

化して肉腫になつたものと解すべきか、或は外傷自体が直接肉腫発生の素因をなしたかは、即断を憚るが発病以来、以上の注射液の効果が奏効しなかつたのみならず益々増悪した事実から推察して、本腫瘍の発生増殖に関して何等かの因果関係があるのではなからうかと思われる。原因が外傷自体或は注射によるが何れにせよ、組織学的には明かに結締織性のものより分離出来る筋肉性の特徴を有する多形細胞肉腫である。

即ち Ballota Harding 及び Thiem の所謂外傷性腫瘍の条件を具備している。

即ち① 腫瘍発生箇所が外傷を受けた場所を一致する事。

② 外傷は nicht unbedeutende Gewalteinwirkung を有せる事。

③ 外傷と腫瘍発生との間に Brucken Symptome の存在する事。

④ 受傷後、腫瘍発生迄に腫瘍の発育期間を有する点。

以上の点によりて本症例は外傷性肉腫と考えてもよいのではなからうかと思われる。

4) 結 語

① 41才の男子で外傷後坐骨神経痛の診断のもとに頻回注射をうけた患者に、椎弓切除術を施行した所、

黄靱帯の肥厚を証明したがその症状の主因は、実は注射部位に発生した多形細胞肉腫であつた1例を報告した。

② 手術により採取した組織の鏡検像は多形細胞肉腫であつたが、本腫瘍の発生が直接外傷に由来するものが、或は之と関連なく単に注射薬の反復刺戟に依るものかは即断出来ないが、症状の進展の状況から推察して両者の間に尠くとも、因果関係があると思われる。

③ 注射後の硬結或はしこりとして姑息的に取扱われたものが悪性化する事実をよく認識し、早期に適切な処置が必要と考える。

(終りに臨み御校閲を賜つた京都大学整形外科教室 近藤鋭矢教授並に御指導、御校閲を頂いた院長塩津徳政博士に深甚の謝意を表す。)

主 要 文 献

- 1) 野島武夫：外科 7. 47. 昭18 2) 鈴木・田中：外科 4. 10. 昭15 3) 逸見 外科 15. 11. 34 (昭28) 4) 的埜正：外科 7. 63. 昭18 5) 小野：日本病理學會雜誌 24. 571. 昭9 6) 益子：東方醫事新誌 2882, 19, 昭9 7) 西山保、瀧澤延：癌, 29, 1, 1935年, 30, 419 1936年, 32, 236, 1938年 8) Thiem : Handb. Unfallcr Krankheiten, 1909

蛙 人 の 1 例

厚生年金玉造整形外科病院 (指導 院長 医学博士 塩津徳政)

医 員 山 本 忠 治 ・ 堤 正 二

[原稿受付 昭和30年7月5日]

KLIPPEL-FEIL SYNDROME. REPORT OF A CASE.

by

CHUJI YAMAMOTO & SEIJI TSUTSUMI

From the Tamatsukuri Orthopedic Hospital. (Director : Dr. NORIMASA SIOTSU)

One case of Klippel-Feil syndrome in a girl aged 5 lacking several of her cervical vertebrae (four vertebrae) was reported. This is very seldom seen. It was

* 本文の要旨は昭和29年2月の京都外科集談会の席上で述べた。

accompanied by nervous symptoms of paralytic strabismus and congenital mutism.

As this case has bilateral congenital elevation of the scapula, we suppose the genesis of the disease is similar to that of Sprengel's deformity.

1) 緒 言

脊椎畸形の解剖学的報告は Haller を始めとして, Morgani (1746), Wertheim (1857) 等の報告があるが, 一方1912年 Klippel 及び Feil はこの様な疾患を臨床的に初めて報告し, 更に Feil は1919年に Syndrom de la réduction numérique cervical を発表した。私の調査した所では海外文献上でも Froschmensch は比較的稀な疾患に属している。私は最近先天性鰓鰓を伴ったその一例に接する機会を得たので報告する。

2) 症 例

(初診昭和29年2月5日)

藤○イ○, 5才, 男

主訴: 頸部短縮, 運動制限

家族歴: 血族結婚ではない。又畸形その他の遺伝的疾患を思わせるものは認められない。

同胞4人, 共に健常。

現病歴: 出産は正常位で満期, 安産 (体重750匁)。出生時頸部が短縮し且太く, 両肩が挙上した姿位であつた。母乳, 粉乳の混合栄養であるが, 発育と共に頸部短縮, 及び運動制限が著明となつた。発育は健康児に比べ非常に遅延し, 1年2カ月で寝返りが可能, 1年8カ月で這這可能となり, 処女歩行に至るまでに3

