原発巣不明の腰部放線状菌症について

熊本大学医学部 整形外科教室 高 浜 辰 生
(主任 玉井 達二教授)A Case of Actinomycosis on the Waist Which
Primary Focus is Unknown

By

T. Takahama

Department of Orthopaedic Surgery, Kumamoto
University, School of Medicine.

はしがき

放線状菌症は放線状菌によつて惹起される人類、牛、馬、豚、羊、猫等にくる一種の化膿性、肉芽性炎症に属するものである。その主要なる病変は一種特有の顆粒状体、所謂、放線状菌塊を混ざる膿汁の形成、組織の破壊、肉芽組織の新生果ては瘻孔形成による他臓器との癒着等である。放線状菌は1845年、V. Langenbeckが脊椎カリエス様変化を呈する患者において発見したと云われているが、当時はその病原性とか菌種とか詳細に関しては不明であつた。1878年、J. Israelはこれが眞の菌種なることを確認し、人類に対して病原性を有することを証明した。その後、Israel, Bostroem, 等は人間の放線状菌症について研究し、本邦においては塩田教授の広汎な研究業績がある。本邦においても稀な疾患ではないが臨牀的に屢々誤診を招くことがある。放線状菌の感染は普通該菌が異物に附着し、これが体内に摂取され、主として呼吸器、消化器に固有の病変を起すものとされている。

私は今回永い間不明熱として取り扱われ、診断の不明であつた患者で発症1年で左側腰部に異常感、1年4ヶ月で左側腰部に腫瘤を形成し、その腫瘤の切開掻爬により診断の確定した原発巣不明の腰部放線状菌症を経験したので、こゝに報告する。

症 例

患者は23才の男子、職業は農業に関係のない無職で、父の職業は医師である。

家族歴 特記すべき事項なし。

既往歴 幼時急性中耳炎、8才の時赤痢。

本症の感染機転に関しては何ら知る事は出来ない。

現病歴

昭和30年8月頃より37°C乃至39°Cに達する熱が

弛張し始め、同年10月肺結核を疑い胸部のレントゲン検査を受けたが異常を認めなかつた。然しその時の血沈値は1時間135mmであつた。一応結核症を疑つて、ストレプトマイシン5g、パス、ヒドラジッドを10日間続けたが全然効果を認めず中止したと、いつている。昭和30年11月に本学内科を訪れ精密検査を受けたが、所謂不明熱と云われた。その時も血沈値は1時間110mmで血沈値の異常亢進が認められ、白血球数は14,200で細胞分類ではリンパ球の減少があつた。患者は家庭において油性ペニシリンを1日30万単位を持続的に注射したが効果なくその間オーレオマイシンも10g服用したが著効を認めることは出来なかつた。昭和31年7月頃から左側腰部より左側下肢にかけて時々神経痛様の疼痛あり、8月頃より左側腰部に異常感、緊張感を覚え、昭和32年1月になると左側腰部に手掌大の腫瘤を形成し、当科の治療を求めた。当科では腰椎カリエスの疑いで入院させ検査を行つた。

入院時所見

身長、骨格普通、栄養稍々不良、顔面貧血性顔貌、体温は37°C乃至39°Cに及ぶ弛張熱を呈していた。

自覚症

貧血のためと思われる体動時心悸亢進あり。

現 症

顔貌は蒼白で發刺さを欠き眼瞼結膜は貧血性、扁桃腺、胸部に異常を認めず脊椎は扁平で胸椎の後彎、腰椎の前彎の減少を見る。運動障碍は腰椎に軽度存在し、脊椎の前方屈曲、後方伸展に際して左側腰部より左側下肢にかけての疼痛あり。ラセーグ氏症候は左側80°にて陽性。脊椎に自発痛、叩打痛及び圧痛なく、左側プチャー氏三角部より稍々上内側に手掌大の腫瘤が

存し被覆せる皮膚は赤紫色に着色し、周囲は板状硬結に近い硬結で中心部は軟化して仮性波動を呈す。

臨牀検査成績

試験穿刺により膿汁なく壊死様物質が極めて少量認められるのみで、腫瘍には局所熱感及び圧痛あり、血沈値は1時間112 mmで依然として亢進が認められ、白血球数は21,000で細胞分類では好中多核白血球79%, 桿状核6%, エオジン好性球1%, 塩基好性球0, 単核球3%, リンパ球11%でリンパ球減少を認める。赤白血球数は319万、血色素60%, 尿便に異常なく、感覚障害もない。

レントゲン写真所見

第2腰椎の左側の椎弓根部及び椎体に不鮮明な軽度の破壊像を見る他、著変は認められなかつた。

手術所見

腫瘍を切開すると、灰白色及び緑色の多数のドレーゼを発見し、大きさは粟粒大より帽針頭大に及び細菌学的検査により放線状菌を発見し放線状菌症なることを確定した。尚瘻孔は左側の腸骨の方に向い腸骨の一部は侵蝕されているが該部には放線状菌症による定型的な病変は認めなかつた。

