

## 外 國 文 献

癌ト結核トノ關聯性ニ就イテ (O. Hoche: Über die Vergesellschaftungen der Karzinom und Tuberkulose W. K. W. 1932, 6(A))

Rokitansky ハ癌ト結核トハ人體ニ於テ互ニ相反シ合フ所ノ拮抗者デアルト云フ考ヘヲ抱イテキタガ、コノ考ハ最早ヤ今日デハ通用シナクナツタ。臨床上我々ハ癌ト結核トハ同一個人ノ種々ノ部分ニ相並ニ存在シテキルコトヲ知ル。例ヘバ原發癌ト共ニ切除サレタ所屬淋巴腺ハ結核性ノ變化ヲ示シキテルコトガアル、又手ニ生ジタ皮膚癌ノ場合ニ腋下腺ノ結核ヲ證明スルコトガアル。Herxheimer ハ癌ノ組織ノ中ニ真正ノ結核ヲ證明シタ4例ノ癌ヲ報告シテキル。Hoffmann ハ47歳ノ男子ノ頭蓋ニ再發シタ皮膚癌ノ中ニ結核菌ヲ證明シ、ソノ頸部ノ所屬淋巴腺ハ1部ハ癌様、1部ハ結核様ノ病變ヲ呈シテキタノヲ見タ。

著者ハ典型的ナ像ヲ呈シテ結核特有ノ經過ヲ辿ツテキタモノガ、15年後ニ癌ト認定サレタ所ノ下肢ノ癌1例ヲ經驗シタ。下肢ニ結核ト癌トガ聯合シテキタ例ハ文献ニヨツテミルモ、極メテ稀有ノモノデアアル。

Hoffmann ハ臨床上ノ觀察カラ結核ト癌トノ聯合ニツイテ3ツノ可能性ヲ考ヘテキル。即チ、

- 1) 結核ト癌トハ全ク無關係ニ獨立シテ同一個所ニクル場合。
- 2) 癌ト結核トハ、一方ガ人體ヲ衰弱セシメル事ニヨツテ他方ノ疾病ヲ起シ易クスルト云フ風ニ、間接ニ影響ヲ及ボシ合フ場合。
- 3) 結核ト癌トハ局部的ニノミ直接ノ關係デクル場合。

而シテ Hamperl ハ可能性ヲ3型ニ分ケテキル。

- 1) 以前ニ結核ノ病變ガアツテ、ソノ上ニ癌ガ發生スル型。
- 2) 潰瘍ヲ形成シタ癌ガ結核菌ノ感染ヲ受ケタ型。
- 3) 癌ト結核トガ偶然1個所ニ出會ツタ型。

著者ノ見タ例ハ結核ノ病變ノ上ニ癌腫ノ發生シタモノデ Hoffmann ノ分類ノ(3)、Hamperl ノ分類ノ(1)ニ相當スルモノト考ヘルノガ妥當デアラウ。(佐伯)

纖維腫性骨變化ヲ伴ヘル副甲狀腺腫ノ一例 (G. Gordon-Taylor, P. Wiles: A case of parathyroid tumor associated with fibrocystic disease. Brit. J. of Surg. April 1932, p. 606)

患者ハ發育尋常ナル20歳ノ處女。

現在症 1928年9月左腰部及大腿ニ痛ヲ覺ヘ、2病院ニ診察ヲ受ケシモ異狀ヲ認メラレズ、翌年2月居室ニテ椅座中左下肢ニ力ヲ失ヒ床上ニ轉ブ、乃チ入院セシメ Meurice-Sinclair 法ニテ加重牽引ヲ行ヒ整復ス。X線検査ノ結果左大腿骨ノ中ヨリ上ヨリニ亘リ約6吋ノ映像稀薄部ヨリソノ中央ヲ骨折線過ギル、皮質部ハ非常ニ狹小トナリ中心部ハ斑狀ヲ呈ス、患部ハ圍周(上、下界)ヲ明カニ限局セラハル。ソノ他ノ骨格ニ異狀ナシ、依ツテ限局性骨纖維囊腫ノ診斷ヲ下ス。

同年7月ニ至ルモ骨折部癒合ノ兆ナク上記ノ痛モ去ラズ、再ビ X線検査ノ結果、限界依然明瞭ナルドモソノ内部ハ骨様構造殆ド全ク消失シ、1腫瘍ノ觀ヲ呈セリ。乃チ惡性腫瘍ノ疑ノ下ニ7月4日股關節以下ヲ除去ス。ソノ後副甲狀腺腫瘍ニ就イテノ若干ノ發表ニ注意ヲ喚起サレ、同患者ヲ再診ス。全骨格ノ X線検査ノ結果コノ度ハ全長骨ニソノ構造ノ明ナル變化ヲ認ム。殊ニ右脛骨ニ甚シク皮質部ノ稀薄化ト中心部ノ斑狀化ヲ來ス。但シ外部ヨリハ格別ノ異狀ヲ認メガタシ。且頸部ニ異狀ノ腫瘍ヲ

