血液病ニ於ケル上氣道病變ニ就テ

T. Maehara: Über die Veränderungen der oberen Luftwege bei Blutkrankheiten.

東京帝國大學醫學部耳鼻咽喉科教室(主任 増田教授)

前 原 武 彦

目 次

第一章 緒 言	第三章 考按及文献
第二章 臨牀症例及綜括	第四章 結 言

第一章 緒 言

上氣道各部ノ粘膜ハ淋巴組織ニ富ミ、前後口蓋弓ノ間及ビ咽頭後上壁ニ位スルモノハ、相集簇シテ恰モ獨立セル器官ヲ見ルガ如シ。扁桃腺之ナリ。扁桃腺ハ多クノ疾患ニ際シテ、屢々特異ノ現象ヲ呈シ、或ハ單純ナル發赤腫脹ニ止マリ、或ハ甚ダシキ肥大増殖ヲ示シ、或ハ膿瘍ヲ作り、潰瘍トナリ、又壞疽トナリテ其ノ全部或ハ一部ヲ脱落スル事アリ。由來扁桃腺ハ咽喉ヲ扼シテ絶ヘズ外界ノ刺激ヲ受ケ、又有害物ノ接觸ヲ強ヒラル、位置ニ位シ、其ノ表面及ビ腺窩ハ數層ノ扁平上皮細胞ヲ以テ被ハル、ト雖モ、常ニ淋巴球遊出ニヨリ其ノ細胞間ニ、Stöhrノ所謂「生理的創面」ヲ形成シ、以テ病原細菌ノ侵入ヲ許容スルノ狀況ニアリ。殊ニ腺窩ハ解剖學上深ク表面ヨリ陷没シ、細菌ノ蓄積繁殖ニ好適ナルノミナラズ、其ノ上皮ハ表面ニ於ケルヨリモ旺盛ナル淋巴球遊走ニヨリ、細胞間隙ノ擴張ヲ來シ、微生物ノ侵入ヲ一層容易ナラシムル狀態ヲ示セリ。扁桃腺上皮ヲ通ジテ微生物ノ侵入シ得ルヤ否ヤハ古來尙ホ幾多ノ論議アル所ニシテ、Goodale (27), Hendscheln (31), Kaiser (31), 細見 (32) 等ハ腺窩内ハ固ヨリ表面ニ於テモ速カニ其ノ侵入ヲ許容スルモノナル事ヲ實驗上證明シタルニ反シ、Brieger, Gorke (31), Henke (30) 等ハ同様ノ實驗ニ於テ反對ノ結果ヲ舉ゲ、又 Schlemmer (31), 神尾 (65), Henke (30) 等ハ微生物竄入ハ血行或ハ淋巴道ヲ介シ鼻腔ヨリスルノ説ヲ樹テ、現今尙ホ定説ヲ見ズ。然レドモ Lexerノ業績ニヨレバ毒力強キ化膿菌ハ扁桃腺表面ニ炎症乃至化膿ヲ生ズト、蓋シ斯ノ如キ事實ハ一般ニ認メラル、所ナルベシ。炎症或ハ化膿ヨリ細菌又ハ其毒素ハ淋巴道又ハ血行系ニヨリテ近隣ノ各部ニ蔓延シ更ニ全身ニ移行シテ、種々ノ疾患ヲ招來スル事ハ、尙實驗的證明ニ缺クル所無キニ非レドモ、臨床上吾人日常ニ遭遇スル所ナリ。斯カル原發性局所病變ト共ニ、全身の諸種疾患ニ際シテモ亦一發症部位トシテ往々扁桃腺ニ病變ヲ來シ、全身諸臟器

ヲ精檢シテ初メテ其ノ變化ノ本態ヲ解シ得ル場合アリ。就中局所病變トシテ最モ甚ダシキモノハ壞疽性變化ニシテ稀ニ吾人ノ觀察スル所ナリ。之ニ原發性及ビ續發性ヲ別ツ。原發性扁桃腺壞疽ハ扁桃腺自體ニ炎症或ハ増殖性病變ヲ來シ、之ニ化膿菌及ビ腐敗菌ノ感染ヲ來シ、壞疽ヲ形成スルモノニシテ、局所以外他覺的變狀著シカラズ。斯カル原發性壞疽ハ吾邦ハ固ヨリ歐米ニ於テモ其ノ報告例極メテ乏シク、今日其ノ存否ニ就テ論議アリ。(33, 34, 38, 55, 70, 71, 107, 143) 續發性扁桃腺壞疽トシテ最モ關係深キモノハ血液及ビ造血臟器ノ系統的疾患タル所謂血液病ニシテ、就中白血病、假性白血病ハ屢々扁桃腺壞疽ヲ形成ス。殊ニ淋巴性白血病、淋巴性假性白血病、惡性貧血、再生不能性貧血、顆粒細胞消失症ノ如キニ於テハ此ノ部ニ壞疽性變化ヲ來サザル事寧ロ稀ナリトセラル。(1, 2, 5, 62, 74, 98, 143)。之ハ一方此ノ部ニ原發性壞疽ヲ作り、之ヨリ病原體ノ侵入セルガ爲ニ前記ノ諸疾患ヲ惹起セリトノ說ヲナス者アレドモ (Stehr, Gorke, Henke) 又一般ニハ血液中顆粒細胞ノ減少ニヨリテ、身體各部ノ粘膜就中扁桃腺自體ノ抵抗力ヲ減弱セシメ、些少部ヨリ、或ハ前記生理的創面ヨリ直チニ化膿菌、腐敗菌ノ感染繁殖ヲ來シ、以テ二次的壞疽ヲ形成スルニ到ルモノナリト考ヘラル。(2, 8, 62, 74, 89, 120, 121)。然レドモ骨髓性白血病ノ如キ成熟及ビ幼若ナル顆粒細胞ノ過剰ニ生成セラル、場合ト雖モ尙ホ上氣道ニ壞疽性變化ヲ來ス事決シテ稀ニ非ズ。余ハ血液病ト共ニ現ハレタル壞疽性口峽炎ノ三症例ヲ經驗シ、各々其ノ臨牀的並ニ剖檢所見ヲ觀察シ得タルヲ以テ、之ヲ以テ扁桃腺壞疽成立ノ機轉研究ノ一端ニ資セントスルノ微意ヲ以テ、茲ニ本論文ヲ公ニシ先輩各位ノ參考ニ供セントスルモノナリ。

第二章 臨牀症例

第一例 橋本某、二十一歳、男、袋物業。

家族歴。結核症、癌腫、血液病等ノ家族の遺傳的關係ナシ。

既往歴。特記スベキ著患ヲ經驗セズ。生來比較的不健康ニシテ、風邪ニ罹リ易ク、咽喉ヲ害シ易シ。性的疾患ハ強ク之ヲ否定ス。

現病ノ既往歴。昭和三年六月廿六日風邪感、咽喉痛及ビ全身倦怠ノ感アリ。主訴ハ漸次増惡ノ傾向アリタルモ、家事ニ追ハレ業務ニ服シ居リシガ、七月十八日ニ到リ遂ニ就業ヲ廢スルニ到ル。是ヨリ約十日間安臥靜養セシニ、上記ノ苦惱稍々緩解シタルヲ以テ、再ビ業務ニ就ケリ。八月七日ニ到ルヤ發熱卅七度五分、乃至卅八度アリ。咽頭痛及ビ倦怠ノ感甚ダシク、九日ニハ發熱卅七度八分、咽頭痛及ビ嚥下痛愈々激シ。十二日ニ到レバ體溫卅九度乃至四〇度ニ達シ顔色蒼白苦悶ヲ訴フルニ及ビタルモ惡寒戰慄無シ。十三日朝來體溫四〇度、咽頭痛、嚥下痛ニ堪エズ、某専門醫ノ診療ヲ乞フ。(以下同醫師ノ臨牀所見ナリ)。十三日望診上顔色極メテ蒼白、一見重篤ノ感アリ。右側扁桃腺殊ニ其前縁部ハ高度ノ腫脹ヲ示シ、扁桃腺周圍ヨリ下方會厭軟骨迄浮腫狀ニ發赤腫脹シ輕度ノ壓痛アリ。探膿セザリシモ該部ニハ膿瘍無キモノ

ト思ハル。是ヨリ四日間體溫卅八度五分ヨリ四〇度ノ間ヲ往來シ、局所々見モ亦増惡ヲ來サズ。患者ハ自覺的ニ疼痛稍々緩解セリト辯ベリ。此間内科的ニ結核、腸「チフス」、「バラチフス」、腎臟炎ヲ否定セリ。十五日兩側下肢ニ初メテ赤色帽針頭大ノ皮下溢血點ヲ生ジ、漸次上肢ニモ現ハレ、口腔、齒齦、鼻内各粘膜ニハ出血ヲ認メズ。十七日ヨリ體溫稍々弛張性トナリ全身狀態益々重篤ニ向フ。十八日該扁桃腺隆起部ノ頂端ニ約小指頭大灰白色粘稠ナル偽膜ヲ被レル淺キ潰瘍ヲ認ム。十九日體溫卅七度ヨリ卅八度ノ間ヲ上下シ、局所々見トシテ該潰瘍ノ深サ稍々増シタルノ感アリ。二十日咳嗽ト共ニ扁桃腺部ヨリ出血アリテ終日止ラズ、該部ハ暗紫色ヲ呈シ、甚ダシキ口臭アリ。仍テ同醫師ハ扁桃腺壞疽ノ診定ノ下ニ同日午後八時之ガ處置ヲ當科ニ依頼シ來レリ。

現。症。

(甲) 全身所見、體格大ナル青年ニシテ顔色蒼白、眼光無力、苦悶恐怖ノ狀ヲ呈シ、羸瘦憔悴、榮養甚ダシク衰ヘタリ。體溫卅八度五分、脈搏緊張微弱頻數ナルモ規正ナリ。輕度ノ鼻翼呼吸ヲ營ミ胸内苦悶ヲ訴フ。意識亦稍々明瞭ヲ缺ク。粘膜ハ高度ノ貧血ヲ呈シ、鞏膜ハ亞黃疸性ノ色澤ヲ帶ブ。皮膚彈力無ク蒼白乾燥ニシテ全身ニ殊ニ下肢及ビ下腹部ニ散在性ニ米粒大ノ皮下出血ヲ認ム。淋巴腺腫脹ハ右側頸部及ビ右鎖骨上窩ニ數個ヲ觸診スルモ腋窩及ビ鼠蹊部ニハ觸レズ、他ニ著明ナル淋巴腺腫脹ナシ。瞳孔ハ兩側共ニ正常同大ニシテ光線反應健全ナリ。眼球運動及ビ視力ニ障礙ナシ。心臟及ビ肺臟ニハ望診、打診及ビ聽診上異常ナシ。上腹部ヲ壓スルニ鈍痛ヲ訴ヘ、肝臟ハ觸診シ得ザルモ壓スルニ鈍痛アリ。脾臟ハ多少腫大シ辛ジテ觸診スル事ヲ得。各關節ニハ疼痛、運動障礙、腫脹等ノ變狀ヲ認メズ。膝蓋腱反射ハ兩側共ニ消失シ、アヒレス腱反射ノミ多少存ス。ケルニヒ氏症候及ビ項強直、其他病的腱反射ヲ認メズ。尿ハ濃厚茶褐色、酸性、蛋白痕跡ヲ證明シ、糖尿無ク、沈渣トシテ赤血球少許ヲ認ム。血液ワ氏反應陰性、血液培養試驗亦陰性ナリ。

血液像

赤血球總數 (一立方耗)

二三一〇〇〇〇

白血球總數 (同)

四二〇〇

血色素量 (ザーリー氏法)

三〇%

血色素指數

〇・八

A、赤血球、殆ンド變化ナシ。

B、白血球

酸性嗜好白血球

鹽基嗜好白血球

骨髓球

桿狀形核中性嗜好白血球

中性嗜好多核白血球

淋巴球

單核細胞

○

○

○・四%

一・二%

○・四%

八・〇%

九〇・〇%

該單核細胞ハ正常ノ血液ニ見ラル、大單核細胞ヨリモ稍々幼若ト思シク、二―三個ノ核小體ヲ備ヘ、核ハ多ク球形微細網狀型ヲ示シ、一部ニリーデル型ヲナスモノアリ。原形質ハ「マイ、グリウンワルドIIギムサ」複染色法ニテ淡青色ニ染リ比較的廣ク、通常ノ單核細胞ヨリモ稍々粗大ナル紫赤色ノ顆粒ヲ有シ、其中一部ハ鮮紅色ニ染色セル結核菌狀ノモノ三―四個ヲ包藏ス。恰モアウエル小體ト類似セリ。

(乙)局所々々見、腐敗性口惡臭甚ダシ。口腔、咽頭各部ノ粘膜ハ貧血高度ニシテ、殊ニ上下齒齦ハ浮腫狀ニ腫脹セルモ出血部位ヲ見ズ。舌ハ厚キ汚穢ナル苔ヲ被リ乾燥セリ。右側扁桃腺ハ大サ約拇指頭大蒼白ニシテ前口蓋弓ヲ越エテ突出セリ。其前面ハ汚穢暗黑色ノ苔ヲ被リ、下極ニハ深く掘鑿セラレタル潰瘍アリ。其邊緣ハ恰モ截リ取ラレシ如ク尖銳ナリ。潰瘍面ヨリハ絶エズ浸出性ニ出血アリ、凝血ハ同部ヨリ咽頭側壁ヲ傳ハリテ下垂セリ。潰瘍ハ全色暗黑色ヲ呈シ、同様ノ變色ハ近接セル舌根、咽頭側壁、及ビ會厭軟骨ニ及ビ、會厭軟骨ハ全體浮腫狀ニ腫脹セルモ潰瘍ヲ見ズ。他側ノ扁桃腺ハ唯蒼白ナルノミニシテ腫脹セズ。鼻腔及ビ鼻咽腔及ビ耳ニ變狀ナシ。自覺的ニハ他覺的所見ノ烈シキニ比シ咽頭痛及ビ嚥下痛著シカラズ。又此ノ部ニ觸ル、モ疼痛ナシ。尙ホ局所ヨリ塗抹標本ニヨリ細菌検査ヲ行ヒタルニ、球菌、双球菌、連鎖狀球菌、枯草菌ヲ認ムルモ紡錘狀菌及ビ螺旋菌ハ極メテ少數ニシテ、培養試驗ハ主トシテ葡萄狀球菌ヲ得タリ。「デフテリー」菌ノ培養ハ陰性ニ終レリ。

臨牀的經過。一見シテ頗ル重篤ナル狀態ナリシヲ以テ直チニリンゲル氏液五〇〇瓦、葡萄糖液五〇瓦ヲ注射シ、又強心劑及ビ「ストレプトヤトレン」ノ注射ヲ行ヒ、局所のニハ頸部瘻法ヲ施シ、過酸化水素水ヲ以テ含嗽セシム。扁桃腺壞疽部ヨリノ出血ハ容易ニ止血セズ、是ヲ嚥下シテ二三時間ノ間隔ヲ以テ少許ノ黑赤色ノ凝固物及胃液ヲ嘔吐セリ。其ノ間又常ニ嘔氣ヲ訴フ。同夜ハ胸内苦悶ヲ訴ヘテ少シモ睡眠セズ、心臟ノ衰弱頓ニ加レリ。廿一日ニ及ビ強心劑及ビリンゲル氏液ヲ注射シ、心臟衰弱ニ對シテ努力セシモ、遂ニ午前十時ニ及ビ心音始ン

ド聴取セズ、意識不明トナリ、十時十五分遂ニ死去ス。

剖檢所見。死後五時間、東京帝國大學病理學教室ニ於テ、吉田學士執刀、解剖ニ附ス。最モ著明ナル變化ハ全身皮下組織ノ氣腫形成ニシテ之ヲ壓スルニ恰モ肺臟ヲ壓スルニ似タリ。開腹スルニ腹腔内靜脈ハ大小何レモ綠色粘稠ナル膿汁ヲ有シ、指頭ヲ以テ壓スルニ瓦斯ヲ放散ス右側扁桃腺ハ上部三分ノ二ニ於テ壞疽ニ陥リ、右咽頭側壁ヨリ會厭軟骨ニ達スル廣汎ナル黑變壞疽部ヲ作レリ。肝臟ハ腫大シ瓦斯ヲ含ミ之ヲ壓スルニ肺臟ヲ壓スルノ感アリ。脾臟亦尋常ノ三倍大ニ肥大シ、傳染脾ノ狀ヲ呈シ、同様氣泡ノ形成著シ。其他脾臟、腎臟、心筋、睪丸淋巴腺等總テ瓦斯ヲ藏シ之ヲ水中ニ投ズルニ浮遊ス。即チ瓦斯發生臟器(Schannorgan)ヲ形成セルナリ。尙ホ副腎ハ著明ニ軟化シ其形態ヲ止メズ。此等諸臟器ヲ鏡檢スルニ、右扁桃腺ニハ著明ノ壞疽及ビ潰瘍ヲ作り、其近傍一帯ニ無數ノ桿菌、ウェルヒ、フレンケル氏菌ヲ證明シ其周圍ニ氣泡ヲ形成セリ。肝、脾ニ於テハ白血性病變ハ認メ難ク、無數ノ桿菌及ビ菌群周圍ノ氣泡及ビ壞死ヲ以テ其主ナル所見トス。炎症變化及ビ變性ノ徵候無シ。鎖骨上窩淋巴腺モ亦其變化ヲ同ジウス。肺臟ニ於テ就下性肺炎ヲ認ム。骨髓ハ靜脈内變化ト同様ノ綠色膿樣ノ粘稠ナル液ヲ以テ充サル。

