

臨 床

恥 骨 結 核 二 就 テ

大連醫院外科部 (醫長 醫學博士 松本 彰)

傳 元 煊

Über 3 Fälle von Schambeintuberkulosen

von

Fuh-Yüan-Hsüan

Aus der Chirurgischen Abteilung des Dairen-Hospitals (Chefarzt Dr. A. Matsumoto)

3 Fälle von Schambeintuberkulosen wurden bei uns beobachtet, welche durch operative Behandlung mit Erfolg behandelt wurden. Nach Büngner komme diese Erkrankung meistens bei erwachsenen Weibern vor, aber unsere 3 Fälle waren alle bei erwachsenen Männern. Es ist denkbar, dass es zwischen Trauma und Erkrankung etwaigen Zusammenhang gebe, aber es gab bei unseren Fällen nichts.

Da die subjektive Beschwerden im beginnenden Stadium dieser Erkrankung fehlen, wie sich unsere Fälle zeigten, ist die Diagnose in solcher Zeit sehr schwer zu stellen. Diese Erkrankung bildet auch Senkungsabszess wie die andere Knochentuberkulose und sein Lieblingssitz ist der median-obere Teil des Oberschenkels, die Dammgegend, Inguinalgegend, Blasengegend oder die Gegend des Schamhügels. Bei unseren Fällen waren die Abszesse immer am Oberschenkel und zwar gab es je eine Fistel, namentlich bei 1. Fall am Scrotum, bei 2. Fall am Unterbauch und bei 3. Fall am Oberschenkel. Wenn man daher in solchen Gegenden einen Senkungsabszess eventuell eine Fistel findet, soll man einmal an die Schambeintuberkulose denken und weiter genauere Untersuchungen dazu unternehmen. Dazu spielt Röntgenphotographie eine sehr grosse Rolle.

Wass die Behandlung betrifft, möchten wir erstens die Operation (Resektion oder Abmeisselung der erkrankten Knochenteile) empfehlen, obwohl die Komplikation, meistens Lungentuberkulose, in Betracht genommen werden soll. Und wir möchten auch dabei eine primäre Schliessung der Operationswunde empfehlen, wenn es keine Mischinfektion gebe. Die Strahlentherapie ist nur als eine konservative Behandlung zu empfehlen.

Die prognose ist sehr günstig, wenn die Komplikation keine Rolle spielt.

(Autoreferat)

目 次	
I 緒 言	II 考 察
II 臨 床 例	IV 總 括

I 緒 言

結核が人類ノ大敵ナルハ周知ノ事實ニシテ、之レガ診斷、治療ニ就テ世界ノ學者ハ日夜忘ルトコロナキニ拘ラス、未ダ之レヲ撲滅シ得ルノ域ニ達セズ、且ツ人體ノ何レノ部分トテ之レヲ侵サレザルナキ有様ナリ。而シテ骨結核モ亦吾人臨床家ノ甚ダ屢々相遇スル疾患ナレドモ、ソノ診斷、治療ハトモニ尙未ダ完全ナリト言フコト能ハズ。殊ニ骨結核中ニテ比較的稀ニ見ラルル恥骨結核ニアリテハ、ソノ診斷ハ屢々困難ナル場合多ク、徒ラニ暗中ニ物ヲ探ルガ如キ状態ノモトニ困却スルコト無キヲ保セズ。斯カル場合ニハソノ治療ハ完璧ヲ期スルコト勿論困難ナリ。

恥骨結核ニ就テハ1888年 Hennies 氏ガ報告シタルヲ以テ初メトシ、爾來文献ニ現ハレタル例症100ヲ僅ニ越エ、蓋シ稀ナル疾患ナリ。然ルニ吾々臨床家が少シクコノ疾患ニ就テ知見ヲ廣メ、且ツ細心ソノ診斷ニタヅサハレバ、ソノ發見數ハ更ニ少シク多カルベク、誤レル治療ノモトニ苦シム患者ノ數ヲ減少セシメ得ベキモノト信ズ。

余等ハ最近本症ノ3例ヲ經驗シ、之レヲ觀察スル機會ヲ得タルヲ以テ、之レヲ報告シ、ソノ診斷、治療等ニ就テ愚見ヲ述ベントス。

II 臨 床 例

第1例

朱○ 36歳 男(滿洲人) 漁夫、

初診 昭和4年10月15日。

遺傳的關係 家族史ニ於テ結核、ソノ他ノ遺傳的關係ヲ認メ得ズ。

既往症 10歳ノ時ニ腸チフスヲ患ヒタル他ハ著患ヲ經過シタルコトナカリキ。

現病歴 昭和2年ヨリ左側大腿ノ内側上部ニ鈍痛ヲ覺エ、特ニ歩行又ハ大腿ノ内轉運動ノ際ニ強ク疼痛ヲ感ジタレドモ、歩行ニハ大ナル支障モナク、且ツ、ソノ疼痛部位ニ於テハ腫脹、硬結等ヲ自覺セズ、平常ノ如ク就業シタリ。然ルニ昭和4年3月中旬ニ突然陰囊全體ガ發赤腫張シ、自發疼痛烈シク、體溫ハ上昇シ、起立歩行ガ不可能トナリタリ。約1週間經過後ニハ陰囊ガ小兒頭大ニ達シ、4月中旬ニハ陰囊縫線ノ中央部ニ於テ自潰シ、稀薄ナル漿液性液ヲ流出シ、5月初メニハ自潰口ノ周圍ノ組織ガ壞死脱落シテ、ソレト同時ニ多量ノ濃厚ナル膿汁ヲ排出シタリ。ソレヨリ後陰囊ノ腫脹、疼痛ハ漸次減退シテ歩行ハ不活潑ナガラ可能トナリタレドモ、瘻孔ヲ殘シテ常ニ少カラザル膿汁ヲ排出シタリ。

