大日本耳鼻咽喉科會會報

第四十八卷 第二號

(昭和十七年二月)

原 著

三叉神經神經鞘腫ト思考セララル 頭蓋底腫瘍ノ一症例ニ就テ

Dr Teichi Kashiwado: Über einen Fall von Schädelbasistumor,
welcher als ein Trigemimusneurinom beurteilt wird.

東京帝國大學醫學部耳鼻咽喉科教室 (主任 増田教授)

柏 戸 貞 一
カシハ ヲ テイ イチ

緒 論

聽神經神經鞘腫 Acousticusneurinom ハ吾ガ耳鼻咽喉科領域ト密接ナル關聯アル爲メ之ヲ耳ニスル事屢ミナレドモ、爾他腦神經神經鞘腫ハ其報告比較の少キ感アリ。然ルニ著者ハ最近耳鼻科の所見ヲ有セル腦底腫瘍ニシテ、臨牀の諸

検査並ニ病理解剖所見ヨリ三叉神經神經鞘腫 Trigemimusneurinom ト思考セララルベキ一症例ヲ經驗シ、二三興味アル所見ヲ得タレバ、茲ニ其概要ヲ報告シ、諸賢ノ參考ニ供セントス。

實 驗 例

〔患者〕 安〇よ〇 43歳 女性

〔家族歴〕 祖父母並ニ兩親孰レモ長命ニシテ健康ナリキ。祖父1名腦溢血ニテ死亡。同胞4名。内2名ハ生後間モ無ク死亡。子女ハ總計9名ニシテ、其内第五、第六子ヲ流産。他ハ皆健存。配偶者健在。

〔既往歴〕 生來健康ニシテ著患無カリシガ、昭和14年11月最後ノ分娩ヲ爲セル後ハ引續キ月經閉止ス。

〔現症並ニ其經過〕 昭和8年患者36歳ノ折急性蟲樣突起炎ノ爲、妊娠8ヶ月ニテ人工流産ヲ受ケタルガ、之ヨリ數ヶ月後ニ至リ右耳ニ難聴及ビ耳鳴ヲ氣付キ、且ツ右側顔面ニ知覺異常ヲ感ズルニ至レリ。

昭和9年2月頃ヨリ右眼ニ運動障礙現ハレ、視力次第ニ衰ヘ、複視ヲ訴ヘ爾後約半年ニシテ辛ジテ明暗ヲ辨ジ得ル程度ニ迄進行セリ。尙ホ當時ヨリ頭部重壓感、眩暈、嘔氣、嘔吐等屢ク起リ、且ツ歩行モ蹣跚ス。此間昭和10年第六子ヲ流産ス。昭和13年頃ヨリ口角ガ時々右側ヘ痙攣性ニ牽引セラルハ様ニナリ、昭和14年9月頃ヨリ惡心増惡シ、頭痛及ビ歩行蹣跚増強セリ。昭和15年1月ヨリハ更ニ左眼モ霞ミ始メ、爾後兩眼ノ視力障礙益々増惡セリ。依テ同年3月東京帝大眼科臨牀ヲ訪レ、瞼血乳頭ノ存在ヨリ腦腫瘍ノ疑ヒヲ置カレ、更ニ同精神科ニ轉送セラ

【精神科入院時所見】 3月28日同科入院。體格榮養極メテ良好。體溫脈搏尋常。顔貌ハ聊カ無表情ニシテ談話。感情等ニハ異常無ク。自己疾患ニ對スル苦悶ハ訴ヘズ。注意力平常。妄想幻覺無ク。指南力良好。皮膚ニ異常ナク。皮下脂肪及ビ筋肉ノ發育良好。眼科の所見上。結膜異常無ク。瞳孔ノ大サ及ビ形態正常。射光反射ハ右側消失。左側陽性。右側上眼瞼ハ輕度ニ下垂シ。且ツ右眼ニ輕度ノ眼突出症アリ。石原式突出計ニテ右側18mm。左側15mm。眼底ハ右側ニ視神經萎縮。左側ニ陳舊性髓血乳頭アリ。視力ハ辛ジテ明暗ヲ辨ジ。左側ハ漸ク手動ヲ辨ズ。舌所見正常。呼吸脈搏全ク尋常。少シク嗜眠性ナルモ食欲良好。排便正常。咳嗽喀痰無シ。胸部諸臟器異常無ク。四肢反射ハ強ク亢進シアルモ病的反射無ク。知覺障礙ヲ認メズ。尿正常。血液ニ反應陰性。腦神經及ビ脊髓神經ノ機能檢査成績次ノ如シ。