綜括。本症例ハ全身倦怠感及ビ咽頭痛ヲ以テ發病、病勢一進一退ノ中ニ漸次全身症狀ノ増悪ヲ招キ、發病後四十二日目右側扁桃腺ノ腫脹ヲ來シ、更ニ十日ノ後壞疽ヲ構成シ灰白色ノ偽膜ヲ被レル潰瘍ヲ生ジ、該部ヨリ多少ノ出血ヲ起スニ到レリ。壞疽ハ漸次近傍及ビ舌根、會厭軟骨ニ向テ擴大シ、全身高度ノ貧血及ビ皮下出血等重篤ノ症狀ヲ以テ、發病後五十六日目ニテ入院ス。入院後經過不良ニシテ十五時間ニシテ死ノ轉歸ヲ執レリ。死後五時間ニシテ行ハレタル剖檢所見ハ全身各臟器組織ノ氣泡形成ヲ主トシ、鏡檢上該氣泡部ヲ回リテ壞疽ヲ形成シ且ツウェルヒ、フレンケル氏桿菌ノ繁殖ヲ認ム。血液病就中白血性病變ヲ見ズ。血液所見トシテハ其血液像ニ於テ、白血球中一種ノ單核球ノ驚クベキ增多ヲ示セルヲ主變化トス。

第二例 塚本某、二十九歳、女、主婦。

家族歴。特記スベキ事項ナシ。血液病、精神病、結核ノ家族の遺傳的關係ナシ。

既往歴。幼時麻疹ヲ經過セシ他著患ヲ知ラズ。全ク健全ニ生育シ、十四歳ニ初潮アリテ、以來順調ナリ。十八歳ニシテ健全ナル夫ニ嫁シ、二十歳一子ヲ擧グ。二十二歳夏「バラチフス」ニ罹患シタルモ一ヶ月ニシテ快癒ス。口腔、鼻、咽喉、耳部ニ罹患セシ事ナシ。

現病及ビ其經過。昭和四年四月三日頭痛、輕度ノ惡寒及ビ熱感アリ。八日醫ヲ訪問セシニ肋膜炎ト診斷セララル。當時既ニ顔面異常ニ蒼白ナリシト。自覺的ニハ唯全身倦怠ノ感アルニ止マリ、家事ニ從事スル事ヲ得タリ。十七日夜半ヨリ頭痛、倦怠、惡寒ノ程度漸ク加ハリ、翌日

ニ到ルモ尙ホ輕快ヲ來サマリシモ、事情アリテ家事ニ從事ス。三日ノ後右ノ苦惱ハ去リタルモ尙ホ氣色勝レズ疲勞倦怠ノ感アリタルヲ以テ三十日他醫ヲ訪レシニ腹膜炎ト診斷セラレ腹部ニ電法ヲ施シタルニ、食思増シ三日ノ後殆ンド舊ノ健康ヲ回復シ得タリ。然ルニ五月廿二日ニ到ルヤ突如朝來左側扁桃腺ニ激烈ナル疼痛ヲ感ジ、嚥下痛アリ。當時發熱ナシト。廿三日體溫卅七度五分全身倦怠ノ感著シク自ラ左側扁桃腺ニ白色ノ苔アルニ氣付ケリ。廿七日ニ到ルモ局所症狀ハ却テ増惡ニ向ヒ、全身症狀亦不良ニシテ顔色愈々蒼白トナリ、廿九日ニ及ビ齒齦出血ヲモ來シタルヲ以テ、卅日外來ヲ訪ヒ即日入院セリ。

現症。體格大ナレドモ甚ダシク羸瘦、顔貌憔悴セリ。顔面及ビ可視粘膜ハ強度ノ貧血ヲ呈シ、舌稍々乾燥セリ。全身皮膚蒼白ニシテ弛緩シ彈力ニ乏シク乾燥セルモ浮腫ヲ認メズ。右肩及ビ兩側上肢ニ散在性ニ皮下溢血ヲ認ム。眼瞼結膜ハ貧血性ニシテ角膜鞏膜ニ出血、黃疸ヲ認メズ。瞳孔ハ左右同大、正常ナルモ光線反應稍々減弱、視力及ビ視野ニ異常ナシ。左肺ニハ打診上異常無キモ、上部及ビ下背部ニ於テ呼吸音粗雜ナリ。右肺ハ後下方短ニシテ呼吸音弱シ、囉音ヲ聽取セズ、心臟ハ上界第三肋間、心尖左乳線ニ於テ第五肋間、右界ハ左胸骨緣ニアリ。心尖第一音不純、第二肺門音稍々昂進、第一大動脈音不純ニシテ著明ナル貧血性雜音ヲ示ス。肝臟、肺臟境界ハ第五肋間ニ相當ス。腹壁ハ羸瘦ノ爲強ク陷沒セルモ特別ノ抵抗無ク、壓痛ナシ。肝臟ハ右乳線ニ於テ肋骨弓下二橫指ニ、正中線ニ於テ臍上三橫指ニ其下緣ヲ觸レ肝臟緣ハ稍々肥厚セルモ尖銳ナラズ、硬度稍々増加セルモ著シカラズ。脾臟ハ觸診シ得ザルモ、濁音界擴大セリ。兩側々頸部ニ於テ、胸鎖乳頭筋ノ脊後ニ豌豆大ニ腫脹セルモノ數個、兩側腋窩部ニ三四個、鼠蹊部ニ約十個ノ淋巴腺ヲ觸レ、何レモ硬度大ニシテ周圍トノ癒着ナク又壓痛ナシ。膝蓋腱反射ハ兩側共ニ消失セルモ、アヒレス腱反射正常ナリ。輕度ノ兩側足搖擲ヲ認ム。病的腱反射ヲ認メズ。知覺運動障礙ナシ。尿ハ酸性稍々濁濁シ、磷酸鹽多量ヲ認ム。蛋白及ビ糖ヲ證明セズ。尿ニ蛔蟲及ビ鞭蟲卵少許ヲ認ム、血液反應ハ強陽性ナリ。血液所見ハ本患者ニ於ケル主要ナル所見ナルヲ以テ、臨牀の經過ニ從ヒテノ血液像ノ變遷ヲ一括シテ次ノ如ク表示セン。

六、六	五、三	日	月	赤血球	數總球血赤 (萬百位單)	球血赤核有	症同不小大	球血赤形畸	性染多	點斑性基鹽	白血球	量素色血	數指素色血	數板小血	數總球血白	胞細胖肥	好嗜性酸球	球髓骨	型異	球髓骨	型狀桿	核形多	移推核度	二核	三核	四分	五葉	六葉	七葉	八葉	數總	型小	型大	型成胞細	球核單																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
一五〇	二〇〇	二	四		+	+	+	+	三	四																										一	三	一	三	一	二	五	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	

赤ヲ認ム。舌ハ苔無ク浸潤セリ。左側扁桃腺ハ約栗實大ニ腫脹シ、色浮腫性貧血性ナリ。表面ハ凹凸不平ニシテ上極ニ近ク、内面ヲ中央ニ向ケタル落花生大ノ潰瘍ヲ認ム。潰瘍縁ハ不規則ニシテ周圍トノ境界判然タリ。潰瘍面ハ汚穢暗黒黃色ノ厚キ壞疽性偽膜ヲ被リ、此苦狀物ハ容易ニ剝離スル事ヲ得。該壞疽部ト離レテ懸雍垂ト相接スル部分ニ小豆大橢圓形ノ同様ノ壞疽ヲ認ム。又下極ニ近ク咽頭側壁ニ移行スル部分ニ小豆大ノ同様ノ壞疽アリ。其他ノ部分ハ比較的健常ニシテ浮腫性腫脹ヲ認ムルノミ。尙ホ五六ノ腺窩ニ於テハ黃白色ノ小膿栓ヲ作り其狀恰モ通常ノ腺窩性扁桃腺炎ニ似タリ。尙ホ扁桃腺ヨリ口蓋ニ移行スル部分ハ強ク腫脹シテ懸雍垂ヲ右方ニ轉位セシム。懸雍垂モ亦同様浮腫性ニ腫脹セリ。右側扁桃腺ハ左側ヨリモ稍々小ナレドモ、尙ホ相等度ノ腫大ヲ示シ、浮腫性ニシテ極メテ輕微ナル發赤ヲ認ム。其表面又多少不平粗糙ナルモ。壞疽潰瘍其他ナシ。唯上極ニ近ク黃白色ノ膿栓一個アリ。咽頭後壁ハ貧血性ニシテ淋巴濾胞ノ増殖ヲ認ム。喉頭ハ粘膜ノ輕度ノ發赤及ビ分泌増加ヲ示セドモ特種ノ病變ヲ見ズ。壞疽部ノ細菌學的検査ニヨルニ塗抹標本ニ於テ「デフテリ」菌ヲ證明セズ、定型的紡錘狀菌及ビ螺旋菌ヲ證明シ、恰モヴァンサン氏口峽炎ニ見ルガ如キ所見ヲ呈シ、其他尙ホ多數ノ連鎖狀球菌及ビ口腔常在ノ雜菌各種ヲ認ム。

臨牀的經過。五月三十日入院、安臥ヲ命ジ、頸部瘁法、過酸化水素水含嗽ヲ行ハシム。夜ニ入りテ認ムベキ誘因ナクシテ初メテ上顎門齒部齒齦ヨリ少許ノ出血ヲ來セルモ暫時ニシテ止血シタリ。三十一日左側扁桃腺壞疽性偽膜ハ幾分脱落シ嚥下痛輕減セリ。全身所見ニ於テ、肝臟ハ右乳線ニ於テ二橫指肋骨弓下ニ觸診セラレ、脾臟又之ヲ觸診スル事ヲ得（稻田教授初診）。六月一日熱高ケレドモ患者ハ比較的苦痛輕快ス。粟粒大鮮紅色ノ血斑軀幹諸所ノ皮膚ニ散在性ニ新生ス。局所々見ハ尙ホ大ナル壞疽性偽膜ヲ備へ、口臭稍々増加セシノ感アリ。粘膜下出血ハ此ノ日初メテ右頰部及ビ口蓋粘膜ニ出現シタリ。三日顔面蒼白稍々増加シ、全身倦怠及ビ嚥下痛ノ増強ニ惱メリ。亞砒酸劑及ビ鐵劑ヲ漸増内服セシム。四日貧血愈々増強シ、右扁桃腺上極ニモ更ニ米粒大暗灰色ノ偽膜ヲ被レル壞疽部ヲ生ジ、之ト共ニ嚥下痛増加セリ。心臓ハ溜音界ノ擴張無ケレドモ、聽診上初診時ニ勝レル貧血性雜音ヲ聽取セリ。肝臟ハ右乳線ニ於テ二橫指半肋骨弓下ニ其下緣ヲ觸レ、脾臟モ亦觸診スル事容易トナレリ。尙ホ此日ヨリ永ク存續シタル足搖弱ヲ認メタリ。五日左側扁桃腺上極ノ二個ノ壞疽部ハ相融合シテ上極全部ヲ占ムル大ナル壞疽トナリ、其下界ハ唇狀ニ長ク中央線ニ向ヒテ突出シ、懸雍垂ヲ越ユルニ到レリ。下極ノ壞疽部モ亦後方及ビ下方ニ向ヒテ擴大セル狀態ニシテ扁桃腺自體ニハ殆ンド發赤ナク、炎症ノ徵ナシ。口臭尙ホ依然著シク、齒齦出血一日兩三回ニ及ブ。肝臟ハ其腫脹ノ程度同様ナレドモ、其硬度稍々増加セリ。六日貧血愈々著シク口唇粘膜ニ「チアノーゼ」ヲ認メ、皮下溢血及ビ齒齦出血連日多少増劇スルヲ認ム。肝臟ノ腫大更ニ加ハリ、右葉ハ正中線上、臍上二橫指、右乳線ニ於テ肋骨弓下二橫指ニ及ビ、脾臟及ビ淋巴腺ハ腫脹著シカラズ

テ入院時ト大差ナシ。兩側扁桃腺ハ依然タルモ、咽頭扁桃腺及ビローゼンミューレル氏窩ニ一致シテ不規則ナル形狀ヲ有スル苦ヲ被レル壞疽ヲ認ム。八日食思減退、全身症候ノ増悪顯著トナリ、鼻咽腔壞疽性潰瘍ハ漸次上方、鼻咽腔天蓋ニ蔓延セルヲ以テ母血一五〇瓦ヲ輸血ス。輸血終了前後ニ不快反應現象ナク、全身ニ溫感漲リ、俄カニ心氣爽快ヲ覺ユ。翌九日ハ初メテ齒齦出血及ビ皮下出血ヲ見ザルニ到リ、局所及ビ全身所見ハ十日ニ到リテ俄カニ良好ニ向ヘリ。即チ全身ニ於テハ肝臟ノ急激ナル縮小ヲ主徵トシ、局所ニ於テハ、兩側扁桃腺自體ノ急激ナル縮小、扁桃腺上潰瘍部及ビ左側ローゼンミューレル氏窩ノ壞疽性偽膜ノ著明ナル脱落、口臭ノ殆ンド完全ナル消滅ヲ認メタリ。新シキ皮下溢血點トシテ僅カニ一個ヲ側腹部ニ發見セシノミ。是等他覺的所見ノ好轉ト一致シテ嚥下痛ノ輕快亦頓ニ加ハレリ。十一日扁桃腺ノ縮小更ニ著シク、左側ニ於テ少許ノ苦狀物ヲ殘セルノミニシテ、他ハ概ネ癰痕治療ヲ營メル潰瘍面ヲ露出シ、後口蓋弓モ亦明カニ之ヲ望見スルニ到リ、該扁桃腺上苦狀物ハ十二日ニ及ビテ完全ニ脱落シ、壞疽部ハ茲ニ完全ナル治療ニ就キタリ。唯僅カニローゼンミューレル氏窩ニ少シク苦狀物ヲ殘存セルノミ。斯ノ如キ顯著ナル局所々見ノ變化ト相一致シテ、全身的ニモ亦效果見ルベキモノアリ。即チ齒齦出血、皮下出血ハ爾後全ク出現セズ、肝臟、脾臟ハ觸診上不明瞭トナレリ。第一回輸血ノ奏效著シカリシニ鑑ミ、再ビ一二〇瓦ノ妹血ヲ輸血シタリ。十三日ニハローゼンミューレル氏窩ニ殘存セシ苦狀物モ全ク消滅シ、極メテ清淨ナル潰瘍面ヲ露出スルニ到リ、全身營養狀態頓ニ良好ニ向ヒ、殆ンド總テノ苦痛去リテ患者ハ恰モ常時ノ健康ヲ回復セルモノ、如ク感じタリ。淋巴腺及ビ肝臟ノ縮少モ亦著明ニシテ之ヲ觸ル、コト困難ヲ感じ、肺肝濁音界ハ第六肋間ニ下リ、粘膜炎及ビ皮下ノ出血全ク消失シ、齒齦出血ハ全ク之ヲ見ザルニ到リ、眼瞼結膜モ亦著シク紅潮ヲ來セリ。十五日、左側扁桃腺ハ小指頭大ニ縮小シ表面凹凸不平ナレドモ上極ノ小潰瘍ヲ除キ清淨ナル癰痕組織ヲ以テ蔽ハレ、其色稍々健康色ニ近シ。肝臟ノ縮小著明、脾臟ハ觸知不能、咽頭所見ハ驚クベク良好トナレリ。以上ノ所見及ビ經過ハ惡性貧血ト一致スルモノナリト教示セラル、所アリ(稻田教授再診)。尿所見、糖蛋白ヲ證明セズ、「ウロビリノーゲン」陽性。十六日望診上顔色潮紅シ食思進ミ、局所及ビ全身所見ニ於テ著明ノ病變ヲ見ザル事同様ナルモ、唯全身就中兩側上腿ニ異様ノ疼痛アルヲ訴ヘ、漸次増強ノ傾向ナルモ其原因骨ニアルヤ、筋肉ニアルヤ不明ナリシモ、十八日ニ到リテ緩解シ、十九日ニ及ビテ全ク消滅シタリ。然ルニ二十日腰部ヨリ兩側下肢ニ放散スル劇烈ナル疼痛再ビ起リ來リ、其病因不明ナル事同様ナリシモ、「アスピリン」内服ニヨリテ輕快ニ赴ケリ。二十一日一般狀態ニ支障ナカリシモ、兩上腿殊ニ蓄微神經ニ沿ヒテ著明ノ壓痛アリ、骨ニハ叩打痛ナシ。左肩部前面ニ於テ、四個ノ新生皮下出血點ヲ認メ、肝臟ニ於テ稍々其邊緣ノ硬化セルヲ感ゼリ。二十二日左上肢ニ皮下出血點ヲ認メ、同時ニ輕微ナル浮腫ノ出現ヲ來シタルガ、該浮腫ハ二十四日ニ到リテ全身ニ蔓延シ、右肢端腹壁、胸部及ビ眼瞼ニモ現ハレタリ。尿ハ蛋白痕跡、僅カニ濁濁、沈渣ニ血球、圓柱、及ビ上皮細胞等ヲ見ズ。心臟ニ濁音界ノ擴張ヲ見ズ。

