

## 75.

615.755.6-616.322-00.1

## 異常ノ経過ヲ示シタ興味アル驅黴 「アグラヌロチトーゼ」ノ1例

岡山醫科大學皮膚科泌尿器科教室(主任根岸教授)

副 手 坪 井 賢 次

〔昭和16年1月14日受稿〕

## 緒 言

「アグラヌロチトーゼ」ハ1922年Schultz氏ガ甫メター獨立疾患トシテ提唱シテ以來頗ニ世人ノ注意ヲ喚起シ、爾來其ノ報告例モ殆ド加速度的ニ増加シ今ヤ歐米ニ於テハ其ノ症例1000例ヲ超エ、本邦ニ於テモ約200例ヲ數フルノ盛況ニアル。

本疾患ノ本態ニ關シテハ諸説紛々トシテ其ノ歸スル所ヲ知ラナイガ、現今醫學界ノ趨勢ハ之ヲ一獨立性疾患ト看做スヨリモ寡口種々ナル原因ニヨリテ惹起セラレタ症候群デアツテ、特ニ血液學上特有ナ所見ヲ具現シター時相ニ過ギナイトノ見解ヲ有スルモノガ多イ様デアル。

本疾患ノ原因又ハ誘因トシテ舉ゲラレテキルモノハ極メテ多ク、頗ル廣範圍ニ亙ルガ實地上最モ屢々遭遇シ、且重要ナルモノハ驅黴療法、就中「サルバルサン」注射ニ續發スル、蓋シ其ノ副作用中最モ重篤ニシテ且不快ナルモノノ1ツデアル。

本病ノ徵候モ多岐多様ニシテ、Schultz氏ノ記載ト一致スルモノモアルガ、又之ト相容レナイモノモ少クナイ。

余ノ最近經驗シタ1例モ「サルバルサン」及ビ蒼鉛療法中ニ起ツタモノデアルガ特ニ茲ニ記載シ既往文獻ニ蛇足ヲ加ヘント欲スル所以ノモノハ、其ノ臨牀所見ニ於テ、其ノ経過ニ於テ多クノ記載ト相違スル所ガ尠クナイカラデアル。

## 自家實驗例

本〇〇子 33歳

家族歴及ビ既往症ニ於テ特記スベキモノハナイ。體格榮養共ニ佳良ナル家婦、胸腹臟器ニハ著變ガナイ。

潜伏黴毒(ワ氏反應卅, 村田氏反應卅)ノ診斷ノ下ニ、昭和15年9月5日ヨリ10月10日迄「ネオネオアーセミン」ヲ毎週1回宛注射シ5回(2號2回, 3號3回)。其ノ間3—4日ノ間隔ヲ以テ「チオビス」(2.0g)ヲ注射シ、10回ニ及ンダ。其ノ以前ニ於テハ何等ノ副作用ナク遂行シ得タガ、最後ノ「サルバルサン」注射ノ翌日輕度ノ發熱(37.8度)アリ咳嗽及ビ喀痰ヲ訴ヘタガ、他ニ何等認ムベキ變化ガナイ爲、注射ノ一時ノ反應又ハ寒胃位ニ考ヘテ、單ニ對症ノ處置ヲ施シテ経過ヲ觀察スルコトニシタ。然ルニカカル症狀ハ少シモ輕快セズ、咳嗽ハ益々激シクナルト共ニ呼氣ハ惡臭ヲ帶ビ、喀痰モ增量シテ惡臭強ク、時々微ニ血液ヲ混ズルニ至ツタ、而シテ之ヲ放置スルト明カニ泡沫、水様及ビ膿屑ノ3層ニ分レ、鏡檢上諸種ノ細菌「スピロヘータ」及ビ各種破壊物ヲ證明スルコトガ出來タ、但シ結核菌ハ數回檢索シタガ發見シナイ。

胸部ハ打診上毫モ變化ガナイガ、聽診上、兩肺後下部ニ著明ナル水泡性囉音ヲ聽取スル。口腔ヲ檢スルト、軟口蓋及ビ左右扁桃腺ハ一様ニ稍々發赤腫脹シテキルノミデ特種ノ變化ハナイ。

10月16日=至リテ始メテ嚔下痛ヲ訴ヘルノデ、  
 口腔ヲ精査スルト、右側扁桃腺=ハ加答兒性炎症  
 ノ外著變ガナイガ、左側口蓋扁桃腺ハ強ク發赤腫  
 脹シ、表面薄キ灰白黄色ノ苔ヲ被リ、殊=腺窩=  
 相當シテキル部分=於テ著明デアル。窺ヲ以テ剝  
 離スルト容易ニ除去セラレ、鏡檢スルト無數ノ普  
 通ノ細菌、上皮細胞及ビ類廢物ヲ證明スルコトガ  
 出來タ。但シ潰瘍形成乃至組織壞疽ハナイ。

以上ノ所見ヨリシテ腐敗性氣管支炎兼腺窩性  
 「アンギーナ」ト思考セラレルガ、驅膿療法ヲ行ツ  
 テキルノデ、或ハ「アグラスロチトーゼ」=非ザル  
 ヤヲ疑ヒ、念ノタメ=血液検査ヲ行フト驚クベシ  
 白血球ハ値=230、塗抹染色標本=於テハ僅=散  
 在性=發見サレ、數枚ノ標本カラ其ノ百分率ヲ求  
 メルト、中性嗜好細胞ハ値=21%=過ギナイコト  
 ヲ知ツタ。

