

11.

616.832.959-006

脊髓「ノイリノーム」ノ2例

岡山醫科大學津田外科教室（主任津田教授）

副手 醫學士 高田二郎

〔昭和13年7月23日受稿〕

第1章 緒言

「レ」線診斷學ノ發達，殊ニ1922年 Sicard & Forestier ニヨリ Myelographie 創案サレシ以來，脊髓腫瘍ノ手術竝ニ治療例陸續トシテ報告サレ，Adson (1923) 151例，Elsberg (1932) 208例，Pnusepp (1933) 44例等枚擧ニ違アラズ。吾國ニ於テモ昭和13年末迄ノ調査ニヨルニ，145例ヲ算シ其ノ中確ニ脊髓「ノイリノーム」ト診定サレシモノ14例即チ脊髓腫瘍ノ約10%ヲ占メ且總テ硬膜内髓外腫瘍ニ屬ス。

余ハ最近津田外科教室ニ於テ相次デ2例ノ脊髓「ノイリノーム」ヲ經驗シタルヲ以テ茲ニ追加報告セントス。

第2章 臨牀例

1. 石〇源〇 37歳 男 自轉車商

初診 昭10.6月6日 同日入院

家族歴

兩系ノ祖父母及ビ父母ハ高齡ニテ死亡，同胞ナク，妻31歳ニシテ健，3子ヲ設ク。

既往歴

幼時ハ概シテ壯健，23歳ノ時淋疾及ビ軟性下疳ニ罹リ血液ワ氏反應陽性ナリトテ，驅菌療法ヲ受ケシ事アリ。飲酒，喫煙中等度。

現病歴

昭12年頃何等認ム可キ誘因ナクシテ，臀部及ビ右側膝關節部ニ神經痛樣疼痛ヲ訴ヘシモ素人療法

ニテ治セリ。ソレヨリ2年後ノ2月風邪ニ侵サレ發熱40°Cニ及ビ，右側膝關節部ノ疼痛甚シク醫治ヲ乞ヒ内服薬及ビ局部ノ電氣療法ニテ輕快セリ。然ルニ6月頃ヨリ再ビ腰部及ビ主トシテ右側上腿ニカケテ疼痛發作アリ。8月當院赤岩外科ニテ腰椎「カリエス」及ビ遊走腎ナル診斷ノ下ニ暫時入院，手術ヲ薦メラレシモ肯ゼズシテ退院セリ。次デ日赤岡山支部病院ニテ受診，同様腰椎「カリエス」トサレ入院，約3箇月間「ギブス」牀ニ就キ多少疼痛及ビギタル爲退院シ，其ノ後ハ専ラ溫泉療法ヲ行ヒ居リシニ，昭7.ニ至リ先ヅ右下肢，次デ左下肢ノ歩行障礙ヲ來シ，今度ハ倉敷中央病院ニテ結核性股關節炎ト宣告サレタルモ治療ハ受ケザリキ。昭9.秋頃ヨリハ兩下肢ニ「シビレ」感加ハリ，歩行障礙益々高度トナリ遂ニ臥牀ノ止ムナキニ至レリ。又便通ハ秘結ニ傾キ排尿時會陰部ニ異常感アリトイフ。

主訴

腰部，大腿部ニ於ケル發作性疼痛及ビ兩下肢ノ運動竝ニ知覺障礙。

現症及ビ局所所見

體格，榮養中等度。皮下脂肪少シク減退スルモ貧血ナシ。瞳孔左右同大，正圓形ニシテ對光反射速ナリ。脈搏74，整調，緊張良。體溫37.2°C。胸腹部臟器ニ異狀ナシ。

尿 淡黃色，透明，弱酸性，比重1014，蛋白(一)，糖(一)。

尿 異常ナシ。

血液所見

赤血球	395 萬
白血球	6300
「エオジン」嗜好性白血球	6.5%
中性嗜好性白血球	66.5%
淋巴球	24.5%
大單核及ビ移行型	2.5%

血型 A

血液村田氏反應 (一)

患者ハ全ク起立不能、脊椎ニ畸形ナク壓痛及ビ叩打痛ヲ證明セズ。

上肢ハ一般ニ輕度ノ不用性筋萎縮ヲ認めモ知覺及ビ運動障礙ナシ。

腹壁反射	(+)
提睾筋反射	(-)
膝蓋腱反射	(-)
アヒレス腱反射	(-)
Babinsky	(-)
Fusssklonus	(-)

臍下約3横指徑ヨリ知覺鈍麻ニシテ下方ニ行クニ從ヒ、知覺全麻ニ移行ス。

脊髓液所見

第2及ビ3腰椎ノ間ニ於テ穿刺スルモ液ノ流出ヲ見ズ、依リテ第10胸椎ノ部ニテ行ヘルニ水様透明、側臥位ニテ液壓120 mm, Nonne(-), Pandy(-), 細胞數67/3。

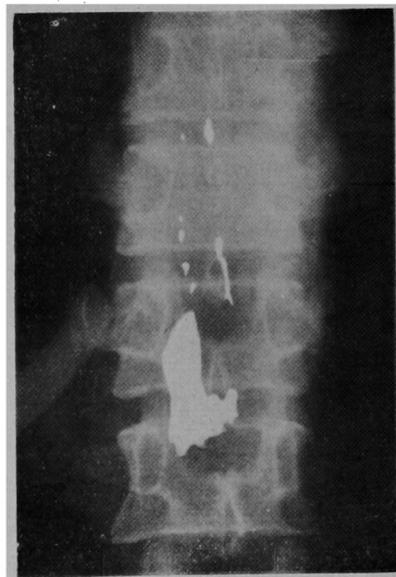
Myelogram 所見

後頭下穿刺ニヨリ、Lipiodol 2.0cc 注入スルニ油像ノ大部分ハ第12胸椎ト第1腰椎トノ間ニテ完全停留シ、其ノ下端ハ第1腰椎ノ上縁ニ位シ稍々凹面ヲ作り鋸齒狀ヲ呈ス(第1圖參照)。