- (1) 嗅神經：右側嗅覺喪失。左側輕度鈍麻。
- (2) 視神經：既述ノ如シ。
- (3) 動眼神經：右側上眼瞼ハ輕度ニ下垂スルモ運動麻痺無シ。
- (4) 滑車神經：兩側正常。
- (5) 外旋神經：右側ハ全麻痺。左側正常。
- (6) 三叉神經：右側ハ全枝領域共知覺及ビ痛覺消失。左側正常。角膜反射ハ右側ハ左側ヨリモ遲鈍。

(7) 顔面神經：

以上ノ諸障礙ト相反シテ左側ニ不全麻痺ヲ認メ。鼻唇皺襞及ビ前額皺襞ハ左側ガ淺ク。口角ハ右側ニ牽引セラレ。皺眉運動モ左側不良。眼瞼及ビ口唇ノ閉鎖力モ左方ガ弱シ。

(8) 聽神經：右側ニ難聽及ビ耳鳴ヲ訴フ。

(9) 舌咽神經：味覺及ビ嚥下反射ハ左右平等ナリ。右側軟口蓋ハ輕度ニ下垂ス。嚥下困難無シ。

(10) 舌下神經：舌ハ挺出時右側ヘ偏倚ス。萎縮ヲ認メズ。

(11) 軀幹及ビ四肢：何處ニモ筋肉萎縮無シ。把握力ハ左右相等シク。筋緊張異常無シ。四肢ニ硬直乃至緊張減弱ヲ認メズ。腹壁反射及ビ腱反射ハ一般ニ亢進スレド左右相等シク病的反射無シ。顔面及ビ頭部ヲ除キテハ知覺異常ヲ認メズ。

(12) 身體均衡機能：ロムベルグ症候輕度陽性。

(13) 植物性神經機能：月經閉止ス。尿量尋常。發汗。脂肪沈着。饑渴等ヲ訴ヘズ。

(14) 腦脊髄液所見：初壓600mm。7ccヲ除去シタル後200mmニ下降ス。水様透明。細胞數2。ノンネ第一反應(+)。パンザー反應(+)。全蛋白量0.8%。ワ氏反應(-)。

(15) 腦ノArteriographie 異常無シ。

以上ノ所見ヲ綜合シ神經病學的ニハ腦底腫瘍ト診斷セラル。茲ニ於テ小腦橋隅角腫瘍殊ニ聽神經腫瘍トノ鑑別ノ爲メ耳鼻科の檢査ヲ求メ來タル。

【耳鼻科の所見】 6月4日初診。

(A) 耳科所見：兩側耳殼及ビ其周圍並ニ外聽道ニ異常無シ。右側鼓膜ハ高度ニ陷凹ス。左側正常。耳官能檢査成績次ノ如シ。

(1) 聽能

ハルトマン、エーデルマン音叉ニヨル量的檢査

ベツオールド、エーデルマン連續音列ニヨル聽

域測定

右 G—F⁷ 左 C₂—a⁷

ストルイッケン式單弦琴ニヨル上音界測定

	右	左		右	左
氣 弦長	16cm	12cm	骨 弦長	12cm	11cm
導 振動數	15675	20900	導 振動數	20900	22800

(2) 前庭器官能

1. 眼球震盪

A 自發性眼球震盪

	+	性 狀	震盪數(毎分)
正 面 位	+	纖細水平性左向	40
右方極位	+	纖細水平性左向	88
左方極位	+	纖細水平性右向	24
上方極位	+	纖細迴轉性左向	60
下方極位	+	纖細迴轉性左向	52

