

日本外科寶函 第19卷 第2號
ARCHIV FÜR JAPANISCHE CHIRURGIE
XIX. BAND. 2. HEFT, 1. MÄRZ 1942.

原 著

Erfahrungen über die Jodölventrikulographie.
II. Mitteilung. Jodölventrikulogramm bei Hirntumoren.

Von

Prof. Dr. **Yosinori Asano**, Ass.-Prof. an der Klinik.

(Aus der I. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto,
(Prof. Dr. **Ch. Araki**))

Während des letzten Jahres beobachteten wir im ganzen 48 Hirntumorfälle verschiedener Lokalisation; i.e.

- 6 Fälle von Parasagittaltumor,
- 5 „ „ lateralem Konvexitätstumor,
- 2 „ „ intraventrikulärem Tumor des Seitenventrikels,
- 6 „ „ Parasellartumor,
- 5 „ „ Hypophysentumor,
- 2 „ „ Schädelbasistumor,
- 4 „ „ Pinealtumor sowie Tumor in der Pinealgegend,
- 2 „ „ Vierhügeltumor,
- 12 „ „ Kleinhirnbrückenwinkeltumor,
- 3 „ „ Kleinhirntumor und
- 1 Fall von intraventrikulärem Tumor des IV. Ventrikels.

Unsere klinische Diagnose mittels der Moljodölventrikulographie über die exakte Lokalisation vorerwähnter Tumoren stimmte bis auf 2 Ausnahmefälle mit dem Befunde bei der Operation resp. Obduktion ganz genau überein. Unsere Erfahrungen sollen nun im folgenden kurz mitgeteilt werden.

I. Konvexitätstumoren.

Bei Konvexitätstumoren zeigte der Seitenventrikel, zusammen mit dem III. Ventrikel, fast immer eine mehr oder weniger ausgeprägte Lage- und Formveränderung, gelegentlich auch eine gewisse durch die Blockade des Foramen Monroi verursachte Erweiterung.

1) **Parasagittaltumoren**: 3 Gliome, 1 Meningiom und 2 Tuberkulome, wovon 4 illustriert. Unsere Fälle trafen alle die mittlere frontale bis parietale Region.

Als typisches Bild der Parasagittaltumoren ist folgendes anzugeben :

Auf dem Seitenbilde weist die obere Kontur des tumorseitigen Seitenventrikels, je nach der Lokalisation und Grösse des darübersitzenden Tumors, eine Impression oder eine Abplattung auf, indem der entsprechende Ventrikelteil als ganzes basalwärts verschoben ist (Abb. 5, 6, 9, 10, 15 u. 16).

Auf dem Sagittalbilde sieht der Seitenventrikel der kranken Seite wie von oben her flachgedrückt und seine laterale obere Wandung in horizontaler Richtung abgerundet aus, während der der gesunden Seite im Gegenteil mehr nach oben lateral hin ausgezogen ist (Abb. 1, 2, 7, 8, 12, 13, 14 u. 17).

In der Regel findet man dabei eine mehr oder weniger deutlich nachweisbare Verschiebung und Schrägstellung des III. Ventrikels nach der gesunden Seite (Abb. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 12 u. 13).

Die obengenannten Veränderungen sind direkt unterhalb des Tumors am ausgeprägtesten.

2) **Laterale Konvexitätstumoren**: 2 Gliome, 1 arteriovenöses Aneurysma und 2 subdurale Haematome, wovon 4 illustriert.

Auf dem Sagittalbilde sah man im allgemeinen öfters eine beträchtlich grosse seitliche Verschiebung des Ventrikelsystems; und zwar nach der dem Tumor gegenüber liegenden Richtung. Die laterale Grenze des Seitenventrikels wies auf der Tumorseite eine verstärkte Einbuchtung (Konkavität nach Innen) auf. Seine laterale obere Kontur zeigte aber bei einem vorwiegend mehr lateral lokalisierten Tumor eine kraniolaterale Zuspitzung und Ausziehung (Abb. 24, 25 u. 26), während sie bei einem noch weiter aufwärts nach der Mittellinie ausgedehnten Tumor von oben her zusammengedrückt und abgerundet war (Abb. 29 u. 30).

Der Seitenventrikel der gesunden Seite war in toto seitlich abgeplattet und seine mediale Kontur zeigte dabei eine mehr oder weniger ausgeprägte nach innen konkave Krümmung (Abb. 18, 19, 33, 34 u. 35). Der III. Ventrikel war auf die gesunde Seite verschoben und geneigt (Abb. 24, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36 u. 37).

Im Seitenbilde sah der Seitenventrikel der gesunden Seite stark gehämmert aus. Seine mediale Wand war durch den Tumor von der entgegengesetzten Seite her verdrängt und zeigte sehr häufig einen grossen Füllungsdefekt (Abb. 22 u. 23).

Der Jodölschatten des III. Ventrikels war im allgemeinen hell und unregelmässig (Abb. 32 u. 38).

Die topische Diagnose des Tumors konnte entsprechend der maximalen Veränderung des ganzen Ventrikelsystems ohne Schwierigkeiten gestellt werden.

II. Intraventrikuläre Tumoren des Seitenventrikels.

Darunter beobachteten wir 1 Tuberkulom und 1 Astrocytom (illustriert).

Der Seitenventrikel der kranken Seite wies im Seiten- sowie Sagittalbilde eine durch die Blockade des Foramen Monroi entstandene Erweiterung und einen grossen durch den in den Ventrikel hineinragenden Tumor verursachten Füllungsdefekt auf (Abb. 39—54).

Das Vorderhorn und die Cella media der gesunden Seite, die sich jedoch nur bei einem

Fälle darstellen liessen, zeigten im Seitenbilde einen durch den gegenüberstehenden Tumor bedingten Füllungsdefekt und Aufhellung (Abb. 43 u. 44). Auf dem Sagittalbilde waren die beiden Ventrikelabschnitte lateralwärts verschoben aus; und zwar das Vorderhorn seitlich abgeplattet und die Cella media mit einem grossen Füllungsdefekt (Abb. 47—54).

Der III. Ventrikel war mit seiner von oben her zusammengedrückten oberen Grenze nach der gesunden Seite hin verschoben und geneigt (Abb. 47—54).

III. Parasellartumoren.

Bei vorwiegend antesellar, fast in der Mittellinie sitzenden Tumoren, wie z. B. Meningiome aus dem Tuberculum sellae oder dgl., wird das Vorderhorn je nach der Grösse des Tumors beiderseits hoch hinauf gedrängt. Dies konnte jedoch bei unseren Fällen nur einseitig dargestellt werden. Gleichzeitig wird der III. Ventrikel nach hinten hin zusammengedrückt. Im Seitenbilde sieht man also das Vorderhorn mehr oder weniger kranial verschoben und eine durch den Tumor bedingte Impression mitten in seiner unteren Kontur. Das Foramen Monroi und der Vorderteil des III. Ventrikels sind dorsalwärts verschoben (Abb. 55, 56, 61 u. 63).

Dabei lässt sich gar keine seitliche Verschiebung des Ventrikelsystemes feststellen (Abb. 57—60).

Ein antero-lateral gelegener Parasellartumor verdrängt das Vorderhorn der Tumorseite nach oben und das der gesunden Seite nach aussen hin. Das Unterhorn der Tumorseite wird von innen her gedrückt. Gleichzeitig übt der Tumor einen dorso-lateral gerichteten Druck auf den III. Ventrikel aus.

Die Moljodolventrikulographie bei unseren 2 Fällen ergab folgendes:

Im Seitenbilde zeigte das Vorderhorn der Tumorseite eine beträchtliche kranio-dorsale Verschiebung und einen grossen Füllungsdefekt in seinem unteren Teile. Das Foramen Monroi und der vordere Teil des III. Ventrikels, dessen Bild sehr hell und unregelmässig oder nur fragmentarisch dargestellt, waren nach hinten verschoben (Abb. 64, 65, 68 u. 69).

Auf dem Sagittalbilde war das Vorderhorn der Tumorseite von unten her hoch hinauf gedrängt und abgeplattet. Seine untere Wand sah, wie die laterale, nach innen konkav aus. Auf der Tumorseite liess sich auch noch eine laterale Verschiebung des Vorderhornpoles konstatieren. Was das Vorderhorn der gesunden Seite anbetrifft, so war es lateralwärts verschoben und von median her platt zusammengedrückt.

Der III. Ventrikel zeigte eine basalwärts immer stärker werdende Verschiebung nach der gesunden Seite, sodass also der III. Ventrikel in toto nach der kranken Seite geneigt war (Abb. 66, 67, 70 u. 71).

Der lateral gelegene Parasellartumor, der hauptsächlich nur auf dem Boden der mittleren Schädelgrube beschränkt ist, zeigte eine unbedeutende kranio-laterale Verschiebung des gleichseitigen Unterhorns mit einem Füllungsdefekte in seinem vorderen Teile (Abb. 72—75).

Breitet sich der Tumor weiter aus und greift er auf die benachbarten Hirnteile, insbesondere auf den Temporallappen über, dann weist das Ventrikelsystem eine starke Veränderung auf, wie

es aus den nebenstehenden Abbildungen hervorgeht: Auf dem Seiten- sowie Sagittalbilde ist das Unterhorn der Tumorseite fast ganz verschwunden, nur dass sein Anfangsteil wie abgeschnitten zum Vorschein kommt. Das Vorderhorn und insbesondere die Cella media sind auf der kranken Seite stark kranial und etwas medial disloziert, wovon die letztere an der unteren Umrandung eine grosse Einbuchtung zeigt. Dabei ist das Vorderhorn der gesunden Seite lateralwärts verschoben (Abb. 76—79).

IV. Hypophysentumoren.

Darunter kamen 4 chromophobe Adenome und 1 Kraniopharyngiom, wovon 4 illustriert, zur Beobachtung.

Unsere Hypophysentumoren ergaben übereinstimmend eine charakteristische Veränderung des Ventrikelsystems: Im Seitenbilde wies nämlich der III. Ventrikel eine Kranialverschiebung und einen durch den Tumor bedingten Füllungsdefekt auf, welche Befunde je nach der Grösse des Tumors entweder nur seinen vorderen Teil oder fast seinen ganzen Abschnitt in Beschlag nahmen (Abb. 80, 81, 84, 85, 88, 90 u. 91).

Bei grossen Tumoren kombinierte dazu auch noch eine Veränderung des Seitenventrikels, die in mehr oder weniger ausgeprägter Kranialdislokation der Vorderhörner mit einem gewissen Füllungsdefekte in ihrem unteren Teile bestand (Abb. 84, 85, 88, 90 u. 91).

Auf dem Sagittalbilde sah die Basalhälfte des III. Ventrikels wie in horizontaler Richtung abgetragen aus. Ein typisches Bild der Recessen war natürlich nicht sichtbar. Der oben erwähnte Füllungsdefekt beider Vorderhörner war dabei durch eine konkave Kontur mitten in ihrer medialen unteren Umrandung gekennzeichnet.

Bei sämtlichen Fällen war eine seitliche Dislokation des Ventrikelsystemes kaum nachweisbar (Abb. 82, 83, 86, 87, 89, 92 u. 93).

V. Schädelbasistumoren.

Zu unserer Beobachtung kamen 1 Kraniopharyngiom und 1 Chlorom, wovon 1 illustriert.

Bei denjenigen extraduralen Tumoren, die hauptsächlich den die Sattelgrube umgebenden Schädelbasisteil betreffen, zeigte der Vorderteil des III. Ventrikels als ganzes eine kraniodorsale Verschiebung (Abb. 97 u. 98). Bei einem weiter lateralwärts ausgedehnten Tumor kombinierte dazu auch noch eine kraniale Dislokation des Unterhorns auf der Tumorseite (Abb. 94 u. 96).

VI. Tumoren am hinteren Teile des III. Ventrikels.

Wir beobachteten 1 Ependymom, 1 (nicht bestätigten) Tumor im III. Ventrikel, 1 Pinealom und 1 cystischen Parapinealtumor.

Bei diesen 4 Fällen trat ausnahmslos ein erheblicher Hydrocephalus internus auf, der die beiden Seitenventrikel und den III. Ventrikel umfasste. Auf dem Seitenbilde zeigte der III. Ventrikel bei allen Fällen einen ziemlich gleichgrossen Füllungsdefekt in seiner hinteren Hälfte. Die hintere obere Grenze des III. Ventrikels war kranioventral verschoben, während sein Boden

zusammen mit dem oberen Teile des Aquäduktes nach der basalen Richtung hin stark hinuntergedrückt war (Abb. 99, 100, 103, 104, 107, 108, 111 u. 112).

Das Sagittalbild war jedoch je nach der Lage des Tumors sehr verschieden. Bei einem intraventrikulären Tumor der Hinterteil des III. Ventrikels fiel vor allem die stärkste Erweiterung auf; und zwar mit einem Füllungsdefekte im Zentrum des Ventrikels. Eine seitliche Verlagerung des Bildes konnte dabei nicht nachgewiesen werden (Abb. 101, 102, 105 u. 106).

Ebenso wenig zeigte der Pinealtumor jede seitliche Deviation des III. Ventrikels. Die oben erwähnte starke Erweiterung des III. Ventrikels war aber bei diesem Tumor nicht vorgekommen und an Stelle des beim intraventrikulären Tumor zum Vorschein gekommenen Füllungsdefektes sah man hier nur eine geringere längliche Erweiterung des III. Ventrikels mit einer beiderseits gewundenen Kontur (Abb. 109 u. 110).

Beim Parapinealtumor, der ja von hinten lateral her einen Druck auf den III. Ventrikel ausübt, war der Hinterteil des letzteren nach der gesunden Seite hin verschoben und geneigt; seine laterale Wandung wies aber auf der Tumorseite eine grosse Einbuchtung auf (Abb. 113 u. 114).

VII. Vierhügel Tumoren.

Wir beobachteten nur 1 Spongioblastoma polare und noch 1 operativ nicht bestätigten diesbezüglichen Tumor.

Bei diesen Tumoren wurde sehr hochgradiger Hydrocephalus internus nachgewiesen. Der Hinterteil des III. Ventrikels war auf dem Seiten- sowie Sagittalbilde stark erweitert, ohne irgend einen Füllungsdefekt erkennen zu lassen. Der Anfangs- oder obere Teil des Aquäduktes, dessen mittlerer und unterer Teil bei unseren Fällen nicht darstellen liessen, war nach der basalen Richtung hin hinabgedrückt (Abb. 115, 116, 118 u. 119).

Der hintere Teil des III. Ventrikels zeigte keine seitliche Verschiebung (Abb. 117, 120 u. 121).

VIII. Kleinhirnbrückenwinkeltumoren.

Zu unserer Beobachtung kamen 10 Akustikusneurinome, 1 Tuberkulom und 1 Melanosarkom, wovon 10 illustriert.

Bei allen 11 Fällen wurde ein leichtgradiger oder sogar mässig ausgesprochener Hydrocephalus internus festgestellt.

Bei jedem Falle zeigten der Aquädukt sowie der IV. Ventrikel eine Verschiebung nach der dem Tumor entgegengesetzten Richtung. Je grösser der Tumor war, desto stärker und weiter umfassend zeigte sich natürlich die seitliche Verschiebung des Ventrikelsystemes (Abb. 124, 125, 127, 129, 131, 133, 135, 137, 140 u. 142).

Bei einem weiter medianwärts ausgebildeten Tumor wiesen der Aquädukt und der IV. Ventrikel zwar eine kraniodorsale Verschiebung, aber in der Regel nicht so ausgeprägt auf, wie die seitliche Deviation (Abb. 134, 136, 138 u. 141). Das Hinterhorn der Tumorseite zeigte dabei eine gleiche Dislokation (Abb. 137 u. 140).

Der Füllungsdefekt oder die Impression im IV. Ventrikel war auf dem Seiten- sowie Sagittalbilde relativ häufig nachweisbar.

War der Tumor auf die Basis der mittleren Schädelgrube übergegriffen, so war der III. Ventrikel nach kranialer Seite hin und das Unterhorn der kranken Seite kraniolateralwärts verdrängt (Abb. 138 u. 139).

Beim doppelseitig entstandenen Tumoren wiesen der Aquädukt und der IV. Ventrikel trotz ihrer beträchtlich grossen Deformierung und Passagestörung nur eine verhältnismässig unbedeutende seitliche Verschiebung auf (Abb. 142).

IX. Kleinhirntumoren.

Zu unserer Erfahrung dienten nur 2 Tuberculome der Kleinhirnhemisphäre und 1 Astrocytom des Kleinhirnmittels.

Uns fiel auf, dass sich der Hydrocephalus internus auch bei diesen Tumoren nachweisen liess. Auf dem Seitenbilde zeigte der Aquädukt 1. in seinem supratentorialen Teile eine starke Vorwärtsabknickung und 2. der sich daran anschliessende Infratentorialteil gemeinsam mit dem IV. Ventrikel eine auffällige Basalverschiebung. Am Dache des IV. Ventrikels war ein erheblich grosser Füllungsdefekt sichtbar. Sowohl ein Hemisphärentumor als auch ein Vermistumor haben fast die gleichen Seitenbilder gegeben, wie dies aus den Abbildungen hervorgeht (Abb. 145, 146, 149, 154 u. 155).

Demgegenüber ergaben die Sagittalbilder eine gründliche Verschiedenheit zwischen den beiden Tumorarten. Beim Hemisphärentumor verschiebt sich der IV. Ventrikel zusammen mit dem Aquädukte nach der dem Tumor gegenüberliegenden Richtung hin, wobei der Füllungsdefekt auf der Tumorseite mitten in der Umrandung des ersteren beobachtet wird (Abb. 147, 148 u. 150), während beim Vermistumor fast gar keine seitliche Verschiebung des Ventrikelsystemes vorkommt und der Füllungsdefekt gerade in der Mittellinie im stark erweiterten IV. Ventrikel liegt (Abb. 156, 157 u. 158).

X. Intraventrikulärer Tumor des IV. Ventrikels.

Unser diesbezügliches Material war nur 1 Ependymom (illustriert).

Bei diesem Falle wurde symmetrischen Hydrocephalus internus nachgewiesen. Der Aquädukt zeigte dabei eine starke Erweiterung, aber keine seitliche Verlagerung.

Auf dem Seiten- sowie Sagittalbilde (Abb. 159—163) war der IV. Ventrikel nach allen Richtungen, besonders kranio-, dorso- und lateralwärts sehr stark erweitert. In diesem erweiterten IV. Ventrikel befand sich ein durch den Tumor bedingter grosser, beinahe rundlicher Füllungsdefekt. Die Foramina Luschkae waren dabei nach vorn und lateral hin verdrängt und stark ausgedehnt; dagegen war das Foramen Magendii dorsalwärts verschoben. Eine seitliche Dislokation des IV. Ventrikels war gar nicht nachweisbar.

(Autoreferat)

沃度油腦室撮影法

II. 腦腫瘍ニ於ケル沃度油腦室像

京都帝國大學醫學部外科學教室第一講座 (主任荒木教授)

助教授 醫學博士 淺野芳登

我々ノ教室ニ於テ最近約1ケ年間ニ「モルヨドール」腦室撮影法ヲ試ミタ各種腦腫瘍(頭蓋底腫瘍ヲ含ム)患者ハ48例デアル。今之等ヲ腫瘍ノ局所別ニ分類シテ見ルト次ノ如クナル。

矢狀竇外腫瘍	6	松葉腺並ニソノ附近ノ腫瘍	4
大腦側方部腫瘍	5	四疊體腫瘍	2
側腦室内腫瘍	2	小腦々橋隅角部腫瘍	12
鞍外腫瘍	6	小腦腫瘍	3
腦下垂體腫瘍	5	第4腦室内腫瘍	1
頭蓋底腫瘍	2		<hr/> 48

以上ハ何レモ腦室内沃度油注入ニヨツテソノ局所並ニ發育ノ程度ヲ確實ニ診斷シ得タモノデアツテ、2例ヲ除ク以外ハ凡テ手術或ハ剖檢ニヨツテ之ヲ追及シ、我々ノ診斷ニ些モ誤リノナカッタコトヲ確メルコトガ出來タノデアル。以下各症例ニ就テソノ沃度油腦室像ヲ掲ゲテ説明スルコトトスル。但シ同種ノ腫瘍例ガ多數アルモノデハ一々列擧スルノ繁ヲ避ケ、ソノ中ノ代表的ナモノ2—3ヲ選ンデ掲ゲルコトトシタ。

I 大脳穹窿部腫瘍

大脳穹窿部腫瘍デハ側腦室ガ常ニ大ナリ小ナリ影響ヲ蒙ルモノデアツテ、ソノ主ナルモノハ位置並ニ形態上ノ變化デアル。時トシテハ Momo 氏孔ノ閉塞ニヨリ内腔ノ擴大ヲ來スコトモアル。又同時ニ第3腦室ニモ主シテ位置上ノ變化ヲ及ボスコトモデアル。

1) 矢狀竇外腫瘍 (Parasagittalumor)

穹窿部正中寄り即チ矢狀竇ニ近キ部ニ發生スル腫瘍デアル。我々ガ沃度油腦室撮影法ヲ試ミタモノハ6例(「グリオーム」3例, 「メニンギオーム」1例, 結核腫2例)デ、一側ノ前頭葉中部乃至後部カラ頭頂葉ニ至ルマデノ範圍内ニ發生シテキタモノノミデアル。

之等ノ例ニ共通ニ見ラレル腦室系ノ變化トシテハ、側面像デハ腫瘍側ノ側腦室特ニソノ上壁ガ上方カラノ腫瘍ノ壓迫ニヨツテ陥凹シ或ハ扁平トナル。從ツテ前後像デ見ルトソノ部ガ低ク且ツ平タクナツテキル。健康側ノ側腦室ハ側方ヘ傾キ且ツソノ外上壁ガ外上方ヘ突出スル。第3腦室ハ健康側ヘ傾キ又多少ソノ側ヘ變位スル。以上ノ所見特ニ腫瘍側ノ側腦室ノ特徴アル變化ヲ見レバ此ノ腫瘍ノ診斷ハ極メテ容易デアル。但シ此ノ際忘レテナラスコトハ、腫瘍ガカナ

リ後方=發生シテキル場合デモ前角部=相當ノ變化ヲ來ストイフコトデアル。之レハ側腦室ノ解剖學的ノ關係=ヨルモノデアツテ、Lysholm モ述ベテキル様ニ、前角部ハ後角部=比シテソノ局所以外ノ腫瘍=ヨツテモ容易ニ變化サレ易イ状態ニ置カレテキルガタメデアル。從ツテ側腦室ノ變化ヲ見テ腫瘍ノ局所ヲ判斷スル場合ニハ、常ニ種々ノ位置ニ於テ撮影ヲ行ヒ變化ノ最も著明ナ腦室部ヲ決定シナケレバナラス。腦壓亢進ノナイ例ニハ沃度油ト同時ニ空氣ノ少量ヲ注入スルノモ一法デアル。

i) 前頭葉ニ於ケル矢狀竇外腫瘍

症例 1: 北〇對〇, 36歳, ♂

現病歴:

約 2 年半前カラ癲癇様發作ガアリ、初メハ 3 ヶ月ニ 1 回位デアツタガ、ソノ後漸次回数ヲ増シ最近ハ毎日起ル。幻臭及ビ迫跡妄想ガアル。

現症:

記憶力障礙、感情ノ不安等ノ精神の障礙ガアル外ニハ神經學的ニ陽性ノ所見ガナイ。前頭葉ノ腫瘍ガ考ヘラレルガ確デナイ。

沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」 4 cc 注入。)

右ノ側腦室ハ極ク輕度ニ擴大。左側 Monro 氏孔ノ通過不充分。

P—A (第 1, 2 圖):

左ノ側腦室前角部ハ扁平トナリ、ソノ外上壁ニ相當スル部ハ水平位ニマデ押し下ゲラレ且ツ鈍圓トナツテキル(↓印)。即チ左ノ側腦室ガ上方カラノ壓迫ヲ受ケテキルコトガ判ル。右ノ側腦室前角部ハ側方ヘ傾キソノ外上壁ハ外上方ヘ伸ビテ突出シテキル。第 3 腦室ハ僅ニ右方ヘ變位シ且ツソノ側ヘ傾キ、ソノ下部ハヤ、屈曲シテキル。側腦室中心部後半カラ後角部ニカケテハ兩側共變化ヲ見ナイ。(第 1 圖ハ頭頂部ヲ舉上シタ位置ノ撮影デアツテ兩側共中心部後半ガ空氣像ニヨツテ現ハサレテキル。)又兩側下角部ニ異狀ノナイコトモ沃度油像ニヨツテ知ルコトガ出來ル。

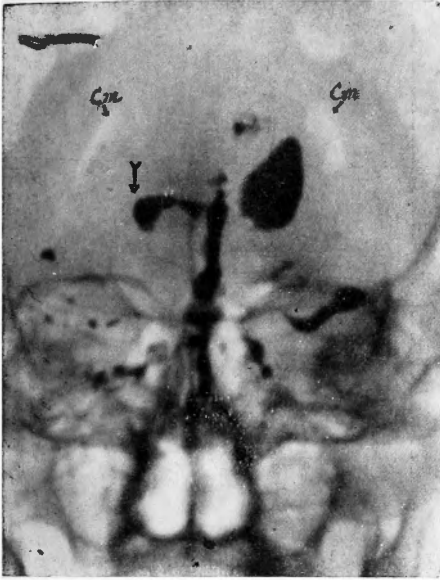
半中軸方向撮影 A—P (第 3, 4 圖):

兩側々腦室、第 3 腦室共ニ前方部程著明ニ右側ヘ變位シテキル。

以上ノ所見ヲ綜合スルト側腦室ノ變化ハ前角部ニ於テ最も著明デアルコトトナリ、腫瘍ハ左前頭葉ノ略々中部ヲ中心トシタ矢狀竇外ニアルコトガ確實ニ診斷サレルノデアル。

本例ハ剖檢ニヨツテ上記ノ部分ノ皮質下ニ發生シテキタ約鶏卵大ノ「グリオーム」デアルコトガ確メラレタ。

第 1 圖 (P-A)

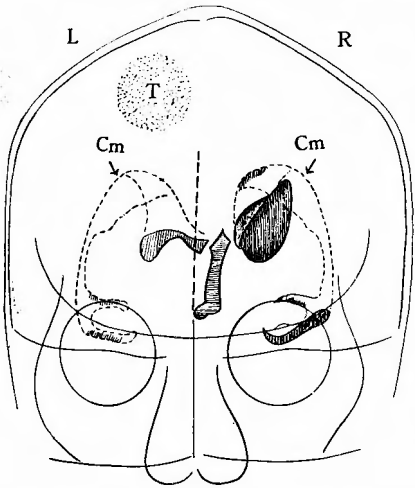


Cm=中心部(空氣像)

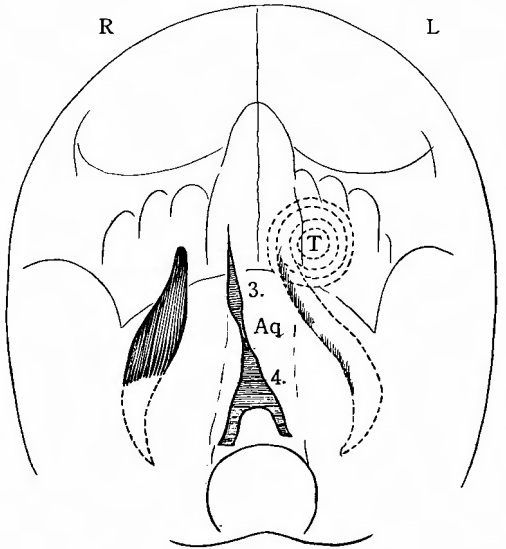
第 3 圖 半中軸方向攝影像 (A-P)



第 2 圖

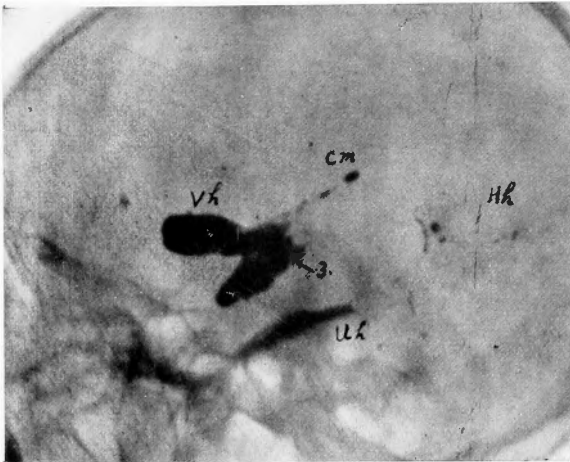


第 4 圖



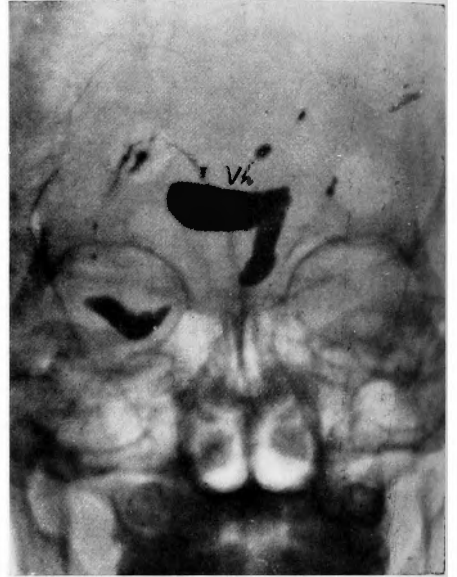
3.=第3腦室
 Aq=Sylvius 導水管
 4.=第4腦室

第 5 圖 左(腫瘍側)ノ側腦室

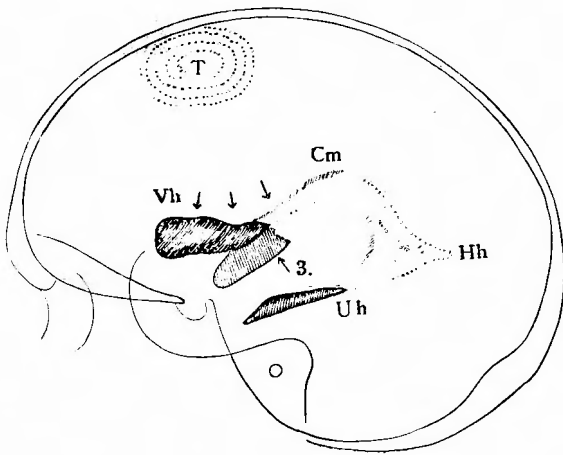


Vh=前角部 Cm=中心部 Hh=後角部
Uh=下角部 3.=第3腦室

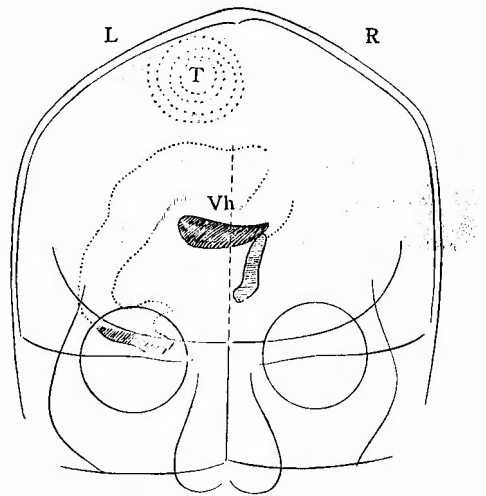
第 7 圖 (P-A)



第 6 圖



第 8 圖



Vh=左ノ側腦室前角部

症例 2: 池○克○, 32歳, ♂

現病歴: 約4ヶ月前カラ頭部重壓感, 悪心, 嘔吐ガアリ, 癲癇様發作ヲ來シタコトガ1回アル。漸次發音ガ滯シ且ツ時々發作性ニ運動性失語症ヲ來ス。記憶力ガ減退シタ。

現症: 記憶力障碍, 無關心, 一般ニ動作ハノロイ。兩眼視力減退, 鬱血乳頭, 右ノ顔面神經鈍麻, 右下肢ノ粗大力減弱。

沃度油腦室像: (左ノ側腦室後角部穿刺, Lモルヨドール¹ 4cc 注入。)

