

## 42.

611.711:616-002.892

## 稀有ナル脊椎放線状菌病ノ1剖検例

岡山醫科大學病理學教室 (主任田村教授)

副手 菅 幸 雄

[昭和 10 年 9 月 23 日受稿]

*Aus dem Pathologischen Institut der Okayama Medizinischen Fakultät  
(Vorstand: Prof. Dr. Tamura).*

## Über einen Sektionsfall der Wirbelaktinomykose.

Von

Dr. Yukio Suga.

Eingegangen am 23. September 1935.

Über Wirbelaktinomykose haben wir bei uns den Bericht von Shioda und Nakamura. Obwohl sie in Europa und Amerika ziemlich häufig vorkommt, ist auch dort der Fall wie dieser, wo die primäre Infektion des Wirbels in Frage kommen kann, äusserst selten.

Der Verfasser hat über einen seltenen Fall der Wirbelaktinomykose berichtet, der in diesem pathologischen Institut sezirt wurde.

Klinische Diagnose:

1. Beiderseitige Lungentuberkulose.
2. Peritonitis.
3. Wirbelkaries.

Pathologisch-anatomische Diagnose:

1. Aktinomykose von Hals-sowie Brustwirbel und ihrer Rückenmarkshaut.

2. Fistelbildung am 6. Halswirbelkörper.
3. Aktinomykose der Lungen und Pleura.
4. Katarrhalische Pneumonie.
5. Aktinomycesähnliche Druse in der Gaumenmandellacune.
6. Interstitielle Hepatitis.
7. Herzhypertrophie.

In den Lungen fanden sich sporadisch hirsekorn-grosse Eiterherde, und noch dazu waren sehr selten Aktinomycesdruse nachweisbar. Im übrigen bemerkten wir zwar überall die Erscheinungen der katarrhalischen Pneumonie, aber erlangten keinen spezifischen Befund der Lungentuberkulose. Auch in den Herden waren keine Tuberkelbazillen nachweisbar. Was die Wirbelaffektion

betrifft, so gab es vereinzelt im Wirbelkörper die die Aktinomycesdruse enthaltenden Eiterherde. Seitwärts des Wirbelkörpers bildete sich Fistel, ferner hinten vom ersteren ein grosser Senkungsabszess. Obwohl der Zustand der Wirbelaktinomykose von Verf. demselben der Wirbelaktinomykose bei der hämatogenen Infektion äusserst ähnelt und an

die Aktinomycesinfektion durch Blutbahn denken lässt, so ist doch der Verfasser nach der statistischen Betrachtung der Literature zu dem Schluss gelangt, dass es sich hier um eine primäre Infektion des Wirbels durch Durchdringung der Speiseröhrenwand mit Grannen handele.

(Autoreferat.)

放線状菌病ノ研究ハ動物ニ於テハ Bollinger ガ 1877 ニ爲セル報告又人體ニ關シテハ其ノ翌年 James Israel ノナセル研究報告ニヨツテ基礎ヲ築カレシモノナリ。後年 Boström ガ廣範ニシテ且甚ダ精細ナル綜合的研究ヲ遂ゲ放線状菌病ノ全貌ヲ明カニスルヲ得タリ。

放線状菌病ハ主トシテ軟部組織ノ疾患ニシテ骨組織ヲ侵ス事ハ比較的稀ナルモノナリ。骨組織ノ放線状菌病ハ殆ド常ニ隣接組織ヨリ波及セル二次的感染ニシテ確實ニ第一次的ニ骨内部ニ發生セル本病ハ未ダ報告ナシ、(Beitzke) 又血行性ニ來ル二次的傳染ノ場合ト雖モ骨内部ニ限局性病竈ヲ形成スルハ非常ニ稀有ナルモノナリ、即チ病機ハ殆ド常ニ先ヅ骨膜ヲ冒シ次デ表在性骨炎ヲ起シ徐々ニ深部ニ進行シ骨質ハ漸次肉芽組織ニヨツテ置換サル、反之、中心性骨髓炎ノ状態ニテ發病スルハ例外ニ屬シ、殆ド下顎骨ニ限ラレテ觀察サルルモノナリ。

Israel ハ von Langenbeck ガ以前一患者ニ於テ腰椎腐骨中ニ黃色ノ顆粒ヲ見出シコレニ一種ノ絛状菌ヲ發見セシ例ハ疑ヒモナク放線

状菌病ナル事ヲ附記セリ。コレ放線状菌病ノ記載中最初ノモノタルト同時ニ此處ニ述ベントスル脊椎放線状菌病ノ最モ古キ記載ナリ。

脊椎骨ノ放線状菌病ハ我國ニ於テハ報告例甚ダ稀ニシテ鹽田、中村等ノ例ヲ見ルノミナルモ歐米ノ文獻ニ於テ必ズシモ稀ナラズ、併シ乍ラ其ノ殆ド總テガ脊椎隣接組織ヨリ波及セシ例ニシテ余ノ次ニ述ベントスル例ノ如ク椎骨體中ニ獨立的病竈ヲ形成セシモノハ稀有中ノ稀有ニ屬スルモノナルベシ。