聽診上貧血性雜音ヲ聞クノミ。尙ホ一旦消失シテヨリ十四日目ニシテ再ビ齒齦出血ヲ認メ、二十五日ニ到リテハ身體各部ニ皮下出血ヲ來シ殊ニ右上腿後面ニ於テハ、大型二錢銅貨大、類圓形ノ紫斑ヲ作レリ。全身各臟器ニハ尙ホ著變ヲ見ズ。肝臟ハ略々正常大ニシテ脾臟ハ之ヲ觸レズ。二十七日ニ及ブモ、四肢端ノ浮腫尙ホ著明ニ殘存セシヲ以テ食餌中鹽類ヲ節セシメ、利尿劑ヲ配シ、肝臟製劑一日八瓦ヨリ漸増内服セシムル事トス。更ニ母血一〇瓦ノ第三回輸血ヲ施行シタリ。二十九日軀幹殊ニ腹部ニ於ケル浮腫著シク減少シタルモ、尙ホ皮下溢血ヲ認ム。三十日肝臟ノ腫大著明トナリ、扁桃腺ニハ何等異常ヲ來サマリシガ、左ローゼンミュレル氏窩及ビ後鼻孔ニ粘膜炎下出血ヲ認メ、七月一日ニハ軀幹諸部ニ皮下出血ヲ來シ、肝臟ノ腫大急ニ加ハリテ正中線ニ於テ臍上二横指ニ達ス、壓迫スルモ疼痛著シカラズ。脾臟ハ濁音界ノ擴張ヲ認ム。七月二日出血著シク淋巴腺腫脹ノ傾向ヲモ加ヘタリ。然ルニ四日俄然肝臟及ビ脾臟ノ腫脹ヲ來シ、殊ニ脾臟ハ硬度便ク極メテ著明ニ觸診シ得ルニ到レリ。但シ全身淋巴腺ハ變化著シカラズ。脾臟ノ腫大ハ六日ニハ左肋骨弓下二横指ニ觸レ、硬度便ク表面平滑ナリ九日ニハ該脾臟腫脹モ亦稍、減退シ、肋骨弓下一横指トナリタルガ、肝臟ハ尙ホ右乳線ニ於テ三横指肋骨弓下ニ位ス。斯ノ如キ症候ト共ニ一般榮養狀態ノ増惡頓ニ進ミ、十五日齒齦出血愈々増量シ、貧血ノ度加ハリ、食思不振ニシテ羸瘦憔悴甚ダシク、再ビ入院當時ノ狀況ニ復シタルヲ以テ、母血一〇瓦ノ第四回輸血ヲ行ヘリ。此度ハ前三回ノ輸血ニ於ケル期待ニ叛キ、出血依然トシテ減ズルノ模様無ク、肝臟、脾臟ノ腫脹ハ稍、縮少シタルモ胸骨ニ著シキ叩痛アリ、左側扁桃腺ハ全體ニ蒼白浮腫性、中央ニ小膿栓ヲ作り、右側扁桃腺ハ稍、腫大シテ表面不平、多少紅潮ヲ呈シ、血管ノ擴張ヲ認ム。咽頭扁桃腺ハ腫脹ヲ見ザレドモ、其ノ周圍ニ血管ノ怒張ヲ見、咽頭側壁及ビローゼンミュレル氏窩ノ粘膜モ亦蒼白浮腫ヲ示セリ。然レドモ上氣道ニ潰瘍乃至壞疽ヲ見ズ。斯クシテ一般榮養狀態ハ逐日衰微ニ赴キ、二十日ニハ更ニ増惡シ嘔心頭痛ヲモ加フ。齒齦及ビ皮膚ノ出血ハ日々其量ヲ増シ、胸内苦悶、呼吸困難ヲ訴ヘ漸ク憂フベキ狀態ヲ呈シ來レリ。常時肝臟及ビ脾臟ハ急激ニ縮小シ、後者ハ殆ンド之ヲ觸知シ得ズ、局所症候ハ比較的變化ニ乏シク扁桃腺ノ髓樣腫脹及ビ血管ノ擴張ヲ示セルノミ。殊ニ咽頭扁桃腺及ビ其周圍ニ最モ甚ダシキ血管ノ怒張ヲ示セリ。二十一日朝來發熱三十八度五分、脈搏頻數、緊張微弱、全ク危篤ノ狀ヲ呈シ、肝臟ノ腫脹ハ右乳線ニ於テ一横指幅、中央線ニ於テ棘狀突起ノ先端ト臍トノ中央ニ位シ、脾臟ハ觸診シ得ズ。尿ニハ多量ノ尿酸鹽アリ、蛋白反應強陽性、「ウロビリノーゲン」反應陽性、「インヂカン」陽性、糖及ビ「ウロビリリン」反應陰性ナリ。午後八時脈搏更ニ頻數、體溫三十九度、呼吸三〇。二十二日拂曉患者ハ不安、胸内苦悶ヨリ脫シテ一時平靜ニ歸シタルモ、午前八時腹痛及ビ絶エザル嘔心ニ惱ミ、脈搏一七八、全身症狀ノ惡化著明ニシテ、心臟衰弱及ビ心臟濁音界ノ左方擴張著シク、強心劑ノ注射モ奏功セズ、午前十一時神識失ハレ、十一時四十分終ニ鬼籍ニ入レリ。死直前ニハ口蓋、咽頭ノ粘膜ハ極度ノ貧血ヲ呈セルモ、扁桃腺及ビ其他ノ粘膜ニ病變ヲ見ズ。

剖檢所見。東京帝國大學病理學教室ニ於テ、宮崎學士剖檢、全身皮膚及ビ臟器ノ一般ノ高度ノ貧血。頸部鎖骨上窩、腋窩、兩側鼠蹊部、腸間膜、腹膜後方ノ各淋巴腺ノ輕度ノ腫脹、皮膚、消化管粘膜、腹膜、心囊、心內膜、膀胱粘膜等ノ小出血斑、心臟左室筋肉内ノ出血。左側扁桃腺ノ拇指頭大腫脹、表面平滑ニシテ壞疽及ビ潰瘍ナシ。膀胱加答兒、赤色骨髓。輕度ノ肝臟脾臟ノ肥大。非凝固性貧血性血液。以上ノ肉眼ノ變化ノ主ナルモノトス。

尙本症例ノ剖檢所見及ビ考按ニ就キ、東大長與教授(1908)ハ詳細ナル講述ヲ試ミラレ、以テ本症例ニ貴重ナル參考ヲ供セラレタリ。茲ニ之ヲ特記抄録セン。

塚本某女、二十九歲。

脾臟ヲ見ルニ其腫脹ハ二倍大ニ及ビ、硬度ハ通常、剖面灰白色ニシテ全體ガ一樣ニ多細胞性ナリ。淋巴濾胞ハ消失シ、鏡下ニ檢スルニ髓質中多數ノ淋巴球浸潤シテ濾胞ト脾髓トノ境界不明瞭ナリ。尙ホ多少ノ出血モアリ。「オキシダーゼ」ヲ有スル細胞ハ非常ニ少ク髓質中ニ散在スルノミ。鐵反應陰性。即チ該脾臟ハ淋巴性白血病ヲ思ハシム。肝臟ハ高度ノ貧血ノ爲組織色ヲ呈シ、著シク錆色ヲ呈シ、肝細胞ハ非常ニ多數ノ鐵血素ヲ有シ、且ツ小葉中心部ニハ多クノ伯林青反應ヲ有スル色素顆粒ヲ有シ、美麗ナル像ヲ呈ス。網狀組織細胞ニハ鐵色素顆粒ハ無ク、少數ノ細胞ガ一樣ニ淡青色ヲ呈セルニ止マル。又肉眼ノニ剖面ニ於テ灰白色ノ小斑點トシテ見ユルモノハグリソン氏鞘ニシテ、鏡下ニ檢スレバ淋巴球、淋巴母細胞ノ集簇ノ此部ヨリ更ニ小葉周邊部ニ迄及ブヲ見ル。以上ノ所見ヨリスレバ最モ著明ナル變化トシテ貧血、淋巴性白血病性浸潤、鐵血素沈着ヲ舉ゲベク、急性淋巴性白血病ノ溶血ヲ伴ヘルモノト解スルヲ至當トスベシ。殊ニ各所ノ淋巴腺ヲ見ルニ、其腫脹著明ナラザルニ甚ダシキ組織的變化ヲ示シ、淋巴竇内ニ淋巴細胞充滿シテ、竇ト淋巴組織トノ境界不分明トナリ、莢膜梁材中ニモ同様ノ細胞浸潤アリ。之等ハ明カニ白血病性變化ナリ。脾臟ニ於テモ脾材及ビ脾材内ノ靜脈壁ニ圓形細胞浸潤アリ。骨髓ニ於テハ血液像ニ相當スベキ變化ヲ示シ、赤血球竈竈ニ顆粒細胞形成及ビ巨大細胞少ク、淋巴性細胞ノ増殖著明ナリ。又出血部位アリ。腎臟ハ兩側トモ完型の淋巴細胞浸潤アリ。貧血ノ爲組織色ヲ呈ス。左腎ニハ別ニ多數ノ小膿瘍アリ。其周圍ニ出血ヲ見ルモ之ハ合併症ニシテ膀胱加答兒ヨリ上行性ニ感染ヲ來セルモノナリ。即チ膀胱ニハ多數ノ多核白血球遊出セリ。副腎皮質絲毯層ニ限り鐵色素沈着アリ。余ハ曾テ甚ダ高度ナル惡性貧血ニ於テ同様ノ像ヲ見タル事アリ。心臟内膜、外膜、筋肉内ニ出血竈アリ。脾臟及ビ胃粘膜モ鐵反應著明ナリ。子宮筋層内ニ集團的ノ淋巴細胞浸潤ヲ見ル。殊ニ血管周圍ニ多シ。

是等ノ所見ヲ綜合スルニ本症例ハ惡性貧血ノ徵候アリシ時ヨリ三ヶ月半ニシテ仆レタル急性症ニシテ、其血液所見ハ多クノ點ニ於テ惡性貧

血ニ一致シ、殊ニ白血球數ノ初期ニ於テ甚ダシキ「ロイコペニー」ノ狀態ニアリシモノナリ。然レドモ經過ノ途中ニ於テ白血球數ノ増加ヲ來シ却テ正常ノ二三倍ニ及ビタル事、然モ徹頭徹尾顆粒細胞ノ減少著シク、白血球ノ大部分ハ淋巴球ニ屬セシ事ハ、之ヲ單純ナル惡性貧血ニ歸シ難キ所ナリ。而シテ脾臟、肝臟、腎臟及ビ淋巴腺ノ病理組織の所見ハ明カニ定型の淋巴性白血病ニ一致スルモノニシテ、諸所の出血及ビ「デデローシス」ノ存在ハ、惡性貧血ハ固ヨリ、高度ノ貧血ヲ呈スル疾患ニ於テ屢々見ルノ事實ニシテ淋巴性白血病ニ於テモ尙ホ貧血ト共ニ此現象ヲ呈スルモノナリ。而シテ本症例ニ於テ、病ノ初期ヨリ貧血ノ著明ナリシ點ト同時ニ、顆粒細胞ノ著減セシハ骨髓ニ於テ、赤血球、白血球系統ガ共ニ急激ニ侵サレタルノ證ニシテ、淋巴球ノ比較的增多モ亦此時代ニハ假令其率九〇%ヲ占ムト雖モ、白血球總數ガ僅カニ千ニ過ギザリシ故絕對數ニ於テハ増加セリト言フヲ得ズ。又白血球ノ增多ト雖モ尙ホ最高單位容積三萬ヲ越スニ足ラズ。末期ニ及ビテ一萬一千ニ減少セリ。是等ノ事實ヨリ見テ本例ガ白血病トシテ終始シタルニ非ズ、又固ヨリ單純ナル惡性貧血ニ非ズ、恰モ兩者ノ症候ヲ併セ備ヘタル一種稀有ナル疾患ト思考スルヲ至當トスベシ。即チ余ハ本症例ヲ以テ、ロイベ、アルネスニ依リテ記載セラレタル所謂「ロイカネミー」ニ屬スベキモノナリト思惟スト。

綜括。

本症例ハ二十九歳ノ女子、全身倦怠、輕度ノ惡寒、漸次増強セル貧血ヲ以テ發病シ、病勢一進一退ノ中ニ五〇日餘ヲ經過シ、高度ノ貧血及ビ左側壞疽性扁桃腺炎ノ狀態ヲ以テ入院シ來レリ。入院後過酸化水素水ヲ以テ含嗽セシメ、鐵劑及ビ亞砒酸劑ヲ漸増内服セシメ貧血ノ恢復ニ努ム。入院後九日目第一回輸血ヲ行ヒシニ二日ノ後全ク下熱シ局所及ビ全身ノ狀態ニ著シキ好轉ヲ示セリ。殊ニ入院十七日目第二回輸血ヲ行フニ及ビ、局所壞疽ハ全ク瘰癧治癒ニ達シ、該扁桃腺ノ急激ナル縮少ヲ見タリ。斯ノ狀態ヲ二日維持シタル後腰部下肢ニ異様ノ疼痛起リ多少ノ發熱ヲモ呈スルニ到リシガ、是ヨリ二日ノ後初メ皮下ニ溢血ヲ來シ、爾來概ネ連日出血ヲ見タリ。是ト同時ニ全身の貧血性浮腫ヲモ來セリ。仍テ第三回輸血ヲ行ヒ、惡性貧血ノ診斷ノ下ニ肝臟製劑ヲ漸次増量内服セシム。經過ハ概シテ階段的ニ増惡シ、日々齒齦及ビ皮下ニ出血アリ。入院三十五日目急ニ肝臟、脾臟ノ腫脹ヲ來シ、胸骨叩痛アリ、扁桃腺亦腫脹ヲ呈ス。第四回輸血ニヨリ肝臟、脾臟ノ急激ナル縮小ヲ見タルモ全身貧血ハ愈々其極ニ達シ、心臟衰弱、漸次重態トナリ、局所及ビ全身ニ於テ、高度ノ貧血ノ他認ムベキ病狀無クシテ、入院後五十二日目、發病後一一〇日目死亡シタリ。剖檢所見ハ淋巴性白血病ト惡性貧血ノ兩者ヲ兼ネタル所謂「ロイカネミー」ノ狀ヲ呈シタリ。

第三例 野口某、四十九歳、男。

原著 前原川血液病ニ於ケル上氣道病變ニ就テ

家族。同胞一人生後間モナク原因不明ノ疾患ニテ死ス。其他何レモ壯健ニシテ、結核、癌腫、花柳病及ビ血液病性疾患ノ家族的並ニ遺傳的關係ナシ。

既往歴。生來頑健ニハ非ザルモ著患ニ惱ミシ事ナシ。十二歳ノ時陰囊「ヘルニア」有ルニ氣付キ、數回ニ亘リ此發作ニ襲ハレタルモ特別ノ處置ヲ行ハズ其後絶エテ發作ナシ。花柳病ハ強ク否定ス。

