

臨床瑣談

胃潰瘍面＝大ナル血管開口露出セシノ症例

副 島 謙 (京都外科集談會10月例會所演)

患者：小川○ 49歳 男子。昭和15年6月26日入院。

主訴：頻回ノ吐血。

現病歴：約15年前カラ胃部ノ膨滿感，嘔噦，吞酸等ヲ訴ヘ，約6—7年前カラハ時トシテ糞便ガ「タール」様ニ黑色ヲ呈スルノニ氣付キシコトアリ。約10日前カラ食後30分乃至1時間スルト心窩部ニ鈍痛ヲ覺エ續イテ惡心ヲ來ス爲ニ患者自身デ指ヲ口中ニ挿レ嘔吐スルコトガ毎日1乃至2回アリ，其ノ度ニ珈琲殘液樣體ヲ吐出シ，時トシテハ新鮮ナ血液ヲ混ズルコトサエモアル様ニナツタ。

現症：全身ノ榮養ハ著シク衰ヘ，顔面ハ蒼白，皮膚ハ乾燥弛緩シ，赤血球數ハ1cc中394萬，血色素量ハザーリ氏法ニヨリ62。胃部ニ時々蠕動不穩ガアリ，幽門部ニ拇指頭大ノ彈力性硬ノ抵抗ヲ觸レル。胃液検査：珈琲殘液樣，總酸度最高80，遊離鹽酸45。検査時胃出血ガ甚シキタメ直チニ手術ヲ行ヘリ。

手術所見及ビ經過：胃ハ其ノ全體ニ互リ浮腫性ニ肥厚シ，且ツ著シク擴大シ，幽門部ヲ中心ニ約鴉卵大ノ潰瘍性硬結ガアリ，之ノ部ハ膈囊，脾臟頭部ト稍々強ク癒着セリ。之等ノ癒着ヲ剝離シ，胃ノ約2/3ヲ切除シ，胃空腸吻合術ヲ施シタ。

術後ノ經過：術後ノ經過ハ極メテ順調，術後16日目ノ胃液検査デハ遊離鹽酸無ク又潛血ヲ認メズ，レ線検査ニヨツテモ吻合部ノ通過狀態モ極メテ良好デ，臨床的ニモ何等ノ苦痛モ訴ヘル事無ク，術後16日目ニ全治退院シタ。之ノ症例ニ於テ最モ興味アルコトハ其ノ剔出標本ノ所見デアル。幽門部ニ約拇指頭大ノ潰瘍面ヲ有スル所謂肝性潰瘍ガアリ，此所ニ胃後壁小彎側ニ直徑約1/3mm，注射針程度ノ血管ガ斷面ヲ潰瘍底ヨリ胃内腔ニ向ツテ開口露出シテ居ルヲ明カニ肉眼デモ認メルコトガ出來タ。而モ其ノ周圍ハ既ニ極メテ硬ク瘢痕性ニ變化シタ組織デ圍マレテ居リ，周圍組織ノ萎縮ニヨツテ此ノ開口シテ居ル血管斷端ガ自然ニ壓縮閉塞シ得ルモノトハ考ヘ得ラレナイ狀態デアツタ。從ツテ例ヘ血栓ノ形成ニヨツテ此ノ血管カラノ出血ガ一時止マリ得タトシテモ，極メテ輕度ノ刺戟例ヘバ食事ヲ攝ル事等ニヨツテモ極メテ容易ニ再ビ出血ヲ來シ得ルデアラウト言フコトハ想像スルニ難クハ無イノデアル。

從來胃潰瘍ニ對シ其ノ大出血時ニ於ケル觀血ノ療法ノ可否ニ就テハ，種々議論サレ，而モ諸學者ノ意見ノ一致ヲ見ナイノデアルガ，頻回ニ互ル再發性出血ノ場合ニハ外科的療法ノ適應ナルコトハ異論ノ無イ所デアツテ，此ノ例ニ見ル様ナ病理學の所見ヨリスレバ斯ノ如キ場合ニ於テハ内科的治療デハ完全止血ハ望ミ得ナイモノデアリ，從ツテ外科的治療ガ絕對ニ必要デアルト言フコトガヨク理解シ得ルノデアル。

尙ホ又所謂肝性潰瘍ノ場合ニハ屢々此ノ例ノ様ナ病理組織學の狀態ヲ呈シ得ルノデアルカラ，カ、ル場合ノ出血ニ對シテハ單ニ止血ト言フ點ノミヨリシテモ，觀血ノ療法中デモ特ニ潰瘍自體ノ切除ガ必要デアル。長期間ニ互ル出血ノ爲メニ術前既ニ患者ノ著シク衰弱ヲ來シ，根治的胃切除術ガ不能トナル様ナコトガ無イ様ニ，可及的早期ニ手術ヲ施スコトガ必要デアルト言ヒ得ルノデアリ，更ニ單ニ頻回ニ互ル再發性出血ノ場合ノミデナク，所謂大出血ノ場合ニ於テモ，少クトモ肝性潰瘍ノ場合ニハ同様ノ理由ニヨツテ早期手術ガ合理的デアルト言ヒ得ルノデアル。又斯ル際ハ單ナル曠置的胃切除術ヲ行ツタノデハ出血ニ對シテハ何等効ハ無イノデアルカラ，Reschkeノ云フ様ニ同時ニ深部血管モ結紮シテ了フ必要ガアルガ，少々無理デモ潰瘍肝底部ヲ切除スルコトヲ以テ原則トス可キデアル。

即チ此ノ症例ハ單ニ胃潰瘍ニ於テ頻回ニ互ル再發性出血ノ場合ニハ外科的手術ノ適應ナルト言フ事ノミナラズ，更ニ一步ヲ進メテ，此ノ様ナ場合ニハ可及的早期ノ手術ガ必要デアリ，更

＝種々議論ガアル大出血ノ場合ニ於テモ少クトモソレガ肝膵性潰瘍ノ場合ニハ早期手術而モ患部ノ切除ガ合理的デアルトヲ病理學的ニ教シテ居ルモノデアルト考ヘルノdeal。(以上)

細網肉腫 Retikulosarkom ヲ混在セル Sarkomatosis ノ1例

足立道五郎 (京都外科集談會昭和15年6月例會所演)

患者: 35歳, 男。

主訴: 全身ノ無痛性腫瘍。

現病歴: 約2ヶ月前ニ, 下腹中央部ニ無痛性腫瘍ノ生ゼルニ氣付キシガ, ソノ後廻腹部, 左季肋部等ソノ他全身ノ諸所ニ同様ノ腫瘍ヲ相亞イテ來セリ。ソノ頃ヨリ全身ノ熱感及ビ倦怠感著シク, 各腫瘍ハ徐々ニソノ大キサヲ増シ, 且或物ハ軟化シ, 或物ハ表面ノ皮膚ニ發赤ヲ來セリトイフ。

