

左上肢ニ發生セル眞性廣汎性 靜脈擴張症ノ1例ニ就テ

岡山醫科大學泉外科教室

赤 岩 亨 二

目 次

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. 緒 言 | 4. 本症ノ症候, 診斷竝ニ治療ニ就テ |
| 2. 自家實驗症例 | 5. 摘 要 |
| 3. 本症ノ發生論竝ニ自家症例ニ對スル考察 | 文獻及附圖説明 |

1 緒 言

眞性廣汎性靜脈擴張症ハ頗ル稀有ナル疾患トシテ 1907 年 Rindfleisch ノ祝賀論文集ニ Bockenheimer 始メテ明細ニ報告セシ疾病ナリ。氏ハ血管擴張症ヲ區別シテ外傷性及ビ眞性血管擴張症ノ 2 種トシ更ニ眞性血管擴張症ヲ動脈性蔓狀血管腫, 眞性廣汎性動脈擴張症及眞性廣汎性靜脈擴張症ノ 3 種ニ區別セリ。而シテ眞性血管擴張症ハ外傷性血管擴張症ニ比シ甚ダ稀有ナリ。就中眞性廣汎性靜脈擴張症ハ歐米ノ文獻ニモ甚ダ稀ニシテ我國ニ於テハ未ダ其ノ報告ヲ見ズ。

Bockenheimer 氏ノ例ハ 52 歳ノ男子ニテ左手掌ヨリ同側肩胛部マデ擴張セルモノナリ。次デ Bircher (1912) ハ 21 歳ノ男子ニテ右側前膊ニ發生セル 1 例, Sonnentag (1968) ハ 17 歳ノ男子ニテ左側上腿ニ發生セル 1 例ヲ報告セリ。以上ノ 3 例ハ何レモ眞性廣汎性靜脈擴張症ナル病名ニ依リ報告サレタルモ Sonnentag 氏ニヨレバ從來靜脈瘤或ハ多發性血管腫即チ廣汎性靜脈血管腫トシテ報告セラレタル中ニハ眞性廣汎性靜脈擴張症ニ屬スベキモノアリ即チ V. Pitha (1869), Heide (1906), Ledermann (1914) 氏ノ報告ノ如キ之ニ屬スト。余ハ最近我教室ニ於テ 23 歳ノ女子ニテ左前膊全般ニ亘ル眞性廣汎性靜脈擴張症ト認ムベキ興味アル 1 例ニ遭遇セシヲ以テ茲ニ其大要ヲ報告セントス。

2 自家實驗症例

患者. [] 23 歳 農業

主訴. 左上肢ノ瀰蔓性腫脹及ビ左前膊屈曲面ノ搏動性腫瘍形成。

家族歴. 父方ノ祖父母及ビ母方ノ祖母ハ各不明ノ疾患ニテ死亡シ母方ノ祖父ハ 70 歳ノ時腦溢血ニテ死亡セリト云フ。父母ハ目下健存ス。同胞 5 人アリ其中 1 人ハ 11 歳ノ時赤痢ニテ死亡シ他ハ皆健存ス。近親

ニ遺傳的疾痛ノ徴スベキモノナシ。

既往症。患者ハ7歳ノ時麻疹、11歳ノ時腎臟炎、12歳ノ時腸室扶斯ヲ經過セリ。生來輕度ノ運動ニヨリ容易ニ心季亢進ヲ來スト云フ。月經ハ16歳ニシテ初潮シ爾來順調ナリシモ約4箇月以來閉止スト云フ。

現病歴。10歳ノ時遊戲ノ際誤リテ倒レ左前膊ニ輕度ノ打撲ヲ受ケタルコトアリ、然レドモ其ノ當時何等ノ困難症ヲ認ズ。13歳ノ時左前膊ノ下部1/3ノ所ニ鳩卵大ノ腫脹アルニ氣付キシモ何等ノ苦痛ヲ感ゼズ。然ルニ該腫脹ハ其後漸次ニ増大シ搏動ヲ呈スルニ至リ且上肢ハ漸次1般ニ腫脹肘關節ハ疼痛ノタメニ屈伸不自由トナリ加之左上肢ヲ暫時使用スル時ハ皮下靜脈ノ怒脹ヲ伴フト云フ。カクテ上述ノ主訴ヲ以テ我教室ヲ訪ヘリ。

現症。體格中等榮養佳良、皮下脂肪及ビ筋肉發育佳良、顔貌及ビ舌尋常、眼瞼結膜眼球運動尋常、瞳孔兩側同中等大、對光反應佳良、視力正常、皮膚及ビ粘膜ニ異常ヲ認メズ。脈搏正整中等大、1分時約84ヲ算ス。