現病ノ初發及ビ經過。昭和四年十二月十四日朝來風邪感ト共ニ右扁桃腺部ニ鈍痛アリ、一睡後該部ノ疼痛急ニ増劇シテ嚥下困難トナリ、惡寒ヲ感ズ。家人ノ言ニ依レバ、當時既ニ顔色異常ニ蒼白ナリシト。翌十五日ハ家事ニ從事シタルモ、十六日某專門醫ノ診察ヲ受クルニ及ビ臥床靜養ヲ命ゼラレタリ。然レドモ主訴タル嚥下痛ハ少シモ去ラズ、却テ増惡ニ向フノ傾キアリタルヲ以テ、二十一日發病後一週目當科外來ヲ訪問セリ。當時顔色甚ダシク蒼白憔悴シ、發熱三十八度三分、咽頭ニ於テ壞疽性扁桃腺炎ノ像ヲ呈ス、家庭ノ都合アリテ一時通院セズ、二十五日入院ス。發病後兩三度ニ亘リ齒齦出血アリタリト言フモ、其動機及ビ機轉ニ就テハ詳ナラズ、又鼻出血ノ經歷ナシ。

現 症。

(甲) 全身症候、體格中等度、顔面蒼白稍、苦悶ノ狀ヲ呈シ羸瘦シ、榮養甚ダシク衰ヘタリ。眼瞼結膜ハ著シク貧血蒼白ナルモ、口唇粘膜ハ却テ多少ノ紅潮ヲ認ム。體溫三十七度四分、脈搏八十七、規正、緊張可ナリ。呼吸胸型、比較的靜穩ナリ。全身皮膚ハ弛緩シ極メテ蒼白多少濕潤セリ。胸部及ビ腹部ノ皮下ニ米粒大ノ出血ト疑ハル、モノ數個ヲ認ム。其他軀幹四肢ニ出血部位ヲ見ズ。視力及ビ視野ニ異常無ク鞏膜亞黃疸性、瞳孔反應迅速ナリ。結膜、虹彩、硝子體ニハ變化ナク、角膜ニ淡キ濁濁アリ、兩側眼底ニ於テ乳頭ノ周圍ニ大ナル癍痕癍着ヲ營メル陳舊出血竈アリ、且ツ血管ニ沿ヒ點狀ノ出血竈數個ヲ認ム。胸部、心臟濁音界ノ擴大ヲ認メズ、心音低調ナルモ何レモ純ニシテ、唯第二肺動脈音ノ高調ヲ聽クノミ、頸部ニ貧血性雜音ヲ聽カズ。肺臟ハ打、聽診上變化ニ乏シク、僅カニ右肺尖部ニ稍、銳利ナル呼吸音ヲ聽取スルノミ。腹壁ハ強ク陷沒シ、稍、抵抗ヲ感ズルモ壓痛ナシ。肝臟硬度軟、正中線ニ於テ二分ノ一横指、棘狀突起下、右乳線ニ於テ一横指右肋骨弓下ニ觸ル。脾臟ハ觸診不能ナリ。其濁音界モ亦擴大セズ。淋巴腺、右頸下部ニ鳩卵大、右側頸部ニ豆大ノ腫脹三乃至四個ヲ認ム。兩側腋窩、鼠蹊部及ビ肘關節ニハ明瞭ニ觸診シ得ルモノナシ。膝蓋腱反射ハ、兩側共ニ輕度ノ昂進ヲ認ムルモ、「アヒレス」腱反射ハ健常ナリ。其他病的腱反射ヲ認メズ。尿、酸性、茶褐色稍、濁濁シ蛋白ヲ痕跡ニ證明ス、糖ヲ證明セズ。尿中卵ヲ認メズ、潛出血ノ徵候ナシ。血液引氏反應陰性、培養試驗陰性ナリ。血液像ハ本症例ノ最モ主要ナル變化ナルヲ以テ、臨牀の經過ニ應ジテ其變遷ヲ一括シテ茲ニ表示セン。

苦狀物ハ之ヲ剝離スル事容易ニシテ其際出血ヲ來サズ。壞疽部ノ境界ハ極メテ明瞭、凹凸甚ダシク、形狀ハ大體橢圓形ニ類ス。壞疽部ノ側方ハ上下ニ走レル浮腫狀ノ粘膜腫脹ニヨリテ境セラル。壞疽部以外ノ扁桃腺ハ口蓋粘膜ニ比シテ遙カニ發赤シ、又之ニ接セル口蓋弓モ亦發赤シ、更ニ軟口蓋ニ向ヒテ輕度ノ腫脹ヲ認メ、其狀恰モ輕キ扁桃腺周圍炎ヲ見ルガ如シ。前口蓋弓及ビ懸壅垂ハ其全長ニ亘リ浮腫性腫脹ヲ認ム。該壞疽部ニ就キ細菌學的檢査ヲ行フニ、塗抹標本ニ於テ、球菌、双球菌最モ多數ニ認メラレ、少許ノ連鎖狀球菌、螺旋菌、紡錘狀菌及ビ枯草菌ヲ認ム。培養ニヨリテ略同様ノ菌ヲ見「デフテリー」菌ハ塗抹標本及ビ培養試驗共ニ陰性ナリ。齒齦ハ貧血、浮腫性ニシテ出血ナク壞疽及ビ潰瘍ヲ認メズ。鼻腔粘膜貧血性ニシテ鼻中隔彎曲症ヲ認ムル他、甲介及ビ各鼻道ニ著變ナシ。鼻咽腔特ニ咽頭扁桃腺、ローゼンミューレル氏窩等ニ異變ナシ。下咽頭粘膜ニハ輕度ノ一般的發赤ヲ認ムルモ、喉頭及ビ食道入口部ニ變化ヲ見ズ。

臨牀的經過 昭和四年十二月二十五日入院、頸部ニ電氣法ヲ施シ、過酸化水素水ノ含嗽ヲ命ズ。翌二十六日ハ嚥下痛輕快シ、全身症狀モ亦一般ニ前日ヨリモ良好ニ向ヘルモノ、如ク、右側扁桃腺壞疽部ハ稍々縮少シ、軟口蓋粘膜ノ腫脹モ亦幾分去リ、唯右側扁桃腺上極ノ深キ潰瘍少シク其深度ヲ増セルノ感アリ。二十七日嚥下痛益々緩解シ、心氣爽快ヲ覺ユ。全身症狀トシテハ肝臟部ニ於テ不快感アリ。腫脹ノ程度ニ變化ヲ見ザルモ硬度幾分軟化セリ。脾臟及ビ淋巴腺ノ狀態依然タリ。口蓋ノ潮紅稍々昂マリ、齒齦ノ腫脹又幾分増加シタルモ出血ナシ。扁桃腺壞疽部ハ二十八日ニ到リテ愈々縮少シ、小豆大ノ苦ヲ殘シテ總テ清淨ナル癰痕治癒ニ就キタリ。嚥下痛モ亦大イニ緩解シ全身ノ症狀益々佳良トナレリ。二十九日扁桃腺壞疽部ノ苦ハ、殆ンド潰瘍基底部ヨリ剝離シ紐狀ニ下垂シ、跡ニ約一糎ニ達スル深キ新鮮ナル潰瘍ヲ露出セリ。自覺的ニハ輕度ノ嚥下痛ト肝臟部ノ不快感ヲ感ズルノミ。該紐狀苦狀物ハ翌昭和五年一月二日ニ到リテ全ク消失シ、口臭去リ潰瘍面ノ治癒漸ク進ミ、唯輕微ナル潮腫性發赤ヲ示セルノミ。五日即チ入院後十一日、發病後二十二日ヲ以テ、扁桃腺壞疽ハ完全ナル癰痕治癒ヲ營ミ、其間肝臟、脾臟ヲ觸診シ得ザルニ到リ、皮下及ビ粘膜下ニ出血ヲ見ズ。即チ血液像ニ於ケル變化ヲ除キテハ、茲ニ治癒ニ就キタリト言フモ過言ニ非ザルノ狀態ヲ示シ、自覺的苦惱モ亦殆ド消滅スルニ到レルモ尙ホ肝臟製劑「ヘパン」ノ投與ヲ續行セリ。然ルニ翌六日鼻汁清拭ニ際シテ右中甲介前部ニ米粒大ノ出血竈ヲ認メ、暫時衄血アリ。七日朝來體溫三十七度一分ノ發熱アリ、右下顎第二大白齒ニ齒痛ヲ訴フ、此部ノ齒齦ハ潮腫性ニ腫脹シ、同時ニ隣接セル右頰部粘膜ニモ同様ノ強キ腫脹アリ、下顎骨自體ニハ相等度ノ壓痛ヲ示セリ。尙ホ齒「ブラシ」使用ニ際シ左下顎智齒々齦ヨリ出血シ、止血セザル事約四時間ニ及ブ。咽頭特ニ扁桃腺ニ變調ナシ。鼻中隔左前下部ニ小指頭大、圓形蒼白ナル腫脹アリテ之ニ觸ル、ニ疼痛アリ。皮膚及ビ粘膜ハ貧血高度ニシテ亞黃疸性ノ色調ヲ帶ビ心臟ニ貧血性雜音、頸部獨樂音ヲ聴取ス。肝臟、脾臟、淋巴腺ノ狀態依然タリ。齒齦ノ腫脹ハ翌一月八日著シク減退シタルモ體溫更ニ上昇シ、九日該部ニ瘻孔ヲ作り、少許ノ膿ヲ排

泄ス。膿及ビ血液ノ排泄ハ十二日に到リテ初メテ終熄セリ。十一日左胸部ニ刺痛ヲ訴フ、胸部、打診上一般ニ稍々短ニシテ後下部ニ僅カニ、濕潤囉音ヲ聴取シ、聲音震盪少シク増強セリ。十四日烈シキ咳嗽發作ニ惱ム、聽診上右後下部ニ乾燥性雜音ヲ證明シ、氣管枝加答兒ノ症候ヲ呈セリ。最モ注目スベキ徵候トシテハ、右扁桃腺ノ腫脹再發シ、指指頭大ニ達シ浮腫性ニシテ所々散在性ニ粟粒大黃白色ノ小膿栓ヲ附着シ、同時ニ右口蓋弓ニ輕度ノ發赤ヲ認ム。即チ發病後二十二日ニシテ一旦治癒ニ就キタル扁桃腺壞疽ハ、中一日ヲ隔テ、茲ニ再燃ヲ來シタリ。扁桃腺部病變ノ再現ト共ニ、十八日右胸部後下部ハ手掌大ノ範圍ニ於テ、打診音短、少許ノ乾燥性囉音ヲ聴取ス。肝臟ノ腫脹無キモ壓痛アリ。十九日全身病狀ノ増惡顯著ニシテ顔面蒼白憔悴シテ苦悶ノ狀ヲ呈シ、相等度ノ嚥下痛ヲ訴フ。右扁桃腺ハ球狀浮腫狀ニ腫脹シ、數個ノ小膿栓ヲ有ス。然ルニ局所病變ハ幸ニシテ逐日輕快ニ向ヒ、小膿栓ハ二十一日全ク消滅シ、腫脹モ亦大イニ去レリ。全身の症候ハ局所々見ノ好轉ニ反シテ、貧血ノ増進ト共ニ漸次増惡ス、仍テ茲ニ第一回輸血(一五〇瓦)ヲ行フ。十二日朝來元氣旺盛ニシテ肝臟部ノ不快感俄カニ一掃シ得タリト嬉ビ、局所ノ腫脹又全ク去リテ、自覺上殆ンド何等ノ苦痛ナシ。然ルニ二十五日ニ入ルヤ、右扁桃腺ノ腫脹三度發現シ、相等度ノ嚥下痛ヲ訴フ。二十六日、右扁桃腺上極ニ豆大汚穢暗黒綠色ノ苔ヲ有スル壞疽ヲ認ム。苔ハ剝離セントスルニ抵抗強ク、多少ノ出血アリ、鏡檢スルニ球菌、双球菌ハ少ク大部分紡錘狀菌及ビ螺旋菌ヲ認ム。二十七日壞疽部ノ擴大及ビ全身症狀ノ増惡ヲ認ム。二十九日擡鼻ト共ニ右下甲介前端部ヨリ少許ノ出血アリ、更ニ扁桃腺ハ著明ニ腫脹シ、壞疽部ハ更ニ下方ニ向ヒテ擴大シ、潰瘍ハ深度愈々増加シ齒齦ノ腫脹モ亦一層加ハリ二個所ヨリ出血アリ。三十日、右胸部全體ニ亘リ呼吸時胸痛アリ、呼吸音低ク、多數ノ捻髮音ヲ聴ク、聲音震盪寧ろ増強セリ。二月二日、右胸部捻髮音ノ消失ト共ニ、打診音短ニシテ恰モ濕性肋膜炎ノ如キ所見ヲ呈ス。肝臟ハ一月三十日稍々不明瞭ナル棘狀突起下四横指徑ニ於テ觸レタリ。脾臟及ビ淋巴腺ノ腫脹ヲ見ズ。局所壞疽ハ漸次増惡、主トシテ下方ニ向ヒテ進行ス。二月二日既記胸部病變ト共ニ、皮膚ニ貧血性浮腫ヲ認メ、全身營養狀態ノ惡化漸ク著明トナレリ。仍テ再ビ二五〇瓦ノ第二回輸血ヲ施行ス。四日全身ニ爽快ノ感湧キ、扁桃腺壞疽部ハ急ニ縮少シ、苔狀被膜ハ一部剝脫シテ扁桃腺組織ヲ露出ス。五日、該壞疽部ノ大部ハ自然ニ排除セラレ、嚥下痛去リテ氣力漸ク恢復ノ徵ヲ認ム。斯クシテ八日ニハ扁桃腺ハ縮少シテ小指頭大トナリ、十日ニ到リテ殆ンド完全ナル瘡痕治癒ヲ營ムニ到レリ。サレド全身所見トシテ、肝臟ノ縮少著シカラズ、脾臟モ亦辛ジテ之ヲ觸診シ得ルニ止マリ、胸部、聽診上呼吸音稍々粗ニシテ且ツ多少ノ捻髮音ヲ聴取シ、該部ハ打診音短ニシテ神經痛樣疼痛ヲ感ズ。該疼痛ハ漸次増強十二日ニ於テ最モ甚ダシク、服藥ニヨルモ緩解セズ。十五日早朝何等認ムベキ誘因ナクシテ惡寒戰慄ヲ來シ、二十分間繼續、三十九度八分ノ高熱ヲ發シ、全身狀態再ビ頓ニ惡化セリ。仍テ強心劑ニ配スルニ葡萄糖注射ヲ反復シ、更ニ肝臟製劑ノ大量ヲ内服セシメタリ。十六日顔色尙ホ蒼白、脈搏緊張弱ク且ツ頻數、呼吸亦淺表ナリ

骨叩打痛ハ胸骨下部ニ於テ認メタルモ、軀幹諸部ノ長管狀骨ニハ認メズ。注目スベキ所見トシテ、耳鏡検査上變化ナクシテ急ニ兩側ニ難聴ヲ來シ、囁語聽距一米ニ減ジ、輕度ノ耳鳴ヲ感ズ、聽能検査ノ成績ハ神經性難聴ノ像ヲ呈セリ。十七日貧血愈々高度トナリ、血液内「ビリンビン」量ヲ測定セシニ十一倍ナリ(モイレングラハト氏法)。十八日、扁桃腺縮少著シク、口腔、咽頭ノ粘膜ハ極度ノ貧血ヲ呈シ、全身狀態全ク危殆ニ頻セリ。十九日心臓衰弱ノ徴トシテ、心濁音界ノ擴張、口唇「チアノーゼ」ヲモ如フ、夜ニ入りテ神識又多少瀾濁ヲ來セリ。二十日第二回輸血一五〇瓦、及ビリンゲル氏液一立ヲ靜脈内ニ送リタルニ、著シク心氣爽快ヲ覺エ、嗜眠性トナリ、安眠八時間ニ及ベリ。右側扁桃腺ノ縮少著シク、却テ他側ニ於テ腫脹ヲ認ム。二十一日、脈搏緊張稍々回復シ、心音微弱ナラズ、胸部所見、腹部諸臟器及ビ淋巴腺ノ所見依然タリ。夜ニ入りテ神識不明瞭トナリ、無感覺狀トナリ、強心劑奏功セズ、午前八時終ニ鬼籍ニ入レリ。

