# 橋本氏病の一剖検例

岡山大学医学部病理学教室（指導　浜崎教授）
研究生　大森武士
岡山市巌井三門病院
赤木　孝

〔昭和27年12月10日受稿〕

## 緒言

本例は Banti 氏病の臨牀診断の下に剖検に附せられた屍に偶然橋本氏の所謂淋巴性甲状腺腫を見出した稀有な例である．

Banti 氏病は1894年同氏[1,2]によつて報告されたが Dürr[3] u. Eppinger 等は萎縮性肝硬変症の脾の所見との間には，程度の差あるのみで本質的の差異を認め得ないとして居り，我国に於ては，小野教授一派[4,5]は多年本症について研究し脾臓の組織学的検索を発表し，広汎且高度の線維増症，淋巴濾胞の繊維化等の外，毎常認められる中心動脈系の顕著な充血を強調した．その後種々それに関する報告がなされたが，最近友田教授[6]の脾性中毒症の提唱があり，その的中率も100％であるばかりか，特に早期診断に意義が大なりとの報告があるが，その脾臓の催貧血性物質に就ては今日なほ賛否相半ばしている．

翻つて欧米の Banti 氏病に関する現状を見ると独乙学派[7]に於ては多くの学者は Banti 氏病の独立性を否定し，米国に於ても Thompson 及びその協同研究者或は Presbyterian 学派は門脈圧亢進と言ふ共通現象を捉えて鬱血脾なる名称の下に Banti 氏病をも総括した．脾腫組織像に就ても英国の Mc michel は Aschoff 教授とも意見を交換し，各種脾腫の検索より従来 Banti 氏病とせられた脾腫も，鬱血脾の組織像も本質的の差異がないとした．我国では広瀬の研究は此れと一致している．

扨て本例に於ける興味ある所見はむしろ甲状腺の所見である．従つて一応 Banti 氏病に於ける甲状腺には従来どんな変化が認められているかを調査する必要がある．これについては福地[8]の3例，武内[9]の11例の報告がある．福地の3例中1例は著変なく，他の2例はコロイドに富むと記されているのみである．武内は甲状腺の変化を3型に区別し1型は濾胞が収縮して不正形をなしてその内分泌機能の低下を示し，第Ⅱ型は前記内分泌機能の回復してコロイドの充満を来した場合，第Ⅲ型には両型の中間型を当てている．併し彼の11例全部に於て間質結締織の増殖も細胞浸潤もなく，濾胞上皮の剝脱も殆んど認められていない．これらの研究から判断すると Banti 氏病と淋巴性甲状腺腫とは元来何らの因果関係を有しないものと見なされる．なお武内は6例の萎縮性肝硬変症の甲状腺の研究の結果，それが Banti 氏病の甲状腺と異なる事から，Banti 氏病の独立疾患たることを暗示している．

甲状腺に於て淋巴性細胞浸潤を初めて記載したのは1893年 Hezel 氏[10]の Basedow 氏病に関する報告が最初で，次で1896年 Farner 氏[11]も亦単純性甲状腺腫内に於て淋巴性細胞浸潤あるを認め，爾来相次いで之に関する発表があり，何れも之等淋巴細胞の甲状腺組織内に於ける発現は病的のものと考えられた．然るに1913年 Simmonds 氏[12]の死体検索の結果，普通大の甲状腺腫に8％，単純性のものに15％，Basedow 氏病に75％又慢性甲状腺炎，甲状腺結核，甲状腺梅毒，悪性甲状腺腫等の組織内に於ても亦淋巴細胞群が認められた．

橋本氏[13]は1912年単に淋巴細胞増殖のみならず著明な淋巴濾胞の発現を伴う一種の甲

状腺腫を4例経験し，之れを淋巴性甲状腺腫と命名したが，我が国の1945年以前の教科書にはこれに就ては記載がないが，かえつて広く米英の外科病理の教科書には Hashimoto's disease として記載されるに至つた．(Boyd[14], Karsner[15], Selye[16], Cole and Elman[17], Christopher[18])

