

症 例

子 癩 の 1 剖 検 例

岡山醫科大學病理學教室 (指導 濱崎教授)

辻 静 夫

23才の家婦。昭和21年4月1日無月經と食思不振を訴え本學産婦人科を訪れ妊娠IV月と診断された。其後VIII月迄順調に経過し9月11日頻尿、浮腫、心悸亢進を訴えた。顔面、下肢に強い浮腫があり、血圧178~114、尿は濁濁し蛋白(卅)、無痙攣子癩として入院。9月15日鉗子分娩をしたが直後に子癩發作2回あり、昏睡に陥り午前3時鼻翼呼吸、體温41°C、脈搏細小頻數、前胸部の濁音濕性囉音あり、次第に心臓衰弱の徴が著明になり5時30分死亡した。

剖検 體格榮養可良、皮膚は濕潤しやゝ浮腫性。胸部は酒樽狀で乳房はよく發達している。腹部はやゝ膨隆、外陰部は小陰唇が軽く浮腫性で陰口から血性液少量を出している。内景は大網脂肪織よく發育し子宮底が臍と恥骨結合の中間に達している。

心臓には輕度の肥大擴張が認められた。

肺臓は鏡檢上肺胞内に多數の細胞滲出と上皮脱落があり滲漏性出血を見る。肺胞中隔、間質共に充血強く血管壁の浮腫がある。

肝臓は正常よりやゝ大きく1380g。表面は黄色をおび少し軟い。剖面は濁濁腫脹、淡黄褐色で境界不鮮明な灰白色粟粒大の斑點を少數散在性に認める。門脈、肝靜脈に異常はない。鏡檢すると被膜下、間質内、グ氏鞘内及びその附近の肝細胞間出血をみる。中心靜脈の周圍では肝毛細血管が擴張し内皮下に著明な浮腫があり、血管腔内には纖維様物質をみる。浮腫はグ氏鞘内にも血管を中心としてみられる。グ氏鞘に近く細葉邊緣部に散在する境界鋭利な小壞死竈があり、肝細胞は類圓形となり境界明瞭なものや胞體融解し互いに

融合したものがある。後者には少量の纖維素様物質を認める。

脾臓90g。剖面暗赤色で濾胞脾材は極めて不明瞭。脾粥は多量。鏡檢すると萎縮性の濾胞の中心動脈は内膜硝子様肥厚が著明で脾髓は鬱血し赤血球は髓索に浸潤している。

腎臓は正常より大で重い。右腎は纖維性皮膜と癒着し腎盂に粟粒大の粘膜炎下出血がある。鏡檢所見は先づ糸球體縮係血管内膜の浮腫性腫脹があり血管は充血している。部位によりボ氏腔内に微量の蛋白塊がある。主管上皮には著明な蛋白様變性がある。

膵臓は島細胞がやゝ腫大している。

胃の小彎噴門附近に手掌大の充血部と多數の出血點がある。小腸の到所に充血と出血點を見る。

卵巣は充血し小さな白體と幼弱卵胞が多數ある。子宮は妊娠性肥大著明で内膜に充血出血血栓形成ある他炎症の徴はない。

腦1250g。軟腦膜殊に小腦部に充血強く上虫部に軽い蜘蛛膜下出血をみる。實質は血點多く浮腫性。鏡檢的にも軟腦膜に軽い浮腫を認め、ビルヒョウロビン氏腔は擴張し腦浮腫が證明される。髓質に著明な充血がある。皮質錐體細胞の少數は正常の數倍に腫大し類圓形赤紫色に濁濁して染り、核は染色素融解、核破壊を起している。

