

臨 床

炎症性腦肉芽腫ノ臨床的經驗

京都帝國大學醫學部外科學教室第一講座 (主任: 荒木教授)

助教授 醫學博士 淺 野 芳 登

Klinische Erfahrungen über die entzündlichen Granulome des Hirns.

Von

Prof. Dr. Yosinori Asano, Ass.-Prof. an der Klinik.

[Aus der I. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto

(Prof. Dr. Ch. Araki)]

In den letzten 3 Jahren haben wir 9 Fälle von entzündlichen Granulomen des Hirns (7 Tuberkulome und 2 Syphilome) beobachtet. Da die Gesamtzahl der in diesem Zeitraum in unserer Klinik operativ resp. obduktiv bestätigten intrakraniellen Tumorfälle 74 betrug, entsprach also die Häufigkeit der Granulome etwa 12,2 Proz., wovon die der Tuberkulome 9,5 Proz..

Tuberkulome.

Von unseren 7 Tuberkulomen wurden 3 in der Großhirnhemisphäre, 1 im Seitenventrikel, 1 im Kleinhirnbrückenwinkel und 2 im Kleinhirn je im solitären Zustande gefunden.

i) Großhirntuberkulome

Fall 1. 21jähriges Mädchen. Seit 2 Monaten traten Krämpfe in der rechten Ober- und Unterextremität auf. Klinisch wurde eine schlaffe Lähmung der rechten Körperhälfte mit Stauungspapille nachgewiesen. Bei der Operation fand sich ein fast völlig abszedierter, über walnußgroßer Tuberkel in der linken vorderen Zentralwindung. Eiterentleerung durch Inzision und nachträgliche Röntgenbestrahlung. Die Patientin blieb über 2 Jahre lang am Leben, trotzdem die Beschwerden im weiteren Verlaufe kaum gebessert waren.

Fall 2. 18jähriges Mädchen. Vom linken Beine beginnende *Jackson*-epileptische Anfälle und eine spastische Parese mit Hypästhesie der linken Ober- und Unterextremität. Operativ wurde ein überwalnußgroßer Konglomerattuberkel aus der rechten hinteren Zentralwindung stückweise entfernt. Die Patientin starb nach 17 Tagen an postoperativer akuter Magendilatation.

Fall 3. 15jähriger Jüngling. Vom linken Arme Anfang nehmende *Jackson*-epileptische Krämpfe und eine spastische Parese der linken Ober- und Unterextremität ohne Sensibilitätsstörung. Ein kleiner, ziemlich gut organisierter Solitär-tuberkel wurde aus der rechten hinteren

Zentralwindung „en bloc“ enukleiert. Bis zum heutigen Datum (über 10 Monaten) ideale Dauerheilung.

ii) Intraventrikuläres Tuberkulom

Fall 4. 25jähriger Mann. Kopfschmerzen und Erbrechen. Klinisch wurde eine Hirndrucksteigerung mit Stauungspapille festgestellt. Das Ventrikulogramm zeigte, daß das rechte Foramen Monroi durch einen darüber gelegenen intraventrikulären Tumor fast vollständig blockiert ist. Der Tumor, ein walnußgroßer Solitærtuberkel, wurde subtotal exstirpiert. Nach vorübergehender Heilung starb der Patient schliesslich an Meningitis tuberculosa.

iii) Tuberkulom im Kleinhirnbrückenwinkel

Fall 5. 40jährige Frau. Die Symptome und Befunde wiesen auf einen linksseitigen Akustikustumor hin und ein walnußgroßer Tumor im linken Kleinhirnbrückenwinkel wurde operativ freigelegt. Der Tumor, bei der Operation für ein Neurinom gehalten, wurde stückweise entfernt. Erst nach Härtung und Anfertigung von Schnitten des Tumorstückes wurde festgestellt, daß es sich um ein ziemlich gut organisiertes Tuberkulom handelte. Die Patientin haben wir nach vorübergehender Besserung am 39. Tage leider an Meningitis tuberculosa verloren.

iv) Tuberkulom im Kleinhirn

Fall 6. 4jähriger Knabe. Das Krankheitsbild imponierte neurologisch anfangs einen Hirnschenkeltumor. Unser Jodventrikulogramm¹⁾ zeigte aber einen Tumor in der linken Kleinhirnhemisphäre. Ein gänseeigroßes Tuberkulom, das nicht nur auf die ganze Hemisphäre, sondern auch auf die benachbarten Basalmeningen übergriffen hatte, wurde in 2 großen Bruchteilen total entfernt. Der Kranke starb nach 43 Tagen an postoperativer Meningitis tuberculosa.

Fall 7. 5jähriger Knabe. Es war doch unmöglich, durch das Kleinhirnsyndrom allein die sichere Tumorseite zu diagnostizieren. Aber auch in diesem Falle wurde die topisch-diagnostische Schwierigkeit durch unsere Jodventrikulographie¹⁾ glatt gelöst. Ein überwalnußgroßes Tuberkulom wurde aus der rechten Kleinhirnhemisphäre „en bloc“ herausgenommen. Der Pat. erfreute sich beinahe 2 Jahre lang einer tadellosen Dauerheilung.

