

40.

616.24-002.892 : 616.352-002.892

原發性肺放線狀菌症竝ニ放線狀菌性 肛門周圍膿瘍ニ就テ

岡山醫科大學津田外科教室(主任津田教授)

助手 醫學士 岡本 繁

[昭和18年3月15日受稿]

第1章 緒言

放線狀菌症ノ病原タル放線狀菌ハ1845年初メテ V. Langenbeck =依リテ一患者ノ「脊椎カリエス」ノ膿瘍中ニ發見サレ、1877年 Bollinger ハ牛ニ於テ、1878年 James Israel ハ人類ニ於ケル本症ノ詳細ナル報告ヲナシタリ。Bollinger ノ嚮嚮ニ依リ植物學者 Harz ハ初メテ本菌ノ植物學的研究ヲナシ本症ニ特有ナル絲狀菌ニ對シテ Aktinomyces ト命名シ、1880年 Ponfick ハ人類竝ニ動物ニ於ケル放線狀菌ハ同一病原菌ニ起因スルモノナルコトヲ確定セリ。遂ニ1884年 Israel ハ放線狀菌ノ純粹培養ニ成功セリ。蓋シ放線狀菌ノ形態學的、生物學的研究竝ニ放線狀菌症ノ成因竝ニ病理學的研究ニ於テハ Bostroem, M. Wolff 及ビ J. Israel =負フ所大ナリ。以來諸學者ニ依リ本疾患ノ臨牀的、病理學的及ビ細菌學的方面ニ於テ長足ノ進歩ヲ見、難治トサレタル本症モ近時放射線療法ノ發達ト共ニ其ノ治癒成績ノ向上シツツアルハ誠ニ喜トスル所ナリ。本症ハ主トシテ青年男子ヲ犯シ大體男子ハ女子ノ2乃至3倍ニ罹患シ且、0年代、30年代ニ最モ多シ。

本症ノ傳染經路ニ關シテハ後述スルモ、發病部位トシテ全身到ル處本菌ノ侵サザル所ナキモ、消化器系統及ビ呼吸器系統ニ好發スルコトハ諸家ノ示ス處ナリ。

Illich ハ1891年421例ノ放線狀菌病患者ニ於

テ234例(55%)ハ口腔領域(頭部及ビ頸部:218'舌部:16)、胸部58例(15%)、腹部89例(20%)、皮膚11例(2.6%)部位不明ノモノ29例ナリト報告セリ。

本邦ニ於テハ鹽田博士ハ55例ノ本症中頭頸部竝ニ顔面34例(61.8%)、胸部3例(5.5%)、腹部18例(32.7%)ヲ報告セリ。即チ50—60%ハ口腔領域ニ發生シ20%—30%ハ腹部ニ發生スルモノナリ。

胸部放線狀菌症ハ全例ノ15%内外ヲ占ムルモノニシテ甚ダ稀有ナル疾患ニハ非ザルモ本症ノ早期診斷ハ困難ニシテ就中內科的ニ肺結核トシテ治療サレ、胸部ニ瘻孔形成ヲ見ルニ及ンデ始メテ本症ノ疑ハルル現狀ニアリテ往々其ノ治療ノ時期ヲ逸スルハ誠ニ遺憾ナリ。

余ハ最近前胸部瘻孔形成ヲ主訴トシテ津田外科教室ニ入院セル原發性肺放線狀菌症ニ於テ良好ナル經過ヲトレル1例ヲ經驗セリ。又肛門周圍膿瘍ノ診斷ニテ手術ヲナシ膿汁中ニ典型的放線狀菌々塊ヲ多數證明セシ甚ダ稀有ナル1例ヲ經驗セシヲ以テ茲ニ報告シ大方諸彦ノ御批判ヲ仰ガントス。

第2章 自家症例

第1例 原發性肺放線狀菌症

患者 岡田某 622j 船員

入院 昭和14年3月14日

退院 昭和14年5月11日

主訴 前胸部瘻孔形成

家族歴 父ハ32歳腸閉塞ニテ他界シ、母ハ54歳健在、同胞ハ2人ニテ患者ハ長男、未婚ニシテ家族的ニ特記スベキ遺傳的疾患ヲ認メズ。

既往歴 患者ハ正常分娩兒ニシテ母乳榮養、麻疹ハ10歳時經過ス。種痘ハ3回、幼時ハ健在ナリシモ發疹ニ惱ム。16歳急性蟲垂炎ニ罹患シ姑息的療法ニテ治癒セリ。酒、煙草ハ嗜マズ。性病ニ罹患セシコトナシ。

現病歴 昨年5月(昭和13年)日支事變ニ際シ御用船ニ乘リ九江邊リ迄溯航シ軍馬ノ積下ロシヲナシ其ノ間常ニ不潔ナ生活ヲ營メリ。同年9月末脚氣ノタメ下船シ神戸某病院ニ入院セリ。其ノ翌日ヨリ何等誘因ナシニ劍狀突起下部ニ激痛ヲ發シタリ。當時咳嗽、喀痰ハ中等度ナルモ別ニ意ニ介セズ。脚氣ハ治癒シ一時退院セルモ前胸部皮膚ノ發赤並ニ疼痛ハ増強シ手拳大ノ板狀硬結ヲ來シ、再ビ同病院ニ入院シ前胸壁放線狀菌症ノ診斷ノモトニレ線療法ヲ5,6回受ケタリ。其ノ内2箇所ニテ破壊シ濃厚膿汁ヲ流出セリト。尙ホ治癒ノ傾向ナキタメ本年(昭和14年)1月高松某病院ニ入院シ同様放線狀菌症ノ診斷ノモトニ太陽燈照射ヲ受ク。其ノ頃自ラ發熱ハ覺エザルモ咳嗽、喀痰ハ増シ時ニハ相當量ニ及ビ稀ニ咯血セリ。レ線撮影ノ結果肺結核ト診斷サレタリ。次第ニ前胸部ノ疼痛ハ増大シ硬結ハ擴大シ瘻孔ハ次カラ次ヘト現ル。爲ニ3月13日前胸部ニ於ケル瘻孔形成並ニ激痛ヲ主訴トシテ當外科ヲ訪レ、翌日入院セリ。

現症

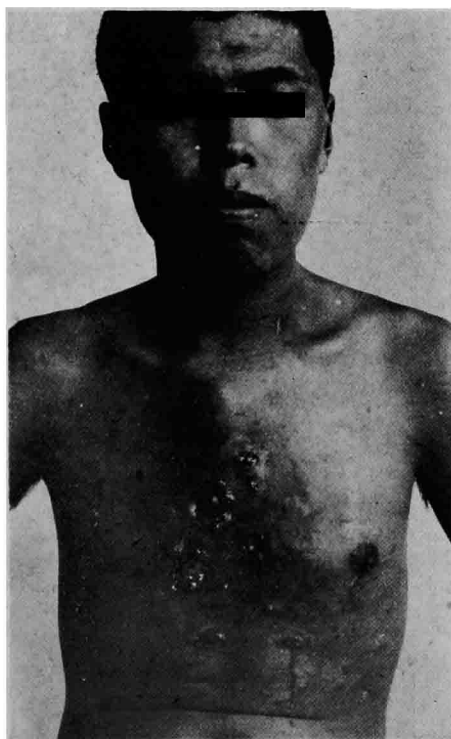
全身症狀：體格強壯、身長中等ニシテ榮養佳良顔貌尋常、皮膚正常ニシテ貧血浮腫出血等ナシ。瞳孔ニ異常ヲ認メズ眼瞼結膜ニ貧血ナシ。舌濕潤ニシテ白色苔ヲ被ル。脈搏整調、緊張良好ニシテ尋常大1分間80ニシテ血管壁硬化ヲ認メズ、體温ハ入院時36.5—38.4呼吸安靜ニシテ胸腹式ナリ。咳嗽ハ時々存スルモ喀痰ヲ見ズ。食慾良好ナルモ

睡眠ハ疼痛ノタメ障碍ヲ受ク。便通ハ軟便ニシテ1日2回ナリ。肺肝境界ハ第6肋間腔ニシテ腹部ニテ肝、脾及ビ腎共ニ觸レズ。四肢ニ浮腫、血管怒張其ノ他異常ヲ認メズ、心臟ニ異常ナシ。

局所症狀 (第1圖參照)。

第1圖

岡田某 22歳



入院時所見、多數ノ瘻孔形成並ニ右側前胸壁ノ牽引性萎縮胸骨柄部膨隆ヲミル(昭和14年3月)

肺臟打診ニテ右側前胸部中央部ヨリ下部ニカケテ稍々短音ヲ示ス。聽診上右側ニテ前、中央部呼吸音著明ニ増強シ氣管枝音ヲ聞ク、下部ニ中等大濕性水泡音ヲ聽ク、背面ニテハ呼吸音ハ一般ニ微弱ナルモ異常肺泡音ヲ證明セズ。

前胸部ニテ胸骨柄ヨリ下方ニカケテ劍狀突起下部迄多數ノ瘻孔形成アリ、瘻孔ノ周圍ニハ柔軟ナル肉芽組織アリ。尙ホ其ノ周圍ニ硬韌ナル腫脹アリ。肉芽創又ハ潰瘍縁ハ掘鑿性ニシテ膿汁鬱滯ヲ認ム。コノ肉芽創ハ著明ニ疼痛ヲ有ス。

消息子ヲ挿入スルニ骨ニ達スレド夫レヨリ尙ホ

深部=入ルモノアリ。瘻孔ノ周圍ノ皮膚ハ黒褐色ノ色素沈着ヲ見ル。尙ホ右側前胸部ハ牽引性萎縮ヲ強度ニ見ル。胸骨柄ノ左右ハ鶩卵大ニ膨隆シ皮膚ノ發赤ヲ示シ壓痛竝ニ硬結ヲ證明セリ。腋窩竝ニ鎖骨上下部竝ニ頸部淋巴腺腫脹ヲ見ズ。

