

- 2) Michael A. Rubinstein: Multiple Myeloma as a Form of Leukemia. Blood, 4, 1049, 1949.
- 3) R. B. Willmus.: Pathology of Tumours, 784, 1948.
- 4) Samuel, L. Turek: Orthopedics, 337, 1959.
- 5) R. Winston Evans: Histological Appearances of Tumours, 151, 1956.
- 6) 天野重安: 血液学の基礎, 上, 573, 昭23.
- 7) 宮地徹: 臨床組織病理学, 650, 杏林書院. 昭31.
- 8) 芳賀圭五: 内科学全書, 10, 2 冊, 昭32.
- 9) 武田栄その他: 多発性骨髄腫の 4 例, 日本整形外科学会誌, 34, 2, 215, 昭35.
- 10) 物路照通: γ 型多発性骨髄腫の 1 例, 治療, 42, 1, 163, 昭35.
- 11) 富重守: 多発性骨髄腫一主としてレ線像一について, 整形外科, 9, 513, 昭33.
- 12) 宮田誠雄: 多発性骨髄腫の 1 例, 日本医師会雑誌, 43, 8, 昭35.
- 13) 平木潔: 多発性骨髄腫, 総合臨床, 3, 5, 773, 昭29.
- 14) 小島瑞その他: 多発性骨髄腫の病理学的研究, 日本病理学会雑誌, 47, 3, 518, 昭33.
- 15) 橋爪藤光: 骨髄性プラズマ細胞腫の一部検例, 日本病理学会雑誌, 47, 3, 822, 昭33.
- 16) 嶋田一雄: 右前胸部プラズマ細胞骨髄腫の一例, 外科, 18, 9, 653, 昭31.
- 17) 入野昭三その他: 骨髄腫の 1 例, 臨床の日本, 6, 10, 82, 昭35.
- 18) 尾上久喜その他: 多発性骨髄腫の 1 例, 最新医学, 14, 2904, 昭34.
- 19) 貴船寿夫: 多発性骨髄腫の臨床的研究, 医学研究, 28, 11, 4241, 昭33.
- 20) 今村幸雄その他: 骨髄腫その生化学方面, 日本血液学会雑誌, 23, 2, 補冊, 292, 昭35.
- 21) 日野志郎: 形質細胞性骨髄腫 (多発性骨髄腫) 一主として形態学的方面—日本血液学会雑誌, 23, 2, 307, 昭35.
- 22) 小松周治: 形質細胞白血病, 最新医学, 15, 8, 98, 昭35.

顎下腺に発生した放線状菌症の 1 例

大阪医科大学外科学教室 (指導: 麻田 栄教授)

千葉 俊雄・大沢 一博

〔原稿受付 昭和36年 5 月29日〕

A CASE OF ACTINOMYCOSIS WHICH PRIMARILY AFFECTED THE SUBMAXILLARY GLAND

by

TOSHIO CHIBA and KAZUHIRO OSAWA

From the Surgical Clinic of Osaka Medical College.

(Director: Prof. Dr. SAKAE ASADA)

A case of actinomycosis which primarily affected the submaxillary gland was reported.

A 37-year-old housewife of a farmer had noticed a tough and painless nodule in the left half of her submaxillary region about 3 months prior to admission. This nodule gradually increased in size and became a tumor as large as a hen-egg.

There was no noteworthy finding except for the tumor.

Total extirpation of this tumor was performed on July 7, 1959. Upon surgery, it was found that the tumor was firmly adhered to the surrounding tissues and was connected with a string-like structure that led toward the oral cavity which

strongly suggested the duct of a salivary gland.

The removed specimen proved to be a salivary gland by histological examination. Pus containing a caseous substance was accumulated inside it. The diagnosis of actinomycosis was confirmed by the presence of sulfur granules within the pus.

The patient was discharged 12 days after the operation and has been quite well up to date.

Actinomycosis which primarily affected the salivary gland and was cured radically by surgery seems to be a rather rare and noteworthy case to be reported.

