

30.

616.155.3.32

剖検セル症候性「アグラヌロチトーゼ」ノ1例

岡山醫科大學柿沼, 北山内科教室 (主任 柿沼教授
北山教授)

醫學士 中田 富士男

醫學士 木 村 勉

[昭和14年9月11日受稿]

第1章 緒言

周知ノ如ク「アグラヌロチトーゼ」ハ1922
ニ Werner Schultz ヨリ獨立ノ一新疾患トシテ提
唱サレタルモノニシテ、爾來其ノ特異ナル血液像
竝ニ重篤ナル諸症狀ハ血液學上及ビ臨牀上一般ノ
興味ヲ惹ク處尠ラズ、從ツテ各方面ニ互リ盛ニ論
究サレ、且其ノ病狀ノ多様性ヨリ其ノ分類モ亦學
者ニヨリ異ルコト次ノ如シ。

Leuchtenberger :-

- A. 單純性「アグラヌロチトーゼ」(白血球減
少ト同時ニ顆粒細胞消失ヲ呈スルモノ)
 - a) Schultz 氏症候ヲ有スルモノ
 - b) Schultz 氏症候ヲ有セザルモノ
- B. 複雑性「アグラヌロチトーゼ」(出血性素
質、血小板減少、貧血ヲ有スルモノ)
 - a) Schultz 氏症候ヲ有スルモノ
 - b) Schultz 氏症候ヲ有セザルモノ
- C. 前2者中間型

Frank :-

1. 純粹「アグラヌロチトーゼ」(Schultz 型)
2. 症候的「アグラヌロチトーゼ」(「サルバルサ
ン」, 蒼鉛等ニヨルモノ)
3. 「アグラヌロチトーゼ」(Hartwich 型), 血
小板減少, 出血性素質及ビ貧血ヲ伴フモノ,
コレニ屬スルモノニ „Haemorrhagische
Aleukie“, „Panmyelophthise“ (Frank),

„Amyllie (Klemperer)“, „akute apla-
stische Anaemie“ (Ehrlich) ヲ算フ。

Morawitz :-

1. 原發性(又ハ特發性)「アグラヌロチトーゼ」
2. 二次的(又ハ症候性)「アグラヌロチトーゼ」

Domarus :-

1. 純粹「アグラヌロチトーゼ」
2. 症候性「アグラヌロチトーゼ」

而シテ本症ニ關シテハ既ニ報告例尠カラズ、殊
ニ太田教授ハ本邦例82ニ就テ綜説ヲ試ミラル。
余等モ最近 Morawitz 又ハ Domarus ノ分類ニ從
ヘバ症候性「アグラヌロチトーゼ」トモ稱スベキ興
味アル1症例ニ接シ、其ノ全經過ヲ觀察シ、死後
幸ニ剖検ニ附スルノ機會ヲ得タルニヨリ以下其ノ
概略ヲ記述シ諸賢ノ御批判ヲ乞ハントス。

第2章 症例

第1項 臨牀的所見

患者 野○利○ 30歳 男 商業

主訴 高熱竝ニ貧血

家族歴 父系ノ祖父ハ卒中、同祖母ハ心臟疾患
ニテ死亡。父ハ55歳肺壞疽ニテ死亡。母、健在。
同胞7人中次姉ノ22歳ニシテ出産後死亡セル他
皆健在。患者ハ第4子ニシテ双胎ノ弟ナリ。他ニ
特記スベキ遺傳關係ヲ認メズ。妻、健在。

既往症 幼少ヨリ甚ダ頑健。10歳頃急性肺炎、

25歳頃淋疾ニ罹リ、尙ホ當時微毒ノ疑ヒアリテワ氏反應検査ノ結果(卅)トノ事ニテ「ネオサルバルサン」III號ヲ數回注射サレ、尙ホ其ノ後モ驅微療法ノ目的ニテ今日マデニ約20回同様「ネオサルバルサン」ノ注射ヲ受ケタリ。其ノ間度々頭痛アリテ2,3週間モ持續スル事アリシモ其ノ都度「ミグレン」ヲ服用シ輕快スルヲ常トセリ。

發病迄ニ入院前ノ經過 家人ノ言ニヨレバ昭和11年1月頃、勤務先ナル東京ヨリ歸省セシ時、幾分顔色蒼白ニテ元氣惡ク觀察サレシモ患者モ家人モ共ニ深く意ニ介セズ其ノ儘放置セシモ、尙ホ近々結婚スルニ就キ其ノ後知己ノ外科醫ニ診ヲ乞ヒ血液検査ノ結果ワ氏反應(十)ナリト云ハル。其ノ後1月29日結婚ノタメ東京ノ勤務先ヲ退職シ歸宅セシモ當時今後ノ生活方針ナドニ就キ種々憂慮スル事多ク、多少神經衰弱様ノ症狀アリ顔色ハ一層蒼白ノ度ヲ加ヘシモ尙ホ相當ノ元氣ヲ保チ飲酒等試ムル事モ度々アリタリト。而シテ再ビ驅微療法ヲ開始シ、2月1日ヨリ3月11日マデノ間ニ6—7日ノ間隔ヲ置キテ「バイエル、ネオサルバルサン」III號ヲ7筒及ビ「カスビス」0.7cc宛1瓶(15g)注射サレ、尙ホ尿中ニ淋絲ノ存スルタメ「イスラビン」10cc宛「サルバルサン」ヲ注射セザル日ニ3日毎ニ10回注射ヲ受ク。