局所所見及ビ其經過: 全身各所(兩鎖骨上及ビ下鎖骨窩, 前胸壁, 左側胸壁下部及ビソレニ續ク左季肋部, 下腹中央部, 廻腹部, 右陰囊内, 兩大腿内側, 右背部等)ニ無痛性膨脹アルヲ認ム。各々ノ大キサハ拇指頭大乃至小兒頭大ニ及ブ。ソノ中右前胸壁, 右鎖骨上右側胸壁ノモノノミハ被覆表皮ニ發赤腫脹ヲ來セリ。各膨脹ニ一致シテ同大ノ腫瘍ヲソノ下ニ觸ル。觸診上各腫瘍ニ局所溫度ノ上昇ナク, 表面平滑, 境界大體明瞭ナリ。硬度一般ニ彈性軟, アルモノハ彈性硬スベテ稍々壓痛ヲ訴フ。但シ廻腹部及ビ左季肋部ノモノハ境界不明瞭ニシテ且硬度一樣ナラズ彈性軟ナル部及ビ硬ナル部相交錯シ, 壓痛ヤ、著明ナリ。イヅレノ腫瘍モソノ下ノ骨トハヨク移動シ大部分ノモノハ表皮トモ癒着ヲ認メズ。

此等ノ腫瘍ハ入院後大キサヲ増スコト無ク, 只前胸壁, 腹壁, 下肢ノ各所ニ小豆大ノ彈性硬ナル同様ノ腫瘍ヲ數個生ゼリ。

全身所見及ビ經過: 中等大ノ體格, 榮養低下, 皮膚若黑色ヲ帶ブ。下肢及ビ背部ニハ浮腫ヲ認ム。脈搏, 整正, 稍々頻(1分時120), 緊張稍々弱。全身淋巴腺ニ腫大ヲ認メ得ズ。

頭頸部, 胸腹内臓ニ著變ナシ。脊柱全長, 肋骨, 胸骨ニハ壓痛及ビ敲打痛ヲ認ム。

尿所見: Bence-Jones 氏蛋白體陰性, γ グロブリンノゲーン¹弱陽性, ソノ他著變ナシ。

血液所見: 入院當時, 赤血球508萬, 血色素(ザーリ)89%, 貧血ヲ認メザルモ有核赤血球, 多染性赤血球, 多染性有核赤血球ヲ證明ス。白血球38400, 即チ著明ナル白血球增多ヲ示シ, 日ソノ中, 中性嗜好性白血球94.5%ヲ占ム。(γ ミエロチーテン¹2.0%, γ メタミエロチーテン¹8.5%, 桿狀核51.5%, 分葉核32.5%即チ左方偏移著シ)。

一週後モ大體同様ナルモ赤血球數減ジ292萬ナリキ。

骨髓像: γ ミエロチーテン¹及ビ γ プロミエロチーテン¹異常ニ多ク, 殊ニソノ γ エオジン¹嗜好性ノモノガ著明ニ增多セリ。

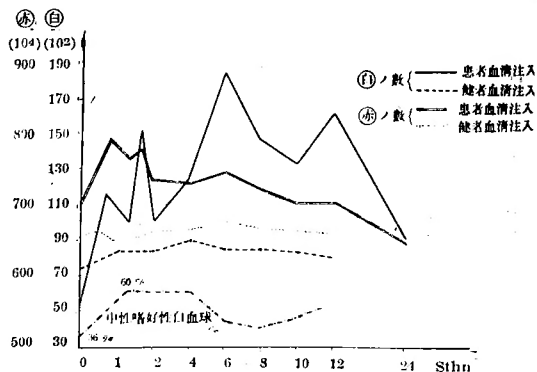
血清 γ 氏反應並ニザツクス氏反應陰性, フライ氏反應陰性。

肺部 γ 線検査: 著變ナシ。

全身骨格系 γ 線検査: 著變ナシ。

患者ハ惡液質ニ陥リ, 入院後12日ニ鬼籍ニ入ル。試験切片: 右大腿及ビ右前胸壁ニ存スル腫瘍ヲ摘出セリ。腫瘍ハ肉赤色, 彈性硬ニシテ周圍トノ境界明瞭ナラズ。

患者血清ノ家兔血液ニ及ボス影響
家兔1400—1600g 血清5ccm pro kg



1) 組織學的検査 腫瘍ハ大體2種ノ異型細胞ヨリ成ル腫瘍ナリキ。第1種ノ細胞ハ, 核ノ Chromatin 貧

ニシテ泡沫狀ニ染色サレ、原形質ハ數個ノ突起ヲ有シ互ニ細胞間連絡ヲナシ網狀ヲ呈シ、又或ル部ニテハ原形質相融合シテ Synzytium ヲ形成ス。コレ網狀織細胞ノ異常増殖ナリ。

第2種細胞ハ核、圓形ニシテ Chromatin ニ富ミ、原形質ニ突起ナク、密ニ配列サル。即チ小圓形細胞肉腫ノ像ナリ。全體トシテ第2種ノ細胞ハ第1種細胞ヨリ多ク認メラル。

2) Lイムペヂン⁷検査：強陽性(100:62.8)

病理解剖の所見：外部ヨリ視觸ノ可能ナリシ腫瘍ハスベテ皮下ニ存シ、アルモノハ更ニ筋膜及ビ筋層ニ浸潤シ、剖面黃白色、中心壊死ヲ呈セルモノ、點狀出血斑ヲ呈セルモノ等アリ。著明ナルハ左季肋部ノモノ、更ニ肋骨後面ヲ廻リテ心囊前面ニ及ベリ。又廻肩部ノモノハ腹筋全層ヲ侵シ、腹壁腹膜面ニハ著明ナル靜脈努張アリ。ソノ他轉移トシテハ廻腸終端ヨリ 20 cm 口方ノ部、盲腸(粘膜面ニ膨脹ス)、肝、兩腎、兩副腎、脾等ニ認ム。全身ノ淋巴腺系統殊ニ後腹膜腔縱隔竇ニハ著變ヲ認メズ。

考察：本症例ハ要スルニ廣汎ナル全身轉移ヲ來セル肉腫症ナレドモ、ソノ組織像、轉移及ビ血液像ニ甚ダ特異ナル點ヲ認ム。

1) 組織像及ビ轉移形式：本症例ハ細網肉腫 Retikulosarkom ヲ混在セル小圓形細胞肉腫症ナリ。

元來 Retikulosarkom ナル名稱ハ、1921年 James Ewing ニヨリ長幹骨ノ骨幹ニ生ズル小型ノ網狀織細胞ヨリ發スル肉腫ニ付セラレタルモノニシテ、骨ニ著明ナル線像ノ變化ヲ呈シ、他ノ骨系統ヘノ轉移著シク又各所ノ淋巴腺系統ヘモ亦タ轉移シ得ルモノナリ。

又ソノ後 Roulet, Oberling, Rössel, 緒方氏等ニヨリ全身ノ網狀織内皮細胞系ニ同様ノ腫瘍ヲ來シ、全身淋巴装置ノ腫脹ヲ特異トスルモノ認メラレ、Retikulosarkomatose、或ハ Retothelsarkomatose ト命名セラル。ソノ原發竈トシテハ頸部又縱隔竇等ノ淋巴装置、或ヒハ肝、脾等ノ網狀織内皮細胞系等報告セラレアリ。