槇[19]によればこの橋本氏病の組織学的特徴は

(1) 淋巴球は単なる浸潤でなくて明らかな淋巴濾胞形成がある．

(2) 広範囲に亘る結合組織の増殖がある，増殖の程度は Riedel 型甲状腺腫に比しては少ないがそれでも可成り著明である．

(3) 上記の淋巴球浸潤及び結合組織の増殖によつて腺実質が圧迫を受け腺濾胞が萎縮乃至消失に陥る．濾胞内コロイド量及び染色度は色々で屢々空胞形成を起している．

(4) 淋巴球の他に単核球や形質細胞の浸潤も見ることあり，時に巨態細胞が現れる事があり，此れは多核縁在性で Langhans 型を思はせると言つている．

以上の変化で淋巴球浸潤，結合織の増殖，更に腺実質の萎縮は何かしら慢性炎症を思はせるので，炎症説を支持する人も多く，米英の教科書，我国の成書にも甲状腺の慢性炎症の中に入れているものが多いが之には相当異論がある．(後文参照)

## 症　例

患者　安○松○　♀　51才

既往症，現症及び経過の概要

昭和24年7月10日吐血 100c.c. あり，医師より胃潰瘍及び肝疾患と診断された．当時胃部疼痛はなかつたが便は黒色を呈していた．同年11月に至り脾腫5横指を触れ腹水を多量に認め，顔面浮腫，Cyanose を来し貧血が著明になつた．昭和25年4月7日 50c.c. の吐血があり色は鮮紅色に近く，尿潜血反応は陽性で貧血は益々著明になつた．5月31日にも又吐血約 50c.c.，9月には 37°—37°3C の微熱が約2週間続き貧血は著明であつたが腹水は多少緩解した．昭和26年2月2日に更に吐血 50c.c. あり，25日には吐血を3回来し，胸内苦悶及び胃部疼痛を訴え翌昭和26年2月26日永眠．

臨牀診断．胃潰瘍，Banti 氏病．

剖検診断．1. 脾腫 (628g)，2. 萎縮性肝硬変．3. 慢性門脈鬱血 (腹水 1400 c.c，食道静脈瘤破裂，二次性貧血.) 4. 心筋褐色萎縮．5. 心内膜下出血．6. 卵円孔開残．7. 萎縮性慢性胃炎．8. 両側肺膨脹不全．9. 胸水 (葡萄酒色の液 200c.c.)，心嚢水腫 (80 c c.)．10. 軟化性嚢腫を伴う老人性大脳皮質萎縮．11. 卵巣の老人性萎縮．

## 剖検及組織學的所見

外景体重 37.5kg，身長 145cm の栄養稍衰えた一女性屍体，皮膚は貧血性で浮腫は腹壁にのみ中等度に見られる．眼瞼結膜と口腔粘膜は貧血が強い．腹部は強く膨満し蛙腹で著明な波動を呈する，

腹腔概観

体壁腹膜は滑沢湿潤で大網の脂肪稍減少し，肝上面は横隔膜と広く線維性癒著を営み，横隔膜の高さは左第5肋骨，右第4肋間で諸腸の漿膜面暗赤色を呈するが癒着はない．腸間膜は脂肪織の発育稍々強く表面は滑沢湿潤であつた．脾臓は左肋弓下 6cm で上面は肝左葉下面と強く線維性に癒着する．腹腔には赤色微濁の液 1400c.c. を容る．

胸腔概観．

胸腺は完全に脂肪化し，胸膜は両側とも肺下縁に於て索状に癒着し，両胸膜内に何れも 200c.c. の葡萄酒紅色の液を容る．心膜は内面滑沢湿潤で内腔に黄色透明の液 80c.c. を認める．

胸部臓器．

心臓．重量 230 瓦，左心室腔の大さは内腔強く拡張し，心内膜下に粟粒大から豌豆大の内膜下出血を認める．卵円孔はゾンデを通過し得る．心筋は褐色を呈している．

肺．膨脹不全が認められた．

腹部臓器．

脾臓. 20.5×13.5×3.5cm, 628瓦, 表面の色淡, 皺襞像不明瞭, 硬度は彈力性強靱, 割面の色稍々淡脾粥殆んど生じない. 濾胞像不鮮明で極く僅かに認められる部分もある. 被膜肥厚し脾柱は著しく増加増大, 脾静脉壁の内面は線維性に肥厚している.

