144.

616.927

腸「チフス」ノ經過中ニ縦隔竇出血ヲ起セシ1例

岡山醫科大學柿沼内科教室（主任柿沼教授）

平 木 潔
勝 山 榮

[昭和 10 年 3 月 7 日受稿]

*Aus der Med. Klinik der Okayama Med. Fakultät**(Direktor: Prof. Dr. K. Kakinuma).*

Über einen im Verlauf von Typhus abdominalis
die Mediastinalblutung berufenden Fall.

Von

Kiyosi Hiraki u. Sakae Katuyama.

Eingegangen am 7. März 1935.

Verfasser berichten eine äusserst seltene Mediastinalblutung als Komplikation des Typhus abdominalis; ein gleicher, zumindest ein ähnlicher Fall war uns in der Literatur nicht begegnet.

Der Kranke war ein 24-jähriger Mann. Seit Anfang Oktober 1934 klagte er über Kopfschmerz, allgemeine Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Husten, am 9ten des Monates trat Schüttelfrost mit hohem Fieber auf. Er wurde auf die Diagnose Typhus abdominalis hin sofort aufgenommen. Im Krankbett verlief die Erkrankung als schwere Form: Puls von Anfang an beschleunigt, Zunge fuliginös dick belegt, Stuhlgang anfäng-

lich zur Verstopfung neigend, aber bald darauf diarrhoeisch, vorläufige subikterische Verfärbung an den Conj. Bulbi und Ende Oktober Auftreten von Darmblutung.

Anfang November begann das bisher hohe Kontinua-Fieber zu remittieren, und man glaubte schon an eine Genesung. Aber am 13ten des Monates (am 42ten Krankheitstag) trat sehr früh am Morgen plötzlich in der Epigastrialgegend und an beiden Schultern ein ausstrahlender heftiger Schmerz auf. Der Patient fiel sofort unter Schreien in Kollapszustand; nach der Injektion von Herzmitteln schien er sich zu erholen, doch am Abend

desselben Tages, um 8 Uhr, starb er schliesslich bei einem gleichen Anfall, trotz aller symptomatischen Behandlungen wie Injektion von Herzmitteln, Bluttransfusion usw.

Die Sektionsbefunde erwiesen, dass alle diese Symptome durch die Mediastinalblutung als äusserst seltene Komplikation des Typhus abdominalis bedingt waren. (Kurze Inhaltsangabe.)

緒 言

腸「チフス」ノ經過中ニ大出血ヲ來セル例ハ腸出血ヲ除外スルモ尙ホ相當ニ有ス。然レ共其ノ多クハ皮下出血, 鼻出血, 齒齦出血, 子宮出血等ノ Manifest ノ出血性素質ヲ呈セル所謂出血性「チフス」ノ經過中ニ起リシモノニシテ, 臨牀上特ニ出血性素質トモ言フベキ狀ヲ認メズシテ, 其ノ經過中ニ大出血ヲ起セシ例ハ腸出血ヲ除外スル時ハ, Schlesinger (1903)ガ2例ノ胃出血ヲ報告セシ以來内外ノ文獻ヲ涉獵スルモ其ノ例甚少シ。

余等ハ昭和9年10月12日以來腸「チフス」ノ診斷ノ下ニ入院治療中, 11月13日(第42病日)午前4時ニ至リ突然激甚ナル上腹痛竝ニ兩側殊ニ右側肩痛ヲ伴フ虛脱症狀ヲ呈シ, 種々考慮ノ結果腹部ニ何カ穿孔セシモノヲ有スルニ非ズヤトノ疑ノ下ニ試驗的開腹術ヲ施行セシモ腸穿孔ハ元ヨリ前記ノ症狀ヲ惹起セシ原因ト認ムベキモノヲ明ニシ得ズ, 然ミナガラ幸ニシテ一時多少輕快シ居タリシニ, 同日午後8時30分再ビ同様ノ發作起リ遂ニ不幸ノ轉歸ヲトリシ1例ヲ經驗シ, 死後病理解剖ノ結果縱隔竇大出血ナル稀有ノ事故ノ爲ニ上述ノ發作ヲ招來シ死亡セシコト明トナリシヲ以テ茲ニ報告セントス。

症例記述

患者 ○中○二 24歳 大學生 未婚

昭和9年10月12日入院シ同年11月13日死亡退院セリ。

主訴. 全身倦怠感竝ニ高熱。

家族歴. 父系ノ祖父ハ72歳ニシテ肺氣腫ニテ死シ, 同祖母ハ88歳ニテ尙ホ健在, 母系祖父ハ52歳ニテ肺結核ノ爲斃レ, 同祖母ハ43歳ニテ腹水ヲ生ジ死セリ。父ハ現在54歳ニテ健在, 母モ亦50歳ニテ健康ナリ。

兄ハ28歳ニテ健在, 患者ハ次男ニシテ3男ハ22歳, 長女20歳, 4男16歳ニシテ何レモ健在ナリ。

既往症. 患者ハ生來健康ニシテ著患ヲ知ラズ, 高等學校時代ヨリ柔道ノ選手トシテ活躍, 大學ニ入リテヨリハ更ニ陸上競技部員トシテ奮闘シ居タリ。喫煙セズ且酒客ニモ非ズ。

現病歴. 昭和9年10月初メヨリ頭痛, 倦怠感咳嗽アリ, カカル狀態ニテ約1週ヲ經過セルモ症狀消退セザルノミナラズ, 更ニ熱感加里10月9日ニ至リテハ遂ニ惡感戰慄ヲ以テ38.0°Cニ發熱セリ。醫師ノ診察ヲ受ケ白血球減少症アリト言ハル。即チ白血球數1立方mm中4000ナリキト。12日「腸塞扶斯」トシテ岡山醫科大學柿沼内科隔離病棟ニ入院セリ。當時食慾不振ニシテ便秘ノ傾向アリ, 體溫39.0°C前後ニシテ頭痛及ビ全身倦怠感アリ, 腹痛, 嘔吐, 尿失禁, 意識障礙等無シ。

入院時現症. 身長中等大, 體格榮養共ニ良, 筋肉竝ニ皮下脂肪共ニヨク發育セリ。皮膚ハ溫ニシテ稍々乾燥セリ。Cyanose, 黃疸色, 浮腫, 發疹等ヲ認メズ。脈搏整調ニシテ可成ノ緊張ヲ有セ

ルモ脉搏數1分間ニ約110ニシテ速脈ナリ。呼吸ハ胸腹式ニテ平靜、意識障礙全然認メズ。

各部。

頭部。毛髮正常、顔貌幾分無慾狀ナルモ其ノ他ニ異狀ヲ認メズ。耳腔ニモ異常無シ

眼。眼瞼結膜ニハ輕度ノ充血ヲ認メ、眼球血膜ニ黃疸色無シ。瞳孔ハ左右同大圓形ニシテ光ニ對シ敏速ニ反應縮小ス。

鼻腔。閉塞シ爲ニ患者ハ常ニ口ヲ開キ口腔竝ニ咽頭ハ乾燥セリ。

口唇ハ乾燥シ舌モ亦乾燥、灰白色ノ舌苔ニテ覆ハレ、扁桃腺ハ極ク輕度ニ腫脹シ多少充血ヲ示セリ。咽頭亦前述セシ如ク乾燥充血セリ。

下顎部竝ニ側頸部淋巴腺腫脹ヲ觸レ得ズ、胸廓ノ形狀ニモ異狀ナシ。

肺肝濁音界ハ右乳線上ニテ第6肋骨ノ部ニ存シ、心尖搏動ハ第5肋間腔ニテ左側乳線上ニ觸知サル。心音ハ總テ純ナリ。

肺臟ハ右肺尖部ハ短音呼吸音銳利ニシテ呼吸延長セリ。其ノ他ノ部ニテハ只時々乾性羅音ヲ聞クノミ。

腹部ハ全體ニ輕ク膨隆セルモ壓痛ナシ。廻盲部ヲ壓迫スレバ騒音ヲ聞ク。肝、脾臟ヲ觸レ得ズ。

上下肢ニ運動障礙竝ニ知覺異常ナク、膝蓋腱反射普通ニ存シ、Babinski氏現象等ナシ、且脛骨緣ニ浮腫ヲ證明セズ。

諸検査所見

血液像。赤血球ハ1立方mm中530萬、白血球ハ4,800%, 血色素量ハ101 (Sahli氏法)、白血球ノ種類ハ次ノ如シ。即チ中性嗜好性白血球54%, 淋巴球43%, Eosin嗜好性白血球0%, 大單核及ビ移行型3%。