糞尿所見 異常ナシ。

血液所見 赤血球 500.0000, 白血球 1.0000, 血色素 ザーリ - 65%, O型, 赤血球沈降速度 1時間 130, 2時間 137, 24時間 149 = テ著明ニ昂進セリ。

白血球種類

「エオジン嗜好性」	1.5%
幼若型	3%
桿狀核	8%
多型核	74.5%
淋巴球	6%
大單核及ビ移行型	7%

即チ中性嗜好性白血球過多症竝ニ核ノ左方推移像ヲミル。

ワ氏反應 (-), 村田 (-), カーン氏法 (+)

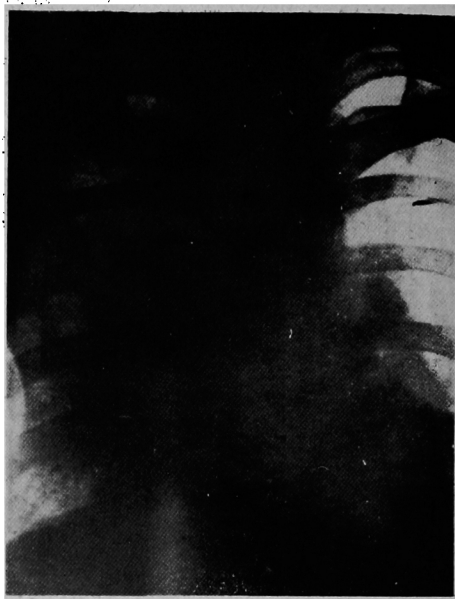
胸部レ線像 (第2, 3, 4, 5圖参照)。

第 2 圖



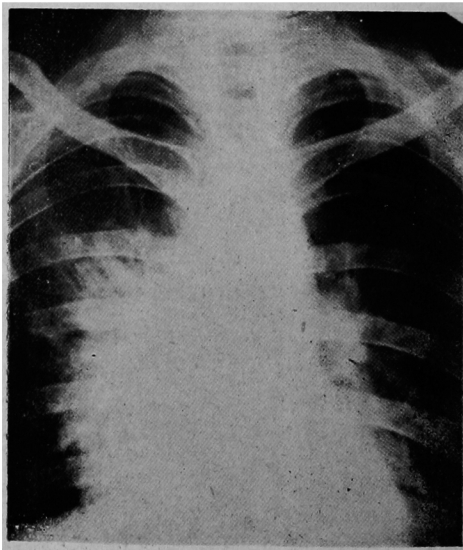
昭和13年10月ニ於ケル肺レ線像

第 3 圖



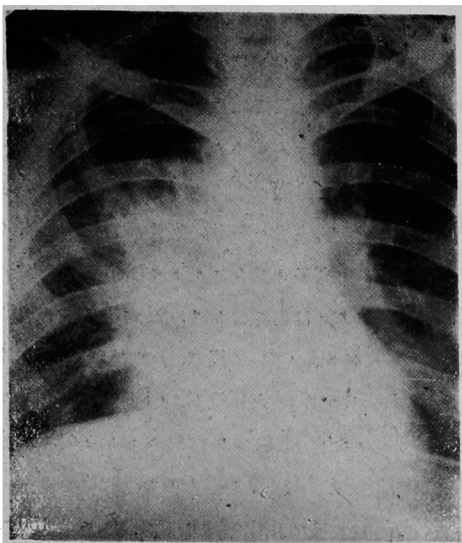
昭和14年1月ニ於ケル肺レ線像

第 4 圖



昭和14年3月ノ肺レ線像

第 5 圖



昭和 14 年 5 月退院時ノ肺レ線像

3 月 14 日 肺レ線像 (第 4 圖)。

右側肺門ヨリ下葉内側ニカケテ一部ハ均等性ニ一部ハ索狀ニ濃厚ナ陰翳ヲミル。此均等ナル陰影ハ肋膜腔ノ放線狀菌症ノ爲兩葉ノ閉塞性肋膜癒着並ニ肥厚ノ爲ノ陰影ナラン。索狀性陰影ハ氣管枝肺炎並ニ氣管枝炎型ノ肺放線狀菌症ニシテ原發性ノモノト思考サル。第 II 肋骨ノ前面ニ示指頭大ノ空洞形成ヲミル。又左側肺門陰翳ノ増加ヲミル。

喀痰検査

結核菌ヲ證明セズ。又喀痰ハ入院當初少量存シタルノミニテコノ検査ニテハ放線狀菌々塊ヲ證明セズ。

グラム陽性双球菌、葡萄狀菌及ビ白血球ヲ多數ミル。

診斷

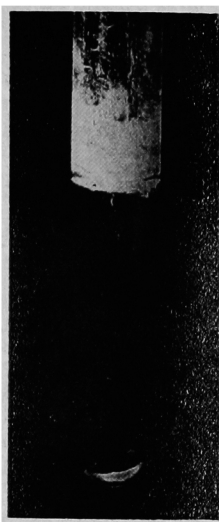
入院後胸骨把柄部皮下膿瘍ヲ切開シ其ノ膿汁中ニ放線狀菌症ニ特有ノ菌塊ヲ多數證明シ、細菌學的検査ニ依リ通常ノ寒天斜面ニ培養セルニ葡萄狀球菌及ビ周圍ニ透明帶ヲ有スル双球菌ヲ得タリ。尙ホ放線狀菌ノ純粹培養ニ成功セリ。培養所見ニ就キテハ別ニ記載センモ本菌ハ嫌氣性並ニ好氣性共ニ發育シ形態學的ニハ分枝セル長菌絲ヲ有シ寧

ロ Bostroem 型ニ近キ一種ナルモ又嫌氣性ニ發育シ、寒天斜面ニテハ好氣性ニ發育シガタク、「ゲラチン」及ビ葡萄糖加「フィヨン」ニハ良ク好氣性發育ヲナセリ。所謂通性嫌氣性型ナリト思考ス(第 6, 7 圖參照)。

第 6 圖

岡田氏菌種純粹培養所見

其ノ 1



「フィヨン」培養 11 日 (好氣性)

其ノ 2



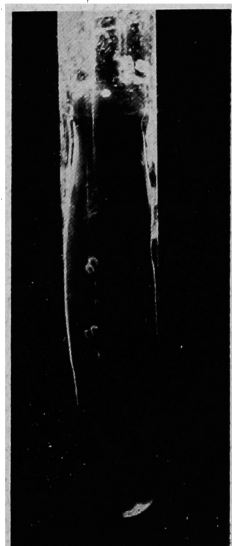
「ゲラチン」培養 11 日 (好氣性)

其ノ 3



流動「パラフィン」重層「フィヨン」培養 5 日 (嫌氣性)

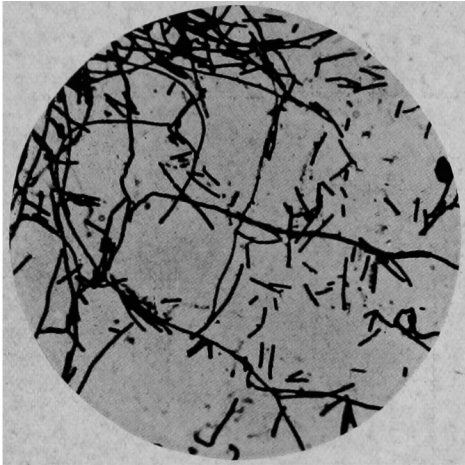
其ノ 4



寒天振盪培養 10 日 (嫌氣性)

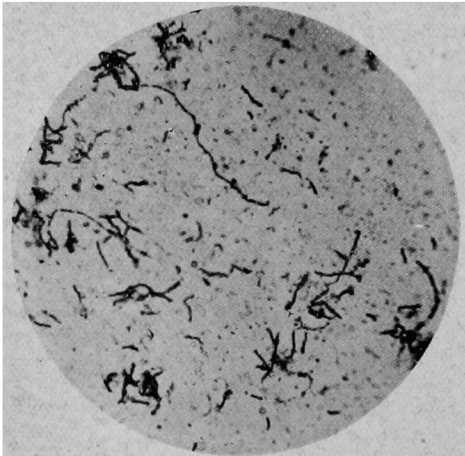
第 7 圖

岡田氏菌種純粹培養塗抹標本
其ノ 1



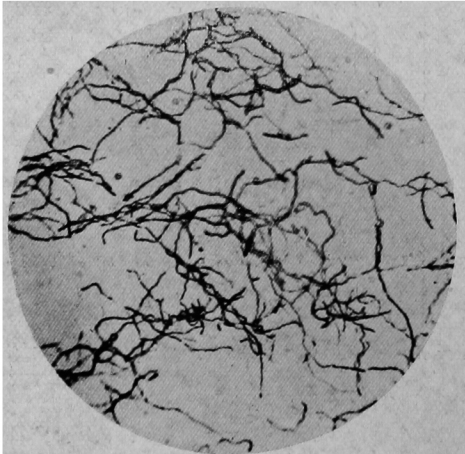
「ブイヨン」好氣性發育ヲナスモノ(11日)

其ノ 2



寒天振盪培養ニテ嫌氣性發育ヲナスモノ(60日)

其ノ 3



葡萄糖加寒天振盪培養(嫌氣の發育ヲ
ナセルモノ)20日塗抹標本

患者ノ前胸壁瘻孔ヨリノ胆汁中ニ放線狀菌々塊
ヲ有シタルコト尙ホ右側胸廓ノ牽引性萎縮ノ存ス
ルコト竝ニレントゲン所見ト併セ考フレバ本症ハ
原發性肺放線狀菌症ニテ Israel ノ第 3 期瘻孔形
成期ニ相當スルモノナリ。

経過及ビ治療

入院當初患者ハ多數ノ瘻孔形成竝ニ疼痛(珠ニ
瘻孔ニ消息子ヲ挿入スルトキ堪エガタキ激痛ヲ訴
フ)ノタメ日夜呻吟セリ。數回ニワタリ切開搔爬
「ヨードホルム末」ノ撒布、「アクチゾール」注射、
「ヨードカリ」ノ大量投與、(1日量ヲ 1.0 ヨリ漸次
増加シ 6.0 迄増加セリ) 竝ニレントゲン治療ニ依
リ漸次良好ノ経過ヲ辿リタリ。