第1回手術所見(昭10.6月7日) 津田教授 執刀

左側臥位、0.5% Novocain 局麻ノ下ニ、第11、12胸椎及ビ第1腰椎椎弓切除ヲ行フ。硬膜ヲ通シテ觸診スルニ脊髓實質稍々強韌ニ感ズ。硬膜ヲ開

第 1 圖



クニ、蜘蛛膜ト軟膜トハ瀰漫性ニ癒着シ黄色膿苔ノ如キモノヲ附着セリ。之ヲ剝離スルニ際シ患者ハ甚シキ疼痛ヲ訴フ。脊髓ノ前面及ビ神經根部ニ於テハ變化ナシ。ヨリテ蜘蛛膜下腔上下ノ通過障礙ナキヲ確メタル後、硬膜、筋層、皮膚ノ縫合ヲ行ヒ手術ヲ終レリ。

手術診斷

限局性脊髓膜炎

手術後経過

手術創ハ1期癒合、術後2日目ヨリ右下肢ノ疼痛稍々輕快、18日目頃ヨリ左足踝部ヲ辛ウジテ舉上スルニ至レルモ著效ヲ認めズシテ33日目ニ先ヅ退院セシム。退院後専ラ自宅ニテ静養セルモ、運動障礙依然恢復セズ、疼痛發作ノ頻度稍々減少シタレ共主トシテ右下肢後面ヨリ右趾ニ及ブ發作性疼痛ニ苦シメラレ Aspirin, Grelan ヲ用フルヲ常トシタリ。

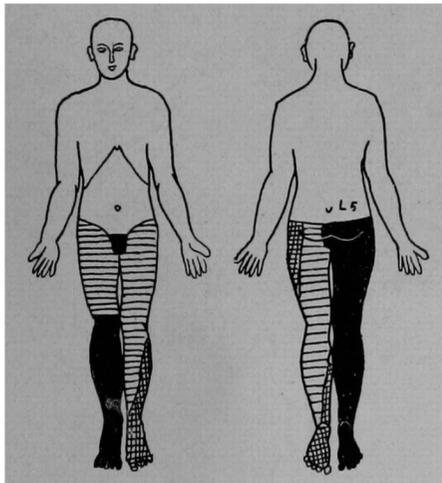
再入院 昭13.3月5日

再入院時局所所見

兩下肢共尖足位ニアリ。右足ニテハ拇趾ヲ除ク4趾ノ自動運動可能ナレ共、左趾ハ全ク不能ナリ。腱反射ハ前ト同様ナリ。前面ハ鼠蹠韌帶部ヨ

リ以下知覺鈍麻ニシテ、右下肢下腿部以下ハ知覺全麻。左下肢下腿ノ外側ヨリ以下ハ溫冷覺ノミ脱失ス。後面ハ第5腰椎ヨリ少シ下部ヨリ知覺障碍アリ。右側ハ知覺全麻ナレドモ左側ハ一部ニ於テ溫冷覺全麻ヲ認ムルモ他ハ知覺鈍麻ナリ(第2圖參照)。

第2圖 術前



-  知覺鈍麻(觸, 痛, 溫冷覺)
-  溫冷覺全麻
-  知覺全麻

念ノ爲脊柱「レ」窩眞ヲ攝ルニ、第1腰椎ノ上縁ニ於テ尙ホ Lipiodol ノ點滴狀残留像ヲ認ム。

第2回手術所見(昭13. 3月9日) 津田教授 執刀

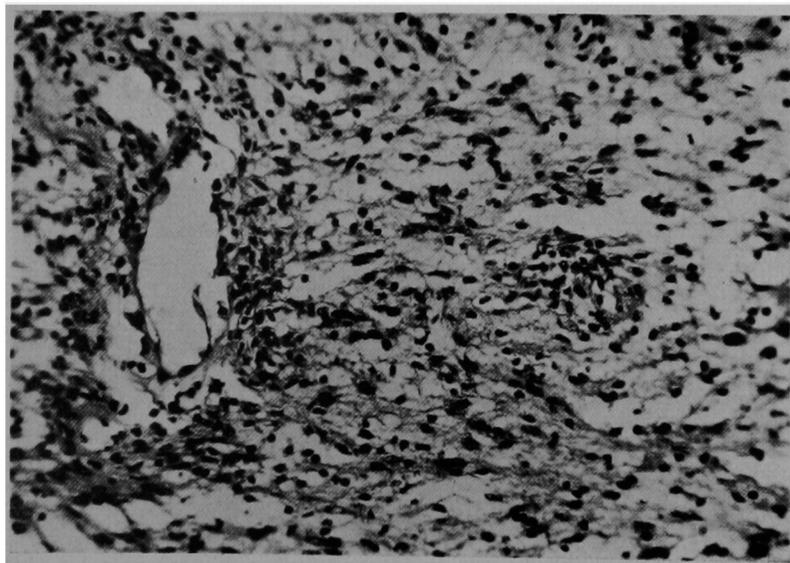
腹臥位, 1% Narcain ノ局麻及ビ Äther 全麻併用ニヨリ更ニ第2, 3及ビ4腰椎ノ椎弓切除ヲ行フ。コノ部ニハ硬膜ト認ムベキモノナク直チニ灰白色, 軟ノ腫瘍物質露出ス。コノ腫瘍ハ米粒乃至小豆大ニシテ上方ハ髓錐部ノ前上方ニ及ブモ其ノ境界ハ不明, 下方ハ硬膜囊末端部迄充ス。コノ腫瘍物質ヲ鋭匙ニテ搔爬スル如クシテ剔出スルニ馬尾神經ハ側方ニ壓排サレ大部分ハ腫瘍ニヨリ侵サレ壞滅状態ニアリ。尙ホ前面硬膜ノ一部ヲ破リ硬膜外ニ増殖セルヲ認ム。剔出腫瘍物質 10.5g ニ及ビタリ。

