

66.

617.526 : 616.999.77

原發性顎骨放線狀菌病ニ就テ

岡山醫科大學津田外科教室（主任津田教授）

橋 本 健

〔昭和8年9月30日受稿〕

*Aus der chir. Abteilung der Okayama Med. Fakultät
(Direktor: Prof. Dr. S. Tsuda).*

Über die primäre Kieferaktinomykose.

Von

Assistent Dr. K. Hashimoto.

Eingegangen am 30. September 1933.

Neuerdings behandelte ich 4 Fälle von primärer Kieferaktinomykose.

1. Fall. Eine 20 jährige Bauerntochter: Auf Grund eines erschwerten Zahnausbruchs am linken Unterkiefer begann die Krankheit mit heftigem Schmerz, Anschwellung an Gingiva und Wange und mit hochgradiger Kieferklemme. Während der Behandlung als Unterkieferperiostitis wurde aktinomykotische Druse im Eiter nachgewiesen. Durch Auskratzung des Krankheitsherdes, Eingeben einer grossen Dose Jodkali und durch Röntgentherapie wurde die Krankheit ausgeheilt.

2. Fall. Ein 14 jähriger Schuljunge: Zuerst hatte der Kranke Schmerz und Anschwellung an der Gingiva um den linksseitigen grossen Mahl Zahn herum, dann entwickelte sich eine harte Anschwellung rings um den Unterkieferrand derselben Seite. Von einem Arzt wurde an der erkrankten Stelle eine Inzision gemacht, woraufhin sich eine Eiterung bildete. Im Eiter war aktinomykotische Druse zu finden. Diese Krankheit wurde ebenfalls durch die oben genannte Behandlung ausgeheilt.

3. Fall. Eine 23 jährige Bauernfrau: Mit Anschwellung und heftigem Schmerz an der rechten Wange nahm die Krankheit ihren Anfang. Nach Röntgenaufnahme als Oberkieferperiostitis diagnostiert, wurde der Frau eine Inzision empfohlen. Aber sie willigte nicht ein. Nach der Inzision, die von einem Arzt gemacht wurde, bildeten sich viele Fisteln an der Wange. Endlich wurde die Kranke in unsere Klinik auf-

genommen. Bei Untersuchungen wurde aktinomykotische Druse (Israelsche Form) im Eiter nachgewiesen. Für lange Zeit wurde die obige Behandlung fortgesetzt, bis die Frau als ganz geheilt entlassen werden konnte.

4. Fall. Eine 72 jährige Bauernfrau: Zuerst äusserte sich die Krankheit in Schmerz und Anschwellung des rechtsseitigen Unterkiefers, dann bekam die Frau Kieferklemme und Fisteln in der Gegend des rechten Unterkiefers. Ich konnte aktinomykotische Druse (Boströmsche Form) im Eiter finden. Nach der oben erwähnten Behandlung ist sie bedeutend gebessert.

Es gibt zwei Arten von Kieferaktinomykose: primäre und sekundäre. Die primäre kommt selten vor, sie hat periphere Form (od. periostale Form) und zentrale Form. Der 1. und 3. Fall kann als periphere Form, der 2. und 4. Fall dagegen als zentrale Form gelten. Als Haupteintrittspforte des Pilzes wird die Zahukaries betrachtet, er tritt jedoch auch oft an Gingiva und Mundschleimhaut ein, selten dagegen beginnt die Infektion nach dem Trauma des Kiefers und der Mundschleimhaut. Zur Diagnose ist Nachweis der Druse erforderlich. Als Differentialdiagnose sind maligne Geschwulst des Kiefers, Adamantinom, Zyste und Periostitis usw. zu nennen. Prognose: Wenn die Krankheit in ihrem Beginn richtig behandelt wird, ist die Heilung sicher. Behandlung: Auskratzung von Fisteln und Abszessen, Eingeben einer grossen Dose Jodkali und Röntgentherapie. (Autoreferat.)

緒 言

放線状菌病トハ放線状菌ニヨルーツノ慢性、特種性、化膿性、傳染性疾患ニシテ、人間並ニ獸類(家畜)ヲ犯カシ、主トシテ結締組織性腫瘍及ビ頑強ナル化膿機轉ヲ伴フモノナリ。而シテ其ノ病原體ハ已ニ 1845 年 B. v. Langenbeck ガ人體ノ「カリエス」様ノ變化ヲ伴フ腰椎ヨリ一種ノ菌體ヲ發見セルニ始マル。Lebert (1848) モ亦之ヲ見タルモ充分ナル檢索ヲ遂ゲザリキ。Davaine (1850), Rivolta (1866), Perroncito (1875) 等ハ牛ニ於テ肉腫様ノ顎骨腫瘍中ニ於テ同菌ヲ發見シ、Hahn (1870) ハ所謂 Holzunge ニ於テ之ヲ見タリト。Bollinger (1877) ハ牛ノ放線状菌病ニ就キテ詳細ナル記載ヲナシ、其ノ門下生 Harz

ハ之ヲ Aktinomyces 又ハ Strahlenpilz ト命名セリ。尙ホ James Israel (1878) ハ此方面ノ深キ檢索ヲ行ヒ、又 Ponfick ハ 1830 年ニ至リ人間及ビ獸類ノ放線状菌病ハ何レモ同ジ菌體ニヨリテ發病スルモノナルコトヲ立證セリ。爾來年ヲ閱スルコト茲ニ 50 年、本病並ニ本菌ニ對スル研究ハ東西ヨリ續出シ、文獻ハ積ンデ實ニ山ヲナスノ感有リ。而シテ本病ノ好發部位モ之ヲ先人ノ報告ニヨリテ周知ノ如ク、皮膚、肺、廻盲部、唾液腺、胃、骨等殆ド本菌ニヨリテ犯カサレザル器官、組織ナキノ觀有リ。然レドモ顎骨放線状菌病ハ他ノ放線状菌病ニ比シ一般ニ稀有ナル疾患ナリ。特ニ顎骨ニ原發セル放線状菌病ハ甚ダ稀有ニシ

テ、之ヲ末梢型ト中心型ニ分類サレ、更ニ中心型ヲ「中心性カリエス」ト「中心性骨新生」ニ分ツ。末梢型ハ Fessler (1839), Guder-Feurer (1891), Poncet (1902), Pordes (1916), Chiurco (1926) 等。「中心性カリエス」ハ J. Israel (1885), Murphy (1885), Février (1896) 等。「中心性骨新生」ハ Ducor-Poncet (1896), Legrain (1901), v. Bruns (1903), Kantorowicz (1913), Klingsbigl (1926) 等ニヨリテ報告セラレ、其ノ數未ダ 10 數例ニ過ギズ。本邦ニ於テハ明治 35 年徳島縣三宅病院ニ於テ橋本安太郎氏 (東京醫事新誌 1248 號) ノ報告ニ濫觴シ、以後定型的ノ本症ノ報告ハ寡聞ニシテ知ラズ。顎骨放線狀菌病ハ稀有ナル點ニ興味アルノミナラズ、其ノ診斷ニ、治療ニ、又其ノ發生機轉ニ多大ノ興味アル疾患ナリ。余ハ最近、津田外科教室ニ於テ、顎骨放線狀菌病ノ 4 例ヲ經驗シ、而モ其ノ中 2 例ハ末梢型、2 例ハ中心型ニ屬スルモノナリ。茲ニ症例ヲ詳述シ、以下聊カ文獻例症ト考慮敘述シ、以テ諸家ノ教示ヲ乞ハントス。

症例 第 1

(本症ハ昭和 7 年 1 月津田外科集談會ニ於テ當教室員菅田士郎氏演說セリ。)

患者 野〇は〇ゑ 20 歳未婚婦 (農家)