左ノ側腦室特ニ後角部, 下角部ハ中等度ニ擴大, 右ノ側腦室ヘノ沃度油ノ移行不能。第3腦室モ多少擴大ス。

側面像(第5, 6圖): 左ノ側腦室中心部ノ略々前半アタリカラ前角部ニカケテ著明ニ凹陷シ, Monro 氏孔ニ當ル部分ガ最モ低イ。前角部ノ全體ハ下方ヘ壓低サレテ水平位トナツテキル。

P-A (第7, 8圖): 左ノ側腦室前角部ハ全體トシテ著シク低ク且ツ右方ヘ變位シ, ソノ内側壁部ハ正中線ヲ越エテ右側ニ侵入シテキル。外上壁部ハ著明ニ押シ下ゲラレテ恰モ横一文字形トナツテキル。第3腦室ハ強ク右方ヘ傾イテキルガ, ソノ基底部分ノ割合ニ變位シテキナイ。(第3腦室ノ傾キガ大キイ程, ソノ基底部分ノ變位ガ少イ程腫瘍ハ正中即チ矢狀竇寄りニアルコトヲ示スモノデアル。)

此ノ腦室像カラ明カニ腫瘍ハ左前頭葉ノ中部カラ後部ニ亙ツテ發生シ, カナリ大キナモノデアルコトガ判ル。手術ニヨツテソノ部カラ約鵝卵大ノLグリオーーム¹ガ別出サレタ。

ii) 運動域ニ於ケル矢狀竇外腫瘍

症例 3: 清○九○, 27歳, ♂

現病歴: 約8ヶ月前カラ頭痛, 悪心, 嘔吐ガアリ, 1ヶ月後ニハ左半身ガ利キ難ク, 特ニ茶碗ガ持テナクナリ, 歩行モ不確實トナツタガ其後却ツテ次第ニ輕快シタ。半年前カラ兩眼ノ視力ガ減退シ2ヶ月後ニハ全ク失明スルニ至ツタ。

現症: 兩側嗅覺脱失。兩眼球突出。視力消失。瞳孔右>左, 對光反應右消失, 左ハ多少殘存, 腱反射ハ兩側共消失。運動, 知覺共ニ特別ノ障碍ヲ認メナイ。腦腫瘍ハ考ヘラレルガ局所ハ不明デアル。

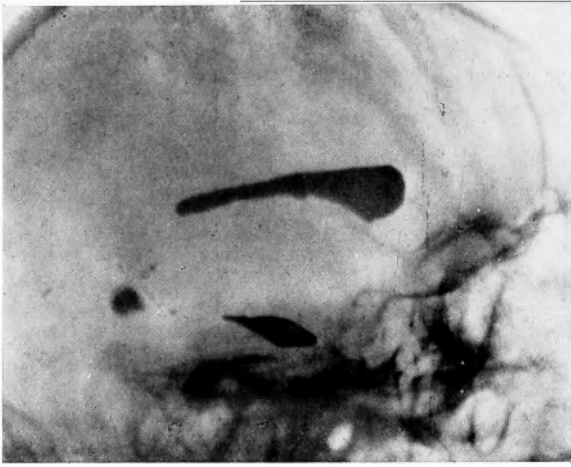
沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, Lモルヨドール¹ 4cc 注入。)

側腦室ハ兩側共併ニ擴大。Monro 氏孔ノ通過ハ兩側共可能。

側面像(第9—11圖): 右ノ側腦室中心部ノ全體並ニ前角部ガ壓低サレ, ソノ上壁縁ハ略々一直線トナツテキル(第9圖)。左右ヲ比較スルト明カニ右側ノ低イコトガ判リ, 而モ亦タ之ニヨツテ前角部ヨリモ中心部ノ變位ガ著明デアルコトモ認メラレル(第10圖)。

P-A (第12, 13圖): 右ノ側腦室前角部ハ上方カラ壓低サレ, ソノ外上壁縁ハ水平位ニ於テ鈍圓トナリ, 前角部ハ全體トシテ稍々左方ヘ變位シテキル。左ノ前角部ハ幾分左方ヘ傾キノ外上壁縁ハ外上方ヘ突出シテキル。第3腦室モ幾分擴大シ左方ヘ傾イテキルガ, シカシアマリ著明ニ變位ハ見ラレナイ。此ノ例デハ前角部ノ變化ガ前ノ2例ニ見ラレタ程著明デハナノデアツテ, 此ノ事ハ腫瘍ガ前ノ2例ヨリモ後方寄りニアルコトヲ示スモノデアル。

半中軸方向撮影A-P(第14圖): 右ノ側腦室中心部ガ下方ヘ壓低サレ, ソノ外上壁縁ガ著明ニ鈍圓トナツテキルニ反シ, 左側ニ於テハソノ外上壁縁ハ外上方ヘ著シク突出シテキル。後角



第 9 圖

右(腫瘍側)ノ側腦室

第 10 圖

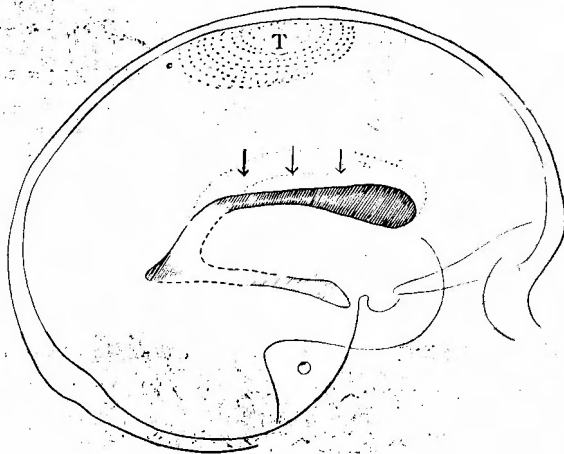
R = 右(腫瘍側)ノ側腦室

L = 左(健康側)ノ側腦室



第 11 圖

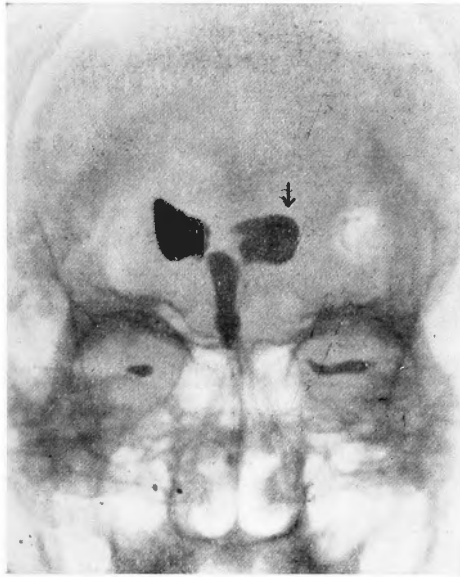
點線ハ正常ニアルベキ側腦室ノ位置ヲ示ス。



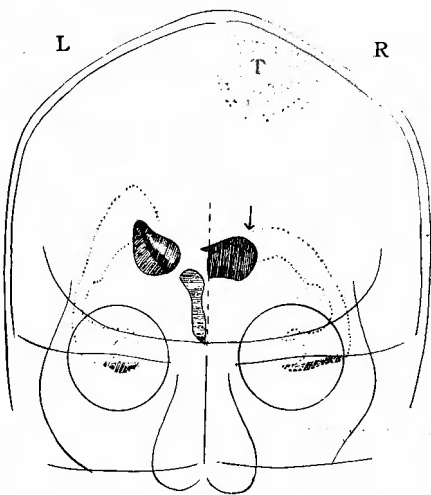
部ニハ兩側共殆ド變化ヲ見ナイ。

本例ニ於ケル側脳室ノ變化ハ中心部カラ前角部ニ亙ツテ廣汎ナ領域ヲ占メテキルガ、ソノ變化ノ中心ハ側脳室中心部ニアルノデアツテ、腫瘍ガ運動域ヲ中心トシテ前後ニ擴ガツテキルコトガ明ニ診斷サレル。手術ニヨツテ此ノ部カラ鵝卵大ノ「メニンギオーム」ガ剔出サレタ。

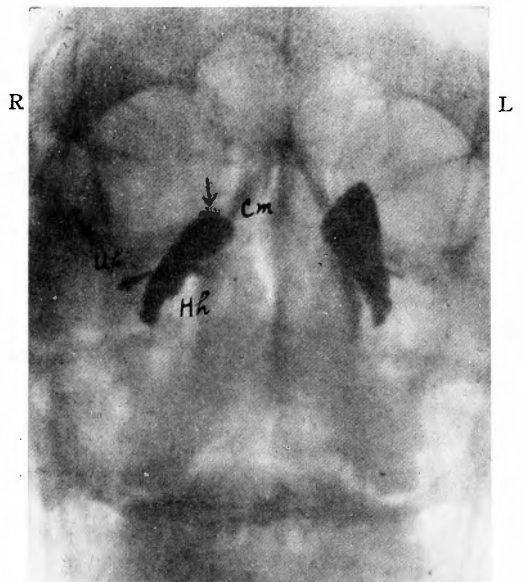
第 12 圖 (P-A)



第 13 圖



第 14 圖 半中軸方向撮影像(A-P)



iii) 知覺域ニ於ケル矢狀竇外腫瘍

症例 4: 櫻○よ○子, 18歳, ♀

現病歴:

約 2 ヶ月半前カラジヤクソン氏癲癇様ノ發作ガアリ, 發作ノ前ニハ必ズ左ノ上肢又ハ下肢ニ異常感ヲ伴フ。現在マデ頭痛, 悪心, 嘔吐ガアル。

現症:

左半側ノ運動並ニ知覺麻痺, 左上下肢ノ筋萎縮。

沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」 4 cc 注入。)

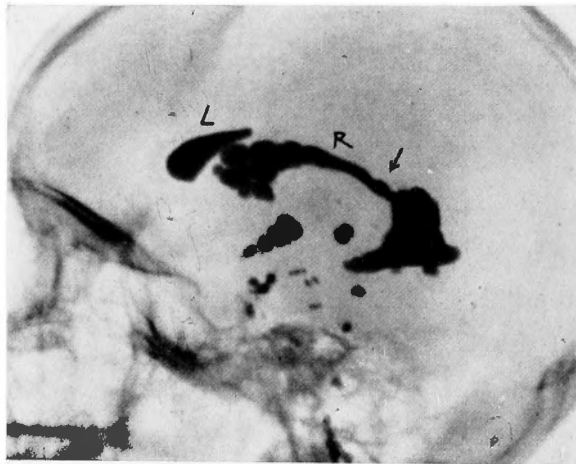
側腦室ハ兩側共擴大ナシ。Monro 氏孔ノ通過ハ良好。

側面像(第15, 16圖): 右ノ側腦室中心部ノ中央カラ稍々後寄りニ輕度ノ陥凹ガ見ラレル。ソノ前後ノ腦室部ニハアマリ著明ナ變化ヲ見ナイ。

A—P(第17圖): 右ノ側腦室中心部ハ左ニ比シテ稍々下方ヘ壓低サレ, ソノ外上壁縁ハ鈍圓トナツテキル。左ノ側腦室中心部ノ外上壁縁ハ幾分外上方ヘ突出氣味デアルガ, ソウ著明デナイ。

以上ノ所見ニヨツテ腫瘍ハ頭頂葉(略々後中心廻轉)ニアリ, 未ダソウ大キナ發育ヲナシテ居ナイコトガ判ル。手術ニヨリ同所ニ胡桃大ノ結核腫ガアル事ガ確メラレ完全ニ剔出サレタ。

第 15 圖

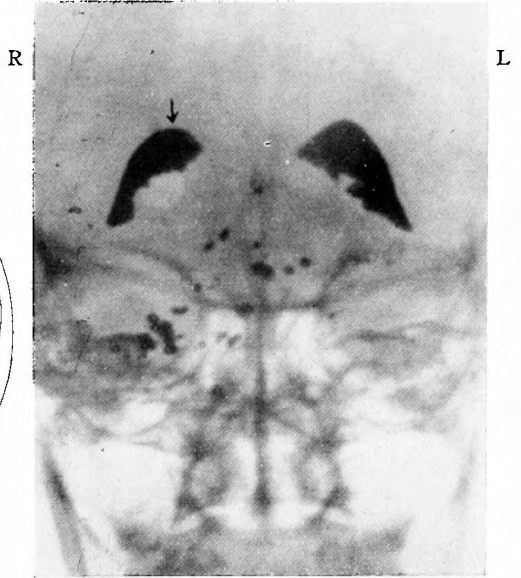
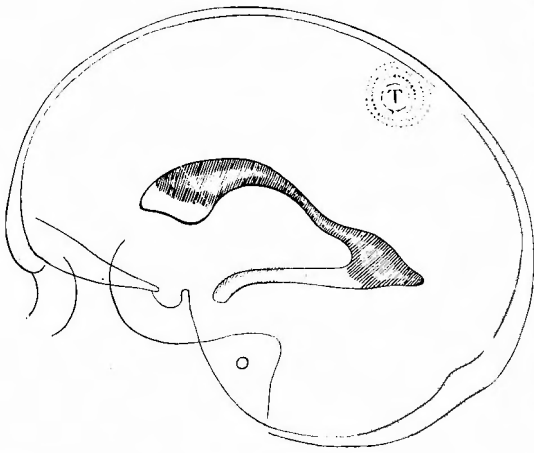


R = 右(腫瘍側)ノ側腦室

L = 左(健康側)ノ側腦室 (前角部ト後角部ノミガ造影サレテキル。)

第 17 圖 (A-P)

第 16 圖



2) 大脳半球側方部腫瘍

沃度油脳室撮影ヲ施シタノハ_レグリオーム⁷ 2 例, 動静脈性動脈瘤 1 例, 硬膜下血腫 2 例デア
ル。

本腫瘍ニ於ケル沃度油脳室像ノ一般所見トシテハ, 兩側ノ側脳室ガ健康側ヘ向ツテ變位シ(前
角部ハ腫瘍ガカナリ後方ニ發生シテキル場合デモ變位シテキル。), 第 3 脳室モ同方向ヘ變位シ
且ツ傾ク。腫瘍ノ發育範圍ガ比較的狭クテ主トシテ側方部ニ_レミ局限サレテキル場合ハ, 腫瘍
側ノ側脳室ニ於テハソノ外側壁ハ凹鬱トナリ, ソノ外上壁縁ハ尖鋭トナル。腫瘍ノ範圍ガ廣ク
テ上方(正中)矢狀竇ノ近くニマデ及ブ時ハ上記ノ如キ外側壁ノ凹鬱ト同時ニ上壁ガ下方ニ壓低
サレ且ツソノ外上壁縁ガ鈍圓トナル。

此ノ種ノ腫瘍ノ場合ニ於テモ側脳室ノ變化ノ最モ著明ナ部位ヲ決定スルニハ種々ノ位置カラ
觀察スル必要ガアル。腫瘍側ノ側脳室ヲ造影スルコトガ出来ナイ場合ニ於テ特ニソウデア
ル。斯ル場合ニハ腫瘍側ヲ下方ニ置イタ側面位, 即チ健康側ノ側脳室内ノ沃度油ガ腫瘍ニ近イ側ノ
壁面ニ接シテ移動スルガ如クシテ透視ヲ行フト, 變化ノ局所並ニ範圍ガ一層明カニ認メラレル
場合ガ多イ(第 22, 23 圖参照)。

i) 前頭葉腫瘍

症例 5: 正○幸○, 36 歳, ♂

現病歴: 約 8 ヶ月前カラ頭痛ヲ覺エ, 約半年前カラ兩眼ノ視力ガ衰へ, 近來ハ記憶力, 忍耐力ガ減退シ, 左
口角ヨリ流涎ヲ來シ易ク又左下腿ガ無力トナツタ。

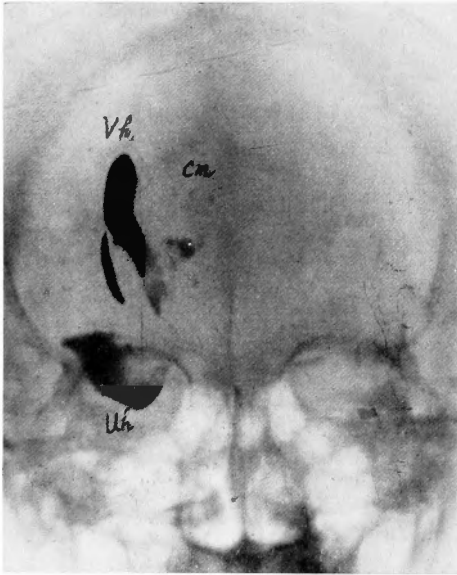
現症: 記憶力, 注意力, 忍耐力ノ減退, 兩眼ノ著明ナ視力障碍, 鬱血乳頭, 左ノ顔面神經中樞性麻痺, 左ノ
舌下神經麻痺, 左下肢ノ粗大カ力低下。

沃度油腦室像：(左ノ側腦室後角部穿刺，「モルヨドール」4 cc 注入。)

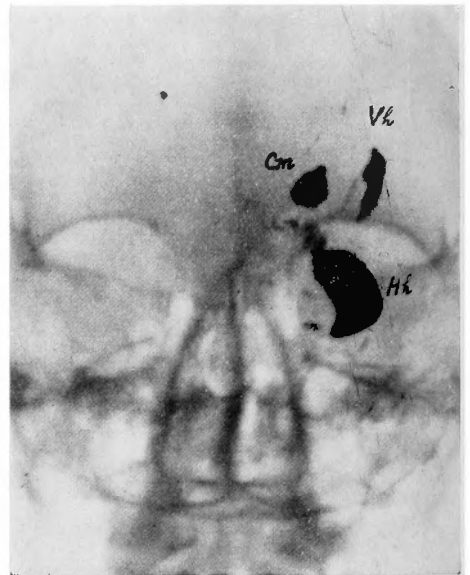
左ノ側腦室ハ可成リ擴大シテキル。Monro 氏孔ノ通過不能。

P-A (第18, 19圖)：左(健側)ノ側腦室前角部ガ著シク左方ヘ變位シ，幅ガ狹ク，高サヲ増シテ上方ヘ伸ビソノ内側壁ハ充盈缺損ヲ來シ凹變トナツテキル。其基部ハ陰影ガ不規則且ツ著シク不明瞭トナリ此ノ不規則ナ陰影塊ガ中心部ノ方向ヘ斷續シテキル。下角部ハ擴大シテキル

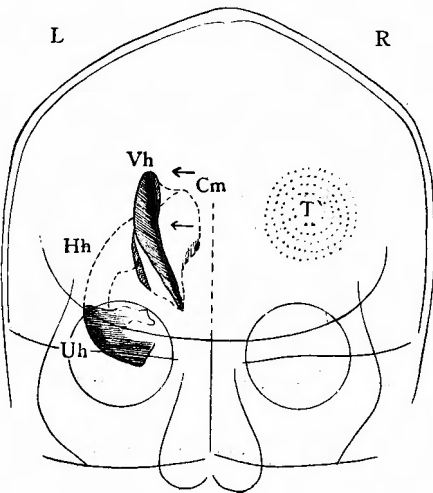
第 18 圖 (P-A)



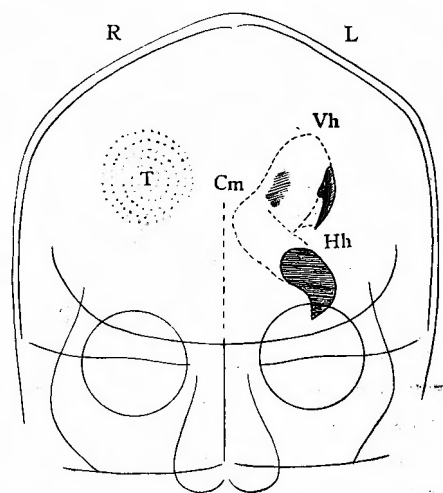
第 20 圖 (A-P)



第 19 圖



第 21 圖

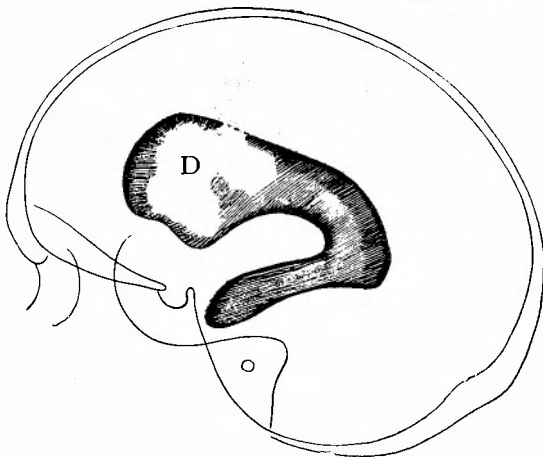
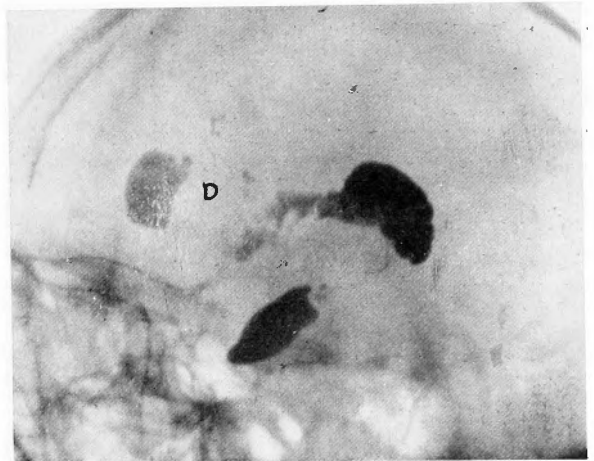


ノミデソノ位置ニ異常ハナイ。此ノ像デ特徴アル所見ハ健康側ノ側脳室ガ全體トシテ側方ヘ著明ナ變位ヲ來シ、ソノ内側壁縁ガ凹彎トナツテキルコトデアツテ、之ハ明カニ他側カラノ而モ正ニ側方カラノ壓迫ヲ受ケテキルコトヲ示スモノデアル。而シテソノ變位ノ最モ著明ナ部位ガ前角部ニアルコトモ之ノ像ニヨツテ明カデアル。此ノコトハ次ノA—P像ニヨツテモ知ラレル。

A—P (第20, 21圖): 像ノ上方ニ著シク左方ヘ變位シタ前角部ノ邊縁ガ造影セラレテキル。之ニツク中心部前半ハ尙ホヤ、側方ニ變位シテキルガ、ソノ後半部及後角部ニハ最早ヤ變位ヲ見ナイ。即チ前角部ガ最モ著明ナ變位ヲ受ケ、中心部ノ前半ガソノ影響ヲ受ケテキルノデアル。

側面像(第22, 23圖): 前角部及ビ中心部前半ガ甚ダシク上下ニ擴ガリ、ソノ部ニ至ル所不規則、不鮮明ナ陰影斑ガ散在シ、特ニ前角部ニハ大キナ陰影缺損ヲ來シテキル。此ノ場合ノ頭部ノ位置ハ腫瘍側即チ右側ヲ下ニシタ側面位デアツテ、沃度油ハ左ノ側脳室ノ正中側壁即チ腫瘍ニ近イ側ノ壁ニ接シテ移動シテキルノデアツテ、丁度此ノ陰影缺損部ガ向側(右側)カラ腫瘍ニ

第 22 圖



第 23 圖

左(健康側)側脳室

前角部中央ニテ常ニ不規則ナ充盈缺損ヲ來ス

(D=缺損部)

ヨツテ最モ強ク壓迫ヲ受ケテキル部分ニ相當スル。

以上ノ所見ヨリシテ腫瘍ハ略々右ノ前頭葉ノ中央部側方ニ發生シ、相當大ナル發育ヲ營ンデキルコトガ判ル。手術ニヨツテ其ノ部カラ鵝卵大ノ「グリオーム」ガ剔出サレタ。

ii) 前頭-頭頂葉腫瘍

症例 6: 後〇佐〇〇, 37歳, ♂

現病歴: 約10年前ト2年前トニ癲癇様發作ヲ來シタコトガアル。約10日前突然意識ガ喪失シテ階段カラ落ち、左ノ前額部及側頭部ニ外傷ヲ受ケ半日位意識ハ恢復シナカッタ。其後左眼ノ失明ヲ來スニ至ッタ。

現症: 左ノ嗅覺脱失, 左眼盲, 對光反應消失。其他ニハ神經學的所見ナシ。

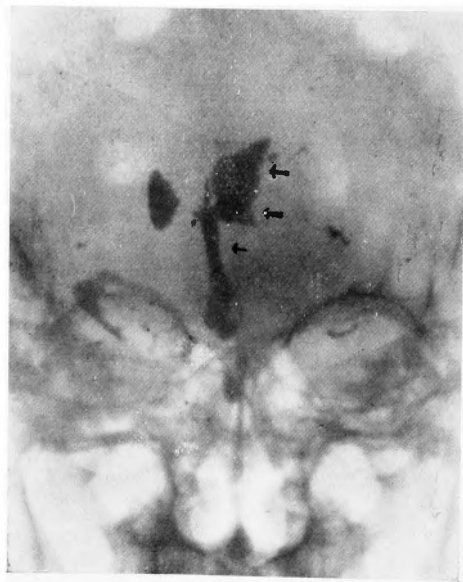
沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」4 cc 注入。)

兩側ノ側腦室ニ擴大ハナイ。左 Monro 氏孔ノ通過ハ稍々不良。Sylvius 導水管ノ通過モ甚ダ緩徐デアル。

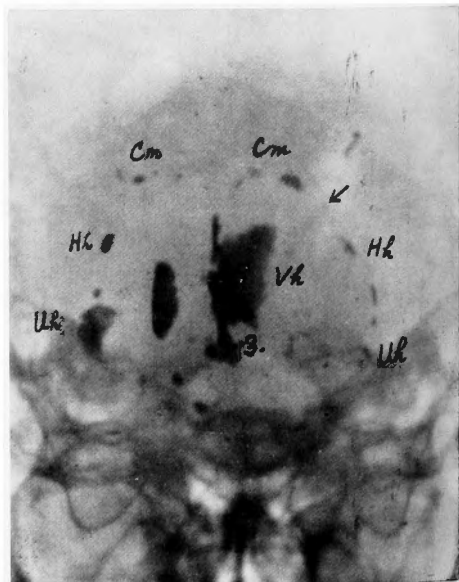
P-A (第24圖): 側腦室前角部ハ兩側共左ニ變位シテキル。右側ノ前角部ハ垂直位ニ近く、ソノ外側壁縁ハ不規則デハアルガ凹彎トナリ、且ツ外上壁縁ガ著シク外上方ヘ尖銳ニ突出シテキル。基底部ハ健側ニ比シテ心持高口デアル。第3腦室ハ左ヘ變位シ且ツ幾分傾イテキル。下角部ハ右側ガ左側ニ比シテ多少内側ヘ變位シ充分ニ造影サレ難イ。

半中軸方向撮影P-A (第25圖): 側腦室ノ高サニハ殆ド左右違ヒハナイガ、右ノ側腦室中心部ハ多少内側ヘ變位シテキル。シカシ後角部ハ略々正常ノ位置ニアル。從ツテ中心部後半ニ於テ多少内方ヘ扼レタ様ナ像が見ラレル(↓印)。右ノ側腦室下角部ハ左ニ比シテ多少低ク、且ツ稍々内方ヘ變位シソノ影像ハ完全デナイ。第24, 25圖ヲ綜合スルト第26圖ノ如キP-A 像トナル。

第 24 圖 (P-A)



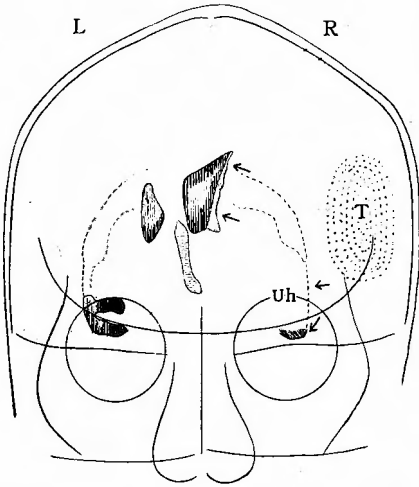
第 25 圖 半中軸方向撮影像(P-A)



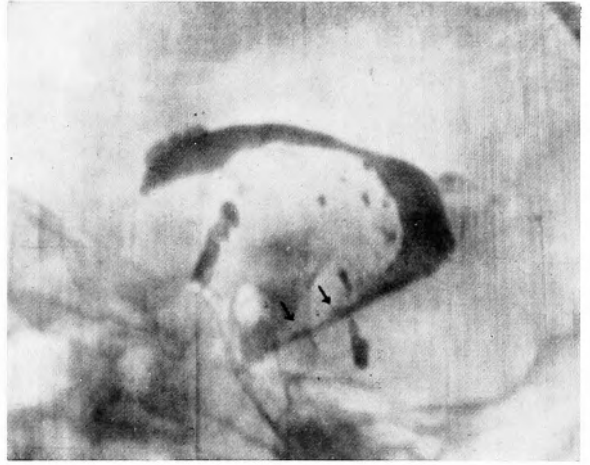
側面像(第27, 28圖): 右ノ側脳室下角部ノ主トシテ前半ノ上壁ニ充盈缺損ヲ生ジテキル。
 即チ腫瘍ハ右ノ Fissura Sylvii ノ中心トシタ部ニアツテ, 此レニ隣接シタ前頭葉, 頭頂葉並ニ
 側頭葉前半ニ壓迫ヲ加ヘテキルコトガ知ラレル。

本例ハ手術ニヨツテ右ノ Fissura Sylvii ノ血管群ヲ中心トシ, 上記ノ部位ニ波及シテキタ多發
 生ノ動靜脈性動脈瘤デアルコトガ確メラレタ。

第 26 圖

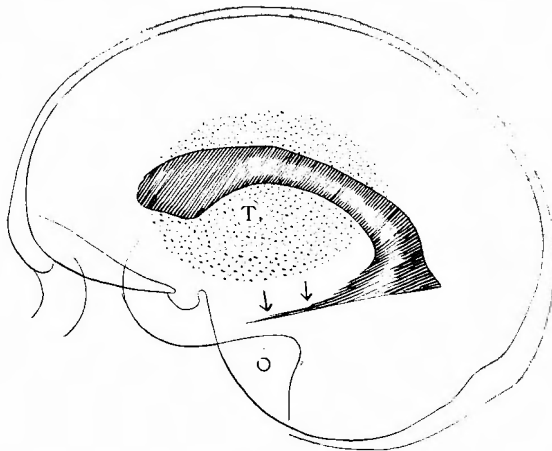


第 27 圖



右(腫瘍側)ノ側脳室

第 28 圖



症例 7: 石〇留〇郎, 48歳, ♂

現病歴:

約16年前ト2年前トニ左ノ頭頂部ニ打撲ヲ受ケタコトガアル。約1ヶ月前仕事中ニ突然劇烈ナ頭痛ト共ニ頻回ノ悪心, 嘔吐ヲ來シタ。其後起キタリ歩イタリムルト悪心, 嘔吐ヲ來シ, 又時々頭頂部ノ鈍痛ガアリ一進一退シテ現在ニ至ツテキル。

現症:

左ノ頭頂部カラ後頭部ニカケテ痠痕ガアル。右ノ嗅覺脱失, 兩膝蓋腱反射消失, 右「アキレス」腱反射減退。病變ノ局所ハ不明デアル。

沃度油腦室像:(左ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」4cc 注入。)

左ノ側腦室特ニソノ後方部及下角部ガ稍々擴大。左 Monro 氏孔ノ通過ハ良, 右ハ不良。

P—A (第29, 30圖):

兩側ノ側腦室ガ左側ヘ變位シテキル。右ノ側腦室前角部ノ上壁ハ左側ニ比シテ著シク低ク, ソノ外上壁ハ下方ヘ壓低サレ氣味デ邊緣ガ鈍トナツテキル。ソレニモ拘ラズ前角部全體トシテハ水平位トハナラズシテ, ソノ外側壁縁ガ凹變ヲ呈シテキル。即チ壓迫ガ單ニ上方ノミナラズ側方カラモ加ヘラレテ居ルコトガ判ル。左ノ側腦室前角部ハ左方ヘ傾キ且ツ狭クナリ, 前極(左端ノ陰影)トノ間ノ基底縁ガ缺損ヲ生ジテキル。前角部ニツマク淡イ陰影ニヨツテ左側ノ中心部モ著明ニ左側ヘ變位シテキルコトヲ知ルコトガ出來ル(A—P 参照)。第3腦室モカナリ著明ニ左側ヘ變位シ且ツ同ジ方向ヘ傾イテキル。左側ノ下角部ノ位置ニ異狀ハナイ。

