

文 献

- 1) 岩原：「ミエログラフィー」と脊椎及脊髄外科
知見補遺脊髄真珠腫。日整会誌，8, 373, 昭26.
- 2) 綾仁：馬尾神経部表皮様嚢腫の1例。臨床雑誌
外科，15, 675, 昭28.
- 3) 菊地：脊髄真珠腫の1例。整形外科，6, 48.
昭30.
- 4) 中川：脊髄嚢瘍としての皮様重 (dermoid) の
2例。整形外科，4, 226, 昭28.
- 5) 田中ほか：馬尾神経表皮嚢腫の一治験例。脳と
神経，8, 485, 昭31.

- 6) 野村ほか：九大整形外科に於いて最近手術せる
脊髄嚢瘍15例について。手術，12, 69, 昭33.
- 7) 藤田ほか：珍らしい馬尾神経部嚢瘍の2例。日
本外科宝函，23, 419, 昭29.
- 8) Elsberg : Tumors of the Spinalcord, 1925.
- 9) Ford, L. T. et al: J. B. J. S, 32-A, 257, 1950.
- 10) Toumey J. W. et al: J. B. J. S, 32-A, 249, 1950.
- 11) Schwartz, H. G.: Ann. Surg, 136, 183, 1952.
- 12) Winchell Mck. Craig: Spinal Cord Tumor,
Clinical Neurology 2, 1337, 1955.

交感神経再手術によつて好転した BÜRGER 氏病の2症例

京都大学医学部外科学教室第2講座 (主任：青柳安誠教授)

請 田 安 夫

(原稿受付 昭和33年8月14日)

ON 2 CASES OF BÜRGER'S DISEASE UPON WHOM THE LUMBAL SYMPATHECTOMY WAS PERFORMED TWO TIMES

by

YASUO UKEDA

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

The author has reported on the result of the reoperation performed on the lumbal sympathetic trunk of the patients suffering from BÜRGER's disease.

The author's findings during the reoperation led a conclusion that the recurrence of symptoms was mainly due to the residual collateral nerve fibers unremoved in the previous sympathectomy.

I want accordingly to maintain the opinion that the sympathectomy should be always accomplished with the removal of these collateral ones.

緒 言

Bürger 氏病に対して腰部交感神経切除を行つたが再び症状が悪化したので再び手術を行つたところ症状が全く軽快した2症例を最近経験したから、其の際の手術所見を述べて症状再発の原因を検討したい。

症 例

症例1 潮○輝○ 34才 男

主訴：右第1, 2, 3, 趾の痛性難治性潰瘍

現病歴：約1年半前から誘因と思われるものがなく、右足関節に倦怠感を来す様になり、約1年前頃には右下腿の冷感を来したが直ちに軽快、其後は何等苦痛なく経過したところが7ヵ月前頃同様の冷感を来し、心臓衰弱と云われて全身浮腫状となり顔面浮腫が最後迄残つたが、2ヵ月で消失した。

4ヵ月前駅の階段を昇っている時突然右下腿に劇烈な刺痛を来し、鎮痛剤の注射を受けた。併しその効な

く某病院に入院しBürger氏病の診断の下に種々の薬剤療法を受けたが効がない為、3ヵ月前右腰部交感神経節切除術を受けた。併しこれによつても疼痛は一向に軽快せず、術後右第1,第2趾に血重を生じ、自然に破れて有痛性潰瘍を生じ次第に潰瘍は増大し、第1,第2,趾は趾根部迄黒色、乾性壊疽状となつた。そこで入院後1ヵ月で更に仙部交感神経切除を受けた。併し一向に軽快しないで其後3週間で股動脈周囲交感神経切除術を受け患側肢はあたたかく感ずる様になつたが潰瘍は次第に増大して疼痛劇しくなり、ついに其後3週間して第1,第2,趾切断術を受けた。また其頃から第3趾尖端に同様の潰瘍を生じて来た。食思良好、睡眠不良、便通一日一行、酒客で一升、現在禁煙

既往歴：1.マラリア(昭和17年より20年迄)

2.腎臓炎(昭和31年10月)

家族歴：特記すべきものはない。

全身所見：体格中等、栄養良好、血圧150>112右腹部に副直筋切開長さ約15cm、第1期癒合創。

局所々見：下肢位置両肢共正常右足は健側に比べて全般的に細く、特にそれが下腿に於て著明で、発毛状態も一般に少ない。又右足は一般に蒼白である。切断された右第1,第2,趾根部切断端に潰瘍があり、汚穢分泌物によつて湿潤し、その周縁は黒色壊疽性で肉芽は浮腫性汚穢状で治癒傾向は全く認められない。第3趾脛骨側は黒色乾燥萎縮し趾根部に治癒傾向の認められぬ汚穢潰瘍があつて右鼠蹊下から股動脈走行に沿ひ約10cm長の一期癒合性手術性瘻管が認められた。