Zusammenfassung: 7 Patienten mit bestätigten Tuberkulomen des Hirns wurden operiert. Es gab 2 Dauerheilungen, 1 Besserung und 4 Todesfälle.

Syphilome

Fall 8. 40jähriger Mann. Die klinischen Symptome bestanden aus heftigen Kopfschmerzen und spastischer Parese mit Hypästhesie der rechten Ober- und Unterextremität. In der linken hinteren Zentralwindung saß ein überwalnußgroßes, zum Teile eingeschmolzenes Syphilom, das samt den

1) Auf dem Seitenbilde zeigte der Aquaedukt 1. in seinem supratentriellen Teile eine starke Vorwärtsabknickung und 2. der sich daran anschließende Infratentriellteil gemeinsam mit dem IV. Ventrikel eine auffällige Basalverschiebung. Am Dache des IV. Ventrikels war ein erheblich großer Füllungsdefekt sichtbar. Auf dem Sagittalbilde verschob sich der IV. Ventrikel zusammen mit dem Aquaedukte nach der dem Tumor gegenüberliegenden Richtung hin, indem der Füllungsdefekt auf der Tumorseite mitten in der Umrandung des ersteren beobachtet wird.

erkrankten Meningen in mehreren Stücken entfernt wurde. Es folgte eine vollkommene Wiederherstellung.

Fall 9. 25jähriger Mann. Er litt an heftigen Kopfschmerzen und *Jackson-epileptischen* Anfällen, die vom linken Beine begannen. Später traten bei ihm ein Oedem beiderseitiger Sehnervenpapillen und eine linksseitige Hemiplegie mit Hemihypästhesie auf. Ein hühnereigroßes Syphilom mit einem zentralen Einschmelzungsherd wurde aus der rechten vorderen und hinteren Zentralwindung heraus subtotal exstirpiert. Dabei auch die erkrankten Meningen mit dem Tumor entfernt. Es trat nur eine Besserung ein.

Zusammenfassung: Bei 2 Fällen liess sich das Syphilom des Großhirns mit gutem Erfolge operieren.

結核腫及ビ護謨腫ノ如キ所謂炎症性腦肉芽腫ガ恰モ眞性腦腫瘍ノ如キ臨床像ヲ呈スルコトハ既ニ周知ノコトデアル。我々ノ教室デハ昭和14年1月カラ同16年12月ニ至ル滿3ケ年間ニ此種ノ腦肉芽腫9例ヲ經驗シタノデ茲ニ取纏メテ記載スルコトトシタ。

1 統 計

第 1 表

炎症性腦肉芽腫… 9 (12.2%) < 結核腫… 7 (9.5%)
護謨腫… 2 (2.7%)

其他ノ頭蓋内腫瘍… 65 (87.8%)

合 計 74

	發 生 部 位	例 數	年 齡	性
結 核 腫	大 腦 半 球 (中 心 溝 附 近)	3	21	♀
			18	♀
			15	♂
	側 腦 室 內	1	25	♂
	小 腦々橋隅角部	1	40	♀
	小 腦 半 球	2	4	♂
5			♂	
護 謨 腫	大 腦 半 球 (中 心 溝 附 近)	2	40	♂
			25	♂

腦肉芽腫ハ總數9例デ、之ハ同期間内ニ我々ノ教室デ手術或ハ死後剖檢ニヨツテ確メラレタ諸種ノ頭蓋内腫瘍總數74例中ノ12.2%ニ該當スルガ、此ノ中デ結核腫7例(9.5%)トイフ發生頻度ハ之ヲ亞米利加學者ノ統計(van Wagenen ノ1.4%, Cushing ノ1.6%ヲ最低トシ、大抵ハ5乃至6%マデノ報告ガ多イ)ト比較スルトカナリ高率ヲ示シテキル。

本邦デハ近年木村及佐久間氏ガ病理解剖學上ノ統計デ(精神々經學雜誌, 第41卷, 第11號, 昭和12年, 第999頁)腦腫瘍ニ對スル結核腫ノ發生率20.9%トイフ數字ヲ舉ゲテキル。我々ノ統計ハ臨床症狀ヲ呈シテキタ症例ノミニ就テデアルカラ、病理解剖學上ノ統計ト較ベテ低率デアルコトハ當然デアラウ。其外デハ特ニ臨床方面ノ統計ガアマリ見當ラナイノデ、本邦ニ於テ大體

