—7.7 mg で三宅¹⁸⁾等の唱える日本人成年女子の平均値 6.3 mg—12.5 mg 大野¹⁹⁾の 5.0 mg—16.0 mg に比較して可なり低い値を示しているが、これにアスピリン、サリチラミン、コーチゾン等を投与すると何れの場合も著明とは言い難いが軽度の増加の傾向を示すものゝ如くである。三者の間に程度の差は認め難く、且何れもその増加は正常値の範囲内に止ることは屋形¹²⁾の場合と同様である。

17-K の増量と尿量との関係については尿量の少いときには含有量が概して高く、増量に伴つて尿量が多くなることは認められず関²⁰⁾の所見に一致している。

好酸球数は三者何れの場合も動揺甚だしく正常の日内変動と見る可く意義を認め難い。

この患者は治療前から中等度の貧血があり、血沈値も亢進しているがこれについては全く影響が認められない。

血球数、血色素含有量についても同様全く変化が認められない。

自覚症状を主とする治療効果については何れもある程度の自発痛及び運動痛の緩解を訴え、これに伴つて過動能力の恢復が認められたが、その程度についてはサリチル酸剤の中ではアスピリンがやゝ勝れた結果を示したが尙治療期間中に於ても効果の動揺があつた。コーチゾンはこの二者に比較して効果の発現早く且比較的動揺が少かつたが治療中止後再び治療前の状態に復することは何れも同様であつた。

結 語

多発性関節リウマチの一例にアスピリン、サリチラ

ミン、コーチゾンを交互に投与して臨床症状、尿中 17-K 量、血中好酸球数等を測定して比較した結果は、同様の結果を得て三者の間に著明な差を認め得なかつた。

稿を終るに当り御指導御校閲並に御助言を賜つた赤木教授西村教授及び能勢院長に感謝の意を表する。

引 用 文 献

- 1) 沖中、西川：内分泌のつどい、第 3 輯、742 (1952)
- 2) 斎藤：内分泌のつどい、第 1 輯、160 (1952)
- 3) Crevald, Kuipers : Ned. Tijdsch. generesk, **94**, 2175 (1950) ; British Abstract, 53, April による
- 4) Pempen : 同誌 **94**, 2170 (1950)
- 5) Dingemanse, Huis : 同誌, **94**, 2182 (1950)
- 6) 屋形 : 新潟医学会誌, **67**, 2 (1953)
- 7) 矢野 : 治療, **9**, 6 (1952)
- 8) 屋形 : 日内科会誌, **41**, 445 (1951)
- 9) Cauwenberger : Lancet, **261**, 374 (1951)
- 10) Hetzel, Hine : Lancet, **261**, 94 (1951)
- 11) 屋形 : 日本臨床, **10**, 1040 (1951)
- 12) Beltolani, Lorenzini; Bonati : Lancet, **260**, 54 (1951)
- 13) Meade, Smith : Lancet, **260**, 773 (1951)
- 14) 青木 : 日薬理誌, **47**, 124 (1950)
- 15) Roskam, Cauwenbeger, Mutsers : Lancet, **261**, 375 (1951)
- 16) Drechter : J. clinical Endocrinology, **7**, 12 (1947)
- 17) 三宅 : 臨床, **4**, 8 (1951)
- 18) 大野 : 内分泌のつどい、第 3 輯, **621** (1953)
- 19) 関 : 内分泌のつどい、第 3 輯, 645 (1953)

Grawitz 氏腫瘍と誤診せられた Hodgkin 氏病の一例

日本医科大学解剖学教室 (主任 横尾安夫教授)

諏訪赤十字病院

田 中 康 夫 ・ 小 林 尚 ・ 岡 角 節
Yasuo Tanaka Takashi Kobayashi Setu Morozumi

緒 言

淋巴瘤の系統的疾患が Thomas Hodgkin(1832)により、英国で初めて報告され Wilks(1856)が此を Hodgkin 氏病と命名したのが此 Hodgkin 氏病のはじま

りである。併しながら当時は本疾患の中には結核性淋巴瘤腫や淋巴性白血病をも含まれており、更に淋巴瘤腫症や細網肉腫との区別がされていなかった。最近幾多の研究者によつて此等の疾患と臨牀的に又病理組織