胸部所見。肺肝界ハ右側乳線上第6肋骨上緣ニ位シ肺臟及ビ心臟ハ打診及ビ聽診上異常ヲ認メズ。左側鎖骨上窩及ビ同下窩ニ於テ著明ナル雜音ヲ聽ク。腹内諸臟器ニ異常ヲ認メズ。食慾良、便通1日1回。尿ハ黃色透明、弱酸性、蛋白及ビ糖反應陰性、「ワツセルマン」氏血液反應陰性。

局所所見。左上肢ハ他側ニ比シ一般ニ肥大シ特ニ左前膊腕關節ヨリ約5纏上方橈骨前面ニ鶏卵大ノ膨隆セル境界不明ナル搏動性ノ腫瘍アリ。該部ハ右側ニ比シテ著シク腫脹シ且熱感アレドモ皮膚及ビ皮下靜脈ニハ格別ノ變化ヲ認メズ(附圖第1及ビ第2參照)今腫脹部ヲ觸診スルニ該部ニ於テ弱キ搏動性顫鳴ノ摩擦感ヲ覺エ之ヲ聽診スルニ水泡性ハ騒鳴ノ雜音ヲ聽取ス。試ミニ上膊動脈幹ヲ強ク壓迫スレバ搏動ハ消失シ腫瘍ハ縮小ス。兩側上膊動脈並ニ橈骨動脈ヲ觸診スルニ異常ナク又脈波計ニヨリテ左、右兩側共ニ異常ナシ、(附圖第3乃至第6參照)。左右上肢ノ長サヲ測定スルニ相等シ、然レ共其周徑ヲ比較スルニ次ノ如シ。

部	位	左 患 側	右 健 側
腕關節ヨリ6纏上方ニ於テ		21 纏	18 纏
腕關節ヨリ18纏上方ニ於テ		26 纏	23 纏
上膊中央部ニ於テ		25 纏	24 纏

即チ患側ハ健側ニ比シ其周徑ニ於テ1乃至3纏大ナリ。

體溫ヲ檢スルニ次ノ如シ。

部	位	左 患 側	右 健 側
肘關節		37度3	37度2
腋窩部		36度9	36度9

血壓ハ左、右、上肢等シク100(Tycos血壓計ニヨル)ヲ示ス。

以上ノ病歴及ビ現症ニヨリ本症ハ深部ニ存在セル動脈瘤ノ疑診ノ下ニ手術ヲ行ヘリ。

手術所見. 大正 13 年 5 月 22 日手術(赤岩教授執刀).「エーテル」全身麻酔ノ下ニ左上膊根部ニ於テ「エスマルヒ」驅血帶ヲ施シ左側前膊前面ノ橈骨側ニ於テ腕關節ヨリ長サ約 15 糎ノ皮膚ヲ縦切開シ皮膚及ビ筋肉ヲ剝離セシニ橈骨靜脈ハ著シク擴張シ大人小指大トナリ橈骨動脈ノ經過ニ沿ヒテ該動脈ト密ニ癒着シ加之靜脈ハ著明ノ搏動ヲ呈ス. 然ルニ橈骨動脈ハ却ツテ通常ヨリ細キヲ認メタリ. 依ツテ該靜脈ヲ肘關節ノ上部ニ於ケル上膊靜脈マデ剝離セルニ此部ノ靜脈モ亦擴張シ著明ノ動脈性搏動ヲ呈ス. 斯クシテ肘關節以下ノ橈骨靜脈及ビ其ノ分枝タル深部靜脈ハ悉ク擴張シテ各靜脈ノ副枝及ビ分枝ハ其末端マデ擴張シ筋肉及ビ骨間膜ニ移行シ其 1 部ハ橈骨ト癒着シ加之靜脈ノ末端ハ動脈ト交通シ術前觸診ニヨリ著シキ搏動ヲ呈セル前膊ノ隆起部ハ橈骨及ビ橈腕屈筋内ニ介在セル動脈網ニシテ血管腫ノ如キ所見ヲ呈セリ.(附圖第 7 圖参照)依リテ橈骨靜脈ハ肘關節ノ上部ニ於テ其幹枝ヲ結紮シ 1 部之ヲ切除シ怒脹セル深部靜脈モ所々之ヲ切除セリ. 次デ筋肉及ビ筋膜縫合ヲ行ヒ創部ハ結節縫合ヲ以テ完全ニ閉鎖セリ.

經過. 術後ノ經過良好ニシテ手術創ハ第 1 期癒合ヲ營ム. 然ルニ手術ニ際シ長時間「エスマルヒ」驅血帶ヲ用ヒシタメ橈骨神經ノ麻痺ヲ來シ術後肘及ビ腕關節ノ運動不全ヲ來シ約 4 箇月間電気治療及ビ「マツサージ」療法ヲ施シ漸ク其機能障礙ヲ恢復シ得タリ. 又術前搏動ヲ呈シタル前膊下部ノ腫脹ハ消失セシモ上膊ノ腫脹ハ術前. 術後大差ナク上膊靜脈ハ依然トシテ搏動及ビ雜音ヲ呈セリ.

