

面神経頰筋杖と一部癒着していたが、之を保護して、完全摘出を行つたが、軽度の顔面神経麻痺を残してしまつた。

再発に対しては放射線治療も効ありとされている。この患者に対しても目下放射線照射を行つている。

結 論

62才女子の右耳下腺に発生した粘表皮癌の1例を経験したので、其の組織学的特徴、臨床症状、治療等に就て、2~3の文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) Anderson, W. A. D.: Pathology, 754, 1953.
- 2) Foote, F. W. & Franzell E. L.: Tumors of

- the major salivary glands, A. F. I. P., Section IV-Fascicle II, 79, 1954.
- 3) Kirklin, J.W. et al: Parotid Tumors, Surg. Gyn. & Obst., 92, 721, 1956.
- 4) 宮地徹: 臨床組織病理学, 208, 1956.
- 5) 太田邦夫: 唾液腺腫瘍について, 臨床病理, 3, 203, 1955.
- 6) Patey, D. H. & Thackray A.C.: The treatment of parotid tumors in the light of pathological study of parotidectomy material. Brit. J. Surg., 14, 476, 1958.
- 7) Stewart, F. W. et al: Mucoepidermoid Tumors of Salivary Glands, Ann. Surg., 122, 820, 1945.

僧帽弁交連切開後過高熱を来した1例

山口県立医科大学外科学教室第1講座 (松本 彰教授)

佐々木 和 昭・八 牧 力 雄

(原稿受付 昭和33年12月15日)

HYPERPYREXIA FOLLOWING MITRAL COMMISSUROTOMY REPORT OF A CASE

by

KAZUAKI SASAKI and RIKIO YAMAKI

From the 1st Surgical Division, Yamaguchi Medical School
(Prof. Dr. AKIRA MATSUMOTO)

Patient: H. K., a 45-year-old miner was admitted on May 29, 1956 with complaints such as palpitation, dyspnea and bloody sputum, sometimes accompanied by edema. These symptoms were not relieved by rest.

Physical examination revealed a well developed and well nourished individual without cyanosis. The puls rate was irregular at 48/minute. The blood pressure was 141/62 mm Hg. The thorax was well resonant with a precordial bulging. Cardiac dullness enlarged bilaterally. Auscultation revealed a diastolic rumbling murmur above the cardiac apex and marked accentuation of the second pulmonary sound. The liver was palpable. There was no abdominal tenderness. The extremities were free of edema. The tendon reflexes were equal and active.

At urinalysis protein and urobilinogen were positive. Slight hepatic disturbance was proved by means of bromsulfalein test. A chest x-ray film showed generalized cardiac enlargement. The electrocardiogram was interpreted as follows: i) right

axis deviation; ii) absolute arrhythmia with auricular fibrillation, and iii) right ventricular hypertrophy with myocardial damage.

At cardiac catheterization the following data were obtained: i) pulmonary pressure (mean)---62mm Hg; ii) pulmonary vascular resistance---128 dynes. sec. cm;⁻⁵ iii) mitral orifice area---0.578cm², and iv) cardiac index---2.14 l/min/M².

On the basis of the physical and laboratory findings, the diagnosis of mitral stenosis was made. On June 25, 1956 mitral commissurotomy was undertaken. The mitral orifice was so small that it hardly permitted passage of an index finger. There were felt calcification of the leaflets and moderate regurgitation in the anterior commissure. The orifice was enlarged to about 4 cm² in area.

Before commissurotomy the left atrioventricular filling pressure gradient was not proved due to marked elevation of both the left atrial and ventricular diastolic pressures. This hemodynamics was not altered by valvulotomy.

Biopsies of the lung and the auricle revealed as follows: i) pigment macrophages in alveolar space; ii) slight thickening of alveolar wall; iii) slight dilatation and congestion of alveolar capillaries; iv) intimal hyperplasia and medial muscular hypertrophy of pulmonary vessels; v) thickening and hyalinization of endocardium; vi) subendocardial lymphocyte and fibroblast infiltration, and vii) hydropic degeneration of myocardium.

On the day after the surgery general condition was fairly good: consciousness was clear and the diastolic murmur above the cardiac apex disappeared. On the next day, however, right hemiplegia and incontinencia urinae developed, accompanied by deviatio conjuguee. The body temperature at most was 38.5°C and the blood pressure was 120/60 mmHg. Three days after the surgery the body temperature rose up to 41°C and the patient became unconscious. The pulse was thready (110/minute). The blood pressure was 80mm Hg in systole and unmeasurable in diastole. He had neither cough nor sputum. The thorax was well resonant. No rale was audible.