最近われわれは左下顎部の無痛性腫瘍を剔出し、組織学的検査によつて左顎下腺の放線状菌症なることを確認、根治せしめた症例に遭遇したので報告する。

症例：37才、女子、農業。

主訴：昭和34年2月中旬左顎部に有痛性の小腫瘍が生じたが、放置しておいたところ2～3日で消退した。それから約2ヵ月半を過ぎた昭和34年5月頃から左下顎部に無痛性の硬い結節があるのに気がついたが、何らの障害もないまゝに放置していたところ、腫瘍は次第に大きくなり、また両肩が凝るようになったので34年7月当科を訪れた。

既往例：昭和34年5月心窩部痛を来した以外に著患を経験しない。

家族歴：特記すべきことはない。

現症：体格中等、栄養良好、脈膊66/分で律動整、緊張良好、血圧120～50mm Hg。呼吸は胸腹式18/分で安静、眼球、眼瞼共に正常、胸部には肺野に異常を認めず。心音清澄、肝肺濁音界は右第Ⅵ肋骨、腹部では右肋弓下に肝縁を1.5横指触れ、弾性硬で圧痛は無い。腎、脾は触れない。四肢其の他に異常を認めない。

局所所見：図1の如く左下顎角の前下方の部に4×5cmの極めて硬い腫瘍があり、形は卵形でPaketbildungを認めた。境界は比較的明瞭であるが、左胸鎖乳突筋との移行部は明瞭でない。腫瘍と下顎骨との間には僅かに指を挿入出来る程度で、腫瘍は基底組織と強く癒着しており可動性に乏しいが皮膚との癒着は全くない。浮腫熱感を認めない。開口及び顎の運動に障害はない。尚、両側頸部に各1コの豌豆大のリンパ節を触れるが何れも割合軟かく可動性に富み、上記の腫瘍との関係は認められない。

臨床検査成績：血液は赤血球420万、白血球6,200、血色素75%(ゼーリ)、血清梅毒反応陰性、血沈1時間値8耗、2時間値40耗。尿に異常を認めない。下顎部のX線写真で骨に異常所見を認めない。以上の病歴及び検査成績から、まづ下顎部リンパ節結核と考え腫瘍

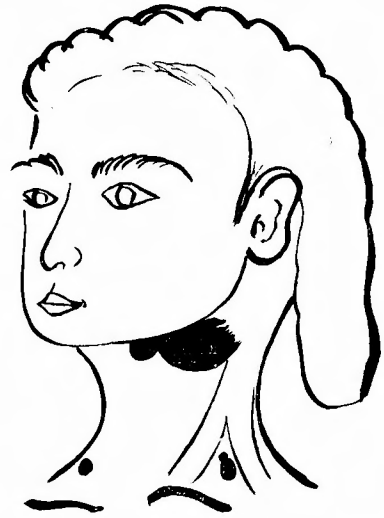


図 1

の剔出術を行つた。

手術：左顎下縁より約1.5cm離れて、腫瘍が最も膨隆し硬い部に一致して下顎骨下縁に平行に約8cmの皮切を加えた。次いでPlatysmaを左右に分離して、中央に白味を帯びた弾性硬の主腫瘍を露出した。これを周囲組織から鈍的或は鋭的に剝離すると、腫瘍の上側内方に弾性を有する数個のやゝ腫脹したリンパ節が癒着しているのを認めた。更に剝離を進めると主腫瘍は下顎骨内面に続いており、更に主腫瘍の上側で超小指頭大の顎下腺につながっていることが判明した。顎下腺は正常より硬く且つ腫脹しており、更に上記リンパ節と癒着して一塊の腫瘍を形成しており、何らかの病変の存在することが推定されたのでこれを含めて剔出をすることとし、その上内面の導管を結紮切断して腫瘍の一括剔出を行つた。側方は胸鎖乳突筋及び頸静脈とも癒着していたが、いづれも損傷することなく遊離し剔除することが出来た。

剔出標本：腫瘍は2つの塊が中央で癒合した如き外

観を呈しているが何れも顎下腺であつた。正中側に位置した顎下腺は $2.2 \times 3.5 \times 1.3$ cm。他は $2.5 \times 3 \times 1.5$ cm大である。表面暗赤黄色、硬い。剖面は耳側塊では中心部に膿瘍を形成し中に乾酪様物質を混じた膿少量を有し、その周辺部は肝臓様に肥厚して硬い。正中側塊の剖面は淡黄色で耳側塊と較べ相当軟かく弾性が保たれている。