茲=於テ始メテ「アグラスロチトーゼ」デアルコ  
 トヲ知り、直チニ自家血清10.0ccヲ腎筋内ニ注射  
 シ(21日迄續行)、尙ホ葡萄糖「ネオデトキソール」  
 「ビタミン」等ノ注射ヲ併セテ行フ=翌日=ハ白  
 血球550トナリ中性嗜好細胞モ30%=増加、同  
 日始メテ左側口蓋扁桃腺=小潰瘍ヲ發見シタ。此  
 潰瘍ハ翌日=ハ速ニ増大シテ小指頭大トナリ、底  
 部=厚キ汚穢灰白色ノ壞疽片固着シ、本症=定型

的ナ所見ヲ呈スル=至ツタ。尙ホ此頃ヨリ同側頸  
 部淋巴腺モ有痛性=腫脹シテキルノヲ認メタ。コ  
 ノ壞疽性扁桃腺モ10月19日=至リ血液像ノ改善  
 ト共ニ迅速ニ輕快シ、11月2日=ハ全く新鮮ナル  
 肉芽ヲ被ハレ全治シタ。

然ル=一方呼吸器系統ノ症狀及ビ全身症狀ハ依  
 然トシテ良好ニ赴カズ、咳嗽ハ益々頻繁トナリ、  
 胸痛甚シク、呼吸ハ甚シク惡臭ヲ放ツテ病室ニ充  
 滿シ、咯痰ハ益々増量、膿性腐敗性トナリ惡臭鼻  
 ヲ衝キ、時ニ血液ヲ混ジ、之ヲ放置スルト著明ニ  
 3層ニ分離シ、鏡檢上肺實質片ノ混入ヲ證明スル  
 コトガ出來タ。

打診上右肺中葉及ビ左右兩肺下葉=明カニ濁音  
 アリ、聽診上氣管支呼吸音及ビ多數ノ粗大ナル囉  
 音ヲ聽取スルレントゲン線像ハ浸潤部=相當シテ  
 境界不明ナル陰影ヲ示シテキル。但シ明瞭ナル空  
 洞像ハ之ヲ認メルコトガ出來ナカツタ。爾後呼吸  
 困難、胸内苦悶、脈搏頻數「チアノーゼ」之ニ加ハ  
 リ、胸器法、諸種祛痰、呼吸鎮靜、強心劑酸素吸  
 入、輸血等モ效無ク、11月15日早朝遂ニ鬼籍ニ  
 入ツタ。但シ發熱ハ一般ニ輕微デ、全經過ヲ通ジ  
 テ38度以上ニ昇ツタコトハ死ノ2日以前ニ過ギ  
 ナカツタ。尙ホ惡寒戰慄モ殆ド缺如シテキタ(表  
 參照)。

| 日/月 (1910)       | 16/X           | 17/X | 18/X | 19/X | 20/X | 21/X | 23/X | 25/X | 28/X | 2/X  | 6/X  | 10/X  | 15/X |    |
|------------------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|----|
| 赤血球數(萬)          | 240            |      |      |      |      |      |      |      | 186  |      |      |       |      |    |
| 血色素              | 34%            |      |      |      | 30%  |      |      |      | 25%  |      |      |       |      |    |
| 白血球數             | 230            | 550  | 800  | 2100 | 3000 | 4200 | 6000 | 6300 | 6800 | 8000 | 9500 | 12000 |      |    |
| 白血球<br>中性嗜<br>好性 | 分葉<br>桿狀<br>幼若 | 葉型   | 16   | 20   | 29   | 35   | 48   | 57   | 62   | 59   | 62   | 61    | 55   | 50 |
|                  |                | 桿狀型  | 5    | 70   | 12   | 18   | 14   | 6    | 5    | 4    | 7    | 10    | 15   | 24 |
|                  |                | 幼若型  | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 3     | 5    | 9  |
| 「エ」嗜好性白血球        | 0              | 0    | 0    | 0    | 0    | 0.5  | 0.5  | 0.5  | 0.5  | 0    | 0    | 0     | 0    |    |
| 鹽基嗜好性白血球         | 0              | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0.5  | 0    | 0.5  | 0    | 0    | 0     | 0    |    |
| 淋巴球              | 60             | 48   | 41   | 32   | 30   | 25   | 22   | 27   | 22   | 17   | 18   | 14    |      |    |
| 「モノチーテン」         | 19             | 22   | 18   | 15   | 8    | 11.5 | 10   | 9.5  | 7    | 8    | 7    | 3     |      |    |
| 血球沈降速度ノ時間(mm)    | 65             |      |      |      |      |      |      |      |      | 100  |      |       |      |    |
| 扁桃腺壞疽            | —              | ±    | 卅    | 卅    | 卅    | 卅    | +    | ±    | ±    | —    | —    | —     |      |    |
| 氣管支及ビ肺變化         | +              | +    | +    | 卅    | 卅    | 卅    | 卅    | 卅    | 卅    | 卅    | 卅    | 卅     | 卅死   |    |
| 最高體溫             | 37.0           | 37.6 | 36.8 | 37.2 | 38.0 | 37.9 | 37.8 | 37.0 | 37.0 | 37.0 | 39.7 | 38.8  |      |    |
| 水中蛋白質            | —              |      |      | —    |      |      |      |      | —    |      |      |       |      |    |
| 尿中「ウロビリノーゲン」     | +              |      |      | +    |      |      |      |      | +    |      |      |       |      |    |