フレズ。12月25日右大腿骨折ニテ再入院、X線寫眞ハ2月前ノモノニ比シ著シキ骨様構造ノ消失ヲ示シ上<sub>3</sub>ノ部ニテ骨折ス。依然頸部ニ異常ヲ認メザリシモ副甲狀腺腫ナラザルヤヲ確ムベク、翌年1月手術ヲ行フ、型ノ如ク皮膚切開ヲ行ヒ甲狀腺部ニ達ス、右葉ヲ剝離スルニソノ後外方ニ甲狀腺腫ニ酷似セル甲狀腺皮膜ニ包マレタル腫瘍ヲ認ム。甲狀腺組織ハ腫瘍ノ前横方ヲ蔽ヒテ扁平トナリ、一見同一物ノ如シ、注意シテ之ヲ摘出ス、左變ノ側下方極ニ存スル小黃體ヲ除去セシニ亦増大セル副甲狀腺體ナリ。術前血清<sub>L</sub>カルチウム<sub>T</sub>量ハ 11.6mg per 100cc、術翌日ノソレハ 10.9mg ニシテ神經性筋肉不安アリ、Chvostek 症候陰性、腕部ハ痙攣中等度ニテ屈曲シ、手指足趾ノ輕度ノ感覺鈍麻アリ。術後3日<sub>L</sub>カルチウム<sub>T</sub>ハ 10.5mg ニシテ嘔氣、下痢アリ、第4日強度ノ<sub>L</sub>テタニ<sub>T</sub>ヲ來ス。1%鹽化<sub>L</sub>カルチウム<sub>T</sub> 10cc 及副甲狀腺<sub>L</sub>ホルモン<sub>T</sub>100單位ノ靜脈内注射ニヨリ發作停止、シカシ注射後10分ニシテ腎性痙攣類似ノ苦悶發作アリ、<sub>L</sub>モルフィン<sub>T</sub>投與ニヨリ輕快ス。續ク9日間ニ<sub>L</sub>カルチウム<sub>T</sub>量ハ漸底シ9.1トナル。コノ間乳酸<sub>L</sub>カルチウム<sub>T</sub>ノ經口ノ投與ヲ續クモ尙強弱度ノ<sub>L</sub>テタニ<sub>T</sub>アリ、甚シキ場合ニ<sub>L</sub>ミ<sub>L</sub>ホルモン<sub>T</sub>ヲ上記ノ半量投與ス。12日目ノ猛烈ナル發作ニ最初量ノ<sub>L</sub>ホルモン<sub>T</sub>ヲ投與シテ再度ノ痙攣ヲ來シ、又<sub>L</sub>モルフィン<sub>T</sub>ヲ要セシ以後ハ漸次恢復シ、約3週日後ハ手ヲ自由ニ動カシ得ルニ至ル、シカシ Chvostek 症候ハ約6月間輕度ニ殘レリ。

9月右大腿骨折部癒合退院。尙高價<sub>L</sub>カルチウム<sub>T</sub>食餌ヲ取ラシム、翌年9月全骨格ノX線検査ノ結果限局性稀薄部ノ消失ヲ證明セリ。(田淵)

**トトロラストニ依ル網狀内皮細胞系閉鎖ノ傳染ニ及ボス問題ニ就イテ** (A. Hehl: Thorotrast und Infektion, zur Frage der Blockade des reticulo-endothelialen Systems. Fortschr. a. d. Geb. d. Rönt. März 1932, S. 330)

肝臟及ヒ脾臟ノ病氣ノ診斷ガ Thorotrast ヲ用ヘル方法ニ依テ著シク促進サレタ。Thorotrast 注射ガ細菌傳染豫防力ニ對シテ害アリヤ否ヤニ就イテハ未ダ判然トセザル爲ニ、著者ハ實驗ノ方法ニ依テ豫メ行ツタ網狀内皮細胞ノ Thorotrast 攝取ガ傳染ノ經過ニ影響スルカ否カヲ研究シタ。

對照トシテ鼠ノ肺炎菌傳染ヲ撰ンダ。豫備試驗デ肺炎菌ノ強度ト用量ヲ定メ、本試験デハ之ヲ79匹ノ白鼠ノ腹膜内ニ注射シタ。ソノ中38匹ニハ豫メ數日前ニ Thorotrast 靜脈注射ヲ施シテアル。殘ハ對照試驗動物トシタ。傳染ノ經過ヲ見ルニ、死亡セル動物數ト時間トノ關係ハ殆ド變化ガナク、第1ニ Thorotrast 注射デ傳染ハ決シテ早メラレナイ事、第2ニ傳染ノ經過ハ全ク變ラヌ事トヲ知ツタ。

・網狀内皮細胞系ノ種々ノ要素ヲ攝取スル細胞ヨリ成立シ、同時ニ同系列中ニテ抗體ガ生成サレル處デアアル。コノ事實ヲ利シテ種々網狀内皮細胞系封鎖ノ問題ガ研究サレテ居ル。コノ結果ハ條件ニヨツテ區々デアツテ抗體ハ増減シテルガ消失スル事ハナイ。即チ封鎖ハ完全ニ達セラレタ事ガナイ。封鎖ハ根本的ニ不可能デアツテ間違ツタ研究目的デアアル。其處デ攝取セラレル物質ト免疫現象トノ關係ヲ研究スルノガ至當ナ事デアアル。コノ觀點カラ人血ニ依テ敏感ニサレタ家兎ノ赤血球溶解素ニ及ボス Thorotrast 注射ノ影響ヲ試ベタ所 Thorotrast 注射後5時間デハ赤血球溶解素ガ僅ニ減少シテキタ。即チ Thorotrast ガ尙血行中ニ存スル間ハ網狀内皮細胞系ノ豫防能力ニ影響ガアル。コノ影響ハ攝取セラレル物質ガ網狀内皮細胞系ノ細胞膜ヲ通過スル時ニ細胞ノ興奮ヲ惹起スルタメ來ルモノト思ハレル。一度攝取セラレルト殆ド作用シナクナルモノダ。

結論 Thorotrast ハ血行中ニ存スル間ハ網狀内皮細胞系ニ對シテ少シ影響ヲ及ボサガ、全部細胞内ニ攝取セラレタ後ハ何等影響ヲ及ボサナイ。從ツテ傳染ニ對シテモ何等ノ影響モナイ。且 Thorotrast ハ速ニ細胞ニ攝取セラレルカラ實際的ニハ殆ド無害デアアル。(華島悟)

