腺炎、Riedel氏甲状腺炎などよりは軟い。

病理組織学的に本症の最も顕著な特徴は、その名の示す如く著明なリンパ球の浸潤、ことにリンパ濾胞の形成されることである。

リンパ球の浸潤は、バセドウ氏病や結節性甲状腺腫にも見られる所見であり、また亜急性甲状腺炎やRiedel氏甲状腺炎などにも認められるのであるが、橋本氏病においてはその程度がはるかに強い。すなわち、小葉内、小葉間、間質などのすべてにわたつてリンパ球の浸潤が及んでいるのみならず、あきらかなリンパ濾胞の形成があり、しかも中には芽中心形成を示すものもあつて、かなり特異な所見を呈するものである。

甲状腺濾胞の上皮細胞は好酸性で退行変性をしめ

し、その機能障害こそ本症の一次的变化であるとする考えも近時有力なようである³⁾⁴⁾⁵⁾。また一方、広範囲にわたる結合組織の増殖があつて強い線維化傾向を示すが、その程度はRiedel型甲状腺炎よりは軽度である。これらのリンパ球浸潤や結合組織増殖のために腺実質は圧迫を受け、その結果腺濾胞は萎縮し、固有の甲状腺組織は強い退化現象をあらわすにいたる。そのほか、単核球や形質細胞の浸潤も認められ、まれには巨細胞の出現することもあるといわれる⁷⁾⁸⁾。

上記の組織像は慢性炎症のばかのそれと類似しているが、事実本症は一般に非特異性慢性甲状腺炎の1つとして取扱われているのであつて、その成因に関しても炎症説を支持する学者がすくなくない。また一面、ビタミン欠乏説や卵巣ホルモン異常説をとるもの、あるいは副腎障害説、さらにTSH(thyroid stimulating hormone)による甲状腺過剰刺激説や、TSHによるコロイド変化説など種々の成因が挙げられているが、未だ決定的な学説をみるにいたっていない。従つて、結局現在では原因不明の系統的全身疾患であるとの見解をとるものが多い⁶⁾。橋本氏もその論著の中で「真性腫瘍と認むべき変化全く欠如し、また特殊炎症性疾患に見る如き特異変化を認めず、Riedel氏甲状腺炎に比較的似ているが、Riedel氏の報告にはリンパ濾胞の記載がなく、結局ミクリッツ氏病、扁桃腺増殖、その他のリンパ腺の限局性増殖などと類似の疾患なり」と述べ、腫瘤の硬さのために悪性甲状腺腫と誤診することのないよう臨床家の注意を促している。

本症とRiedel氏甲状腺炎との異同については屢々論議されるが、同一疾患の異つた時期の病像であるとみなす人もあり⁹⁾、最近では桑畑ら¹⁰⁾も橋本型とRiedel型との移行型を報告し、両疾患は元来同一疾患であつて、橋本氏病は非特異性慢性炎症の前期であり、Riedel型はその晩期であろうと述べている。しかし一方、Mc Clintock and Wright¹¹⁾、Graham¹²⁾らのように、全く別個の疾患であるとする学者も多い。臨床的にもRiedel型はもつとも鑑別を要する疾患であるが、橋本氏病がほとんど全部更年期以後の女性にみられるのに対して、Riedel型は比較的若年者に多く、かつ男女ほぼ同数にみられるという。またRiedel型はeisenharte Strumaといわれる如く、橋本氏病よりもさらに硬い腫瘤を呈し、かつ腺周囲組織との癒着が強いなどの点が異つている。

本症の臨床症状について述べると、本症はほとんど常に40~60才の更年期以後の婦人に好発し、男性には

極めて稀れである。Lindsay⁴⁾らは本症患者170例中168例が女性であつたと述べている。発病経過は非常に緩慢で、かつ自覚症性に乏しく、患者が頸部腫脹に気づいてから来院するまでに、既に数年ないし10年を経過している場合が多いといわれている。