## 考 按

「アグラノロチトーゼ」ニハ認ムベキ原因ノナイ原發性(眞性型)ノモノト、原因ノ明カナル所謂症候性ノモノトガアル、併シ其ノ本態ニ關シテハ未ダ推定ノ域ヲ脱シテキナイタメニ、兩者ヲ一括シテ考察スルヨリ仕方ガナイ。原因ガ假令分ツテキテモ單ニ夫レノミデハ本疾患ノ發病ヲ説明スルニ足ラナイ、必ズヤ先天ノ又ハ後天ノニ個體ニ何等カノ缺陷ノ存在、或ハ發病ヲ促スベキ何等カノ條件ヲ必要トスルデアラウ。

Schultz 氏ガ當時舉ゲタ本症ノ定型ノ徴候ハ高度ノ白血球減少、顆粒細胞ノ著明ナル減少、重篤ナル壞疽性「アンギーナ」ヲ3主要徴候トナシ、更ニ副徴候トシテ、突然高熱ヲ以テ發病シ、肝及ヒ脾ハ概ネ腫脹シテ黄疸ヲ伴ヒ、主トシテ中年以後ノ女性ヲ侵シ、淋巴腺腫脹ヲ缺如シ、赤血球及ヒ血小板ニ變化ナク、出血性素因ヲ認メズ、豫後全ク不良デアアルコトヲ指摘スルコトガ出來ル。併シ作ヲ其ノ後陸續トシテ發表セラレタ症例ノ中ニハ、非定型ノモノガ少クナイ。素ヨリ非定型ノ、定型ノト云ツテモ程度ノ相違ニ過ギナイノデアアルガ、以下既往文獻ト自家症例トヲ對比シツツ、聊カ愚見ヲ述ベテ見タイト思フ。

## 1. 血液所見

血液所見ハ本症診斷ノ核心ヲ成スモノデ、就中白血球ノ態度ニ其ノ重點ガ置カレル。

白血球ノ著シキ減少ハSchultz 氏以來注目セラレテキル所デ、多クハ3000以下1000内外デアアルガ、更ニ高度ニ減少シテ200内外トナリ、其ノ最も甚シイモノハ、全然白血球ヲ缺クコトスラアル(Schultz, Elkeles, Baltzer 氏等)余ノ例デハ230ニ迄減少シ、塗抹染色標本ニ於テ極メテ疎ニ散在シテキルニ過ギナクツタ。併シ時ニハ發病ノ初期又ハ末期ニ於テハ却ツテ白血球ノ増加ヲ來スコトヲ報ゼラレテキル。白血球ノ減少ハ諸種ノ疾患、例之「カラアザール」、「マラリヤ」、「トリバノゾーマ」、「チアス」、「バラチフス」、「ペラグラ」、恙蟲

病、水痘、交感性眼炎、急性脊髄前角炎等ニモ認メラレ、本症ノ絶對的症狀デハナイガ診斷上有力ナル參考トナル。

斯カル白血球ノ減少ハ適當ナル治療ニヨリ比較的速カニ恢復スルコト多ク、殊ニ症候性ノモノニ於テ然リデアアル。余ノ例ニ於テハ、主トシテ自家血液ヲ毎日注射スルコトニヨリ、7日ニシテ正常値ニ復シタ。一般ニ本症ノ輕快ニ比例シテ白血球ノ増加ヲ來シ、其ノ恢復遅キモノハ豫後不良デアアルト稱セラレテキルガ必シモ然ラズ、他ノ症狀ト併セ考慮スベキハ勿論ノコトデアツテ、余ノ例ニ於テハ後期ニ却ツテ白血球增多症ヲ起シタガ、不幸ノ轉歸ヲトツタ、之ハ後述スル如ク主トシテ肺壞疽ニ起因シタモノト思ハレル。

顆粒細胞ノ減少又ハ消失ハ本疾患ニ特有ナ所見デアツテ、白血球數ノ未ダ著シイ減少ヲ示サナイ時期ニ於テ發現スル。就中中性嗜好細胞ハ著シク減少シ、時トシテ全ク消失スルコトモ少クナイ。コレ「アグラノロチトーゼ」ノ名稱アル所以デアアル。和田氏ニヨレバ、全數ノ $\frac{1}{3}$ ハ全ク消失シ、 $\frac{1}{3}$ ハ10%以下、残り $\frac{1}{3}$ ハ28%以下デアルト云フ。即チ殆ド總テガ30%以下デ40%以上ニ存在スルモノハ例外的ニ存スルノミデアアル(Grunke 氏60% Zia n. Forkner 氏61%)

通常白血球數其ノモノガ減少スルカラ、中性嗜好細胞ノ減少ハ絶對的ニモ一層甚シクナル。併シ白血球減少ト本細胞減少トハ必ズシモ一致シナイ、又「サルバルサン」注射ニ續殘シタモノト、然ラザルモノトノ間ニモ特ニ認ムベキ相違ハナイ。

本細胞ノ核型ニ就テハ、左方推移ヲ見ルコト多ク、通常桿狀型ノ増加乃至ハ幼弱型ノ出現ヲ見ル程度デアアルガ、稀ニ病的細胞ヲ證明スルコトガアル。余ノ例ニ於テハ本症發見當初ニ於テ、桿狀型ハ5%ヲ示シ、幼弱型ハ無ク末期ニ於テハ核ノ左方推移著シク、其ノ豫後不良ナルヲ思ハシメタ。(詳細前表參照)。