3月12日突然何等ノ誘因ト思ハルモノ無ク、39°—40°ノ高熱ヲ發シ醫師ノ診ヲ乞ヒシモ輕キ「アンギーナ」ノ他特別ノ所見ナク、「オムナジン」注射、腫脹セル咽頭部ノ亂切ナドノ治療ヲ加ヘラレ5日目ニ急ニ解熱シ、其ノ後數日ニテ多少ノ疲勞感ハ伴フモ外出スル事ヲ得ルニ至レリ。併シ此時ヨリ以後常ニ咽頭部ニ不快感アリ、屢々指ヲ口中ニ挿入シ、又頭痛、心悸昂進ヲ訴ヘ、咽喉科ノ醫師ノ診察ヲ受ケシニ何等著明ノ所見ナシト云ハレ其ノ儘ニ放置シ、定メラレタル期日ノ切迫スルマメニ上記身體ノ違和ヲ押シテ4月3日結婚セリ。

然ルニ4月18日ニ至リ、再ビ突然高熱(39°)ヲ發シ劇烈ナル頭痛ヲ訴ヘ醫師ノ診ヲ乞フ。4月19

日 體溫、其ノ他大體前日ニ同ジ。4月20日 體溫ハ依然トシテ39°ヲ持續シ、頭痛ニ加フルニ齒齦出血血ヲ發來セリ。4月21日 體溫前日ニ同ジク、便秘ノタメ患者自身「ラキサトル」ヲ用ヒ數行ノ下痢アリ。其ノ後大體同様ノ經過ヲ持續シ主治醫ニヨリ血中顆粒細胞減少、比較的淋巴球增多ヲ指摘サレ當科ニ送ラル。便通1日1行、咳嗽喀痰アリ。食慾缺損シ、睡眠亦全ク障碍サル。

入院 昭和11年4月24日

現症 體格中等、筋肉發育不良、榮養モ亦稍々低下シ、顔貌苦悶狀ヲ呈ス。皮膚ハ乾燥シ、熱感アリ。著明ナル貧血ヲ認ムレドモ皮下溢血斑、黃疸、發疹、「チアノーゼ」等ナシ。意識明瞭ニシテ會話ニ際シ言語稍々低調ナルモ明哲ナリ。仰臥位ニアリ。脈搏110前後、緊張稍々微弱ナレドモ整調ナリ。呼吸數約20、胸腹型ニシテ靜謐。體溫40°2。瞳孔ハ左右同大、正圓、中等大、對光反應敏活ナリ。眼球運動正常ニシテ眼瞼結膜ニ強度ノ貧血アリ。眼球結膜ニ黃疸ヲ認メズ。口唇ハ乾燥シ、著明ナル貧血ヲ認メ血癍アリ。齒齦ニ出血斑アリ、所々偽膜ヲ以テ覆ハレ、壞死ヲ認ム。舌、亦灰白色ノ厚キ汚苔ヲ被リ乾燥ス。口蓋粘膜ニモ貧血ヲ認メ、所々ニ出血斑並ニ壞死部アリ。扁桃腺ハ兩側トモ強ク肥大シ、表面ニ灰白色ノ汚穢ナル苔ヲ被ル。左頸下腺腫大シ胡桃大ニ觸レ、壓痛アリ。頸部淋巴腺モ2,3稍々腫脹セルモノアリ、壓痛ナシ。耳、鼻異常ナシ。肘及ビ腋窩淋巴腺ハ肥大セズ。心臟、心尖搏動第4肋間腔ニテ左側乳嘴線內方ニ位置ス。濁音界正常ナルモ、心悸昂進ス。心尖ニテ收縮性雜音ヲ聴取ス。肺臟ハ呼吸音一般ニ減弱セル他著變ヲ認メズ。肺肝界、第6肋間腔。腹部、腹壁柔軟ニシテ凹沒シ、肝臟、脾臟、腎臟ヲ觸レズ。膝蓋腱反射甚ダ微弱ニ存シ、脛骨緣ニ浮腫ヲ認メズ。知覺並ニ運動異常ナシ。骨叩打痛著明ナラズ。

尿ハ淡黃色透明ニシテ比重1012、蛋白ハ「ズルフオサリチール酸」法、煮沸法ニテ(十)、Heller

氏法ニテ(一), 糖(一), 「ヂアツオ」, 「アセトン」,
「インヂカン」, 「ビリルビン」, 「ウロビリ」, 「ウ
ロビリノーゲン」反應總テ(一). 沈渣ヲ檢鏡スル
=膀胱上皮, 白血球ヲ相當數ニ認ムルモ赤血球,

圓場ナシ.

尿. 黄褐色, 軟便, 消化稍々不良. 粘液, 膿ナ
シ. 潜出血ハ「ベンチデン」反應(+), 「グワヤク」
反應(一). 寄生蟲卵ヲ認メズ.

第 1 表

	24/Ⅵ	27/Ⅵ	28/Ⅵ	30/Ⅵ	1/Ⅶ	3/Ⅶ	備考
血 色 素 % (ザーリー氏法)	28	23		32	23	26	「ヲ認ム 「アニニ 「ソチ 「トロー 「ゼ」, 「ボイ 「キロ 「チト 「ロー 「ゼ」及 「ビ 「ポリ 「クロ 「マジ 「イ」
赤 血 球 數	1,360,000	1,260,000		1,070,000	990,000	1,230,000	
血 色 素 係 數	1.0	0.9		1.5	1.2	1.1	
白 血 球 總 數	1800	2500		6200	9800	9100	
百 分 率	中性嗜好細胞	11.0	12.0	38.0	55.5	68.0	
	分葉核	0.5	1.0	2.0	3.0	4.5	
	桿狀核	82.5	80.0	53.0	30.0	25.0	
	淋 巴 球	1.0	1.0	4.0	4.0	0	
	「エオジン嗜好」細胞	2.0	3.0	2.0	4.0	2.0	
	大單核細胞及ヒ移行型	3.0	3.0	1.0	3.5	0.5	
「オキシダーゼ」反應	「フラスマ」細胞	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	
	血 小 板 數		75,000				
血 液 凝 固 時 間		9'					
出 血 時 間		18'					
赤 血 球 滲 透 抵 抗 力		0.42—0.3					
血 中 「ビリルビン」含 有 量 (ハイマンスフアンデンベルヒ氏法)		2.8 E.H.					
ワツセルマン氏反應	(一)						
血 液 型	B						

入院後ノ経過ニ治療

4月25日 経過前日ニ同ジ. 40% 葡萄糖 20 cc
注射. 輸血 50 cc.