A—P (第31圖):

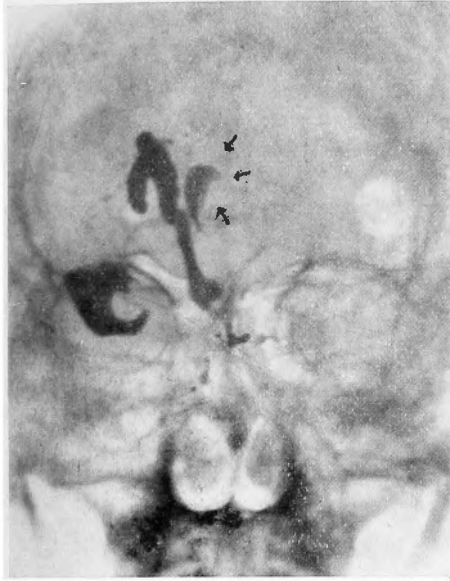
右ノ側腦室中心部ハ左ニ比シテカナリ位置ガ低イ。兩側共中心部全體ガ著明ニ左方ヘ變位シテキル。左側ノ後角部ニハ殆ド位置上ノ變化ハナイ。第3腦室ハ此ノ場合ニ於テモ依然トシテ前方部ガ強ク造影サレテキル。之ハ沃度油ガ後方部ヘ移行シ難イガタメデアツテ, 即チ第3腦室ガ後方部ニ於テモ著明ナ壓迫ヲ蒙ツテキルコトヲホスモノデアル(側面像参照)。第4腦室ハ多少左ヘ寄り氣味デハアルガ形態上ノ變化ハナイ。壓迫ガ甚ダシク後方ニマデハ及ンデナイタメデアル。

側面像(第32圖):

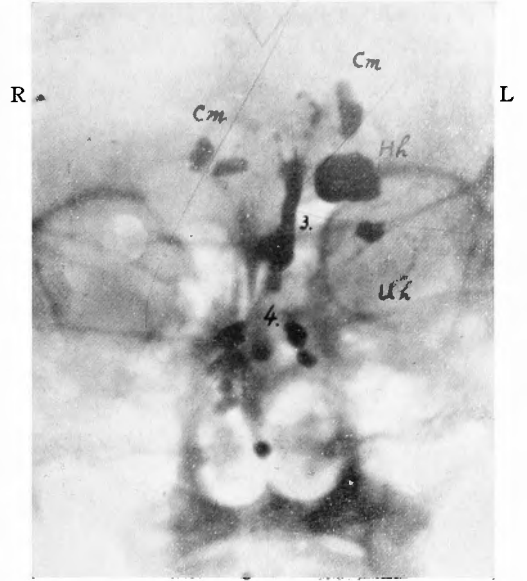
第3腦室全體ガ幅ガ廣ク陰影ハ淡ク, 甚ダシク扁平ナ感ヲ與ヘル。Sylvius 導水管ニモ斯クノ如キ變化ガ見ラレル。

即チ病變(腫瘍)ハ少クトモ右前頭葉ノ後半部カラ頭頂葉全部ニ跨リ, ソノ矢狀竇ニ近イ部分カラ側方 Fissura Sylvii ヲ越エテ側頭葉ノ上半部ニマデ波及シテキルコトガ考ヘラレル。手術ノ結果略々同様ノ範圍ニ及ンデキタ硬膜外血腫デアツタ。

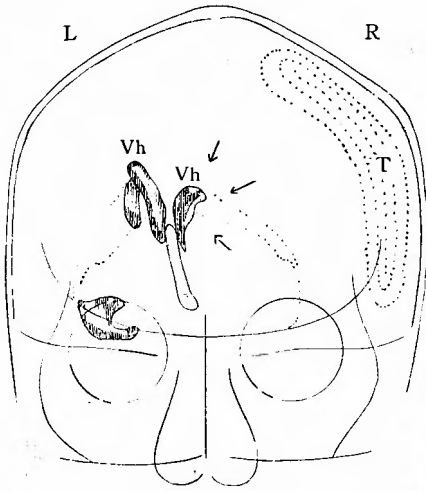
第 29 圖 (P-A)



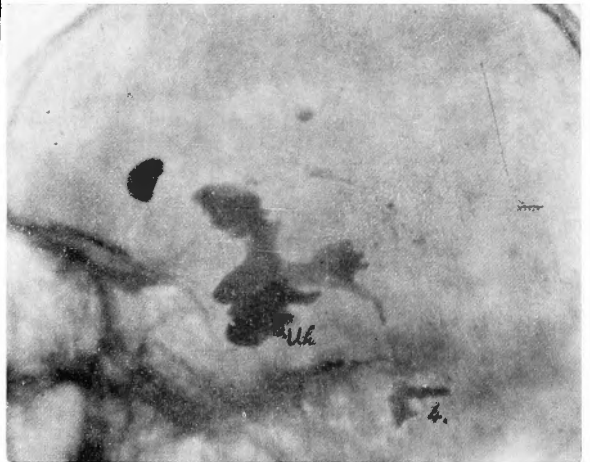
第 31 圖 (A-P)



第 30 圖



第 32 圖



第3脳室及 Sylvius 導水管ハ甚ダシク淡明
且ツ扁平デアル。

iii) 頭頂葉腫瘍

症例 8: 中○ま○の, 11歳, ♀

現病歴: 約 4ヶ月前カラ頭痛, 嘔吐ガアリ, 1ヶ月後ニハ兩眼ガ見え難クナリ現在ハ全ク失明シテ居ル。運動障碍ハナイ。

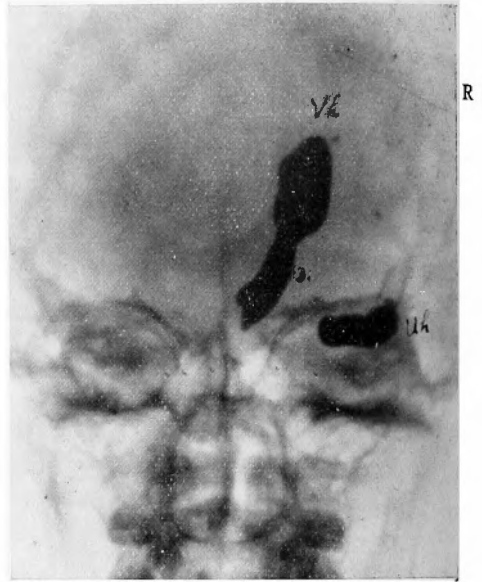
現症: Macewen sign, 項部強直, 兩眼失明, 鬱血乳頭, 水平性眼球震盪症(特ニ左方凝視ニ著明), 兩側特ニ右ニ著明ナ腱反射低下ガ證明サレル。

沃度油腦室像: (右ノ冠狀縫合咄開部ヨリ右ノ側腦室前角部穿刺, 「モルヨドール」3cc 注入。)

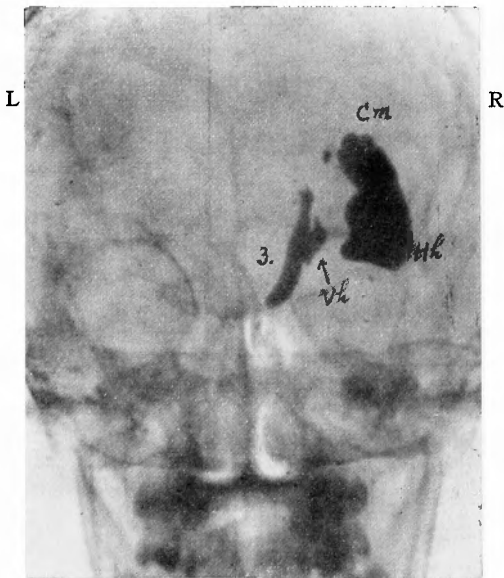
右ノ側腦室後角部, 下角部擴大。右側 Monro 氏孔ノ通過ハ可能, 左側ハ不通。

P-A (第33圖): 右ノ側腦室前角部ハ著シク右方ヘ變位シテ狭ク, ソノ内側壁ハ稍々凹彎トナリ, 第3腦室モカナリ右方ヘ變位シ且ツ傾キ, 全體トシテ右ニ向ツテ屈曲シテキル。下角部ニハ位置ノ變化ヲ見ナイ。

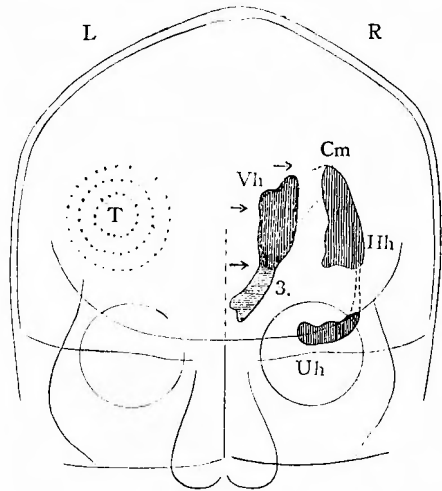
第 33 圖 (P-A)



第 34 圖 (A-P)



第 35 圖

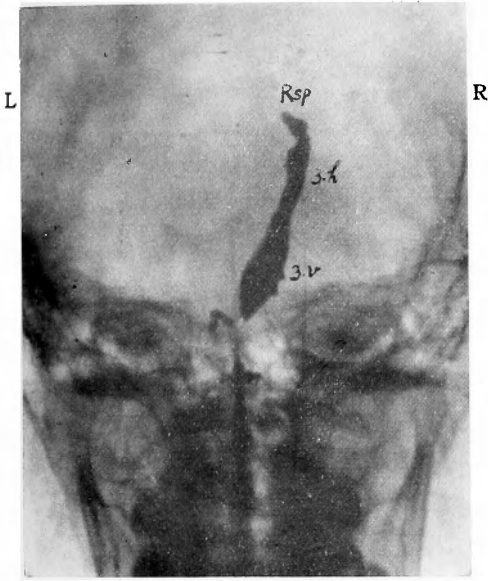


A-P (第34, 36, 37圖): 右ノ側脳室中心部モ著明ニ右側ヘ變位シテキル。後角部ニハ殆ド變位が見ラレナイ。第33及ビ34圖ヲ綜合スルト第35圖ノ如クナル。

第3腦室後半部(3. h)ハ前半部(3. v)ニ比シテ一層右ヘ變位シ且ツソノ傾キモ強ク、又甚ダシク狭クテ陰影ガ不規則トナツテキル。之ハ第3腦室後半部ガ前半部ヨリモ一層著明ニ壓迫サレテキルコトヲ示スモノデアル(第36, 37圖)。

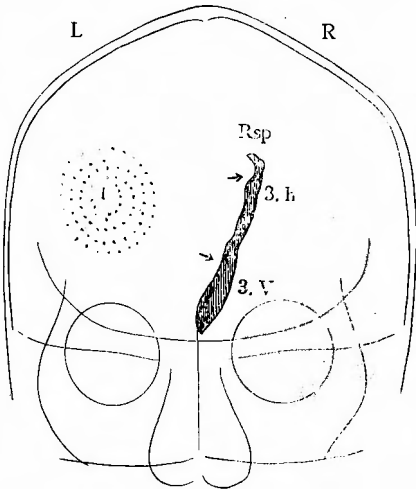
側面像(第38圖): 第3腦室後半部カラ Sylvius 導水管ノ全長ニ互ツテ陰影ハ不規則ノ濃淡ヲ

第 36 圖 (A-P)



Rsp=Recessus suprapinealis

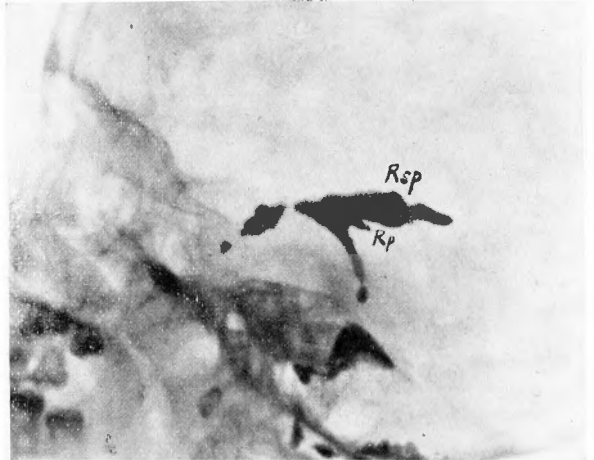
第 37 圖



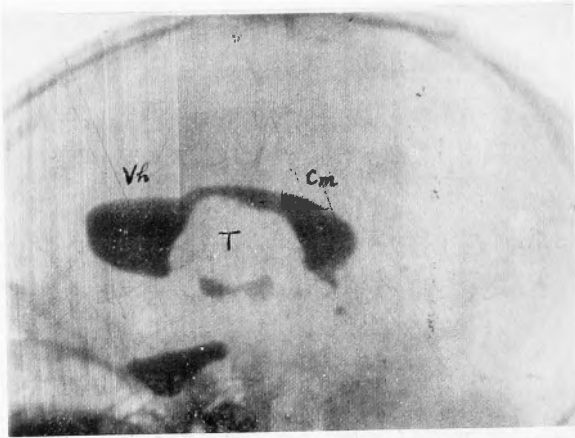
現シ、其ノ形態ハ著シク扁平ナ感ヲ與ヘル。第4腦室ノ位置及形態ニ著明ナ變化ヲ見ナイ。

即チ右ノ側脳室中心部ト第3腦室後半部トガ最モ著明ナ變化ヲ蒙ツテキルノデアツテ、腫瘍ハ左ノ頭頂葉ノ後半部側方ニアリ一部側頭葉後半部ニモ波及シテ、相當大ナル發育ヲ來シテキルモノデアルコトガ考ヘラレル。手術ニヨツテ該部カラ約林檎大ノ囊腫性「グリオーム」ガ發見サレタ。

第 38 圖

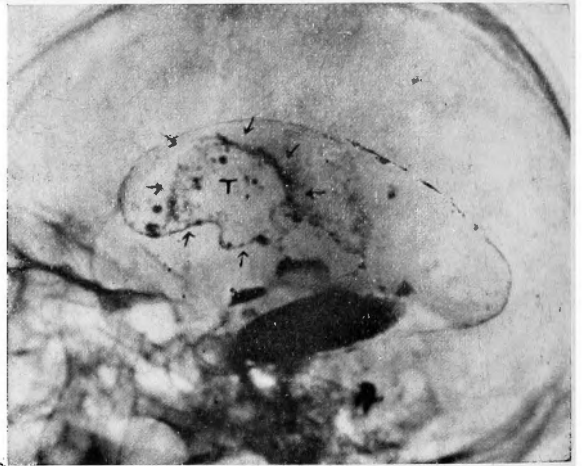


第3腦室及 Sylvius 水導管ニ於ケル不正ナ側面像

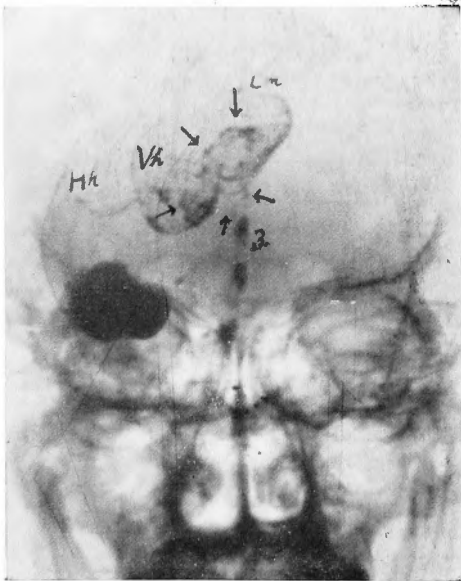


第 39 圖
左(腫瘍側)ノ側腦室

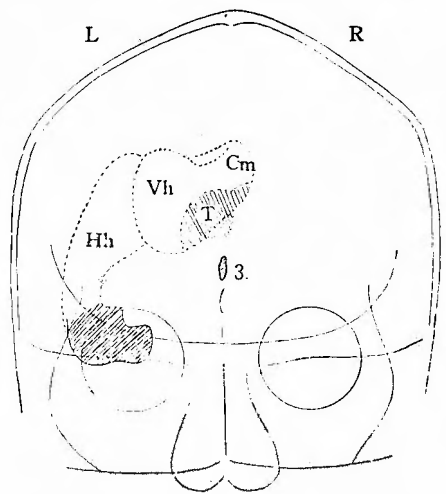
第 40 圖
沃度油注入後 8 日目ノ像。腫瘍
ノ表面ニ沃度油ガ沈着シテツノ
輪廓ガヨク判ル。



第 41 圖 (P-A)



第 42 圖



II 側脳室内腫瘍

側脳室内腫瘍ノ場合ハ脳室内ニ腫瘍ノ表面ニ一致シタ充盈缺损ヲ證明スルコトニヨツテ容易ニ診断ヲ下シ得ル。腫瘍ニヨツテ Monro 氏孔ガ閉塞セラレル時ハソノ側ノ側脳室ニハ常ニ著明ナ擴大ヲ伴フモノデアル。

症例 9: 石〇隆〇, 25歳, 男

現病歴:

約リケ月前カラツケ月位ノ間隔ヲ置イテ, 前額部カラ兩側ノ側頭部ニカケテ頭痛ヲ來スコト3回, 何レモ3週間乃至ツケ月モ續イタ。烈シイ時ハ嘔吐ヲ伴ヒ, 意識ノ濁濁スルコトガアツタ。

現症:

兩眼ノ鬱血乳頭, 右眼球ノ水平性振盪症, 右ノ顔面神經下枝ノ輕度ノ麻痺, 上下肢ノ腱反射亢進。腫瘍ハ考ヘラレルガ局所ハ不明。

沃度油脳室像: (左ノ側脳室後角部穿刺, Lモルヨドール⁷ 4cc 注入。)

左ノ側脳室ハカナリ著明ニ擴大。Monro 氏孔ノ通過不能。

側面像(第39, 40圖):

第39圖デハ左ノ側脳室ノ前角部後半カラ中心部前半ニカケテ(略々 Monro 氏孔ノ直上前角部寄り) 邊緣ノ鮮明ナ充盈缺损ガアリ, 一見シテ腫瘍ノ表面デアルコトガ知ラレル。沃度油ハ僅カニソノ上部ト基底ニアル極ク狭イ部分ニヨツテ前後ニ通ジテキルニ過ギナイ。

第40圖ハ沃度油注入後8日目ノ像デアル。沃度油ガ側脳室ノ壁ニ沈着シテ, 擴大シタ側脳室ノ全輪廓ガ明カニ現ハレテキル。Monro 氏孔ノ直上デ前角部寄りニ第39圖ト全ク一致シタ腫瘍ノ表面像ガ見ラレ, 基底ニ於テハ腫瘍ノ一部ガ Monro 氏孔ヲ擴ゲ, 茲カラ第3脳室内ニ侵入シテキル。Monro 氏孔ハ殆ド全ク腫瘍ニヨツテ填塞サレ, 沃度油ハソノ極ク少量ガ第3脳室内ニ移行シテキルニ過ギナイ。

P-A(第41, 42圖):

前角部後半カラ中心部前半ニカケテ腫瘍像ガアリ, 正中ニ近ク第3脳室内ニ侵入シテキル腫瘍ノ一部ガ見ラレル。腫瘍部並ニソノ後方ノ側脳室中心部ハカナリ右方ニ變位シテキル。擴大シタ後角部及下角部ガ略々正常ノ位置ニソノ輪廓ヲ示シテキル。第3脳室内ノ沃度油滴ハ正中ニアツテ第3脳室ガ何レヘモ變位シテ居ナイコトガ判ル。

手術ニヨツテ上記ノ部カラ約鳩卵大ノ結核腫ガ剔出サレタ。

症例10: 王○タマ○, 23歳, ♀**現病歴:**

約3ヶ月前カラ視力障碍, 頭痛ヲ覺エ次第ニ増悪シタ。又一時ハ悪心, 嘔吐, 眩暈, 耳鳴等ヲ來シタコトモアルガ現在デハ幾分輕快シテキル。

現症:

兩眼球突出, 兩眼ノ鬱血乳頭, 右ノ顔面神經麻痺, 右上肢ノ腦皮質性知覺障碍, 右下肢ノ深部知覺障碍, 一側下肢ニテ起立不能。

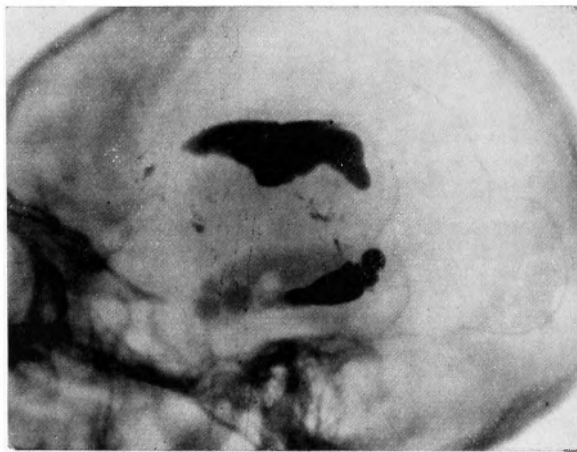
沃度油腦室像: (兩側ノ側腦室後角部穿刺, 右ノ側腦室ヘ下行性「モルヨドール」3cc, 左ヘハ上行性「モルヨドール」2ccヲ注入シタ。)

側面像(第43—46圖):

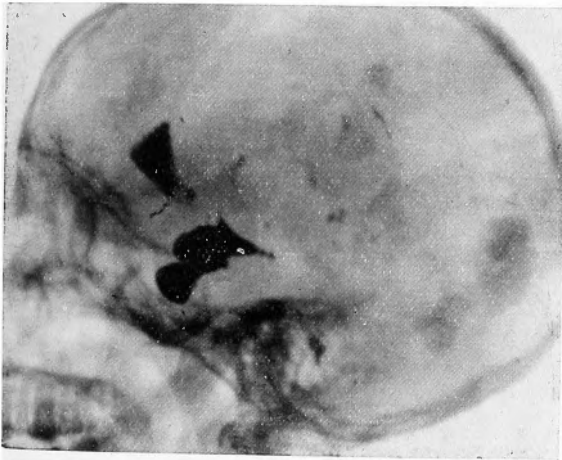
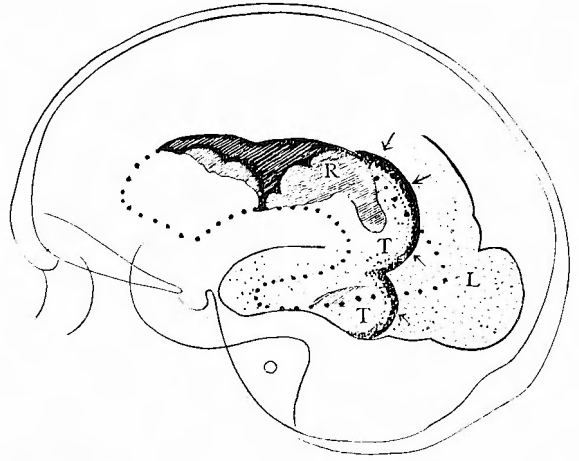
側腦室ハ兩側共擴大シ, 特ニ左側ニ於テ著明デソノ後角部ハ腦表面近クニマデ擴ガリ宛モ囊腫ノ如キ輪廓ヲ示シテキル。又擴大シタ左ノ側腦室ノ下角部ト中心部トニ夫々腫瘍ノ表面像ヲ想ハス半圓形ノ陰影ガアル。右ノ側腦室ニ於テハ前角部後半ト中心部トノ基底ニ夫々大キナ充盈缺損ガアリ, 之等ノ缺損ニ引續キノ部ノ各側腦室部ハ又夫々上壁ニ至ルマデ壓排サレテ2—3ノ隆起カラナル略々圓イ淡明部ヲ生ジ, 各ソノ頂點デハ側腦室上壁ガ多少上方ヘ膨隆シテキル。特ニ中心部ニ於ケル壓排像ハ左ノ側腦室中心部ニアル腫瘍ノ表面像ノ一部ト全ク一致シタ輪廓ヲ示シテキル(第43, 44圖)。

第3腦室前半部ハ著明ニ擴大シ, Monro氏孔部及ビ第3腦室上壁ハ著明ニ下方ヘ壓低サレ而カモ後方程ソノ變化ガ著明デア。左ノ側腦室ニ於ケル腫瘍像ノ所見ハ前圖ト同様デア(第45, 46圖)。

第 43 圖

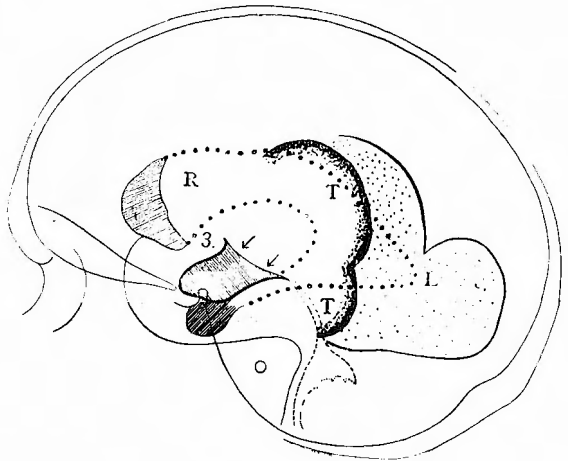


第 44 圖



第 45 圖

第 46 圖



P—A (第47—49圖):

右ノ側腦室前角部ハ著シク右方ヘ變位シ且ツ傾キ, 左右ニ狹ク上下ニ長イ。内側壁ハ稍々凹面ヲナシ上壁ハ殆ド垂直ニ近イマデニ傾斜シテキル。即チ左方カラ強ク壓排サレテキルコトガ判ル(第46, 49圖)。

右ノ側腦室中心部ハ前角部ヨリモ更ニ一層著明ニ右方ヘ壓排サレ且ツ上方ヘ長ク突出シ, ソノ内側ノ大部分ハ充盈缺損ニ陥リ外方ヘ弧狀ニ膨隆シテ外側壁ノ輪廓ガ現出サレテキルニ過ギナイ。後角部及ビ下角部ニハ擴大ガアルダケデソノ位置ニ殆ド異狀ヲ認メナイ。第3腦室前半部モ擴大シ, 著シク右方ヘ變位シ且ツ傾キ, ソノ上壁ハ特ニ左側ニ於テ著明ニ下方ヘ壓低サレ, 從ツテ第3腦室全體トシテノ長サガ短ク, ソノ位置ガ低クナツテ見エル(第48, 49圖)。

何レノ圖ニ於テモ甚ダシク擴大シタ左ノ側腦室後角部ガ現出サレテキル。

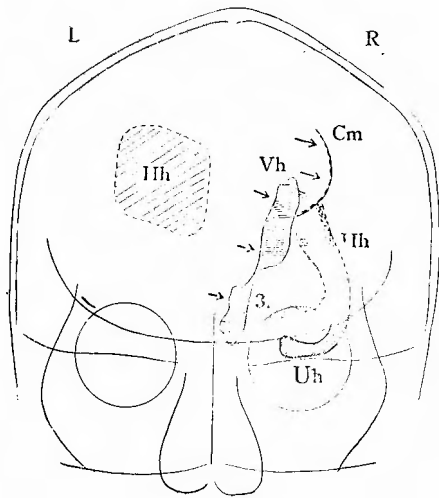
第 47 圖 (P—A)



第 48 圖 (P-A)



第 49 圖



第 50 圖 (A-P)



A—P (第50—54圖) :

右ノ側腦室ノ中心部ハ著シク右方ヘ變位シ、ソノ外側壁ハ強ク外方ヘ弧狀ニ膨出、内側ノ大部分ハ充盈缺損ニ陥リ、前庭部及ビ後角部ハ稍々立位ヲツテキル。左ノ側腦室下角部ハ著明ニ擴大シソノ起始部、即チ後角部像ノ外下縁ニアタル部分ニ腫瘍ノ表面像(此ノ部ガ腫瘍ノ最モ後端ニ相當スル)ノ一部分ヲ見ルコトガ出來ル(第50, 52圖)。

左ノ側腦室中心部ハ甚ダ強ク擴大シ、ソノ内側壁及基底ニハ丁度右ノ側腦室中心部ノ陰影缺損部ニ對向シテ大キナ略々圓イ表面ニ凹凸ノアル充盈缺損即チ腫瘍像ガ見ラレル(第51, 52圖)。

左ノ側腦室前角部モ亦著シク擴大シ、ソノ大部分ハ腫瘍ノタメニ充盈缺損ニ陥リ僅ニ外下壁ノ一部ガ造影サレテキルニ過ギナイ。腫瘍ノ表面像ハ此ノ部(即チ腫瘍ノ最モ前ノ端ニ相當スル)ニ於テモ凹凸ガアル。第3腦室ノ後半部ハ前半部ニ比シテ一層著明ニ右ヘ傾イテキル。第4腦室ニ變化ハナイ(第53, 54圖)。

要スルニ本例ハ左ノ側腦室内ノ腫瘍デアツテソノ範圍ハ前角部カラ下角部ノ後半ニ迄及ビ、Monro氏孔ヲ全ク閉塞シテ側腦室ノ著明ナ擴大ヲ伴ツテキルモノデアル。右(健側)ノ側腦室ハ前角部カラ中心部後半ニ至ル迄著シク右方ヘ壓排サレテキルガ、ソレガ特ニ中心部ニ於テ最モ著明デアルコトハ腫瘍ノ發育ガソレニ對向シタ部分即チ中心部(左側)ニ於テ最モ大デアルコトヲ示スモノデアル。第3腦室モ右側ヘ變位シ且ツ傾キ又ソノ上壁ガ下方ヘ壓低サレテキルガ、ソレ等ノ變化ガ前半部ヨリモ後半部ニ於テ一層著明デアルコトモ亦ク腫瘍ガ前角部ヨリモ中心部ニ於テ大ナル發育ヲナシテキルコトト一致シタ所見デアル。手術ニヨツテ此ノ所見ニ全ク誤リノナイコトガ確認サレ、略々超鷄卵大ノ腫瘍(Astrocytom)ガ剔出サレタ。

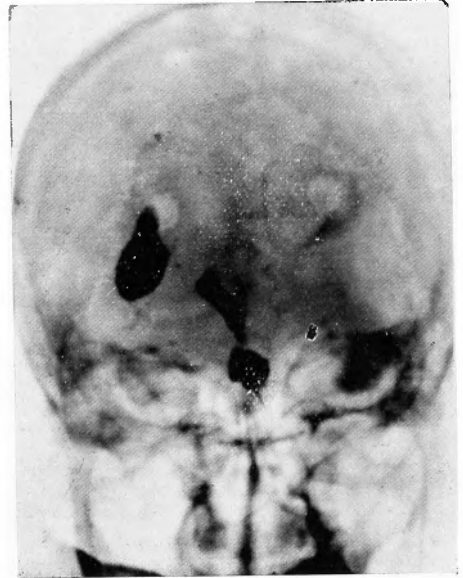
註: 1) 本例ニ於テハ腫瘍側ノ側腦室内ヘハ上行性「モルヨドール」ノ少量(2cc)ガ注入セラレテキルニ過ギナカッタタメニソノ影像ニ鮮明ヲ缺キ診斷ニ相當ノ苦心ヲ要シタノデアルガ、他側ニ於ケル下行性「モルヨドール」ノ鮮明ナ影像ヲ基トシテ線透視ト撮影ヲ繰返ヘストニヨツテ上記ノ如ク充分ナル綜合的觀察ヲ行フコトガ出來タノデ、ソノ診斷ニ些カノ誤リモ來サナカッタ。腫瘍側ヘ下行性「モルヨドール」ヲ注入シタナラバ診斷ニ何等ノ苦心モ要シナカッタデアラウ。

2) 側腦室内腫瘍ノ手術ノ場合ニハ腫瘍ニ到達スル操作ノタメニ必ず前頭葉又ハ後頭葉ヲ一部切除スル必要ガアル。コノ切除範圍ヲナルベク小サクスル爲ニハ腫瘍ノ範圍並ニソノ發育ノ中心部ヲ豫メ確實ニ決定スルヲ要スル。特ニ左側ノ場合ニ於テソウデアル。