B 實驗的眼球震盪

(1) 迴轉刺戟試驗

	持續時間(秒)	震盪回数	性 狀	隨伴現象	頭 位(眞 直)
右 方 迴 轉	30	35	迴 轉 水平性	(一)	眼 位(正 面)
左 方 迴 轉	27	22	迴 轉 水平性	(一)	迴轉時間(20秒)
					迴轉回数(10回)

(ロ) 溫熱刺戟試驗

水温 (c)	水量		潜伏時間 (秒)	持續時間 (秒)	震盪 回数	性狀	隨伴 現象
15°	20cc	右	15	60	50	迴轉 水平性	(一)
		左	10	60	94	迴轉 水平性	(一)

(ハ) 平流電氣刺戟試驗

眼球震盪及ビ顛倒反應共ニ右9m.a, 左5m.a.ニテ發現。

(ニ) 瘻孔症狀及ビ血管性眼球震盪陰性。

II. 身體均衡作用

(1) 起立。頭部右方90°迴轉ニヨリ動搖增加シ。足趾起立及ビ單脚起立不能。

(ロ) 「ゴニオメーター」試驗。

	足尖上	足尖下	側 方 傾 斜
	右足上	左足上	
開 眼	7	13	8
閉 眼	10	15	10

(ハ) 歩行。平面前方直進時右側へ。同背進時左側へ偏倚ス。跳躍及ビ迴轉運動少シク障碍

セラル。

III. 偏指試驗。肩胛關節自發性偏指ハ右方へ向ヒ偏指距離 30cm, 實驗的偏指左右大差無シ。

(B) 鼻科所見：右側鼻腔ニ於テハ中鼻道側壁後部ガ強ク前方へ膨隆シ下甲介ト中甲介トノ間ニ更ニ新シキ甲介ヲ發生セル如キ觀ヲ呈ス。併乍、之ヲ覆ヘル粘膜ハ正常。後鼻鏡検査ニヨレバ右歐氏管隆起ヨリ後鼻孔縁ニ亙リ強キ膨隆アリ。該腫脹ハ後鼻孔右半ヲ覆ヘル如キ狀態ヲ示シ、爲ニ鼻腔内ヲ充分ニ觀察シ得ズ。

(C) 咽喉所見：異常無シ。

〔頭部「レ」線寫眞所見〕

Stenvers 氏撮影法ニ依レバ右岩様骨錐體尖端ニ高度ノ骨缺損ヲ認ム。即チ錐體尖端ハ錐體骨上縁中央部ヨリ尖端下方ニ向ヒ斜前方ニ恰モ骨質ヲ切斷シ其正中側ヲ取り去レルガ如キ觀ヲ呈セリ。次ニ頭部側面撮影ニ依ルニ土耳其鞍ハ全ク平常ノ所見ヲ失ヒ、其窩底ハ強ク前方ニ壓出セラレ、後角ハ全ク消失シ平低トナリ、前角モ亦其影像不鮮明ナリ(第1, 第2, 第3圖)。尙ホ頭部矢狀徑撮影法ニ依レバ右側上顎、副鼻腔ニ顯著ナル骨缺損ヲ認ム(第4圖)。茲ニ於テ更ニ頭部ノ後頭前額方向及ビ後頭頤方向ニ於ケル立體「レ」線寫眞撮影及ビ Rhese 氏斜位撮影法ヲ行ヘルニ、前方ニヨレバ右側中頭蓋窩ニ明瞭ナル骨病變ヲ認メ、後方ハ岩様骨錐體尖端ノ骨破壊、前方ハ前牀狀突起、上下眼窩裂溝及ビ視神經管ノ消失、外側方ハ蝴蝶骨大翼無名線ノ中途切斷ガ認メラレ、之等骨破壊部ヲ結ベルーノ立體像ハ之ニ相當スル輪廓ニ特殊ノ實體ノ存在ヲ髣髴タラシムルモノアリ(第4, 第5圖)。又 Rhese 氏法ニ依ルニ患側ニ於テハ顙骨ト相重リ岩様骨錐體尖端、上下眼窩裂溝、視神經管及ビ前