4月26日 體溫依然トシテ 40° フ前後ス. 咳嗽,
喀痰相當ニアリ. 咽頭部ノ不快感ヲ訴ヘ, 口内惡
臭アリ. 嚥下痛アリ. 時ニ譫語ヲ聞ク.

4月27日 體溫稍々下降シ, 39° フ前後スルニ
至ル. 咳嗽, 胸痛ヲ訴フレドモ, 胸部ニ著變ヲ認
メズ. 時ニ譫妄狀態トナル. 咳嗽ノタメ睡眠ハ甚
シク障碍サレ約 1 時間程ニ過ギズ.

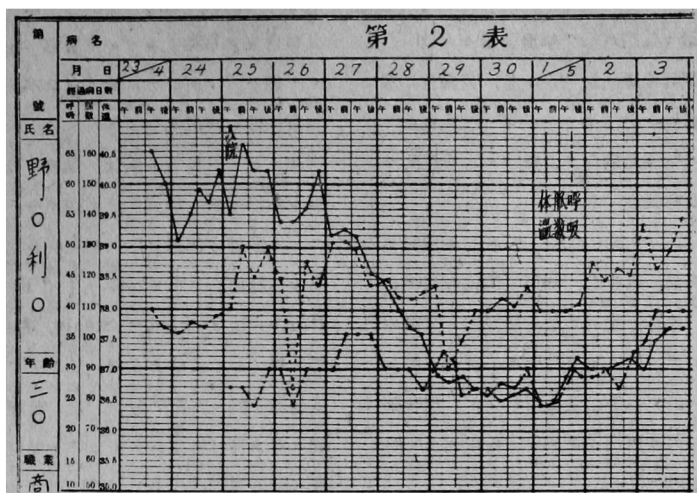
4月28日 體溫益々下降シ, 38° 臺トナル. 咳
嗽稍々減退スレドモ依然トシテ夜間ニハ甚シ. 血
液培養(血液寒天, 肉汁)陰性. Rumpel-Leede
氏嚙血現象陰性. 口内惡臭甚シク, 咽頭部竝ニ齒
齦部ノ溢血斑竝ニ偽膜稍々擴大セルノ感アリ. 耳

鼻咽喉科ヘ紹介受診ノ結果壞疽性口内炎ト診斷サ
ル. 輸血 150 cc. 輸血後約 1 時間ニシテ惡感ト共
ニ「ヘモグロビン尿」ヲ排出ス.

4月29日 體溫ハ 37° 以下ニ降ルモ脈搏ハ 90
乃至 120 ノ間ヲ上下シ, 緊張亦稍々微弱トナル.
口内惡臭益々増悪シ, 顔リニ咽頭部竝ニ齒齦部ノ
不快感ヲ訴フ. 咳嗽減退シ喀痰モ殆ドナシ. 齒痛
ヲ訴ヘ時ニ譫語アリ. 輸血 50 cc.

4月30日 體溫終日 37° 以下. 脈搏ノ緊張モ同
様稍々微弱ナル狀態ヲ續ケ其ノ數 110 餘トナル.
左前上胸部ハ呼吸音依然トシテ粗裂. 睡眠ハ全ク
障碍サル. 左顎下腺ノ腫脹ハ稍々縮少シ, 嚥下痛
消失ス. 輸血 50 cc. ロック氏液 500 cc.

5月1日 胸部右後下部ハ一般ニ打診上濁音ヲ
呈シ, 呼吸音減弱シ, 同部ニ疼痛ヲ訴フ.



5月2日 一般状態増悪シ、漸次衰弱ヲ加ヘ、脈搏ハ頻數(120乃至130)、且緊張微弱ヲ加フ。意識ハ比較的明瞭ナレドモ終日嗜眠状態ナリ。咽頭、齒齦ノ壞疽益々其ノ度ヲ加フ。輸血50cc。

5月3日 午前4時頃、呼吸困難、脈搏頻數ニテ苦悶状態ヲ呈シ、強心劑ノ注射ニヨリ稍々小康ヲ得、午前11時輸血100cc、午後3時脈搏130ヲ算ヘ、緊張一層微弱トナリ、胸内苦悶ヲ訴フルニ至リ再ビ輸血50cc、ロツク氏液500cc注入、其ノ他強心劑注射ニヨリ極力努力シタルモ、翌4日午前零時23分遂ニ鬼籍ニ入ラル。(血液諸検査成績及ビ一般経過ハ第1、2表參照)。

同日午後4時ヨリ病理學教室ニ於テ小西助手執刀ノ下ニ剖検ニ附セラル。

第2項 剖検の所見

脳髓 重量1290g硬腦膜變化ナシ。軟腦膜ハ細血管充盈ス。蜘蛛膜ノ發育中等。兩界ノ境界分明皮質ハ稍々萎縮性ナリ。腦髓ハ全般的ニ浮腫様ナリ。側室ヨリ少量ノ赤色ノ液ヲ出ス。延髓、小腦共ニ異常ヲ認メズ。

