

紋 (whorl formation) に関して、稲葉はこれが特に meningeal mesenchyma より発生した独特のものと考えている。

何れにせよ、本症例の様に acoustic neurinoma を伴った von Recklinghausen 病に meningioma が合併したのは全くの偶然による合併と考える事は全面的に否定は出来ないが、やはり神経系に系統的に発生した錯誤腫の一環として考えるべきである。

結 論

遺伝関係がなく von Recklinghausen 病 (acoustic neurinoma を伴う) と前頭葉 parasagittal meningioma が合併した症例を経験したが、種々の発生学及び組織学的見地からみて、偶然に合併したものではなく、組織発生学的に神経系の錯誤腫であろうと思われる。

参 考 文 献

1) Landacre F. L.: The fate of the neural crest in the head of the urodeles. J. of comparative Neurology. 33, 1, 1921. 2) Cushing,

H.: Intracranial tumours. Ch. C. Thomas. 80; 1932. 3) Cushing, H.: Menngiomas. Ch. C. Thomas. 100-221; 1936. 4) 井熊孝雄: 大なる頭蓋骨部分欠損を伴えるレックリングハウゼン氏病の2症例. 日本外科宝函 24, 604, 昭30. 5) 伊藤庸二, 森祐一: 神経線維腫症 (Recklinghausen) に伴う出血性悪性神経鞘腫の1例. 臨床外科, 9, 693, 昭29. 6) 稲葉穰: Meningioma の病理組織学的研究, 脳と神経 6, 18; 昭29. 7) 中沢恒幸: 診断困難であつた両側聴神経腫瘍の1例. 臨床剖検例, 脳と神経, 8, 621, 昭31. 8) 中田瑞穂: 脳腫瘍, 南山堂 19; 昭24. 9) 中田瑞穂: 第5回日本脳神経外科研究会 (昭25, 4. 2.) 55) への追加, 脳と神経 3, 181; 昭26. 10) 冲中重雄: Recklinghausen 氏病, 診断と治療, 43, 232; 昭30. 11) 只木大六, 笹森長次郎: Recklinghausen 病剖検例, 皮膚科性病科雑誌 65, 637; 昭30. 12) 谷田津奈男: Histological study of dermic tumor in Recklinghausen's disease. Arch. hist. jap. 6, 223, 1954. 13) 鄭錦輝: Recklinghausen 氏病に合併した大脳膠質腫症例. 脳と神経. 3, 181; 昭26.

顎 関 節 強 直 症 の 治 験 例

公立小浜病院外科

佐 藤 博 正・箱 田 允 昭

福井日赤整形外科

土 居 秀 郎

〔原稿受付 昭和33年6月3日〕

A CASE OF ANKYLOSIS OF LOWER JAW JOINT

by

HIROMASA SATO, MITSUAKI HAKODA

(From the Surgical Dep. of Obama Hospital, Fukui Prefecture)

HIDEO DOI

(From the Orthopedic Dep. of Fukui Red Cross Hospital)

In this paper a case of ankylosis of lower jaw joint in a 14 years old female was reported. This ankylosis has been occurred as the result of purulent arthritis of jaw joint concurred with measles attacked in 5 month old. The operation was performed successfully by BOCKENHEIMER-AXHAUSEN's method without any intercalating substance.

緒 言

顎関節強直は諸家の報告にもあるように、比較的稀で且つ難治の疾患とされている。しかしながら、本症に於ては咀嚼運動の著しい障害により全身の栄養状態に悪影響を及ぼすと云う結果を招来し、更に本症に於ては言語障害が強く、又所謂鳥顔を呈し、患者の精神的打撃も少くない。吾々は右顎関節強直による開口不能を訴えた患者に対し関節授動術を行い、良好な結果を得たのでここに報告する。

症 例

患者：伊〇〇照〇，14才，女子，（昭和32年12月5日入院）。

主訴：開口障害。

現病歴：生後5ヵ月で麻疹に罹患し、治療を受けていたが、発病後1週間目に高熱と共に右頬部に有痛性の腫脹を来した。某医に切開排膿を受けたところ約2週間にて切開創は閉じ、同部の腫脹も消退した。満2才の頃初めて軽度の開口障害があるのに気付いた。その後開口障害は漸次に進行して小指が辛うじて挿入し得る程度となつた。11才の時、海水浴後、発熱と共に右外耳道より膿汁の排出を見た。急性中耳炎の診断の下に約3ヵ月間治療を受けた。その頃より開口は全く不能の状態となり、食事は歯列の奥の間隙を通して手指にて押し込んでいた。