症例 林○炳、23 歳ノ男子、吳服行商。

臨牀學の事項。

臨牀の診斷 1. 兩側肺結核、2. 腹膜炎、3. 脊椎「カリエス」。

遺傳歴 父ハ肺病ニ掛リシ事アリ、母ハ猶ホ健在、兄弟姉妹 5 人總テ健在。

既往症 大正 15 年ノ夏自動車ヨリ轉落シ右胸ヲ打テタルモ大ナル障礙ナカリシガ、翌年 8 月ヨリ右胸及ビ左乳腺部ニ鈍痛アリ。爾來咳嗽喀痰アリ時ニ血痰ヲ出セシ事アリテ漸次衰弱加ハレリ。

現症 初診大正 15 年 9 月 19 日 體格中等、榮養不良、顔面蒼白ニシテ結膜貧血、舌濕潤ナリ、皮疹、水腫、黃疸等ヲ認メズ。肺肝境界ハ第 4 肋

骨ノ下緣ニ在リ兩肺尖短、右上後可成濁音ヲ呈シ、氣管枝音ヲ聞ケドモ雜音ナシ、心臟濁音界尋常、心音總テ正常ナレドモ心悸多少亢進ス、腫孔左右同大ニシテ對光反應鋭敏、兩膝蓋腱反射ヲ缺如ス、腹壁緊張、右側腹ハ壓ニ敏感ナレドモ腫瘍ト覺シキモノナシ。

經過

9月17日、胸部一般ニ呼吸雜音著明ニ現ハレ胸痛項部強直アレドモ頸部ニ叩打痛ハ認メズ、體溫ハ全經過ヲ通ジテ37°C—38°Cノ間ヲ往來セリ、10月9日頃ヨリ喀痰增量シ血液ヲ混ジ腹部多少緊張シ廻盲部ハ壓ニ敏感ナリ、喀痰ニ結核菌ヲ認メズ、18日頃ヨリ盜汗來リ所々散在性ノ囉音アリ、顔面蒼白ニシテ瘦削シ全身衰弱ヲ來ス、28日頃ニハ胸痛腹痛強クナリ腰痛モ加ハル、又脊部第6胸椎部左緣ニ於テ叩打痛、竝ニ自發痛アル腫瘍ヲ生ジ之ニ波動ヲ認ム、11月1日ヨリ胸椎4, 5, 6ニ於テ殊ニ其ノ左側ニ壓痛強クナリ前記腫瘤漸次増大シ發赤、波動共ニ著明トナル、食慾ハ血液增量ス結核菌ヲ證明シ得ズ、膝蓋腱反射依然缺損ス、患者ハ坐位ニテ胸痛ヲ、横位ニテ脊柱部ニ疼痛ヲ訴フ、12月18日背部腫瘤ニ2ツノ瘻孔自開シ綠褐色刺臭アル液ヲ流出セシカバ、瘻孔ヨリ「ヨードホルム・グリセリン」10ccヲ注入ス其ノ後1, 2日間自覺症狀輕快セシモ數日後又胸背部痛起リ衰弱益々加ハリ昭和2年1月9日鬼籍ニ入ル、翌日午前10時當病理學教室ニ於テ剖檢セリ。

病理解剖學的事項

病理解剖學の診斷 (剖檢番號 228)