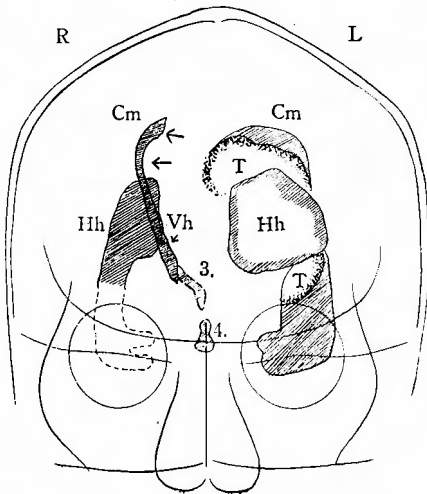
第 51 圖 (A-P)



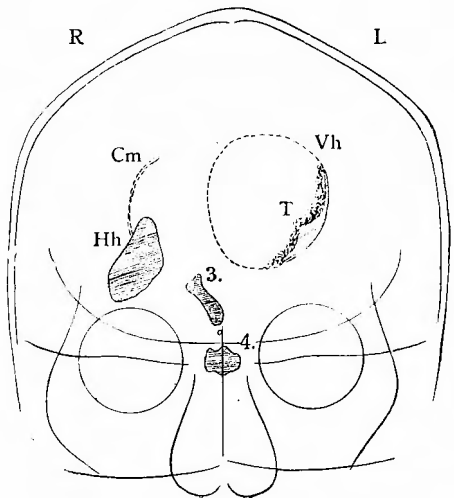
第 53 圖 (A-P)



第 52 圖



第 54 圖



第 55 圖

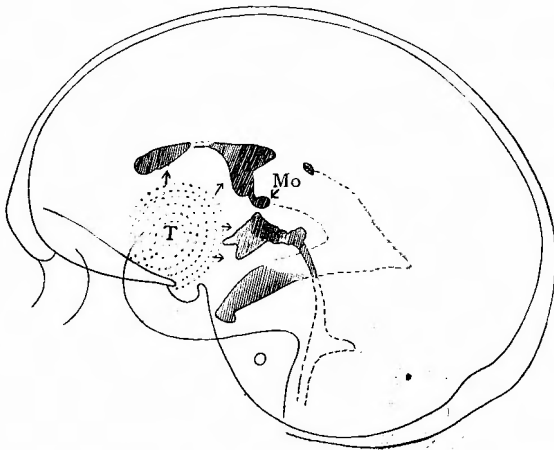


左ノ側腦室及第 3 腦室

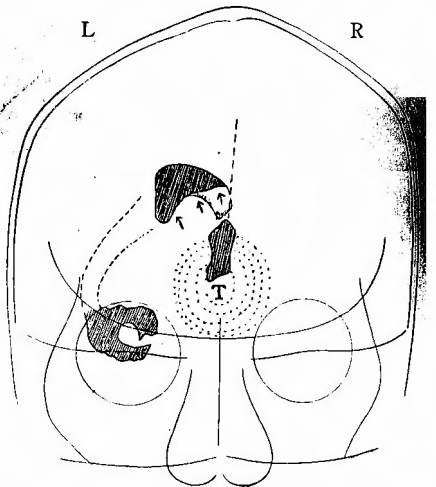
第 57 圖 (P-A)



第 56 圖



第 58 圖



III 鞍外腫瘍

1) 土耳其鞍前方部ニ於ケル腫瘍

土耳其鞍前方部ニ於ケル腦底部ニ發育スル腫瘍ハ側腦室前角部ヲ下方カラ上方ヘ壓迫シテソノ基底部ニ充盈缺損ヲ生ゼシメル。腫瘍ガ後方ヘモ大クナルト Monro 氏孔並ニ第3腦室前半部ヲ後方ヘ壓排シテ變位セシメル。腫瘍ガ正中部ニ發生シク時ハ側腦室並ニ第3腦室ニハ側方ヘノ變位ヲ來サナイ。

症例11: 宮○達○, 43歳, ♂

現病歴:

約9ヶ月前カラ右眼ノ羞明, 複視, 眩暈ヲ來シ其後視力障碍, 頭痛ガ次第ニ増悪シタ。約4ヶ月前カラ惡心, 嘔吐ヲ催スコトガアリ, 又時々發作性ニ頭部全體ニ壓ヘツケラレル様ナ感シガスルコトガアル。

現症:

頭痛, 嘔吐, 左ノ嗅覺脱失, 左眼殆ド失明, 右眼ノ側頭側半盲症, 運動性失語症。即チ土耳其鞍附近ノ腫瘍ガ考ヘラレル。

沃度油腦室像: (左ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」4cc 注入。)

左ノ側腦室ニハ輕度ノ擴大アリ。左 Monro 氏孔ノ通過ハ甚ダ緩徐, 右ハ通過不能。

側面像(第55, 56圖):

左ノ側腦室前角部ハ上方ヘ變位シ, ソノ中央ニハ基底カラ上方ヘ向ツテ邊緣ノ鮮明ナ大キナ圓イ充盈缺損ガアル。Monro 氏孔ハ後方ヘ變位シ, 第3腦室前半部モ後上方ヘ壓縮サレテ稍々變形シテキル。下角部ニハ變化ハナイ。腫瘍ガ土耳其鞍前方ニアツテ上方ヘハ側腦室前角部ヲ, 後方ヘハ第3腦室前半部ヲ壓迫シテキルコトガ一見シテ判ル。

P-A(第57, 58圖):

左ノ側腦室前角部前半ノ基底ガ上方ヘ壓排サレテソノ邊緣ハ凹彎ヲナシテキル。後半部モ亦ク壓排ノタメ陰影ハ不規則且ツ淡明トナツテキル。但シ前角部ノ側方ヘノ變位ハ見ラレナイ。下角部ニハ變位ハナイ。第3腦室ハ其ノ丈ガ短ク下端ハカナリ變形シテキル。然シ全ク正中ニ直立シテキル。此等ノ所見ハ腫瘍ガ第3腦室ノ前方ニテ全ク正中ニ發生シテキルコトヲ示スモノデアル。

本例ハ土耳其鞍内ヨリ主トシテ鞍前方ニ向ツテ發育シタ約超鷄卵大ノ Kraniopharyngiom デアツタ。

症例 12: 石〇か〇る, 39歳, ♀

現病歴: 約 4 年前カラ左眼ノ視力障碍ヲ來シ漸次増悪, 約 1 年前カラハ右眼ニモ輕度ノ視力障碍ヲ覺ユル。
現症: 左眼ノ著明ナル視力減退, 兩眼ノ側頭側半盲症及一急性視神經萎縮ガ認メラレル。

沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」 4 cc 注入。)

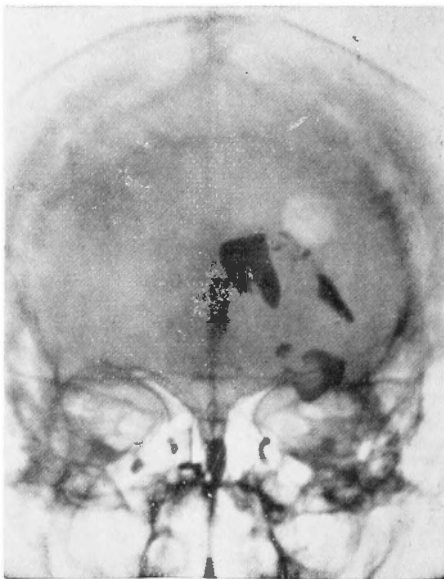
右ノ側腦室ニ擴大ハナイ。Monro 氏孔ハ右ハ通過不良, 左ハ不能。

P-A (第 59, 60 圖): 右ノ側腦室前角部ノ基底縁ハ特ニソノ正中側ニ至ル程一層著明ニ充盈缺損ニヨル陥凹ヲ示シテキル。シカシ前角部全體トシテハ左右ヘノ變位ヲ來シテキナイ。第 3 腦室ハ略々正中ニアルガ上方ヘ向ツテ可成リ短クナリ, ソノ下端ハ幾分右方ヘ傾キ Recessus opticus ハ左右非對稱性(左側ガ舉上サレテキル)トナツテキル。中心部, 後角部及下角部ニ異常ハナイ。

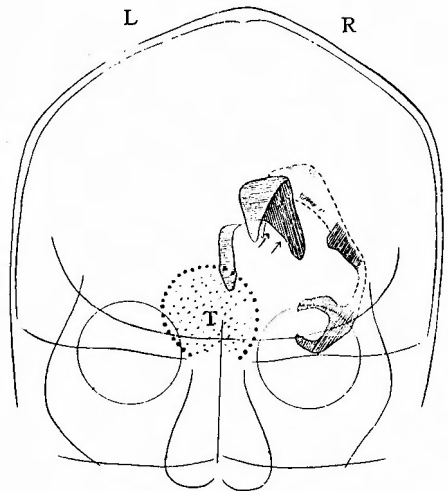
側面像(第 61—63 圖): 右ノ側腦室前角部ハ僅ニ上方ヘ傾キ, ソノ基底ニハ充盈缺損ニヨル陥凹ガアリ, ソノ邊緣ニハ濃淡 2 種ノ彎曲ガ見ラレル。之ハソノ部ノ内側ト外側トニ加ハラレテキル壓迫ノ差ニヨルモノデアツテ, 即チ内側(上方ノ彎曲)ヘノ壓迫ガ外側(下方ノ彎曲)ヘノ壓迫ヨリモ著明デ且ツ後方 Monro 氏孔部マデ及ンデキル。タメニ Monro 氏孔ハ後方ニ變位シ, 幾分通過障碍ノアルヲ思ハセル(第 61, 63 圖)。第 3 腦室前半部ハ著シク後方ヘ壓縮サレテ Recessus opticus 及 infundibuli 部ガ甚ダシク變形シ, 即チ兩者ノ間隔ガ大トナリ前者ハ上方ヘ後者ハ下方ヘ壓排サレタ恰好トナツテキテ, 腫瘍ノ後ノ境界ガ略々此ノ部ニ及ンデキルコトヲ示シテキル。第 3 腦室後半部以下ニハ變化ヲ認メナイ(第 62, 63 圖)。

即チ腫瘍ハ土耳古鞍前方ノ正中(嚴密ニ言ヘバ左方ヘ向ツテノ發育ガ稍々著明デアル)ニアツテ側腦室前角部ヲ上方ヘ, 第 3 腦室ヲ後方ヘ壓排シテキルガ前ノ例程前方並ニ上方ヘ延ビテキナイコトガ判ル。本例ハ Tuberculum sellae 部カラ發生シタ約胡桃大ノ Meningiom デアツタ。

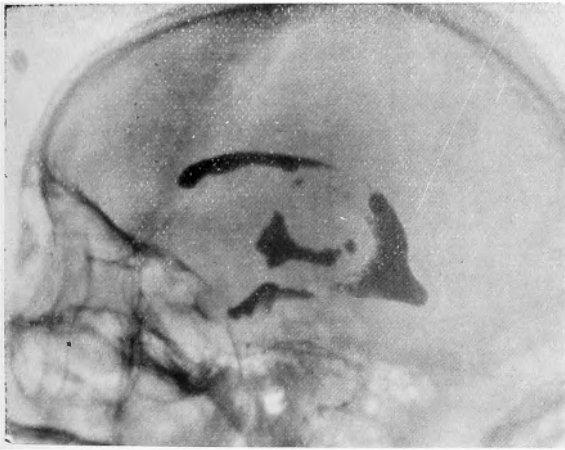
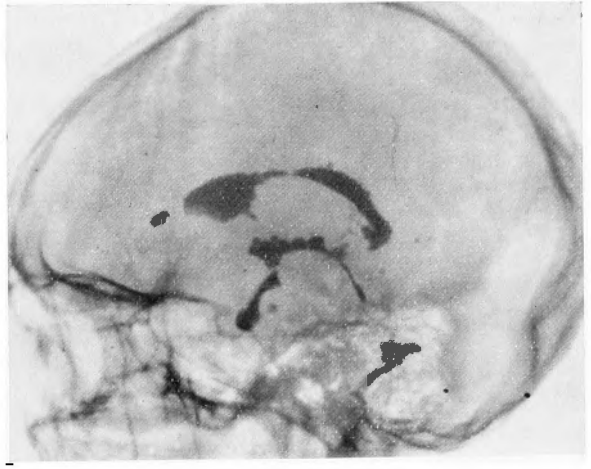
第 59 圖 (P-A)



第 60 圖

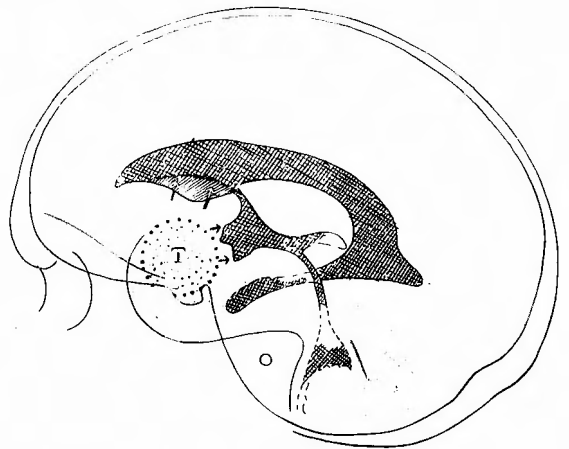


第 61 圖

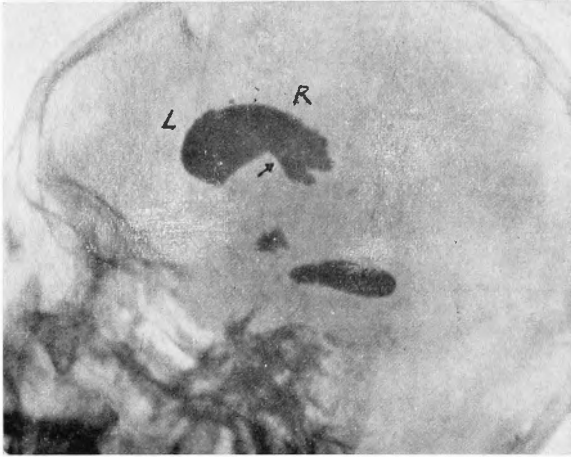


第 62 圖

第 63 圖

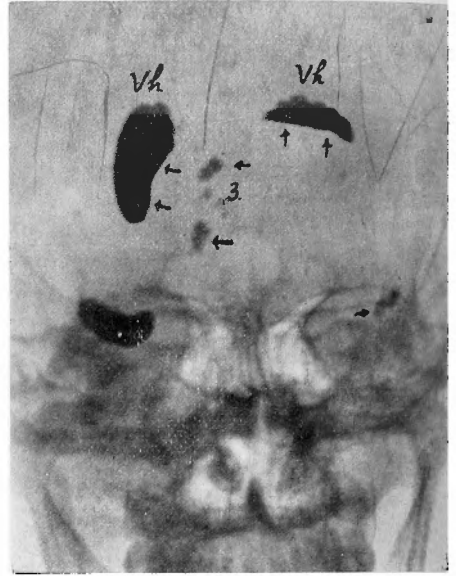


第 64 圖

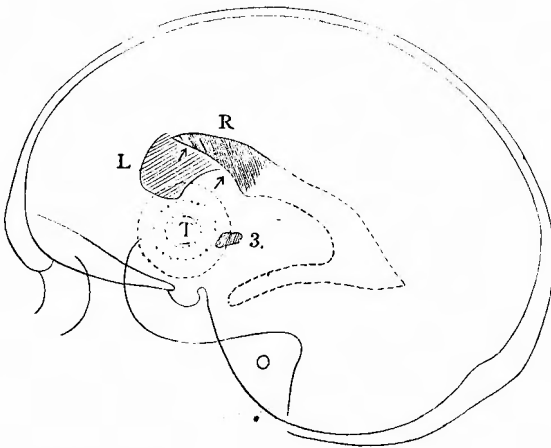


R = 右(腫瘍側)ノ側腦室

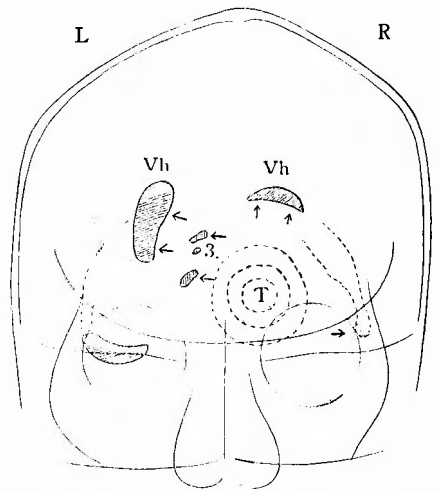
第 66 圖 (P-A)



第 65 圖



第 67 圖



2) 土耳其鞍ノ前側方ニ於ケル腫瘍

此ノ場合ハ腫瘍側ノ側脳室前角部ヲ上方へ、下角部前極ヲ側方へ壓排スルト共ニ第3脳室前半部ヲ健側へ壓迫スル。腫瘍ノ大サニ從ツテ他側ノ側脳室前角部モ側方へ變位スル。

症例13: 川○利○, 17歳, 3

現病歴:

12歳頃カラ右眼ニ著明ナ視力障碍ヲ來シ, 約2年後ニハ完全ニ失明シタ。發病當時カラ屢々頭痛ガアリ嘔吐ヲ伴フコトモアル。最近ハカナリ輕快シテキルガ, 頭痛ノナイ時ハ略眠状態トナルコトガ多イ。時々妄想, 錯覺ヲ來スコトガアル。現在ハ左眼ニ疼痛ガアル。

現症:

右ノ嗅覺脱失, 右眼盲, 右ノ視神經萎縮, 左眼ノ鬱血乳頭, 右ノ動眼並ニ三叉神經麻痺, 兩側膝蓋及「アキレス」腱反射亢進, 上下肢ノ粗大力減退。

沃度油脳室像: (右ノ側脳室後角部穿刺, 「モルヨドール」4cc 注入。)

側面像(第64, 65圖):

右ノ側脳室前角部ハ後上方へ變位シ, ソノ前下方(基底)部ハ充盈缺損ヲ來シ邊緣ハ鮮明ナ凹變ヲ示ス。左ノ側脳室前角部ニハ斯ノ様ナ變化ヲ見ナイ。第3脳室ヘノ沃度油ノ移行ハ甚ダ困難デ, ソノ前壁部ニ僅カナ油滴ニヨル淡イ陰影像ガ見ラレルニ過ギナイ。第3脳室ハ後上方へ壓排サレテキル。

P-A(第66, 67圖):

右ノ側脳室前角部ハ上方へ壓排サレソノ基底ハ大キナ充盈缺損ヲ來シ邊緣ハ下方ニ向ヒ鮮鋭ナ凹變ヲ示シテキル。反之, 左ノ側脳室前角部ハ左方へ著シク變位シソノ正中側壁部が大キナ充盈缺損ヲ來シ凹變トナツテキル。第3脳室モ左方へ壓排サレソノ陰影ハ不規則斷片的デ基底ホド變位ノ度ガ強イ。左ノ側脳室下角部ニ變位ハナイガ, 右ノ下角部ハ造影困難デ極ク淡イ陰影ニヨツテソノ前極ガ側方へ壓排サレテキルコトヲ知ル。

即チ腫瘍ハ土耳其鞍ノ前右側ニ發育シ, 右即チ腫瘍側ノ側脳室前角部ヲ上方へ, 下角部ヲ側方へ壓迫シ, 一方第3脳室前半部ヲ左方並ニ後上方へ, 更ニ左ノ側脳室前角部ヲ左方へ壓排シテキル可ナリ大キナモノデアルコトガ判ル。手術ニヨツテ約超鶏卵大ノ Kraniopharyngiom ガ剔出サレタ。

症例14: 中○清○, 35歳, ♀

記憶力減退, 四肢ノ痙攣發作, 左ノ前額部ノ疼痛トヲ主訴トシ, 發病約4年前。尙ホ7年前ニ頭部ニ外傷ヲ受ケ意識不明トナツタコトガアル。

神經學的ニハ記憶力障礙, 左ノ前額部ノ叩打痛, 左ノ三叉神經, 外旋神經, 顔面神經下枝ノ鈍麻, 左ノ上下肢ノ粗大力減退, 腱反射亢進ガ認メラレル。

沃度油腦室像: (兩側ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」各 2cc 宛注入。)

側腦室ニハ兩側共擴大ハナイ。Monro 氏孔ノ通過ハ兩側共カナリ緩徐デアアル。

側面像(第68, 69圖):

右ノ側腦室ニ於テハ前角部ガ左ニ比シテ著明ニ後上方ヘ壓排サレ, ソノ影響ハ中心部前半ニモ及ンデキル。Monro 氏孔モ亦タ壓排ヲ受ケ左側ニ比シテ後方ヘ變位シテキル。中心部後半並ニ後角部ニ殆ド變化ハナイ。下角部ノ前極ハ現出サレ難イ。

左ノ側腦室ニ於テハ前角部中央ハ一般ニ陰影ガ淡ク, 且ツ基底ニ不規則ナ充盈缺損ガ見ラレル。中心部, 後角部及下角部ニハ變化ガナイ。

第3腦室ハ陰影ガ甚ダ淡ク特ニ前半部ニ於テ著明デ, Recessus opticus 部ハ扁平トナリ, 且ツ不規則ナ充盈缺損ヲ來シ, Recessus infundibuli ノ影像ハ斷續シテキル。

P-A(第70, 71圖):

右ノ側腦室前角部ハ左上方ヘ變位シ著シク狭イ。而カモ外側ヨリモ内側ノ方ガ特ニ強ク上方ヘ壓排サレテキルタメニ前角部ハ全體トシテ殆ド水平位ニ近イマデニ右ヘ傾イテキル。中心部前半ハ左ニ比シテ稍々高イガソレヨリ後方後角部ニ至ルマデニ殆ド變化ヲ見ナイ。シカシ下角部前極ハカナリ著明ニ外方ヘ且ツ幾分上方ヘ壓排サレ, ソノ殆ド全部ガ完全ナ充盈缺損ヲ來シテキル。

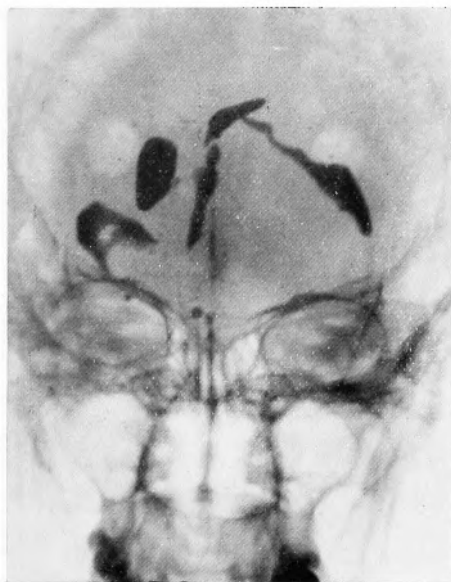
左ノ側腦室前角部ハ著シク左方ヘ變位シ, ソノ内側壁カラ基底ヘカケテノ壓排ガ著明デアアルタメニ全體トシテ稍々右ヘ傾イテキル。中心部以下ニ於テハ變化ガ見ラレナイ。

第3腦室ハ基底ニ至ル程著明ニ左方ヘ變位シ, タメニ全體トシテ右ヘ傾イテキル。Recessus opticus ノ定型的ナ膨出ハ見ラレナイ。Sylvius 導水管以下ニハ變化ハナイ。

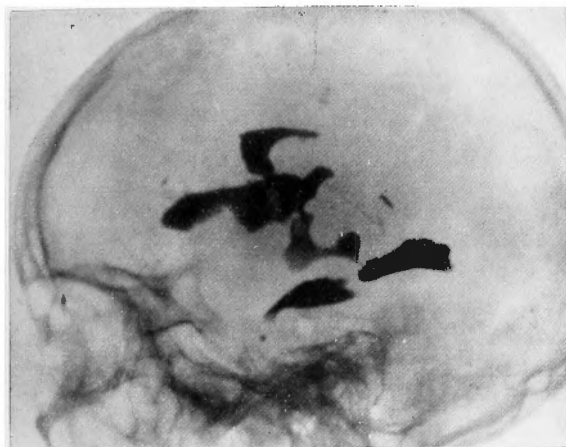
要スルニ腫瘍ハ土耳其鞍ノ右側方カラ前方ニ瓦ツテ發育シテキテ, 腫瘍ノ前半部ハ右(腫瘍側)ノ側腦室前角部ヲ左方並ニ後上方ヘ, 更ニ左(他側)ノ側腦室前角部ヲモ左方ヘ壓排シ, 又腫瘍ノ後半部ハ第3腦室(基底)ヲ左方ヘ, 右(腫瘍側)ノ側腦室下角部ヲ右方ヘ壓排シテキルコトガ判ル。

本例ハ右ノ前頭葉後部ノ底面カラ土耳其鞍ノ右側ノ腦底ニカケテ發育シテキタ鵝卵大ノ囊腫性ノ腫瘍デアツタ。

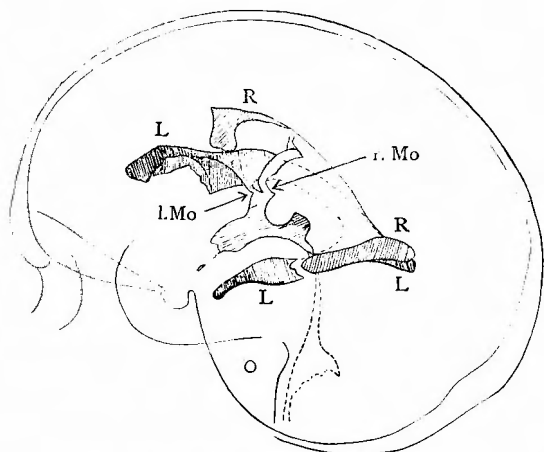
第 70 圖



第 68 圖

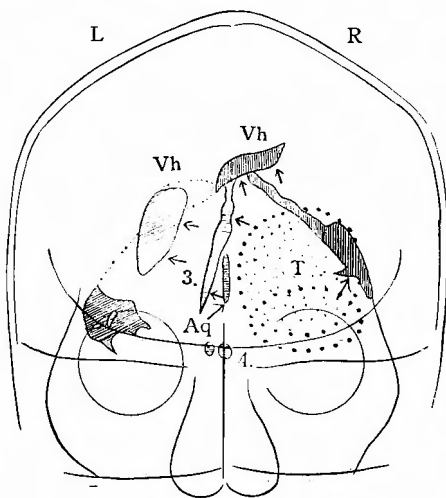


第 69 圖

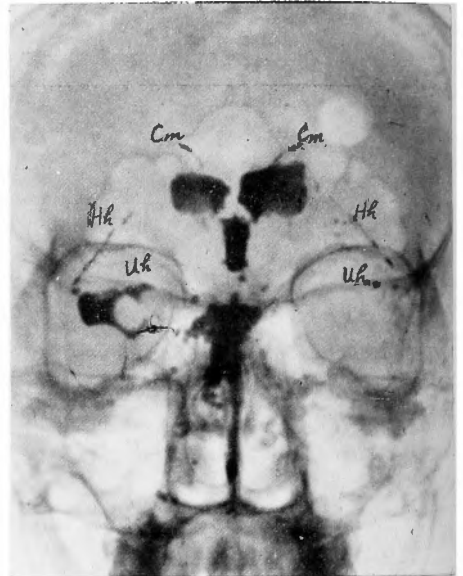


R=右(腫瘍側)ノ側腦室 r. Mo=右ノ Monro 氏孔
L=左(健側)ノ側腦室 l. Mo=左ノ ”

第 71 圖



第 74 圖 (P-A)

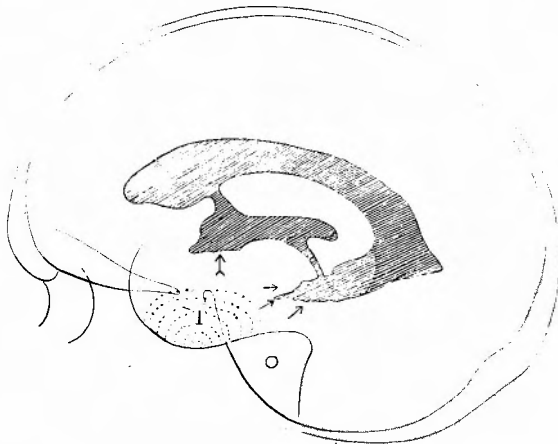


第 72 圖



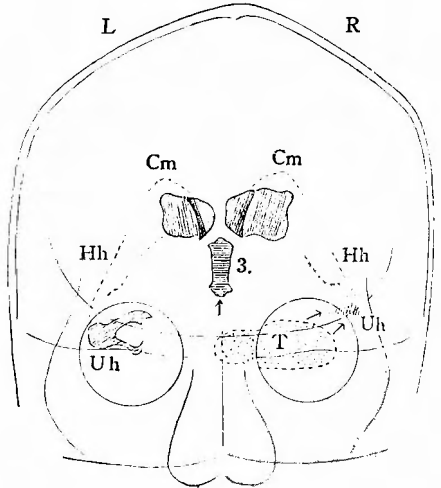
右 (腫瘍側) / 側脳室

第 73 圖



第 3 脳室前半部が稍々擧上サレ Recessus infundibuli が缺损シテキル(↑)。

第 75 圖



3) 土耳其鞍ノ側方ニ於ケル腫瘍

土耳其鞍ノ側方ニ於ケル腫瘍ハ小ナル時ハ主トシテソノ側ノ側脳室下角部ニ變化ヲ與ヘルニ過ギナイガ、腫瘍ガ大クナルト側脳室前角部及ビ中心部、第3脳室ニモ壓排現象ヲ來ス。

症例15: 妹〇義〇, 35歳, ♀

現病歴:

約3年前カラ右半側ノ頭痛, 複視ヲ來シ, 約2ヶ月前カラハ右顔半面ニ知覺障得ガアリ, 舌モ右半分ガ感覺不良デアル。

現症:

右瞳孔>左瞳孔, 對光及輻湊反應緩徐, 右ノ視力減退, 右ノ三叉神經及外旋神經麻痺。

沃度油脳室像: (右ノ側脳室後角部穿刺, Lモルヨドール⁷ 4cc 注入。)

側脳室ニ擴大ナシ。Monro 氏孔ノ通過良。

側面像(第72, 73圖):

右ノ側脳室下角部ハ殆ドソノ起始部近クニ至ル迄陰影ガ淡ク不鮮明且ツ扁平トナツテ見エ, 前極部ハ全ク陰影缺損ヲ來シテキル。第3脳室前半部ハ稍々舉上サレ, Recessus infundibuli ガ缺損シテキル。

P-A(第74, 75圖):

右ノ側脳室下角部ノ造影ハ不充分デソノ輪廓ハ不鮮明, 左側ニ比シテ側方並ニ上方ヘ變位シテキル。第3脳室ハ全體トシテ短ク Recessus infundibuli ノ正シキ像ガ見ラレナイ。兩側ノ前角部及ビ後角部ニ變化ハナイ。

本例ハ右ノ中頭蓋窩デ主トシテ土耳其鞍ノ側方ニ發育シ, 側頭葉前半部ヲ下内方カラ上外方ヘ壓迫シ, 一部ハ正中ヘ向ツテモ侵入シテ第3脳室前半部ヲ僅カニ舉上シテキタ比較的扁平ナ纖維腫デアツタ。

症例16: 増○政○, 39歳, ♂**現病歴:**

約7年前カラ左眼ノ視界朦朧, 左頭部半側ノ知覺鈍麻ヲ覺エ徐々ニ増悪, 2年前頃カラ全身ノ痙攣發作ガ時々起ル。又此ノ頃カラ屢々瞬間的ニ意識消失ヲ來スコトガアル。數ヶ月前カラ時々右眼ノ視界モ朦朧トナリ, 又記憶力ガ減退シ, 非常ニ怒リ易クナツタ。

現症:

兩眼球突出, 左眼ノ視力減退, 兩眼ノ鬱血乳頭, 水平性眼球振盪症(特ニ右凝視ノ際), 左側三叉神經及外旋神經麻痺, 全身ノ腱反射亢進。

沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」4cc 注入。)