「エオジン嗜好」細胞ハ過半数ニ於テ消失スル、

古川氏ニ據レバ其ノ10%以上ニ増加シタ7例中6例ハ「サルバルサン」注射ニ續發シタモノデア。ル。「サルバルサン」副作用ノ一部ハ「アレルギー」ト看做スベキモノデアツテ、高度ノ「エオジノフィリー」ヲ伴ツタモノハ殆ド總テ「サルバルサン」注射ニ起因スルコトヲ併セ考ヘレバ興味ガ深い。

一般ニ「エオジン嗜好」細胞增多症ノアル時ニハ、豫後良好デアルトハ血液學上ノ通則デアツテ、本疾患ニ於テモ、其ノ治癒ニ向フ時ニハ本細胞ノ出現又ハ増加ヲ見ルコトハ統計ノ示ス所デア。ルガ、素ヨリ絶對的ノモノデハナイ。余ノ例ニ於テハ、本細胞ハ初期ニ於テ消失シ、途中一度出現シタガ、經過ハ好轉セズ、其ノ後消失シ、遂ニ死ノ轉歸トナツタ。

鹽基性嗜好細胞ニ關シテハ特記スベキモノガナイ。

淋巴球モ比較的增多症ヲ示シ從ツテ塗抹染色標本ニ於テ、白血球ノ大部分ヲ占メルモノハ本細胞デア。ル。其ノ絶對數ハ通常減少スルガ、白血球總數ノ著シキ減少ノナイ場合又ハ却ツテ増加シテキル場合ニハ其ノ實數モ増加シ得ル。Güthlein氏ノ統計ニヨレバ53例中其ノ實數ノ減少シテキルモノ34例、増加シテキルモノ19例デア。ル。

「サルバルサン」注射ニ續發シタモノハ然ラザルモノニ比較シテ淋巴球ノ60%以上ニ増加スルコトハ少イ。コレ後述スル如ク「サルバルサン」注射ニ因ルモノハ「モノチーテン」ノ増加ヲ來タス爲ニ淋巴球ノ増率顯著デナイカラデア。ル。余ノ例ニ於テ淋巴球ハ本症發見當初ニ於テハ60%ヲ占メテキタガ漸次減少シ、之ニ代ツテ主トシテ中性嗜好細胞ノ増加ヲ來シ、後期ニ於テハ兩細胞ノ關係全ク逆轉スルニ至ツタ。Frank氏中田、木村兩氏等ノ報告モ余ノ例ト一致スル。

「モノチーテン」ノ實數ハ一般ニ白血球ノ減少ニツレテ減少スルガ、相對比率ハ増加シ、和田氏ニヨレバ大體25%内外ノモノガ多イト言フ。併シ時ニハ全ク消失スルコトアリ、正常値ニアルモノ

アリ、又稀ニ極度ニ多クナツテ「モノチーテン」ノ移行型ト考ヘラレルモノモアツテ、兩者ノ鑑別至難ナルコトモアル。

通常顆粒細胞ノ減少ガアツテ、尙ホ他ニ本症ニ屬スル他ノ數種徵候ガアレバ、假令「モノチーゼ」ニ屬スル諸症狀ガアツテモ之ヲ「アグラヌロチトーゼ」トナシ、「モノチーテン」ノ増加ト尙ホ他ニ「モノチーゼ」ニ屬スル數種ノ症狀ガアレバ、假令「アグラヌロチトーゼ」ニ屬スル症狀ガアツテモ、之ヲ「モノチーゼ」トナシテキルガ、顆粒細胞ノ減少ト「モノチーテン」ノ増加トガ、同時ニ存在スル時ニハ、鑑別ハ困難トナル。即チ顆粒細胞ガ減少シタ爲ニ相對的ニ「モノチーテン」ガ増加シタモノカ、或ハ「モノチーテン」ガ増シタタメニ顆粒細胞ガ減少シタノカ、判斷ニ苦シムノデア。ルガ、此際ニモ白血球總數ニ着眼スレバ其ノ區別ハ通常可デア。ル。余ノ例ニ於テハ「モノチーテン」ハ最高23%デ大體既往文獻平均值ニ近似シテキル。人ニヨツテハ(Karl Rohr, 八木澤, 高原氏)「アグラヌロチトーゼ」ト「モノチーゼ」トハ根本的ニ相違シタ疾患デナク、「アグラヌロチトーゼ」ガ何等カノ原因又ハ病期ニ於テ其ノ流血中ニ「モノチーテン」ノ増加ヲ來シタモノガ「モノチーゼ」デアルト稱シテキル。

一般ニ「サルバルサン」注射ニ續發シタモノハ然ラザルモノニ比較シテ、「モノチーテン」ノ増加ヲ認メルコト多ク(尾河, 松本, 伊藤, 古川, 石田, 田村氏等)又之ヨリシテ其ノ豫後ノ一般ニ良好ナルコトヲ首肯セラル。

赤血球, 血色素, 血小板ニハ變化ノナイノガ通例デア。ルガ、例外モ存在スル。余ノ例ニ於テハ發病初期ニ於テ中等度ノ貧血アリ、疾病ノ進行ト共ニ其ノ度ヲ増シタ。

Steinert, Leon氏等ニヨレバ症候的「アグラヌロチトーゼ」殊ニ「サルバルサン」ニ基因スルモノハ貧血ヲ認メルコト多ク、コレ黴毒ニヨル2次的障礙及ビ「サルバルサン」ノ直接作用デアツテ、眞