解剖所見 死後六時間、東京帝國大學病理學教室ニ於テ、渡邊、宮崎兩學士執刀解剖ニ附セラル。以下其所見ノ概略ヲ記述セン、

肝臓ハ腫大シ小葉ノ形狀明瞭ニシテグリソン氏鞘少シク白ク見ユ。檢鏡スレバ鞘ノ一部ニ圓形細胞浸潤アリ。肝細胞ニ變性現象著明ナラズ細胞間ニ赤血球浸潤及ビ「メガカリオチーテン」ヲ見、又細胞内ニ多形核細胞ノ包藏セラル、ヲ見ル。脾臓ハ褐赤色、稍々肥大、硬度中等度ニシテ脾梁明瞭ナルモ濾胞ハ完全ニ消滅セリ。檢鏡スルニ脾梁ノ間ニ骨髓性細胞ノ浸潤アリ。赤血球新生ノ像明瞭ニシテ、有核赤血球多數ニ見ユ。又細胞間ニ「メガカリオチーテン」ヲ有スル部分アリ。「ヘモジデリン」色素多量ニ存在ス。骨髓ハ骨端部赤色骨髓トナリ、鏡檢上旺盛ナル骨髓細胞新生、殊ニ赤血球新生ノ像ヲ認ム。骨髓塗抹標本ニヨルモ、盛ナル赤血球新生ノ像ヲ呈ス。淋巴腺ハ何レモ腫脹著シカラズ、骨髓性細胞ノ浸潤所々ニ著シ。右扁桃腺ハ壞疽ノ痕跡ヲ殘セルノミ、鏡檢スルニ多數ノ骨髓性細胞ノ浸潤ヲ見、「メガカリオチーテン」ノ新生ヲ見ル(附圖第三圖參照)。腎臓ハ兩側稍々肥大セルモ鏡檢上著變ナシ、肺臓右肺下葉ノ後内方ニ拇指頭大ノ空洞アリテ胸壁ト癒着ス。之ヲ廻リテ組織ノ硬度増セリ。

綜括

本症例ハ四十五歲男子、風邪感、右扁桃腺部ノ疼痛及ビ嚥下痛ヲ以テ發病、發病ヨリ十日ニシテ右扁桃腺壞疽ヲ形成シタリ。入院時該局所々見ノ他全身ニ高度ノ貧血アリ、齒齦及ビ皮下出血アリテ既ニ重篤ノ狀ヲ呈ス。入院第三日ヨリ扁桃腺縮少シ始メ、上極ニ位セシ壞疽部ハ周圍ヨリ癰痕性ニ治癒ニ赴キ、十日目苔狀物自然ニ剝脫シテ完全ニ治癒シタリ。是ヨリ十日ヲ經テ再ビ該扁桃腺ノ腫脹、腺窩ニ小膿栓ヲ作り、同時ニ右側乾燥性肋膜炎ノ徵ヲ併發、更ニ貧血ヲモ加ヘテ重態トナル。入院後二十八日目輸血ヲ行ヒタルモ效果尠ク、却テ扁桃腺ノ腫脹ヲ來シ、輸血後五日ニシテ上極部ニ壞疽ヲ作り、漸次擴大シ遂ニ上極ノ全部ヲ領スルニ到レリ。入院後四十日目第二回輸血ヲ行ヒタルニ

全身及び局所ノ症狀急ニ好轉シ、一週日ノ後再び瘰癧ノ完全治癒ヲ見タリ。入院時肝臟ノ腫脹著明ナリシモノ、扁桃腺瘰癧治癒ニ就キタル當時ハ既ニ硬度減ジ、腫脹去リテ觸診不分明トナリ、皮下及び齒齦ノ出血全ク停止シタリ。脾臟及び淋巴腺ノ腫脹ハ全經過ヲ通ジテ、殆ンド變遷ナシニ之ヲ認メズ。入院後二十四日目扁桃腺瘰癧再現ノ頃ヨリ、肝臟部ニ壓迫ニヨル不快感アリ、同時ニ嚥下痛ヲモ併發シ、漸次肝臟ノ腫脹ヲ來セシモ、第二回輸血ノ奏功著シク、全身竝ニ局所症狀ノ輕快頓ニ進ミタリ。入院後五十二日目胸部ニ明瞭ナル濕性囉音ヲ聞キ加答兒性肺炎ノ徵アリシガ、惡寒戰慄ヲモ加ハリ、發熱三十九度八分、貧血ニヨリ榮養障礙ト共ニ心臓衰弱著明トナリ、死前二日三度ビ輸血ヲ行ヒタルモ效果薄ク、入院後六十日、發病後七十一日ニテ死亡セリ。剖檢所見ハ肝臟、脾臟、扁桃腺、淋巴腺、腎臟ノ骨髓性細胞及び巨大核細胞ノ異所的浸潤ヲ主ナル變化トス。

第三章 文獻及ビ考按

第一例、本症例ニ於テ、血液培養上葡萄狀球菌ヲ證明シ、扁桃腺瘰癧部ヨリ主トシテ同菌竝ニ肺炎菌ヲ證明シ、且ツ全身の症候ニ於テ、一般敗血症性變化ヲ具備セルノ點ヨリシテ或ハ之ヲ葡萄狀球菌敗血症ト看做スヲ妥當トスベキモ、又本症例ニ於テ死後數時間内ニ全身諸臟器組織ノ氣泡形成、各組織臟器ノ顯微鏡的標本ニ於テ、ウェルヒルフレンケル氏桿菌ヲ證明シ得タルノ點ハ、生前白血球原形質中ニ形態學的ニ之ト類似ノ特性ヲ備ヘタルモノヲ證明セルニ鑑ミ、之ヲウェルヒルフレンケル氏菌性敗血症ト看做ス事又必ズシモ不當ニハ非ザルベシ。成書ニ見ルニ同桿菌ヲ動物ノ靜脈内ニ注射スル時ハ、該動物ハ定型的敗血症ヲ起シ、恰モ本症例ニ合致スルガ如キ剖檢所見即チ全身各臟器組織ノ瓦斯形成及び瘰癧ヲ示スモノニシテ、臨牀上ニ本症ハ稀ニ產褥中ニ起ルモノナリト。凡ソ敗血症ハ常ニ一ツノ症候群ニシテ、本症例ノ症候ヲ以テ敗血症ナリト假定スレバ咽頭ニ於ケル廣汎ナル病變ハ固ヨリ病原菌侵入門戶即チ其原發竈ナリト認メザルベカラズ。是即チ咽頭及び扁桃腺ノ瘰癧ヲ以テ原發性瘰癧ト解スルノ見解ニシテ、之モ亦一般の症候ヲ主意ニ置キテ考察スル時ハ一顧ノ價值ナキ程度ノモノニハ非ザルベシ。然ルニ原發性瘰癧性安魏那ハ吾邦ハ固ヨリ、歐米ノ文獻ニ於テモ其報告スル所極メテ稀有ニシテ、Oberwarth, Bretonneau (56) ノ如キハ全然其存在ヲ否定セシモ、後 Trousseau, Mackenzie, Kronenberg, Poppi (103), Ielo (70) 等ハ各々實驗症例ヲ掲グルト共ニ或ハ局所ヨリ、或ハ局所の病理組織標本ニ於テ重球菌、連鎖狀球菌或ハ毛狀菌等ヲ擧ゲテ其病原體ニ擬シ、其存在ヲ肯定セリ。吾邦ニ於テモ小池 (55)、細田 (33)、相原 (33) 等數氏ノ臨牀例アリ。然レドモ之等ノ報告ハ多クハ詳細ナル血液病學的檢索ヲ缺如セルモノニシテ、若シ斯カル方面ノ檢索ヲ充分ニ行ヒタランニハ、其定型的原發性瘰癧性安魏那ハ蓋シ僅少ニ止マリ、其多クノモノハ諸種ノ血液病ニ依リテ現ハレタル扁桃腺乃至咽頭瘰癧ニ歸スベキモノナルベシ。本症例ニ於テハ唯一回ノ檢査ナリシト雖モ、既記ノ如ク血液像ニ於テ顯著ナル變

化ヲ示セルヲ以テ之ヲ單純ナル原發性壞疽性安魏那ニ歸スル能ハザルヤ論ヲ俟タズ。蓋シ本症例ニ於ケル血液像ノ變化ヲ檢討スルニ赤血球系統ニ就キテハ、單位容積内總數ニ於テ減少ヲ示セルモ、血球不同症、多染性ヲ輕度ニ認ムルノ他、有核赤血球ノ出現ヲ認メズ、恰モ各種白血病或ハ其他重篤ナル全身諸疾患ニ於テ認ムベキ程度ヲ越エズ。惡性貧血、再生不能性貧血ノ如キニ現ハル、變化トハ一見シテ甚ダ相違アリ。之ニ反シテ白血球總數ハ血液一立方耗内四千ニシテ白血病トシテハ聊カ尠キニ過グルモ、重症敗血症トシテハ最も適當セル數値ヲ示セルモノト言ハザルベカラズ。而シテ白血球ヲ形態學的ニ檢スルニ茲ニ最も顯著ナルハ標本中全白血球ノ殆ンド全部ヲ占ムル多數ノ單核球ノ出現ニシテ、淋巴球、多形核白血球及ビ正常單核球ハ何レモ殆ンド出現セズ。此多數ノ單核球ハ其核多ク球形、時ニリーデル型ヲナシ、構造微細網狀型ヲ示シ、「クロマチン」顆粒ニ乏シ、核中一乃至二個ノ核小體ヲ備フ。原形質ハ淡青色微細ナル紫赤色顆粒(バツペンハイム氏二重染色法)ヲ有シ、一部ハ「エオジン」ヲ採リテ赤染セル美麗ナル桿菌樣小體一乃至三個ヲ包藏スルモノアリ。此細胞ハ其形態學的性狀ヨリ通常ノ單核球ヨリ更ニ幼若ナル一種ノ單核球ト思考スル事ヲ得ベシ。抑、一九〇六年 Eitel ニヨリテ記載セラレタル單核細胞性白血病ハ稀有ナル疾患ニシテ歐米ノ文献ニモ僅カニ三、四例、吾邦ニ於テハ小宮(36)及ビ林(36)各一例ヲ報告セルニ過ギザルモノニシテ、多數ノ單核球及ビ多少ノ骨髓球ヲ出現スルノ點ニ於テ稍々本症例ニ類スルモノナリト雖モ、白血球總數ノ增多著シク、且ツ單核球自體モ亦正常血液中ニ見ラル、モノヲ多數ニ出現セシメ、即チ此點ニ於テハ明カニ本症例ト相違アリ。又 Nagai(1)ノ所說ニヨレバ本症ハ急性骨髓性白血病ノ一異型ト看做サル、ヲ以テ常ニ赤血球、白血球ノ幼若型ヲ出現セシメ、又之ガ剖檢所見ハ常ニ骨髓ノ増殖ヲ認ムルモノナリト。本症例ハ剖檢上何レノ臟器組織ヲ見ルモ白血病性浸潤ヲ認メザリシヲ以テ本症例ノ白血病ニ非ザル事論ナキ所ナルガ如シ。尙ホ又骨髓性細胞ノ減少ハ本例ニ於テ二・四%ニ及ビ、上氣道ニ廣汎ナル壞疽性變化ヲ來シ、迅速ニシテ且ツ不幸ナル轉歸ヲ取リタル點ニ於テ一九二二年 Schulz(117, 118), Friedemann(21)ノ記載ニシタル顆粒細胞消失症(Agranulocytose)及ヒ單核細胞性口峽炎(Monocytenangina)ト類スル點無キニシモ非ズ。然レドモ前者ニ對シテハ、本症例ニ於ケル白血球數ノ減少ハ尙ホ遠ク之ニ及バズ、淋巴球ノ相對的增多モ亦認ムル能ハズ、更ニ亦血球總數ノ減少及ビ出血性素因症ヲ來セシ點ニ於テ明カニ之ト相違アリ、殊ニ單核細胞性口峽炎ハ極メテ一過性ニ單核球ノ増成ヲ來シ、輕微ナル經過ノ後治癒ヲ轉歸ヲ取ルモノトセラレ、本症例ノ如キ急速且ツ不良ノ經過ハ臨牀的ニ既ニ之ト大ナル懸隔アリ。唯之等ハ何レモ上氣道就中扁桃腺ニ壞疽ヲ來スルヲ常トシ、此點ニ於テ兩者共通ナルモノアリ。而シテ之等ノ壞疽形成ノ原因ハ今日尙ホ詳ナラザルモ、顆粒細胞ノ消失乃至減退ヲ來セルトキハ、軀幹各部ノ粘膜ハ何レモ其抵抗力ヲ弱メ、殊ニ上氣道粘膜ノ如キ常ニ各種ノ細菌ノ集簇セル所ニシテ、且ツ淋巴濾胞ノ上皮ハ所謂生理的創面ヲ形成セルガ如キ所ニ在リテハ侵入セル細菌ハ直チニ抵抗力減弱セル部ニ化膿性

炎ヲ起シ、更ニ直接或ハ淋巴道ヲ介シテ周圍ニ擴ガリ、且ツ營養障礙ニヨリテ廣汎ナル壞疽ヲ形成スルニ到ルト説明セラル。(2, 5, 62, 74, 89, 119, 126, 121)之ヲ要スルニ本症例ハ其觀察時間ノ極メテ短期ナリシヲ以テ其臨牀的診斷ノ資料ニ缺クル所多シ。然レドモ其病理解剖ヲ行ヒテモ尙且ツ充分ニ其病理ノ真相ヲ究ムル事能ハザリシモノニシテ、蓋シ本例ノ如キハ尙ホ大ニ考慮研究スベキ特種ノ血液病ニシテ、之ニヨリテ上氣道ニ壞疽ヲ來セルモノナリトスルヲ得ベキカ。

第二例、本例ニ於テハ血液病學的檢索上、赤血球系統ニ於テ漸進的貧血ト共ニ其形態學上有核赤血球ノ出現、赤血球大小不同症、血球多染性、鹽基嗜好斑點、カボット輪ノ證明等、殆ンド有ユル病變ヲ備ヘ、殊ニ「メガカリオチーレン」ノ出現、且ツ又血色素指數ニ於テ常ニ一以上ヲ占メタレバ、之ヲ血液病學上惡性貧血ナリトナス事蓋シ異議ナキ所ナラン。又白血球系統ニ於テモ尙ホ白血球數減少症トナリ、其細胞種類ノ百分比ニ於テ常ニ相對的淋巴球增多症ヲ示シ、血小板數モ亦大イニ減ジタルヲ以テ、此思惟ニ相反スル所ナシ。更ニ之ヲ本患者ノ臨牀的經過ニ照合スルニ漸進的ニ常ニ増惡ニ向ヒタリト雖モ、其間時ニ全身症狀ノ一過性ニ急ニ輕快ニ赴キ、暫時ノ後再ビ増惡ニ向フノ狀ハ恰モ所謂血液解離即チ本疾患ニ特有トスルノ現象ヲモ備ヘタルモノト解釋スル事ヲ得。然レドモ本症例ハ斯ノ如キ血液像及ビ臨牀的所見ヲ以テ全經過ヲ終始シタルニ非ズ。經過ノ後半ニ於テ大ナル變轉ヲ示セリ。即チ赤血球系統ニ於ケルノ變化ハ概シテ初期ノ範圍ヲ越エザリシモ、白血球系統ニ於テ入院時一立方耗血液内總數一〇〇〇前後ニ位セシモノ後半ニ及ビ漸増三三〇〇〇ノ增多症ヲ來シ、其百分比ニ於テモ淋巴球、幼若淋巴球ノ數六一%ニ達シ、然カモ漸増シテ死ノ當日ニ於テハ遂ニ九八%ノ高率ヲ舉ゲタルモノニシテ、單純ナル惡性貧血ニ非ズシテ急性淋巴性白血病ヲ合併シタルモノトモ云フベキ變化ヲ來セリ。惡性貧血ハ Combe, Addison 等ヨリテ初メテ記載セラレ、一八六八年ヨリ一八九一年ノ間獨國ニ於テ Bierner 等ヨリテ詳細ニ研究セラレタル血液病ニシテ、之ニ認ムベキ原因例ヘバ寄生蟲、妊娠、微毒等ト關係アル續發性惡性貧血ト原因不明ナル特發性惡性貧血ト二種ヲ區別スルヲ常トスルモ其病理ノ不明ナル事兩者何レモ憶測ノ域ヲ脱セズ (20, 48, 59, 73, 84, 86, 87, 88, 95)。前者ハ時ニ治癒ニ就ク事アルモ兩者何レモ一般ニハ豫後不良トセラレ、通常一、三年ノ經過ノ間ニ所謂自然的血液解離ノ現象ヲ反復シタル後赤血球ノ減少漸進遂ニ其極度ニ達シ死亡スルモノナリ。本疾患ハ稀有ノ疾患ニシテ、殊ニ本邦ニ於テ然ルモノ、如ク、眞ニ定型的ナルモノ極メテ其報告ニ乏シ (59, 83, 95)。本症例ノ如キハ臨牀的並ニ剖檢的所見ニ立脚シテ惡性貧血ニ急性淋巴性白血病ヲ合併シタル所謂「ロイカネミー」ト解釋スルヲ最モ適當ナリト考フルモ、唯 Leube ノ記載シタルモノハ剖檢上兩者何レニモ歸シ難キ場合ナリシニ、本症例ニ於テハ、惡性貧血ヨリ急性淋巴性白血病ニ移行シタルガ如キ像ヲ呈シタルノ相違アリ。惡性貧血ノ療法ハ其原因ノ認ムベキモノヲ除クニアリテ之ニヨリテ治癒ニ就ク場合アレドモ、特發性ナル場合ニハ全ク對症の處置ヲ行フニ止マリ