頸部諸器官 舌ハ舌乳頭ノ發育中等、表面ハ灰褐色汚穢ナル舌苔ヲ被ル。喉嚨ヲ認メズ。

扁桃腺 兩側共肥大シ、鏡的ニ壞疽性炎著明ナリ、化膿ハ認メズ。

氣管 粘膜ハ細血管充盈シ、中ニ泡沫ヲ少量容ル。

胸部諸器官 胸腔ニ黃褐色ノ潤濁セル液約400ccヲ容ル。肺及ビ肋膜ハ左右兩胸トモ纖維索癒着ヲナス。胸腺ハ殆ド脂肪化セリ。左肺ハ表面一般ニ平滑ナルモ前面ハ纖維素ヲ以テ覆ハル。大サ、形、正常。上葉ハ蒼白、下葉ハ暗赤色。硬度彈性軟。剖面ハコレヲ指壓スルニ泡沫様黃色ノ液體ヲ少量出ス。稍々浮腫性ナリ。下葉ハ上葉ニ比シ暗赤色ノ度強シ。下葉ニ於テ蠶豆大圓形ニシテ周圍トノ境界分明ナル組織缺損アリ。其ノ基底ハ汚穢ナル被苔ニ覆ハル。肺門淋巴腺ハ蠶豆大ノモノ數箇ヲ認メ、其ノ剖面ハ炭浸潤ヲ示ス。氣管枝粘膜ノ細血管充盈著明ナリ。

右肺 形、大サ正常。表面ニ膿様塊ヲ附着ス。硬度彈性軟。上葉ハ蒼白、中及ビ下葉ハ暗赤色。剖面ヨリハ指壓ニヨリ泡沫様暗赤色ノ液ヲ出ス。細血管充盈ス。肺門淋巴腺米粒大數箇ヲ認ム。

肺臟檢鏡所見 所々ニ膿瘍アリ。其ノ周圍ハ纖維索性肺炎ノ狀ヲ呈ス。

心臟 形、大サ略ボ正常。瓣膜其ノ他ニ特記スベキ異常ナシ、大動脈ノ起始部ニ黃色斑2、3箇ヲ認ム。冠狀血管走行正常。

腹部諸器官 肝臟 形正常。大サ、全長25cm

右葉 $19 \times 16 \times 5.5$, 左葉 $6 \times 14 \times 2.5$. 重量 1192 g, 表面平滑, 色稍々黃色ニシテ細血管稍々充盈ス. 硬度彈性軟. 剖面邊緣ハ鋭利ニシテ, 黃褐色. 腺細胞像ハ不分明ニシテ, 小ナル膽管ハ黃色液ヲ認ム. 膽液中ニ暗褐色膽汁ヲ少量容ル. 鏡的ニ肝細胞ニ蛋白質様變性ヲ認ム.

脾臓 形正常, 大サ稍々小, $10 \times 7 \times 2$, 重量 80 g, 表面ハ一般ニ平滑, 暗褐色, 剖面ノ濾胞ハ減少シ脾脈増加シ, 邊緣ハ鋭利ナリ. 鏡的ニ濾胞ハ稍々萎縮性ニシテ, 髓ハ貧血性ナリ. 竇ハ一般ニ狹長ナリ. 髓ニ於テハ淋巴性要素ハ少ク, 網狀細胞ハ増殖シ, 一部纖維性ニ見ラル. 所々ニ「プラスマ」細胞ノ少数ヲ見ル.

腎臓 左右兩腎共脂肪囊ノ發育中等. 表面平滑. 形, 大サ正常. 剖面ニ於テ兩界ノ境界不分明. 鏡的ニ間質ニ浮腫アリ. 炎衝ナシ. 死後變化強シ.

骨髓 (大腿骨竇ニ胸骨) ハ一般ニ脂肪髓トナレリ. 「オキシダーゼ」反應陽性. 竇ヲ認メズ. 大小不同ノ成熟セル脂肪細胞ヨリナリ, 殘留セル毛細血管ノ周圍ニハ少数ノ淋巴球, 多核白血球, 「エोजン嗜好」細胞, 骨髓巨大細胞ヲ認ム. 網狀細胞ハ一般ニ萎縮性ナリ. 又血管中ニハ「ヘマトキシン」ニ濃染セル石灰ノ沈着ヲ見ル.

第3章 總括並ニ考按

以上記述セシトコロノ發病, 經過竝ニ臨牀的所見ヲ總括スルニ當リ, 先ヅ本症ノ起首ノ時日ヲ考察スルニ, 當科入院, 本症ト診斷サルルニ先ダツコト約 40 日ナル 3 月中旬ニ於ケル發熱, 口内炎等ト本症トノ關係ヲ如何ニ考フベキカ. 當時ノ口腔炎ハ約 5 日間ノ經過ノ後治療ニヨリ輕快セリト雖モ, 其ノ後尙ホ引續キ咽頭部ニ常ニ不快感アリ. 尙ホ頭痛, 心悸昂進等ノ苦訴アリシ事實ヨリ考フル時ハ, 當時何等血液検査等ノ事ナキヲ以テ勿論推定ノ域ヲ脱セズト雖モ, 尙ホ本症ト何等カノ關係ニ立ツモノニ非ザルヤヲ疑ハシムルモノアリ. 殊ニ Fein 其ノ他多數ノ學者ノ口腔炎ヲ既存全身

