原 著

コルサコフ症候群および嗜眠を来せるクラニオファリンゲオームの一例

Ueber ein Korsakowsyndrom und Somnolenz
verursachtes Kraniopharyngeom.石 崎 孝 夫* 大 熊 輝 雄** 檜 林 博 太 郎*
Takao ISHIZAKI Teruo OHKUMA Hirotaro NARABAYASHI

緒 言

コルサコフ症候群は、1887年 Korsakow¹⁾ により慢性酒精中毒において、多発性神経炎を伴う精神障害として詳細に記載されたもので、そのご Bonhoeffer²⁾ は、記銘力の障害、健忘、見当識障害、作話の四症状を本症候群の特徴としてあげ、なかんづく健忘がこの病像の中核症状であるとして、健忘症候群と呼ばれるようになったことは衆知のことである。このいわゆるコルサコフ症候群は、当初 Korsakow の記載した慢性酒精中毒その他の中毒疾患のみならず、各種の原因による脳損傷にしばしばみれることが多数の報告によつて明らかにされている。そして本症候群の基本障害および発症機転を精神病理学的に解明しようとする試みは少なからずある。とりわけ、Wernicke³⁾、Pick⁴⁾、をはじめとして、Grünthal⁵⁾、Bürger-Prinz u. Kaila⁶⁾、Van der Horst⁷⁾、Scheid⁸⁾、Müller-Suur⁹⁾ らに至る見解は、単に記憶機能や思考過程の部分的障害に止らず、広く病者の人格構造の解体あるいは変容、体験様式の障害を問題にする傾向にある。又一方、病理解剖学的研究の面では、コルサコフ症候群の基盤として的大脑損傷は、Gamber¹⁰⁾、Neubürger¹¹⁾ らの詳細な研究以来、乳頭体を中心とする視床下部が重要視せられているが、他の大腦部位(Pfeifer¹²⁾) あるいは、海馬回(Conrad u. Ule¹³⁾) との関連をも重要視する学者もある。最近乳頭体を含めて間脳が生理学的機能連合の中核とみられるに至り、その立場から検討されようとしている。吾が国においても、主として病理解剖学的立場から、故大熊教授¹⁴⁾、内村教授¹⁵⁾ が、また主として臨床病理学的方面より高木¹⁶⁾、佐竹¹⁷⁾、越賀¹⁸⁾、酒井¹⁹⁾、菅原²⁰⁾ の諸氏が報告している。

このようにコルサコフ症候群は、精神病理学的にも、病理学解剖学的にも極めて興味ある、未解決な問題を含んでいると云えるのであり、現在なお脳病理学における中心課題の一つと云いうるのである。

* 順天堂大学医学部精神神経科学教室

** 東京大学医学部精神科学教室

1959年6月24日受付

著者は比較的著明なコルサコフ症状を示し、嗜眠を伴つた1例を観察し、剖検する機会をえたので以上の観点より若干の考察を加えてこゝに報告する。

症 例

患者は39才の男子、建築技師、性格は口数少く気むづかしく几帳面である。

既往歴。出産は正常、少年時代はやゝ虚弱で中耳炎、鼻茸等の手術をしている。32才の頃、肺浸潤の診断にて半年程静養し治癒す。その頃、黄疸、脚気等に罹患したという。性病は否定す。酒は殆んどのまず、藥物中毒もなく、腸チフス以外は予防注射の既往はない。

家族歴。母方の叔父に精神異常を来した者ありというも、そのほか精神病、神経病の遺伝負因は認められない。実子3人あり健在である。生活史、某大学建築科を卒業し、建築会社に勤め、ビルの建築設計に従事す。

本病歴。昭和25年春頃より、時々眼の奥が痛み、次第に耳後部、上眼窩部に拡がり、刺すような痛みが増し、嘔吐、眩暈を来すこともあつた。その頃から無頓着、投やりの傾向になつてきた。同年9月末頃から激しい頭痛があり、37°C 前後の微熱が続き、そのご嗜眠傾向を生じた。時に顔面が浮腫状にみえたことがあつた。同年11月上旬頃から物忘れがひどくなり、会社に出ても居眠りをするようになり同僚から注意された。昭和25年11月25日に当院神経科に入院した。