ドノ位ノ頻度デ腦結核腫ガ發生シテキルモノカ見當ガツキ難イノデアルガ、我々及ビ木村氏等ノ數字カラ推測シテ現在尙ホ相當ノ率デ發生シツ、アルノデハナイカト想像サレル。

次ニ患者ノ年齢及腦結核腫ノ發生部位ニ就テハ表示ノ如クデアツテ、要スルニ腦結核腫ハ何レノ年齢期ニ於テモ、亦タ何レノ腦部位ニモ發生シ得ルモノデアルガ、一般ニハ20歳前後マデノ患者ガ多ク、臨床的ニハ大腦半球中心溝附近及ビ後頭蓋窩就中小腦ノ結核腫ガ最モ多ク取扱ハレルトイフ從來ノ觀察ト一致シタ所見デアル。

護謨腫ハ2例デアツテ共ニ成年ノ男ノ大腦半球中心溝附近ニ發生シテキタモノデアル。腫瘍狀ノ大キナ護謨腫ガ此ノ附近ニ好發スルコトハ既ニ多數報告サレテキル所デアル。

2 臨床症狀

第2表 大腦半球結核腫

症 例	主 訴	他 覺 的 症 狀								
		腦 壓 亢 進	鬱 血 乳 頭	運 動 障 碍			知覺障碍	腱反射		
				顔	上 肢	下 肢				
(1) 柳 原 21 ♀	右 半 身 不 隨 ↓ ジャクソン型痙攣發作	+	+	+	+	+	+	—	微 弱 乃至 消 失	
(2) 櫻 庭 18 ♀	ジャクソン型痙攣發作 ↓ 左上下肢ノ運動障碍	—	—	—	+	+	+	+	知覺鈍麻 異常知覺 (腦皮質型)	亢 進
(3) 石 橋 15 ♂	ジャクソン型痙攣發作 ↓ 左上下肢ノ運動障碍	—	—	—	+	+	+	—	亢 進	

第3表 其他ノ結核腫

症 例	發 部 生 位	主 訴	他 覺 的 症 狀			
			腦 壓 亢 進	鬱 血 乳 頭	其 他	
(4) 石 坂 25 ♂	(左) 側腦室内	頭 痛 ↓ 嘔 吐	+	+	右顔面神經下枝ノ鈍麻 右眼球震盪 腱反射亢進	
(5) 上 村 40 ♀	(左) 小腦々橋 隅 角 部	頭痛、嘔吐 ↓ 左耳ノ難聽 步行困難	+	—	(左) V—VIII腦神經障 碍、小腦症狀	
(6) 濱 口 4 ♂	(左) 小腦半球	頭痛、嘔吐 ↓ 歩 行 困 難	+	+	Macewen sign (+) 兩眼球ノ Blickstarre、瞳孔散大、對光反 應微弱、左側ノ痙攣性麻痺 (小腦症狀ハ不明)	
(7) 八 田 5 ♂	(右) 小腦半球	頭痛、嘔吐 ↓ 歩 行 困 難	+	+	Macewen sign (+) 小腦症狀アルモノノ側ハ不詳	

第4表 大脳半球護膜腫

症 例	主 訴	他 覺 的 症 狀									
		腦 壓 亢 進	鬱 血 乳 頭	運 動 障 碍			知 覺 障 碍			體 反 射	
				顔	上 肢	下 肢	顔	上 肢	下 肢		
千 丈 40 歳	右上下肢ノ「シビレ」感 ↓ 右上下肢ノ運動障碍 頭痛甚ダ強シ	+	-	-	+	+	+	+	+	+	(右) 亢 進
赤 阪 25 歳	ジャクソン型痙攣發作 ↓ 左半身不隨、頭痛甚ダ 強、惡心、嘔吐	+	+	+	+	+	+	+	+	+	(左) 亢 進

大脳半球結核腫デハ3例共ニ Jackson 型ノ痙攣發作ト一側上下肢ノ運動障碍(第2例デハ同時ニ知覺障碍)トヲ主訴トシテキル。コノ中デ第2例(饗庭)及ビ第3例(石橋)デハ痙攣發作ガ初發シ、然後ニ徐々ニ運動障碍ヲ來シト考ヘラレルニ反シ、第1例(柳原)デハ運動障碍ガ初發シ、之ガ漸次増惡シテ殆ド半身不隨トナツタ時期(約2.5ヶ月後)ニ初テ痙攣發作ガ現レタトイフ病歴デアル。此ノ様ニ痙攣發作ト、患者ガ自覺シ得ル程度ノ麻痺症狀トノ間ニハ二様ノ現レ方ガアルコトハ從來知ラレテキル所デ、病竈ガ中心溝附近ノ皮質ニアル場合ニハ前者ノ如キ經過ヲトリ、反之、病竈ガ皮質下ニアル場合ハ後者ノ如キ經過ヲトルモノデアルト説明シテキル學者モアルガ、シカシ必ズシモソウトハ限ラナイ様デアル。何レニシテモ我々ノ症例デハ上記ノ如キ二様ノ經過ノ外ニ、神經學的ニモ亦タ二様ノ變化が見ラレタ。即チ第2及第3例ニ於ケル運動麻痺ハ痙攣性デアツタノニ反シ、第1例ノソレハ弛緩性デアツタ。尙ホ此ノ例デハ腦壓亢進、鬱血乳頭モ證明サレテキル。

