

硬 腦 膜 下 血 腫 2 例

京都帝國大學醫學部外科學第一講座(荒木教授)

陸軍軍醫大尉 醫學士 松 田 昌 二

昭和17年7月2日陸軍省認可第657號

Subdural Hematoma Report of Two Cases

By

Dr. Masani Matuda.

[From the Department of Surgery, Kyoto Imperial University

(Prof. Dr. Ch. Araki.)]

Case 1. N. A. 53 year old male.

Five months ago, in a motor cycle accident, he was struck on the right side of the forehead and lost consciousness for about 30 minutes. After ten days of rest at home, he returned to work apparently recovered. Two months later he began to have headaches, nausea and vomiting. For the past two weeks his vision has been failing increasingly.

Neurological findings at the time of admission were as follows; Patellar and Achilles tendon reflexes were diminished on both sides. Bilateral hyposmia. Visual acuity was 0.1 and visual fields showed marked constriction on both sides due to choked disks. Lower facial paresis on the right. Disturbed hearing for high tones bilaterally. No dizziness.

X ray examination after injecting 4 ccm of iodized oil into the posterior horn of the left lateral ventricle showed, in P-A picture, a definite inclination to left of the left anterior horn and of the third ventricle. It was impossible by every effort to bring the oil into the right lateral ventricle, presumably due to obstruction of the right Foramen of Monro. Therefore a diagnosis of a tumor of the right cerebral hemisphere seemed to be definite.

Operation: Under local anesthesia the right fronto-parietal region was explored. Under the dura, which was extremely tense and thickened, there was a dark blue mass with a greenish tone overlying the lower two thirds of the cerebral cortex of the explored region. The transition of the mass to the surrounding cerebral surface was rather diffuse. When the mass was incised, about 20 ccm of chocolate-colored fluid was released. The large part of the mass proved to be blood clot covered by a thin white arachnoid membrane. This was not adherent to the inner surface of the dura or to the pial surface of the brain, so that the mass was removed completely without injuring the neighboring structures. There was no further fresh bleeding. The dura was sutured and the wound closed without drainage.

Recovery was excellent and the patient was discharged 24 days after the operation.

Case 2. T. I. 48 year old male.

Two months previously, in a fall in the bath room, he received a blow on the left parietal

region. The fall was not severe enough to cause a loss of consciousness. He had been quite well until about a month ago, when he began to suffer from severe headaches, nausea, vomiting and dizziness.

On admission there was beginning bilateral papilledema, but no visual disturbance. Hyposmia and upper facial paresis on the right.

Disturbed hearing of both ears. Positive Romberg and staggering gait.

Ventriculography by means of iodized oil showed a dislocation towards left of the anterior parts of both lateral ventricles, with lowering of the roof on the right, and the inclination to left of the third ventricle. A diagnosis of a tumor of the right cerebral hemisphere was made and a right fronto-parietal craniotomy was performed. A subdural hematoma, quite similar in size and location to that in case 1 was found and totally removed. The wound was closed without drainage.

The postoperative course was quite uneventful and the patient was discharged completely relieved from his previous complaints.

今日吾々が硬脳膜下血腫ト稱シテ居ルモノハ、從來、出血性内硬脳膜炎 (Pachymeningitis haemorrhagica interna) トシテ報告サレタモノニ相當スルモノガ多イ。近年頻リニ論議サレテキル蜘蛛膜下出血トハ全然別個ノモノデアル。

Cushing ガ本症ニ注目シテ以來、夫レ迄外科以外ノ學者達ニ依リ、治療ヨリモムシロ診斷及病因的方面ガ問題トサレ、豫後不良ナモノトシテ取扱ハレテ居タ本疾患ガ、外科手術ニ依ツテ、全治セシメ得ル、從ツテ絶好ノ外科的疾患ト見做サレルニ至ツタノデアル。

本症ノ發生機轉ニ關シテハ、外傷ニ依ルモノガ最モ多イガ、ソノ他ニ血管壁ノ病變、出血性素因、循環器病、中毒或ハ「ビタミン」缺乏等ニ依ル所謂特發性ニシテ、必ズシモ外傷ヲ必要トシナイモノ、及ビ炎症ニ依ツテ誘發サレタト考ヘラレルモノガアル。外傷性ノモノニアツテモ、外傷ノ程度ハ種々デ極メテ輕微ナル外傷ニ依ツテ起ル事ガ少クナイ。男子ト女子ノ罹患率ハ3:2ト言ハレ出產外傷ニ依ル新生兒硬脳膜下血腫ノ場合以外ハ、壯年殊ニ活動家ニ多イノハ注目ニ値スル所デアル。