8月初旬ニコノ瘻孔ノ切開術ヲ受ケタレドモ、膿汁ノ分泌ハ以前ト同様ニシテ、創面ハ治癒ノ傾向ナカリシヲ以テ10月15日吾々ノ外科ヲ訪ヒ入院シタリ。

初診當時ノ一般症狀 體格榮養トモニ中等。皮膚ハ蒼白、頭部、顔面、頸部、四肢ニハ異常所見ヲ認メ得ザリキ。胸部ハ打診上、心臟ノ濁音界ハ尋常ニシテ、聽診上心尖部ニ於テ第1音ノ不純ナルヲ聴取シ得タリ。肺臓ニアリテハ左側前上部ニテ呼吸延長ヲ聽ク他、著明ナル變化ヲ認メ得ザリキ。而シテ肺臓ノレントゲン寫眞ニハ兩側肺尖浸潤及ビ右側肺尖ニ石灰沈着セザル新シキ3個ノ小指尖大ノ結核結節ヲ認メ得

タリ。腹部内臓ニハ著變ヲ認メ得ザリキ。

尙血液ハワツセルマン氏反應陰性ニシテ、皮膚ノビルケ氏反應ハ陽性ナリキ。大便中ニハ十二指腸蟲卵が檢出セラレ、尿中ニハ異常反應物質ヲ證明シ得ザリキ。

血液中ノ血色素含有量ハザリー氏血色素計ニテ60%ヲ示シ、赤血球數、白血球數及ビ白血球ノ種別ニハ著變ナカリキ。

局所々見 陰囊ハ縫線ニ沿ヒテ左右兩半ニ分タレ、ソノ創ノ後方ハ左側大腿起始部ノ方ヘ約4糎ノ長サヲ有スル1條ノ新シキ瘻痕トナリ、ソノ最下部ニ1個ノ瘻孔アリ。陰囊ノ創面及ビ瘻孔開口部ニハ貧血性ノ弛緩性肉芽組織ヲ被リ、周圍ノ皮膚ハ健康部ト同様ニシテ發赤、腫脹ヲ認メズ。觸診スルニ灼熱感ナク、且ツ何處ニモ浸潤硬結ヲ觸レ得ザリキ。然ルニ左側大腿ノ内側上部ヲ壓迫スル時ハ、前記瘻孔ヨリ多量ノ帶綠黃色ノ濃厚ナル膿汁ノ流出スルヲ見タリ。コノ膿汁ニ就テソノ後細菌學の檢査ヲ行ヒタルモ結核菌ヲ證明スルコト能ハザリキ。而シテ瘻孔ヨリ消息子ヲ挿入シタルニ上方ヘ約10糎入り、ソコニ粗糙ナル骨組織ヲ觸知シ得タリ。左側下肢ノ運動ハ股關節ニ於テ何等障礙ナカリシモ、他働的ニ強く大腿ヲ内轉又ハ外轉セシメタル際ニハ、大腿内側上部ニ鈍痛ヲ訴ヘタリ。足跟部又ハ大轉子部ニ衝動ヲ加フルモ、股關節ニ疼痛ヲ訴ヘズ、兩側ノ腸骨翼ノ内方ニ向ツテ壓迫スルモ何處ニモ疼痛ヲ訴ヘザリキ。

右下肢ハ異常ナカリキ。

レントゲン寫眞ヲ撮リタルニ附圖寫眞第1ノ如キ像ヲ得タリ。即チ左側恥骨上行枝及ビ下行枝ハ共ニソノ常形ヲ失ヒ、遊離シタル2—3ノ腐骨片ヲ觀ルヲ得タリ。而シテソレ以外ノ部分、即チ股關節及ビ骨盤ヲ形成スル他ノ骨部ニハ變化ヲ認メザリキ。

診斷 恥骨結核及ビ沈降膿瘍。

以上ノ所見ニヨリテ恥骨結核ナルコトハ明カナリ。即チ現病歴ヲ見ルニ3月頃ニ急性炎症性症狀ヲ呈シタレドモ、肉芽組織ノ狀態及ビ左大腿内側上部ニ多量ノ膿汁が滯溜セルニモ拘ラズ、ソノ局所ニ些カノ急性炎症性症候ヲ呈セザルコトハ寒性膿瘍ヲ示スモノニシテ、ソノ原結核病竈が恥骨ニ發生シ、下垂膿瘍ガ左大腿内側上部及ビ陰囊ニ現ハレ、混合傳染ノタメニ一時陰囊ニ急性炎症性症候ガ現ハレ、自潰シタルモノナリ。

