

実より、組織学的検査をすれば必ず原発腫瘍は癌性変化した部分を含むものであり良性腫瘍の転移を否定している。

此の症例に於ては原発腫瘍は左甲状腺下葉のものであり此が20年間も全く静止状態を保つたものが再び転移を起したものと想像される。此の20年間静止状態であつて全然増大していない点より癌腫を考える事は殆ど不可能と思われるが原発組織像を確めていないので確定的でない。文献の示す如くに原発腫の癌性変化は顕微鏡的存在の事が多く此の例でも全腫瘍が癌化しているとは到底考えられず全剔出して鏡検すべきであるが患者の拒否により此をなし得なかつた。

総括

1. 所謂転移性甲状腺腫の1例を経験しその臨床的

経過及び病理組織像を追求した。

2. 本例ではナイトロミン局所注入及び8—アザグアニンは認めるべき効果がなかつた。
3. 頭蓋骨転移腫瘍よりの組織像は膠様質甲状腺腫で癌性変化は認められなかつた。

文 献

- 1) Cohnheim : Virchow Arch. 68, 547, 1876,
- 2) Langhans : Virchow Arch. 189, 69, 1907
- 3) Borst : Geschwulstlehre 1912.
- 4) Simpson W. M. Surg. Gynec. & Obst 42, 489, 1926.
- 5) Grand, E. Ward Ann. Surg. 131, 473, 1950.
- 6) 及川円治 東北醫, 28, 254
- 7) 前田清, 臨床外科, 8, 8, 489,
- 8) 青木正敏, 臨床外科, 8, 13, 801.

両側胸鎖乳突筋結核の一例

山口県立医科大学外科学教室第2講座 (岡村正教授 指導)

助 教 授 財 津 晃

助 手 佐 貫 和 正

〔原稿受付 昭和29年6月20日〕

EIN FALL VON PRIMAERER TUBERKULOSE DER DOPPELSEITIGEN KOPFNICKERN

Von

AKIRA ZAITSU, Assist. Professor.

und KAZUMASA SANUKI, Assistent der Klinik

Aus d. II. Chirurgischen Klinik d. Medizinischen Akademie zu Yamaguchi-Ken
(Direktor : Prof. Dr. TADASHI OKAMURA)

Es handelt sich hier um einen seltsamen Fall von primärer Tuberkulose der doppelseitigen Kopfnickern.

Eine 46 jährige Frau wurde, wegen der seit einem Jahre auftretenden schmerzlosen Anschwellungen des vorderen Halsteils, in die Klinik aufgenommen.

Palpatorisch befanden sich die tumorigen Anschwellungen in den Gegenden der sternoklavikularen Ansätze der doppelseitigen Kopfnickern.

Die Anamnese ergab keine tuberkulöse Erkrankung, aber bei der radiographischen Untersuchung war die leichtgradige Verziehung nach oben des r. Zwerchfells konstatierbar, und keine tuberkulösen Herde in der Lunge.

Diese tumorartigen Anschwellungen konnten durch die Operation als schwierige Myositis erwiesen werden und die resezierten Tumoren waren histologisch Myositis tuberculosa.

Ich halte es für richtig, dass es primär entstand, weil es tuberkulöse Herde nirgends im ganzen Körper bis auf die Kopfnickern gibt.

Die Ausfallserscheinung der Kopfnickern wurde einigen Tagen nach der Operation zum Schwunde gebracht und die Halsbewegung kehrte wieder zur Norm zurück.