1. 頸胸椎骨及ビ當該部脊髓膜ノ放線狀菌病。
2. 肺及ビ肋膜ノ放線狀菌病、竝ニ兩側加答兒性肺炎。
3. 口蓋扁桃腺窩内ニ於ケル放線狀菌樣菌

塊。

4. 間質性腎炎。
5. 心臟肥大。
6. 肝臟間質炎竝ニ鬱血。
7. 脾腫。

肉眼の所見

身長164 cm 體重 38.9 kg、體格中等榮養不良ノ一男性屍體、頸部細長、顎下淋巴腺ノ豌豆大ニ腫大セルモノ數箇ヲ觸ル、硬度尋常、周圍組織ト癒着ナシ、脊部第6胸椎ノ部ニ於テ長徑約3 cmノ卵圓形ヲ爲セル皮膚缺損アリ、底部肉芽組織ハ紅色ヲ呈シ濃厚ナル膿汁ヲ出シ、其ノ壁ハ右上方ニ向ヒ約1 cm穿掘サル、ソレヨリ2 cm下方ニ於テ長徑6 cmノ卵圓形ノ皮膚缺損アリテ底部ハ暗赤色、壁ハ上方ニ向ヒ穿掘サルモ其ノ上部ニアル皮膚ノ缺損トハ交通セズ、胸腹部前面略ボ扁平、外陰部異常ナシ、腹部開檢、腸間膜淋巴腺米粒大ヨリ豌豆大ニ腫大セルモノ數箇見ル、其ノ他異常ヲ認メズ、胸腔開檢、心臟周圍27 cm當該屍手拳ノ約1倍半、肺：左肺上葉ハ前面中央部ニ於テ體肋膜ト纖維性ノ癒着ヲ營ミ剝離困難ナリ、表面暗赤色、硬度彈力性强靱、癒着セシ部ニ於テ小結節散在ス、肺ノ剖面蒼白粟粒大乃至小豆大ノ結節ヲ多數ニ認メ色蒼白、肺實質ハ指壓ニヨリ小量ノ氣泡ヲ交フル暗赤色ノ液ヲ出ス、氣管枝粘膜ハ強度ニ充血シ粘液ヲ以テ被ル、肺門淋巴腺ハ大豆大ニシテ切面炭粉色ヲ呈ス、右肺表面暗赤色前面中央部ニ於テ纖維性被膜ヲ被ル、切面暗赤色液分ニ乏シ、肺門ニ近ク多數ノ小豆大ノ結節ヲ認メ其ノ色蒼白、氣管枝粘膜ハ中等度ニ充血シ泡沫性粘液ヲ以テ被ル、脾臟：特記スベキ事項ヲ認メズ、肝臟：硬度尋常表面左上面ニ於テ橫隔膜ト纖維性ニ癒着ス、剖面ハ稍々膨隆ス、細葉ノ像明カ、所謂肉苜藿樣ヲ呈シ稍々黃色調ヲ帶ブ、左右腎臟：

著變ヲ認メズ。頸部臓器：口腔底，舌ニ異常ヲ認メズ。扁桃腺兩側ハ蠶豆大ニ隆起シ汚穢暗紅色ヲ呈シ硬度稍々増進ス。甲状腺萎縮性ニシテ蒼白，氣管粘膜可成充血シ泡沫性粘液ヲ以テ被ル，食道粘膜下方ニ進ムニ從ヒ多少充血ス食道入口部ヨリ5 cm 下方ノ後壁ニ於テ長徑約1 cm ノ橢圓形ノ粘膜缺損アリ其ノ壁ハ多少隆起シ底面ハ黃色ヲ呈ス，大動脈異常ナシ。胃腸竝ニ脾臓ニ異常ヲ認メズ，大小腦，腦幹諸神經節，腦橋，延髓異常ナシ。脊椎：第6胸椎ノ高サニ相當シテ皮膚缺損シ暗赤色ノ肉芽形成ヲ見ル。其ノ部ヨリ消息子ヲ挿入スルニ左上方ニ進ム，消息子ノ誘導ニ從ヒ瘻孔ヲ開クニ第6頸椎體部ノ右側ニ存スル瘻孔ニ達ス。瘻孔ハ脊柱ノ右側ニ沿ヒテ下行シ，第1胸椎棘狀突起ノ根部ヲ下左方ニ旋廻シ脊柱ノ左側ニ出デ，第4胸椎ニ達シ，瘻孔ハ更ニ第5胸椎棘狀突起ヲ上右方ニ旋廻シ再ビ脊柱ノ右方ニ位シ第6胸椎下部ニテ消失セリ，其ノ間第7頸椎，第1及ビ第5胸椎ノ瘻孔ニ接セル骨質ハ一小部蠶蝕サレタルヲ見ル。此部ニ接スル脊髓硬膜ハ外方ハ骨膜ト，又内方ハ蜘蛛膜ト硬ク癒着シ甚ダ著明ニ肥厚シ厚サ0.3—1.0 cm ノ壁ヲ有スル管腔ヲ形成シ硬度甚ダ強靱ナリ，其ノ切面淡紅色ニシテ邊緣部ニ地圖狀ノ小黃褐色斑散在ス。脊髓膜肥厚著明ナル部分ノ脊髓ハ充血シ所々ニ出血竈ヲ認ム。

#### 鏡檢の所見

肺：間質殊ニ血管及ビ氣管枝ノ周圍ニハ結締織ノ増殖著明ニシテ淋巴球，單核細胞竝ニ「プラズマ」細胞ノ浸潤アリ。肺胞内ニハ中等數ノ淋巴細胞單核細胞剝離セル肺上皮細胞竝ニ少數ノ心臓瓣膜障礙細胞及ビ腫大セル組織球ヲ混ズル浸出液アリ，又稀ニ限局性ノ小膿瘍ヲ見ル，膿中ニハ甚ダ稀ニ小ナル放線狀菌塊ヲ見ル，淋巴細胞ノ集團セル部ニハ極メテ稀ニ定型的Langhans氏巨體細胞ヲ認ム，併シ乍ラ，定型的ノ乾酪變性或ハ上皮様細胞