治療 10月21日 鹽酸トローパコカイン⁷ニテ腰髓麻酔ノモトニ、前記ノ陰囊ト左大腿起始部トノ間ニアル瘻孔外口ヨリ上方ニ向ツテ、陰囊ト左大腿ノ間ニ於テ瘻管ヲ切開シテ恥骨ノ病竈ニ達シ、ソノ腐骨ヲ除去シ、肉芽組織及ビ骨病竈ハ銳匙ニテ搔爬シ、殘レル銳利ナル骨端ヲ針除シタリ。ソレヨリ左大腿内側ニ向ツテ指ニテ檢診シタルニ、血管裂孔ニ示指尖大ノ圓形滑澤ナル孔アリテ、ソノ孔ハ左大腿内側上部ニ存在セル大空洞ノ入口ヲ爲シタリ。

依ツテ左大腿内側上部ニ新切開ヲ加ヘ、薄股筋ヲ鈎ニテ側方ニ壓排シタルニ、略大腿上方3分ノ1ニマデ達スル大空洞アリテ、ソノ壁ハ弛緩性肉芽組織ヲ以テ被ハレ、多量ノ膿汁ヲ容レタリ。コノ肉芽組織ヲ搔爬シ、空洞ノ前壁ヲ空洞ノ入口ヲ爲シタル上記ノ圓孔ヲマデ切開シテ、大腿内側ノ新創ト瘻孔切開創ヲ連絡開放セシメ、トモニ「ヨードフォルム」⁷綿紗ヲ栓塞シタリ。

組織檢査 摘出シタル腐骨ノ顯微鏡の所見ハ、骨組織ガ著シク侵蝕セラレ、骨梁ノ間ニ結核結節及ビ乾酪變性ニ陥リタルモノが見ラレタリ。左大腿内側上部膿瘍壁ノ肉芽組織ノ顯微鏡の所見ハ多數ノ結核結節及ビ巨細胞が見ラレタリ。

即チ本例ハ明カニ原發性恥骨結核ナリキ。

経過 手術後第4日目ニ栓塞セル「ヨードフォルム」⁷綿紗ヲ交換シタルニ膿汁ノ滯溜ヲ見ズ、爾後創面ノ肉芽組織ハ良好ニシテ膿汁ノ分泌ハ殆ンド停止シタリ。

11月7日 「ネマトール」⁷投與シテ十二指腸蟲ヲ驅除シ、11月21日ヨリ「ヨード」⁷鐵舍利別⁷投與シタリ。

12月4日ヨリ局所ニ對シ人工太陽燈照射ヲ開始シタリ。創ハ漸次淺小トナリ、肉芽組織モ亦良好ナリ。

12月10日 血液ヲ檢査シタルニ血色素含量ハザリー氏血色素計ニテ82%ヲ示シ、赤血球數、白血球數

及ビ白血球ノ種別ニハ著變ナカリキ。全身狀態及ビ局所々見トモニ可良ナリ。大腿内側ノ創口著シク淺小トナリ、膿汁ノ分泌殆ンドナカリキ。陰囊ノ創面ハ殆ンド全治シタリ。

昭和5年1月6日 左大腿内側創口上部カ瘻孔狀トナリタルヲ以テ消息子ヲ以テ檢シタルニ、4極挿入シ得タリ。

1月16日 大腿内側瘻孔部ノ肉芽組織ヲ採取シ、顯微鏡ノ組織標本ヲ作りテ檢シタルニ多數ノ結核結節ヲ觀タリ。又恥骨ノレントゲン寫眞ヲ撮リタルニ、骨端ガ尙侵蝕セラレタルヲ見タリ。

1月20日 鹽酸¹トロバコイン¹ニテ腰髓麻醉ノモトニ再手術ヲ行ヒタリ。即チ陰囊左側ト大腿トノ間ニ於テ肉芽創面ヲ切開シ搔爬シテ恥骨ニ達シ、ソノ部ヲ鑿去シ、大腿内側上部ノ瘻孔ヲモ少シク切開シ搔爬シテ、トモニ單純綿紗栓塞ヲ施シタリ。

1月23日 栓塞シタル綿紗ヲ交換シタルニ、分泌物ノ滯溜ナカリキ。爾後肉芽組織良好ニシテ創口ハ漸次ニ淺小トナリ、陰囊ノ創面ハ完全ニ癒痕治癒シ、而シテ陰囊ト左大腿トノ間ニ僅カニ陷凹セル肉芽面ヲ殘シテ5月15日退院シ、歩行尋常ニシテ跛行セズ。