疾患ノ一症候ニ過ギズトセルニ僅ミル時ハ, 當時ノ口内炎ヲ單純ナルモノト看過スルニ多少ノ躊躇ナキ能ハズ. 而シテ當時ヲ以テ本症ノ起首トセバ相當慢性ノ經過ヲトリタルモノト云フベク, 元來突如トシテ重篤ナル症狀ヲ以テ發來スルヲ通則トセル本症症候ニ相反スルガ如キモ, 之ヲ文獻ニ徵スルモ慢性ノ經過ヲトリ且左程重篤ナル症狀ヲモ呈セズ經過セシ例モ亦尠カラズ Reye, Dimmel, Hartwich, Doxiades, Stealy, 濱中, 神前, 内藤等ノ例ノ如シ. 即チ本例ニ於テモ 3 月中旬或ハソレ以前ニ既ニ本症ヲ發シ, 後一時輕快シ, 4 月中旬ニ至リ再ビ増悪シタルモノト推定シ得ラルルニ非ズヤト思惟ス. サレド遺憾ナガラ當時ノ血液検査ナク, 從ツテ當時ヲ以テ起首ト斷ズベキ血液學的根據ヲ有セザルニヨリ 4 月 18 日ヲ以テ突然本症ヲ發來セシモノトシ, 以下論究セントス.

即チ本症發病ト共ニ 39° 乃至 40° ノ高熱殆ド旬日ニ亙リ稽留シ, 後分利的ニ解熱後, 漸次重篤ナル狀態ニ陥リ, 遂ニ死ノ轉歸ヲトリタルモノニシテ, 全經過ヲ通ジ, 出血性素質ハ著明ナラザリシモ, 劇烈ナル頭痛ト重篤ナル壞疽性口内炎トニ惱マサレ, 其ノ口内炎ハ顆粒細胞減少ニヨリ個體抵抗減退ニ乗ジ, 剖檢所見ニ見ルガ如ク漸次下降的ニ氣管ヨリ肺ニ侵襲シ所々ニ大小ノ膿瘍ヲ形成シ遂ニ兩肺ノ纖維素性肺炎ヲ惹起シ爲ニ斃ルル處トナリタルモノト解シテ大差ナカラント思考ス.

而シテ最も興味アルハ其ノ血液像ニシテ, 熱型ト顆粒細胞トハ逆比例ノ如キ形ヲトリ, 第 1 表ノ如ク, 疾患ノ最盛期ナル 24 日ハ中性嗜好性細胞ハ 11.5% ヲ算シ, 淋巴球ハ 82.5% ノ多數ニ及ビシモノガ解熱開始ノ 27 日ニハ前者 13% 後者 80% ト漸次逆ノ態度ヲ示シ遂ニ 30 日ニ至リテ中性嗜好性細胞 55.5% ニ對シ, 淋巴球 30% ト逆轉スルニ至レリ. 而シテカカル變化ハ白血球總數ノ變化トモ全ク併行シ 24 日ノ 1800 ニ對シ, 27 日ハ 2500 ト僅ニ増加シ, 顆粒細胞數ト淋巴球數トノ逆轉セシ 3 日ニハ 6200 ト急劇ナル飛躍ヲ示シ, 漸次増加

シテ1日 9800, 3日 9100ト軽度ノ白血球增多ヲ表ハスニ至レリ。而シテ新カル白血球增多ハ「アグラヌロチトーゼ」ナル病名ニ對シ一見甚ダ奇異ナル所見ヲ示スト雖モ、要スルニ或種ノ原因ニヨリ骨髓ノ機能低下ヲ招來シ爲ニ其ノ顆粒細胞減少ニヨリ一層外來ノ Noxeニ對スル抵抗力ヲ減ゼラレ、茲ニ重篤ナル顆粒細胞減少症ヲ呈スルニ至リシモ漸次個體ガ優位ニ立チ、再ビ顆粒細胞ノ流血中出現ヲ見却ツテ反應的ニ輕キ顆粒細胞增多ヲサヘ見ルニ至リシモノト解ス可ク、Wollbach, Bock等モ骨髓ガ餘リニモ高度ニ侵襲サレ居ラザル範圍内ニ於テハ「ペンツオール」ノ作用ニヨリ實驗的ニ生起セシメラレタル白血球減少ハ細菌刺戟ニヨリ白血球增多ニ移行シ得ルコトヲ證セルアリ。又 Frankノ報告例ニ見ルモ最初白血球 1700, 顆粒細胞 4%, 淋巴球 92% ナリシモノガ旬日ノ後、白血球數 19200, 顆粒細胞 85%, 淋巴球 12% ト末期ニ白血球增多ヲ呈シ、且細胞ノ割合ノ逆轉セシ例ヲ報告シ、又長尾モ同様終末期ニ輕度ノ白血球增多ヲ呈セシ例ヲ認メ、孰レモ予等ノ例ニ一致セリ。

次ニ本例ニ於テハ血小板減少、貧血ヲ伴フ。之ハ赤血球系統ニ變化ヲ來サザルヲ原則トセル Schultzノ純粹「アグラヌロチトーゼ」ニ相反スル症候ナルモ Stokéノ統計的研究ニ徴スルモ 88 例中半数ハ赤血球 4 百萬以下ニシテ、血小板數モ非常ナル多數ヨリ甚シキ少數マデ動搖質ニ著ク、又出血性素質モ必シモ血小板數ト一致セズ、Zadeckノ例ノ如ク 95 萬ノ血小板數ヲ有シ尙ホ出血性素質ヲ有セルニ對シ、4800 ナル少數ノ血小板ヲ有シナガラ出血性素質ヲ呈セザルモノサヘアルノ狀態ナリ。