尿所見。

黃褐色透明、比重1022、反應中性、蛋白反應糖、Indican, Urobilin, Azeton, Gmelin試驗何レ

モ(-), Urobilinogen(+), Diaze反應ハ(-)ナリキ。鏡檢上何等異常ヲ認メズ。

糞便所見。

黃褐色、硬度普通、消化良、粘液及ビ膿ヲ認メズ。潜在出血トシテハBenzidin反應弱(+)ナレ共「Gnajak」反應ハ(-)ナリキ。鏡檢上蟲卵ヲ認メズ。

入院後ノ經過。

10月12日(第10病日)。本日入院ス。直ニ前述ノ血液像、尿、糞便検査等ヲ行フ。

10月14日(第12病日)。午前10時頃突然發作的ニ腹痛アリ、Pantopon 0.3cc注射セルモ止ラズ、12時過ニ至リ漸ク緩解セリ。

Widal氏反應。「チフス」菌ニ對シ2時間100倍、24時間500倍陽性。

血液膽汁寒天培養法ニテ血液1ccヨリ38箇ノ「チフス」菌集落ヲ生ズ。

糞便及ビ尿ヨリハ菌證明(-)。

10月15日。本日ノ發熱最高40.2°Cニ及ビ脉搏數ニシテ110前後ナレド緊張可成良、便秘強キ故浣腸ヲ行フ。本日ニ至リ脾臟ヲ初メテ觸レ得タリ。Lock氏液500ccノ皮下注射ヲ行ヘリ。

10月18日(第16病日)。體溫38.5°C前後ニ稽留ス。咳嗽喀痰アリ、下痢5回、水樣便ニシテ粘液膿ハ之ヲ混ゼズ。爾來毎日數回ノ下痢ヲ續クルニ至リ脉搏ハ最初ヨリ毎日Digitalis 0.1ヲ用ヒツツアルモ依然トシテ頻數ニシテ緊張モ亦幾分惡クナリ、食慾全ク無シ。而モ兩側扁桃腺上ニ潰瘍ヲ作リ舌苔ハ愈々厚ク煤色トナリ乾燥シ裂傷性トナリ、加フルニ本日ハ血液膽汁寒天培養ニヨリ血液1ccヨリ23箇ノ菌集落ヲ證明シ、稽留性ナリシ熱型段ニ第3週ニ入リタルニ拘ラズ何等弛張ノ徵サヘモ見セズ、下痢ハ依然トシテ數行、愈々重症腸窒扶斯ナルコトヲ強ク印象付ケラルルニ至レリ。本日ヨリ隔日ニLock氏液500ccニ40%、葡萄糖

20 cc, 安那加 1 cc を加へシモノ、並ニ其ノ他ノ強心劑ヲ毎日皮下注射スル事トセリ。體溫ハ依然トシテ 39.5°C 前後ニ稽留ス。

10 月 23 日(第 21 病日)。昨夜來睡眠障礙サレ譫語アリタルモ本朝ニ至リ平靜トナレリ。脈搏ノ狀依然緊張弱ク頻數細小ナリ。本日ハ下痢 2 回。眼球結膜多少ノ黃疸色ヲ呈ス(但シ之ハ 2—3 日ニシテ正常ニ復セリ。

10 月 26 日(第 24 病日)。發病後既ニ 4 週ニ入リタルモ依然高熱稽留シ、本日ハ血液汁寒天培養ニヨリ血液 1 cc ヨリ 19 箇ノ菌集落ヲ證明ス。糞便並ニ尿ニ依リ遠藤氏寒天培養ノ成績ハ(—)ナリキ。本日下痢 6 行。

10 月 28 日。午後 11 時頃ニ至リ遂ニ腸出血ヲ來ス。量凡ソ 70 cc ナリキ。直ニ氷囊ヲ廻腹部ニ當テシメ 10% 食鹽水 10 cc, 並ニ Thrombogen 5 cc ノ皮下注射ヲナシ阿片丁幾ヲ與フ。

10 月 29 日(第 27 病日)。午前 6 時過 20 cc, 午前 11 時同ジク約 20 cc ノ腸出血アリ、輸血 170 cc ヲ行フ。Lock 氏液ノ隔日注射並ニ強心劑ノ注射ハ依然毎日續行シツツアルモ脈搏ノ性狀險惡ニシテ體力非常ニ衰弱ス。

本日ノ尿所見次ノ如ク蛋白陽性ナリキ。

黃褐色半透明。比重 1022。酸性尿ニシテ蛋白反應ハ Sulfosalicylsäure, Heller, 煮沸試驗何レモ(+)、糖、膽汁色素, Urobilin, Urobilinogen 等ノ試験(—)、入院當時(—)ナリシ Diazo 反應ハ(+)トナリ居レリ。鏡檢スルニ顆粒狀圓壻ノ相當存在スルヲ認メタルモ赤血球並ニ白血球、扁平上皮等ハ認メ得ザリキ。

11 月 3 日(第 32 病日)。10 月 28 日及ビ 29 日ノ腸出血以來 Lock 氏液ノ注射ヲ隔日ニ施行シ來リシモ狀態惡キヲ以テ毎日 500 cc ノ注射ヲナスコトトセリ。發熱毎日依然トシテ 39.0°C 前後ニ稽留シ脈搏依然頻數微弱ナリ。腸出血ハ其ノ後無ク且

Opium 丁幾ヲ用ヒシタメカ數日前迄ハ毎日數行ノ下痢便ヲ排出シ居タルモ 2, 3 日前ヨリハ 1 日 1 回位ニ回數ヲ減ジタリ。

本日ノ尿所見次ノ如シ。

蛋白反應ハ Sulfosalicylsäure 煮沸試驗(+), ナレドモ Heller 氏法ニヨリテハ(±), Diazo 反應(+), 顯鏡檢査ニヨリ顆粒狀圓壻 2—3 箇ヲ認メタルモ赤、白血球、上皮細胞等ヲ認メズ。

11 月 6 日(第 35 病日)。熱ハ依然 39.0°C 前後ニ稽留シ脈搏頻數ナレ共緊張幾分良。咽頭痛ヲ訴ヘシ故 Protargol ヲ塗付ス。發病後將ニ第 6 週ニ入ラントスルモ癰瘡生ゼズ。此頃ニ至リ脾臟ハ觸レ得ザルニ至リシモ廻腹部騒音ハ依然存ス。食慾惡シキモ氣分良好。本日ヨリ Lock 氏液注射ヲ再ビ隔日トナス。

11 月 9 日(第 38 病日)。本日ニ至リ體溫漸ク午前 8 時, 37.7°C ニ下降ス。

尿檢査。淡黃褐色半透明、酸性尿ニシテ比重 1020, 蛋白反應ハ Sulfosalicylsäure 煮沸試驗, Heller 氏法何レモ(+), 檢鏡スルニ圓壻少數存在シ。赤、白血球、扁平上皮モ亦少數存在スルヲ見ル。但シ Diazo 反應ハ本日ニ至リ(—)ナリキ。

血液像。白血球數 6500, 赤血球 345 萬, 白血球ノ種類ハ中性嗜好性白血球 75%, 淋巴球 22%, 大單核及ビ移行型 3%, Eosin 嗜好性白血球 0% ナリキ。

Wiedal 氏反應。2 時間 1000 倍, 24 時間 2000 倍陽性ナレド血液ヨリハ膽汁増菌法ニ依リ菌ヲ證明セズ。糞便並ニ尿ヨリノ遠藤氏寒天培養ニヨル「チフス」菌證明モ(—)ナリキ。

11 月 12 日(第 41 病日) 10 月 29 日以來腸出血モ再來セズ、便通モ軟便ナリトハ言ヘ隔日 1 回位ニ減ジ、熱型又幾分弛張シ初メ午前中ニハ最近 38.0°C 以下ヲ示シ殊ニ今朝 8 時

檢溫時ハ37.4°Cニシテ脉搏數モ亦100前後トナリ緊張モ可成良ク、患者ノ氣分次第ニ良好トナリツツアル故漸次解熱シ行クモノナラント一同初メテ愁眉ヲ開ケリ。

血液像、赤血球360萬、白血球7000、白血球ノ種類ハ中性嗜好性77%、淋巴球19%、大單核及ビ移行型4%ニシテ依然 Eosin 嗜好性白血球ハ認メザリキ。

11月13日(第42病日)、午前4時過ギ右向キトナリ含嗽ヲナセシ際突然右肩ニ激痛ヲ訴ヘ次デ左肩及ビ胃部ニモ及ビ、顔貌ハ蒼白トナリ脉搏ハ一時觸レ得ザル程度ニ細小トナリ冷汗ヲ出シ虚脱症狀ヲ突發セリ。患者ノ言ニ依レバ非常ナル激痛ニシテ(特ニ右肩)且呼吸モ止リサウナ位ナリシ由。直ニ各種強心劑ノ注射ニヨリ苦痛幾分緩解シ脉搏ヲ觸レ得ルニ至ル。嘔吐ナシ。

午前10時頃ノ所見。體溫36.2°C、顔貌幾分苦悶狀ニシテ蒼白、脉搏頻數細小緊張微弱ナリキ。

胸部ニ著變ナキモ只僅ニ呼吸音減弱セルヲ認ム。(背部ハ患者ノ狀其ノ診察ヲ許サザリキ)。

尙ホ兩側殊ニ右側肩胛部ニ激鈍痛ヲ訴フ。肝臟濁音ハ存在シ腹部ハ幾分陷沒シ上腹部ニハ非常ナ壓痛アリ殆ド充分ナル觸診ヲナシ得ザリキ。Défense musculaireヲ認メズ、然レ共上腹部ハ多少硬ク觸ル。廻胃部ニ異常ヲ認メズ。強心劑竝ニ Pantopon 注射及ビ Lock 氏液500ccノ注射ヲナス。即チ只1回ノ嘔吐モ無ク肝臟濁音ノ消失モ認メズ、腹部膨滿モ來サズ尙ホ Défense musculaire サヘモ認メザル等腹膜炎トシテノ完全ナル徵候ヲ具有セ