5月16日より局所ニレントゲン線照射ヲ開始シタリ。

8月8日 陰囊ト左大腿トノ間ニ依然癒痕上ニ淺キ小指頭大ノ肉芽面ヲ殘シ、鮮紅赤色ニシテ分泌物ナク、瘻孔モ形成セザリキ。

第2例

築貫○ 42歳 男(日本人) 會社員

初診 昭和6年7月3日

遺傳的關係 何等認ムベキモノナシ。

既往症 肋膜炎ヲ經過シタルコトアリキ。

現病歴 昭和5年9月頃下腹部ヨリ恥骨部ニワタリテ無痛性腫脹ヲ來シタレドモ、發赤疼痛等ナカリキ。昭和6年6月下旬陰阜ノ右側ニ自潰シ、多量ノ膿汁ヲ出シ、ソノ頃ヨリ體溫上昇シテ7月3日來院シ入院ス。

初診當時ノ一般症狀 體格ハ中等大、榮養ハ可良ニシテ皮膚ハ尋常ナリ。胸部ハ形態尋常ニシテ打診上右肺尖部及ビ右背部下方ハ輕濁音ヲ呈シ、聽診上ニテハ右肺尖部ハ呼吸音銳利ニシテ、右背部下方ハ呼吸音微弱ナリキ。腹部内臓ニハ病的所見ヲ認メ得ザリキ。

體溫入院後攝氏38-39度位5日間持續シタル後、解熱劑投與ニテ平熱ニ復シ、爾後無熱ニ經過シタリ。

胸部ノレントゲン寫眞ヲ觀ルニ兩側肺炎浸潤アリテ殊ニ右側ハ左側ニ比シテ、ソノ度著明ナリキ。

局所々見 右下腹部ノ正中線ヨリ2極離レテ恥骨上縁ノ1横指徑上方ニ不正形ノ小潰瘍面アリテ瘻孔ヲ有シ、瘻管ハ下方ニ向ツテ消息子ヲ5極挿入シ得レドモ、骨組織ヲ觸知シ得ズ。膿汁ハ稀薄ニシテ結核性ナリ。肉芽組織ハ淡紅色ニシテ弛緩シ、周邊ノ皮膚ハ著明ニ皮下侵蝕ヲ呈シ、僅カニ暗褐色ヲ帶ビタリ。觸診スルニ浸潤硬結ガナク、灼熱感モナカリキ。

骨盤ノレントゲン寫眞ハ附圖寫眞第2ニ示スガ如シ。即チ恥骨縫隙及ビ兩側ノ恥骨聯合面ガ明カニ侵蝕融解セラレタル像ヲ認メ得タリ。

診斷 恥骨及ビ恥骨縫隙結核。

經過 昭和6年7月9日左 大腿内側上部ニ鷲卵大ノ腫脹ヲ來シ、疼痛發赤ナキモ波動アリ。穿刺ニヨリ60鈍ノ濃厚ナル膿汁ヲ得タリ。膿ハ惡臭ヲ有シ、塗抹染色ニヨリ結核菌、葡萄狀球菌及ビグラム氏染色陰性ノ細長桿菌ヲ證明シ、普通寒天斜面培養ニヨリ黃色葡萄狀球菌ヲ證明シ得タリ。

7月11日 左大腿内側上部ヲ穿刺シ70鈍ノ膿汁ヲ得タリ。陰阜ノ外上方ニアル瘻孔ヨリハ膿汁ノ排出量ガ減少シタリ。

7月16日 同様ニ左大腿内側上部ヲ穿刺シ、50鈍ノ稍々稀薄トナリタル膿汁ヲ得タリ。

7月20日 右大腿内側上部ニ硬結腫脹ヲ來シ、同24日陰阜ノ外上方ニアル瘻孔ヨリ多量ノ膿汁ヲ排出シタリ。

7月25日手術 鹽酸_Lトロバコカイン_Tニテ腰髄麻酔ノモトニ恥骨上方ニ約10_{cm}ノ横切開ヲ加ヘテ恥骨ニ達シタルニ、恥骨縫隙ヲ中心トシテ兩側ノ恥骨ガ_Lカリエス_Tトナリタルヲ觀、膿汁ガ多量滯溜シタルヲ認メ得タリ。鋭匙ニテ病竈ヲ搔爬シ、清掃シテ_Lヨードフォルム_T綿紗ヲ栓塞シタル。