然ルニ本症例ニ於テハ骨系統ニ線學的並ビニ病理學的ニ原發竈ト見做ス可キモノヲ認メズ。又全身淋巴腺系統ニモ原發竈無ク、著明ナル轉移スラ發見シ得ズ。本症例ノ原發竈ハ結局、下腹部腹壁ノ皮下組織ト思惟サレ、ソノ轉移ハ全ク小圓形細胞肉腫ノ血行性轉移ノミニヨルモノニシテ、混在セル細網肉腫ニ特有ナル系統的ナル同組織走行性轉移形成(homohistotrope Metastasenbildung)ハ認メラレズ。

2) 血液像：本腫瘍ハLイムペヂン⁷検査強陽性ニシテソノ發生原因ハ何等カノ微生物ノ想像サルハ所ナリ。

コノ原因ガ直接或ヒハ間接ニ、皮下組織及ビ皮下網狀織内皮細胞ニ働き、ソノ一部ニ細網肉腫ヲ形成セルモノト思惟セラル。而シテ一方腫瘍ハ血行性轉移ヲ示セルガ故ニ、當然コノ原因ハ骨髓中ノ網狀組織(Retikuläres Gewebe)ニモ直接又ハ間接ニ作用シ、ソノ増殖ヲ來サシメテ然ルベキモノナレドモ、患者ノ骨髓像ハコレニ反シLミエロチーテン⁷、Lプロミエロチーテン⁷異常ニ多ク、從ツテ末梢血液像ニ於テモ亦タ幼弱中性嗜好性白血球殊ニ桿狀核ノモノ著明ニ増多セリ。此ノ特有ナル血液像ノ由來ヲ追及スル目的ヲ以テ、患者ノ血清(コノ中ニ本疾患發現ノ重要ナル因子ト思ハレル或物ヲ含ムト考ヘラレル)ヲ絶食セル家兎ノ靜脈内ニ注入シ、(家兎 1 kg

ニツキ 2.5 cm ノ比)ソノ血液像ヲ檢スルニ圖ノ如ク、正常人ノ血清ヲ用フル場合ヨリ、著明ナル白血球增多及ビ赤血球增多ヲ來シ、白血球ニオイテハ假性「エオデン」嗜好性白血球殊ニソノ幼弱ナルモノノ増加ヲ證明セリ。

コノ點患者ノ末梢血液像ニ於テ桿狀核白血球增多シ、「ミエロプラステン」、「ミエロチーテン」ノ大ナル增多ヲ認メズ、且ツ幼弱赤血球ノ出現ヲ認メタル事實ト合致スル所見ナリ。コノ現象ハ本患者ノ血清中ニ含マル、本症發現ノ因子ガ骨髓ヲ刺戟シ、白血球形成ノ亢進、殊ニ強キ Myelozystenreaktion ヲ起セルモノニシテ、コノ因子ハ骨髓ニ直接作用スルモノナルカ、或ハ體內ニ於テ更ニ複雑ナル機構ヲ經テ後作用スルモノナルカノ問題ハ尙ホ今後ノ研究ニ俟タザルベカラズ。

急性膿胸ノ1治療法

房 岡 隆 三 (京都外科集談會昭和16年6月例會所演)

第1例: 50歳ノ男子。

25日前、突然惡寒戰慄ヲ以テ 40°C ノ高熱ヲ來シ、咳嗽、銹色ノ咯痰アリ、1週間後ニハ 37°C 前後トナツタガ、5日前カラ再ビ 38°C 前後トナリ、右背下部ノ鈍痛ヲ訴フ。

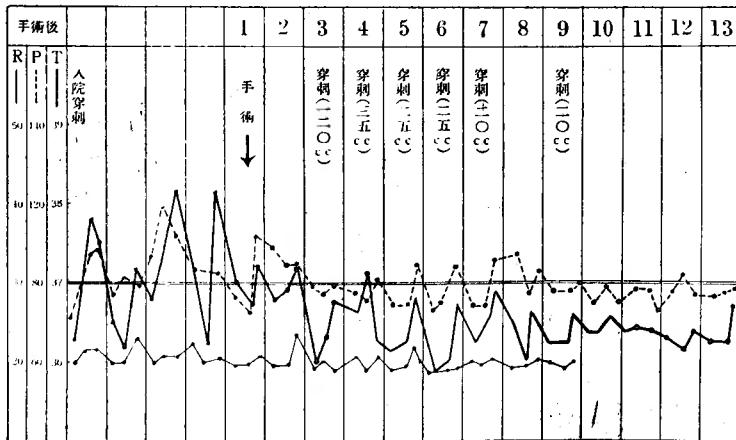
體格、骨格中等、顔面少シク蒼白、苦悶狀ヲ呈シ、脈搏1分時70、正整、緊張良、呼吸1分時22デ安靜。

右胸部ハ左側ニ比シ後腋窩線上ニ於テ少シク膨隆シテキル他ニハ視診上著變ナク、打診上右前ハ第Ⅴ肋骨以下濁音ヲ呈シ、ソレヨリ側方カラ後方ニ廻リ下方ニ向フ程濁音ノ程度強ク、後下部ニハ壓痛アリ。聽診上、上記濁音ノ部ハ呼吸音弱ク下ヘ行ク程ソノ程度弱ク、後下部ハ殆ンド呼吸音ヲ聽キ得ズ。左側ニハ異常ヲ認メズ。

右肋膜腔ヲ穿刺スルニ淡黄色ノ膿汁ヲ證明シ、双球菌ヲ證明シタ。依ツテ肺炎後ノ膿胸ト診斷。手術ヲ行フ。

手術方法: 右側腋窩線上、第Ⅷ肋骨ニ沿ヒ約7糎ノ皮膚切開ヲ加ヘ、subperiostalニ約7糎ノ肋骨切除ヲ行ヒ、試験的穿刺ニ依リ膿汁ノ存在ヲ確メタル後、此ノ部ニ於テ肋膜腔ヲ開クニ約 300cc ノ黄色、惡臭アル膿汁ト多量ノ Fibringerinnsel ヲ證明シタ。此等ノ膿汁、Fibringerinnsel ヲ充分ニ排除シタ後、生理的食鹽水ヲ以テ洗滌液ガ充分 klar トナルマデ膿瘍腔ヲ洗滌シテ此ヲ充分吸引シテ後、肋膜、筋膜、皮膚ヲ夫々縫合閉鎖シタ。

第 1 圖



經過(第1圖): 術後ハ極メテ良好ナ經過ヲトリ、翌日ヨリ呼吸極メテ安靜トナリ、術前ノ苦痛モ去リ、術後1週間穿刺ヲ行ツタ丈デ創モ第1期癒合ヲナシ25日目ニハ全治退院。實際ハ術後10日目カラハ膿汁ノ淋漓ナク

發熱型モ正常トナツテ居ルカラ、此ノ日ヲ以テ全治シタトミナスベキデアラウ。

第2例：56歳ノ男子。

約40日前突然 38.5°C ノ體溫上昇ガアリ、右胸部ニ疼痛強ク強度ノ咳嗽、大量ノ咯痰ヲ訴フ。

體格、骨格中等、榮養衰ヘ顔面蒼白、苦悶狀ヲ呈シ脈搏1分時70、正整、緊張良、呼吸ハ1分時24、右胸部ハ呼吸運動少シク遲延シ、打診上特ニ右ハ強濁音ヲ呈シ呼吸音極メテ弱、時々捻髮音、笛聲音ヲ聽キ聲音震盪モ弱イ。前胸部第Ⅴ肋骨以下濁音ヲ呈シ呼吸音弱クソノ上方ハ呻軋音、笛聲音ヲ聽ク。