自分ハ壯年ノ男子ニ來タ外傷性ノ本疾患デ手術ニ依ツテ全治シタ2例ヲ經驗シタノデ、茲ニ報告スルコトトスル。

第1例 瀧○直○郎, 53歳, 男子。

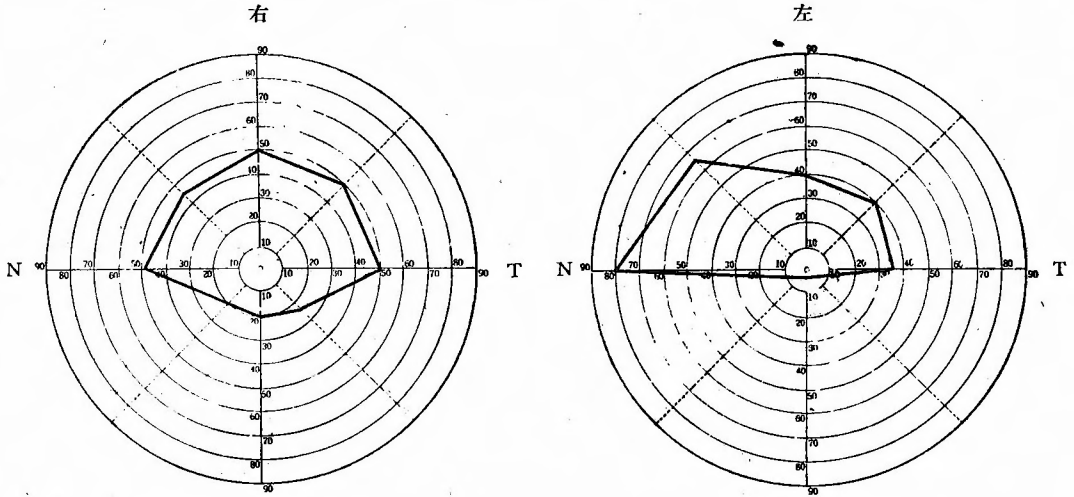
主訴 視力障碍。

現病歴 約5箇月半前、疾走中ノ「オートバイ」ヨリ轉落シ、右前頭部ヲ強打シ、約30分間意識喪失、約10日間安靜臥床ニ依リ輕快ス。約2箇月後ヨリ頭痛ヲ覺エ、ソノ高度ナル時ハ惡心、嘔吐ヲ伴フ。更ニ1箇月半ノ後、視力障碍(霧視)ヲ來シ、左右共視力0.2トナツタ。醫師ニ依リ腰椎穿刺ヲ4回受ケタガ、次第ニ増悪スル様ニ思ハレル。運動竝ビニ知覺障碍ハナイ。

既往症、家族歴 特記スベキ事項ヲ認メナイ。

所見概括 體格榮養共ニ中等度，平溫，平脈，顔貌略々正常，胸腹部内臓ニ異常所見ヲ認メナイ。膝蓋腱反射消失，アヒレス腱反射ハ減弱ス。神經學的ニ嗅神經障礙輕度ニアリ。視力ハ左右共 0.1，視野狹少アリ（第1圖）。眼底兩眼3Dノ鬱血乳頭アリ。右鼻唇溝稍々淺ク，右顔面筋運動輕度ニ麻痺ス。難聴アリテ，左右共上音界聴力障礙サル。又溫熱試驗ニ於テハ兩眼球振盪持續時間長ク，振盪數多ク，而モ眩暈感ハ殆ンド無イ。舌根部及咽頭知覺僅カニ麻痺シ，咽頭反射ハ稍々弱イ。

第 1 圖



血壓：最高166耗，最低108耗水銀柱。

血液像：赤血球313萬，血色素70%（ザーリー），白血球7,800，白血球分類異常ヲ認メナイ（第1表）。

基礎代謝：+19.6%（第2表）。

血糖調節試驗（葡萄糖30瓦經口の負荷）：正常（第2圖）。

尿濃縮及稀釋試驗（水1立服用）：略々正常（第3圖）。

腰椎穿刺：初壓290耗，終壓80耗水柱（15耗排除）（第3表）。

第1表 血液検査

赤血球	313萬
血色素	70% ザーリー
白血球	7,800
分類	中性嗜好 65%
	「エオヂン」嗜好 3
	鹽基性嗜好 0
	淋巴球 28
	大單核及移行型 4

第2表 基礎代謝

身長	153.5釐
體重	51.5匁
氣壓	753.6耗
氣溫	19.0°C
O ₂ 使用量	2090匁
CO ₂ 排出量	1800匁
基礎代謝	1377Cal
所要代謝	1051Cal
呼吸商	0.861

第3表 腦脊髄液検査

前壓	290耗水柱
後壓	80耗
排除量	15匁
細胞數	8
性	中性
比重	1007

「グロブリン」反應
パンディー氏反應(÷)

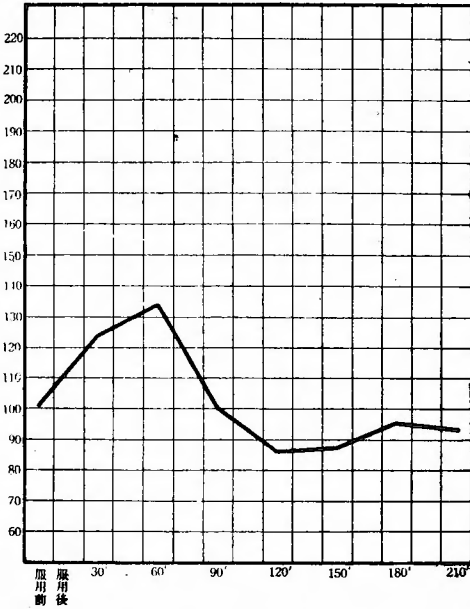
+19.6%

レ線検査（沃度油腦室撮影法）：左側腦室後角部ヨリ側腦室内ヘ下行性「モルヨドール」4匁ヲ注入シレ線検査ヲ行フニ，左側腦室ハ中等度ニ擴張シ，後前像ニテハ前角ハ左ヘ移動壓排サレ左傾ス。左ノ「モンロー」氏孔ハ沃度油ガ通過スルガ，右側腦室内ヘノ移行ハ證明セラレナイ（第4圖）。第三腦室亦稍々擴張シ，後前像ニテ正中線ヲ越エテ左ヘ傾ク。ジルビウス氏導水管ハ前後像ニテ稍々左ヘ傾ク。側面像ニテハコノ部ノ走行ニ異常ヲ認メナイ。第四腦室以下ニモ異常ヲ認メナイ。