胸鎖乳突筋は浅層頸筋の1つで、その作用は頭関節回旋筋群に属して頭部の左右回転、上向又は下向を司どる。我々は最近その両側に結核性病変を認め、切除する機会を得たので以下報告する。

症 例

患者：46才の女子

主訴：両側前頸部の無痛性腫脹

現病歴：約2年2月前、他人から前頸部のやゝ右側に腫脹があるのを指摘されたが、疼痛、発熱などの苦痛がなかつたので放置していた。この腫脹は約2ヶ月で消失したという。

しかるに1年前より再び同様の腫脹が前頸部の両側に現われ、これも何等苦痛がないので放置していた。ところが半年前より漸次増大して来たという。この間嚥下困難、呼吸困難、頸部の運動障害等は感じない。

既往に、3才の時不明の原因で右眼を失明した他は著患を識らず、家族歴にも特記すべきものがない。結核性疾患は否定している。

現症：体格中等、栄養はあまりよくない。骨骼尋常、脈膊64、体温36、2°C、血圧112/65、粘膜に貧血を認めず、皮膚は湿潤又は乾燥していない。淋巴腺腫脹はどこにも認めない。

右眼はなく、義眼を装用する。左眼は正常で、対光反射、眼球運動共に正常。

鼻、耳共に正常。舌及び扁桃腺等に異常を認めない。胸腹部に異常なし。

頸部では、皮膚は正常で発赤、静脈怒張、紅斑等を見ない。両側胸鎖乳突筋の走行に一致して、右下部は少しく胸骨柄にかけて、腫脹を認める。嚥下、呼吸の際に少しく動くが、著明な上下動は認めない。膊動なし。(第一図)

視診上の腫脹に一致して腫瘤をふれるが、熱感はなく、皮膚との癒着を認めない。その周囲に淋巴腺腫脹

の様なものをふれない。

表面に小さな凹凸をふれ、辺縁明瞭、弾力性硬。大いさは、右が14×5cm、左が10×3cmで、右側の上界は殆ど乳様突起に及ぶ。両側共上2/3は左右に可動であるが、下界は胸骨々膜に移行して動かない。

硬さは一様で軟化したと思われる部分や、波動、膊動をふれない。

自発痛及び圧痛を訴えず、又強く移動させても牽引感がない。

頸部を緊張させると移動性を失う。

頭関節運動は自由で、全ての方向に障害を認めない。

血液所見はヘモグロビン値(ザーリ)78%, 赤血球365万、白血球5200、淋巴球28%、中性球64%、好酸球8%、好アルカリ球4%

尿所見は蛋白質弱陽性、糖陰性、ウロビリノーゲン疑陽性、

ツベルクリン反応陽転の日は不明。

胸部レ線像は右肺野下部に於て横隔膜陰影が上部に牽引された像を示し、かつて肋膜炎を経過したと考えられる他は、著変を認めない。(第2図)

以上の所見から胸鎖乳突筋の硬化性筋炎と診断し、切除術を施行した。

手術経過及所見：

0.5%プロカイン水溶液による局所麻酔下にコツヘル氏襟状皮切約20cmを加え、潤頸筋及び皮下組織を同方向に切断すると、胸鎖乳突筋の位置に一致して、灰白色、弾力性硬の結締組織に富む腫瘤を認める。はじめ右側よりこれを周囲から鈍的並びに鋭的に剝離しながら上方に追及すると、胸鎖乳突筋の全長のほぼ中央よりやゝ上部で肉眼的には正常とみられる筋肉組織と明瞭な境をなしてこれに移行するのを認めた。この間周囲の組織とは著明な癒着や、血管神経などによる連絡等を認めず、操作は容易であつた。

腫瘤と筋組織の境界線より約1.5cm上方の筋組織の

部で胸鎖乳突筋を横断し、之より翻転して腫瘤の床部を下方に向つて剝離。

鎖骨のやゝ上方正中側では頸静脈と粗に癒着するの注意して剝離すれば、腫瘤は更に鎖骨及び胸骨柄部を覆つて、この部の骨膜と肉眼的に鑑別出来ない状態で移行するのを認めた。故に骨膜のやゝ肥厚している個所で、鋭的に骨より剝離した。

次に左側を見ると、右側程強くないが、鎖骨及び胸骨への同筋附着部が同様に肥厚しているのを認めたために右側と連続にこれを切離した。つゞいて再び上方に向つて周囲からの剝離をつゞけ、左頸静脈は右側と同様注意して剝した。