初診 昭和 5 年 6 月 4 日

主訴 右側頰部腫脹、疼痛及ビ牙關緊急

家族歴 父系、母系、共ニ祖父ハ健在ニシテ、祖母ハ何レモ病死セルモ病名不明ナリ、兩親ハ共ニ健康ニシテ、同胞 6 名、其ノ中 1 名幼少ノ時病死セル以外、他ハ總テ健在ス。

既往歴 患者ハ出産尋常、母乳ヲ以テ育マレ、

種痘善感、麻疹ハ未ダ罹患セズ。幼少ヨリ健康ニシテ、月經ハ 15 歳ヨリ初リ、規則正シ。今日迄全ク著患ヲ知ラズ。

現病歴 本年 3 月 20 日頃右側下部ノ智齒發生ノタメ強烈ナル疼痛ヲ訴ヘ、齒科醫ニヨリ、其ノ上ノ齒齦部ニ切開ヲ受ケタルモ治癒セズ。次デ其ノ部ノ齒齦部及ビ頰部ニ堅キ腫脹ヲ來タシタルヲ以テ醫師ニヨリテ齒齦部ヨリ切開ヲ受ケタルモ輕快セズ。頰部ニ濕布ヲ行フ。次デ齒牙緊急ヲ來セリ。其ノ腫脹ハ益々進行シ上ハ顚顚骨部、下ハ下顎骨下部ニマデ擴ガリ、5 月 5 日醫師ニヨリ多數ノ場所ニ於テ、切開ヲ受ケ、相當ノ排膿ヲ見タリ。5 月下旬ニ至リ、顚顚骨部ヲ壓スルニ、外聽道ヨリ排膿ヲ見、又頰粘膜ヨリハ口腔中へ膿ノ排出ヲ見タリ。6 月 4 日當科ニ來リ入院ス。

初診所見 體格營養共ニ中等度ノ婦人ニシテ、皮膚ハ乾燥シ、顔貌正常、瞳孔正常大、正圓形、瞳孔反應迅速、眼結膜ニ貧血ヲ認メズ。呼吸安靜胸腹式ヲナス。喀痰、咳嗽共ニナシ。脈搏ハ稍々頻數、整調、緊張正常ナリ。睡眠安靜、食慾通常、便通ハ 2—3 日ニ 1 度ナリ。尿ハ帶黃色、透明、酸性、比重 1020、蛋白、糖共ニ陰性、顯微鏡的ニ病的所見ヲ認メズ。糞便ハ消化便ニシテ、寄生蟲卵ナク、其ノ他病的所見ナシ。胸部ハ形狀正常、心臟上界ハ第 4 肋骨、左界ハ乳線ニ一致シ、右界ハ胸骨ノ左側線ニ一致ス。心尖搏動ハ第 5 肋間腔ニ在リ。心音純。肺臟ハ打診及ビ聽診上異常ヲ認メズ。肺肝境界ハ乳線ニ於テ第 6 肋骨腔ニ位ス。腹部、生殖器、四肢ニ於テ異常ヲ認メズ。

局所々見 右側頰部ニ於テ顚顚骨部ヨリ下顎骨下部ニカケテ、汎發的ニ浮腫性ニ腫脹シ、壓痛有リ。耳翼ノ前ニ於テ、其ノ下半分ノ處ヨリ、頸部ニカケテ 3 箇ノ切開創有リ。其ノ前方ニテ顎骨線ノ處ニ於テ、1 箇ノ囊孔有リ。濃厚ナル膿ヲ排出ス。最上部ノ創ニ於テハ、消息子ハ 1 cm、中央ノ

モノニ於テハ、顎骨ニ向ヒ約3cm、最下部ノモノハ皮下ニ上後ニ向ヒテ約5cm入ル。且高度ノ牙關緊急有リ。6月5日 Röntgen 寫眞ヲトルニ下顎骨ノ右側上行枝ニ於テ、陰影ノ濃密ナル部ト淡影ナル部ト有リ。關節突起ニ近クニツレテ、輪廓ハ不鮮明トナル。

上記ニヨリ下顎骨放線狀菌病ナラント考ヘ、觀察中、腰中ニ於テ、放線狀菌塊ヲ發見シタルヲ以テ、沃度加里ノ内服（始メ1日量1gヨリ漸次増量5gニ至ル）、Röntgen 深部照射及ビ搔爬ニヨリテ全治セリ。

症例 第 2

（本症ハ昭和7年1月、津田外科集談會ニ於テ當敷室員菅田士郎氏演說セリ。）

患者 赤○春○ 14歳小學校男生（農家）

初診 昭和6年6月6日

主訴 左側頰部腫脹及ビ疼痛

家族歴 兩系ノ祖父母共ニ高年ニテ病死ス。父ハ53歳、母ハ50歳、共ニ健在。同胞2名。患者ハ第2番目ニシテ、兄ハ至極健康ナリ。

既往歴 分娩ハ尋常ニシテ、母乳ヲ以テ育マレ、種痘善感、麻疹ハ已ニ經過セリ。幼少ヨリ健康ニシテ著患ヲ知ラズ。

現病歴 昨年12月頃、左側大白齒ノ周圍ノ齒齦部ノ腫脹及ビ疼痛ヲ來セルヲ以テ、醫師ヲ訪レタルニ、智齒發生ノ爲ナラントノ話ニテ、一先ツ歸リタルモ、其ノ後腫脹ハ増大シ、疼痛全ク堪ヘ難キヲ以テ、他ノ醫師ニヨリテ齒齦部ニ切開ヲ受ケタルモ排膿ヲ見ズ。腫脹ハ本年3月頃ヨリ頰部ニマデ波及シ、疼痛尙ホ堪ヘ難シ、6月6日我ガ外來ニ來ル。當日ノ局所々見ハ左側下顎骨縁ヲ中心トシテ腫脹シ、皮膚ハ發赤ス。腫脹ハ骨様硬度ヲ呈シ、境界ハ不明瞭ナリ。軟部組織ハ異常ナシ。顎骨下部ノ淋巴腺ハ少数豆大ニ觸ル。齧齒ナシ。

Röntgen 所見（6月10日）

（附圖第1圖參照）

下顎骨左側半部下縁ニ於テ、時計皿ヲ伏セタル如キ隆起アリ。其ノ輪廓ハ明瞭ナリ。以上ノ所見ヨリ下顎骨惡性腫瘍ノ疑ニテ觀察セルニ、其ノ後某病院ニテ頰部ニ切開ヲ受ケタルモ排膿セズ。再度我ガ外來ヲ訪レ8月23日當科ニ入院セリ。

入院當時所見 體格營養共ニ中等度ノ男子ニシテ、皮膚ノ色澤、濕度共ニ正常、顔貌ハ稍々苦惱ノ狀ヲ呈シ、瞳孔正常大、正圓形ニシテ、對光反應迅速ナリ。結膜稍々貧血ヲ呈シ、舌苔ナシ。呼吸ハ安靜、胸腹式型ナリ。喀痰、咳嗽共ニナク、脈搏稍々頻數ナルモ、整調、緊張良好ナリ。睡眠ハ疼痛ノタメニ障碍サル。食慾ハ普通ナリ。尿ハ帶黃色、中性、比重ハ1020、蛋白質共ニ陰性ナリ。顯微鏡的ニ病的所見ナシ。糞便ハ消化便ニシテ、穿生蟲ナシ。血液ノ村田反應ハ陰性ナリ。頰部ニハ淋巴腺ノ腫脹ナシ。胸膈ハ正常型ニシテ、心臟上界ハ第3肋骨、左界ハ乳線、右界ハ胸骨縁ニ一致ス。心音純。心尖搏動ハ第5肋間腔ニ在リ。肺臟ニ異狀ヲ認メズ。肺肝界ハ乳線上ニテ第6肋骨下縁ニ位ス。腹部、生殖器、四肢共ニ異狀ヲ認メズ。