手術診斷 馬尾神經腫瘍

組織學的所見

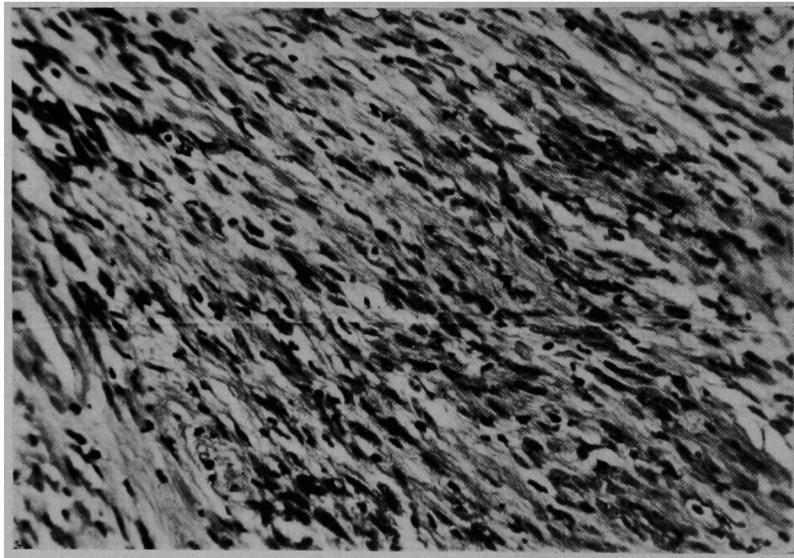
「パラフィン」包埋, Hämatoxylin-Eosin 及ビ van Gieson 氏染色ヲ行ヒテ檢スルニ、腫瘍ハ薄キ結締織被膜ヲ有ス。腫瘍組織ハ甚ダ粗鬆ニシテ大小ノ組織間隙ヲ多數認メ、大部分ハ網狀組織ヨリナリ一部ニ於テ僅少ノ纖維性組織ヲ認ムルノミナリ。前者ヲ強擴大ニテ檢スルニ大多數小, 圓形,

第3圖 網狀組織



Zeiss,
Ok. 10×
Ob. 20×
Kl. 30cm

第4圖 纖維狀組織



Zeiss,
Ok. 10×
Ob. 20×
Kl. 30cm

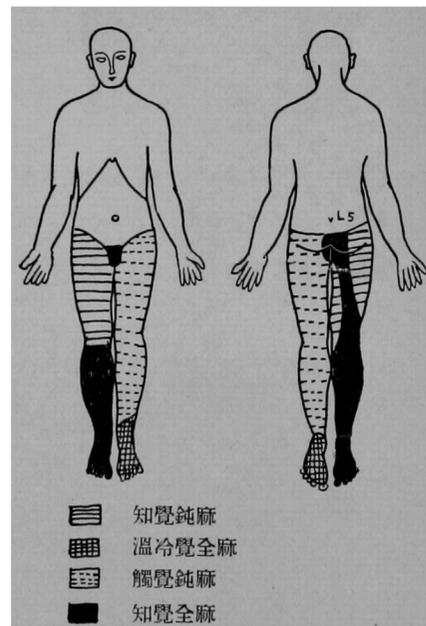
「クロマチン」ニ富メル核ヲ有スル細胞ヨリナルモ少数ノ泡沫状ニシテ核小體ヲ比較的明カニ認メ得ル卵圓形、稍々大ナル核ヲ有スル細胞ヲ混ジ互ニ其ノ原形質ヨリ細キ纖維状ノ突起ヲ出シ相連絡シ網状ヲ呈ス。纖維状ヲナセル部ハ長橢圓形ノ核ヲ有シ Eosinニ淡赤色ニソマレル纖維ト共ニ併列セルヲ認ムモ其ノ核ノ排列ハ不規則ナリ。被膜結締織及ビ血管周圍ノ結締織ハ van Gieson 氏染色ニヨリ赤色ニ染マレルモ原形質突起及ビ纖維状組織ハ帶赤黃色ニ染マレリ (第3及ビ4圖参照)。

即チ本腫瘍ハ「ノイリノーム」ノ像ニ一致シ、其ノ大部分ハ網状型即チ Antoni 氏ノ所謂 B 型ニ屬スルモノナリ。

術後経過

手術前ハ1期癒合、術後直チニ患者ノ訴ヘシ疼痛發作ハ殆ド消失シ、又床上起立モ辛ウジテ可能トナリシモ、歩行ハ尙ホ不可能ナル儘、術後49日目ニ退院セシメタリ。當時ノ知覺障礙ハ術前ニ比スレバ餘程輕快シ右下肢前面ハ舊ノ儘ナルモ後面ニ於テ知覺脫失帶ハ縮少シ、左下肢ニ於テハ下腿一部ニ於ケル温冷覺全麻ヲ殘スノミニテ他部ニハ輕度ノ觸覺鈍麻ヲ認ムニ至リタリ (第5圖参照)。

第5圖 術後49日



▬ 知覺鈍麻
 ▩ 温冷覺全麻
 ▨ 觸覺鈍麻
 ■ 知覺全麻

2. 川○幾○ 29歳 男

初診 昭12. 12月14日 同日入院

家族歴 特記スベキモノナシ。

既往歴

幼時ハ健康ニシテ著患ヲ知ラス。性病ハ固ク否認ス。飲煙、喫煙ヲナサズ。

現病歴

昭8.5月頃ヨリ左側膝關節ヨリ以下ニ「シビレ」感ヲ訴ヘ、脚氣ト信ジ又當時訪レシ醫師ノ診斷モ同様ナリキ。同年11月頃ヨリハ「シビレ」感大腿部ニ迄上昇シ來リ且右下肢ニモ同様ノ「シビレ」感ヲ訴ヘシモ尙ホ脚氣トシテ治療セシニ同年末ヨリ歩行ニ際シ疲勞シ易ク、昭9.5月遂ニ職ヲ辭シ專ラ自宅ニテ静養セシモ「シビレ」感及ビ歩行障礙ハ惡化スルノミニシテ既ニ1町ノ歩行ニモ困難ヲ感ジ杖ヲ必要トスルニ至レリ。昭10.11月多少ノ輕快ヲ覺エシ時アリシモ昭12.ニ至リ「シビレ」感ハ下腹部ニ及ビ且又排尿ニ長時間ヲ要スルニ至リ、昭12.11月5日當院内科ヲ訪レ脊髓炎ノ診斷ノ下ニ其ノ手術適應ノ有無ヲ求メ當科ニ紹介サレタリ。

主訴 下腹部以下ノ「シビレ」感及ビ歩行障礙。

現症及ビ局所所見

體格、榮養中等度、皮下脂肪稍々減退スルモ貧血ナク瞳孔又異常ナシ。脈搏、體溫正常。胸腹部臟器ニ著變ヲ認メズ。

尿 黃褐色、透明、酸性、比重1020、蛋白(-)、糖(-)。

尿 蛔蟲卵ヲ認ム。

血液所見

赤血球 430萬

白血球 8400

「エオジン」嗜好性白血球 7%

中性嗜好性白血球 49%

淋巴球 38%

大單核及ビ移行型 6%

血型 A

赤血球沈降速度 1時間7. 2時間16

血液 Wa-R. (-)