腦下垂體は前葉の主細胞、好酸性細胞が減少し好鹽基性細胞が増加している。なお好鹽基性細胞の後葉に侵入しているのを認めるが強度でない。

Essen-Möller¹⁾によれば子癩はBoissier(1795)によつて最初に明確に記載されEc-

lampsia parturientium と命名された。其後次第に明確な臨床像が認識されその病理も多く報告された。本例の臨床経過と剖検所見は殆ど定型的で多く成書の記載に一致する。一般に子癇の最も著明な変化を見るのは肝と腎で、最も注意すべきは脳であらう。併し藤堂²⁾によれば子癇の病理は特定臓器疾患である以前に末梢血管系障害で全臓器の病變はこれに續發するものと考えられ、Domak³⁾は子癇の毛細血管内皮の著明な変化を見た。子癇の肝變化を Berblinger⁴⁾は Rössle の漿液性肝炎としたが木下⁵⁾はこれに反対した。馬杉⁶⁾は肝壞死は細葉末梢性血行障害によるとし、Jürgens⁷⁾は子癇の肝變化を出血性肝炎と呼ぶ。本例の所見も木下、Jürgens 等に一致し馬杉の推論をも認めうる。Fahr⁸⁾は子癇腎は糸球體腎炎、脂肪變性とは區別さるべきだとしたが本例も主管の蛋白變性と糸球體血管障害であつた。Fahr はかゝる變化を血行障害に續發するものと解した。本例の脳には浮腫、充血及び神經細胞の變性をみた。落合⁹⁾は神經細胞の變性は海馬角に著明なことを報告している。Zangemeister¹⁰⁾は毛細血管内皮の障害によつて浮腫が起り腦壓が昇るために痙攣が起るとしたが Pal¹¹⁾は子癇屍に腦浮腫を見なかつたことを報告し痙攣が浮腫によつて起ることを否定し、血管緊張のために腦壓上昇し痙攣が起るとした。木下はその經驗例の痙攣の直接原因は腦浮腫だつたと言う。Cushing¹²⁾は子癇の腦下垂體に就て前葉の好塩基性細胞が後葉に侵入増殖しているのを見た。Kraus¹³⁾、Spark¹⁴⁾等はこの現象が子癇に特有なものでないと反対した。本例では木下の報告の如く前葉では主細胞、好酸性細胞は減少し好塩基性細胞が増加している。後葉に Cushing の言う好塩基性細胞侵入を見たが軽度で他疾患屍にも却つて強く見られ子癇に特有な所見と言うことはできない。

現在子癇研究の興味の大部分はその病因論にあるが Knepper¹⁵⁾は今日行われている主

な子癇病因論を次の2説にした。即ち腦下垂體後葉ホルモン分泌過剰によるという説と胎兒蛋白によるアレルギーに基くとする説である。Knepper はホルモンのみでは子癇の病理解剖學的變化を起しえないし、アレルギーのみでは臨床的現象を説明しえぬと考え子癇の原因を二因子の結合と見た。子癇と下垂體後葉ホルモンの關係を最初に論じたのは Hoffbauer¹⁶⁾である。彼はアレルギーを否定し子癇の痙攣、腎障害、肝變化等を下垂體の妊娠性變調によつて解釋せんとした。Fauvet¹⁷⁾は子癇の症狀を同ホルモンの増加で説明し、後葉抽出物を注射して子癇と同じ臓器の形態學的變化を起したと言う。Küstner¹⁸⁾はメラノフォーレン反應によつて子癇患者の血液に後葉ホルモンの増加を證明しその毒性から子癇の症狀を説明できるとした。Anselmino と Hoffmann¹⁹⁾は子癇患者血清中の同ホルモンの反利尿性血管收縮性要素を證明した。Domak は子癇の毛細血管内皮の變化が蛋白非經口投與の際の變化と一致することから子癇の病因を胎盤蛋白に求めた。Weichardt²⁰⁾、馬杉も子癇の病因をアレルギーとした。藤堂は子癇の本態をアレルギー性毛細血管系障害と解し子癇の壓血充進、水代謝障害もそれによつて充分説明できるものとして Knepper の二元論に反対した。以上の如くホルモン説とアレルギー説と互いに根據を持して主張されているが、今日なお充分に子癇の全てを説明し得ていない。