入院時所見。身体的には、37°C~37.5°C 程度の微熱があり、軽度の右顔面神経麻痺、失調症、下肢の腱反射亢進がみられ、瞳孔の対光反射が減弱している以外は著変はなく、胸腹部内臓器、尿・便等に異常なく、血液は白血球増多(15000/mm³)、軽度の貧血(赤血球数400万/mm³)を示していた。眼底、視野に変化なく、気脳写、脳動脈写にも異常は認められなかつた。脳脊髄液には、しばしばキサントクロミーあり、液圧は正常、細胞数および総蛋白量が軽度に増加していたが、ワ氏反応は血液、髄液ともに陰性であつた。

精神的には、顔貌は茫乎として表情は弛緩性であるが、問意は理解し、傾取は迅速である。また注意の集中

も左程不良ではない。軽い頭痛と倦怠感を訴えるが病識はなくやゝ多幸的、楽観的である。問診により、見当識、記銘、および記憶の障害、作話症が目立っている。

〔今日は何月何日ですか〕 11月12日頃かな………14日か（実は11月27日）

〔今年は何月何年ですか〕………（考え込むが答えられない）

〔此処はどこですか〕 慈恵医大です（不正、たゞし慈恵医大に外来で受診したことはある）

〔私は何をする人ですか〕 主任の医師

〔この人は誰〕 妻（正）

〔子供は何人いますか〕 5人（不正）

〔その名前は〕（正答する）

〔住所は〕（正）

〔姓名、生年月日、出身校〕（正）

このような問診で、見当識については自己、周囲、場所については概ね保持されているが、時に関しては著明に障害されていることが分る。

〔入院したのはいつですか〕 昨日（不正）

〔入院する前には誰かにみてもらった〕 えゝ、此処の………いやどこかな、眼科か………帝大ぢやない………どこだ

〔何という先生にみてもらった〕 忘れました。慈恵も忘れました。耳鼻科か眼科ですか、あれは慶応かな

〔昨日の天気は〕 今日ほどよくなかった。曇でした。（実はひどい雨だった）

〔朝飯のおかずは〕 おみおつけと………おみおつけあったかな、なかったような気がする………魚か肉があったかな（実は味噌汁、卵、つくだに）

〔結婚はいくつの時でしたか〕 32かな（実は28才）

〔終戦は〕 昭和23年ではなかったですかね。

〔当時のアメリカの司令官〕 マッカーサー

〔どこでの戦争でした〕 日本と米国と英国

〔日本の総理大臣は〕 幣原（誤）………あゝ、吉田です（正）

〔学校卒業後まずどこにつとめた〕 三菱製鋼（誤、大阪ガスに2年位つとめた）

〔大阪ガスには〕 2〜3カ月か。

〔帝銀事件とは〕 名前は忘れました。平塚ぢやなしに………要するに銀行の強盗事件ですね、殺人まで行かなかったかな、帝国銀行に………平………何とか通生ですか、それが入って金をもつて行つた。

以上の問診で、記銘力、記憶力は共に高度に障害されている。作話の傾向はあるが反面当惑の状を示し、記憶

不良を自覚していると思われる点もあるが、これについて苦慮することはない。計算は割合よく出来るが、軽率に早く答えて間違える傾向がある。一般的知識は概ね保持されており、このことは知能検査（脳研式）によっても示される。すなわち、成績は29点（50点満点）でやゝ不良であるが、時間的配列の問題では極めてわるく、抽象的思考を要する問題は良好で、痴呆の患者の場合とは全く逆である。また、注意散漫で解答速度が遅い。このことはブルドン（抹消試験）にもよく表れており、作業能率の低下を示していた。

また、入院当初より、病感（病識）は存するが、これに対し深刻に悩むこともなくほぼ一貫して病識は欠除していたことは注目すべきことであつた。

“自分は精神的に異常はない、身体がだるくて張切れないし、病院で脳がわるいと云われたので入院する気になつた”などと云い、口数も多く、冗談を云うなど性格変化も著明である。