脊柱ニ畸形、壓痛或ハ叩打痛ナシ。歩行ハ痙性且失調性ニシテ Romberg (+), 筋萎縮ハ認メズ。

P.S.R. 及ビ A.S.R. 左右共著明ニ亢進。

Fuseklonus (+)

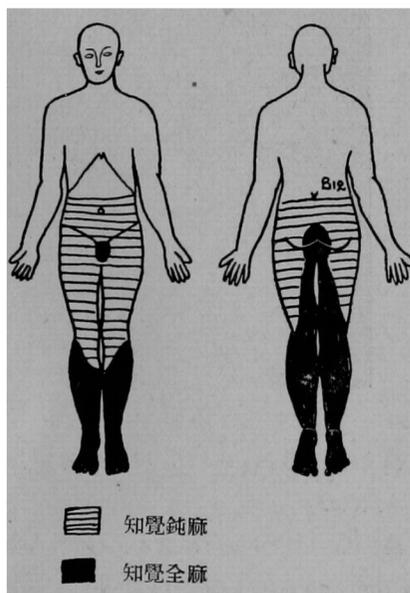
Patellarklonus (-)

腹壁反射 (-)

提舉筋反射 (-)

臍上3横指徑ヨリ以下知覺鈍麻ニシテ左右略ボ對稱的ニ膝關節部ヨリ以下知覺全麻ニ移行ス。後面ハ第12胸椎ノ高サヨリ知覺鈍麻、會陰部及ビ大腿内側ヨリ下腿以下ハ知覺全麻ナリ(第6圖參照)。

第6圖 術前



脊髓液所見

液壓 190 mm 3.0cc トリテ 60mm

Xanthochromie (+) Queckenstedt (+)

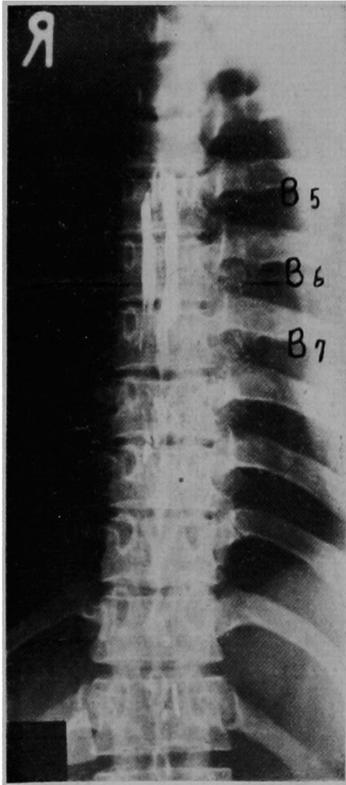
Nonne (+) Pandy (+) 自然凝固ヲ認ム。

細胞數 430

Myelogramm 所見

後頭下穿刺ニヨリ Moljodol 1.5cc 注入スルニ油像ハ第5,6胸椎ノ間ニ於テ2條トナリテ完全ニ停留シ、其ノ下端ハ第7胸椎ノ上縁ニ至リ右側ノ1條ハ更ニ又2條ニ分岐シ、左側1條ハ鋸齒狀ヲ呈ス(第7圖參照)。

第 7 圖



第 1 回手術所見 (昭 12. 12 月 17 日) 津田教授 執刀

腹臥位, 1% Narcain 局麻ノ下ニ第 5, 6, 7 及ビ第 8 胸椎ニ互ル椎弓切除ヲ行フニ第 5—第 7 胸椎ノ部ニテハ硬膜ヲ通シテ脊髓ノ搏動ヲ明カニ見得ルニ反シ第 8 胸椎ノ部ニ於テハ搏動ヲ認メ得ズ。硬膜ヲ開クニ前者ノ部位ノ蜘蛛膜ハ濁濁, 肥厚一部硬膜ト癒着ス。之ヲ剝離シテ下方ニ進ムニ, 第 8 胸椎ノ部ヨリ下方ニハ消息子進マズシテ脊髓ハ紡錘狀ニ膨隆シ青色ヲ呈スル如ク認メラレ且稍々強切ニフル。即チ髓内腫瘍ト診断シコノ部ヨリ試験的切片ヲトリ, コノ部ニ硬膜ハ開放シ他ノ硬膜, 筋層及ビ皮膚縫合ヲ行ヒ手術ヲ終ル。該切片ノ組織學的檢索ニヨリ「ノイリノーム」ナルヲ確メ得タルヲ以テ腫瘍別出ヲ斷行スベク再手術ヲ行ヒタリ。

第 2 回手術所見 (昭 13. 1 月 14 日) 津田教授 執刀

前同様腹臥位, Narcain 局麻及ビ Ether 全麻ノ下ニ更ニ第 9—11 胸椎ノ椎弓切除ヲ行フニ, 手術野上部ノ硬膜ハ前手術ニ依リ癒着様肥厚シ其ノ下部凡ソ 3 cm ニ互リ紡錘狀ニ膨隆セリ。依リテ下部ヨリ硬膜ヲ開クニ, 灰白色, 拵指頭大ノ腫瘍露出ス。腫瘍ハ一部硬膜ト癒着セル外脊髓後面ヲ全ク被覆シ中等度ノ癒着ヲ營ミ居レリ。即チ硬膜内髓外腫瘍ナルヲ確メ得タルヲ以テ鈍的ニ剝離シツツ完全ニ剔出スルヲ得タリ。脊髓ハ稍々薄ク貧血性ニシテ右前面ニツヨク壓迫サレ居リシガ之ヲ中心部ニ持テ來スヲ得タリ。尚ホ腫瘍剔出ニ際シ 1 本ノ神経根ガ離断サレタリ。硬膜, 筋層及ビ皮膚ノ縫合ヲ行ヒ手術ヲ終レリ。