切除組織ノ組織學的所見. 手術ノ際切除セル組織ノ所々ヨリ組織片ヲ取り「パラフィン」包埋法ニ依リテ切片ヲ製作シ「ヘマトキシリン, エオジン」重染色法, Vangieson 氏染色法及ビ Weigert 氏彈力纖維染色法ニヨツテ檢スルニ少許ノ脂肪組織及ビ結締組織ノ間ニ群在セル大小無數ノ血管ヲ認ム. 其内大ナル血管ハ靜脈様血管ニシテ管腔不整形ヲ呈シ動脈ノ如キ圓形ノ管腔ヲ有スルモノ少シ. 之等大血管ノ管壁ニ著シキ滑平筋層ノ肥厚ヲ認メ相隣接セル血管ニアリテハ兩血管ハ肥厚セル滑平筋ニヨリテ相應着セルガ如ク其ノ境界不明ナリ. 内膜亦肥厚シテ或ル血管ニ於テハ限局性内膜肥厚ヲ呈シ而シテ靜脈炎ノ像ヲ呈セル部アリ. 血管壁ハ一般ニ肥厚ヲ認ムレ共或ル血管ニ於テハ其壁 1 部稀薄トナレル部アリ. 中等大ノ血管ニ於テハ管腔橢圓形不正形若シクハ圓形ヲ呈シ其ノ管腔ニ比シテ管壁著シク肥厚ス. 而シテ血管腔内ニハ所々ニ血栓ヲ存在ス. 小ナル血管及ビ毛細管ハ主トシテ脂肪組織内ニ存在シ極度ニ擴張シ何レモ血液ヲ以テ充滿セラレ所々ニ出血竈ヲ認ム. 結締組織ハ概シテ細胞ニ乏シキノミナラズ或部ハ全ク硝子様變性ニ陥リ其中ニ存在セル大血管モ殆ンド全ク硝子様變性ニ陥レルアリ. 且ツ之等變性結締組織及ビ血管ノ 1 部ハ亦著シキ石灰變性ニ陥レリ. 而シテ之等變性部位ハ主トシテ出血竈ニ接近シテ存在ス. 以上ノ臨床的, 手術的並ニ組織學的所見就中手術ニ際シ吾人ノ目撃シタル變化ハ殆ンド前膊前面全般ニ亘レル廣汎ナル靜脈系統ノ擴張ニシテ動脈ニハ變化ヲ認メザルコト及ビ組織學的所見ニ於テ血管ノ新生ヲ認メザルコトヨリ余ハ本症例ヲ所謂眞性廣汎性靜脈擴張症ノ 1 例ナリト思考セリ.

3 發生論竝ニ自家症例ニ對スル考察

今本症ノ發生ヲ論ズルニ先ダチテ Sonnentag 氏ノ報告症例ニ據ツテ其發生年齡, 性別及ビ發生部位ヲ表記スレバ次ノ如シ.

報 告 者	性	年 齡	發 生 部 位
Bockenheimer	男	52	左 上 肢
Bircher	男	21	右 上 肢
Sonnentag	男	17	左 大 腿 部
Heide	男	12	大 腿 部
v. Pitha	不 明	不 明	上 肢
Ledermann	男	30	上 肢 (指)
赤 岩	女	23	左 上 肢

上表ニ明カナル如ク男女ノ性別ニ關シテハ7例中不明ノモノ1例アレドモ5例ニ於テハ男性ニ發生シ余ノ1例ニ於テハ女性ニ發生セルヲ見タリ。次ニ年齡ニ關シテハBockenheimer氏ノ1例ニ於テハ老年者ニ之ヲ認メ他ハ皆若年乃至壯年者ニ之ヲ認ムBockenheimerニ依レバ本疾患ハ40乃至50歳ノ者ニ發見セルルト報告セルモ余ノ調査セル範圍ニ於テハ斯カル事實ヲ認ムル事能ハズ。其ノ發生部位ヲ檢スルニ各例悉ク4肢ニ發生シ特ニ上肢ニ好發スルヲ認ム。