入院後約1カ月間の経過では、以上の症状に加うるに作話傾向が著明となり、医師に対し、“東劇に行つてきました”とか、“三菱の病院に行つてきた、朝から早稲田の学生が大勢来しました”などと事実無根のことを云う。また、人物誤認の傾向も生じ、妻を妹と間違えたり、母（既に死亡している）が来たなどと云つて不安状態になるなど意識障害を思わせる点が時にみられていた。日常生活も臥床がちで昼寝をよくしあくびも多くなつた。しかしながらこの間にも“今の職業にもう一度戻りたい。毎日ベッドの上に寝たきりで退屈で仕様がありません。でも自分のつとめですからね”と云つたり、“病気のことは苦にしても仕方がないから人生をenjoyすることにしている”などと云い無欲、多幸的傾向とともに病識らしきものが散見される時があつた。そして周囲から記憶の誤りを指摘されると、“僕はやつぱり頭がわるいようですね、物忘れがひどいようです。でも心配なんかしていません。今日は1月9日ですね”など云うこともある。

そのご、1月10日深夜に突然不安状態となり、室外に出て“お母さんが2階にいるから会いに行つてくる”とか“会社で自分の病気を知らないから電話をかける”などと云い、譫妄状態を示したが、その頃より嗜眠傾向が強くなり、頭痛を訴え、また、便所に行こうとして玄関の方に行く、自分の部屋が分らなくなるなど、時、場所の失見当、記銘、記憶の障害が高度となつてきた。しかしこの頃でも、計算、判断力、理解力は引続き保持されていることを知つた。以下の簡単な問診によつてこれ

を示す。

15×3=45 (速答) 100-45=55 (速答)

〔20円で7つ, 100円では〕……5つ……350……35だ。

〔100円-15円×5〕 25円 (速答)

〔嘘と間違のちがい〕 嘘は意識する, 間違は意識しないで信じこんでいる。

〔倏約とけち〕 倏約はものを大事にする, けちは必要以上病的に大事にする。

〔勇敢と乱暴〕 勇敢は危険だと分つても必要ならば行う。乱暴というのは……むづかしいな……

物品の命名, 指示などは迅答に正答する。病識は以然欠除し, 極めて楽天的である。自分では病気だとは思われないというので

〔しかしもの忘れがひどいでしょう〕 まあしかしこの頃はそうもの忘れすることもないですよ。

〔病気のことに心配にならない〕 病気のことは心配します。こうゆう風になってどうなんだろうと思います。

〔こうゆう風にとは〕 こうゆう風に病院に入つて病気だということになってます。

〔どうゆう病気〕 神経病です。

〔どうゆう風に悪いか〕 そうですね, 忘れつばいとか怒りつばいとか頭が痛いとか……

〔やつぱり病気でしょう〕 病気ついていや病気です, 神経衰弱でしょうね, 病院に入っていない人だつてわし位の人はいくらもいるでしょう。

〔今は2月ですね〕 いいえ絶対に正月前ですよ, 餅を食べませんからこれだけは自信があります。ひっかけられませんよ。

このような状態を続けていたが, 2月20日頃より時々尿失禁あり, 瞳孔対光反応消失し, 3月3日頃より涙もろく, 或は刺激性となるなど情動不安定となり, 時に幻覚(錯覚), 精神運動性不安を混え軽度の譫妄状態を来し, 歩行は次第に失調性となり同月14日に東大神経科に転院した。転院後も次第に意識障害が進行し, 全身衰弱が加わり, 4月27日死亡した。

以上の経過を綜括すると, 初発症状として脳圧亢進症状, 性格変化, 嗜眠などを伴つて徐々に発病し, 見当識の障害, 記銘および記憶の障害, 作話症などのいわゆるコルサコフ症候群が著明になってきたものである。このコルサコフ症候群は終始多幸的な性格傾向に彩られ, 嗜眠あるいは譫妄などの意識障害を間断的に伴つて推移した。身体的には, 微熱, 軽度の脳神経症状, 髄液変化が注目された。

治療としては, 一応炎症性のものと考え, ビタミン B₁

の皮注 および髄腔内注入 その他2~3の対症的療法を行つたが無効であつた。

病理解剖所見:

肉眼的所見・胡桃大の腫瘍が第三脳室をほぼ充満している。乳頭体を通る前頭断では, 乳頭体は両側性に消失し, 内容は膠様緑色である。前端は視神経交叉の後縁, トルコ鞍上にあり, 後端は後交連, 左右は第三脳室壁に接し, 視床下部を圧迫しており, その被膜は癒着していた(図1)。