兩側共側腦室ハ中等度ニ擴大。Monro 氏孔ハ兩側共通過不能。但シ Monro 氏孔ノ後方ニ於テ中隔ニ大ナル缺損ガアリ, 兩側ノ側腦室ハ自由ニ交通シ得。

側面像(第76, 77圖):

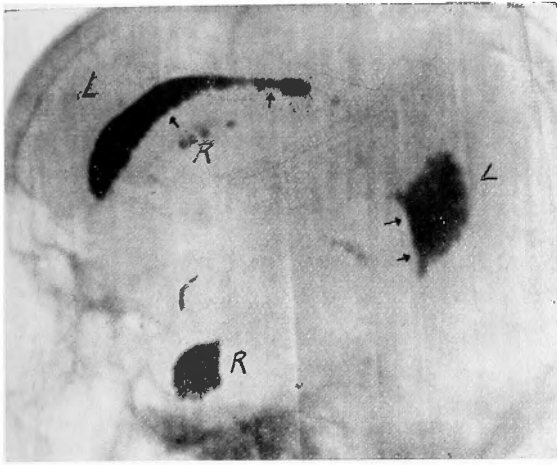
左ノ側腦室前角部及ビ中心部ハ著シク上方ヘ變位シテキル。後角部ノ直グ前下方即チ下角部ノ起始部ニ於テ前方ニ向ヘル邊緣ノ鮮鋭ナ凹變ヲ見ル。沃度油ハ此レヲ境トシテ停止シ, ソレ以下ノ下角部全體ハ完全ニ充盈缺損ヲ來シテキル。

P—A(第78, 79圖):

左側ノ側腦室ニ於テハ前角部ハ右ニ比シテ著明ニ上方ヘ變位シ, 同時ニソノ基底ガ内側ヘ壓迫サレテキルタメニ前角部ハ全體トシテ左ヘ傾イテキル。中心部モ著シク上方ヘ壓排サレソノ基底縁ハ下方ニ鮮鋭ナ凹變ヲ向ケタ充盈缺損ヲ來シテキル。後角部ノ外下縁モ亦タ壓迫ヲ受ケテ内方ヘ傾キ, 又下縁ハ下方カラ内上方ニ向ツタ銳利ナ切斷線ヲ示シ, ソレ以下ノ下角部ハ全ク缺損シテキル。右ノ側腦室前角部ハ著明ニ右ヘ變位シテキルガ, ソノ高サニハ異狀ガナイ。下角部ニモ變位ハ見ラレナイ。又第3腦室ハ全然造影スルコトガ出來ナイ。

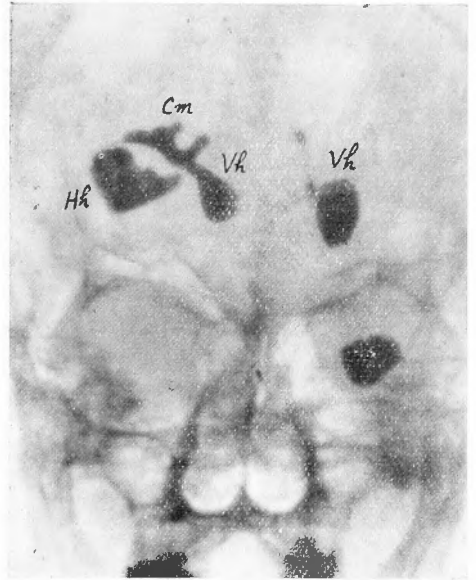
即チ腫瘍ハ左側ノ腦底部(鞍外)ニアツテ, ソノ側ノ側腦室下角部ヲ完全ニ壓迫切斷シ, 前角部及中心部ヲ上トシテ上方ヘ, 第3腦室ヲ内方ヘ壓排シテ他側ノ側腦室ニ迄モ影響ヲ及ボシテキル相當大キナモノデアラルコトガ判ル。手術ニヨツテ此ノ部カラ約林檎大ノ「ノイリノーム」ガ剔出サレタガ, 此際左ノ側頭葉ノ前半部ハ腫瘍ニヨツテ完全ニ壓迫サレテ萎縮シテキルコトガ判ツタ。

第 76 圖

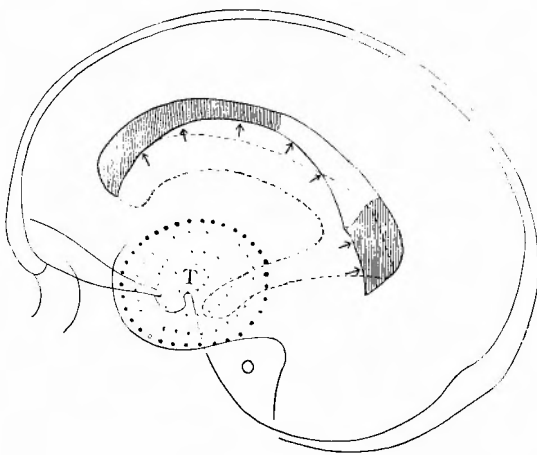


L=左(腫瘍側)ノ側脳室 R=右(健康側)ノ側脳室

第 78 圖 (P-A)

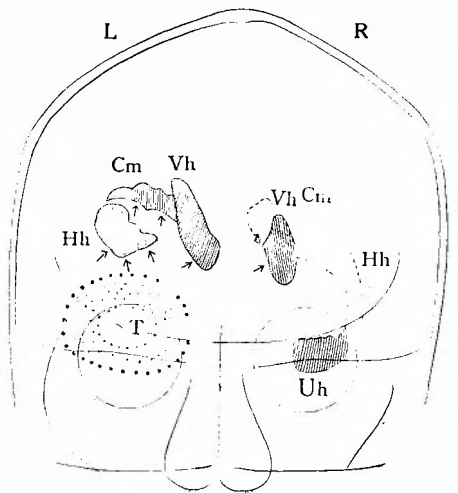


第 77 圖

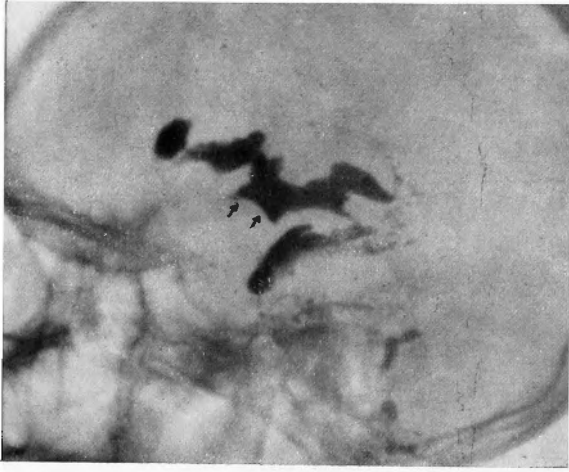


點線ハ正常ニアルベキ側脳室ノ位置ヲ示ス。

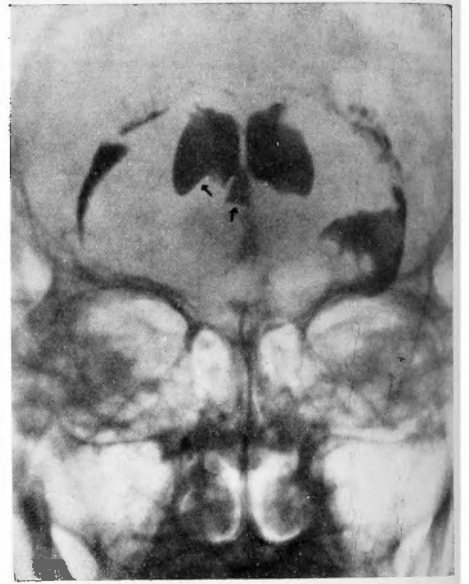
第 79 圖



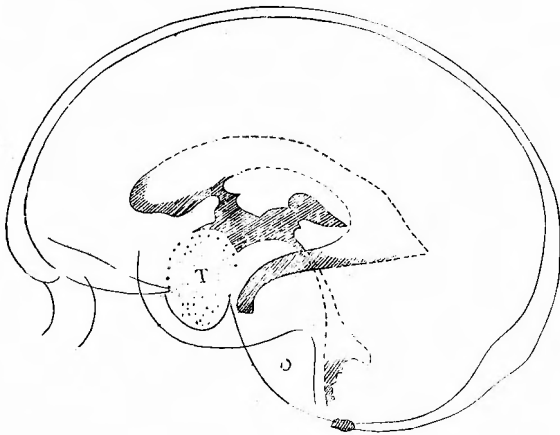
第 80 圖



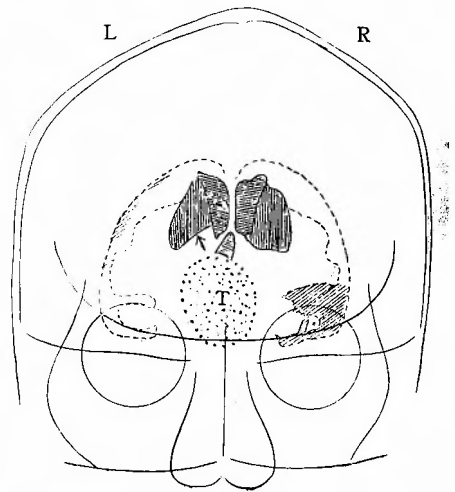
第 82 圖 (P-A)



第 81 圖



第 83 圖



IV 脳下垂體腫瘍

脳下垂體腫瘍 = 最も特有ナシ線像トシテハ、第3脳室ノ前半部ガ著明ナ變化ヲ受ケルコトデ、ソノ部 = 腫瘍ノ壓迫 = ヨル充盈缺損ヲ生ジ、Recessus opticus 並ニ Recessus infundibuli ガ消失スル。腫瘍ガ大クナルト第3脳室ノ大部分ニ充盈缺損ヲ生ジ、同時ニ側脳室前角部ニモ下方カラ上方ヘノ壓排現象ヲ示ス。

症例17: 青〇繁, 40歳, ♂

現病歴:

約2年前カラ漸次左眼ノ視力障碍ヲ増シ、外半側ガ見え難クナツタ。發病來身體ガ肥滿シ、性慾ガ減退シテキル。

現症:

脂肪性、性慾減退、兩眼ノ側頭側半盲症、左眼ノ視力減退、左ノ三叉神經ノ不全麻痺、上下肢ノ腱反射亢進。

沃度油脳室像: (左ノ側脳室後角部穿刺, Lモルヨドール¹ 4 cc 注入。)

兩側トモ側脳室ニ擴大ナシ。只左ノ下角部ヘノ沃度油ノ移行ガ幾分不充分デアル。Monro 氏孔ノ通過ハ兩側共良。

側面像(第80, 81圖):

第3脳室前壁部ニ大キナ充盈缺損ガアツテ、Recessus opticus 及ビ Recessus infundibuli ハ全ク消失シテキル。缺損ノ範圍ハ略々兩 Recessus ノ基部マデデ、邊緣ハ前下方ヘ鮮鋭ナ凹變ヲ向ケ、腫瘍ノ上界ガ明カニ認メラレルノミナラズ、之ト著シク擴大シタ土耳其鞍ノ像ト對照シテ腫瘍ノ大サ迄モ略々推定出來ル。第3脳室ノ中部並ニ後半部ニハ異常ガナイ。

P-A(第82, 83圖):

側脳室前角部ハ左右略々對稱性デアルガ、左ノ前角部ノ基底壁ガ多少凹變ヲ示シテキル。第3脳室前壁部ハ略々下2/3ガ横ニ切斷サレタ状態トナツテ消失シ、影像ノ下縁ハ下方ヘ凹變トナリ、全體トシテ稍々左ヘ傾イテキル。即チ腫瘍ハ大體ニ於テ正中ニ發生シテキルガ、嚴密ニハ左方ヘノ發育ガ幾分強イモノデアルコトガ考ヘラレル(患者ノ左眼ノ視力及ビ視野ガ強ク犯サレテキルコトト一致スル)。本例ハ約胡桃大ノ脳下垂體腺腫デアツタ。

症例18: 左○京○, 20歳, ♀

現病歴: 約 2 年前カラ 兩眼ノ 視力ガ 衰へ, 兩眼共ニ 外側半分ガ 見え難クナリ, 一進一退シテ 約 3 ヶ月前頃カ
ラ 左眼ノ 視力ガ 頓ニ 悪クナリ, 1 ヶ月後ニ 殆ド 失明スルニ 至ツタ。 2—3 年前カラ 肥滿シテ 來タ。

現症: Dystrophia adiposogenitalis, 視力左=0, 右=0.1, 右眼ノ 側頭側半盲症。

沃度油腦室像: (右ノ 側腦室後角部 穿刺, Lモルヨドール 4 cc 注入。)

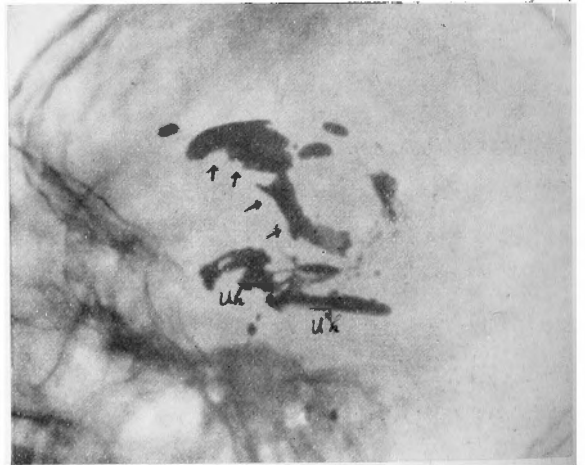
側腦室ニハ 兩側共 擴大ナシ。 Monro 氏孔ノ 通過ハ 概シテ 良。

側面像(第84, 85圖): 側腦室前角部ハ 兩側共 稍々 上方ヘ 變位シ, ソノ 基底ノ 後方ノ 部分ガ 僅
カニ 陥凹シテ キル。 Monro 氏孔ハ 幾分 後方ヘ 變位シテ キル。 第 3 腦室前半部ハ 後上方ヘ 變位
シ, ソノ 前壁部ニハ 大キナ 充盈缺損ヲ 見ル。

P—A(第86, 87圖): 側腦室前角部ハ 兩側共 基底ノ 正中寄りノ 部分ガ 略々 對稱性ニ 上方ヘ 向
ツテ 壓排サレ, 邊緣ハ 鮮鋭ニ 陥凹シテ 居ル。 第 3 腦室ノ 前壁部ハ 下方ノ 大部分ガ 切斷サレ 甚ダ
シク 短イ。 側腦室下角部ニハ 殆ド 變化ハ ナイ。

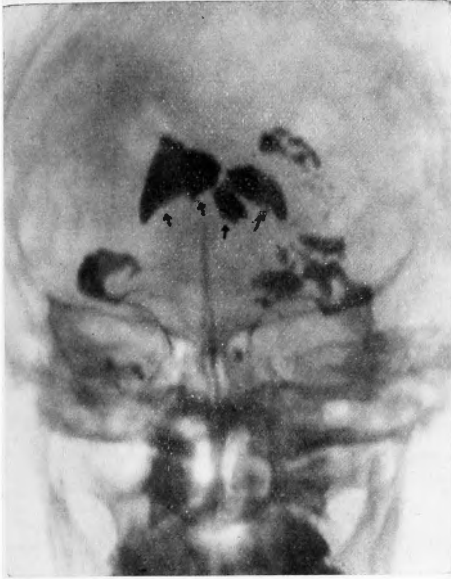
即チ 腫瘍ハ 正中ニ 於テ カナリ 大キナ 發育ヲ ナシ, 單ニ 第 3 腦室ノ ミナラズ 側腦室前角部ニモ
影響ヲ 及ボシキル コトヲ 示スモノデ, 略 鳩卵大ノ 腦下垂體腺腫デアツタ。

第 84 圖

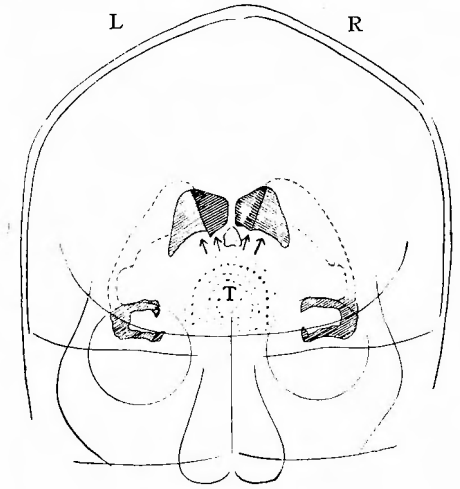


第 85 圖

第 86 圖 (P-A)



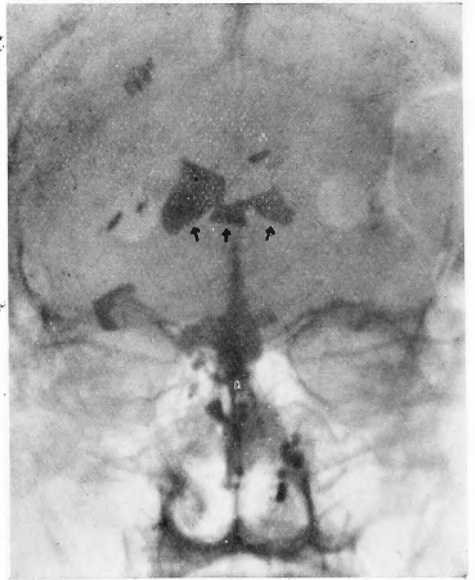
第 87 圖



症例19: 第88, 89圖ハ25歳ノ男子ニ於ケル略々同大ノ腦下垂體腺腫ノ再發例デ、上ノ例トヨク似タ所見デア
ル。

第 89 圖 (P-A)

第 88 圖



症例20: 岸○増○○, 40歳, ♂

現病歴:

7—8年前カラ晝夜ヲ間ハズヨク眠リ, 2—3日間ニ亙ツテ眠リツバケルコトガアル。4—5年前カラ腋下, 陰部ノ脱毛ガ著シク, 性慾減退, 陰萎, 記憶障碍, 頭部重壓感並ニ鈍痛ガアル。

現症:

記憶障碍, 無關心, 頭痛, 脱毛, 兩眼ノ側頭側半盲症, 上下肢ノ筋緊張減退等ガ證明サレル。

沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」4 cc 注入。)

側腦室ニハ兩側共擴大ハナイ。Monro 氏孔ノ通過ハ兩側共可成リ良。

側面像(第90, 91圖):

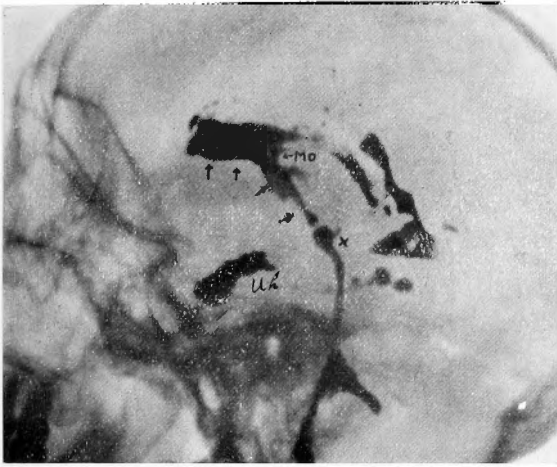
側腦室前角部ハ兩側共稍々上方ヘ變位シ, ソノ基底ハ上方ヘ壓排サレテ邊緣ハ平坦トナツテキル。Monro 氏孔ハ後方ヘ變位シテキル。第3腦室ノ前半部ハ甚ダシク後上方ヘ壓縮サレテ殆ド完全ニ充盈缺損ヲ來シ, 極ク僅ニ不規則不定形ノ濃淡陰影ガ見ラレルニ過ギナイ。後半部モ亦タ大部分ハ充盈缺損ニ陥リ後方ニ細イ溝狀ノ腔ヲ殘シテキルノミデア。即チ Monro 氏孔カラ Hinterkommissur ノ部及ビ Sylvius 導水管ガ細イ1本ノ溝デ連絡サレテキルガ如キ像ヲ示シテキル。導水管以下ニハ殆ド異狀ハナイ。

P—A(第92, 93圖):

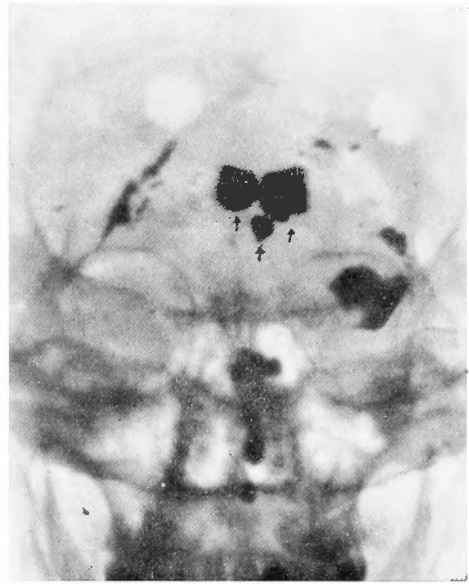
側腦室前角部ハ兩側共甚ダシク丈ガ低クナツテキルガ略々對稱性デ側方ヘノ變位ハナイ(只僅カニ左ノ基底ガ右ニ比シテ高イ)。側腦室下角部ニ著明ナ變化ハナイ。第3腦室ハ上壁部ガ僅カニ殘存シテキル。之モ側方ヘノ變位ヲ示サナイ。

即チ腫瘍ハ腦底部ノ正中ニ發生シ, 第3腦室ヲ後上方ヘ壓排シテソノ上壁並ニ後壁ニ沿フター部分ヲ殘ス以外ヲ凡テ充盈缺損ニ陥ラシメ, 更ニ側腦室前角部ヲモ下方カラ壓迫シテキル可成リ大キナモノデア。剖檢ニヨツテ腦下垂體ニ發生シタ鵝卵大ノ Kraniopharyngiom デアルコトガ確メラレタ。

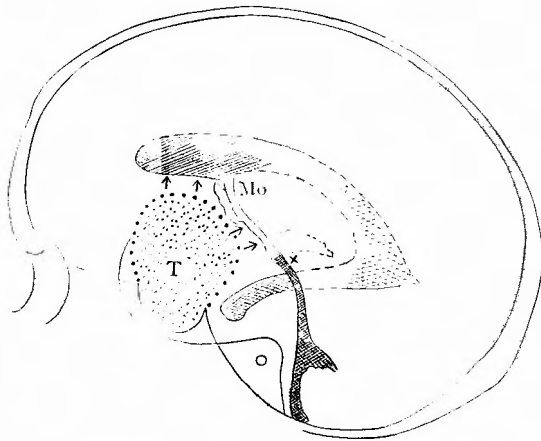
第 90 圖



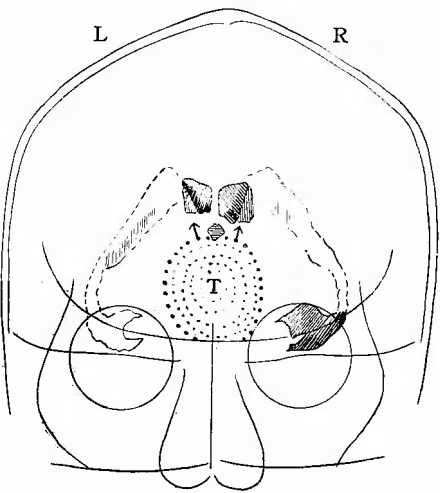
第 92 圖 (P-A)



第 91 圖



第 93 圖



Mo=Monro 氏孔 x=Hinterkommissur

V 土耳其鞍附近ニ於ケル頭蓋底腫瘍

土耳其鞍附近ノ頭蓋底骨部(主トシテ硬膜外)ニ浸潤性ニ發育スル腫瘍ハ頭蓋内ニ向ツテハ多クハ瀰漫性ニ且ツ扁平ニ膨隆スルカラ、重篤ナ腦神經症狀ヲ惹起スル割合ニ腦室ニ與ヘル變化ハ頭蓋内腫瘍程著明デナイ。大抵ハソノ附近ノ腦底ヲ全體トシテ上方ヘ押シ上ゲル結果、主トシテ第3腦室前半部ガ上方ヘ舉上サレル程度ノモノデ、此ノ際該部ニ充盈缺損ヲ來スコトハ殆ドナイ。腫瘍ガ中頭蓋窩ノ一側ヘ向ツテ著明ニ發育スル時ハソノ側ノ側腦室下角部ニモ上方ヘノ變位ヲ來ス。

症例21: 朝〇保〇, 35歳, ♂

現病歴: 約半年前カラ右ノ側頭部ノ神經痛様疼痛, 右顔半面ノ知覺鈍麻ヲ來シ, 其後兩眼臉腫脹, 複視ヲモ來シ, 遂ニ兩眼ガ失明スルニ至ツタ。最近デハ左ノ顔半面ニモ知覺鈍麻ガアル。

現症: 兩側ノ嗅覺脱失, 兩眼盲, 鬱血乳頭, 兩側動眼, 滑車, 外旋神經, 右ノ三叉神經全枝及左ノ三叉神經第1枝等ノ高度ノ麻痺, 右ノ顔面神經, 聽神經, 舌咽神經ノ輕度ノ麻痺。

沃度油腦室像: (兩側々腦室後角部穿刺, Lモルヨドール各2cc宛注入。)

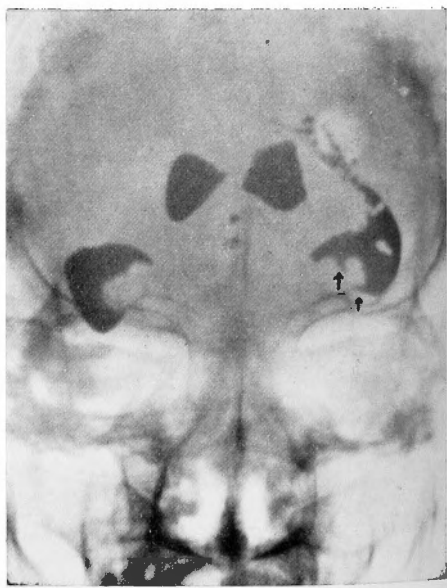
側腦室ハ兩側共稍々擴大。Monro氏孔ノ通過良。

P-A(第94, 96圖): 右ノ側腦室前角部並ニ下角部ガ左側ニ比シテ上方ヘ變位シテキル。シカシソノ形態ニハ著明ノ變化ハナイ。又側方ヘノ變位モ認メラレナイ。第3腦室ハカナリ短縮サレテキルガ全ク正中ニ直立シテキル。Recessus opticusモinfundibuliモ切斷サレテキナイ。

側面像(第97, 98圖): 第3腦室前半部ガ上方ヘ舉上サレテ且ツ幾分カ短縮サレテキル(即チMonro氏孔カラRecessus opticusノ先端ニ至ル迄ノ距離ガ短イ)。

以上ノ所見ハ土耳其鞍ヲ中心トシタ腦底部ガ全體トシテ輕ク上方ヘ押シ上ゲラレ, 此ノ上方ヘノ壓迫ハ右側ヘ強ク波及シテキルコトヲ示スモノデアル。手術並ニ剖檢ニヨツテ蝴蝶骨體內ヨリ發生シタ惡性頭蓋咽頭腫(Kraniopharyngiom)デ土耳其鞍ヲ中心トシタ頭蓋底カラ前, 中, 後頭蓋窩ニ及ンデ硬膜下ヲ瀰漫性ニ浸潤シ特ニ右側ニ強ク發育シテキルコトガ確メラレタ。

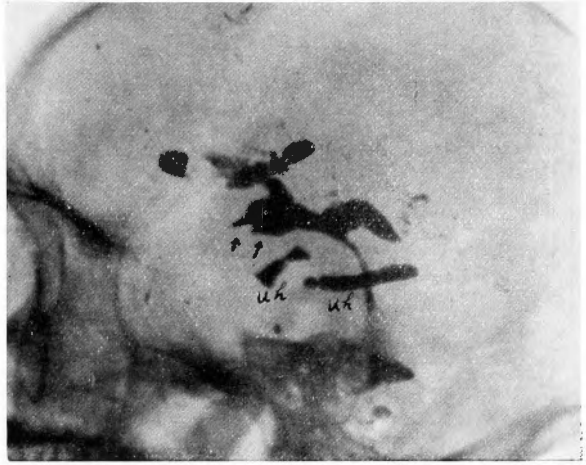
第 94 圖 (P-A)



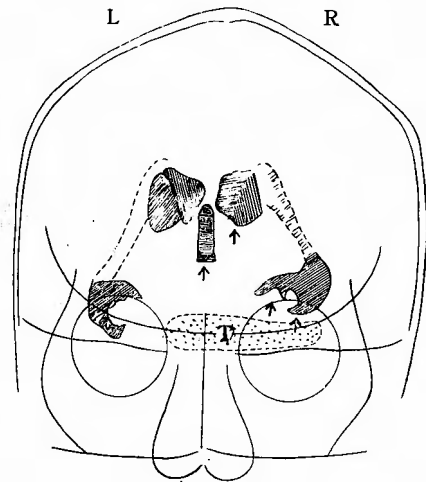
第 95 圖 (P-A)



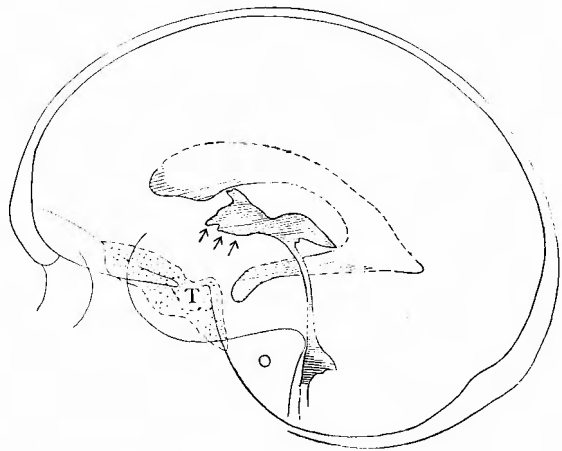
第 97 圖



第 96 圖



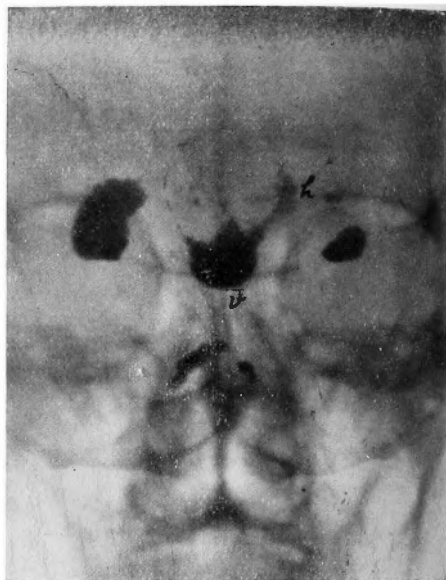
第 98 圖



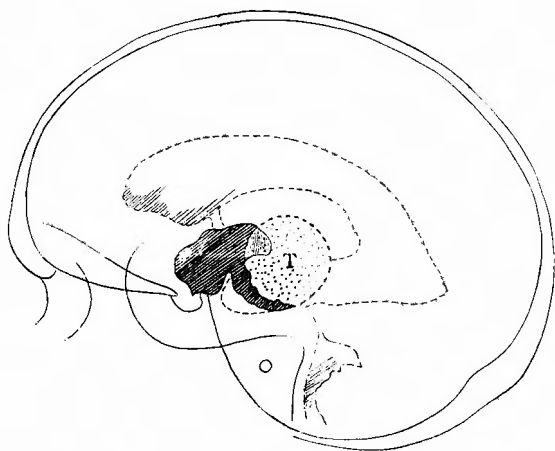
第 99 圖



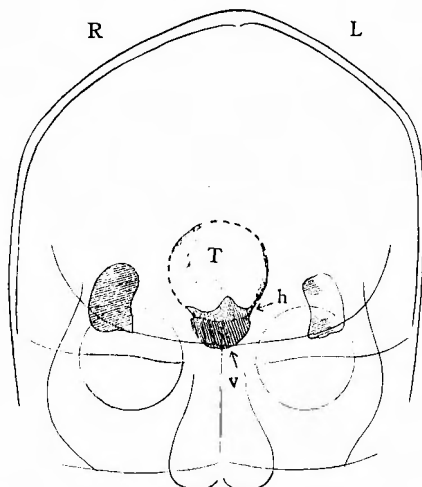
第 101 圖 (A-P)