年8カ月を要した。又歩行時に両下肢を少々開き, 上肢を振る事なく歩行するが, 容易に転倒する。智能は非常に遅延し, 鰓鰓である。

既往症: 特記すべきものは無い。

現症: 写真 (1)(2) 体格。栄養共に中等度, 頭部は軀幹に較べて大きい。前方より見ると, 頭部は少々前方に突出し, 顔面不整は認められないが, 内斜視を証明する。両側胸鎖乳頭筋は短縮緊張して翼状を呈し, 頭部は肩幅に較べて非常に大きく見え, 頭部は鎖骨の高さに達している。開口は下顎が胸骨上部に当るため障碍されている。胸廓には著変を証明しない。肋骨には佝僂病性念珠も認められない。胸部, 腹部内臓にも著変を証明しない。

後方から見ると頭部は少々左前屈して, 後頭部頭髮生之際の低下を認める。即ち左は第1胸椎の高さに, 又右は此れよりも更に下方まで及んでいる。頸部は著明に短縮して, 項肩線は両側共に鈍角を成し, 脊柱は頸胸椎部で軽度の円背及び左側彎を認める。頸椎棘突起は頸部短縮及び頭部運動制限の為に2個しか触知出来ない。肩胛骨上内角は右は第1胸椎, 左は第7頸椎の高さ, 下角は共に第3胸椎の高さで, 肩胛骨高挙を証明する。頭部の運動制限は前後屈15°, 傾斜は左15°, 右10°, 回旋運動は左50°, 右40°, である。上肢の運動は前方挙上左140°, 右130°, 外転左130°, 右110°, 後方挙上左140°, 右132°, で後方挙上は両側共に過剰運動性を示す。又偏側上肢の運動に際し他側上肢の運動を随伴する。下肢は軽度のO脚を呈するだけで運動障碍は認められない。又両下腿全般に亘り發育遅延を認める。生体計測の結果は別表の通りである。表(1)

X線像: 写真 (3), (4), (5), (6)

前後像: 胸椎上部から頸椎にかけて, 第1胸椎を中心に右方凸の側彎を認める。頸椎の最下部に第1胸椎との癒合変形像及び脊椎破裂像を認める。其の他の頸椎は頸骨像と重複して鮮明像をかく。併し胸椎, 腰椎, 肋骨の数的異常は認められないし, 又椎体間隔も正常であ



写真 (1)



写真 (2)

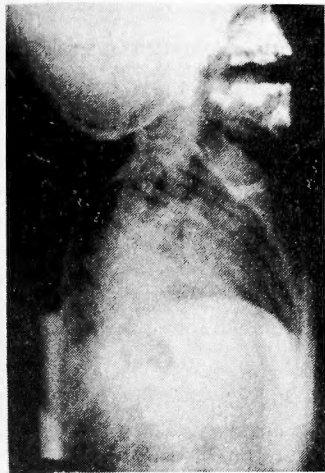


写真 (3) 後面

X線像
全脊椎

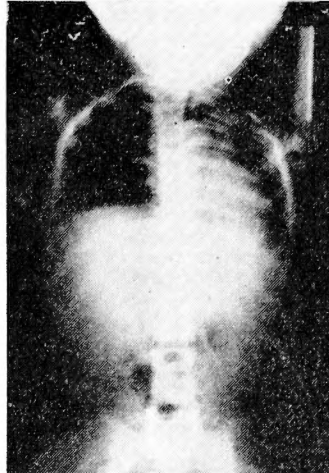


写真 (4) 側面



写真 (5) 頸椎前面

表 (1)

計 測 成 績		
體 重	12kg	
身 長	83cm	
胸骨上縁ノ高サ	66.5cm	
臍ノ高サ	40.0cm	
胸 囲	51.0cm	
頸ノ長サ	1.0cm	
項ノ長サ	1.0cm弱	
臍頸距離	16.0cm	
肩 峰ノ幅	18.5cm	
頭 周	52.0cm	
前腸骨棘間ノ幅	15.0cm	
(右)		
肩 幅ノ高サ	65.0cm	(左) 65.0cm
肘 關 節	51.0cm	51.0cm
中指尖端ノ高サ	27.5cm	25.5cm
前腸骨棘ノ高サ	41.0cm	41.0cm
下 肢 長	31.0cm	31.0cm
下 腿 周	16.0cm	16.0cm
大 腿 周	21.5cm	21.5cm
上 腕ノ長サ	36.0cm	36.0cm
前 腕ノ長サ	14.0cm	14.0cm
上 腕 周	13.0cm	13.0cm
前 腕 周	12.0cm	12.0cm
肩 胛 骨		
{ 縦 經	6.5cm	6.5cm
	6.0cm	5.5cm
	1B.W.	7H.W.
	3B.W.	3B.W.