組織学的所見・組織学的には腫瘍は数層の結合組織性被膜をもつて被われ、腫瘍の内部は上皮性細胞の集団の散在乃至隔合を示し, Kraniopharyngeom の組織像である。すなわち, まず血管には赤血球が充満し, 血管内皮細胞はエオジンに濃染し, 腫大し変性を起しているものもある。このような血管を中心として上皮様細胞に移行するものもあるが, 結合組織性細胞のあるものもあり, 同質性に染色され, 或は崩壊して囊腫性の構造を示すものもある。その外層には明るい比較的大きな核をもつた細胞が散在し, その外側には上皮様細胞(円柱状細胞)が数層をなして壁に対し垂直に並列している。最外側の細胞は1~2の過染性の核をもつたかなり大きな細胞で, 退行変性を思わせる(図2)。

考 察

まず本症例において, コルサコフ症候群がどのように推移したかを素朴に振り返つてみよう。前駆症状として, 頭痛, 嘔吐, 眩暈等の脳圧亢進ないし脳膜刺激を思わせる症状があり, 更には, 無頓着, 多幸気分など器質痴呆にみられるような性格変化, 間脳症状を思わせる嗜眠をもつて徐々に始まり, 次第に健忘症状が著明になってきたものである。健忘は時に関する見当識の障害, 時間系列を中心とする記銘, 記憶の障害, 作話症として著明に示され, これに次第に人物誤認, 譫妄等の意識障害が加わり, 全身衰弱の為に死亡したものである。この場合, 本症例の経過中終始みられた性格変化は, 無欲, 無頓着の反面極めて多幸の楽天的であつて, コルサコフ症候群を多彩に画き出していた。すなわち本例のコルサコフ症候群は, その初期においてすでに健忘が, その無自覚, 無批判的で, しかも当突さが明瞭に示されており, さらに健忘症状の進展に従い, 作話も現実的なものより荒唐無稽で楽天的な傾向を増して行つたことは, 本症例のコルサコフ症候群を顕現する意味で, 性格変化が強く関与したと考えることが出来る。

次に, 知能とコルサコフ症候群との関連について考察してみよう。問診, 知能テスト, 生活態度よりすれば全

般的に知的水準の低下が認められ、特に習得能率の低下、思考内容の貧困を認めることが出来る。然し乍ら、Jaspers²¹⁾の云う本来の知能すなわち、特に理論的思考、知的判断力については少くとも粗大な障害を認めることは出来なかつた。これは、本症例の全経過中で、コルサコフ症候群の著明な後期においても認められており、本症例の知能障害とコルサコフ症候群とは密接な関連を認めることは出来ない。

また、意識障害についても、本症例の全経過中、屢々認められたにもかかわらず、コルサコフ症候群と平衡的な関連を見出すことは出来なかつた。然し乍らコルサコフ症候群が譫妄に引続いて発生し、また屢々痲呆を合併する症例の報告はあり、これらの症状の基盤は近縁なものと推定することは出来るであろう。

次に本症例のコルサコフ症候群の基本的な特徴を2～3挙げて考察してみたい。まず注目すべきことは、体験に対する再生が時間的秩序をもつて述べられず、時間系列の混乱を示していたことである。すなわち、記録、記憶の障害、失見当、作話の四症状に一貫して時間系列を中心とする障害を認めることが出来る。時間意識の障害、すなわち体験の仕方自体に障害をおこうとする論者(Van der Horst)や、体験様式よりも、記憶脱落の為の追想障害に重点をおく論者(Sheid, 佐竹)もある。Jaspersは、記憶脱落の結果、追想機能の障害が起る追想錯誤が起ると述べている。いずれにしても、本症例のコルサコフ症候群では、時間系列の障害は追想障害(健忘性の)と伴って著明にみとめられたといえるであろう。

次に、本症例のコルサコフ症候群を、人格、すなわち全体としての基本的態度、あるいは体験に対する統合、構成的機能という面でいささかみなおしてみようと思う。Grünthalは、体験に対して観念や思考を関係づける点に障害ありとし、心構障害(Einstellungsstörung)とし、Bürger-Prinz u. Kaila, Steiner, Müller-Suurらは、自発性の喪失、不関心的態度、受働性などと規定し、情意面の欠陥を重要視したが、これらの点は、本症例にも看取しうるものである。また、内省や病識の乏しいこともコルサコフ症候群の人格の障害との関連からかなり理解出来るように思われる。然し乍ら、これらのいわば人格変化を思わせる諸症状も、経過により、あるときは軽快し、あるときは重篤となるなど消長を示したことも興味あることと思われる。