組織学的所見. 被膜及び脾柱は線維性に肥厚し実質は全般的に血量に乏しく, 濾胞は減少し, 残存せるものも頗る萎縮性で淋巴細胞要素に乏しい. 濾胞の残存していた部分と思われる所や脾柱周圍は充血又は出血を来し, 或は線維化を来し, 或は又壞死性の所が見えるものもある. 赤色髓では網状織細胞の増殖並にその結締織化が強く, 線維腺症は起つているが膜織様構造は不明瞭である. 髓索では脾細胞は減少し, 淋巴細胞及び少数の好中球, 好酸球が認められる. 脾材結締織には膠原性物質の沈着中等度で鉄石灰結痂も認められる.

左腎. 120瓦, 星静脈の像著明ならず, 皮髓両質の界は不鮮明, 表面及び割面に小豆大から拇指頭大に至る嚢腫が散在し中に淡黄透明, 赤色, ゲラチン様の種々の内容がある.

組織学的所見, 実質は一般に萎縮性, 絲毬体も萎縮性なるものが多く, 係締毛細管は核に乏しく, 壁は硝子様に肥厚し, 血漿様の蛋白塊を容れる. 又絲毬体の硝子様化或は結合織化したものがある. 髓質の間質には浮腫がある.

右腎. 204瓦, 腎前面中央部に鶏卵大の嚢腫あり, 又後面腎門部に鶏卵大の嚢腫あり, それ以外に粟粒大から豌豆大の嚢腫が散在する. 皮髓両質の界は不明瞭である. 組織学的所見は他側と大同小異である.

胃. 粘膜は暗赤色に汚れ皺襞不明瞭, 物質欠損を認めない. 組織学的に粘膜は萎縮に陥り死后変化の為粘膜の表層は剝離している.

肝臓.

25×13.5×5cm, 906g表面は貧血性淡で硬度可成り増加し, 表面細顆粒状を呈し, 割面は平滑で黄色調強く, 間質は著しく増殖し, 小葉像は稍々不鮮明であつて粗大な偽細葉状を呈する部分もある. 総輸胆管は疏通良好で胆嚢には橙黄色の液少量を容れ, 粘膜の網状像不明瞭で肝門部附近に大網が癒着し, 胆嚢は之によつて被包されていた.

組織学的所見. 被膜は稍々肥厚し, Glisson氏鞘も増殖し不完全な偽細葉分割も見られる. 正常細葉の構造は不明瞭化している. 肝細胞柱は解離しているものが多く, その部の肝細胞は萎縮性で細葉全体としても萎縮性である. 肝細胞には脂肪変性や網状透徹化も見られ, 毛細血管内に少数の淋巴球, 中好球, 好酸球がある.

食道. 下部に於て静脉の拡張強く一部は静瘤を形成し, 粟粒大に隆起した一つの破裂孔がある.

甲状腺.

濾胞は萎縮性で腔の消失せるものが多数に認められ, その部分には淋巴細胞が瀰漫性に浸潤している. 腔の残つている部分に於てはコロイドは一般にエオヂンに染りが淡く, 可成り多数の空胞を認める. 濾胞上皮は一般に甚だ扁平になつているが, 一部分では濾胞上皮が腫脹して多少増殖し腔を満している部分がある. 淋巴細胞は主として小葉間に密に浸潤し, 処々淋巴濾胞を形成し胚芽中心の形成せられたものもある. 小葉間の結締織は一般に増殖しているが血管に甚だ乏しい.