第 2 圖 血糖曲線

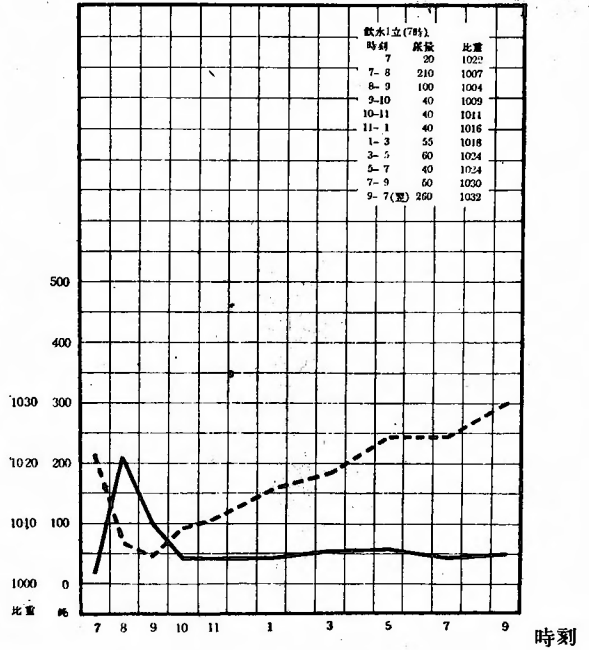
第 1 例 姓名 渥〇 53 歳 男性
病名 硬脳膜下血腫

mg/dl



第 3 圖 尿濃縮稀釋試験

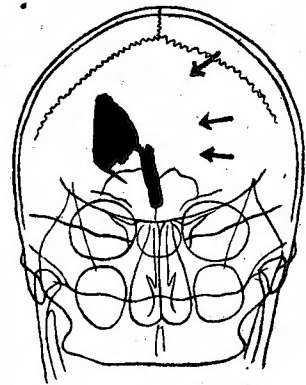
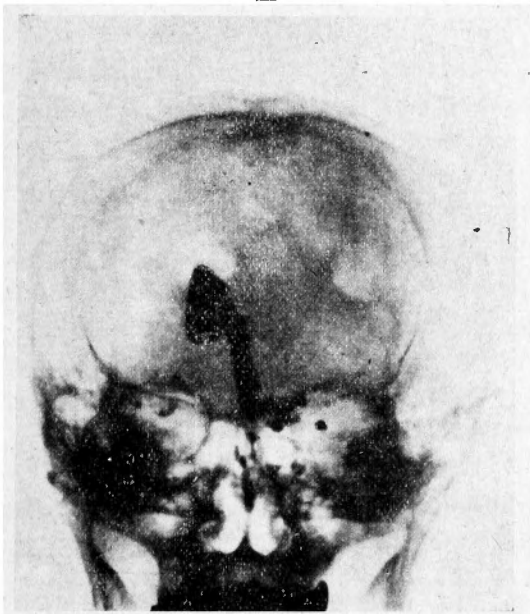
第 1 例 姓名 渥〇 53 歳 男性
病名 硬脳膜下血腫



第 4 圖 後 前 像

左

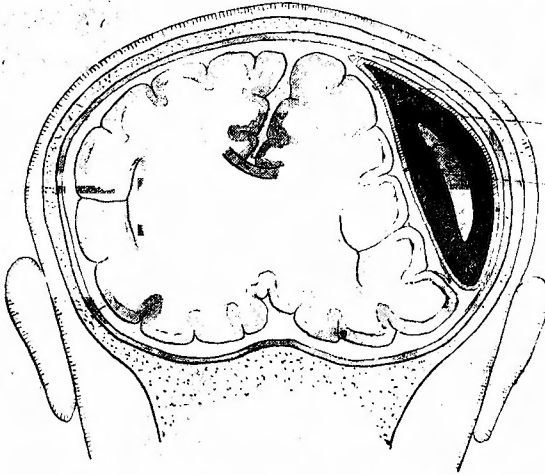
右



即チ脳腫瘍が右大脳半球ニ在リテ、主トシテ側方ヨリ壓迫スルコトニ依リ、左前角及第三脳室（主トシテツノ前部）ノ變化ヲ來シタモノト考ヘタ。

手術 右前頭・頭頂部開頭術ヲ行フニ、硬腦膜ハ肥厚緊張ス。之ヲ切開スルニ露出部腦表面下半部ニ軟クシテ紫紅帶綠色、表面圓滑ナ塊ヲ認メル。正中側ノ健康腦表面トノ塊界ハ不鮮明、瀰漫性デアル。コノ塊ニ切開ヲ加ヘルト中ニ陳舊血液約20匁アリ、之ヲ凝固血液ガ圍ミ、更ニ之ヲ内外兩面共菲薄ナル膜ガ包ンデ居ル。

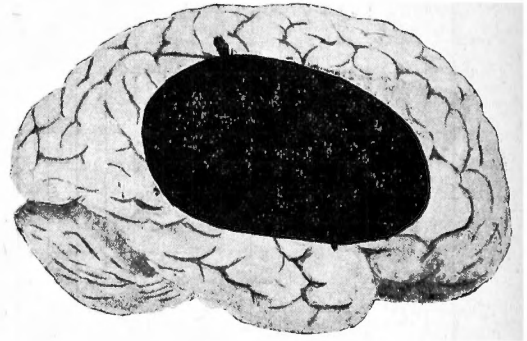
第5圖 頭部切斷面想像圖



即チ定型ナル硬腦膜下血腫デアツタ。内外兩面ノ薄膜ハ夫々硬腦膜及腦表面ヨリ極メテ容易ニ剝離スル事ガ出來タ。依ツテコノ薄膜ト共ニ血腫ノ完全剔出ヲ行ツタ。血腫ハ極メテ廣範圍ニ互ツテ居タ(第5, 6圖)。