**結核ニ於ケル充填手術ノ經驗** (A. Winternetz: Erfahrungen mit der Plomben-operation

bei Lungentuberkulose. Deut. Zeit f. Chir. 235 Bd. Heft 1-2, April 1932)

胸廓成形術デハ一度壓縮サレタ肺臓部位ハ最早決シテ擴張セズ從ツテ其ノ機能ヲ替ミ得ズ、更ニ單ニ肺尖部ニ限ラレタ肺臓疾患ニ於テモ健全ナ肺ノ下葉マデ壓縮シテ全胸廓ノ成形ヲ施サネバナラス。

其處デ罹患シテキル肺臓ノ局部ダケヲ壓縮シ他ノ健全ナ肺臓部ヲ出來ルダケ損傷セズ、治療効果ヲ擧ゲヨウトシテ産レタノガ充填手術デアル。G. Baer ノ「パラフキン」充填ヲ初メテ實地ニ應用シタノハ Sauerbruch デアル。Sauerbruch 一派ノ最初ノ成績ハ 40 例中 16 例マデ化膿ノ結果充填ハ不成功ニ終リ、2 例ニ於テ手術中ニ空洞ヲ損傷シテキル。著者ノ經驗ハ 1928 年來ノモノデ近々 2-3 年ヲ出デナイガ、Sauerbruch 一派ト大ニ其ノ説ヲ異ニシテキル。充填ノ目的ハ局部的ノ肺壓縮方法デアル故ニ、著者ハ専ラ全ク局限性ノモノ特ニ肺尖部ニ限ラレタ症例ヲ撰シ。著者ノ經驗例ハ 106 例、コノ際「パラフキン」量ハ經驗上理論上ヨリシテ決シテ 350 立方糎ヲ越エ無ツタ。教室デハ 1000—2000 立方糎ノ充填ヲ平氣で行ツテキルガ、斯ク多量ニ用キテハ甚キ心臓壓迫症狀或ハ大氣管枝ヲ折り曲ゲ肺分泌物ノ停滯等ヲ來シ患者ヲ重篤ニ陥ラス場合ガアル。又充填量ガ多イ程肋膜剝離術ヲ廣汎ニナス必要アリ、從ツテ空洞ヲ損傷スル危險ガ多イ。氣胸ノ場合ニ於テ空洞ハ左程壓縮サレテキナイノニ立派ニ治癒シ得ル如ク、充填手術ニ際シテモ空洞ヲ狭イ間際マデニ強度ニ壓縮スル必要ハ無イ。ナホ Sauerbruch ハ餘リ空洞壁ノ薄イモノニハ手術中空洞ヲ損傷スル事多キタメ、充填ヲ行ウテハナラメト極言シテキルガ、著者ハ經驗上決シテ其ノ危險ハ認メナカツタ。現今ナホ此ノ充填手術ニハ色々ノ不利益ナル點ガアルガ、著者ハ 106 例中各 1 例ニ於テ肋膜空洞ヲ損傷シ、9 例ニ於テ術後空洞内ニ「パラフキン」ガ破出シ、4 例ニ於テ充填物分泄ヲ來シ、2 例ニ於テ「パラフキン」流下起リ、病氣ノ惡化セシモノ 11 例、術後 3 例ノ死亡ヲ示シテキル。然シ術後 79 例ノ患者ニ就イテ調べタ結果其ノ 32%ニ於テ最早喀痰ニ結核菌ヲ證明セズ仕事ニ從事シ得ルニ至ツタ。以上ノ結果カラシテ著者ハ充填手術ノ効果ハ一ニ手術ヲ行フ適用範圍如何ニ依ルト考ヘル。即チ 1). 空洞形成ノ肺尖部ニ限ラレタルモノ。2). 胸廓成形術ヲ行ツテナホ殘存シテキル空洞ニ對シ。3). 他ノ種々ナル療法ヲ試ミ効果ナカリシ兩側肺尖部ノ空洞ニ對シ効果アリト信ズ。然シ充填手術ハ原則トシテ氣胸或ハ横膈膜神經切斷術等ヲナシ効果ナカリシ場合初メテ考慮サルベキ手術方法デアル。

最後ニ「パラフキン」ハ充填物トシテナホ理想的ノモノデハ無イ。(宇田)

急性縱隔竇氣腫ノ外科的療法 (Fr. J. Kaiser: Chirurgische Behandlung des akuten Mediastinalenphysems, M. M. W. Nr. 19, 79 Jg.)

1) 動物實驗 縱隔竇鬆阻性組織内ヘ空氣ヲ壓入スル時ハ、ソノ空氣ハ先ツ抵抗少キ頸部ノ皮下ヘ氣腫トシテ現レ、進ンデ全身ノ皮下ニ及ブ。他方コノ氣泡ハ深部組織ニ侵入シ、特ニ薄キ壓縮性ノ壁ヨリ成ル右心房及ビ大靜脈幹ヲ強ク壓縮シ、心嚢外心臓栓塞ヲ形成シ、ソノ結果大循環ノ末梢ニ於テ靜脈ノ暗赤色怒張ヲ來ス。即チ、本症ノ重要ナル症狀ハ、頸部ノ皮下氣腫ト大循環ノ鬱血トノ二ツデアリ、ソノ死因ハ、機械的心臓死デアル。

2) 本症ノ成立 2 種ニ觀察スル。其 1, 初メ縱隔竇ニ起リ頸部及ビ全身ニ進ムモノ、稱シテ原發性縱隔竇氣腫。其 2, 逆ニ胸廓外ノ氣腫ヨリ縱隔竇ニ進ムモノ、稱シテ傳達性續發性縱隔竇氣腫。臨床的ニ、原發性トシテハ、甲狀腺腫手術、氣胸、神經叢麻醉ニ於ケル肺尖部ノ損傷、空洞ノ穿孔、百日咳並ニ麻醉時ニ於ケル促迫呼吸ニ依ル肺氣泡ノ破裂等。傳達性トシテハ、頸部喉頭氣管ノ損傷等ニ依ツテ來ル。