側腦室内結核腫ノ例(石坂)デハ腦壓亢進、鬱血乳頭ガアリ腦腫瘍ト診斷サレタノデアルガ臨床的ニハソノ局所ハ不明デアツタ。

小脳々橋隅角部結核腫ノ例(上村)デハ聽神經腫瘍ヲ想ハス臨床所見ガアツタ。此ノ患者ノ病歴ニ於テ難聽ガ頭痛、嘔吐ヨリモカナリ遅レテ(數ヶ月後)現レタトイフコトハ普通ノ聽神經腫瘍トハ稍々異ル所デアツテ、診斷ニアタリ一考ヲ要スベキ點デアツトラウ。

小脳半球結核腫ノ中1例(濱口)デハ小脳腫瘍トシテノ症狀ガ「ハツキリ」セズ、寧ロ腦脚部腫瘍ヲ考ヘサセル臨床所見デアツタ。小脳半球腫瘍デモ甚ダシク大クナツタ場合或ハ前方ヘ向ツテ強ク發育シタ場合ニハ此ノ様ナ症狀ヲ呈スルコトモアリ得ルト考ヘラレル。故ニ小兒ノ場合ニハ特ニ小脳症狀ヲ見逃サヌ様ニ繰リ返シ詳シク検査スル必要ガアル。他ノ1例(八田)デハ小脳症狀ガ證明サレナガラ、ソノ側ガ臨床的ニハツキリシナカツタ。小兒デハ此ノ様ナコトモアリ得ルコトヲ忘レテハナラナイ。

護膜腫デハ2例共ニ一側上下肢ニ著明ナ運動並ニ知覺障碍ガアリ、1例(赤阪)デハ Jackson 型ノ痙攣發作、腦壓亢進、鬱血乳頭ガ證明サレタ。尙ホ之等2例ガ何レモ甚ダ強度ノ頭痛ヲ訴

ヘテキタコトハ注意スベキ點デアル。

之ヲ要スルニ結核腫デモ、護謨腫デモ凡テ觀察サレタ臨床所見ハ眞性腦腫瘍ノ場合ノソレト何等異ル所ガナイ。

3 原因疾患並ニ臨床診斷

第 5 表

		原 因 疾 患		神經學的診斷	腦 室 像
		既 往 症	現 症		
結 核 腫	(1) 柳 原	13歳(約8年前) 肺門部浸潤發病時(半年前) ツベルクリン ⁷ 反應(+)	證明サレズ	左矢狀竇外腫瘍	左矢狀竇外腫瘍
	(2) 饗庭	14年2ヶ月前右濕性肋膜炎	左肺結核	右矢狀竇外腫瘍(結核腫?)	右矢狀竇外腫瘍
	(3) 石 橋	8.5ヶ月前肋膜炎ト診斷サレタコトアリ	治 癒	右矢狀竇外腫瘍	右矢狀竇外腫瘍
	(4) 石 坂	右頸部淋巴腺結核	右頸部淋巴腺結核	腦腫瘍(結核腫?)	左側腦室内腫瘍
	(5) 上 村	ナ シ	證明サレズ	左聽神經腫瘍	左小腦々橋隅角部腫瘍
	(6) 濱 口	ナ シ	證明サレズ	腦脚部腫瘍?	左小腦半球腫瘍
	(7) 八 田	ナ シ	證明サレズ	小腦腫瘍	右小腦半球腫瘍
護 謨 腫	(1) 千 丈	不 知	ワ ⁷ 氏反應検査セズ	左矢狀竇外腫瘍 「メニンギオーム」 又ハ「グリオーム」	左矢狀竇外腫瘍
	(2) 赤 阪	1.5年前横痃	ワ ⁷ 氏反應 + ₃	右矢狀竇外腫瘍 (「ゴム」腫?)	

腦結核腫7例中既往ニ於テ他ノ臓器ニ結核ノ感染ガアツタト推定サレルモノガ4例アルガ、ソノ中ノ2例(饗庭、石坂)ダケニ現在進行中ノ結核性病變ガ證明サレ、ソレニヨツテ腦結核腫ノ疑ガ置カレタニ過ギナイ。