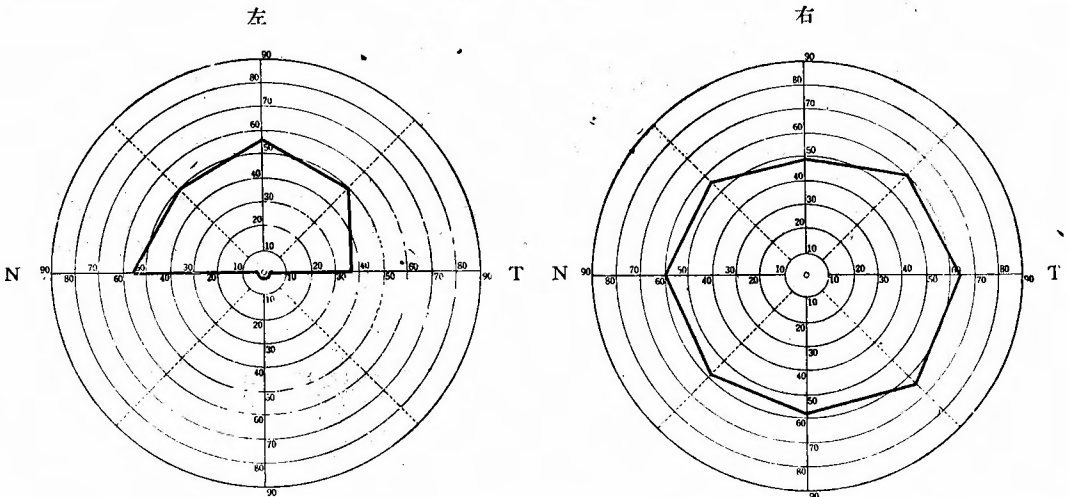
硬腦膜
外面膜
凝血
流動血
内面膜

第6圖 血腫擴大部位



術後経過 手術當日體溫 $38.1-37.5^{\circ}\text{C}$ ノ發熱ヲ見タガ、以後ハ最高體溫 37.5°C 、脈搏及呼吸正常範圍ニテ經過シ、食思、睡眠共ニ良好デアツテ、視力稍々恢復(左右共視力0.2)、視野擴大(第7圖)、右顔面神經麻痺恢復シ、術後24日ニテ退院シタ。

第7圖



第2例 右○留○郎, 48歳, 男子。

主訴 頭痛。

現病歴 32歳ノ時(16年前)落石ニ依リ、左頭頂・後頭部ニ挫創ヲ受ケ、1時意識消失、2~3日間安靜臥床後全ク恢復ス。2箇月前入浴時顔倒シ左頭頂部ヲ打ツタ事ガアルガ、當時意識障碍ヲ伴ヘナカツタ。

約30日前仕事中何等誘因ト思ハレルモノナクシテ突然頭部全般ニ互リ高度ノ疼痛ヲ覺エ、悪心、嘔吐ヲ來

シタ。吐物ハ食物残渣ノミ。意識明瞭、眩暈アリ。爾後立位、歩行ニ際シテ惡心、嘔吐ヲ來シ、陰鬱ナ天氣ノ日ハ鈍頭痛ガ持續スル。運動竝ビニ知覺障礙ハナイ。

既往症 8歳ノ時ヨリ耳漏、難聴アリ。

家族歴 特記スベキ事項ヲ認メナイ。

所見概括 體格榮養共ニ中等度、平溫、平脈、顔貌略々正常、胸腹部内臓ニ異常所見ヲ認メナイ。膝蓋腿反射左右減弱、アヒレス腱反射右減弱ス。左頭頂・後頭部竝ビニ左側頭部ニ癰痕ヲ認ム。神經學的ニ右嗅覺障礙アリ。視力右0.8(1.2×凹面鏡0.5D)、左0.8(矯正不能)、視野尋常、眼底ニ輕度ノ鬱血乳頭アリ。顔面神經右上枝輕度ノ不全麻痺アリ。難聴アリ、空氣傳導短縮、リンネ氏法右陰性、シュワーバツハ氏法左右短縮ス。又溫熱試驗ニ依リ兩眼球振盪持續時間短ク、振盪數右耳ニテ多ク、惡心ヲ來サナイ。咽頭反射右減弱。體平衡ハ一足性起立ニテ閉閉眼共左右動搖、走行不能。頭痛、惡心、嘔吐アリ。腹壁筋反射左右消失、提舉筋反射右減弱。

血液像：赤血球480萬、血色素85%(ザーリー)、白血球8,400、白血球分類ニ異常ヲ認メナイ(第4表)。

基礎代謝：+6.4%(第5表)。

第5表 基礎代謝

第4表 血液検査		
赤血球	480萬	
血色素	85%ザーリー	
白血球	8,400	
分類	中性嗜好	74%
	レエオチン嗜好	0
	鹽基性嗜好	0
	淋巴球	23
	大單核及移行型	3

身長	165厘
體重	56.4斤
氣壓	756托
氣溫	22.0°C
O ₂ 使用量	2240托
CO ₂ 排出量	1860托
基礎代謝	1431Cal
所要代謝	1345Cal
呼吸商	0.83

+6.4%

血糖調節試驗(葡萄糖30瓦經口の負荷)：正常(第8圖)。

尿濃縮及稀釋試驗(水1立服用)：正常(第9圖)。

レ線検査(沃度油腦室撮影法)：左側腦室後角部穿刺ニ依リ側腦室内へ下行性レモルヨドール¹⁴托ヲ注入シレ線検査ヲ行フニ、左側腦室ハ中等度ニ擴張シ、前角部ハ左方ニ壓排セラレ變形ス(第10圖)。

右側腦室前角部ニハ僅カニレモルヨドール¹⁴ガ入ルニ過ギナイ。ソノ天井ハ左ニ比シ低ク、又正中線ヲ越エテ左方へ移動變位ス。左ノモンロー氏孔ハ稍々擴張ス。第三腦室ハ細ク左方へ傾斜變形シ、側面像ハ影像ガ淡イ。ジルビウス氏導水管ハ細ク蛇行シ影像ガ淡イ。第四腦室以下異常ヲ認メナイ。

即チ右大腦半球ノ前頭・頭頂部ノ大ナル腫瘍デ、矢狀竇ニ近ク存スルモノト考ヘタ。

手術 右前頭・頭頂部開頭術ヲ行フニ、硬腦膜ハ緊張シ、硬膜下ニ大靜脈ノ怒張シテ居ル如キ青色ヲ透視ヘ。硬腦膜ヲ開クニ、硬腦膜ハ肥厚シ、ソノ下ニ薄イ被膜ニテ包マレタ血腫ヲ認ム。紫紅色、多少帶綠調ヲ呈ス。穿刺ヲ行フニ帶青色、漿液性ノ液ヲ證ス。切開ヲ加ヘ、内容液及ビ軟凝血ヲ除去スルニ、内外面ハ薄膜ヲ有シ、腦表面トハ剝離容易デアリ。硬腦膜ト寧ロ癒着著明デアル。之ヲ剝離シ、完全ニ剔出シタ。血腫ハ極メテ廣範圍ニ互ツテ居タ(第5、6圖ト同様所見ニ就キ圖省略)。