レントゲン放射ハ 30 cm ノ距離ニテ 150 r、間隔
3 日—1 週ニテ 58 日間ニ計 12 回ノ治療ヲ施行セ
リ。

入院當初發熱 36.5—38°C ノ弛張熱ヲ示スモ次
第ニ解熱シ、退院時ニハ肺臟所見モ大イニ輕快シ
入院 58 日ニシテ瘻孔ハ殆ド閉塞シ、體重ハ増加シ
全ク疼痛ハ緩解シ瘡々トシテ退院セリ。

第 2 例 原發性放線狀菌性肛門周圍膿瘍

患者 森○亭 34j 會社員

入院 昭和 14 年 5 月 19 日

退院 昭和 14 年 6 月 10 日

主訴 肛門部疼痛

家族歴 父系祖父 72 歳ノ時十二指腸潰瘍ニテ
死亡、祖母ハ 84 歳ニテ健康、父ハ 27 歳ノ時急性
肺炎ニテ死亡セルモ母ハ 58 歳ニテ健康、姉ハ 37
歳ニテ健在ス。妻ハ 27 歳ニテ健在ナルモ子供ナ
シ、家族的ニ遺傳的疾患ト認ムベキモノナシ。

既往歴 患者ハ正常分娩兒ニテ母乳榮養、種痘
ハ 3 回、1 回ノミ善感、麻疹ハ 3 歳ノ時經過ス。
幼時ハ健康ニテ 29 歳ニテ結婚ス。16 歳ノ時急性
蟲垂炎ニ罹患シ、濕布其ノ他ノ保存的療法ヲウケ
全治セリ。性病ハ患者之ヲ否定ス。酒、煙草ハ嗜
マズ。尙ホ發病前約半年(昭和 12 年 6 月)扁桃

腺炎ニ罹リ40°C位ノ高熱ヲ伴ヒ約1週間ニテ治癒セリ。尙ホ生來患者ハ風邪ニ罹ルト常ニ咽喉痛ヲ訴ヘタリト。

現病歴

昭和12年12月中旬仙臺ニ轉勤シ約2時間餘リ自轉車ニ乗リ田舎ニ行キ翌日肛門右側ニ何か異物ノ附着セル如キ不快感アルモ、自然ニ治癒セリ。

昭和13年正月頃ヨリ肛門ノ右側ニ壓痛ヲ生ジ地方醫ノ診察ヲウケ肛門周圍炎トイハレ、濕布等理學的療法ヲウケタルモ輕快セズ。同年2月ニ切開ヲ受ケ入院3週ニシテ退院セリ。退院後1箇月シテ全治セリト。

7月中旬吳市ニ轉勤シ自轉車ニ乗リタル所前回手術セシ所ヨリ少量出血セルヲ以テ驚キ濕布、坐薬ヲ用ヒツツ9月ニ津田教授ノ指示ヲ受ケ保存的療法ヲナシ、經過良好ナリキ。所ガ本年(昭和14年)4月入浴ノ際肛門ノ左側ニ10錢銀貨大ノ硬結ヲ觸レタルヲ以テ醫師ノ治療ヲウケタル處切開ヲスメラレ、又九州帝大別府溫泉研究所ニテハ肛門周圍炎ト云ハレ、「アクチゾール」超短波療法、濕布等ヲウケタルモ輕快セザルヲ以テ肛門部疼痛及ビ硬結ヲ主訴トシテ昭和14年5月19日津田外科外來ヲ訪レ當日入院セリ。

現症

全身症狀 體格、身長共ニ中等度ニシテ榮養狀態佳良、皮下組織、筋肉ノ發育良好、顔貌尋常、體重16貫、皮膚濕潤ニシテ貧血、浮腫、黃疸等ヲ認メズ。眼瞼、結膜ニ貧血ナシ、瞳孔左右同大、圓形、對光反射正常、舌濕潤ニシテ舌苔ヲミズ。脈搏整調、緊張良、血管壁ノ硬化ナシ。體溫36.6°C(發熱ナシ)。呼吸安靜胸腹式ニシテ咳嗽、喀痰ナク、睡眠食慾共ニ良好、便通規則的ニ1日1回ナリ。

心、肺、所見ニ異常ヲ認メズ。

糞尿検査ニ又異常ナシ。

血液所見

赤血球 450.0000, 白血球 6.300

赤血球沈降速度 1時間 5, 2時間 13, 24時間 78ニシテ全ク正常ナリ。

局所症狀

肛門ノ右側ニ肛門ヲ取り圍ミ弓形ノ大ナル手術癢痕存ス。壓痛ナシ、肛門ノ左側ニ拇指頭大ノ硬結アリテ皮膚發赤竝ニ壓痛アリ。用指觸診法ニ依リ肛門部粘膜ニ異常ヲ認メズ。

術前診斷 肛門周圍膿瘍

手術所見

5月22日 「トロバカイン」

腰椎麻酔ニテ津田教授執刀ノモトニ行ハル。肛門ノ左側ノ硬結部ニハ小切開ヲ加フルニ綠黃色ノ大ナル放線狀菌々塊ヲ十數箇證明セリ。直径1mm前後、大ナルハ2mmニ及ブモノアリテ膿汁ノ殆ド總テヲ占ムルガ如シ。充分搔爬シ消息子ヲ挿入スルニ肛門ノ後側皮下ヲ通りテ右上ニ向ヒ前回ノ手術癢痕ノ部ニ到リ約4cm挿入シ得タリ。

依テ肛門ノ右側ニテ前回ノ手術癢痕部ニ一致シ對孔ヲ開ケ梗孔ハ切開セズシテ瘻孔ヲ思ハシムル索狀組織ニ沿ヒ充分搔爬シ、兩側ノ切開創ヨリ「ヨードホルムガーゼ」ヲ挿入シ手術ヲ終ル。

切開ニ依リ得タル顆粒ハ即チ放線狀菌々塊ニシテ綠黃色、甚ダ大ナル顆粒ニシテ大ナルハ直径2mmニ及ブモノアリ。純粹培養ヲナスニ偏性嫌氣性發育ヲ營ミ菌絲ハ甚ダ短ク所謂 Wolff-Israel 型ナリキ(第8圖參照)。

即チ本症ハ放線狀菌性肛門周圍膿瘍ナルハ疑フ餘地ナシ

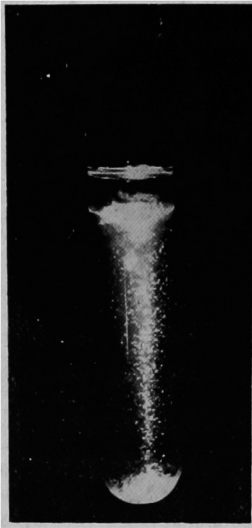
術後經過竝ニ治療法

術後「ラヂウム針」ヲ挿入ス。經過甚ダ良好ニシテ殆ド膿汁分泌竝ニ放線狀菌々塊ハ最早證明シ得ズシテ、全量924mg時間ニテ「ラヂウム針」ヲ拔去セリ。「ソラツクス燈」照射「リバノール浴」ヲナシ入院僅カ22日術後19日ニテ全治退院セリ。後通院ニテレントゲン深部治療ヲナシタリ。患者ハ其ノ後全ク健康ニテ肛門障礙ヲ訴ヘザリシニ昭和16年11月8日過勞ニ際シテ肛門ニ疼痛ヲ訴ヘ

第 8 圖

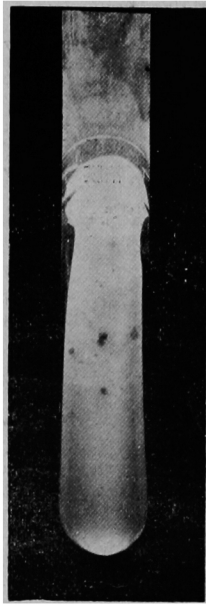
森山氏菌種純粹培養所見

其ノ 1



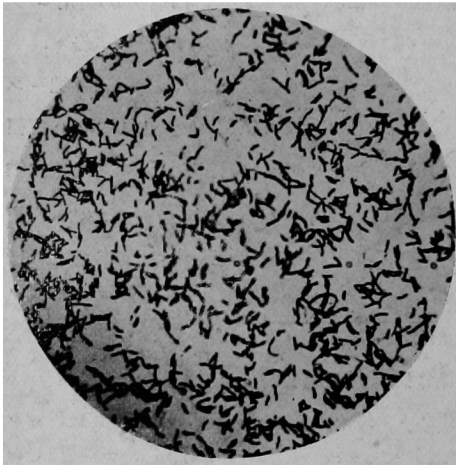
試動「パラフィン」重層
「フイオン」培養 2 週間
(嫌氣性)

其ノ 2



寒大振盪培養 2 週間
(嫌氣性)

其ノ 3



「フイオン」培養 17 日塗抹標本(嫌氣性)

便通 = 際シテハ何等苦痛ナキモ、歩行時及ビ腰ヲ掛ケル時疼痛ヲ訴フルニ到レリ。11月13日ヨリ温濕布ヲナシ安静ヲ守リ内服薬ヲ服用セシ處一時輕快セルモ常ニ肛門ノ内側ニ重壓感ヲ訴ヘ12月11日再ビ當科ニ入院セリ。

肛門ノ左側ニテ前回ノ放線狀菌性膿瘍ノアリタル部ニ一致シテ壓痛アリ皮膚ニ稍々發赤ヲ認ム。尙ホ肛門部粘膜ニテ1cm奥ニテ後側ニ瘻孔アリテ前記ノ肛門左側部膿瘍ト交通セリ。即チ不完全内痔瘻竝ニ肛門周圍膿瘍ナリ。

12月12日腰麻ノモトニ前述ノ瘻孔性膿瘍ヲ切開セリ。尙ホ手術時得タル膿汁ノ嚴密ナル検査ニ依ルモ放線狀菌々塊ハ證明セラレザリキ。患者ハ34日ノ入院後全治通院セリ。

第 3 章 考 按

放線狀菌症ノ一般的事項ニ就テ

放線狀菌症ハ人類及ビ動物ヲ犯シ、極メテ慢性ノ經過ヲトル特有ナル傳染病ニシテ病理解剖學的ニハ一種ノ肉芽腫瘍(Granulationsgeschwulst)ノ像ヲ呈シ、結締織増殖ト頑固ナル化膿性傾向ヲ示ス。本症ニ特有ナル病原體ハ1878年、植物學者Harzニ依リ命名サレタル放線狀菌(Actinomyces, Strahlenpilz)ニシテ植物學上ノ分類ニ關シテハ種々論議サレ之ヲ Bakterien ト見做スモノ(Bostroem, Wolff u. Israel, Afanassjeff), Hyphomyzeten ト見做スモノ(Harz, Gasperini, de Bary), 又兩者何レニモ屬セズシテ獨立セル中間型トシテ區別スル一派アリ。(Rossi, Doria, Claypole, Kruse und Lieske).