ノ存スル結節ヲ認メズ。肺胞ハ屢々萎縮シテ上皮ハ散子形ニ變ジ腺様ノ外觀ヲ呈スルモノアリ，肋膜ハ結締織性ニ肥厚シ淋巴球，單核細胞竝ニ「プラズマ」細胞少數ニ浸潤ス，放線狀菌塊ヲ認メ得ズ。肺門淋巴腺，皮質ニハ髓胞胚中樞稍々著明ニシテ，髓質ノ網狀織細胞ニハ炭粉中等量ニ沈着ス。

口蓋扁桃腺：淋巴髓胞一般ニ腫脹シ稍々大ナル反應中樞ヲ認ム，腺窩中ニハ甚ダ大ナル類圓形ノ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル小塊アリ，「グラム」染色陽性ナリ。其ノ邊緣部ハ不規則ナル放線狀ノ細絲ヲ認ムルモ，内部ハ主トシテ微細顆粒狀ヲ呈シ一部ニ石灰ノ沈着アリ，其ノ菌塊ノ周圍ニハ多數ノ剝脫セル上皮細胞，多核白血球，大單核細胞，淋巴球等ヲ混ズル滲出物アリ，又同部腺窩ノ上皮層ニ於テモ同種ノ白血球ノ浸潤ヲ認ム。食道：淋巴髓胞ノ發育著明ナリ，肉眼的ニ認メタル粘膜缺損部ヲ鏡檢スルニ，粘膜下組織ニ於テ多數ノ淋巴球大單核細胞，「プラズマ」細胞ノ浸潤アルモ特殊ノ變化ヲ認メズ。

肝臓：細葉間結締織，殊ニ血管ノ周圍ニ於テ稍々多數ノ淋巴細胞及ビ中等數ノ多核白血球及ビ少數ノ單核白血球ノ浸潤アリ，肝毛細血管内ニ在リテモ少數ノ多核白血球及ビ淋巴球ヲ認メ星芒性細胞ハ稍々多數腫脹セリ，肝毛細血管ハ一般ニ充血強ク細胞梁ハ萎縮ヲ呈ス。

脊椎骨：體部骨髓組織中ニ少數ノ放線狀菌塊アリ，菌塊ノ多クハ相集ツテ大ナル集團ヲ形成セリ，菌塊ノ中心部ハ放線狀ニ配置サル絲狀體カラナリ周邊ニ於テハ「エオジン」ニ蕃薇赤色ニ染リ放線狀ニ排列セル「コルベン」ヲ著明ニ認ム，菌塊ノ周圍ニハ幼若ナ造結締織細胞ヨリナル肉芽組織ヲ生ジ之ニ多核白血球竝ニ淋巴性細胞ノ浸潤アリ，屢々多核白血球ノ集積著明ニシテ菌塊ヲ中心ニ境界稍々明瞭ナル化膿竈ヲ形成セリ，又膿管ノ

周圍骨髓組織内ニハ多數ノ多核白血球及ビ淋巴性細胞、殊ニ「プラズマ」細胞ノ浸潤著明ニシテ大小ノRussell氏小體群ヲ散見ス。カカル部位ニ見ラルル骨梁材ハ屢々壞疽ニ陥リ骨板層及ビ骨細胞不明瞭トナリ、梁材ノ周邊層カラ漸次崩壞セルヲ見ル、其ノ他一般ニ骨髓組織ハ充血強ク網狀織内ニハ淡紅色微細顆粒狀物著明ニ出現シ少量ノ纖維素ヲ混ゼリ。

脊髄：脊髄硬膜及ビ蜘蛛膜ハ共ニ全周ニ互リ甚メ著明ナル結締織性肥厚ヲ營ニ兩者ハ密ニ癒着シテ境界ヲ認メ得ズ、殊ニ兩側脊髄神經根部ニ肥厚甚メ著明ナリ。結締織纖維ハ脊髄ニ近キ内側ニアリテハ輪狀ニ稍々規則正シク走行スルモ、外方ニ於テハ多數ノ血管、脂肪組織竝ニ炎症性細胞浸潤ノ存スルタメ甚メ不規則ナル走行ヲ示ス。結締織纖維ハ一般ニ太ク結締織細胞核ニ乏シク屢々硝子樣變性ニ陥ル。硬膜ノ外縁ニアリテハ瀰漫性ニ多數ノ淋巴細胞大單核細胞「プラズマ」細胞及ビ少數ノ多核白血球浸潤アリ。其ノ部ノ結締織ニハ少數ノ造結締織細胞ヲ見ル猶ホ肥厚セル硬膜中ニハ散在性ニ小サキ膿瘍アリ。膿瘍中ニ於テハ專ラ多核白血球及ビ淋巴球ヲ認メ其ノ核ハ多數崩壞ニ陥レリ、膿瘍中ニ小ナル放線狀菌塊ヲ認メ膿球ニ依リテ密ニ圍マレタルヲ見ル、猶ホ到ル所境界不明瞭ナル淋巴細胞ノ集團アリ、内ニ多數ノ單核細胞及ビ「プラズマ」細胞ヲ混ジ屢々大ナル胞體ヲ有シ原形質ハ著明ニ泡沫性ニ現ルル脂肪顆粒細胞或ハ偽黃色腫細胞(Pseudoanthom Zellen)ヲ多數ニ見ル。カカル部位ハ肉眼的ニ地圖狀ノ小黃褐色斑トシテ現ハレタル部位ニ相當シSimpsonノ謂フLipoidgranulationニ他ナラズ。脊髄軟膜モ肥厚スルモ蜘蛛膜トノ間ニ通常癒着ナシ。