General hypothermia was instituted. The rectal temperature fell from 42°C to 38.8°C gradually. Death occurred suddenly.

COMMENT

In our case, hyperpyrexia appeared with hemiplegia following mitral commissurotomy. Accordingly, it is supposed that this condition might be due to emboli affecting the heat centers of the brain.

僧帽弁交連切開後の厄介な合併症として過高熱がある。吾々は最近このような症例を経験したのでその大要を述べ大方の参考に供する。

症 例

患者：児○久○，15才，炭坑夫，昭和31年5月29日入院。

主訴：呼吸困難。

現病歴：昭和21年1月頃より何等誘因と思われるものなくして呼吸困難と心悸亢進を来し歩行不能となつた。その頃咳嗽発作と共に血痰を咯出したことがある。某医により心臓弁膜症と診断され、入院の上内科的治療を受け4月下旬軽快退院した。その後は軽作業に従事していたが、時々心悸亢進、呼吸困難、浮腫を

来しチギタリスの服用で軽快するのが常であつた。昭和30年10月頃より呼吸困難、心悸亢進、血痰等の発作が頻回且つ強くなり、31年1月頃より全身に浮腫が現われ、尿量が著しく減少して来たので再び入院した。約2週間の療養で軽快はしたものの依然呼吸困難や血痰はその後も屢々現われた。

入院時所見：体格中等，栄養良好，貧血並びに浮腫は認められない。脈搏毎分48，緊張は良好であるが不整である。血圧は右撓骨動脈で141/62mmHg，左で126/64mmHg。

（胸部） 左前胸部は軽度に膨隆しているが呼吸運動は対称且つ同時性である。心濁音界は上方は第4肋間右は胸骨右縁より2横指右，左は左乳線より1横指外側である。心尖部に著明な拡張期雑音を聴取するがその他の部では心音は清澄である。第2肺動脈音は甚だしく亢進している。肺には聴打診上異常所見を認めない。

表1 臨床検査成績

赤血球数	340×10 ⁴ /mm ³
ヘモグロビン	16.5g/dl
白血球数	5000/mm ³
*血液像	N62%，L37%，E1%
出血時間	3分
血漿蛋白	7.0g/dl
血糖	96mg/dl
黄疸指数	9
アルカリ・フォスファターゼ	2.2units
コリンエステラーゼ	0.75△pH
アルブミン/グロブリン	1.0
BSP試験	30'…21.6%，45'…19.6%
呼吸停止時間	37秒
血液循環時間	エーテル法………21秒 デコリン法………15秒

*N…好中球，L…リンパ球，E…好酸球

（腹部） 右肋骨弓下約2横指の部に肝縁に触れるが硬度は略々正常で圧痛を認めない。

臨床検査所見：主なる検査成績は表1に示す。その他尿蛋白及びウロビリノーゲンは弱陽性で、血清のWassermann氏反応及び村田氏反応は陰性である。

レントゲン所見：図1の如く肺紋理は増強し、左第2, 3弓，右第2弓はそれぞれ膨隆し、図2の如く左前斜位では拡張した左心房により食道が圧迫されているのが認められる。