本症ノ發生ニ關スル諸家ノ說ハ區々ニシテ未ダ一定セズ從來唱ヘラレタル本症ノ發生ニ關スル諸說ニ就キテハ次ノ3說即チ

1. 先天性基礎異常說
2. 外傷說
3. 神經說 ヲ擧ゲ得ベシ。

1. 先天性基礎異常說ハBockenheimerノ唱フルトコロニシテ、コノ說ニヨレバ本症ハ該血管流域ニ於ケル不完全ナル基礎異常ニ因リテ發生スト云ヒ、Sonnentag之ニ左祖セリ。Bircher, Sonnentagノ症例ハ生後間モナク或ハ幼年期ニ於テ何等ノ誘因ト認ムベキモノナクシテ發生シ或ハ先天性血管腫ヨリ發生セリ。而シテ本症ノ本態ハ生理的ニ存在セル靜脈ノ擴張ニシテ諸家ノ記載ニ認ムルガ如ク動脈ニハ變化ヲ認メズ。Bircher氏ノ症例ニ於テ擴張セル靜脈ガ橈骨、尺骨及ヒ上膊動脈ノ間ニ介在セルモ之等ノ動脈ハ正常ノ構造ヲ有シ手術ニ際シ結紮ヲ要シタルモノ僅少ナリト報告セリ。又本症ニハ組織學的檢査ニ於テモ彼ノ蔓狀血管腫ニ常ニ認メラルルガ如キ著シキ血管ノ新生及ビ炎症性所見ヲ認メズト云ヘリ。Bockenheimer氏ノ病理組織學的所見ニ於テ中膜ノ結締組織變性及ビ彈力纖維ノ減少ヲ認メ斯クノ如キ血管壁ノ構造異常ハ先天性基礎異常ニ基クトセリ。

2. 外傷說ハLettenauer, Krause等ノ說ニシテ本症ガ外傷ニ誘發セルルコト多キ事實ヨリ本症ノ原因ハ外傷ニ在リトセリ。然レドモBockenheimerハ此說ヲ否定セリ。外傷ガ動脈瘤或ハ靜脈瘤ノ如キ疾患ノ原因トナルハ一般ニ唱ヘラルルモ本症ノ原因トシテ外傷說ニ左祖スルモノ少ク只本症ニアリテハ外傷ニヨリテ二次的ニ動靜脈ノ吻合ヲ招來スルコトアリトセリ。

3. 神經説ハ Lăwen ノ唱フル説ニシテ氏ニヨレバ本症發生ノ原因ハ血管運動神經ノ變化ニシテ同神經ノ損傷或ハ變性ニヨリテ其ノ支配下ニ存スル血管ニ本症ヲ惹起スト云フ。Bockenheimer ハ此説ヲモ亦否定セリ。其他 Schrotter, Obalinsky, Sonnentag 氏等ハ職業及ビ妊娠ノ回數ガ本症ノ發生ニ對シ密接ナル關係ヲ有スト云ヘルモ如何ナル原因的關係ヲ有スルヤニ就テハ之レヲ詳細ニ知ル能ハズ。今以上ノ諸説ヲ綜合シテ余ノ症例ノ發生ヲ考察スルニ、本例ハ幼年期ニ於テ何等認ム可キ原因ナクシテ發生セル點及ビ又手術及ビ組織學的所見ニ於テ述べタルガ如ク動脈ニハ何等ノ變化ヲ認メ得ズシテ生理的ニ存在セル血管ノミ擴張シ血管ノ新生ヲ認メ得ザル點等ヨリ考フル時ハ本例症ノ發生原因ハ Bockenheimer 及ビ Sonnentag 氏等ノ説ク如ク先天性基礎異常ニ依ルト考フルヲ至當トス。本例ニハ既往症ニ外傷ヲ受ケタル事アレ共其ノ當時何等ノ困難症ヲ認メザリシ點ヨリ考ヘ外傷ヲ直接原因トシテ考フルコト能ハズ。又手術ニ際シ動靜脈ノ交通ヲ認メタルハ二次的ニ發生セルモノト信ズ。Lăwen 氏ノ説ノ如ク初期ニ於テハ靜脈血管流域ノ血管擴張ナレドモ漸次病勢ノ進行ニ從ヒ毛細血管擴張シ遂ニハ二次的ニ動靜脈毛細血管ニ及ビ動靜脈吻合ヲ生ゼシモノト考フ。