手術診断 硬膜内髓外腫瘍

剔出腫瘍ノ肉眼的所見

腫瘍ハ 3.0 × 1.5 cm ニ達シ灰白色ヲ呈ス。

形状大豆様ニシテ弾力性軟, 組織液ニ富ミ均質性ナリ。

剖面又灰白色纖維性ニシテ肉眼的ニハ囊腫形成ヲ認メズ (第 8 圖参照)。

第 8 圖



組織學的所見

極メテ薄キ結締織性被膜ヲ有シ直チニ腫瘍組織ニ移行ス。腫瘍組織ハ纖維性組織ガ主ニシテ一部網狀組織ヲ混ゼル部ト後者主ニシテ一部纖維性組

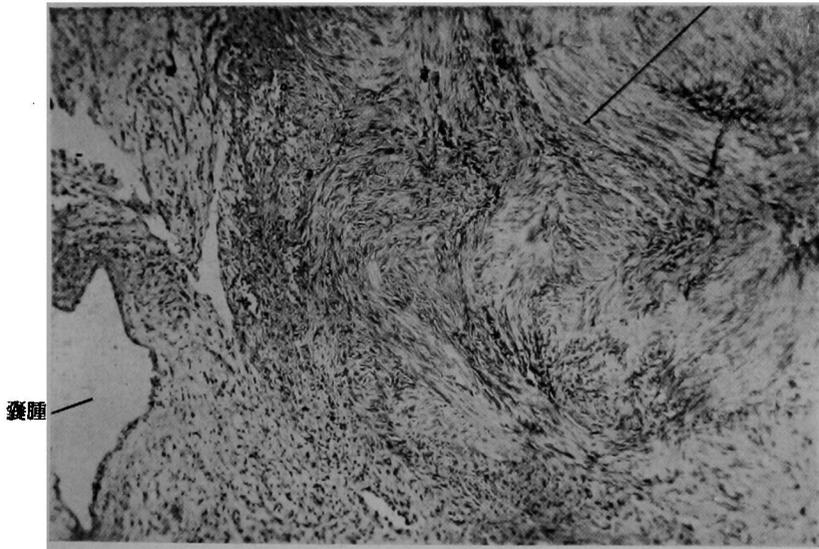
織ヲ混ゼル部トアリ。而シテ網狀組織中ニハ大小ノ組織間隙ヲ多數認メ少數ニ於テハ明カニ囊腫形成ヲ營ム。纖維性組織ハ長橢圓形、「クロマチン」含有量中等度ナル核ヲ有シ、其ノ纖維ハ van Gieson 氏染色ニヨリ黃綠色ヲ呈シ且又核ノ排列ハ切片方向ニ從ヒ或ハ柵狀或ハ蝸狀ヲ呈シ特有ナル所見ヲ與フ。網狀組織ハ「クロマチン」量比較的多キ小圓形核ヲ有スル細胞ヨリナリ、各細胞原形

質ヨリハ細キ纖維狀突起ヲ出シ互ニ聯絡シ van Gieson 氏染色ニヨリ同様黃綠色ヲ呈ス。而シテ纖維性組織ヲ構成スル長橢圓形ノ核ハ次第ニ卵圓形次デ小圓形核トナリ網狀組織ニ移行スル像ヲ明カニ認ム。

即チ本腫瘍ハ定型の「ノイリノーム」ニシテ Antoni ノ所謂 A 型及ビ B 型ノ混合型ナリ (第 9, 10, 11 圖參照)。

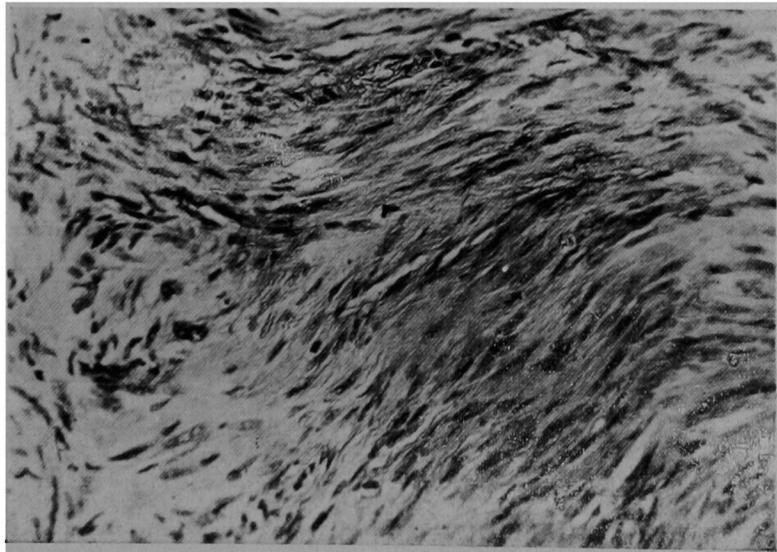
第 9 圖 弱 擴 大

纖維狀組織



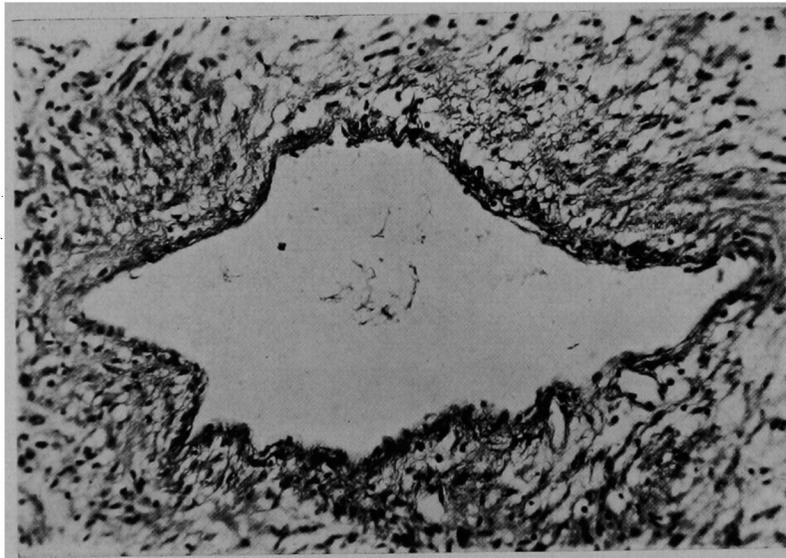
Zeiss,
Ok. 7×
Ob. 10×
Kl. 26cm

第 10 圖 纖維狀組織 (強擴大)



Zeiss,
Ok. 10×
Ob. 20×
Kl. 37cm

第 11 圖 囊 腫 (強 擴 大)



Zeiss,
Ok. 10 ×
Ob. 20 ×
Kl. 25cm

術後ノ経過

手術後一時知覺及ビ運動障碍ノ増悪ヲ來セルモ 40% 葡萄糖液ノ靜脈内注射, 赤外線照射及ビ「マツサージ」等ニ依リ次第ニ恢復シ,

24/I 拔絲, 手術創ハ1期癒合, 膕下3横指徑迄温冷覺恢復.