Lieskeニ依レバ Aktinomyzetenハ phylogenetischニ Bakterienノ高度ニ進化セルモノ又ハ Fadenpilzeノ退化セルモノナルカ又ハ兩者何レモノ原形ニ屬セリト。一般ニ外界ニ廣ク存在シ土壤、雜草、牛毛、穀物、水、空氣中ニ病原菌トシテ又ハ雜菌トシテ存スル外、人體内ニ於テハ口腔領域ヨリ直腸ニ到ル消化管系統ニハ到ル處ニ發見サルルモノナリ。殊ニ齒牙及ビ其ノ支持組織(藤正, 駒井, 山本, Israel, Cope, Naeslund), 扁桃腺(田中一小田, 富田, 桑原, 杉山, 鹽田, Naeslund Johne, Ruge等), 唾石(Naeslund, 平野, 舟生)等ニ屢々證明サルルニ到レリ。細菌

學的ニ本菌ハ Bostroem 及ビ Wolff-Israel ノ純粹培養成功以來、諸學者ニヨリ研究サレ近時培養技術ノ進歩ト共ニ種々ノ異型菌ノ發見サレツツアル状態ナリ。元來酸素ニ對スル態度ニ依リ 2 型ニ分類サレ好氣性發育ヲ營ミ分枝セル長菌絲ヲ有スル型ヲ Bostroem 型トシ、之ニ反シ嫌氣性ニ發育シ短菌絲ヲ有シ Bazillenähnlich ナルヲ Wolff-Israel 型ト稱セルモ、兩者間ニハ種々ノ移行型ノ存スルモノニシテ人類ノ放線狀菌症病竈ヨリハ主トシテ後者ヲ證明スルモノナリ。形態學的、生物學的並ニ動物及ビ人體ニ對スル病原性ノ強弱有無等ヨリ本菌ハ其ノ種類極メテ多ク 150 種以上ヲモ區別サルトナス者アリ。

扱本症ハ主トシテ青年男子ヲ犯スモノニシテ V. Hutyra = 依レバ本症 357 例中

5—9 年	7 例	(2%)
10—19 "	44 "	(12.3%)
20—29 "	118 "	(33.1%)
30—39 "	78 "	(21.8%)
40—49 "	54 "	(15.1%)
50 年以上	56 "	(15.7%)

ニシテ男性 248 (70%) : 女性 109 (30%) ナリ。尙ホ Illich = 依レバ男性 237 (72%) · 女性 92 (28%) ナリ。

本邦ニ於ケル統計の研究ニ於テモ同様ナル成績ヲ示ス。即チ梶谷ニ依レバ 67 例中

1—10 年	0 例	(0%)
11—20 "	11 "	(16.4%)
21—30 "	16 "	(23.9%)
31—40 "	14 "	(20.9%)
41—50 "	11 "	(16.4%)
51—60 "	10 "	(14.9%)
60 年以上	5 "	(9.5%)

ニシテ男性 55 (82%) : 女性 12 (18%) ナリ。季節及ビ職業ト本症トノ關係ニツイテハ Bostroem, Porauer ハ收穫期ニ感染多キヲ認メ尙ホ古クヨリ本症ハ Bostroem ノ唱導セル體外傳染說ガ認メラ

レ、之等ト密接ナル關係ニアル農業従事者、牧畜者ノ多ク罹患スルコトガ一般ニ唱ヘラレタルモ體内傳染說ノ有力視サルル今日本症トノ間ニ從前程特別ノ關係ノ存セザルガ如シ。

傳染經路

體外及ビ體内傳染兩說ハ古ク Bostroem 及ビ Israel 以來對峙シ種々檢討サレタリ。從來好氣性菌ハ體外傳染、嫌氣性菌ハ體内傳染ヲ主トスル如ク解サルル傾向ニアリタリ。現今人體病竈ヨリハ主ニ嫌氣性菌ヲ培養シ、好氣性菌ヲ培養シ得ルハ例外的存在ト見做シ好氣性菌ハ專ラ外界ニ嫌氣性菌ハ專ラ人體内ニ其ノ源泉ノ存スルモノナリトス (Näeslund)。

併シ Bostroem 以來體外傳染ハ臨牀的ニ證明サレ人體病竈中ニ異物ノ證明サレタル例ハ可成リ多數ニ上レリ。放線狀菌症患者ハ農夫、牧畜夫ニ多キ事、藁又ハ穀物ノ種子ヲ嚙ム習慣ノアルコトヲ既往症中ニ屢々發見ス。

Fischer ハ放線狀菌性舌膿瘍中ニ大麥ノ穀針ヲ認メ Hummel, Juniska, Rudnen 等ハ麥類ノ芒又ハ穀針ヲ本菌搬入者 (Träger) ト見做セリ。又 Poncet ハ穀物ノ穂、種子ガ膀胱結石ノ核心ヲナシタル患者ニ於テ肛門直腸部放線狀菌症ヲ經驗シコノ患者ニ於テ尿道ニ夫等ヲ挿入スル習慣アリタルヲ報告セリ。

Schumann ハ腸放線狀菌症ニ於テ其ノ病竈中ニ鳥骨片、齒片及ビ魚骨ヲ證明セリト。

Hasemann ノ例ニテハ唾液腺ニ於ケル本症ニ於テ唾石及ビ大麥ノ穀針ヲ發見シ唾石ニ依ル障礙ト共ニ Träger ノ進入ガ本症發生ニ重要ナル役割ヲ演ズルモノナリト記載セリ。

之ニ反シ Johne, Ponfick u. Israel ハ放線狀菌ヲ齶齒中ニ發見シ其ノ後 Partsch, Moosbrugger ト共ニ口腔粘膜外傷ヲ本菌感染ノ前提トナセリ。口蓋扁桃腺殊ニ其ノ慢性炎症ニ罹レルモノノ組織内ニ於テハ往々放線狀菌々塊ノ出現スルコトハ古クヨリ認メラレ (Ruge, Gappisch, Miodowski,

Grosvenor, Dietrich, Wright, 齋藤, 富田, 田中, 小田), Ruge へ 16%, 富田 へ 10%, Davis へ 30% = 於テ之ヲ證明シ, 又當大學耳鼻科教室田中, 小田兩教授へ 67% ノ多數 = 於テ之ヲ證明セリ. 同ジク桑原ハ當大學耳鼻科教室ニテ田中教授指導ノモトニ研究セル所ニテハ之等扁桃腺内ニハ放線狀菌々塊ヲ多數ノ例ニ於テ認メ其ノ純粹培養ニ成功シ, 好氣性菌ノミナラズ嫌氣性菌ヲモ共ニ發見シ人體病竈中ノ菌株ト同一ナルコトヲ證明セリ.

Mattson, Lieske 等ハ好氣性菌ガ人體内ニ進入シ嫌氣性菌ニ變異シ得ルモノナルコトヲ想定セルモ現今ニ於テハ Bostroem ノ管ヲ唱ヘシ如ク體外傳染説ハ有力ナラズシテ細菌學ノ研究ノ進歩ト共ニ體內ニ存スル放線狀菌ガ外傷或ハ他種細菌ニ依ル炎症ノ基地ノ上ニ本症ヲ惹起スルモノナラントノ體內傳染説ノ有力視サル傾向ニアリ.

A 原發性肺放線狀菌症ニ就テ

1. 頻度及ビ部位

前述セシ如ク本症ノ好發部位ハ顔面頸部(60%)ニシテ, 胸部ニ於ケル本症ハ比較的稀ニシテ大體 15%—20% = 之ヲ證明セリ.

Illich	15% (421 例中 58 例)
Moosbrugger	30% (73 例中 14 例)
Cope	15% (182 例中 28 例)
Thevenot	14% (485 例中 69 例)
Poncet-Bérard	12% (67 例中 8 例)
Harbitz-Gröndahl	23% (87 例中 20 例)
Sanford u. Vollker	14% (670 例中)
Buetimeyer	20%
鹽田	5.5% (55 例中 3 例)
藤正	15% (371 例中 54 例)
梶谷	6% (67 例中 4 例)

肺放線狀菌症ハ右下葉ニ最モ多ク頻發スルコトハ一般ニ認メラレタイル處ナリ. 即チ

Opoknis = 據レバ右側 28 : 左側 9, Arndt = 據レバ右側 38 : 左側 28 ナリ. Hahn = 據レバ

右下葉 57%, 左下葉 22%, 兩下葉 9%; 兩上葉各 4% ナリ. 即チ Israel, Hahn, Good, 稻田等ハ本症ノ下葉ニ頻發スルモノナルコトヲ指摘セルモ以前唱ヘラレタル如ク下葉ニ原發スルコトハ重要視セラレザルガ如シ. 且上葉ニ原發セル症例モ稀ナラズ (Moosbrugger, Lindt, 鹽田).