性型トノ鑑別點デアルトイフガ、反對説モ多ク余ハ此點ニ關シテ云フ所ガナイ。

赤血球ノ形態竝ニ染色態度ニ關シテハ記載ガ少イガ、大多數ニ於テ異常ヲ認メナイモノノ如ク、出血性素因モ通常見ナイ、但シ「サルバルサン」注射ニヨルモノハ貧血ト關聯シテ往々ニシテ有核白血球、網狀織赤血球、「ポイキロチトローゼ」、「アゾチトローゼ」等ヲ認メルコトガアルガ、(古川、中田、木村氏等)余ノ例ニ於テハ之ヲ證シナイ。

赤血球沈降速度ハ每常著明ニ促進シ、ウエスターグレン氏法デ1時間30mm以上ニ及ブ。余ノ例ニ於テハ初期ニ於テ既ニ65mm、後期ニ於テ100mmヲ算シタ。

文獻上流血中ヨリ細菌ヲ證明シタ例ハ少クナイガ、一般ニハ2次感染ト解セラレテキル。但シ著者ノ例デハ培養上細菌ヲ證明シナイ。

## 2. 壞疽

本疾患主症狀ノ1ツデアル壞疽ハ、大部分口腔粘膜ニ於テ見ラレ、殊ニ口蓋扁桃腺ニ好發スル。併シ稀デハアルガ其ノ他全身至ル處ニ發生シ得ル。例之食道、胃、腸、肛門、陰、陰唇、鼻中隔、喉頭、氣管、氣管枝、肺、眼結膜、皮膚等ニ來ルコトガ報ゼラレテキル。時トシテ壞疽ハ極メテ輕ク單純性炎ニ過ギナイコトアリ、又稀ニ全ク缺如(Tonssig及ビSchnoebelnニヨレバ5%)スル場合モアルガ大多數ニ於テ特異ノ所見ヲ呈シ、口蓋扁桃腺ニ於テハ所謂壞疽性「アンギーナ」ノ狀ヲ呈シ、而モ急進ニ進行スルニ不抱、周圍ニ於ケル反應性炎衝ノ輕微ナコトヲ特徴トスル。即チ所謂無反應性炎衝ノ狀態ヲ示ス。之ヲ以テ一部ノ學者ハ炎衝ニ非ズシテ寧ロ退行性變性ト解シテキルガ、實際白血球ノ減少ニヨリ組織ノ抵抗減弱ヲ來シ、延イテハ外傷感染等ニヨツテ容易ニ組織ノ壞死ヲ招來スルコトハ誰シモ考ヘ得ベキコトデアル。

余ガ經驗シタ例ニ於テハ口蓋扁桃腺ハ最初全ク「カタル性」又ハ腺窩性炎ニ過ギナカツタガ速ニ定型的ノ壞疽性炎ヲ起シタ。本例ニ於テ特ニ興味ア

ルノハ、腐敗性氣管支炎ノ扁桃腺病變ニ先行シタ點デ、前者ハ遂ニ肺壞疽ニ迄發展スルニ至ツタ。

本疾患ハ後期ニ至リ扁桃腺壞疽ニ續發シテ吸引性加答兒性又ハ化膿性肺炎ヲ惹起シ其ノ豫後不良ナラシメルコトハSchultzノ夙ニ指摘シタ所デアルガ、爾後文獻ハ此點ニ關シ明確ナル記載ヲ缺クモノガ多イ(肺炎ニ限ラズ合併症ニ對スル記載ハ少ナイ。之ハ本疾患自身ガ頗ル重篤デアリ、且割合ニ短期間ニ經過スル爲カト思ハレル)。本例ニ於ケル腐敗性氣管枝炎ハ發病當初カラ存在シテキタモノノ如ク、單ナル合併症又ハ偶發症トハ思考シ難イ。

文獻上本症ニ肺壞疽ヲ見タモノハMirsch, Harvath, Reye, 篠原, 田島, 大勝, 松田及ビ武田氏ノ數例アルガ余ノ例トハ極マ異ニスル。

古川氏ノ壞疽ト豫後トノ關係ヲ調査シタ成績ニヨルト、壞疽ノアルモノ105例中治癒シタモノハ42例デ、死亡シタモノハ63例ニ對シ、壞疽ヲ缺如シテキルモノ13例中、治癒9例、死亡4例トナツテキル。凡ソ壞疽ノ存在スル時ニハ身體防禦力ノ低下、2次感染等ヲ惹起シ易イノハ自明ノ理デアツテ、本例ノ如ク廣汎ナル肺組織ノ荒廢アルモノハ豫後不良ナルハ或ハ茲ニ贅言ヲ要シナイ。

本疾患ニ於テ、局所壞疽病竈カラ種々ナル細菌ヲ證明シタモノモ少クナイガ、何レモ第1義的意義ナク、本例ニ於テモ罹患扁桃腺及ビ喀痰中ヨリ普通細菌及ビ「スピロヘータ」ヲ認メタガ、發症ノ原因トハ思ハレナイ、唯注意スベキハ壞死竈カラ「チフテリー菌」ヲ檢出シタトノ報告(Schultz, Leuchtenberger, 田中, 壹岐, 坂田, 國次, 粟氏等)ガアルガ、果シテ眞性菌カ否カ疑問ガアル(古川氏)。