4 本症ノ症候診斷竝ニ治療ニ就テ

症候 眞性廣汎性靜脈擴張症ハ臨牀上其ノ症候眞性廣汎性動脈擴張症ニ類似セル疾患ナリ、然レ共本疾病ハ靜脈ノ疾病ニシテ動脈ノ變化ヲ缺如ス。一般ニハ靜脈性搏動及ビ靜脈性雜音ヲ缺グヲ普通ナリトス。然レ共 Bockenheimer ノ例症ニ於テハ動靜脈ノ交通ナク橈骨動脈ニ接近シテ腕關節部ニ靜脈性搏動ヲ呈セリ。又余ノ例ニ於テハ動靜脈ノ交通アリテ腕關節部ノ腫瘍上ニ搏動及ビ雜音ヲ觸知シ得タリ。而シテ此ノ症候ハ本疾病ノ初期ニハ證明シ得ズシテ病勢ノ進行セル例症ニ於テノミ認メラルル症候ナリ。表在性靜脈ハ著シク擴張シ暗青色ニ之レヲ透見ス、即チ軟弱ニシテ壓縮シ得ルモノ又ハ腫脹性ヲ有スル索狀物トシテ或ハ袋狀物トシテ存在シ特ニ長期ノ起立及ビ下垂等鬱血ニ依リテ著シク擴張増大スルヲ常トス。特ニ Sonnentag ノ例ノ如ク大薔薇靜脈或ハ小薔薇靜脈ニ於テ然リ。余ノ例ニ於テハ安靜時ノ表在性靜脈擴張ハ著明ナラザレ共暫ラク上肢ヲ使用スレバ皮下靜脈ノ怒脹ヲ認メタリ。深部靜脈擴張モ之ヲ證明シ得即チ鬱血ニ依リテ容積ヲ増大セリ。又屢々本腫瘤中ニ靜脈結石ヲ形成シ「レントゲン」像ニ依リテ證明スルコトヲ得ル場合アリ、余ノ例ニ於テハ「レントゲン」所見ニ於テ異常ヲ認メ得ザレ共組織學的所見ニ於テ所々石灰變性ニ陷レルヲ認メタリ。隨伴症トシテハ 1) 皮膚着色。2) 組織變化。3) 4 肢容積増加。4) 體溫上昇。5) 患肢ノ増長ヲ來ス。即チ皮膚ハ暗紫色又ハ黒色斑點トシテ着色シ血管腫或ハ皮膚血管ノ先天性毛細血管腫即チ血管痣トシテ皮膚ノ膨隆ヲ來ス。組織變化トシテハ Bockenheimer, Sonnentag ノ例ノ如ク筋肉萎縮ヲ來シ或ハ骨彎曲乃至骨髓肥厚ヲ呈スルアリ。又靜脈擴張ノ存在セル部位ニ沿フテ骨ノ陷落ヲ見ルコトアリ。4 肢容積増大ハ患肢ノ下垂、起立等鬱血ニ依リテ生ズ。然シナガラ同時ニ存在セル筋萎縮ノ爲メニ患部 4 肢

増大ハ平等ナラザル場合アリ、體溫上昇ハ必發ノ症候ニアラズ、Sonnentag 及ビ余ノ例ニ於テ之ヲ見 Bockenheimer ノ例ニハ缺除セリ。患部4肢ノ増長ニ就テハ Bockenheimer ノ例ニ於テハ3種、Sonnentag ノ例ニ於テハ2,5種ノ増長ヲ見タリ。

合併症 自覺的障礙及ビ機能障礙ヲ來シ患部ノ疼痛、局所ノ潰瘍形成、細菌感染、出血及ビ患肢ノ脱疽ヲ發來ス。

診斷 眞性廣汎性靜脈擴張症ハ稀有ナル疾患ニシテ余ノ例ニ於テハ臨牀上動脈瘤ト誤診シ手術ニ依リテ確定シタル例症ナリ。元來靜脈擴張症ハ下肢ニ於テ淺在性皮下靜脈瘤トシテ臨牀上屢々遭遇スル疾患ナリ。本例ノ如ク皮下靜脈ニハ何等ノ變化ヲ認メズ深在性靜脈ガ廣汎性ニ擴張シ其分枝ハ動脈ト交通シテ動脈瘤ノ如キ搏動ヲ呈セルモノハ甚ダ稀ナリ。斯ル疾病ニ向ヒテ鑑別診斷ヲ要ス可キハ 1) 動靜脈瘤、動脈性蔓狀血管腫、眞性廣汎性動靜脈擴張症、2) 靜脈瘤、3) 多發性即チ廣汎性靜脈血管腫、特ニ靜脈性蔓狀血管腫ナリ。以上ノ諸症ハ臨牀上類症鑑別甚ダ困難ニシテ手術或ハ組織學的検査ニ依リテ始メテ適確ナル診斷ヲ下シ得ル場合多シ。即チ動靜脈瘤、動脈性蔓狀血管腫及ビ眞性廣汎性動靜脈擴張症ニ對シテハ初期ニ於テハ其ノ診斷甚ダ容易ナレ共病勢ノ進捗セル狀態ニ於テハ鑑別診斷益々困難ニシテ臨牀上確實ナル診斷ヲ下スコトヲ得ザル場合アリ。然レ共本症ニ於テハ擴張セル靜脈ノ搏動、雜音及ビ患肢増大等ヲ參考トシ鑑別ニ資ス。靜脈瘤トノ鑑別ハ既往症發生部位、血管瘻ノ缺損及ビ患肢ノ増長等ヲ參考トナセバ比較的容易ナリ。多發性即チ廣汎性靜脈血管腫、特ニ靜脈性蔓狀血管腫トノ鑑別診斷ハ困難ニシテ時々不可能ノコトアリ。