手術後ノ経過 7月29日 栓塞シタル_Lヨードフォルム_T綿紗ヲ交換シタルニ、創内ニハ膿汁ノ滯溜ヲ見ザリキ。

8月3日 手術創ヨリ膿汁ガ可ナリ多量分泌セラレ、兩側大腿内側上部ニハ腫脹硬結ヲ證明セズ。

8月11日 創内ハ清淨ニシテ肉芽組織モ可良ナリ。

8月25日 創ハ狭小トナリタレドモ、膿汁ハ可ナリ多量分泌セラル。

9月2日 膿汁ノ分泌ガ減少シ、創ハ著シク小トナル。

9月7日 ヨリ局所ニ人工太陽燈照射ヲ開始ス。

9月12日 膿汁ノ分泌ハ殆ンド止マリ、兩側大腿内側上部ニハ何等腫脹硬結ヲ殘サズ。自發痛、壓痛モナク、歩行ハ尋常ノ如シ。一般狀態モ可良ニシテ退院ス。

退院後ハ局所ニレントゲン線照射ヲ開始シ、10ヶ月後ニテ瘻孔ハ閉鎖治癒シタリ。

第3例

馬○山 36歳 男(滿洲人) 會社員

初診 昭和8年12月8日

遺傳的關係 家族史ニ結核及ビソノ他ノ遺傳的關係ヲ認メ得ズ。

既往症 7年前ニ兩側無痛性横痃ヲ患ヒ、_Lサルバルサン_Tヲ7回注射シテ治癒シ、5年前ニ腸_Lチフス_Tニ罹リ4ヶ月間治療シテ再ビ就業シ、最近マデ毎日中等度ノ肉體の勞働ヲ營ミタリ。昭和6年ノ夏頃ニ約1_{cm}メートル_Tノ高サヨリ落チテ仰臥位ニテ薦骨部ヲ木板上ニ打チ付ケタレドモ、何等損傷ナク尋常ノ如ク就業シ、陰阜ニモ何等疼痛ナカリキ。ソノ他外傷ヲ受ケタルコトナカリキ。

現病歴 昭和7年春頃ヨリ時々運動ニ際シ陰阜ニ非持續的ノ輕キ鈍痛及ビ壓痛ヲ覺エ、同年夏ヨリ右大腿内側上方ノ深部ニ鳩卵大ノ無痛性腫瘤生ジ、硬ク、壓痛ナカリキ。昭和8年9月突然ニ該右大腿内側上部ニアリタル腫瘤ガ増大シテ鳩卵大トナリ、惡寒熱發ヲ伴ヒ、體溫上昇4日間持續シテ後ニ下降シ、腫瘤ハ鳩卵大ニ止マリ、發熱前ト同様ニ疼痛ナク経過シ、尋常ノ如ク就業シタリ。同年12月2日某醫師ニヨリ右大腿内側上方ニアル腫瘤ノ切開ヲ受ケ赤褐色ノ膿汁ヲ多量排出シタリト云フ。爾後毎日多量ノ膿汁ヲ排出シ、同月8日當院外科ヲ訪レ入院ス。

初診當時ノ一般症狀 體格強大、榮養佳良ニシテ皮膚ノ色蒼白ナラズ。顔貌ハ尋常、頸部其ノ他ノ淋巴腺ハ腫脹ヲ認メ得ザリキ。脈搏ハ整調ニシテヨク緊張シ、體溫ハ日々37—38.5°Cニ上昇ス。胸部ハ打診、聽診上ニ於テ異常ヲ認メ得ザリシモ肺臟レントゲン寫眞ニハ兩肺ノ到ル所殊ニ左下半ニ著シキ浸潤ヲ認メ得タリ。腹部ハ中等度ニ膨滿シ腹壁ノ脂肪組織ハ甚ダ厚ク、腹部内臟ニハ他覺の異常ヲ認メズ。

血液ハワツセルマン氏反應陽性ニシテ血液中ノ血色素含有量ハザーリー氏血色素計ニテ70%ヲ示シ、赤血球數ハ571萬、白血球數ハ5600ナリキ。血液像ハ淋巴球過多(36.5%)ノ外ハ著變ナカリキ。尙血液ノ粘稠度ヲHess氏粘稠度計ニテ測定シタルニ血液0.5:蒸留水2.5ニシテ余ノ検査シタル他ノ健康者ノ血液粘稠度ニ比シテ低下ヲ示シタリ。赤血球ノ沈降速度ハSMR = 61.5, 24時間ガ124ニシテ促進ヲ示シタリ。糞便中ニハ寄生蟲卵ナク、尿中ニハ異常反應物質ヲ證明シ得ザリキ。

局所々見 右大腿内側上方ニ鳩卵大ノ哆開セル肉芽創アリテ肉芽組織ハ稍々弛緩シ、色調尋常ニシテ蒼白ナラズ。周圍ノ皮膚ハ發赤腫脹ナク、觸診スルニ灼熱感、浸潤、硬結ヲ認メ得ザリキ。創ヨリハ黃赤褐色ノ稍々薄キ膿汁ヲ多量排出シ、惡臭ナク、陰阜右側ヲ壓迫スル時ハ特ニ同性狀ノ膿汁ヲ多量流出シタリ。然ルニ該陰阜右側ニハ輕キ壓痛ヲ有スレドモ發赤腫脹、波動、浸潤、硬結等ヲ認メ得ザリキ。創口ヨリ消息子ヲ挿入スルニ約5_{cm}大之尿管ニ平行シテ上方ニ入り、骨及ビソノ他ノ硬キ組織ヲ觸レ得ザリキ。膿汁ノ細菌學的検査ニヨリ溶血性連鎖狀球菌、黃色葡萄狀球菌ヲ證明シ、結核菌ハ證明シ得ザリキ。而シテ患者

ハ切開創ニ挿入セラレタル排膿管ト創面トノ接觸ニヨル疼痛ノ外ハ自覺の苦痛ナク、歩行モ可能ナリキ。他覺的ニモ股關節、腰椎等ニ異常ヲ認メ得ザリキ。

骨盤ノレントゲン寫眞ニヨリ余等ハ恥骨ノ右半ヨリソノ上行枝及ビ下行枝ニワタリテ著シキ骨萎縮、體部ノ著シキ侵蝕及ビ腐骨形成ヲ認メ得タリ。即チ附圖寫眞第3ニ示シタルガ如シ。而シテ他ノ骨部ニハ變化ナカリキ。