ズ且穿孔性腹膜炎トシテハ餘リニモ肩痛激烈ニ過ギルモ他ニ現在ノ患者ノ狀ヲ説明スルニ足ルベキ他覺の所見見當ラザリシヲ以テ或ハ何カ穿孔セシモノノアルニハ非ザルカ、トモ考ヘ且ハ徒ラニ時間ノ經過ヲ許サザル狀態ナレバ直ニ津田教授ニヨリ午後4時10分ヨリ病室ニ於テ試験的開腹術ヲ施行セリ。

手術ハ局所麻酔ノ下ニ約1時間ニシテ終リ最後ニ肘靜脈ヲ露出シ輸血250ccヲナス。開腹所見トシテハ腹膜ハ全ク異狀ナク勿論腸ニ穿孔ヲ認メズ、只肝臟及ビ膽囊ノ輕度ニ肥大セルヲ見タルノミニシテ他ニ何等上述ノ症狀ヲ説明スルニ足ルベキ所見ヲ見ザリキ。手術中患者ノ意識明瞭ニシテ脉搏ノ狀時ニ惡シキコトアリシモ輸血後ハ相當ノ緊張ヲ示シ其ノ後午後8時頃迄狀態比較的良好ナリキ。

午後8時 Lock 氏液ノ注射ヲナスベク病室ニ至リシニ患者ノ氣分比較的良好脉搏頻數ナレド緊張可成ヨク、只上腹部ノ壓痛ト兩側殊ニ右側肩痛ハ依然輕減セズ。脉搏ヲ觸レツツアリシニ再ビ突然「右肩ガ痛イ」トノ悲痛ナル叫聲ト共ニ左手ヲ以テ右肩ヲ壓シ顔貌苦悶狀トナリ脉搏殆ド觸レ得ズ、顔色全ク蒼白トナリ冷汗ヲ出シ瞳孔ハ小ニシテ對光反應無ク見ルニ堪エザル狀態ニ立チ至レリ。直ニ各種ノ強心劑ヲ注射シ酸素吸入ヲ行ヒシモ8時35分ニ至リ瞳孔散大シ遂ニ8時40分不歸ノ客トナル。

(附記) 本患者ハ9月下旬友人10人ト一夜食ヲ共ニシ其ノ内7人迄腸「チフス」ニ罹患シ而モ何レモ重症ノ經過ヲトリ患者ヲ合シテ4人死セリト言フ。

病理解剖(11月14日), (濱崎助教授御執刀)

病理解剖所見摘要,

體重 41 kg, 身長 163 cm ノ體格良榮養稍々不良
ノ一男性體。上腹部輕度ニ陷没シ白線ニ沿ヒ劍狀
突起ヨリ臍左方ニ達スル手術創アリ。大網ハ多少
充血シ上腹部ニ捲縮シ左縁ハ上行結腸ト癒着スル
モ内臓腹膜平滑ニシテ癒着ヲ認メズ。

胃小灣ト肝門部門ニ於テ後腹膜組織ニ暗赤色
ノ物質ヲ透見ス。横隔膜位ハ左側第五肋間腔
右側, 第六肋骨下縁ニ相當ス。

胸腔ヲ開クニ左胸腔ニ血液凝塊ヲ有スル約
1000cc ノ暗赤色ノ液體ヲ容レ, 右胸腔又同様
ノ液ヲ 350cc 有ス。肋膜兩葉癒着ナシ。

縦隔膜ニ於テ左肺門部ヨリ胃噴門部ニワタ
リ捏粉様軟ナル暗赤色ノ腫瘍アリ。腫瘍頂點
ニ於テ組織崩壊ヲ見ル。右肺門ニ於テモ左側
ヨリ稍々小ナル腫瘍ヲ認ム。

心囊内ニハ約 10cc ノ黃色透明ナル液體アリ, 心
臟ヲ摘出スル際切断セラルル血管ヨリ出ズル血液
ノ量甚少シ。

心臟。大人ノ手拳大ニシテ右心房稍々擴大セル
モ内ニ血液ヲ有セズ。左心室モ亦可成リ擴大ス。
心筋ノ萎縮ヲ認ム。

脾臟。表面平滑ニシテ Cyanose ノ色調ヲ帶ブ
髓質著明ニ腫脹シ, 髓胞亦肥大セリ。

左腎臟。表面多少充血シ星狀靜脈ヲ少數認メ
得。皮質髓質ノ境界稍々不明ニシテ多數ノ絲毯體
縮子様腫脹ヲナセリ。

右腎臟。腎上端ニ於テ腎囊ニ少量ノ暗赤色凝血
ヲ認ム。表面充血シ星狀靜脈ヲ擴大ヲ見ル。皮質
髓質ノ境界不明。皮質ノ境界不明皮質ニ於テハ切
面ニ於テ腫脹セル絲毯體ヲ認ム。

小腸。空腸迴腸共ニ貧血, 但シ處々斑點狀ニ充
血ス。迴腸 下端ヨリ 40 cm 上位ヨリ 下方ハ直径

0.8 cm 前後ノ淺キ潰瘍ヲ稍々多數ニ認ム。空腸下
端 Peyer 氏腺ニ相當シテ多數ノ潰瘍アリ。

潰瘍底ハ粘膜下層ヨリナル。盲腸後壁ニ直径約
1.5 cm ノ圓形潰瘍アリ。

結腸。一般ニ粘膜貧血シ上行結腸粘膜ノミ充血
ス。

胃。胃底多少充血スル他物質缺存部ナシ。

脾臟。間質稍々充血シ實質ハ蒼白ナリ,

肝臟。表面平滑, 切面褐色ニシテ多少黃味ヲオ
ビ小葉構造不鮮明ナリ。實質腫脹セリ。

門脈, 肝靜脈, 下空靜脈ノ内面ハ平滑ナリ。

膽囊。著變ナシ。

左肺。表面平滑ニシテ輕度ノ邊縁性肺氣腫ア
リ, 肺ハ一般ニ萎縮シ肺門部ニハ前記縦隔竇ヨリ
ノ血液滲出アリ。肺血管ニハ變化ナク且肺門淋巴
腺腫脹セズ。氣管支粘膜ハ多少充血スルモ肺内血
管ニ變化ナシ。

右肺。表面平滑ニシテ肺門ニテハ左肺門同様血
液滲出ヲ見ル。肺臟切面多少充血ヲ示ス。

頸部臟器。食道粘膜ハ貧血シ多數ノ髓胞腫脹セ
リ。氣管下半部ノ粘膜ハ輕度ニ肥厚シ表面微細ニ
顆粒狀ヲ呈ス。

大動脈。壁ハ稍々菲薄ニシテ, 内面ハ平滑ナリ。

氣管ノ分枝點ノ高サヨリ食道後面ニ食道ヲ
中心ニシテ下方ハ噴門ノ部及ビ尙ホ一部ハ胃
小灣ノ高サニ及ブ所ノ, 縦隔竇ヨリ後腹膜組
織ニ擴ル暗赤色ノ腫瘍アリ。切リテ見ルニ網
狀ニ連ル纖維性物質ヲ有スルヲ知ル。食道後
面ヲコノ腫瘍ヨリ剝離スルニ噴門ヲ去ル 5cm
ノ處ニテ固ク腫瘍ト癒着シ其ノ部ニ纖維素ヲ
稍々多量ニ認ム。

骨盤臟器, 中樞神經系統ハ著變ナキ故略ス。

組織學の所見。

心臟。筋纖維萎縮シ少數ノ褐色色素ヲ混ズ。

脾臓。腫胞萎縮甚シク髓質ハ淋巴球様細胞甚シク減少シ所々出血アリ。Splenozyten 組織球ヲ比較的多數ニ見ル。喰菌作用即チ Erythrophagie ヲ見ル。

脾臓。實質ニ散在性ニ壊死アリ青色ニ染リ石灰沈着ヲ思ハシム。之ハ元來實質細胞ナリシカ又ハ實質中ニ存セシ脂肪細胞ナルカ明瞭ナラズ。此壊死ト無關係ニ間質ニ少數ノ淋巴球ノ現ルル部分アリ。又散在性ニ間質ニ脂肪細胞ノ新鮮ナル壊死部アリ。

肝臓。肝上皮細胞ノ解離。原形質濁濁アリ。星狀細胞ノ肥大稍々著明ナリ。

腎臓。糸絛體腫脹シ篩係ハ浮腫様膨化シ淋巴球少數並ニ硝子様圓柱ヲ見ル。細尿管主部ハ屍體變性著明ニシテ蛋白圓柱ヲ少數見ル。

肺、胃、著變ナシ。

腸潰瘍。粘膜層ヲ缺如シ粘膜下層ニ及ブ。淋巴球多ク存シ Makrophagen ヲ見ルコト稀ナリ。大腸潰瘍ハ基底清潔ニシテ平坦粘膜下層殊ニ血管周圍ニ多數ノ淋巴球、單核細胞、組織球等ノ滲出ヲ見ル。