局所所見 左側ノ下顎骨縁ヲ中心トシテ、腫脹シ、皮膚ニ發赤アリ。腫脹ノ前部ニ於テ少キ切開創アリテ、膿孔トナル。腫脹ハ骨様硬度ヲ呈シ、境界ハ明瞭ナラズ。牙關緊急ナリ。下顎骨下淋巴腺ハ數箇豆大ニ腫脹ス。

Röntgen 所見（8月24日）

（附圖第2圖參照）

下顎骨左側半部ニ於テ、顎骨隅角部ヲ中心ニ上下、左右ニ紡錘形狀ノ骨増殖アリ。内側皮質内ニ齧齒ノ埋没セルヲ見ル。外側皮質ヲ蔽ヘル骨膜ハ著明ニ輕石様ノ骨増殖ヲ呈ス。一般ニコノ部ノ骨皮質ハ稍々萎縮ニ陥リ Knochenzeichnung 不明

瞭トナレリ。即チ下顎骨慢性骨髓炎ノ像ナリ。其ノ後8月28日切開シ、膿中ニ放線狀菌塊ヲ發見シ、ココニ於テ中心性放線狀菌病トシテ下記ノ療法ヲ施シ、昭和7年3月29日全治シ、其ノ後今日迄1箇年半時々來院スルモ再發ナシ。

療法 沃度加里ノ内服(1.0gヨリ漸次増量シテ5.0gニ至ル)。搔爬ヲナシ「ヨードフォルム、ガーゼ、タンポン」及ビ Röntgen 深部照射ヲ下記ノ表ノ如ク行ヒ、全治セシメタリ。

Röntgen 治療表

	皮膚紅斑量 (H. E. D.)	深部光線量 (T. D.)	Pause
昭和6年 9月9日開始	1 80%	23%	1 Woche
	2 30%	◇	2 ◇
	3 80%	◇	3 ◇
	4 80%	◇	4 ◇
	5 80%	◇	5 ◇
	6 70%	◇	6 ◇
	7 70%	◇	7 ◇
	8 80%	◇	8 ◇
	9 70%	◇	9 ◇
昭和7年 3月29日終了	10 70%	◇	全治

症例 第3

患者 廣〇喜〇子 23歳 主婦(農家)

初診 昭和7年10月24日

主訴 右側頰部高度ノ腫脹及ビ其ノ部ニ於ケル瘻孔形成

家族歴 父系ノ祖父ハ52歳ニテ病死、病名不明、祖母ハ82歳ニシテ健在ス。母系ノ祖父母共ニ高年ニテ病死セルモ病名不明。父ハ60歳、母ハ52歳ニシテ、共ニ健在ス。同胞ハ6人。患者ハ第5番目ニシテ、第3(男)及ビ第6(女)番目ハ生後間モナク病死セル外、總テ健康ナリ。夫ハ26歳ニシテ健康、患者ニハ子ナシ。入院當時ハ妊娠第6

箇月ナリキ。

既往歴 分娩ハ正常、母乳ヲ以テ育マレ、種痘善感、麻疹ハ未ダ經驗セズ。幼少ヨリ全ク健康ニシテ著患ヲ知ラズ。性病ハ否定ス。

現病歴 昭和7年10月初頃(初診10月24日)ヨリ原因不明ニシテ右側頰部ノ軽度ノ腫脹ヲ氣付キタルモ、疼痛、發熱等ナシ。

10月20日頃ヨリ腫脹ハ次第ト増加シ、數日中ニ高度ノ腫脹トナレリ。而シテ其ノ部ニ熱感ヲ認メタリ。10月24日我ガ外來診察室ヲ訪レタリ。

當時ハ右側頰部ニ於テ、鼻唇溝ト顴骨トノ間ニ於テ、腫脹高度ニシテ、軟カキ腫脹ヲ觸ル。輪廓ハ不明瞭ニシテ、壓痛有リ。第1臼齒ハ齲齒トナル。而シテ頰部粘膜移行部ニ隆起ヲ認メ、且波動ヲ感ゼリ。故ニ上顎骨々膜炎ノ診斷ノ下ニ口腔内ヨリノ切開ヲススメタリシモ歸宅シ、10月27日市内、某醫師ニテ齒齲部ヨリ切開サレ排膿ヲ見タリ。當時ノ Röntgen 像ハ右側上顎骨體部ノ表面ノ輪廓ハ不明瞭トナレリ。11月中旬頃ヨリ頰部ニ瘻孔ヲ形成セリ。其ノ後常ニ膿ヲ排出アリテ疼痛實ニ堪ヘ難シ。12月14日當科ニ入院ス。體温38度以內ナリキ。

入院當時所見 體格、營養共ニ中等度、皮下脂肪組織及ビ筋肉發育程度良好ナリ。皮膚ハ正常色ヲ呈シ、腫孔ハ左右同大、大サ正常、正圓形、對光反應迅速、結膜ニ貧血ナシ。舌ハ輕度ノ白色苔ヲ認ム。脈搏稍々頻數、整調、緊張良好ナリ。喀痰、咳嗽共ニナク、睡眠ハ疼痛ノタメニ障碍サル。食慾正常、便通毎日1回アリ。肺、心臟共ニ異狀ナシ。尿ハ當時帶黃透明、蛋白、糖共ニ陰性、比重1016、顯微鏡的ニ病的所見ナシ。糞便ハ消化便ニシテ、寄生蟲卵ナシ。腹部ハ臍ノ高サニ於テ子宮底ヲ觸ル。是レ妊娠ノ爲メナリ。

局所々見 (挿圖第1圖參照)

右側頰部ハ汎發性腫脹ヲ來シ、皮膚ハ褐色乃至

稍々黒色ニ着色シ、7箇ノ瘻孔ヲ形成ス。ソレヨリ膿ノ排出ヲ見。且瘻孔ヨリ消息子ヲ挿入スレバ骨部ニ達ス。瘻孔ノ周圍ハ軟ナルモ、腫脹ノ周圍ハ硬クシテ壓痛アリ。右側眼瞼ハ腫脹ノタメ狭クナレリ。下顎骨下淋巴腺ノ腫脹ヲ認メズ。

挿圖第1圖



膿ヲ精細ニ檢スルニ、其ノ中ニ壘梨大→粟粒大ノ顆粒ヲ證明セリ。Gram氏染色ニテ、連鎖状球菌及ビGram陽性ノ菌ヲ認メタリ(附圖第4圖參照)。放線状菌ノ疑ヲ持ツテコノ顆粒ヲ滅菌水道水ニテヨク洗ヒ、50%ノ酒精ニテ10分間洗滌シ、今一度滅菌水ニテ洗滌シ、ソレヲ2%ノTraubenzuckerbouillon及ビSerumbouillonニ培養シ、放線状菌ニシテ、Israel型ナルコトヲ知レリ。

依テ直チニ後記ノ治療ヲ開始セルモ、當時妊娠第6箇月ニシテ、且顔面部ハ疼痛甚ダ強烈ニシテ、毎日「モルヒネ」劑ヲ注射ヲ行ヘリ。顔面ノ疼痛ノミニテモ堪ヘ難キニ妊娠ノ苦痛サヘ加ハリ、益々顔面ノ病勢ハ進行シ、腫脹ハ顯顎部ニマデ波及シ、

瘻孔ハ増加シ、多量ノ排膿アリ。其ノ状全ク見ルニ忍ビズ。依テ妊娠中絶ヲ婦人科ニ依頼セシモ、肯ゼザリカバ、自然ノ經過ヲ觀察中、本年1月19日自然ニ男子ヲ死産セリ。其ノ後局所ハ尙ホ進行セシモ(挿圖第2圖參照)。下記ノ治療ニテ、本年5月24日大ニ輕快シ、退院シ、其ノ後外來診察室ニテ治療シ、8月下旬全治セリ(挿圖第3圖參照)。