斯ノ如クシテ、赤血球系統ニ全ク變化ヲ伴ハザル Schultzノ純粹「アグラヌロチトーゼ」ヨリ、Frankノ Panmyelophthise od. Amyelhaemie 尙ホ進ンデ allgemeine Haemozytotoxikose ナル Azythaemie(Bock u. Wiede)ニ至ルマデ、種種ナル障礙階梯ニ應ズル多様ナル症候ヲ呈示シ得ル事ハ一般ニ承認サル處ニシテ Borchardtハ

Anaemieヲ伴ヘル「アグラヌロチトーゼ」ニテ一時輕快後 3 週日後定型的ノ「ミエロ بلاステン」白血病トナレル症例ヲ報告シ、カカル範疇ニ屬スル種種ナル疾患ガ互ニ移行シ得ル事ヲ力説セリ。從ツテ移行過程ニアリト考ヘラルル疾患即チ Erythrotokikose ナル aplastische Anaemie, Megakaryotokikose ナル Athrombie, Leukotokikose ナル Aleukie 時ニハ akute Leukaemie ナドトノ鑑別モ時ニ困難ヲ感ズル事サヘアリ。サレド本例ハ其ノ臨牀的竝ニ血液學的所見ヨリシテ以上ノ孰レニモ屬セズ勿論 Schultzノ所謂純粹「アグラヌロチトーゼ」ニモアラズ、緒言ノ章ニ於テ觸レシ如ク、二次的(又ハ症候性)「アグラヌロチトーゼ」ナリト思惟ス。

次ニ本疾患ノ本態ニ關シテハ議論甚ダ多ク、Schultzガ特異ナル病毒ノ骨髓顆粒細胞系ヲ侵ス獨立ノ疾患ナリト云フニ對シ、Wolff, Stoké等ハ敗血症様感染ノ異常ナル經過ヲトレル反應ニ過ギズト云ヒ、カカル敗血症說ヲ唱フルモノニ其ノ他 Jagic, Christof, Hueber, Zadeck, 八木澤, 掛川, 吉田等アリ。之ニ反シ、敗血症様症狀ハ單ニ Noxeノ骨髓系統侵襲ノ結果流血中顆粒性白血球ノ減少ヲ來シ、依ツテ起レル個體抵抗力低下ニ因スル二次的感染ニ過ギズトスルニ勝沼, 高橋, 北村, Vonkennel, Dimmel, Friedemann等アリ。而シテ其ノ Noxeトシテ舉ゲラルルモノニ、「サルバルサン」(Brocher, Hellich, 岡崎, 佐藤其ノ他), 「ピラミドン」(Seemann, Madison, Squier), 「ピラミドン」及ビ「バルビツール」酸誘導體併用(Randall, Holton, 尾河), 蒼鉛(Sézary, Pellegrini)等ノ他砒素, 水銀, 金, 「ペンツオール」, 「キシロール」, 「トルオール」, 「ヒドロキノン」, 「デニトロフェノール」, 「トリウムX」, 「ラヂウム」等ノ物理化學的物質ノ他「チフスワクチン」接種(Krakke), 「マラリヤ」接種(Jacobson, Abel, Meyer, 松尾, 中尾)後本症ヲ起セルモノアリ。

尙ホ Bock 及ビ Wiedeハ Haemocytotoxikose

ノ發來ニ對シ、網狀織内皮細胞系統ノ新陳代謝態度ガ相當ノ意味ヲ有ストナシ、又原因的ニ作用セル因子トシテ毒素ノ外ニ他ノ因子(例ヘバ微毒)並ニ體質的特殊性モ必要ナリト力説セリ。素因乃至體質ヲ重視スルモノニ其ノ他 Andersen, Schittenhelm アリ。

又 Schultz ノ説クガ如ク本症ハ婦人ニ多ク、幼兒ニ非常ニ稀ナル事ナドヲ根據トシ内分泌障礙説ヲ唱フルモノモアリ (Friedemann)。サレド總テノ場合ニ該當スル説トハ云ヒ難シ。尙ホ最近漸次重視サルモノニ Kämmerer, Nipperdy, Bock 等ノ奉ズル過敏症説アリ。然レドモ總テ之ヲ以テ説明セントスルニアラズ、或ル特定ノ人ノミ感染乃至藥物の刺激ニヨリテ侵セルモノトセラル (Degelmann)。Bock ハ「アミドビリンアグラヌロチトーゼ」ノ經驗ヨリ過敏症性、骨髓分利ガ「アグラヌロチトーゼ」ノ發來ヲ呈示セルコトヲ確信シ、其ノ1新疾患トシテノ獨立性ハ實ニ原因的ニアラズシテ唯病因のニ、而モ過敏症性分利トシテ始メテ存シ得ラルモノナリト云ヘリ。尙ホ Gerlach, David ハ本疾患ニ於テ „Ausschwemmung“ ナル事實ガ病狀ニ對スル重要ナル因子ナルコトヲ注意セリ。

以上ノ如ク本疾患ノ本態乃至病因ニ至リテハ諸説區々ニシテ未ダ充分ニ闡明サレタリト云フヲ得ザルノ狀態ナリ。而シテ本態ニシテ斯ノ如クナル以上、又種々移行型ノ存シ得ル事等ヨリシテ、其ノ分類モ、簡單ニ2分シ、原發性(又ハ純粹)「アグラヌロチトーゼ」ト二次的(又ハ症候性)「アグラヌロチトーゼ」トニナス處ノ Morawitz 又ハ Domarus ノ分類ニ從フヲ以テ便宜ナルベシと思惟ス。