診斷 恥骨結核及ビ大腿内側ニ瘻孔ヲ有スル沈降膿瘍。

以上ノ所見ニヨリテ本例ハ明カニ恥骨結核ニシテ右大腿内側上方ニ沈降膿瘍ヲ來シタルモノナリ。昭和8年9月頃ニ大腿内側上方ニアリタル腫瘤ノ急速ナル増大ト發熱ハ混合感染ヲ思ハシムルモノナリ。又瘻孔ヨリ證明シタル細菌ハ切開後1週間モ經過シタル後ニ検査シタルモノニシテ術後外界ヨリ入りタルモノナリヤ術前ヨリ膿瘍ニ混合感染シタルモノナリヤ確定シ得ザルトコロナリ。

治療 先ツ排膿管ヲ挿入シ、リバノール液洗滌及ビ驅膿療法ヲ行ヒ、同年12月16日ニハ膿汁ガ減少シ、且ツ培養(普通寒天及ビ血液寒天培養基)ニヨリ膿汁中ニ普通化膿性細菌ヲ證明シ得ザルニ至リタリ。

同12月18日 リバントカイン液腰髓麻酔ノモトニ恥骨上縁ニ沿ヒ正中線ノ左方2極ヨリ右ニ横切開ヲ約8極加ヘ、更ニ右上方ニ約8極延長シ、精系ヲ内方ニ排シテ恥骨病竈ヲ露出シ、腐骨除去、肉芽搔爬、侵蝕セラレタル骨組織ノ鑿除ヲ行ヒ、手術創ヲ全部縫合閉鎖シタリ。更ニ大腿内側上方ニアル瘻孔ヨリ瘻管壁ヲ搔爬シ、リョードフォルム綿紗ヲ栓塞シタリ。

組織の検査 恥骨原発竈ノ肉芽組織ニハ結核結節、Langhans氏巨細胞ガ認メラレ、大腿ノ瘻管壁ノ肉芽組織ニハ結核所見ヲ認メ得ザリキ。

經過 術後翌日ヨリ體温上昇シテ38--39°C.トナリ、外觀上手術創ハ異變ナキモ術後4日目ニ試験穿刺ニヨリ縫合閉鎖シタル手術創内ニ膿汁ヲ證明シ、中央1部ノ縫合絲ヲ拔去シテ排膿管ヲ挿入シ、術後1週間目ニ全拔絲ヲナシ且ツ創ノ大部分ヲ開キ、リョードフォルム綿紗¹タムボナーデ²ヲ施シタリ。ソノ後驅膿療法ヲ持續シ、昭和9年1月31日ヨリ結核³コクチゲン⁴ノ皮下注射ヲ開始シタリ。

然ルニ創ハ治癒ニ至ラズ、膿汁ノ分泌モカナリ多ク、レントゲン寫眞ニヨリテモ尙骨組織ノ侵蝕セラレ、所ヲ認メ、2月16日再手術ヲ行ヒタリ。即チ再び第1回手術同様ニ⁵リバントカイン⁶液腰髓麻酔ノモトニ元ノ切開法ニ從ツテ恥骨病竈ヲ出シ、搔爬、鑿除ヲ行ヒ、リョードフォルム綿紗⁷タムボナーデ⁸ヲ施シタリ。コノ際恥骨病竈ノ肉芽組織ニハ結核結節、Langhans氏巨細胞ヲ認メ得タリ。再手術以來分泌物ガ殆ンド止マリ、肉芽組織モ亦佳良トナリ、爾後繃帶交換ヲナスト共ニレントゲン照射、人工太陽燈照射ヲ併用シ、目下著々治癒ニ向ヒツアリ。

III 考 案

Büngerニ從ヘバ本病ハ成人女性ニ來ルモノト云ハレタレドモソノ後本症ノ多數觀察セラルルニ及ビ、男女殆ンド同率ニ來ルモノナルヲ識ルニ至レリ。近年 Max Madlenerガ本疾患者5例ヲ報告シ、ソノ中女子ハ4例、男子ハ1例ニシテ之レヲ單獨ニ觀レバ女性ニ素因ヲ有スルガ如ク思ハルルモ、15歳以下ノモノガ4例ヲ占メ、性發育ト關係ナク、又余等ノ例ニ於テモ3例共ニ男子ニ發見セラレタルヲ觀レバ Büngerノ說必ズシモ首肯シ得ズ。更ニ本症ノ發生スル年齢ニ就テモ必ズシモ成人ニ限ラズ早キハ3歳ヨリ、ソノ他15歳以下ノ未成年者ニ現ハレタルヲ觀タルモノ少カラズ。尙本疾患ト局所ニ作用シタル外力トノ誘因の關係ハ考ヘラザルニ非ザレドモ、文献ニ表ハレタル諸例及ビ余等ノ例ニ就テ觀察スルニ、ソノ間殆ンド常ニ何等因果關係ヲ認メ得ズ、余等ノ3例ハトモニ何等局所ニ外力ヲ受ケタルコトナカリキ。