2. 性及ビ年齢

一般放線狀菌ト同ジク矢張り青年男子ヲ犯スコト最モ多ク Good ハ 53 例中男性 38 例, 女性 15 例ナリト報告セリ. 本症モ同様 20 歳乃 30 歳代ニ頻發スルモノナリ. 余ノ症例ハ 22 歳ノ男性ニシテ右下葉ニ原發セル症例ナリ.

3. 感染経路

本症ヲ感染経路ヨリ 3 大別ス.

(1) 原發性吸入性或ハ吸引性肺放線狀菌症

放線狀菌ニ依リ汚染セル異物ヲ吸入又ハ吸引スルコトニ依リ發生スル所ノモノニシテ本菌侵入経路トシテハ矢張り體外竈ニ體內兩論相對峙セリ. 前者ヲ主張スル一派アルモ (Naeslund), Israel, 桑原氏等ハ口蓋扁桃腺ニ於テ肺病竈ニ於ケルト同一ナル菌塊ヲ發見シ純粹培養ニ依リ之ヲ證明セリ. 又肺病竈中ニ齒牙破片ヲ發見サレタル症例モ報告サルルニ及ンデ口腔領域ヨリノ體內傳染説ハ有力ナル根據ヲ有スルモノトナリタリ.

尙ホ Ponfick, Poncet, Soltmann, V. Baracz, Abée 其ノ他ニ依リテ胸部, 食道ヨリスル傳染ガ報告サル.

(2) 二次的直接傳搬性肺放線狀菌症

本症ハ頸部放線狀菌症ヨリ直接下降シ, Per contiguitatem = 肺尖ヲ犯シ (深澤, 饒村) 又其ノ膿瘍ガ縱隔竇ニ下降シ肋膜ヲ侵シ肺ニ達スル場合, 又腹部臓器ノ本病ガ上行シテ横隔膜ヲ貫キ肺ニ達スル場合ナリ.

(3) 轉移性肺放線狀菌症

遠隔臓器ヨリ血行ヲ介シテ肺ニ轉移セルモノニシテ移有ナリ.

Arndt ハ肺放線狀菌症 80 例中原發性 63 例ニ

對シ續發性 17 例ナリト報告セリ。

而シテ肺粟粒放線狀菌症ハ Israel, Werthemann, Nathan, 安永, 秋吉, 岡 等ニ依リ報告サル。

- Werthemann : 肺左下葉→心臟→肺
 Nathan : 胃粘膜→胃靜脈→門脈→肝臟→肝靜脈→肺
 安永 : 氣道性右肺下葉→横隔膜瘻孔→肝→肝靜脈壁血栓性靜脈炎→心→肺
 秋吉 : 頸部放線狀菌症→内頸靜脈炎→肺

余ノ症例ハ、齶齒竝ニ扁桃腺炎ノ既往症ヲ有セズ。又發病 4 箇月以前ニ應召シ軍馬ノ糞下ロシヲノシテ常ニ不潔ナル生活ヲ續ケタル事ハ體外傳染ヲ疑ハシムルモ口腔領域ヨリノ本菌ノ感染ヲ否定シ得ザル處ナリ。

4. 病理

Werthemann ハ肺結核ト同様滲出型及ビ増殖性間質性型ニ分類スルモ一般ニ放線狀菌症ハ化膿ト同時ニ細胞ノ瀰漫性浸潤竝ニ結締織ノ増殖ヲナスヲ以テ特徴トス。

借人體ニ發生スル肺臟放線狀菌症ハ Arndt ニ依レバ次ノ如ク分類サル。

(1) 病變ガ肺臟ニ局限サレ高度ノ肺臟組織ノ破壊ヲ伴ハザルモノ

(a) 粟粒性放線狀菌症 (Actinomycosis miliary pulmonum)

(b) 表在性放線狀菌症 (Actinomycosis superficialis)

(放線狀菌性氣管枝炎, 氣管枝周圍炎, 氣管枝肺炎)

(2) 深在性破壊性放線狀菌症 Actinomycosis destructiva.

(3) 病變ガ主トシテ肋膜ニミ局限セルモノ Actinomycosis pleurae pseudoprimalis.

此内表在性放線狀菌症ハ氣管枝炎型ニ屬スルモノ

ノニシテ深在性破壊性放線狀菌症ハ稻田教授ノ所謂 Pneumonische abszedierende oder pleuropneumonische Formニ相當スルモノニシテ、前者ハ氣管枝粘膜ニ於ケル加答兒性炎症及ビ氣管枝壁乃至ハ其ノ周圍組織ニ於ケル肉芽性炎ノ發生竝ニ結締織ノ增生ヲ主トシ、肺實質ノ廣汎ナル組織的障碼ヲ惹起スルコト少ク化膿性軟化ヲ招來スルコトハ割合ニ寡キニ反シ、後者ニ於テハ氣管枝ニ於ケル上記ノ變化以外ニ尚ホ肺實質ニ於テ廣汎ナル肉芽組織ノ新生及ビ結締織ノ增生ヲ來スノミナラズ病竈部ニ於ケル實質ノ萎縮乃至ハ瘻痕形成ヲ來ス關係上肺臟ノ硬變ヲ招來シ、他方病竈部ノ化膿性軟化ノ結果多數ノ小空洞乃至ハ瘻孔ヲ生ズ。而モカカル炎症ハ早晚肋膜ニ炎症波及スルガ故ニ肋膜ノ肥厚ヲ催シ、或ハ癒着ヲ來シ、肋膜腔ノ限局性閉鎖ヲ起シ且屢々化膿性軟化ニ依リテ胸壁ニ瘻孔ヲ形成スルニイタルモノナリ。但シ結核ト異リ肋膜腔内ニ漿液性乃至ハ化膿性滲出液ヲ伴フコトハ極メテ稀ナリト。

臨牀上稻田博士ハ初期肺放線狀菌症即チ表在性放線狀菌症ニ注意シ 19 例ノ肺放線狀菌症ヲ蒐集シ其ノ内 12 例ガ本症ナルコトヲ發表シ多數ノ肺放線狀菌症例ハ數年ノ「カタル性」炎症期ヲ經過シ重篤ナル炎症ニ移行スルモノナリト記載セリ。

次ニ破壊性放線狀菌症ヲ其ノ病勢ノ經過ニ依リ Israel, Arndt, 鹽田ハ之ヲ 3 期ニ分類セリ。

第 1 期 氣管枝肺炎期或ハ氣管枝周圍炎及ビ肺炎期。咳嗽, 喀痰, 發熱, 食慾減退, 盜汗, 羸瘦等ノ症狀ガアリ時々血痰, 咯血ヲミル。

第 2 期 肋膜胸壁期

肋膜腔内ニ滲出液瀦溜シ又ハ肋膜ノ癒着肥厚ヲキタシ、不定ノ發熱, 惡寒戰慄, 頑固ナル牽引性放散性神經痛樣疼痛ヲ訴フ。空洞形成又ハ混合感染ヲキタス。但シ本症ニ浸出性肋膜炎乃至膿胸ノ像ヲミルコトハ比較的少シ (Good 13 例中 3 例, 梶谷 4 例中 1 例)

第3期 瘻孔形成期

肋間腔ヲ通過シテ屢々乳下附近、側胸下部、胸骨部（余ノ例）肩胛骨下部等ニ自潰穿孔シ漿液膿性又ハ膿性ノ菌塊ヲ含有セル液ヲ漏ラス。尙ホコノ時期ニ於テハ前後ノ縱隔竇、食道、心嚢、脊椎、横隔膜或ハ進ンデ肝臓等腹腔臓器ニ侵入スルコト屢々ナリ。

吾々外科方面ニ於テ遭遇スル肺放線菌症ハコノ第3期ニ於テ瘻孔形成又ハ皮下膿瘍乃至胸痛ヲ主訴トセルモノナリ。

5. レントゲン像

本症ノレントゲン像モ上述ノ病理解剖學的變化並ニ臨牀の経過ノ時期ニ依リ種々異ル變化ヲ示スモノナリ。

粟粒性肺放線菌症ハ肺ノ全野ニ互リ一樣ニ粟粒大乃至扁豆大ノ播種像ヲ認メ粟粒結核ト鑑別ハ至難ナリ。又明瞭ナ境界ヲ有スル圓形陰影ヲ見ル時ハ結核ノ早期浸潤ニ類似スルモ Assmann 等ノ唱ヘル如ク結核ノ場合ハ多クハ鎖骨下ニ來リ放線菌ハ多ク下葉ヲ好發部位トスルモ必ズシモ然ラズ。

其ノ他病竈ガ軟化融合シ膿瘍ヲ形成シ之ガ咯出サレテ空洞ヲ生ズルト肺壞疽ニ類似ノ陰影ヲ認ム。Lenk モ本症ニ特有ナル所見ハ認メガタシ屢々肺門部ニ於テ放射狀ニ割合ニ濃厚ナル索狀性陰影ヲ認ムルコトアリテ肺門癌トノ鑑別ハ困難ナリト述ブ。

稻田教授モ之ニ論述シ本症ハ多ク肺門及ビ肺下葉ニ多キヲ認メ一般ニ結核ニ比シ氣管枝周圍炎ニ依ル索狀性陰影ガ比較的濃厚ニ且密ニ太ク現ヘルルト。又肺炎型ノモノニ於テハ屢々結核ト同様横隔膜ノ上舉、患側肺野ノ萎縮、或ハ氣管乃至大氣管枝ノ牽引性位置移動ヲ起シ易キ傾向ニアリト。