## 3. 其ノ他ノ所見

發病ハ多クハ惡感戰慄ヲ以テ始マリ、發熱ハ殆ド必發的デ高熱持續シ、稽留型又ハ弛緩型ヲ示スモノガ多イガ、時ニ全ク無熱ニ經過スルコトガア

ル (Reye, Kommerell, 水田, 濱中氏等) 古川氏ノ蒐集シタ本邦文獻 98 例中, 40°C 以上ノモノ 14 例, 39°C 以上ノモノ 39 例, 38°C 以上ノモノ 37 例, 37°C 以上ノモノ 7 例, 36°C 代ノモノ 1 例デ大部分ハ 38—40°C ノ發熱ヲ認メル。余ノ例ハ發病當初ニ於テ 37.8°C ニシテ以後主トシテ 37°C 臺ヲ上下シ。只死ノ 2 日前ヨリ 39°C 前後ニ上昇シタ。文獻上, 時ニハ亞急性ニ又極メテ稀ニハ慢性ニ發病スルコトモアル。

發熱ト發病トハ多クハ一致スルガ必ズシモ同時デハナク不定ノ前驅症狀ガ先行シ, 又他ノ疾患ニ繼發スル場合ニハ本病ノ發現ヲ適確ニ決定シ得ナイコトモアル (橋本, 森川, Hirtwich, Moore 氏等)。

發病ニ次デ咽頭痛, 嚥下痛, 口臭, 舌苔, 頭痛, 倦怠等ガ多ク見ラレ, 更ニ齒齦出血, 齒齦痛, 齒痛, 牙關緊急, 惡心, 嘔吐, 流涎, 呼吸困難, 食慾不振等比較的多ク, 稀ニ吐血, 下痢, 筋痛等ヲ訴ヘル。但シ意識ハ末期ニ至ル迄大部分明瞭デア

ル。黃疸ハ最初本症必發症狀ノ 1 ットシテ重要視セラレタガ, 其ノ後多數統計ノ示ス所ニヨレバ必ズシモ然ラズシテ, 約半数ニ於テ認メルノミデア

ル。而シテ其ノ陽性ノモノデモ一般ニ輕度ナモノガ多イ。Rohr 氏ハ「サルバルサン」注射ニ續發シタモノニハ黃疸ガ多イトイフガコレヲ否定スルモノモアリ, 余ノ例ニ於テハ全く缺如シテキタ。淋巴腺ノ腫脹ハ本疾患ニハ元來稀デアルトセラレ, 他ノ疾患トノ鑑別診斷ニ資セラレタガ, 其ノ後諸家ノ經驗ニヨレバ淋巴腺ハ必ズシモ腫脹シナイトハ限ラナイ。余ノハ晩期潜伏梅毒患者デアツテ, 全身諸所ノ淋巴腺腫脹ヲ認メタガ, 之ハ梅毒其ノモノニ起因シ, 本症發病ニヨリテ特ニ腫脹シタモノデハナイ。唯罹患扁桃腺側ノ頸部淋巴腺ハ輕度ニ腫脹シ壓痛ヲ伴ツタガ, 敢テ怪ムニ足ラナイ。

肝竝ニ脾ノ腫脹ハ少ク, 又之ヲ觸知シテモ輕度

デアルコトハ Schultz 氏ノ記載以來諸家ノ意見ノ略ボ一致スル所デアルガ, 例外モ勿論多數存在スル。但シ余ノ例デハ共ニ之ヲ觸知シナイ。

尿所見トシテハ輕度ノ蛋白ヲ有スルモノガ可ナリ多イガ, 糖ハ每常陰性デア

ル。「ウロビリ」及ビ「ウロビリノーゲン」ハ統計ノ示ス所ニヨレバ過半数ニ於テ陽性デア

ル。余ノ例ニ於テハ蛋白及ビ糖ハ陰性デアツタガ「ウロビリノーゲン」ハ弱陽性ヲ示シタ。性ニ就テ見ルト歐米ノ統計ニハ女性ハ男性ヨリ遙ニ多イガ, 本邦症例ニ於テハ之ト全く逆ノ關係ヲ示シテキル。而シテ此關係ハ「サルバルサン」注射ニ因ルモノト, 然ラザルモノトノ間ニ大シタ差違ヲ見出シ難イ。

年齡的關係ニ於テ檢スルト本症ハ一般ニ中年者ニ頻發シ, 小兒及ビ老人ヲ侵スコトハ稀有ニ屬スル。ハ「サルバルサン」注射ニ續發シタルモノモ同様デア

ル。文獻ニヨレバ最少年者ハ Christof 氏ノ 3 箇月, 最高年者ハ Baltzer 氏ノ 82 歳デ, 本邦ニ於ケル文獻デハ夫々草野氏 10 箇月, 濱中, 神内藤氏ノ 61 歳デア

#### 4. 驅黴ト「アグラヌロチトーゼ」

驅黴療法中ニ起ル「アグラヌロチトーゼ」, 就中「サルバルサン」注射ニ續發スルモノハ, 所謂症候性「アグラヌロチトーゼ」ノ首位ヲ占メ, 諸家ノ統計ノ示ス所ニ據レバ「アグラヌロチトーゼ」全體ノ過半数ニ當リ, 決シテ稀有ナル疾患デハナイ。本症ノ原因ハ從來殆ド全部ガ專ラ「サルバルサン」ニ因ル様ニ論セラレテキルガ, 蒼鉛單獨使用 (藤田) 永田兩氏, 太田氏等) ニヨツテモ起リ, 又水銀劑ノ注射ガ直接ノ原因 (Heyen, 原田, 三枝, 佐々木等) トナツタモノデア