護謨腫ノ1例(赤阪)デハ微毒感染ノ病歴ガアリ、又血液ノワ⁷氏反應ガ強陽性デアツタノデ、護謨腫ノ疑ガ置ケヌコトモナカツタ。

手術前ニ於ケル臨床診斷ハ表示ノ如クデアツテ、要スルニ腦結核腫ノ場合ハソレガ結核腫デハナカラウカトイフ疑サヘモ置キ得ナイ場合ガ多イノデアル。

尙ホ腦室撮影(空氣又ハ沃度油注入)ヲ行ツタ例デハ凡テ腫瘍ノ局所ガ確實ニ診斷サレテキル。

4 手術時所見並ニ處置

第 6 表 結 核 腫

	局 所	手術時肉眼的所見	處 置	術 後 經 過	轉 歸
柳 原	左大脳半球 前中心迴轉	殆ト完全ニ膿瘍化ス。軟腦膜、皮質、皮質下ニ及ブ。 周囲トノ境界不鮮明 略々3×3cm	切 開 排 膿	術後9日目ヨリレ線治療5回、 諸症狀ハ多少輕快シタルモ、 恢復ハ著明ナラズ。	90日目退院、 現在術後2年3 ヶ月、稍々輕 快生存中

饗庭	右大腦半球 後中心廻轉	孤在性、不正形ノ團塊、主トシテ皮質下。皮質ニモ及ブ、一部軟腦膜ヘモ顔ヲ出ス。略々3×3cm	完全剔出 (途中デ壊ル)	術直後弛緩性麻痺ヲ來シタルモ次第ニ輕快ス。8日目頃ヨリ急性胃擴張ヲ併發、次第ニ衰弱。	17日目死亡 (急性胃擴張)
石橋	右大腦半球 後中心廻轉	孤在性、雀卵大、主トシテ皮質下。僅ニ皮質ヘ及ブ境界極メテ鮮明	一塊トシテ完全剔出	症狀著明ニ輕快ス。	30日目退院、 現在術後10.5ヶ月、健在
石坂	左側腦室内 モンロー氏 孔ノ直上	胡桃大、球形、一部第3腦室内ヘ侵入、基底ハ腦實質中ヘ侵入セリ。	亞全剔出 (一部殘存ス)	著明ニ輕快、歩行自由トナリ恰モ全治シタルカノ如シ。44日目頃ヨリ發熱、頭痛、嘔吐。結核性腦膜炎!	58日目死亡 (結核性腦膜炎)
上村	左小腦々橋 隅角部	胡桃大、球形 V、Ⅶ、Ⅷ腦神經ト癒着ス。	被膜内ニテ分割剔出 被膜ノ大部分剔出	初メ甚ダシク輕快、3週間目頃ヨリ發病、肺結核並ニ結核性腦膜炎! 30日目ヨリレ線治療2回無效。	39日目死亡 (結核性腦膜炎)
濱口	左小腦半球	略々鶯卵大、餅形、底部ハ軟及硬腦膜ヘモ波及ス。	2回ニ分割剔出 硬腦膜ヲ一部切除	幾分輕快シタルモ、術後38°C前後ノ發熱去ラズ漸次増悪、14日目ヨリレ線治療3回無效結核性腦膜炎!	43日目死亡 (結核性腦膜炎)
八田	右小腦半球	超胡桃大、球形小腦實質内ニ局限ス。	一塊トシテ完全剔出	全ク良好、視力以外ノ諸症狀漸次著明ニ輕快。	35日目退院、 現在術後1年10ヶ月、健在

第 7 表 護 謨 腫

	局 所	手術時肉眼的所見	處 置	術 後 經 過	轉 歸
千 丈	左大腦半球後中心廻轉	皮質及皮質下ヲ占居ス。硬腦膜ニモ波及シ、正中側ニテハ Falx 及矢狀竇部ト強く癒着、剝離シ難シ。超胡桃大、凹凸不正、一部軟化ス。	一部硬腦膜ト共ニ亞全剔出側頭下減壓術施行	良好、諸症狀甚ダシク輕快。	28日目退院、現在術後3年7ヶ月健在
赤 阪	右大腦半球前及後中心廻轉	皮質、皮質下ヲ占居ス。正中側デハ硬腦膜ト癒着強固ナリ。約鶯卵大、中心ハ軟化ス。	硬腦膜ト共ニ殆ド大部分剔出側頭下減壓術施行	良好、19日目ヨリ驅療療法、症狀著シク輕快、漸次歩行可能トナル。	56日目退院、現在術後2年4ヶ月、輕快シテ生存中

手術時所見：結核腫モ護謨腫モ凡テ孤在性ノモノデ、大サハ雀卵大カラ略々鶯卵大ニ至ルマデアル。

大腦結核腫3例中第1例(柳原)デハ腫瘤ハ皮質下ニ於テ殆ド完全ニ膿瘍化シ、皮質及ビ軟腦膜ニモ亦タ著明ナ病變ガ見ラレタ。此ノ所見ハ他ノ2例ノソレトハ著シク異ル所デアツテ、本例ノ病歴乃至症狀ガ他ノ2例ト異ツテキタ點ハ恐ク此ノ邊ニアルモノデハナカラウカ。