P. Clairmont (1937) モ本症ノレントゲン像ニ關シテハ診斷上餘リ意義ナシト述べ、寧ろ臨牀上ノ諸検査ニ依ルベシトスルモ、レントゲン像ニ次ノ3徵候ヲ記載セリ。

(1) 部位。右下葉ニ多キコト、尙ホ横隔膜上部ニ於テモ比較的陰影ノ境界鮮明ナルコト。

(2) 早期ニ肋膜ノ肥厚並ニ胸廓ノ急速ニシテ且高度ナル牽引性萎縮。

(3) 比較的早期ニ肋骨ノ化骨性骨膜炎ノ像ヲ認ムルコトニ注意セリ。

6. 診断

本症ハ時期ニ依リ種々ノ症狀ヲ呈シ且比較的稀有ナル疾患ナレバ其ノ診斷ハ甚ダ至難ナリ。本症ニ特有ナル菌塊ヲ證明スルコトニ依リテ決定サルルモノナルモ稻田博士ハ放線菌ハ吾人健康者ノ口腔ヨリ大腸ニ到ル消化管内ハ勿論ノコト鼻、咽腔粘膜或ハ扁桃腺高等ノ分泌物又ハ喀痰ニ於テモ亦偶然之ヲ發見シ得ル可能性アリ。故ニ夫等検査ニ當リ偶々放線菌々塊ノ1,2ヲ發見シ得テモ直チニ放線菌症ナリトハ輕卒ニ斷言シ難キトコロナリ。又本症ハ從來考ヘラレタル如ク、稀有ナル疾患ニ非ズシテ、其ノ診斷上喀痰ノ檢索ヲ忽ニナシ得ザルコトヲ警告シ、喀血、血痰乃至喀痰ノ増加又ハ咳嗽發作等ヲ以テ訪レタル患者ノ内肺臟ニ於ケル理學的所見ハ勿論レントゲン像カラモ結核菌ヲ證明シ得テ至當ナリト考ヘラルルニ拘ハラズ其ノ喀痰中ニ結核菌ヲ證明シ得ザル場合アルコトヲ述べ斯ル場合ハ根氣ヨク肉眼的ニ且鏡檢的ニ仔細ナル檢索ノ重要ナルヲ論述サレタリ。

一般ニ本症ハ總テノ肺疾患就中結核、「デストマ症」、微毒、膿瘍、膿瘍、壞疽或ハ氣管枝擴張症又ハ氣管枝炎、肋膜炎、膿胸トノ鑑別ヲ必要トシ、胸廓ニ於テハ塞性膿瘍、膿胸、筋炎等トノ鑑別ヲ要スル。

一般ニ本症ハ結核、氣管枝炎ノ如ク全身遠和、倦怠、微熱、咳嗽、喀痰ヲ以テ慢性ニ發病スルモ腐敗性氣管枝炎、肺膿瘍、膿胸ノ如ク比較的急性ニ發病スルモノ又ハ余ノ例ノ如ク氣管枝肺炎期ヲ殆ド無症狀ニ經過シ、輕度ノ咳嗽アリタルノミニシテ當初ヨリ胸痛ヲ訴ヘ日ナラズシテ前胸壁下部ニ發赤疼痛ヲ生ズルコトアリ。

一般に喀痰中ニ菌塊顆粒ヲ證明スル頻度ハ Hodenpylニ依レバ 39 例中 9 例 (23%)、松浦ハ 23 例中 12 例 (52%) ト記載セルモ反復検査ノ要アルハ言フ俟タズ、

尙ホ重症ナル場合ニ於テハ發熱高ク弛張型ヲ示シ 38°—39°C 以上ニ及ビ白血球增多症、核ノ左方推移、赤血球沈降速度ノ異常ノ増加、血痰ヲ證明スルコトアリ、

余ハ放線狀菌症鑑別早期診斷ニ留意シ Walkerノ意想ニ基キ皮膚反應ヲ考究シ既ニ日本醫事新報第 922 (昭 15. 5) 誌上ニ發表セリ。(第 51 回岡山醫學會總會、昭 15. 2. ニテ講演セリ)。サレバ本症ノ疑ハシキ時ハ本皮膚反應モ一應施行サルルベキモノナルコトヲ附加ス。

7. 療法

保存的療法並ニ手術的療法アリ、

保存的療法就中藥物療法トシテ古クヨリ使用サルルハ沃度療法ナリ。Thomassen, Nocard, Buzzi, Galli-Valeria, Poncet, Meunier, Wollhauser 等ニヨリ支持サレ殊ニ Poncet-Berard, Konzerski, Catterina 等ハ其ノ大量投與 (1日 5—7g) ヲ推奨シ、Jodismus ハ起リ難キモノナリト述ブ。

元來放線狀菌ハ甚ダ抵抗強クシテ沃度ハ本菌ニ對シテ著明ナル殺菌力モ發育抑制作用モ表サザルモ人體組織抵抗力増大ニ依リ間接的作用ナリ、

又沃度「イオントフォレーゼ」(5%) モ效果ハ疑ハシキモノナリ (Wirz, Wassmund)。尙ホ内服薬トシテハ銅劑、砒素劑モ用ヒラル。最近 Meyers (1937) ハ「チモール」療法ヲ提唱セルモ (1週 2 回 1 日量 2g—3g) 效果ハ適確ナラズ。其ノ他「トリパフラビン」, 「スペチアード」ノ注射モ行ハルルモ最近廣ク化膿性疾患ニ用ヒラレツツアル「アクチゾール」モ一應用ヒテ可ナルモノト思考ス。

次ニ局所洗滌薬又ハ注入劑トシテハ沃度丁錐、硫酸銅、昇汞、硝酸銀等ガアリ、撒布劑トシテ沃度「フォルム末」ガ使用サレル。

尙ホ特殊療法トシテ Trauner ノ牛ノ淋巴腺浸

出液注射療法アリ。最近放線狀菌ノ純粹培養ノ比較的容易ニナリタル今日、其ノ免疫療法モ屢々試ミラルルニ至レリ。(Neuber, Payr, Cohn, Harbitz-Gründahl)。

次ニ放射線療法トシテノ線療法ハ Bevanニヨリ其ノ卓越セル效果ヲ認メラレテヨリ以來 Jüngling, Menningner, Dyes 等ニヨリ大量照射法ノ最も優レタルモノナリト結論ニ到達セリ。併シ大量照射ノミニテハ好結果ハ得ラズ中村一井上等ニヨリ要ハ放射線ニ對スル習慣性ヲ生ビシメザル様適當ナル照射間隔ヲ以テ可成リノ量ヲ照射スベキモノナリトノ説ニ一致セリ。中村ハ 150r—200r ヲ 3—4 日ノ間隔ヲ置キテ照射シ 10—14 日ノ間隔ヲオイテ次周ノ照射ヲナスコトヲ推奨セリ。

余ノ例ハ距離 30 cm ニテ 150r 3 日—7 日ノ間隔ヲオイテ 58 日間ニ計 12 回ノ照射ニ依リ良経過ヲ得タリ。

「ラヂウム」モ又 Cornioley et Fischer, Heyerdahl, Engelstad, 中村等ニ依リ用ヒラレ大體線ト同様ナル效果認メラル。

手術的療法ハ古クカラ行ハレ Rosenbach, Ponfick, Moosbrugger, Fischer 等ハ切開ト同時ニ藥劑ニテ局所ヲ洗滌スベシト唱ヘ Hochnegg ハ舌放線狀菌症ニテ舌ノ楔狀切開ニテ治癒セシヲ報告セリ。

肺放線狀菌症ハ一般ニ豫後最も不良ナルモノノ一ツニシテ (Hodenpyl ハ 34 例中死亡 32 例, Good ハ 40 例中 27 例, 松浦ハ 23 例中全治 2 例) 現今姑息的療法ノ甚ダ不良ナルハ遺憾ニ堪ヘズ。余ノ症例ハ手術的ニハ膿瘍切開、搔爬ニ止メ沃度「フォルム末」ヲ局所ニ撒布シ線深部治療、沃度ノ大量内服 (1日量 7g 迄) ヲ併用シ殆ド全治セリ。

Sauerbruch, Opekin, Glaser, 佐藤等ノ提唱セル手術的侵襲ハ將來放射線療法、免疫療法ノ進歩ト共ニ本症治療上ニ貢獻スベキモノナリト思考ス。

B 原發性直腸肛門部放線狀菌症ニ就テ

原發性直腸肛門部放線狀菌症ハ甚ダ少ク、多クハ肛門直腸部粘膜ノ創傷ヨリ本菌ノ進入ニヨリ本症ヲ惹起スルモノニシテ直腸周圍ノ著明ナル硬結ヲ生ジ、内腔ノ狭窄ヲキタシ病竈ノ進行ニシタガヒ肛門周圍ニ廣ク瘻孔ヲ形成スルモノナリ。

文獻上 Grill ハ 7 例、Bensaude ハ 30 年間ニ 20 例ヲ蒐集セリ。

本邦ニ於ケル肛門直腸部放線狀菌症ハ僅ニ大里、富田ノ報告アルノミナリ。

本症ノ豫後甚ダ不良ニシテ Bensaude ノ 20 例中全治セルハ 2 例ナリト。

多ク全身衰弱ヲキタシ又他ニ轉移竈ヲ作り多發性肝膿瘍、「イレウス」、瀰漫性腹膜炎ニテ死ノ轉歸ヲトルモノナリ。

臨牀經過ニヨリ、Bensaude ハ次ノ如ク分類セリ。

1. Initialstadium
2. Fistelbildungsstadium
3. Endstadium (Komplikationsstadium)

第 1 期ハ長年月ニ亙リ患者ハ胃腸障碍、即チ下痢、嘔吐、便秘、發熱及ビ痲痛アリ。通常用指觸診法ニヨリ局所ニハ板狀硬結ヲ觸レ直腸狭窄症狀ヲ呈スルコトアルモ直腸粘膜ニハ潰瘍ヲ證明セザルヲ普通トス (Moosbrugger)。

第 2 期ニ於テ前記硬結ハ化膿軟化シ、膿汁ハ沈下シ肛門周圍ニ蓄積シ透ニ外部ニ破レ瘻孔ヲ形成ス。コノ時期ニハ全身狀態ハ強ク侵害サレ死ノ轉歸ヲトルモ尙ホ或ルモノハ次ノ第 3 期ニ移行ス。