既往歴：2才の時、右湿性肋膜炎にて約2ヵ月間治療を受けた。

家族歴：特記するものはない。

入院時所見：全身所見：体格中等，栄養稍不良で，軀幹及び四肢に何等異常を認めない。

局所所見：顔貌は左側の上顎部及び下顎部は右側に比べて巾狭く，顔面が右方に彎曲しているという観を呈する。左側の頬部は扁平化して顎部は右後方に向つて後退し，所謂鳥顔を呈している。右耳珠前約2cmの所に縦走する約1cmの手術痕を認める。口唇の開閉運動は略々正常であるが，歯裂前咬合面は殆んど離開しない（図1）。歯牙は左下第1大臼歯に齲蝕を認めるのみで，其他には異常を認めない。外耳道は正常であるが，右鼓膜には石灰沈着及び鼓膜の肥厚を認める。右耳に軽度の聴力障害を認める。

レ線所見：右側顎関節は関節裂隙が認められず，骨性癒合の像が見られる（図2）。

診断：右顎関節強直症



図1 術前開口時

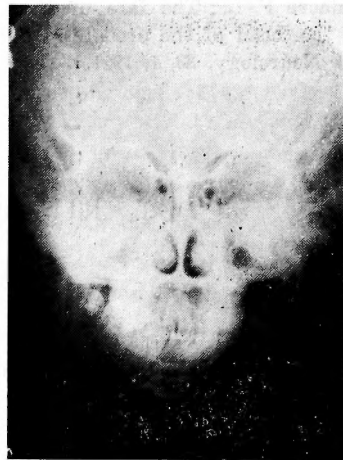


図2 術前レ線前後像

手術所見：局所麻酔の下にBockenheimer-Axhausen氏法による関節授動術を施行した。耳翼輪に沿い約7cmの弓状の皮膚切開を加え，次いで外聴道口に耳珠迎珠の頂上を通る環状の切開を加えて耳殻を前方に翻転し，外聴道の前壁に沿つて入り，顎関節部を露出した。下顎小頭は関節窩と完全に癒合している。更に下顎切痕は消失して鳥喙突起は顴弓と骨性癒合を起している。骨質は極めて硬く，その癒合範囲も広く約3.5cmに及ぶ。ノミにて関節癒合部を約0.8cm巾切離して下顎骨を遊離させた。切断面は出来るだけ滑かにし，骨裂隙を鋭匙にて搔把し，拡大した。骨切離間隙に中間挿入物質を挿入することなく，ペニシリン10万単位を撒布し，切開創を縫合した。手術直後に開口させると上下歯列間に示指を楽に挿入することが出来

た。

術後経過：経過は良好で術後2日目より無熱となった。手術創も一期癒合を営み、また顎関節強直症に対する関節授動術後に往々にして見られるという神経或は耳性障害等の不快な症状は全く見られなかった。

後療法として手術後5日目より開口運動を開始した。開口運動時以外は楔状の木片を歯列間に挿入して置いた。開口運動は次第に強く行うようにして楔状木片を漸次深く挿入した。

術後20日目に退院したが、自動的開口は約2cmとなり、咀嚼運動による疼痛はない。食事は普通食で正常人と何等変るところなく摂取し得るようになった。尚手術創の癒痕は一見気付かないほどとなった。

手術後約4ヵ月目に当科に再来したが、その際の自

働的開口は約2cmで退院時と変化はなかつた(図3)。

考 按

顎関節強直症の原因となる疾患は種々あるが、これらを大別すると顎関節の一次的な感染によつて強直を来す場合と周囲組織の病変が顎関節に波及する事により強直を来す場合とに分ける事が出来る。而して顎関節の一次感染によるものとしては、急性化膿性顎関節炎、関節ロイマチス、淋毒性関節炎、結核性関節炎、梅毒性関節炎及び畸形性関節炎等があるが、これらの例は比較的稀であつて、顎関節の二次的な感染によるものがその大部分を占めている。その中でも中耳炎から波及して来るもの、下顎骨骨髓炎及び下顎骨膜炎が関節部に波及して来る型のものが大部分を占めており、その他稀ではあるが耳下腺炎、急性顎下腺炎、頬部蜂窩織炎及び歯齦炎が原因となり顎関節強直症を来した例も報告されている。次に本症例は如何なる原因により顎関節強直を来したかを考察すると、本症例は生後5ヵ月の時、麻疹に罹患し、その治療中に右頬部の顎関節に一致して有痛性の発赤、腫脹を来して、切開排膿を受けていることより考えて、急性伝染病の経過中に顎関節に急性化膿性炎症が波及したものと考えられる。これが原因となつて開口障害を来したものであるものであつて、急性炎症症状が消退した時は既に軽度の開口障害を来していたが、授乳期間中は気付かずに過し、離乳期に至り普通の食事を行うようになつて始めて開口障害のあるのに気付いたものと思われる。その後11才の時、右急性中耳炎に罹患し、それに続発して右顎関節の炎症が再燃して牙関緊急が強度となり全く開口不能という状態になつたものと推測される。