術後経過 手術當日體溫38.7°Cノ發熱ヲ見タガ、翌日ハ最高體溫37.8°C、脈搏呼吸共ニ異常ヲ認メズ。5日後ハ平溫、平脈トナリ、順調ニ経過シ頭痛消退、視力恢復(左0.8、右0.9)シ、術後45日ニシテ退院シタ。

考 察

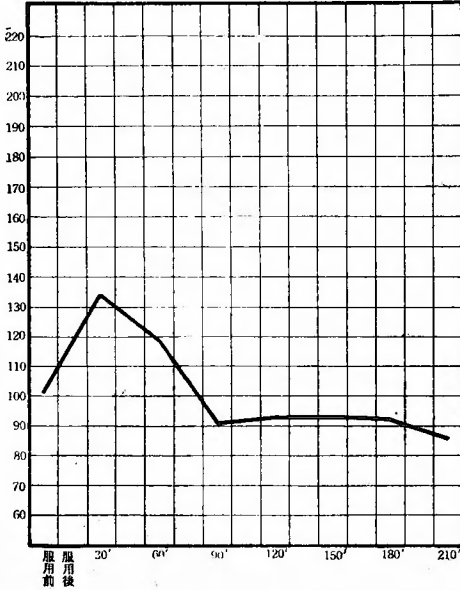
以上2例ハ大腦半球表面ニ於ケル慢性硬腦膜下血腫デアルガ、手術前神經學的検査ニ依ツテハ「腦腫瘍(部位明確ナラズ)」ト診斷サレ、更ニ腦室撮影ニ依ツテ大腦半球腫瘍ト診斷サレ、

第8圖 血糖曲線

第2例 姓名 石○ 48歲 男性

病名 硬腦膜下血腫

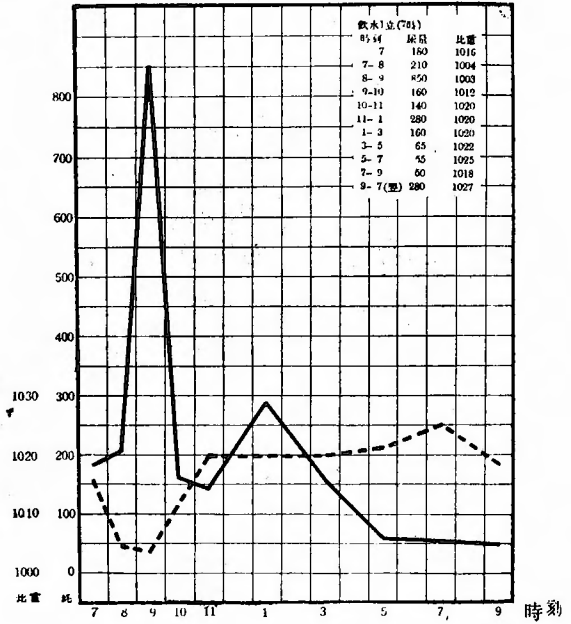
mg/dl



第9圖 尿濃縮稀釋試驗

第2例 姓名 石○ 48歲 男性

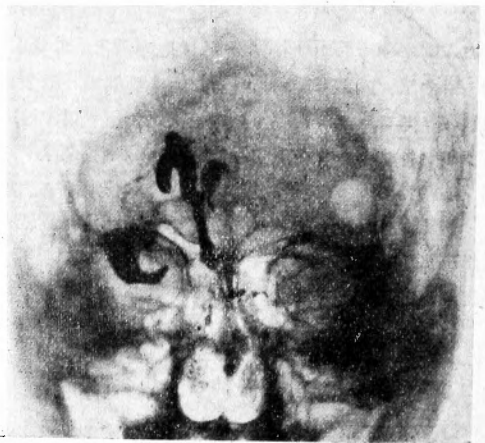
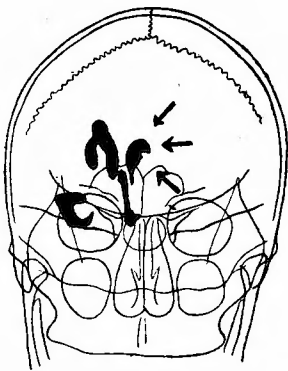
病名 硬腦膜下血腫



第10圖 後 前 像

左

右



手術ニ依ツテ始メテ硬脳膜下血腫ナルコトガ明カトナツタ例デアル。

我國ニテハ從來、明確ニ硬脳膜下血腫トシテ報告サレテ居ルモノハ甚ダ少ク、最近僅カニ河原氏(東大)、城野氏(満大)、長全氏(九大)、遠藤、松尾氏(海軍)、中田、金子氏(新大)、東大病理學教室、清水氏(東大)等ニ依リ報告サレ、殊ニ臨床手術治験例ハ極メテ僅カデアツテ、1—2例ヲ數フルニ過ギナイノデアル。又腦膜出血トカ、出血性内硬脳膜炎トシテ發表セラレテ居ルモノハ、多分硬脳膜下血腫デアラウト思ハレルガ、其ノ詳細ヲ知り得ナイ爲ニ斷定ハ不可能デアル。

外國ノ文獻ニ徴スルニ、Hankeハ1939年ストツクホルムノSerafimer 衛戍病院ノ神經外科學教室ニ於ケル Olivecrona ノ手術例32例ヲ基礎トシテ硬脳膜下血腫ノ詳細ナル記載ヲナシタ。我國ニテモ昭和13年中田、金子氏ニ依ル詳シイ報告ガアル。