穿刺ニヨリ黃色ノ膿汁ヲ證明シ、Erreger ハ双球菌デアツタ。

診斷：膿胸。

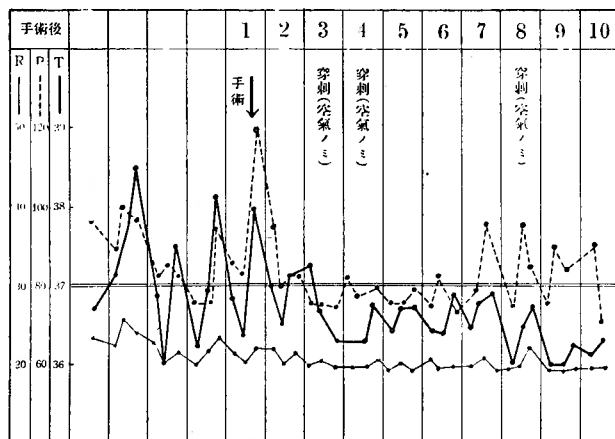
手術：一

手術方法：右後腋高線上、第Ⅷ肋骨ニ沿ヒ約7種ノ皮膚切開ヲ行ヒ subperiostal = 肋骨ヲ7種切除シテ試験的ノ穿刺ニ依リ膿汁ノ存在ヲ確メテ後、此ノ部ニ於テ肋膜腔ヲ開キ黃色、惡臭少キ膿汁ヲ約500 珎排除シタ。此ノ際 Fibringerinnsel ハ殆ンド證明シナカツタ。

前症例同様膿瘍腔ヲ生理的食鹽水ヲ以テ充分ニ洗滌シタ後、此ヲ徹底的ニ吸引シテ肋膜、筋膜、皮膚ヲ夫々縫合一次的ニ閉鎖シタ。

經過(第2圖參照)：術後極メテ良好デ3日目、4日目、8日目ニ行ツタ穿刺ニ際シテモ空氣ノミデ膿汁ハ全然證明サレズ、創モ第1期癒合ヲナシ、術後11日目術前ノ苦痛ハ全然消失シテキル。此ノ例ハ術後4日目カラハ熱型モ正常トナリ、勿論穿刺及ビレ線檢査デモ膿ハ證明サレナカツタ。今後此ノ状態ヲ持續スレバ術後3日デ全治シタト云ヒ得ルト思ハレル。

第 2 圖



考察 急性膿胸ニ際シ、胸腔内ノ膿汁ヲ排除ス可キコトハ自明ノ理デアリ、ソノ排除法トシテ外科的ニ從來カラ行ハレテ居ルコトハ、第1ニ穿刺ヲ繰リ返スカ或ハ穿刺後 Antiseptica ヲ使用シテ洗滌スルカ、又ハ之等ノ藥劑ヲ注入スル方法デアル。ソノタメニ Jodformglycerin ノ注入、或ハ 0.1% Rivanol 液等ノ洗滌、最近デハ Sulfonamid 劑注入ヲ行ヒ良結果ヲ得タトノ報告ガ多數アル。第2ニハ Bülausche Heberdrainage ガアル。

此レハ手術ガ簡單デ相當重症ノ患者ニモ行ヒ得テ小兒等デハ此レ丈デ治癒スル場合ガ多イ。

ソノ他ニハ Einfache Thorakotomie ヲ行フカ、或ハ Thorakotomie mit Rippenresektion ヲ行ヒ、hermetischニ吸引ヲ行フ方法ガアル。即チ以上ノウチ何レノ方法ヲ用キテモヨク之ヲ全治セシメ得ルモノデアル。

併シ穿刺或ハ Bülau ノ Heberdrainageニ於テハ、膿胸腔内容ニ Fibrinmasse ノ多量ニ含マレテ居ル時ニハ、ソノ目的ヲ達シ得ナイ時ニ胸壁ノ Phlegmone ヲ惹起スル惧レガアル。而モ我々ハ昨年6月ノ近畿外科學會デモ述べタ様ニ、Fibrinmasse ノミヲ殆ンド全内容トスル急性膿

胸=遭遇スルコトガアル。斯様ナモノニ對シテハ以上ノ方法ハ何等效ヲ奏シナイノデアアル。

ソレデ從來我々ハ原則的ニ開胸術ヲ行ヒ、膿及ビ Fibrinmasse ヲ徹底的ニ吸引排除シテソノ後 Drainage ヲツマケソレデヨク全治セシメ得タノデアアル。

併シ此ノ方法ヲ行ツテ居ルト必ズ二次的感染ガ起リ得ル。マタ Drainrohr ヲ經テ體液ノ損失ガアル。更ニ Drainrohr ガ1ツノ異物トナリ得ル。

以上ノコトヨリヨシソレガ全治スル場合デモソノ期間ガ長クナルハ當然ノコトデアアル。

ソコデ我々ハ上述ノ手術方法ニヨツテ全治迄ヘノ期間ノ短縮ヲクワダテ僅ニ2例デハアルガ全治迄ヘノ時間ガ頗ル短縮サレタノデアアル。

尤モ氣管支瘻ヲ伴ツテキルモノニ對シテハ本法ノ適應ハナイデアラウ。更ニ肺炎菌以外ノ場合ニ於テモ此ノ方法ガ常ニ最良デアアルカ、又結核菌ノ混合感染ヲ來シテ居ル場合ニ如何ニナルカ、或ハカ、ル手術ヲ行フベキ時期ノ決定ヲ如何ニスベキカ、等今後ノ吟味ハ必要デアアル。

結核性肋膜炎ニ對スル外科的療法

趙 英 奇 (京都外科集談會昭和16年9月20日所演)

患者：川〇明，21歳 男子，大工。

昭和14年12月14日(約2年前)ニ尿道下裂ノ診斷ノ下ニ本外科ニ入院後、本年3月7日迄ニ13回ノ手術ヲ受ケソノ内1回ハ持續的導尿ノ爲ノ高位膀胱截開術、他ハ全部不成功ナ尿道成形手術デアツタ。數回腎盂炎ヲ起シ現在尿中ニハ大腸菌及ビ白血球ヲ多數證明シ得。又本年4月中旬頃カラ左側副睾丸結核ニ罹患シテ、現在ニ至ル。