以上子癇の典型的な1例を報告し、從來の報告との比較並びに本症の病因論の概觀を試みた。經驗例の所見は上記の如く大體成書の記載と一致し著變は肝、腎及び脳に見られそれらの病變は血管障害に基くものと考えられる。病因論に就てはホルモン説は解剖學的變化を證明し難く、アレルギー説は臨床的現象を説明できないという Knepper の説に賛成される。

文 献

- 1) Essen-Möller, L.: Halban-Seitz, VII, 1, S. 907, 1929. 2) 藤堂参伍：千葉醫學會雜誌, 16, 3, 645頁, 昭13. 3) Domak, G.: Kl. Wschr., Nr. 21, S. 1011, 1925. 4) Berblinger, E.: Zieglers Beitr., 103, S. 545, 1939. 5) 木下良順：日本臨尿, 6, 1, 42頁, 昭23. 6) Masugi, M.: Zieglers Beitr., 91, S. 82, 1933. 7) Jürgens, T.: Berliner Kl. Wschr., 23, S. 519, 1886. 8) Fahr, T.: Zbl. Gynäk., 52, S. 474, 1928. 9) 落合名三郎：日本醫科大學雜誌, 9, 1, 1頁, 昭13. 10) Zangemeister, W.: Zschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., 81, S. 491, 1919. 11) Pal, J.: Med. Klin., 18, S. 93, 1921. 12) Cushing, H.: Amer. J. Path., 10, P. 145, 1934. 13) Kraus, E.J.: Med. Klin., 31, S. 1641, 1935. 14) Spark, C.: Arch. Path., 19, P. 475, 1934. 15) Knepper, R.: Kl. Wschr., 49, S. 1751, 1934; Virchows Arch., 296, 1939. 16) Hoffbauer, J.: Zbl. Gynäk., 42, S. 574, 1918. 17) Fauvet, E.: Arch. Gynäk., 155, S. 100, 1934; Kl. Wschr., 46, S. 2125, 1931. 18) Küstner, H.: Arch. Gynäk., 133, S. 331, 1928. 19) Anselmino u. Hoffmann: Zbl. Gynäk., 58, S. 2363, 1934. 20) Weichardt, W.: Dtsch. Med. Wschr., 35, S. 624, 1902.

抄 録

視丘下部一脳下垂體系の血管構造竝に血管連絡の研究

第2編 静脈の研究

岡山醫科大學北山内科教室 (主任 北山加一郎教授)

助 手 大 藤 眞

第1編に述べた如く、視丘下部一脳下垂體系の血管構造は從來不明の點が多いが、就中静脈系に關しては、其の動脈系よりの分別困難なる爲、解明せられざる點特に多く、例へば脳下垂體體部の静脈主幹にしても、或は柄部に上行すると謂ひ(Dandy & Goetsch, 1911)、或は側方(V. basilaris)及び柄部に通ずると謂ひ(Fuchs, 1924)、或は總てS. cavernos.に通ずると謂ひ(Wislocki, 1936—'38)、其の他全く逆に Pars tuberalisより脳下垂體體部に静脈血が下行すると謂ふ者(Basier, 1932)もあり、全く一致した見解が無い。尙間腦と脳下垂體の静脈性連絡に就いては曩にFuchsが認めたが、近時Wislockiは之を強く否定してゐる。

余は前編既述の「マウス」の實驗に加ふるに、頭蓋底楔狀骨に密着せる脳下垂體の透明竝に連続各種標本を製作して検索し、從來の諸説を根本的に是正する所見を得た。尙動、静脈分別は2重色素注入によつた。以下結論を述べる。(新)は自家呼稱。

(1) 漏斗及び脳下垂體柄部の静脈は、表層 Sinusoidより始る淺部静脈 V. infund. superf. (新)と、第3脳室底より始る深部静脈 V. infund. prof. (新)と有る。前者は漏斗周圍に集合して波狀の静脈輪を形成し、夫より10數本の連絡枝を以て漏斗外廓を離脱し、1本の特異なる漏斗圍繞環狀静脈(新)に流入する。然る後其の各所より視丘下部軟腦膜静脈網 V. hypoth. ant. superf. (新)に合流する。