る。但し両肩
胛骨の高位と
変形を証明す
る。

側面像：頸
椎は全体とし
て強度の前屈
短縮を認め、
4個の椎体を
区別する事が
出来るだけで
而も各椎体は
圧平変形し互
に癒合してい

る。但し各椎
体間は極く僅かながらも、椎間軟骨の存在を推察出来る。尙第3胸椎を中心に円背を証明する。



写真 (6) 頸椎側面

3) 總括及び考按

Feil (1919) はSyndrome de la réduction numérique cervical として臨床的に、①頸部短縮、②後頭部頭髪生え際の低下、③頸部運動殊に側方制限を挙げている。一方解剖学的には、①頸椎の圧縮及び還元、②上部頸椎の破裂、③頸廊を発表し、更に第二次症候として、①脊柱側彎、②円背、③肩胛骨上昇、④乳嚢低下、⑤体軀と四肢の長さの相互関係の変化、⑥下顎骨の開口困難等を述べると、同時に疼痛や神経症候の無い事を強調した。併し其の後 Rebiere(1923) の声帯麻

痺, Astier(1923)の後頭部疼痛 Schwahn (1924) の麻痺性内斜視, 眼球震盪 A. Feil Roland, Vandochstall (1924) の斜視, Pasternack (1928) の斜視, Mollaret (1931) の痙直性麻痺, Roger, Audier (1934) の頸部疼痛, 知覚異常等々の疼痛や神経症状を伴う症例も発表されるに至つた。又遺伝に関しては Dubreuil-Chambardel 及び Siwon (1921) は本病には其の關係は認められないと述べているが、一方又 Siardi, Lermeyer (1923) Demeler (1933) 等は家族的発生例を報告している。私の症例に於てはそれを証明しなかつた。併し麻痺性内斜視及び先天性嚙咬を伴っている点からして、これは Siwonが云う神経系症状を伴つた部類に属するものと思われる。

性別に関しては Feil (1912), Dubreuil-Chambardel (1921), Perrier(1926) は男性に多いと述べており、一方 Dreyfus(1937) は両性間に特に差異は認められないと発表している。併し私の症例では女性であつた。又脊椎総数の絶対的変異は極く稀で、頸椎数の欠損は胸腰椎で補足される事が多いと云われておる。併しこの補足されていない例について、私の調査した所では Sladoms, Verageria, Willet (1882) 等の3例 Feil et. Minot (1925) の1例、芝、岡崎 (1943) の各1例に過ぎないが、私の症例も是の部類に属するものである。即ち Dreyfus の病理解剖学的分類からすれば、第3型

に該当するものである。発生原因としては Niedle (1925) は Sprengel変形と同系のものであると云つているが、現在未だに確説を得ない。併し本症例でも肩胛骨高位が認められる点からして、発生的に同系のもではなかろうかと考えている。

4) 結 語

以上麻痺性斜視、先天性嚙咬の神経症状を有し更に極く稀な数的に補足されていない頸椎の減少(4ヶ)を認めに蛙人の1例を報告した。

(終に臨み御校閲を賜つた京都大学整形外科教室近藤鋭矢教授並に御指導、御校閲を頂いた院長塩津徳政博士に深甚の謝意を表す。)

主 要 文 献

- 1) Junghans, H.: Arch. Orthop. u. Unfall-chir. 38, 1, 1938.
- 2) Schinz, H. R. et al.: Lehrbuch der Roentgendiagnostik, 1951.
- 3) 三木; 日整會誌, 4, 326, 昭5.
- 4) 加藤; 日外會誌, 835, 昭9.
- 5) 水谷; 東京醫事新誌, 3019, 昭12.
- 6) 芝, 岡崎; 日整會誌, 18, 142, 昭18.
- 7) 飯野; 整形外科, 3, 270, 昭27.
- 8) 有原, 村田; 外科, 13, 1, 昭26.
- 9) 津下, 小豆澤; 整形外科, 4, 1, 61, 昭28.
- 10) 山本; 臨床外科, 9, 53, 昭29.
- 11) 森田, 櫻田; 整形外科, 5, 97, 昭29.
- 12) 今田; 整形外科, 6, 103, 昭30.

Kiefer 氏法による鼠徑停留睾丸の1治験例

京都大学医学部外科学教室第二講座 (指導 青柳安誠教授)

大 谷 博

RETENTIO TESTIS INGUINALIS SUCCESSFULLY TREATED BY THE KIEFER'S OPERATION REPORT OF A CASE.

by

HIROSHI OTANI

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

We have reported here a case of retentio testis inguinalis, 21 years of age.

At operation, the right testis was found in the normal size within the inguinal canal close to the right internal inguinal ring.

After the spermatic cord was freed from all adhesion to the surrounding tissue,