学的に、或は血液所見の上から区別され Hodgkin 氏病の全貌が明らかにされた。かかる Hodgkin 氏病は又淋巴腺の他に脾・肝・骨髓・肺・腎其他泌尿器等の臓器を犯すと云はれているが、偶々大きな腎腫瘍のために Grawitz 氏腫瘍と誤診せられた Hodgkin 氏病の一例を経験したので報告する。

症 例

患者：■■■■：男 40 歳 会社員

家族歴・既往症：共に特記すべきものはなく、結核、悪性腫瘍も認めない。

現病歴：2 年前より時々腰痛を訴え、神経痛と云われていた。昭和 29 年 3 月上旬より腰痛増強し医療鍼療を受けたが軽快せず、4 月上旬より下肢に浮腫が現われ、急性腎炎と診断された。浮腫は漸次増加し 4 月下旬には全身に及んだ。呼吸促迫：胸内苦悶あり腰痛激しく歩行不能となつた。

現症：昭和 29 年 5 月 6 日初診、体格栄養共に佳良 体温 36.5° 脈搏頻数稍々微弱にして顔貌浮腫状・苦悶状を呈す。呼吸促迫し概ね半起坐の姿勢をとる。左鎖骨上窩に拇指頭大の比較的柔い淋巴腺腫脹を触れるが、其他に頸部、腋窩淋巴腺等は触れない。胸部肺肝境界稍々上昇し、心濁音界は稍々左側に偏す。心音・呼吸音に異常がない。腹部稍々膨満し、正中線にて肝を 2 横指径、又両側腹部に対象的に巨大な腎腫瘍を触知する。腫瘍は楕円形にて直立し、両肋骨弓下に存在し、表面平滑不動性にして大きさは右は右乳線上 4 横指径、左は左乳線上 3 横指径触知する。又腹水貯溜の症状を認める。腹壁静脈の怒張はない。下肢浮腫著明、膝蓋腱反射は稍々微弱である。尿量は約 50cc である。

諸検査

(1) 尿：黄褐色透明にして、比重 1025、蛋白弱陽性、ビリルビン・ウロビリノ・ウロビリノーゲン共に陰性、沈渣は赤血球、白血球を認め、腎上皮細胞をも認めるも、円柱及腫瘍細胞は認めない。

(2) 血液：赤血球 383 万・白血球 6200・血色素(ザリー氏法) 70%・白血球の百分率は好塩基球 0.5%・好酸球 3.5%・メタ好中球 0・桿状核好中球 4.5%・分核好中球 57.0%・淋巴球 29.0%・単球 4.0%・形質球 1.5% にして、其他有核赤血球(-)・異型赤血球(-)・大小不同赤血球(+)多染色赤血球(+)・ワッセルマン・村田、井出氏反応(-)

(3) レ線検査：

i) 腎盂撮影：スギウロンを用い下行性腎盂撮影を

行なうに両側共腎盂陰影を認めず、腫大せる腎の輪廓を示す淡い瀾漫性の陰影を認める。

ii) 胸部撮影：肺・肺門淋巴腺・及心臓陰影は特に異常を認めない。

(4) 其他の検査：ツベルクリン皮内反応陽性血沈 1 時間 88 mm、2 時間 105 mm、松原氏癌反応陰性、糞便の潜血反応(-)・蛔蟲卵(+)・十二指腸蟲卵(-)

診断：Grawitz 氏腫瘍

其後の経過：5 月 6 日入院以後平熱に経過するも食思不振・嘔気・水様便 1 日 4~5 回あり。尿量一日平均 200 cc 前後にして、浮腫は遂次増加し、5 月 17 日心臓麻痺にて突然死亡した。

肉眼的所見：

i) 両側腎は上半腫瘍様肥大あり(図参照)色は灰白黄褐色を呈し、腎盂腔拡大し実質内に数ケの灰白色結節を認める。

ii) 大動脈周囲では後腹膜淋巴腺の腫大並に腺塊形成を認め、後腹膜の瀾漫性腫瘍様肥厚を認める。

iii) 副腎：右は副腎の正常構造を認めず、左副腎は萎縮し粟粒大乃至小豆大の 2~3 ケの灰白色結節を認める。

iv) 左鎖骨上窩の鳩卵大の淋巴節腫脹

v) 其他全身水症・皮下浮腫・陰囊水腫・血性腹水あり、又鬱血肝並に鬱血脾の所見を認める。

顕微鏡的所見：

図 1 ステルンベルグ氏型巨細胞少数認める 淋巴腺(強拡大)