第 100 圖



第 102 圖



h = 第 3 腦室後半部 v = 第 3 腦室前半部

VI 第3脳室後壁部及松葉腺腫瘍

之等ノ腫瘍ノ場合ニハ主トシテ第3脳室後壁部ノ特有ノ充盈缺損, 其ノ部ニ於ケル基底乃至 Sylvius 導水管起始部ノ下方ヘノ壓排ヲ來スノガ特徴デアル。從ツテ脳室系ハ之等ノ部分デ著明ナ通過障碍ヲ蒙リ, 側脳室ハ殘存第3脳室部ト共ニ擴大スル(對稱性内脳水腫)。

1) 第3脳室内腫瘍

症例22: 杉○長○, 39歳, ♂

現病歴:

約8ヶ月前カラ次第ニ歩行ガ困難トナリ, 其後言語障碍ヲ來シ益々増悪シタ。2-3日前カラ複視, 左眼ノ視界朦朧ヲ覺エル。又約5ヶ月前カラ排尿困難ガアリ, 性慾ハ全然缺如シテ居ル。

現症:

複視, 水平性眼球振盪症, 軽度ノ眼球突出, Parinaud 氏及 Argyll Robertson 氏症候, 兩眼鬱血乳頭, 軽度ノ嚔下困難, 舌ノ左側傾曲, 舌音不確實, 全身ノ痙攣發作, 運動性失調症, 歩行不能, 膝蓋及「アキレス」腱反射亢進, 足攔擗。

沃度油脳室像:

(右ノ側脳室後角部穿刺, 「モルヨドール」4cc 注入。)

側脳室ハ兩側共著明ニ擴大(對稱性内脳水腫)。

側面像(第99, 100圖):

第3脳室前半部ハ著明ニ擴大。後半部ハ大部分充盈缺損ヲ來シテキル。邊緣ハ鮮鋭ノ凹彎ヲナシ數個ノ Höcker ヲ作ツテキル。之ノ邊緣ハ腫瘍ノ表面ヲ現ハスモノデ, 之ニヨツテ腫瘍ノ大サノミナラズソノ表面ニ凹凸ノアルコト迄ハツキリト知ルコトガ出來ル。缺損部附近ノ第3脳室基底ハ甚ダシク下方ヘ壓排サレテ陰影ハ不正, 淡明デ著シキ通過障碍ヲ來シテキル。Sylvius 導水管ヘノ移行部ハ不明デ又導水管モ現出サレテキナイガ, 第4脳室ノ陰影像ガ現レテキルコトカラ, 通過障碍ハマダ完全ナ閉塞デハナイ。

A-P (第101, 102圖):

第3脳室ハ全體トシテ全ク正中ニアル。前半部(下方)ニ比シテ後半部(上方)ハ特ニ著明ニ擴大シ, 輪廓ハ殆ド完全ナ圓形ヲナシ, 内部ノ腫瘍像ヲ現ハス所ノ充盈缺損モ略々之ニ一致シタ圓形デ腫瘍ガ球狀デアアルコトヲ示ス。腫瘍ノ表面ニ沈着シタ沃度油滴ガ缺損部ノ所々ニ見ラレル。

以上ノ所見カラシテ腫瘍ハ第3脳室後壁部ノ正中ニ發生シテキテ, 第3脳室内腔ニ充滿シテ之ヲ直接擴大シタモノデアアルコトガ判ル。

本例ハ剖檢ニヨツテ第3脳室後壁部ニ於テ脳室内ニ發生シテキタ約鶏卵大ノ球形ノ Ependymom デアルコトガ確メラレタ。

症例23: 村○明○, 3歳, ♂

現病歴:

生來頭が大キカッタ。約5ヶ月前(満2歳)カラ歩行シ始メタガ、約1ヶ月前頃カラ右足ニ痛ミヲ訴ヘテ動かサズ、最近デハ左ノ足モ痛ガリ全ク歩行シナクナツタ。近頃ヨク嘔吐ヲ來シ又特ニ頭が大クナツテ來タ。

現症:

頭蓋が大ク、Macewen sign, 内斜視, 左下肢ノ腱反射亢進, 歩行不可能。

沃度油脳室像:

(右側冠狀縫合嚢開部ヨリ右ノ側脳室前角部穿刺, 「モルヨドール」 3.5 cc 注入。)

側脳室ハ兩側共高度ニ擴大(對稱性内腦水腫)。

側面像(第103, 104圖):

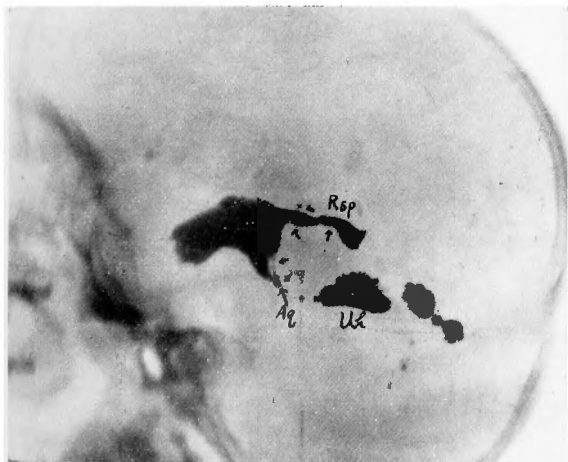
第3脳室前半部ハ著明ニ擴大。後半部ニ大キナ充盈缺損ガアル。邊緣ハ略々3ツノ Höcker カラナリ概シテ圓形。上縁ノ後半ハ Recessus suprapinealis デ、カナリ上方ヘ壓排サレテ細イ。基部並ニ Sylvius 導水管ノ起始部ハ甚ダシク下方ヘ壓低サレ、ソノ部デ著明ナ通過障礙ヲ受ケテキル。

A—P (第105, 106圖):

第3脳室後半部ハ全ク正中ニアリ、形ハ略々正圓形、而モ著シク擴大シ、外壁ノ輪廓ト Recessus suprapinealis トヲ除ク以外ハ殆ド凡テ充盈缺損ヲ來シテキル(腫瘍像)。Recessus suprapinealis ハ扁平。所々腫瘍ノ表面ニ沈着シタ沃度油ニヨル不規則ナ陰影ガアル。

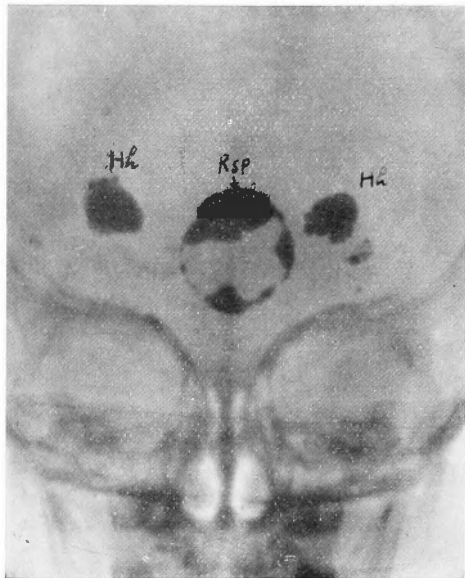
即チ腫瘍ハ正中ニ發生シ大體トシテ球形、第3脳室後壁部ノ腔内ヲ充シテ、之ヲ擴大セシメタモノデアルコトハ前ノ例ト甚ダヨク似タ所見ヲ呈スルコトカラ間違ヒノナイ所デアラウ。(本例ハ手術ニヨツテ之ヲ確カメルコトハ出來ナカツタガ、前ノ例ト所見ノ相似シテキル所カラ敢ヘテ第3脳室後壁部ニ於ケル脳室内腫瘍トシテ茲ニ掲ゲテ置ク。)

第 103 圖

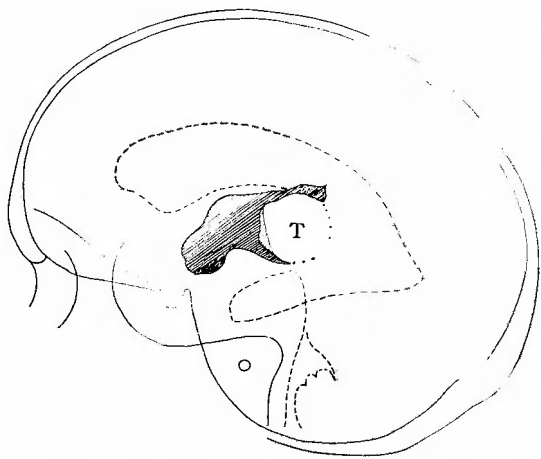


↑ = Aqueductus Sylvii

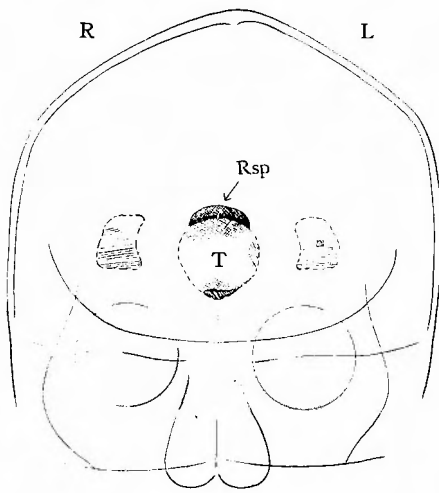
第 105 圖 (A-P)



第 104 圖

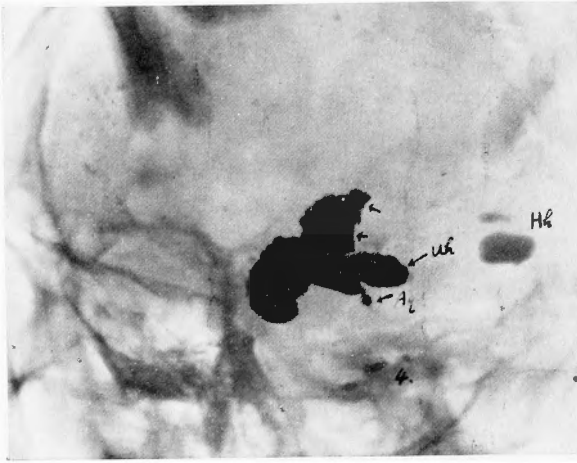


第 106 圖

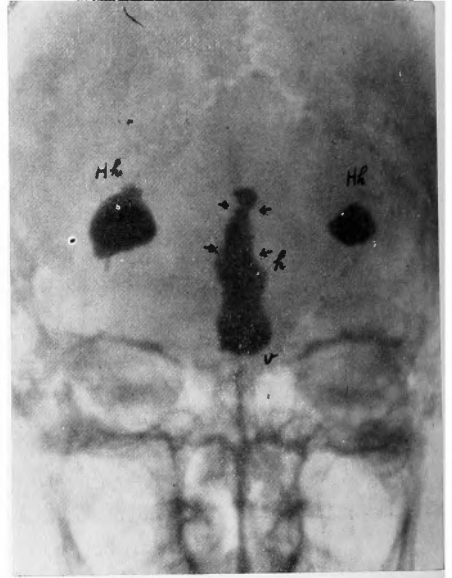


Rsp = Recessus suprapinealis

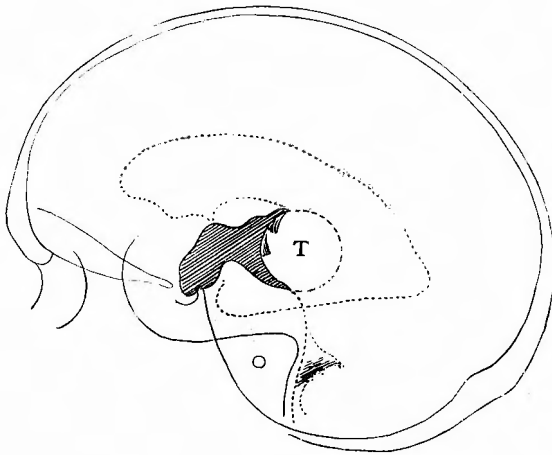
第 107 圖



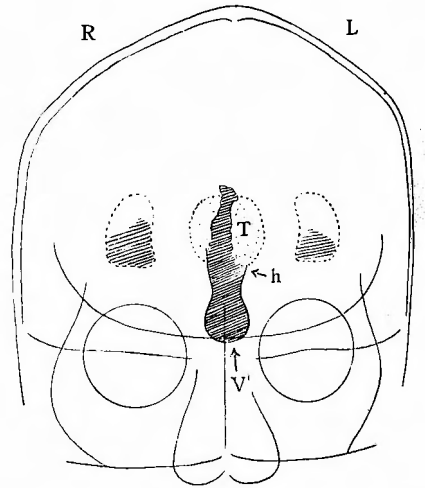
第 109 圖 (A-P)



第 108 圖



第 110 圖



2) 松葉腺腫瘍

症例24: 今〇幸〇, 14歳, ♂

現病歴:

約4年前左眼=外傷ヲ受ケ2年8ヶ月後ソノ眼球剔出ヲ受ケタ。當時右眼=鬱血乳頭ガアリ, 腦脊髄液壓ノ亢進シテキルコトヲ發見セラレ, 爾來1週=1回位宛腰椎穿刺ヲ受ケルコト14—5回=及ビー時輕快シタガ約1ヶ月前カラ再ビ増悪シ, 加フル=頭痛, 惡心, 嘔吐ヲ來ス様ニナリ, 歩行不確實デ凡テノ行動ガノロク, 氣分ガ憂鬱トナツタ。

現症:

側頭部叩打痛, Macewen sign, 記憶力及注意力減退, 視力障碍, 瞳孔反應消失, 鬱血乳頭, 頭痛, 嘔吐, 熟練運動障碍, Babinski, Chaddock, Mendel, 性格ノ變化。

沃度油腦室像:

(右側冠狀縫合部ヨリ右ノ側腦室前角部穿刺, 「モルヨドール」4cc 注入。)

側腦室ハ兩側共高度=擴大(對稱性内腦水腫)。

側面像(第107, 108圖):

第3腦室ノ略々前2/3ハ著明=擴大。後1/3ハ充盈缺損ヲ來シソノ邊緣ハ鮮鋭ナ凹變トナツテキル。Recessus suprapinealis ハ此ノ充盈缺損ノ中=包含セラレテ殆ド全く消失シ, 僅カ=残ツテキルソノ根元ト思ハレル部分ハ甚ダシク前上方ヘ壓排セラレテキル。第3腦室基底並ニ Sylvius 導水管ノ起始部ハ前下方ヘ壓排サレ, 其ノ部=於テ著明ナ通過障碍ヲ蒙ツテキル。但シ完全ナ閉塞デナイコトハ極ク少量ノ沃度油ガ第4腦室内ヘ移行シテキルコトデ明カデアル。

A—P(第109, 110圖):

第3腦室後半部ハ前半部=比シテ擴大ハ著明デナイ。而モソノ兩側壁=不規則ナ陰影缺損ヲ生ジ, Recessus suprapinealis 部モ不正形且ツ狹小デアル。然シ第3腦室ハ全體トシテ何レノ側ヘモ變位乃至傾斜シテキナイ。即チ腫瘍ハ第3腦室後壁部ノ正中ニアルケレ共腦室内=發生シタモノデナク, 腦室外カラ第3腦室ヲ壓排シテキルノデアツテ, ソノ發生部位カラシテ松葉腺腫瘍デアルト考ヘテ間違ヒハナイ。手術ニヨツテ果シテ胡桃大ノ松葉腺腫瘍デアルコトガ確メラレ剔出サレタ。

3) 松葉腺側方部腫瘍

症例25: 渡○操, 満5歳, ♂

現病歴:

約半月前朝起時=頭痛ヲ訴ヘタガ, 10日位前カラ全身ヲ振ハス様ナ發作ガアル。意識不明トナツタコトハナイ。數日前=仆レテ以來歩行ガ困難トナリ, 坐ツテキテモ後=仆レルコトガアル。最近ハ嗜眠=陥リ易イ。

現症:

頭部ノ左傾, Macewen sign, 左ノ外旋神經麻痺, 兩眼ノ鬱血乳頭, 上下肢(特=左)ノ腱反射亢進, Babinski 兩側(特=右), Romberg, 歩行蹣跚。

沃度油腦室像:

(右ノ側腦室前角部穿刺, Lモルヨドール¹ 3.5cc 注入。)

側腦室ハ兩側共著明=擴大(對稱性内腦水腫)。

側面像(第111, 112圖):

第3腦室前半部ハ著明=擴大シ, 後半部ハ前方へ壓縮サレ, Recessus suprapinealis 及ビ pinealis ハ前上方へ, 基底部及ビ Sylvius 導水管起始部ハ前下方へ壓排サレ此ノ部デ著明ナ通過障礙=陥ツテキル。

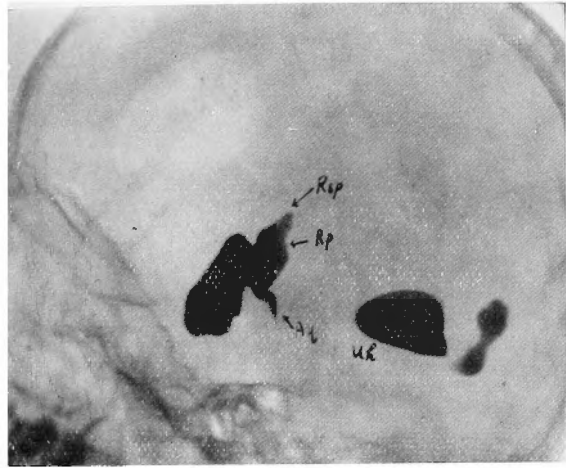
A—P(第113, 114圖):

第3腦室後半部ハ左方へ變位シ且ツ傾キ, ソノ右側壁部ハ充盈缺損ヲ來シ邊緣ハ凹彎ヲナシテキル。

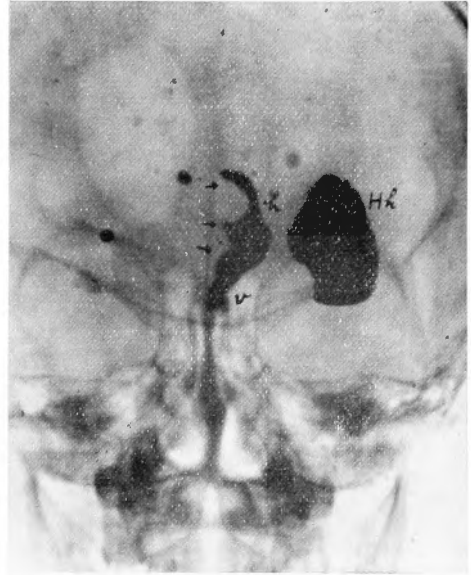
後壁部ガ側方へ變位シテキルコト, 特= Recessus pinealis ガ完全=現出サレテキルコトカラ松葉腺腫瘍デナイコトハ確カデアル。勿論内腔=生ジタ腫瘍デモナイ。右後カラ第3腦室ガ壓迫サレテキル=外ナラス。

本例ハ右ノ後頭葉ノ正中側基底デ丁度松葉腺ノ直グ側方=發生シテキタ約鳩卵大ノ囊腫様ノ腫瘍デアルコトガ手術ニヨツテ確カメラレタ。

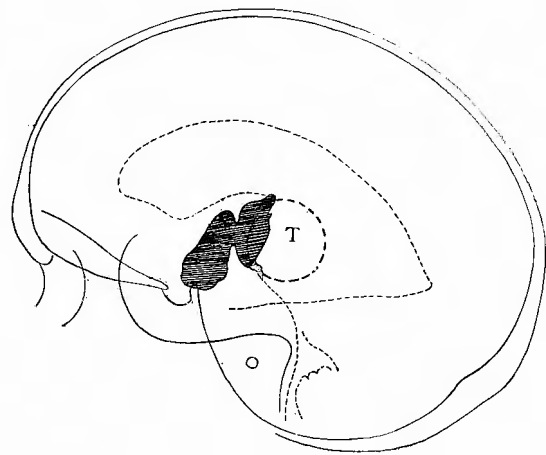
第 111 圖



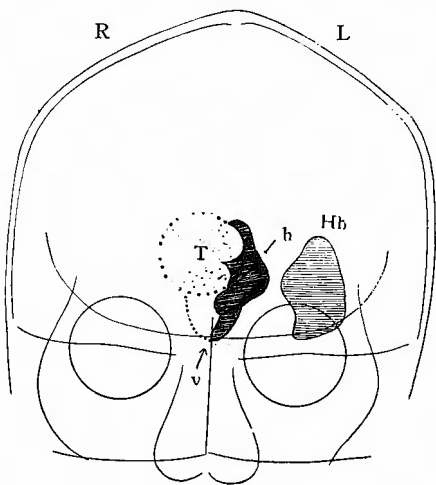
第 113 圖 (A-P)



第 112 圖

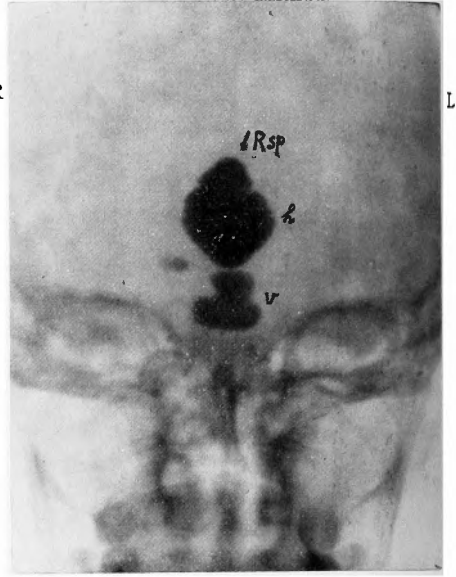


第 114 圖

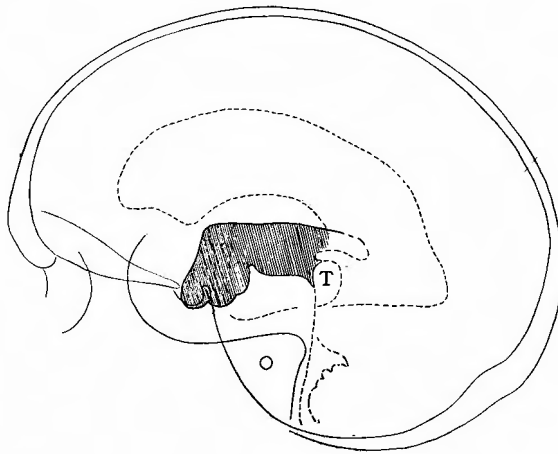


第 117 圖 (A-P)

第 115 圖



第 116 圖



VII 四疊體腫瘍

四疊體腫瘍ハ其ノ Sylvius 導水管ニ對スル位置的關係上之ヲ下方ヘ壓迫シテ著明ナ通過障礙ヲ招來スル。從ツテ腫瘍ガ小サイ割合ニ通過障礙ガ高度デアルヲ特徴トスル。反之第3腦室後壁ニ及ボス變化ハ、腫瘍ガ相當ノ發育ヲ遂ゲタ場合デモ松葉腺腫瘍ノ場合程ニハ著明デナイ。

症例26：高○郁○，13歳，♀

現病歴：

約10ヶ月前頃カラ身體ガ肥滿シ始メ，多尿，記憶障礙ヲ來シ，歩行ガ不確實デ仆レ易イ。

現症：

Macewen sign，肥胖，兩眼鬱血乳頭，片足起立不能。即チ壓腦充進ヲ伴フ腦水腫ノアルコトガ考ヘラレル以外ニハ神經學的ノ所見ニ甚ダ乏シイ。

沃度油脳室像：

(右側冠狀縫合部ヨリ右ノ側腦室前角部穿刺，「モルヨドール」4cc 注入。)

側腦室ハ兩側共甚ダ著明ニ擴大(對稱性内腦水腫)。

側面像(第115, 116圖)：

第3腦室全體ガ甚ダ著明ニ擴大シ，前半部ハ下方ヘ向ツテ著シク屈曲シテキル。後壁部ニ充盈缺損ハ全ク見ラレナイ。Sylvius 導水管ハソノ起始部直後ニ於テ著シク狹小トナリ，僅カナ走向ヲ殘シテ他ハ消失シテキル。現出サレテキル部分ヨリ見ルト導水管ハ著シク下方ヘ壓排サレテ，其ノ部デ高度ノ通過障礙ヲ受ケテキルコトガ判ル。

A—P(第117圖)：

第3腦室後半部ハ著明ニ擴大シテキルダケデ，何所ニモ充盈缺損ヲ來シテ居ラズ，Recessus suprapinealis モ完全ニ現出サレテキル。全像ハ全ク正中ニ位シテキテ側方ヘノ變位ヲ全然認メナイ。

第3腦室後壁部ニ充盈缺損モ側方ヘノ變位モナイコト，Sylvius 導水管ガソノ起始部デ強ク下方ヘ壓排サレテ甚ダ著明ナ通過障礙ヲ來シテキルコトハ，腫瘍ガ Sylvius 導水管起始部ノ背側正中ニ發生シテキルコトヲ示スモノデ，斯ル腫瘍ハ四疊體腫瘍以外ニハ考ヘラレナイ。

剖檢ニヨツテ約拇指頭大ノ四疊體腫瘍(Spongioblastoma polare)ガ發見サレタ。

症例27・山○好○, 21歳, ♂

現病歴:

約4年前ニ笑ツタリ話シタリヌル時ニ右ノ顔半面ニ痙攣ヲ來シ, 約1ヶ月持續シタコトガアル。ソノ頃カラ頭痛ガアリ烈シイ時ハ嘔吐ヲ伴フコトガアツタガ, イツトハナシニ消失シタ。又右ノ下肢ノ運動障礙ガアリ歩行ガ困難デヨク仆レル。約1年前カラ兩眼ガ突出シ出シ, 其後次第ニ兩眼ノ視力ガ減退シテ現在デハ新聞ノ大活字ダケシカ讀メナイ。1年前カラ急ニ肥リ始メ, 性質モ「ノンビリ」シテ來タ。

現症:

頭頂部叩打痛, 兩眼視力減退, 鬱血乳頭, 右上肢ノ立體感覺及腦皮質型知覺障礙, 下肢運動障礙特ニ歩行困難, 腱反射亢進, toe fanning 等ヲ證明ス。

沃度油腦室像:

(右ノ側腦室前角部穿刺, 「モルヨドール」4cc 注入。)

側腦室ハ兩側共甚ダ著明ニ擴大(對稱性内腦水腫)。

側面像(第118, 119圖):

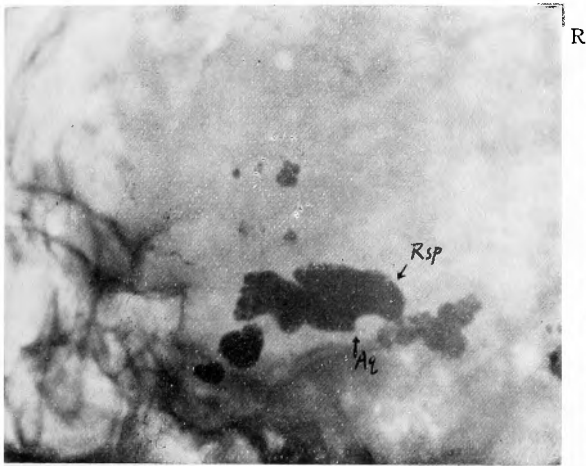
第3腦室全體ガ甚ダシク擴大シテキル。Recessus suprapinealis ハソノ擴大像ガ完全ニ造影サレテキル。上方ヘノ變位ハナイ。Hinterkommissur ノ部分ハカナリ著明ニ前方ヘ陷入シテ鮮鋭ナ凹彎ヲ示シ, Sylvius 導水管ノ起始部ハ下方ニ向ヒ突出シテソコデ消滅シ, 著明ナ通過障礙ヲ來シ, 導水管ノ下方ヘノ壓排ヲ考ヘシメル。

A—P並ニ半中軸方向撮影A—P(第120, 121圖):

第3腦室後半部ハ著明ニ擴大シ, 全體トシテ全ク正中ニアリ, ソノ形ハ正中線ニ對シテ對稱性デアル。

本例ハ腫瘍ソノモノヲ手術ニヨツテ確メルコトハ出來ナカツタガ, 腦室像ノ所見ハ前ノ四疊體腫瘍ノ例ト殆ド全ク同様デアルノデ之レヲ四疊體腫瘍ノ症例中ニ入レルコト、シタ。

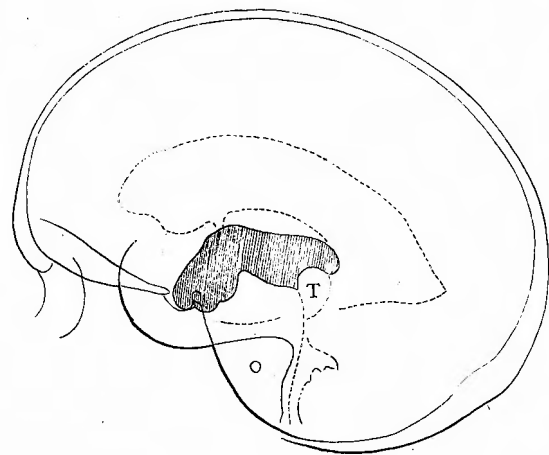
第 118 圖



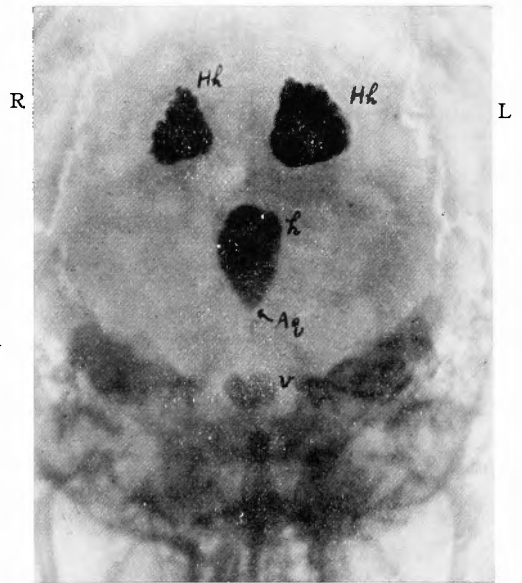
第 120 圖 (A-P)



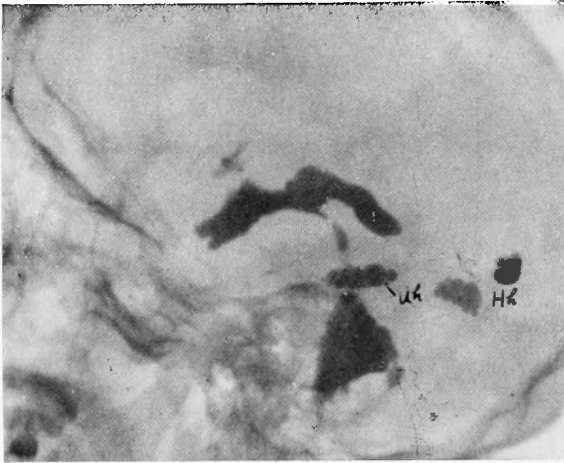
第 119 圖



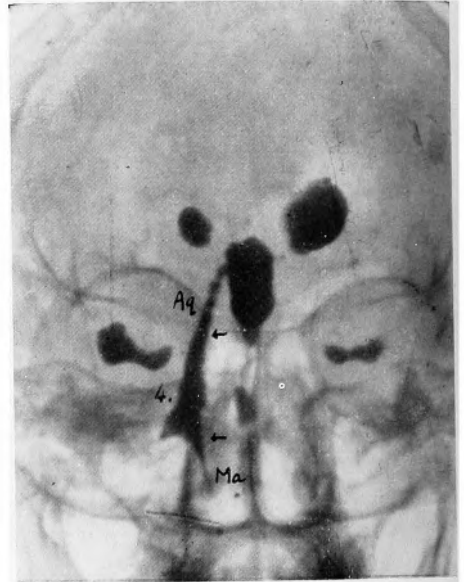
第 121 圖 半中軸方向攝影像(A-P)