之等ヲ參考トシテ本症例ニ就キ考察ヲ試ミル。

病因、發生機轉

硬脳膜下出血ニハ急性、亞急性及慢性ヲ區別シ得ルガ、ソノ大多數ハ慢性、外傷性デアルト言ハレル。最近神經外科學ノ發達ハ頭部外傷トノ關係ヲ明ラカナラシメ、慢性外傷性硬脳膜下血腫ハ日常生活ニテ起ル様ナ輕微ナ外傷ニテモ發生シ、外傷後直チニ症狀ヲ發スルコトナク、外傷後數週、數箇月、數年ニシテ初メテ症狀ヲ發スルモノガアリ、外傷ヲ全ク忘レテ居ル事スラアルノデアル。交通災害ノ増加ト共ニ本症モ増加シ、ストツクホルムノ症例中1/3ハ交通災害ニ依ルト見做サレ、全症例ノ70%以上ハ外傷ニ依ルトサレテ居ル。Learyハ頭蓋内障障害合併セル外傷死亡例ノ10%ハ本症デアルトシテ居ル。Jelsmaハ88%、Mckenzieハ91%、Randハ100%、Sachs u Furlowハ80%ニ於テ外傷ヲ既往症トシテ存シテ居タト言フ。

性別ニ於テハストツクホルムノ例ニテハ男子對女子ノ比ヲ7:1ナリト言ヒ、Jelsmaハ男子93%、Mckenzieハ82%、Randハ100%デアル。

年齢別ハストツクホルムノ例デハ30—60歳ニ多ク、Putnamハ17—58歳、Jelsmaハ平均32.9歳ナリト言ヒ、剖検例ニテハ50—80歳ニ多イトサレテ居ルガ、結局外傷ヲ受ケ易イ年齢ニ多イト言フ事デアラウ。又初生兒及小兒ニ於テモ本症ハ稀デナイガ、之ハ出産時ノ外傷ヤ難門穿刺等ノ機械的原因ニ依ツテ發生スルモノト思ハレル。

吾々ノ症例ニテハ2例共外傷ニ起因シ、第1例ハ頭部外傷後一旦恢復、2箇月後ニ初メテ症狀ヲ現シ、第2例ハ16年前ノ外傷治癒シ、2箇月前再外傷ヲ受ケ、ソノ後1箇月ヲ經テ症狀ヲ發シタノデアル。

外傷性硬脳膜下血腫ノ中、急性出血ニ在リテハ、重篤ナル一般症狀、意識喪失ガアリ、大口徑腦血管、靜脈竇、腦皮質靜脈ノ破裂ヲ起ス爲、硬脳膜下ノミナラズ、硬脳膜外ニモ、蜘蛛膜下ニモ、腦室内ニモ出血スルコトガアリ、爲ニ腦脊髄液ニ血液ヲ證シ得ル。反之、慢性ノ血腫ニ在リテハ、意識喪失ヲ伴ハナイ様ナ輕イ頭部外傷デ、時ニハ全ク外傷ヲ忘レテ居ル様ナ場合ニモ起ル。之ハ腦皮質カラ硬脳膜下ヲ通ツテ矢狀靜脈竇ニ注グ靜脈(上腦靜脈)ノ破裂ニ依ツテ起ルト言ハレテ居ル。

診 斷

臨床症狀ハ區々デアツテ一定症狀ヲ示サナイ。既往症ニ外傷ガアル事ハ本症ノ疑ヲ起スガ、症狀發現迄數週ヨリ長キハ數年ノ間隔ガアルノデ、全ク外傷ノ記憶ガナイ事ガ多イノデアル。時々弛張スル週期的症狀、又ハ局所判斷ヲ迷ハセル様ナ奇怪ナル個々ノ症狀ヲ呈スル事ガ多イ。即チ腦ノ局所症狀ハ明カデナイ事ガ多イガ、腦壓亢進症狀、即チ頭痛、頭痛ト共ニ發スル嘔吐、精神障礙、嗜眠、時々起ル意識朦朧、遂ニハ昏睡、

髓血乳頭、遲脈等が主症候デアル。然シテ患側決定ノ際、半身麻痺、失語症、腦神經麻痺、瞳孔散大等ヲアマリニ重視スルト誤診ヲ起ス事ガ多イ。即チ Gardner ニ依レバ、彼ノ經驗セル22例ニテ純神經學的患側決定ニ於テ、8例ハ一致、5例ハ決定根據捉ヘラズ、5例ハ反對側、4例ハ一側デアルノニ兩側性徵候ヲ示シト言フ。殊ニ本症ハ一側性ニ起ルトハ限ラズ、往々兩側性ニ來ルモノデアルカラ患側決定ハ屢々困難デアル。ストツクホルムノ例デハ、他側ニモ亦血腫ノアツタモノガ15%、他側ニ膜ノミアツタモノヲ加ヘルト28%ヲ示シタ。即チ 1/6 以上ニ於テ兩側ニ血腫ガアリ、僅カノ出血性變化ヲ示スモノヲ加ヘレバ 1/4~2/3ニ於テ兩側性ニ現レ得ルト言フ。尙一側性ノモノデハ右ト左ノ比ハ同ジ割合デアツテ、ストツクホルムノ例ハ23例中右對左ハ12:11、Leary ハ43例中、22:21デアル。又小腦附近ノ硬腦膜下血腫ニテハ小腦症狀ヲ示スモノノ様デアル。