3) 本症ノ療法 以前 Sauerbruch 氏ハ縱隔竇切開ト氣腫吸取トノ併用、Tiegel 氏ハ頸部切開ト氣腫吸取トノ併用ヲ夫々推賞シタ。然ルニ最近、切開後ノ吸取ハ必要デ無ク、單ナル切開ノミニ依ツテ

空氣ノ排出ト症狀ノ恢復トヲ來ス事ガ認メラレタ。即チ、本症ノ處置トシテハ、單ニ深部ヲ充分開放スル所ノ頸部切開デ充分デアアル。

4) 臨床例 第1ハ交通事故ノ外傷ニ依リ起レル症例、第2ハ氣管切開後挿入シ居リシカニューレ<sup>7</sup>ノ壓迫ニ依ツテ氣管壁ニ瘻瘻ヲ生ジ、其レヨリ發生セリト著者ノ理解セル症例、以上2例ニ於テ、著者ノ力説スル頸部切開ヲ行フノミニヨリテ如何ニ速力ニ急性危險症狀ヲ救ヒ得タカヲ記載シテキル。

5) 結論 上述ノ2例ニ於テモ、空氣ノ吸取又ハ壓出ヲ行ハズ單ナル切開ノミニ依ツテ効果ヲ擧ゲテキル。故ニ救急手術トシテ深部ヲ充分開放スル所ノ頸部切開ヲ躊躇ナク實施スベキデアアル。(吉武)

**十二指腸潰瘍ニ對スル所謂姑息の切除ノ無効果例** (M. Friedmann. Misserfolge bei der sog. palliativen Resektion wegen Zwölffingerdarmgeschwür. Zbl. f. Chir. No. 17, 1932)

#### 第1例 26歳 男

1919年十二指腸潰瘍ノタメニ V. Eiselsberg ノ1側幽門曠置術ヲ受ケ、1年後胃痛ヲ再發シ今日ニ至ツタ。7年後再手術、十二指腸ハ異狀ナク元ノ潰瘍ハ治癒セル如シ、之ニ反シ胃腸吻合部後壁即チ縫合部ヨリ 1cm 離レシ空腸壁ニ扁豆大ノ深キ潰瘍アリ、周圍ハ充血セリ。依ツテ胃腸吻合部ト共ニ胃ヲ小彎デ 5cm 大彎デ 16cm 切除シ、小腸斷端ノ端々吻合、後胃腸吻合ヲ行ヒ、結局 Finsterer ノ所謂姑息の切除ヲ行ヒシ事ニナル。然ルニ2—3月後再ビ苦痛ヲ來シ、廣汎ナル胃切除後ニ拘ハラズ胃液検査ノ結果遊離鹽酸度及ビ總酸度何レモ最高ニテ夫々80及ビ90ヲ示ス。

4月後第3回手術。胃腸吻合部ニ小指大ノ深キ潰瘍アリ。胃ハ左肋骨弓ニ隱レル程小サク、且癒着ノ爲ニ手術ハ大層困難デアツタガ、胃腸吻合部ト共ニ胃ノ1部(大彎小彎共ニ約 3cm) 切除シ、小腸端端吻合、後胃腸吻合ヲ行ツタ。尙今回ハ初回ノ手術ノ時ニ曠置サレタ幽門癒着ヲ剝離シ、幽門ヲ十二指腸ノ起始部ト共ニ幅 2cm 及ビ初回手術ニ於ケル殘胃幅 3cm ヲ切除シタ。ソレデ完全ニ治癒シ、今デハ胃液検査ノ結果遊離鹽酸ハ認メラレズ、第3回手術後約6年、完全ニ苦痛ハ去リ血色ヨク見ユル。

#### 第2例 21歳 男

十二指腸潰瘍ノタメニ1年前 Billroth II ニヨリ胃切除ヲ行ハレタガ、スグ再ビ頑固ナ苦痛現レ、胃液検査ノ結果遊離鹽酸度71、總酸度88。

著者ハ再發性十二指腸潰瘍ヲ診斷デ手術ヲシタ。胃ハ小手掌大デ横行結腸ノ前デ空腸上部ト吻合シテアツテ、吻合部ノ輸入脚ノ前壁ニ扁豆大ノ潰瘍ヲ見出シタ。漿膜面ハソノ部デ炎症ガアル様ニ見ユル且 Belag テ認メタ、依ツテ胃腸吻合部ト共ニ胃ヲ拇指巾切除シ、尙十二指腸端ノ癒合ヲ剝離シ切除シタ。コノ切除セル十二指腸斷端ニハ幽門ガ中ニ含マレテイル事ヲ既ニ肉眼的ニ認メラレ、顯微鏡的ニモ確メタ。小腸端々吻合、結腸前胃小腸吻合ヲ行フ。即本例ニ於テ第1回手術者ハ Billroth ニヨル切除ヲ行ツタト信ジタデアラウガ、實ハ幽門ヲ殘シテ廣範圍ノ胃切除ヲ行ツテイタノデアアル。即チ Finsterer 氏姑息の胃切除ヲ行ツタ様ナ状態デアアル。ソレニモ拘ハラズ再發シタ。第2回手術後丁度3年タツ今日スベテガ工合ノヨイ状態トナリ、遊離鹽酸陰性、總酸度15トナル。