恥骨結核ハ常ニ緩慢ニ發病シ最初ニ於テハ殆ンド自覺症狀ヲ缺カスルモノニシテ病勢ノ稍々

進行スルニ及ビテ始メテ自覺的、他覺的症狀ヲ現ハスモノナリ。例之 Arnim ハ分娩後6週間ニ脚ニ脱力感ヲ訴ヘタル一婦人ノ大陰唇ニ李實大ノ囊腫性腫瘤ヲ認メ、ソノ腫瘤ヲ手術ニヨリ剔出セント試ミタルニ該腫瘤ハ下垂膿瘍ニシテ、恥骨ニ著明ナル結核性原病竈ノ存在ヲ發見シタリ。又余等ノ第2例患者モ陰阜上方ニ無痛性腫瘤ヲ生ジテ後約1ケ年間ハ何等ノ自覺症狀ヲ訴フルコトナク經過シタリ。第1例ハ大腿ニ、第3例ハ陰阜ニ鈍痛ヲ訴ヘタルノミニシテ、本病ノ初期ニ於テハ自覺症狀が極メテ輕微ニシテ、コレニ氣付カザルカ又ハ殆ンド之レヲ缺如スルコト多キヲ知ルベシ。

故ニ本病ノ診斷ハ初期ニ於テハ勿論、相當ニ進行シタルモノニ於テモカナリ困難ナリ。且ツ又遠隔セル部位ニ下垂膿瘍ヲ形成シタル場合ニアリテモ尚ヨク他疾患ト誤ラレ易キモノナリ。而シテ本病ノ診斷ニ際シ、吾人ノ注目スベキ事項ハ下垂膿瘍ト瘻孔ナリ。骨結核ニシテ恥骨結核以外ニ於テモ下垂膿瘍又ハ瘻孔ハ屢々觀ラルル所ニシテ、ソノ部位モ種々雜多ニシテ思ヒ掛ケナキ場所ニ其ノ發見スルヲ觀ルコト少カラズ。而シテ下垂膿瘍ノミヲ發見シ、ソノ原病竈ヲ發見シ能ハザル場合スラナキニシモアラズ。恥骨結核ニアリテモ、ソノ下垂膿瘍又ハ其ノ破壊ニヨリテ生ジタル瘻孔ハ種々ノ部位ニ來ルモノニシテ、男女性ヲ問ハズ大腿内側上部、會陰部、鼠蹊部、陰阜、下腹部等ニヨク來リ、又女性ニテハ大陰唇ニヨク現ハレ、或ハ膈壁ニ來リ、稀ニ直腸内、膀胱ニ瘻孔ヲ形成スル場合モアリト云フ。

余等ノ恥骨結核3例中第1例ハ陰囊ニ瘻孔ヲ有シ、大腿内側上部ニ下垂膿瘍ヲ伴ヒ、第2例ハ下腹部ニ瘻孔ヲ有シ同ジク大腿内側上部ニ下垂膿瘍ヲ伴ヒタリ。第3例ハ大腿内側上部ニ下垂膿瘍ヲ來シ、之ニ切開ヲ加ヘラレ瘻孔トナリ居タリ。

故ニ上述ノ部位ニ下垂膿瘍又ハ結核性瘻孔ヲ發見シタル場合ハ一應恥骨結核ナル疾患ヲ念頭ニ置キテ検査スルト同時ニ、身體ノ他ノ部位ニ於ケル結核病竈ノ存否ヲ追及スルヲ要ス。

斯カル部位ニ寒性膿瘍又ハ瘻孔が存在シ、恥骨結核ニ疑ヒヲ置キタル際ニ如何ニシテ之ヲ確診スベキカハ云フマデモナク レントゲン寫眞法ニ依ルベキモノナリ。即チ レントゲン學的ニ恥骨部ノ Aufhellung、骨組織ノ構造ノ不明(萎縮)又ハ侵蝕、骨膜ノ肥厚、腐骨形成等ヲ確認シ得レバ診斷確定スベシ。余等ノ例ニ於テモ前述ノ如ク レントゲン寫眞ニヨリテ第1例ハ左恥骨體、上行枝及ビ下行枝ニ、第2例ハ恥骨縫際及ビソレニ接セル兩側ノ恥骨聯合面ニ、第3例ハ右恥骨體、上及ビ下行枝ニ結核病竈ノ存在ヲ確診シ得タリ。

尙本疾患ト鑑別ヲ要スル疾患トシテハ不還納性鼠蹊脱腸、精系又ハ圓韌帶ノ腫瘍又ハ結核、脂肪腫、バルトリン氏腺炎又ハソノ囊腫、肛圍膿瘍又ハ痔瘻、股關節結核、骨盤骨ノ他部ノ「カリエス」、脊椎「カリエス」等アレドモ レントゲン検査ヲ怠ラザル時ハ之等ノ疾患トノ鑑別ハ左程困難ナルモノニ非ズ。