即チ腹膜炎又ハ「イレウス」症狀ヲ呈シ又ハ遠隔部位ニ轉移竈ヲ形成ス (多發性肝膿瘍)。

診斷ハ困難ニシテ膿汁中ニ本症菌塊ヲ證明スルニ非ザレバ確信ナシト謂ヒ得ベシ。鑑別スベキハ梅毒又ハ淋疾ニ因ル直腸狭窄、結核性性其ノ他ノ肛門直腸周圍膿瘍ナリ。

本菌ノ侵入門戶

Chiari (1853), Middeldorp (1861) ノ症例ハ

直腸粘膜ニ特別ノ變化ヲ示セルモ前述ノ如ク多クハ本菌ノ侵入セル粘膜ハ痕跡ナク治癒スルモノナリ。

然ラバ直腸粘膜部ニ本菌ノ到達スルニハ果シテ口腔ヨリノモノカ將又肛門ヨリノモノカ判斷ニ苦シムモノナルモ、多クノ學者ハ下行性説ヲ支持セリ。Popow ハ排便後糞ヲ肛門部ヲ清拭スル習慣ノアレー男子ニ於テ本症ヲ經驗セリト。Kaufmann ハ肛門ヨリ傳染セルヲ報告シ、Kazda モ斯ル例ヲ報告セリ。

次ニ一般ニ放線狀菌症ト外傷トノ關係ヲミルニ直接本菌ガ外傷ニヨリ搬入サル場合外傷ニヨリ局所ノ組織障碍ヲ來シ Locus minoris resistentiae トシテノ役割ヲ演ズル場合及ビ潜在性經過ヲトル本症ヲ増悪セシムル場合ナリ。

Lieblein ハ原發性皮膚放線狀菌症 23 例中 11 例ハ外傷ニ關係セリト。

又 Israel, Heuck ハ外傷ノ後ニ發生セル肺放線狀菌症ヲ、Hochenegg ハ齧齒ニヨル舌ノ咬傷後ニ發見セル舌放線狀菌症ヲ經驗セリ。本邦ニ於テ腸管貫通銃創後ニ發生セル本症ハ餘リニモ有名ナリ。又稀有ナルモ手術後該部ニ本症ヲ併發セリトノ報告アリ。(Stubenrauches ノ股關節手術後及ビ Partsch 乳房手術後ノ症例)。

扱余ノ技ニ報告セシ症例ハ以上記述セル原發性直腸肛門部放線狀菌症トハ趣ヲ異ニセルモノニシテ全經過中高熱、胃腸障碍ハ全然缺如シ、吾々ノ日常經驗セル結核性又ハ非特異性肛門周圍炎ト酷似セル症狀ヲ呈セルモノニシテ、カオル症例ヲ東西ノ文獻上ニ求ムルニ未ダ 1 例モ發見シ得ザル所ニシテ甚ダ興味アリト思考ス。

最初肛門周圍炎ト診斷ヲ受ケ切開ヲウケタル時ノ膿汁ノ性質ハ不明ナルモ、術後 3 週間ニテ全治シ、又之ヲ切開セシ開業醫モ別ニ何等意ニ介セザリシ點ヨリ、恐ラク之ハ非特異性肛門周圍膿瘍ナリシモノト思考ス。

當外科ニテ切開シ菌塊ヲ多數證明セルハソレヨ

り1年3箇月後ナリ。即チ本症ノ傳染經路ハ之ヲ何處ニ求ムベキヤ甚ダ至難ナル問題ニシテ、前述セル如ク肛門部粘膜ヨリ本菌侵入セルカ、或ハ外部即チ肛門部皮膚ヨリ侵入セルカ不明ナルモ、手術時膿瘍ハ前回ノ手術後癰疽ノ部ニ瘻孔ニ依リ連絡セル點、膿瘍ハ皮下ニ存シ、直腸竇ニ其ノ周圍ニ異常ヲ認メザリシコトヨリ本症ハ前回ニ受ケシ手術ガ直接原因タリトハ斷言シ能ハザルモ、明カニ Locus minoris resistentiae ヲ惹起シコノ基地ノ上ニ本症ノ成立セシコトハ明カナリ。

第4章 結論

1) 余ハ22歳ノ船員ニ於テ多數ノ前胸壁瘻孔形成竝ニ激痛ヲ主訴トシテ入院セル患者ニ於テ膿汁中ニ放線狀菌々塊ヲ發見シ、尙ホ本菌純粹培養ニ依リ通性嫌氣性型ナルヲ證明セリ。喀痰ハ入院來甚ダ僅少ニシテ數回ノ検査ニヨリ結核菌ヲ證明セズ。又放線狀菌々塊ヲモ證明セザリシモ肺部ノ物理學的レ線學的検査ニ依リ本症ハ右側下葉ニ發生セル原發性肺放線狀菌症ニシテ、本患者ニ膿瘍切開、搔爬、「ヨードホルム末」撒布、「ヨードカリ」ノ大量投與(6g迄)「アクチゾール」注射、レントゲン深部治療(30cmノ距離ニテ150r、間隔ハ3日乃至1週間ニテ58日間ニ12回放射)ヲ行ヒ全治セシメタルヲ報告シ、併セテ聊カ本症ノ考按ヲ試ミタリ。

2) 一般放線狀菌症ト同ジク本症モ多ク20歳乃至30歳代ノ青年男子ヲ侵シ(男子ハ女子ノ約2倍乃至3倍)右下葉ニ頻發ス。且胸部放線狀菌症ハ比較的稀有ニシテ大體15%乃至20%ニ遭遇スルモノナリ。

3) 本症ニ吸入性竝ニ吸引性肺放線狀菌症ヲ區別シ又體外竝ニ體內傳染說相對峙セルモ、現今ニ於テハ Bostroem ノ嘗テ唱ヘシ如ク體外傳染說ハ有力ナラズシテ體內傳染說ノ有力視サルル傾向

ニアリ。

本症例ハ5月ニ應召シ軍馬ノ積下ロシヲナシ常ニ不潔ノ生活ヲ續ケ、9月ニ前胸壁ニ疼痛硬結ヲ生ジタル點ヨリ體外傳染ヲ疑ハシムルモ亦口腔領域ヨリノ體內傳染モ否定シ得ザル處ナリ。

4) 病理解剖學的ニ本例ハ Arndt ノ深在性破壊性放線狀菌症ニ屬シ Israel ノ所謂第3期瘻孔形成期ニ相當セリ。

5) レ線學的ニ本症例モ一般ニ稱ヘラルルガ如ク特有ナル所見ヲ呈セザリシモ、肺結核ニ比シ稍々肺門ヨリ下葉ニ互リ氣管枝周圍炎ニ依ル索狀性陰影ガ濃厚且太ク現レタリ。

6) 診斷ニ際シ、肺結核トノ鑑別ハ最モ慎重ヲ要スベキニシテ、殊ニ初期氣管枝肺炎期ニ於テレ線學的ニ結核菌ヲ證明シ得テ至當ナリト考ヘラルル症例ニ於テ、尙ホ喀痰中ニ結核菌ヲ證明シ得ザル場合ハ本症ニ疑ヲ置キ特ニ反覆検査ノ要アリト屬考ス。

肺結核ノ症狀ヨリテ胸壁ニ疼痛性腫脹ヲキタセル時ハ愈々本症ノ疑濃厚トナルモ、膿汁中ニ本症ニ特有ノ菌塊ヲ證明シ得テ始メテ本症診斷ハ確定サルルモノナリ。

尙ホ疑ハシキ症例ニハ皮膚反應モ一應施行サルルベキヲ注意セリ。

7) 治療法トシテハ手術的療法、放射線療法並ニ藥劑ノ内服(「ヨードカリ」ノ大量内服其ノ他「チモール劑)「アクチゾール」注射ヲ推奨セリ。

8) 次ニ高熱胃腸障礙ヲ全ク缺如シ、吾々ノ日常經驗セル結核性又ハ非特異性肛門周圍炎ト酷似セル症狀ヲ呈セル34歳ノ一男子(會社員)ニ於テ、肛門左側ニ於ケル拇指頭大ノ硬結部ヲ切開シ、膿汁ノ殆ド全部ヲ占ムル大ナル十數箇ノ菌塊ヲ證明シ、純粹培養ニ依リ偏性嫌氣性放線狀菌ヲ證明セリ。