右側では筋の全幅に亘つて結締織性の変化を認めたが、左側では一部肉眼的には健全と思われる筋組織が尙残つているのを認めた。

健全筋組織への移行は右側と同様、明瞭であり、健全筋組織で切離した。

かくして小児手掌大馬蹄型の腫瘤を剔出することができた。(第3図)

この間胸鎖乳突筋附近に淋巴腺腫脹は全く認められなかつた。

一部筋膜縫合の後皮膚縫合を行い、手術を終つた。

標本：腫瘤は前述の様な形及び大いさで、すべて一様に灰白色の結締織に富む弾力性硬の組織で、被膜をもたず、断面も同様の像を示し、内部に軟化融解又は膿瘍形成、筋繊維残存などを認めなかつた。

組織学的には、ラングハンス氏巨細胞、類上皮細胞、淋巴球よりなる結核病巣を多数に認め、その他に繊維芽細胞、好酸球の浸潤を見る。乾酪化巣は認めない。

即ち筋組織は結核性肉芽によつて置換されていたものである。

経過：術後全身並に局所症状は順調に経過した。

3日目に左右廻転は約15°宛、向上はやや制限されて頸をつき出す程度であつたが、7日目抜糸時には左右廻転は殆ど正常で、向上はドイツ水平線に於て約30°迄回復し、創は1期癒合を営んで退院した。

術後7週目に於ては、頭関節運動は殆ど正常で何等制限を感じないという。

考 按

本症例は46才の女子にあらわれた両側胸鎖乳突筋の結核という稀な疾患であり、筋結核については Ha-

bermaas 及び Müller (1886) により報告され、本邦では木塚 (1929) により初めて報告されたが、それ以後の報告数は少い。

大体筋肉そのものが結核に犯されにくい事は周知の事柄であるが、その理由として次のことが上げられている。

- 1) 筋漿液中に含有される乳酸による殺菌作用。
- 2) 筋肉の間断なき運動による旺盛な血行並びに筋肉に淋巴組織を欠くこと。
- 3) 筋肉に網様織内皮細胞系の少いこと。
- 4) 著しく分化した器官は結核に犯されにくいことしかし定説は現在のところ未だない。

筋結核の統計によると、犯されるのは多くは四肢骨格筋であり、Lans 及び de Quervain によれば外傷或は疲労がその原因であるという。

胸鎖乳突筋結核は今日迄数例報告されているにすぎない。このことはこの筋が前頸部諸筋中でもつとも発育がよく、その作業量が大きく、比較的表在性に存在するので外傷や疲労の機会が多く、且つ頸腺結核がこの近傍にしばしばおこるから比較的結核菌に犯される場合が多い様に考えられるが、事實はそうでなく、極めて稀な疾患である事を意味する。

又本症は男子が女子より多く犯され、年齢的には比較的若年者に起り、平均年齢は21才といわれる。即ち一般の肺結核の罹患と同じ条件下に生ずるのであるが、本例では中年の女子におこつたことが特異である。

一般に Müller によれば、統感染を起すと思われる近接組織或は器官の結核性病変が同時に存在しなければ、遠隔の部に眞の意味の原発性結核病巣があつても、之を原発性筋肉結核という説から見れば、本例の如く胸部レ線像で、現在は消退したと思われる僅かの結核性陰影のみを認めるにすぎず、且つ手術時に近接組織又は淋巴腺に何等結核性変化が認められなかつた点から結核性筋肉結核と考えてもよさそうである。しかも最も肺結核に罹患しやすい年齢から離れている事も参考になる。

組織学的には、串崎、斎藤 (1936)、徳重 (1939) 等の記載によれば、1) 結節型、2) 膿瘍型、3) 増殖性硬化性筋炎型の3つに分類され、臨床像もこの3型及び移行型となり、術前に診断をつけることは困難である。組織学的或は穿刺による細菌学的検査により初めて確認されるものである。