脳. 表面側頭部は萎縮性で蜘蛛膜は灰白色に混濁し, 割面では貧血性で, 組織学的にVirchow-Robin氏腔は一般に拡張し, 左レンズ核の領域に小さな軟化嚢腫を作り, その周辺に多数の類澱粉体が見える. 脈絡膜叢も稍々浮腫性で諸所に砂粒体が散在する.

副腎, 膵, 小腸, 膀胱, 子宮, 喉頭及び気管には著変を認めない.

## 總括並に考按

淋巴性甲状腺腫の報告例は現今我国には10例, (橋本[13], 葛原[20], 三好[21,22], 赤岩[23], 宮地[24], 浜口：今井[25,26], 槇[19]). 外国ではJoll[27]の統計によれば106例報告されている. 年令的にはJollの106例では40～60才が多

く，男女の比は 1：25 で 20 才以前は極めて稀で，我国の 10 例中に於ても殆んど 40 才以上の女性であり，本例も 51 才の女性である．

臨牀的には一般には甲状腺中毒症状は殆んどないが，然し本症の初期に軽い機能亢進症状を訴えたと言ふ報告はある．

通常淋巴性甲状腺腫は両葉が腫大し硬度も可成り硬いので，一見悪性甲状腺腫であるか，或は Riedel 型の甲状腺腫であるか鑑別が必要である．悪性腫瘍との鑑別は容易であるが，困難なのは Riedel 氏病と橋本氏病の鑑別である．Riedel 氏病は Woody thyroiditis 或は Eisenhart Struma と言はれる様に硬度が更に硬く，手術に際しても腺周圍組織との癒着は殆んど認められない．然し組織学的には Riedel 型と橋本型との両者の移行型が認められ区別不能のこともあるので，学者によつては橋本型は Riedel 型の前段階であつて本質的には同一疾患であると考える人々と（Williamson[28]，Ewing，Jaffe[29]，Kreuzbauer[30]，桑畑，永野）別個の疾患であると考えている者がある．（Boyd[14]，M. Clintock[31]，Graham[32]，mc. Cullagh，Heineke[33]）．例えば 1927 Perman と Wahlgren[34] は Riedel 氏病 2 例を報告し彼等は Riedel 氏病の初期段階に於ては組織像は橋本氏が述べたものと似通つていると報告している．一方 Boyd は 7 年前の手術で橋本氏病であつたものが，剖検時の標本でも殆んど同じ組織的所見を示したと述べている．Riedel 氏病と橋本氏病及び他の甲状腺疾患との発生比率は Graham[32]（1931）が 104 例の種々の性質を示した甲状腺疾患群を 10 組に分けて記載したのを見ると，その中の 41 が Riedel 氏病，24 が橋本氏病，残り 39 が様々の慢性甲状腺炎及び其他の疾患によるものであつたと言ふ．日本に於ける統計はまだ報告されていないがこの統計から見ると，英米に於ては Riedel 氏病も橋本氏病も本邦に於けるよりは多いのではないかと考えられる．

甲状腺内淋巴濾胞出現に関する文献並に考按は Basedow 氏病に関するものが最も多く，最初に述べた如く Simmonds 氏はその 75％．Wegelin 氏は 91％の淋巴濾胞の出現を認め，又 Simmonds 氏は単純性甲状腺腫でも 15％，Wegelin 氏は又中毒性甲状腺腫に 43％見られると言ふ．其の他各種甲状腺疾患に見られるが，其程度の最も著しいのは橋本氏病である．又 Simmonds 氏（1913）の研究に依れば普通大の甲状腺であつて，其の組織像正常なものにも亦 5％に於て淋巴濾胞の出現が認められると云ひ，Joll は又正常甲状腺に於て一定の淋巴性細胞集団を見出す事は珍らしいのであるが，彼はそれを示す所の組織標本を 1～2 持つていると述べている．然しながら Poer，Davison and Bischop[35]（1936）は反対に胚芽中心を持つ淋巴濾胞は直径約 1/10 乃至 1/2mm の明かに限局された．円形或は楕円形の小体となりて現はれ，胚芽中枢を有するものは少なく，全数の約 1/3 で其の所在は多く小葉間結締織中に現れ，又小葉内に於ては甲状腺濾胞間結締織中にも見られ，腺濾胞間に索状を呈して存する事もある．興味があるのは結節性甲状腺腫にては，結節中には其の存在少なく却つて，結節発育のため萎縮に陥つた結節周圍の腺組織中に多い事である．