本年5月18日突然惡寒ト共ニ 40°C ノ發熱ヲ來シ、全身ノ倦怠感及ビ左胸部ノ痛感ヲ訴ヘ、脈搏120、心動上昇シ、胸部デ前後共ニ打診音短、呼吸音弱、聲音振動下降シテ、トキドキ摩擦音ヲ聞ク。ソシテ3日後ニ殆ンド左胸部全部ニ濁音ヲ證明シ、レ線所見デハ左肺全部ニ均等性ノ \perp シャツテン \perp ヲ觀、穿刺ニヨツテ茶褐色ノ半透明液約500cc得タ。Erregerハ證明出來ズ、即チ左胸部ノ滲出性肋膜炎デアアル。ソノ後2週間ハ 39°C 前後ノ弛張熱デ、以後ハ最高 38°C マデノ熱ガ續イテ約8週間ヲ經タ。此ノ間ニ7回ノ穿刺術ヲ行ヒ、毎日350cc乃至1600ccノ滲出物ヲ合計5900cc吸引シタガ、尙ホ溜溜スル傾向ガ強イノデ、發病後約8週間目ノ7月15日此ノ濕性肋膜炎ニ對シテ開胸手術ヲ行ツタノデアアル。即チ術前ノ胸部所見トシテハ、左側下半分ニハ濁音ヲ證明シ呼吸音弱、滲出物ノ存在ヲ示シテキタ。一般狀態トシテハ、血液像：赤血球355萬、Hb75%(ザーリー)、白血球10100、中性白血球72%、食慾ハ比較的ヨイガ、體重ハ次第ニ減少シテ、發病前54.5kgノモノガ當時ハ47.5kgデアツタ。

術式及ビ手術所見：

左ノ第VI肋骨ヲ側胸部ニ於テ約8cm切除シテ、ソコヨリ約6cmノ切開ヲ加ヘテ肋膜腔内ニ到達シ、平壓開胸術ノ下ニ、穿刺ノ際ニ得タルモノト同性質ノ液體ヲ約400cc吸引シタ。胸壁肋膜ハ肥厚シテ居テ、數箇所デ肋膜トノ間ニ纖維性ノ癒着ガアリ、肺ハ大體ニ於テ萎縮シ肉眼的ニハ何處ニモ結核結節ヲ認メ得ズ。ソコデ滲出液ヲ充分ニ吸引シタ後ニ、纖維性物質ヲモ除去シテ胸腔内面ヲ \perp ガーゼ \perp デ \perp マツサージ \perp ヲ行ヒ、ソノ後連續縫合デ肋膜壁ヲ閉鎖シ、中ノ空氣ヲ出來ルダケ吸引シテ、皮膚縫合ヲ施シテ手術ヲ終ツタ。胸壁肋膜ノ組織標本ニ結核性變化ヲ認メ得タ。

術後4日目及ビ7日目ト2回穿刺ヲ試ミタガ、何レモ液體ヲ證明シ得ナカツタ。ソノ後約40日間ハ大體 38°C マデノ弛張熱ヲ示シタガ、ソレ以後ハ殆ンド平熱トナリ、體重、食慾モ次第ニ増加シテ現在ニ至ツテキル。(術後40日體重41.5kg、現在術後60日43kg)。現在ノ胸部所見トシテハ左胸下部打診音 \perp 、短、呼吸音 \perp 、弱、

音響振動ヤ、弱クレ線所見デハ、左横隔膜ガヤ、高舉サレテモル以外ハ著明ノ變化ナシ。

即チ此ノ例デハ數回ニ互ル單ナル穿刺デハ消失シナカツタ肋膜炎⁶ノ滲出液ガ開胸シテ吸引シタコトダケデ、直チニ消失シタノデアル。

從來滲出性肋膜炎ハ今日迄ハ内科的領域ニ入レラレテ居ルノデアルガ、單ナル保存的療法デハ治癒シ難イカ又ハ非常ニ長時間ヲ要スルカ、又ハ治癒シテモ色々後遺症ヲ殘スコトガ間々アルノデアルカラ、カ、ル場合ニハ此ノ例デモミル様ニ手術、即チ開胸術ヲ行フコトヲ推奨シタイ。コノ手術ノ效果的デアル譯ハ次ノ如キコトデアルト考ヘラレル。1) 胸腔内ノ病的産物ヲ完全ニ除去シ得ルコト。2) 開胸、「マツサーヂ」等ニヨツテ局部所ニ充血ヲ來スコト。ツマリ結核性膿胸、或ハ結核性腹膜炎ノ際ニ、開胸術又ハ開腹術ヲ行フ場合トソノ意圖ハ同一デアル。ソレ故ニ此ノ手術ハ滲出性肋膜炎バカリニデナク、成形性腹膜炎ニ對スル様ニ乾性肋膜炎ニ對シテモ行ツテヨイ結果ヲ期待シ得ルモノト思ハレル。伴テ藤浪助教授ガ、肋膜炎ノ滲出液ヲ穿刺中ニ針ヲ折ツテ來タモノニ、開胸術ニヨリテ針ヲ取り出シ、ソノ結果肋膜炎モ治癒セシメタ例ヲ報告シタ。ソレ以外ニハ最近岡山ノ小畑氏ガ大體本例ト同様ノ方法デ滲出性肋膜炎ヲ治癒セシメタノ報告ガアル(日本外科學會雜誌14年6月)。

所謂肋膜炎ヲ内科ノ領域カラ外科ノ領域ニ持ツテクル爲ニハ尙ホ外科ニ於テモ充分ノ研究ヲ積ンデ、然ル後ニ此ノ點ヲ高唱ス可キデアラウガ、面白イ問題デアルト思フ。

三叉神經痛ノ本態ニ就テ

林 伸 琛 (京都外科集談會昭和16年6月例會所演)

患者: 55歳 女子(入院昭和16年5月12日)。

主訴: 左側顔面ノ疼痛發作及ビ歩行障礙。

現病歴: 昭和14年6月頃ヨリ歩行蹣跚ヲ來ス。歩行障礙ハ其後少シク増強セルモノノ如シ。昭和15年10月頃ヨリ當初ハ左側前頭部、後ニハ左側顔面ニ及ビ知覺異常(ビリビリスル感)及ビ知覺鈍麻ヲ來セリ。知覺異常ノ程度ハ日ニ依ツテ異レリ。ソノ頃ヨリ何時トハナシニ左側ノ頭痛ヲモ加ヘル様ニナル。本年2月頃ヨリ此ノ知覺異常ガ激シクナリ、左顔面ヨリ左耳殼部ニ放射スル激烈ナ疼痛發作ヲ來ス様ニナル。此ノ發作ハ數分ニシテ消失スルモ、ソノ際發汗ヲ伴ヒ惡寒ガアルト云フ。又此ノ發作ハ朝洗顔ノ際ニヨク起ル。其ノ際ニハ平素好メル食物モ無味ニ感ズル。本年2月ニハ腹部全體ニ灼熱感ヲ來シ、ソレト共ニ左側顔面ノ神經痛發作ヲ來セルコトアリ。食嗜障礙サレ睡眠モ疼痛ノタメニ妨ゲラレ、便通ハ便秘ニ傾ク。

既往歴、家族歴ニ特記スベキコトナシ。

現症: 體格中等、骨格纖弱、榮養ハ低下ス。脈搏尋常、血壓110—65 mmHg、其他一般所見ニ著變ナシ。局所々々見。顔面ハ左右略々對稱性、觸診ニ依リ Valleix ノ壓痛點ハ左上眼窩孔及ビ左下眼窩孔ニ證明サレル。知覺検査ニ依リ左側顔面ニ痛覺鈍麻ヲ證スルモ觸覺鈍麻ハ證明サレナイ。左側耳殼部ハ發痛性部位アリ、即チ其部ヲ觸レル時ハ疼痛ヲ惹起ス。左側角膜反射低下ヲ證ス。四肢ニ知覺障礙ヲ證明セズ。ロムベルグ症候ハ證明サレナイカ右片足直立不安定ニシテ蹣跚ヲ呈シ右膝關節運動ノ粗大カ力低下、左右膝蓋腱反射ハ消失シ右アヒレス腱反射ノ低下ヲ認ム。異常反射ハ證明サレズ。歩行ニ於テ右下肢ノ運動失調ヲ認ム。頭蓋底ノレ線攝影ニテハ異常ヲ認メズ。