治療 沃度加里ノ内服(初メ1日量1gヨリ漸次少量シ1月末ヨリ1日量7gニ達ス)。瘻孔及ビ膿瘍ハ之ヲ切開、搔爬シ「ヨードフォルム、ガーゼ、タンボン」ヲ行ヒ、時々瘻孔内ニ5%ノJodoformglycerimノ注入ヲナシ、Röntgen深部照射ヲ1月6日ヨリ開始シ5月24日終了、大イニ輕快シ退院シ、其ノ後時々通院シ、8月下旬ニ至リ全治セリ。

Röntgen 治療

H. E. D.	80%—20%
T. D.	23%
Pause.	1 Woche—4 Woche

挿圖第2圖



挿圖第3圖



症例 第4

患者 佐○間○ツ 72歳 老婦人 (農家)

初診 (昭和8年7月18日)

主訴 右側下顎骨隅角部ノ腫脹

家族歴 兩系ノ祖父母已ニ死去シ、病名不明、父ハ患者ノ幼少ノ頃已ニ死去シ、病名不明、母ハ80歳ニシテ、老衰ニテ死去ス。同胞4名、患者ハ第4番目ナリ。第1番目ハ女子ニシテ28歳ノ時「コレラ」ニテ死去、2番目ハ女子ニシテ39歳ノ時熱病ニテ死去、3番目ハ22歳ニシテ肺炎ニテ死去ス。夫ハ63歳ノ時、肺炎ニテ死去ス。子ハ4人總テ健康ナリ。

既往歴 分娩ハ正常、母乳ニテ育マレ、種痘善感、麻疹經過シ、幼少ヨリ全ク健康ナリ。月經ハ17歳ヨリ48歳マデ規則正シ。

現病歴 本年1月始メ、顔面ノ右下部即チ下顎骨附近ニ疼痛ヲ覺エ、某醫ニヨリ神經痛ノ診斷ノ下ニ色ト治療サレシモ奏效セズ。5月中旬頃ヨリ、右側下顎骨隅角部ノ腫脹ヲ來ス。其ノ後牙關

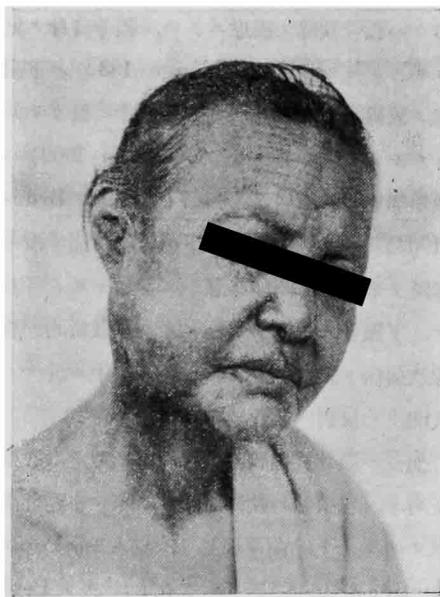
緊急、疼痛、劇シク7月中旬ニ入り、其ノ部ハ自壞シ、排膿ヲ見タリ。7月18日我ガ外來診察室ヲ訪ル。

全身所見 體格、營養中等度、皮膚色正常、濕度正常、顔貌稍々苦惱ノ狀ヲ呈ス。結膜稍々貧血シ、舌ハ正常、齒牙ハ3年前已ニ總テヲ失フ。脈搏數正常、整調、緊張良好ナリ。喀痰、咳嗽共ニナク、食慾良好、便通毎日1回、心臟異狀ナシ。肺臟ハ聽診上、右肺尖部ニ於テ呼吸稍々延長ス。肺、肝境界ハ乳線上ニテ第7肋骨ノ上緣ニ相當ス。尿、糞共ニ異狀ヲ認メズ。

局所々見 (挿圖第4圖參照)

右側下顎骨隅角部ニ著明ナル腫脹アリテ、皮膚ハ發赤ス。波動アリ。顎骨下部ニ於テ、堅キ浸潤アリ。其ノ中ニ2—3ノ瘻孔ヲ形成シ、消息子ハ深部ニ達セズ。中等度ノ牙關緊急ヲ認ム。口腔粘膜ニハ潰瘍ヲ認メズ。觸診ニヨリテ、下顎骨ハ主トシテ外側ノ皮質ノ隆起ヲ證明ス。瘻孔ヨリ壓出セル少量ノ膿汁ニ放線狀菌塊ヲ證明シ得タリ。

挿圖第4圖



Gram氏染色ヲ行フニ菌絲長ク、分岐長クBoström型ニ屬ス(附圖第5圖参照)。

Röntgen 所見 (7月18日)

(附圖第3圖参照)

右側下顎骨隅角部ハ内外兩面ニ向ヒ、骨皮質ノ隆起ヲ來タシ、其ノ外半ニ於テ、米粒大、數箇ノ淡陰影アリ。外面ニ於ケル骨皮質ハ甚ダシク菲薄

トナレリ。

治療 瘻孔ハ之ヲ切開、搔爬ヲ施シ、之ニ「ヨードフォルム、ガーゼ、タンポン」ヲナシ、沃度加里ノ逐次増量内服ヲセシメル外、「レントゲン」治療、H. E. D. 30% → 80%、T. D. 23% Pause. 1 → 3 Woche ニテ反覆シ、目下治療中ナルモ現在殆ド全治ノ域ニ達セリ。

考 案

一般ニ原發性骨放線狀菌病ハ稀有ナリ。放線狀菌病ノ發見者トシテ、且コノ方面ニ偉大ナル貢獻ヲナシタル O. Bollinger ハ 1903 年 Münch. med. Wochenschrift. Nr. 1. ニ於テ、足根部小骨ニ原發セル放線狀菌病ノ1例ヲ記載シテ、同時ニ原發性骨放線狀菌病ノ稀有ナルコトヲ述ベタリ。而シテ原發性顎骨放線狀菌病モ全く稀有トサレ、多クノ場合ハ周圍ノ軟部組織ヨリ第二次的ニ發病セルモノナルモ、所謂顎骨放線狀菌病ト稱セラルモノノ多クハ顎骨軟部ノ疾患ニシテ、顎骨自身ノ犯カサルモノ少シ。Schlange (1882) ハ下顎部ノ放線狀菌症 47 例ニ於テ、顎骨ノ犯カサレタルモノ 1 例ヲ見タリ。v. Baracz (1902) ハ顔頸部放線狀菌病 52 例中 7 例、同ジク Bruns (1903) ハ 42 例中 1 例ハ下顎骨隅角部ニ強キ膨隆ヲ來タシ、肉腫ヲ思ハスガ如キモノニシテ、下顎骨ノ一部ヲ切除シテ、顯微鏡的ニ放線狀菌病ト診斷サレシモノナリ。牛ニ於テハ人間トハ反對ニ顎骨放線狀菌病ハ多シ。