触診上 右下肢特に足背は左側に比べて冷く触れ、筋肉緊張度、右下肢特に下腿は緊張が弱い。右背側趾動脈、右脛骨動脈、膝窩動脈、股動脈は共に非常に微細又は全く触知出来ない。大腿周径右42cm、左44cm下腿周径、右31cm左34.8cmで大腿周径で-2cm下腿周径-3.8cmで右側がほそい。右第3趾の自動運動は

表

		足 尖	足背中央	足関節	下腿中央	膝	膝 上	大腿中央
術 前	右 (患)	36.0	35.4	35.4	35.0	34.8	34.1	33.7
	左 (健)	35.8	35.4	34.9	35.1	34.8	34.5	33.7
術 後	右 (患)	35.6	35.4	35.2	33.8	33.7	33.4	33.1
	左 (健)	34.9	34.1	33.8	33.5	33.6	33.3	33.5
両温度 下度 股差	術 前	+0.2	0	+0.5	-1.0	0	-0.4	0
	術 後	+0.7	+1.3	+1.4	+0.3	+0.1	+0.1	-0.4

患側の方高きものは+ 健患側の方低きものは-

不能右第3趾と右足背にわたつて知覚鈍麻が立証される。膝蓋腱、アヒレス腱反射共ほぼ正常、異常反射はない。血液検査、赤血球数423万血色素量ザーリ(98%)白血球6300、尿ウロビリノーゲン強陽性のほか異常はない。

手術

手術方法：Smithwick 末梢神経遮断浅腓骨、深腓骨神経挫減兼第3趾趾骨趾骨関節離断術を行つたが症状は一向に軽快しない。次で脛骨足蹠神経、腓腸神経の神経挫減を行つても切断端の疼痛感是不変で手術効果は判然としない。そこで第4回目手術として深腓骨神経遮断を行つた処、足尖の疼痛は卒然消失した。更に一週間後第5回目手術として浅腓骨脛骨、浅腓腸、足背皮神経等を切除した。以上で足尖の疼痛はほぼ軽快したようであつたが、術後17日目から足背第3趾を中心に又足蹠では第2趾側小趾側共疼痛が増大したため術後21日目に腰部交感神経節再切除術を施行した。

後腹膜腔における交感神経節は、以前某病院で手術した為、L₄L₅の神経節は消失し、癒痕形成をしているが、L₄は明瞭に残つて居たのでそれよりL₂に向つて神経幹を追求しL₂の直上部で切断下方は癒痕化した神経幹附近の組織を長さ10cm巾3cmに亘り丁寧に剝離切除した。術後下肢の絞扼痛は軽快したが、切断端潰瘍の搏動性疼痛は術前と同程度である。皮膚温は、足関節より足背にかけ健側より高温を示した、(表1)次いてThiersch氏皮膚移植術を切断端潰瘍に施行、移植は成功した。

症例2 荒川 俊 41才 男

主訴：左第5趾有痛性潰瘍

既往歴並びに現病歴：昭和27年夏左小指及び右示指の搏動性疼痛と難治性潰瘍を生じ某病院で同指切断、両頸動脈結紮手術並びに両腋窩動脈周囲交感神経剝離術を受けた。

1

表 2

		足 尖	足背中央	足関節	下腿中央	膝	膝 上	大腿中央
術 前	左 (患)	31.2	32.2	32.5	30.5	34.5	34.4	34.0
	右 (健)	30.1	31.5	31.0	30.5	34.6	34.5	34.0
術 後	左 (患)	29.7	32.0	33.3	32.0	33.6	34.2	34.0
	右 (健)	29.5	31.5	33.0	31.3	33.5	34.0	34.2
温度差	術 前	+0.2	+0.5	+1.5	0	-0.1	-0.1	0
	術 後	+0.1	+0.7	+0.3	+0.7	+0.1	+0.2	-0.2

昭和29年4月に右環指に同様の創を生じ同指の切断術を受けた。

昭和30年11月には左第1趾、第5趾に同様の搏動性疼痛を来し、昭和31年1月本院で左腰部交感神経節切除術(L₃L₄)を受けた。また昭和31年6月には左第5趾の穿刺痛を来し本院で同趾の切断術を受け、術後19日で軽快退院したが其後3日目頃より切断端に搔痒感を来し、次で時々劇烈な穿刺痛を来す様になり、やや其の程度を増強して現在に至っている。創は常は湿潤し難治性であり疼痛は特に夜間で劇烈で鎮痛剤や屯服を用いたが効果的ではない。

遺伝的關係：特記すべきものはない。

現症：全身所見：体格中等、骨格中等栄養良好、血圧112>80、脈搏、右橈骨動脈に於て微弱、両側頸部に約3cmの第1期癒合性手術痕がある。腹部に於ては左側腹部に約15cmの又胸部では左第7肋骨から側方にわたり約10cmの第1期癒合性手術痕がある。