7/II 兩下肢自動運動可能ナルモ起立シ得ズ.

12/II 松葉杖ニテ歩行可能トナルモ甚シク痙性ナリ.

14/II 右下肢前面ハ大腿下部, 後面ハ臀部ヨリ以下知覺鈍麻, 左下肢ハ膝關節以下ノミニ觸覺鈍麻ヲ認ムル迄恢復ス.

24/II 松葉杖ナクシテ歩行可能トナル.

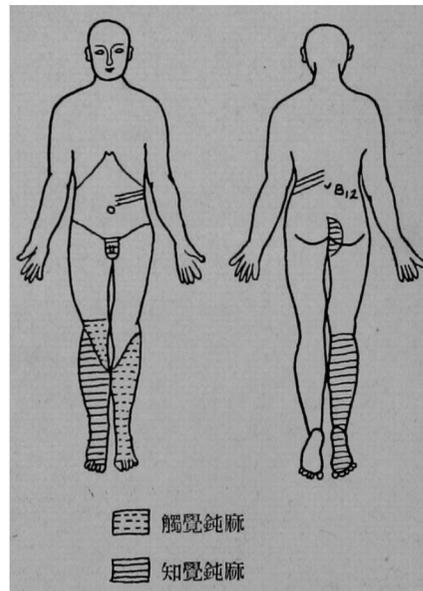
11/III 歩行甚シク巧トナル. Romberg (-)
知覺障碍ハ第 12 圖ノ如シ.

手術ニ際シ斷斷セシ神經根ノ支配區ニ一致シテ輕度ノ知覺鈍麻ヲ殘ス.

13/III 退院.

最近ノ消息ニ依レバ困難ナル田舎道モ相當ノ距離樂ニ歩行シ疲労ヲ覺エズ且又自覺的ニハ殆ド知覺障碍ヲ覺エズトイフ.

第 12 圖 術 後



觸覺鈍麻
知覺鈍麻

第 3 章 考按及ビ總括

脊髓腫瘍ノ占據橫斷位別ニ關シ Woltmann, Elsberg 及ビ余ノ昭和 12 年 12 月末迄ノ調査ニ依ル吾國脊髓腫瘍手術例 145 ニ就キ統計的觀察ヲ下スニ,

第1表 脊髓腫瘍占據横斷位

報告者	髓内腫瘍	硬膜内髓外腫瘍	硬膜外腫瘍 (脊椎腫瘍ヲ含ム)	計
Elsberg (1932)	20 (9.6%)	130 (62.5%)	58 (27.9%)	208
Woltmann(1930)	89 (28.5%)	156 (50.0%)	67 (21.5%)	312
高田 (1938)	12 (8.3%)	71 (49.0%)	62 (42.8%)	145

第1表ノ如ク硬膜内髓外腫瘍ノ最モ多キ點ニ關シテハ一致セリ。而シテ吾國ニ於テ確ニ「ノイリノーム」ト診定サレシモノ14例ニシテ全脊髓腫瘍ノ9.7%ヲ占ム。且脊髓「ノイリノーム」ハ總テ硬膜内髓外腫瘍ニ屬シ本邦例中僅カ1例ニ於テノミ所謂砂時計腫形成ヲ見ル(第2表參照)。
即チ硬膜内髓外腫瘍ニ對スル比率ハ71:14(=19.7%)ナリ。

第2表 吾國ニ於ケル脊髓「ノイリノーム」例

番號	報告者	年齢	性別	腫瘍占據部位	腫瘍ノ大サ	轉歸
1	鹽田 (昭8)	49 j.	♀	H ₆	拇指頭大	死亡
2	都田 (昭8)	60 j.	♂	B ₁₀ -B ₁₁	長サ3 cm	全治
3	日赤陰山外科 (未報告)	35 j.	♂	H ₄ -H ₅	雀卵大	輕快
4	岩原 (昭8)	23 j.	♂	馬尾神經	米粒大一小豆大(5箇)	不治
5	慶大整形外科 (未報告)	40 j.	♂	馬尾神經	中指末節大	全治
6	石山 (昭9)	44 j.	♀	馬尾神經	拇指頭大	〃
7	伊藤 (昭10)	18 j.	♀	B ₉	示指頭大	〃
8	兒玉 (昭10)	60 j.	♂	B ₁₂	示指頭大	〃
9	水島 (昭10)	26 j.	♂	B ₄	1.7×1.3×1.1 cm	輕快
10	菅 (昭11)	29 j.	♂	H ₇ -B ₂	砂時計腫 4.76×1.75 cm 及ビ中指末節大(硬膜外)	全治
11	淺岡 (昭11)	46 j.	♂	H ₄ -H ₅	指頭大	輕快
12	清水 (昭11)	35 j.	♂	B ₁₁	胡桃大	全治
13	山本 (昭12)	57 j.	♂	B ₁₀ -B ₁₁	不明	〃
14	内田 (昭12)	50 j.	♂	B ₁₁ -B ₁₂	小指大	〃
15	高田 (昭13)	37 j.	♂	馬尾神經	米粒大一小豆大(無數)	輕快
16	〃 (〃)	29 j.	♂	B ₈ -B ₉	3.0×1.5 cm	全治

註……腫瘍占據部位欄中ノ數字ハ椎體ノ番號ヲ示ス。

第2表ノ如ク、余ノ症例2ヲ含ミ合計16例ノ脊髓「ノイリノーム」ニ就キ聊カ統計ノ觀察ヲ試ミンニ、

1. 性別

16例中男13, 女3ニシテ男ニ著シク多シ。

2. 年齢

最小18歳, 最高60歳ニシテ20—40歳代ニ多シ。

3. 腫瘍占據高位 (H…頸髓 B…胸髓)