食道出血部。食道外層 (Tunica adventitia) ヨリ出血セルモノナルベク此部ニ多數ノ纖維素拆出アリ。血液ハ外方ニ多量ニ流出セルノミナラズ食道ノ外筋層ニ浸入シ此層ノ一部ヲ崩壊セリ。

胃、肺、睪丸、副腎、大腦ニ就テハ略ス。

病理解剖的診斷。

(1) 手術後狀態、(2) 腸「チフス」、(3) 縱隔竇出血、(4) 兩側血胸、(5) 肺臟膨脹不全、(6) 急性糸絛體性腎炎、(7) 肝實質性變性、及ビ肝脂肪變性、(8) 急性增生性脾炎、脾充血及ビ脾出血。

考 按

腸「チフス」ノ經過中ニ起ル特發性出血トシテハ周知ノ腸出血ヲ除外スル時ハ比較的稀有ニシテ、所謂出血性「チフス」ニ關スルモノガ大部分ナリ。今成書ノ記載ヲ見ルニ Matthes ハ脾臓破裂ニヨル大出血ノ他ニ胃出血、咯血ヲ稀ニ見ルコトアルヲ注意シ、更ニ鼻出血、皮下出血等ノ出血性素質ヲ呈スル出血性「チフス」ニ就キ記載セリ。而シテ Mohr und Staehelin, Kraus und Brugsch ノ Lehrbuch ニ於テモ大同小異ニシテ腸「チフス」ノ經過中ニ起ル特發性出血ハ非常ニ稀有ノモノトナセリ。況ンヤ我々ノ例ニ見ルガ如キ縱隔竇大出血ニ就テハ何レノ成書ニモ記載ナシ。

Staehelin und Bergmann ノ Handbuch ノ縱隔竇出血ノ項ヲ見ルニ次ノ如ク記述セリ。

深部ニ達スル外傷ニ依リ縱隔竇出血ヲ起スコトアルハ當然ナリ。然ナガラ尙ホ鈍器ニ依ル外傷ニテ胸骨ノ不全骨折ヲ起ス如キ場合ニ於テモ、更ニ食道及ビ氣管ノ外傷ニ依リテモ縱隔竇出血ヲ起シ得。最モ屢々見ラルルハ大動脈或ハ其ノ他ノ小動脈ニ生ゼシ動脈瘤ノ穿孔ニ依ルモノニシテ何等ノ症狀ヲ呈セザル程度ヨリ死ニ至ル迄色々ノ程度ノ出血ヲ來ス、ト。即チ腸「チフス」ハ勿論他ノ傳染病ノ經過中ニ縱隔竇出血ヲ來スコトニ關シテハ一言ノ記載モ見ズ。特發性出血ヲ起スニハ血管壁ノ變化並ニ血液ノ性状更ニ血管周圍組織ノ變化及ビ血壓ノ關係ガ重要ナル因子ヲ構成スルハ明ナリ。

而シテ前2者ハ腸「チフス」菌ノ毒力ノ強弱換言スレバ病氣ノ輕重ニ關係スルコト大ナリ

ト考ヘラルルヲ以テ、我々ハ先ヅ本例ガ如何ニ毒力強キ菌ニヨル傳染ナリシカ、即チ「チフス」トシテ如何ニ重症ノモノナリシカニ關シ考察シ、次ニ腸「チフス」ノ際起リ得ベキ血液竝ニ血管壁ノ變化、更ニ出血ノ因子トシテ考ヘ得ベキ周圍組織殊ニ淋巴裝置及ビ血壓ニ關シ論ジ、最後ニ腸「チフス」ノ經過中ニ起リシ大出血ニ關スル文献ヲ涉獵シ我々ノ例ニ於ケル縱隔竇大出血ノ成立機轉或ハ其ノ原因ト思ハルルモノニ就キ總括スベシ。

本例ハ腸「チフス」ニ比較的特有トセラルル遲脈ヲ示スコトナク最初ヨリ脈搏數恒ニ 100—120 ヲ算シ、血液ヨリ多數ノ「チフス」菌ヲ證明シ、一過性ナレドモ一時眼球結膜ニ輕キ黃疸色ヲ呈シ、最初ハ便秘ノ傾向ヲ有シ居タリシモ後ニハ頻回ノ下痢便ヲ出スニ至リ、ノミナラズ第 26、第 27 病日ニハ遂ニ腸出血ヲ來セリ。即チ腸「チフス」トシテハ相當重症ナリト思考サルル症狀ヲ具ヘ居タリキ。之等ニ關シ今少シ詳述センニ、二本博士ニ依レバ血液中ニ證明サル菌數ガ 1cc 中 5 箇以內、輕症、30—50 箇以內ハ中等症、50 箇以上重症、200—250 箇以上ハ最重症ニシテ殆ド豫後不良ナリト。清岡氏モ 25—50 箇以上ハ死亡率 55.0%、250 箇以上ハ豫後絶對ニ不良ナリト言ヘリ。本例ニ於テハ第 12 病日ノ検査ニ於テ血液 1cc 中ヨリ 38 箇、第 14 病日 23 箇、第 24 病日ニ至ルモ尙ホ 19 箇ノ菌ヲ證明シ第 38 病日検査セシ際始メテ陰性ナリキ。

次ニ一時的ナレドモ我々ノ患者ノ呈セシ黃疸ニ就キ述ベシニ、腸「チフス」ニ黃疸ヲ來スコト稀ナルハ多クノ學者ノ一致セル所ニシテ Liebermeister ノ統計ニ依レバ、

「バーゼル」ノ「クリニツク」 1420 中 26

Griesinger

600 10

Hoffmann

250 中 10

駒込病院入院患者ニ就キ村山氏ノ報告ニ依レバ 5530 例中 55 例ナリト。

而シテ黃疸ノ原因トシテ考ヘラレ居ルモノハイ) 肝細胞ノ變性ニ基ク機能障礙、ロ) 膽囊炎ハ十二指腸加答兒等アリ、更ニ Curschmann ハ肝實質ノ高度ノ急性腫脹及ビ其ノ結果タル小葉間膽汁鬱積竝ニ肝膿瘍ヲ舉ゲ居レリ。コノ中佐藤氏ヲ初メ我國ニ於ケル報告者ニ依レバ膽囊炎ニヨルモノ多シトナスモ大部分ナレド、我々ノ例ニ於テハ當時右季肋部ノ壓痛モ無ク、又膽囊腫脹モ觸レズ恐ラクハ Liebermeister ノ「チフス」菌毒ニ依ル肝細胞變性ニ基ク機能障礙ニ基キシモノナランカ。我國ニ於テモ蓮池氏ハ種々考察ノ結果肝臟機能障礙ニ因ルモノナラント思ハルル 3 例ノ黃疸ヲ伴ヒシ腸チフスヲ報告セリ。

次ニ下痢ニ就キ一言センニ、腸「チフス」ノ際ノ下痢ノ原因ニ關シ Osler, Mc. Crae 氏等ハ潰瘍ニヨリテ起ルヨリモ寧ロ加答兒ニヨリテ起ルトシ、又結核ニ於ケルガ如ク大腸ニ變化多キ時下痢多シトナセリ。Liebermeister ハ廻腸ノ下部ノ變化ニ依リ起ルト言フ。何レニシテモ中毒症狀ノ強盛ナル時多シト言ヒ得ベシ(村山)。且豫後ニ於テモ下痢アル患者ハ下痢無キモノニ比シ惡シ。例ヘバ Curschmann ハ下痢ハ一般ニ危險大ナリト述べ、Griesinger ハ永ク繼續スル下痢ハ豫後ヲ惡クストナシ、Osler, Mc.-Crae 兩氏ハ下痢ハ重大ナル症狀ナリ、即チコハ重篤ナル中毒力或ハ腸ニ於ケル解剖的變化ガ廣汎ナルカヲ示スモノナレバナリ、ト言ヘリ。稻田教授ハ下痢 1 日 5 回以上、1 週以上繼續スル時ハ豫後不良ナリトナセリ。我々ノ例ニ於テハ發病後 14 日ヨリ下痢便トナリ多キ時ハ 1 日 8 行、一時回數減少セシモ再ビ増加シ遙ニ第 26、第 27 病日ニ至リ腸出血ヲ惹起セリ。

腸出血ハ我國ニ於テ約 10% 内外ニ來ルモノニ

シテ東大稻田内科ニ於テハ13年間平均1.1%ナリト言フ。外國ノ例ヲ見ルニ一般ニ少クシテ

Curschmann	5—7 %
Liebermeister	7 %
Strümpell	9 %
Lochmann	3—6 % ナリ

而シテ腸出血ニヨリ死亡セル割合ヲ見ルニ、佐藤氏40%、伊澤氏20—29%、大阪桃山病院(水原氏)50.7%、大橋氏59%、稻田内科教室30.7%、Griesinger 31.2%、Curschmann 20—34%、Liebermeister 38%ナリ。