總括竝ニ考按

本例ハ肺ニ於テ粟粒大ノ化膿竈散在シ之ニ

甚ダ稀ニ小ナル放線狀菌塊ヲ證明シ得タリ。其ノ他慢性加答兒性肺炎ヲ認メタリシガ、臨牀的診斷ニ反シ結核竈ヲ認メ得ザリキ。前記膿瘍ノ周圍ニ於テ極ク少數ノLanghans型巨大細胞ヲ發見シ得ルモ放線狀菌症ニ此種ノ巨大細胞ノ出現スル事アルハ既ニ文獻ニ見ル(Beitzke)。

殊ニ臨牀的ニ反覆喀痰検査ヲ行ヘルモ結核菌ヲ證明シ得ズ又剖檢材料ニ就テモ結核菌ノ證明陰性ニ終リタルハ大ニ注意スベキ事實ナリ。即チ本例ハ肺結核ニ非ズシテ恐ラク當初ヨリ肺放線狀菌病ニシテ二次的ニ慢性加答兒性肺炎ヲ誘發セシモノナルベシ。

脊椎ノ症候ハ胸部ノ夫レニ約1箇月後レテ發見セルガ如キモ初診當時既ニ兩側膝蓋腱反射ノ缺損アリタルハ注意スベキコトナリ。而シテ右側ノ脊椎放線狀菌病ハ椎骨體内部ニ化膿竈ヲ形成シ(即チ中心性骨髓炎)、側面ニ瘻孔ヲ生ジ背部皮下ニ大ナル流注性膿瘍ヲ生ジ2箇所ニ於テ自開セルモノナリ。

脊椎ノ前面即チ食道後面トノ間ニ異常ノ病竈乃至ハ癒着ヲ認メズ。又肺前面ハ胸廓肋膜ト纖維性ニ癒着セシモ後面ニ癒着ヲ存セズ、胸椎ノ前面全ク平滑ナリキ、從來ノ脊椎放線狀菌病ハ一次的ナルト二次的ナルトニ拘ラズ殆ド總ハ前記セル如ク周圍組織ヨリ連續的ニ脊椎骨ヲ侵セシモノニシテ、余ガ調査シ得タル範圍内ニ於テハ中心性骨髓炎ノ經過ヲ取りタル報告例ナシ。然ラバ本例ニ於ケル感染徑路如何、先ヅ想起スベキハ食道後壁ニ存セシ小潰瘍ナリ、本症ハ臨牀的竝ニ病理解剖ニ際シ放線狀菌病ノ疑ヒヲ置カザリシ爲メ常則ニ從ヒ食道ヲ頸椎前面ヨリ剝離セシガ、問題ノ

潰瘍ハ食道入口ヨリ 5 cm 下方ナルガ故ニ恰モ第 5—6 頸椎ノ高サニ相當ス。Johns 及ビ Boström ガ偉大ナル忍耐ヲ以テ成セシ連続切片ニヨル研究成績ニヨレバ、動物ハ勿論人間ノ場合ニ於テモ放線狀菌病ノ第一次ノ感染ハ皮下粘膜ノ健康ナル際ニハ殆ド常ニ穀芒刺ト共ニ菌ガ體內ニ進入スルモノノ如シ、穀芒刺ハ健全ナル粘膜ハモトヨリ皮膚ヲモ穿過シ得、更ニ逆棘ヲ有スルタメ周圍組織ノ運動(咀嚼、嚥下、蠕動、四肢ノ運動)ニヨリテ漸次深部ニ進ミ骨内部ニモ達セリト云フ。

脊椎放線狀菌病ニ於テ食道ハ屢々其ノ進入門口ヲ得ル事ハ文献ニ徴シテ明白ナリ。併シ乍ラ食道ニ於テハ知覺鈍感ナルタメ穀棘等ニヨル損傷ハ殆ド自覺的ノ症ナク經過シ、又侵入口ハ放線狀菌病ノ徵候ヲ殘スコトナク治癒シ得ル爲メ食道ノ侵入口ハ屢々發見サレズシテ終ル事アリ(Abbee, Baracz, Schwalbe) 反之、徵候ヲ殘セル事アリ(Abbee, Ponfick)。後者ノ多クハ食道壁ノ蜂窩織炎ヲ起シ、往々瘻管ヲ形成シテ脊椎前部ニ達セリ(Firket, Boström)。放線狀菌ガ食道壁竝ニ頸椎前結締織ニ於テ特殊ナル變化ヲ起サズシテ直チニ骨内進入スル爲ニハ必ズヤ菌ハ穀刺ト共ニ侵入セシモノナラザルベカラズ。何故ナラバ遊離セル放線狀菌又ハ白血球ニ貪喰サレタル菌ハ、侵入口ヨリ直進ニ椎骨内部ニ達スルハ不可能ナルベク、又放線狀菌ノ淋巴行性感染ハ未ダ確實ニ證明サレザル機轉ナレバナリ。上記ノ如ク放線狀菌ガ穀刺ト共ニ感染スル際ニハ健康ナル皮膚粘膜ヲ穿通シ得ルモノナリトスレバ、損傷ノ既存ヲ必要トセズ。又本症ノ食道ノ潰瘍ハ左程古キモノニ非ザルガ故ニ