第 122 圖

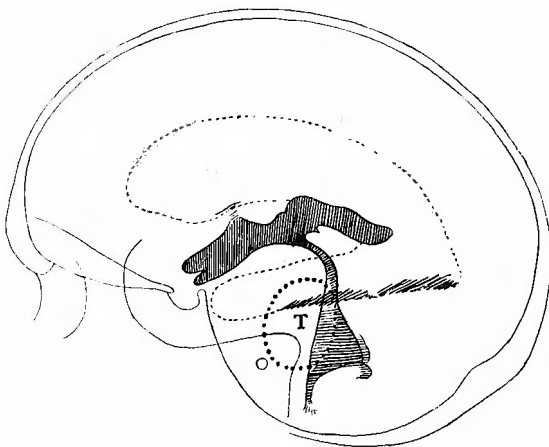


第 124 圖 (P-A)

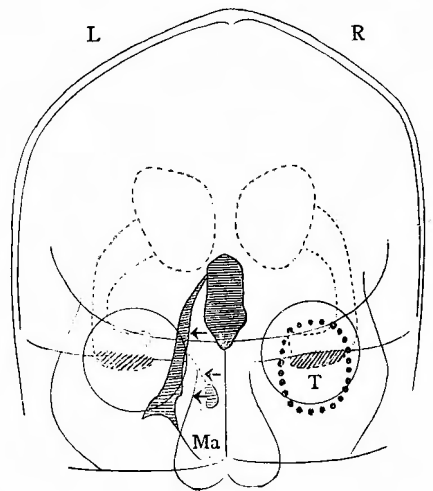


Aq=Sylvius 導水管
 4=第 4 腦室
 Ma=Magendie 氏孔

第 123 圖



第 125 圖



VIII 小脳々橋隅角部腫瘍

本腫瘍=通有性ノ腦室所見トシテハ、Sylvius 導水管及ビ第4腦室ガ腫瘍トハ反對ノ側ヘ變位スルコトデアル。變位ハ勿論或ル程度迄腫瘍ノ發育ト關係ガアリ、大ナル腫瘍程著明ナ變化ヲ來ス。又導水管及ビ第4腦室ガ後上方ヘ壓排サレ、此ノ影響ガ天幕上ヘマデモ波及シテソノ側ノ側腦室後角部ガ同ジ方向(後上方)ヘ變位スル場合モアル。是ハ腫瘍ガ腦底ノ正中側ヘ向ツテ強ク發育スル場合ニ見ラレル現象デアルガ、併シ多クノ場合側方ヘノ變位程ニハ著明デナク、此ノ事ガ腦橋腫瘍トノ鑑別ニナル譯デアル。尙又、第4腦室ガ腫瘍ノ側テ充盈缺損ヲ來スコトハ比較的屢々見受ケラレル所見デ、特ニ腫瘍ガ後方ニ向ツテ大キク發育シタ場合ニ著明デアル。腫瘍ガ前方中頭蓋窩ヘ向ツテ侵入スル時ハ第3腦室基底乃至後半部全體ヲ上方ヘ、腫瘍側ノ側腦室下角部ヲ外上方ヘ壓排スルコトモアル。

元來小脳々橋隅角部腫瘍特ニ聽神經腫瘍ハ神經學的ニモ、亦通常ノ頭蓋ト線撮影ニヨツテモ極メテ容易ニ診斷サレ得ル場合ガ多ク、從ツテ此ノ腫瘍ニダケハ腦室撮影法ヲ行フ必要ハナイト説ク學者モアルガ、シカシ我々ハ斯ル説ニハ賛成スルコトガ出來ナイ。腦室撮影法ノ本來ノ使命ト目ノハ單ニ腫瘍ノ局所ヲ診斷センガタメバカリノモノデハナイ。腫瘍ノ大キサ、範圍從ツテ周圍腦組織ニ對スル影響ヲモ精細ニ且ツ確實ニ認識シ、依ツテ以テ手術ノ方針並ニソノ豫後ニ向ツテ萬全ノ準備ト確信トヲ以テ臨マンガタメデアル。又腦底蜘蛛膜炎ノ如キ腫瘍以外ノ疾患ガ恰モ腫瘍ノ如キ臨床症狀ヲ以テ此ノ部ニ發生スルコトハ我々ガ屢々經驗シテキル所デアツテ、之等ヲ正シク鑑別スルコトモ亦治療ニ對スル重要ナル指針ヲ與ヘルモノデアル。而カモ是等ノ目的ニ向ツテ腦室撮影法特ニ沃度油ニヨル方法ノ如ク優秀ナル成績ヲ擧ゲ得ルモノハ今日他ニ絶對ニナイ。

症例28: 林み〇〇, 28歳, ♀

現病歴: 約1ヶ年前カラ兩耳ガ遠イト他人カラ注意サレテキタガ、約9ヶ月前カラハ身體ガ「フラツキ」出シ其後頭頂部ノ疼痛及ビ「シビレ」感、視力障得等ヲ來シ、之等ハ漸次増惡シタ。

現症: 兩眼視力減退、鬱血乳頭、垂直性眼球振盪症、右ノ三叉神經、顏面神經、聽神經麻痺、右側小脳症狀。

沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, 「モルヨドール」¹ 4 cc 注入。)

側腦室ハ兩側共カナリ擴大シテキル。

側面像(第122, 123圖): 第3腦室ハ擴大シテキルガ、ソノ基底並ニ後壁部ニ特別ノ變位ハ認めラレナイ。Sylvius 導水管ハ上 1/3 以下ガ廣ク陰影ハ淡デ下方程著明デアル。然シソノ走向ハ餘リ變化ナク特ニ後方乃至後上方ヘ變位シテキルトイフ程デモナイ。第4腦室ハカナリ著明ニ擴大シテキルガ扁平ナ感ヲ與ヘ、ソノ前壁ニ沿フテ後壁部ヨリモ淡明ナ部分ガアル。シカシ後方ヘノ變位ハ認めラレナイ。

P-A(第124, 125圖): 側腦室ガ對稱性デアルコトガソノ各部ノ影像デ判ル。第3腦室ハ擴大シテキルガ正中ニ位シテキル。Sylvius 導水管ハ著シク左方ヘ變位シ、變位ハ下方程著明デアル。第4腦室モ左方ヘ變位シ、右半部ハ充盈缺損ヲ來シテキル。シカシ第4腦室ノ變位ハ下方ニ至ルニ從ヒ輕度デ、Magendie 氏孔ヘノ徑路ハ次第ニ正中ニ近ヅイテキル。從ツテ Sylvius 導水管カラ第4腦室ノ正中ヲ通過シテ Magendie 氏孔ヘ至ル線軸ガ左方(腫瘍ノ反對側)ヘ向ツテ曲ツテキル。此ノ曲線ノ全走向中デ正中線カラ最モ隔ツテキル部分ヲ中心トシテソノ上下ガ腫

瘍 = ヨツテ最モ著明ナ壓迫ヲ受ケテキルノデアツテ、ソノ範圍ハ略々 Sylvius 導水管ノ下 1/3 カラ第 4 腦室ノ下 1/3 = 至ルマデトイフコトニナル。

上ノ所見カラ腫瘍ガ右ノ小腦々橋隅角部 = 發生シテキルコト = 間違ヒハナイガ、此ノ例デハ Sylvius 導水管及ビ第 4 腦室ガ側方へ著明ニ變位シテキテ、後方乃至後上方へハあまり著明ナ壓排ヲ受ケテキナイ事カラ、腫瘍ハ正中へ向ツテヨリモ側方へ向ツテ強ク發育シテキルコトガ判ル。同時ニ第 3 腦室基底乃至後壁部及ビ右ノ側腦室下角部 = モ變位ノナイコトカラ、腫瘍ガ前方中頭蓋窩ノ方へハ侵入シテキナイコトモ確カデアル。手術ニヨツテ略々鳩卵大ノ聽神經腫瘍ガ別出サレタ。

症例29: 上〇ヲ〇, 40歳, ♀

左耳ノ難聽, 歩行困難, 頭痛及ビ嘔吐ヲ主訴トシ發病ハ約10ヶ月前。

神經學的ニハ兩眼視力減退, 水平性眼球振盪症(左側凝視), 左ノ三叉神經, 顔面神經, 聽神經ノ輕度ノ麻痺, 左側小腦症狀。

沃度油腦室像(第 126, 127 圖):

側面像(第 126 圖)デハ Sylvius 導水管, 第 4 腦室共ニ幅廣ク, 兩者ノ移行部 = 陰影ノ淡ナル部分ガアルガ別ニ後方乃至後上方へノ變位ガナイ。

A—P(第 127 圖)デハ Sylvius 導水管, 第 4 腦室ガ共ニ右方へ變位シ, ソノ最モ著明ナ部位ハ兩者ノ移行部ヲ中心トシタ上下デアル。第 4 腦室ニ充盈缺損ハナイ。此ノ例ニ於テモ腫瘍ハ主トシテ側方へノ發育ガ著明デアアルコトガ考ヘラレル。左ノ小腦々橋隅角部 = 發生シタ胡桃大ノ結核腫デアツタ。

症例30: 井〇鈴〇, 34歳, ♀

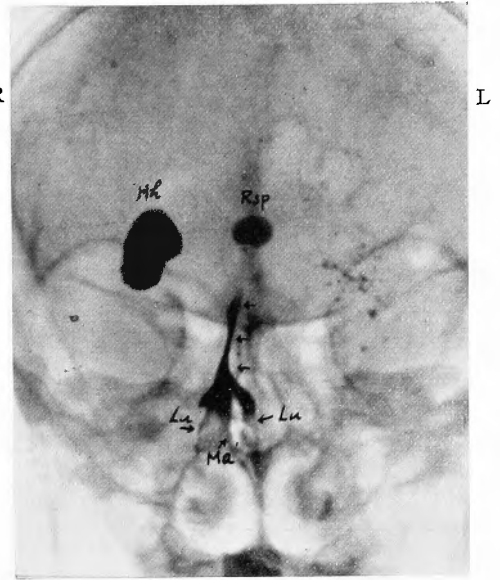
左耳ノ聾ヲ主訴トシ, 發病ハ約3年前。

神經學的ニハ左ノ三叉神經, 顔面神經, 聽神經ノ麻痺, 左ノ小腦症狀ガ證明サレ, 兩眼ノ鬱血乳頭ガアル。

沃度油腦室像(第 128, 129 圖):

Sylvius 導水管及ビ第 4 腦室ノ側方變位並ニ其ノ他ノ所見ハ前ノ例ト大同小異デ, 腫瘍ノ發生部位ソノ大キサモ略々相似タ左側ノ聽神經腫瘍デアツタ。

第 127 圖 (A-P)

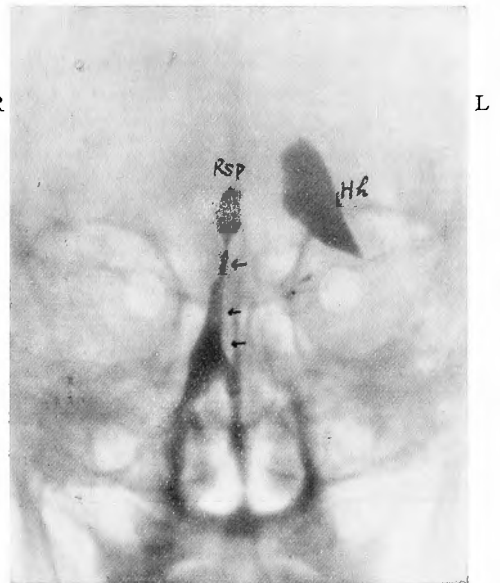


Lu=Luschka 氏孔 Ma=Magendie 氏孔

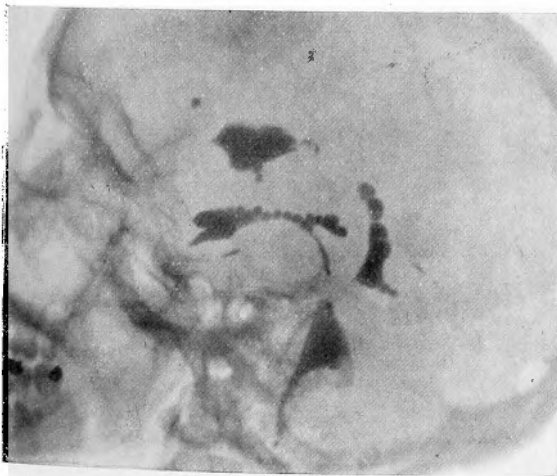
第 126 圖



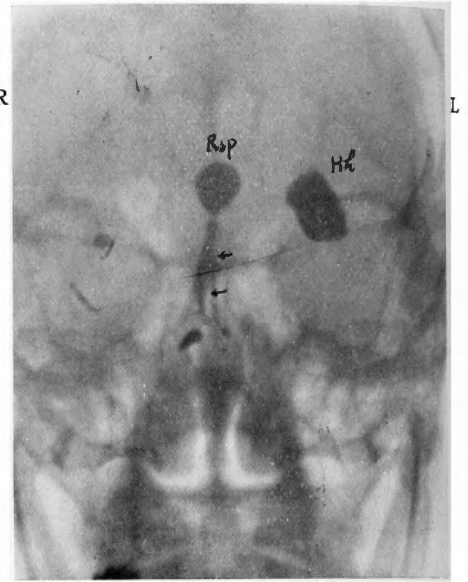
第 129 圖 (A-P)



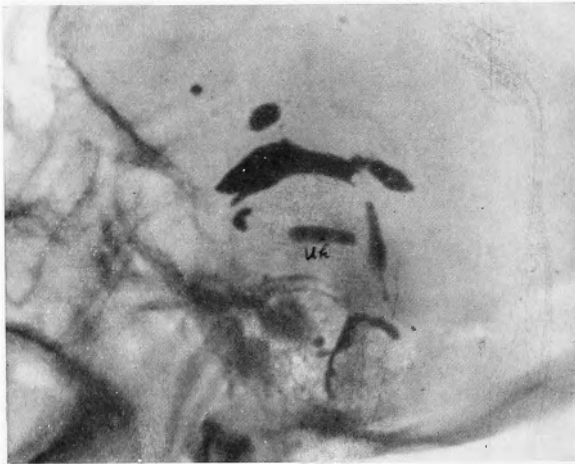
第 128 圖



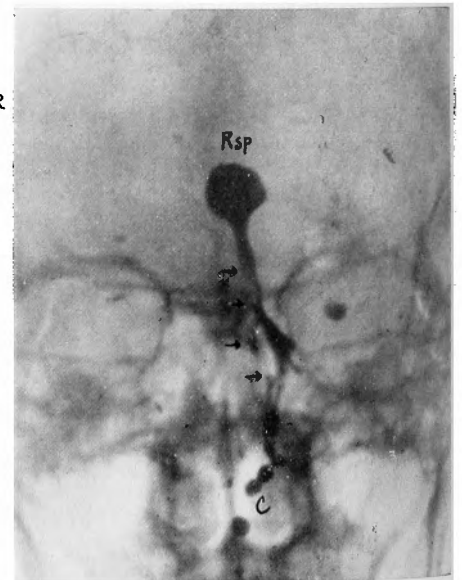
第 131 圖 (A—P)



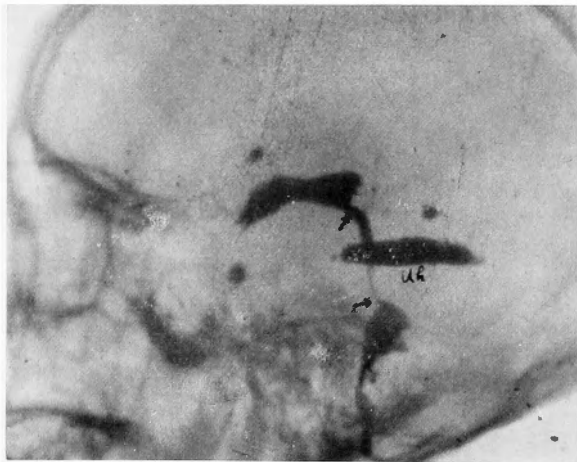
第 130 圖



第 133 圖 (A—P)



第 132 圖



C=Cisterna magna

症例31: 富○倉○, 48歳, ♂

左耳ノ難聴ト頭痛トヲ主訴トシ發病約3年前。

神經學的ニハ兩眼視力障導, 鬱血乳頭, 左ノ三叉神經, 顔面神經, 外旋神經, 聽神經ノ障導及ビ左側ノ小腦症狀。

沃度油腦室像(第130, 131圖):

Sylvius 導水管ト第4腦室ノ移行部附近ガ僅カニ左方ヘ變移シテキルガ, 前ノ諸例程ニハ著明デナイ。勿論之等ノ部分ノ後方乃至後上方ヘノ變位ハ見ルコトガ出来ナイ。腫瘍ガ可ナリ小サイコトガ考ヘラレル。本例ハ約拇指頭大ノ左側聽神經腫瘍デアツタ。

症例32: 小○竹○, 51歳, ♂

約40日前カラ視力障導, 眩暈, 耳鳴, 頭痛等ガアル。

神經學的ニハ兩眼ノ視力減退, 鬱血乳頭, 水平性眼球振盪症(右方凝視ノ際), 右ノ三叉神經, 顔面神經及ビ前庭神經障導ヲ證明ス。

沃度油腦室像(第132, 133圖):

側面像(第132圖)デハ Sylvius 導水管ノ上半部ハ擴大シ且ツ僅ニ後上方寄りトナリ, 下半部ハ狹小デ第4腦室ノ上半部ト共ニ陰影ハ淡ク, 又多少後方ヘ變位シテキル。第4腦室ニハ大體ニ於テ著明ナ充盈缺損乃至擴大ハナイ。

A-P(第133圖)デハ第3腦室後壁部ハ著シク擴大シ且ツ多少左方寄りトナリ, Sylvius 導水管及ビ第4腦室ハ可ナリ左方ヘ變位シ, ソノ最モ強イ部分ハ導水管ノ下半部ト第4腦室ノ上半部トデアル。此ノ例デハ腫瘍ガ側方ト同時ニ正中側ヘ向ツテモ上記ノ諸例ヨリモ多少著明ニ發育シ且ツ幾分前方ヘモ延ビテキルコトガ考ヘラレル。略々超鵝卵大ノ右側聽神經腫瘍デアツタ。

症例33: 中〇か〇よ, 25歳, ♀

右耳ノ聾, 歩行困難, 言語障碍, 嚥下困難等ヲ主訴トス。發病約4年前。

神經學的ニハ左側後頭部ノ叩打痛, 左ノ臭覺脱失, 左眼ノ視力障碍, 兩眼ノ鬱血乳頭, 水平性眼球振盪症(特ニ左側凝視), 右ノ三叉神經, 顔面神經及ヒ聽神經麻痺, 兩側咽頭反射消失, 嚥下困難, 舌音不明瞭, Romberg, 右側ノ小腦性失調症, 右上下肢ノ腱反射亢進, Babinski, toe fanning 等ガ證明サレル。

沃度油腦室像(第134, 135圖):

側面像(第134圖)デハ第3腦室ハ一般ニ擴大シ, ソノ後半部ハ多少上方ヘ變位シテキル。Sylvius 導水管及ビ第4腦室ハカナリ著明ニ後上方ヘ壓排サレ, 第4腦室ハ甚ダ幅ガ廣ク陰影ハ濃淡不規則デ, 前壁部ニ向ツテ大キナ不正ノ充盈缺損ガアル。

A—P(第135圖)デハ Recessus suprapinealis ハ強ク擴大シ且ツ多少左寄りトナリ, Sylvius 導水管及ビ第4腦室ハツヨク左方ヘ壓排サレ, 特ニ第4腦室ノ變形乃至充盈缺損ハ著シイ。此ノ例ニ於テモソノ腫瘍ノ局所並ニ發育範圍ハ第32例ト略々同様デアアルガ, 特ニ後者ト異ル所ハ第4腦室ニ於ケル著明ナ變化デアツテ, 之ハ本來ノ腫瘍ノ後方部ニ多數ノ小囊腫(拇指頭大乃至小指頭大ノ Arachnoidal cyste) ガ相累ツテ存在シ之等ニヨツテ第4腦室ガ壓迫サレテキタメデアアル。

症例34: 堤〇枝, 17歳, ♀

左耳聾ト兩眼ノ視力障碍ヲ主訴トシ, 發病約2年前。

神經學的ニハ兩眼特ニ左ニ著明ナ視力減退, 左眼ノ瞳孔散大, 兩眼ノ鬱血乳頭, 水平性眼球振盪症(特ニ左側凝視), 左ノ三叉神經及ビ外旋神經ノ輕度ノ麻痺, 左ノ聽神經麻痺, 右上肢ノ微細運動障碍, 右側一足起立不能, 兩側膝蓋及ビ「アキレス」腱反射亢進。

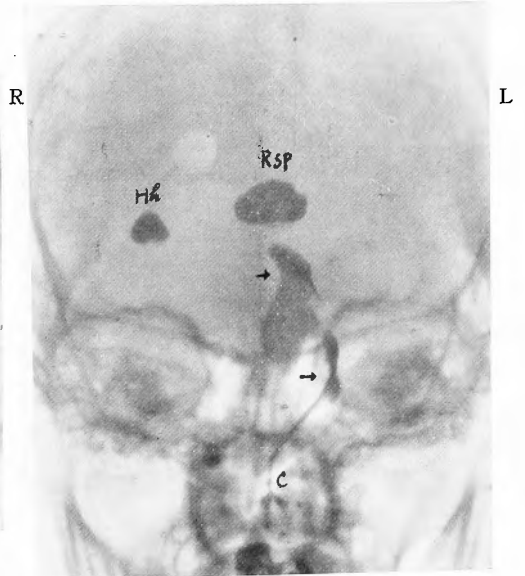
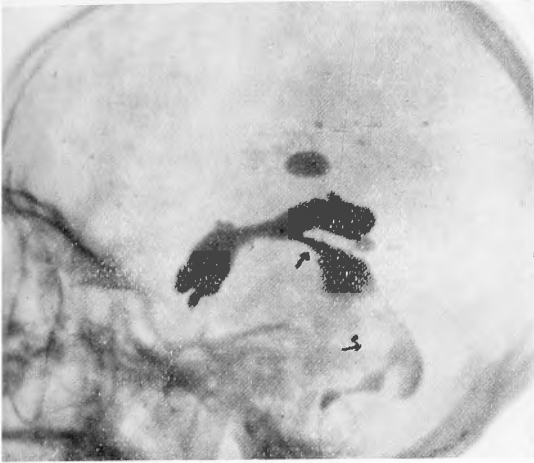
沃度油腦室像(第136, 137圖):

側面像(第136圖)デハ Sylvius 導水管ハソノ下端ニ近イ一部分ガ著シク狹小トナリ, ソレヨリ上部ハカナリ著明ニ擴大シテキル。全走行ノ上1/3以下ハ第4腦室ノ過半部ト共ニカナリ著明ニ後方ヘ變位シテキル。第4腦室ニ擴大ヲ見ナイ。

A—P(第137圖)デハ左ノ側腦室後角部ガ右ノソレニ比シテ上方ヘ變位シテキル。第3腦室後壁部ハ擴大シテキルガ側方ヘノ變位ハ見ラレナイ。Sylvius 導水管ハ下端ノ一部ヲ除ク外ハ凡テ擴大シ, 第4腦室ト共ニ著明ニ右方ヘ變位シテキル。變位ノ最モ強イノハ略々 Sylvius 導水管ノ下半部カラ第4腦室ノ上半部マデノ範圍デアアル。第4腦室ノ左半側ニハ充盈缺損ヲ來シテキル。本例ハ側方ヘモ正中側ヘモカナリ著明ニ發育シテキタ約鳩卵大ノ左側ノ聽神經腫瘍デアアル。

第 135 圖 (A-P)

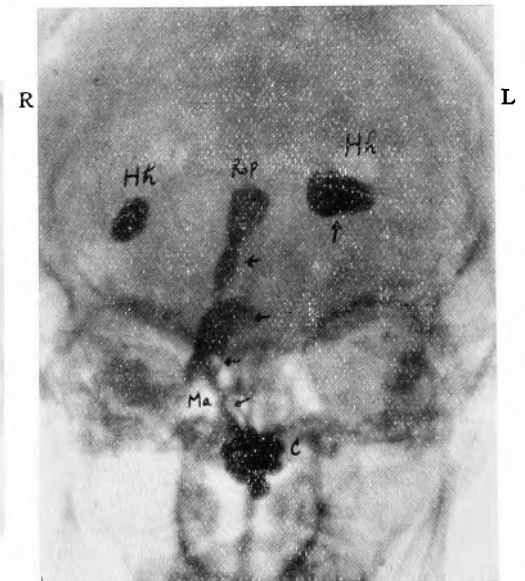
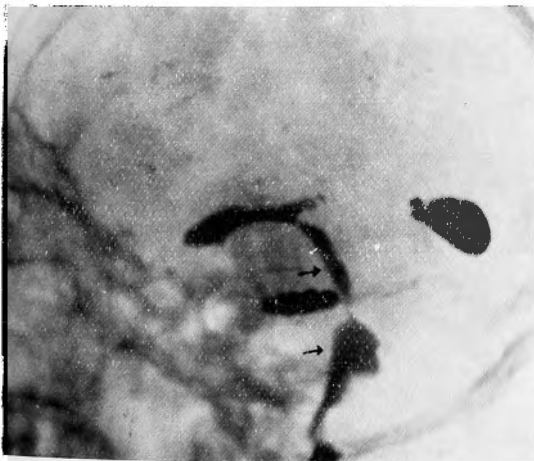
第 134 圖



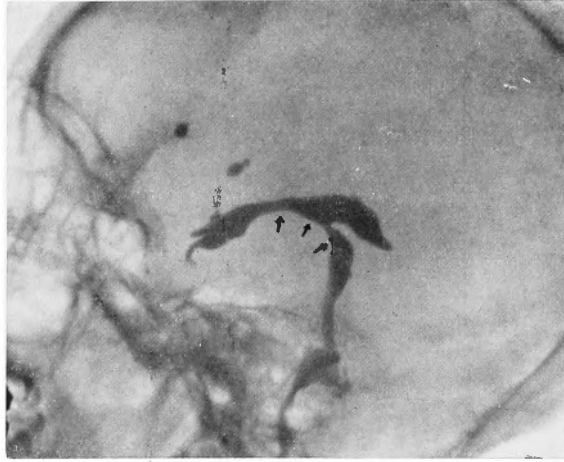
C=Cisterna magna

第 137 圖 (A-P)

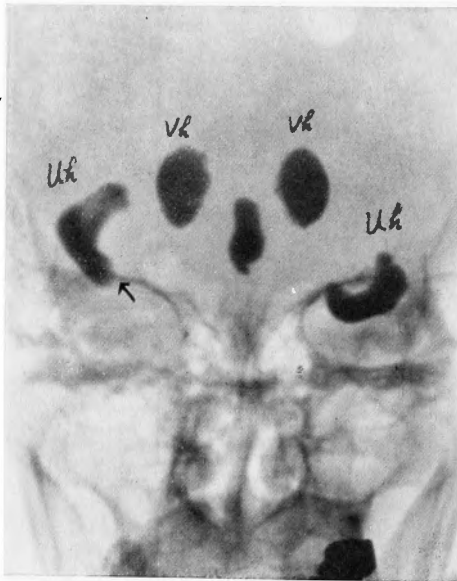
第 136 圖



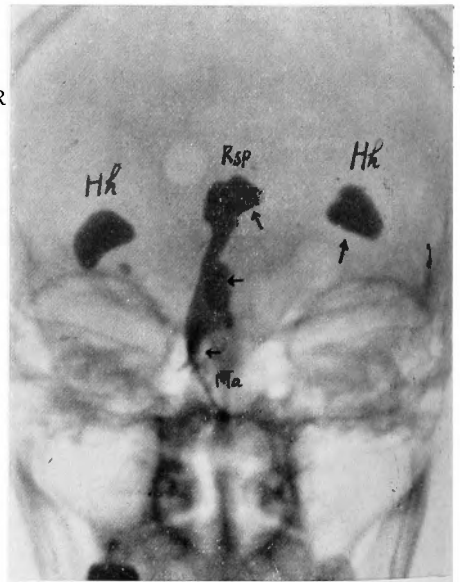
第 138 圖



第 139 圖 (P-A)



第 140 圖 (A-P)



症例35: 鈴〇〇〇, 40歳, ♀

1年前頃カラ漸次左耳ノ難聴, 左眼ノ視力障碍, 眩暈, 左顔半面ノ知覺鈍麻, 歩行困難等ヲ來シタ。神經學的ニハ左ノ嗅覺脱失, 兩眼ノ視力減退, 鬱血乳頭, 左ノ三叉神經, 外旋神經, 顔面神經下枝ノ麻痺, 左側小腦症狀等ガ證明セラレル。

沃度油脳室像(第138—140圖):

側面像(第138圖)デハ第3脳室ノ基底特ニソノ中央部ガ上方ヘ壓排サレタメニソノ邊緣ノ彎曲度ガ強クナツテキル。後半部モ相當ニ上方ヘ變位シ, ソレニ相當シテ Sylvius 導水管ノ上半部モ後上方ヘ變位シテキル。導水管ハ大體ニ於テソノ全走向ガ擴大シテキルガ下半部ハ第4脳室ト共ニ陰影ガ淡デア。第4脳室ニハ擴大モ後方ヘノ變位モナイ。ソノ上半部ノ前壁ニ充盈缺損ガアル。

P—A(第139圖)デハ左ノ側脳室下角部ガ右ニ比シテ外上方ヘ變位シテキル。

A—P(第140圖)デハ左ノ側脳室後角部ガ右ニ比シテカナリ高ク變位シ, 第3脳室後壁部ハ著シク擴大シ, 且ツソノ左側ノ基底ガ高ク從ツテ全體トシテ右ヘ傾イテ居ル。Sylvius 導水管モ擴大シ, 第4脳室ト共ニ右ヘ變位シ, 第4脳室ハ側方ヘ壓縮サレタ状態デア。本例ハ左側ノ聽神經腫瘍デ略々鶏卵大, 主トシテ正中側寄りニ前方ヘ延ビ中頭蓋窩ヘ向ツテ深ク侵入シテキタモノデア。

症例36: 三〇治〇, 25歳, ♂

兩側ノ聾, 兩眼失明, 歩行困難ヲ主訴トシ, 發病約6年前。

神經學的ニ兩眼盲及鬱血乳頭, 水平性眼球振盪症, 兩側三叉神經, 左側顔面神經及ビ兩側聽神經麻痺, 嚥下困難, 兩側持ニ左側小腦症狀, 兩側腱反射亢進及ビ Babinski 等ヲ證明ス。

沃度油腦室像(第 141, 142 圖):

側面像(第 141 圖)デハ第3腦室ハ擴大シソノ後壁部ハ上方ヘ變位シテキル。Sylvius 導水管ハ後上方ヘ變位シ, ソノ前壁ノ邊緣ハ不規則デアアル。

A—P(第 142 圖)デハ第3腦室後壁部及ビ Sylvius 導水管ハ幅ガ廣ク, 反之第4腦室ハ狭クテ導水管トノ區別ガ困難デアアル。導水管及ビ第4腦室ハ全體トシテ右ヘ變位シテキルガ, 通過障碍ノ高度デアアル割合ニ變位ガ著明デナイ。本例ハ兩側ノ聽神經腫瘍デ特ニ左側ノモノガ大キク約鵝卵大, 右側ハ約胡桃大デ左側ノ腫瘍ハ正中側ヘ向ツテモカナリ強ク發育シテキタ。

症例37: 柴〇ヒ〇子, 11歳, ♀

頭痛, 嘔吐, 左耳ノ難聽及ビ嘔聲ヲ主訴トス。發病ハ約10ヶ月前。神經學的ニハ左ノ V—XI マデノ腦神經障碍ト左側小腦症狀ガ認メラレル。

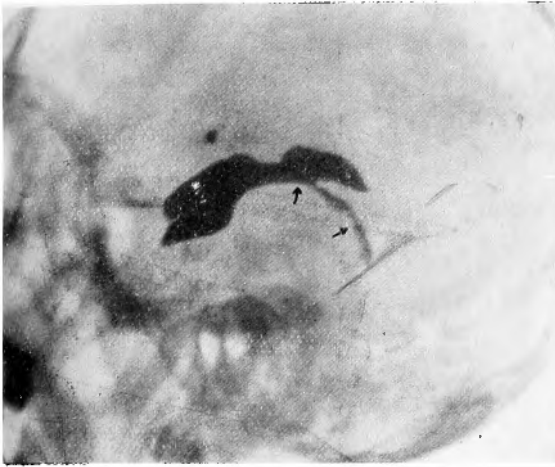
沃度油腦室像(第 143, 144 圖):