療法 本疾病ニ對スル治療法トシテハ次ノ4種類アリ。

- 1) 壓迫法
- 2) 藥液注入法
- 3) 該擴張血管ノ切除法或ハ結紮法
- 4) 患肢ノ切斷法

壓迫法及ビ藥液注入法ハ其ノ效果確實ナラズ多クノ場合無效ニ終ルモノナリ。該擴張靜脈ノ結紮法或ハ切除法ハ初期ニ於テハ甚ダ有效ナレ共病勢進行セル例ニ於テハ其ノ效果確實ナラズ屢々再發ヲ來シ或ハ患肢末梢端部ノ壊死乃至細菌感染或ハ出血等ヲ來シ遂ニハ患肢ノ切斷ヲ行フニ至ル場合少ナカラズ。患肢ノ切斷法ハ最も確實ナル療法ナレ共初期ニ於テハ上記ノ比較的效果ノ良好ナル血管結紮法或ハ切除法ヲ試ミ其ノ效果ナキ時或ハ疾病ノ末期ニ於テ始メテ行フベキ療法ナリトス。

5 摘 要

1) 眞性廣汎性靜脈擴張症ハ稀有ナル疾患ニ屬シ、幼年或ハ壯年期ニ於テ發來シ老年者ニハ稀ナリ。好ンデ4肢ニ發生ス。

2) 本疾病ノ發生ニ關シテハ先天性基礎異常説(Bockneheimer 氏説), 外傷説(Lettenneuer 氏説)及ビ神經説(Läwen 氏説)等アリ。余ノ實驗例ハ臨牀的手術的及ビ組織學的研究ニ依リ Bockneheimer 氏ノ先天性基礎異常説ニ歸セントス。

3) 眞性廣汎性靜脈擴張症ノ臨牀的症狀トシテハ本疾病ガ表在性ナルト深在性ナルトニヨリ 稍々其趣キヲ異ニス。前者ハ表在性靜脈ハ索狀様或ハ袋狀ニ擴張シテ暗青色ニ透見ス。特ニ下垂, 長期ノ起立等鬱血ニ依リテ此徴候顯著トナル。然ルニ深在性ノモノハ余ノ例ノ如ク單ニ患肢容積ノ増大及ビ境界不明ノ搏動性腫瘤トシテ觸知シ皮膚及ビ皮下ニハ何等ノ變化ヲ見ザルモノナリ。

4) 眞性廣汎性深在性靜脈擴張症ノ診斷ハ困難ニシテ本疾患ト鑑別診斷ヲ要スルモノハ動靜脈瘤動脈性蔓狀血管腫, 眞性廣汎性動靜脈擴張症, 靜脈瘤, 多發性即チ廣汎性靜脈血管腫特ニ靜脈性蔓狀血管腫等ナリトス, 余ノ例ハ動脈瘤ト誤リタル例症ナリ。

5) 本疾患ノ療法トシテハ, 壓迫法, 藥液注入法, 擴張血管ノ切除或ハ結紮法, 患肢ノ切斷法等アレドモ初期ニ於テハ擴張血管ノ切除或ハ結紮法ヲ試ミテ效果ナキ場合カ又ハ病機進行セル患者ニ切斷法ヲ行フベキモノトス。(4. 6. 19. 受稿)

文 獻

- 1) Audry, J. et Ch., Angome profond de totalité du membre sup. gauche. Examendela pièce. Ref. Zentralb. f. Chir. 34, 750. 1893.
- 2) Alghave et Retterer, Du mécanisme de la Phlébectasie. Ref. Zentralb. f. Chir. Bd. 2, 1908.
- 3) Braun, Demonstration eines Falles von genuiner diffuser Phlebarteriektasie an der rechten oberen Extremität. med. Gesellsch. Leipzig. 19. November 1901. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1902. 4.
- 4) Benneck, Über kavernöse Phlebektasien des Verdauungstraktus. Virchows Arch. 184, 171. 1906.
- 5) Bockneheimer, Über die genuine diffuse Phlebektasie der oberen Extremität. Festschr. f. v. Rindfleisch. Ref. Zentralb. f. Chir. Bd. 1. 1907.
- 6) Borchardt, Aneurysma circ. am linken Arm. Münch. med. Wochenschr. 24, 1904.
- 7) Borst, Geschwulstlehre.
- 8) Bircher, Genuine Phlebektasie des Arms. Arch. f. klin. Chir. Bd. 97, 1035. 1912.
- 9) Ebstein, Über die genuine diffuse Phlebarteriektasie an der oberen Extremität. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 47 u. 48. 1913.
- 10) Derselbe, Über Phlebarteriektasie. Med. Gesellsch. Leipzig. 23 Oktober 1917. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1, 28. 1918.
- 11) Fischer, Die Krankheiten der Lymphgefäße, Lymphdrüsen und Blutgefäße. Deutsche Chir., 24a. Stuttgart. 1901.
- 12) Derselbe, Der Riesenwuchs. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 12. 1880.
- 13) Heide, Ein Fall von linksseitigen kavernösen Angiom unteren Extremität. Arch. f. klin. Chir. Bd. 80. 1906.
- 14) Krause, Traumatische Angiektasie des linken Arms. Arch. f. klin. Chir. Bd. 2. 1861.
- 15) Kuttner, Handbuch der praktischen Chirurgie. 1921.
- 16) Läwen, Über die genuine diffuse Phlebarteriektasie. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 68. 1903.
- 17) Obalinsky-Bowig, Ein Fall von Angioma rac. Sitzungsber. d. Akad. u. Wiss. Krakau. 1875. Ref. Zentralb. f. Chir. Nr. 3. 1874.
- 18) Nicoladoni, Phlebarteriektasie des oberen Extremität. Arch. f. klin. Chir. Bd. 18. 1876.
- 19) Pusch, Ausgedehnte Phlebarteriektasie. Ref. Zentralb. f. Chir. Nr. 1. 1913.