穀棘侵入後非特異性炎症ヲ起シテ發生セシモノナルベシ。放線狀菌病ノ原發竈ヨリ放線狀菌カ血行ヲ介シテ遠隔セル骨ニ達スル場合ナキニアラネド(Kolaczek, Werthmann)甚ダ稀ナリ。尙ホ顎骨ノ放線狀菌病ニ在リテハ齶及ビ拔牙後ノ創口ヨリ菌ノ侵入セル事屢々文献ニ見ユルモ未ダ直接脊椎骨ニ達セシ報告例ヲ知ラズ。

文献ヲ按ズルニ脊椎ノ放線狀菌病ハ頸椎ニ於テハ主トシテ顎竝ニ頰部ノ原發竈ヨリ二次的ニ感染シ、胸椎ハ主トシテ肺、食道稀ニ頸部ノ原發竈ニ引キ續キテ惹起サレ(Ponfick)、腰椎竝ニ薦骨ハ主トシテ腸骨盤臟器(Haselhorst)、又稀レニ肺ヨリ(柏村)二次的ニ感染ス。斯ノ如キ機轉ニヨツテ脊椎骨ノ冒サルル場合ハ通常脊椎前組織ニ於テ放線狀菌病性膿瘍ヲ形成シ先ヅ之ニ接スル脊椎骨骨膜ヲ侵シ次デ骨質ヲ侵蝕ス。併シ乍ラ其ノ病機ハ骨ノ深部ニ進ムハ寧ロ稀レニシテ骨表面ヲ脊柱ニ沿ヒテ上下ニ擴ガル場合多シ、(Simpson)。反之、結核ハ骨内部ニ血行性ニ先ヅ病竈ヲ形成シ次デ外方ニ破レテ瘻孔ヲ形成スルヲ常トス。之「レントゲン」診斷ニ於テ最モ慣用サルル鑑別點ナリ(Simpson)。本例ハ肉眼的ニハ寧ロ脊椎結核ノ血行性感染ニ類シ、骨内部ニ病竈ヲ有シ外方ニ瘻孔ヲ生ジ脊部ニ大ナル流注性膿瘍ヲ形成セシモノナリ。次ニ脊椎骨ノ放線狀菌病ノ際ニハ屢々脊髓硬膜ノ共ニ侵サルルコトノ周知ノ事實ナリ。本例ノ脊髓硬膜ハ結締織性増殖甚ダ著明ニシテ又硝子様變性強ク、全身中ノ放線狀菌病竈中最モ古キ感アリ、併シ乍ラ同種ノ病原體ニ對シテモ組織ノ異ルニ從ツテ其ノ反應様式ヲ異ニスルヲ以

テ、如上結締織ノ性状ノミヲ以テ脊髓硬膜ヲ最モ古キ病竈即チ原發竈ト斷ズルヲ憚ルモノナリ。

猶ホ本例ニ於テ注意スベキハ口蓋扁桃腺窩内ニ認メラレタル放線狀菌様菌塊ナリ、此放線狀菌様菌塊ハ慢性扁桃腺炎ニ罹レル患者ノ扁桃腺殊ニ腺窩内ニ屢々發見サルルモノニシテ、コレガ人體放線狀菌病ノ病原體ト同一物ナルヤ否ヤニ就テ議論アリ。Ruge, Davisハ同一物ナラズトナシ Miodowski, Dietrich, Gapischハ單ニ放線狀菌様菌塊ト云ヒ、齋藤、富田、田中、小田ハ「ホミニス」ナラント推察セリ。桑原ハ腺腔内菌塊ノ組織學的檢索竝ニ培養試驗ニヨリ、眞正分岐ヲ營ミ「コルペン」ヲ有スル絲狀菌ヲ證明シ「ホミニス」ナリト斷定セリ。Millerハ放線狀菌モ他ノ病原菌同様扁桃腺々窩中ニ無害ノ状態ニテ潜伏シ何等カノ動機(例ヘバ傷害等ニ依リテ)此處ニ其ノ進入内口ヲ見出スモノナラント述ベタリ。小田ハ頸部放線狀菌病患者ノ扁桃腺ヲ組織的ニ檢査シ(1例)放線狀菌同様ノ菌塊ヲ認メタリ。Israelハ原發性肺放線狀菌病患者ノ扁桃腺ニ於テ同菌塊ヲ見出シ其ノ傳染原ナラント論ジ、桑原ハ9例ノ肺放線狀菌病又1例ノ腸放線狀菌病ニ於テ全部扁桃腺ニ本菌塊ヲ認メタリ。併シ乍ラ、脊椎ノ放線狀菌病ノ扁桃腺ニ於テカカル菌塊ヲ認メシ例ヲ文獻ニ見出シ得ズ。口蓋扁桃腺腺窩内ニ於ケル該菌塊ハ肺放線狀菌病トノ關係ニ就テハ想像ヲ許サルベキモ脊椎ノ放線狀菌病トノ關係ヲ生ジ得ルヤ否ヤハ蓋シ興味アル將來ノ問題ナリ。若シ本例ニ於テ脊椎放線狀菌病ト關係アリタリトスレバ前述ノ理由ニヨリ血行感染ヲ疑フ場合