本例もやはり硬化性筋炎型である事は組織学的に初

めて診断されたのである。

治療については以前から安静、穿刺、ヨードホルムの注入、X線治療、最近ではストレプトマイシンの注入等が行われるのであるが、特に非膿瘍型の場合には切除がもつとも優れているとされ、切除例が比較的多い。

次に我々が最も興味深く感じたのは、両側胸鎖乳突筋の切除による後遺症状である。

今迄片側同筋の切除例は報告されているが、両側切除例は報告されていない。

一般に胸鎖乳突筋の作用欠除の症状としては次の如き状態が現れると云われている。

1) 左右何れかが単独に収縮すれば、頸部はその収縮側に回旋する。

2) 両側同時に収縮した場合には次の3態がある。

a. 頭部は前方に引かれる。

b. 頭部を真直に保っている時や頭部をやゝ仰向けている時に、この筋の作用線が左右後頭頸を結ぶ線より前を通る時には、頭関節屈筋の様に働く。

c. 前者と同じ場合、筋の作用線が左右後頭頸を結ぶ線より後を通る時には頭関節伸筋の様に働く。

本例では両側共その起始部でかなりの量を切除したから、上記の諸欠損症状の出現が当然考えられたが、全然頭関節運動には障害を来さなかつた。

その理由としては、2年余の疾患のために胸鎖乳突筋を代償する頸部の多くの筋群が充分代償したことが考えられるが、術前両側の胸鎖乳突筋はある程度その機能を保持していたことから、正常にも同筋の機能を代償し得る筋群があることが考えられ、両側切除はそれ程恐れる必要もなく、たとえ外傷などで急激にその機能を失つても、比較的短期間で略々正常に頭関節運動が行えるものであることが考えられる。

結 論

1) 我々は両側胸鎖乳突筋の硬化性筋炎の手術を行い、組織学的に結核性硬化性筋炎である事を認めた。

2) 両側胸鎖乳突筋切除後は充分他の筋群で代償され、頭関節の運動に何等障害を認めないことを知つた。

(本論文はその要旨を昭和28年9月の中国四国結核病学会で発表した。)

図 説 明

第1図 腫瘍の形状位置を示す

第2図 患者のレ線像(本文参照)

第3図 剔出標本 本文参照)

第4図 顕微鏡写真 ×100

淋巴球浸潤及び類上皮細胞、巨態細胞の存在を認める

第5図 同上 ×400

類上皮細胞

第6図 同上 ×400

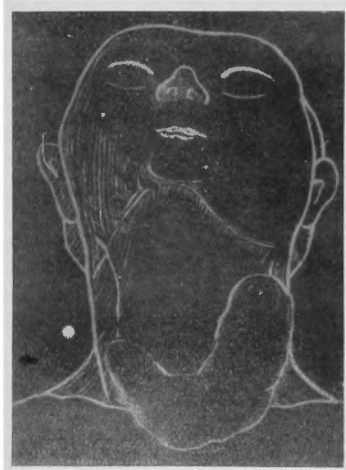
巨態細胞

参 考 文 献

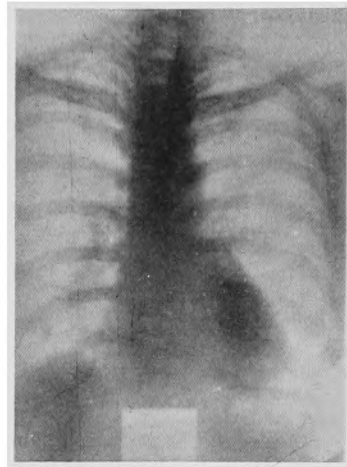
- 1) 長松：關節運動よりみたる筋學，154～171
- 2) Habermaas：Beitr. z. klin. Chir., Bd.2, S. 70, 1886.
- 3) E. Müller：Beitr. z. klin. Chir., Bd. 2, S. 489, 1886.
- 4) 木塚：實地醫家と臨床，6, 9, 915, 1929.
- 5) 串崎，齋藤：グレンツゲベート，11年，1, 1636.
- 6) 徳重，臺灣醫學會，38, 9, 1371, 1939.
- 7) W. Müller：Nordmann u. Kirschner, Bd. II, 2 Teil, S. 901,
- 8) Kaiser：Arch. f. klin. Chir., Bd. 77, S. 1033, 1905.
- 9) Lanz, de Quervain. Arch. f. klin. Chir., Bd. 46, S. 97, 1893.
- 10) 岡本：日外會誌，35, 41, 1934.
- 11) 高松：外科，12, 6, 350, 1950.