即チ腸出血ヲ來ス位ノ患者ハ概シテ相當重症ナルモノナレバ(稻田)、上述ノ諸症狀並ニ症例記述ノ頃ニ於テ付記セシ所ヲ參照スル時ハ本症例ハ毒力強キ菌ノ傳染ニ依ル相當重症ナル症例ナリト見做シ得ベシ。

擬テ腸「チフス」ノ經過中ニ於ケル出血例トシテハ前述ノ如ク腸出血ヲ除外シテ考フル時ハ所謂出血性「チフス」ニ關スルモノ其ノ大部分ヲ占ム。即チ腸「チフス」ノ經過中出血性素質ヲ呈シ皮下出血、鼻出血等ヲ來スモノニ關シテハ先ヅ1853年Richter氏ニヨリ記載サレ次デTrousseau氏ハ斯ルモノヲバfièvre putride hémorrhagiqueナル名稱ノ下ニ記述シ、出血性「チフス」(hämorrhagischer Typhus)ナル名稱ハHeinrich, Carschmann(1898)ニ始マル。本症ハ比較的稀ナル合併症ナリト雖今日ニ於テハ相當多數ノ報告アリ古クハ前記諸氏ノ他ニHenoch氏ハ1903年ニ血液ヲ混ジタル下痢ト共ニ鼻出血並ニ咽頭出血ヲ起セル1例ヲ報告セリ。Baginski氏ハ1905年ニ強キ鼻出血ノ他ニ腸出血並ニ皮下出血ヲ生ゼルモノヲ報告シ、Heubner氏ハ1906年

ニ腸「チフス」ノ後半期ニ皮下點狀出血及ビ廣範圍ニ互レル皮下出血ヲ起セル症例ヲ報告セリ。然シナガラ以上ノモノハ只其ノ症例報告ニ止リ詳細ナル推論、觀察ヲ缺如セルモSchottmüller氏ハ自著Infektions Krankheiten中ニ相當詳細ナル記述ヲナセリ。其ノ後漸次報告例増加シGriesinger, Wanderlich, Liebermeister, Wagner, Weil, Gerhardt, Türk等次デ近年ニ至リテハ田中, Curschmann, Walko, Hersenheiser, Herz, Katznelson, Stahl, 丸山, 小田, 三橋, 佐藤, 伊庭, 伊藤, Röpel, Andibert, 相良及ビ中村, 西山等ノ報告アリ。而シテ其ノ頻度ヲ見ルニ、

Liebermeister	1900 中	3 例	(0.16 %)
Weil	150	1	(0.66 %)
Uskins	6315	4	(0.06 %)
Curschmann	2000	6	(0.3 %)
Hersenheisen	1486	15	(1 %)
小田	82	4	(4.8 %)
駒込病院(村山)	5530	52	(0.9 %)

即チ殆ド1%以下ナルコトヲ知ル。

出血性「チフス」ニテ最モ多ク遭遇スルハ皮下出血ニシテ胸下部、心窩部、ノ皮膚ニ溢血ヲ來スモノ最多シ。虱血ハ時ニ大出血トナルコトアルモノハ寧ロ稀ニシテ齒齦出血ノ容易ニ止ラザリシ例アリ。胃出血ハ寧ロ少ク更ニ稀ニハ咯血ヲ來スコトアリ。而シテ之等出血性素質ヲ呈スルニ至ル原因ニ關シテハ從來色々ノ説ガ擧ゲラレテ居ル。

初メBaginskiハ本症ハ生來出血性素質ヲ有セルモノ或ハ壞血病ニ罹レルモノニ限リテ發現ストナシタルニ對シSchottmüllerハ出血性素質ハ豫メ存在セシモノニ非ズ、腸「チ

フス」ノ經過中ニ新ニ起ルモノナルベシト言ヘリ。

其ノ他或ハ體質 (Gerhardt, Herrenheisen, Curschmann, Schottmüller) 或ハ榮養障碍 (Gerhardt, Schottmüller), Alkohol 中毒 (Curschmann), 混合傳染 (Curschmann Goldscheider), 血液性状ノ變化 (Trousseau) 血管壁ノ變化 (Goldscheider, Walko, Herz, Stahl), 血小板ノ減少 (Frank, Herz, Stahl, Türk, Kerznelson, 伊藤, Pöpel, 相良, 中村) 等ヲ以テ原因ト目セリ。宮本, 村山氏ハ Vitamin 又ハ鹽類缺乏ガ其ノ原因ニシテ Vitamin C ヲ充分ニ含有スル食品ヲ多量ニ與フル事ニ依リ且鹽類不足ヲ補フコトアリ好結果ヲ見ルト言ヘリ。且本邦ニテハ出血性素質ヲ呈スルニ至ル者ハ平素ヨリ蛔蟲, 十二指腸蟲ノ寄生セルトニ多キガ如ク且青少年ニ多ク見ラルト言フ。

相良, 中村氏ハ Vitamin C 缺乏ニ起因シ壞血病ヲ起セルモノハ出血性「チフス」ヨリ除外スベキヲ當然トスト述べ, 氏ノ例ニ於テハ Alkohol 中毒, Vitamin C 缺乏共ニ考慮ノ餘地無ク, 之ニ反シ體質ノ特異性或ハ菌種ノ特異性ハ之等否定スル能ハズ, 然レドモ之ノミニテ出血性素因ノ機轉ヲ了解スルハ不充分ニシテ從ツテ血小板ノ減少ヲ主張スル説ニ大ナル價值アリトナセリ。

西山氏ハ氏ノ例ニ於テ先天性出血素質, Vitamin C 缺乏ハ全然考ヘラズ, 但シ混合傳染, 血小板減少症竝ニ血管壁障碍ニ就テハ充分檢索シ能ハザリシコトヲ報告セリ。

扱テ前述ノ如ク Frank, Herz, Stahl 等ニヨリ出血性「チフス」ノ經過中ニ見ラレタル或

ハ其ノ原因トマデ目サレタル血小板減少症ノ如キ血液ニ於ケル變化, 或ハ Goldscheider, Walko 等ニ依リ述べラレタル血管壁ノ變化ハ所謂出血性「チフス」ニ於テノミ見ラルルモノニ非ズ, 一般腸「チフス」ニ於テ殊ニ其ノ重症ノモノニ就テ多ク證明サル所ニシテ我々ノ例ニ於テハ臨牀上 Manifest ノ出血性素質ヲ現サザリシモ前述ノ如ク毒力強キ「チフス」菌ノ傳染ニヨル重症「チフス」ナレバ之等ノ變化ノ存在ヲモ否定スルコトヲ得ズ。

以下少シク一般腸「チフス」ノ經過中ニ於ケル血液及ビ血管壁ノ變化ニ就テ詳述スベシ。

血液ニ於テハ腸「チフス」ニ際シ其ノ臨牀上 manifest ノ出血性素質ヲ呈スルト否トニ關セズ比較的淋巴球增多ヲ得白血球減少症, Eosin 嗜好性白血球ノ減少乃至消失, 赤血球竝ニ血色素ノ減少即チ貧血症狀, 纖維素ノ減少等ハ周知ノ事實ニシテ總テノ成書ニ其ノ記載ヲ見ル所ナリ。

然シナガラ更ニ血液粘稠度ニ於テモ發病後第1週, 第2週ニ於テハ熱ノ高キニ拘ラズ其ノ變化ハ認メラレザルモ, 熱弛張期ニ達シ發汗ヲ來シ尿量ノ漸ク増加スル時期ニ及ベバ著明ナル下降ヲ示シ解熱前後ヨリ恢復期ニ互リ漸次上昇シ正常値ニ復ス。若シ經過中腸出血ノ如キ合併症存在セシ時ハ急激ニ粘稠度減ジ甚シキ時ハ正常値ノ半以下ニ下降スルコトアリト言フ(柴田)。

次ニ血小板ノ態度ニ就キ述ベンニ, 血小板ト出血トノ關係ガ Hayem, Denys 等ニヨリ論セラレテ以來殊ニコノ方面ノ研究ニ努力セル者ニ Duke 及ビ Frank アリ。

Frank ニ依レバ出血性素因ニ對スル血小板ノ限界値ハ 35000-50000 ニシテコノ限界値附近ニ於テハ出血傾向未ダ明ナラザレ共特別ナル素因即チ潰瘍形成, 靜脈瘤, 動脈壁ノ變化等ノ存在, 又

ハ血小板減少ト同時ニ凝固機轉ノ障礙ヲ伴フ時ハ出血ヲ來スコトアリト云フ。然シナガラ既ニ35000以下ニテモ出血性素質ヲ呈セザリシ報告モ多數アリ嚴密ニコレヲ以テ限界値トナスハ勿論當ヲ得ザルコトナレドモ、大體ニ於テ出血性素質ヲ呈セシ例ニ於テハコノ Frank ノ限界値以下ノ血小板數ヲ示セルモノ其ノ大部分ヲ占ム。例ヘバ Türk ノ例ニ於テハ殆ド血小板消失シ、Herz ノ報告ニ於テモ總テノ例ニ於テ著シキ減少ヲ認メ Katznelson ノ3例ニ於テハ何レモ20000以下ヲ示シ Stahl 1例ニ於テハ殆ド消失シ相良、中村ノ例ニ於テモ28000ニ減少セリ。即チ出血性「チフス」ニ於テ血小板減少ガ重要ナル役割ヲ演ジツツアルハ明ナリ。