ニ於ケル傳染原ヲナセシモノト想像サルベク、余ハ Millerノ菌塊潛伏說ニ左袒セントスルモノナリ。

肺放線狀菌病ハ一般ニ結核ト屢々誤診サレヤスキ疾病ナルモ脊椎ノ放線狀菌病ハ殊ニ兩者ノ鑑別困難ニシテ誤診サレ易キモノナリ。

Marten, Heuck,ノ各1例, Simpsonノ4例ハ悉ク脊椎結核ノ臨牀診斷ヲ有シ剖檢ニヨリテ脊椎放線狀菌病ナル事確定サレタモノナリ。

要之、本例ハ臨牀的ニハ肺結核竝ニ脊椎「カリエス」ト診斷サレタルモノニシテ剖檢ニ依テ初メテ放線狀菌病ナル事ヲ確證シ得タリ。脊椎ノ放線狀菌病竈ハ甚ダ稀ニ見ル中心性病竈ヲ形成シ居タリ、其ノ感染徑路ニ關シテハ血行性感染及ビ食道ヨリセル第一次の感染ヲ考ヘ得ルモ、寧ロ後者ニ於テ蓋然性多キモノト信ズ。

恩師田村教授竝ニ濱崎助教授ノ御校閱竝ニ御指導ヲ深謝ス。

## 文 獻

- 1) Abbe, Beitr. path. Anat., Bd. 22, S. 132, 1898.
- 2) Baraco, Arch. f. kl. Chir., Bd. 68, S. 1050, 1902.
- 3) Beitzke, Henke-Lubarsch Handbuch d. spez. pathol. Anat. u. Histol., S. 539, 1934.
- 4) Bollinger, Zentralbl. f. d. Med. Wissensch., Jg. 15, S. 481, 1877.

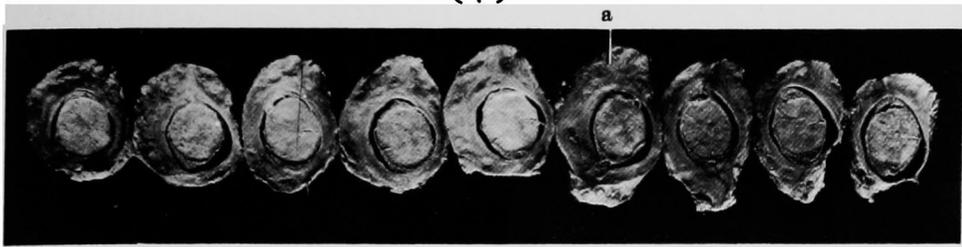
- 5) *Boström*, Beitr. path. Anat., Bd. 9, S. 1, 1891. 6) *Boström*, Berliner klin. Wochenschr., Bd. 22, S. 14, 1885. 7) *Davis*, The journal of the American Med. Association, Vol. 81, No. 2, S. 1172, 1923. 8) *Dietrich*, Zeitschr. f. H. N. u. O. Bd. 4, S. 429, 1923. 9) *Firckel*, Zit. von Baracz. 10) *Gappisch*, Verhandl. d. deutsch. path. Gesell., Bd. 9, 1905. 11) *Heuk*, München Med. Wochenschr., Jg. 39, S. 419 u. 437, 1892. 12) *Hofhauser*, Arch. f. O. N. Kehlkopfhdk., Bd. 124, S. 44, 1929. 13) *Israel*, Virch. Arch., Bd. 74, S. 15, 1878. 14) *Israel*, Zit. von Ruge. 15) *Johne*, Zit. von Schlegel. 16) 柏村, Virch. Arch., Bd. 171, S. 257, 1903. 17) *Kolaczek*, Beitr. z. klin. Chir., Bd. 93, S. 136, 1914. 18) 桑原, 大日本耳鼻咽喉科會報, 第37卷, 第2號, S. 294, 第5號, S. 672. 19) 桑原, グレンツゲビート, 第5卷, 第12號, S. 1642, 昭和6年12月. 20) *Marchand*, Berliner klin. Wochenschr., Bd. 1, S. 334, 1896. 21) *Marten*, Arch. f. klin., Bd. 66, S. 698, 1902. 22) *Müller*, Zit. von Hofhauser. 23) *Miodowski*, Arch. f. Laryng., Bd. 19, S. 277, 1909. 24) *M. B. Schmidt*, *Ergebnen d. allg. Pathol.*, Jg. 7, S. 274, 1900-1911. 25) 中村, グレンツゲビート, 第4卷, S. 922, 昭和5年. 26) *Netter*, Zit. von Baracz. 27) 小田, 大日本耳鼻咽喉科會報, 第32卷, S. 797, 1927. 28) *Ponfick*, Berlin Hirschwald, 1882. 29) *Ponfick*, Zit. von Abbee. 30) *Ruge*, Zeitschr. f. kl. Med., Bd. 30, S. 529, 1896. 31) 齊藤, 東京醫事新誌, 第1455號, S. 4, 1906. 32) *Schlegel*, *Ergebnen d. allg. Pathol.*, Jg. 5, S. 403, 1898. 33) *Schwalbe*, Zit. von Baracz. 34) *Simpson*, *Archives of Surgery*, Vol. 14, S. 1160, 1927. 35) 鹽田, *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, Bd. 101, S. 289, 1909. 36) *Soltmann*, *Jahrb. f. Kinderheilk. N. F.*, Bd. 24, S. 130. 37) 菅井, 東京醫學會雜誌, 第15卷, 第3號, 23頁, 明治34年. 38) 田中, 小田, 大日本耳鼻咽喉科會報, 第32卷, S. 498, 1927. 39) 富田, 東京臨牀, Bd. 15, 1923. 40) *Werthmann*, *Virch. Arch.*, Bd. 255, S. 719, 1925.