而シテ顎骨放線狀菌病ニハ末梢型ト中心型ト有リ。末梢型ハ軟部組織ヨリ來タル隨伴症狀ナルモノト、菌ガ根管ヨリ侵入シ、Periodontitis actinomycotica ヲ起シ、次デ Peri-

ostitis actinomycotica ヲ起スモノトアリ。其ノ中特ニ稀有ニシテ特有ナルハ Fessler, Guder-Feurer, Prutz, Wedemeyer, Rochet, Poncet 等ノ例症ニシテ、放線狀菌病性骨膜炎ノ結果、骨ノ增生ヲ來タシ、中ニモ Fessler ハ肉腫ト誤診シ、切除術ヲ行ヒタルニ、中心ニ空室ナク、周圍ニ放線狀菌病竈アリテ、瘻孔ハ骨瘤ノ中ヘ 1—1.5 cm 深ク侵入セルヲ見タリ。Poncet ハ下顎骨ノ上行枝中ニ於テ切除ニヨリテ得タル骨塊ノ表面ニハ骨隆起アリ、且不規則ニ侵蝕サレタル處アルモ、内部ハ外見象牙狀ヲ呈シタル例ヲ見タリ。カカル例ハ Periostitis ossificans actinomycotica ト稱セラルモノニシテ、往々後述セル中心性骨新生ノ中ニ入レルモノナリ。中心性放線狀菌病ハ下顎骨ニ特有ノモノニシテ、Perthes 及ビ Bruns ニヨレバ、之ヲ 2 型ニ分ツ。即チ Zentrale Caries (中心性「カリエス」) 及ビ Zentrale Neubildung (中心性骨新生) トナリ。Zentrale Caries ハ骨ノ消失崩壞ヲ來タスモノニシテ、顎骨中ニ大小種々ノ空室(Hohlraum)ヲ作り、定型的ノ肉芽ヲ含ミ、多クノ場合周圍ノ軟部ト瘻孔ヲ以テ互ニ交通ス(J. Israel, Murphy, v. Février)。

Zentrale Neubildung ハ Bruns ハ之ヲ Zentrales Aktinomykom ト命名セリ。即テコレハ下顎骨、コトニ下顎骨隅角部ニ腫瘍狀膨隆ヲ來タシ、骨殼 (Knochenschale) ハ多少稀薄トナリ、ソレハ顎骨中ニ1箇或ハ多數ノ囊腫様空室ヲ包圍シ、其ノ中ニ肉芽組織及ビ粘稠ナル液體ヲ藏ス。而シテ軟部組織ノ犯カサルルコトハ先ヅ少シ。

感染徑路ニ就テ

放線狀菌ノ人間ヘノ感染ニ就テハ、動物ニ接觸スルカ、又ハ農家等ニアツテ、菌塊ノ感染ヲ受クルタメニシテ、菌塊ハ大麥ノ穗、其ノ他、穀物、草、木片等ニ附着シテ存ス。且健全ナル人體ノ口腔中ニモ多數ニ生存ス。(Bostroem, Soltmann, Illich, Hummel, Jurinka, Baracz, Shiota).

Gappick(1906), Miodowski(1907)等ハ口腔蓋扁桃腺中ニ菌塊ヲ證明シ、本學耳鼻咽喉科教室員、桑原氏ハ口腔蓋扁桃腺中ニ菌塊ヲ76%ニ證明セリ。

顎骨放線狀菌病ニ於テ、其ノ感染徑路ニ就テ古來諸説有リ。今、文獻上ニアラハレタル例症ヲ通覽シ、侵入門戸ヲ项目的ニ述ベン。

1) 齶齒ヲ侵入門戸トナス説

之ニ關シテハ多クノ學者ノ立證セルトコロナリ (J. Israel, Ponfick, Partsch, Silberschmidt, Jaehn, Kantorowicz, Zilz, Klingensbigl, etc.). 而シテ彼等ハ壞疽齒髓組織、齒根管中等ヨリ菌塊ヲ發見シ、齶齒ヲ重要ナル侵入門戸トナス。

2) 齒齶又ハ周圍ノ粘膜ヨリ侵入スルトイフ説

v. Baracz ハ相當進行セル放線狀菌病ナルニ拘ハラズ、健全ナル齒ヲ有スルモノノ存スルコト、牛ニ於テハ齶齒ヲ見ザルニ顎骨放線狀菌病ノ多數ニ證明セララルル點等ヨリ、齶齒ヨリノ侵入説ヲ否定シ、口腔粘膜ヨリ侵入スルモノナリト主張シ、銳利ナル先端ヲ有スル穗ハ粘膜ニ刺入スルモノニシテ、智齒附近ノ齒齶ニ穗ガ刺入シ、數週後顎骨放線狀菌病ノ起リシ1例ヲ報告セリ。又、鹽田氏ハ口腔粘膜ヲ刺入セシ2cmノ長サノ藁ヲ放線狀菌病性膿瘍中ニ發見セリ。カクシテ粘膜ヨリノ侵入モ亦可能ナルコトヲ證明セリ。

3) 智齒難生又ハ齒槽膿漏ヨリ發生スル説 (Perthes, E. Müller, Moosbrugger)

4) 機械的損傷部ヨリノ侵入説

口腔粘膜ハ健全ニシテ、損傷サルルニアラザレバ、菌塊ノ侵入ハ容易ナラザルモ、機械的損傷部ヨリ侵入ヲ容易ナラシムルハ、恰モ炎症作用ニヨリテ、粘膜表皮ノ處々缺損アル場合ニ罹患ヲ容易ナラシムルト同様ナルガ如シ。Christ(1925)ハ顎骨骨折ガ原因トナリ、顎骨放線狀菌病ノ原因トナリシ2例ヲ報告セリ。

5) 二次的感染説

例ヘバ非特種性齒齶瘍アリテ、第二次的ニ放線狀菌病ノ發生スル場合アリ。v. Stubenrauch ハ燐壞疽ニ罹患セル勞働者ノ下顎骨ニ放線狀菌ヲ發見セリ。

6) 拔牙創ヲ經テ侵入スル説

Ponfick, Shartau, Geissler-Jenicke, Illich, Baracz 等ハ拔牙後間モナク顎骨放線狀菌病ノ發生スルコトヲ述ベタリ。動物ニ於テモカカル事實ハ證明サルルモノニシテ、牛ノ更齒期ニ於テ、多數ニ顎骨放線狀菌病ヲ見ルト

(Rogen, Imminger, Bostroem). 蓋シ本菌ハ健康者ノ口腔, 咽頭等ニ常住スルコト既述ノ如シ. 依テカカル場合, 外傷性損傷ト何等選ブトコロナキ抜齒創ヨリノ侵入ハ宜ナリ.

上述ノ如ク本菌ノ侵入徑路ニ就テハ種々ニシテ, 今, 各例ニ就テ確實ニ決定スルコトハ困難ナリ. 吾ガ例(赤松例)ハ齶齒, 外傷, 齒牙難生等ナク, Baracz氏ノ言ヘルガ如ク, 齒齶又ハ周圍ノ粘膜ヨリ侵入セルモノナラン. 野吹例ハ齒牙難生ニ原因シ, 廣知例ハ齶齒ヨリ侵入セルモノト考フルヲ妥當トスベシ. 又佐久間例ハ3年前ヨリ齒牙ハ1本ダニ殘存セズ. 故ニ齶齒ハ勿論, 根管ノ殘存ダニナキニ顎骨放線狀菌病ノ發セル例ニシテ, 齶齒ヨリノ侵入説ヲ否定セザルベカラズ.

要スルニ顎骨放線狀菌病ニ於テ齶齒ハ主要ナル侵入門戶タルモ, 齶齒ノミヲ侵入門戶トナスハ偏狹ニシテ, 其ノ他複雑ナル侵入徑路ヲタドルベキモノナラン.