図2 障碍著しい腎の病巣 (弱拡大)

淋巴腺・腎は特有な肉芽腫を形成している。細網内皮細胞・結合繊維細胞の増殖著しく、類上皮細胞・淋巴球・形質細胞・好酸球等の浸潤・増殖並に少数のステルンベルグ氏型巨細胞を認め、一部に壊死巣・繊維化を認めてホドキン氏病の組織像に最もよく似た像を呈している。(図1・図2)

考 案

Hodgkin 氏病は近年組織学的研究が行われるようになってから逐年増加の傾向にある。守屋によると米国では人口 10 万に対して 0.5 から最近 2.5 に上昇している。但米国の Hodgkin 氏病中には細網肉腫が含まれており、我国のように細網肉腫がよく研究されている所では Hodgkin 氏病は少ないと北村は述べているので、米国ほど多くはないと思われるが日本でも最近では Hodgkin 氏病を肉芽腫よりも細網肉腫の 1 型と見る傾向が多くなつてゐる。男子は女子より罹患率が高く、北村は 60~70% が男子であると云い、宮地・守屋は男子は女子の二倍の罹患率であると云う。年齢的には老人、小児には比較的少なく、中年者に多いと云うが、本例でも男子で年齢は 40 歳であるので此に相当している。

病原体：本疾患の本態に就ては炎症説、腫瘍説、両者の中間説及新陳代謝異常説等あり。現在決定的なものはないが、炎症説が最も有力のようである。炎症説の中には古くは結核に関係ありとするものから Virus 或は Brucella 菌・デフテリー類似菌・抗酸菌等によるものなりと数多の学説がある。本疾患の本態が不明であるので此等の菌の侵入口も決定出来ないが、口腔・咽喉又は胃腸・泌尿器・骨髓等に之を求める人がある。

症状：宮地は Symmers の本症のおこり方を次の様に挙げている。

1) 別に症状を訴えないもの(時に淋巴腺の肥大と皮膚の掻痒感を伴うのみ)。

2) 淋巴腺がはれて其等による圧迫症状を訴える。

3) 自覚症状・圧迫症状がなく急に淋巴腺が大きくなつて、圧迫症状と共に数週・数ヶ月で倒れる。

此によると本例では 2) に相当し後腹膜淋巴腺腫脹の為に神経を圧迫し頑固な腰痛を惹起したものと考えられる。

淋巴腺の腫脹に就ては本例では鎖骨上窩の淋巴腺が拇指頭大に腫脹しているのみで、多くの成書に書かれている様に、頸部淋巴腺が最も早く且つ強く腫大するとは云えなかつた。併し剖見により後腹膜淋巴腺の腫大を認めるが、近年腹腔淋巴腺の強く犯されている報告が多く、此が Hodgkin 氏病の侵入口が胃腸であると主張する根拠になつてゐる。又淋巴腺は頸部から縦隔膜・腋窩・腸間膜・後腹膜・鼠蹊淋巴腺と apico-caudal に拡がるものとされているが、後腹膜や鼠蹊淋巴腺のみが腫脹している事もあると北村は述べ、又 Boyd の「Hodgkin 氏病の際は非連続的に犯すのが特徴である」と云う言を挙げているが、本例では鎖骨上窩と後腹膜淋巴腺腫大を認めたに過ぎない。

淋巴腺の他に肝腫は 75% 脾腫は 50% にみられると云うが、本例では肝、腎を触知し脾は触れなかつた。熱型は Pel Ebstein 型(有熱期と無熱期が交替に現はれる)と云はれるが、本例では平熱に経過した。又淋巴腺や造血臓器の著しい腫脹の為、圧迫症状が顕著となり、全身に浮腫を見るに至ると云われるが、本例の如く腎が著しく犯され尿量が少くないので、圧迫症状がなくとも浮腫が現われるのは当然であろう。又圧迫症状として截癰・膀胱直腸障碍・知覚欠損等を起して来ると云われるが、此事は見られなかつた。

血液所見は特有な変化はない。北村は「赤血球は減少し白血球増加症をみる事多く、白血球減少を示す事は比較的少ない。淋巴球は絶対数に於て稍々減少し、好エオチン細胞は多くは著しい増加を示すが、時には之を欠く事がある」と述べているが、本例では赤血球の減少、淋巴球の稍々増加以外には著しい変化は見られなかつた。