組織学的所見：顎下腺内には無数の好中球の滲潤を認め、その中には辺縁がEosinに染り多数の菌絲を含んだ放線状菌の菌塊が存在し、典型的な放線状菌症の膿瘍を形成し、之等の周辺には結合組織の増生が認められる(図2)。

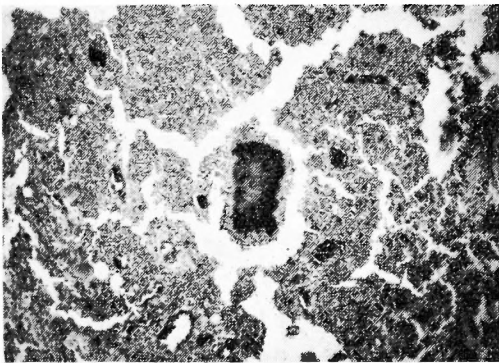


図2 Druse. 70×H. E. 染色

術後経過：患者は経過良好で開口障害もなく創は一期癒合を営み、術後12病日で全治退院した。

考 察

i) 放線状菌症の病原たる放線状菌が、1845年 V. Langenbeck によつて剖検時脊椎カリエスの膿瘍中に発見されて以来、本症については既に多数の報告をみている。本菌の人体に対する侵入径路はすでに論議されているところであるが、元来本菌は人、動物に寄生的で、人では扁桃、歯石、歯垢、齦歯などに附着し口腔に常在するといわれている^{1), 6), 7), 8)}。本症例では両下顎第Ⅱ大臼歯に齦歯(C₃)があり、そこに本菌が常在していたと考えられる。

ii) 発病は季節的に雨季に多く、また収穫期に頻発し、職業的には農業従事者に多いとされており、統計的に男性に極めて多く女性には遙かに少ない。年令的に20~30才代の罹患が群を抜いている^{1), 6), 7), 9)}。本症例は37才の農業従事者で発病が麦の収穫期頃に始まったと考えられることは諸家統計と良く一致する。

iii) 口腔領域の放線状菌症の侵入門戸はその殆ん

どが口腔、殊に歯牙及びその支持組織で、他に口腔粘膜、唾液腺輸尿管、扁桃腺、咽頭及び外傷による創部等が挙げられている。このうち歯牙支持組織で下顎大臼歯部は侵入門戸として主要な地位にあり、齦歯等から該部支持組織炎の形で始まつて、顎骨周囲軟部組織へと炎症が発展して行くものが大多数を占めている^{1), 6), 7), 9)}。唾液腺は此の炎症の影響を受け易い位置にはあるが、唾液腺に原発する放線状菌症は少く、その場合多くは唾石を伴つていようである。本症例では唾液排出管及び唾液腺内に結石或いは他の異物を認めなかつたが、顎骨X線写真にも異常を認めず、別出標本の肉眼的所見や更に後述の如き進行経過から、その侵入門戸は唾液排出管であつたと想像される。

iv) 本症が下顎~頬部に発生した場合、多くは長期間に亘つて軟部組織の特徴的硬結を来す。圧痛が少なく発熱も殆んどない。この硬結は漸次瀰漫性に進展し表面に及ぶと皮膚は可動性を失ひ紫紅色を帯び軽い浮腫を生じる。又好んで咀嚼筋を侵害し開口障害を来すのが特徴の一つである。そして更にこの特徴的な境界不鮮明な板状硬結の中に多発性の小膿瘍を生ずるに至る^{1), 6), 7), 9)}。然し本症例はこの様な経過を辿らず、病変は顎下腺にとどまり、隣接リンパ腺に非特異性炎による腫脹を招来したのみで、境界が明らかな腫瘤として触知された。加うるに皮膚に色調、浮腫等の変化なく、腫瘤の可動性もわずかながら保たれており、恰かも結核性リンパ節炎の如き像を呈した珍しい例であつた。