考 按

本症において第2腰椎の左側の椎弓根部及び椎体の不鮮明な破壊像は、本症がワ氏反応陰性及び結核菌培養陰性なことから、この変化は放線状菌症による病変と思われる。放線状菌症においては軟部組織の滲潤が強いので、レントゲン写真で陰影が明確にあらわれないものと思われる。由来放線状菌は軟部組織を好んで冒すが骨を冒すことは稀である。脊椎を冒すことは極めて稀で本邦では肺より転移した脊椎の放線状菌症について天児教授の報告のある他、同様な報告を散見するが原発性に現われたのは一例もない。普通放線状菌は口腔から侵入するものが大多数とされ、その病変は伝進性に拡大するものであり、血行性転移及びリンパ行性転移は少いとされている。本例においては、他の臓器に放線状菌性病変を認めず勿論腹部にも、それらしき所見を認めない。そこで第2腰椎の病変が何処から来たか、感染経路は不明であるが考え得る感染経路に4つある。

第1は経気道的に肺に達し、これより血行性に転移を起したという考え方であるが、これは肺の所見がないことから否定出来る。

第2に扁桃腺からの血行性転移であるが、前病歴にも扁桃腺炎の所見はない。

第3に脊椎の周囲の放線状菌症が脊椎を連続的に冒す場合である。然し腹部臓器はじめ腰椎の周囲に明確な所見が得られていない。

第4には皮膚を介して脊椎に達する径路であるが、本症では、かゝる径路を肯定するだけの積極的な既往は認めていない。

以上考按するに、その可能性からは腸管が原発巣と考えるのが最も蓋然性が大と考えられるけれども確定的なことは不明である。

治療及び予后

放線状菌症の治療であるが最近化学療法に進歩により治癒率は以前に比較すると向上した様である。本症は家庭において油性ペニシリン30万単位を長期間注射していたが効果なく、当科にて腫瘍の切開搔爬後ペニシリンを1日90万単位及びオーレオマイシン1日1g投与した処経過は極めて良好である。

結 語

私は今回侵入門戸不明の腰部放線状菌症を経験し第2腰椎の左側の椎弓根部及び椎体に不鮮明な軽い破壊像を認め、左側腰部に発生せる腫瘍の切開搔爬後ペニシリンの大量注射と、オーレオマイシンの投与により軽快せしめたので、ここに報告した。

(終りに御指導、御校閲下さいました玉井教授に深謝致します)

主 要 文 献

1. 梶谷：日外会誌，42回，3号
2. 沓掛：海軍医誌，20巻，1号
3. 天児：臨牀と研究，24巻，9号
4. Bostroem, Ziegbr' Beiträge zur pathologischen Anatomie, 1891 Bd. 9
5. 浜崎：医 学，4巻，5号
6. 渡辺：臨牀外科，7巻，7号
7. 奥島：臨牀外科，7巻，7号
8. 中村：グレンツゲビート，4巻

図 1 腰 部 腫 病

図 2 腰椎レントゲン

図 3 レントゲン畧図

肩胛上腕神経症候群の発症に関する新知見

九州厚生年金病院 整形外科

岩

永

崇

城

間

寅

夫

大

山

郁

雄

A View of the Omobrachial Synodrom

By

T. Iwanaga, T. Shiroma and I. Ōyama

Orthopedic Clinic Kyushu

Welfare Pension Hospital

肩及び上肢痛は各種の原因で起り、実際には原因の不詳な疼痛が少なくない。之等の例に対して吾々は頸部交感神経節遮断注射、グリソン氏係蹄に依る牽引、各種薬剤の使用、電気療法等を行つているが、数例については前斜角筋切断術を行い相当の効果を収めた。

症例 1；上肢運動性は良好であるが、肩甲部より上肢の疼痛があり、右第7頸椎の横突起が大きく、アドソン血管試験は陽性、保存的治療で効果なく、前斜角筋切断術を行つた所、鎖骨下動脈が前斜角筋に圧迫され癒着して居た。又腕神経叢は所謂尾型であつた。術后疼痛は消失したが、術后10日目より側頸部より肩胛骨上方に広がる自発痛を訴え、局所注射により治癒した。

症例 2；肩甲部及上肢痛あり、保存的治療によつて効果なく、次々に左右の前斜角筋切断術を行つた。術后

4日目より、右肩胛部に自発痛を訴えた。

症例 3；1年半前から肩より上肢痛あり。保存的治療で治癒せず、前斜角筋切断術に依つて“薄皮”を剥いだ様に軽くなつた。術后8日目より肩甲部の自発痛が起つた。又右側は9日目より該部に重感と自発痛が起つたが、局注等で治癒した。

症例 4；握力の減退等を訴えて来院したもので、ミエログラフィーを行つたが変化を認めず、亦保存的療法が奏効しないので、前斜角筋切断術を行つた。術后上肢の挙上が容易になつた他に上肢知覚障害が消失したが、書痙は残存した。本例は術後の肩甲痛は表れなかつた。

症例 5；3ヶ月前より肩胛部疼痛あり、右胸鎖関節亜脱臼ありと云はれて、電気治療及びその他の治療をうけて居たが軽快しなかつた。前斜角筋切断術を行つ