牀狀突起ノ骨缺損部ヲ結ベル部分が略圖形ヲ畫キテ顯著ナル骨缺損ノ像ヲ現ハセリ(第6圖)。

〔經過概要〕

斯ク「レ」線寫眞所見ニヨリ上顎骨部ニモ病變ノ存在明瞭トナレルヲ以テ、5月14日 Caldwell-Luc 氏術式ニヨリ右側上顎竇ヲ試験的ニ開放セルニ、竇前壁ニハ異常ヲ認メザルモ竇内腔ニ於テ其後上方ヨリノ腫瘍ガ膨隆シ、竇内腔ヲ殆ド裂隙狀ニ狹窄セリ。尙ホ竇粘膜ハ一般ニ充血シ、少量ノ粘液性分泌物ヲ貯溜ス。腫脹セル粘膜ヲ除去スルニ竇後壁骨質ハ極メテ菲薄トナリ明瞭ニ羊皮紙樣捻髮音ヲ證明ス。骨壁ヲ切除シ腫瘍ヲ露出スルニ可ナリノ出血アリ。腫瘍ハ弾力性軟ニシテ之ニ切開ヲ加ヘタルニ内方ヨリ多量ノ搏動性出血ト共ニ灰白色ノ組織類攷物流出ス。此際得タル試験切片ヨリ神經鞘腫 Neurinom ノ所見ヲ得タリ。然レドモ腫瘍ノ發育範圍ハ先ニ述ベタルガ如ク極メテ廣汎ニシテ到底手術ノ摘出ヲ許サズ。依テ爾後ハ「レ」線深部照射ヲ施セリ。第一回照射ハ6月3日ヨリ7月1日迄ニ21回、第二回照射ハ7月4日ヨリ同23日迄ニ17回。専ラ中頭蓋窩底ニ向ヒテ行ヒ、第一回照射ハ顔正面及ビ側面ヨリ、第二回照射ハ前額及ビ顳顬部ヨリシ。毎回 230r. 宛ノ照射量ヲ用ヒ、第一回照射總量 4,800r. 第二回照射總量 5,750r. 計 10,550r. ヲ照射セリ。「レ」線照射開始後1週ニシテ上顎竇内腫瘍ハ一時少シク縮小ノ傾向ヲ認メタルモ、其後竇内ニ壊疽性機轉ノ發現ヲ見、第二回「レ」線照射終了ノ頃ニ至リテハ全身衰弱甚シク、時ニ惡寒、嘔吐及ビ輕微ナル發熱ヲ見ルニ至レリ。茲ニ於テ「レ」線照射ヲ中止シ爾後全ク對症療法ニヨレルモ、全身衰弱回復セズ。却テ其度ヲ加ヘ9月11日心臟衰弱

ヲ以テ鬼籍ニ入レリ。死後病理解剖ヲ行ヘリ。

〔病理解剖所見〕 9月11日東大病理解剖學教室ニ於テ施行。所見次ノ如シ。

(1) 頭蓋ヲ開放シ頭蓋底ヲ觀察スルニ右側中頭蓋窩ニ於テ土耳其鞍ニ接シ過鶏卵大ニシテ恰モ腸詰樣形態ヲ呈シ弾力性硬度ヲ有ス硬腦膜外腫瘍アリ。該腫瘍ノ前端ハ中頭蓋窩底骨質ヲ穿通シ深ク翼狀口蓋窩内ニ嵌入、後方ハ後頭蓋窩硬腦膜ヲ三叉神經入口部ヲ中心トシテ穿通、後頭蓋窩内小腦橋隅角部ニ膨隆。腦實質、小腦橋隅角部及ビ小腦方形葉ニ強キ壓痕ヲ作りアリ。又内方ハ土耳其鞍ヲ、前上方ハ蝴蝶骨小翼ヲ、下方ハ岩様骨錐體尖端ノ大部ヲ壓迫破壊シ之等骨質破壊ノ狀況ハ先ニ「レ」線寫眞的檢査ニヨリ確メ得タル所見ト良ク一致セリ。而シテ視神經、動眼神經、第八對腦神經及ビ内頸動脈ハ腫瘍ノ爲メ側方ニ壓迫セラレ、滑車神經、三叉神經及ビ外旋神經ハ同腫瘍中ニ包埋セラレ其走行不明ナリ。而シテ腫瘍ノ剖面ハ囊腫樣ノ部、粘液變性ニ陷レル部、大小ノ出血竈等各種ノ所見認メラレ、又頭蓋底ヲ貫通翼狀口蓋窩ヨリ副鼻腔並ニ鼻咽頭ニ發育セル部ハ一部壊疽性變化ヲ呈シ居タリ。