症狀竝ニ診斷

顎骨放線狀菌病ノ初期ニ於テハ特有ノ症狀ナク, 診斷ニ苦シムモノナレドモ, 外皮膚ニマデ波及スル時ハ比較的容易ナリ. 臨牀的ニハ Proliferation ニヨル結節狀板狀硬度ノ浸潤ナリ. 稀ニハ腫瘍狀ヲ呈ス. 之ハ漸次周圍ノ健康組織ニ波及シ, 皮下及ビ皮膚ヲオカシ, 徐々ニ處々小サキ膿瘍ヲ形成ス. 間モナク自潰シテ少量ノ膿汁ノ分泌, 特ニ變性膿球, (degenerierte Eiterkörperchen), 脂肪球, 「フイブリン」及ビ菌塊ナル小球ヲ排出ス. カタテ瘻孔ヲ形成ス. ソレハ深部ニ於テ多ク分歧シツツ深部組織ニ達ス. 而シテ次第ニ蜂窩

織炎及ビ大ナル膿瘍ヲ形成ス. 化膿菌ノ混合感染アラバ組織破壊ハ促進サル. 定型的放線狀菌病ハ所屬淋巴腺ノ肥大ヲ隨伴セザルコトヲ特徴トス (Partsch). 之ニ關シ鹽田博士ハ本症ニアリテモ淋巴系ニ本菌ノ侵入スルコトハ可能ナルモ, 淋巴腺ノ肥大ヲ伴ハザルハ淋巴腺自身ガ本菌ニ對シ不良ナル培養地トナルガ故ニシテ, 侵襲シタル本菌ハ腺ノ肥大ヲ來スニ先ダテテ. 其ノ毒性ヲ失フモノナリト説明セリ. 然レドモ混合感染ヲ起セル時ハ所屬淋巴腺ノ腫脹ヲ證明スルコトハ論ヲ俟タズ. 吾例ハ總テ所屬淋巴腺ノ腫脹ヲ見ズ.

本症ハ自覺的ニハ上顎骨放線狀菌病ノ場合ハ堪ヘ難キ頭痛ヲ訴フ (Shiota, Moosbrugger, Borchers). 下顎骨放線狀菌病ハ初メ劇烈ナル齒痛ヲ訴ヘ, 又, 牙關緊急ヲ來タスタ特長トス. 病勢進行スルニ及ビテ眼窩, 鼻孔, 頭蓋底ヨリ頭蓋内ニ入り, 不治ノ腦膜炎, 腦炎ヲ起ス. 又ハ下方ヘ進行シテ, 脊椎, 縱隔膜, 胸廓ヲ犯カス. 顎骨放線狀菌病ニ於テ菌ガ頭蓋内ニ進入スル路ニ種々有リ. 今, 下ニ表記センニ

- 1) 上顎骨 → Fissura orbitalis → Cavum cranii.
- 2) 上顎骨 → Fossa retromaxillaris → 頭蓋底 → Cavum cranii.
- 3) 又ハ骨組織ヲ破壊シ, 直接ニ頭蓋内ニ達ス.
- 4) 下顎骨 → Foramen ovale 又ハ Foramen jugulare 又ハ Foramen rotundum → 頭蓋内.

斯ノ如キ徑路ヲタドリ腦膜炎ヲ起ス外ニ, 膿ハ血管ニキャブレ, 靜脈ニ血栓ヲ形成シ, 又ハ

血行ニ入り、他ノ器管ニ轉移ス。

診断

Röntgen 像ハ放線狀菌病ニ對シテハ定型的ニ非ズ。中心性顎骨放線狀菌病ハ非特種的ノ齒根肉芽腫ノ像ヲ表ハス。

確實ナル診斷ニハ菌塊ノ發見アルノミナリ。菌塊ハ通常、膿又ハ肉芽中ニ存シ、「ケシ」粒大→粟粒大ノ大サヲ呈シ、圓形、橢圓形、腎臟形ニシテ、灰白色、黃色、又ハ綠色ヲ呈シ、平滑ナル表面及ビ光澤ヲ呈シ、一定ノ硬度ヲ有シ、之ヲ水中ニ投ズルモ、一定ノ原形ヲ失ハズ。然レドモ類敗物塊其ノ他ノ膿球ニアリテハ一定ノ形ナク、表面ハ粗糙、光澤弱ク、一定ノ硬度ナク、粘土様ニシテ、水中ニ投ズレバ、直チニ又ハ間モナク、其ノ原形ヲ失フ。然レドモ實地ニ際シテハ兩者ノ肉眼的鑑別必ズシモ容易ナラザルハ周知ノ事實ナリ。先ヅ菌塊ヲ發見セバ、之ヲ Objektglas 上ニ載セ、少量ノ水ヲ加ヘタル後、Deckglas ニテ徐々ニ壓潰シテ、檢鏡スレバ定型的ノ像ヲアラス。即チ菌塊トハ菌絲ガ集リ菌絲網ヲ形成セルモノニシテ、コノ菌塊ノ末梢邊緣ニ近ク中心ヨリモ緻密ナル網ヲ作ル。之ヲ種子層ト稱シ、其ノ邊緣デハ各菌絲ガ腫大シテ「Kolben」ヲ作ル。菌塊ハ又 Gram 氏染色ニテ檢鏡ス。培養スルニハ菌塊ヲ培養ス。從來放線狀菌病患者ノ膿汁ヨリノ放線狀菌ノ分離培養ハ細菌學技術上至難ニ屬スルモノニシテ、余モ幾度カ失敗ヲ重ネ、遂ニ桑原博士ニナラヒ、菌塊ヲ滅菌水道水ニテ充分洗滌シ、50%ノ酒精ニテ10分間洗滌、今一度滅菌水ニテ洗滌シタル菌塊ヲ2%葡萄糖肉汁及ビ血清「ブイオン」ニ培

養シ成功セリ。

余ノ第3例ハ菌絲短ク、分岐短ク、Israel 型ニ屬スベキ放線狀菌ナリ。余ノ第4例ハ菌絲長ク、分岐長ク、Boström 型ニ屬ス。

本病ハ既述ノ如ク、其ノ確實ナル診斷ハ放線狀菌ノ檢出ニ有リ。然レドモ該膿汁中ニ菌塊ヲ發見シ得ザル時ハ、大多數ノ場合ニ於テ、組織内ニ本菌ヲ檢出シ得ズ。又陳舊ナルモノニ於テハ菌塊ノ檢出ノ困難ナルコト又屢々ナリ。カカル場合ニ於テ、生物學的反應ヲ以テ診斷ノ補助トナスベキコトヲ推奨スルモノアリ。即チ Clairmont-Walker 氏ノ皮膚反應及ビ補體結合反應ナリ。前者ハ放線狀菌ノ菌株ノ自家消化物(Autolysaten)ヲ以テスル皮膚接種ニシテ、Pirquet 氏ノ「ツベルクリン」反應ニ類似ノモノナリ。又同氏ハ補體結合反應ヲモ推奨セルモ、余不幸ニシテ、之等ノ實驗ヲナサザリシヲ以テ、遺憾ナガラ其ノ價值ニ就キテハ知ル所ナシ。

鑑別診斷トシテハ、顎骨部ノ惡性腫瘍、顎瑛瑛質腫、原因不明ノ囊腫、中心性骨髓炎、骨膜炎等ガ擧ゲラル。

豫後

放線狀菌病ハ、一般ニ之ヲ内部放線狀菌病(肺、腸等)ト外部放線狀菌病(顔面、頸部等)トニ分ケラレ、豫後ハ一般ニ内部放線狀菌病ハ不良ニシテ、外部放線狀菌病ハ良好トサル。故ニ顎骨放線狀菌病ハ病變ノ顎骨ニ局限セル時期ニ於テ、適當ノ治療ヲ加ヘバ、長キ經過ヲトルコトアルモ、豫後ハ良好ナリ。然レドモ、病變已ニ進行シ、頭蓋内ニ波及セルモノハ勿論、胸部其ノ他ノ組織ニ波及スルモノ及

ビ膿毒症ノ症状ヲ呈スルモノハ不良ナリ。

療法

顎骨放線狀菌病ノ療法ハ之ヲ手術的療法、藥物
的療法及ビ理學的療法ニ大別サル。

1) 手術的療法

之ハ囊孔ハ之ヲ開キ、膿瘍ハ之ヲ切開シ、弛緩
セル肉芽ハ之ヲ搔爬ス。罹患部位ノ狭ナル場合
ハ之ヲ切除スル時モ有リ。之ニ「ヨードフォルム、
ガーゼ、タンボン」ヲ行フ。