次にコルサコフ症候群を発呈した器質的基盤として、病理解剖学的側面より考察してみたい。Pfeiferは、精神症状を示した脳腫瘍を局在により分類し、コルサコフ

表 1 (B. Pfeifer による)

		Gesamtzahl der Tumoren	Fälle mit Korsakow'scher Psychose
1.	Stirnhirntumoren	13	9
2.	Zentrallappentumoren	10	3
3.	Schläfenlappentumoren	15	6
4.	Scheitellappentumoren	3	2
5.	Hinterhauptlappentumoren	2	2
6.	Tumoren des tiefen Marklagers	7	2
7.	Balkentumoren	3	2
8.	Hypophysentumoren	2	0
9.	Tumoren der Zentralganglien	3	3
10.	Tumore der Brücke	3	0
11.	Kleinhirntumoren	9	2
12.	Multiple Tumoren	11	6
(Gesamtzahl)		(86)	(37)

症候群との関係について述べている(表1)。それによるとコルサコフ症候群の局在診断的意義は見出せなかつたと述べている。つまり、間脳附近の腫瘍にその発生率が多いが、他の大脳領域の腫瘍にも多数コルサコフ症候群を示すものがあるとの理由によるのである。Gamperはアルコール・コルサコフ症例(16例)の検索で乳頭体を中心とする間脳領域の病因的意義を強調し、Neubürgerも同様な症例(35例)の検索で、コルサコフ症候群の定型例では常に、そして非定型例では殆んど常に乳頭体に病変をみとめ、屢々視床下部、大脳導水管周辺にも傷害は及んでいたと報告している。以来この部位を支持する多数の報告があるが、一方、大脳の他の部位の損傷が単独に又は同時に関与するとの報告も近時少くない(Conrad u. Ule, Walton²²⁾, 佐竹, 越賀ら)。病理解剖所見と臨床症候群との関連については慎重でなければならぬが、本症例において乳頭体の消失、第三脳室周辺の破壊がみられたことは、視床下部をも含めてこの部分がコルサコフ症候群の発症基盤の局在として重要な関係のあることを示唆するものと言えるであろう。睡眠中枢が第三

脳室後壁から導水管に亘る領域にあるといわれていることから、この周辺の病変を示す本症例が嗜眠を来した理由も説明出来ると思われる。

クラニオファリンゲオームは脳下垂体柄部すなわちトルコ鞍上に起る上皮性腫瘍で、蜘蛛膜下腔に発育し、しばしば第三脳室に発生するとされる。そして視神経を圧迫して視野・視力の障害や脳下垂体症状として内分泌障害、発育障害を来し易く、また囊腫内容が石灰を含むので X 線像によりかなりよく診断しうるとされている (Bailey²³⁾, Peters²⁴⁾, Zürich²⁵⁾。本症例には嗜眠の他は上述のような臨床症状を認めず、また頭蓋写、気脳写によつても腫瘍を確認することが出来なかつた。

最後に、本症例が臨床的に診断の困難を来した失敗の跡を検討してみたい。

本例において、病変が炎症性のものであるか、あるいは腫瘍のごとき非炎症性のものであるかということは最も吾々を悩したものであつたが遂に腫瘍であると確診出来なかつた。すなわち、気脳写および脳動脈写にて何等の異常所見も見られなかつたということが最も大なる理由であり、更に眼底、視野、脳脊髄液圧などの正常なことが益々脳腫瘍ならざる確診をいだかせたものであると思われる。然しながら、そのごの検査により脳脊髄液のキサントクロミー、腫瘍細胞の如きものの発見、腰椎穿刺後の症状の軽快など腫瘍を疑わしむる事実が見られている。これに対し、症状が徐々に発現したこと、たえず微熱があり、脳脊髄液の細胞増加、血液の白血球増加など慢性炎症性疾患 (流行性脳炎、結核性脳膜炎など) を考えしむる所見もみられたが、これらもすべて間脳症状として説明出来るものであつた。たゞ本例においては、ある時期よりの急速な腫瘍の発育を考え、そのごの気脳写、脳動脈写の反復により腫瘍の発見を図るべきであり、このようなことにより診断を確実にすることが出来たと考えられる。

結 語

コルサコフ症候群、嗜眠、性格変化などの症状を示し、診断不確定なるまゝ剖検により脳腫瘍と確認された1例について報告し、合せて若干の文献的考察を行った。

(終りに御指導御校閲を賜つた懸田教授、室伏講師に感謝致します。)

文 献

1) S.S. Korsakow. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkr, **21**, 669 (1896).