(2) 全身所見ニ於テハ兩側頸部亞急性性淋巴腺炎存在セルモ本腫瘍ノ轉移竈ト認メラル可キモノ無ク、唯輕度ノ氣管枝加答兒及ビ兩側肺水腫、心臟褪色素沈着、輕度ノ加答兒性食道炎、肝臟ノ瀰蔓性脂肪變性、中等度鬱血、脾臟及ビ中等度「ネフローゼ」樣變化ヲ呈セル腎臟認メラレ、其他一般ニ全身ニハ中等度ノ貧血存在セリ。

(3) 腫瘍ノ組織學所見ニ就キテハ東大病理解剖學教室ニ於テ、其頭蓋内腫瘍ハ典型的の神

經鞘腫タル事確メラレ。壞疽性變化ヲ伴ヒ居タル上顎竇附近ニ於テハ一部肉腫様變化認メラレタリ。

〔腫瘍發生部位ニ關スル考察〕

本腫瘍ノ發生部位ヲ臨牀所見並ニ病理解剖所見ヨリ考察スルニ、先ヅ本腫瘍ガ聽神經腫瘍ナラザル事ハ明瞭ニシテ、滑車神經、三叉神經、外旋神經ノ三神經ガ本腫瘍中ニ包埋セラレアリシヨリ之等三神經中何レカヨリ發生セリト思考ス可キガ當然ナリ。然ルニ滑車神經神經鞘腫ト思考スル爲ニハ臨牀所見一致セズ。腫瘍主體部ノ位置並ニ分布ハ三叉神經幹走行並ニ同神經分

考

抑モ三叉神經ヨリ發生スル神經鞘腫ハ其發生部位ニヨリ臨牀症狀ニ幾多ノ變化ヲ示スモノニシテ、其末梢分枝ニ發生スル時ハ全ク耳鼻咽喉科所見ニ止マリ得ルモ、本症例ノ如ク神經幹ヲ中心トシテ發生スル時ハ寧ロ腦底腫瘍ノ形態ヲ示シ、從ツテ斯クノ如キ症例ハ從來多ク神經病科領域ニ於テ觀察セラレ、近年ニ於テハ Altmann⁽¹⁾, Klayenbühl⁽²⁾, Nowotny 及 Uiberall⁽³⁾, 近藤⁽⁴⁾等ニヨリ報告セラレタリ。今之等諸氏ノ報告ヲ通覽スルニ其腫瘍發育初期ハ主トシテ該神經ノ知覺異常又ハ運動障礙ヲ示スモノナレドモ、本腫瘍ガ次第ニ發育増大スル時ハ屢々神經周圍ノ各部ニ大ナル壓迫性影響ヲ與ヘ、夫等症狀ガ顯著トナリテ之ガ爲メ三叉神經症狀ヨリモ寧ロ腦底腫瘍ノ症狀ヲ主トスルニ至リ、殊ニ其發生部位ガ神經幹ニ限局スル場合ハ屢々小腦橋隅角腫瘍ノ症狀群ヲ示シ、又三叉神經神經節ヲ中心トシテ發育スル場合ハ中頭蓋窩腫瘍ノ臨牀症狀ヲ呈シ來タルトイフ。即チ近藤ノ