診斷、左側三叉神經痛。

經過: 16/V 左ガツセル氏神經節ニ純¹アルコール¹ 0.4 cc ヲ注入セシ所左側角膜反射消失、全三叉神經支配領域ニ知覺麻痺ヲ來セルモ、ナホ左側前頭部及ビ耳殼部ニ神經痛發作ヲ訴ヘルタメ更ニ 1.0cc ノ第2回 「アル コール」 注入ヲ行ヘリ、此レニ依ツテ左三叉神經領域ノ疼痛ハ大體消失セルモ、ナホ左後頭部及ビ頭頂部耳殼部ヘ放射性疼痛ヲ殘セルタメ、遂ニ脊椎弓切除術ヲ行ヒ頭部第Ⅱ、第Ⅲ、第Ⅳ左側脊髄神經後根切斷術ヲ施シタ所左顔面左頭部左頸上部ハスベテ他覺的ニ知覺消失シ、自發性表在性疼痛モ消失シテ患者ハ非常ニ朗カニナ

レリ。只時ニ深部性ノ頭痛ヲ訴フ。ナホ術後赤痢様症狀ヲ呈セルタメ隔離ノ止ムナキニ至レルモ、ソノ間1日右上腹部ノ發作性灼熱感ニ續ク顔面疼痛發作ヲ起セルコトアリ。

考察 三叉神經痛ハ心身共ニ健全ナル患者ニ見ルモノト思ハレタルモ、1934年 Lewy ハ精密ナル知覺検査或ハ「クロナキシー」測定ニ依ツテ三叉神經痛患者ニ於テ患側ノ三叉神經支配領域ノミナラズ、更ニ此ノ範圍ヲ越エテヨリ廣汎ナ四肢或ハ軀幹ニ知覺障礙アルコトヲ發見セリ。此レニ依ツテ Frazier ハ三叉神經末梢部ヤガツセル氏神經節ヨリモ一段高位ノ變化、即チ中樞神經系統特ニ視丘 (Thalamus) ノ變化ニソノ原因ヲ歸セリ。更ニ三叉神經痛患者ノ多數ニ循環系統障礙ト同時ニ錐體路及ビ錐體外路症候群ヲ認メラレルコト及ビ三叉神經痛患者ノ剖檢例ニ於テ兩側視丘外側核及ビ内側核ニ多數ノ軟化竈ガ見ラレタコト、又アル例ニ於テ左側頭部及ビ左側軀幹部、四肢ニ視丘性疼痛ヲ來セルモノニ於テ三叉神經ノ「アルコール」注入ヲ行ヒテ顔面ノ疼痛ガ即座ニ治癒セルヲ經驗セルコト。以上ノ觀察カラ彼ハ三叉神經痛ト背後ニハ視丘外側核部ノ軟化ガアルコト。而シテ視丘ノ如キ高位ノ知覺中樞ガ障礙サレルト、ソレヨリ下位ノ知覺路ガ過敏性トナツテ普通ナレバ左様ニ感ゼラレヌ刺戟ガ激痛トシテ感ゼラレルメデアラウ。此處ニ三叉神經痛ノ本態ガ存スルモノト推論セリ。事實吾々ノ例ニ於テ疼痛發作ガ三叉神經ノ支配領域タル左側顔面及ビ前頭部ノミナラズ、同側ノ上部頸髓神經ノ支配領域タル後頭部、耳殼後部ニモ存シタコトハ1個ノ神經ノ末梢部ニ神經痛ノ原因ヲ歸スルコト困難ニシテ、コレヲ多數ノ神經ガ綜合サレテキル中樞部恐ラク Frazier ノ云ヘル如ク視丘ニソノ原因ヲ歸セネバナラヌモノト思考サレル。而モ此ノ例ニ於テ疼痛ガ顔面ト後頭部ト云フ如ク、隣接部位ニ存シ Frazier ノ例ノ顔面ト四肢軀幹部ト云フ如ク廣汎ナル範圍ニ互ツテ存在シテキナイコトハ視丘部ノ變化ガ Frazier ノ例ヨリモツト限局セルモノナルコトヲ暗示スルモノデアル。

レ線學的ニ骨萎縮ヲ證明シ得ザリシ骨軟化症ノ1例

倉 彦 市

患者：29歳女。(昭和14年8月3日初診)。

主訴：妊娠後半期ニ突發セル左側胸痛並ニ咳嗽。

家族歴：既往歴ニ特記スベキモノナシ。

現病歴：昭和14年5月中旬、當時第2回目ノ妊娠9ヶ月ナリシガ、何等誘因ナクシテ急速ニ刺戟性咳嗽ヲ來シ、數日ヲ經テ咳嗽時ニ左胸部下方、第Ⅺ肋骨ニ相當シ疼痛ヲ訴フルニ至リ、同時ニ同所ニ壓痛アルニ氣付ケリ。咳嗽出現以來發熱ナク又咯痰ヲ認メズ。咳嗽ハ依然トシテ持續セルモ、胎兒ニ異常ヲ認メラズ、發病1ヶ月後ノ6月19日滿期安産ス。出産後モ依然、左側胸痛、咳嗽止マズ。7月初旬ヨリ左胸部外下方、第Ⅺ、第Ⅻ肋骨ニ相當スルアタリニ形態異常アルニ氣付キ、7月末ヨリ深部胸痛ヲ訴フ。

發病當初ヨリ腰痛ナク、胸骨ソノ他ニ於ケル骨痛ヲ訴ヘルコトナシ。

食思不振、睡眠不良、便秘尋常、月經未潮。

現在症：(初診時8月3日、發病3ヶ月後)。

體格中等大、骨格ヤキ纖弱、榮養略々尋常。胸腹部諸臟器ニ特記スル所見ナシ。

脊柱：形態異常、硬直部、壓痛部ヲ認メズ。

腰部：視診上形態異常ヲ認メズ。壓痛ナク、下肢運動時ニモ疼痛ヲ訴ヘズ。

四肢：上下肢共視診上變形ナク、觸診ニヨルモ骨ノ變形ヲ證明セズ、筋ノ萎縮ナク、筋ノ粗大力略々尋常。各關節ノ自他動運動制限ヲ認メズ。脛骨ニ叩打痛ヲ證明セズ。

局所所見：

視診上左側胸部後外下方ニ小ナル隆起ヲ認メ、コノ部ヲ觸診スルニ隆起部ニ一致シテ左側第IX〜第XI肋骨ガ後腋窩線ノヤヤ後内方ニテ異常屈曲ヲナシ、同所ニ壓痛ヲ證明ス。

同ジク第XII肋骨モ亦タ輕度ノ異常屈曲ヲ呈シ壓痛アリ。之等ノ屈曲部ニハ輕度ノ肥厚アルモ捻髪音ナシ。殘餘ノ肋骨及ビ胸骨ニ壓痛又ハ叩打痛ヲ證明セズ。

血液所見：特記スベキ病的所見ナシ。

レ線検査：(第1回、8月4日、發病約3ヶ月後)。

左第IX〜第XII肋骨ニ骨折像ヲ認ム。

兩骨折端ノ側方轉移ハ認メラザルモ、輕度ノ屈曲轉移アリ。骨折部ノ周圍ニハ假骨ノ發生ヲミルモ、骨折線ハ尙ホ比較的幅廣キ透明帶トシテ存在ス。即チ第IXヨリ第XII肋骨ニ至ル上下4本ニ互ル肋骨ニ骨折ヲ證明シ、シカモモノモノハ末ダ完全ナル骨性癒合ニ達シ居ラザルモノト認メラル。