竊ツテ本例ヲ見ルニ、特殊ノ素因乃至體質ヲ有セル患者ニ先ヅ淋疾及ビ特ニ微毒ノ感染ヲ受ケ、ソレガ個體ニ對スル Belastung トナリ、次イデ加ハリタル頻回ノ「サルバルサン」注射ニヨリ骨髓ノ機能障礙ヲ來シ、所謂症候性「アグラヌロチ

トーゼ」ノ像ヲ呈シ、顆粒細胞減少ノタメ、二次的ニ敗血症様症狀ヲ呈セシモノト云フベシ。而シテ直接ノ死因タル肺炎ト本症ノ間ニハ密接ナル關係アルモノノ如ク、Benath, Pfeuffer, Bakker, Leuchtenberger, Kuyer 等モ本疾患ノ末期ニ於テ肺炎ヲ併發スルモノ多シトナセリ。

次ニ本症ノ豫後ハ太田教授ニコレバ本邦例デハ其ノ死亡率 66.7%, Morawitz ハ 50—80% ヲ, Reye ハ 81.6% ヲ, Friedemann ハ 91.0% ヲ, 又 Stocké ハ男 93%, 女 85% ヲ舉ゲ執レモ轉歸ノ齊ナラザルヲ示セドモ, 「サルバルサン」等ニヨル所謂症候性「アグラヌチトーゼ」ニ於テハ必シモ絶望的ナラザルモノノ如ク、相當數ノ治驗例ノ報告アリ。又 Bock 其ノ他ノ説ニヨルニ, 「エオジン嗜好」細胞ノ數ハ豫後ヲトスルニ足ラザルモ、絶對的「モノチーテン」增多ハ Signum bonum ニシテ幼弱骨髓細胞ノ出現モ亦佳良ナル豫後ヲ示スト。

本症ノ治療ニ至リテハ種々舉ラルルモノ等ハ本例ニ於テ輸血並ニ肝臟製劑投與ニテ經過ヲ觀察セシモ、不幸遂ニ良果ヲ收メズシテ斃ルルコトナリタリ。サレド一方 Domarus 等ノ説クガ如ク, 「自然的治癒ノ存スル事實ヨリ考フル時ハ、既ニ原因的ニモ明カナルガ如ク、骨髓機能低下ノ程度其ノ他ノ條件ニヨリ、ソレニ施サレタル治療手段ノ價值ヲ云爲スルニハ相當慎重ヲ要スルモノノ如シ。

第4章 結 論

1. 本例ハ30歳ノ微毒並ニ淋疾ノ既往歴ヲ有セシ男子ニ「サルバルサン」治療後起リタル所謂症候性「アグラヌロチトーゼ」ニシテ剖檢事項ヲ詳阻ス。

2. 本症ノ口腔粘膜ノ壞疽ハ二次的感染ト解釋スベク、又終末時ニ呈セル白血球增多ハ二次的感染ニ對シ、尙ホ殘存セシ骨髓機能ノ昂進ニ歸セントス。

3. 本例ニ於テ、血液ノ細菌學的檢査ハ陰性ニ

終リタリ。且其ノ死因トシテ肺炎ヲ推定シ、次ニ本症ノ成因ニ關シ、余等ハ素質乃至體質ヲ重視セントス。

4. 最後ニ、原因不明ノ壊疽、貧血、其ノ他「マラリヤ」療法、「チフス」豫防接種、「サルザルサン」注射等本症發來ニ關係アリト認メラル薬剤使用等ノ場合ニ際シテハ常ニ血液検査ヲ試ミ、血液像ニ

注意スベキ事ヲ痛感スルモノナリ。

(昭和12年1月稿)

拙筆スルニ當リ、御懇篤ナル御指導ヲ賜リタル恩師柿沼教授並ニ御校閱ノ勞ヲ忝フセル恩師北山教授ニ滿腔ノ謝意ヲ表ス。

文

1) *Anderson*, Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 32, 1934. 2) *Backer u. Kuiper*, Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 2, 1934. 3) *Benath u. Pfeuffer*, Münch. med. Wschr., Nr. 2, S. 1283, 1929. 4) *Bock*, Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 13 u. 14, 1935. 5) *Bock u. Wiede*, Fol. haem., Bd. 42, 1930. 6) *Borchardt*, Med. klin., Nr. 1, S. 341, 1930. 7) *Brocher*, Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 1, 1931. 8) *Brugsch u. Lautsch*, Münch. med. Wschr., Nr. 26, 1933. 9) *Bulmer*, Lancet, S. 1119, 1933. 10) *Christof*, Wien. klin. Wschr., Nr. 1, S. 335, 1929. 11) *David*, Med. Klin., Bd. 150, 1925. 12) *Deglmann*, Dtsch. med. Wschr., Nr. 45, S. 1694, 1937. 13) *Dimmel*, Fol. haem., Bd. 49, S. 411, 1931. 14) *Dimmel u. Preisz*, Wien. klin. Wschr., Nr. 15, 1934. 15) *Domarus*, Klin. Wschr., Jg. 8, Nr. 1, S. 779, 1929. 16) *Doxiades*, Klin. Wschr., Jg. 11, Nr. 10. 17) *Fein*, Klin. Wschr., Jg. 8, Nr. 1, S. 779, 1929. 18) *Foran & Trimmer*, J. amer. med. assoc., July 17, 1933. 19) *Friedemann*, Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 108, Ht. 1/3, 1928; Dtsch. med. Wschr., Nr. 52, 1927. 20) *Frank*, Die med. Welt, Jg. 7, S. 628, 1933. 21) *Gerlach*, Münch. med. Wschr., Jg. 79, Nr. 2, 1932. 22) *Hartwich*, Grenzgebiet, Bd. 65, S. 175 u. 375, 1932. 23) 濱中, 神前, 實驗醫報, 第22年, 第5號, 昭和11年. 24) *Hellich*, Med. Klin., Nr. 33, 1932. 25) *Holton*, Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 32, 1934. 26) *Hueber*, Münch. med. Wschr., Nr. 1, S. 335, 1929. 27) *Jacobson & Abel*, Dtsch. med. Wschr., Nr. 10, 1933. 28) *Jagic*, Med. Klin., Nr. 13, 1923. 29) *Kämmerer*, Münch. med. Wschr., Nr. 6, S. 284, 1929. 30) 掛川, 日本醫