布領域ト良ク一致セリ。其他外旋神經鞘腫ト思考スルニ臨牀的ニハ先ヅ三叉神經知覺異常ヲ訴ヘ、爾後經過ニ從ヒ外旋神經麻痺ノ發現ヲ見タルモノニシテ、即チ後者ハ腫瘍ノ發育ニ伴ヒ二次的ニ惹起セラレタリト思考セラレ、又解剖的ニモ本腫瘍ヲ外旋神經ヨリ發生セリト思考スレバ動眼神經ガ明カニ腫瘍ト硬腦膜トノ間ニ認メラル、以上三叉神經ノ如キモ當然其走行認メ得ラル可シ。然ルニ全ク其事無シ。即チ之等諸多ノ事實ハ本腫瘍ハ外旋神經鞘腫ニアラズシテ、三叉神經神經鞘腫ナリト爲サザル可カラズ。

按

報告セル症例ノ如キハ前者ノ場合ニ相當セリ。併乍、多クノ場合腫瘍ハ神經幹乃至神經節ニ限局スル事少ク、多クハ其走行方向ニ或ハ求心性ニ又ハ遠心性ニ發育増大シ、從ツテ其臨牀症狀ハ以上二様ノモノガ相錯綜シ來タルトイフ。即チ Klayenbühl, Altmann, Nowotny 及 Uiberall 等ノ症例ハ三叉神經節附近ニ發生セルモノガ小腦橋隅角方向ニ發育シ居タリ。斯クノ如ク本腫瘍ハ其神經幹ニ發生セルト又神經節附近ニ發生セルトヲ問ハズ、屢々小腦橋隅角腫瘍ノ形態ヲ呈シ來ルヲ以テ、之ガ爲メ殊ニ聽神經腫瘍ト混同セラル、事屢々ニシテ、以上諸氏ノ症例モ多クハ臨牀的ニ聽神經腫瘍ト診定セラレ、死後剖檢ニヨリ初メテ三叉神經神經鞘腫ナル事ヲ知り得タルトイフ。

從ツテ三叉神經神經鞘腫ニアリテモ耳官能検査ハ大ナル意義ヲ有ス可シ。即チ吾人ノ症例ニアリテモ耳官能検査上患側ニ於ケル高度ノ難聽及ビ輕度ノ前庭器官能減退ヲ證明シ、且ツ輕度ノ

身體均衡障礙及ビ自發性偏指ヲ認メ得タリ。唯併乍、本例＝於ケル聽能障礙ハ官能検査上主トシテ中耳性難聴像ヲ示シ、然モ本所見ハ腫瘍ガ頭蓋底ヲ貫通、副鼻腔並ニ鼻咽頭ニ發育、高度ノ歐氏管閉鎖ヲ來タン居タル臨牀所見トヨク對應シ、其難聴ハ傳音器障礙ニ依ル事大ナリシヲ思ハシメラレタリ。

併乍、他面患例＝於テ輕度ノ前庭器官能減退並ニ身體均衡作用障礙ヲ認メ得タルノ事實ハ本症例ガ尙ホ小腦橋隅角腫瘍ノ症狀ヲ備ヘ居タルモノト思考セラレ、三叉神經神經腫瘍ニアリテハ屢々聽神經腫瘍ト混同セラレ易シト爲ス以上ノ諸家所説モ首肯シ得ラル、所ナリ。

尙ホ本症例＝於テ爾他腦神經障礙ハ總テ右側ニ認メラレタルニ顔面神經麻痺症狀ノミハ之ト相反シ左側ニ認メラレタリ。本症狀ノ説明ハ病理解剖ニヨリ明確ナラシムルヲ得タリ。即チ腫瘍ノ後端ハ小腦橋隅角部ニ發育シ居タルモ右側顔面神經ハ單ニ側方ニ壓迫セラル、ニ止マリ、腫瘍ハ寧ロ小腦橋實質ヲ強く壓迫シ該部ニ強キ壓痕ヲ作り居タルモノニシテ、即チ本所見ニヨレバ反對側顔面神經麻痺ハ一般成書ニ記載セラルル如ク中心性交叉性麻痺ナル事明瞭ニセラレタリ。