局所々見：下肢は両側共や蒼白萎縮して下腿中央部で周径右26cm、左25cmである。局所温は左側は明かに温かく色調の相違は殆んど認められない。又昭和31年の手術後左下腿の脛骨側に知覚鈍麻を来し現在もそのままである。右足：第2趾の爪根中央部に経約0.5cmの皮膚欠損があり、その周囲は紫紅色軽度に腫脹、皮膚欠損部は乾燥して圧痛著明であるが周囲は圧痛軽度である。左足：第1趾爪は萎縮性で変形、其の尖端径約0.5cmの右足のものと同様の皮膚欠損が認められるが圧痛は立証されない。更に第5趾の切断端に硬い痂皮をめぐらした潰瘍があり菲薄な黄白色苔を付し之を除くと骨組織が露出する。この部を触れるのみでも非常な疼痛を訴える。膝蓋腱反射左亢進、右全く弱し。

血液検査：赤血球415万、血色素ザーリ88%白血球数5400、分類所見特記すべきものはない。

イミダリン検査

イミダリン2%1ccを股動脈内に注入、大腿下1/3に島嶼状発赤、外踝部の下方に斑点状発赤、足背に散在性斑点状発赤少数。熱感を訴える迄の時間2分30秒で大腿及び顔面に、4分30秒で、足に至る軽い熱感を覚え、皮膚温1〜1.5℃上昇。

判定。中等度循環障害、股動脈領域の循環障害は比較的軽度であるが、橈骨動脈には高度の循環障害を認めた。

手 術

手術々式：右腰部交感神経節切断術

右側腹部臍高から2cmに下端をおく約15cmの副直筋切開を加えて開腹。後腹膜腔に於ける、交感神経幹でL₃L₄は欠除しているが、上方にL₂を発見、これを剔除、又L₃L₄部の癒痕中に交通枝と思われる神経線維を認めたのでこれらを巾広く切除した。術後患肢に著明な温感を感じる様になり症状は軽快した(表2)。

考 察

特発性脱疽にその名の示すように原因も不明で主としてまず指趾の先端に壊疽を発現するもので、これに対する療法として広く行われている腰部交感神経節切除術に於て、その効果を確実にする為にはわれわれの経験した以上の2症例からしても、その切除に当つては神経節並びに交通枝、側副枝を含めて充分に広く周囲組織の切除を敢行することが必要であると考えざるをえない。即ち Kuntz 等の所説並びに今茲にわれわれが経験した症例からしても、交感神経節のみの切除では尚不十分であり、肉眼で見逃し易い交通枝、側副枝を切断する必要があるもので、その為には、神経幹を中心として巾広く、腰椎前結合織をも廓清すべきものである。Kuntz は術後の再発は切除神経線維の再

生よりも寧ろ側副枝の代償作用なりと主張しているが、われわれが第1回手術後1年半乃至2年目に第2回の腰部交感神経切除を施行した際の見解に依れば交感神経切除部は癒着化して神経幹の再生は認められなかつたが、その周囲に交通枝その他細い2~3の神経線維の走行を認めたのである而して夫等の線維を十分に切除し尚、上部残存神経節切除を施行することに依つて、再発症状を鎮静化せしめ得た。以上の事実からわれわれは、腰部交感神経切除術を行うに当つては、最初から側副枝の切除をも併せ行うことが必要であることを強調したいのである。

結 語

特発性脱疽に対して腰部交感神経切除を行うに当つ

ては、側副枝を広く除去することが必要であつて、これを残すことは、屢々症状再発の原因となるものである。

文 献

- 1) Foerster, O.: Die Leitungsbahnen des Schmerzgefühls und die chirurgische Behandlung der Schmerzzustände, 1927
- 2) Kuntz, A.: The autonomic nervous system, 1947.
- 3) W. T. Foley: Circulation vol. XV. May, 1957.
- 4) Smithwick: Surg.Gynec. Obstet. 51: 394~403 1930.
- 5) Reginald H. Smithwick: Surgery, 42: 415~430, 1957.

唾 液 腺 混 合 腫 瘍 の 3 例

京都大学医学部外科学教室第2講座 (主任: 青柳安誠教授)

恒川謙吾・請田安夫・龍田憲和

(原稿受付 昭和33年10月29日)

SALIVARY GLAND TUMORS, REPORT OF THREE CASES

by

KENGO TSUNEKAWA, YASUO UKEDA and TATSUTA NORIKAZU

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

Three cases of salivary gland tumor have been reported from clinical and pathological points of view.

Case 1: A 44-year-old male was admitted, complaining of a painless swelling of the right parotid region which had been present for approximately 5 years. Physical examination revealed no abnormalities except for a tumor, the size of a golf ball, in the right parotid region near the angle of the mandible. At operation, the tumor was easily removed. The specimen measured 3×3×3 cm and was encased by a thick capsule. Microscopic study showed salivary benign mixed tumor composed mainly of epithelial elements. Diagnosis: a benign mixed tumor of the right parotid gland.

Case 2: A 45-year-old female have had a slowly enlarging painless tumor in the left submaxillary region for 7 years. Examination showed a elastic firm mass, as large as child's fist, well-encapsulated. Microscopically this showed a typical structures of salivary mixed tumor consisted of myxo-chondro-epithelial elements.