H…………… 3

H—B …… 1

B …………… 8

馬尾神經…4

ニシテ胸髓部ニ最モ多ク且馬尾神經腫瘍ニ比較的「ノイリノーム」多キハ注目ニ價ス可シ。

4. 腫瘍ノ大イサ

米粒大—小豆大ヨリ最モ大ナルハ菅氏ノ砂時計腫ニシテ硬膜内腫瘍ハ4.76×1.75 cm, 硬膜外腫瘍ハ中指末節大ニ達シタリ。

余ノ第1例ハ米粒大乃至小豆大無數ニシテ剔出全量10.5 gニ達シ, 第2例ハ3.0×1.5 cmニシテ大ナル腫瘍ニ屬ス。

扱第1例ハ先ヅ右側臀部及ビ大腿部ノ疼痛ヲ以テ初リコノ疼痛ヨリ發病當時唯一ノ訴ヘニテソレヨリ5年ノ後知覺鈍麻及ビ歩行障碍等, 脊髓壓迫症狀ヲ來シタリ。然ルニ第2例ニ於テハ最初ヨリ知覺及ビ運動障碍ヲ以テ發シ, 毫モ疼痛ノ既往症ハ認メザリキ。脊髓腫瘍ニ於ケル最モ初期ニ發シ而モ診斷上重要ナル症狀ハ Curschmann 氏ノ所謂後根刺戟症狀(Hinterwurzelreizsymptome)ニシテ Woltmann (1930) ハ髓外硬膜内腫瘍ニ於テ72%, 前田教授(1935)ハ78%ニ於テ證明シタリ。而シテ初期疼痛發現ト髓質障碍ニヨル運動障碍症狀發現ニ至ル時間ノ間隔ハ Frazier u. Spiller —ヨレバ3箇月乃至3年ナリトイフ。第1例ニ於テハ5年ノ長キヲ經過セリ, コレ馬尾神經腫瘍ノ特徵ト見做ス可キモノニシテ, 本邦例ニ於テモ疼

痛以外何等麻痺症狀ヲ呈セザリシ馬尾神經腫瘍手筈例2, 3ヲ見ル。次ニ脊髓腫瘍ノ占據高位ノ診斷ニ當リ注意スベキハ其ノ神經病學的檢査ノミニ依存スル時ハ時ニ誤診ヲ來スモノニシテ, 知覺障碍ノ上昇ハ常ニ必シモ腫瘍高位ニ一致スルモノニアラズ, 前田教授(1935)ノ43例ニ於ケル統計ニ依レバ一致セルモノハ18例ニ過ギズシテ1—2髓節下位ノモノ比較的多ク4例ニ於テ腫瘍高位ヨリモ上位ニ及ビタルヲ認メタリトイフ。余ノ症例ニ於テモ第1例ハ第8及ビ9胸椎即チ第10胸髓節ニ腫瘍ヲ發見セルニ其ノ知覺障碍上昇ハ臍上3横指徑即チ約第8胸髓部ニ及ビ, 第2例ニ於テハ馬尾神經節ヨリ髓錐部ニ互リ彌漫性ニ存在セシ腫瘍ニシテ其ノ知覺障碍上昇ハ鼠蹊韌帶即チ第12胸髓節ニ及ビタリ。然レドモ兩側共手術ニ依リ明カニ續發性脊髓膜炎ヲ證明シタルヲ以テ上述知覺障碍上昇ノ過高ハ敢テ奇トスルニ足ラザルベシ。脊髓腫瘍占據部位ノ診斷ニ缺クベカラザルモノハ Myelogramm ニシテ, 特ニ硬膜内髓外腫瘍ニテハ所謂騎跨狀ヲ呈ストシ, 學者ニヨリテハ其ノ Myelogramm ニヨリテ高位診斷ノミナラズ亦橫斷位診斷モ可能ナリトイヘルモ, 余ノ2例共其ノ Myelogramm ハ非定型的ナリキ。次ニ診斷上參考トナルベキモノハ脊髓液所見ナリ。即チ Xanthochromie, 過壓, Queckenstedt 氏症候, Globulin 増加等ニシテ特ニ Xanthochromie, 蛋白質増加而モ細胞數正常ナルヲ Froin-Symptomeト稱シ脊髓腫瘍ニ特有ナル所見トサル。第1例ニ於テ腰椎穿刺ハ腫瘍浸潤ノ爲ニ不成功ニ終リシモ第2例ニ於テハ著明ノ Xanthochromie, Queckenstedt 陽性, Globulin 反應又強陽性ナリシモ細胞數ハ甚ダ多ク430ヲ算シタリ。其ノ外脊柱ノ所見ヲ重要視スル者アリ。即チ Spaltzer u. Jatrou (1922) ハ椎體漲ニ於ケル骨質生ヲ多數ノ患者ニ認メ, Herzog, Wieden 等モ相當ノ%ニ於テ發見ストイフモ吾國ニ於ケル症例ニ於テハ殆ド之ヲ認メズ。唯輕度ノ變形, 運動制限, 壓痛等ノ記載ヲ見ルモ

余ノ例ニ於テハ何レモ脊柱所見ハ陰性ナリキ。脊髓腫瘍ノ療法ハ手術ノ剔出以外ニ途ナク其ノ手術ノ效果ノ良否ハ腫瘍ノ占據高位竝ニ横斷位ニ關係スルハ勿論、更ニ腫瘍ノ種類及ビ發病ヨリ手術ニ至ル時間ノ關係モ重大要約ノ1ナリ。而シテ硬膜内腫外腫瘍ノ手術ノ效果ハ脊髓腫瘍中最モ良好ニシテ、Lennep (1920) ハ 65.6%, Elsberg (1932) ハ 93.1% ノ治癒率ヲ收メリトイフ。吾國脊髓「ノイリノーム」14例中死亡1例、不治竝ニ輕快4例、全治9例ニシテ治癒率ハ 64.4%ニ相當ス。

余ノ第1例ハ發病後已ニ12年ヲ經過シ、且腫瘍ハ馬尾神經ヨリ髓錐部ニ互リ浸潤性ニ増殖シ神經纖維ノ大部ハ已ニ壞滅状態ニアリ。手術ニ依リ疼痛ハ殆ド消失、知覺障礙モ稍々輕快シ將來時日ノ經過ト共ニ尙ホ多少恢復ニ趣ク可能性ハアレドモ全治ハ困難ナリト信ズ。之ニ反シ第2例ニ於テハ手術ニ依リ全治セシムル事ヲ得タリ。

