

- 21) 行岡・畑：整形外科，6；3，209，昭30。 22) 和田：外科，10；8，498，昭23。 23) Axhausen：Arch. Klin. Chir.，121，65，1922。 24) idem：Arch. Klin. Chir.，124；511，1923 25) Brandes，Ruschenburg：Zeitschr. Orth.，69，353，1939。 26) Brill：Arch. Orth. Unfall Chir.，24；64，1927。 27) Brandt：Ergeb. Chir Orth.，33，1；1941。 28) Burekhardt：Arch. Klin. Chir.，185；428，1936。 29) Cahen-Brach；Arch. Klin. Chir.，124，141，1923。 30) Deutschländer：Zbt.f. Chir.，39，1422，1921。 31) Dittrich：Arch. Orth. Chir.，24，554，1927。 32) Freiberg：Surg. Gyn. Obst.，19，191，1914。 33) Green & Banks：J. Bone. Joint. Surg.，35-A，26，1953。 34) Hauser：Disease of the Foot.，297，1941。 35) Heine：Dtsch. Z. Chir.，231；423，1931。 36) Kappis：Dtsch. Z. Chin.，171；13，1922。 37) Kirner：Münch. med. Wschr.，1326，1921 38) Köhler：Münch. med. Wschr.，1289，1920。 39) idem：Münch. med. Wschr.，109，1924。 40) König u. Rauch. Arch. Klin. Chir.，123，369，1924。 41) Konjetzung：Zb. f. Chir.，38；2396，1931。 42) Nagura：Zbl. f. Chir.，64；2049，1937。 43) idem：Zbl. f. Chir.，65；417，1938。 44) Reinberg：Zbl. f. Chir.，53；3101，1926。 45) Wilmoth：J. Bone. Joint. Surg.，23，367，1941。 46) Zollinger：Arch. f. Orth. u. Unfall-Chir.，27，166，1929。

興味ある慢性化膿性脊椎棘突起骨髄炎の1例について*

厚生年金 三造整形外科病院 (院長 医学博士 塩津徳政)

医員 林 瑞 庭

(原稿受付 昭和31年12月10日)

POSTERIOR SPINAL OSTEOMYELITIS:REPORT OF A CASE

by

SUITING LIN

From the Tamatsukuri Orthopedic Hospital

(Director : Dr. NORIMASA SHIOESU)

Recently, I have had one case of a 35 years-old female whose chief complaint was a painless tumor on the back.

Before he came our clinic, he had been operated on bilateral gluteal abscess occurred by an Irgapyrin injection, so by clinical and X-ray findings, I suspected it posterior spinal osteomyelitis of the 2nd and 3rd lumbar vertebrae.

But since the course is very chronic, I could not determine it tuberculosis or osteomyelitis until which was operated and confirmed pathologically. I resected the affected lesion and now observe the course.

緒 言

脊椎に於ける化膿性骨髄炎の報告は近年漸以増加し、以前考えられていたほど稀な疾患ではなくなつて

* 本文の要旨は昭和30年11月京都外科集談会の席上で述べた

来た。成書によれば化膿性脊椎炎は、その大多数が脊椎後部に発症するものとされているが、特に棘突起に限局し、然も慢性の経過をとる場合には、結核性のものととの区別は単に臨床的所見だけでは非常に困難となる。最近私は薬物注射後の化膿により発性したと思われる脊椎後部の慢性化膿性骨髄炎の1例を経験したの

で報告する。

患者 玉木某 35才 早 職業 農業

初診：昭和30年7月19日

主訴：腰痛並びに背腰部の腫瘤

家族歴，既往歴：共に特記することはない。

現病歴：本年2月頃より特に誘因と思われるものなく漸次腰痛を来し，某医により「坐骨神経痛」の診断で「イルガピリン」注射療法を受けた。所が両側臀部注射部位に腫脹発赤を来したので切開を受け多量の膿汁排出を見た。其後右側膿胸を併発し，化学療法及び数度の穿刺に依り治癒した。この頃より漸次右股関節拘縮を来すようになったので，某院に入院牽引療法を受けたが4月頃より右の鼠蹊部淋巴腺腫脹を来し，次いで7月10日頃には腰部に鶏卵大の無痛性腫瘤を生じ穿刺に依り黄色漿液性の液が数cc採取されたので「脊椎カリエス」の疑いで本院に紹介された。