甲状腺内に於て淋巴細胞が何処から発生するかに就ては不明であるが，若年者には完全に缺如している事実から先天的に存在するものでなくて，後天性に現はれるものであることは明かである．Riebert，Wegelin 等は血管から遊走せるが如き組織像を認め，Simmonds 氏も亦淋巴細胞集団が血管に密接し血管との関係明かであると言つているが，Werdt 氏（1911）は此の血管周圍淋巴細胞浸潤は炎症を伴つた甲状腺腫に於てのみ見られるもので，通常は甲状腺濾胞上皮細胞が淋巴細胞様に変化するものであらうと言つている．

そして甲状腺組織の萎縮の結果淋巴細胞の増殖したのでなくて，淋巴細胞増殖に依り腺実質組織の萎縮したものであることは多くの人の認める所である．

淋巴濾胞，淋巴細胞出現の原因としては，Hedinger，Werdt，（1911）Reist（1922），Payr（1927），Kreuzbauer（1930～1931），Boyden，

Coller, Bugher (1935), and Danhiel (1937) 等は甲状腺疾患に沃土を用いることにより影響されて生ずと説いたが，Tröell[36] (1029), Jafae は沃土療法を受けなかつたものにも淋巴濾胞の出現することから沃土説に反対し，Joll も又 17 例の自家経験から同様の意を見有し，橋本氏の発表した 4 例に於ても沃度療法を行つていない．

Hecker[37] は婦人に淋巴濾胞出現の多いのは甲状腺と卵巣との交互作用に依るものであらうと云い，又 Simmonds 氏は Basedow 氏病に淋巴濾胞出現多きは其の異常分泌過多に依る慢性刺戟の結果であるとした．さきに述べた一見正常な甲状腺にも淋巴球浸潤や濾胞形成のあることに就ては，Maximous (1924) の意見の様に間葉系細胞の潜在を認容すれば一応の説明はつけられる．然し又 Williamson, Pearce (1929) は或条件の下に於ては甲状腺内小血管及び淋巴腔の内皮細胞はその性質を変じ，網状織内皮細系に化生して，それが甲状腺濾胞間の淋巴腔中に淋巴細胞を産出するとしているが，現今の組織学では成人網内系の淋巴細胞産生能を否定している．実験的には唯 Mc Carrison 氏[38,39] が (1928) ビタミン完全缺乏食を以て白鼠を飼養し，本病変を惹起せしめた報告があるばかりである．

橋本氏は又本症と似た疾患として Miculicy 氏病 (1829) を挙げている．即 Miculicy 氏病は両側涙腺及び唾液腺の腫大を来たすものであるが，組織学的には円形細胞の浸潤，淋巴濾胞の形成，結合織の増殖を起して腺実質の萎縮を来し時々巨態細胞の出現を見ることもある．

本例に見られた Banti 氏症候群は貧血が繰り返された吐血にひきつづいて起つたことや，脾臓の組織所見からして定型的のものには考えられないが，本症候群乃至はこれに類似したものと橋本氏病が何等かの因果関係をもち得るものか否かわ，この一例のみから判断はつけられない．併し Banti 氏症候群は屢々経験されるものであらうし，又橋本氏病も百数十例経験されているに拘らず，両者の合併した報告がないところからすると，そこに特定の関係があらうとは考えられない．