術前右心カテーテル所見：表2に示す如く肺動脈圧亢進と僧帽弁口狭窄が認められる。

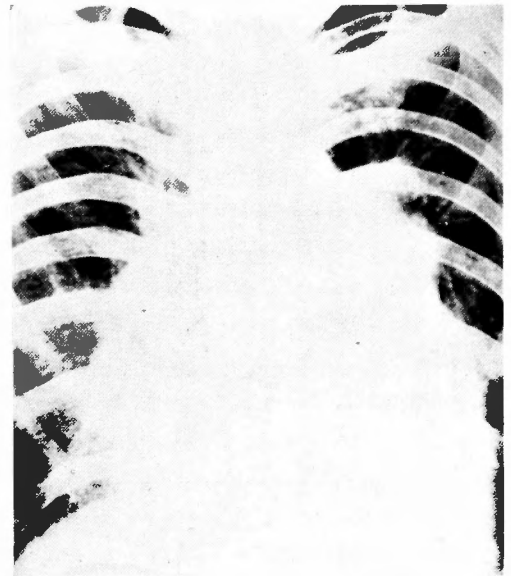


図1 胸部レ線写真（前後面像）：肺紋理増強し，心臓陰影では左第2, 3弓及び右第2弓の膨隆を認める。

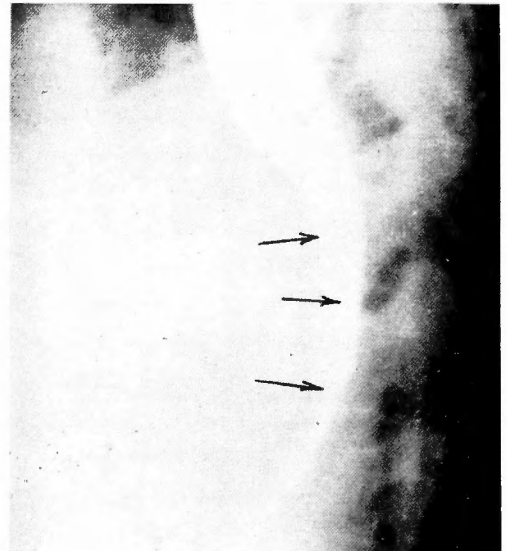
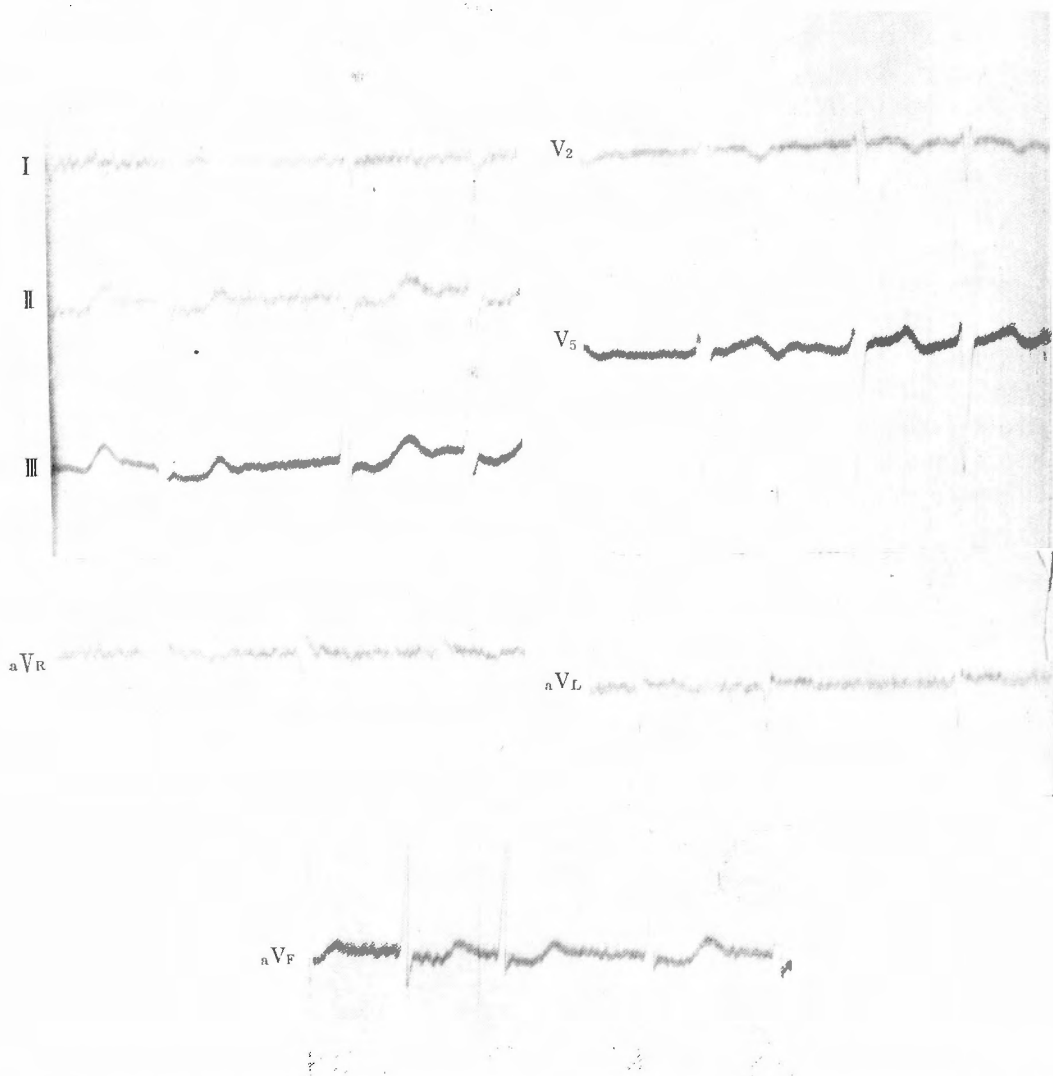