本症ニハ「ラヂウム針」挿入ニ依リ全量924mg

時間ニテ術後19日ニテ全治セルヲ報告セリ。

蓋シ本例ハ甚ダ稀有ニシテ東西ヲ通ジテ其ノ例ヲ見ズ、興味アルヲ以テ、茲ニ報告シ、他ノ原発性肛門直腸部放線状菌症ト比較検討シタル次第ナリ。

撰筆スルニ臨ミ恩師津田教授ノ御指導御校

閱ニ對シ滿腔ノ謝意ヲ表ス。

(本論文要旨ハ昭和14年10月第6回中國四國外科集談會ニテ演說セシモノナリ)。

主要文獻

1) *Arndt*, Handb. d. sp. path. Anat. u. Hist. III. 3, 1931. 2) *Baracz*, Arch. klin. Chir. 66, 1051—1161, 1902. 3) *Bevan*, Ann. Surg. I, 641—654, 1905. 4) *Good*, Arch. Surg. 21, 786—800, 1930. 5) *Good*, Arch. Surg. 22, 203—313, 1931. 6) *Israel*, Virchow's Arch. 74, 15—53, 1878. 7) *Israel*, Virchow's Arch. 78, 421—436, 1879. 8) *Israel*, Arch. klin. Chir. 34, 160—164, 1887. 9) *Joyce*, Ann. Surg. 108, 910—917, 1938. 10) *Karewski*, Berl. kl. Wschr. 328—330, 350, 373, 1898. 11) *Kazda*, Dtsch. Z. Chir. 156, 1—6, 312—377, 1920. 12) *Lieske*, Handb. d. path. Mikroorganismen, 5, 1, 17—40, 1928. 13) *Meninger*, Dtsch. Z. Chir. 239, 527—537, 1933. 14) *Meyers*, Jour. amer. med. Assoc. 108, 1875, 1937. 15) *Neuber*, Dtsch. Z. Chir. 244, 122—139, 1935. 16) *Payr*, Münch. med. Wschr. 1001—1003, 1933. 17) *Ponjick*, Berl. kl. Wschr. 17, 660, 1880. 18) *Risak*, Dtsch. Z. Chir. 205, 129—134, 1927., Zbl. f. Chir. 54, 2526—27, 1927. 19) *Schlegel*, Handb. d. path. Mikroorganismen, 5, 1, 41—112, 1928. 20) *Trauner*, Wien. kl. Wschr. 330—331, 1934. 21) *Neuber*, Wien. kl. Wschr. 736—741, 1940., 12—17, 48—50, 1938. 22) *Clairmont*, Wien. kl. Wschr. 50, 822—825, 1937. 23) *Werthemann*, Virchow's Arch. 255, 719, 1925. 24) *Bensaude*, Presse méd. 37—375, 1933., Zorg. f. ges. Chir. 62, 463, 1933. 25) *Bartsch*, Wien. kl. Wschr. I. 170—172, 1931. 26) *Arndt*, Münch. med. Wschr. 1727, 1931. 27) 安永, 實地醫家ト臨牀, 第13卷, 第11號, 昭和11年. 28) 秋吉, 口腔病學會雜誌, 第11卷, 466, 昭和12年., 東京醫事新誌, 3051, 2545, 昭和12年.

29) 山崎, 大日本齒科醫學會會誌, 第37年, 132, 昭和14年. 30) 大島, 日本病理學會會誌, 第29卷, 84, 昭和14年. 31) 富田, 山田, 皮膚科泌尿器科雜誌, 第43卷, 232, 昭和13年. 32) 本堂, 實地醫科ト臨牀, 第7卷, 1163, 昭和5年. 33) 都築, 滿洲醫學雜誌, 第31卷, 911, 昭和14年., 日本外科學會雜誌, 第37回, 133, 昭和11年., 東京醫事新誌, 第59年, 1427—29, 昭和10年. 34) 足澤, 岩手醫學專門學校雜誌, 第3卷, 110, 昭和13年. 35) 深澤, 饒村, 千葉醫學會雜誌, 第7卷, 1261, 昭和4年. 36) 大里, 診斷ト治療, 第20卷, 937, 昭和8年. 37) 梶谷, 日本外科學會雜誌, 第42回, 539, 昭和16年. 38) 日下部, 實驗醫報, 第193號, 138, 昭和5年. 39) 都築, 大日本齒科醫學會雜誌, 第57卷, 93, 昭和5年. 40) 稻田, 岡醫雜, 第43年, 527, 昭和6年., 實驗醫報, 第220號, 496, 昭和8年., 實驗醫報, 第219號, 313, 昭和8年., 實驗醫報, 第218號, 164, 昭和7年. 東西醫學大觀, 第43號, 65, 第44號, 57, 昭和6年. 41) 山崎, 大日本齒科醫學會會誌, 第37號, 132, 昭和14年. 42) 加藤, 日本外科學會雜誌, 第30回, 第9卷, 761, 昭和4年. 43) 佐藤, 齋藤, 日本外科學會雜誌, 第34回, 第6號, 1686, 昭和8年. 44) 管, 岡醫雜, 第48年, 第8號, 1844, 昭和11年. 45) 重藤, 實地醫科ト臨牀, 第14卷, 第9號, 988, 昭和12年. 46) 小田, 大日本耳鼻咽喉科會會報, 第32卷, 797—801, 昭和2年. 47) 桑原, 大日本耳鼻咽喉科會會報, 第37卷, 第2號, 1—82., 第5號, 38—49, 昭和6年., グレンツゲビート, 第5年, 第12號, 1642—1650, 昭和6年. 48) 鹽田, Dtsch. Z. Chir. 101, 289—401, 1909. 49) 田中, 小田, 大日本耳鼻咽喉科會會報, 第32卷, 第4號, 498—509, 大正15年. 50) 岡本, 日本醫事新報, 第922號, 17, 昭和15年.

*Aus der Chirurgischen Klinik der Med. Fakultät Okayama.
(Direktor: Prof. Dr. S. Tsuda)*

Über die primäre Lungen- und Periproktalaktinomykose.

Von

Dr. Shigeru Okamoto.

Eingegangen am 15. März 1943.

1) Ein 22 jähriger Seemann. Seitdem er im Mai 1938 dem Stellungsbefehl Folge geleistet hatte, arbeitete er auf einem von der Regierung gecharterten Schiff an der Abladung der Militärpferde und führte so von Tag zu Tag unsauberes Leben. Im September verliess er wegen Beriberi das Schiff und wurde in ein Krankenhaus aufgenommen. Von dem nächsten Tage an trat ein heftiger Schmerz am unteren Teil des Processus Xyphoideus ein. Zu dieser Zeit hatte er Husten und entleerte Sputa, wovon er sich jedoch gar nicht bekümmerte. Am Vorderthorax nahmen indes Rötung der Haut, Schwellung und Schmerz allmählich an Stärke zu, am Ende desselben Jahres entstanden schliesslich Fisteln, woraus dickflüssige Eiter herauskamen. Im Anfang des nächsten Jahres wurde er in einem Krankenhause unter der auf Röntgenbild gestellten Diagnose als eine Lungentuberkulose behandelt. Da es sich aber immer weiter verschlimmert hatte, wurde er schliesslich im März 1939 mit den Hauptklagen über zahlreiche Fistelbildungen an der vorderen Thoraxwand und einen heftigen Schmerz im Thorax in unsere Klinik eingeliefert.

Die sehr charakteristischen Drusen oder die Tuberkelbazillen liessen sich nicht im Sputum, sondern die Drusen in der Eiterflüssigkeit nachweisen. Auf Grund der Reinkultur wurde es ferner festgestellt, dass die aufgefundenen Strahlenpilzen zu einer Art der fakultativen Anaerobien gehörten. Im Anschluss an diesen Befund sprachen die Befunde der Röntgenuntersuchung der Thoraxgegend dafür, dass es sich um eine primäre Lungenaktinomykose handelte, welche die Partie von der rechten Lungenpforte bis zum Unterlappen angriff. Der Verf. berichtet über die völlige Heilung des Kranken, die er durch Inzision der Abszesse, Auskratzung, Aufstreuung von Jodformpulvern, fortgesetzte Darreichung grösserer Dosen von Jodkalium (bis zu 6 g), Injektion von Aktisol, Röntgenbestrahlung (Abstand: 30 cm, 150 γ ; Intervall: 3 Tage - 1 Woche; im Laufe von 58 Tagen 12 mal bestrahlt) erzielen konnte. Schliesslich fügt er noch Besprechung über dieses Krankheitsbild hinzu.

Die vorliegende Krankheit bevorzugt gerade wie der andersartigen Aktinomykosen junge Männer von 20 - 30 Jahren (befallen wurden die Männer ca. 2 oder 3 fach mehr als die Frauen) und zwar entwickelt sich am häufigsten am rechten Unterlappen. Verhältnismässig selten ist Lungenaktinomykose: sie beträgt in der Frequenz nur 15 - 20 % der ge-

sammten Fälle. Der Verf. hebt besonders hervor, dass man bei der Stellung der Differentialdiagnose gegen die Lungentuberkulose sehr vorsichtig sein soll. Röntgenologisch bietet die Luugenaktinomykose keinen eigentümlichen Schatten dar, im Vergleich zur Lungentuberkulose treten jedoch bei ihr ziemlich derbe und dicke Schatten, welche von Peribronchitis herrühren, in die Erscheinung. Ausserdem kann man bei aufmerksamer Beobachtung auch das Bild einer im Früstadium auftretenden Verdickung der Pleura, das Bild einer sich rapid und hochgradig einstellenden retraktiven Schrumpfung der Brusthöhle und das der Ossifikationsperiostitis der Rippen erkennen. Für zweifelhaft Fälle empfiehlt der Verf. auch die Anstellung der Kutanreaktionen.

2) Ein 34 jähriger Angestellter. Bei diesem Pat. fehlten im ganzen Verlaufe der Krankheit hohes Fieber und Störungen des Magen-Darmkanals vollständig. Die Symptome gleichen vollkommen denen der häufig vorkommenden tuberkulösen oder unspezifischen Periproktitis. Durch die Inzision einer daumengross indurierten Stelle auf der rechten Seite der Analöffnung wurden einige zehn Pilzdrüsen nachgewiesen, welche den dicken Eiter fast vollständig einnahmen. Die Reinkultur ergab, dass die Pilze obligat-anaerob waren. Als Therapie wurde die Radiumnadel im Ganzen 924 mg Stunden eingeführt. 19 Tage nach der Operation wurde bei ihm völlige Heilung erzielt. Zu beachten ist hier, dass der Pat. ein Jahr drei Monate vor der Aufnahme in die Klinik bei einem Arzt unter der Diagnose Periproktitis an der betr. Stelle inzidiert wurde. Mit 3 Wochen wurde die Erkrankung ausgeheilt.

Die vorliegende primäre Periproktalaktinomykose verdient nicht wenig Beachtung, weil sie im Wesen etwas von der bislang im Schrifttum berichteten abweicht und somit der Verf. in der umfangreichen Literatur keinen analogen Fall veröffentlicht finden kann. Es lässt sich zwar nicht feststellen, ob die Infektion durch die Schleimhaut des Rektums oder durch die Haut der Analöffnung zustande kam, es kann aber keinem Zweifel unterliegen, dass durch die vorherigen Operationen ein Locus minoris resistentiae gebildet wurde, der zur Entstehung der vorliegenden Krankheit Veranlassung gegeben hat.

(Autoreferat)