肉眼的所見として多くの研究者は脾が斑岩脾(Porphyrmilz)である事が本疾患の重要所見として挙げている。即肉眼的に大小の結節を多数形成し、その剖面は灰白色又は黄色乃至は褐色を帯びていると云われ

るが、本例では鬱血脾の所見をみるだけであつた。肝臓も被膜の直下に結節を形成すると云われるが、矢張り脾同様鬱血肝の所見をみるのみであつた。淋巴腺や肝、脾の他に腎・肺・扁桃腺・甲状腺・副腎・泌尿器・皮膚等を犯すと云われるが、本例では腎は著しく腫大し、その為 Grawitz 氏腫瘍と誤診せしめた。又副腎も犯され、何れも灰白色の結節を認めた。

組織学的所見：小林は組織像の特長は其多様性にあり試験的切除の小片を幾度か検査して、其度毎に異つた所見を呈すると述べているが、定型的組織像として病期を分けて Braitenberg の分類を挙げている。即

I 初期（非特異性増生，非特異性滲出性炎症——洞カタル）

II 極期（特異性肉芽形成）

III 末期（壊死・繊維化——硝子化）

初期は滲出性淋巴腺炎の像であり，特異性肉芽形成は淋巴細胞の他，淋巴管内皮細胞，細網細胞（類上皮細胞）繊維芽細胞が増生し，ステルンベルグ型の多核巨細胞も出現し，更にエオジン嗜好性白血球や形質細胞も加はる。此が肉芽組織であつて，其為淋巴腺は著しく腫大して来る。末期では此肉芽組織は変性及壊死を起し，他方組織の繊維化が起り徐々に進行して行く。本例も既に壊死巣・繊維化を認め，III 期に相当している。又此の所見により淋巴肉腫，細網肉腫・淋巴性白血病等と組織学的に区別されるが細網肉腫の多形細胞型との区別はむづかしい。

経過及予後：守屋は (1) 緩慢な経過を示し，12~14

年も比較的状態がよく経過するものと (2) 10 週間位で死亡する急性型と，(3) 此両者の中間型で 7 ヶ月~12 ヶ月位の経過で死亡するものとの三大別をしているが，本例では初発症状より約 2 ヶ年，浮腫が発現してから約 6 週間で死亡している。又脾腫・発熱・痒疹・淋巴腺腫脹が著明なもの，更に腹腔淋巴腺腫脹が著しいもの，胃腸症状の強いもの，赤血球漸減するもの，病初から血沈促進，体重減少の著明のものは予後は悪いと述べているが，本例では浮腫の存在は死期を著しく早めている。

結 言

臨牀的に乏尿，蛋白尿，血尿があり，腫瘍状を呈した両側腎を触れ，腎盂造影其他の所見より腎腫瘍を疑い，Grawitz 氏腫瘍と診断したが，剖見により両側腎を広範囲に犯した Hodgkin 氏病なる事を知つた。入院後間もなく死亡したが，早期に淋巴腺の試験的切除を行つて X 線治療や Nitrogen mustard 等の治療を行うべきであつた。

拙筆に当つて本学病理学教室木村哲二教授の御校閲を深謝します。(本論文の要旨は昭和 29 年 10 月 31 日内科学会信越地方会に報告した)

文 献

- 1) 北村四郎：新潟医誌，64 年 (10) 649 (1950)
- 2) 宮地 徹他：日本臨牀，6，7 (1948)
- 3) 小林忠義：慶応医学，27，(1) 1 (1950)
- 4) 守屋邦男：日本医事新報，1326 号 (1949)
- 5) 高木八郎他：日本血液誌，14，(4) 230 (1951)

大腿骨頭に於ける所謂骨端炎の 興味ある一例

日本医科大学整形外科学教室 (主任 高木憲次教授)

三 原 鏡

Akira Mihara

(本論文の要旨は第 197 回整形外科集談会で発表した)

緒 言

Joeck は 1937 年に「おそらく骨病理学の部門に於て，この無腐性骨壊死疾患の概念のもとに一括される疾患程多数のアルバイトと研究を必要とした項目は

他にはないであろう」とのべた。ことほど左様にこの疾患には多数の業績が見られる。にも拘らずその病理発生に関しては諸説粉々として，「外科学と病理学の謎」なる語さえも見られている。斯くの如く混沌とした中であつて名倉氏は，実験的に骨端損傷の修復に際し軟骨仮骨の形成と軟骨内化骨の起ることを証明する