第2例(饗庭)デハ腫瘤ハ不正形ノ團塊デ、ソノ大部分ハ皮質下ニアツタガ、皮質ヘモ相當ニ波及シ又一部軟腦膜ヘモ顔ヲ出シテキタ。第3例(石橋)デハ腫瘤ハ卵形デ表面ハ滑澤、殆ド皮質下ニ存在シテキタ。即チ之等2例ハ腦結核腫トシテハ臨床上最モ屢々見ラレル所ノ普通ノ形ノモノデアル。

側腦室内結核腫(石坂)ハモンロー氏孔ノ直上ニ發生シテ居リ、腫瘤ノ基底デハソノ一部ガモンロー氏孔カラ第3腦室内ヘ侵入シ、コノタメニモンロー氏孔ハ殆ド完全ニ閉塞サレテソノ側ノ側腦室ハ著明ニ擴大シテキタ。

小腦々橋隅角部結核腫(上村)ハ腫瘤ノ局所並ニ肉眼的所見ガ聽神經腫瘍ト甚ダヨク似テ居タノデ、我々ハ手術時ニモ之ヲ聽神經腫瘍ダト許リ思ツテ剔出シタノデアルガ、後デ組織學的檢

査ノ結果結核腫デアルコトガ判明シタ。

小腦結核腫ノ中、八田ノ例デハ腫瘤ハ超胡桃大デ、小腦實質内而カモ皮質下ノミニ存在シ、未ダ皮質並ビニ軟腦膜ニハ病變ガ全然波及シテキナカツタ。濱口ノ例デハ腫瘤ハ約鷲卵大デ、皮質下ハ勿論皮質ノ大部分ヲモ侵シ、腦底部ニ於テハ既ニ軟腦膜ノミナラズ硬腦膜ニモ著明ナ病變ガ認めラレタ。或ハ腦底ニ於ケル所謂 terminale Meningitis 併發ノ一步手前ニアツモノカモ知レナイ。若シソウデアルトスレバ此ノ様ナ腫瘤ノ剔出ハ後述ノ如ク後來結核性腦膜炎續發ノ危險ガ最も大デアルト言フベキデアラウ。

護謨腫ハ何レモ大脳皮質並ビニ皮質下ヘ擴リ、亦タ軟腦膜モ病變ニ與リ、矢狀竇附近デハ硬腦膜ニモ強イ癒着が見ラレタ。

處置…第1例デハ膿瘍ノ切開排膿ヲ行ヒ、術後レ線治療ヲ行フ目的ノタメニ手術部ヘハ骨瓣ヲ整復スルコトナク骨開放ノマ、デ其上ニ軟部縫合ヲ行ツタ。此ノ際手術部ノ腦實質ガ骨開放口カラ表面ヘ尙ホカナリ強ク膨出シテキタコトハ、膿汁ニヨツテ他ノ腦部特ニ腦底部ガ汚染サレルコトヲ完全ニ防ギ得テ好都合デアツタ。

腫瘤ヲ一塊トシテ完全ニ剔出スルコトガ出來タノハ大脳結核腫ノ1例(石橋)ト小腦結核腫ノ1例(八田)トノ2例ダケデアツテ、而カモ之等2例共ニ軟腦膜ニハ結核性病變ハ全然波及シテキナカツタノdeal。

残りノ4例ノ中、饗庭ノ例デハ腫瘤ガ甚ダ脆クテ剔出ノ途中デ自然ニ壞レタガ、シカシ全部剔出スルコトガ出來タ。石坂ノ例デハ腦室壁ト癒着シタ部分デ腫瘤ノ一部ガ残留シ結局亞全剔出ニ終ツタ。上村ノ例デハ先ヅ被膜内デ腫瘤ヲ分割剔出シ最後ニ被膜ノ大部分ヲモ剔出シタ。濱口ノ例デハ腫瘤ガ大クテ一塊トシテハ剔出ガ困難デアツタノデ之ヲ2回ニ分ケテ剔出シ、尙ホ附近腦膜ノ病變部ヲモ出來ルダケ切除シタ。要スルニ之等4例デハ剔出操作中ニ大ナリ小ナリ病竈附近ヘ結核菌ガ撒布サレルトイフ可能性ガアツタ譯deal。

護謨腫ノ2例デハ矢狀竇部ニ於ケル病變腦膜ノ一部ヲ殘シテ殆ト全部ヲ剔出シタ。

5 術後ノ經過並ビニ轉歸(第6—7表)

大脳結核腫ノ中、第2例(饗庭)ハ既ニ高度ノ肺結核ノ爲ニ極度ニ衰弱シタ患者デアツタガ、術後急性胃擴張ノタメトレタ。第3例(石橋)デハ術後ノ經過ハ甚ダ良好デ症狀モ著シク輕快シテ術後30日目ニ退院、現在術後10.5ヶ月トナルガ健在deal。第1例(柳原)デハ諸症狀ノ著明ナ恢復ヲ見ルコトハ出來ナカツタガ、ソレデモ幾分ハ輕快シテ術後90日目ニ退院シ、術後2年3ヶ月ノ現在モ尙ホ生存シテキル。即チ此ノ例デハ病變ソノモノノ増悪ヲ完全ニ防グコトニヨツテ少クトモ生命ダケハ救フコトガ出來タノデアツテ、此ノ點手術ハ寧ロ成功シタト考ヘテモ差支ナカラウ。