20) Sonnentag, Das Rankenangioma, sowie die genuine diffuse Phleburteriektasie u. Phlebektasie. Ergebnisse der Chirurgie u. Orthopädie. Bd. XI. 1919. 21) Derselbe, Über genuine diffuse Phlebektasie am Bein. Münch. med. Wochenschr. Nr. 6. 1919. 22) Schiötter, Cirsoismus vasorum. Ref. Zentralb. f. Chir. Bd. 184. 1906. 23) Schambachter, Über die Aetiologie der varicösen Venenerkrankung. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 73. 1893. 24) Vogt, Die Chirurgie. Krankheit der Extremitäten. Deutsche Chirurgie. 64, 1881. 25) Wilms, Krankheiten etc. des Gesichts in Wullstein-Wilms Lehrbuch der Chirurgie. 8. 193. Jena 1908.

附 圖 說 明

附圖、第 1 患者ノ上半身像、健患兩側上肢ヲ示ス。

A 健側

B 腫脹セル患側。

附圖、第 2 患側左上肢ヲ示ス。

A 搏動性腫瘍形成部。

附圖、第 3 健側上膊動脈ノ脈波。

附圖、第 4 患側上膊動脈ノ脈波。

附圖、第 5 健側橈骨動脈ノ脈波。

附圖、第 6 患側橈骨動脈ノ脈波。

附圖、第 7 患部手術時ノ所見ヲ示ス。

A 橈骨動脈。

B 擴張セル靜脈。

C 手術前搏動ヲ呈セル隆起部即チ動靜脈網。

D 尺腕屈筋。

E 橈腕屈筋。

附圖、第 8 手術ノ際切除セル組織ノ顯微鏡的所見其ノ 1。

a 擴張セル靜脈内血液。

b 硝子様化シツツアル結締織。

c 脂肪組織。

d 石灰沈着層。

附圖、第 9 手術ノ際切除セル組織ノ顯微鏡的所見其ノ 2。

a 滑平筋ノ著明ニ増殖セル靜脈。

*Kurze Inhaltsangabe.***Über die genuine diffuse Phlebektasie an der
linken oberen Extremität.**

Von

Kyoji Akaiwa.*Aus der chirurgischen Abteilung der Universität zu Okayama.**(Vorstand : Prof. Dr. Goro Izumi.)*

Eingegangen am 19. Juni 1929.

1. Die genuine diffuse Phlebektasie ist eine seltene Krankheit. Sie pflegt gewöhnlich die Jugend oder Leute mittleren Alters zu befallen, nur selten das Greisenalter. Die Extremität sind ihre Praedilektionsstelle.

2. Betreffs ihrer Entstehung kommt in Betracht die Keimtheorie (Bockenheimer), die traumatische Theorie (Letennuer) und die neuropathische Theorie (Läwen). Verfasser entschied sich nach seinen klinischen, operativen und histologischen Befunden bei diesem Fall für die Keimtheorie.

3. Die klinischen Symptome dieser genuinen diffusen Phlebektasie sind bei der oberflächlichen und tiefliegenden Form verschieden. Die erstere erweitert sich unter der Haut strangartig oder sackförmig und färbt sich dunkelbläulich, solch Symptome sind besonders auffallend nach der langdauernden Stauung. Die letztere Form zeigt nur eine Volumenzunahme der betreffenden Stelle und fühlt sich beim Betasten wie ein unscharf begrenzter pulsierender Tumor an. Die Haut weist keine besondere Veränderung auf.

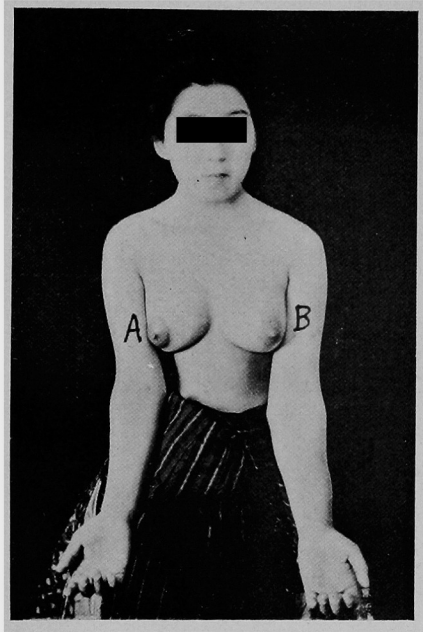
4. Die Diagnose der tiefliegenden genuinen diffusen Phlebektasie ist schwer. Zur Differentialdiagnose kam die arteriell-venöse Aneurysma, arterielle Rankenangiome, genuine diffuse Phlebarteriektasie, Varix und multiple respektativ diffuse venöse Angiome, besonders venöse Rankenangiome.

