原因であることが多い．今回私達は，真珠腫性中耳炎の術後に末梢性顔面神経麻痺を反復し，真珠腫性中耳炎と再発と鑑別が困難であった側頭骨内の顔面神経鞘腫を経験したので報告する．

症例は42歳男性．主訴は右顔面神経麻痺，回転性めまい，既往歴は右真珠腫性中耳炎の手術があった．

1996年12月4日右耳痛，同9日右眼瞼違和感を訴え某総合病院耳鼻科を受診した．$VB_1$，$VB_{12}$，ATPの内服治療を行った．同11日右顔面神経麻痺が出現し同病院を再診した．$VB_1$，$VB_{12}$，ATP，ステロイドの点滴治療をし，約4日ではぼ改善を認めたので内服治療に変更し経過観察した．翌1997年1月3日頃より右後頭部痛，同6日に再び右顔面神経麻痺が出現し，同病院で点滴治療を再開したが麻痺は進行し，2月10日より回転性めまいも出現．同13日当科に紹介され入院となった．

入院時，純音聴力検査で右高度伝音難聴，左中等度伝音難聴，チンパノメトリーでは右B型，左C型，アブミ骨筋反射は患側で消失し，神経興奮検査でscale out，温度眼振検査でも高度反応低下を認めた．CTでは顔面神経管の拡大と軟部組織陰影が認められ，MRIにて顔面神経の腫瘍が疑われたため，3月7日中耳腔を開放した．顔面神経の垂直部に腫瘍を認め，病理組織検査の結果，顔面神経鞘腫と診断された．

**14．人工真皮移植症例の知覚に関する検討**

（形成外科学）
水野元子・副島一孝・根岸直樹・
佐々木健司・仲沢弘明・野崎幹弘

〔目的〕近年，人工真皮が臨床に供されその有用性に関する報告が多く見られる．しかしその知覚回復に関しての報告はわれわれが渉猟した限りでは見られない．そこで今回，人工真皮を用いて治療した部位の知覚に関して検討したところ興味ある結果を得たので若干の考察を加えて報告する．

〔対象〕東京女子医科大学形成外科において人工真皮を用いて治療を行った症例のうち，皮下脂肪の露出した全層皮膚欠損創に2層性人工真皮（Pelnac™）を移植し，感染などをきたさず良好な真皮様組織が構築された上に頭皮より採取した8/1,000インチ厚の薄目分層植皮を行った条件を満たす9例について，経時的に知覚の評価を行った．

〔方法〕検査は温覚，冷覚，痛覚，触覚，2点識別覚の5項目に関して行った温覚は40°C，冷覚は10°Cの水を入れた試験管を接触させて，痛覚は定量式痛覚計，触覚はSemmes Weinstein monofilamentを用いて検索した．検査部位は移植部位の中央部および辺縁部4カ所とした．検査時期は術後3週間から6カ月の期間に行った．

〔結果〕触覚が最も早く出現し，次いで痛覚の出現が見られ，温・冷覚は6カ月経過した時点でも不十分な例が多かった．中央部と辺縁部では有意な差は見られなかった．今回の検討で得られた結果は，従来一般に支持されてきた遊離植皮における知覚の回復とは異なる様式であった．

**15．舌癌切除後の再建に用いた腸骨付き鼠径皮弁の栄養血管の変異の1例**

（形成外科学）　副島美和・竹内正樹・
佐々木健司・野崎幹弘

われわれは舌癌切除後の舌・口腔底・下顎骨欠損に対する腸骨付き遊離鼠径皮弁による再建を施行した際，深腸骨回旋動脈に極めて稀な変異を認めた症例を経験したため，解剖学的考察を加え報告する．この変異とは，①深腸骨回旋動脈とその上行枝が別々に外腸骨動脈に起始を持つ，②皮弁が上行枝からの穿通枝を栄養血管としているというものであった．一般的に，深腸骨回旋動脈と上行枝の分岐には大きく3タイプに分類され，分岐部が上前腸骨棘より1cm以内にあるタイプが65%，上前腸骨棘より2～4cm内側に分岐があるものが15%，残りの25%は細かい分枝が上前腸骨棘よりも外側にあるタイプである．また，皮弁への血行は深腸骨回旋動脈より分岐する筋皮枝によりほとんどの場合保たれていると言われている．よって，本皮弁挙上の際，深腸骨回旋動脈とその上行枝に変異を認めた場合には，皮弁や腸骨等への血行を確認することが肝要と思われた．

**16．当院中央検査部における寄生虫検査の状況**

（中央検査部臨床検査科）
山浦　常・清水　勝・内山竹彦

従来，中央検査部では寄生虫の糞便検査法として直接塗抹法を実施してきた．1995年7月より虫卵検出精度の高いホルマリン・エーテル法を採用する等，寄生虫検査体制を強化した所，検体の種類の増加と共に寄生虫検出率の上昇が認められたので報告する．