現症：

全身所見：体格中等度，栄養可良で胸腹部共に著変を証明しない。

局所所見：脊椎の変形，硬直性は認められないが，第2，第3，第4腰椎棘突起に軽度の圧痛を証明し，又第3腰椎棘突起の高さで正中線より稍々右側に鶏卵大の腫瘤を認める。表面は半球状を呈しているが，発赤，局所熱感，静脈努張等は認められない。表面は平滑，硬度は弾力性軟で，著明な波動を証明する。右腸骨窩には鼠蹊靭帯の直上で抵抗を認めるが，穿刺に依つても膿を証明しない。

血液学的所見：

赤血球数 425万 白血球数 5600

赤沈 1時間値 65mm 平均値 57mm

X線像所見：

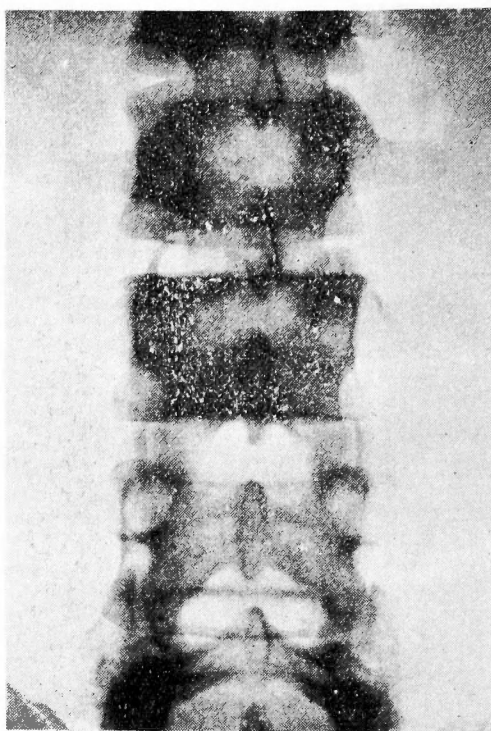
前後像：第3腰椎々体には軽度の骨硬化を認めるが形態には変化なく，右上関節突起部に嚙状突起を認める。椎間板の狭小は認めない。

側面像：第2，第3腰椎棘突起には示指頭大の透明層を認める。尚第2腰椎棘突起上端の陰影は不鮮明である。モルヨードルを腫瘤中に注入した所，第2，第3腰椎突起部に跨る縦走する陰影像を呈し，同部に相当した病巣と膿瘍とが密接な関係があることを立証した。以上の所見より，第2，第3腰椎棘突起カリエス兼背腰部寒性膿瘍，或は第2，第3腰椎棘突起慢性化膿性骨髄炎を考慮した。

手術所見：

手術：昭和30年7月29日

正面像



術式：根治手術

腹臥位で第2，第3腰椎棘突起を中心に正縦切開を加え，皮膚を反転した所，背腰筋膜下に肥厚した壁を持つ腫瘤を認めた。之を周囲組織より剝離，剔出した所，中より少量の濃厚な黄色濃汁を証明したが，乾酪性物質は認めなかつた。第2，第3棘突起は肉芽組織及び癒痕組織で蔽われており，搔破するとレ線で認めた部位に相当して侵蝕された病巣を見出した。黄靭帯も同時に壊死に陥つていたので，之と共に第2，第3腰椎棘突起を切除し，第1，第4腰椎棘突起の一部迄削除を行つた。更に深部を追究した所基底部に小瘻孔を認めたが，これは，右第3腰椎棘突起の附近を通つて前方の椎体に通じていた。従つてこの部分も充分搔破した後，ペリシリン，ストマイ粉末を撒布し，術創は1次的に閉鎖した。

組織学的所見：

膿瘍壁の基質は結合組織線維束及び筋肉組織で所々に円形細胞の集団が散在し，大中血管壁にも円形細胞浸潤を認めたが，所謂非特異性の慢性炎症像で結核を立証し得る所見は証明されなかつた。

術後経過

側 面 像



第 2.3 腰椎棘突起部に示指頭大透明層を認む

創面は第 1 期癒合を営み、経過は良好で、ギブス床に約 3 ヶ月静臥させたのち「コルセット」を装着退院させた。術後 4 ヶ月では腰椎に軽度の運動制限を認めただけで、血沈も中等価 7.5mm を示し、一般状態も著しく改善され、現在では軽労働に従事して何等支障を認めていない。