図2 胸部レ線写真(左前斜位)：食道はバリウムにより造影され，矢印は左心房の拡張による圧痕を示す。

心電図所見：図3の如く i) 右軸偏位，ii) 心房細動による絶対不整脈，iii) 右室の肥大及び心筋障害が判明した。

手術所見：以上の所見より僧帽弁狭窄と診断し，昭和31年6月25日交連切開を行った。

図3 術前必電図



Amipansoda 及び Succin の静脈麻酔下に気管内挿管を行い、純酸素の陽圧呼吸を行いつつ 0.5% Procain の局所浸潤麻酔後左第 4 肋間で開胸した。開胸に先き立ち Ethylemin 25mg, Amisalin 200mg, ビタミン B 20mg, ビタミン C 100mg を 5% の葡萄糖 200cc に稀釈したものを点滴静注した。

開胸後直に陽圧呼吸を陽陰圧呼吸に切り換えた。肺は少々浮腫性であるが、胸腔内には何処にも癒着は認められない。心臓を圧横隔膜神経に沿い切開し、型の如く左心耳創より示指を挿入するに僧帽弁の前方交連部に可成りの逆流を感じた。弁口は示指頭がようやく

通過し得る程度 (0.6cm^2) で、弁膜縁には石灰の沈着を認めた。前方交連部は指圧により容易に裂開され、弁口は略々 1.0cm^2 に迄拡大された。胸腔内に排液のためゴム管 1 本を挿入し、胸壁を 2 層に閉鎖して手術を終った。

交通切開前後の左心内圧曲線は図 4 の如くである。術前の状態をみるに左房及び左室の拡張期圧は共に上昇しているので房室間の拡張期充実圧差は殆んどなく、心房圧曲線の V 波増高は僧帽弁に逆流のあることを示している。術後も殆んど血行動態には著変なく、僅かに V 波が低くなつたに過ぎない。心不全の状態に

表2 術前右心カテーテル所見

		圧 (mmHg)
楔入圧		57.0
	収縮期	64.0~92.0
肺動脈圧	拡張期	35.0~55.0
	平均	62.0
肺動脈圧—楔入圧		5.0
	収縮期	73.0~115.0
右室圧	拡張期	11.0~24.0
	平均	48.0
右房圧		11.0
		抵抗 (dynes·sec·cm ⁻⁵)
肺血管抵抗		128
左心抵抗		1465
全肺抵抗		1593
僧帽弁口面積		0.578cm ²
心指数		2.14l/min/M ²

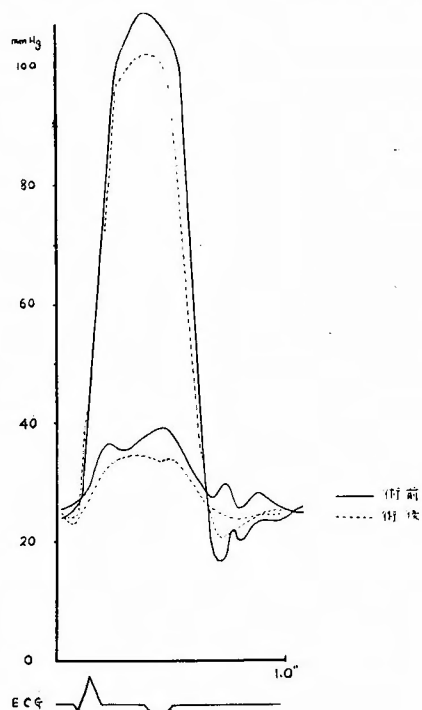


図4 交連切開前後の左心内圧曲線

術前：左房圧 32mmHg(中間値), 左室圧 110/30mmHg
 術後：左房圧 26mmHg(中間値), 左室圧 103/28mmHg

あるものと思われる。

切除心耳及び肺(左上葉舌状部)の組織学的所見：

(心耳) 心外膜に軽度の細胞浸潤を認める。心筋の核は膨化し筋形質は粗で水腫様変性を来している。心内膜は肥厚し、硝子様化を示している。心内膜下には

リンパ球、線維芽細胞の部位的浸潤を認める。

(肺) 肺胞内には心臓弁膜細胞を認め、肺胞隔壁は軽度に肥厚している。軽度に毛細管は拡張し、動静脈壁の肥厚特に内膜肥厚が認められる。

術後経過：術後1日目では意識は明瞭で、心尖部の拡張期雑音も殆んど消失し、全身状態は良好であった。2日目には軽度の右側半身不随、尿失禁、左方への共同偏視を来したが瞳孔は左右同大で対光反射は迅速であった。発熱は最高38.5℃、血圧は120/60mmHgで略々一定していた。3日目に突然腋窩で41℃の発熱を来し意識を喪失した。脈搏は毎分110、緊張不良、血圧は最高80mmHgで最低は測定不能となった。咳嗽、喀痰はなく、呼吸音は両肺共に聴取出来た。そこで直に頭部、頸部、腋窩、鼠蹊部に氷嚢を置き全身冷却を開始したが、1時間45分後心臓衰弱のため突然死亡した。全身冷却後の直腸温及び血圧の変動は5図に示す。