第4章 結論

1. 余ハ津田外科教室ニ於テ經驗セル2例ノ脊髓「ノイリノーム」ヲ報告シタリ。

2. 第1例ハ39歳ノ男、馬尾神經ヨリ髓錐部ニ互ル廣範圍ノ「ノイリノーム」、第2例ハ24歳ノ男、第8及ビ9胸椎ニ於ケル拇指頭大ノ「ノイリノーム」ニシテ、何レモ椎弓切除術ヲ行ヒ腫瘍ヲ剔出シ、前者ハ輕快、後者ハ全治セシムル事ヲ得タリ。

3. 昭和12年12月末迄ノ吾國ニ於ケル脊髓腫瘍145例中脊髓「ノイリノーム」14例ヲ集メ聊カ統計的觀察ヲ加ヘタリ。

稿ヲ終ルニ臨ミ、終始御懇篤ナル御指導ト御校閲ヲ賜ハリシ恩師津田教授ニ深謝ス。尙ホ有益ナル御助言ヲ賜ハリシ清水助教授ニ深謝ス。

主要文獻

1) Borchardt, Klin. Wochenschr., Nr. 15, 1926. 2) Winchell Mck. Craig, Collected Papers of the Mayo Clinic, Bd. 25, 1933. 3) Erb, Dtsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 181, 1923. 4) A. Eiselsberg, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 42, 1931. 5) Guleke, Arch. f. klin. Chir. Kongressbericht, 1926. 6) A. Hause, Arch. f. Psychiatr., Bd. 82. 7) R. Henneberg, Berliner Klin. Wochenschr., Bd. 44, 1921. 8) E. Heymann, Die Chirurgie, Bd. 3, 1930. 9) H. v. Lennep, Dtsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 160, 1920. 10) Marburg, Wiener med. Wochenschr., Bd. 24, 1926. 11) Oppenheim u. Borchardt, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 26, 1913. 12) Peiper, Dtsch. med. Wochenschr., Bd. 39, 1927. 13)

E. Ranz, Arch. f. klin. Chir., Bd. 120, 1922. 14) J. Soler Roig, Zentralblatt f. Chir., 1934. 15) Schulze, Dtsch. med. Wochenschr., Bd. 35, 1932. 16) Sieda, Zentralblatt f. Chir., 1934. 17) L. Schönbauer, Arch. f. klin. Chir., Bd. 154, 1929. 18) E. Siegel, Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 74, 1911. 19) Sommer, Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 125, 1922. 20) L. Wieden, Bruns' Beitr. z. klin. Chir., Bd. 142, 1928. 21) Henry W. Woltmann, Collected papers of the Mayo Clinic, Bd. 22, 1930. 22) 石山, グレンツゲビート, 第8年, 昭和9年. 23) 前田, 岩原, 日本整形外科学會雜誌, 第11卷, 第2號, 昭和11年. 24) 内田, 日本整形外科学會雜誌, 第12卷, 第7號, 昭和12年. 25) 内田, グレンツゲビート, 第11年, 昭和12年.

*Aus der Tsuda-Chirurgischen Klinik der Medizinischen Fakultät Okayama.
(Direktor : Prof. Dr. Seiji Tsuda)*

2 Fälle von Rückemarksneurinom.

Von

Dr. Jiro Takata.

Eingegangen am 23. Juli 1938.

Fall 1. Ein 37 jähriger Mann klagte seit 1927 über neuralgieartige Schmerzen am Lendenteil und in der rechten Kniegelenkgegend und wurde von verschiedenen Ärzten unter Diagnose von Lendenwirbelkaries, Wanderniere oder tuberkulöser Hüftgelenkentzündung ohne nennenswerten Erfolg behandelt. Zwischendurch traten an beiden unteren Extremitäten allmählich Shibregefühl und motorische Störungen zutage.

Am 6/VI 1935 aufgenommen. Vollkommene schlaffe Lähmung beider Unterextremitäten und Sensibilitätsstörungen abwärts vom Nabel bis zur Fussspitze. Myelographisch totale Arretierung des Lipjodolenschattens in der Höhe vom 12. Brust- und 1. Lendenwirbel.

Laminektomie am 7/VI 1935. Es wurde hier nur Meningitis spinalis circumscripta, aber kein Tumor festgestellt. Nach der Operation wurde jede Klage nicht so bedeutend beeinflusst.

Reoperation am 7/III 1938. Diesmal wurde zahlreiche reiskorn- bis bohngrossere Tumormasse infiltrierend in Cauda equina nachgewiesen und möglichst exstirpiert. Dann verschwand der neuralgieartige Schmerz fast ganz und auch einigermaßen erholten sich die Sensibilitätsstörungen.

Histologisch ergab sich der Tumor als Neurinom.

Fall 2 Ein 29 jähriger Mann bekam im Mai 1933 Shibregefühl unterhalb der linken Kniegelenkgegend und wurde unter Diagnose von Beri-beri behandelt. Allmählich verschlimmerten sich die Sensibilitätsstörungen, die 1 Jahr später auf der rechten Unterextremität und zwar oben zum Unterbauch verbreiterten. Gleichzeitig trat auch die Gangstörung auf, aber doch nirgends Schmerzen.

Am 14/XII 1937 aufgenommen. Spastisch paretischer Gang mit positivem Rombergschem Phänomen. Sensibilitätsstörungen; von 3 Q. F. B. oberhalb des Nabels bis zur Fussspitze. Myelographisch vollkommenes Stop des Moljodolenschattens in Form von 2 langen Streifen in der Höhe vom 5. und 6. Brustwirbel.

Laminektomie am 17/XII 1937. In der Höhe vom 8. Brustwirbel wurde ein intramedullärer Tumor gefunden, dessen Probestück sich histologisch als Neurinom erwies.

Reoperation am 14/I 1938. Intradural und extramedullär sass ein grauweisslicher, daumenspitzengrosser Tumor, der sich mit Rückenmark mässig fest verwuchs. Totale Exstirpation. 60 Tage nach der Operation wurde der Kranke fast ausgeheilt und entlassen.

Anbei führte Verfasser an der Hand von 14 Fällen vom Neurinome, die Verfasser aus dem japanischen Schrifttum bis zum Jahre 1937 herausortiert hat, eine kurze statistische Betrachtung. (Autoreferat)