#### 第3例 34歳 男

切除不可能ナル十二指腸潰瘍ノタメニ、アル有名ナ外科醫ニヨリ、幽門ヲ殘シテ廣汎ナル姑息の胃切除ガ行ハレタ。半年後再ビツヨキ苦痛ガ現レ、著者ノ病院デ胃腸吻合部ノ再發性潰瘍ト決定シ、胃液検査ニヨリ遊離鹽酸度60、總酸度110、再手術ヲ勸メタガ肯ゼズ、3年後ニ苦痛ニ堪ヘキレズ且非常ニ衰弱シタ爲ニ再手術ヲ行フ事ニナツタ。開腹スルト強イ癒着ガアリ、胃ハ小手掌モナク、左肋骨弓ニカクレテイル胃腸吻合部(初ノ手術デハ後結腸胃腸吻合ガサレテイル)ノ前壁ニ指頭位ノ硬キ潰瘍ヲ見タ。患者ノ一般状態ガ非常ニ惡イ爲メニ潰瘍切除ヲ行ヒ得ズ、幽門ト十二指腸起始部トヲ切除シ尙空腸瘻ヲ造ルニ止メタ。手術創モ順調ニ治ツタガ、頻回ノ下痢ト營養障礙ノタメニ遂ニ手術後7週デ

衰弱死ノ轉歸ヲ取ツタ。解剖ノ結果胃腸吻合場所ニアツタ潰瘍ハ治癒シテイルコトガ判ツテ大ニ興味深ク考ヘタ。多分幽門切除ニヨリ胃液ノ酸度低減ノ結果治癒シタノダロウト考ヘル。

以上3例ダケヨリ云フモ、所謂姑息の胃切除ノ遠隔成績ハ必ズシモヨクナイ。著者ノ他ニモ本法ニヨリ面白カラザル結果ヲ得タ人々ガアルガ、コレラハ簡單ニ技術ノ過誤トイノテ仕舞フワケニハ行カヌ、著者ハ Flörcken ヤ Finsterer ノ考ヘトハ原則的ニコトナリ、潰瘍切除ノ場合ノミナラズ姑息の切除ノ場合ニ於テモ幽門ヲ切除スルカ否カニヨリ大ナル相違ガアル。

一般ニ幽門ト共ニソノ附近ノ胃ヲ切除スレバ鹽酸分泌ハ接續的ニ低マリ、幽門ガ存スル時ハタトヘ切除ハ大キクモ鹽酸分泌ハ連續的ニ低マラス。著者ハ胃及十二指腸潰瘍ノ發生ニ缺クベカラザル條件トシテ充分ナ鹽酸分泌ト胃液ノ充分ナル消化力トヲ考ヘテキルカラ、切除シナイ場合ニハ切除シタ場合ヨリモ潰瘍再發ヲ來シ易イ事ハ當然デアルト思フ。(山村)

急性蟲様突起炎ノ診斷特ニ所謂 Rovsing 氏症狀ニ就イテ (C. Wallerström: Über die Diagnose der akuten Appendicitis, unter besonderer Berücksichtigung des sogenannten Rovsingschen Symptoms. Deut. Zeit. f. Chir. 7, April 1932, S. 635)

急性蟲様突起炎ノ時ノ Rovsing 症狀トハ左側腹壁ヲ可成強ク壓サヘルト右腸骨窩通常蟲様突起ノ部位ニ疼痛ヲ感ズルコトデアル。

1. 急性蟲様突起炎ノ手術例211例中70%本症狀ガ證明セラレタ。
2. 他ノ種々ノ急性蟲様突起炎症狀ノ中、右側ノ腹痛及ビ右腸骨窩ノ直接ノ局所壓敏ノミガ、本症狀ト同ジ頻度ヲ現シテキル。
3. 他ノ蟲様突起炎症狀ガ陰性デアツテモ、Rovsing 症狀ハ甚ダ屢々陽性デアル。
4. 本症狀ハ蟲様突起炎ニ特有デハナクテ、他ノ限局性腹膜炎感染ニモアラハレル。デ腹膜炎患者ト腹膜炎患者トノ鑑別診斷トナル。
5. 本症狀ガ現レナイカラト云ツテ蟲様突起炎ヲ否認スルワケニイカヌガ、陽性ニ出タナラバ診斷上大層價値ガアリ、且蟲様突起ノ變化ガ重篤デアルト考ヘテヨイ。(吉田)

腸瘻管ノ處置 (H. L. Baker: The repair of intestinal fistulae. Ann. of Surg. No. 5, 1932, P. 687)

腸瘻管ノ症狀、從ツテソノ處置ハ主トシテ瘻管ノ發生部位ニヨツテ異ル。

十二指腸、空腸等、腸上部ニ發シタ瘻管ニ於テハ、腸液並ビニ消化サレタ腸内容ノ流失ノ爲、水分缺乏、體榮養ノ不足ガ最モ顯著ナ症狀ヲ來ス、從ツテ、局所ニ對スル處置ヲ講ズル一方、生理的食鹽水又ハ同時ニ葡萄糖液ヲ注腸或ハ皮下ニ注射スル事ハ合理的デアル。

瘻管自身ニハ、カハル重篤ナ患者ニ直ニ手術的操作ヲ加ヘル事ハ控フベキデアル。先ツ消極的處置ヲ講ズベキデアリ、又多クノ場合ノミデ足リルノデアル。即、瘻管周圍ノ皮膚ヲ保護シ、瘻管腔ニハ Beck 氏ノ蒼鉛泥膏ヲ充填スル。腸液ハ酸性ノ藥物ヲ以テ中和シ、或ハ分泌物ノ多イ時ハ之ヲ吸引シタ後、Beck 氏ノ泥膏ヲ詰メル事モ有効デアル。之ヲくり返ス内、瘻管ハ多ク自然ニ閉塞スル。