顎関節強直症は10才以下の乳幼児に好発すると云われていて、上野は53例中31例が、養原は38例中36例が10才以下の者であつたと報告している。これは幼少期には中耳炎、下顎骨炎、骨折等の多い事と、幼少期には骨の発育が旺盛なため骨性癒着が起り易いと言う事が原因していると考えられる。

強直を起しているのが明白であれば咀嚼機能の廃絶に因る下顎骨の発育障害及び諸咀嚼筋の萎縮を取り除いてやるために、なるべく早期にしかも適当な時期に治療を行う必要がある。手術の時期は関節部に炎症の状全くなくなつた時期に施行する事は勿論であるが、急性骨髓炎を経過した場合は特に慎重を期さねばならない。養原は炎症症状の消退後短期間に手術し



図3 術後4ヵ月開口時



図4 術後レ線側面像

たものは術後強力に抗生物質を用いても炎症の再燃を防止出来ない場合がある為に、炎症症状が全くなくなつて後1ヵ年以上を経てから手術あるのが安全であると報告している。

然しこの際、特に注意せねばならぬ事は線維性強直（仮性強直）と骨性強直との鑑別であつて、「レ線」検査でよく確かめた上、適切な治療を行う必要がある。線維性強直の場合には開口器を以て開口範囲を拡大し、この範囲を持続させるため歯列間に支持物を挿入する操作のみで治療する事が出来る。然し開口範囲は漸次縮少するので開口器による拡大を繰返し行わねばならぬ。骨性強直を起した場合は観血的に関節授動術を行わねばならない。

次に観血的に関節授動術を行う際に麻酔は局所麻酔だけで行つた方が色々の利点があると云われている。本症例に於ても手術は局所麻酔だけで行つたが、麻酔の効果は充分に得られ、且つ術中顎関節の運動を命ずる事によつて癒合部及び下顎骨の運動を妨げている部分の発見が容易であつた。

手術術式としては1838年 Berard が下顎上枝を切除する方法を発表して以来、種々の術式が発表されている。これらを大別すると耳般の前方から進入する方法と耳般の後方から進入する方法（Bockenheimer-Axhausen 氏法）の二つに分けられる。然し顔面神経、三叉神経、血管或は耳下腺に対する損傷、手術操作及び術後美容の点で Bockenheimer-Axhausen 氏法の方が優れていると考えられる。又関節授動の為に骨性癒合部をどの範囲に鑿除したら良いかという問題に就

ては、上野は5～8mmと述べてをり、8mm以上の場合には鑿除後開咬を招く結果となると報告している。

顎関節授動術の成否は術後再癒合の有無により左右されるものとして、術後の再癒合を防止する目的で種々の中間挿入物質の挿入が試みられた。その最初の試みとして Helfreich は 1893年骨切除間隙に側頭筋筋弁を挿入した。その後挿入物質として無茎筋膜弁、皮膚表皮層、J,K膜、O, M, S 膜、合成樹脂、軟性樹脂等の挿入が行われて来た。然し中間挿入物質を挿入することに就ても可否の議論があり、河石、橋本等は挿入しない方法を推奨している。

予後は術後開口運動を充分に行うか否かによつて左右されるものであつて、少しでも開口範囲が減少する傾向がある場合には、開口器による拡大或は楔状木片を挿入する等の不断的努力が必要である。

結 語

14才の女子で生後5ヵ月の時、麻疹に罹患中に併発した右顎関節炎に基因すると思われる右側顎関節強直症に対し、Bockenheimer-Axhausen 氏法手術を行い中間挿入物質を挿入することなく良好なる結果を得たのでここに報告した。

主 要 文 献

- 1) 石川：手術，11，10，79，1957.
- 2) 上野：手術，10，7，42，1956.
- 3) 柴田：耳鼻咽喉科，27，6，9，1955.
- 4) 鈴木：外科，17，12，888，1955.
- 5) 服部：日外会誌，56，4，541，1955.
- 6) 養原：手術，10，8，51，1956.
- 7) 養原：日外会誌，56，10，1414，1956.