側面像(第 143 圖)デハ Sylvius 導水管及ビ第4腦室ハ擴大シ, 第4腦室ノ前壁ハ後方ヘ壓排サレ, 而カモ下方ニ至ルニ從ヒ著明デ, ソレニ從ツテ第4腦室ハ全體トシテ後方ヘ變位シテキル。

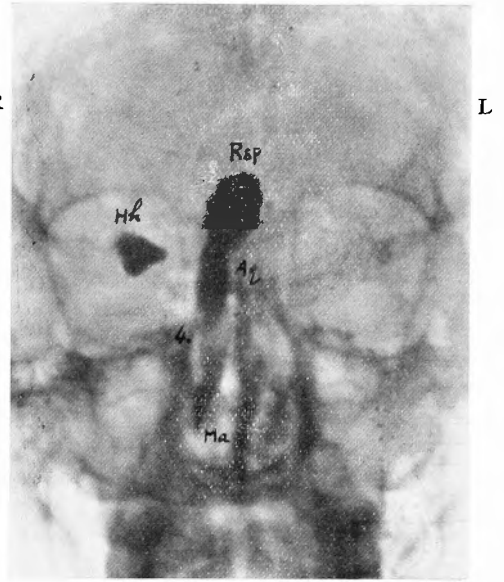
A—P(第 144 圖)デハ第4腦室ハ略々正中ニアルガ, 左ノ Recessus lateralis 並ニ Luschka 氏孔ノ部ガ充盈缺損ヲ生ジ, 中央 Magendie 氏孔ヘノ徑路モ僅カニ右方ヘ彎曲シテキル。

以上ノ所見ハ腫瘍ガ左側ノ小腦々橋隅角部ノ後寄り, 即チ後頭蓋底ノ最モ後端ニ近ク發生シ, 正中側ヘ向ツテハ比較的扁平ナ發育ヲナシテキルコトヲ示スモノデ, 手術ニヨツテ此ノ部ノ頭蓋底ニ發生シテキル Melanosarkom デアルコトガ確カメラレタ。

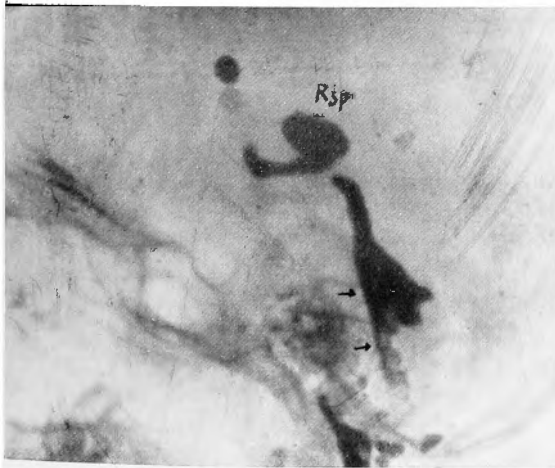
第 141 圖



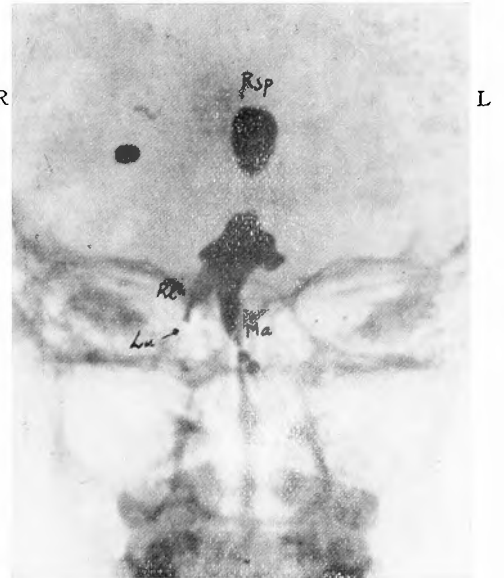
第 142 圖 (A-P)



第 143 圖



第 144 圖 (A-P)

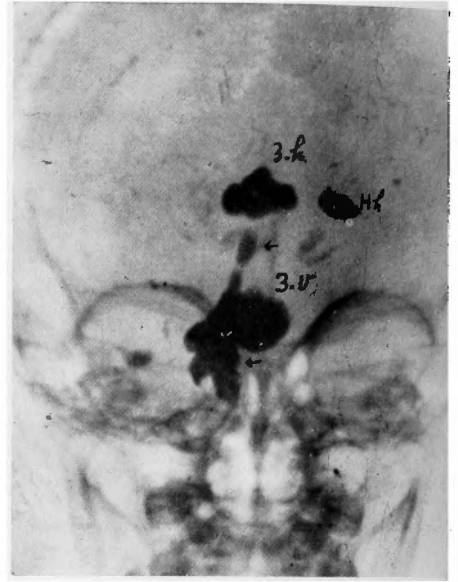


Rl=Recessus lateralis Ma=Magendie 氏孔
Lu=Luschka 氏孔

第 145 圖

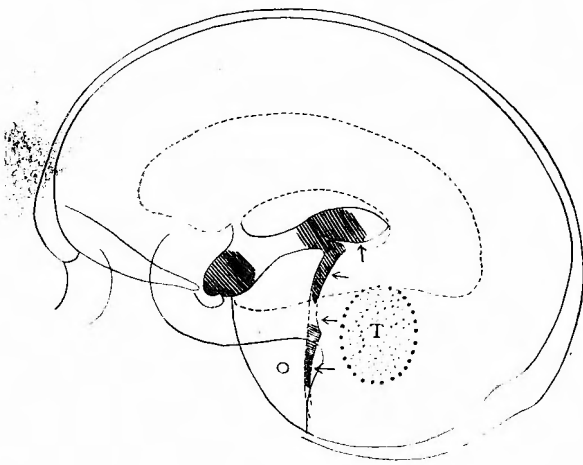


第 147 圖 (A-P)

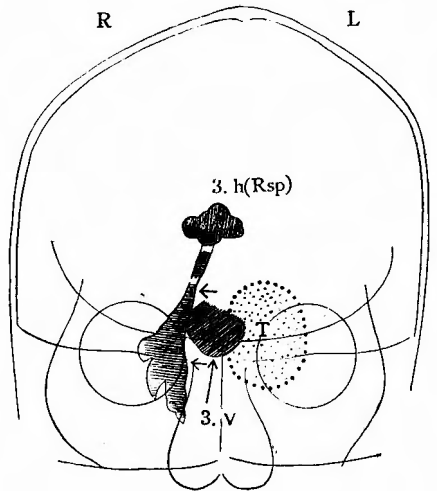


3. h = 第 3 腦室後壁部
(Recessus suprapinealis)
3. v = 第 3 腦室前壁部

第 146 圖



第 148 圖



IX 小 腦 腫 瘍

此ノ場合ニ於テモ第3脳室ヲ含メタ兩側々脳室ノ擴大ガ證明サレル。最モ特有ナ脳室像所見トシテハ、側面像ニ於テ Sylvius 導水管ガ天幕上ノ部(略々上1/3ノ部)デ強ク前方ヘ屈曲シ、ソレ以下即チ天幕下ノ部分及ビ第4脳室ガ前下方即チ腦底ヘ向ツテ壓排サレ、且ツ第4脳室ノ背側部ニ充盈缺損ヲ來スコトデアル。此ノ側面像ニ於テ見ラレル Sylvius 導水管及ビ第4脳室ノ變化ハ小腦半球腫瘍、小腦蟲部腫瘍ノ何レニモ共通シタ特殊ノ所見デアルガ、シカシ前後像ニ於テハ兩者ノ間ニ自ラ明カナ差異ガ認めラレルノデアツテ、即チ前者ニ於テハ Sylvius 導水管及ビ第4脳室ハ腫瘍ト反對ノ側ヘ變位シ、第4脳室ノ充盈缺損ガ腫瘍側ニ見ラレルガ、後者ノ場合ニハ導水管及ビ第4脳室ニハ側方ヘノ變位ガナク、第4脳室ノ充盈缺損ハ寧ロ中央ニ認めラレル(第154—157圖参照)。

1) 小 腦 半 球 腫 瘍

症例38: 八〇登, 5歳, ♀

現病歴:

約5ヶ月前カラ屢々朝起時ニ嘔吐及頭痛ガアリ、次第ニ性温順トナツタガ、約1週間前カラ歩行困難ヲ來タシ且ツ兩眼ガ見え難クナツタ。

現症:

Macewen sign, 兩眼視力減退, 鬱血乳頭, 歩行障碍, 左側小腦症狀等ガ證明サレル。

沃度油脳室像:

(右ノ側脳室前角部穿刺, Lモルヨドール¹ 3cc 注入。)

側脳室ハ兩側共著明ニ擴大。

側面像(第145, 146圖):

第3脳室ハ擴大シソノ後半部ハ前上方ヘカナリ著明ニ變位シテキル。Sylvius 導水管モ擴大シ、ソノ上1/3ノ部近ク急ニ強ク前方ヘ屈曲シ、ソレ以下ノ部分ハ第4脳室ト共ニ前下方即チ腦底ノ方ヘ向ツテ著シク壓排サレテキル。第4脳室ノ後壁部ハ著明ナ充盈缺損ヲ來タシ、カナリ高度ノ通過障碍ニ陥ツテキル。

A—P(第147, 148圖):

第3脳室前壁部及ビ後壁部ノ強ク擴大シタ陰影ガ正中ニ見ラレル。Sylvius 導水管及ビ第4脳室ハ右方ヘ變位シ、第4脳室ノ略々左半分ハ充盈缺損ヲ來タシ、現出サレテキル右半分モソノ陰影ハ甚ダシク扁平トナツテ見エル。即チ左ノ小腦半球ニ發生シテキル腫瘍デアルコトハ確カデアル。約超胡桃大ノ結核腫ガ別出サレタ。

症例39: 濱口〇, 4歳, ♂

頭痛, 嘔吐, 歩行不能ヲ主訴トシ發病約1年前。

神經學的ニハ巨大頭蓋, Macewen sign, 項強直, 兩眼ノ Blickstarre, 瞳孔散大, 對光反應微弱, 鬱血乳頭, 兩側特ニ左側ニ著明ナ痙攣性麻痺等ヲ證明ス。

沃度油腦室像(第149, 150圖):

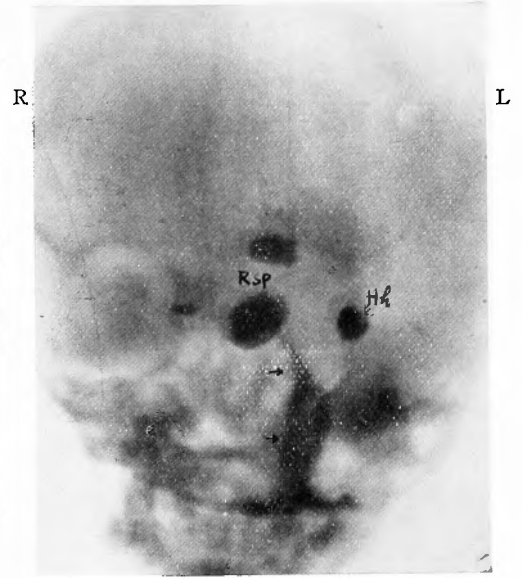
側面像(第149圖)デハ第3腦室前半部ハ著明ニ擴大, 後半部ハ著シク前上方ヘ變位シテキル。Sylvius 導水管ハ甚ダ狹ク(下1/3ノミガ現出サレテキルノデ, 上方ノ特有ノ屈曲ヲ見ルコトハ出來ナイガ)第4腦室ト共ニ強ク前方ヘ壓排サレテキル。第4腦室ノ後壁部ハ充盈缺損ヲ來シタメニ著シク狹クナリ, 全體トシテ前方ヘ彎曲シ且ツ陰影ハ一般ニ淡明デアアル。

A—P(第150圖)デハ Sylvius 導水管及ビ第4腦室ガ明ニ左方ヘ變位シ, 第4腦室ノ右半側ガ充盈缺損ヲ來シ, 陰影モ一般ニ淡デアアル。

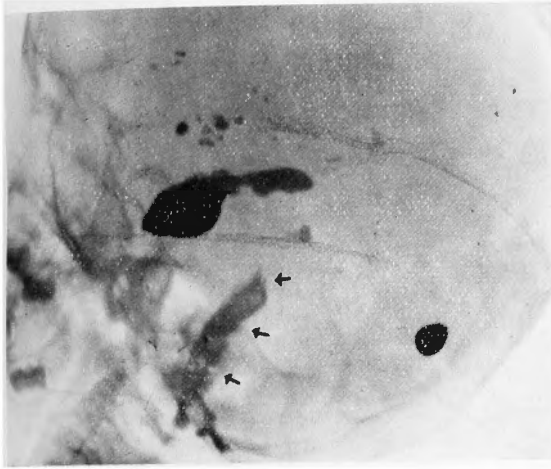
以上ノ所見ハ前例ト甚ダヨク似テキテ, 右小腦半球ノ腫瘍デアアルコトハ確カデアアルガ, Sylvius 導水管ノ通過障碍ガ強イコトカラシテ腫瘍ガ前ノ例ヨリモ一層大ク且ツ前方(上方)ヘ延ビテキルコトガ考ヘラレル。手術ニヨツテ約鵝卵大ニ近イ結核腫ガ剔出サレタ。

一側ノ小腦半球腫瘍ニ於テモ小腦々橋隅角部腫瘍ニ於テモ, 前後像デ見ルト Sylvius 導水管及ビ第4腦室ガ側方(腫瘍ト反對ノ側)ヘ變位シテキルコトハ共通ノ所見デアアル。シカシ元來前者即チ小腦半球腫瘍ハ Sylvius 導水管及ビ第4腦室ニ對スル位置的關係カラ言ヘバ, ソノ後方且ツ側方ニ發生スルモノデアアルカラ, 之等腦室系ヲ側方ト同時ニ前方ヘモ變位セシメル。反之, 後者即チ小腦々橋隅角部腫瘍ハ Sylvius 導水管並ニ第4腦室ノ前且ツ側方ニ發生スルカラ之等腦室系ハ腫瘍ニヨツテ側方ヘノミナラズ後方ヘモ壓排サレルコトガアル。即チ側面像ヲ比較スルト兩者ノ變位ニ全ク相反スル傾向ガ見ラレル譯デアアルカラ, 兩者ノ鑑別診斷ニハ特ニ側面像ニ就テノ吟味ヲ必要トスル(第151—153及ビ第132—140圖参照)。

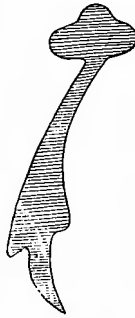
第 150 圖 (A-P)



第 149 圖

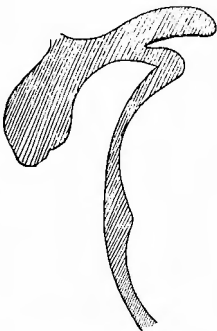


第 151 圖



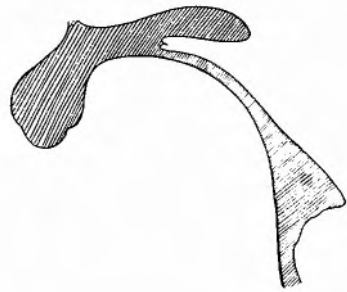
小腦半球並 = 小腦々橋
隅角部腫瘍ノ前後像

第 152 圖



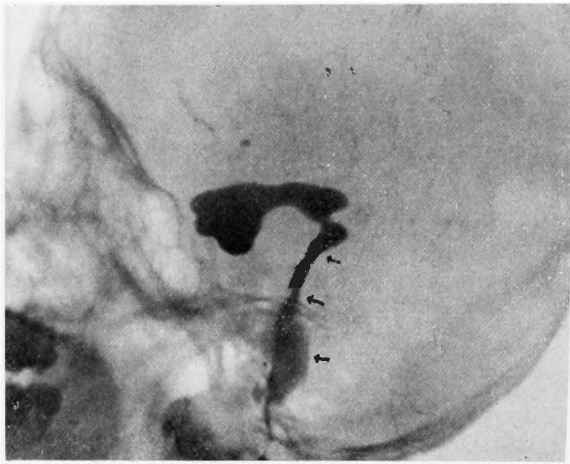
小腦半球腫瘍ノ側面像

第 153 圖



小腦々橋隅角部腫瘍ノ側面像

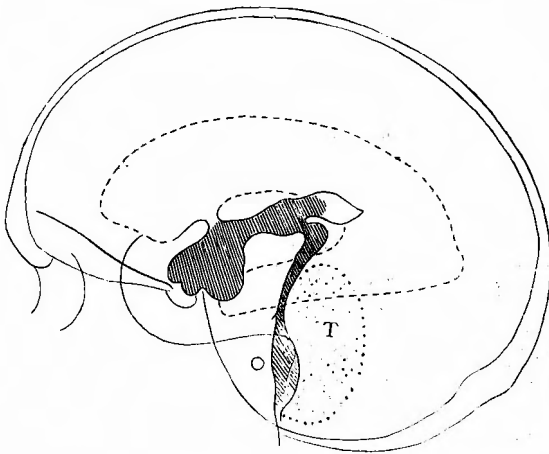
第 154 圖



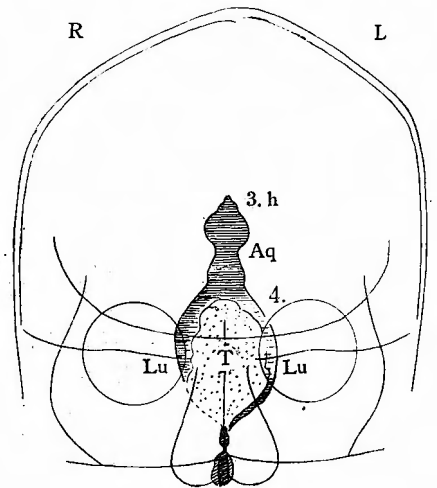
第 156 圖 (A—P)



第 155 圖



第 157 圖



2) 小腦蟲部腫瘍

症例40: 中○治○郎, 17歳, ♂

現病歴: 約2ヶ月前カラ頭痛, 嘔吐ガアリ, 間モナク歩行困難ヲ來シタ。

現症: Macewen sign, 右後頭部叩打痛, 兩側鬱血乳頭, 兩眼球舉上運動不能, 右外旋神經麻痺, 水平性眼球振盪症(特=右凝視), 凡テノ小腦性失調症特=體平衡=關スルモノガ著明, 兩側腱反射亢進。

沃度油腦室像: (右ノ側腦室後角部穿刺, Lモルヨドール' 4cc 注入。)

側腦室ハ兩側共可成リ著明=擴大(對稱性内腦水腫)。

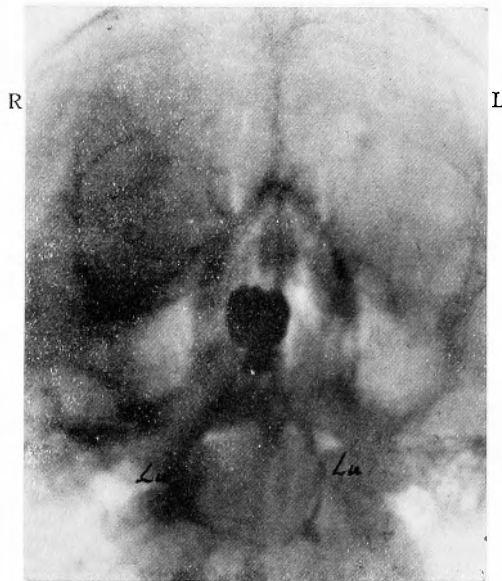
側面像(第154, 155圖): 第3腦室ハ著明=擴大ス。Sylvius 導水管モ擴大シ, ソノ約上 1/3 (天幕上部)デ急=前方へ屈曲シ, ソレ以下ノ全部及ビ第4腦室ガ共=強ク前方へ壓排サレテ變位シテ居ル。第4腦室ノ前壁並=後壁部=充盈缺損ヲ生ジ一般=陰影ハ淡イ。以上ノ所見ハ小腦半球ノ腫瘍ト甚ダヨク似テキル。

A—P(第156, 157圖)及ビ半中軸方向撮影像 A—P(158圖): 第3腦室後壁部及ビ Sylvius 導水管ハ正中=配列サレ甚ダシク擴大シテキル。第4腦室モ全體トシテ正中=位シテ左右略々對稱性=著シク擴ガリ, ソノ中央=不規則ナ卵形ノ大キナ充盈缺損ガアル。中央 Magendie 氏孔ヘノ徑路ハ全ク消失シ, Cisterna magna へノ交通ハ兩側ノ Luschka 氏孔ニヨツテ辛ウジテ行ハレテキル。

即チ腫瘍ハ小腦ノ中央即チ蟲部=發生シ, 第4腦室内へ向ツテ膨出シテ之ヲ擴大スルト共=ソノ腔内ヲ充タシ, 僅カ=兩側方=ノミ狹イ交通路ヲ殘シテキルコトガ判ル。手術ニヨツテ小腦蟲部=發生シタ鶏卵大ノ Astrocytom デアルコトガ確メラレタ。

本例=見ルガ如ク前後像デ Sylvius 導水管及ビ第4腦室ガ主トシテ前方へ壓排サレテ居テ側方へノ變位ヲ來サナイコトハ, 小腦半球ノ腫瘍トノ鑑別診斷=重要ナ所見デアル(第147, 148, 150圖參照)。

第158圖 半中軸方向撮影像(A—P)



X 第 4 腦室内腫瘍

一般ニ第 4 腦室内腫瘍ノ場合ハ、側面像ニ於テモ前後像ニ於テモ第 4 腦室ノ位置ニハ著明ナ變化ヲ來スコトナク、唯第 4 腦室ガ擴大シ、腫瘍ノ大サト腦室内ニ於ケルソノ發生部位トニ從ツテ、種々ノ充盈缺損ヲ生ズルノガ普通デアアル。

症例 41: 上〇千〇, 3 歳, ♂

約 2.5 ヶ月前カラ頭痛ガアリ歩行ガ不安定トナリ右ヘ倒レ易イ。1 ヶ月前頃カラ時々朝起時ニ嘔吐ヲ來ス様ニナリ、又全身ノ震頭ヲ來シタコトモアル。

現症: Macewen sign, 兩眼鬱血乳頭, 水平性眼球振盪症(特ニ左方凝視), 兩側小腦性失調症持ニ體平衡ニ關スルモノ著明。即チ神經學的ニハ小腦正中部ノ腫瘍ガ考ヘラレル。

沃度油腦室像: (左ノ側腦室前角部穿刺, L モルヨードル 3 cc 注入。)

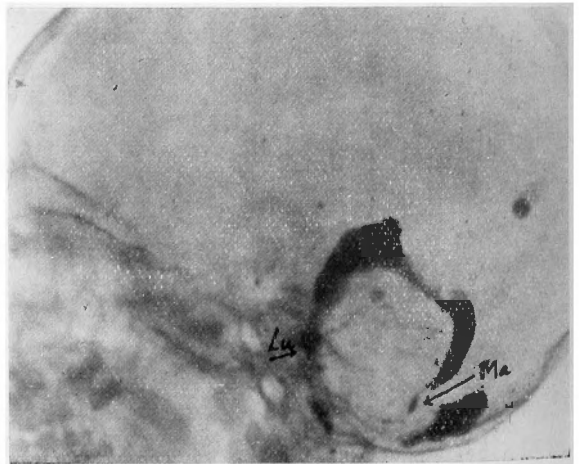
側腦室ハ兩側共可成リ著明ニ廣大ス(對稱性内腦水腫)。第 3 腦室, Sylvius 導水管モ著明ニ擴大シ且ツ正中ニ位シテキル。特ニ Sylvius 導水管ハソノ全徑路ガ甚ダ短ク沃度油ハ直ニ擴大シタ第 4 腦室内ヘ移行スルタメニ之ヲ影像上ニ現出セシメルコトハ困難デアアル。

側面像(第 159, 160 圖): 第 4 腦室ハ略々ソノ本來ノ位置ニ於テ前, 上, 後ノ 3 方向ヘ甚ダシク擴大シ、ソノ中央ニハ不規則デアアルガ大體トシテ圓イ大キナ充盈缺損ヲ來シ、明カニ腫瘍像デアアルコトガ認メラレル(此ノ陰影缺損部ノ所々ニ沃度油滴ガアルガ、之ハ腫瘍ノ表面ニ沈着シテキルモノデアアル)。Luschka 氏孔ハ前方ヘ、Magendie 氏孔ハ後方ヘ何レモ強ク壓排サレテキル。

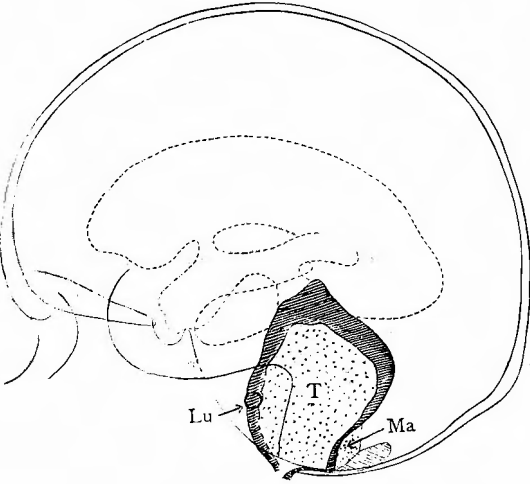
A—P(第 161—163 圖): 第 4 腦室ハ略々正中ニアツテ擴大シ、ソノ前(上)半部ハカナリ上方ヘ壓排サレテキル。Luschka 氏孔ヘノ徑路ハ兩側共長ク延ビ、中央ニハ大キナ充盈缺損ガアル(第 161 圖、此ノ像デハ第 4 腦室ノ後(下)半部及ビ Magendie 氏孔ヘノ通路ハ未ダ現出サレテナイ)。第 162 圖デハ第 4 腦室ノ後(下)半部ヘモ沃度油ガ移行シタモノデ、此ノ部ハ前半部ヨリモ更ラニ強ク擴大シ僅ニ左ヘ向ツテ著明デアアル。内部ニハ Magendie 氏孔ト連絡シタ不規則ナ淡イ陰影ヲ見ル外ハ凡テ充盈缺損ヲ來シテキル。Magendie 氏孔ハ右ニ偏シテキル。

以上ノ所見カラ腫瘍ハ第 4 腦室内ノモノデ、前方ヨリモ後方ヘ、更ニ幾分左ヘ向ツテ大キク發育シ、第 4 腦室ヲ強ク擴大シテ殆下ノヲ充タシテキルモノデアアルコトガ判ル。略々鵝卵大ニ近い Ependymom ガ別出サレタ。

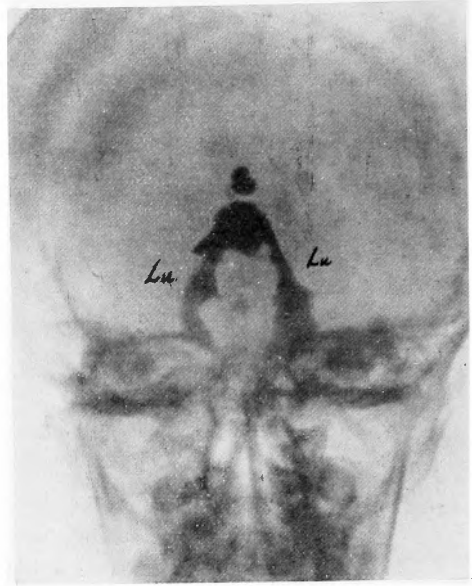
第 159 圖



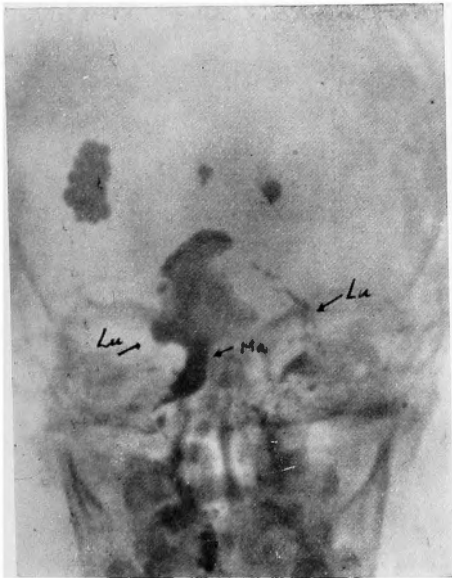
第 160 圖



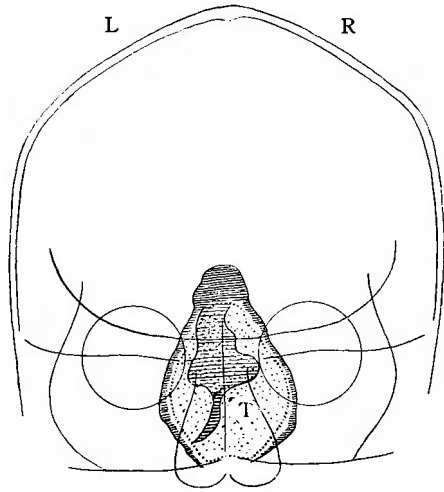
第 161 圖 (A-P)



第 162 圖 (A-P)



第 163 圖



主要文獻

- 1) **Balado, M.**: Technik der Ventrikulographie mit Lipiodol. *Zit. Zorg. f. Chir.* Bd. 51, S. 214, 1930.—
Ders. und R. Carrillo: Vergleichendes Studium der neuen Methoden der neurochirurgischen Diagnostik. (Resultate der Jodventrikulographie.) *Zit. Zorg. f. Chir.* Bd. 74, S. 267, 1935.—Dies. Vergleichendes Studium der modernen Verfahren der neurochirurgischen Diagnostik. (Resultate der Jodventrikulographie.) *Zit. Zorg. f. Chir.* Bd. 75, S. 9, 1936.
- 2) **Carrillo, R.**: Jodventrikulographie der hinteren Schädelgrube. *Zit. Zorg. f. Chir.* Bd. 91, S. 570, 1939.
- 3) **Dyes, O.**: Die Hirnkammerformen bei Hirntumoren. *Fortschr. Röntgenstr. Ergänz.-Bd.* 52, 1937.
- 4) **Guttman, L.**: Röntgendiagnostik des Gehirns und Rückenmarks. *Handbuch d. Neurolog.* Bd. VII/2, S. 420, 1936.
- 5) **Jacobaeus, H. C. and F. Nord**: Air and lipiodol as contrast agents for Roentgen diagnosis within the central nervous system. *Zit. Zorg. f. Chir.* Bd. 31, S. 807, 1925.
- 6) **Lysholm, E., B. Ebenius und H. Sahlstedt**: Das Ventrikulogramm. I. Tl. Röntgentechnik. *Acta Radiol. Suppl.-Bd.* 24, 1935.—Dies. II. Tl. Die Seitenventrikel. *Acta Radiol. Suppl.-Bd.* 25, 1937.—Dies. u. **K. Lindblom**: Das Ventrikulogramm. III. Tl. Dritter und vierter Ventrikel. *Acta Radiol. Suppl.-Bd.* 26, 1935.
- 7) **Olivecrona, H.**: Bedeutung des Röntgenbildes für die Anzeigestellung und Behandlung der Gehirntumoren. *Fortschr. Röntgenstr.* Bd. 52, S. 355, 1935.
- 8) **Piette, Y.**: Le lipiodol intraventriculaire dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. *Zbl. f. Neurochir.* Nr. 1, S. 15, 1939.
- 9) **Schuster, J.**: Ventriculographie mit Lipiodol ascend. u. desc. *Klin. Wschr.*, Jg. 4, S. 2064, 1925.
- 10) **Sicard J.-A., J. Paraf et L. Laplane**: Radio-diagnostic rachidien lipiodolé. *Presse méd.* Bd. 31, N° 85, S. 885, 1923.
- 11) **Sicard J.-A., et J. Haguenu**: Etude critique de quelques méthodes de localisation des tumeurs cérébrales. *Presse méd.* Bd. 36, N° 10, S. 145, 1928.