以上第1及第3例ニ於ケル經驗カラシテ、大脳穹窿部結核腫デハ腦膜ト全然關係ノナイ腫瘤ヲ一塊トシテ完全ニ剔出スル場合ハ勿論、附近ノ腦膜モ一緒ニ罹患シテキルガ如キ腫瘤乃至ハ

膿瘍ノ分割剔出或ハ切開排膿ヲ行ツタガタメニ結核菌ガ病竈附近ヘ撒布サレタ場合デモ腦底部ガ結核菌ニヨツテ汚染サレルコトサヘ防ギ得タナラバ、術後危險ナル結核性腦膜炎ノ發生ハ先ヅナイモノト考ヘラレルノデアツテ、此ノ點ハ後頭蓋窩就中小腦ニ於ケル結核腫ノ場合トハ趣ヲ異ニシテキル様ニ思ハレル。

他ノ4例ノ中デハ小腦結核腫ノ1例(八田)ダケニ手術ガ成功シテキル。之ノ例デモ亦タ石橋ノ例ノ如ク腦膜トハ全然關係ノナイ腫瘤ガ一塊トシテ完全ニ剔出サレタノデアツテ、術後ノ經過良好、視力ノ外ハ諸症狀ガ著シク輕快シテ術後35日目ニ退院、現在術後1年10ヶ月トナルガ全ク健在デアル。残ノリ3例(石坂、上村、濱口)ハ全部術後結核性腦膜炎ニヨツテ仆レタノデアツテ而カモ凡テ腫瘤ノ亞全剔出乃至分割剔出ヲ行ツタ例デアル。此ノ中、石坂及上村ノ2例ハ共ニ術後一度ハ甚ダシク輕快シテ石坂デハ殆ド完全ニ治癒シタカノ如ク見エテ居タ程デアル。恐クハ腫瘤ノ亞全剔出乃至分割剔出ノ際ニ遊離シタ結核菌ガ、石坂ノ場合ハ腦室液ノ流れニ從ツテ腦底部ヘ到達シ、上村ノ場合ハ病竈カラ直接ニ附近腦底部ヘ擴ガルコトニヨツテ腦膜ノ結核感染ヲ來シタモノデアラウ(石坂デハ死後剖檢ニヨツテ明カニ腦底ニ於ケル結核性腦膜炎ガ證明サレタ)。

唯濱口ノ場合ダケハ手術時ノ所見並ビニ術後ノ經過カラ見ルト上ノ2例トハ稍々異リ、單ニ腫瘤ヲ分割剔出シタタメダケデナク、腦底部ニ於ケル腦膜ヘ病變ガ既ニ波及シテキタトイフコトモ亦タ考慮ニ入レナケレバナラスダラウ。

Adson 一派(Arch. of neurol. and psych. Vol. 43, Nr. 4, 1940, p. 635.)ニヨルト小腦デハ小葉間ノ隔壁ガ甚ダ深ク、ソコデハ軟腦膜組織ガ小腦内部ヘ向ツテ深ク進入シタ狀態ニアルガタメニ、實質内ニ結核腫デモソノ部分デハ炎症性機轉ガ好シデ此ノ中胚葉性組織(軟腦膜)ニ沿フテ擴ガリ、ソノタメニ病變ハ屢々腫瘤ノ外見上ノ限界ヲ越エテ遙カニ廣ク周圍ニ進行シテキルコトガアル。從ツテ此ノ様ナ結核腫デハ一見完全ニ剔出サレタカノ如ク見エテソノ實ハ剔出不完全ニ終ルモノデアツテ、此ノコトガ後來結核性腦膜炎發生ノ基因トナルモノデアルトイフ。吾々ノ症例ノ中八田デハ小腦半球内ノ結核腫ヲ一塊トシテ全剔出シテ成功シテキル。コノ例ハ幸運ナル例外デアラウカ。コノ例1ツノ經驗デハアルガ吾々ニハ小腦結核腫ガ Adson ノ云フガ如ク絶望のナモノトハ信ゼラレナイ。今後尙多クノ症例ヲ必要トスルガ、今ノトコロ吾々ハ『腦底腦膜ト關係ノナイ小腦結核腫ハ之ヲ一塊トシテ完全ニ剔出スル場合ニハ手術成功ノ見込ガアル、反之、既ニ腦底腦膜ニ病變ノ波及シテキル場合トカ、ソウデナイ場合ノ小腦結核腫デモ之ニ亞全剔出或ハ分割剔出ヲ行フトキハ、術後結核性腦膜炎ヲ發生スル危險ガ甚ダ大デアル』ト考ヘテキル。同様ノコトハ腦室内結核腫及ビ手術可能ナル後頭蓋窩底結核腫(例ヘバ上村例ノ如キモノ)ニ就テモ言ヒ得ルデアラウ。