主訴は頸部圧迫感、軽度の嚥下困難、嚔声などであり、疼痛を訴えるものはほとんどない。その他、足の冷感、しびれ感などの甲状腺ホルモン不足によると考えられる臨床所見を呈するものがあり、BMRは -33% ～ $+12\%$ 、平均 -8% であるといわれている。また無胃酸、低胃酸症をともなうことが多い⁶⁾。

さて、私がここに述べた報告例は65才の婦人で、頸部腫脹に気づいてから約10年を経て始めて来院しており、頸部腫脹と嚥下困難を主訴としたものであつたが、唾液粘稠感を訴えたのはあるいは低胃酸症を伴っていたためではあるまいかとも考えられる。また、X線検査によつて気管狭窄のあことが認められ、手術の結果これが確認されたものである。局所所見は全く結節性甲状腺腫の像を呈したが、その硬度や年齢などから悪性変化の疑いが強く、さらに気管に対する圧迫症状もあつたために手術を行い、かなり広範囲の切除を行つたわけである。術後かなりの時日を経過した現在、前記のような軽い愁訴はあるが、少なくともいちじるしい粘液水腫の症状を呈するにはいたっていないようである。

本症はもともと甲状腺の機能低下を伴う疾患であるために、術後粘液水腫の発現は当然考えられるところであるが、宇治木¹³⁾、津下¹⁴⁾も橋本氏病手術後の粘液水腫例を報告している。それゆゑ、橋本氏病は術前に確実な診断がつけば保存的に治療すべきであり、もとより切除療法の対象とはなりえないかも知れないけれども、術前に適確な診断を下すことはかなり困難であつて、従来の報告例では術後病理組織学的所見から始めて橋本氏病であることを確認されている場合が多い。しかしながら、癌化の疑いの濃厚なときと、圧迫症状の著しい場合は手術の適応と考えるべきであつて、自家経験症例の如く癌化の疑いもあり、同時に圧迫症状をも呈するにいたつた症例に対しては、進んで手術療法を選ぶべきであると考えらる。

Lindsay⁴⁾によれば、橋本氏甲状腺腫は他の甲状腺疾患にくらべて悪性化の傾向がはるかに大で、その12%に悪性甲状腺腫の共存を証明したとのことである。

このような癌化の疑いのあるさいには、試験切片切除¹⁵⁾あるいは needle biopsy による生検病理組織学

的検索を行えば、術前に診断を決定することは不可能ではないのであつて、少なくとも悪性腫瘍を除外することによつて、無駄な甲状腺切除をさけることができるであろうし、また圧迫症状の顕著な場合には癌化の有無を知つておればその切除範囲や術式の決定に當つて、有力な示唆をえることができるわけである。この意味においても needle biopsy は現在もつともすぐれた診断法の1つであつて、これを活用することによつて、今後本症に対して、術前診断、合理的な治療法が広く行われることを期待したい。

〔稿を終るにあたり、大阪市立大学医学部外科学教室白羽弥右衛門教授の御指導、御校閲に深甚なる謝意を捧げる。また病理学上の御教示をいただいた同大学病理学教室馬場為義教授、河合博正助教授に謝意を捧げ、併せて御助言をいただいた現沖繩赤十字病院外科医長源河朝明博士ならびに大阪市立大学医学部講師兼大阪市立桃山市民病院外科医長川畑徳幸博士に深謝する。〕