v) 顔面、頸部に発生した本症の予後は、頭部、胸部、腹部に発生した場合に較べて遙かに良好となつてはいるが、それでも板状硬結は拡大し、開口障害を伴ひ、多発性膿瘍を作つて甚だ難治性である。従つて治療には従来種々の薬剤が検討されて来たが、Sulfa 剤、更に Penicillin の発見以来各種抗生物質の大量投与法に大きな期待がかけられ、且つ良好な成績が挙げられてきたのである。一方1905年 Beven により Röntgen 照射法が導入されて以来中等量分割照射が効果が良いとされたが、化学療法の普及した今日では併用的に用いられるに過ぎない。

然し一旦本疾患が発生すれば化学療法によつても非常に長期間且つ極めて大量の投与を必要とすることが多く、予後の不良な場合もある^{1), 4), 5), 6), 9), 11)}。

外科的療法としては病巣の根治的な剔出が可能な場合は最も確実な方法といえるが、実際上かかる根治手術は不可能で小切開にとどめざるを得ないことが多い

6), 8), 11). 本症例では顎下腺及び隣接リンパ節に局限して発生し、且つ発現時期が早かったため、手術により病巣の根治的剔出に成功し、一次的に治療せしめ得たことはまことに幸運であつた。

結 語

左顎下腺に発生した放線状菌症に対し、手術によつて根治せしめえた1例を経験したので報告し、併せて放線状菌症に関する若干の考察を行った。

終りに臨み御指導、御校閲を頂いた麻田栄教授に深く感謝します。

文 献

- 1) 梶谷 鑲：塩田外科「クリニック」に入院診療せられたる放線状菌症67例に就て。日本外科学会雑誌，42，539～576，昭16。
- 2) 岸 英助他：稀有なる部位に発生せる放線状菌症の経験。日大医学雑誌，18，1335～1939，昭34。
- 3) 小林一郎他：極めて奇異なる病型を取つた顎放線状菌症の1例。歯科学報，59，248～249，昭34。

- 4) McVay, L. V. Jr., Dunavant, D., Guthrie, F. & Sprunt, D. H.: Treatment of Actinomycosis with Aureomycin. A. J. A. M. A.; 143, 1067～1098, 1950.
- 5) Wright, L. T. & Lowen, H. J.: Aureomycin Hydrochloride in Actinomycosis. J. A. M. A. 144, 21～22, 1950.
- 6) 中村平蔵：放線菌症の診断と治療。菌界展望，544～555，昭35。
- 7) 奥島団四郎：津田外科教室に於る放線状菌症の40例の統計的観察。臨床外科，7，354～357，昭27。
- 8) Wangenstein, O. H.: The Role of Surgery in the Treatment of Actinomycosis. Ann. Surg., 104, 752～770, 1959.
- 5) 常葉信雄：Actinomycosis Mocardiosis 最新医学，16，522～531，昭36。
- 10) 梅崎久三他：脾腫を疑はせた原発性腹壁放線状菌症の1例。熊本医学会雑誌，30，436～438，昭31。
- 11) 渡辺三喜男：放線菌症の治療とその経験。臨床外科，7，360～361，昭27。

食道静脈瘤破裂を伴つた門脈圧亢進症に対して、脾剔、脾腎静脈吻合及び胃冠状静脈切除術が奏効した1例

大阪医科大学外科学教室（指導：麻田 栄教授）

笠川 脩・板谷博之・荒木靖生・藤村英夫

大阪医科大学内科学教室（指導：原 亨教授）

大 谷 晴 彦

〔原稿受付 昭和36年5月30日〕

CASE REPORT OF A SUCCESSFUL SURGERY (SPLENECTOMY, SPLENORENAL SHUNT AND RESECTION OF CORONARY VENTRICULAR VEIN) ON THE INCREASED PORTAL PRESSURE ACCOMPANYING RUPTURED ESOPHAGEAL VARICES

by

OSAMU KASAGAWA, HIROYUKI ITAYA, YASUO ARAKI
and HIDEO FUJIMURA

From the Department of Surgery, Osaka Medical School
(Director : Prof. Dr. SAKAE ASADA)