## 結　語

本例は臨牀的に Banti 氏病兼胃潰瘍の診断を受けた患者であるが，剖検の結果，線維腺症の著しい脾腫及び萎縮性肝硬変のため，強い門脈系の鬱血を起し，殊に食道静脈瘤を形成しその破裂によつて出血を反覆し，遂に死に至つたものである．本患者の貧血は病歴から見ても二次的のものであり，又脾臓の組織所見も所謂 Banti 脾として定型的のものではない．興味あることは剖検に際し偶然定型的な橋本氏淋巴性甲状腺腫を見出したことである．従来 Banti 氏病は勿論橋本氏病の報告も相当数に達しているが，両者の合併したのを未だ見聞しない．従つて両者が何等の因果関係をもつのでないかと言ふ懸念は一応否定さるべきであらう．

稿を終るに臨み，御懇篤なる御指導御校閲を賜わつた浜崎教授に満腔の謝意を捧ぐるとともに，御助言を戴いた那須助教授に深謝する．

## 文　献

1) Banti : Ziegl. Beitr., **24**, 21, 1898
2) Banti : Fol. haemat., **10**, 33, 1910
3) Dürr : Ziegl. Beitr., **72**, 418, 1924
4) 小野 : 大阪医事新誌 **14**, 226, 昭 18
5) 小野 : 日本病理学会会誌 **32**, 254, 昭 17
6) 友田 : 医学 **1**, 7, 昭 21
7) 武藤 : 日本臨牀 **10**, 82, 昭 27
8) 福地 : グレンツゲビード **4**, 506, 昭 6
9) 武内 : 医学研究 **20**, 9, 昭 25
10) Hezel : Deut. zeits. f. Nervenheilkunde., **4**, 352, 1898
11) Farner : Virchows Arch. **143**, 509, 1896
12) Simmonds : Arch. f. Klin. chir., **163**, 86, 1930
13) 橋本 : Arch. f. klin. chir., **97**, 219, 1912
14) Boyd : Textbook of pathology **5**, 1949
15) Karsner : Human pathology **6**, 691, 1942
16) Selye : Textbook of Endocrinology **2**, 1949

17) Cole and Elman : Textbook of surg., **5**, 1948
18) Christopher : Textbook of surg., **3**, 280, 1943
19) 槇 : 医学 **11**, 47 昭 26
20) 葛原 : グレンツゲビート **5**, 563, 昭 6
21) 三好 : 日本外科学会雑誌 **39**, 138, 昭 13
22) 三好 : 実地医家と臨牀 **15**, 250, 昭 13
23) 赤岩 : 治療及処方 **22**, 737, 昭 16
24) 宮地 : 大阪医事新誌 **12**, 399, 昭 16
25) 浜口, 今井 : 外科 **9**, 69, 昭 22
26) 浜口, 今井 : 日本外科学会雑誌 **47**, 21, 昭 22
27) Joll : Brit. J. surg. **27**, 351, 1937
28) Williamson and pearce Brit. med. J. **1**, 4, 1929
29) Jaffe : Four. Amer. Med. Assoc., **108**, 105, 1937
30) Kreuzbauer : Arch. f. K lin. Chir., **166**, 178, 1931
31) Mc Clintock : Ann. Surg. **11**, 106, 1937
32) Graham : West Jour. Surg. **39**, 681, 1931
33) Heineke : Deut. zeits. f. Chir., **129**, 189, 1941
34) Perman and Wahlgren : Acta Chir. scand., **61**, 535, 1927
35) Poer, Davison and Bischop : Amer. J. Surg., **32**, 172, 1936
36) Tröell : Arch. f. klin. chir. **155**, 1929
37) Hecker : Frankfurter Zeitschr. f. pathol., **28**, 96, 1922
38) Mc. Carison: Indian. J. of med. research., **15**, 1928
39) Mc. Carison : Brit. Med. J., **1**, 5, 1929