以上耳科官能検査ト共ニ本症診斷上重要ナル意義ヲ有セシハ「レ」線學的検査ナリ。既ニ三叉神經神經鞘腫ニ於テ見ラル、「レ」線學的所見ニ就テハ、Altmann, Nowotony, Klayenbühlハ等シク岩様骨錐體尖端並ニ土耳其鞍ノ骨質破壞機轉ヲ觀察セリ。而シテ是吾人ノ觀察ニ良ク一致セリ。斯カル機轉ノ發現ハ三叉神經ノ頭蓋内走行ガ土耳其鞍並ニ錐體尖端ト密接ナル關聯ヲ有スル解剖學的關係ヲ考察スレバ自ラ明瞭ナ

リ。併乍、吾人ハ單ニ岩様骨錐體尖端並ニ土耳其鞍ノ變狀ヲ調べタルニ止マラズ、更ニ「レ」線立體寫眞ニヨリ腫瘍ノ中頭蓋窩實在ノ狀況ヲ髣髴トシテ認メ、又 Rhese 氏斜位攝影法ニヨリ中頭蓋窩前下壁ノ骨缺損又ハ頭部矢狀徑撮影ニヨリ上顎竇骨壁ノ變狀等ヲ明瞭ニ爲シ、之等所見ノ示ス所ニ從ヒ上顎竇ノ試験的開放手術ヲ行ヒ、遂ニ腫瘍ノ一端ニ到達シ臨牀的ニ明確ナル診斷ヲ下スヲ得タルモノニシテ、三叉神經神經鞘腫ニ對シ、斯クノ如キ「レ」線寫眞ノ應用ハ極メテ重要ナル意義ヲ有スル事ヲ知り得タリ。

尙ホ本症ト鑑別上重要ナル聽神經神經鞘腫ニ在リテモ亦屢々岩様骨錐體尖端ノ骨質破壞認メラル。併乍、後者ハ Mayer⁽⁵⁾, Henschen⁽⁶⁾, Cushing⁽⁷⁾ 等ニヨレバ先ヅ岩様骨錐體內聽道孔ノ破壞擴張ヲ最初ニ起シ來ルトセラレ、三叉神經腫瘍ニ於ケルガ如ク錐體尖端三叉神經壓痕部方向ヨリ其破壞機轉開始スルトハ趣ヲ異ニスルモノアリ。又此際三叉神經神經腫瘍ニアリテハ聽神經腫瘍ヨリモ土耳其鞍ノ變狀ヲ伴フ事多カル可キ理ナルヲ以テ、之等ハ兩者ノ「レ」線學的鑑別上常ニ顧慮スベキ要點ナルベシ。三叉神經神經鞘腫ノ治療ニ就キテハ Nowotony 及 Uiberall ハ全く外科的處置ヲ爲スベキノミニシテ、

「レ」線深部照射ハ殆ド無效ナリト述ベタリ。近時腦外科ノ進歩ニ伴ヒ腦底腫瘍ノ摘出手術容易ナルモノアリ。併乍、吾人ノ症例ニ於ケル如ク小腦橋隅角ヨリ更ニ中頭蓋窩及ビ上顎後方ニ迄發育セルモノハ其手術の摘出ハ不可能ナリト爲サザル可カラズ。即チ吾人ハ二次的處置トシテ「レ」線深部照射ヲ施シ、10550 r. ニ及ブ大量照射ヲ行ヒタリ。併乍、遂ニ充分ナル效ヲ奏セズ。結局 Nowotony 及 Uiberall ノ意見ニ

柏 戸 論 文 附 圖

三叉神経神経鞘腫ト思考セラル、蓋頭底腫瘍ノ一症例ニ就テ

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

Fig. 6

Fig. 7

Dr. Teiiti Kashiwado: Über einen Fall von Schädelbasistumor,
welcher als ein Trigemini-neurinom beurteilt wird.