迴盲部ニ於テハ腸内容ノ傳染性ガ比較的少イ爲消極的處置ノ成功シナイ場合手術的ニ修復スルノ可トスル。腸管ノ更ニ下部ニ於テモ、周圍トノ癒着ヲ來シテ居ル場合、又ハ他ノ臟器ニ影響ヲ及ボス場合ニハ手術的處置ヲ適當トスル、コノ際胃腸上行結腸瘻管ニ於テハ、迴腸部ヲ横行結腸ニ側吻合シタ後、ソノ上部 (proximal) ニ於テ結紮又ハ切斷スル。S字結腸ノ下部ニテハ、腸損傷部ヲ修復シタ後ソノ上部ニ結腸瘻管形成術ヲ行フ事ガ有利デアル。コノ結腸瘻管ハ數週後ニ手術的ニ閉塞スル。ソノ際少量ノ腸内容ガ腹腔内ニ流レ腹膜炎ヲ起ス事ガアルガ程度ハ微弱デ恐ルニ足リナイ。(藤原清)

總輸膽管成形術ノ一新法 (V. L. Schragar, J. E. Morgan: A method for plastic reconstruction of the common bile duct, Surg. Gyn. Obst. No. 4, April 1932, P. 613.)

主ニ動物實驗ヲ報告セリ。肋弓緣ヨリ臍部ニ至ル右側副直腹筋切開ニテ開腹ス。胃幽門部ヲ傷面ニ露出シ、之ヲ2吋半ノ距離ニテ2個ノ鉗子ヲ以テ挾ミ兩鉗子ノ中央ニ於テ胃前壁管肉層ヲ小彎部ヨリ大彎部ニ向ヒテ切斷シ粘膜及ビ粘膜下組織ニ達ス。カクテ小彎部ニ向ヒ基底ヲ有スル巾1吋長方形ノ粘膜小葉ヲ作り之ヲ上方ニ翻轉シ「カテーテル」又ハ硝子管ヲ包ミテソノ逸離端ハ絹絲ヲ以テLembert法ニ從ヒ縫合シテ1ノ粘膜管ヲ作ル。胃壁ノ缺損部ハ絹絲又ハ「キヤトガット」ニテ縫合ス。即チ粘膜及ビ粘膜下組織ハソノ端ノ内方ニ折入レテ縫合シ筋肉層ハ又一定ノ縫合ヲナス。粘膜管ノ基底部分ニ於テハ先ズソノ周圍ノ筋肉層ニ縫合絲ヲカケテ1種ノ括約筋様裝置ヲ作ル。更ニ基底部分ノ稍上方ニテ先ズ1側ノ筋肉層ニ縫合絲ヲ通ジ次デ粘膜管ノ結締織ヲ通シ後他側ノ筋肉層ニ通シ、カクテ管ノ粘膜ハソノ部分ニ於テ内翻シテ辨様作用ヲ營ム様ニス。

次デ總輸膽管ヲ結紮切斷シテ之ヲ閉鎖ス。膽嚢ハ膽汁ヲ吸出シテ空ニシ1/4吋長サノ切開ヲナシ粘膜管ト吻合セシム。粘膜管ノ傾斜ハ正常輸膽管ノ解剖的傾斜ニ近カラシムベシ。吻合ニ關シテハ次ノ4法アリ。

- 1) 膽嚢ト粘膜管トヲ從來ノ胃腸切開術ニ於ケルガ如ク縫合ス。
- 2) 膽嚢漿膜ト粘膜管ノ結締織トニ本1本ノ縫合絲ヲカケル。
- 3) 「カテーテル」ヲ用ヒソノ1/4吋ヲ膽嚢ニ2吋ヲ胃内ニ入レル。若シ「カテーテル」ソ川ヒザレバ管ノ術後水腫ハ3—4日間黃疸ヲ惹起スルモ之ヲ用フレバ黃疸ヲ防キ得。
- 4) 膽嚢ヲ缺ク場合ハ總輸膽管ノ肝臟部端ト粘膜管トヲ吻合セシム。縫合ハ管ノ外側ヨリ上方ニ向ヒ内側ニ進ミ更ニ外へ出シテ次デ輸膽管ノ外壁ヲ通ジ再ビ粘膜管ニ戻ス。

コノ成形術新法ノ利點ヲ擧グレバ、

- 1) 粘膜管ハ膽嚢ト胃トノ間ニ一定距離ヲ有シ、上昇性感染率ヲ少クス。
- 2) 粘膜管ハ胃壁ニ斜入シテソノ基底部分ニ於テ括約筋様裝置ヲ有シ、正常輸膽管ノ構造ニ擬ス。
- 3) 粘膜管ハ粘液ヲ分泌スル外皮細胞層ヲ以テ裏付ケレバ膽汁ニ對シテ免疫ナリ。
- 4) 外皮細胞性接觸粘膜下組織ノ保有及ビ持續性膽汁排液管ハ吻合部ニ於ケル狹窄ヲ防グ。
- 5) 粘膜管内ニ於ケル非吸收性物質ノナキコトハ將來結石ノ感染又ハ潰瘍ノ成立ヲ防グ。(上島)

遊離大網膜移植術 (P. Rosenstein: Zur freien Netztransplantation, Arch. f. Kl. Chir. 169 Bd. April 1932, S. 639.)