急性出血ニテハ外傷ニ引續イテ一般ノ頭蓋内出血ノ症狀ヲ呈スルカラ、兎ニ角出血ガアルトイフ事ハ容易ニ診斷シ得ル。ソノ際腰椎穿刺ハ診斷ノ一根據ヲ與ヘル。即チ Kennedy 及 Wortis ハ72例ノ急性硬腦膜下出血ニ於テ腦脊髄液ハ入院時血性デアツタト言フ。然シ腦脊髄液ガ血性デアルコトハ硬腦膜下出血ニ必發所見デハナイ。出血ガ硬膜下腔ニ局限サレテ居レバ腦脊髄液ハ血性デハナイ。同時ニ蜘蛛膜ニモ損傷ガアツテ血液ガ蜘蛛膜下腔ニ入ルニ及ンデ始メテ腦脊髄液ガ血性トナルノデアル。急性硬腦膜下出血ニテハ通常同時ニ蜘蛛膜下ニモ出血ヲ起スガ故ニ腦脊髄液ハ血性デアルガ慢性硬腦膜下血腫ニテハ斯様ナコトガナイカラ通常透明デアル。時ニ「キサントクロミー」ガアル程度ニ過ギナイ。故ニ普通ノ蜘蛛膜下出血ト區別サレル。腦壓亢進症狀ヲ呈スルニ拘ラズ、腰椎穿刺ニ依ル腦脊髄液壓ハ大部分正常カ、ムシロ低イ。稀ニ高イ事ガアル。Fischer 及 De Morsier ハ斯様ニ腦壓迫症狀アルモ壓ノ低イコトガ診斷上意義ガアルト言フテ居ル。又 Gardner モ頭蓋内壓上昇シテ居ルニ拘ラズ腰椎穿刺ニテ壓正常ノ時ハ硬腦膜下血腫ヲ考ヘヨト言フテ居ル。腦脊髄液ニハ輕度ノ細胞増加ガアル。又蛋白量ニハ變リナイガ、時ニ「グロブリン」増加ヲ見ル事ガアル(Brodie)。

吾々ノ症例ニ於テハ第1例、第2例共ニ頭痛、惡心、嘔吐ヲ外傷後一定期間ヲ經テ發シタ。又腦神經検査ニテハ第1、第2、第7、第8、第9神經ノ障礙ヲ證シタ。又第2例ニ於テハ小腦症狀ヲモ現シテ居ル。腦脊髄液所見ハ第1例ニ於テ壓ノ上昇ヲ示シタガ、ソノ他ノ異常ハ殆ンド之ヲ認メナカツタ。ソノ他基礎代謝ハ僅カニ上昇シ、血糖調節試験ハ正常、尿濃縮及稀釋試験ハ第1例ニ於テ極メテ輕度ニ障碍セラレタガ、第2例ハ正常デアル。

血液所見ハ特ニ異常ヲ認メナイ。神經學的検査ニ依リテ診斷困難ナル場合ニ行ハレル補助診斷法トシテ、レントゲン學的検査ト試験的穿顱術トガアル。レントゲン學的検査ノ中最モ重要ナノハ腦室撮影デアル。硬腦膜下血腫ノ空氣腦室撮影像ノ特徴トシテ Dandy ハ次ノ如ク述ベテ居ル。

- 1) A-P 像ニテ患側ノ側腦室ノ上、外及下方境界ノ形狀變化、
- 2) 患側ノ側腦室ノ前角及體部ノ縮小
- 3) 更ニ局所的腦壓迫ニ依ル腦室系ノ位置ノ變化、即チ
 - i) 腦室系ノ反對側ヘ向フ轉位
 - ii) 第三腦室ノ反對側ニ向フ斜位
 - iii) 時ニ患側側腦室ノ閉鎖、又反對側ノ側腦室ノ充盈缺損ヲ見ルコトガアル。

コノ Dandy ノ記載ニ對スル補遺トシテ、ストツクホルムノ Lvscholtz ト Olivecrona トハ「腦室ノ移動ガ強クシテ中斷サレテ居ナイ、特ニ著明ナ廣範圍ニ互ル扁平ナル轉位ガ存スレバ、硬腦膜下血腫ノ診斷ハ確カデアル」ト述べ、大腦良性腫瘍ニ於テハ轉位ノ他ニ側腦室輪廓ノ限局性ノ凹ミガアルト言フテ居ル。然シ腦室撮影像ヨリ硬腦膜下血腫ト言フ確定的診斷ヲ要求スル事ハ無理デアラウ。

コノ事ハ吾々ガ行ツタ沃度油腦室撮影法ニ於テモ同様デアル。吾々ノ症例ニ於テハ、後前像(「モルヨドール」注入)ニテ患側ノ側腦室前角及體部ノ縮小、反對側轉位、第三腦室斜位、更ニ

第1例＝於テハ患側側腦室ノ充盈缺損ヲ見ル。又反對側側腦室ハムシロ擴大サレテ居ル。之等ノ所見ハ大腦ノ廣範圍ニ亙ル腫瘤ノ存在ヲ明示スルモノデハアルガ、ソノ腫瘤ガ血腫デアル事ヲ示スモノトハ限ラナイ。

ソコデ試験的穿顱術ガ診斷確定ノ唯一ノ方法トナルノデアル。之ハ本症ガ前頭、頭頂、側頭部＝多イ關係上側頭部ノ一側＝ノミ、或ハ兩側＝ニツノ穿顱孔ヲツクル事ガ推奨セラレル。然シ血腫ガ丁度ソノ部＝存在シナレバ役＝立タナイ。腦室撮影ノ際ノ後角穿刺ノ骨孔カラ血腫ヲ證明シ得ル事ガアルガ、吾々ノ例＝於ケル如ク、ソレヨリモ前部＝存スル血腫ノ場合ニハ之ヲ發見シ得ナイノデアル。

治 療 法

血腫ガ極メテ小サイカ、或ハ輕度ノモノデハ、内科的＝内服藥或ハ腰椎穿刺＝依ツテ治癒シタ例モ報告セラレテ居ルガ、現在デハ外科的＝治療スルノガ合理的デアル。外科的ニハ三ツノ方法ガアル。