財津・佐貫論文附図 I

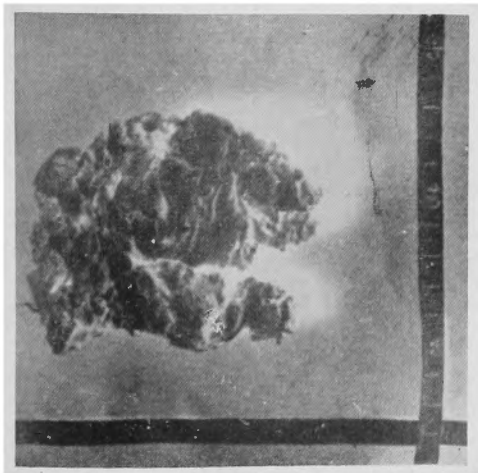
第 1 図



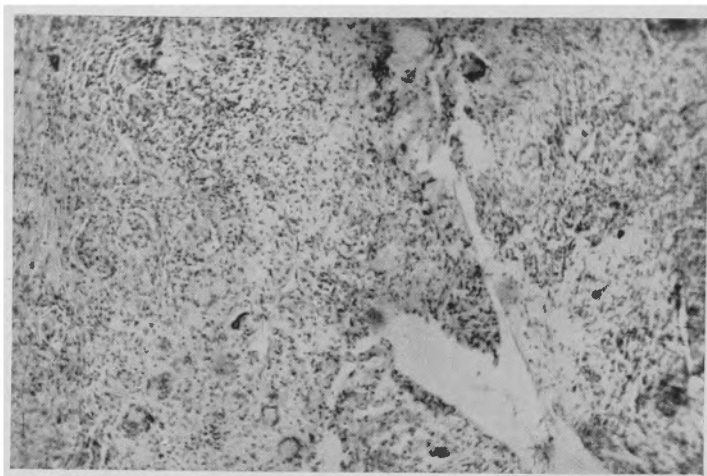
第 2 図



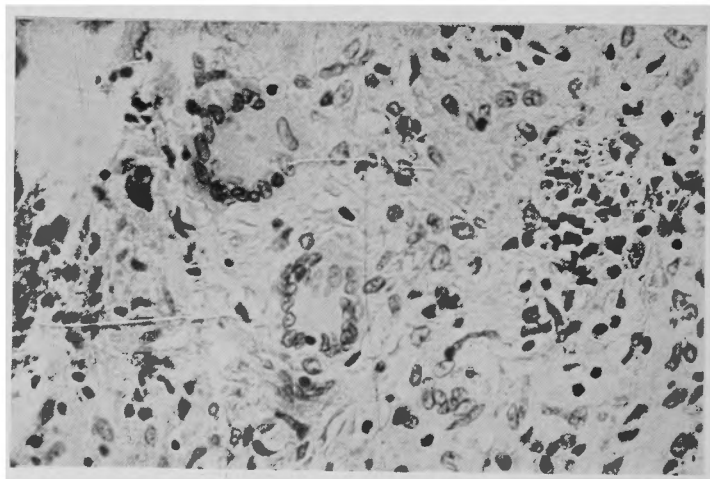
第 3 図



第
4
図



第
5
図



第
6
図