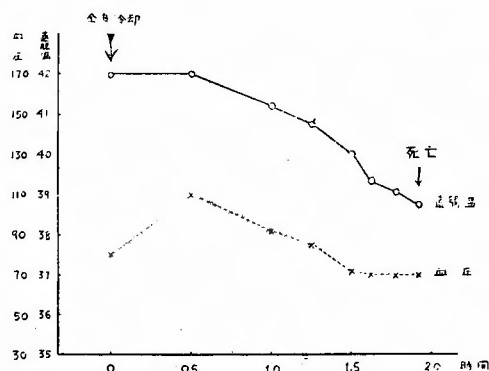


図5 全身冷却後の直腸温及び血圧の変動

考 察

僧帽弁交連切開後4日以内に時として39℃に及ぶ発熱をきたすことがあるが、それ以上となった場合は一応合併症の存在を考えるべきである。最も普通の原因は気管内分泌物による無気肺で、これは気管枝鏡により診断及び治療が可能である。次に心膜及び胸膜腔内の血液貯溜を考えねばならぬ。このような原因と思われるものなくして40℃又はそれ以上の発熱を来した場合には微細な脳栓塞による温熱中枢の機能障害があるものとBaileyは推定している。ともかく彼によれば交連切開後原因を明確にすることのできない高熱が発生した場合にはとるべき2つの方法があり、その1つは強力な抗生剤療法で他の1つは全身冷却である。後者は体温が39℃又はそれ以上となった時行われるべきで

発熱傾向が1, 2日抑制されれば冷却を中止しても発熱の再発はないと云われている。

吾々の症例は術後3日目に突然腋窩で41°C(直腸温42°C)の発熱と同時に血圧低下及び意識の喪失をきたした。既にその前日には右側半身不随と左方えの共同偏視が出現したがこれは交連切開に際し、恐らくは弁口に沈着していた石灰小片が遊離して脳栓塞を生じたためと思われる。咳嗽、喀痰はなく、両肺呼吸音はよく聴取でき、高熱の原因と思われる所見は何処にも見られなかつたことから、この過高熱の原因は温熱中枢の栓塞による機能障害と推定される。このような状態に陥つた患者を救助する唯一の方法は全身冷却と云われ、吾々も敢然この手段を用いたのであるが1時間45

分後に死亡した。

結 語

1. 45才、男子の僧帽弁狭窄症に対し交連切開を行つた所、術後3日目に過高熱を来し、全身冷却を行なつたが1時間45分後に死亡した。

2. 本症は術後2日目に脳栓塞により右半側身不随、左方えの共同偏視をきたした。

3. 過高熱の原因は温熱中枢の栓塞による機能障害と推定される。

参 考 文 献

Bailey, C. P.: Surgery of the Heart, 645-646,
Lea & Febiger, Philadelphia, 1955.

胃に穿通した膵臓嚢腫の1例

京都大学医学部外科第2講座 (指導 青柳安誠教授)

野々山 明・中村 正 則

(原稿受付 昭和34年1月26日)

A CASE OF PANCREATIC CYST WHICH PENETRATED THE STOMACH

by

AKIRA NONOYAMA and MASANORI NAKAMURA

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School.

(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

A 66-year-old farmer who had a mass in the epigastric region accompanied by fever, dull pain, nausea and vomiting was admitted to our clinic because of its gradual enlargement during the preceding 17 days.

The mass was in the epigastric region, as large as a child's head, elastic, smooth, very tender on pressure but not movable.

Laboratory examinations showed the following; W. B. C., 11, 200; urine disastase, 2⁺ units.

X-ray examination revealed no abnormal finding except downward displacement of the transverse colon.

From these findings this was diagnosed as a pancreatic cyst and was scheduled to be operated. But 40 hours after admission this patient had sudden and massive hematemesis with disappearance of tumor, loss of fever, improvement of appetite and no abnormal finding on X-ray examination 5 days after the hematemesis.