腹膜缺損部ヲ補足スル困難ハ、腹部外科ニ於テ、吾人ノ屢々遭遇スル所デアル。廣汎ナル腸面ヲ被覆漿膜ナシニ放置シ得ナイカラ、止ムナク廣汎ナル腸管切除ヲスル必要ニ迫ラレ、手術ノ操作ガ困難トナル事ガアル。斯クノ如キ漿膜缺損部ヲ補フベク數多ノ試ガナサレタ。著者ハ25年以上モ前カラ遊離大網膜移植術ニ確信ヲ以テ謙意ノ表シテ居ルモノデアリ、1909年第1回報告ヲ行ツタ。漿膜缺損部ヲ遊離大網膜デ被覆スル事ハ1889年 Senn ガ始メテ唱導サレ、其時ハ環狀腸縫合部ヲ遊離大網膜辨ニテ被包シ、「キヤトガット」デ固定シタ。斯ル方法ハ其後他ノ學者ニ依リテモ行ハレ、胃ヤ腸ノ縫合ヲ確實ニスルタメ、被覆スルタメ、又肝臟脾臟腎臟ノ創傷ノ際止血ノ目的ニ、其他膽嚢壁ノ成形術ナドニ應用スル。著者ハ約40例ノ遊離大網膜移植術ニ於テ、止血ノ目的トシテハ、只1回輸膽管ノ縫合ヲ確實ニスル時行ツタノミデ、其他ハ漿膜缺損部ヲ補填スルタメ應用シタ。腸ニ有テ大網膜辨ヲ應用スル事ハ腸自身ノ蠕動ノタメ剝離スル恐ガアリ、更ニ新シク出來タ「ニツシエ」ニ腸自身ガ箝頓シテ腸閉塞ノ起ス危險ガアルガ、遊離ノモノデハ此ノ心配ハ無イ。大網膜ノ固定ニ就キテハ、著者ハ網膜ノ邊緣ニ於テ環狀ニ縫合シ、又被覆セル腸壁面ノ2—3所ニ結節縫合ヲナシ、密ニ腸壁ニツケテ間隙

空虚ヲ作ル事ヲ避ケル。動物實驗ニ於テ強イ癒着ガ來タカラトテ、ソノ結果ヲ直ニ人間ノ場合ニアテハメテ非難スル人モアルガ、著者ハ約40例ノ手術中、曾テ腹膜癒着ナドヲ經驗シタ事ナク、之ハ剖檢ニヨツテモ確メ得タ事デアル。遊離大網膜移植ノタメニ廣汎ナル網膜切除ヲ行ツタ時ハ胃ヤ腸ノ出血ヲ來ス事ガアルガ、KärgeガBer臨床デノ統計ニ依レバ、大網膜ノ全切除ニ於テ、4%ニ出血ヲ來シ、ソノ際死亡率ハ50—60%デアツタ。Eiselsbergノ實驗ニ依ルト、此ノ原因ハ恐ラク胃ヤ十二指腸ノ糜爛又ハ潰瘍カラ起ルモノデ、之ハ大網膜ノ結紮サレタ血行カラ逆流シタル栓塞ニ依ル。

結論 網膜ハ腹腔内ニ於テ漿膜ノ理想的代償物デアリ、遊離移植トシテ應用スルノガ最も合理的デアル。全網膜切除ハ胃腸ノ出血ヲ避ケルタメ成可クシナイ方ガ好イ。移植後ハ腹腔ヲ1次的ニ閉鎖シ得、又遊離大網膜移植ニ關シテハ決シテ腹膜ノ癒着ハ起ラナイ。(勝原紫)

脾臓損傷時ノ止血法 (M. J. Kasakow: Methoden der Blutstillung bei Milzverwundungen. Arch. f. kl. Chir. Bd. CLXIII 1931, S. 72)

脾臓ノ損傷ハ人間ニ在リテ大出血ヲ起シ、手術ノ操作ハ至難トセラル。臨床上脾臓出血ノ止血法ニ諸多アリ。

1. 機械的方法 集合結紮、骨板使用法、Lマグネシウム<sup>2</sup>板、或ハ硬護管及ビ象牙管ヲ使用セリ。
2. 化學的方法 10—20%ノ Ferropirin ノ應用。Lタムボン<sup>1</sup>ヲ該液ニ浸シ、傷ノ表面ニ堅ク壓迫。
3. 物理的方法 高温應用。Paquelin 燒灼器ヲ用フ。マタ高热蒸氣ヲ應用スル。或ハ熱氣ヲ行ヒ、熱氣止血法ニ加フルニ、水蒸氣ヲモ使用シタル實驗報告アリ。
4. 生物學的方法 治癒血清。凝固乾燥鳥血清、Vivocoll (Dr. Vogel), Clauden 等、其他筋肉、網膜、脂肪組織、肝臓組織等。

動物實驗ヲ基礎トシ著者ハ次ノ結論ニ到達ス。

1. 動物組織(筋肉、筋臓、網膜等)ノ應用ヲ以テシタル脾臓切創ノ止血ハ不完全。止血作用ノ強サハ筋肉ヲ第1トシ筋膜ヲ殿トヘ。
2. 止血ニ對スル Ferropirin ノ應用ハ創傷表面ニ長時持續ト、多數ノ縫合トヲ必要トス。
3. 高温應用ハ不良條件ヲ脾臓組織ニ與ヘ(壞疽)、其ノ際次イデ惹起スル出血ノ危険頗ル大ナリ。
4. Vivocoll ハ強作用性止血劑ナリ。
5. 動物實驗ニテハ Vivocoll ノ使用ニ創傷縫合ニ要。
6. Vivocoll ノ動物實驗ニ於ケル癒痕ハ平滑、弱キ表在性血液滲溜ト僅ニ網膜及ビ周圍組織ノ癒着アリ。癒痕形成ノ意味ニ於ケル不良ナル成績ハ高温應用ト、動物組織移植ノ場合ニ見ラレ、顯微鏡的ニ新鮮ナル場合ニ於テ Vivocoll ノ應用ハ不明瞭ナル反應性炎症ヲ觀察シ、陳舊ナル場合ニ於テハ纖維素ハ其ノ近クニ於テ吸收セラレ、以前ノ切傷ノ範圍ニ唯弱キ變化ヲ殘スニ止マルノミ。
7. 臨床上ニ Vivocoll ノ使用ニ際シテ、吾人ハ次ノ止血法殊ニ合理、實際的ニ應用スベキデアル。頭部血管ノ壓迫後創傷ハ乾燥シ、創縁ヲ堅ク壓シ、鈍針ニヨリ創傷ニ深ク注射ス。5分間創縁ノ壓迫ト同時ニ Kusnetzow-Pensky ノ縫合ヲ行フ。(麻生)