古來亞砒酸劑「トリウムX」、稀鹽酸ヲ用ヒ、「コレステリン」療法、沃度、「チレオイジン」療法、「サルヅルサン」療法、「ワクチン」療法等行ハレ時ニレ線療法、脾臟摘出、骨髓摘出等ノ特種ノ療法行ハレタルモ、最モ廣ク應用セラル、モノハ Quinke, Ziemsen ニヨリ創唱セラレタル輸血法ニアルベシ。(83, 84, 136, 137, 142.) 又近年 Whipple (138), Robbseheit (.), Robbins (.), Hooper (.), Minot (78, 79), Murphy (78, 79), 等ニヨリテ提唱セラレタル肝臟療法及ビ肝臟食療法ハ之ヲ追試シテ效果ヲ收メ得タルモノ陸續發表セラレ、今ヤ斯界ヲ風靡スルノ盛況ヲ呈セリ (12, 14, 29, 48, 51, 64, 81, 83, 109, 114). 其有效ナル理由即チ有效物質ノ如何、其作用機轉ニ關シテハ今日尙ホ之ヲ斷定スル事困難ナリト雖モ、數種ノ假説無キニ非ズ (12, 14, 48, 51, 81, 94). 即チ該物質中ニ骨髓ノ赤血球再生ヲ促進スル機能アルモノアリト云フ (Ehrlich, Morawitz, Schilling 等)、「ヴァタミン」Aノ缺乏ニヨル腸管中毒ヲ防遏スルモノナリトシ (Koster Ludwig), Krumbhart モ亦斯カル解毒作用ヲ有スル肝臟機能ヲ補足スルモノト言ヒ、或ハ一種ノ「ビルビン」化合物ヲ有效成分トシ (Verzar u. Zib), 或ハ肝臟ノ鐵代謝ト關係アル「ヴァタミン」Eヲ補給スルモノナリトスルガ如シ (Simonds, Mac Collum). 東京帝國大學稻田教授 (52) ハ肝臟製劑ハ一方ニ於テ骨髓ヲ刺激シテ赤血球ヲ新生セシムルト同時ニ他方赤血球ノ崩壞ヲ抑制スルモノトセリ。肝臟製劑ヲ本疾患ニ應用スル時ハ血球及ビ血小板ノ數量ヲ増加セシムル事ハ今日一般ニ認ムル所ナリ、殊ニ該療法ノ主唱者タル Minot & Murphy (78, 79.) ノ所説ニヨレバ赤血球ノ數及容積ヲ形態學的ニ正常値ニ近接セシメ、網狀赤血球ヲ増加セシメ、色素ハ赤血球ノ増生ヨリ稍々遅レテ其量ヲ増シ、色素指數ヲシテ一ニ近ヅカシムト結論シ、白血球ニ對シテハ尙ホ淋巴球增多症ヨリ中性及ビ酸性嗜好球增多症ニ移行セシムト言ヘリ。本症例ニ於テハ肝臟製劑トシテ「ヘパン」ヲ用ヒ、是ニ肝臟食療法トシテ雞肝ヲ使用シタルガ其結果ハ概ネ期待ニ反シタルハ遺憾ナリキ。但シ雞肝ハ肝臟食療法トシテ不適當ナル事後ニ到リテ判明シタルヲ以テ、之ニ就キテハ論ゼザル事トス。本療法施行前後ニ於テ赤血球數ノ増加見ルベキモノナク、有核赤血球出現數及ビ色素量ニ於テ却テ減少ヲ示シ、白血球系統ニ於テハ却テ骨髓性細胞ノ減少ヲ來シ、淋巴球ノ絶對的增多ヲモ招來セリ。斯カル現象ヲ呈シタル理由ノ那邊ニ存スルヤ固ヨリ捕捉シ得ザル所ナルモ、本症例ガ單純ナル惡性貧血ニ非ズ且ツ淋巴性白血病ニ移行シテ、充分ニ其症候ヲ發現シタル後ニ之ヲ施行シタルガ爲ニ其特有ノ奏功ヲ觀ル能ハザリシモノト考フルヲ得ベシ。本症例ニ就キテハ本療法ノ效力斯ク薄弱ナリシニ反シ、Landois, Quinke, Ziemsen ニヨリテ創唱セラレ Morawitz (30) ニヨリテ本疾患ニ應用セラレタル輸血法ノ奏效ハ大イニ注目スベキモノアリ。固ヨリ本療法ノ奏效及ビ其理由ニ關シテハ、今尙ホ種々ノ論議アリ。輸血ハ單ナル補血ニ止マラス、少量ノ血液ニシテヨク骨髓ヲ刺激シ造血機能ヲ昂進セシムル事一般ニ認メラル、所ニシテ、Yates & Thalheimer (143), ハ單位容積内ノ赤血球數百萬ニ充タザル貧血患者ニ就テ、二週間内ニ五百瓦ノ輸血ヲ行ヒ、ヨク四百萬ノ赤

血球ヲ保有セシメタル事實ヲ公表シタリ。然レドモ其如何ニシテ造血機能ヲ昂進セシムルヤニ就キテハ其説ク所尙憶説ノ域ヲ脱セズ。惡性貧血ニ對スル輸血ノ奏效ニ就テハ、一般貧血同様如上ノ見解ノ他、Kuhlmannハ血球崩壊ヲ招來スベキ「アチドージス」即チ「アルカリ」殘餘ノ低下ヲ緩解スルモノナリト言ヒ、Meulengracht, Pappenheim, ハ輸血ハ單ニ「アチドージス」ヲ弱メ、血糖低下ニヨル新陳代謝障礙ヲ補足シシ體ヲ強力ナラシムルニ役立ツモノニシテ、本疾患ノ如キ骨髓ノ疾患ト共ニ内分泌臟器ノ均衡失調ニヨリテ血糖増加及ビ「アチドージス」ヲ來スモノニハ、殊ニ效果アリ、輸血ト共ニ「インシュリン」ヲ併用スレバ更ニ卓效ヲ奏スト言ヒタルガ、Wainaki (131), ハ之ヲ臨牀症例ニ就キテ立證シタリ。何レニモセヨ一般貧血ノ療法トシテ最モ合理的ナル處置タルノ點ニ於テハ諸家ノ見解全ク相一致セリ。本症例ニ於ケル余ノ實驗ニヨルニ、昭和四年六月八日即チ發病後六十九日ニシテ全身一般營養狀態ノ惡化、局所壞疽ノ廣汎ナリシ當時、母血一二〇瓦ヲ輸血シタルニ翌日ニ到リ、體溫急減平熱トナリ、局所々見一變シテ殆ド壞疽部ノ痕跡ヲ止メザルニ到リ、之ト共ニ血液像ニ於テ、赤血球總數ニハ増加ヲ見ザリシモ、有核赤血球ノ激增ヲ認メタリ。白血球ニ於テハ顆粒細胞三三・五%ヨリ一躍四八・〇%ニ増シ、殊ニ桿狀型細胞六・五%ヨリ一五・〇%ニ激增シ、之ニ應ジテ核推移度モ亦左方ニ高マレリ。同時ニ淋巴球ハ六六・五%ヨリ五一・〇%ニ減少シタリ。白血球總數ハ亦多少ノ増數ヲ認メタルガ、第一回ヨリ四日ヲ經テ第二回輸血ヲ行フニ及ビ、一立耗一二〇〇ヨリ九七〇〇ニ増加ヲ來セリ。百分率ニ於テ顆粒細胞ノ總數五六・五%ニ増加シ、淋巴球ハ四二・五%ニ減ジタリ。淋巴球ノ形狀モ亦全部小型成熟細胞ノミトナレリ、斯カル顯著ナル奏效アリシニ鑑ミ、患者ノ容態ヲ觀察シツ、時ニ應ジ數回ニ亙リテ輸血ヲ行ヒタルガ、其回数ヲ重ヌルト共ニ漸次其效果ノ薄弱トナリタルヲ觀察セリ。此事實ハ既記ノ如ク惡性貧血ノ徵候顯著ナリシ時ニ有效ニシテ、經過ノ後半急性白血病ヲ合併スルニ及ビテ效果減ジタルモノト思考スル事ヲ得ン。要スルニ先進諸家ノ觀察ノ如ク、輸血ガ著シク骨髓ヲ刺激シテ造血機能ヲ昂進セシメタル事實ハ蔽フ可カラザル所ナリ。尙ホ本症例ト「アグラマロチトーゼ」トノ關係ニ就テ一考セン。「アグラマロチトーゼ」ハ一九〇七年 Tuck ニヨリテ、更ニ詳密ニハ一九二二年 Schulz (117) ヲヨリ、全ク新シキ疾患トシテ記載セラレタル特種ノ血液病ニシテ、中年婦女ニ多ク、高熱ヲ以テ發病、急速ニ死ノ轉歸ヲ取り、身體各部ノ粘膜炎壞疽ヲ來シ、就中屢々壞疽性扁桃腺炎ヲ來ス。血液像ニ於テ赤血球、血小板ニ變化ナク、白血球總數ノミ單位容積中二〇〇乃至三〇〇ニ減ジ、形態學上顆粒細胞ノ消失ヲ來ス。是等ノ諸項ヲ以テ主徵トシ、本症例初期ノ徵候ニ大イニ類似セリ。然レドモ本症例ニ於テハ赤血球及ビ血小板ノ變化著明ニシテ、白血球ノ變化著明ナラザルヲ以テ、其診斷ヲ之ニ歸スル事固ヨリ妥當ニ非ズ、然レドモ Schulz ノ記載セル後同疾患ニ對スル一般ノ趨勢ヲ見ルニ Schulz (117), Friedemann (21) ノ臨牀例ノ他ハ多ク其移行型ト見ルベキ症例ニシテ、例ヘバ赤血球ニ於テ概ネ貧血ヲ備ヘ、血小板ノ減少及ビ之ニヨル出血性素因症ノ如キハ多

ク之ヲ見、又白血球ニ於テモ總數二八〇〇ニ迄及ブモノヲモ之ニ數ヘ、顆粒細胞ノ如キモ全然之ヲ消失セルモノハ Schulz (117), Friedemann, (21), Hueper (42), Hofer (39), ノ數症例ニ過ギザルベシ。Zedek ノ如キ其存在ヲ否定シ、本症ハ敗血症ノ一特異型ニ過ギズト指摘ス。Hueper u. O'conner (35), ノ如キハ顆粒細胞消失症候群 (Agranulocytische Symptomenkomplex) ヲ有スルモノヲ真正ナル顆粒細胞消失症ヨリ分離スル事ヲ提案シタリ。實際重症敗血症、惡性貧血、再生不能性貧血、淋巴肉芽腫、骨癌、「ペンツォール」、「トリウム」中毒ノ場合多クハ其程度ノ差異ハアレドモ、顆粒細胞症候群ヲ示スモノナリ。故ニ此意味ニ於テハ本症例ノ如キモ Hueper u. O'conner ノ所謂顆粒細胞消失症候群ヲ示シ居リタルモノト言フ事ヲ得ベシ。

第三例、凡ソ血液病ハ其病理ヲ究ムル事容易ノ業ニ非ズト雖モ、本症例ノ如キ診斷上極メテ困難且ツ剖檢後ノ所見モ亦充分ナル解説ヲ興フルニ到ラザリシモノ蓋シ其數渺カラン。血液像ヲ檢スルニ赤血球ハ單位容積内二二〇萬ナリシモノ漸次減數ヲ示シ、最後ニ到リテ七五萬ニ減ジ、血色素量モ亦之ニ應ジテ減少シ、最後ニハザーリー氏計ニテ遂ニ二〇%ニ達セリ、血小板數モ亦初メ略正常値ニアリシモノ順次減數シ、血液一立方耗中四九〇〇〇ノ少キニ到ル。白血球數モ亦減少症ヲ示シ、單位容積中一九〇〇ナリシモノ病症經過中正常値トノ間ヲ往來シ、全經過中多クハ五〇〇〇以下ノ減少症ヲ示セリ。其百分率ニ於テハ五〇乃至七八・八%ノ相對的淋巴球增多症ヲ示セリ。之等ノ所見ハ舉ゲテ再生不能性貧血ニ於ケル所見ニ一致スル所ナレドモ、最モ顯著ナル血液像ノ變化トシテ、赤血球中多數ノ幼若型ノ出現ハ全く同疾患ニ見ラザル所見ニシテ本患者ニ於テ、有核赤血球ノ出現率ハ最高白血球二〇〇ニ對シ實ニ三五二ノ高率ヲ舉ゲ、之ニ畸形赤血球、血球大小不同症、鹽基嗜好性斑點、多染性等凡ユル限リノ變化ヲ呈シテ吾人ヲ驚カシメタリ。是等血球ノ形態學的變化ハ寧ろ惡性貧血ニ相當スルモノニシテ其臨牀的所見並ニ其經過ニ幾多ノ變轉アリシ事モ亦此考按ノ一助ト云フベク、況ンヤ血色素指數概ネ一以上ナリシニ於テハ、益々此推斷ノ合理的ナルヲ感ゼン。然レドモ本症例ニ見ラレタル有核赤血球ハ主トシテ「ノルモプラステン」ニシテ「マクロプラステン」殊ニ惡性貧血ニ特有トセラル、「メガロプラステン」ハ遂ニ之ヲ認メザリキ。又本症例ニ於テ施行セラレタル肝臟療法ハ血液像ノ上ニモ、又臨牀的經過ノ上ニモ、殆ンド特筆スベキ效果ヲ認メザリシ事ヲモ併セテ本症例ガ單純ナル惡性貧血ニ非ザル事ヲ示スモノナリ。即チ本症例ノ白血球系統ニ於テハ、其變化急性白血病ニ類スベキ點多ク、殊ニ淋巴系統ニ屬スベキ白血球ハ五〇%以上七八・八%ニ及ビ、其中小型ニシテ正常血液中ニ現ハル、成熟セル淋巴球ハ其半以上ヲ占メ、之等ヲ除外セル淋巴性白血球ハ大型ニシテ、一乃至三個ノ核小體ヲ備フル淋巴成型細胞ニシテ、是即チ本症例ヲ以テ急性淋巴性白血病ト認ムベキ所見タリ。然レドモ臨牀的所見ニ於テハ脾臟、肝臟、各部淋巴腺ノ腫脹著明ニ非ズシテ淋巴性白血病ヨリモ寧ろ骨髓性白血病ニ類シ、殊ニ胸骨及ビ長管狀骨ハ著シキ叩打痛ヲ訴ヘ、剖檢所見ニ於テハ上述各

臟器ニ顯著ナル髓樣化生ヲ認メタルヲ以テ、骨髓性白血病タルヲ證明シ得タリトスルヲ得ン。唯茲ニ奇トスベキハ生前血液像ニ於テ、白血球總數一九〇〇乃至最高八二〇〇ニシテ合併症ヲ有セザル急性骨髓性白血病トシテハ其數著シク尠キニ過ギ、又骨髓細胞ノ出現モ亦最高四九%ヨリ最低六%ノ間ニ位シ、桿狀型乃至骨髓球ノ出現ハ僅カニ五%以下ニシテ、骨髓球ハ末期ニ到リテ辛ジテ、〇・五%ヲ出現シタルノミ。斯カル事實ハ慢性、急性何レノ白血病ニ於テモ決シテ見ラレザル所ナリ。然レドモ既記白血球中ノ多數ヲ占メタル細胞果シテ淋巴性細胞ナリシヤ否ヤト言フニ、由來淋巴球ノ幼若型ト骨髓性細胞ノ幼若型トハ形態學的ニモ官能的ニモ甚ダシク酷似セルモノニシテ、是等ノ細胞ガ白血球ノ大多數ヲ占ムル場合ニハ、唯其正常白血球トノ間ノ移行型ノ存否、並ニ其判定ニヨルヲ以テ、臨牀上、其鑑別常ニ必ズシモ容易ナルモノニ非ズ。斯カル場合ニモ病理組織學的所見ヲ見レバ常ニ其間ニ著明ノ差異アルヲ知ル。故ニ本症例ニ於ケル上述ノ細胞ヲ以テ骨髓性細胞ナリトスルノ適當ナル事明カナレドモ、尙ホ其移行型ガ僅カニ〇・五乃至五・〇%ノ少數ニ過ギズ、且ツ該細胞ノ有スル核小體ガ一乃至二個ノ少數ナリシハ骨髓母細胞ノ通常三乃至四個ヲ有スルニ及バズ、又臨牀的所見ニ於テモ既記ノ如ク通常ノ骨髓性白血病トハ首肯シ難キ點ナキニ非ズ。本症例ニ於テ、白血球「オキシダーゼ」反應ハ經過ニ從ヒ再三反復檢索シタルガ、時ニ反應強陽性ニ現ハレタルモ、或場合ニハ却テ陰性、殊ニ初期ニ於テハ多クハ陰性ナリシヲ以テ、從ツテ初メハ全ク淋巴性白血病ナリト考ヘ居リタルモノナリ。該反應ノ酵素「オキシダーゼ」ハ骨髓系細胞ニノミ存スト雖モ、淋巴性細胞モ亦轉位性酵素「オキシダーゼ」ヲ有スルヲ以テ、特種ノ操作ニヨリテ該酵素ヲ保存セシムル時ハ、淋巴性細胞モ亦該反應陽性トナリ、兩者ヲ混同セシムル場合アリ。故ニ本法モ亦本症例解釋ノ上ニ確實ナル立脚地ヲ供スルモノニ非ズ。