2) 藥物的療法

之ニハ古來多ク用ヒラレタルハ沃度加里ノ内服
ナリ。沃度加里ノ應用ハ1885年 Thomson 氏ガ牛
ノ放線狀菌病ニ用ヒ、其ノ後間モナク Nocard 氏
ガ人間ニ應用セルニ始マルモノニシテ、少量ヨリ
始メ、漸次大量トナスニ有リ。吾ガ例ニ於テハ最
高1日量8gヲ用ヒタリ。又 Sordemann ハ内服
ト共ニ1%ノ沃度加里溶液ヲ局所ニ注射シ卓效ヲ
認メタリ。沃度加里ノ放線狀菌病ニ對スル作用ニ
就キテ、Jurika 及ビ Prutz 氏ハ沃度加里ハ放線狀
菌ノ發育ヲ防止スル特種的作用ナク、其ノ硬結ヲ
軟化シ、自壞シテ排膿スベキ道ヲ拓クニアリト云
ヘリ。余ハ沃度加里ノ本病ニ對スル作用ニ就キテ
ハ尙ホ今後ノ研究ニ俟ツベキモノ多キト信ズ。

次ハ腐蝕劑ノ應用ナリ。コレニハ種々ノ藥劑ガ
應用サレ其ノ主ナルモノハ次ノ如シ。

- 1) 硼酸 (Volkman)
- 2) 昇汞 (Illich)
- 3) 硫酸銅溶液 (v. Baracz)
- 4) 硝酸銀 (Köttnitz, v. Baracz)

等ナリ。鹽田氏ハ硝酸銀溶液(初メ20%。後3—

5%)ヲ病竈實質内注射ヲ行ヒ、多數ノ治癒症例ヲ
擧グ之ヲ推獎セリ。

尙ホ Eckert ハ本病患者ニ5%ノ Yatren 溶液
ヲ靜脈ニ注射シ、漸次增量シ最高100—150ccマデ
達シ、大イニ本症ニ卓效アルコトヲ述べ、本邦ニ於
テモ木村氏之ヲ實驗セリ。Beck ハ Neosalvarsan
及ビ蛋白注射ヲ推獎セリ。

3) 理學的療法

之ハ主トシテ Röntgen 線及ビ Radium ノ應用
ナリ。

Röntgen 線ノ應用ハ1904年 Bevan 氏ガ Rön-
tgen 線ガ本病ニ卓效アルコトヲ立證セルニ始マ
リ、其ノ後 Harrier, Harsha, Iselin, Levy 等
モ亦同様ニ之ヲ推獎セリ。1912年 Wetterer ハ之
ヲ實驗シ、Jüngling ハ Tubinger 外科教室ニ於
テ重症ナル頭、頸部放線狀菌病30例ノ中29例ハ
Röntgen 線ノミニテ完全ニ之ヲ治癒セシメ、沃度
加里ノ併用ノ無用ナルベシトサヘ主張セリ。且顔
面部、頸部ハコトニ美容ノ見地ヨリ、手術的處置
ヲ避ケ、Röntgen 線ノミノ治療ヲ推獎ス。

Radium ノ應用ニ就テハ1926年 Heyerdahl 氏
ガ21例ノ放線狀菌病ニ應用シ、全部ヲ治癒セシメ
タルコトヲ報告セリ。

放線狀菌病ノ療法上述ノ如シ。今簡單ニ何レヲ
勝リ、何レヲ劣レリトハ云ヒ難シ。余ハ藥物的、
手術的、理學的療法ヲ併用セリ。即チ先ヅ囊孔及
ビ膿瘍ハ之ヲ切開、搔爬シ、「ヨードフォルム、ガ
ーゼ、タンボン」ヲ行ヒ、沃度加里ノ大量内服ニ
Röntgen 照射ヲ併用シ、時々手術創ニハ「ヨード
フォルム、グリセリン」ノ注入ヲナシ、大イニ進
行セシ顎骨放線狀菌病ヲモ救ヒ得タリ。

總 括

余ノ經驗セル顎骨放線狀菌病ヲ總括スルニ
第1例 20歳女子(農家)

左側下部ノ智齒發生困難ノタメ、強烈ナル
疼痛ヲ訴ヘ、次デ同側齒齦部及ビ頰部ニ堅キ

腫脹ヲ來タシ、高度ノ牙關緊急ヲ起スニ至リ、某醫ニヨリ、齒齦部ニ切開ヲ受ケタルモ輕快セズ、依テ來院シ、下顎骨々膜炎トシテ治療中ノ膿中ニ放線狀菌ヲ證明シタルヲ以テ、其ノ病竈ヲ搔爬スルト共ニ、沃度加里ノ大量内服ト Röntgen 線照射ニヨリテ治療セシメタリ。

第2例 14歳ノ小學校男生

左側大白齒ノ周圍ノ齒齦部ノ腫脹及ビ疼痛ヲ以テ始マリ、次デ同側下顎骨縁ヲ中心ニ硬キ腫脹ヲ來タシ、壓痛有リ。Röntgen 像ハ下顎骨左側半部ノ下縁ニ於テ、時計皿ヲ伏セタル如キ輪廓明瞭ナル骨隆起アリ。下顎骨腫瘍ノ疑ニテ検査中、某醫ノ切開後化膿シ、續イテ撮影セル Röntgen 寫眞ハ顎骨々髓炎ノ像ヲ呈シ、其ノ膿中ニ放線狀菌ヲ證明セルヲ以テ、第1例ト同様ノ治療ヲ加ヘ全治セシメ得タリ。

第3例 23歳ノ主婦(農家)

右側頰部ノ腫脹ヲ以テ始マリ、次デ同側顔面部ニ強烈ナル疼痛ヲ來タシ、Röntgen 像ハ右側上顎骨表面ハ不明瞭ナル輪廓ヲ現ハス。上顎骨々膜炎ノ疑ノ下ニ口腔ヨリノ切開ヲ獎メタルモ肯ゼズ。偶々某醫ノ切開後頰部ニ多數ノ瘻孔ヲ生ジ、疼痛甚ダシク途ニ當科ニ入院シ、検査中、膿中ニ連鎖狀球菌及ビ放線狀菌(Israel 型)ヲ證明シ、長時日ニ互ル型ノ

如キ治療ニヨリ殆ド全治、退院セリ。

第4例 72歳ノ老婦人(農家)

下顎骨右側部ノ疼痛ト腫脹ヲ以テ始マリ、次デ牙關緊急ヲ來タシ、次デ右側下顎骨隅角部ニ瘻孔ヲ形成シ、下顎骨腫瘍ノ疑ニテ検査中、膿中ニ放線狀菌ヲ發見シタルヲ以テ、上記ノ治療ヲ加ヘ目下入院治療中ニシテ、最近殆ド全治ノ域ニ達セリ。

顎骨放線狀菌病ニハ、一次性ト二次性トアリ。一次性ハ稀デ、之ヲ骨膜型(末梢型)ト中心型トニ分ケラル。第1及ビ第3例ハ骨膜型ニ相當シ、第2及ビ第4例ハ中心型ナリ。菌ノ侵入ニ就テハ齶齒ガ主ナル原因トナルモ、齒齦又ハ口腔粘膜ヨリ侵入スルコトモアリ。時ニハ顎骨及ビ口腔粘膜ノ外傷ガ原因トナルベキコトアリ。診斷ニハ菌塊ノ證明ヲ必要トス。

鑑別診斷トシテ顎骨惡性腫瘍、顎珠瓊質腫、原因不明ノ囊腫、骨膜炎等ガ舉ゲラル。

豫後ハ初期ニ於テ、適當ノ治療ヲ加フレバ、一般ニ良好ナルモ、病勢進行シ、頭蓋内合併症ヲ伴フ時ハ不良ナリ。

療法ハ瘻孔及ビ膿瘍ハ之ヲ搔爬シ、沃度加里ノ大量内服及ビ Röntgen 線照射ヲ行フ。コレニテ大抵ノ場合ハ全治ス。其ノ他硫酸銅溶液、Yatren 等モ賞用サル。近時 Radium ヲ賞用スル人アリ。