腎瘻形成術ノ適應症ト技術 (H. Cabot, W. W. Holland: Nephrostomy, Indications and Technique. Surg. Gyn. & Obst. May 1932, Nr. 5, P. 817)

[A] 適應症。1) 1側性及兩側性ニ來タ输尿管急性障碍、2) 腎水腫、3) 腎臟結石症ノ中、石ノ摘出ノ困難ナルモノ、4) 膀胱痙攣ニテ膀胱摘出ヲナセル時、5) 腎盂輸尿管及ビ膀胱ノ筋肉障碍アル場合、6) 腎臟炎ノ場合。

[B] 腎盂瘻形成術トノ比較。腎盂瘻形成術ハ腎瘻形成術ヨリモ適用範圍ガ限定サレテキル。即チ



1) 導管ヲ永ク腎盂中ニ正シク保持スル事ガ困難ナル事、

2) 導管ノ再挿入ガ難シイコト。

[C] 技術ニ就テ。從來腎痿形成術トシテハ、Marion 法ヤ Papin 法ガアルガ、色々不便ナ點ガアルノデ、著者ハ Papin 法ヲ改良シテ新法デ行ツテ、良イ結果ヲ擧ゲタ。

其ノ要點ハ腎實質ヲ貫クニ小サイ子宮<sub>L</sub>ゾンデヲ用ヒ、ソレニ絹絲ヲ結ンデ腎盂ノ方ニ引キ出シ、ソレニ有翼<sub>L</sub>カテーター<sub>L</sub>ノ一端ヲ結ンデ引キ出ス方法デアツテ、出血ヤ傳染モ今迄ノ所 1回モ起シタ事ハナイト云フ。(市川)

慢性骨膿瘍ノ診斷ト治療 (H. Kment; Diagnostik und Behandlung chronischer Knochenabszesse. Bruns' Beit Kl. Chir. 155 Bd. Hf. 1, s. 129. März, 1932)

慢性骨膿瘍ハ限局性慢性化膿性骨髓炎ノ稀ナル型デ膿瘍周圍骨組織ハ硬化緻密トナリ且殆ド長管狀骨ノ中間部ニ占居スルモノデアル。本病ハ100年前 Brodie ガ臨床的及病理解剖學的所見ヲ詳シク記述シレントゲンノ應用ニテ益々明瞭トナル、本病ハ屢々關節<sub>L</sub>ロイマチス<sub>L</sub>、骨結核、腫瘤等ト誤診サレル。本病ハ發病當初ハ慢性骨髓炎ト同様多クハ急性發作ヲ以テ始リ、經過中ニ時々疼痛發作ガアル。又屢々隣接關節ニ間歇性水腫ヲ生ジル。膿瘍ノアル場所ハ打痛或ハ壓痛ガ證明サレル。全身症狀ハ可良デアル。決定的ナ診斷的意義ノアルハレントゲン所見デアル、大サハ種々アルガ圓形或ハ卵圓形ノ縁銳利薄影デ周圍骨組織ハ影ガ膿クナツテキル、通常腐骨ハナイ、骨膜肥厚モ殆ド無イ。隣接關節ノ變化ハ常ニ認メヌ。

普通ノ慢性化膿性骨髓炎ニ對スル鑑別點ハ (1)瘻孔ノ無イ事、(2)骨質肥厚ハ無イ、(3)關節障害ノ無イ事、(4)體溫上昇或ハ白血球增多症ハナク、アツテモゴク僅少、(5)レントゲン所見デアル中ニハ發熱、白血球增多症、軟部ノ腫脹、關節ノ運動障害、骨膜肥厚、又レントゲン所見デモ空洞ノ縁ハ不規則ナ事モアツテ慢性化膿性骨髓炎ノ普通型ト鑑別出來ヌコトガアルガ、之ハ慢性骨膿瘍ニ對シテ満足ナル定義ヲ下スコトガ困難ダト云フ事實ニヨツテ理解サレル。故ニ色々ナ點ヲ綜合シテ慢性骨膿瘍ナル名稱ハ血行性慢性化膿性骨髓炎ノ瘻孔形成ノナイ型トシナケレバナラヌ。逆ニ最後ノ診斷ヲ下スモノハレントゲント云フコトニナル。

Brodie 膿瘍ノ治療ハ空洞ヲ開キ膿瘍壁ヲ搔抓シ十分ニ乾燥サセル。著者ハ一般ニ Mosevig-Moorhof 法ヲ用ヒルガ乾燥セシメルニ Trockner ハ用ヒズ、乾ク迄長イ間待ツカ或ハ空洞ノ中ヘ「ガーゼ」ヲツメテ乾カス。之ニ Mosevig 氏ノ「ヨードホルム」骨充填物ヲ遺腔ヲ作ラヌヤウニ入レル、骨膜及軟部ヲ縫合スル。骨膜縫合ヲ十分正確ニセヌト充填物ガ出テ瘻孔ヲ作ル虞ガアル。著者ノ治驗例デハ第一次的縫合後2週間位デ退院シテ居ル。正確ナル骨膜縫合後ニ尙時々瘻孔ヲ作ルガヨク見ルト瘻孔ハ空洞自身カラ出發シテオラズ充填時軟部ニ殘シタ充填物カラ出テキル。(深井)