從來小腦結核腫ノ剔出手術例デハ術後結核性腦膜炎ノタメニ仆レタトイフ症例ノ報告ガ甚ダ多ク、反之、永久治癒例ノ報告ハ殆ドナイトイツテモヨイ位稀デアツテ、本症ノ剔出術成功ハ

殆ド絶望デアルトマデ悲觀視サレ、Cushing ヤ Bailey ノ如キハ寧ロ剔出術ヲ斷念シテ減壓手術ダケニ止メタ方ガヨイトサヘ言ツテキル程デアル。(勿論 Dandy ノ如ク依然トシテ剔出術ヲ主張スル學者モアツテ、剔出術ガヨイカ、減壓手術ダケニ止メタ方ガヨイカトイフ點ニ就テハ一般的ニ一致シタ意見ハナイ様デアル。)

小腦結核腫ノ剔出手術ガ成功スルト否トハ上述ノ如ク小腦組織内ニ於ケル腫瘤ノ發育程度ト之ニ向ツテノ剔出操作ノ如何ニ大ナル關係ガアルト考ヘラレルノデアルカラ、我々トシテハ此ノ際腫瘤ガアマリ大クナク且ツ腦膜ト全然關係ノナイコトガ「ハツキリ」判レバ必ズ之ヲ一塊トシテ完全ニ剔出スベキデアリ、若シ腫瘤ガ著シク大クテ腦實質ノ大部分ガ犯サレテ居リ一塊トシテハ到底剔出スルコトガ出来ナイト考ヘラレル様ナ場合、特ニ腦底部腦膜ヘマデモ病變ガ波及シテ居ルガ如キ場合ニハ、寧ロ剔出術ヲ斷念シテ減壓手術ニ止メ、或ハ更ニ術後ニ線治療ヲモ併用シタ方ガ策ヲ得タルモノデハナカラウカト考ヘルノデアル。

先年荒木教授ハ小腦結核腫ニ對シテ後頭下減壓手術トニ線治療トヲ併用シテ著明ナ效果ヲ收メタ例ヲ報告サレタガ(日本外科寶函、第11卷、第3號、昭和9年5月、第755頁)、残念乍ラソノ例モ永久治癒ヲ來シタノデナク、結局約1年半後ニハ死亡シタノデアツタ。併シ兎ニ角或程度ノ效果ハ期待シ得ルノデアルカラ腫瘤表面ノ腦膜ニ結核性變化ガ明カデ、手術ヲ減壓手術ノミニ止メタ場合ハ勿論、剔出手術ヲ敢行シタ場合デモ一塊剔出トイフ點ニ於テ多少怪イト思ハレタナラバ術後ニ線照射ヲ行ツテ見ルノガヨイデアラウ。

我々ノ症例デ術後ニニ線治療ヲ併用シタノハ柳原、上村及濱口ノ3例ダケデアル。此ノ中柳原デハ手術時ニ既ニニ線治療ヲ豫定シテ術後早期カラ之ヲ行ツタノデアルガ、果シテ效果ガアツタカ否カハ不明デアル。他ノ2例デハニ線治療ヲ始メタ時期ニハ何レモ既ニ結核性腦膜炎ニ罹患シテ居リ、遂ニ之ヲ治癒セシメルコトハ出来ナカツタ。即チ術後ノニ線照射ハ既ニ結核性腦膜炎ヲ起シテキルモノニハ最早效果ガナイトイフコトハイヘル譯デアル。

護謨腫デハ2例共ニ經過良ク、諸症狀モ著シク輕快シ、特ニ第2例(赤阪)ノ如キハ入院時ニハ甚ダ高度ノ運動麻痺ノタメニ擔荷デ運ビ込マレタ程デアツタガ、退院時ニハ杖ニ縋ツテ歩行シ得ル様ニマデ輕快シテキタ。現在デハ夫々術後3年7ヶ月、2年4ヶ月トナルガ共ニ健在デ勞務ニ從事シテキル。

腦ニ發生シタ腫瘍狀ノ護謨腫ハ單ニ驅微療法ヲ行ツタダケデハ治癒ノ見込ハナイモノデ、此ノ際ニハ剔出術ヲ行フカ或ハ開頭術ト驅微療法トヲ併用スベキデアルコトハ Bailey 等モ認メテキル所デアル。我々ノ症例モ剔出術ニヨツテ大ナル效果ヲ舉ゲ得タノデアツテ、此ノ2例ノ經驗カラスレバ、護謨腫デハ結核腫ノ場合ト異リ必ズシモ一塊トシテ完全ニ剔出スル必要ハナイモノト考ヘラレル。尙ホ此ノ疾患ノ性質上剔出後ト雖モ驅微療法ヲ續行スベキハ當然デアラウ。