結 論

1) 原發性顎骨放線狀菌病ハ稀有ナル疾患ニシテ、之ヲ末梢型及ビ中心型ニ分ツ。余ノ經驗セル本病4例中、第1及ビ第3例ハ末梢型ニ、第2及ビ第4例ハ中心型ニ相當ス。

2) 放線狀菌ハ Bostroem 型及ビ Israel 型ト有リ。前者ハ好氣性ニシテ、菌絲長ク分岐長シ。毒力ハ後者ニ比シ弱シ。後者ハ厭氣性ニシテ、菌絲短ク、分岐短ク、毒力強大ナリ。

余ノ第3例ハIsrael型ニ屬シ、他ハBostroem型ナリ。

3) 顎骨放線狀菌病ノ菌ノ侵入場所ハ齶齒ガ主ナル役目ヲ演ズルモ、齒齦及ピロ腔粘膜ヨリノ侵入モ亦可能ナリ。

4) 療法ハ理學的、手術的、藥物的療法有

リ。其ノ1ヲ以テシテハ目的ハ達シ難ク、以上3療法ノ併用ヲ最良ナリト信ズ。

撰筆ニ臨ミ、恩師津田教授並ニ西山助教授ノ御懇篤ナル御助言ト御校閲ニ對シ滿腔ノ謝意ヲ表ス。

文 獻

1) *Bollinger*, Münch. med. Wochenschrift. Nr. 1, 1903. 2) *Baracz*, Arch. f. klin. Chir. 1902. 3) *Bruns*, Münch. med. Wochenschrift. Nr. 6, 1903. 4) *Clairmond*, Zbl. f. Chir. 1922. 5) *Eckert*, Klin. Wochenschrift. Nr. 36, 1922; Referat, Zbl. f. Chir. 1923. 6) *Israel*, Zbl. f. Chir. Bd. 12, 1885. 7) *Jüngling*, Bruns Beiträge zur klin. Chir. 1919. 8) *Kirschner-Nordmann*, Chirurgie 1, 1926. 9) *Kantorowicz*, Münch. med. Wochenschrift, Nr. 2, 1913. 10) *Klingsbigl*, Arch. f. klin. Chir. Bd. 140, 1926. 11)

Meyer-Bostel, D. Z. f. Chir. Bd. 216, 1929. 12) *Perthes-Borchers*, N. D. Chir. Bd. 56, 1932. 13) *Siegel*, D. Z. f. Chir. Bd. 216, 1929. 14) 橋本安太郎, 東京醫事新誌, 1248號, 明治35年. 15) 佐藤尙二, 醫事新聞, 650號, 明治36年. 16) 木村辰三, 實驗ト治療, 85號, 昭和3年. 17) 岩澤易, 齒科醫報, 35卷, 10號, 昭和5年. 18) 本堂義明, 實地醫家ト臨床, 第8卷, 第2號, 昭和6年. 19) 桑原良一, 大日本耳鼻咽喉科會報, 第37卷, 第2號, 昭和6年. 20) 桑原良一, 大日本耳鼻咽喉科會報, 第37卷, 第5號, 昭和6年.

附 圖 說 明

第1圖 症例, 第2. (赤○春○例)
初診當時(昭和6年6月10日)ノ「レ」像ニシテ、下顎骨下緣ノ骨隆起ヲ見ル。

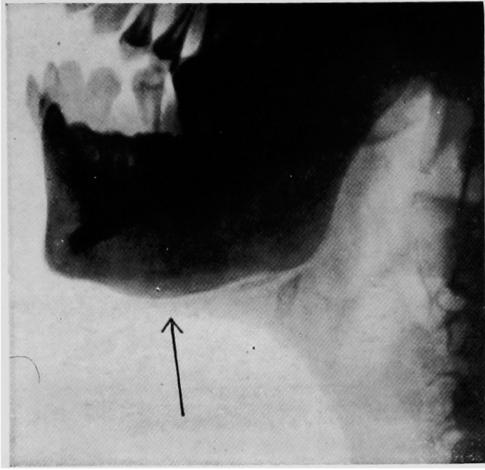
第2圖 症例, 第2. (赤○春○例)
昭和6年8月24日ノ「レ」像ニシテ、放線狀菌病性骨髓炎ノ像ヲ呈ス。

第3圖 症例, 第4. (佐○間○ツ例)
昭和8年7月18日「レ」像ニシテ、下顎骨隅角部、骨隆起ヲ見ル。

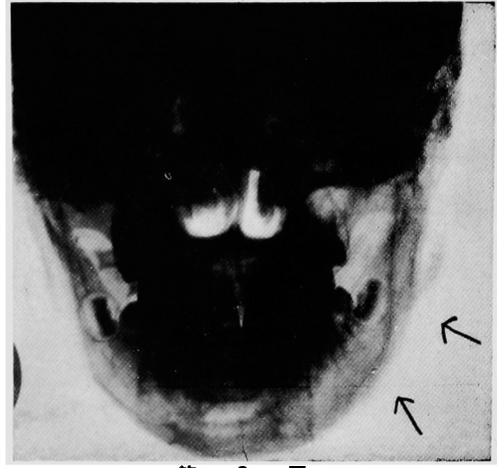
第4圖 症例, 第3. (廣○喜○子例)
Israel型放線狀菌(「グラム」氏染色)
接眼 Zeiss 7× 接物 Apochromat 2mm
「カメラ」長サ 35 cm

第5圖 症例, 第4. (佐○間○ツ例)
Boström型放線狀菌(「グラム」氏染色)
接眼 Zeiss 7× 接物 Apochromat 2mm
「カメラ」長サ 35 cm

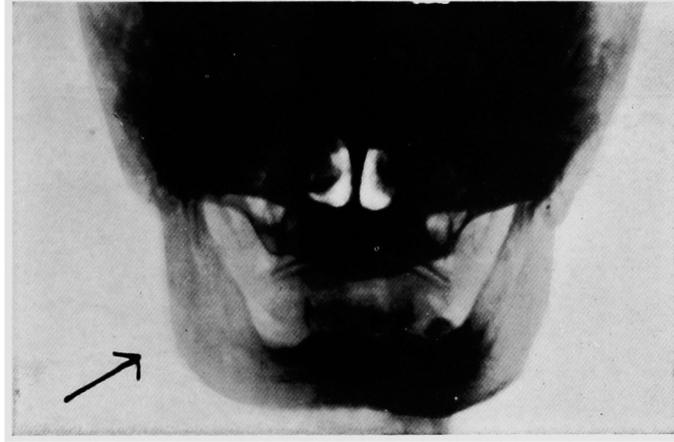
橋本論文附圖



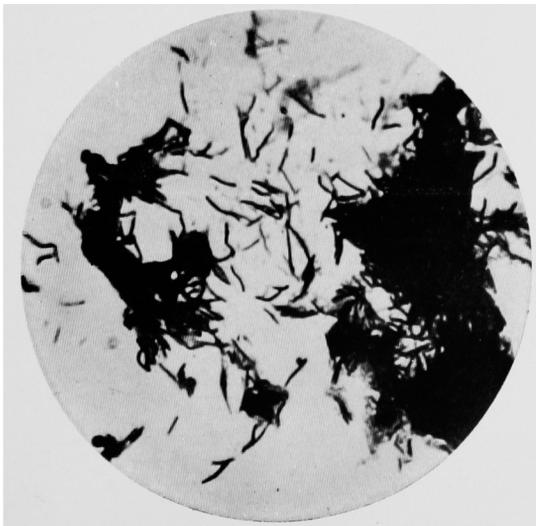
第 1 圖



第 2 圖



第 3 圖



第 4 圖



第 5 圖