#### 附圖説明

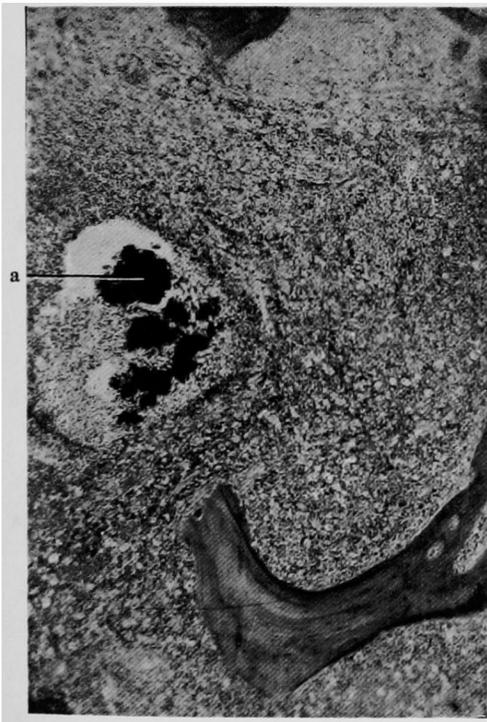
- 1) 脊髓脊髄膜。(實物大)
  - a. 脊髄硬膜ハ著明ナル管狀肥厚ヲ營メリ.
- 2) 胸椎體骨髄内ニ於ケル放線狀菌病竈.
  - a. 化膿竈中ノ菌塊.
- 3) 脊髄膜肥厚部ニ於ケル放線狀菌病竈.
  - a. 化膿竈中ノ菌塊.
  - b. 著明ナル増殖ヲ營ミ且硝子様變化ニ陥レル結締織.
- 4) 口蓋扁桃腺窩内ニ於ケル「グラム」陽性ノ菌塊.
  - a. 菌塊.
  - b. 多數ノ白血球並ニ脱落セル上皮細胞ヲ混ズル滲出物.
  - c. 腺窩上皮ニ於ケル白血球滲潤.

管 論 文 附 圖

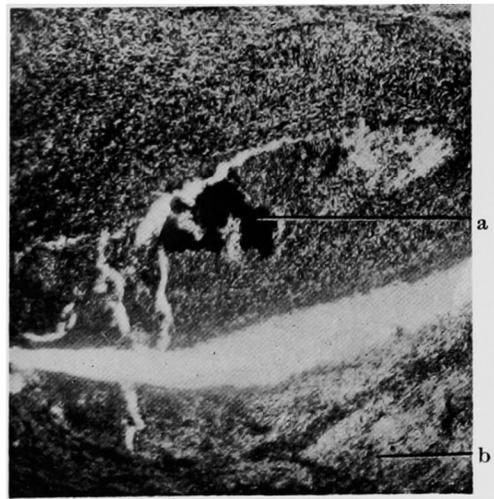
( 1 )



( 2 )



( 3 )



( 4 )