獻

科大學雜誌, 第5卷, 第7號, 941頁, 昭和9年. 31) 勝沼, 日本內科學會雜誌, 第23卷, 第1號. 32) 北村, 實驗消化器病學會雜誌, 第7卷, 第11號, 1488頁, 昭和7年. 33) *Krakke*, Grenzgebiet, S. 224, 1933. 34) *Leuchtenberger*, Fol. haem., Bd. 39, 1930. 35) *Madison & Squier*, J. amer. med. assoc., 1934. 36) 松尾, 中尾, 臨床日本醫學, 第2卷, 第7號, 979頁, 昭和8年. 37) *Meyer*, Dtsch. med. Wschr., Nr. 1, S. 226, 1931. 38) 長尾, 熊本醫學會雜誌, 第8卷, 第12號, 1939頁, 昭和7年. 39) *Nipperdy*, Dtsch. med. Wschr., Nr. 2, S. 1997, 1930. 40) 尾河, 治療學雜誌, 第5卷, 第6號, 682頁, 昭和10年. 41) 太田, 臨床ノ日本, 第5卷, 第12號, 昭和12年. 42) *Pellegrini*, Grenzgebiet, S. 818, 1933. 43) 岡崎, 日本耳鼻咽喉科學會報, 第40卷, 第9號, 1212頁, 昭和9年. 44) *Randall*, J. amer. med. assoc., April 7, 1934. 45) *Reye*, Med. Klin., Nr. 9, S. 257, 1929. 46) 佐藤, 臨床ノ日本, 第3卷, 第11冊, 1920頁, 昭和10年. 47) *Schultz*, Dtsch. med. Wschr., Nr. 44, S. 1495, 1922. 48) *Seemann*, Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 32, 1934. 49) *Sezary*, Grenzgebiet, Bd. 65, S. 176, 1932. 50) *Schittenhelm*, Zentralbl. f. inn. Med., Nr. 24, 1935. 51) *Stealy*, Amer. J. med. sci., 189, 633/638, 1935. 52) *Stocké*, Fol. haem., Bd. 40, 1930. 53) *Vonkennel*, Med. Klin., Nr. 4, 1934. 54) 高橋, 日本循環器病學會雜誌, 第1卷, 第6號, 277頁, 昭和10年. 55) *Wolff*, Fol. haem., Bd. 44, 1931. 56) *Wollbach*, Z. exper. Med., 82, 1/21, 1932. 57) 八木澤, 日本耳鼻咽喉科學會會報, 第7卷, 第6號, 571頁, 昭和9年. 58) 吉田, 日本耳鼻咽喉科學會會報, 第5卷, 第9號, 788頁, 昭和7年. 59) *Zadeck*, Med. Klin., Nr. 19, 1925.

Aus der Medizinischen Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama
(Vorstand : Prof. Dr. K. Kakinuma u. Prof. Dr. K. Kitayama).

Über einen Sektionsfall von symptomatischer Agranulozytose.

Von

Dr. Fujio Nakata und Dr. Tsutomu Kimura.

Eingegangen am 11. November 1939.

Verfasser berichten über einen Sektionsfall von symptomatischer Agranulozytose, die nach der antiluëtischer (Salvarsan) Behandlung auftrat. Es handelt sich um einen 30-jährigen Mann, der früher Lues und Tripper durchgemacht hatte.

Das Blutbild bei der ersten Untersuchung war folgendes :

Hämoglobingehalt (nach Sahli) 28%, Erythrozytenzahl 1360,000, Leukozytenzahl 1,800 (Neutrophile polymorphkernige Leukozyten 11.5%, Lymphozyten 82.5%, Eosinophile polymorphkernige Leukozyten 1.0%, grosse Mononuklearen und Übergangsform 2.0%, Plasmazellen 3.0%).

Der Patient starb am zehnten Tage nach der ersten Untersuchung ; die Leiche wurde sofort sezirt. Die hauptsächlichsten Sektionsbefunde waren eine deutliche nekrotische Entzündung der beiden Tonsillen und das an Femur und Sternum gefundene Fettmark.

Gegen das Ende wurde Leukozytose (9,800) festgestellt, die die Verfasser dahin deuteten, dass sie durch sekundäre Infektion hervorgerufen wurde. Bei der Pathogenese legten sie grossen Wert auf die Anlage oder die Disposition. (Autoreferat)

31.

616.34-002

自大正15年至昭和14年入院 潰瘍性大腸炎患者ノ統計的臨牀觀察

岡山醫科大學北山內科教室(主任北山教授)

副手 醫學士 淺 野 靜 男

[昭和14年12月23日受稿]

緒 言

潰瘍性大腸炎 (Colitis ulcerosa) ハ 1875 年
Wilks u. Moxon⁶⁹⁾ = ヨリ 慢性赤痢様疾患々者

ノ 剖檢 = 際シ 始メテ 發見セラレ其ノ後 Allchin¹⁾
(1885 年), Hale-White²⁰⁾ (1888 年) = ヨリテ 獨立
疾患トシテ 發表セラレシ 疾患ニシテ、大腸粘膜ノ