然シナガラ manifest ノ出血性素質ヲ臨牀上呈セザリシ腸「チフス」患者ニ於テモ大體ニ於テ多少トモ血小板數ノ減少ノ傾向ヲ示スモノニシテ或ハ Frank ノ限界値以下ニ減ズルモ尙ホ出血性素質ヲ呈セザリシ例アリ。例ヘバ Stahl ハ非出血性「チフス」ニ於テモ10000以下ノ血小板數ヲ證明シ從ツテコノ點ヨリ彼ハ出血性「チフス」ノ原因トシテ血小板減少ノミナラズ血管壁ノ變化ヲモ考慮ノ必要アリトナセリ。更ニ彼ハ出血時間ノ延長、血液粘稠度減少モ又出血性素質ノ發現ニ意味アリト云ヘリ。

一般ニ腸「チフス」ニ於テ其ノ經過中血小板減少ヲ來スコト多キ點ニ就テハ今日大多數ノ學者ノ認メ居ル所ニシテ、1912年 Steiger ハ腸「チフス」6例ニ就キ詳細ナル検査ヲナシ大部分ニ於テ既ニ第1週ニ血液纖維素含量ノ減少、血小板數ノ減少、血液凝固性ノ減退ヲ認メ之等ヲ以テ腸「チフス」診斷ノ一補助法トサヘナセリ。Hartmann ハ28例ノ腸「チフス」患者ニ於テ發熱中ハ高度ノ血小板減少ヲ見恢復期ニ入ルト同時ニ増加スルヲ見タリ。而シテ脾臟ノ全骨髓系統竝ニ Megakariozytenap-

parat ニ對スル抑制作用ニヨリ血小板減少症ガ起ルトナセリ。Weiss モ亦血小板減少ヲ認メ Audibert 及ビ Raybaud ハ腸出血ヲ起セルガ如キ重症「チフス」ニテ佛蘭西派ノ學者ガ「ウエルホーフ」氏紫斑病ニ特有ナリトナシ Hémogénie ト命名セル狀態即チ血小板減少症、出血時間延長、毛細管ノ破砕性増進等ヲ認メ、Giauni ハ67例ノ腸「チフス」患者ニ於テ精細ニ検査シ出血時間延長、血管脆弱ナルコト、血小板減少症アルコト等ヲ大多數ニ於テ認メ、之等ノ原因ヲ彼ハ腸「チフス」菌毒ニヨル脾臟障礙ニ歸セリ。Bonanno ハ29例ノ「チフス」患者(中5例ハ腸出血ヲ來セリ)ニ於テ殆ド全例ニ於テ殊ニ其ノ極期ニ於テ血小板減少シ且一部ニ於テハ凝固時間遲延シ更ニ尙ホ凝固時間遲延セル如キ患者ニ於テハ出血時間モ亦延長セルコトヲ認メタリト云フ。

駒込病院ニテ野口氏モ107例ニ就キ検査シ血小板數一般ニ減少セルヲ認メ Lauer モ又1928年同様ノ結果ヲ報告セリ。

以上要スルニ臨牀上 manifest ノ出血性素質ヲ呈スルト否トニ關セズ腸「チフス」患者ニ於テハ一般ニ粘稠度ノ遲減血小板減少、纖維素或ハ纖維素原ノ減少、更ニ夫等ニ起因スルコト大ナル血液凝固性ノ減退、出血時間ノ遲延ヲ招來シ、血液ガ「出血シ易キ性質」ヲ帶ビルコトハ明ナリ。特ニ既述セシ如ク重症「チフス」トシテノ各種ノ症狀ヲ具有セル我々ノ例ニ於テハ生前之等ノ事ニ關シ検査ヲ行ハザリシヲ遺憾トスルモ、斯ノ如キ血液ノ出血シ易キ性質ヲ假定スルモ不合理ナラザルモノト信ズ。

次ニ出血ナル機轉ニ之亦重大ナル役割ヲ演ズベキ血管壁ノ變化ニ就キ考按スベシ。

諸種傳染病ノ場合ニ血行器ニ變化ヲ來スコトアルハ既ニ古クヨリ稱ヘラレシ所ニシテ特ニ「チフス」菌ニ因スル靜脈壁ノ炎症ニ就テハ血栓靜脈炎

トシテ主トシテ股静脈ニ(好シテ左側)時ニハ「サフエナ」静脈、膝窩静脈ニ發生ス。稀ニハ腋窩静脈ニ發生セシ報告アリ。而シテ腸「チフス」ニ於テハ静脈壁ノミナラズ、動脈壁ニ於テモ亦變化ヲ生ズルコトアルモノニシテ静脈炎ニ關シテハ餘リニモ周知ノ事ナレバ之等除外シ、同ジク出血因子トシテ重要ナル位置ヲ占ムベキ動脈壁ノ腸「チフス」ニ際シテノ變化ニ就キ文獻ヲ渉獵スベシ。

各種傳染病殊ニ腸「チフス」ニ於ケル血管ノ變化ニ關スル最モ偉大ナル仕事ハ 1905 年 Wiesel ノ發表セシモノナルベシ。即チ彼ハ腸「チフス」ノ際ニ内膜ノ限局性退行變性(herdförmige degenerative Veränderungen)殊ニ内膜ノ強力纖維ニ於ケル變化及ビ中膜ニ於テモ筋纖維ノ萎縮、筋肉質ノ増殖等ノ變化起リ得ルコトヲ指摘セリ。而シテ斯ノ如キ變化ヲ生ゼシ部ニ於テ血栓ヲ生ズルコトアリ更ニ夫等ノ變化ガ高度トナレバ血管破裂ヲ惹起スル事アルハ當然ノコトナリ。

Bourgeois ガ 1857 年最初ニ腸「チフス」ノ合併症トシテ四肢壞疽ニ就キ報告セシ以來勿論稀有ノ合併症トシテナルモ同様症例ノ報告ヲ見ル、Curschmann ハ 1000 例中 2 例、Bettke ハ 1420 例中 4 例ノ趾壞疽ヲ見タリト言フ。

前述ノ如ク腸「チフス」ノ經過中四肢壞疽ガ血管壁ノ「チフス」ニ因スル變化ニヨル血栓形成ニ基因シ來ルコトアルハ確實ナレド其ノ總テノ場合ニ於テ「チフス」ニヨル血管壁ノ變化ガ原因トナルモノニハ非ズ。即チ古クヨリ「チフス」ノ際ノ四肢壞疽ノ原因ニ就キ色々ノ場合ガ報告サレ、即チ Zenker ハ Typhus ノ際生ズルコトアル筋肉血腫ノ爲ニ上腭動脈ガ壓迫サレ生ゼシ例ヲ報告シ、Hoffmann, Henry, Savy, Garbere 等ハ彼等ノ例ヲ栓塞ニヨリ説明シ且其ノ栓塞ノ起因ヲ心臟ノ瓣膜ニ於ケル内膜炎性變化ニ求メテ居ル。勿論コノ心臟内膜炎ニ關シテハ腸「チフス」ニ罹患セザル以前ヨリ存在

セシモノノミナラズ、稀ナリトハ言ヘ「チフス」菌ニ依ル心臟内膜炎ヲモ考ヘ得ベシ。事實重症「チフス」ニ於テハ Romberg, Wiesel ニヨリ報告サレシ以來往々ニシテ其ノ合併症トシテ證明サルル心筋自己ノ、炎症或ハ退行變性ニ反シ、極ク稀有ナリトセラルルモ内膜炎ノ來ルコトニ關スル報告アリ。例ヘバ Redlich ハ他ノ傳染病ニ反シ「チフス」ノ際ニハ只稀ニ心臟内膜炎ヲ來スノミナリ。トノ前提ノ下ニ Schottmüller 等ハ現在モ尙ホ specifisch-typhöse Endocarditis ノ來ルコトアルニ對シ疑ヲ有スルモ彼ノ經驗セシ 2 例中 1 例ニ於テ腸「チフス」菌ニヨリ招來サレシコトヲ確實ニ證明シ得タル事ヲ 1923 年 Wiener Archiv. f. inn. Med. ニ發表セリ。

次ニ Valette, Mercier, Forgues, Orlowsky 等ハ「チフス」患者ニシテ四肢壞疽ノ爲死亡セシモノノ屍體解剖ニ於テ其ノ栓塞ノ原因トシテノ血栓塊ヲ心臟内ニ見出セリ。而シテ心臟内ニ内膜炎或ハ血栓ヲ見出シ得ザリシ他ノ報告者ハ血管壁ノ炎症(急性動脈炎或ハ佛學者ノ言フ所ノ「チフス」性限局性動脈炎)或ハ血管壁ノ退行變性ニ其ノ原因ヲ求メテ居ル。