レ線寫眞上、上記ノ肋骨々骨折像以外ニ隣接肋骨、脊椎骨等ニ認メ得ベキ骨萎縮ヲ證明セザリキ。

經過：骨軟化症ノ疑ノ下ニ、8月10日頃ヨリ Vigantol、肝油、磷等ヲ投與シ、觀察ヲ續ケシニ治療開始後2週目頃ヨリ咳嗽漸次輕度トナリ胸痛モ亦タ輕減ス。治療開始後、20數日ヲ經タ9月7日ニ至リ、全身骨骼ノレ線撮影ヲ行フ機會ヲ得タリ。ソノ所見ニヨルニ前記骨折部ハ完全ニ骨性癒合ヲ營ミ、骨折線ト見做スベキ透明帶ハ消失シ、唯ソノ部ガ輕度ニ屈曲シ、又紡錘形ニ肥厚シオルコトニヨリ、骨折部ナリシコトヲ知り得ル程度ニ迄治療シオレリ。

全身即チ頭蓋、胸腰椎、骨盤、上下肢等全骨骼ノ何レニモ認メ得ベキ骨萎縮像ヲ證明セズ。特ニ骨萎縮ノ早期著明ニ現ハルルト云ハレル手骨ニ變化ナク、又本病特有ノ骨盤骨變形モ認メラレズ。

診斷：發病後3ヶ月ヲ經テ初診シ、臨床所見並ニレ線所見ニヨリ數本ノ肋骨々折ヲ證明シ得タガ、コレハ咳嗽發現當初、或ハ少ク共咳嗽發現後旬日ナラズシテ發生シ日ヲ追フテ骨折肋骨ノ數ヲ増セルモノナルコトハソノ病歴ヨリシテ明カナル事實ナリ。

而シテ骨折ガ咳嗽ノ原因ナリシヤ或ハ咳嗽ガ骨折ノ原因ナリシヤ速斷ヲ許サザルモ、少ク共ソノ前後ニ外傷ヲ受ケタルコトナキハ事實ニシテ、單ナル咳嗽ニヨリ健康成人ニ於テ肋骨々折ヲ來ストハ理解ニ苦シム所ニシテ、之ガ特發性骨折ト解スルハ極メテ妥當ニシテソノ原因トナル何等カノ系統的骨疾患ノ先行シ居リシハ明カナリ。

而シテカカル年齡ニ特發性骨折ヲオコスベキ原因トナル系統的骨疾患ニハ、1) Osteoporose, 2) Osteospathyrosis, 3) Ostitis fibrosa generalisata, 4) Spätrachitis 等ヲ擧ゲ得ルモ、次ノ2點ヲ根據トシテ之ヲ妊娠性骨軟化症ト診斷シテ大過ナカラント思考ス。即チ1) 本患者ハ29歳ノ妊婦ニシテ、而モ特發性骨折ハソノ妊娠後半ニ於テ生ジ始メ産褥期ニ入ツテ増悪シタル點。2) 初回レ線所見デハ特發性骨折ヲオコシ始メテヨリ3ヶ月ヲ經過セルニモ拘ラズ、骨折部ノ骨性癒合不十分ナリシガ、之ニ Vigantol、肝油、磷等ヲ投與スルコトニ依リ骨折部ノ骨性癒合ヲ短時日ニ完了セシメ得タル點。以上2點ガソノ根據ナリ。

考察 骨軟化症ハ春機發動期以後ノ成人ニ來ル疾患ニシテ女性ニ多シトセラル。シカモソノ多數ハ妊娠ト密接ナ關係アリ。就中大多數ハ妊娠後半期及ビ産褥期ニ症狀ヲ現ハスト云ハレ、從ツテ妊娠性骨軟化症、産褥性骨軟化症ノ名稱アル所以デアル。

骨軟化症ノ原因ニ關シテハ古クハ非衛生説、遺傳説、傳染説アリ。現今ニテハ内分泌異常特ニ卵巢、甲状腺、腦下垂體説、新陳代謝異常説、 C 「 V イタミン」特ニ C 「 V イタミン」D缺乏説行ハルルモ、之等ノ原因ガ單獨ニオコリ、夫レガ單獨ニ原因スルヨリモ、ソノ2〜3ノモノガ相關

聯シテ起リ、ソノ協同下ニ骨軟化症ヲ起ストイフ考ヘニ歸結シツ、アリ。

病理解剖學的ニハ要スルニ骨系統ニオケル石灰及ビ燐ノ新陳代謝障礙ガ見ラレルノデアルガ夫レニ2説アツテ、1) 骨組織ニ於ケル石灰沈着作用ハ正常ニ行ハレテキルニモ拘ラズ、吸收作用ガ異常充進シテキルトナスモノ (Pommer, 植野)。

2) 吸收作用ニハ變化ハナイガ、石灰沈着作用ガ異常ニ衰ヘテキルトナスモノ (Looser, 柴田) トノ2ツトナス。ソノ何レガ正シキ考ヘナリヤノ決定ハシバラク措クトスルモ、骨組織中、石灰質ガ缺乏シ、骨ハ脆弱トナルハ事實デアル。先ニ Pommer (1885) ハ骨萎縮ナキ骨軟化症ヲ報告シ、本疾患ニハ石灰沈着代謝障礙ガアリ、骨痛、骨軟化ヲコソ必來スルガ骨萎縮ハ第二義的ノモノデ、之ニ並行シテ偶發スル營養障礙ノ結果デアル。又骨痛ノタメ靜臥スルコトニヨリ起ル Inaktivitätsatrophie ニ過ギナイ。ト説明シタ。

之ニ對シ Looser (1920) ハ骨萎縮コソ本疾患ノ本態デアリ、レ線像ニ於テ骨皮質ノ Auf-faserung, Verdünnung, 骨髓質ノ増殖ガ認メラレル。而モ假令骨痛ノタメ靜臥スル場合デアツテモ、下肢ハ比較的 Inaktivität ノ状態ニ置カレルトモ上肢殊ニ手掌ハ比較的使用セラル、ニモ拘ラズ、カハル骨萎縮所見ハ手掌骨ニ早期ニ認メラレル。而シテ重症ニナツテ、ソノ程度ガ進ンダモノニ初メテ骨折骨變形等ヲ來ス。ト云フ。而シテ現在ノ所 Looser ノ説ニ賛成スル學者多キ傾向ニアル。