〔対象〕1994年1月から1997年4月までに，中央検査部臨床検査科に各科より寄生虫疾患の疑いで提出された検体を対象とした．

〔結果〕①強化前（1994年1月～1995年6月）の検体数は443件で，検体はほとんどが糞便で虫体が1件のみ

であった．強化後（1995年7月～1996年）では検体数は468件で従来とほぼ同程度であったが，検体の種類は，糞便92.3%，虫体および血清が各々3.2%，肝膿瘍穿刺液0.9%等と増加した．②寄生虫検出率(抗体陽性を含む）は，強化前では1.4%（6例）と低値であったが，強化後では7.3%（34例）と高率であった．強化後と1997年4月までに検出された寄生虫は12種類（蠕虫類8種類，原虫類4種類）と多く，中でもアニサキスの感染率が2.6%と最も高く，次いで横川吸虫および赤痢アメーバ各々1.1%，広節裂頭条虫0.7%であった．その他，ヘビの生食で感染したマンソン裂頭条虫症の2例と海外帰国者のマラリア1例が注目された．

今回の検査結果では，特に法定伝染病（赤痢アメーバ）や届出伝染病（マラリア等）を含んだ寄生虫感染が認められたので，今後さらに検査体制の強化の継続が必要と思われた．

**17．当センターにおける慢性関節リウマチ膝関節に対する人工膝関節形成術の現況**

（膠原病リウマチ痛風センター関節外科）
森久美子・井上和彦・
斎藤聖二・桃原茂樹

〔目的〕1992年6月に東京女子医大附属青山病院が開院して以来，我々は慢性関節リウマチ(以下RA)による高度膝関節破壊に対して人工膝関節形成術（以下TKA)を行ってきた．一般にRAに対するTKAは，全身的な合併症や炎症による多関節の障害，関節周囲の骨の脆弱性など多くの問題がある．今回我々は，青山病院で手術を施行した症例を対象に臨床成績を検討したので報告する．

〔症例および方法〕1992年6月より1996年12月までに行われたTKAは男性19例24関節，女性126例175関節，合計145例199関節であった．手術時年齢は，平均62.2歳，手術時までの罹病期間は平均15.4年であった．人工関節の機種は，主にNatural-Knee, Deltafit, AMK, Nexgen等を使用した．原則として自己血輸血を行った．臨床評価は，RA膝治療成績判定基準(JOA score)を用いた．

〔結果〕JOA scoreの結果では，術前平均49.6±14.0点から術後平均78.1±13.2点に著明に改善が認められた．特に疼痛と歩行能力に著しい改善が見られた．自己血輸血を施行し，ほとんどの症例で同種血輸血を回避できた．

〔考察〕RAは多関節病変を主体とする炎症性疾患のため，治療に難渋することがある．当センターでのTKAの治療成績は，まだ短期間ではあるが極めて満足のいく結果を得ている．自己血輸血は多数回手術する可能性のある場合，有効な治療法であると思われる．

**18．Empty Sellaの臨床症状および神経所見との関連性についての検討**

（第二病院放射線科）
小笠原壽恵・小野由子・岩井恵理子・
鷺野谷利幸・加藤智弘

〔目的〕empty sella（以下e.s.と略す）と臨床症状および神経所見との関連性の有無について検討した．

〔対象および方法〕過去2年間に当科で施行された頭部MRI 1,118例のうち，e.s.と診断された72例（男性17例，女性55例，平均年齢56歳）について，視力および視野障害，頭部その他の臨床症状，e.s.の程度，トルコ鞍内およびトルコ鞍近傍の病変の有無について症状とMRI所見とを比較した．

〔結果〕視力および視野障害のあるものは6例(8.3%)，ないものは66例(91.7%)であり，これらの症状はe.s.の程度とは無関係で，またいずれの例も視交叉の位置，形態および信号強度に異常は認められなかった．頭痛は全例のうち40例(55.6%)に認められ，e.s.の程度と頭痛の程度との関連性はなかったが，中等度のe.s.の例が約60%であった．汎下垂体機能低下症は全例のうち5例に認められ，これらはいずれも下垂体が非常に小さく，前葉が不明瞭なものであった．下垂体微小腺腫に伴うe.s.は6例あり治療後腺腫が消失した2例を除いていずれも軽度のものであった．

〔考察〕以上よりe.s.が症状の原因と確定できるものはなく，汎下垂体機能低下症においては下垂体自体の形成不全による二次的なトルコ鞍内へのクモ膜下腔の陥入が疑われる．

〔結語〕MRIでe.s.と確定されればこれ自体は多くの例では病的な状態ではなく，トルコ鞍内の形態の1つとして受け止めることができると考える．

**19．大動脈炎症候群様の臨床症状を伴った強直性脊椎炎の1例**

（成人医学センター）
西川和子・小笠原定雅・鈴木　努・村崎かがり・
水野弘美・内田ひろ・西田水奈子・
久保田有紀子・孫崎栄津子・藤田洋子・
武市　耕・島本　健・楠元雅子・横山　泉

症例は52歳の男性．30歳頃より高血圧を指摘されていたが放置した．33歳より腰痛が出現し，45歳より虹彩炎を繰り返していた．1993年11月下旬より労作時の