- 2) K. Bonhoeffer: Handbuch der Geisteskrankheiten VII/III, (1928) Springer より引用。
- 3) K. Wernicke: Handbuch der Geisteskrankheiten VII/III, (1928) Springer より引用。
- 4) A. Pick: Z.Neur. **28**, 344, (1915).
- 5) E. Grünthal: Mschr. Psychiatr, **53**, 89, (1923).
- 6) H. Bürger-Prinz u. M. Kaila: Z. Neur. Bd. **124**, 552, (1930).
- 7) L. Van der Horst: Mschr. Psychiatr. Bd. **83**, 65, (1932).
- 8) W. Sheid: Z. Neur. Bd. **151**, 346, (1934).
- 9) H. Müller-Suur: Arch. Psychiatr. Nervenkr. **181**, 683, (1949).
- 10) E. Gamper.: Dtsch. Z. Nervenhk. **102**, 122, (1928).
- 11) K. Neubürger: Z. Neur. **135**, 159, (1931).
- 12) B. Pfeifer: Handbuch der Geisteskrankheiten VII/III, 483, (1928) Springer.
- 13) K. Conrad u. G. Ule: Dtsch. Z. Nervenkr **165**, 430, 445 (1931).
- 14) T. Ohkuma: Z.Neur. Bd. **126**, 94, (1930).
- 15) 内村祐之: 精神経誌, 40, 754, (昭11).
- 16) 高木四郎: 精神経誌, 45, 599, (昭16).
- 17) 佐竹隆三: 精神経誌, 53, 242, (昭26), 異常心理学講座, 2, c, 3, (昭29), みづ書房。
- 18) 越賀ら: 大阪医大誌, 16/4, 206, (昭31).
- 19) 酒井ら: 精神経誌, 56, 447, (昭29).
- 20) 菅原ら: 日本内科誌, 43, 619, (昭29).
- 21) K. Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. 内村, 西丸, 島崎, 岡田訳, 上巻, (昭和28), 岩波書店。
- 22) J. N. Walton: Excerpta medica, Neur. a. Psychiatr. **19**, (1955).
- 23) P. Bailey: Intracranial Tumor, 113, (1948). Charles c Thomas.
- 24) G. Peters: Spezielle Pathologie der Krankheit, d. Zentral u. Periph. Nervensystems, 298, (1951) G. Thieme.
- 25) K.J. Zülch: Die Hirn geschwülste in biologischer u. morphologischer Darstellung, 168, (1958), Ambros. Barth.
- 26) S.W. Ranson: The anatomy of the Nervous System. 279, (1957), Saunder.
- 27) 中田瑞穂: 脳腫瘍, 84, (昭25), 南山堂。

Zusammenfassung

Es handelt sich um einen 39 jährigen Patienten mit dem Korsakowsyndrom, das bis zu seinem Tode etwa 12 Monate lang andauerte. Am Krankheitsbeginn traten Kopfschmerzen, geringes Fieber und Charakterveränderungen, dann später Somnolenz, Delirien und manifestes Korsakowsyndrom auf.

Aus dem Sektionsbefunde ergab sich, daß ein Kraniopharyngeom im Gehirne gelegen hatte. Die auf den Tumor zurückzuführende Schädigung erstreckte sich hier auf den Mammillarkörper und Hypothalamus.

Von klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkten aus hat der Verfasser das Korsakowsyndrom berücksichtigt.

Psychiatrisch-Neurologische Klinik, Medizinische Fakultät, Juntendo Universität.

図 1 腫瘍は第3脳室に充満し視床下部を圧迫している。(室間孔を通る前頭断)

図 2 腫瘍は上皮性細胞の数層の集団からなり、血管壁の変化、間質結合組織の同質性変化、嚢腫性構造を示している。(ヘマトキシリン・エオジン染色)