近時歐米ノ文獻ニ於テ、斯ノ如キ症例ヲ散見スルモ、吾邦ニ於テハ其例極メテ尠シ。斯カル場合白血病ハ主トシテ淋巴性白血病ニシテ、白血球數ハ通常ノ白血病ノ如ク增多症トナラズ、却テ正常値以下ニ位スト稱セラル、ヲ以テ、本症例ノ如キ最モ之ニ近キ一症例トナス事ヲ得ン。尙ホ本患者ニ於テ試ミラレタル輸血ニ就キテ述ベンニ、病歴日二十八日ニ施行シタル結果赤血球總數ノ増加稍々著シキモノアリ、殊ニ明カニ有核赤血球ノ増加ヲ來セリ。白血球系統ニ於テモ總數急ニ倍加シ、單核球ノ急激ナル増加ト共ニ、淋巴成型細胞樣細胞ノ著減ヲ示セリ。然レドモ顆粒細胞ニ對シテハ何等影響スル所ナシ。斯カル現象ハ極メテ一過性ナリシモノニシテ、日ト共ニ赤、白血球ノ減數甚ダシク之ト共ニ淋巴母細胞樣白血球ノ増加ヲ來シ、四日目ニ於テ其數輸血前ニ逆リ、白血球百分率ニ於テハ却テ正常顆粒細胞ノ率僅カニ九%ノ少キニ達セリ。之ニ反シテ第一回ヨリ十二日ヲ經テ行ヒタル第二回輸血ハ、稍々其效果見ルベキモノアリ。即チ輸血後二日及ビ一週日ヲ經タル其間ノ血液像ヲ比較スルニ、赤血球總數ニ於テ五萬乃至二十五萬ノ増加、有核赤血球、白血球一〇〇ニ對シ、四十六乃至百三十二ノ激増、

血小板、血色素量ノ之ニ相當セル增多ヲ示シ、殊ニ著明ナルハ、白血球總數ノ三倍或ハ夫以上ニ及ベル急激ナル増加ニシテ、又白血球種類ニ於テモ正常ノ顆粒細胞九%ヨリ二十三乃至三十五%ニ増加シ、病的細胞ノ著減ヲ招來セリ。就中輸血後二日目ニ於テ初メテ定型的骨髓球ヲ出現セシメ、單核球ノ最高率ヲ得タルノ事實ハ明カニ造血臟器ニ對シ輸血ガ其官能ヲ刺激シタルモノト考フル事ヲ得。且ツ之ヲ全身及ビ局所ノ症狀ノ變化ト比較對照スルニ、第一回輸血後ハ殆ンド見ルベキ變化ヲ示サズ、自覺的ニ肝臟部ニ感ジ居リタル多少ノ不快感ヲ一掃シ得タルニ止マリ、其他著明ナル效果ヲ認メズ、却テ其熱型ニ於テ特別他ニ認ムベキモノナクシテ體温ノ上昇ヲ來シ、脈搏増加シ、局所ニ於テモ其壞疽性病變ノ再燃、擴大等ノ反對現象ヲ呈シタリ。之ニ反シ第二回輸血ニ於テハ、既記血液像ノ變化ト共ニ全身並ニ局所ニ於テ著シキ病勢ノ好轉ヲ現ハシ、熱型稍々下降的トナリ、出血停止シ、局所病變モ漸次治癒ニ趣キ、一週日ノ後ニハ壞疽ハ完全ニ治癒ニ就キタリ。斯ク著效ヲ奏シタルモ僅カニ一週日ノ範圍ニ止マリ、其後ハ病狀漸次惡化シ、死前二日最後ノ輸血ヲ行ヒタルモ此度ハ殆ンド何等ノ反應ナカリキ。輸血ハ古來急性失血ノミナラズ、慢性貧血ニ廣ク對症の療法トシテ應用セラレタル療法ニシテ、其效力發生ノ機轉ハ尙ホ前述ノ如ク不明ニ屬スル所ナリト雖モ、多クノ場合一時的ニ其效果顯著ナルヲ常トス。尙ホ本症例ニ於テモ亦、鐵劑、砒素劑、肝臟製劑等ノ藥物ヲ用ヒタルモ殆ンド認ムベキ效果ナカリキ。

第四章 結 言

一、扁桃腺ヲ中心トシ上氣道ニ壞疽性病變ヲ呈シタル三症例ニ就キテ、其血液像ヲ檢シタルニ各々異レル著明ノ變化ヲ示セル血液病ナリキ。

二、血液像ノ變化ハ上氣道壞疽性病變ノ著明ナリシ間ハ、白血球總數及成熟顆粒細胞ノ減少ヲ示セシガ、自然的經過又ハ處置ニヨリテ、白血球ニ於ケル變化消失スルト共ニ壞疽ハ治癒ニ就ケリ。赤血球系統ニ於テハ第一例ヲ除キ高度ノ赤血球減少症、血色素減少症ヲ示セシガ此變化ハ上氣道ノ壞疽性病變トハ其病理的關係尠キガ如キ所見ヲ示セリ。即チ上氣道壞疽ノ成立ニ關シテハ白血球ノ變化ガ重要ナル一因子ヲナスモノナルベシ。

三、進行性赤血球減少症及ビ血色素減少症ニ對シ、輸血ハ其效果短時日ニシテ、結局著效ヲ奏セザリシガ、白血球系統ニ對シテハ、白血球總數、顆粒細胞數ノ増加及ビ新生ヲ促セリ。輸血量ハ九〇乃至二五〇瓦ヲ用ヒタルガ必ズシモ大量ヲ用フルヲ要セザルモノナルベシ。

四、輸血ノ效果トシテハ、血液像ノ變化ヲ招來スルト共ニ特ニ顯著ナリシハ、上氣道ニ於ケル壞疽ノ急速ナル治癒ヲ來セシ事ナリ。

五、肝臟製劑ノ上氣道病變ニ對スル效果ニ關シテハ、本症例ニ就キテノ實驗成績ニ由ルニ何等決定的ノ所見ヲ得ザリキ。

醫藥スベリ著リ、岸田教授、船田教授、尾崎博士、田崎博士ノ著キ醫學書ニ類ス。醫學ノ類ニ著ス。

文献及參考書

- 1) **Altkhan**, Ein Fall von Stomatitis gangränosa bei Leukämie. Intern. Zentralblatt f. O. Bd. 20. 2) **Ascanney**, über akuten Leukämie u. ihre Beziehungen zur geschwüngen Prozessen im Verdauungskanal. Virchow's Arch. Bd. 137. 3) **Amerzbach**, Zur Frage d. physiolog. bedeutung d. Tonsille. Arch. f. Laryngologie. Bd. 29, 1915. 4) **Amerzbach** u. **Königsfeld** (杉浦慶), 扁桃腺ノ分泌問題. 大日本耳, 廿八, 五. 5) **Bross**, Ein Beitrag zur Kenntnis in leukämischen Veränderungen in d. Pharynxschleimhaut u. im Waldeyersehen Schlundring. Passow-Beiträge Bd. 9, 1917. 6) **Bertheau**, Erfolgreiche Anwendung von Neosalvarsan bei leukämischen Tonsillennekrose. Med. kl. 24, 1915. 7) **Brucke**, über d. Vorkommen von Anämia perniciosa u. perniciosähnlichen Blutbild bei aleukämischen lymphatischen Leukämie. Dtsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 150. 8) **Borchers**, Kasuistischer Beitrag zur Angina agranulocytotica. Z. f. H. N. O. G. 15, 386, 1927. 9) **Bander**, Die monocyt-angina. Arch. f. kl. Med. 227, 1922. 10) **Rantz**, Beitrag zur Frage d. "Agranulocytose" M. Med. W. 72, 1200, 1925. 11) **Briggemann**, Beitrag zur Angina agranulocytotica. Z. f. H. N. O. G. 15, 187, 1926. 12) **Rasch**, über d. Wirkungsmechanismus d. Lebertherapie bei morbus Biermer. Med. kl. 24, 1904, 1928. 13) **Barker**, Etiology & Treatment of pernicious anemia. J. Am. Med. Ass. 87, 88, 14) **Castle**, A domestic liverextract for use in pernicious anemia. J. Am. Med. Ass. 92, 1830. 15) **Combs**, Cardiac symptoms of pernicious anemia Brit. Med. J. No. 3421. 16) **Dengler**, Akute lymphatische Leukämie, Med. kl. 33, 868, 1927. 17) **Domarus**, Agranulocytose kl. W. 8, 779, 1929. 18) **David**, Zur Frage d. Agranulocytose Med. kl. 21, 1229, 1925. 19) **Denecke**, Ein bemerkenswerter Fall von Anämia aplastica D. A. f. kl. Med. 150, 266. 20) **Evans**, The question of etiology in pernicious anemia. Fol. Hämatolog. 33, 132. 21) **Friedemann**, über Angina agranulocytotica. Med. kl. 41, 1923. 22) **Frenkner**, P. Angina agranulocytotica u. Angina monocytotica. Acta O-L, 1929. XIII. 215. 23) **Fleischmann**, Zur Frage d. physiolog. Bedeutung d. Tonsille A. f. L. R. Bd. 34, 30, 1921. 24) **Fleischmann**, Nochmals zur Tonsillfrage. Z. f. H. N. O. Bd. 2, 1922. 25) **藤井**, 近藤, 安部那血液ト其扁桃腺細菌毒力トノ關係ニ就テ. 愛知醫, 廿四, 26) **藤瀨**, 白血病ノレントゲン療法. 實驗醫報, 百廿一. 27) **Goodale**, über d. Absorption von Fremdkörpern durch d. Gaumentonsillen d. menschen mit Bezug auf d. Entstehung von infektiöser Prozessen. Arch. f. Laryngologie Bd. 7, 1898. 28) **Goetschalk**, Zur Behandlung d. Perniciöse Anämie. M. Med. W. 4, 527. 29) **Greinacher**, K.E., Leberbehandlung d. Perniciöse Anämie. Zentralbl. f. Inn. Med. 49, 1178. 30) **Henke** (岡部隆), 扁桃腺ノ生理的意義. 大日本耳, 廿三, 五. 31) **細谷**, 山本, 扁桃腺病學. 32) **細見**, 結核感染ニ對スル扁桃腺ノ意義. 結核, 四, 五. 33) **細田**, 原發性壞疽性ゾンギナノ一治驗例. 大日本耳, 廿五卷. 34) **濱池**, 壞疽性咽頭炎ノ三治驗例. 大日本耳, 十七卷. 35) **Hüpper** u. **O'Connor**, Agranulocytia angina. The Laryngosk. Vol. 38, 678. 36) **林**, 青井, 三矢, 幼若骨髓細胞及大單核細胞ノ異常ニ増加セラル一種ノ亞急性大單核細胞性白血病ノ一例, 及白血病ニ對スルX線療法ノ效果ニ就テ. 愛知醫, 卅一卷. 37) **Hansemann**, Akute Leukämie. Med. kl. I. 5, 1919. 38) **細田**, 壞疽性口内炎ニ就テ. 大日本耳, 廿四卷, 三六七. 39) **Hofier**, Angina nekroticans mit tödlichem Ausgang. Zentralbl. f. O. Bd. 17, 65,

1920. 40) **Hartmann**, Zur Frage d. "Agranulocytose". D. med. W. 51, 1518, 1925. 41) **Hoche**, über d. Indikation zur Blut-transfusions-therapie bei Agranulocytose. W. kl. W. 41, 344. 42) **Hilber**, Agranulocytosis & the agranulocytic symptomkomplex. A. intern. Med. 42, 898, 1928. 43) **Hirsch**, über Angina agranulocytica. M. med. W. 74, 762, 1927. 44) **Henning**, Monocytenangina D. med. W. 52, 277, 1926. 45) **Haken**, Monocytenangina mit letalem Ausgang. D. med. W. 53, 565, 1927. 46) **Hezz**, Zur Pathogenese d. Tonsillenerkrankungen bei akuten Leukämie. Kraus u. Bungsch: Sp. Path. u. Therapie. Bd. 8, 538, 1919. 47) **Hartmann**, Zur Behandlung d. Perniciöse Anämie. D. med. W. 52, 1038. 48) **Holt**, Betrachtungen bei perniciöse Anämie. D. A. f. kl. Med. 155, 235. 49) **岩井**, Myeloblastenleukämie. 日本内科学. 大正十二年. 51) **岩男**, 白血病例ノ臨床的觀察. 日本内科学. 昭和三年. 51) **Isaacs**, Pernicious anemia. J. Am. Med. Ass. 91, 1689. 52) **稻田**, 貧血ニ對スル肝臟療法及鐵製療法ニ就テ. 實驗醫學十四年. 1513. 53) **Jungmann**, über d. Wirkungsweise d. Leberdiät bei d. Perniciöse Anämie. kl. W. 7 Jg. Nr. 10, 1928. 54) **景山**, 扁桃腺膿腫ニ就テ. 大日本耳. 卅卷一號. 55) **小池**, 原發性壞疽性アングナ一例. 大日本耳. 卅一卷. 56) **倉本**, 興味アル急性性淋巴性白血病ノ二例ニ就テ. 臨床醫學. 十五卷. 1498. 57) **金藤**, 鈴木, 急性性淋巴性白血病ノ一例. 實驗醫學. 九卷. 615. 58) **小坂**, 急性白血病ノ二例. 臨床醫學. 十六卷. 408. 59) **熊部**, 惡性貧血ノ一例. 熊本醫學. 四, 二五一. 60) **小宮**, 林, モノテラッ白血病ノ例. 東大醫學部摘要. 廿七卷. 61) **Kindler**, Zur Frage d. Agranulocytose oder Angina agranulocytica. M. f. O. L. R. 60, 637, 1926. 62) **Koransch**, über gangränöse Prozesse im Rachen bei Schädigung d. Granulocytenapparates. Med. kl. XXV. 1929. 63) **Kochler**, Atypische myeloische Leukämie kl. W. 7, 1186, 1928. 64) **神谷**, 小林, 守谷, 惡性貧血及其他ノ貧血ニ對スル肝臟食療法ノ效果ニ就テ. 實驗醫學. 昭和三年三月. 65) **神尾**, 扁桃腺機能補遺. 大日本耳. 十七卷五號. 66) **Küssler**, Maurer & Jeanglin. The reaction of anemia to 20 Vitamin A. deficiency. J. Am. med. Ass. Vol. 79, No. 7, 1926. 67) **Küssler** & **Maurer**, Treatment of pernicious anemia with a high calorie diet rich in Vitamins. J. Am. med. Ass. Vol. 89, No. 10. 68) **Levinstein O.**, über die Verteilung d. Drüsen u. d. adenoiden gewebes im Bereiche d. menschlichen Schlundes. A. f. L. Bd. 24, 1911. 70) **Lele**, Primäre Gangrän d. Pharynx. Zentralbl. f. L. R. 28 Jg. 1912. 71) **Le Hare Hadur**, Ein Fall von gangränöser Angina. Zentralbl. f. L. R. 1913, s. 364. 72) **Leuter**, Zur Frage mit Agranulocytose einhergehende Fälle von septischer Angina. Med. kl. 20, 1324. 73) **Lukesch**, Die Kolistämme d. Perniciöse Anämie. Med. kl. 21, 1200. 74) **Leon**, über gangraenerierende Prozesse mit Defekt d. Granulocytenapparates (Agranulocytose). D. A. f. kl. Med. Bd. 143, Nr. 6, 1922. 75) **Leuchtenberger**, Agranulocytose u. ihre Behandlung. Therap. d. Gegenw. Ap. 1920. 76) **Lovett**, Agranulocytic angina. J. Am. Med. Ass. 83, 1498, 1924. 77) **松山**, 再生不能性貧血ノ一例. 臨床醫學. 356, 1927. 78) **Minot** & **Murphy**, Treatment of pernicious anemia by special diet. J. Am. Med. Ass. Vol. 87, No. 7. 79) **Minot** & **Murphy**, A diet rich in liver in the treatment of pernicious anemia. A study of 105 cases. J. Am. Med. Ass. Vol. 89, No. 10. 80) **Murphy**, Changes in composition of blood. in pernicious anemia. J. Am. Med. Ass. 88, 1211, 1927. 81) **松岡**, 惡性貧血ノ肝臟食療法ニ就テ. 臨床醫學. 十七卷六三. 82) **松岡**, 假性白血病ニ就テ. 東京醫學. 25, 2509, 1927. 83) **牧田**, 惡性貧血ニ對スル輸血療法ニ就テ. 日本内科学. 13. 205, 1925. 84) **Meinets**, Zur Pathogenese u. Therapie d. Perniciöse Anämie. D. Med. W. 55, 218. 85) **Minkowski**, Ein Beitrag zur Perniciöse Anämie durch Botulismosephalus latius verursacht. Schw. Med. W. 57, 469.