Lemke ハ Virchows Archiv (1923) ニ於テ多數ノ「チフス」患者ノ屍體ノ各種臟器ノ動脈ノ他ニ大動脈、冠狀動脈、股動脈、頸動脈、腦底動脈及ビ腹部動脈等ニ於テ檢鏡シ Wiesel ト殆ド同様ノ變化ヲ見タルコトヲ述べ、Gastewa モ亦同ジク Virchows Archiv (1933) ニ Wiesel ノ言フ内膜殊ニ其ノ彈力纖維ニ於ケル限局性退行變性ノ存在ヲ支持シテ 2 例ノ腸「チフス」ノ剖検例ヲ報告セリ。即チ第 1 例ハ股動脈ニ於ケル上述ノ變化ノ結果血栓ヲ生ジ次デ下肢壞疽ヲ發生シ、第 2 例ハ腦動脈ヲ犯シ爲ニ半身不隨及ビ失語症ヲ招來セルモノニシテ檢鏡ノ結果各例ニ於テ内膜及ビ中膜ニ於ケル變性、特ニ彈力纖維ノ斷裂ヲ認め、第 2 例ニ於テ

ハ同時ニ多少ノ出血ト腦原質ノ限局性壞死ヲ證明セリ。而シナガラ彼ノ所見ガコトゴトク Wieselノ所見ニ一致スルモノニハ非ズ、即チ Wieselハ中膜ニ於テ相當強度ノ變化即チ中膜筋纖維ノ萎縮筋間質ノ増殖ヲ見ルト言ヘルニ反シ Gastewaハ彈力纖維ノ所謂顆粒性崩壞 (Körnige Degeneration)ヲ主トシテ認メ且中膜ニ於ケルヨリモ主トシテ内膜ニ變性ノ來ルヲ見タリ。Gastewaノ言フ所ニ依レバ之ノ顆粒性變性ガ Vorgts 等ノ反對アルモ退化變性ニヨリ説明サレ得ルコトハ明ニシテ Faber ハ之等石灰化ニヨリ Tores「ハリボイド」變性、Hueck ハ之等粘液樣變性ニヨリ説明セリト。

次ニ腸「チフス」ニ際シ來ルベキ淋巴裝置ノ變化ニ就キ述ベシニ、「チフス」ガ一般淋巴系統ノ疾患ナルコトハ諸學者ノ認ムル所ニシテ腸ニ於ケル淋巴臍胞及ビ「バイエル」氏板ノ固有ノ變化即チ髓樣腫脹、壞死、潰瘍形成ヲ招來スルノミナラス腸間膜腺ヲ罹病セシメ且各種ノ器管例ヘバ肝臟、骨髓、腎臟等ニ規則的ニ淋巴腫形成ヲ見、更ニ進ンデ皮膚ノ淋巴管ニ浸入シ遂ニハ微細ナル淋巴管支ニ達シ「ロゼオラ」ノ形成ヲ來スモノナルハ周知ノ事實ナリ。

且又氣管支腺、頸腺、項部淋巴腺、稀ニハ四肢ノ淋巴腺ノ腫脹ヲモ來スコトアルモノニシテ、時ニハ更ニ之ガ壞死ヲ來シ瘢痕形成ニヨリ治癒スルコトアリトハ成書ニモ其ノ記載ヲ見ル所ニシテ我々ノ場合ニ於テモ食道ノ淋巴臍胞ノ腫脹ヲ見タル點ヨリ考ヘ或ハ食道粘膜炎中ノ、或ハ食道周圍ノ淋巴裝置ガ腸「チフス」ニヨル病變ヲ起シ遂ニ壞死ニ陥リ食道外膜ヲ通ル血管ヲ浸蝕シタル爲メモ考ヘ得ルモノナリ。

次ニ我々ノ症例ニ於ケル血壓ニ關シ考按スルニ、元來「チフス」ニ於テハ吐血壓ヲ呈スルモノニシテ急性絲毯體腎炎アリタリトハ言ヘ脉搏ノ性狀ヨリ見ルモ少クモ特發性出血ノ原因トナリ或ハ其ノ誘因タリ得ル程度ノ高血壓ノ狀ニアリタルモノトハ考ヘ得ラズ。

最後ニ腸「チフス」ノ經過中 Manifestノ出血性素質ヲ呈スルコトナクシテ大出血ヲ起セシ場合ニ就キ文獻ヲ涉獵シ次ノ如キモノヲ得タリ。(腸出血ハ除外ス)、勿論前述ノ如ク縱隔竇大出血ハ1例ヲダニ見出し得ザリキ。

先ヅ稀ナルモ比較的多數ノ報告アルハ、脾臟破裂ニ依ル大出血及ビ胃出血ナリ。即チ重症「チフス」ノ極期ニハ脾臟ノ鬱血強ク過度ニ緊張セラレ自然破裂ヲ來スコトアリト Billroth Curschmann 等ハ説キ、Plaumeニ依レバ 1923 年迄ニ確實ナル 20 例ノ報告アリト言フ。即チ Melchior (1911)ハ 13 例ヲ集メ、Iseke (1919) 1 例ヲ報告シ、Necheles (1921)ハ 6 例ノ報告ヲ集メ種々ノ考察ヲ下シ記述セリ。

更ニ Plaume 自己ノ 1 例ヲ加フレバ 21 例、確實ナル報告アルヲ知ル。1923 年以後ノ内外ノ文獻ヲ涉獵スルモ我々ハ 1 例ノ新シキ症例追加ヲモ見ズ。

而シテ Nechelesニ依レバ其ノ原因ハ單ニ鬱血ニノミ依ルモノニ非ズ、而モ疾病ノ輕重ニ關係セズ、即チ彼ハ其ノ原因トシテ次ノ 3 者ヲ舉ゲテ居ル。

- 1) 高度ノ脾臟腫脹ニ依ル脾囊ノ過度緊張
- 2) 脾臟内或ハ囊下出血ニヨル脾囊ノ過度緊張。
- 3) 脾臟ノ壞死ニ陥レル部ガ脾囊ニ近接シ

爲ニ脾囊ノ局所的抵抗減少ヲ招來スル事。

之等ニ更ニ身體動搖, 含嗽, 打撃等ガ加リ破裂スルモノナリト言フ。勿論他ノ疾病ニ依リ脾臟組織或ハ囊ガ其ノ弾力性ヲ減少セル場合ハ一層破裂シ易キハ當然ナリ。然ラバ脾臟破裂ノ症狀如何。

脾臟破裂ハ我々ノ例ニ於ケルガ如ク2回ニ互リ發作ヲ來スコト往々アリ, 即チ第1回ノ發作ニヨリ脾囊内出血ヲ起シ, 次ニ第2回ノ發作ニ於テ脾囊ヲ破リ腹腔内大出血ヲ來スモノナリ。然レ共只1回ノ發作ニテ腹腔内大出血ヲ招來スルコト多キハ勿論ナリ。而シテ我々ノ例ニ於ケルガ如ク所謂虚脱症狀ヲ起シ, 顔面蒼白トナリ脉搏細少頻數, 冷汗ヲ出シ見ルニ堪エザルノ狀ヲ呈シ電擊性經過ヲトリ死ノ轉歸ヲトルコトアリ。或ハ又一時輕快シ他ノ合併症ニヨリ死スルコトアリ, 或ハ第2回ノ發作ニヨリ。死スルコトアリ。一般ニ豫後惡シト言フ。

而シテ前記ノ虚脱症狀ノ他ニ左季肋部ニ激痛ヲ訴ヘ同時ニ我々ノ例ニ於ケルガ如ク横隔膜神經ノ知覺纖維刺激サレ爲ニ左肩ニ放散スル激痛ヲ訴フルコトアリト言フ。

次ニ脾臟破裂ニ次デ多キハ胃出血ニシテ, 元來腸「チフス」ノ經過中消化管上部即チ食道, 胃等ニ「チフス」性潰瘍ヲ生ズルハ非常ニ稀有ノモノナルベク我々ハ文献ヲ徴シ1907年 Proskauerノ1例, 及ビ後述ノ大出血ヲ伴ヒシ4例ヲ見ルノミナリ。Proskauerノ例ハ化膿性腹膜炎トシテ手術サレ遂ニ死亡セシ9歳ノ小兒ニシテ, 死後剖見ノ結果胃及ビ十二指腸ニ多發性ニ「チフス」性潰瘍ヲ證明セリト

言フ。而シテ同時ニ有セシ腹膜炎ハ胃及ビ腸ニ於ケル潰瘍ニ穿孔ヲ認メザリシ點ヨリ恐ラクハ腸壁ヲ連鎖狀球菌ガ通過シ惹起サレシモノナルベシトナセリ。而シテコノ例ニ於テ興味アルハ臨牀上化膿性腹膜炎ナル診斷ノ下ニ手術サレ死後初メテ同時ニ腸「チフス」ヲ合併シ居タルコトノ明トナリシ點ニシテ, 此例ニ於テハ生前胃出血ハ見ザリキ。

前述ノ如ク出血性素質ヲ呈セズシテ胃ノ大出血ヲ來セシ例ハ小數ニシテ Schlesinger (1908)ノ2例ノ報告, 最近福永氏及ビ榎本氏ノ各1例ヲ知り得タルノミナリキ。