5) Für die Behandlung dieser Erkrankung gibt es verschiedene Methoden: Druckverband, Einspritzen gewisser Medikamente, Resektion oder Unterbinden des erweiterten Gefäßsteils und Amputation des erkrankten Gliedes. Die Resektion des Tumors ist die beste Methode, die Amputation ist nur bei den Fällen, wo die Resektion unmöglich ist, auszuführen.

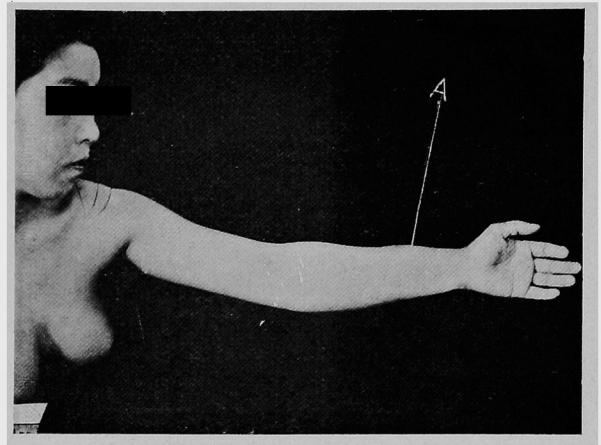


赤岩論文附圖

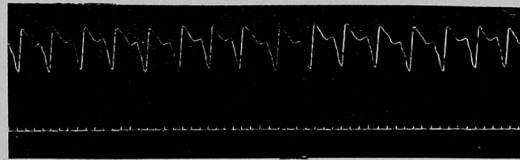
第 1 圖



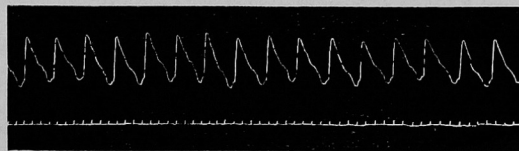
第 2 圖



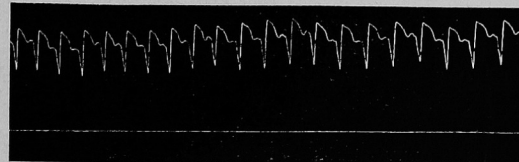
第 3 圖



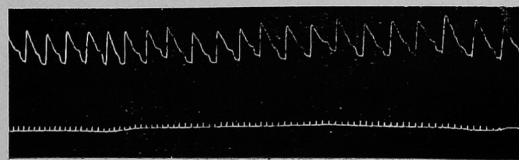
第 4 圖



第 5 圖

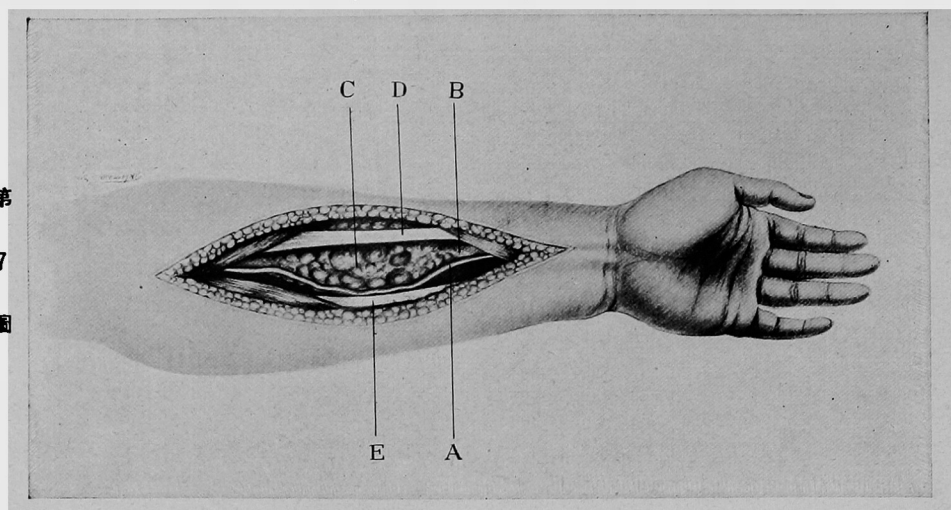


第 6 圖



赤岩論文附圖

第
7
圖



第 8 圖



第 9 圖