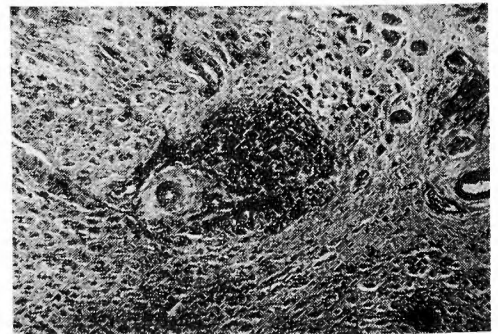
考 察

解剖学的に脊椎後部、即ち椎弓、横突起、棘突起部の血管分布は貧弱で、血管網は著しく粗であるので、結核菌栓塞を形成することは少く、従つてこの部が結核に侵されることも極めて稀で私の調査した所に依ると、現在迄約 21 例の報告に接するに過ぎない。一方化膿性脊椎炎は一般に椎体よりも脊椎後部が侵される事が多いと報告されているので単独に脊椎後部だけが侵されたものに対しては、一応化膿性脊椎炎の疑をも念頭に置いてみるのが妥当かと思われる。而も本症に就いては、化学療法の発達と共に急性発症例に於いても慢性化する傾向が多く、慢性化例では結核性のものと



モルヨドール腫瘍内注入後の X 線所見

病 理 所 見



円形細胞集団散在大・中血管に円形細胞浸潤を認む

の臨床的所見が類似しているのも、その区別が困難な場合が多々ある。即ち限局性の圧痛、軽度の脊椎の運動制限、背部正中線近くの膿瘍形成、或は X 線像所見の類似等々である。本例に就いても臨床的にはカリエスとの区別は不可能で切除標本の組織学的所見に依つて始めて略々決定的な診断を下し得た。その経過はイルガピリン注射後の化膿創から転移椎に膿胸を起し、更に第 III 腰椎々体を併発し、一方大腸腰筋、小腸腰筋

が第12胸椎、乃至第1腰椎椎体の横突起から起始する関係上、腸腰筋炎と類似の右股関節拘縮症状を併発し椎体部より発生した膿瘍は横突起間部を通つて後方に向い棘突起炎を続発したとも想像される。尚腸骨窩に抵抗を触知した点も腰椎カリエスの疑いを更に濃厚にさせた一因である。

結 語

以上イルガピリン注射後惹起されたと思われる椎体

棘突起の慢性骨髓炎の興味ある1例を経験し、その診断推定の過程に就いて種々検討を試みたが尚今後の経過を慎重に観察中である。

文 献

- 1) 藤本：化膿性脊椎骨髓炎に就いて 整形外科 5, 142, 1954 2) 山本林：棘突起カリエスの一例 外科室函 24, 525, 1955 3) 井上：棘突起結核の臨床 整形外科 4, 222, 1953 4) 柳川：棘突起カリエスの一例 整形外科 2, 284, 1951

外科的侵襲を加えた肺壊疽の4例

京都大学医学部外科学教室第2講座 (指導：青柳安誠教授)

伊豆藏 健・城谷 均・池田 宏・大屋 史朗

[原稿受付 昭和31年10月20日]

FOUR CASES OF PULMONARY GANGRENE TREATED WITH SURGICAL PROCEDURES

by

TAKESHI IZUKURA, HITOSHI SHIROTANI, HIROSHI IKEDA and SHIRO OYA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School

(Director : Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

In this paper four cases of pulmonary gangrene, to which the surgical procedures responded in spite of no response with all medical treatments, are reported.

In the first two cases, the cavernostomy was performed two weeks after MONALDI's intracavitary aspiration which had been done as a preliminary operation. Then, after the alleviation of the symptoms and reduction and cleaning of cavern, the intracavitary filling was made by the pedunculated muscle flap. One recovered completely and the other, which had the complication of bronchiectasis showed a slight improvement. It seems, therefore, that in cases with complications, such as bronchiectasis etc., the pulmonary resection must be done to achieve a complete recovery.

From the above experience, the lobectomy was performed in the following 3rd and 4th cases. Both were cured completely, although in the 4th case in which the timing of operation was too late, the pulmonary gangrene returned for a short time to a slight degree in the course of recovery. Accordingly, the pulmonary resection must be performed without hesitation before the adhesion occurs.