1) 簡單ナル小穿顱孔ヨリ血腫内容ノミヲ排除シ、或ハ之ニ洗滌ヲ併用スルノミニテ血腫膜ニハ觸レナイ方法デアル。

コノ際兩側＝小孔ヲ設ケ血腫ヲ除去スル Kennedy 及 Wortis ノ方法、又一側＝二ツノ小孔ヲ設ケ、各々カラドレーナージヲ行フ方法、Fleming 及 Jones ノ兩側＝二箇所宛即チ前頭頭頂部及頭頂後頭部＝二箇ノ小孔ヲ設ケリッゲル氏液ヲ洗滌スル方法等ガアル。Frazier ハ各側＝二ツノ小孔ヲ設ケ、前頭部ヨリ洗滌シ、頭頂部ヨリ吸引スル事トシ、組織化シタ凝血ガアル時＝初メテ開頭シ、之ヲ除去スル方針ガ可ナリトシテ居ル。

2) 一側或ハ兩側ノ大キナ骨成形の開頭術＝依リ血腫内容及血腫膜ヲ除去スル根治手術法。

コノ際ノ硬膜ノ處置＝就テ Dandy, Grant, Olivecrona 等ハ色々ノ考案ヲ試ミテ居ル。

3) 前二者ノ中間ノ大イサノ穿顱孔ヲ設ケテ、血腫内容排除ト血腫膜ノ部分的除去ヲ行フ方法。

此ノ場合ニハ減壓術(側頭筋下)ヲ合併スル方ガヨイトサレテ居ル。即チ穿顱孔ヲルユエル氏骨鑿鉗子ニテ直徑2～3 釐＝迄鑿除シ、血腫内容ヲ排除シ、血腫膜ノ部分的剝離除去、加温食鹽水洗滌後、硬腦膜ハ開放ノ儘カ、或ハ切除シ、其ノ邊緣ヲ血腫外膜邊緣ト縫合、更ニ骨縁＝縫合シ、卷煙草狀ドレーンヲ24時間挿入スルノデアル。

ストツクホルム＝於テハ、硬腦膜下血腫＝對シ兩側性側頭・頭頂部減壓式小穿顱法ガ專ヲ行ハレタ。勿論後頭部血腫ニハソレニ適當ナ部位ガ選バレタ。

本症例＝於テハ2例共第2ノ方法即チ完全剔出ヲ行ツタ。

手術後合併症トシテハ腦萎縮、腦浮腫、手術後血腫形成ガアル。又手術死亡率ハ大抵10—20%ト言ハレテ居ルガ、死因ノ明ラカデナイノガ多イ様デアル。

最後＝病理竝ビ＝出血性内硬腦膜炎トノ關係＝就イテ一言ス。

Munro 及 Merritt ハ硬腦膜下血腫ヲ病理組織學的ニ次ノ三型ヲ區別シタ。即チ

第一型ハ孤在性血腫デアツテ、出血血液ガ硬腦膜下腔＝限局的ニ滯溜スルモノデアル。

第二型ハ混合血腫即チ多少ノ腦脊髄液ヲ混ゼル血液ノ硬膜下滯溜デアルガ、之ハ同時＝蜘蛛膜ノ斷裂ヲ合併ツタモノデアル。

第三型ハ硬腦膜下腔ノ水瘤(Hygrom)デアル。之ハ少量ノ血液ヲ含有シタ腦脊髄液ガ硬腦膜下腔＝限局性ニ滯溜セルモノデアル。

硬腦膜下血腫ノ名稱＝就テコノ他＝VirchowノHaematoma durae matris、又Pachymeningitis Haemorrhagica interna; BaillargerノMeningealhaemorrhagie; Quain, WilksノArachnoidcysten; PrusノMeningeal apoplexie; BauchetノBlut cyste der Dura mater; G. M. RobertsonノSubduralmembran等ノ名稱ガ用ヒラレテ居ル。

Virchow ハコノ出血ノ本態ハ硬腦膜内面ノ増殖性炎衝＝在リ、此ノ血管＝富ム増殖炎衝組織ヨリ續發的＝

出血スルモノデアツテ、從ツテ出血性内硬腦膜炎ト稱スベキモノデアルト言ツタ。

Henschen ハ慢性外傷性硬腦膜下血腫ヲ外傷性出血性内硬腦膜炎ト呼ンダ。今日大部ノ學者ハ之ニ反對シ居ル様デアル。Putnam ハ硬腦膜下血腫ニハ外傷性ノモノト非外傷性ノモノトガアルトシ、之ガ區別ガ可能ト信ジター人デアリ、コレニ就テハ長ク討論サレタガ、區別ハ不可能ノ様デアル。ソシテ外傷性ノ血腫デハ眞ノ炎衝性過程ハ存在セズ、若シアツテモソレハ代償的炎衝デアツテ出血ノ結果デアルト考ヘラレテ居ル。

鑑別診斷トシテハ慢性ノ血腫デハ腦腫瘍ヤ腦膿瘍ト誤診サレルコトガ多イ。又外傷性神經症、漿液性腦膜炎、靜脈竇栓塞、進行性麻痺、腦出血、腦軟化症、外傷性或ハ特發性蜘蛛膜出血、小兒ニ於ケル腦内水腫等ト鑑別ヲ要スル。

急性ノ硬腦膜下出血デハ腦内出血又ハ硬腦膜外出血ト鑑別スル必要ガアル。

尙急性、亞急性、慢性ノ區別ハ明確ナモノデハナク、外傷後手術迄ノ日數ニ依リ、即チ10日迄ヲ急性トシ、11—30日間ヲ亞急性、ソレ以後ヲ慢性トサレテ居ル様デアル。Foster Kennedy 及 Wortis ハ24時間—21日迄ヲ急性トシテ居ルガ、10—20日ノ中ニハ血腫膜ヤ肉芽組織ノ生成ガ既ニ開始サレル様デアル。

結 論

1. 定型の外傷性慢性硬腦膜下血腫ノ手術的治驗2例ヲ報告シタ。
2. 本症ノ確實ナ診斷ハ困難デアルガ、診斷ガ確定ノ上ハ手術的治療法ガ最良デアリ、且手術ハ極メテ簡單、而モ治癒率亦大デアル。