行ハレテキルタメ、兩者ノ中何レガ主要ナル原因トナルヤヲ決定スルコトハ通常困難デアル。余ノ例モ蓋シ之ニ洩レナイ。從ツテ兩者ヲ一括シテ驅徴「アグラモロチトーゼ」ナル名様ヲ附スルコトハ臨牀家ニトツテ便利カト思ハレル。

「サルバルサンアグラモロチトーゼ」ニ就テハ既ニ上ニ度々觸レタガ、尙ホ殘サレタル2—3ノ點ニ就テ補足スルト

本症ヲ惹起スルニ要スル「サルバルサン」量ハ、本邦文獻上、1—2gノモノガ最も多ク、其ノ最少量ハ0.15g、最大量ハ3.7gデアツテ、其ノ量ハ比較の少量デモ足り、「サルバルサン」量ノ多寡トハ直接大ナル關係ノナイコトハ諸家ノ意見ノ大體一致スル所デアル。

本邦文獻中、注射回数ヲ明記シタモノ65例中2回11例、3回12例、4回16例、5回8例、6回9例デアツテ、他ハ極メテ少ク、過半数ハ2—6回注射後起リ、最後ノ注射カラ發病迄ノ日數ハ注射直後ノモノアリ、1—2週又ハ夫レ以上ノモノモアルガ多クハ注射後5日前後ニ起ル。併シ稀ニハ1治療完了後3—6箇月ヲ經テ起ル(藤田氏等)。斯ノ如キ場合ニハ既往症ノ訊問ガ大切デアルガ、注射ト本症發病トノ間ニ果シテ直接ノ因果關係ガアルカ慎重ノ考慮ヲ要スル。

豫後ニ關シテ一言スルト由來「サルバルサン」注射ニ續發シタモノハ、然ラザルモノニ比較シテ豫後一般ニ良好デアツテ概ネ良好ナ経過ヲトルモノデアル。從來ハ生死相半スルカ70%内外ノ死亡率ヲ報ジテキタモノガ多クツタガ最近デハ早期診斷ト有効適切ナル處置ニヨツテ死亡率ヲ著シク低下セシメルコトガ出來ル様ニナツタ(古川、藤田氏等)。豫後ノ良否ハ種々ナル因子、例之血液像(前述)年齢ノ關係(老幼者ニ不良)個人ノ體質、黄疸、肝脾ノ腫脹、二次の肢血樣症狀及ビ其ノ他合併症等ノ有無及ビ其ノ輕重等ニ關係スルコト素ヨリ大

デアルガ實際上看過シ難イノハ、本症發病後之ニ氣付カナイデ、更ニ「サルバルサン」注射ヲ行ツタカドウカデアル。藤田氏ハ徹毒扁桃腺ト誤ツテ「サ」劑ヲ注射セラレ死ノ轉歸ヲトツタモノヲ數例報告シテキル。同様ノコトハ蒼鉛ニ就テモ云ヒ得ル(古川、藤田氏等)。本病ヲ早期ニ發見加療シタモノハ速ニ頓挫的ニ治癒スルモノガ多ク、前回ノ注射後發熱及ビ其ノ他ノ副作用ヲ有スルモノニ於テ、本症發生ノ多イコトヲ思ヒ、早期ニ血液検査ヲ行ヘバ其ノ診斷ニ資シ併セテ治療方針ヲ樹テル上ニ大ナル參考トモナリ得ル。

本疾患ハ一旦治癒後再發スルカ否ニヤ就テハ余ハ深く觸レナイガ、文獻上再發シタ例ハ稀ニ存在スル。此際死亡スルコトアリ(Hall, Frank, 渡邊、塚本氏等)又治療ニヨリ治癒スルコトモアル(Nikan, Nipperdy, 山上氏等)再發ノ問題ハ特ニ爾後ノ驅徴療法ニ關聯シテ興味ガアル。永田氏及ビBrants氏ハ「サルバルサン」蒼鉛混合又ハ單獨療法中本症ヲ惹起シタモノニ、治癒後驅徴療法ヲ行ヒ、何等ノ異常ヲ來サナカツタ例ヲ報告シテキルガ、他方再發後更ニ驅徴療法ヲ行ヒ死ニ至ラシメタ例モ報告セラレテキル。本問題ニ就テハ未ダ症例モ少ナク輕々ニハ論斷ヲ許サナイガ、少クトモ本症治癒後ノ驅徴療法ハ特ニ慎重ヲ要スルモノト思惟ス。

近時本疾患ニ骨髓像ヲ檢シ其ノ所見ヨリ觀テ本症ノ原因ヲ髓内ニ於ケル顆粒細胞系統ノ障礙ニ歸シ(寒川、高原、小島及ビ戸澤兩氏等)。豫後判定ニ重要ナル據點ヲ置クモノモアルガ、余ハ此點ニ就テ檢索スル檢會ヲ失ツタロトハ遺憾デアル。