86) **Mentengracht**, Erblichkeit u. Perniciöse Anämie. *Fol. Haematolog.* 32, 300, 1926. 87) **May, R.**, Die Perniciöse Anämie u. ihre Behandlung. *M. Med. W.* 71, 769. 88) **Menns**, The nature of pernicious anemia. *J. Am. Med. Ass.* 91, 923, 1928. 89) **Meusel**, Beiträge zur Kenntnis d. leukämischen Veränderungen in d. Schleimhaut d. oberen Luft- u. Speisewege. *A. f. L.* Bd. 18. 90) **Morawitz**, Zur Pathogenese d. Anämia perniciosa. *D. A. f. kl. Med.* Bd. 159, 1928. 91) **Mink**, Die Physiologie d. oberen Luftwege. 92) **中村**, 扁桃腺肥大ノ病理. 愛知醫. 四三卷. 93) **Neuburger**, Bitanalyse bei Anämie perniciosa. *D. Med. W.* 52, 1733. 94) **延谷**, 悪性貧血ニ對スル肝臓療法ニ遺血系統ニ對スル肝臓機能ニ關スル論說. 實驗醫報. 十五卷, 一七三. 95) **二宮**, 悪性貧血附標本示説. 日本内科學會, 957, 1924. 96) **Nothaus**, Intoxikationstheorie d. Perniciöse Anämie. *kl. W.* 8, 697. 97) **Nägeli**, Blutkrankheiten. 98) **Nägeli**, Ist die Perniciöse Anämie eine Konstitutionelle Krankheit? *Fol. Haematolog.* 34, 1, 1927. 99) **Nathenschöner**, Die bisherige Behandlungsmethode bei Perniciöse Anämie. *Med. kl.* 24, 97. 100) **長興**, 悪性貧血カ白血病カ. 治療及處方. 昭和四年十一月. 101) **野村**, 急性淋巴性白血病ニ就テ. 最近ノ治療, 二年二號. 卅九. 102) **Ascar**, Die Angina necroticans u. ihre Differentialdiagnose. *Zentralbl. f. H. N. O.* 7, s. 104. 103) **Poppi**, Primäre Granulär des Rachens. *Zentralbl. f. L. R.* 28 Jg. 1912, s. 527. 104) **Potts**, Angina agranulocytosis. *A. f. O.-L.* 9, 256. 105) **Ponleacea**, Antihämolytische Wirkung d. Leber in d. Therapie d. Anämie. *kl. W.* 7, 2153. 106) **Pogány**, Fall einer Aleukie nach Salvarsanbehandlung. *Z. f. H. N. O.* 18, 583, 1928. 107) **Rollston**, Angina gangränosa. *Zentralbl. f. L. R.* 1912, S. 17. 108) **Rose E.**, The identity of so-called agranulocytic angina. *A. intern. Med.* 43, 583. 109) **Rosenow**, Behandlung d. perniziösen Anämie mit Leberdiät u. mit bestrahltem Ergosterin. *kl. W.* 6, 1560, 1927. 110) **普野 三戸**, 貧血及其療法. 特ニ細小赤血球及肝臓療法ニ就テ. 實地醫家, 5, 797. 111) **Schilling**, Das Blutbild. 112) **Schilling**, Zunahme d. Anämie perniciosa. *Med. kl.* 23, 427, u. 467. 113) **Schilling**, Erythrocyten in Erythrocyten bei Anämia Perniciosa. *kl. W.* 7, 75, 1928. 114) **Schottmüller**, Zur Behandlung d. Anämia perniciosa mit Leber. *M. Med. W.* 74, 1621. 115) **Schramm O.**, Die Behandlung d. Perniciöse Anämie. *Med. kl.* 20, 1602. 116) **普野**, 口咽炎ノ血液像ニ就テ. 大日本耳, 卅卷, 104. 117) **Schulz W.**, Die akute Erkrankungen d. Gaumenmandeln. 1928. 118) **Schulz W.**, Monocytenangina. *D. Med. W.* 1922. 119) **Safranek**, Veränderungen d. oberen Luftwege bei Leukämie. *M. f. O.* 1913, II. 965. 120) **Specht**, Zur Frage d. leukämischen Veränderungen an d. oberen Luft- u. Speisewege. *A. f. O. Bd.* 112, s. 15. 121) **Seelenfreund**, Leukämische Veränderungen d. oberen Luft- u. Speisewege. *Z. f. L. Bd.* 14, s. 18. 122) **Syderhelm**, Ergebnisse d. diätetische Behandlung d. Perniciöse Anämie. *kl. W.* 7 Jg. Nr. 7, 1928. 123) **Syderhelm u. Opitz**, Über Leberextraktbehandlung d. Perniciöse Anämie. *kl. W.* 7 Jg. Nr. 5, 1928. 124) **喜田**, 扁桃腺ノ細菌學的並ニ病理學的的研究補遺. 京都臨牀. 16, 152. 125) **田中**, 急性淋巴性白血病ト口蓋扁桃腺, 大日本耳, 卅二卷五號. 126) **田中**, 扁桃腺ト一般傳染. 近世醫學, 大正十一年四月. 127) **田所**, 白血病ニ因スル喉頭ノ病變ニ就テ. 大日本耳, 十六卷. 128) **Thomas E.**, Beitrag zur Klinik u. Therapie d. Agnathocytose. *Med. kl.* 24, 2010. 129) **Verzar u. Zih**, Bilirubin als ernügendes hämatopoetisches Hormon. *kl. W.* 7 Jg. Nr. 22. 130) **渡邊**, 扁桃腺ノ生理的意義. 實地醫家ト臨牀, 三號. 131) **Walinski**, Behandlung d. Perniciöse Anämie mit Bluttransfusion u. gleichzeitige Insulingeben. Verbesserung Bluttransfusionstechnik. *D. Med. W.* 1462, 1926. 132) **Waldapfel**, Zur Keimzentrenfrage. *W. kl. W.* 40, 28. 331)

- Wiekkel**, Stoffwechseluntersuchungen bei bluttransfundierte Perniciösen. Z. f. kl. Med. 102, 19. 135) **Winterfeld**, Behandlung d. perniciose Anämie mit Kollantovaccin. M. Med. W. 71, 200. 136) **Walter**, Beobachtungen bei d. Transfusion kleiner Blutmenge in d. Therapie d. perniciose Anämie. M. Med. W. 71, 866. 137) **Wiener**, Zur Statistik u. Transfusionsbehandlung d. Perniciöse Anämie. Med. kl. 24, 174, 1928. 138) **Whipple & Robscheit-Robbins**, Bloodregeneration in anemia. Am. J. Physiol. Vol. 72, 1925. 139) **Waldapfel**, Neue Beiträge zum Anginaproblem u. zur Streptokokkenvirulenz. M. f. O. L. R. Jg 58, H. 4, 1924. 140) **Waldapfel**, Zur Ätiologie d. Angina. Verhandl. d. ges. dtseh. H. N. O.-Ärzte. Mai 1923. 141) **柳澤**, 頸腺結核ニ於ケル口蓋扁桃腺ノ病理組織學的研究. 大日本耳、廿六卷, 二七六. 142) **Yates & Thalheimer**, Treatment of pernicious anemia. J. Am. Med. Ass. 87, 2154. 143) **山川**, 壞疽性口内炎患者例. 大日本耳, 廿二卷, 三四七. 144) **山本**, 急性淋巴性白血病ノ二例. 併セテ所謂「顆粒細胞消失症」ト其本態的關係ニ就テ. 日新醫, 17, 1738, 1928. 145) **Zadek**, Atypische perniciose Anämie. kl. W. 5, 1861. 146) **Zadek**, Laboratoriumsbefunde bei Perniciöse Anämie. Z. f. kl. Med. 103, 646. 147) **Zadek**, Zur Therapie d. Morbus Biermer. D. Med. W. 50, 1148. 148) **Zadek**, Zur Frage d. "Agranuloctyose" Med. kl. 21, 688.

(原稿附録ニ留ルヤ・四・110)

附 圖 說 明

- 第一圖 症例第一ノ血液像、鮮紅色桿狀體ヲ有スル單核白血球 (a) ナ示ス。
- 第二圖 症例第二ノ血液像、赤血球ノ形態學的變化、淋巴母細胞 (a) ナ示ス。
- 第三圖 症例第三、口蓋扁桃腺ニ於ケル骨髓細胞浸潤殊ニ中央部ニ巨大核細胞ノ化生ヲ示ス。

前 原 論 文 附 圖

血液病ニ於ケル上氣道病變ニ就テ

Fig. I.

Fig. II.

Fig. III.

T. Machara: Über die Veränderungen der oberen Luftwege bei Blutkrankheiten.

aber die Vermehrung der Leucocyten- und Granulocytenzahl und trägt ferner zur schnellen Heilung der Gangrän bei.

(Autoreferat.)

Über die chemische Diagnose des Mittelohr-Cholesteatoms.

Von

Dr. N. Hongo.

(Aus der oto-rhino-laryngologischen Klinik der Tōhoku Kaiserlichen Universität zu Sendai. Direktor: Prof. Dr. T. Wada).

Verfasser hat bis jetzt 50 Fälle von chronischer Mittelohrentzündung mit der chemischen diagnostischen Methode des Mittelohrcholesteatoms nach Rejtő untersucht. 21 wurden davon operiert, wobei er die Resultate dieser Methode mit den Befunden bei der Operation vergleichen konnte. Von diesen 21 Fällen fiel die Reaktion 8 mal positiv und 13 mal negativ aus. In 7 Fällen von diesen 8 positiven wurde je ein grosses Cholesteatom nachgewiesen und nur 1 mal nicht. Bei den übrigen 13 Fällen mit negativer Reaktion fand sich dagegen nur 1 mal ein Cholesteatom und bei 12 waren nur Granulationen oder Knochnekaries und keine Cholesteatommasse vorhanden. Vergleichsweise untersuchte Verfasser bei 8 positiven Fällen makro- und mikroskopisch die Ausspülungsflüssigkeit aus dem chronisch erkrankten Mittelohr, um festzustellen, ob darin cholesteatomatöse Massen resp. Cholesterinkrystalle nachweisbar sind oder nicht. Er wies dabei nur in 2 Fällen typische Krystalle nach. Aus obigen Ergebnissen schliesst Verfasser, dass diese chemische diagnostische Methode nach Rejtő bei der klinischen Untersuchung der chronischen Mittelohrentzündung, die besonders verdächtig auf Cholesteatom ist, unentbehrlich ist. Bei diesem Verfahren verwendet man die Farbenreaktion des Cholesterins in Kohlentetrachloridlösung nach Liebermann-Burchard, dessen Intensität durch verschiedenen Bedingungen beeinflusst wird. Verfasser prüfte diese Verhältnisse kolorimetrisch und stellte folgende Ergebnisse fest:

- 1) Die Intensität der Farbe geht exakt parallel dem Cholesteringehalt.
- 2) Die Färbungsgeschwindigkeit wird durch die Einwirkung des Lichtes gefördert.
- 3) Auch bei hoher Temperatur wird die Färbung beschleunigt.

Die zweite entsteht als eine Manifestation allgemeiner Krankheiten, insbesondere der sog. Blutkrankheiten, wie Leukämien, Perniciöse Anämie, Aplastische Anämie und Agranulocytose.

Im Folgenden berichtet der Verfasser über die klinischen und obduktions Beobachtungen an 3 Fällen von Blutkrankheiten mit Gangrän der oberen Luftwege.

Fall I. 21. Lj. ♂. Das jetzige Leiden begann mit allgemeiner Mattigkeit und Rachenschmerzen. Der Pat. wurde 50 Tage nach Beginn der Krankheit im Zustand allgemeiner Schwäche und erheblicher Gangrän am Zungengrund, an Tonsillen und Epiglottis aufgenommen. Exitus nach 1 Tag.

Im Blutbild ausserordentliche Vermehrung gewisser jugendlicher Monocyten. Obduktionsbefund: Gasbildung in allen Organen und Geweben und in der Nähe der gasbildenden Stelle, Nekrose und starkes Wachstum der Welch- Fränkelschen Bazillen.

Fall II. 39. Lj. ♀. Aufgenommen mit starker Ernährungsstörung und Tonsillengangrän, die 150 Tage nach Beginn des Leidens auftrat. Nach Bluttransfusion am 9. Tage, haben die lokalen und allgemeinen schweren Symptome prompt nachgelassen, aber nach kurzer Zeit trat Leber und Milzschwellung wieder auf, und der Pat. starb unter den klinischen und hämatologischen Erscheinung der akuten lymphatischen Leukämie. Obduktionsfund: Sog. Leukanämie, die gleichzeitig die Symptome akuter lymphatischer und Perniciöser Anämie aufweist.

Fall III. 49. Lj. ♂. Aufgenommen mit starker Anämie und Tonsillengangrän, die 10 Tage nach Beginn des Leidens auftrat. Durch 2 malige Bluttransfusion wurden die lokalen und allgemeinen Symptome plötzlich gebessert, aber am 52. Krankheitstage kam eine akute katarrhalische Pneumonie hinzu, und der Pat. starb am 62. Tage. Im Blutbild ist schwere Oligocytämie und das Auftreten vieler kernhaltiger roter Blutzellen und lymphoblastoider weisser Blutzellen bemerkenswert. Obduktionsbefund: Myeloische Metaplasie der Milz, Leber, Nieren und Tonsillen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass, während die gangränöse Veränderung der oberen Luftwege erheblich ist, die Leucozyten- und Granulocytenzahl sich vermindert, und gleichzeitig mit dem Verschwinden der Leucozytenveränderung Heilung der Gangrän auftritt. Mit Ausnahme des ersten Falles, zeigen die zwei andern Fälle Oligocytämie und Oligochromämie, die sich nicht hauptsächlich an der Entstehung der Gangrän zu beteiligen scheinen, was zur Annahme berechtigt, dass die Veränderung des Leucocytensystems in inniger Beziehung mit der Gangränbildung steht. Die Bluttransfusion hat nur kurzfristigen Erfolg bei progressiver Oligocytämie, fördert

KURZE AUSZUEGE

Experimentelle Mucosus-Meningitis.

Von

Dr. Jun-ichi Shimadzu.

(Aus der Kaiserlichen Universitäts-Kinderklinik zu Osaka
(Direktor : Prof. Dr. Michio Kasahara)).

Dem Verfasser ist es gelungen, durch subdurale Injektion von Streptococcus mucosus an Hunden experimentell die Mucosus-Meningitis hervorzurufen. Einige Stunden bis einige Tage nach der Suboccipitalinfektion zeigen die Versuchstiere meningitische Erscheinungen. Der Liquor ist stark getrübt, zuweilen haemorrhagisch. Beim Stehenlassen beobachtet man Spinnwebbildung. Die Zellzahl im Liquor vermehrt sich, die Globulinreaktion ist positiv, die Zuckermenge vermindert. Die histologischen Befunde bei experimentell erzeugter Mucosus-Meningitis sind gleich denen bei eitriger Meningitis.

(Autoreferat.)

Ueber die Veränderungen der oberen Luftwege bei Blutkrankheiten.

Von

Dr. T. Maehara.

(Aus dem oto- rhino- und laryngologischen Institut der Kaiserlichen
Universität Tokyo. Vorstand : Prof. Dr. T. Masuda.

Der gangränöse Prozess, der die schwersten Veränderungen in den oberen Luftwegen zeigt, kann in zwei Formen, eine primäre und eine sekundäre geteilt werden. Die erstere, bei der gewöhnlich objektive Erscheinungen fehlen, ist der Infektion mit pyogenen- und Fäulnisbazillen an dem entzündlichen produktiven oder Prozess an den Tonsillen selbst zuzuschreiben.