一致セザルヲ得ザリシハ本腫瘍ノ性質上止ムヲ

得ザリシ事ナルベシ。

結

論

(1) 本症例ハ約8年ノ永キニ亘リ中頭蓋窩硬脳膜外ニ發育シ。前方ハ中頭蓋窩底ヲ破壊穿通シ翼狀口蓋窩ヨリ更ニ上顎骨後方ニ及ビ。後方ハ後頭蓋窩硬脳膜ヲ貫通シ。小腦橋隅角部ニ發育セル頭蓋底腫瘍ニシテ。其腫瘍本質ハ三叉神経神経鞘腫ト思考セラル、一例ナリ。

(2) 本症例ニ於テハ耳官能検査上患側ニ於テ迷路機能障礙認メラレ。臨牀上聴神経腫瘍トノ鑑別困難ナリシモ病理解剖ニヨリ聴神経腫瘍ナラザル事ヲ明瞭ニナシ得タリ。

(3) 本症例ニ於テハ頭部矢狀徑。側面徑又

ハ Stenvers 氏法 Rhese 氏斜位撮影法又ハ立體寫眞撮影法等諸種ノ「レ」線寫眞撮影法ヲ應用シ。中頭蓋窩ヲ中心トシテ發育セル腫瘍ノ輪廓ヲ臨牀的ニ明確ナラシムル事ヲ得タリ。

(4) 本症例ニ於テハ臨牀所見殊ニ「レ」線寫眞所見及ビ鼻科の手術ニヨリテ得タル腫瘍ノ試験切片ヨリ中頭蓋窩神経鞘腫ノ確實ナル診斷ヲ附シ得タリ。

(5) 本症例ニ於テハ腫瘍ノ手術の摘出不能ナリシヲ以テ。10.550「レントゲン」量ノ深部照射ヲ施セリ。併々其效果ハ認メ得ザリキ。

摘筆ニ當リ御懇篤ナル御指導並ニ御校閲ヲ賜ハリタル恩師増田教授ニ深甚ナル謝意ヲ表スルト共ニ。病理解剖並ニ病理組織學的諸検査ヲ賜ヒタル病理學教室松本。近藤兩博士ニ深謝ス。

尙ホ本症例ノ「レ」線寫眞ハ第45回大日本耳鼻咽喉科會總會ニ於テ供覽セリ。

主 要 文 献

1) F. Altmann: Zur Kenntnisse der primären Geschwülste des Trigemini und des Ganglion gasseli; Beiträge zur Path. Anat. und zur allgem. Patholog. Bd. 80, 1928. 2) Krayenbüll: Primary tumors of the root of the fifth cranial nerve. Brain, Vol. 59, 1936, P. 337. 3) K. Nowotny u. H. Uiberall: Zur Kenntnisse des Neurinoms des Trigemini. Zeits. f. Neurologie. Bd. 150, 1934, S. 75. 4) 近藤宗一: 三叉神経幹ニ發生セル「ノイノノーム」ノ一剖検例。グレンツ。第12年。第1號。107. 5) Mayer:

Über destruktive Veränderungen an den Pyramiden spitze bei basalen Tumoren, Fortschritte auf d. Gebiet d. Röntg. 1924. 6) Cushing: Tumors of the nervous acusticus, 1917. 7) F. Henschen: Die Acusticustumoren, eine reine Gruppe radiographisch darstellbarer Hirntumoren. Fortschritte auf d. Gebiet. d. Röntg. Bd. 18, S. 207 (1911-12). 8) J. Verocay: Zur Kenntnis der Neurofibrom. Ziegler's Beitr. pathol. Anat. Bd. 48, S. 1-69 (1910).

附 圖 說 明

第1—2圖 Stenvers 岩様骨錐體尖端撮影像。

(第1圖患側。第2圖健側。)

第3圖 頭部側面撮影ニヨル土耳其鞍像。

第4圖 頭部矢狀徑「レ」線寫眞。

第5圖 Rhese 氏斜位撮影像。

第6圖 頭蓋底剖検所見。

第7圖 腫瘍ノ病理組織學的所見。(細胞核ノ柵狀排列ヲ示ス)

(原稿到着ニ昭和16・7・17)