## 結 論

余ハ潜伏徹毒患者ニ於テ「サルバルサン」及ビ蒼鉛併用療法中ニ發現シタ非定型的「アグラモロチトーゼ」ノ1例ヲ經驗シタ。

本例ニ於テ特ニ興味アルノハ、扁桃腺ノ病變ニ先ンジテ腐敗性氣管枝炎ノ發生ヲ認メ、前者ハ治療ニヨリテ血液像ノ改善ト共ニ、比較的速ニ治癒ニ赴イタニモ拘ラズ、後者ハ益々増悪シテ肺壞疽ニ迄發展シ、遂ニ致死の轉歸ヲトルニ至ツタコトデアル。合併症トシテノ腐敗性氣管枝炎乃至肺壞疽ハ、文献上必ズシモ稀有デハナイガ、本例ノ如ク發病當初ヨリ存在シ、全經過ヲ通ジテ病的機轉ヲ左右シタコトハ注目ニ値スルモノト思ハレル。本例ハ口腔壞疽ニ續發シテ所謂吸引性ノモノデハ無イ。

本疾患ハ稀ニ自然治癒ヲ嘗ムコトアリ、又一過性ニ極メテ輕ク經過スルコトモアルガ、多クハ重篤ナル症狀ヲ呈スル。驅黴「アグラモロチトーゼ」ハ從來考ヘラレタ程稀有ナ疾患デハナク、又他ノ原因ニ基クモノニ比シテ適切周到ナル加療ニヨリテ、治療スルコトノ多イ事實ニ鑑ミ、吾人ハ其ノ早期診斷ノ要ヲ痛感スルト共ニ、原因ノ除去ニ努

メ再ビ驅黴劑ノ注射ヲ重ネルノ過誤ヲ避クベキデアル。發熱及ビ血液像ハ毎常潰瘍乃至壞疽形成ニ先行スル。

吾人ハ驅黴療法實施中ハ常ニ細心ノ注意ヲ以テ當ルベキハ茲ニ贅言ヲ要シナイガ、苟モ發熱ヲ認メタナラバ本症ノ存在ヲ顯慮シ、血液検査ヲ怠ツテハナラナイ。尙ホ萬全ヲ期スラバ、驅黴療法終了後ト雖モ尙ホ數箇月間ハ其ノ經過ヲ觀察シ、特ニ發熱時ニハ常ニ本疾患ヲ念頭ニ置イテ、以テ前車ノ轍ヲ踏マナイヨウニスベキデアル。本例ニ於テモ發熱ト同時ニ血液検査ヲ施行シテキタナラバ、或ハ救助シ得タカモ知レヌ、今ニシテ憶ヘバ慚愧ニ堪ヘナイ。

本稿ヲ終ルニ臨ミ終始御指導ト御校閲ヲ賜リシ恩師根岸教授ニ謹シメテ深甚ノ謝意ヲ表ス。

## 主 要 文 獻

1) Schultz, D. M. W., -Nr. 44, 4222. 2) Reye, Fortschritte d. Medizin., Nr. 12, 1933. 3) Friedermann, D. M. W., Nr. 52, 1927. 4) Buck, J. of amm. Ass., Vol. 93, 1926. 5) Leichtenberger, Fol. hämat., Bd. 39, 1930; Therap. d. Gegenwart., P. 154, 1930. 6) 伊澤, 實驗醫報, 昭和7年8月. 7) 平田梅治, 實驗醫報, 昭和8年5月. 8) 關 覺二郎, 日本内科學會雜誌, 第21卷, 昭和8年. 9) 森川高弘, 皮膚泌尿器科雜誌, 第37

卷, 509頁. 10) 田中文男, 實驗醫報, 第240號, 1633頁, 昭和9年. 11) 櫻井得, 東京醫事新誌, 521頁, 昭和10年4月. 12) 勝沼清藏, 日本内科學會雜誌, 第23卷, 第1號, 42頁. 13) 田中文男, 臨床醫學, 521頁, 昭和10年4月. 14) 宮澤孝, 蓬田清治, 治療及處方, 昭和10年11月. 15) 濱中正一, 實驗醫報, 703頁, 昭和11年3月. 16) 藤田善吾, 永田善久, 體性, 第23卷, 第8號, 27頁.



*From the Dermato-Urological Clinic of the Okayama Medical College*

*(Director: Prof. Dr. Hiroshi Negishi)*

**An interesting case of agranulocytosis with abnormal progress,  
occured in the course of anti-syphilitic treatment.**

By

Dr. Kenji Tsuboi.

*Received for publication, January 14, 1941.*

In 1922 Dr. Schultz described this as a peculiar disease. Since then, many investigators in all parts of the world, in Europe and America about a thousand cases, and in Japan about 2 hundred, have been reported. The origin of the disease has not yet been explained.

In recent years, many investigators have regarded it as not being a peculiar disease, but as a particular group of symptoms, especially revealing changes in the blood.

About the cause of agranulocytosis, as may be learnt from the literature on the subject it frequently happens in the course of anti-syphilitic treatment, especially in the salvarsan treatment.

My case was also of this nature.

But the interesting point of my case was that the disease occurred at first as a type of septic bronchitis, then followed the change of tonsils, and, in spite of the improvement of the latter paralleled by changes of the blood, the former changed to a gangraen of the lung, from which, the patient eventually died.

As a complication to agranulocytosis, putrified bronchitis, or gangraen of the lung, often occurred in the course of the disease.

But it is a very interesting thing that this complication played a most important part in this disease,

Finally, this complication was not caused by soaking the pus of the tonsils.

In conclusion, I should like to remark that, in the course of anti-syphilitic treatment, or even after the treatment, it is important to pay attention to this disease.

*(Autoreference)*