- Arch. Surg. 27: 466-489, 1933.
- 4) Kewenter, Y.: Die Sesambeine des I Metatarsophalangealgelenks des Menschen: eine röntgenologische, und pathologisch-histologische Studie, Acta orthop. scandinav. supp. 2, 1936.
- 5) Leonard, M. H.: The sesamoids of the great toe - The pedal polemic; report of 3 cases. Clin. Orthop. 16: 295-301, 1960.
- 6) Meis, F.: Über Osteochondropathie der Sesambeine des Grosszehengrundgelenks und ihre Beziehungen zur statischen Insuffizienz des Vorfusses. Arch. Orthop. Unfall-Chir. 26: 581-592, 1928.
- 7) Müller, W.: Malazie der Sesambeinknochen des I Metatarsale, ein typisches Krankheitsbild, Beitr. Klin. Chir. 134: 308-318, 1928.
- 8) 奥山繁夫 その他: 第1中足骨種子骨の分裂について, 日整会誌. 31: 79-86, 1958.
- 9) 大戸輝也 その他: 第1母趾種子骨の無腐性壊死の1例, 整形外科. 15: 609-611, 1964.
- 10) Renander, A.: Two cases of typical osteochondropathy of the medial sesamoid bone of the first metatarsal, Acta Radiol. 2: 521-526, 1924.

追加, 質問

九大整形 杉岡 洋一

種子骨の骨折の診断は分裂種子骨が高頻度に存在するため, 非常にむづかしいと思う。

経過中の化骨形成をみるか, 組織学的所見, また骨折前に分裂像がないことをレ線証明すること, により始めて診断可能と思われるが。

質 問

国立小倉病院整形外科 浦野 良明

種子骨骨折の診断はむづかしいと思うが, 仮骨形成がある場合, 外傷歴および局所所見がはっきりしている場合などに診断可能と思われる。

大 胸 筋 皮 下 断 裂 の 2 例

症 例 報 告 と 文 献 的 考 察

九州労災病院整形外科

姫 野 礼 吉・佐 藤 護 彦

脇 田 吉 樹・川 崙 真 人

Two Cases of Subcutaneous Rupture of the Pectoralis Major Muscle

By

R. Himeno, M. Sato, Y. Wakita and M. Kawashima

Section of Orthopedic Surgery Kyushu Rosai Hospital

Rupture of the pectoralis major muscle is not common. This was first described in 1822 by Patissier. This was not yet described in Japanese literature. We would like to add our two cases to the previously reported thirty two cases and discuss etiology, location of rupture, treatment etc.

は じ め に

大胸筋皮下断裂は文献的に, 他の筋断裂と比較してまれな疾患である。1822年, Patissier の最初の報告

から1973年, Bragi Gudmundsson の報告までに, 32症例が述べられているが, 日本では報告例がない。われわれの病院では, 大胸筋皮下断裂の2例を経験したので, その症例を報告し, 受傷機転, 断裂部位, 治

療方針などについて検討してみる。

1. 症 例

〔症例1〕 H. S. 23才, 男, 造型工。

昭和47年12月15日, 工作中ベルトコンベアに左上肢を肩まで巻き込まれて受傷。左前胸部痛, 左上肢運動時の左腋窩部痛を主訴として来院。左前胸部に擦過創があり, 圧痛著明。血腫と思われる軟い高度の腫脹もある。2日後腫脹が減り, 擦過創から胸骨側より陥凹を生じ, 肩関節の内転により陥凹は明らかになった。肩関節の内転筋群, 内旋筋群に筋力低下が見られ, 左大胸筋完全断裂と診断された。受傷後1週間目に大胸筋縫合術を行った。大胸筋は, 筋腹で完全断裂しており, 断端は鋸歯状の刻み目を有し, 隆起しており約6cmの間隙があつた(図1)。両断端を引き寄せ, 筋縫合を行った(図2)。術後2週間目に肩関節の訓練を開始し, 3週間目に退院した。11カ月経た現在肩関節の機能障害はない。

〔症例2〕 T. T. 28才, とび職

昭和48年1月9日, 鉄骨を組み合せ作業中, 鉄骨と鉄骨との間に, 右肩〜右腋窩部をはさまれ受傷。診察すると, 右前腋窩皺襞に軟い腫瘍を認め, 波動を証明した。肩関節の可動制限があり, 肩関節の内転筋群, 内旋筋群, 後挙筋群および肘関節, 手関節の伸筋群, 手指の筋力が著明に低下していた。上肢尺側のC₆₋₈ T₁の領域に知覚鈍麻がみられた。右大胸筋完全断裂と診断され, 右広背筋断裂, 右腕神経叢麻痺を合併していた(図3)。受傷後3週間目に, 大胸筋縫合術を行った。右前胸部, 鎖骨下より腋窩にかけて弧状の皮膚切開を加えた。断裂した間隙には, 血腫後嚢胞が形成され, 透明な液体が貯溜していた(図4)。嚢胞壁を切除し, 断端を縫合し, 3週間デソー包帯で固定した。術後4週目より右上肢の訓練を開始し, 13週目に退院。9カ月経った現在, 右肩関節の機能障害はない(図5)。

II. 考 察

(1) 受傷機転

Pulaski & Chandlee (1941)は大胸筋断裂の原因を4つに分類している(表1)。われわれの2症例では, 前者は, 過度の筋緊張と直達外力, 後者は直達外力によるものと思われる。

(2) 大胸筋断裂部位:

断裂部位を記載してある26例について, われわれ

図1 術 前

図2 術 後

図3

図4 術前

図5 術後

表1 大胸筋断裂の原因
(Pulaski & Chandlee (1941) による)

1)	過度の筋緊張
2)	直達外力
3)	過度の筋緊張と直達外力
4)	老人性変化

表2 26例中の大胸筋断裂部位

1)	腱付着部：6例
2)	筋腹部：9例
3)	筋腱移行部：5例
4)	筋起始部：6例

の行った統計によれば、表2の通りである。われわれの症例は、前者では筋腹部、後者では筋腱移行部での断裂であった。

(3) 治療方針：

保存的治療か、あるいは観血的治療がよいかについて、Park ら大多数が、完全な機能回復を得るためには、早期の外科的修復が必要であり、保存的治療では種々の機能障害が残ると述べている。われわれの症例でも、前者は受傷後1週目に、後者は3週目に手術を受けているが2例とも肩関節の機能障害は残存せず、好結果をえている。われわれも、早期の筋縫合の必要性があると考えている。

文 献

- 1) Bakalim, George: Acta. Orthoped. Scandinavica, 36: 274-279, 1965.
- 2) Bragi, Gudmundsson: Acta Orthoped Scand. 44: 213-218, 1973.
- 3) McMaster, P. E.: J. B. J. S. 15: 705-722, 1933.
- 4) Park, J. Y. and Espiniella, J. L.: J. B. J. S.: vol 52-A, No. 3, 577-581, 1970.
- 5) Pulaski, E. J., and Chandlee, B. H.: Surgery, 10: 309-312, 1941.
- 6) Schechter, L. R. and Gristina, A. G.: J. A. M. A., 188: 1009, 1964.