Schlesingerノ第1例ハ數年前胃潰瘍ニ罹患セシコトアル患者ニシテ「チフス」ニ依ル血管ニ於ケル變化ガ一度治癒セシ胃潰瘍ノ出血再發ヲ促シタルモノトモ考ヘラレ, 又胃潰瘍ノ瘢痕附近ニ於ケル粘膜出血ガ胃潰瘍出血ノ再發ヲ促シタルモノトモ考ヘラルガ更ニ他ニ何等カ我々ノ知り得ザル素因アリテ「チフス」ノ際ニ胃出血ヲ誘發スルモノニハ非ズヤト。

第2例ハ激烈ナル吐血アリ遂ニ死亡セシ例ニシテ解剖ノ結果無數ノ粘膜下出血ヲ見タリト言フ。氏ハ之ガ説明トシテ Wieselノ言ヘル如ク腸「チフス」ノ經過中重篤ナル中毒ハ屢々血管ニ變化ヲ起スコトニヨリ粘膜下ノ溢血及ビ毛細管血栓ヲ生ジ之ガ原因トナリ胃腔内出血或ハ粘膜壞死ヲ來シ潰瘍ヲ形成シ血管浸蝕ニ依リ出血ヲ惹起セルモノナルベシト言ヘリ。

次ニ福永氏ノ例ハ腸「チフス」ノ經過中ニ全身黄疸ヲ生ジ且致死ノ胃出血ヲ來セル剖檢例ニシテ, 出血原因トシテ氏ハ血管壁ノ變性ノミナラズ同時ニ血小板減少, 凝血素減少等ニヨル凝固性ノ減退等血液性狀ノ變化ニ依リ出血シ易キ性質ヲ得タルニ依ルモノナルベシト言ヘリ。

榎本氏ノ例ハ胃潰瘍性大出血ヲ來セシ爲ニ早期ニ胃切除術ヲ施シタルモ、偶々潜在セシ腸「チフス」ニ依リ遂ニ不幸ノ轉歸ヲトリシモノニシテ剖檢ニ際シ腸「チフス」性腸潰瘍ヲ證明シ、同時ニ胃出血ノ原因トナリシ胃潰瘍ノ組織的所見モ亦單純圓型潰瘍ト大ニ其ノ趣ヲ異ニシ腸「チフス」性潰瘍ノ像ヲ示セシ點ヨリ胃潰瘍ガ「チフス」性變化ヲ蒙リテ急激ニ惡化シ爲ニ大出血ヲ來セルモノナルベシト言フ。

更ニ腸「チフス」ニ於テ筋肉内或ハ筋鞘内出血ニヨリ血腫ヲ生ゼシ例ヲ見ルニ Permann 及ビ Eina(1922)ハ直腹筋ニ生ゼシ血腫ナル題ノ下ニ21例ヲ報告シ其ノ中ニ於テ腸「チフス」ノ經過中直腹筋ノ退行變性ノ爲ニ血管破レ遂ニ直腹筋鞘内ニ生ゼシ血腫1例ヲ報告セリ。

更ニ Rost 及ビ Frauz モ又直腹筋血腫ノ腸穿孔ト誤ラレタル2例ヲ記述セリ。

最後ニ直接血管破裂ニヨリ大出血ヲ起セシ例トシテハ只 Vasilescu 等(1925)ノ記載セルヲ見ルノミナリ。即チ16箇月ニ互リ血液中ニ「チフス」菌ヲ證明シ所謂「チフス」敗血症ト言ハルル状態ニ於テ敗血症動脈瘤ヲ腹部大動脈ノ分枝部直上ニ生ジ遂ニ穿孔シ後腹膜組織中ニ大出血ヲ來シ第3、第4腰椎ニ壓迫性潰瘍ヲ生ジ死亡セシ例ナリ。且同様ノ症例ハ Nazari 等(1923)ニヨリナサレタル只1例ノ報告アルノミナルコトヲ附記セリ。

總 括

以上我々ハ重症「チフス」ノ經過中甚稀有ナル、少クトモ我々ハ只1例ノ同様ノ症例報告サヘモ知り得ザリシ合併症トシテノ縱隔竇大

出血ニヨリ死ノ轉歸ヲトリシ1例ニ就キ記述シ種々考按ハ結果其ノ出血機轉或ハ其ノ原因トシテ次ノ如ク總括スルヲ得タリ。

即チ先ヅ昭和9年11月13日(第42病日)午前4時第1回ノ發作ニテ胃ノ噴門ヲ去ル約5cmノ食道後壁、外膜中ノ血管破裂ニ依リ縱隔竇ニ出血ヲ來シ更ニ横隔膜ノ食道裂口ヲ通過シ後腹膜組織中ニ血液ノ浸入ヲ見、而シテ一時止血セシモ同日午後8時第2回目ノ出血ヲ起シ遂ニ兩側肋膜腔ニモ亦血液ノ浸入ヲ見タルモノナルベシ。

原因トシテハ血液ガ出血シ易キ性質ヲ有シ居タルノミナラズ、更ニ血管壁ニ變化ヲ生ジ居タル場合及ビ出血部位附近ノ淋巴裝置ガ壊死ニ陥リ血管ヲ浸蝕セシ場合ノ2者ヲ考ヘ得ベク、更ニ之ニ含嗽テウ身體動搖ガ直接ノ誘因トナリスノ如キ甚稀有ノ事故ヲ惹起セシモノナルベク、而シテ之何レニ我々ノ場合ガ屬セシヤハ該部ノ崩壞甚シキ爲ニ檢索不能ニシテ決定スルヲ得ザリシヲ遺憾トス。

撰筆スルニ臨ミ御懇篤ナル御校閲ト御指導ヲ賜リシ恩師柿沼教授ニ對シ深甚ノ謝意ヲ表ス。

文 獻

- 1) Matthes, Lehrbuch d. diff. Diagnose inn. Krht.
- 2) Mohr & Staehelin, Handbuch d. inn. Med., 2.
- 3) Kraus & Brugsch, Spez. Path. u. Therapie, 2.
- 4) Schittenhelm, Handbuch d. Krht. d. Blutes u. d. Blutbildenden Organe.
- 5) Wagner, Dtsch. Arch. f. klin.

- Med., Bd. 37, 1885. 6) *Wiesel*, Prag. Zeitschrift f. Heilk., 26, 1905. 7) *Schlesinger*, Wien. klin. Wochenschr., Nr. 17, 1907. 8) *Proskauer*, Dtsch. med. Wochenschr., Nr. 25, 1907. 9) *Schlesinger*, Archiv f. Verdauungskrht, Bd. 14, 1908. 10) *Curschmann*, Münch. Med. Wochenschr., 1910. 11) *Melchior*, Zentralbl. f. d. Grenzgebiet d. Med. u. Chirurg, Bd. 14, 1911. 12) *Steiger*, Med. Klinik. Nr. 8, 1912. 13) *Walko*, Wien. klin. Wochenschr., Nr. 11, 1916. 14) *Herz*, Wien. klin. Wochenschr., Nr. 22, 1917. 15) *Kaznelson*, Dtsch. med. Wochenschr., 1918. 16) *Stahl*, Dtsch. Archiv f. klin. Med., Bd. 132, 1920. 17) *Necheles*, Virchows Archiv., Bd. 233, 1921. 18) *Rost & Franz*, Acta. chirurg. Scandinavica, Bd. 55, 1922. 19) *Plaume*, Virchows Archiv., Bd. 240, 1923. 20) *Redlich*, Wien. Arch. f. inn. Med., Bd. 6, 1923. 21) *Vasilescu, Popesco & Litarczec*, La médicale Ann., 33, No. 48, 1925. 22) *Schächtelin*, Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtliche Med., Bd. 5, 1925. 23) *Hertmann*, Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 158, 1926. 24) *Weiss*, Dtsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 165, 1929. 25) *Audibert*, Bull. soc. méd. Hôp. Paris, 3, 1930. *Giauni*, Minerva med., 1931. 26) *Röpel*, Münch. med. Wochenschr., 1931. 28) *Bonanno*, Arch. path. e. cl. med., 10, 1931. 29) *Gastewa*, Virchows Archiv., Bd. 289, 1933. 30) 村山編纂, 腸チフス. 31) 日本内科全書, 腸チフス編. 32) 九鬼, 中外醫事新報, 大正14年. 33) 小田, 臺灣醫學界雜誌, 大正15年. 34) 福永, 東京醫事新誌, 第2513號, 昭和2年. 35) 蓮池, 日本傳染病學會雜誌, 第2卷, 昭和3年. 36) 伊藤, 日本傳染病學會雜誌, 第5卷, 昭和5年. 37) 相良, 中村, 日本傳染病學會雜誌, 第6卷, 昭和7年. 38) 西山, 臺灣醫學界雜誌, 第31卷, 第10號, 昭和7年. 39) 榎本, 日本外科學界雜誌, 第35回, 第4號, 昭和9年. 40) 川口, 診療大觀, 第5卷, 第3號, 昭和9年.