豫後ハ合併症ノ症狀ノ惡化セザル限り佳良ナルモノニシテ機能障害等ヲ殘スコトナシ。但シ女ニアリテハ分娩ニ際シ恥骨縫際ノ破裂ヲ來スコトアリ。

合併症トシテハ肺結核ガ最モ多ク、氣管枝淋巴腺結核、恥骨縫際結核、薦腸關節結核、股關節結核、脊椎「カリエス」等報告セラレタリ。余等ノ例ニ於テハ3例共ニ肺結核ヲレントゲン寫眞ニテ認メ得タリ。

治療法トシテ保存的療法ヲ行フ場合アレドモ他ニ重篤ナル合併症ナキ限リハ手術的療法ヲ行フベキヲ至當ナリト信ズ。即チ未ダ瘻孔ナキモノハ手術ニヨリ病竈ヲ清掃シテ縫合閉鎖シ、1期癒合ヲ期待シ、然ラザルモノニハ廣汎ナル切開ヲ加ヘ、病竈ヲ清掃シテ開放的創傷後療法ヲ行フベキモノナリ。レントゲン照射療法、紫外線照射療法等ハ保存的療法トシテ推奨スルニ足ル。

IV. 總 括

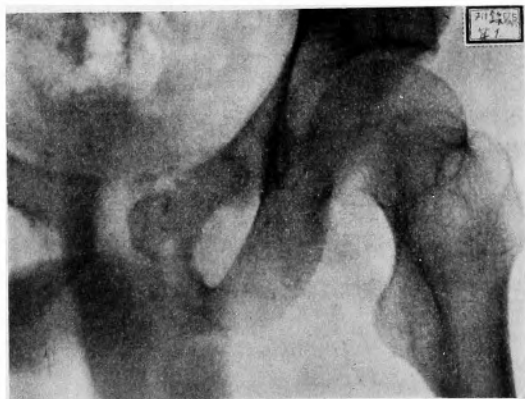
恥骨結核ハ甚ダ稀ナルモノニシテ、ソノ診斷ハ困難ナル場合多キモ屢々大腿内側上部、陰囊、陰唇、會陰部、陰阜等ニ下垂膿瘍ヲ形成シ又ソレガ自潰シテ瘻孔ヲ殘スガ故ニ之等ノ所見ヨリ本症ヲ考量ニ容ル、コトヲ怠ラザレバレントゲン學的検査ニヨリテ容易ニ且ツ確實ニ部位ヲ決定シ得ルモノナリ。

本疾患ヲ確定シタル場合ハ重篤ナル合併症ナキ限リハ手術的療法ヲ行フベキモノト信ズ。

而シテ後療法トシテレントゲン線照射ヲ行ヒ強壯療法ヲ講ズベキモノナリ。

主 要 文 献

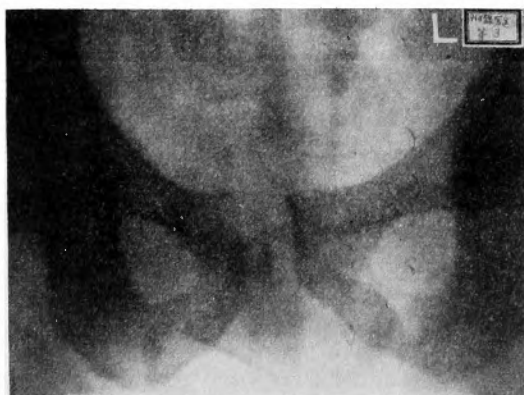
- 1) Arnim, Zentralblatt f. Gynäkol., JG. 41, 1917, S. 194.
- 2) Bucura, Wiener klin. Wochenschr. JG. 32, 1919, S. 532.
- 3) Büngner, Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 59, 1899, S. 892.
- 4) Kavka, Zentralblatt f. d. ges. Tuberculoseforsch., Bd. 29, 1928, S. 538.
- 5) Löffler, Zeitschr. f. Urol. Chirurg., Bd. 13, 1923, S. 197.
- 6) Max. Madlener, Dtsch. Zeitsch. f. Chirurg., Bd. 196, 1926, S. 329.
- 7) Paul. Herz, Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 64, 1902, S. 217.
- 8) Paul Wirz, Zentralblatt f. Gynäkol., Bd. 53, 1929, S. 1313.
- 9) Peermans, Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chirurg. u. ihre Grenzgebiete, Bd. 21, 1925, S. 781.
- 10) Rendu, Andre et P. Wertheimer Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chirurg., Bd. 21, 1923, S. 279.
- 11) Sorrel et Chauveau, Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chirurg., Bd. 17, 1922, S. 186.
- 12) Speyer, Arch. f. Gynäkol. Bd. 113, 1920, S. 363.
- 13) Serra G. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Tuberculoseforsch., Bd. 29, 1928, S. 684.

傳
論
文
附
圖

第 1 圖 左側恥骨上下枝ノ崩潰セルヲ示ス



第 2 圖 兩側恥骨結節並ニ下枝ノ崩潰ヲ示ス

第 3 圖 右側恥骨結節ハ崩潰シ上下枝ノ一部ハ陰影
欠損ヲ示ス