吾人ハ茲ニ妊娠性骨軟化症ト思考セラル、1例ニ遭遇セルガ、本例ニ於テハレ線學的ニ骨萎縮ヲ證明セズ、只數個ノ肋骨ニ特發性骨折ヲ見タリ。勿論ソノ初回レ線検査ハ發病後3ヶ月ヲ經過セル後ノコトニ屬スルヲモツテ、發病時ノ所見ヲ云々スルハ早計ナルモ、少ク共骨折部ノ骨性癒合不充分ナル時期ニ於テソノ近接骨節ニ何等骨萎縮ノ像ヲ證明セズ。又ソレヨリ1ヶ月後ノ全身骨節ノレ線検査ニ於テ、全身骨節ノ何レノ部ニモ骨萎縮ヲ思ハス所見ヲ證明シ得ザリキ。

Eisler ハ元來 porös ナ骨ニ於テソノ Porosität ノ増減ヲレ線學的ニ證明スル道ナシ。ト嘆ジテ居ル如ク、少ク共初期ニ於テハレ線學的ニハ證明シ得ザル脆弱性ガ存在シ、夫レガ本症ノ如ク特發性骨折トシテ症狀ヲ現ハスコトアルモ、ソノ時期ニハ未ダ骨萎縮ノ状態ヲ示スニ至ツテキナイ場合ガアリ得ルト考ヘルノガ至當デアラウ。

柴田(1932)ハ妊娠性骨痛ヲ反覆スル患者ニシテ Vigantol, 肝油, 燐等ノ投與ニヨリ治癒セシメ得タ骨軟化症2例ヲ報告シテキルガ、ソノ記載ニ於テレ線學的ニ何等骨萎縮ノ像ヲ證明セザリシヲ指摘シテキル。

以上ノ考察ヨリシテ本症例モ亦タ骨萎縮ヲ證明シ得ザリシトハイヘ、之ヲ妊娠性骨軟化症ト見做スヲ妥當ト思考スル次第ナリ。

結論：余ハ茲ニレ線學的ニ骨萎縮ヲ證明シ得ズシテ、而モ骨脆弱化ノアラハレナル肋骨ノ特發性骨折ヲ來セル症例ヲ體驗セリ。

本例ハ骨軟化症ノ好發時期タル妊娠後半期ヨリ産褥期ニ於テ發生セル點、並ビニ一般ニ骨軟化症ヲ速カニ治癒センメ得ル療法ト認メラル、^L「^V「^I「^T「^A「^M「^I「^N「^D劑投與ニ依リ效果ヲ擧ゲ得タル點ヨリ、之ヲ骨軟化症ナリト診斷スルヲ妥當トス。

而シテ文獻ニモ骨萎縮ヲ證明セザル骨軟化症ノ報告ヲ散見スルガ故ニ、今後骨痛或ハ特發性骨折、骨變形等ノ症狀ヲ單獨ニ、又ハ合併シテ示ス症例ニヨツテ、殊ニ夫レガ骨軟化症ノ好發時期タル妊娠後半期或ハ産褥期ニ於ケルモノナル場合ニハ、假令ト線學的ニ骨萎縮ヲ證明シ得ズトモ、一應骨軟化症ヲ疑ヒ、詳細ナル臨床検査、經過ノ觀察、治療的診斷等ヲ試ミル要アルコトヲ茲ニ強調シ本例ヲ報告スル次第ナリ。

臨床診断ト手術所見

側頭窩骨膜炎

白石 貞 男 (京都外科集談會昭和16年6月例会所演)

患者：16歳 男子。

主訴：左顴骨弓上部ノ腫脹。

現病歴：約3年前左顴骨部ガ漸次腫脹シ來リ時々鈍痛ヲ同部ニ來ス。此ノ腫脹ハ其後次第ニ増大シ、本年4月本院某科ニ骨腫ヲ診斷ノ下ニ入院、^L線治療ヲ受タルニ腫脹ハヤ、縮小シ鈍痛モ輕度トナツタ。發病以來熱感頭痛、耳鳴、難聽、視力障導等ハ氣付カナシ。

既往症：3年前左上顎竇蓋膿症ニ罹リ某病院ニテ手術ヲ受ク。

遺傳歴：特記ス可キモノナシ。

入院時ノ状態：

視診 右鼻根部ガ稍々腫脹シ巾廣ク右側頭窩ヲ中心ニ約6cmノ直徑ノ圓形ヲナセル暗褐色ノ色素沈着アリ。此ノ部ニ又瀰漫性ノ腫脹アリ。限界不鮮明、表面平滑。又此ノ部ヨリ側頭部ニカケ毛髮脱落アリ。^L線治療ノ際左眼瞼ハヤ、浮腫狀トナリ左眼裂セマク、又下顎強直アリ。開口時齒列間約1cmヲ開クノミニシテ口ツキノ際下顎ハ左ニ轉位ス。他ニ顔面神經、動眼神經麻痺ヲ見ズ。

觸診スルニ局所體溫上昇ナシ。腫脹ニ一致シ6cm直徑ノ腫瘍アリ。此ノ上、外、内側限界ハ不鮮明、下ハ顴骨弓下ニ續ク。表面平滑、軟骨様硬、顴骨上緣ニ壓痛アリ打叩痛アリ。

^L線像ニテ腫瘍部ニ陰影ヲ認メズ。ヨリテ骨腫ニ非ザルコトハ明カナリ。纖維腫ナラントノ診斷ノ下ニ、手術ヲ行フ。

手術所見：腫瘍ノ周圍ヲ半圓形ニ皮膚切開ヲ加ヘ、側頭筋ヲ切開ス。腫瘍ハ筋内ニ瀰漫性ニ存シ、境界甚ダ不鮮明、骨膜ハ腫瘍ト強ク癒着シ其ノ後壁ヲナス。骨ノ肥厚ハ認メズ、ヨツテ腫瘍ヲ骨膜ト共ニ側頭窩ノ骨面ヨリ剝離スルニ、側頭窩ノホボ中央ニ直徑Ca 5mmノ骨孔アリ。腫瘍ハ此ノ孔ヨリ莖ヲ以テ頭蓋腔内ニ連絡ス。此ノ莖ヲ切斷シ、腫瘍ヲ下方ニ向ヒ骨ヨリ剝離シ行クニ腫瘍ハ顴骨弓下ヲ通り下方ニ連ルヲ知ル。即チ腫瘍ハ側頭筋ノ全範圍ニ互レリ。ヨツテ腫瘍ヲ筋ト共ニ剔出ス。次デ側頭骨窩ノ骨孔ヲ中心トシテ側頭骨ヲ3×3cm除去シテ檢スニ、此部ノ硬膜ハCa 5cm×5cm白色ニ肥厚シCa 2cmノ厚サアリ。ヨリテ此ノ部ノ硬膜ヲ切除ス。其ノ下ノ腦表面ニ異常ナシ。

剔出標本ヲ切開スルニ中央ニ約蠶豆大不規則形ノ腔アリ。肉芽組織ニテ充サレ約豌豆大ノ腐骨ヲ入ル。

組織學的検査：中央腫ノ肉芽組織ノ周圍ニ結締織増殖及ビ側頭筋ノ結締織化アリ。此ノ中ノ細胞浸潤輕度