文 献

- 1) 橋本策：甲状腺のリンパ腫様変化に関する組織的並に臨床的知見に就て、日外会誌，12，明44。
- 2) Hashimoto, H.: Zur Kenntnis der lymphomatösen Veränderung der Schilddrüse (Struma lymphomatosa), Arch. f. Klin. Chir., 97, 219, 1912.
- 3) Christopher, F.: Christopher's Textbook of Surgery, Sixth Edition; 342. W. B. Saunders Company, Philadelphia 1956.
- 4) Lindsay, S. et al.: Chronic thyroiditis: a clinical and pathologic study of 354 patients, J. Clin. Endocrinol., 12, 1, 578, 1952.
- 5) Friedman, N.B.: Cellular involution in the thyroid gland, J. Clin. Endocrinol., 9, 874, 1949.
- 6) 桑原悟，増田富一：甲状腺の炎症，内分泌腺の外科，外科研究の進歩，第1集；2，昭32。
- 7) 榎哲夫：橋本氏病に就て，医学，11，240，昭26。
- 8) 照井常治ほか：橋本氏病（リンパ性甲状腺腫）の1例，外科，16；120，昭29。
- 9) Jaffe, R.H.: Chronic thyroiditis, J.A.M.A., 108, 105, 1937.
- 10) 桑畑正道，永野陸夫：慢性甲状腺炎，日本医事新報，1335，2451，昭24。
- 11) McClintock, J.C., and A.W. Wright: Riedel's struma and struma lymphomatosa (Hashimoto), Ann. of Surg., 106, 11, 1937.
- 12) Graham, A.: Riedel's struma in contrast to struma lymphomatosa (Hashimoto), West. Jour. Surg., 39, 681, 1931. Quoted from (11).
- 13) 宇治木つゆ子，重本茂：橋本氏病の2例，臨床外科，8，38，昭28。
- 14) 津下健哉，津下逸雄：所謂リンパ性甲状腺腫について，臨床外科，5，544，昭25。
- 15) 浜口栄祐

今井久：リンパ性甲状腺腫，日外会誌，47，21，昭22.
16) 朝倉宜丸：橋本リンパ性甲状腺腫の1例，日外
会誌，55，1167，昭30. 17) 大植直樹，岩永剛：橋
本病リンパ腫性甲状腺腫の1例，日外会誌，56，1115，
昭30，18) 柳川多喜男：橋本病の1例，岡山医学会
誌，66，2163，昭29. 19) 大原到，伊藤順夫：リン

パ性甲状腺腫（橋本）と Riedel 甲状腺腫との中間
型，東北医学雑誌，48，57，昭28. 20) 大高裕一
ほか：所謂 Struma lymphomatosa の1例，癌，46
223，昭30. 21) 坂橋信，金野宏太郎：リンパ性甲
状腺腫の2例，外科，13，150，昭26.

肺 化 膿 症 の 1 例

京都大学医学部外科第2講座（指導：青柳安誠教授）

天 沼 史 ・ 深 田 斉 迪

〔原稿受付 昭和33年7月25日〕

A CASE OF LUNGABSCCESS

by

FUMIHITO AMANUMA and TOSHIMICHI FUKATA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School

(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

In this paper is reported a case of lungabscess, in spite of delayed diagnosis, helped under successful surgical control. The patient was a housewife aged 34 years old, complained of the pain on back and headache.

Both by clinical and X-ray examinations, she was diagnosed as pulmonary tuberculosis, but two monthes later fever and severe cough attacked her.

Thereupon at once she was treated as lungabscess by 20,400,000 unit of Penicillin and 2,000,000 unit of Leocillin extending over two monthes, then the lobectomy of left upper lobe was carried out. The result of the operation was excellent and about a half year later after she left hospital she has been recovered completely released from all complaints.

最近経験した一肺化膿症例について，その経過が興味あるものであつたので報告したい。

症 例

患者は34才，家婦，特記すべき遺伝的素因及び既往症は共に認めない。

現病歴：昭和32年8月12日，左背痛及び頭痛を訴えて内科受診，体温37.4℃，胸部理学的所見には著変なく単なる背筋痛として処置された。

8月14日，赤沈値1時間80，2時間121，レ線像図1のようで肺結核の診断をうけ，ストマイ及び INAH

による治療が開始された。

8月20日から発熱39～40℃，29日より発作的咳嗽激しく，各種の下熱・鎮咳・祛痰剤に抵抗して症状は軽快しないが依然として胸部理学的所見に異常はない。

以後弛張熱を続け喀痰量は次第に増加，但し臭気はない。入院を勧告したが家庭の都合で応ぜず，9月末血痰を見，次第に瘦せ且つ左前下肺野にラ音を聴取するようになり，10月初旬よりは胸痛を訴えた。

10月14日，はじめて喀痰の臭気に気付き，油性ペニシリン筋注を開始，16日下熱したのでレ線写真(図2)撮影，入院せしめた。